

Piano di Zona 2015 - 2017

Sezione Ambito di Vimercate

Documento di programmazione locale



Indice

Premessa.....	3
1. Esiti: la valutazione del piano di zona 2012 – 2014.....	4
2. Le criticità, i bisogni e le possibili risposte	10
2.1 Il profilo demografico.....	10
2.2 Le mappe dei fenomeni sociali.....	11
3. Gli obiettivi e le priorità di intervento.....	15
3.1 Gli obiettivi di ricomposizione della conoscenza	16
3.2 Gli obiettivi di ricomposizione delle risorse.....	18
3.3 Gli obiettivi di ricomposizione dei servizi	22
4. Analisi dei soggetti, dei network e del sistema di governance.....	29
5. La gestione associata.....	33
6. Allegati	35

Premessa

Il presente documento di programmazione evidenzia le priorità di intervento per il triennio 2015-2017, in linea sia con i più ampi indirizzi regionali che con gli orientamenti degli Amministratori del territorio del vimercalese, rispetto ai quali l'Ufficio di Piano è chiamato a far convergere risorse e conoscenze di tutti i portatori di interesse territoriali al Piano di Zona, in sinergia con le articolazioni organizzative dell'Azienda Speciale Offertasociale, ente capofila del Piano di Zona.

Le progettazioni esecutive della programmazione saranno trattate al Tavolo di Sistema e poste all'attenzione dell'Assemblea di Distretto, in maniera che vi sia una condivisione circa la pianificazione annuale delle attività.

Il nuovo Piano di Zona dunque, rappresenta anzitutto uno strumento di programmazione che definisce il quadro organico degli interventi, gli obiettivi e il sistema di governance da cui deriva la ridefinizione delle attività, da declinare e dettagliare operativamente attraverso strumenti più puntuali di pianificazione, gestione e controllo.

Indirizzi, priorità di intervento e obiettivi strategici in molti casi fanno riferimento ad attività già in essere fin dal precedente triennio, per le quali è sufficiente continuare quanto già avviato; in altri casi si tratta di attività che presentano ancora margini di miglioramento e che richiedono un ulteriore impegno; in alcuni casi, infine, sono previste attività nuove sulla base dei bisogni emergenti.

Tutti gli obiettivi della presente programmazione si connotano per una forte interrelazione tra processi da coordinare, risorse da impiegare, modalità di attuazione generali e risultati attesi da verificare.

La prima parte del documento delinea gli esiti della precedente programmazione e la diagnosi dello "stato di salute/benessere sociale" del territorio; mentre, nella seconda parte si tratteggiano gli orientamenti futuri e il sistema di governance.

1. Esiti: la valutazione del piano di zona 2012 – 2014

Una programmazione matura ed efficace non può prescindere dalla valutazione di quanto realizzato, non solo in termini di obiettivi e risultati raggiunti, ma anche rispetto al metodo e ai processi di lavoro adottati.

Nell'ultima annualità del terzo

ciclo zonale, abbiamo pertanto proposto ai Tavoli tematici del Piano di zona un percorso di autovalutazione sia relativo al raggiungimento degli obiettivi specifici indicati e perseguiti nell'ultimo triennio, sia relativo alla funzione e al ruolo svolto da ciascun Tavolo. L'esame dei punti di forza e delle criticità relativi all'andamento dei singoli interventi e del Piano nella sua organicità, ha visto protagonisti i tecnici dell'Ufficio di Piano e i numerosi componenti dei Tavoli tematici. Membri attivi, a tutti gli effetti del sistema partecipativo locale.

Gli strumenti utilizzati per tracciare la riflessione da parte dei Tavoli sono stati:

- una tabella sinottica in cui sono stati sintetizzati gli obiettivi individuati nel precedente Piano di zona, che ha permesso di seguire, attraverso una traccia unitaria, il lavoro *in progress* (pluriennale) sui diversi tavoli, focalizzando l'attenzione sulle modalità operative e le azioni da realizzare;
- una matrice SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) per analizzare da un lato i punti di forza e le criticità incontrate, dall'altro per soppesare le opportunità e le minacce relative alla definizione delle strategie per la pianificazione degli obiettivi futuri.

Nei termini dei risultati conseguiti, la valutazione di specifici interventi e servizi promossi dai tavoli (utenti raggiunti, efficacia delle prestazioni, rapporto costi benefici, ecc.) è stata oggetto di relazioni ad hoc, di specifiche riunioni dei tavoli e regolarmente riportata nei verbali di seduta. Inoltre, poiché parte della gestione operativa è stata affidata a Offertasociale, più elaborate valutazioni di efficacia ed efficienza di servizi e interventi correlati, sono state annualmente riportate nel Bilancio sociale dell'Azienda. Con i componenti dei diversi tavoli si è pertanto condivisa, tramite gli strumenti sopra elencati, una ricognizione del grado conseguito degli obiettivi di programmazione e delle prospettive future. In proposito, si rivelano le riflessioni sugli obiettivi la cui valutazione non ha espresso un esito positivo, che rappresentano ancora una mappa di bisogni e criticità del nostro territorio come è riportato nelle tabelle di sintesi sotto riportate.



	OBIETTIVI 2012 - 2014	INTERVENTI PREVISTI	RISORSE IMPIEGATE	AZIONI REALIZZATE	RISULTATI
AREA MINORI	SPAZIO NEUTRO Verificare l'efficacia del servizio e la qualità degli interventi erogati da parte della cooperativa appaltatrice	Valutazione dell'efficacia attraverso la relazione dei risultati effettivamente ottenuti con procedure, processi, mezzi e strumenti	Commissione Tecnica minori (CT) e sottogruppi di lavoro ad hoc	Individuazione indicatori di esito; raccolta informazioni e valutazione tramite elaborazione di un report annuale	Obiettivo raggiunto nel triennio Consolidamento: migliorare alcuni aspetti rilevati tramite la valutazione. Per il dettaglio si rimanda alla scheda tutela minori
		Supervisione e verifica degli interventi erogati da parte della cooperativa appaltatrice	Coordinatrice CT minori e referenti del servizio spazio neutro	Confronto e monitoraggio degli interventi erogati dal servizio tramite uno strumento di rilevazione per la valutazione degli interventi portando alla luce punti di forza e criticità	
	AFFIDI MOWGLI Uniformare il servizio sul territorio di competenza di Offertasociale	Verificare l'efficacia e l'efficienza del servizio	CT minori	Elaborazione report annuale	Obiettivo parzialmente raggiunto Consolidamento: è necessario coinvolgere al monitoraggio tutti i Comuni che hanno minori in affido
		Utilizzare procedure e strumenti per la gestione uniforme del servizio	CT minori Assemblea dei Sindaci	Definizione del regolamento sovracomunale sugli affidi; Approvazione regolamento sovracomunale	
		Monitorare l'andamento degli interventi erogati	Coordinatrice CT Minori, referente e operatori dell'Ufficio Affidi	Confronto e monitoraggio tra UdP, referenti servizio e referenti dei Comuni dell'Ambito sull'andamento e l'esito degli interventi erogati	
	Definire in maniera più puntuale il bisogno attraverso la messa a regime dei dati necessari	Aggiornare e analizzare gli interventi esistenti a favore dei minori in tutela: attori, servizi e unità d'offerta sociale	CT minori e Tavolo Area minori del Piano di Zona	Declinazione dei bisogni territoriali emergenti ancora senza risposta (UdO sociale / interventi)	Obiettivo raggiunto. Sviluppo: avviare un osservatorio sul

	OBIETTIVI 2012 - 2014	INTERVENTI PREVISTI	RISORSE IMPIEGATE	AZIONI REALIZZATE	RISULTATI
AREA ANZIANI	DIMISSIONI PROTETTE Migliorare e semplificare la procedura	Favorire la conoscenza del protocollo tra referenti territoriali e dell'Azienda Ospedaliera di	CT anziani e referenti Azienda Ospedaliera di Vimercate	Confronto tecnico tra operatori della rete interessati, mettendo in luce buone prassi e	Obiettivo raggiunto. Consolidamento: portare a regime le procedure adottate
		Semplificare gli strumenti utilizzati per attivare la procedura di dimissione protetta	Coordinatrice CT Anziani e referenti degli Uffici di Piano MB, delle Aziende Ospedaliere, dell'ASL MB	Aggiornamento della modulistica per definire le informazioni socio-sanitarie necessarie all'atto della dimissione	
		Monitoraggio attività e valutazione	Coordinatrice CT anziani	Funzione di raccordo tra Azienda Ospedaliera e Comuni dell'Ambito;	
	Servizio Assistenza Domiciliare (SAD) territoriale a gestione associata Definire un regolamento unico per rendere omogenei gli interventi del servizio di assistenza domiciliare comunale a livello territoriale	Accreditare gli enti gestori attraverso requisiti uniformi ed essenziali	Ufficio Unico per la messa in esercizio e l'accreditamento	Costruzione del percorso per il convenzionamento; Individuazione dei requisiti e procedure di erogazione servizio omogenei	Obiettivo raggiunto. Consolidamento: ampliare l'utilizzo del servizio a gestione associata da parte di tutti i comuni dell'Ambito e portare a regime l'utilizzo. Sviluppo: Uniformare i costi del servizio a carico dell'utente. (ISEE)
		Utilizzare procedure e strumenti per la gestione uniforme del servizio	CT anziani e gruppi di lavoro ad hoc Assemblea dei Sindaci	Definizione del regolamento sovracomunale sul servizio di assistenza domiciliare territoriale a gestione associata Approvazione regolamento sovracomunale	
		Avviare e monitorare le procedure informatizzate di raccolta e gestione del SAD territoriale in gestione associata	CT anziani e incontri ad hoc tra UdP, Ufficio Gestionale OS ed Enti Accreditati	Incontri di definizione delle caratteristiche del software gestionale in uso alle AS del territorio; monitoraggio e verifica sull'utilizzo	
	Sostegno alla domiciliarità delle persone affette da demenza	Attivare CDI con nucleo Alzheimer	Coordinatrice CT Anziani, operatori	Programmazione CDI Ornago	Obiettivo raggiunto
		Potenziare gli interventi attraverso bandi ad hoc	Ufficio di Piano e progetti, enti III settore del territorio Bando Cariplo: costo di progetto complessivo pari a 96.058,00	Realizzazione di progetti individualizzati finalizzati a sostenere la domiciliarità di persone affette da Alzheimer	
AREA DISABILI	OBIETTIVI 2012 - 2014	INTERVENTI PREVISTI	RISORSE IMPIEGATE	AZIONI REALIZZATE	RISULTATI
	SCUOLA E TERRITORIO migliorare l'integrazione tra scuola e i servizi specialistici	Potenziare il ruolo del servizio psicopedagogico attraverso la messa a regime degli interventi	Tavolo psicopedagogisti Tavolo intesa OS Commissione tecnica h	Diffusione Protocollo Servizio Psicopedagogico Attuazione Protocollo Monitoraggio e verifica	Obiettivo raggiunto Consolidamento monitorare l'utilizzo del Protocollo
	CASE MANAGER Definire il ruolo e le funzioni del case manager a partire dalle indicazioni introdotte dal Piano di Azione Regionale	Individuare il gruppo di lavoro per la realizzazione dell'obiettivo; Elaborare delle linee guida territoriali che definiscano ruolo,	Tavolo Tematico H del Piano di Zona	Presa visione delle linee di indirizzo introdotte dal Piano di Azione Regionale; Delineazione del ruolo e delle funzioni in base ai bisogni delle	Obiettivo non raggiunto per l'assenza delle linee di indirizzo regionali da cui partire



SCUOLA E LAVORO Sperimentare nuovi percorsi di integrazione formazione (scuola) e lavoro attraverso la definizione di progetti individualizzati	Individuare il gruppo di lavoro Pianificare gli incontri e gli obiettivi/contenuti da attuare per il raggiungimento	Tavolo Tematico H del Piano di Zona	Individuazione Bandi di finanziamento; Sperimentazione del modello; Modifica e validazione del documento	Obiettivo parzialmente raggiunto Non sono stati ottenuti finanziamenti ad hoc, ma sono state
--	--	-------------------------------------	--	---

AREA ADULTI E NUOVE POVERTA	OBIETTIVI 2012 - 2014	INTERVENTI PREVISTI	RISORSE IMPIEGATE	AZIONI REALIZZATE	RISULTATI
	HOUSING SOCIALE Affrontare il tema dell'emergenza abitativa attraverso la qualificazione dei processi di accompagnamento	Innovare il protocollo ASCA – Agenzia Sociale per la Casa – sulla base dei nuovi bisogni emergenti	CT Adulti Tavolo d'Area Adulti del Piano di Zona Asca – Agenzia	Aggiornamento e definizione del protocollo, migliorando l'integrazione tra servizio sociale e III settore	Obiettivo raggiunto Sviluppo: ripensare al sistema casa per differenziare le risposte a seconda
	TERRITORIO E RISORSE Conoscere e diffondere le buone prassi delle associazioni presenti sul territorio	Mappare e valorizzare le associazioni del territorio con finalità d'aiuto analoghe ai centri di ascolto	Tavolo d'Area Adulti del Piano di Zona Centro di Ascolto Caritas	Individuazione e rilevazione delle associazioni Diffusione della mappatura agli	Obiettivo raggiunto

AREA SALUTE MENTALE	OBIETTIVI 2012 - 2014	INTERVENTI PREVISTI	RISORSE IMPIEGATE	AZIONI REALIZZATE	RISULTATI
	INTESA CPS Migliorare il lavoro di rete tra CPE e territorio per realizzare interventi integrati	Regolamentare le prassi di segnalazione e gestione della casistica sociale con problemi psichiatrici	Tavolo d'Area Salute Mentale del Piano di Zona Gruppo di lavoro ad hoc	Formalizzazione protocollo Valutazione prassi sperimentate	Obiettivo parzialmente raggiunto: Consolidamento: Aggiornare il protocollo e diffonderlo ai nuovi operatori dei servizi territoriali (turn over) e ai Medici di Assistenza Primaria (MAP)
	INTEGRAZIONE SOCIO - LAVORATIVA Potenziare il sistema degli inserimenti lavorativi	Rafforzare gli inserimenti lavorativi Rafforzare gli interventi risocializzanti, attraverso buoni sociali	Servizio Inserimento Lavorativo Psico Sociale Centro Psico Sociale CPS Tavolo d'Area Salute Mentale del Piano di Zona FNA 2011	Prosecuzione attività Servizio Inserimento Lavorativo (SIL) Psicosociale Interventi promossi tramite il raccordo dei soggetti che operano nell'ambito di intervento	Obiettivo raggiunto
	Creare e sviluppare reti sociali terapeutiche in contesti non istituzionalizzati	Valutare l'efficacia degli interventi promossi dalla progettazione. Individuare punti critici e di forza del servizio	Tavolo d'Area Salute Mentale del Piano di Zona CPS Cooperativa Le Vele	Apertura di un punto di socializzazione sul territorio Creazione di attività per il tempo libero destinate a persone con problemi di salute mentale e alla cittadinanza in genere.	Obiettivo raggiunto



Valutare gli interventi secondo una prospettiva lineare (obiettivo → azioni → risultato) significa adottare una visione strettamente performativa delle azioni, correndo il rischio pertanto di focalizzare l'attenzione sull'efficacia delle singole azioni e di far coincidere il bisogno con la domanda effettivamente espressa all'interno dell'ambito in cui avviene la valutazione (servizio, progetto, intervento). Al di là della visione performativa è necessario porre anche l'attenzione sul sistema, ovvero introducendo una prospettiva capace di tenere insieme le diverse dimensioni e, al tempo stesso, di far emergere il valore aggiunto nei termini di miglioramento della qualità della vita sociale dei cittadini di un territorio.

Il Tavolo di Sistema assume anche questa funzione; infatti i componenti del Tavolo - oltre a recepire e discutere le proposte avanzate nei diversi livelli di programmazione partecipata, occuparsi di esprimere pareri e proposte sui servizi - hanno il compito di favorire lo svolgimento delle attività sia sostenendo il raccordo e l'integrazione tra i diversi soggetti che mantenendo una visione d'insieme dello sviluppo del welfare locale.

Analizzando i dati riportati nella tabella sottostante si ha una fotografia relativa ai cambiamenti intercorsi negli anni relativa alla funzionalità e al livello di partecipazione da parte dei componenti del Tavolo di Sistema e dei Tavoli tematici del piano di zona.

Tavoli Tematici	Numero Incontri						Media Partecipanti					
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Anziani	7	6	7	7	5	5	11	8	9	11	10	10
Disabilità	7	6	8	7	4	5	9	12	11,7	9	9	9
Famiglia e minori	8	10	11	10	6	5	13	10	7	10	9	9
Adulti nuove povertà	5	3	6	4	4	3	11	9	10	10	10	10
Salute mentale	7	5	6	5	5	3	10	10	11	9	9	9
Integrazione	3	3	4	4			11	10	10	10		
Abilitare la città	1	0	0	0			6	--	--	0		
Tavolo sistema	3	2	1	1	1	1	11	9	10	8	7	7

Tabella 1 – Numero incontri e media dei partecipanti ai Tavoli del Piano di Zona di Vimercate al 31/12/2014 – Fonte: Ufficio di Piano Ambito di Vimercate

Dai dati si può evincere anzitutto che, nel tempo alcuni Tavoli (Integrazione e Abilitare la città), i cui temi trattati sono molto specifici, sono stati ricongiunti nei Tavoli tematici (area disabilità) favorendo così la valorizzazione delle risorse e la semplificazione dei luoghi di incontro. Inoltre, la tabella mette in luce come, nonostante negli ultimi due anni vi sia stata una diminuzione degli incontri dei Tavoli tematici, il livello di partecipazione si è mantenuto uguale nel tempo. Questo aspetto suggerisce il grado di motivazione da parte dei componenti dei tavoli a proseguire i lavori in maniera partecipata, seppur sia stringente il bisogno di ridefinire la governance del territorio.

La situazione locale e nazionale dell'ultimo triennio, caratterizzata dalla crisi finanziaria e dallo stallo produttivo, ha presentato una riduzione sia delle opportunità che delle risorse economiche utili alla programmazione degli interventi sociali. Una prima risposta fisiologica da parte dei Tavoli tematici è stata quella di individuare e partecipare a bandi di finanziamento su proposte progettuali che, se da un lato hanno permesso la realizzazione di alcuni interventi, dall'altro hanno alimentato pratiche frammentate volte a dare risposte emergenziali impotenti nel produrre cambiamenti strutturali. La frammentarietà degli interventi è stata anche alimentata dall'assenza di incontri regolari da parte dei



componenti del Tavolo di Sistema depotenziando di fatto il lavoro dei Tavoli tematici e determinando modalità informative circolari incapaci di avanzare proposte ai livelli apicali.

E' importante sottolineare però che i componenti del Tavolo di Sistema non hanno abdicato al proprio ruolo delegando le funzioni ad altro organismo della governance, ma sono stati interpreti della "crisi" del modello organizzativo e di un necessario ripensamento dei ruoli e delle funzioni giocati da alcuni organismi del sistema.

E' stato sempre più evidente un ampliamento della forbice tra i bisogni delle persone e le possibilità di intervento da parte degli attori territoriali, alimentando pertanto fragili equilibri nel sistema e l'invito ad un ripensamento delle modalità e dei processi di lavoro. Inoltre, la complessità di alcuni bisogni (casa, lavoro ecc...) hanno evidenziato la debolezza dei Tavoli così come sono costituiti e rappresentati, ovvero si è evidenziata l'assenza ai Tavoli, per esempio, degli attori in possesso delle leve e della titolarità per affrontare i bisogni rilevati. Modificandosi radicalmente lo scenario finanziario e sociale in cui il Piano di zona agisce, necessariamente, anche l'organizzazione e le modalità operative devono essere riviste e ripensate.



2. Le criticità, i bisogni e le possibili risposte

Nella prima sezione (2.1) viene rappresentato brevemente il territorio del vimercatense attraverso un'analisi dettagliata degli indicatori demografici più significativi. Le informazioni riportate servono per approfondire la conoscenza circa le dinamiche demografiche, sviluppatesi negli anni 2011 – 2014, relative alla popolazione residente nei comuni dell'Ambito. Per un approfondimento dei dati riportati, si rimanda all'allegato 1.

Nella parte successiva (2.2) vengono riportati in veste grafica le criticità, i bisogni e le possibili risposte. I contenuti sono il risultato dei lavori svolti dai referenti che prendono parte ai tavoli tematici del piano di zona e dalle assistenti sociali delle commissioni tecniche di Offertasociale. I gruppi di lavoro sono stati avviati parallelamente nel mese di ottobre e sono stati portati a termine a dicembre 2014. Gli incontri sono stati organizzati con la medesima finalità, ovvero quella di leggere i fenomeni sociali e proporre possibili soluzioni in maniera da integrare sia il punto di vista dei soggetti presenti nel territorio che quello dei Comuni. I gruppi di lavoro sono stati costituiti mantenendo le tradizionali aree tematiche¹ e per questo motivo la lettura dei fenomeni e delle soluzioni proposte ha una specifica rappresentazione per target.

Rispetto alla lettura delle “mappe” sotto riportate, si fa presente che le parti trascritte in nero sono quelle evidenziate sia dai referenti dei tavoli tematici che dalle assistenti sociali, mentre le parti trascritte in blu sono aspetti emersi durante il lavoro della assistenti sociali nell'ambito delle commissioni tecniche congiunte.

2.1 Il profilo demografico

Al 1 gennaio 2014 gli abitanti dell'Ambito territoriale di Vimercate sono 180.765. Costituiscono circa il 21% (20,95%) della popolazione provinciale, con una densità abitativa media significativamente più bassa degli altri Ambiti territoriali costituenti la provincia di Monza Brianza.

La popolazione del territorio, negli ultimi quattro anni, ha dimostrato un trend lievemente crescente ed i residenti sono aumentati complessivamente di 5.855 unità.

Con riferimento alla struttura della popolazione per età, negli ultimi quattro anni, appare evidente la costante tendenza all'invecchiamento della popolazione: aumentano i residenti che hanno più di 65 anni, con un indice di vecchiaia pari a 133,55% (133 ultra 65enni ogni 100 ragazzi fino a 14 anni) contro una media provinciale di 142,11%.

I giovani (0-19 anni) sono il 19,43% (35.138) sul totale dei residenti; i giovani stranieri (0-19 anni) sono il 2,23% (4.045) dei residenti pertanto la presenza dei giovani italiani è significativamente superiore a quella degli stranieri.

L'indice di dipendenza giovanile è pari al 22,90%, ovvero su 100 persone in età lavorativa (15-64 anni) circa 23 persone sono giovani da 0 a 14 anni.

Il carico sociale ed economico teorico sulla popolazione (indice di dipendenza strutturale) nel 2014 è pari al 53,50%, ovvero la popolazione non attiva (fino ai 14 anni e da 65 anni e

¹ Adulti e nuove povertà, anziani, disabili, minori e famiglia, salute mentale. Nelle CT quest'ultima area tematica, a differenza dei Tavoli del Piano di Zona, è ricompresa nell'area disabili.



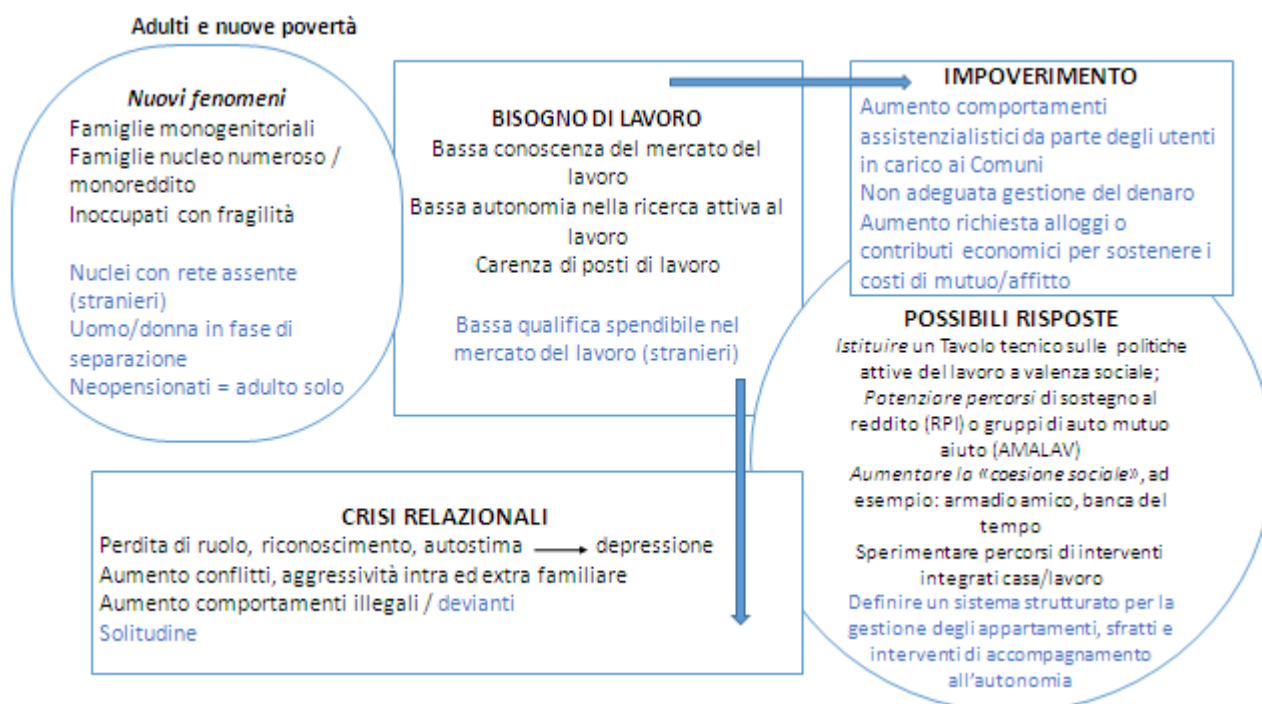
oltre) è più della metà del totale. Questo valore è aumentato rispetto al 2011 che era pari al 49,71%. Questi dati non tengono però conto della reale situazione occupazionale delle persone in età lavorativa (15-64 anni) perché comprendono anche studenti, disoccupati e casalinghe pertanto l'indice di dipendenza strutturale è sicuramente maggiore di quello calcolato.

Gli stranieri, negli ultimi quattro anni, aumentano lievemente passando dal 7,74% (13.711) nel 2011 all'8,55% (15.456) nel 2014 e di questi il 26,17% (4.045) sono giovani (0-19 anni).

Con riferimento alla struttura della popolazione straniera per età, tenendo in debita considerazione il valore dell'indice di vecchiaia, si evince che gli anziani stranieri sono significativamente inferiori ai giovani stranieri in fascia 0 – 14 anni. Si contano infatti 11 anziani ogni 100 giovani 0 – 14 anni.

Gli indici di dipendenza giovanile e di dipendenza strutturale mettono in evidenza che il rapporto tra le generazioni in età lavorativa e quelle in età non lavorativa è in equilibrio, diversamente da quanto verificato sul totale dei residenti. Poiché la percentuale degli stranieri incide in maniera marginale rispetto al totale della popolazione residente (8,55²%), i valori riferiti alla popolazione giovanile straniera mitigano lievemente la tendenza all'invecchiamento della popolazione residente nel territorio.

2.2 Le mappe dei fenomeni sociali



² Per il dettaglio, si veda l'allegato 1



Area Anziani



Area Disabili





Area Minori e Famiglia

Nuovi fenomeni

Infanzia /scuola primaria
(criticità di sistema)
≥ 11 anni: esplosione certificazioni
≥ 12 anni: comportamenti devianti
16/18 anni – NEET / stranieri
Bullismo a scuola
Famiglie straniere con minori
Famiglie con minori in fase di
separazione

GIOVANI

Difficoltà a definire un ruolo / identità
(no progettualità)
Difficoltà ad integrarsi al proprio
nucleo familiare (stranieri)
Aumento giovani con problemi
psicologici: comportamenti
autolesionistici, disturbi alimentari,
gap

GENITORI

Difficoltà nel riconoscere e costruire
il proprio ruolo genitoriale
Difficoltà su aspetti educativi e di
gestione dei figli
Genitori in fase di separazione:
violenza assistita

SISTEMA

Area infanzia: assenza di un
linguaggio e prassi comuni tra
operatori
Esplosione «certificazioni»
Scuola non segnala casi di bullismo

TAVOLO DI SISTEMA

Orientare gli interventi sul
territorio in una logica di
«programmazione» – no
ricorso a bandi su
emergenza

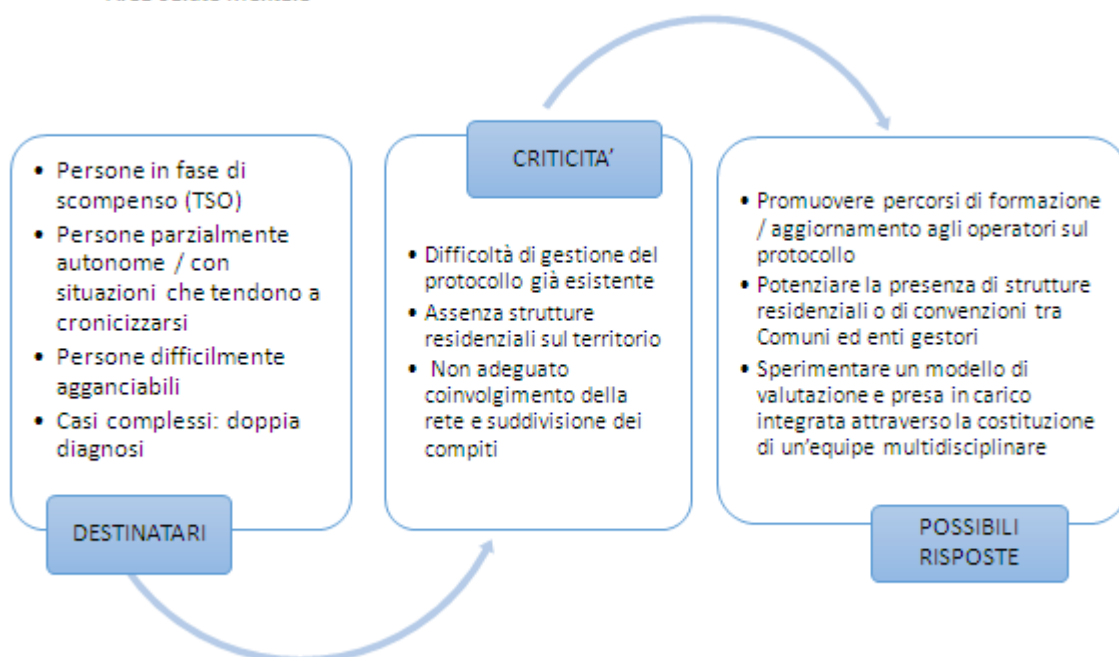
FLESSIBILITA' RISPOSTE

No servizio standardizzato

APPROCCIO DI SISTEMA

Programmare risposte
strutturate/sistematiche
non sul singolo bisogno

Area Salute Mentale





3. Gli obiettivi e le priorità di intervento

A seguito del lavoro da parte dei componenti delle commissioni tecniche e dei Tavoli del Piano di Zona, a partire dall'analisi delle criticità, dei bisogni e delle possibili risposte, sono stati individuati gli obiettivi per il prossimo triennio.

Gli orientamenti per il prossimo piano di zona 2015 – 2017 sono stati successivamente individuati in sede di una plenaria alla presenza dei tecnici dell'Ufficio di Piano e degli Amministratori. Nella consapevolezza della criticità riferita all'attuale situazione socio economica, che inevitabilmente, comporta la riduzione delle risorse disponibili, gli Amministratori hanno richiesto la focalizzazione sui seguenti aspetti:

- Valorizzare le risorse attraverso l'integrazione delle risposte ed evitando duplicazioni; estendere la gestione associata ai servizi in essere; potenziare la capacità di individuare e utilizzare bandi ad hoc;
- Qualificare i sistemi di offerta mirando sempre più alla flessibilità dei servizi offerti;
- Elaborare regolamenti d'ambito che definiscano prassi uniformi volte a migliorare l'appropriatezza e la sostenibilità nel rispondere ai bisogni specifici della persona e della sua famiglia.

Di seguito verranno presentati gli obiettivi e le specifiche declinazioni secondo il format predisposto e richiesto da Regione Lombardia. Come si può leggere, per ciascun obiettivo vengono illustrate le azioni, le risorse e gli strumenti utilizzati nonché le informazioni utili per comprendere se il risultato atteso è stato raggiunto. Nella sezione "gli obiettivi e le priorità" di intervento vengono evidenziate le tipologie di obiettivi così classificate: un obiettivo è generale, se è trasversale a più target; specifico, se riguarda un determinato target; strategico, se è un obiettivo che soddisfa gli orientamenti delineati dagli Amministratori.

È inoltre importante ricordare che gli obiettivi sono classificati seguendo le indicazioni regionali, pertanto non troveranno più una declinazione per area di intervento (adulti, anziani, disabili, minori e salute mentale) ma secondo le seguenti tre dimensioni: area della conoscenza, area delle risorse ed area dei servizi. L'area della conoscenza raggruppa i bisogni su cui si ritiene prioritario sviluppare degli approfondimenti, delle condivisioni di informazioni e conoscenze nel triennio; l'area delle risorse esplicita in quali ambiti si ritiene opportuno integrare delle risorse e infine l'area dei servizi include gli obiettivi che prevedono l'uniformità delle procedure o gli interventi da sviluppare in collaborazione a più soggetti della rete.



3.1 Gli obiettivi di ricomposizione della conoscenza

L'efficace ed efficiente programmazione degli interventi sociali e socio sanitari è strettamente connessa al fatto che i servizi e i progetti attivati si sviluppino seguendo con attenzione l'evolversi dei bisogni della popolazione. La congruenza tra domanda ed offerta è un criterio importante per valutare anche la qualità della rete dei servizi e dei progetti sviluppati nel territorio. Il rischio che si corre, qualora l'offerta rimanga invariata negli anni, senza cogliere l'evoluzione della domanda, è quello di piegare le esigenze dell'utente, e più ancora del cittadino in senso lato, a delle risposte che disattendono le reali richieste e che vedono l'erronea allocazione delle risorse.

Oltre a questo primo aspetto, le linee regionali di indirizzo alla programmazione zonale 2015 – 2017 invitano a porre attenzione circa la frammentazione conoscitiva, alimentata dalla divisione delle titolarità e delle risorse, che rende molto difficile per i singoli attori riconoscere l'insieme delle azioni e degli interventi che convergono su specifiche aree di bisogni. *Nessuno degli attori riesce infatti ad avere una visione d'insieme della domanda e dei bisogni di cui si sta occupando, né delle risorse, delle competenze e delle possibilità di risposta che vengono complessivamente attivate nel territorio rispetto ad ogni area di intervento*³.

L'obiettivo ultimo è pertanto quello di assicurare una maggiore conoscenza dei fenomeni riferiti alla dimensione locale, al fine di ridurre i margini di incertezza insiti in ogni processo decisionale e orientare gli interventi/servizi a rispondere in maniera più congrua alle situazioni di bisogno rilevate.

³ Regione Lombardia, dgr 2941/14 – linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2015-2017

Obiettivo	Innalzare il livello di conoscenza delle caratteristiche dell'utenza e dei bisogni
Tipologia obiettivo	Generale Strategico
Interventi Azioni	Costruzione di un osservatorio per approfondire la conoscenza del fenomeno minorile; Potenziamento delle modalità di rilevazione delle informazioni inerenti i bisogni delle famiglie con anziani non autosufficienti del territorio favorendo l'emersione di bisogni inespressi presso il segretariato sociale dei Comuni; Introduzione della cartella sociale informatizzata di primo livello per la registrazione dei dati dello sportello Informadisabili e del centriantiviolenza; Mantenimento della rilevazione dei bisogni inerenti i flussi migratori da parte degli sportelli Stars e monitoraggio nell'utilizzo del protocollo Matrioska da parte degli enti aderenti;
Risorse	<u>Professionali:</u> tecnici dell'ufficio di piano tecnici dei servizi sociali dei Comuni dell'Ambito tecnici degli sportelli Stars di Offertasociale tecnico dello sportello Informadisabili di Offertasociale tecnici del terzo settore tecnici delle organizzazioni sindacali <u>Finanziarie</u> Bandi ad hoc, se individuati
Strumenti Utilizzati	Tavoli di lavoro Banche dati per la raccolta delle informazioni strutturate nella logica di integrarle alla cartella sociale informatizzata dei Comuni Protocollo Matrioska
Indicatori di esito	Livello di conoscenza dei bisogni inespressi e dei nuovi fenomeni Numero delle persone che esprimono i bisogni individuati (ex ante, ex post)
Target di valutazione	Incremento della conoscenza dei bisogni e delle caratteristiche degli utenti Incremento delle persone che esprimono nuovi bisogni
Strumenti di valutazione	Report di valutazione sugli interventi effettuati e i risultati raggiunti
Tempistica	Triennio



3.2 Gli obiettivi di ricomposizione delle risorse

L'innalzamento del livello conoscitivo dei bisogni e delle caratteristiche dei fenomeni sociali è la premessa per generare nuovi interventi di programmazione sociale, attraverso anche la ricomposizione e l'ottimizzazione delle risorse che entrano in gioco.

L'attuale condizione sociale ed economica impone infatti anche un ripensamento delle logiche di programmazione e progettazione delle risposte perché è necessario tenere in debita considerazione due distinti livelli di difficoltà: da un lato la costante riduzione delle risorse destinate al welfare e dall'altro il prefigurarsi di scenari sempre più complessi.

Le prospettive future orientano verso la realizzazione di interventi capaci di ottimizzare le risorse attraverso: l'innovazione e l'integrazione delle risposte; il pooling tra risorse pubbliche e private, includendo anche i contributi economici da parte delle famiglie e la valorizzazione delle reti formali ed informali del territorio. In altri termini, per risorse non si debbono intendere solamente quelle economiche-finanziarie, ma anche le reti, le conoscenze, le competenze formali ed informali. In ultima analisi, infatti, è necessario creare reti efficaci, capaci di connettere gli individui e i nuclei familiari tra loro, consolidando i legami di cittadinanza e promuovendo la coesione sociale quale valore aggiunto ai sistemi locali.

Obiettivo	Ottimizzare l'utilizzo delle risorse comunali e provinciali destinate all'Assistenza Educativa Scolastica (AES) attraverso interventi innovativi laddove possibile e garantendo la qualità delle prestazioni
Tipologia obiettivo	Specifico area minori disabili Strategico
Interventi Azioni	Aggiornamento del protocollo AES territoriale Sperimentazione e valutazione degli interventi innovativi individuati (es. AES di gruppo)
Risorse	Professionali tecnici dell'ufficio di piano, tecnici degli Istituti Scolastici del territorio tecnici dei servizi all'istruzione dei Comuni dell'Ambito tecnici dei servizi sociali dei Comuni dell'Ambito tecnici del tavolo degli psicopedagogisti tecnici degli enti del terzo settore che si occupano di AES rappresentanti delle associazioni delle persone con disabilità e dei loro familiari
Strumenti Utilizzati	Tavoli di lavoro Piano Educativo Integrato (PEI)
Indicatori di esito	Protocollo aggiornato Minori disabili coinvolti nella sperimentazione
Target di valutazione	SI / No Protocollo aggiornato Numero dei minori disabili sul totale AES
Strumenti di valutazione	Reportistica relativa agli interventi effettuati elaborata in maniera congiunta tra i tecnici dell'ufficio di piano, della scuola, dei servizi sociali, degli psicopedagogisti e del terzo settore
Tempistica	Triennio

Obiettivo	Ottimizzare le risorse, definendo criteri uniformi di accreditamento relativi al servizio di trasporto sociale promosso dalla associazioni di volontariato, per potenziare la risposta di accompagnamento (livello intercomunale)
Tipologia obiettivo	Generale Strategico
Interventi Azioni	Verifica preventiva circa la fattibilità tecnica sulla base degli studi condotti nel trezzese Elaborazione di una proposta di fattibilità sostenibile Eventuale sperimentazione di sistemi intercomunali per il trasporto
Risorse	<u>Professionali</u> tecnici dell'ufficio di piano, tecnici dei servizi sociali dei Comuni dell'Ambito tecnici del terzo settore volontari delle associazioni di trasporto del territorio tecnici delle Organizzazioni Sindacali consulente ad hoc
Strumenti Utilizzati	Tavoli di lavoro Report relativo allo studio di fattibilità del trezzese Banca dati delle associazioni che si occupano del trasporto nel territorio Elaborazione di uno studio di fattibilità
Indicatori di esito	Aggiornamento report relativo allo studio di fattibilità Una sperimentazione con alcuni Comuni dell'Ambito Raccolta del consenso
Target di valutazione	Si / No aggiornamento report relativo dello studio di fattibilità Si / No sperimentazione Numero Comuni dell'Ambito che adottano il sistema
Strumenti di valutazione	Reportistica relativa alla realizzazione e alla valutazione degli interventi
Tempistica	Triennio

Obiettivo	Valorizzare e integrare le competenze formali ed informali degli attori della rete territoriale per realizzare la sperimentazione di progetti intergenerazionali volti a sostenere l'invecchiamento attivo delle persone anziane
Tipologia obiettivo	Trasversale area anziani e giovani adulti
Interventi Azioni	Azioni sperimentali di incontro e scambio di competenze intergenerazionale
Risorse	<u>Professionali</u> tecnici dell'ufficio di piano, tecnici dei servizi sociali dei Comuni dell'Ambito tecnici del terzo settore volontari/giovani delle associazioni del territorio tecnici delle Organizzazioni Sindacali <u>Finanziarie</u> Bandi ad hoc, se individuati
Strumenti Utilizzati	Tavoli di lavoro Banca dati delle associazioni di volontariato del territorio Customers' satisfaction
Indicatori di esito	Numero progetti sperimentati Numero delle associazioni coinvolte Livello di gradimento delle persone coinvolte Integrazione tra attori, servizi e aree di policy
Target di valutazione	Almeno un progetto sperimentato Almeno il 20% delle associazioni di volontariato presenti sul territorio coinvolte nella sperimentazione Il 70% delle persone anziane coinvolte esprime un livello di gradimento positivo Sì / No integrazione tra ambiti di policy
Strumenti di valutazione	Reportistica relativa ai progetti sperimentati e alla valutazione degli interventi realizzati
Tempistica	Triennio



3.3 Gli obiettivi di ricomposizione dei servizi

Strettamente correlato alla ricomposizione delle conoscenze e delle risorse è l'orientamento regionale alla costruzione di un welfare locale che offra interventi e i servizi in relazione ai bisogni della persona e della famiglia.

Si passa pertanto da un'offerta centrata sull'erogazione di prestazioni parcellizzate a una rete di servizi capace di rispondere ai bisogni specifici delle persone e delle famiglie.

In altri termini, ridare centralità alla persona significa delineare un welfare capace di integrare differenti aree di policy e di offrire risposte non standardizzate. Si richiede pertanto che i servizi stessi siano flessibili, pronti a innovarsi di volta in volta secondo l'evolversi dei bisogni del territorio. Il sistema di offerta che si viene a delineare dovrà inoltre garantire equità attraverso la predisposizione di regolamenti che disciplinano criteri e modalità di accesso uniformi.

In sintesi, la programmazione del prossimo triennio è orientata a realizzare interventi integrati, ricomponendo le risorse, e pronta a ripensare e rendere flessibile la rete dei servizi a partire da un'articolata lettura dei fenomeni attraverso il potenziamento degli strumenti di rilevazione delle informazioni.

Obiettivo	Realizzare interventi per promuovere percorsi personalizzati verso l'autonomia (VAI) a favore di persone disabili
Tipologia obiettivo	Specifico area disabili
Interventi Azioni	Promuovere la personalizzazione degli interventi in favore delle persone con disabilità finalizzati alla vita indipendente (VAI) anche abitativa e all'inclusione sociale e lavorativa Sperimentazione di "percorsi ponte" tra scuola, servizi e territori Sostegno alla creazione di nuove unità d'offerta diurne rivolte a persone con disabilità medio-lieve (es. CSE, SFA ...)
Risorse	<u>Professionali</u> tecnici dell'ufficio di piano, tecnici dei servizi sociali dei Comuni dell'Ambito tecnici degli Istituti Scolastici del territorio tecnici ASL MB tecnici degli enti gestori che operano nei servizi residenziali e semi-residenziali disabili tecnici del terzo settore volontari delle associazioni interessate al tema VAI presenti sul territorio tecnici CTVAI presenti sul territorio regionale destinatari e familiari <u>Finanziarie</u> Quota FNPS 2014 Risorse FNA - voucher VAI Quota delibera regionale 2885 del 12/12/2014
Strumenti Utilizzati	Tavoli di lavoro Scale di valutazione Progetto individualizzato
Indicatori di esito	Progetti realizzati Livello di gradimento dei beneficiari
Target di valutazione	Sì / No progetti Il 70% delle valutazioni da parte dei beneficiari esprime un livello di gradimento positivo
Strumenti di valutazione	Reportistica relativa alla realizzazione e valutazione degli interventi
Tempistica	Triennio

Obiettivo	Dare continuità e potenziare gli interventi volti a sostenere adulti e nuclei fragili attraverso percorsi di empowerment e/o accompagnamento alla gestione del budget familiare, contrastando il rischio all'esclusione sociale
Tipologia obiettivo	Generale Strategico
Interventi Azioni	Percorsi propedeutici all'inserimento lavorativo Percorsi di formazione sulla gestione del bilancio familiare Percorsi di empowerment Potenziare progetti o interventi di coesione sociale Monitoraggio e valutazione degli interventi realizzati
Risorse	<u>Professionali</u> tecnici dell'ufficio di piano tecnici dei servizi sociali dei Comuni dell'Ambito tecnici dei servizi specialistici territoriali tecnici del terzo settore tecnici delle Organizzazioni Sindacali <u>Finanziarie</u> Quota FNPS 2014 Bandi ad hoc, se individuati
Strumenti Utilizzati	Regolamenti d'Ambito per definire le procedure Gruppi di lavoro per la pianificazione degli interventi e del monitoraggio Gruppi di auto mutuo aiuto Sportelli di ascolto Sistemi di scambio locale Customer's satisfaction
Indicatori di esito	Progetti realizzati Numero di percorsi conclusi positivamente sul totale
Target di valutazione	Sì / No progetti Il 70% dei beneficiari conclude positivamente gli interventi
Strumenti di valutazione	Reportistica relativa alla realizzazione e valutazione degli interventi
Tempistica	Triennio



Obiettivo	Innovare gli interventi nell'ambito delle politiche giovanili al fine di sostenere l'occupabilità e il benessere dei giovani
Tipologia obiettivo	Specifico area giovani
Interventi Azioni	Sperimentazione degli spazi intesi come luoghi di apprendimento di competenze chiave anche spendibili sul mercato del lavoro, insieme ad azioni di promozione giovanile e organizzazione di eventi culturali ed artistici. Monitoraggio e valutazione degli interventi
Risorse	<u>Professionali</u> tecnici dell'ufficio di piano tecnici degli Istituti Scolastici del territorio tecnici del terzo settore volontari delle associazioni del territorio tecnici delle organizzazioni sindacali tecnici AFOL/Provincia <u>Finanziarie</u> Quota FNPS 2014 Risorse dei Comuni degli Ambiti di Trezzo sull'Adda e Vimercate
Strumenti Utilizzati	Tavoli di lavoro
Indicatori di esito	Progetti realizzati Numero di percorsi conclusi positivamente sul totale
Target di valutazione	Si / No progetti Il 70% dei beneficiari conclude positivamente gli interventi
Strumenti di valutazione	Reportistica relativa alla realizzazione e valutazione degli interventi
Tempistica	Triennio

Obiettivo	Definire procedure e strumenti per uniformare il funzionamento dei servizi comunali rivolti alla tutela dei minori
Tipologia obiettivo	Specifico area minori Strategico
Interventi Azioni	Raccolta e confronto circa le procedure e gli strumenti utilizzati dai singoli servizi sociali Definizione di linee guida operative uniformi Approvazione delle linee guida in Assemblea dei Sindaci Sperimentazione e valutazione delle nuove procedure
Risorse	<u>Professionali</u> tecnici dell'ufficio di piano tecnici dei servizi sociale dei Comuni dell'Ambito tecnici del terzo settore
Strumenti Utilizzati	Tavoli di lavoro Banche dati per la raccolta delle informazioni da analizzare Elaborazione di linee guida operative
Indicatori di esito	Linee guida operative
Target di valutazione	Sì / No linee guida operative
Strumenti di valutazione	Reportistica relativa alla realizzazione e alla valutazione degli interventi
Tempistica	Triennio

Obiettivo	Ridefinire le strategie operative dei servizi di inserimento lavorativo al fine di qualificare la capacità di risposta anche a nuove categorie di utenza (es. persone ex detenute o in misura alternativa) e attraverso l'integrazione con altre agenzie del territorio che si occupano di politiche del lavoro
Tipologia obiettivo	Generale Strategico
Interventi Azioni	Analisi dell'operatività in essere Elaborazione di uno studio sulle possibili innovazioni Eventuale sperimentazione
Risorse	<u>Professionali:</u> tecnici dell'ufficio di piano tecnici dei servizi sociali dei Comuni dell'Ambito tecnici dei servizi sociali di inserimento lavorativo di Offertasociale tecnici dei servizi territoriali tecnici Afol / Provincia tecnici delle Organizzazioni Sindacali
Strumenti Utilizzati	Tavoli di lavoro Elaborazione di uno studio sulle possibili innovazioni
Indicatori di esito	Studio sulle possibili innovazioni Sperimentazione
Target di valutazione	Sì / No studio sulle possibili innovazioni Sì / No sperimentazione
Strumenti di valutazione	Reportistica relativa alla realizzazione e alla valutazione degli interventi
Tempistica	Triennio

Obiettivo	Migliorare la presa in carico integrata a favore di persone in disagio psichico
Tipologia obiettivo	Specifico area salute mentale
Interventi Azioni	Rivisitazione e sottoscrizione Protocollo Informazione e diffusione sulle prassi definite Sperimentazione Monitoraggio e valutazione
Risorse	<u>Professionali:</u> tecnici dell'ufficio di piano tecnici dei servizi sociali dei Comuni dell'Ambito tecnici dei servizi sociali di inserimento lavorativo di Offertasociale tecnici dei servizi specialistici territoriali tecnici del terzo settore
Strumenti Utilizzati	Tavoli di lavoro
Indicatori di esito	Protocollo sottoscritto Sperimentazione
Target di valutazione	Si / No Protocollo sottoscritto Si / No sperimentazione
Strumenti di valutazione	Reportistica relativa alla realizzazione e alla valutazione degli interventi
Tempistica	Triennio



4. Analisi dei soggetti, dei network e del sistema di governance

Le indicazioni normative (legge 328/2000 e legge regionale 3/2008) sulla “centralità” del Comune nel sistema della governance socioassistenziale, trovano attuazione nel sistema di governo territoriale. I comuni associati - attraverso l’azienda Offertasociale - sono coinvolti intensamente nel sistema della governance, e partecipano a tutti i livelli formali: quello istituzionale (Assemblea degli amministratori), preposto alle decisioni; quello di responsabilità (Conferenza dei responsabili dei Servizi), che ha la finalità di garantire il legame più efficace tra l’apparato gestionale dei comuni e l’organizzazione aziendale; quello di estensione della partecipazione alle parti sociali del territorio (Tavoli del Piano di Zona); quello di sintesi e di progetto (Ufficio di piano) per il raccordo programmatico con i Servizi sociali comunali e gli altri soggetti territoriali del welfare; quello operativo di contatto e interfaccia con i problemi (Commissioni tecniche delle assistenti sociali) con la funzione di “sensore qualificato” del bisogno e luogo specifico della competenza professionale da applicare.

Nel percorso dei Piani di zona sin qui attuati, il processo della governance territoriale è progredito su un buon livello organizzativo che si è consolidato - nel corso degli anni - grazie a un costante intervento di “manutenzione”.

Questa la struttura funzionale che lo descrive. Un sistema di snodi progressivi orientato al “che fare”, alimentato dai presupposti partecipativi di un consenso allargato.

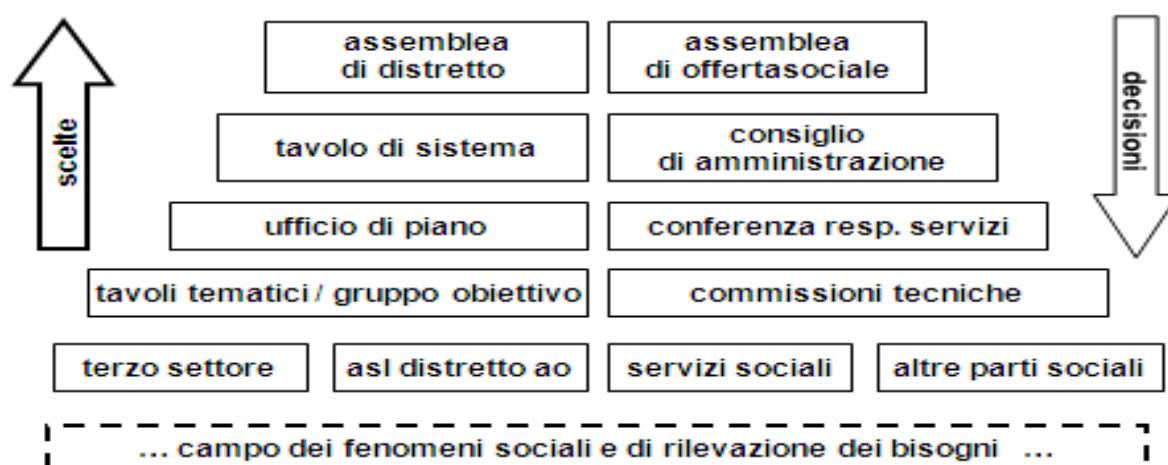


Grafico 1: Rappresentazione dei processi relativi alle scelte e alle decisioni, due flussi incrociati – Fonte: Ufficio di Piano

La struttura dello schema piramidale della *governance* locale, ricalca il modello ormai tradizionale - e fortemente caratterizzato dalla vicenda Offertasociale - dei “flussi incrociati”



delle scelte e delle decisioni. Un processo dove l'autorità delle decisioni vuole essere la semplice conseguenza delle buone scelte individuate dalla base.

Di questo impianto, nei trienni precedenti, due tasselli fondamentali della *governance* sono stati i Tavoli del Piano di Zona (TP) e le Commissioni Tecniche (CT). Quest'ultimo organismo, che caratterizza e qualifica fortemente il sistema gestionale combinato tra risorse dei singoli comuni e risorse associate dei servizi territoriali, si può così schematizzare:

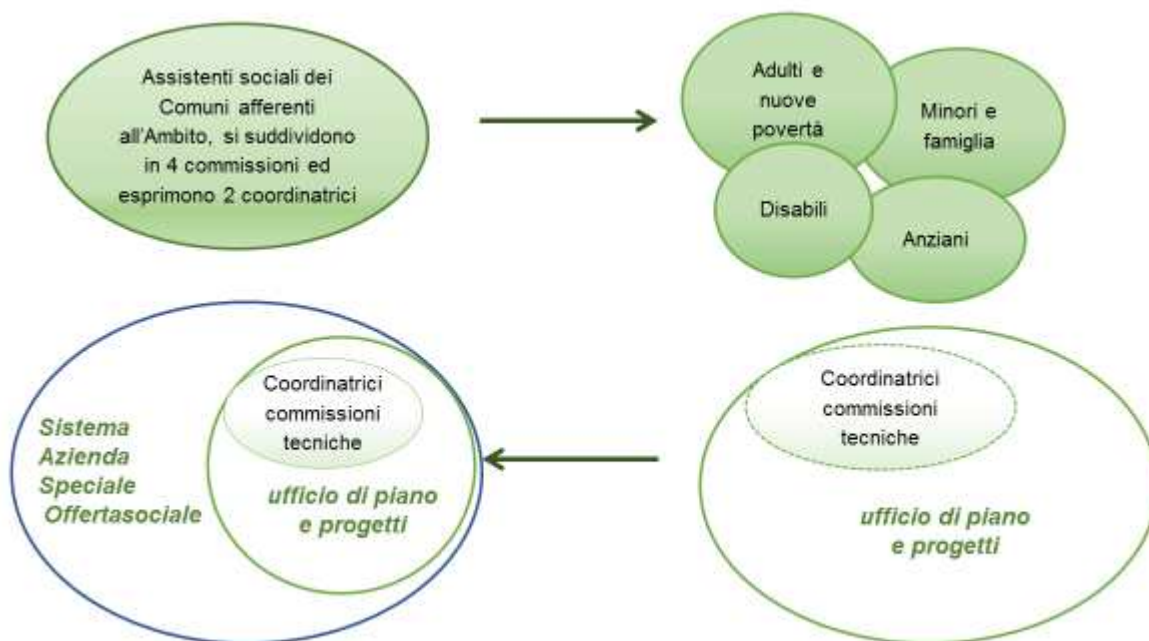


Grafico 2: rappresentazione del sistema relativo alle Commissioni Tecniche all'interno dell'Ufficio di Piano e a OS

Le assistenti sociali dei Comuni scelgono liberamente la CT cui partecipare attivamente, avendo cura di rispettare un'auto-distribuzione equilibrata nei diversi ambiti di lavoro.

La CRS completa i presupposti di una *governance* a banda larga: essa è costituita dai responsabili dei servizi sociali e alla persona di tutti i comuni associati. Pur tenendo conto della diversa funzione dei due gruppi di lavoro (CT e CRS), così come della loro differente declinazione organizzativa, si evidenzia che il flusso comunicativo tra i due gruppi di lavoro rimane una criticità da superare. Ciò che dovrebbe prospettarsi è l'attuazione su scala territoriale (sovra comunale) dei medesimi flussi di scambio che avvengono tra operatore e responsabile di Settore di ciascuna Amministrazione. Nel senso che nella prospettiva del "servizio sociale territoriale", ogni nucleo operativo locale deve adottare come procedura usuale il farsi carico del problema specifico (l'utente del Servizio), ma anche del problema sistemico (il bisogno del territorio).

Nel triennio precedente si è scelto di mantenere le tradizionali tematiche quale unità operativa sia dei Tavoli del Piano di Zona (TP) che delle Commissioni tecniche (CT). Queste due unità operative sono i luoghi in cui si ricompone il più vitale e fitto intreccio della rete con l'operatività dei servizi territoriali, gli attori dei progetti in corso, i servizi sociali locali e, in generale, con tutte le opportunità che favoriscono la percezione tattile dello spessore del welfare territoriale in atto. Mentre però le CT hanno offerto elementi



progressivi di sistematicità ed efficacia della propria funzione territoriale, autodeterminando la prosecuzione operativa sui medesimi parametri, per quanto riguarda il confronto e lo scambio periodico che si svolge ai tavoli di Piano, si rende necessario - alla luce delle evidenze riportate negli esiti della valutazione - una revisione del sistema che li ha sin qui governati. Una diversa riflessione viene suggerita dal riesame della storia sin qui sedimentata dal lavoro dei Tavoli, si tratta infatti di un assetto che ha esaurito l'intensità della propria capacità propulsiva, determinando una stasi che va affrontata alla luce dell'incidenza "paralizzante" dei nuovi contesti di riferimento, ma anche stimolata con un'accurata **revisione dei meccanismi** del proprio apparato attraverso le nuove linee di indirizzo per la programmazione 2015-2017 (Dgr X/2941 del 19/12/2014). Il documento definisce tre assi di lavoro, quello della conoscenza, delle risorse e dei servizi e introduce strumenti operativi volti alla declinazione puntuale degli obiettivi della programmazione triennale. Questa prima riformulazione, unita alla necessità di designare nuovi confini operativi dei Tavoli del Piano di Zona, orienta all'individuazione di gruppi tecnici pronti a lavorare per obiettivi e in tempistiche ben definite su temi che potranno essere: specifici se individuano oggetti di lavoro di determinati target di popolazione generici se individuano oggetti di lavoro trasversali a più target.

Ciascun gruppo di lavoro sarà definito **Gruppo Obiettivo (GO)** evidenziando la precipua caratteristica di operare per il raggiungimento di una meta ben definita.

I Gruppi Obiettivo si costituiranno di tecnici di differenti professionalità e rappresentanze (Comuni, Istituti Scolastici, servizi di Offertasociale, servizi specialistici territoriali, terzo settore, organizzazioni sindacali...) garantendo come sempre la costituzione di gruppi multidisciplinari e, nel caso in cui fosse trattato un oggetto di *lavoro generale*, anche la contemporanea presenza di molteplici punti prospettici. Le rappresentanze all'interno dei singoli Gruppo Obiettivo saranno definite tramite la convocazione di alcuni incontri alla presenza di tutti i portatori di interesse del Piano di Zona (plenaria). Le plenarie saranno punti di raccordo di movimenti di andata - avvio dei Gruppi Obiettivo - e ritorno - restituzione del lavoro svolto da parte del gruppo ai portatori di interesse – definendo oscillazioni temporali di senso. In particolare, oltre ai referenti delle organizzazioni sindacali, ai Gruppi Obiettivo sarà coinvolto il Terzo Settore, e i suoi soggetti di rappresentanza, per ridefinire le modalità di partecipazione e la scelta dei rappresentanti che prenderanno parte al Tavolo di Sistema e ai lavori del Piano di Zona. Il terzo settore infatti, da sempre, si fa carico di contribuire all'innovazione, di promuovere l'efficienza, di cercare alternative alla riduzione delle risorse, di dare visibilità ai nuovi bisogni, senza mai assumere posizioni prettamente ideologiche, ma favorendo in ogni occasione uno sviluppo comune e condiviso.

Queste, in estrema sintesi, le possibili prospettive che dovranno essere definite meglio non appena il prossimo Piano di Zona sarà approvato e l'accordo di programma sarà stato sottoscritto. Questo nuovo assetto dovrà infatti essere perfezionato e ulteriormente condiviso con i soggetti interessati del territorio, quale condizione sine qua non per poter dare avvio ai lavori del Piano di Zona.

In tale prospettiva il **Tavolo di Sistema (TS)** gioca, senz'ombra di dubbio, un ruolo fondamentale e strategico, quale luogo volto a favorire l'adeguato funzionamento dei percorsi della programmazione partecipata per la realizzazione degli obiettivi del Piano di Zona, indicando eventuali e significativi scostamenti dagli obiettivi dichiarati. Il TS infatti assicura una visione di insieme, integra diversi scenari, orienta le scelte verso interventi coerenti, equi ed uniformi nelle modalità di gestione. Nell'organigramma che traccia i flussi delle scelte e delle decisioni, infatti, è proprio questo il Tavolo di passaggio che precede le strategie risolutive, prima che vengano proposte all'Assemblea Distrettuale (grafico 1).



Il tavolo di Sistema è composto dai tecnici dell'Ufficio di Piano, da alcuni (3) soggetti del terzo settore eletti quali rappresentanti del Terzo Settore, dal Direttore del Distretto Sanitario, da un rappresentante della Provincia, dai rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative dal Presidente dell'Assemblea dei Sindaci e dal Presidente del Consiglio di Amministrazione e dal direttore di Offertasociale. Il Tavolo di sistema è presieduto di norma dal Responsabile dell'Ufficio di Piano che ne cura le convocazioni.

Le delineazioni di nuovi scenari tracciati dagli assetti degli organismi di nuova istituzione (Tavolo di Sistema Welfare, Cabina di Regia Asl/Ambiti) e la riattivazione del Consiglio InterAmbiti mettono in luce come il TS debba anche assumere la funzione di raccordo tra il livello d'Ambito e quello InterAmbiti.

Alcuni referenti che prendono parte al Tavolo di Sistema d'Ambito, infatti, parteciperanno anche agli incontri del Tavolo di Sistema Welfare.

L'applicazione di questo particolare sistema di *governance* - esteso e multipartecipato - comporta necessariamente modi di attenzione e tempi di rispetto per tutte le sue parti, il suo contrappasso dinamico è l'**Ufficio di Piano** e progetti. L'Ufficio di Piano è formato da un responsabile, dalle coordinatrici delle commissioni tecniche e dalla referente dell'Ufficio Unico per la messa in esercizio e l'accreditamento delle unità d'offerta sociali. L'Ufficio di Piano coordina le commissioni tecniche e i tavoli di partecipazione, promuove l'interlocuzione con gli attori istituzionali pubblici e del privato sociale del territorio garantendo la diffusione tempestiva delle informazioni circa gli atti e i materiali prodotti, in maniera da raggiungere tutti gli attori del Piano (Assessori politiche sociali, assistenti sociali, enti del terzo settore e le organizzazioni sindacali) mantiene il raccordo tecnico con l'ASL di Monza e Brianza e gli altri enti o organismi InterAmbiti, provinciali e regionali e ha infine la funzione di offrire supporto tecnico nell'ambito dell'Assemblea dei Sindaci. In linea con le nuove linee di indirizzo regionali, l'Ufficio di Piano assume anche una funzione di ricomposizione delle conoscenze, delle risorse e dei servizi in risposta ai bisogni del territorio. In questo senso, la programmazione non è intesa come attività di allocazione delle risorse di welfare, peraltro sempre più residuale rispetto ai trienni precedenti, quanto come luogo in cui sviluppare conoscenze diffuse e in grado di sostenere gli attori al confronto per giungere a soluzioni nuove ed inedite. In tale prospettiva, l'ufficio di piano assume in maniera strategica il compito di innovare le risposte sapendo integrare e valorizzare le risorse in campo, accanto alla costante individuazione e utilizzo di finanziamenti attraverso bandi ad hoc che, da sempre, il nostro ufficio di piano mette in campo.



5. La gestione associata

Il territorio del vimercatese si caratterizza, già a partire dagli anni '90, per la sua vocazione solidaristica, che orienta i Comuni a sviluppare servizi in gestione associata a valenza sovracomunale, prima attraverso deleghe di mandato all'ASL, successivamente tramite la Convenzione intercomunale (2000-2003) e infine con la costituzione di un'Azienda speciale (2013), considerata lo strumento più idoneo a tale funzione.

Il conferimento dei servizi a Offertasociale asc si sviluppa fin dal suo nascere secondo due sistemi di finanziamento: servizi compartecipati "in quota solidale" e servizi "a domanda libera".

La politica della partecipazione in solido, basata sui principi della solidarietà (equa suddivisione delle quote di spesa) e della sussidiarietà (supporto per i piccoli comuni), per cui le piccole amministrazioni possono usufruire di servizi "specializzati e costosi" grazie al sostegno compensativo di quelli più grandi, tuttavia rischia oggi di essere messa in discussione, pressata dalle esigenze di contenimento dei costi.

La crisi economica, con l'acuirsi di nuovi bisogni e in parallelo la restrizione delle risorse economiche destinate al sociale, rappresenta attualmente una sfida alla sostenibilità di questo modello, in particolare per quanto riguarda i servizi a basso turn-over, dove la cronicità della frequenza non consente una fruizione omogenea e diffusa da parte delle amministrazioni (es. CDD) e per quelli su cui intervengono variabili esogene che spingono a nuovi (repentini) orientamenti organizzativi (ad esempio, i diversi orientamenti del tribunale dei minori che impattano sulle comunità residenziali per minori).

Per contro, qualità, efficienza ed efficacia nell'erogazione dei servizi, nonché trasparenza nelle scelte e nella gestione delle risorse, rappresentano ancor oggi gli elementi su cui le amministrazioni basano la richiesta di sviluppo/potenziamento di servizi a domanda libera, orientati a strutturare risposte adeguate a fronte di nuovi bisogni emergenti (es. amministrazioni di sostegno) oppure a fronteggiare esigenze di tipo organizzativo (servizio tutela minori, servizio psicopedagogico, servizio sociale).

In questo senso, il ruolo dell'Azienda è stato e continua ad essere quello di sollecitare momenti di confronto tra i servizi sociali, per ragionare attorno alla necessità di nuove soluzioni organizzative o per definire e validare modelli operativi e servizi da estendere a tutti i Comuni.

L'esperienza della gestione associata ha permesso di costruire un sistema partecipato di scelte e programmi che ha stimolato una cultura sociale del territorio, spostando la valutazione dal piano della "convenienza locale" a quello del vantaggio solidale. In particolare l'elaborazione di protocolli operativi e di regolamenti uniformi hanno permesso di sviluppare un livello di fruizione dei servizi uniforme e omogeneo su tutto il territorio, che supera le differenze di opportunità dettate dall'appartenenza geografica e di una cultura del welfare pensata e adottata oltre i confini comunali.

La gestione associata dei servizi permette altresì di ottenere economie di scala attraverso: l'ottimizzazione delle risorse amministrative, che permette di evitare la duplicazione delle procedure di affidamento dei servizi; la gestione di percorsi di accreditamento di soggetti privati in una logica di governance territoriale condivisa;



l'acquisizione di una maggiore forza contrattuale nei confronti dei fornitori di servizi; la possibilità di esercitare il controllo sui livelli delle prestazioni erogate in maniera meno dispersiva; la promozione di competenze e professionalità attraverso percorsi di formazione rivolti al personale dei servizi sociali.

Non ultimo, l'adesione all'Azienda consente al comune di avere accesso a finanziamenti aggiuntivi, che permettono di attivare politiche innovative difficilmente fruibili nell'ambito della singola (piccola) Amministrazione. Ne sono esempio i finanziamenti su fondi statali (FNPS e fondi ministeriali di settore) /regionali / provinciali e sul fondo sociale europeo, che vengono da anni finalizzati allo sviluppo e al potenziamento di interventi quali l'orientamento e l'accompagnamento al lavoro di persone a rischio di emarginazione sociale o la promozione dell'integrazione culturale rivolta alla popolazione straniera.

La vocazione all'innovatività che ha caratterizzato l'operato dell'azienda speciale nel decennio precedente si rivela tanto più utile in un momento in cui la risposta al bisogno risulta inadeguata alle mutate esigenze e la struttura organizzativa comunale appare in qualche modo insufficiente a farvi fronte.

In questa prospettiva l'azienda può giocare la sua funzione di soggetto promotore di nuovi scenari, quali ad esempio la sperimentazione di percorsi di co-progettazione che, a partire dalla condivisione degli obiettivi e delle soluzioni organizzative, rafforzi la collaborazione tra pubblico e privato in una nuova visione del welfare.

Diversi i casi e le esperienze che possono essere richiamati a riguardo, tra cui: la riprogettazione delle politiche giovanili, intese non più come "sostegno a persone potenzialmente a rischio "in quanto giovani", bensì come promozione delle potenzialità già presenti ovvero rafforzamento delle competenze/abilità nella popolazione di riferimento, con l'obiettivo di accompagnare i giovani di oggi ad essere gli adulti responsabili di domani (investimento sul loro/nostro futuro); la sperimentazione di interventi di sostegno a bisogni molteplici e variegati non sempre riconducibili ai servizi standard predefiniti (sad, adm...); la sperimentazione di nuovi modelli organizzativi per un sostegno ai minori (e alle loro famiglie) nel periodo estivo, pensati nell'ottica delle politiche di conciliazione e dell'integrazione tra settore scolastico-educativo e settore sociale.

6. Allegati

Allegato 1 – Quadro socio demografico del territorio del vimercatese

La popolazione residente nell'Ambito territoriale di Vimercate al 1 gennaio 2014 è di 180.765 abitanti con una densità abitativa di 1.282 abitanti per Km².

Dalla comparazione dei dati in Tabella¹ il vimercatese, caratterizzato da densità abitativa inferiore rispetto agli altri Ambiti territoriali, risulta essere il territorio meno urbanizzato di tutta la Provincia di Monza Brianza.

La densità di popolazione sul territorio dell'Ambito territoriale di Vimercate è comunque significativamente superiore al dato regionale e nazionale.

Ambito	Residenti	Superficie Km ²	Abitanti per Km ²	N° Comuni
Carate Brianza	151.967	76	2.000	13
Monza	171.092	48	3.564	3
Desio	191.935	67	2.865	8
Seregno	166.925	73	2.287	9
Vimercate	180.765	141	1.282	22
Provincia MB	862.684	405	2.130	55

Tabella I. Superficie e densità abitativa della popolazione residente nel cinque ambiti territoriali della Provincia di Monza B.za – Fonte: ISTAT

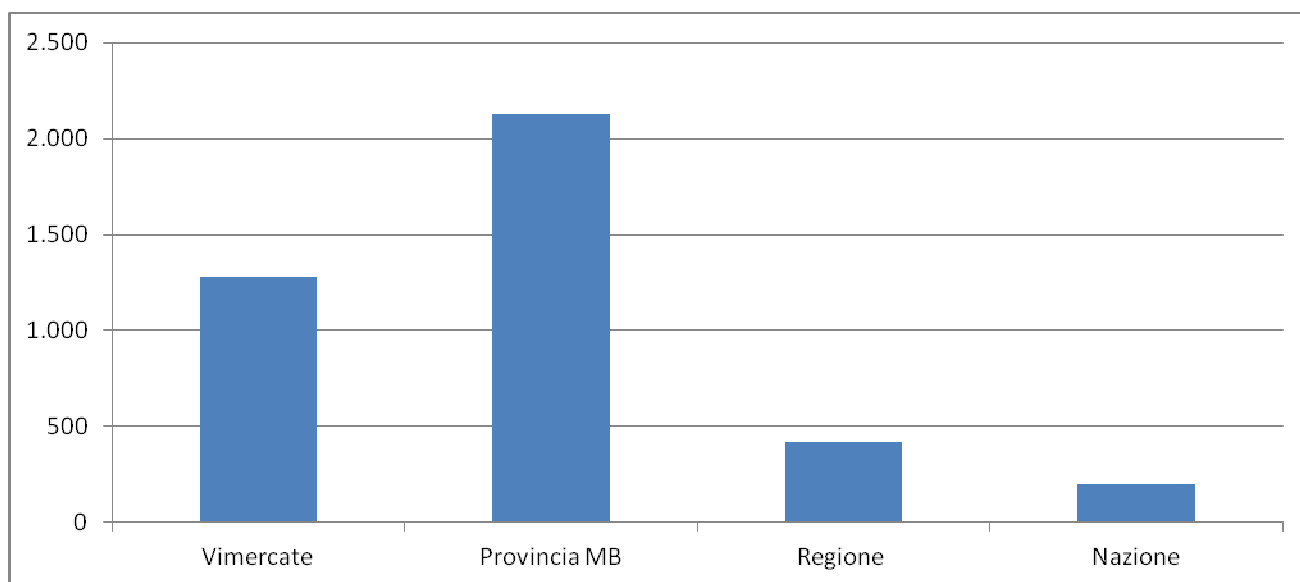


Grafico 1: Densità di popolazione dell'Ambito di Vimercate in rapporto ai dati provinciali, regionali e nazionali al 1 gennaio 2014 – Fonte: ISTAT

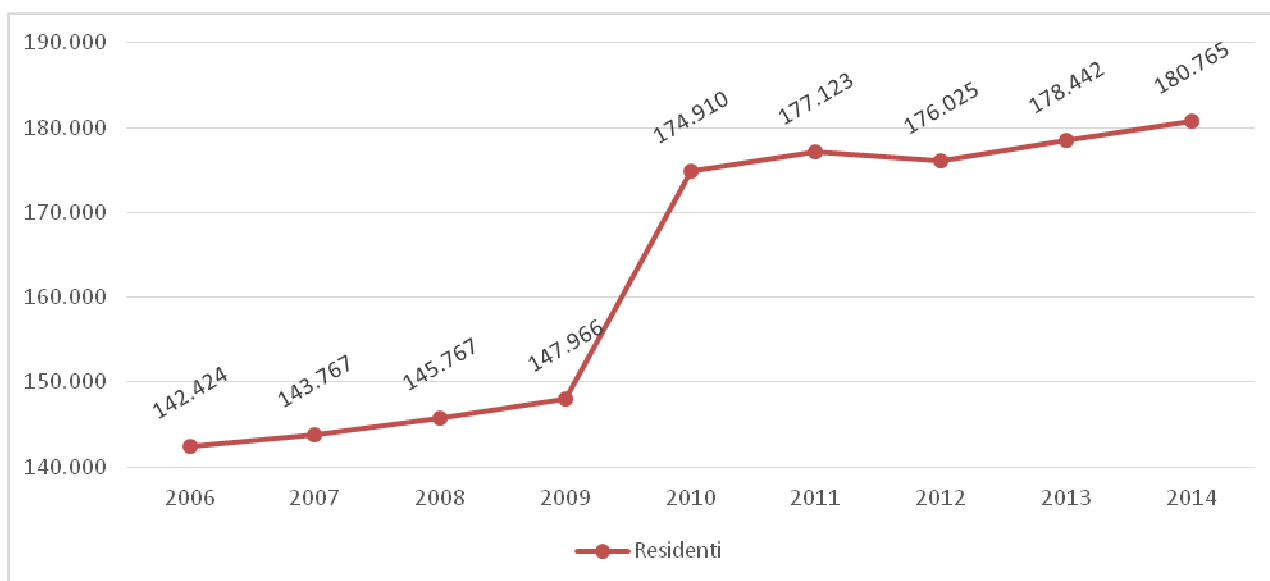


Grafico 2: Popolazione residente nell'Ambito territoriale di Vimercate dal 2006 al 2014 – Fonte: ISTAT

Dal 2006 al 2009 la popolazione residente nei comuni del vimercalesi è aumentata del 3,75% passando ad un totale di 147.966. Un ulteriore incremento significativo pari al 18,21% è avvenuto nel 2010 quando sono stati annessi all'ambito territoriale di nostro interesse i comuni di Busnago, Caponago, Cornate d'Adda e Roncello che, con la costituzione della Provincia di Monza Brianza, erano afferenti all'ambito territoriale di Trezzo sull'Adda (Mi).

Dal 2010 al 2014 la popolazione residente nel territorio d'ambito è aumentata del 3,24% pari a 5.855 abitanti.

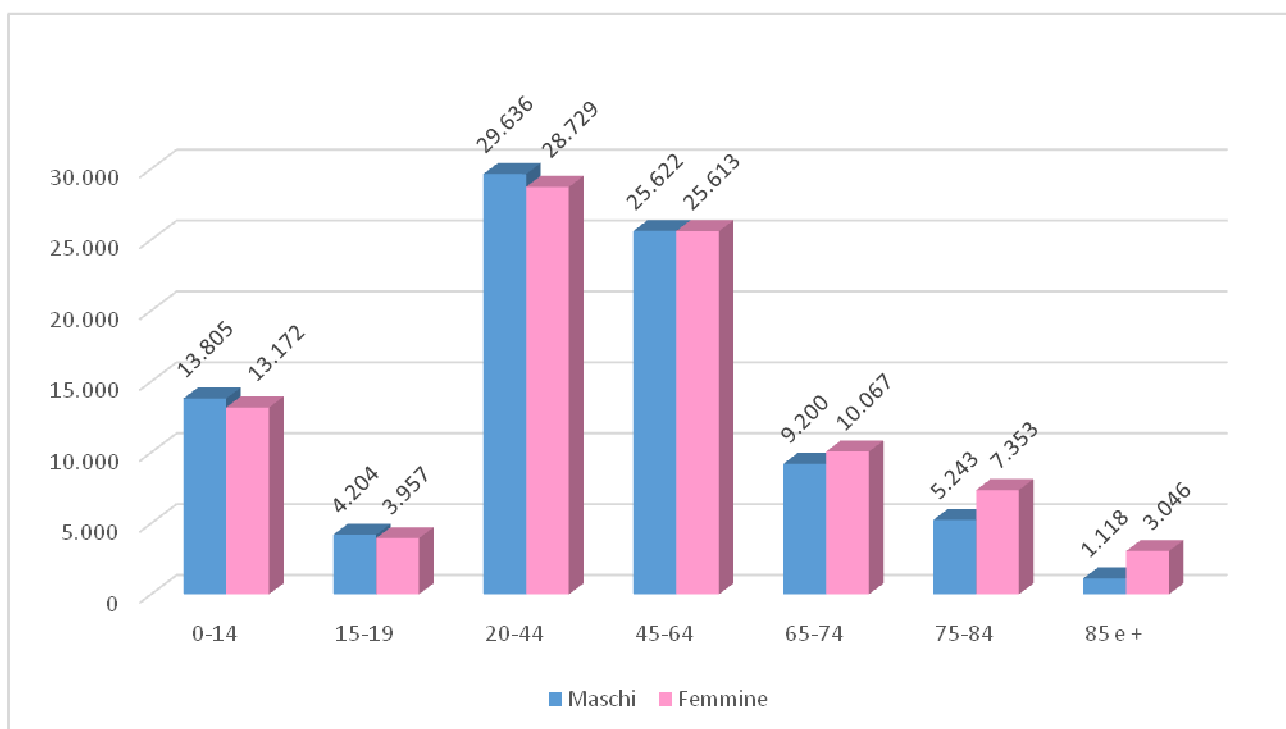


Grafico 3: Popolazione residente nell'Ambito territoriale di Vimercate per fasce d'età e genere al 1 gennaio 2013 – Fonte: ISTAT



Nell'ambito territoriale di Vimercate la percentuale tra maschi e femmine è molto simile, al 1 gennaio 2014 i residenti di genere maschile sono 88.828 (49,14%) mentre le persone di genere femminile sono 91.937 (50,86%). Il grafico 3 rappresenta la distribuzione della popolazione dell'Ambito per genere e fasce d'età. Le fasce d'età più consistenti sono quelle comprese tra i 20 e i 64 anni. Il grafico evidenzia che il genere maschile è numericamente prevalente fino alla fascia d'età 44 anni, mentre la componente femminile è significativamente più numerosa a partire dalla fascia d'età 65 anni e oltre. La fascia d'età 45-64 anni è simile tra i due generi: 25.613 le donne, 25.622 gli uomini.

Popolazione giovanile	Maschi	Femmine	Totale	%
0	882	753	1.635	4,65
1- 4	3.855	3.769	7.624	21,70
5-14	9.068	8.650	17.718	50,42
15-19	4.204	3.957	8.161	23,23
Totale	18.009	17.129	35.138	100,00

Tabella 2: Popolazione giovanile suddivisa per fascia d'età e genere residente nell'Ambito territoriale di Vimercate al 1 gennaio 2014 – Fonte: ISTAT

Al 1 gennaio 2011, la popolazione giovanile compresa tra 0 a 19 anni è pari a 34.192, ovvero il 19,30% sulla popolazione complessiva; mentre al 1 gennaio 2014 è complessivamente di 35.138 ovvero il 19,44%, con un aumento di soli 946 giovani in 3 anni.

La popolazione giovanile è così distribuita: la fascia d'età 5-14 anni è quella maggiormente rappresentata con il 50,42%, seguono le fasce 0-4 pari a 26,35% e infine quella 15-19 con il 23,23%.



	Totale popolazione 2014	Fascia 0-14	% nel 2014	% nel 2011
VIMERCATESE	180.765	26.977	14,92	14,87
Agrate Brianza	15.377	2.415	15,71	15,43
Aicurzio	2.064	276	13,37	14,01
Arcore	17.800	2.368	13,30	13,58
Bellusco	7.380	1.108	15,01	14,63
Bernareggio	10.846	1.648	15,19	15,48
Burago Molgora	4.317	598	13,85	13,04
Busnago	6.631	1.106	16,68	16,26
Camparada	2.034	338	16,62	17,20
Caponago	5.280	873	16,53	16,98
Carnate	7.422	978	13,18	13,11
Cavenago	7.141	1.118	15,66	16,12
Concorezzo	15.547	2.318	14,91	15,26
Cornate d'Adda	10.666	1.607	15,07	15,12
Correzzana	2.852	487	17,08	16,65
Lesmo	8.396	1.321	15,73	15,15
Mezzago	4.301	740	17,21	16,60
Ornago	4.903	763	15,56	15,57
Roncello	4.263	772	18,11	17,02
Ronco B.	3.399	491	14,45	16,60
Sulbiate	4.191	629	15,01	14,44
Usmate Velate	10.194	1.657	16,25	16,09
Vimercate	25.761	3.366	13,07	12,85

Tabella 3. Popolazione minorile residente nei singoli Comuni dell'Ambito territoriale di Vimercate presente al 1 gennaio 2014 – Fonte: ISTAT

Un'analisi più dettagliata, evidenzia che nell'Ambito la popolazione minorile 0-14 anni (26.977) corrisponde al 14,92% della popolazione complessiva. Le percentuali, intorno alla media dell'Ambito, oscillano dal valore minimo del Comune di Vimercate (13,07) al valore massimo del Comune di Roncello (18,11%). Questa fotografia risulta pressoché simile a quella del 2011, non si riscontrano infatti variazioni significative.

	Popolazione	Nati vivi	Tasso di natalità ‰
Ambito Vimercate	180.765	1.635	9,04
Provincia MB	862.684	7.653	8,87
Lombardia	9.973.397	87.581	8,78
Italia	60.782.668	509.053	8,37

Tabella 4: Tasso di natalità di Ambito, provinciale, regionale e nazionale - Fonte: ISTAT

Il tasso di natalità⁴ registrato nell'Ambito al 1 gennaio 2014 è maggiore di poco più di 1/2 punto rispetto al valore nazionale, mentre è leggermente superiore al valore della Provincia di Monza e Brianza e della Lombardia.

Al 1 gennaio 2011 la **popolazione anziana** era di 32.495, pari al 18,35% sulla popolazione complessiva residente; mentre al 1 gennaio 2014 la popolazione anziana è di 36.027, pari a circa il 20% sulla popolazione complessiva, con un aumento di 3.532 unità in tre anni.

Popolazione anziana	Maschi	Femmine	Totale	%
65-74	9.200	10.067	19.267	53,48
75-84	5.243	7.353	12.596	34,96
85 e +	1.118	3.046	4.164	11,56
Totale	15.561	20.466	36.027	100,00

Tabella 5: Popolazione anziana suddivisa per fascia d'età e genere residente nell'Ambito territoriale di Vimercate al 1 gennaio 2014 – Fonte: ISTAT

Dalla lettura della tabella 5 si osserva che la prima fascia è quella maggiormente rappresentata con il 53,48% mentre le restanti sono pari al 46,52%. Per tutte le fasce d'età è prevalente la componente femminile su quella maschile con un allargamento della forbice sempre crescente con l'aumentare dell'età.

	Popolazione	Over 64	Fascia 0-14	Indice di vecchiaia %
Ambito Vimercate	180.765	36.027	26.977	133,55
Provincia MB	862.684	178.011	125.260	142,11
Lombardia	9.973.397	2.131.579	1.425.881	149,49
Italia	60.782.668	13.014.942	8.448.133	154,06

Tabella 6: Indice di vecchiaia di Ambito, provinciale, regionale e nazionale al 1 gennaio 2014 – Fonte: ISTAT

L'indice di vecchiaia⁵ mette in evidenza il livello di invecchiamento della popolazione residente nell'Ambito, in particolare attraverso la lettura dei dati della tabella sappiamo che al 1 gennaio 2014 si contano 133 anziani ogni 100 giovani (da 0 a 14 anni). Nonostante il valore, il grado di invecchiamento è meno marcato rispetto a quello regionale e nazionale.

L'indice di dipendenza strutturale esprime il rapporto fra la popolazione in età non lavorativa (0-14 e 65+) e la popolazione in età lavorativa (15-64 anni), moltiplicato per 100. L'indice di dipendenza esprime quindi il carico sociale ed economico teorico sulla popolazione in età attiva: valori superiori al 50% indicano una situazione di squilibrio generazionale. L'indice di dipendenza dell'Ambito di Vimercate è pari al 53,50% cioè la popolazione non attiva è più della metà di quella non attiva e, considerato che tra la popolazione attiva non tutti sono in stato di occupazione lavorativa per differenti motivi (studenti, disoccupati, casalinghe...) significa che questa percentuale è da considerarsi ancora più elevata.

⁴ L'indicatore stima il rapporto tra il numero dei nati vivi e la popolazione residente in uno stesso periodo (per 1000).

⁵ L'indice di vecchiaia è il rapporto tra la popolazione anziana (oltre i 64 anni) e i giovanissimi (0-14 anni). E' un indicatore che stima il grado di invecchiamento di una popolazione: valori superiori a 100 indicano una presenza maggiore degli anziani rispetto ai giovani.



L'indice di dipendenza giovanile è il rapporto tra i giovani in età non lavorativa (0-14 anni), e la popolazione in età lavorativa (15-64 anni) per 100 persone. L'indice di dipendenza giovanile è pari al 22,90%.

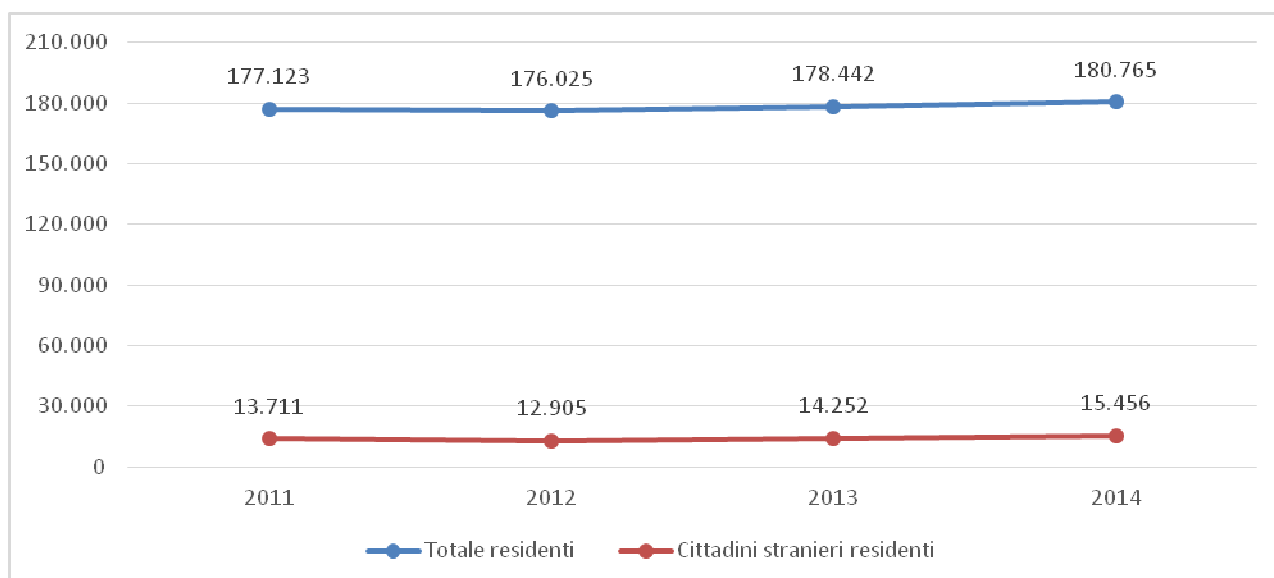
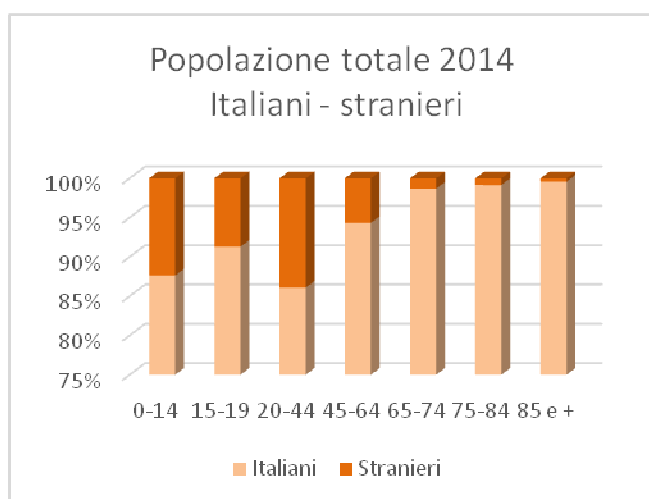


Grafico 4: Popolazione straniera residente nell'Ambito territoriale di Vimercate in rapporto al totale dei residenti al 1 gennaio 2014 – Fonte: ISTAT

I cittadini stranieri residenti al 1 gennaio 2014 sono 15.456, pari all'8,55% della popolazione complessiva. L'anno precedente gli stranieri erano il 7,98% sul totale e nel 2011 erano il 7,74% sul totale, pertanto si evidenzia un leggero e costante incremento della popolazione straniera.



Fasce d'età	Totale		
	Italiani	Stranieri	Totale
0-14	23.642	3.335	26.977
15-19	7.451	710	8.161
20-44	50.241	8.124	58.365
45-64	48.328	2.907	51.235
65-74	19.012	255	19.267
75-84	12.489	107	12.596
85 e +	4.146	18	4.164
TOTALE	165.309	15.456	180.765

Tabella 7: Italiani e stranieri residente per fascia d'età al 1 gennaio 2014 nel territorio del vimeratese – Fonte: ISTAT

Grafico 5: Italiani e stranieri residente per fascia d'età al 1 gennaio 2014 nel territorio del vimeratese – Fonte: ISTAT

L'indice di vecchiaia dei cittadini stranieri è pari all'11,39% ovvero si contano 11 anziani stranieri ogni 100 giovani stranieri. In numeri assoluti, infatti, vi sono 380 stranieri over 64 anni e 3.335 giovani di fascia (0 – 14 anni).

L'indice di dipendenza strutturale dei cittadini stranieri è pari al 31,64% valore che esprime un equilibrio generazionale in termini sociali ed economici. Infatti, le persone in età lavorativa (15 – 64 anni) sono significativamente superiori, pari a 11.74, a quelle in età non lavorativa (0- 14 anni + over 64 anni) che sono pari a 3.715.

L'indice di dipendenza giovanile è pari al 28,40% ovvero si contano 28 giovani stranieri (0 – 14 anni) ogni 100 persone stranieri in età lavorativa.

	Residenti 0 – 19 anni			Residenti stranieri 0 – 19 anni			
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	%
VIMERCATESE	18.009	17.129	35.138	2.064	1.981	4.045	11,51
Agrate Brianza	1.569	1.512	3.081	188	193	381	12,37
Aicurzio	194	180	374	28	26	54	14,44
Arcore	1.634	1.548	3.182	197	166	363	11,41
Bellusco	691	712	1.403	83	75	158	11,26
Bernareggio	1.119	1.032	2.151	142	130	272	12,65
Burago Molgora	385	389	774	38	48	86	11,11
Busnago	732	660	1.392	48	57	105	7,54
Camparada	232	211	443	5	5	10	2,26
Caponago	590	527	1.117	37	33	70	6,27
Carnate	713	621	1.334	132	132	264	19,79
Cavenago B.za	767	711	1.478	74	89	163	11,03
Concorezzo	1.541	1.531	3.072	180	174	354	11,52
Cornate d'Adda	1.054	1.063	2.117	159	161	320	15,12
Correzzana	306	305	611	14	14	28	4,58
Lesmo	860	824	1.684	74	68	142	8,43
Mezzago	474	454	928	61	55	116	12,50
Ornago	492	470	962	27	28	55	5,72
Roncello	498	444	942	39	36	75	7,96
Ronco B.	355	318	673	28	26	54	8,02
Sulbiate	408	398	806	50	46	96	11,91
Usmate Velate	1.094	1.023	2.117	135	117	252	11,90
Vimercate	2.301	2.196	4.497	325	302	627	13,94

Tabella 8. Popolazione minorile residente (totale e stranieri) nei singoli Comuni dell'Ambito territoriale di Vimercate presente al 1 gennaio 2014 – Fonte: ISTAT

La popolazione straniera 0 – 19 anni conta 4.045 giovani, ovvero il 26,17% sul totale degli stranieri in un intervallo da un minimo di 2,26% del Comune di Camparada ad un massimo di 19,79 % del Comune di Carnate. I giovani stranieri (4.045) corrispondono al 2,23% del totale dei giovani residenti.



Allegato 2 – Psiche e Società - Urasam Lombardia

Ambito salute mentale

Integrazione tra sociale e sanitario: criticità e possibili soluzioni

Destinatari

Persone di scempenso (TSO) - Persone parzialmente autonome o con situazioni che tendono a cronicizzarsi - Persone difficilmente agganciabili dai servizi - Persone non ancora in carico ai servizi - Casi complessi - Persone dai 50-65 anni e Anziani sopra 60 anni - Minori-Giovani: figli di persone con disturbi mentali, minori della dispersione scolastica ... - Persone con comorbidità : disturbo psichico, ritardo mentale, dipendenze - Persone ritornate da OPG e dal Carcere, persone in misura di sicurezza alternativa a Rems, persone in libertà vigilata - Persone che hanno terminato il periodo nelle Residenze/CRA - Immigrati con disturbo mentale. Famiglie con congiunti con disturbo mentale.

Chiavi di lettura del bisogno

La globalizzazione, il continuo evolversi delle tecnologie, le migrazioni, il prolungamento delle aspettative di vita se da una parte hanno prodotto un cambiamento dei stili di vita e un miglioramento di vita per taluni, nello stesso tempo hanno aperto fraglie per le persone più fragili, più svantaggiate, meno equipaggiate a reggere il ritmo dei tempi e la competizione. A tali cambiamenti non ha corrisposto come contrappeso un equivalente rafforzamento del legame sociale. Al contrario assistiamo a un indebolimento delle relazioni umane che porta a valorizzare le competenze individuali e a dare risposte prestazionali alle sfide sociali, creando uno sfaldamento delle reti sociali e una frammentazione delle risposte.

La contingenza della crisi economica va a indebolire ancora di più il quadro sopra descritto e a creare aree di povertà che amplificano i bisogni.

Le politiche di welfare dovrebbero essere improntate a una visione di crescita delle persone come investimento sociale nel futuro, puntando a garantire in tempi di crisi come l'attuale non risorse economiche bensì maggiori servizi e reti d'aiuto: il supporto alla responsabilità educativa, il sostegno ai processi di autonomia dei giovani, nonché politiche di formazione alle professioni, politiche attive al lavoro, alla casa, sostegno e accompagnamento.

A fronte di una situazione così complessa è necessario perseguire un percorso culturale per consolidare e rafforzare i livelli di integrazione tra gli enti locali, risorse umane e materiali, tra i servizi operanti nell'area sociale e nelle aziende sanitarie, tra soggetti pubblici e privati, tra intervento pubblico e risposta autonoma organizzata dalle famiglie e dalle associazioni con la presenza ai Tavoli di lavoro dei Piani di Zona di tutte le componenti e risorse sanitarie e sociali, pubbliche e private e del terzo settore e rappresentanze sindacali coinvolte.

La DGR 2941/14 supera la classificazione dei bisogni per aree specifiche come quella degli anziani, disabili, giovani ... degli anni precedenti e propone una format di elaborazione del piano di zona in tre nuove aree: della **Conoscenza** (esplicitare i bisogni da approfondire nel triennio, la condivisione di informazioni tra servizi, definire priorità ...), delle **Risorse** (esplicitare gli ambiti di integrazione delle risorse disponibili tra i Comuni,



ASL, le famiglie ...) **dei Servizi** (da esplicitare i servizi che debbono essere oggetto di regole, presa in carico, interventi svolti in modo congiunto, target di utenti, per quali obiettivi qualitativi, quantitativi ...). Si tratta di tre vettori su cui confluiscono trasversalmente azioni, obiettivi trasversali o specifici da perseguire, strumenti di lavoro da utilizzare, le risorse professionali implicate, indicatori di esito che possono essere specifici o trasversali alle vecchie aree. Per esempio il bisogno di lavoro, di casa, di trasporto sono trasversali a giovani, disabili, anziani, adulti, ecc.

La specificità delle problematiche e i complessi bisogni delle persone con disturbo mentale male si combina con questa nuova trasversale e più generale classificazione. Per recuperare tale specificità è necessario che vengano **mantenuti o istituiti a nuovo il Tavolo di lavoro Salute Mentale** del PdZ che in funzione dell'obiettivo/azione veda la partecipazione dei CPS, il DSM, le UOMPIA, all'occorrenza il Dipartimento delle dipendenze, i Comuni, il Terzo Settore, Le Associazioni dei familiari, la Scuola, I Consultori familiari.

Un altro elemento da estrarre è la necessità di far crescere la cultura del fund raising, dalla raccolta di fondi, associata alla raccolta di risorse umane e di interlocutori funzionali all'obiettivo da perseguire (persone, enti pubblici, aziende, associazioni, banche, fondazioni, terzo settore ...), sviluppando strategie, strumenti e attività per entrare in relazione con possibili partner e/o sostenitori per la progettazione di nuove azioni.

Un altro punto fondamentale in ambito salute mentale riguarda lo stigma che connota le persone con un disturbo mentale e i loro familiari che come una nube imperversa e fa costantemente le sue precipitazioni, con dei momenti di deflagrazione quando succedono fatti di cronaca eclatanti. La lotta allo stigma è tanto più efficace quanto più sviluppa servizi funzionanti e appropriati, capaci di dare risposte ai bisogni di accoglienza, di accompagnamento, di sostegno e di inclusione sociale: salute, casa, lavoro, relazione. I servizi sociali, sanitari e assistenziali (AAOO, ASL, Comuni, Terzo Settore, Associazioni ...) sono chiamati in questo senso a svolgere azioni anche in collaborazione con le associazioni dei familiari per un miglioramento costante della qualità dell'accompagnamento e dell'integrazione sociale.

In questa ottica di seguito sono indicati delle aree di bisogni specifici dell'ambito salute mentale.

Lavoro

Contrastare la povertà ed esclusione sociale - Persone con disturbo mentale -

Mancanza o perdita lavoro - Bassa conoscenza del mercato del lavoro, carenza di posti di lavoro, bassa autonomia nella ricerca attiva del lavoro. Difficoltà delle persone con disturbo psichico di accedere al mercato del lavoro, in particolare nelle aziende private che preferiscono pagare le multe all'assunzione. Assunzione nominativa invece che numerica come per le altre disabilità della legge 68/99.

Possibili Risposte

1- Predisporre risorse specifiche per Borse Lavoro per persone con disturbo mentale che vivono in uno stato di disagio socio-economico a causa della mancanza o perdita di lavoro e non beneficiano di alcun ammortizzatore sociale; per altri trasformare la Borsa Lavoro Sociale in un vero e proprio rapporto di lavoro;



- 2- Attivazione dei Tirocini di orientamento, formazione e inserimento/reinserimento finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia e riabilitazione delle persone in carico al servizio sociale professionale e/o al servizio sanitario. (Accordo stato regioni art. 4 decreto 28/8 1997, n. 281 , atti 7/CSR 2271/2015). Ove necessaria la corresponsione degli oneri INAIL si ritiene che debba essere l'Ambito a garantirla;
 - 3- Accesso al sistema dotale dei fondi provinciali L. 68/99;
 - 4- Attivare convenzioni da parte dei SIL con le Coop tipo B in accordo con le rappresentanze imprenditoriali e con la pubblica amministrazione a cui va dato indicazione di applicare quanto previsto dall'art. 5 della Legge 381/1991 per l'impiego di persone con disturbi mentale;
 - 5- Attivare convenzioni ex art. 14 d.l. 276/03, Legge Biagi [stipula di convenzioni territoriali (che devono essere validate dalle Regioni) tra i servizi provinciali per l'inserimento dei disabili, associazioni datoriali e sindacali di categoria e associazioni cooperative aventi ad oggetto il conferimento di commesse di lavoro alle cooperative sociali da parte delle imprese aderenti o associate alle associazioni datoriali firmatarie].
 - 6 - Avviare start up, progetti innovativi, creare un fondo di microcredito ...
 - 7- Percorsi di sostegno al reddito - Attivare gruppi di auto mutuo aiuto/AMALAV -
- In tutti casi per favorire l'accesso al lavoro delle persone con disturbo mentale è utile aggirare la chiamata nominativa contemplata dalla legge 68/99.

Abitare: Casa - Residenzialità Leggera - Housing sociale

Carenza di abitazioni di appartamenti protetti, di strutture semiresidenziali e di sostegno alla domiciliarità. Presenza di rette a carico della persona elevate.

Possibili Risposte

- Integrazione di interventi casa/lavoro- Mettere a disposizione alloggi a bassa soglia e per la Residenzialità Leggera a canone moderato. Potenziamento dei CD psichiatrici. Aumentare gli appartamenti protetti per il dopo di noi. Facilitare occasioni possibili di coabitazione tra persone con disturbo mentale. Raccordo con Aler per la realizzazione di tali opportunità.
- Creare un sistema strutturato per la gestione degli appartamenti, sfratti e interventi di accompagnamento all'autonomia/semiautonomia.
- Accordi con i Comuni / Gestori privati accreditati per definizione di rette compatibili con il reddito della persona.

Amministratore di Sostegno

Vigilare sulle nomine improprie da parte dei giudici tutelari di Amministratori di Sostegno (AdS) -Ruolo servizio sociale e nomina AdS.

Possibili Risposte

Potenziare l'Ufficio Tutela

Anziano psichiatrico -/=> 60 anni

Bassa integrazione servizi sociali e sociosanitari. Poche strutture RSA con posti disponibili per psichiatrici. Carenza CD per anziani psichiatrici.

Problemi nelle famiglie con anziano con disturbo mentale e demenza/ritardo mentale (comorbidità). Carenza di assistenza per persone nella fascia di età 50-65 anni che vivono in una propria abitazione senza una rete familiare di sostegno (persone generalmente compensate ma con problematiche fisiche importanti)



Possibili Risposte

- *Monitorare e migliorare il processo delle dimissioni protette.*
- *Potenziare le strutture semiresidenziali per anziani psichiatrici*
- *Attivare il SAD*
- *Attivare progetti integrati tra DSM, ASL e Comuni (Sanitario, socio sanitario e sociale) che vadano oltre l'assistenza domiciliare per mantenere nella propria abitazione persone compensate che però necessitano oltre ad un'adeguata assistenza anche accompagnamento e relazione per favorire il recupero delle capacità sociali con il territorio d'appartenenza.*

Minori - Giovani con disturbi/fragilità mentali

- Crisi familiari, depressione, disistima, carenza di riconoscimento comportamenti illegali, aggressività intra e extra familiare, dipendenze.
- Accoglienza e primo soccorso. Ruolo dei pediatri (assenza). Difficoltà a lavorare in rete con i diversi soggetti della rete. Carenza di SFA, Servizi di Formazione all'Autonomia.

Possibili risposte

- *Stesura di protocolli operativi per l'integrazione della rete. Coinvolgimento dei pediatri nel sistema. Per esempio sviluppare protocolli d'intesa CPS, Consultorio, ASL, Servizio Tutela Minori dei Comuni per presa in carico di famiglie multiproblematiche, ...)*
- *Integrare le politiche tra scuola, sanità, consultori, lavoro, casa. Collegamento con i SERD*
- *Risposte individualizzate.*

Trasporti

Difficoltà di rispondere alle molteplici richieste di trasporto effettuata da categorie della non autosufficienza.

Possibili Risposte

Ricognizione dell'organizzazione dei Comuni e definizione di un modello di gestione sovra comunale, distinguendo quello istituzionale da quello sociale e occasionale del volontariato.

Risorse

- Integrazione delle risorse tra Comuni, ASL e famiglie. Come da indicazioni DGR 2941/14.
- Le risorse impiegate dalle persone e dalle famiglie con disturbo mentale sono fonte di impoverimento e di esaurimento. Occorre che il Piano di Zona tenga conto di questa situazione al momento in cui a livello di Ambito si definiscono l'accesso ai servizi e le quote di compartecipazione tramite ISEE.
- La gestione delle risorse sia effettuata dal Piano di Zona a livello associato e alla presenza di criteri di accesso omogenei e di compartecipazione al costo da parte dell'utenza.

Tavolo di Sistema per una programmazione coordinata

- Orientare gli interventi sul territorio in una logica di programmazione e non a ricorso a bandi per risolvere le emergenze.
- Miglioramento nella collaborazione tra servizi sociali e sociosanitari per valutazione e presa in carico multidisciplinare integrata.



- Formazione degli operatori per trasferire competenze del lavoro di rete, di inclusione sociale e per le attività SAD, Servizio Assistenza Domiciliare, per psichiatrici da parte dei comuni.
- Carta dei servizi e punti di accesso della domanda (segretariato sociale ...)
- **Sia Istituito o confermato dove esistente il Tavolo di Area Salute Mentale all'interno del Piano di Zona distrettuale/Ambito;** e all'interno siano costituiti sottogruppi di gruppi di lavoro su temi specifici (es. protocolli d'intesa CPS, Consultorio, ASL, Servizio Tutela Minori dei Comuni, presa in carico di famiglie multiproblematiche, ...).
- Operare una conversione del sistema dei servizi da un modello prevalentemente assistenziale e di abilitazione ad un modello che pur garantendo l'assistenza e l'abilitazione sia orientato alla promozione dell'inclusione sociale, alla massima autonomia possibile contemplata da un progetto individuale. Vedi Legge 328/2000 Art. 14 di seguito:

1. Per realizzare la piena integrazione delle persone disabili di cui all'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, nell'ambito della vita familiare e sociale, nonché nei percorsi dell'istruzione scolastica o professionale e del lavoro, i comuni, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, predispongono, su richiesta dell'interessato, un progetto individuale, secondo quanto stabilito al comma 2.

2. Nell'ambito delle risorse disponibili in base ai piani di cui agli articoli 18 e 19, il progetto individuale comprende, oltre alla valutazione diagnostico-funzionale, le prestazioni di cura e di riabilitazione a carico del Servizio sanitario nazionale, i servizi alla persona a cui provvede il comune in forma diretta o accreditata, con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale, nonché le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale. Nel progetto individuale sono definiti le potenzialità e gli eventuali sostegni per il nucleo familiare.