



PIANO DI ZONA

per il Sistema Integrato
di Interventi e Servizi Sociali
Legge 328/2000

Triennio 2009 - 2011

Approvato dall'Assemblea distrettuale dei Sindaci in data 19 maggio 2009

Indice

	Pag.
Introduzione: la “cura della rete” per la “qualità del welfare”	4
1. La valutazione del Piano di Zona 2006-2008	7
• Il quadro delle risorse	7
• Il quadro degli obiettivi	10
• Le aree di intervento	11
• Gli esiti della voucherizzazione	21
2. Il Profilo della Comunità legnanese	31
• Tendenze demografiche	31
• Densità della popolazione	32
• Struttura economica	32
3. Il sistema dell’offerta dei Servizi	34
• Analisi e dati sulla spesa sociale dei Comuni	34
• Anagrafica delle reti e delle unità d’offerta del welfare socio-assistenziale e socio-sanitario dell’Ambito legnanese	39
4. La Governance del Piano di Zona	48
• Assemblea distrettuale dei Sindaci	48
• Tavolo per le Politiche Sociali	49
• Ufficio di Piano	49
• Tavolo Tecnico	50
• Tavolo locale di consultazione del Terzo Settore	50
• Tavoli tematici d’area e gruppi di lavoro	51
• Ente capofila	52
• Modalità d’esercizio delle unità d’offerta – Accreditamento	52
5. Gli obiettivi strategici e le priorità del Piano di Zona 2009-2011	54
• Consolidamento dei titoli sociali	54
• Forme di gestione associata	54
• Rapporti con il Terzo Settore	55
• Le azioni di sistema	55
○ Il governo del sistema di accesso alle unità d’offerta della rete	55
○ L’organizzazione delle funzioni di segretariato sociale	55
○ L’integrazione sociale e sanitaria	57
○ Il Portale e la Carta d’Ambito dei servizi e degli interventi sociali	57
6. Le aree di intervento	59
• Area Minori e Famiglia	59
• Area Anziani	75
• Area Disabili	90
• Area Emarginazione/Inclusione sociale	101
7. L’integrazione socio-sanitaria nella programmazione zonale	112
8. Verso un Sistema Informativo Sociale di Ambito	127
9. Il Piano economico-finanziario	129
10. Il disegno di valutazione del Piano di Zona	131

ALLEGATI:

ALLEGATO 1: Intesa operativa tra i Comuni dell'Ambito territoriale e l'ASL Milano 1 per l'attuazione della Legge Regionale 3/2008

ALLEGATO 2: Regolamento di funzionamento del Tavolo di consultazione tra Enti Locali, ASL e Terzo Settore

ALLEGATO 3: Segretariato sociale nei Comuni dell'Ambito di legnano – Percorso di valutazione

ALLEGATO 4: Scheda di adesione all'Accordo di Programma per l'attuazione del Piano di Zona triennio 2009-2011

Introduzione: la “cura della rete” per la “qualità del welfare”

Il presente Piano di Zona è il frutto di un processo di programmazione condotto dai Comuni dell’Ambito territoriale di Legnano congiuntamente con l’Azienda Sanitaria Locale Milano 1 e con la partecipazione attiva di tutti i soggetti coinvolti nella rete dei servizi, tra cui la Provincia, l’Azienda Ospedaliera, i soggetti rappresentativi del Terzo Settore, le Organizzazioni sindacali, le Istituzioni scolastiche.

Tale documento si inserisce in un nuovo contesto normativo, caratterizzato dalla Legge Regionale n. 3 del marzo 2008 “Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario”. In base alla nuova disciplina, il Piano di Zona si configura non solo come il principale strumento della programmazione della rete dei servizi a livello locale, ma soprattutto come ambito privilegiato per conseguire forme di integrazione tra i vari servizi, in particolare tra le unità d’offerta socioassistenziali e quelle sociosanitarie, mediante l’analisi approfondita dei bisogni e la gestione innovativa, flessibile e partecipata dei servizi.

Nelle prime due triennali del Piano di Zona (2003-2005 e 2006-2008) i tecnici e i politici sono stati chiamati a svolgere un compito assai gravoso, dovendo costruire, in un territorio piuttosto disomogeneo dove risultavano molto differenti i “pesi specifici” dei problemi sociali nelle singole realtà comunali, una rete di soggetti capaci di programmare e progettare i servizi territoriali in modo congiunto.

Il livello di complessità delle problematiche affrontate ha comportato l’adozione di una logica incrementale nel riordino e nella messa in rete di servizi, interventi e prestazioni, anche in considerazione della difficoltà di definire compiutamente, in tempi brevi, tutti i diversi aspetti legati ad una effettiva integrazione nel campo delle politiche sociali.

Ciò nonostante, in queste prime due tornate di pianificazione, si è realizzato l’avvio e il consolidamento di un processo di lettura costante del territorio e delle sue esigenze, delle sue problematiche e delle sue potenzialità, di strategie di collaborazione e di concertazione con tutti i diversi soggetti coinvolti e di messa in rete delle responsabilità e delle risorse; si è perseguito l’obiettivo di coniugare identità e specificità delle comunità locali, con criteri di omogeneità, equità, uguaglianza nei diritti di cittadinanza; si sono messe in atto ed attestate nuove azioni e nuove modalità di lavoro (es. voucher sociali per assistenza domiciliare, buoni casa, buoni natalità, buoni famiglie numerose), si sono sperimentate forme di gestione associata di alcuni servizi (es. tutela minori, servizio inserimenti socio-lavorativi, nucleo affidi) e i processi programmatici hanno assunto contenuti più precisi e meccanismi di funzionamento più efficaci, anche se molti passi rimangono ancora da fare prima che il sistema possa definirsi maturo.

L’idea di fondo è che il complessivo benessere dei cittadini possa e debba essere promosso compiutamente solo attraverso l’integrazione ed il concorso di tutte le diverse politiche a favore della persona e della famiglia, in modo particolare quelle che riguardano la salute e gli interventi sanitari, le politiche per l’educazione, la formazione e il lavoro, le politiche per la casa e quelle relative all’inclusione sociale.

Realisticamente, il Piano di Zona dei Servizi e degli interventi sociali non può – all’oggi - contenere tutti gli aspetti delle summenzionate politiche ed attribuzioni, ma deve almeno tendere alla loro ottimizzazione, connessione ed integrazione, finalizzando le energie verso una lettura esaustiva dei bisogni e delle opportunità esistenti nella comunità locale e verso una messa in rete delle risorse.

Dentro questo scenario, il processo di programmazione per il triennio 2009-2011 si è sviluppato a partire da una estesa valutazione di quanto realizzato nel secondo triennio di pianificazione zonale condotta dall’Istituto di Ricerca Sociale in collaborazione con l’Ufficio di Piano e i referenti dei

tavoli tematici, che ha messo in luce i punti di forza e le criticità che hanno contraddistinto il Piano di Zona 2006-2008 sia in termini di processo che in termini di azioni attuate.

Sulla base di quanto emerso nella fase di valutazione, è stato quindi costituito un "Gruppo integrato" di lavoro per la redazione del nuovo Piano di Zona, composto da due rappresentanti del Tavolo Politico, dal Responsabile e dalla collaboratrice dell'Ufficio di Piano, dalle Referenti delle Aree tematiche del PdZ, dai referenti dell'ASL Milano 1, nonché dai rappresentanti del terzo settore (co-conduttori dei tavoli tematici).

Attraverso l'organizzazione di due giornate di studio (workshop) svoltesi nel mese di febbraio 2009, a cui sono stati invitati tutti gli operatori delle istituzioni interessate e tutti gli organismi del terzo settore che hanno aderito e partecipato ai lavori dei tavoli tematici sviluppatosi nel corso del secondo triennio, è stata effettuata una lettura dei bisogni del territorio e sono state raccolte riflessioni, indicazioni e proposte circa gli obiettivi prioritari e le azioni da inserire nella nuova programmazione.

L'Ufficio di Piano e le referenti d'area hanno in seguito sistematizzato i contenuti emersi nei suddetti incontri e hanno presentato agli organi istituzionali del Piano di Zona (Tavolo Tecnico e Tavolo Politico) le ipotesi di macroobiettivi. A chiusura di questa fase, sulla base delle risultanze del confronto sviluppatosi a livello tecnico-politico e della contestualizzazione delle indicazioni regionali, sono stati fissati gli obiettivi e le priorità del nuovo documento di programmazione triennale, determinate le risorse necessarie, le forme di finanziamento, le modalità di gestione, e sono stati infine assunti da parte dell'Assemblea distrettuale dei Sindaci e degli organi competenti degli Enti Locali gli atti relativi all'adozione del Piano di Zona 2009-2011.

Certamente il presente documento è da considerarsi un prodotto migliorabile, ma nel contempo rappresenta il frutto di un percorso significativo che costituisce una tappa importante nella costruzione della rete integrata dei servizi sociali e sociosanitari dell'Ambito.

Nel mondo dei servizi il concetto della rete (con i molti significati ad esso correlati: coordinamento, integrazione, partnership, sinergia, pianificazione congiunta) mai come oggi è stato così tanto invocato e allo stesso tempo disatteso. Dopo l'uscita delle leggi di riforma (Legge nazionale 328/2000 e Legge Regionale 3/2008) questi termini sono ormai noti e acquisiti a livello teorico, ma accompagnati tuttavia da una certa difficoltà a metterli in pratica in modo efficace. Non tutte le reti funzionano, cioè producono cura e benessere, più e meglio delle azioni isolate di singoli operatori o singoli enti. Le reti devono essere a loro volta "curate" affinché siano in grado di "prenderci cura" e affinché diventino davvero delle opzioni strategiche superiori, nella realtà frammentata degli attuali sistemi locali di welfare.

La cura della rete diventa allora il punto fondamentale attorno al quale devono incentrarsi gli sforzi di tutti gli attori in gioco, la condizione imprescindibile per poter veramente migliorare la qualità del sistema. Sappiamo ormai che la speranza di miglioramento non può più essere agganciata alla crescita degli stanziamenti e delle risorse, e sappiamo anche che non basta introdurre le logiche del mercato e della concorrenza per rendere l'intero assetto del sistema più "efficiente". La qualità del welfare non può ridursi ad una maggiore efficienza delle singole prestazioni o dei singoli servizi (che pure va ricercata e perseguita), perché costruire dinamiche di benessere sociale è una cosa ben diversa dal fabbricare un prodotto.

La qualità del welfare è qualità del vivere delle persone e quindi non tanto (o non solo) qualità delle prestazioni standard o dei meccanismi erogativi, bensì qualità delle azioni sensate e intelligenti (da qualsiasi parte provengano) capaci di rafforzare il senso di comunità che tiene insieme un territorio. Qualità del welfare è la capacità del "sistema" (cioè delle istituzioni) di connettersi alla "società" (ai mondi della vita) per vincere una scommessa condivisa circa il benessere sociale. E' dalla capacità di connessione tra le organizzazioni/professionalità con il sociale che può emergere il welfare (inteso come lo star bene/la qualità della vita, ecc.). Quindi, in definitiva, quello che è veramente essenziale è la qualità delle relazioni, la qualità dei rapporti tra istituzioni e società, tra servizi

sociali territoriali e comunità locali, tra operatori sociali e famiglie, e anche qualità delle relazioni tra cittadini e cittadini, senza la fuorviante etichettatura di utenti o pazienti o consumatori.

Nelle sempre più complicate situazioni di oggi, la strada maestra da seguire è quella di riscoprire e sostenere (a tutti i livelli) strategie condivise, progetti collettivi che sappiano farci progredire nella direzione del bene comune e del benessere collettivo, fare sintesi tra le tante e diverse strategie che ciascun soggetto coinvolto nella rete mette in campo, in modo da poter individuare delle possibili convergenze su progetti comuni e condivisi.

La nostra speranza e la nostra attesa è che il Piano di Zona e i processi che gli sono collegati possano costituire un'occasione e uno spazio privilegiato per progredire in tal senso e per ripensare una nuova cultura della qualità del welfare nella comunità legnanese.

Cap.1: La valutazione del Piano di Zona 2006-08

In questo capitolo viene presentato un estratto di un più ampio documento presentato nel gennaio 2009 al termine di un percorso di valutazione del Piano di Zona 2006-2008 dell'ambito Legnanese condotto dall'Istituto di Ricerca Sociale di Milano, in collaborazione con l'Ufficio di piano, le referenti d'area e i rappresentanti del terzo settore che collaborano nella conduzione dei tavoli tematici.

La valutazione è stata intesa nella sua accezione etimologica di "attribuzione di valore" rispetto a quanto fatto e prodotto dall'azione programmatoria dell'ambito. Si è inteso valutare il piano di zona non tanto con la finalità di controllare il buono o cattivo esito dell'attuazione di quanto programmato, quanto come occasione per mettere in evidenza e rendere conto di quanto realizzato e per trarne indicazioni utili per la prossima nuova scadenza programmatoria.

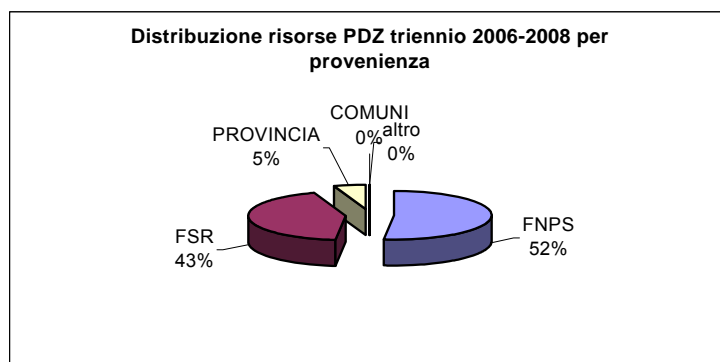
La scelta del lavoro di ricerca valutativa è stata quella di privilegiare la *finalità rendicontativa* (valutazione di *output*), ovvero quella di dare conto ai diversi portatori di interesse (politici, tecnici, tavoli tematici, cittadinanza...) di quanto realizzato nel secondo triennio di pianificazione zonale, valorizzando al massimo i dati e le informazioni disponibili che transitano dal livello comunale al piano di zona e che raramente vengono interrogate.

A questa finalità si è aggiunta però una necessità valutativa più approfondita almeno su una delle misure previste dal piano, ovvero la voucherizzazione. Sui titoli sociali dunque (voucher sad e adm) è stato condotto un approfondimento valutativo che ha consentito di andare oltre l'aspetto rendicontativo per intercettare risultati ed efficacia della misura (valutazione di *outcome*).

IL QUADRO DELLE RISORSE*

* le elaborazioni sono realizzate sulla base dei dati ricavati dalle schede di sintesi del piano economico triennale: dati di consuntivo per gli anni 2006 e 2007 e il preventivo 2008

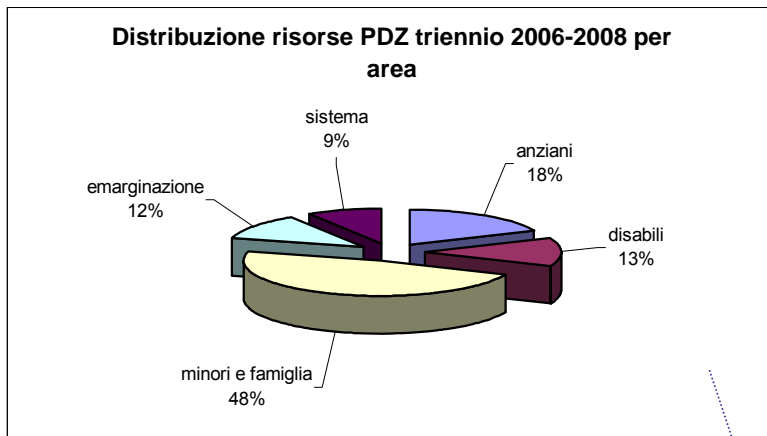
Complessivamente il secondo piano di zona ha investito **11.085.760,63** euro¹ le cui fonti di finanziamento sono prevalentemente il fondo nazionale per le politiche sociali e il fondo sociale regionale. Aggiuntive a queste risorse vi è una piccola quota di risorse destinante dalla Provincia (5%) mentre non si registra in questo secondo triennio alcuna gestione di risorse comunali aggiuntive, né di altre fonti (fondazioni, risorse UE...).



FNPS	FSR	PROVINCIA	COMUNI	altro
5.739.570,33	4.747.024,71	600.000,00	0,00	0,00
51,77	42,82	5,41	0,00	0,00

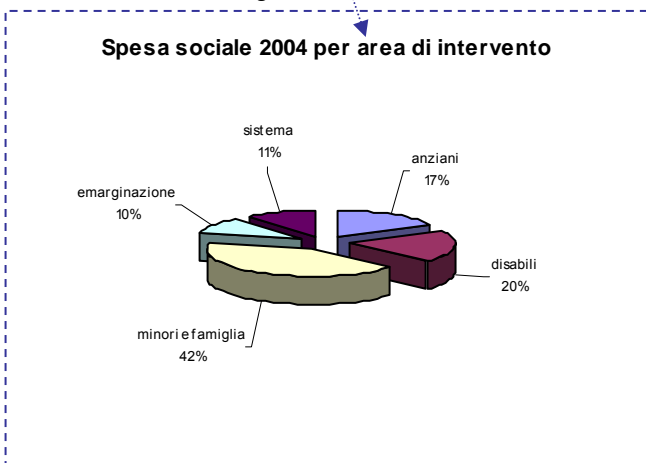
¹ I dati di spesa per l'anno 2008 si basano sul preventivo e su una stima per il FSR basata sull'assegnazione dell'anno precedente

Le risorse gestite dal piano di zona sono state investite nel triennio in prevalenza sull'area minori, area dove insiste maggiormente il Fondo Sociale Regionale con risorse di fatto vincolate, e il restante distribuito in modo equilibrato tra le altre aree, registrando una sostanziale continuità con la distribuzione della spesa sociale distrettuale rilevata nel 2004.

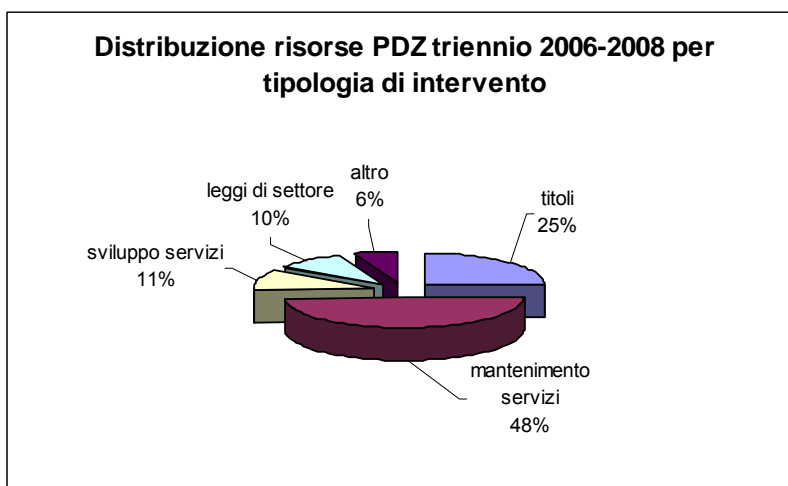


Fonte elaborazioni IRS su dati da debito informativo regionale

	totale risorse triennio per AREA
anziani	2.018.423,93
disabili	1.454.807,97
minori e famiglia	5.293.908,15
emarginazione	1.331.824,40
sistema	986.796,18
	11.085.760,63



La distribuzione dell'intervento vede una destinazione degli oltre 11 milioni di euro per circa la metà nella rete dei servizi esistente, un quarto nell'erogazione di servizi mediante titoli sociali, un 10% per progetti relativi alle leggi di settore e un 11% per lo sviluppo di nuovi servizi.



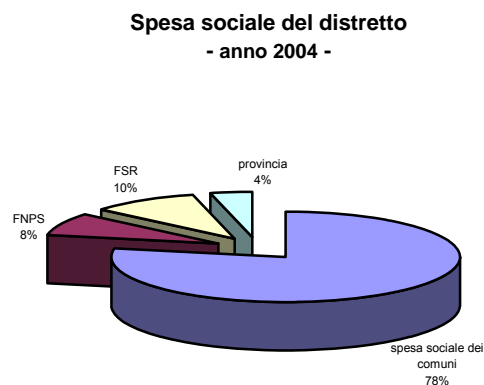
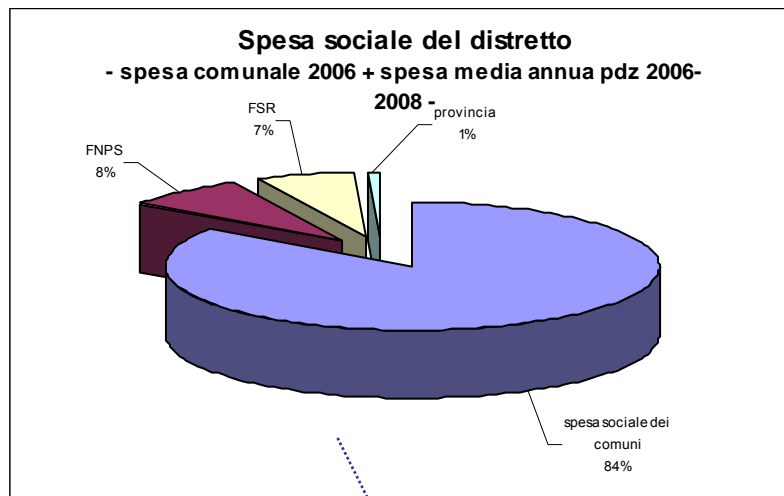
Fonte elaborazioni IRS su dati da debito informativo regionale

totale risorse per triennio per TIPOLOGIA	
titoli	2.812.832,20
mantenimento servizi	5.363.004,06
sviluppo servizi	1.170.087,60
leggi di settore	1.099.340,59
altro	640.496,18
	11.085.760,63

Se si osserva la distribuzione nel triennio delle risorse, emerge in generale uno sviluppo incrementale del piano di zona rispetto al volume di risorse spese, ma soprattutto un incremento delle risorse destinate allo sviluppo dei servizi.

E' da precisare per una corretta lettura del dato scorporato per singola annualità, che l'incremento sul 2008 è dettato anche da uno slittamento di risorse già assegnate negli anni precedenti e non spese (si veda il dato sull'incremento FNPS) e dall'avvio posticipato di alcuni servizi innovativi (spazio neutro e servizio di mediazione familiare), che pur previsti dall'inizio del triennio stanno arrivando ora alla fase attuativa.

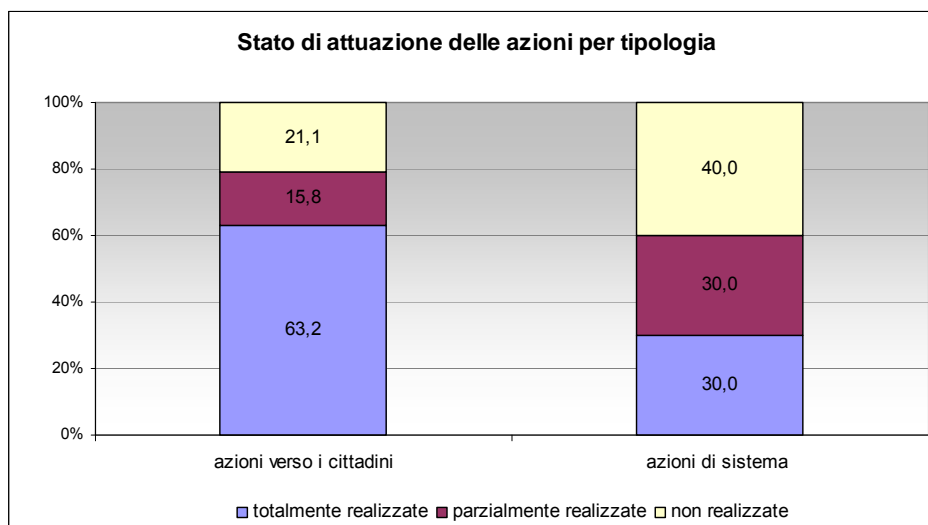
Complessivamente il piano di zona 2006-2008 ha concorso per una quota del 16% alla spesa sociale distrettuale, in continuità con l'andamento del triennio precedente.



IL QUADRO DEGLI OBIETTIVI

Un altro aspetto di rendicontazione riguarda lo stato di attuazione degli obiettivi previsti dal piano di zona.

Le azioni programmate si ripartivano in azioni destinate direttamente alla cittadinanza (sostegno alla domiciliarità, tutela minori...), che hanno registrato un buon livello di attuazione in quanto solo una minima percentuale (21%) alla conclusione del triennio non è stata avviata, e azioni “di sistema” ovvero orientate al miglioramento nel funzionamento dei servizi e all’integrazione interistituzionale. Su questo secondo fronte le percentuali sono inferiori, ne sono state realizzate o avviate poco più della metà di quelle previste (60%).



Fonte elaborazioni IRS su dati da debito informativo regionale

Le azioni parzialmente o per nulla realizzate, fanno riferimento a:

- omogeneizzazione di protocolli e regolamenti comunali
- integrazione interistituzionale (asl e scuola)

quindi obiettivi che chiedono un forte investimento, oltre che del livello tecnico, del livello politico. Il rischio che si può intravedere da questi dati è che la scelta dell’integrazione intercomunale e interistituzionale venga espressa come intendimento dichiarato all’interno del piano ma non siano poste in adeguata considerazione le modalità, gli investimenti e le responsabilità attuative per realizzarli.

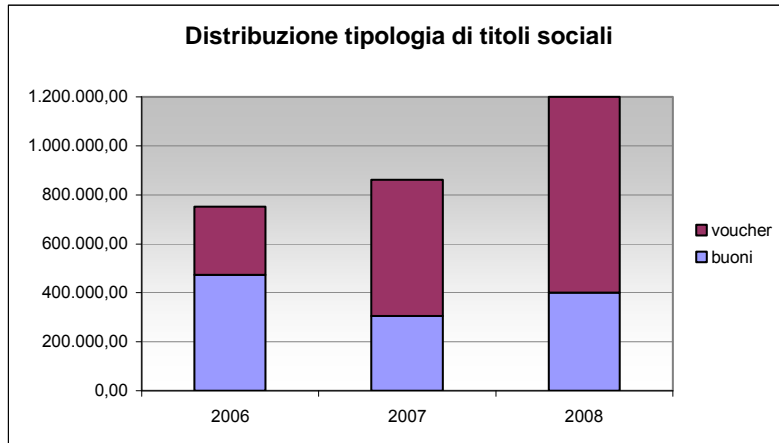
- alcuni servizi, pur avviati, sono ancora in una fase di definizione progettuale, dunque si registra una attuazione con tempi più lunghi del previsto, soprattutto per servizi di nuova costituzione ed a valenza distrettuale
- azioni non di competenza del piano di zona (di titolarità sanitaria): alcune azioni non sono state attuate in quanto coinvolgono titolarità e responsabilità altre, diverse da quelle dei singoli enti locali e dunque sulle quali il piano di zona può agire una funzione di stimolo e sensibilizzazione.

LE AREE DI INTERVENTO

AREA ANZIANI-DISABILI

Sostegno alla domiciliarità

Nel triennio 2006-2008 vi è stato un progressivo passaggio dall'erogazione di contribuzioni economiche a strumenti che consentono una maggior finalizzazione delle risorse: l'investimento sui voucher è divenuto proporzionalmente più consistente nel corso del triennio.



Fonte elaborazioni IRS su dati da debito informativo regionale

Il Piano di zona ha sostenuto la domiciliarità delle persone anziane e diversamente abili concorrendo per una quota di circa il 23% alla spesa comunale sul SAD ed incrementando il servizio con l'introduzione di voucher integrativi.

I SAD comunali nel 2006 avevano un volume di utenza pari a 512 persone, leggermente in calo nel 2007 riuscendo mediamente a servire 16 utenti ogni 1.000 abitanti ultrasessantacinquenni. La lieve diminuzione dell'utenza è probabilmente riconducibile ad un aumentato ricorso al lavoro privato di cura prestato dalle "badanti".

Sad comunali	volume utenza anziani	volume utenza disabili	volume utenza TOTALE	Utenti SAD ogni 1.000 abitanti
2006	512	65	577	16,8
2007	481	72	553	16,1
2008	-	-	-	

Osservando quanto è accaduto dal 2007 con l'introduzione dei voucher integrativi al SAD, considerando indicativi unicamente i dati relativi al 2007, in quanto sul 2008 il consumo è ancora in corso, si rileva:

- una parziale capacità di consumo dei voucher: su 15.771 voucher disponibili nel 2007 ne sono stati effettivamente consumati circa 7 su 10 (11.251 ovvero il 71,3%), lasciando un residuo che va ad aggiungersi ai voucher disponibili nel 2008;
- la capacità di spesa del voucher varia molto a livello distrettuale
- la spesa media del sad voucherizzato è inferiore alla spesa del sad e usato in forma integrativa al sad comunale incrementa il servizio di 111 ore di prestazione a persona, portando così a far crescere la copertura dei servizi domiciliari da 16 a 19 persone ogni 1.000 abitanti over 65 (la ricerca qualitativa ha messo in evidenza infatti che il voucher viene utilizzato per lo più in modo alternativo, ovvero per esempio serve utenza diversa dal sad comunale).

→ rispetto al buono sociale, il voucher offre prestazioni al domicilio finalizzate con una spesa media per utente inferiore: 1.949 euro mediamente a utente per i voucher rispetto a 2.621 euro del buono sociale.

Raffronto Voucher – SAD

Sul 2007	incremento spesa	Utenti servizi domiciliari (sad e voucher) ogni 1.000 abitanti ¹	Raffronto spesa media procapite ²
SAD comunale	1.265.616	16,1	2.288,6
Voucher distrettuale	+ 196.892 (15,6%)	19,7	1.949,4

raffronto Buono - voucher

	utenti in carico all'anno	spesa media procapite	
Voucher distrettuale	101	1.949,4	Asl Milano 1 → 2.205 Regione → 1.799
Buono sociale (attivo fino al 2006)* *dato medio	187	2.621,5	Milano 1 → 3.233 Regione → 2.072

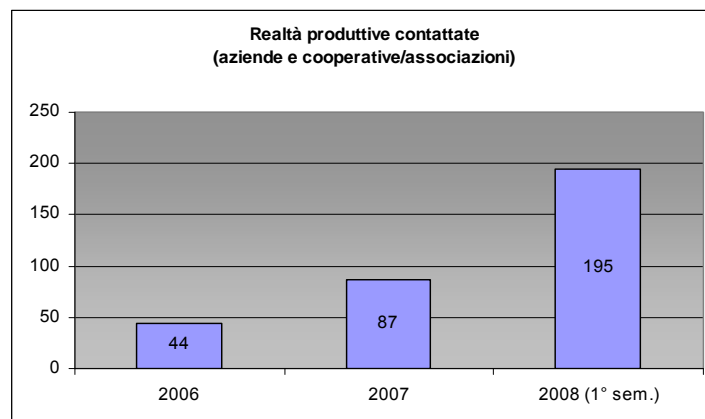
Fonte elaborazioni IRS su dati Ufficio di Piano

Sul fronte del mercato la voucherizzazione ha portato all'accREDITAMENTO di 8 gestori, solo due dei quali con una copertura territoriale di circa la metà dei comuni del distretto. Il dato sulla variazione dell'utenza, pur precisando che comunque per il tipo di utenza la libertà di scelta è limitata, mostra una maggior capacità attrattiva di organizzazioni con una diffusione territoriale maggiore.

Gestione associata Servizio Inserimenti Socio Lavorativi (SISL)

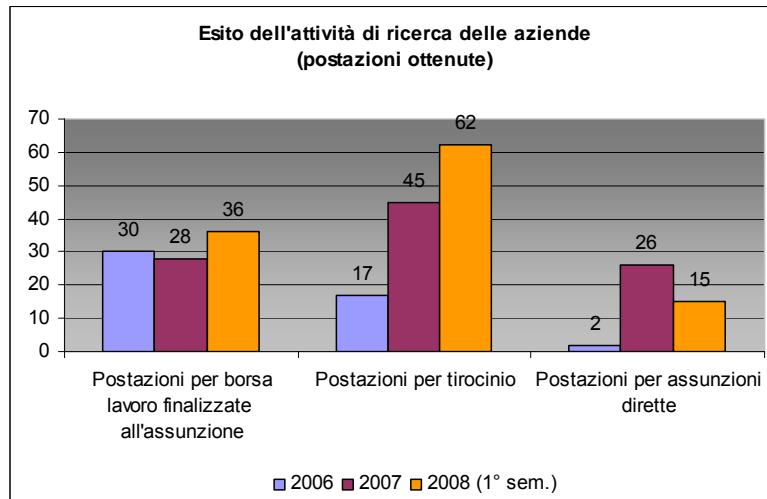
Gli obiettivi previsti attraverso la gestione associata (promuovere l'integrazione e l'inserimento sociale e lavorativo dei soggetti socialmente deboli, attivare sinergie e reti con i servizi, le imprese ed il contesto territoriale) si possono considerare positivamente raggiunti.

A partire dalla nascita del servizio, ad aprile 2006, il numero di aziende e di cooperative/associazioni contattate è andato notevolmente crescendo. Conseguentemente, anche le postazioni ottenute per borse lavoro, tirocini ed assunzioni sono aumentate nel corso del triennio.

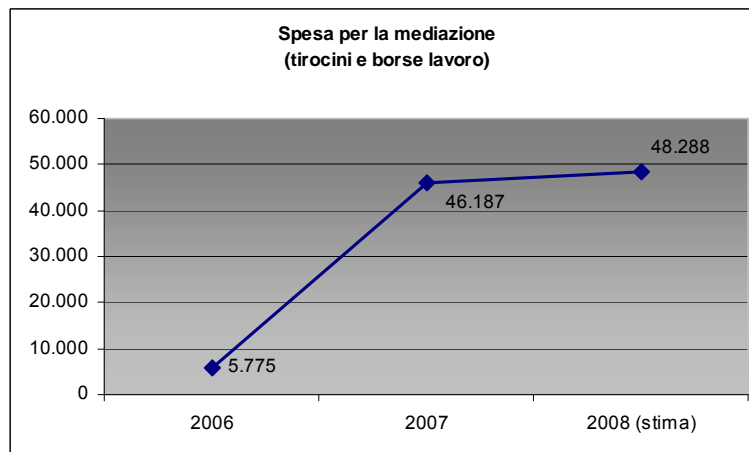


¹ popolazione residente ≥65 pari a 34.260

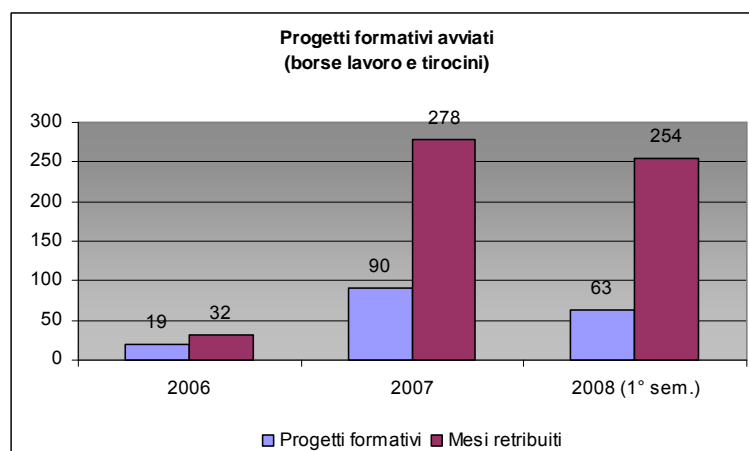
² il dato è un valore medio che può rappresentare un indicatore proxy della efficienza, ma va rapportato con la tipologia di prestazioni erogate all'interno dei due servizi in termini di ore e di tipologia di prestazione

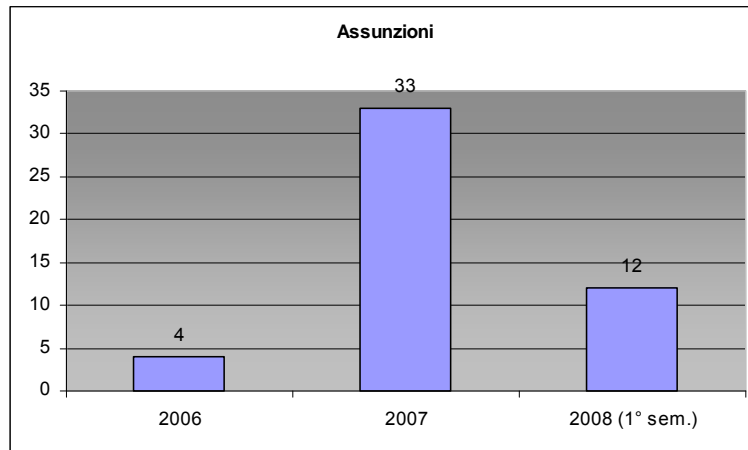


L'aumento delle borse lavoro e dei tirocini è riscontrabile anche nel dato di spesa relativo agli strumenti di mediazione, che ha subito un notevole aumento dal 2006 al 2007 e un ulteriore incremento nel 2008.



Le attività del servizio hanno condotto, nel corso del triennio, alla realizzazione di 109 progetti formativi (in crescita da un anno al successivo), per un totale di 310 mesi retribuiti, e 49 assunzioni.





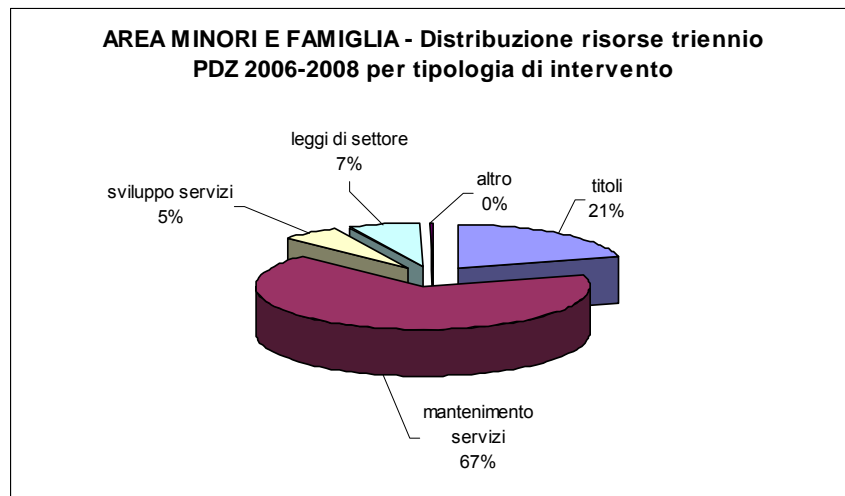
Su 269 utenti segnalati nel corso del 2006-2008, quelli dimessi perché ritenuti non idonei (cioè mancanti dei presupposti minimi per l'inserimento lavorativo (assenza totale di autonomia, mancanza di motivazione, ecc.) sono 27 (il 10%). Questo dato può essere letto come indice di un intenso lavoro educativo e di raccordo con i servizi sociali e specialistici che il SISL svolge, per garantire il più possibile la realizzazione di inserimenti basati su progetti individuali.

Progetti di sostegno a favore di persone con handicap grave (ai sensi L.162)

I progetti di assistenza attuati con i fondi ex Legge 162 in favore di persone diversamente abili sono aumentati nel triennio, raddoppiando l'utenza, ed incrementando seppur leggermente le risorse mediamente investite per utente.

	Volume utenza	Spesa complessiva	Spesa media procapite
2006	14	68.529,21	4.894,5
2007	23	90.000,00	3.913,0
2008	31	156.273,05	5.041,1

AREA MINORI E FAMIGLIA



Fonte elaborazioni IRS su dati da debito informativo regionale

L'Area minori è quella che assorbe mediamente oltre il 60% delle risorse FSR per le quote di contribuzione a nidi, assistenza domiciliare minori e servizi tutela, questo spiega la percentuale più elevata delle altre aree rispetto al mantenimento della rete dei servizi in essere.

Sostegno alla domiciliarità

In continuità con il triennio precedente, si è proseguita l'esperienza innovativa dei voucher per l'assistenza educativa domiciliare minori.

Considerando come anno di riferimento unicamente il 2006, dato che il 2007 e 2008 sono ancora in fase di consumo, si osserva

- un incremento dell'utenza rispetto al primo triennio: da 50 utenti a quasi 80
- un consumo parziale dei voucher assegnati, anche se la percentuale di utilizzo è più alta e anche la diversificazione comunale è più contenuta rispetto al sad anziani e disabili, data anche la storia "più lunga" di questa misura
- costo medio procapite del voucher minori superiore a quello sad, costando di più il singolo voucher orario di 1 euro rispetto al voucher sad.

	utenti	voucher consegnati	voucher erogati complessivamente	n. medio di voucher erogati per utente	% di consumo
Primo triennio – 2005	50				
2006	86	15.134	12.313	143,2	81,3
2007	74	15.134	5.661**	76,5	
2008 (I°sem)	72	5.045*			
TOTALE	232	35.313	18.014	77,6	

*è la prima di tre tranche. Il numero complessivo per il 2008 è 15.134

** a fine luglio 2008 stavano ancora utilizzando le tranche del 2007

	costo voucher	spesa complessiva impegnata - voucher consegnati	spesa complessiva erogata	spesa media per utente
2006	18,5	279.979,00	227.790,50	2.648,73
2007	18,5	279.979,00	104.728,50	1.415,25
2008 (I°sem)	18,5	93.332,50		
TOTALE		653.290,50	333.259,00	1.436,46

Enti accreditati comuni serviti % copertura territoriale

GIMNOS TRE	4	36,36
IL MELOGRANO	4	36,36
LA RUOTA	5	45,45
STRIPES	8	72,72
TOTALE	11	100

Note: Coop. CESED e QUADRIFOGLIO si sono ritirate a gennaio 2008

Buono famiglie numerose

Nel giugno 2007 è stato introdotto il buono sociale a favore delle famiglie numerose che ha sostenuto 34 nuclei del distretto.

Risorse a disposizione	Beneficiari buono	Comuni che ne hanno beneficiato	Importo medio per utente
21.478,33*	34	9 – 81,8%	372,73

*Le risorse sono ripartite per il 50% in parti uguali (976,29 euro a comune) e il restante 50% in base alla popolazione 0-18

Tipologia famiglia	volume utenza	di cui monogenitoriali	di cui con i genitori italiani	di cui con 1 genitore straniero	di cui con i genitori stranieri
3 figli di cui 1 minorenni	16	3 (italiani)	6	1	6
+ di 3 figli di cui 1 minorenni	18	2 (italiani)	8	1	7
Totale	34	5 (italiani)	14	2	13

Tutela minori

Avvio del servizio intercomunale (a cui aderiscono 9 degli 11 comuni del distretto) da Aprile 2007. I dati disponibili non permettono una comparazione fra le tre gestioni (Legnano, Nerviano e intercomunale); rispetto all'obiettivo di mettere in rete le tre esperienze di tutela minori sono da ritenere positivi i momenti di formazione comune che sono stati realizzati.

	Utenti	Utenza in carico ai comuni prima della gestione associata	Incremento medio pre e post gestione associata
2004		191	
2005		250	
2006		230	
2007	238		
2008 (I° semestre)	277		+1,2

Attività realizzate

colloqui individuali	1.087
colloqui di gruppo	89
visite domiciliari	115
Incontri di integrazione tra servizi	336
altro	30

Continuità al nucleo affidi costituito a fine 2005

Si è data continuità al servizio affidi, che nel triennio ha ricevuto segnalazioni da 9 comuni su 11 del distretto.

	Iniziative promozionali	Segnalazioni	Famiglie disponibili	Affidi in corso	% copertura
2006	n.r.	13	n.r.	n.r.	n.r.
2007	18	13	17	11	64%
2008 (I° semestre)	0	3	17	12	70,5%

Risorse impegnate

2006	60.758,75
2007	64.600,00 ↑
2008	70.000,00 ↑

Sistema integrato d'ambito dei servizi rivolti all'infanzia e alla genitorialità

In tale ottica si è sviluppata nel triennio la **progettazione collegata ai finanziamenti ex Legge 285** (Progetto Mosaicando, Progetto Dialogando). Tali progetti hanno ulteriormente sviluppato una progettualità già avviata e consolidata nel territorio legnanese intorno ai temi della prevenzione primaria e si sono connotati nel contempo come consolidamento di un intervento di rete già operante in alcune realtà territoriali e come innovativa sperimentazione di servizi rivolti ai ragazzi in difficoltà.

Il Progetto **Mosaicando** ha permesso l'attivazione di sportelli di ascolto rivolti ai ragazzi delle scuole medie, lo sviluppo di interventi di educativa domiciliare in favore di minori in difficoltà, interventi di formazione sul disagio comportamentale e sui disturbi specifici dell'apprendimento rivolti ad insegnanti ed operatori.

Il Progetto **Dialogando** promuove esperienze educative e di socializzazione (sostegno nei compiti e laboratori mirati) per minori in difficoltà, in particolare con soggetti affetti da DSA (Disturbi Specifici dell'Apprendimento) e ADHD (Disturbo dell'Attenzione e dell'Iperattività), avvalendosi della collaborazione di soggetti già attivi nel territorio (terzo e quarto settore, Neuropsichiatria..).

Nello specifico, le azioni realizzate riguardano:

1) Attivazione di laboratori educativi-didattici in collaborazione con associazioni/cooperative già operanti nel territorio (oratori, cag, centri diurni, spazio compiti), rivolti a ragazzi della fascia della scuola primaria/secondaria di primo grado in situazione di fragilità didattica e relazionale con il

coinvolgimento di educatori e facilitatori già attivi nel territorio a cui viene garantita opportuna e specifica formazione .

2) Attivazione di laboratori educativi-didattici nel contesto scolastico, rivolti a ragazzi che manifestano disagio relazionale, comportamentale e/o cognitivo nel contesto scolastico, con il coinvolgimento di personale educativo opportunamente formato e in collaborazione con il servizio di Neuropsichiatria Infantile del Distretto. I laboratori rappresentano un luogo per sperimentare, in piccoli gruppi (quindi attraverso l'interazione e il fare insieme), nuove tecniche e strategie di apprendimento, rispetto agli argomenti che l'insegnante affronta in classe. I laboratori hanno un carattere sperimentale, per cui insegnanti ed educatori esperti hanno la possibilità di collaborare insieme per realizzare interventi specifici per ogni singolo alunno. I laboratori diventano così per gli insegnanti un importante corso formativo di secondo livello, al fine di appropriarsi delle tecniche di facilitazione dell'apprendimento e per diventare autonomi nella loro applicazione. I laboratori, realizzati durante le ore scolastiche, hanno come obiettivo quello di approfondire i contenuti appresi in aula, utilizzare strumenti informatici che facilitino la letto-scrittura, acquisire nuove strategie, utilizzare le tecniche di semplificazione e riduzione del testo.

3) La realizzazione di un Centro di ascolto psicopedagogico che sia di ascolto e accompagnamento per i ragazzi in difficoltà ma anche per le famiglie che spesso non sanno come gestire il disagio multifattoriale manifestato dai loro figli. Tale luogo di ascolto e supporto, condotto da professionisti formati, è collocabile in contesto scolastico o altrove a seconda delle esigenze. A tale centro si potranno rivolgere anche gli operatori scolastici (insegnanti, educatori..) che necessitano di confronti, suggerimenti e indicazioni su come trattare i disturbi dell'apprendimento e i disturbi dell'attenzione e su come affrontare specifiche difficoltà nella gestione del gruppo classe.

Azioni formative a favore delle coordinatrici e delle operatrici dei nidi

Nel triennio 2006-2008 sono stati realizzati, in collaborazione con il Coordinamento nidi sovracomunale, tre percorsi formativi per coordinatori ed educatrici di asili nido, a cui hanno partecipato rappresentanti di 9 comuni su 11.

	Percorsi formativi	destinatari	Partecipanti	Risorse impegnate (euro)
2006	-	-	-	-
2007	“Avere tatto”	Coordinatori	40	4.200
2008	“Per il diritto di crescere in qualità”	Coordinatori	17	Risorse Provincia
	“Il nido come ambiente formativo...”	Educatori	43	4.200

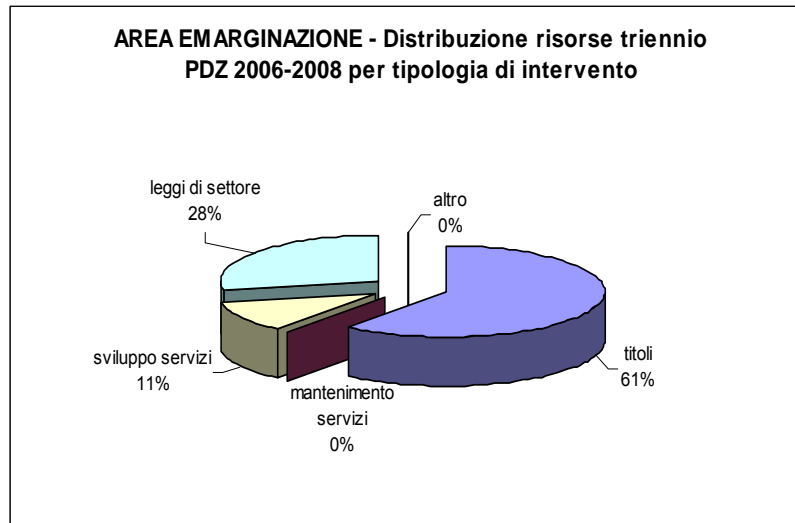
Fonte elaborazioni IRS su informazioni Ufficio di Piano

Formulazione linee guida per i servizi della prima infanzia

La formazione e la riflessione concertata all'interno del “Coordinamento Sovracomunale Nidi” sui temi pedagogici e gestionali dei servizi sono state fondamentali per la stesura delle prime “Linee programmatiche del territorio per i servizi della prima infanzia”.

Questo documento contiene i criteri che sono stati individuati per la definizione della qualità dei servizi della prima infanzia rispetto ai diritti dei bambini e alla normativa vigente. Da esso si potrà ripartire per la formulazione di criteri guida per l'implementazione di un sistema di accreditamento dei nidi del territorio.

AREA EMARGINAZIONE



Fonte elaborazioni IRS su dati da debito informativo regionale

Buoni per l'Housing sociale

Nel triennio considerato si è consolidato l'utilizzo di appositi strumenti (buoni sociali per la casa) al fine di prevenire gli sfratti per morosità e di favorire l'accesso a nuove locazioni private; il progetto ha avuto esito positivo grazie alla condivisione dei criteri omogenei per tutto l'Ambito territoriale. Nel periodo corrispondente alla seconda annualità sono stati presentati dai Comuni dell'Ambito complessivamente 89 progetti, di cui 52 finalizzati alla prevenzione dello sfratto e 37 finalizzati alla concessione del bonus per l'accesso alla locazione privata.

	Utenti contribuzioni	Di cui per prevenzione sfratto	Di cui per bonus affitto	Risorse spese	Contributo medio procapite
2006	83	78,3	21,7	206.643,16	2.489,7
2007	158 ↑	49,4	50,6	400.000,00 ↑	2.531,6
2008 (I° semestre)	77	61,0	39,0	278.015,59	n.r.

Altri progetti per l'Housing sociale

Oltre ai suddetti strumenti, coerentemente agli obiettivi del Piano di zona nell'area emarginazione, sono stati sviluppati i rapporti di collaborazione con alcune organizzazioni del Terzo Settore nell'intento di creare un sistema differenziato di interventi di housing sociale, connettendo gli strumenti previsti dal Piano di Zona con tutte le altre risorse disponibili sul territorio.

In tale ottica, è stata data continuazione alla convenzione con l'Associazione "Cielo e Terra" per l'accoglienza temporanea di nuclei in condizione di emergenza abitativa (Progetto Ri-Abitare), e nel 2008 è stato avviato un nuovo progetto, in partnership con il Consorzio di Cooperative sociali CoopeRho, denominato "Casa e Comunità", che mira ad intervenire su uno dei punti di debolezza individuati nel sistema abitativo del territorio del Legnanese, promuovendo la creazione di una rete di alloggi e di un servizio di housing sociale in sinergia con il Piano di zona, attraverso cui poter offrire ai soggetti destinatari interventi personalizzati finalizzati al conseguimento o al recupero dell'autonomia abitativa e socio-lavorativa.

Progetti per le dipendenze - ex L.45

La progettazione relativa ai fondi ex L. 45 ha permesso nel triennio considerato:

- l'attivazione di uno Sportello territoriale di consulenza psicologica per minori a rischio (Progetto Nexus), presso una o più sedi comunali, per un totale di 6 ore settimanali. Lo sportello si configura come luogo intermedio tra gli sportelli scolastici di ascolto ed i servizi socio-sanitari, il cui intervento consiste in colloqui psicologici di sostegno e consulenze non terapeutiche indirizzate ad adolescenti e familiari e diretti alla risoluzione di problemi specifici (attivo da settembre '08);
- l'attivazione di un progetto di reinserimento sociale per minori con problemi penali (Progetto Livingston). Il progetto si compone di tre azioni:
 - a) creare la rete fra i servizi (USSM, TUTELA MINORI, SERVIZI DI BASE, SISL, CFP) attraverso momenti di scambio/confronto strutturati, con la conduzione di un facilitatore, tra gruppi di operatori appartenenti a servizi diversi;
 - b) realizzare percorsi individualizzati di inserimento socio-lavorativo mirato (4 o 5 tirocini)
 - c) redazione di un documento sulle "buone prassi" propedeutico ad un accordo stabile tra servizi.

Progetti per l'immigrazione - ex L.40

Progetto "Bambini senza confini – Famiglie del mondo" : il progetto si compone di a) corsi di Italiano rivolti alle donne migranti degli 11 comuni del distretto di Legnano (avviato a partire dal mese di Novembre 2007); b) spazio-gioco per i figli delle frequentanti con la proposta di attività ludiche di vario genere; c) interventi di mediazione culturale per le famiglie soggette a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria o a rischio di segnalazione con l'obiettivo di agevolare l'attività dei Servizi di Tutela Minori del territorio del Legnanese (2 casi seguiti a partire da 2008).

Sportello stranieri

Lo Sportello stranieri dell'Ambito, attivo presso l'URP di Legnano a partire dal 13 maggio 2008, nasce in seguito all'esito positivo alla richiesta di finanziamento sul fondo UNRRA per il progetto denominato "LA RETE DELLE RETI: assistere la persona e la famiglia immigrata - facilitare l'inserimento nel proprio contesto sociale", presentata dall'Ufficio di Piano alla Provincia di Milano nel giugno 2007, in collaborazione con la Cooperativa sociale Intrecci, che prevedeva l'attivazione e la messa in rete di sportelli per stranieri in alcuni comuni dell'Ambito di Legnano.

Lo sportello, aperto due volte a settimana, offre i seguenti servizi a tutti i cittadini degli 11 Comuni dell'Ambito territoriale Legnanese:

- Informazioni su normativa in materia di immigrazione, permesso di soggiorno, ricongiungimento familiare, asilo politico;
- Consulenza legale
- Assistenza alla compilazione delle pratiche di rilascio/rinnovo del permesso di soggiorno
- Orientamento ai servizi che si occupano di lavoro, accoglienza, assistenza sanitaria, scuola.

Lo Sportello ha una vocazione orientata alla creazione di una rete integrata con gli altri sportelli stranieri dell'Ambito e della Provincia di Milano, nonché con i servizi comunali e territoriali del Distretto. Per quanto riguarda le nazionalità di provenienza degli utenti, troviamo, nell'ordine, i cittadini peruviani, italiani, ucraini, albanesi, marocchini ed ecuadoregni.

Con riferimento alla condizione giuridica degli utenti quasi il 70% circa risulta titolare di un permesso di soggiorno, il 10% ha una carta di soggiorno (permesso a tempo indeterminato), il 12% è cittadino italiano. Solo un numero esiguo di persone risulta sprovvisto di documento di soggiorno.

GLI ESITI DELLA VOUCHERIZZAZIONE

Accanto all'attività di carattere rendicontativo è stato realizzato un affondo valutativo, in termini di efficacia, su una misura del piano: *la voucherizzazione*. L'implementazione del sistema voucher, infatti, è uno degli obiettivi più rilevanti della programmazione zonale del triennio 2006-2008. In questo arco temporale è entrato a regime il voucher per l'educativa domiciliare dei minori con problemi neuropsichiatrici (introdotto a livello sperimentale nel 2005) ed è stato introdotto il voucher per l'assistenza domiciliare di anziani e disabili non autosufficienti, che ha sostituito il buono sociale.

1. Il disegno della ricerca

La finalità dell'approfondimento qualitativo sul voucher nel Distretto di Legnano è valutare l'efficacia del sistema dal punto di vista organizzativo e l'omogeneità del comportamento comunale nell'uso dello strumento, per capire se possono essere apportati miglioramenti.

In particolare, le dimensioni indagate riguardano:

1. **La modalità di impiego del voucher** (il comportamento d'uso della misura da parte dei comuni del distretto, l'impiego rispetto al SAD comunale, il cambiamento nella platea dei beneficiari, il cambiamento delle prestazioni, il governo del caso).
2. **I cambiamenti del mercato** (il cambiamento dell'offerta nel numero e nella tipologia di prestazioni, il rapporto con gli enti gestori, la libera scelta dell'utente).
3. **La soddisfazione degli attori coinvolti** (giudizio in merito al rapporto tra gli attori del sistema voucher, giudizio sul voucher rispetto a forme più tradizionali di erogazione dei servizi, giudizio sull'effettiva capacità del voucher di creare un valore aggiunto per l'utenza, giudizio rispetto alla finalità di integrazione distrettuale).

I criteri utilizzati per valutare la qualità del sistema voucher nel Distretto di Legnano sono desunti dalla finalità dello strumento stesso (permettere la libera scelta dell'utente, incrementare la concorrenza fra gli erogatori e la qualità del servizio) e da quelli più generali che caratterizzano il buon funzionamento di un servizio:

- le risorse assegnate vengono spese
- c'è una scelta consapevole alla base dell'utilizzo del voucher
- viene data risposta a bisogni insoddisfatti
- gli utenti sono liberi di scegliere il soggetto erogatore
- c'è collaborazione e integrazione tra comune e gestore
- c'è chiarezza nella distinzione dei ruoli (soprattutto per l'utente)
- si articola il sistema dell'offerta (nascita di nuovi operatori)
- i gestori attivi sul territorio offrono un servizio di qualità
- c'è un valore aggiunto per gli utenti
- c'è un valore aggiunto per le assistenti sociali
- c'è un valore aggiunto per gli erogatori

Gli strumenti e le fonti informative che sono state utilizzate per rilevare i dati sono:

- i dati in possesso dell'Ufficio di Piano (utenza, spesa, regolamento voucher);
- un questionario strutturato (autocompilato) rivolto agli enti erogatori;
- un focus-group cui hanno partecipato i coordinatori degli enti accreditati ad erogare i servizi tramite voucher (realizzato il 1 dicembre 2008);

- interviste face to face alle assistenti sociali responsabili del servizio voucher SAD e EDM negli 11 Comuni del Distretto, sulla base di un questionario semi-strutturato (condotte tra novembre e dicembre 2008).

2. La modalità di impiego del voucher nei Comuni del Distretto di Legnano

2.1. Il voucher per l'assistenza domiciliare di anziani e disabili

La modalità di assegnazione e l'utenza

Una delle dimensioni del “sistema voucher” indagate, riguarda la modalità di utilizzo dello strumento voucher, che può essere inteso come integrazione del Sad comunale oppure come alternativa ad esso.

L'analisi evidenzia che in tutti i Comuni (ad esclusione di Nerviano) il voucher per l'assistenza ad anziani e disabili viene utilizzato quando le necessità dell'utente richiedono assistenza in orari diversi da quelli coperti dal servizio comunale. Capita, infatti, che l'utente abbia bisogno di aiuto per l'alzata al mattino, la messa a letto serale, oppure abbia necessità di essere accudito la domenica quando la badante è assente, ossia momenti in cui il servizio di assistenza domiciliare non è disponibile. Il SAD comunale, infatti, ha orari piuttosto limitati (in alcuni casi il servizio è attivo solo al mattino, a partire dalle 08.30), mentre il servizio di assistenza domiciliare erogato tramite voucher è attivo 7 giorni alla settimana, inclusi i festivi, in una fascia oraria compresa fra le ore 07.30 e le ore 20.00.

Accanto a questo tipo di uso è diffuso l'utilizzo del voucher ad integrazione delle ore Sad. In diversi comuni il numero massimo di ore di servizio di cui un utente può disporre è pari ad 1 al giorno, ossia 5 ore alla settimana (ad esempio Canegrate e Villa Cortese): nei casi in cui le necessità assistenziali siano superiori a questa soglia, vengono assegnate ore di assistenza in regime di voucher.¹ In alcuni casi (Cerro Maggiore, Nerviano, S. Giorgio su Legnano) il voucher viene utilizzato anche quando il Sad ha esaurito la sua disponibilità.

Infine, in alcuni casi, è stata segnalata l'attribuzione del voucher per prestazioni di sollievo (Busto Garolfo) e per situazioni di emergenza che necessitano dell'attivazione immediata del servizio, magari per un periodo di tempo contenuto (Parabiago).²

Possiamo quindi parlare di una modalità di utilizzo del voucher rivolto ad anziani e disabili fondamentalmente innovativa: per dare risposta a bisogni in precedenza scoperti in termini di orario (mattina, sera, festivi) o di prestazione (sollievo, sostituzione badante, emergenza). L'uso più tradizionale, ad integrazione del servizio di assistenza comunale (in un certo senso per sopperire alla scarsità di ore di cui un utente può disporre) è limitato.

Il voucher, a detta della maggior parte delle intervistate, ha permesso di ampliare l'utenza beneficiaria dell'assistenza domiciliare comunale. Spesso, infatti, i beneficiari del voucher sono persone che non usufruiscono anche del Sad: nel caso in cui il voucher viene utilizzato in sostituzione della badante o in orari diversi da quelli dell'assistenza comunale viene infatti raggiunta un'utenza che prima non poteva essere soddisfatta attraverso il servizio tradizionale.

Cosa sarebbe successo agli utenti del servizio in assenza del voucher? Nella maggior parte dei casi, secondo le assistenti sociali intervistate, sarebbero stati assistiti dalle famiglie (con un ulteriore aggravio del carico di cura che già sopportano) oppure avrebbero dovuto ricorrere al mercato privato della cura.

¹ Il servizio di assistenza domiciliare erogato tramite voucher è fruibile per un massimo di 10 ore settimanali.

² Il regolamento distrettuale prevede infatti che il voucher possa essere assegnato a persone che si trovino in situazione di bisogno improvviso, urgente e temporaneo, di assistenza (“intervento di urgenza sociale”).

Il processo di assegnazione e gestione del caso

Il voucher si configura come uno degli strumenti che l'Assistente sociale può utilizzare per rispondere al bisogno dell'anziano o del disabile non autosufficiente: non si tratta di un "servizio" conosciuto e richiesto dagli utenti. Il voucher, infatti, non viene pubblicizzato: solo inizialmente, al momento del passaggio dal buono sociale al voucher è stata realizzata, da parte dell'Ufficio di Piano, una campagna informativa attraverso l'invio di lettere ai beneficiari del buono sociale, successivamente lo strumento non è più stato pubblicizzato. Nessuno dei Comuni afferenti al Distretto di Legnano pubblica bandi, il voucher viene assegnato, quindi, attraverso la modalità "a sportello": tipicamente, un familiare della persona che necessita di assistenza si rivolge all'assistente sociale esponendo il problema e chiedendo aiuto; è l'assistente sociale che propone il voucher, se lo ritiene adatto a rispondere al bisogno.

L'analisi ha evidenziato che l'introduzione del voucher non ha comportato una delega nella progettazione dell'intervento alla cooperativa che eroga il servizio. La decisione di assegnare il voucher è in capo all'assistente sociale e il programma d'intervento viene stabilito dall'assistente sociale stessa, spesso insieme al coordinatore della cooperativa e alla famiglia.¹ In proposito è stato segnalato che *"il fatto che ci sia un altro soggetto con cui fare diagnosi e progettare è positivo: rappresenta un confronto, un 'occhio in più, c'è una condivisione di obiettivi"*. Se per la maggior parte dei comuni questa interazione è positiva, nel caso del comune più grande (Legnano), che ha un numero di utenti del voucher SAD pari al 36,5% del totale, la relazione è appesantita dai "passaggi" amministrativi in più che vengono richiesti dal sistema voucher, che rischia di connotarsi come una "perdita" di dettaglio delle informazioni sul caso, che sono perlopiù in mano alla cooperativa.

Secondo quanto riportato dai soggetti erogatori, il sistema voucher ha prodotto una maggiore attenzione alla progettualità: i programmi di intervento vengono portati avanti attraverso un rapporto di collaborazione. Nei pochi casi in cui è rilevato un atteggiamento più orientato alla delega, la causa viene attribuita al numero limitato di utenti serviti (quando ci sono molti casi da seguire è più facile organizzare incontri d'equipe) oppure alle specificità della singola assistente sociale (più o meno autoreferenziale). A volte i soggetti erogatori rilevano un maggiore dirigismo da parte dell'AS in fase di avvio del progetto individuale, anche a causa dell'urgenza di avviare il servizio, poi il rapporto si ribilancia e l'AS accoglie le osservazioni sul caso da parte dell'erogatore.

Il monitoraggio dell'intervento, secondo il regolamento distrettuale, prevede la stesura e l'invio all'Ufficio di Piano di un rapporto di valutazione del caso, a cadenza quadrimestrale. Il monitoraggio, al di là di questo momento "formale", è costante e avviene nella maggior parte dei casi attraverso scambi di tipo informale, quali telefonate all'ASA o alla coordinatrice della cooperativa oppure incontri per altri motivi (ad esempio per il SAD comunale, spesso gestito dalla stessa cooperativa che eroga il SAD). I contatti con l'utente sono anch'essi frequentemente informali (*"l'utente sa che può chiamare se ha bisogno"*) e un momento di incontro e di valutazione del servizio è rappresentato dalla consegna dei voucher alla famiglia. I tagliandi, infatti, vengono distribuiti ogni 1-2 mesi proprio per avere l'occasione di incontrare l'utente e/o i familiari. Il progetto, quindi, può essere ridefinito in qualsiasi momento.

Accanto a nuove occasioni *formali* di interazione fra assistente sociale e cooperativa, generate dal sistema voucher, il sistema di relazioni non ha perso le modalità informali già presenti nell'erogazione tradizionale del servizio domiciliare.

Nei criteri di assegnazione del voucher rivolto ad anziani e disabili le assistenti sociali intervistate non segnalano criticità.

¹ Questo avviene nella maggior parte dei comuni dell'ambito. Solo a Dairago e Villa Cortese il programma di intervento viene elaborato dall'assistente sociale e successivamente precisato insieme all'ASA e alla famiglia.

2.2 Il voucher per l'educativa domiciliare di minori con problemi neuropsichiatrici

La modalità di assegnazione

Il voucher destinato ai minori con problemi neuropsichiatrici (voucher EDM) presenta una minore ambivalenza d'uso, rispetto al voucher SAD. Lo strumento, infatti, si rivolge a un'utenza specifica cui prima non era rivolto alcun servizio: i minori con problemi neuropsichiatrici, seguiti da servizi specialistici privati e pubblici e/o psicoterapici infantili. Il servizio di assistenza domiciliare comunale (ADM), preesistente al voucher, si rivolge a un'utenza differente: i minori in situazioni di disagio e/o segnalati dal Tribunale. Il voucher EDM, quindi, è prevalentemente ritenuto dalle assistenti sociali uno strumento che va a soddisfare bisogni "nuovi", che prima non potevano trovare risposta nel servizio comunale. Tuttavia, in alcuni casi, il voucher rivolto ai minori è stato indicato come uno strumento che va a potenziare il servizio ADM già esistente (Canegrate, S. Vittore Olona. In ogni caso, viene evidenziato un ampliamento nella platea dei beneficiari.

In assenza del servizio offerto attraverso il voucher, i minori con problemi neuropsichiatrici e le loro famiglie non avrebbero trovato risposta al loro bisogno, oppure avrebbero ricevuto un'assistenza parziale attraverso il servizio ADM (Canegrate, S. Vittore Olona, Villa Cortese), altre risorse presenti sul territorio comunale più o meno adattabili al bisogno (il Centro Diurno a Parabiago, il CAG a Villa Cortese), oppure un finanziamento ad hoc da parte del Comune (Dairago).

Il criterio di assegnazione dei voucher EDM ai Comuni, basato sul rapporto tra la popolazione minore residente e il numero di casi in carico alla neuropsichiatria, mostra secondo alcune assistenti sociali delle criticità:

- è troppo poco legato al bisogno effettivo: dovrebbe basarsi sul numero di progetti avviati e sugli obiettivi dei progetti stessi;
- è troppo stringente: dovrebbe essere calcolato anche il numero di bambini con problemi meno gravi, che comunque hanno necessità di assistenza.

Per quanto riguarda l'assegnazione del servizio agli utenti, le criticità evidenziate fanno riferimento a:

- la modulistica, ritenuta "farraginosa" (attualmente in corso di revisione);
- la necessità di utilizzare scale di valutazione più dettagliate da parte della neuropsichiatria;
- la difficoltà di indicare le dimissioni: è difficile ipotizzare un intervento con una durata limitata nel tempo, sia per l'età degli utenti che per la tipologia di problemi; il rischio, allora, è quello di garantire gli utenti già in carico a scapito di quelli nuovi;
- il problema di come selezionare gli utenti quando il numero di voucher assegnati al Comune non è più sufficiente a rispondere alle necessità crescenti.

Il processo di assegnazione e gestione del caso

Il processo di assegnazione, monitoraggio e valutazione del voucher EDM è maggiormente strutturato rispetto a quello del voucher SAD e coinvolge diversi soggetti come la scuola e la neuropsichiatria, sin dal primo momento (la segnalazione del caso, infatti, avviene quasi esclusivamente ad opera di una di esse).

I momenti di verifica del progetto individuale coinvolgono, oltre all'assistente sociale, l'educatore e il coordinatore della cooperativa che eroga il servizio; la periodicità di tali incontri è variabile da un comune all'altro: il regolamento richiede una verifica almeno trimestrale che in alcuni casi è

ritenuta poco frequente ed in altri è considerata eccessiva. Gli incontri di verifica sono spesso affiancati da frequenti contatti informali tra assistente sociale ed educatore/coordinatrice della cooperativa. Anche il contatto tra assistente sociale e famiglia avviene spesso in maniera informale (il momento della consegna dei voucher alla famiglia rappresenta un'occasione di monitoraggio). In alcuni casi è stata segnalata la partecipazione dell'assistente sociale e dell'educatore agli incontri di valutazione del caso (PEI) tenuti dalla scuola e dalla neuropsichiatria (Busto Garolfo, Dairago, S. Vittore Olona, Villa Cortese).

La collaborazione tra cooperativa, assistente sociale comunale, scuola e neuropsichiatria è stata indicata dai soggetti erogatori come una delle positività del sistema voucher. La maggiore strutturazione dei rapporti e l'accresciuto scambio di informazioni sarebbe favorito del "carattere contrattuale" del progetto individualizzato. Il progetto infatti, oltre a chiarire gli impegni che il servizio (gli attori che ne fanno parte) si assume, richiede alla famiglia di impegnarsi, partecipando alla realizzazione dell'intervento.

3. I cambiamenti del mercato

Fra le finalità che hanno dato vita allo strumento voucher vi è la libertà di scelta da parte dell'utente, che può decidere a quale erogatore rivolgersi per acquistare il servizio, e la convinzione che la competizione tra gli erogatori si giochi necessariamente sulla qualità del servizio, che tende così a migliorare.

Nel Distretto di Legnano l'offerta di servizi domiciliari non sembra essere mutata. A fronte di un numero piuttosto elevato di cooperative accreditate (8 per il voucher SAD e 6 per il voucher EDM) si rileva un numero circoscritto di soggetti effettivamente operanti in ciascun comune (vi è stato, quindi, un ampliamento solo "formale" del numero di cooperative operanti sul territorio). Non si può quindi parlare della nascita di un vero e proprio "mercato" in quanto il sistema si è "autoregolato", mantenendosi pressoché inalterato.

Secondo le assistenti sociali e gli enti erogatori intervistati, alla base di questa autoregolazione del mercato vi è il rapporto fiduciario tra l'utente, l'assistente sociale e la cooperativa già conosciuta.

L'*utente*, secondo quanto rilevato tramite le interviste alle assistenti sociali, chiede sempre consiglio all'assistente in merito alla cooperativa con la quale attivare il servizio. Nella stragrande maggioranza dei casi, infatti, la famiglia dell'anziano, del disabile o del minore non ha elementi in base ai quali esercitare una scelta autonoma: delegare la scelta all'utente significherebbe "*mettergli in mano una lista di numeri telefonici da chiamare*". Secondo gli erogatori questa eventualità comporterebbe per l'utente, il concreto rischio di vedersi rifiutare il servizio: per servizi di poche ore, infatti, può essere poco conveniente per la cooperativa accettare il servizio, mentre se la richiesta viene dall'AS non possono esserci tanti rifiuti. A ciò si aggiunga che, secondo quanto riportato dai soggetti erogatori, un ruolo importante è dato dal rapporto di fiducia che lega l'operatore e l'utente (se un utente ha un operatore per il SAD, gradirà essere seguito dalla stessa persona anche per i servizi erogati tramite voucher).

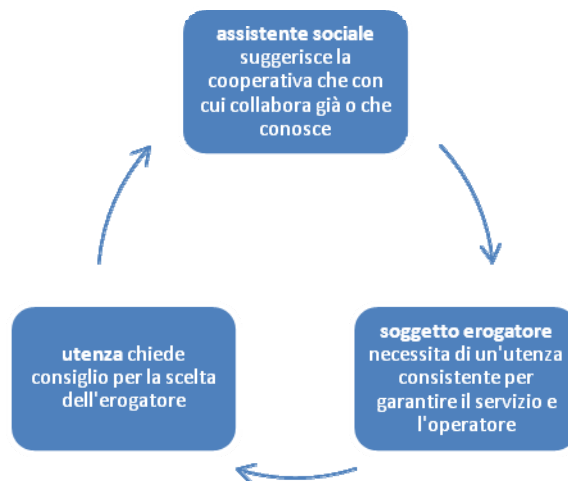
L'*assistente sociale* si trova così a consigliare all'utente la cooperativa che già conosce, con la quale collabora da tempo, e rispetto alla quale c'è un rapporto fiduciario. A ciò si aggiunge, secondo gli erogatori, che per l'assistente sociale è più facile riferirsi a pochi coordinatori piuttosto che a molti. Questa eventualità, in effetti, è esplicitamente paventata come un elemento di criticità del sistema voucher anche da parte di alcune assistenti sociali: se gli utenti scegliessero una cooperativa diversa da quella suggerita dall'assistente sociale il rischio sarebbe quello di una "mercificazione" del servizio, in cui l'assistente sociale rischierebbe di perdere il controllo della situazione.

L'*erogatore*, dal canto suo, ha la necessità di organizzare il servizio in modo da avere un certo numero di ore sullo stesso territorio, in caso contrario diventerebbe diseconomico operare a causa

del costo degli spostamenti in termini economici e di tempo e si porrebbe il problema di trovare operatori disponibili. È più facile, per le cooperative, offrire il servizio (e garantire la presenza degli stessi operatori) quando vi è un certo numero di ore da erogare; quindi l'assistente sociale tende a far convergere le richieste su 1 o 2 cooperative, concordando gli orari con la cooperativa stessa.

Il risultato è una situazione in cui, secondo quanto riportato dagli erogatori, *“le relazioni pregresse sono fondamentali”*.

Figura 5 – Il processo di scelta dell'erogatore



Fonte: elaborazione IRS

Sebbene l'idea iniziale, nel momento in cui è nato il sistema voucher nel Distretto di Legnano, fosse che ogni cooperativa si sarebbe dotata di una Carta dei Servizi e di depliant che l'utente e le assistenti sociali avrebbero potuto consultare, l'esperienza ha portato alla creazione di rapporti privilegiati fra Comuni ed un numero molto contenuto di erogatori.

In questo scenario, tuttavia, il voucher ha permesso in alcuni casi alle assistenti sociali di iniziare una collaborazione con soggetti dapprima sconosciuti, che si sono rivelati validi. È questo il caso del Comune di Villa Cortese (dove la cooperativa ha in gestione il Sad non è accreditata per l'erogazione del voucher), di Cerro Maggiore e di Parabiago.

In questo sistema le richieste di cambio dell'erogatore da parte degli utenti sono molto limitate. Complessivamente risultano 6 passaggi da un erogatore all'altro su un totale di 101 utenti (nel 2007). In alcuni casi il cambio è stato richiesto dall'utente per poter essere assistito da un operatore già conosciuto. Secondo quanto riportato dalle assistenti sociali, e dagli erogatori, raramente l'utente chiede di cambiare la cooperativa, mentre è più frequente la richiesta di cambio dell'operatore che lo assiste.

Il sistema voucher, in via teorica, comporta una maggiore complessità dal punto di vista delle relazioni tra gli attori coinvolti (utente, assistente sociale del Comune, coordinatore della cooperativa, operatore, cui si può aggiungere il personale della cooperativa che eroga il SAD nel caso degli utenti che godono di entrambi i servizi) e della gestione "amministrativa" (firma e consegna dei voucher, ecc.). Si può quindi ipotizzare, a fronte di questa maggiore complessità, una certa difficoltà da parte degli utenti a distinguere i ruoli e gestire fisicamente i voucher. Nel Distretto di Legnano, a detta degli erogatori e della maggior parte delle assistenti sociali intervistate, questo non si è verificato. Pur con gli ovvi tempi di "rodaggio", l'utenza (che in diversi casi ha beneficiato del voucher più di una volta) ha compreso chiaramente la distinzione di ruoli: le assistenti sociali spiegano al beneficiario il funzionamento del sistema e nella maggior parte dei casi

si presentano a casa sua insieme alla coordinatrice della cooperativa e all'operatrice, in modo da favorire la reciproca conoscenza e chiarire ruoli e responsabilità.

4. Il giudizio sul sistema voucher

Un elemento importante da considerare in un'analisi valutativa è l'opinione e il giudizio degli attori coinvolti. Nell'ambito dell'approfondimento sul voucher nel Distretto di Legnano è stata indagata la soddisfazione rispetto alle relazioni tra gli attori coinvolti, il giudizio sull'efficacia dello strumento voucher, il giudizio rispetto alla finalità di integrazione distrettuale.

Giudizio sulle relazioni tra gli attori del sistema voucher

Durante l'intervista è stato chiesto alle assistenti sociali di esprimere un giudizio sul rapporto con l'Ufficio di Piano, con l'ente erogatore e con l'utente. Il giudizio è stato espresso in termini numerici su una scala da 1 ("per nulla soddisfacente") a 10 ("molto soddisfacente") che è stato successivamente motivato.

Tavola 12 - Giudizio delle assistenti sociali sul rapporto con l'Ufficio di Piano, l'ente gestore e l'utente nell'ambito del sistema voucher

Rapporto	Voto SAD		Voto EDM		Voto medio	
	min	max	min	max	SAD	EDM
Assistente sociale – Ufficio di Piano	8	10	3	10	8,9	8,4
Assistente sociale – Soggetto gestore	5	10	5	10	8	7,6
Assistente sociale – Utente	4	9	4	8	6,8	6,4

Il rapporto con l'Ufficio di Piano è giudicato molto positivamente (voto medio tra 8,4 e 8,9). Gli aspetti maggiormente apprezzati riguardano la disponibilità e la gentilezza nell'assistenza offerta per la gestione degli aspetti amministrativi. Vi è un solo caso in cui è espressa l'esigenza che l'Ufficio di Piano, relativamente al voucher EDM, eserciti un maggiore controllo sulle assistenti sociali e sulle cooperative relativamente alla stesura dei progetti e delle verifiche, oltre che sull'effettivo utilizzo dei voucher secondo quanto previsto dal progetto individualizzato.

Il rapporto con il soggetto erogatore è giudicato anch'esso molto positivamente (voto medio tra 7,6 e 8): si tratta di una relazione improntata alla massima collaborazione; è riconosciuto, dalle intervistate, il reciproco sforzo di andare incontro alle esigenze dell'altro e di risolvere i problemi dell'utente. I casi di insoddisfazione riguardano esperienze pregresse con cooperative contattate, che non avevano disponibilità di operatori (Dairago, S. Vittore Olona, Cerro Maggiore).

La relazione con l'utenza è ritenuta abbastanza positiva (voto medio tra 6,4 e 6,8). Il voucher ha permesso di tenere maggiormente monitorate le situazioni e di rispondere più adeguatamente alle esigenze dell'utente. Tuttavia, può comportare un certo "affaticamento" dovuto agli aspetti amministrativi (Busto Garolfo, Villa Cortese, Canegrate).

Giudizio in termini di efficacia dello strumento voucher

Rispetto al sistema tradizionale di erogazione dei servizi il sistema voucher, secondo le assistenti sociali, offre alcuni vantaggi. In primo luogo la fascia oraria in cui l'utente può usufruire dell'assistenza è più ampia (copre l'intero giorno e i festivi): questo rappresenta un valore aggiunto in quanto consente di dare risposta a coloro che hanno necessità di essere assistiti la mattina presto o la sera e la domenica, quando la badante si assenta. In secondo luogo, il voucher secondo quanto stabilito dal regolamento distrettuale, può essere assegnato fino ad un massimo di 10 ore settimanali

per utente, che in molti casi corrispondono al doppio delle ore disponibili attraverso il SAD comunale: questo permette di dare una risposta adeguata ad utenti che hanno necessità di essere aiutati in maniera più consistente. Rispetto all'assistenza comunale, inoltre, il voucher SAD si caratterizza maggiormente come servizio in grado di dare sollievo dei familiari che accudiscono l'anziano o il disabile: da questo punto di vista il voucher permette di dare risposta a un bisogno in precedenza "scoperto". Infine, il voucher presenta una maggiore flessibilità d'uso rispetto al sistema tradizionale: consente di intervenire in maniera più tempestiva, anche per brevi periodi, offrendo assistenza in maniera più modulabile in base alle esigenze dell'utenza.

Fra gli elementi di criticità segnalati c'è la rigidità della durata del singolo accesso, che non può essere inferiore ad 1 ora, contrariamente al servizio di assistenza comunale. Il sistema voucher, inoltre, si caratterizza per una maggiore complessità dal punto di vista gestionale/amministrativo: la consegna dei voucher, la loro firma, la restituzione, ecc. sono tutte attività che comportano un lavoro aggiuntivo rispetto a quello richiesto dal servizio in economia o in appalto. Infine, è stato segnalato come il contatto con l'operatrice della cooperativa che eroga il servizio voucherizzato sia meno frequente di quello con l'ASA che lavora per conto del comune e ciò si traduce in un minore controllo sul caso.

Tavola 13 – Assistenti sociali: giudizio in termini di efficacia del sistema voucher rispetto al Sad comunale

Positività	Criticità
<ul style="list-style-type: none"> • Copre fasce orarie diverse (più ampie) • Offre più ore di assistenza settimanale per utente • Permette di gestire situazioni in cui è necessario il sollievo • Maggiore flessibilità d'uso 	<ul style="list-style-type: none"> • Rigidità (ore non frazionabili) • Maggiore complessità gestionale • Minor controllo sul caso (meno contatti con l'ASA)

Dal punto di vista dei soggetti erogatori, il voucher dà la possibilità al Comune di utilizzare una cooperativa preferita, anche se questa non ha vinto la gara d'appalto e, in ogni caso, di provare altre realtà. La relazione con la cooperativa, nell'ambito del sistema voucher, inoltre, è un po' più libera di quella regolata dall'appalto in quanto non c'è il vincolo temporale di un biennio o di un triennio. A ciò va aggiunto che è una risorsa economica esterna, che può essere usata nei casi fortemente problematici, in situazioni nuove, di emergenza: è uno strumento flessibile e complementare al servizio tradizionale. Nonostante queste positività del sistema voucher, gli erogatori sottolineano come una (ipotetica) completa voucherizzazione comporterebbe per il comune il problema di come gestire le ASA e le OSS già assunte, mentre per le cooperative ci sarebbe una minore garanzia di operare nel tempo. Il sistema misto voucher/servizio tradizionale è giudicato efficace, ma alcuni interventi permetterebbero di migliorarlo:

- la definizione della periodicità delle riunioni di equipe;
- la formazione costante degli operatori, per garantire la qualità del servizio (l'Ufficio di Piano potrebbe offrire un riconoscimento economico per questa voce di costo oppure organizzare momenti formativi ad hoc);
- momenti formativi sullo strumento voucher rivolti alle assistenti sociali e ai coordinatori delle cooperative.

Quali sono i vantaggi del sistema voucher per l'utente? Secondo le assistenti sociali, oltre alle positività già evidenziate, che contraddistinguono il servizio voucherizzato rispetto a quello più tradizionale, l'utente può cambiare operatore con più facilità e può sentirsi parte maggiormente "attiva", dovendo consegnare fisicamente il voucher. Per quanto concerne il voucher per l'educativa

domiciliare di minori con problemi neuropsichiatrici (EDM) viene inoltre evidenziato il vantaggio della gratuità del servizio e la possibilità, per l'utente, di essere maggiormente monitorato.

Quest'ultimo aspetto, per alcuni, può invece tradursi in un elemento di criticità: l'educatore in casa può essere percepito, infatti, in modo intrusivo. Gli altri elementi di criticità per l'utente, fanno riferimento alla difficoltà, per alcuni, di gestire concretamente i tagliandi e di comprendere esattamente i ruoli del coordinatore della cooperativa e dell'assistente sociale, con la quale possono esserci minori contatti.

Tavola 14 – Assistenti sociali: giudizio in termini di efficacia del sistema voucher per l'utente

Positività	Criticità
<ul style="list-style-type: none"> • Copre un'ampia fascia oraria ed è disponibile anche i festivi • Permette di avere numerose ore di servizio • Permette di gestire situazioni in cui è necessario il sollievo • Uso più flessibile • Possibilità di cambiare l'operatore • Forse l'utente si sente un soggetto più attivo, dovendo consegnare il voucher • Servizio gratuito (voucher EDM) • Possibilità di monitorare costantemente la situazione familiare (EDM) 	<ul style="list-style-type: none"> • Difficoltà di gestione dello strumento (voucher) • Confusione su chi è il referente (cooperativa o Comune?) • Minore contatto con l'assistente sociale • Alcune famiglie rifiutano l'educatore a casa (voucher EDM)

Secondo i soggetti erogatori, il vantaggio più evidente del sistema voucher per gli utenti è godere di un servizio che offre prestazioni diverse in orari più estesi.

Giudizio rispetto alla finalità di integrazione distrettuale

Uno degli obiettivi presenti nel Piano di Zona 2006-2008 è l'integrazione distrettuale. Il voucher, in questo senso, ha voluto dare "impulso ad una gestione sociale integrata e partecipata dei servizi". Rispetto a questa finalità l'analisi evidenzia che il voucher rappresenta parzialmente uno strumento di integrazione tra comuni. Vi è stata una limitata condivisione di prassi, soprattutto circoscritta all'utilizzo di una modulistica comune: la revisione condivisa della modulistica di accesso al voucher EDM, attuata sul finire del 2008, rappresenta, da questo punto di vista, un momento di integrazione importante. L'utilizzo da parte dei Comuni della modulistica prevista per il voucher SAD ha permesso, soprattutto ai comuni più piccoli, di definire dei modelli di lavoro, procedure e modulistiche in precedenza non sempre così chiaramente codificati. Questo stesso dato invece per i comuni più grandi è visto come critico: chi era già dotato di procedure di lavoro codificate e dettagliate, il voucher ha comportato una revisione delle proprie modalità di lavoro che è stato visto come una complicazione non necessaria. Per quanto concerne altri aspetti, come l'omogeneizzazione dei regolamenti comunali o la creazione di un mercato, la dimensione distrettuale appare difficile da raggiungere.

L'omogeneizzazione delle tariffe di compartecipazione dell'utente al costo del servizio erogato tramite voucher rappresenta, secondo le assistenti sociali, un obiettivo importante: è ritenuto ingiusto che un utente, in base al Comune di residenza, paghi in maniera differente la stessa prestazione. L'obiettivo di adottare un unico tariffario, tuttavia, è considerato molto difficile da raggiungere in quanto implica l'omogeneizzazione della quota di compartecipazione del SAD comunale: sarebbe infatti complicato e difficilmente comprensibile, per gli utenti che utilizzano il servizio erogato tramite voucher e quello comunale, pagare le due prestazioni in modo diverso.

5. Considerazioni conclusive

Il lavoro di ricerca e analisi sul sistema voucher nel Distretto di Legnano ha evidenziato una serie di specificità riassunte nella Tavola seguente.

Tavola Voucher – Principali evidenze

<p>I dati di monitoraggio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parziale capacità di consumo dei voucher, molto variabile da un comune all'altro. • Il voucher SAD ha permesso di incrementare l'utenza del SAD del 18,3% e la spesa del 15,6%. • Il voucher EDM ha permesso di raggiungere un'utenza nuova, pari mediamente a 80 persone all'anno, con una spesa media di 2.078 euro. • Numero ridotto di cambi dell'erogatore (6 su 101 utenti).
<p>La modalità di impiego</p> <ul style="list-style-type: none"> • Duplice modalità di utilizzo del voucher rivolto ad anziani e disabili: prevalenza di un uso alternativo al servizio comunale (in orari e per prestazioni diverse quali il sollievo e la sostituzione della badante) e parziale utilizzo integrativo (quando il SAD è insufficiente per numero di ore oppure è terminato). • Uso del voucher per servizi nuovi (assistenza specialistica per minori disabili; sollievo e sostituzione badante per anziani e disabili). • Ampliamento del numero di utenti, cui prima non veniva data risposta (sia per il voucher SAD che EDM). • Il voucher EDM ha permesso una collaborazione stretta tra diversi enti: servizio sociale, scuola, neuropsichiatria e consultorio. • Collaborazione assistente sociale-erogatore nella progettazione sul caso. • Monitoraggio e valutazione del caso in itinere, attraverso l'interazione frequente ed informale con erogatore e beneficiari.
<p>Il mercato</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'offerta di servizi domiciliari sul territorio non appare mutata: autoregolazione del mercato, basata su rapporti fiduciari e sulla necessità degli erogatori di realizzare attività economicamente sostenibili. • Mancato esercizio della libera scelta dell'erogatore da parte dell'utente, che ha scarsi elementi per poterla esprimere e non sempre completa e approfondita conoscenza da parte degli stessi operatori pubblici del parco fornitori accreditati • Rari casi di richiesta di cambio dell'erogatore da parte dell'utente (più frequente il cambio dell'operatore). • Chiara distinzione dei ruoli da parte degli attori.
<p>Il giudizio sul sistema</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elevata soddisfazione delle AS nel rapporto con l'UdP. • Elevata soddisfazione delle AS nel rapporto con gli enti erogatori • Soddisfazione nel rapporto con gli utenti (qualche perplessità rispetto alle incombenze amministrative) • Il voucher ha introdotto prevalentemente elementi di positività rispetto al sistema tradizionale di erogazione dei servizi • Il voucher ha un valore aggiunto per gli utenti. • Limitato raggiungimento dell'obiettivo di integrazione. • Acquisizione di modelli e procedure "esportabili" al SAD comunale per i comuni che ne erano parzialmente dotati.

Gli elementi raccolti dalla valutazione consentono, in estrema sintesi, di delineare una serie positività e criticità della voucherizzazione così come è stata attuata nel territorio legnanese. Il voucher:

- ha permesso di raggiungere un'utenza nuova
- ha offerto prestazioni aggiuntive rispetto al servizio comunale
- non ha cambiato la conformazione del mercato, anche se si sono creati rapporti nuovi tra alcuni comuni e cooperative inizialmente sconosciute
- ha portato a sviluppare procedure di lavoro più definite e condivise
- ha consentito di cadenzare o strutturare la presa in carico dell'utente, aggiungendo tuttavia passaggi amministrativi che nel caso dei grandi comuni rappresentano un "appesantimento".

Cap.2: Il profilo della comunità legnanese

Tendenze demografiche

La popolazione residente negli 11 Comuni dell' Ambito territoriale legnanese è cresciuta, dal dicembre 2003 ad oggi, di poco meno di 6mila unità. Rispetto ai 173.504 abitanti del 31.12.2003, l'Ambito contava 179.479 abitanti al 1 gennaio 2008, il 4,6% del totale della popolazione della provincia di Milano (una quota percentuale pressoché invariata negli ultimi 6 anni). Il Comune più popoloso è Legnano (poco meno di 57mila abitanti) seguito da Parabiago (più di 25mila), Nerviano (oltre 17mila), Cerro Maggiore (14mila), Rescaldina e Busto Garolfo (13mila), Canegrate (12mila), San Vittore Olona (8mila), San Giorgio su Legnano e Villacortese (6mila) e Dairago (5mila).

La dinamica di crescita della popolazione, pur positiva, è in rallentamento negli ultimi anni. Dopo il 2003-2004, anni che risentono ancora della regolarizzazione degli extra comunitari seguita alla Bossi-Fini, la crescita annua della popolazione di tutto l'Alto Milanese rallenta progressivamente (0,9 nel 2005, 0,8 nel 2006, 0,7 nel 2007).

Si avverte una consonanza tra la linea declinante della popolazione metropolitana, cioè dei residenti a Milano città che diminuiscono da due anni a questa parte – per varie ragioni, non ultime le condizioni del mercato immobiliare e i costi crescenti dell'alloggio - e gli accenni di calo demografico presenti in alcuni Comuni dell'area dell'Alto Milanese più vicina al capoluogo e caratterizzata da alti livelli di densità abitativa e congestione urbana. D'altro canto l'Alto Milanese nel suo complesso potrebbe aver beneficiato del "movimento centrifugo"¹ degli abitanti – soprattutto dei residenti italiani - che lasciano la congestionata area metropolitana in cerca di aree residenziali in grado di offrire condizioni abitative più favorevoli. La rilocalizzazione di abitanti e attività, dalle aree centrali a quelle periferiche e dai centri maggiori ai centri minori, è alla base del riassetto demografico ed economico del territorio².

Il saldo migratorio (5,6) – che misura il risultato di tutti i trasferimenti di residenza in uscita e in ingresso nel Comune e quindi la capacità di attrazione del territorio - è più elevato rispetto al resto della provincia di Milano (5,1) e inferiore al dato regionale (6,3) mentre il saldo naturale (0,6) è meno della metà rispetto al resto della provincia (1,3) ma superiore della media regionale (0,4).

Lo scenario demografico futuro nel medio periodo non mostra cambiamenti sostanziali: fino al 2015 le stime di crescita prevista a livello provinciale sono minime, comprese tra lo 0,4 per cento e lo 0,6 per cento, in linea con il valore registrato negli ultimi anni³. Nel lungo periodo si prevede una progressiva decelerazione della crescita della popolazione verso l'azzeramento del saldo demografico, una struttura sociale sempre più anziana e una crescente presenza straniera.

La quota degli stranieri residenti⁴ sulla popolazione dell'Alto Milanese (5,5% al 31 dicembre 2007) è ancora inferiore alla provincia extrametropolitana di Milano (6,5%), a Milano città (13,5%) e alla media regionale (8,5). La crescita degli stranieri è comunque marcata, le variazioni negli ultimi tre anni sono state del +13,3% nel 2005, +13,7% nel 2006 e +12,1% nel 2007. Nell'ultimo anno invece la crescita nel legnanese (+10,3%) è stata minore rispetto ai restanti Comuni dell'Alto Milanese (+14,3%). La dinamica sostenuta nell'Alto Milanese, e ancor più nell'area non metropolitana della provincia milanese, pare correlata al rallentamento del tasso di crescita degli stranieri nella città di Milano. Negli ultimi dieci anni si è registrato infatti un calo di flussi verso il capoluogo: la città di Milano sembra non essere più la meta preferita della popolazione immigrata.

La struttura per età della popolazione (a inizio 2007) evidenzia un indice di vecchiaia nell'Alto Milanese pari a 140,1 (cioè 140,1 anziani ultra 65enni per 100 giovani al di sotto dei 15anni), più

¹ Rapporto Annuale 2007, Istat

² Fonte Euroimpresa, La struttura del sistema produttivo locale dell'Alto Milanese

³ Relazione Sociale della Provincia di Milano 2008

⁴ Rapporto ORIM – Osservatorio Regionale per l'Integrazione e la Multiethnicità - 2007 (Regione Lombardia – ISMU)

basso della media regionale (143,1) e ancor più di quella provinciale (149,3) ove si consideri anche il capoluogo, ma superiore a quello medio dell'area extrametropolitana milanese (129,2).

Densità della popolazione

La densità della popolazione (incidenza dei residenti sull'estensione del territorio) dell'ambito territoriale legnanese è progressivamente aumentata, registrando nel 2001 una densità media di 1.756 ab/km² (quella della Provincia di Milano è di 1.872 ab/km²). Il Comune di Legnano nel 2001 si posiziona al primo posto come densità della popolazione nel legnanese ed è l'unico a superare i 3.000 ab/km²; nella fascia dei 2.000-3.000 ab/km² si colloca il Comune di S. Giorgio su Legnano (2.649 ab/km²) ed a seguire quelli di Canegrate e S. Vittore Olona, mentre gli altri sono al di sotto dei 1.000 ab/km².

Negli anni 2001-2004 si conferma la tendenza alla crescita di Legnano, con un +4,4%, che rispecchia la variazione registrata nel legnanese (+3,4%), in Provincia di Milano (+3,6%) ed anche nell'intera Regione Lombardia (+4%). In termini assoluti il divario tra la densità del comune di Legnano e la media degli altri comuni si mantiene elevata, con Legnano che sale a 3.171 ab/km² mentre nel legnanese si passa a 1.816 ab/km² e la Provincia di Milano a 1.939 ab/km². La caratteristica del nostro territorio come area di insediamento urbano a forte attrazione e concentrazione di popolazione risulta ancora più evidente se si considera che il dato medio della Regione Lombardia è di 394 ab/km².

La struttura economica

Nel corso degli ultimi anni nel nostro territorio si sono osservati importanti e frequenti episodi di trasformazione nei settori industriali tradizionali (tessile, abbigliamento) e nei settori a vocazione storica (metalmeccanico ed elettromeccanico). Il legnanese, infatti, ha risentito più di altre aree del milanese della crisi industriale iniziata negli anni ottanta, che ha portato a numerosi casi di chiusura o a forti ridimensionamenti aziendali.

Il tessuto produttivo locale è una realtà caratterizzata dalla presenza di imprese di piccole e piccolissime dimensioni (si contano in media appena 4,3 addetti per unità locale e il 92% delle medesime non supera i 10 addetti), molte delle quali operanti nella subfornitura. Questa caratterizzazione comporta che molte realtà siano strettamente collegate all'indotto industriale di maggior dimensione e, quindi, ne seguano inevitabilmente le fasi congiunturali¹

L'indice di occupazione al 2005 pare confermare "un'immagine dell'Alto Milanese come area meno sviluppata della media provinciale, ma ancora fortemente vocata allo sviluppo di attività industriali²". L'indice dell'Alto Milanese (30,7 "posti di lavoro" nelle unità locali di imprese per 100 abitanti) è inferiore non solo alla provincia milanese nel suo insieme - comprensiva del capoluogo metropolitano con altissima concentrazione di posti di lavoro - ma anche alla più omogenea provincia extrametropolitana (che conta 35,9 addetti per 100 abitanti) e questo si intona con le più spiccate caratteristiche residenziali dell'area e con il consistente flusso "in uscita" di lavoro verso altri poli delle vicinanze (sia verso Busto, Castellanza e Varese, sia verso Milano e altri comuni milanesi).

Legnano e Nerviano si caratterizzano per un indice di occupazione più elevato rispetto ai comuni circostanti, vicino ai valori medi regionali; Legnano è anche caratterizzato da una maggiore densità imprenditoriale (quasi 100 unità locali per 1000 abitanti).

L'ampliamento dell'occupazione complessiva tra il 2001 e il 2005 - anni di bassa crescita dell'economia italiana ma di forte sviluppo occupazionale - è avvenuto, nell'Alto Milanese così

¹ Fonte Euroimpresa, La struttura del sistema produttivo locale dell'Alto Milanese

² "Il cantiere Alto Milanese. Trasformazioni recenti, scenari futuri, temi e problemi dello sviluppo", Centro studi PIM-CCIAA di Milano, novembre 2005.

come un po' dappertutto, nonostante una contrazione di lungo termine dell'occupazione strettamente manifatturiera. Tra gli anni 2001 e 2005 i posti di lavoro del manifatturiero si riducono nell'Alto Milanese di 3.800 unità. La dinamica negativa (-2,6 in media annua) degli addetti manifatturieri tra 2001 e 2005 non è molto diversa dal dato della provincia (-2,9) ma è più accentuata in confronto al dato medio regionale (-1,9).

Una parte consistente dell'occupazione perduta dal manifatturiero viene recuperata nell'edilizia, che è in fase di boom tra il 2001 e il 2005. Gli addetti alle costruzioni dell'Alto Milanese crescono a un tasso medio annuo del 6,4% negli ultimi 4 anni, superiore al dato provinciale (+5,3%) e regionale (+4,5%). In valori assoluti si tratta di oltre 1.600 posti di lavoro in più.

Il restante complesso dei servizi privati aumenta nell'Alto Milanese tra 2001 e 2005 di 5.500 unità. Nei servizi, l'Alto Milanese cresce più delle medie di riferimento nel commercio (1,9 in media annua contro 1,0 per Milano e 1,2 per la Lombardia), nei servizi alle imprese (8,7 contro 6,4 in provincia e 4,6 in regione) e negli altri servizi alle persone (9,3 contro 3,7 e 2,8).

Si può dire che la dinamica recente dell'occupazione industriale segue in modo abbastanza coerente le tendenze dell'industria lombarda con un più accentuato declino delle produzioni più mature, e in specifico del tessile-abbigliamento. Il confronto con i tassi medi della Lombardia, scala territoriale più appropriata per misurare le performance industriali, evidenzia tuttavia una miglior tenuta, almeno fino al 2005, di due settori di specializzazione dell'Alto Milanese: il calzaturiero, pelli e cuoio e l'elettromeccanico.

Un'ultima notazione socio-economica riguarda gli imprenditori stranieri, o più esattamente la composizione per stato estero di nascita dell'offerta imprenditoriale. Il contributo degli stranieri è rilevante: limitando l'analisi alle imprese individuali, le sole nelle quali attributi personali – come il luogo di nascita - e caratteri d'impresa coincidono, si può notare che le imprese con titolare straniero nell'Alto Milanese superano a metà 2008 il 10% delle ditte individuali e nell'area del legnanese raggiungono (con l'11,2%) il livello medio della provincia extrametropolitana (nella sola città di Milano la quota supera invece il 23%). La maggior concentrazione di titolari stranieri si ha a Legnano (14,8%) e San Giorgio su Legnano (12,8%).

Cap.3: Il sistema dell'offerta dei servizi

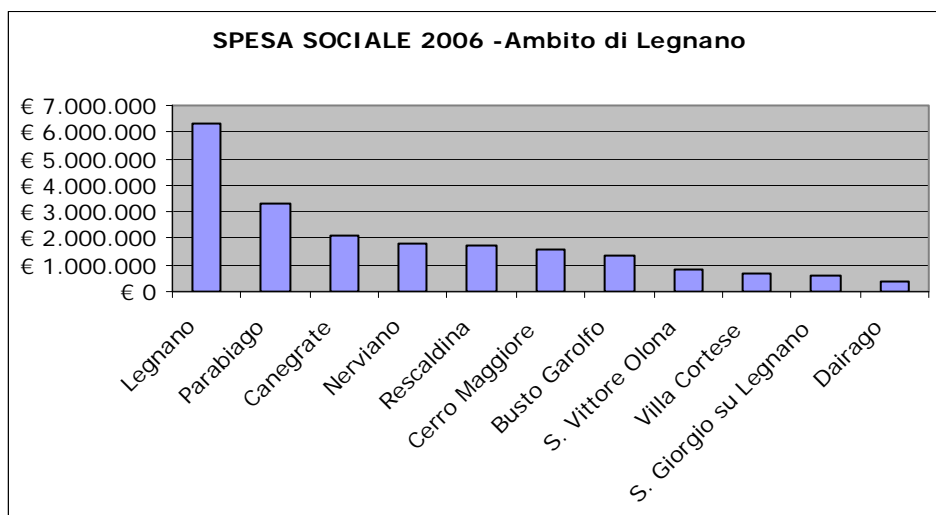
Le risorse che la comunità ha a disposizione per far fronte ai bisogni sociali trovano nei servizi del territorio un elemento imprescindibile e prioritario. Da questo punto di vista va evidenziato che l'Ambito territoriale legnanese si presenti come un sistema di welfare ben strutturato, caratterizzato da una rete diffusa di servizi e di unità d'offerta, dove Enti pubblici e privato sociale riescono a garantire una risposta diffusa alla domanda di prestazioni sociali e dove, dal punto di vista del "capitale sociale", si registra una elevata presenza di gruppi, associazioni e di persone disponibili al volontariato.

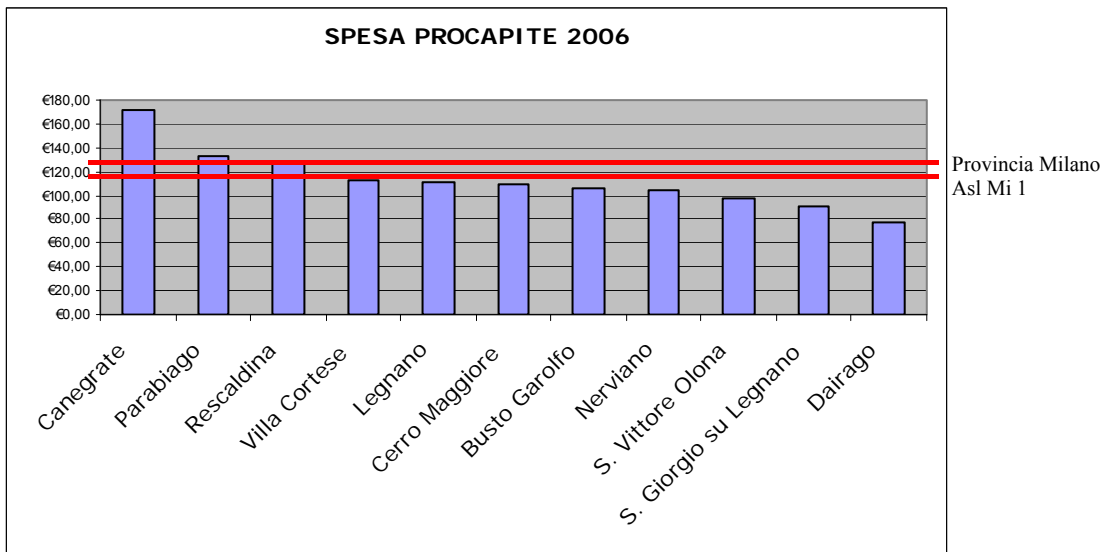
A fronte di una realtà sociale che presenta bisogni sempre più differenziati e complessi, la promozione e il sostegno di questo sistema di welfare locale diventa strategico al fine di garantire la necessaria dinamicità e flessibilità delle prestazioni.

Analisi e dati sulla spesa sociale dei comuni

Nei grafici seguenti i dati aggregati relativi all'anno 2006 hanno rivelato una spesa sociale dell'Ambito pari ad € 20.713.678,12, con una spesa procapite che oscilla tra un valore minimo di € 78,11 e un valore massimo di € 170,85. Il valore medio della spesa procapite dei Comuni pari ad € 112,86 si posiziona in linea con quello dell'Asl € 115,87 e leggermente inferiore a quello della Provincia di Milano pari ad e 127,80.

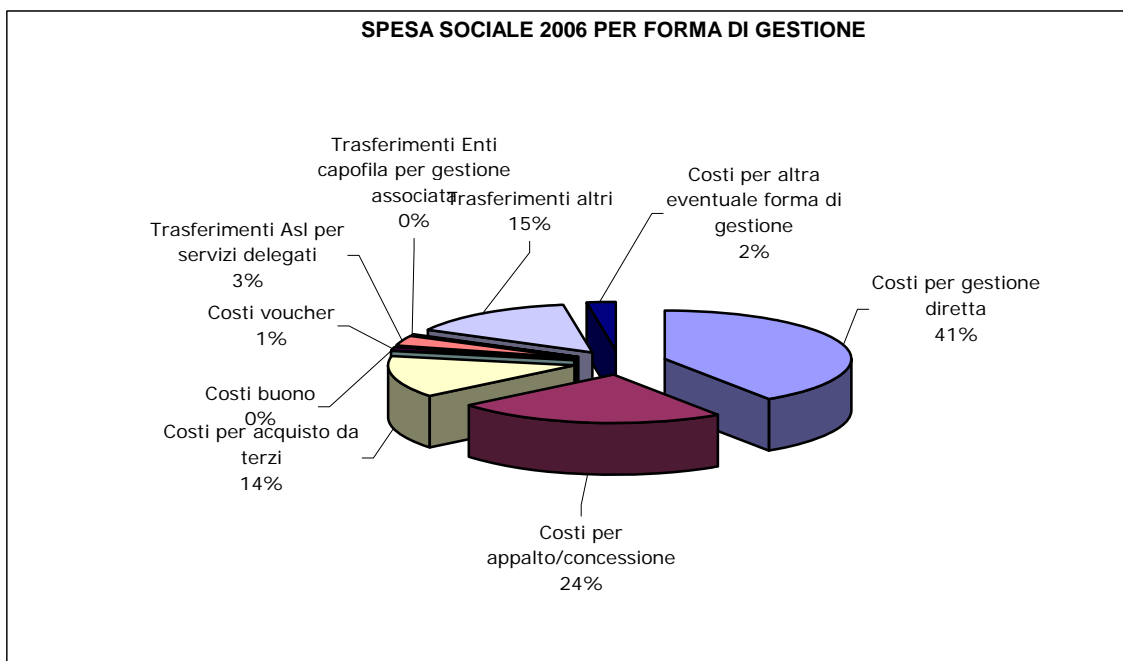
SPESA SOCIALE 2006 AMBITO DI LEGNANO		
COMUNI	SPESA TOTALE	SPESA PROCAPITE
Legnano	€ 6.319.672,00	€ 111,41
Parabiago	€ 3.328.255,00	€ 132,06
Canegrate	€ 2.077.148,00	€ 170,85
Nerviano	€ 1.821.507,00	€ 104,36
Rescaldina	€ 1.731.364,54	€ 127,89
Cerro Maggiore	€ 1.570.286,00	€ 109,62
Busto Garolfo	€ 1.389.778,00	€ 106,56
S. Vittore Olona	€ 792.541,89	€ 97,35
Villa Cortese	€ 688.672,88	€ 112,65
S. Giorgio su Legnano	€ 587.018,00	€ 90,64
Dairago	€ 407.434,81	€ 78,11
MEDIA	€ 1.883.061,65	€ 112,86
TOTALE AMBITO	€20.713.678,12	
	SPESA TOTALE	SPESA PROCAPITE
ASL MI 1	€ 112.348.881,09	€ 115,87
	SPESA TOTALE	SPESA PROCAPITE
PROVINCIA MILANO	€ 328.818.374,89	€ 127,80

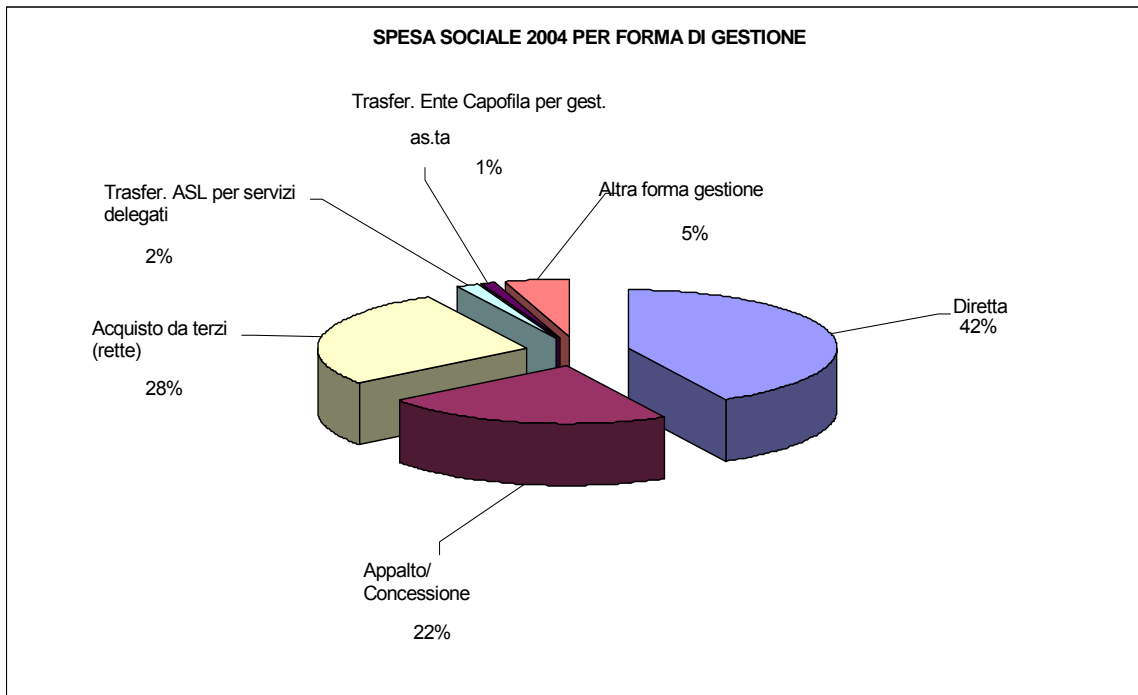




Rispetto alle diverse forme di gestione attuate si può osservare, anche confrontando i dati con l'anno 2004, che la gestione diretta dei servizi continua ad avere una netta prevalenza assorbendo un'alta percentuale della spesa (41%). Il 20% delle risorse totali sono finalizzate all'acquisto di servizi in appalto/concessione, mentre solo lo 0,27% delle risorse è stato trasferito agli enti capofila per la gestione associata dei servizi.

SPESA SOCIALE 2006 PER FORMA DI GESTIONE		
AMBITO DI LEGNANO	TOTALE COSTI (2006)	%
Costi per gestione diretta	€ 8.425.682,06	40,68%
Costi per appalto/concessione	€ 4.892.054,50	23,62%
Costi per acquisto da terzi	€ 2.854.206,23	13,78%
Costi buono	€ 18.380,00	0,09%
Costi voucher	€ 190.604,00	0,92%
Trasferimenti Asl per servizi delegati	€ 710.079,00	3,43%
Trasferimenti Enti capofila per gestione associata	€ 54.997,00	0,27%
Trasferimenti altri	€ 3.066.232,49	14,80%
Costi per altra eventuale forma di gestione	€ 501.442,84	2,42%

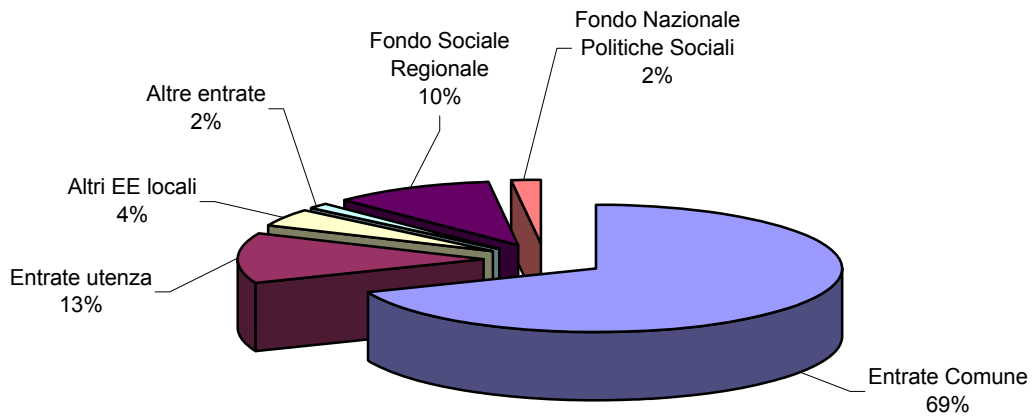




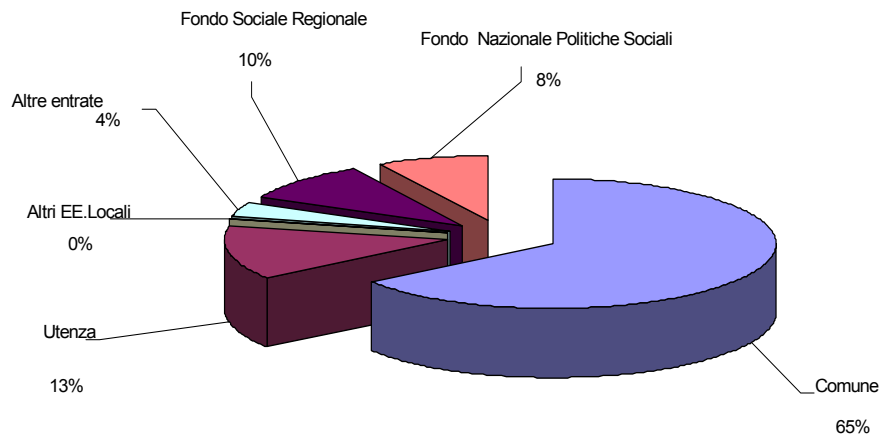
Il grafico seguente mostra che il sistema dei servizi sociali è sostanzialmente a carico degli Enti Locali che contribuiscono con risorse proprie pari al 69%, si evince inoltre che la seconda fonte di finanziamento è costituita dalle entrate dall'utenza (13%) e dai trasferimenti finanziari da Enti come Stato, Regione e Provincia (16%).

SPESA SOCIALE 2006 PER FONTI DI FINANZIAMENTO		
AMBITO DI LEGNANO	TOTALE COSTI	%
Entrate Comune	€ 14.209.049,25	68,87%
Entrate utenza	€ 2.646.019,57	12,82%
Altri EE locali	€ 885.304,27	4,29%
Altre entrate	€ 321.252,00	1,56%
Fondo Sociale Regionale	€ 2.140.960,03	10,38%
Fondo Nazionale Politiche Sociali	€ 429.416,00	2,08%

SPESA SOCIALE 2006 PER FONTI DI FINANZIAMENTO

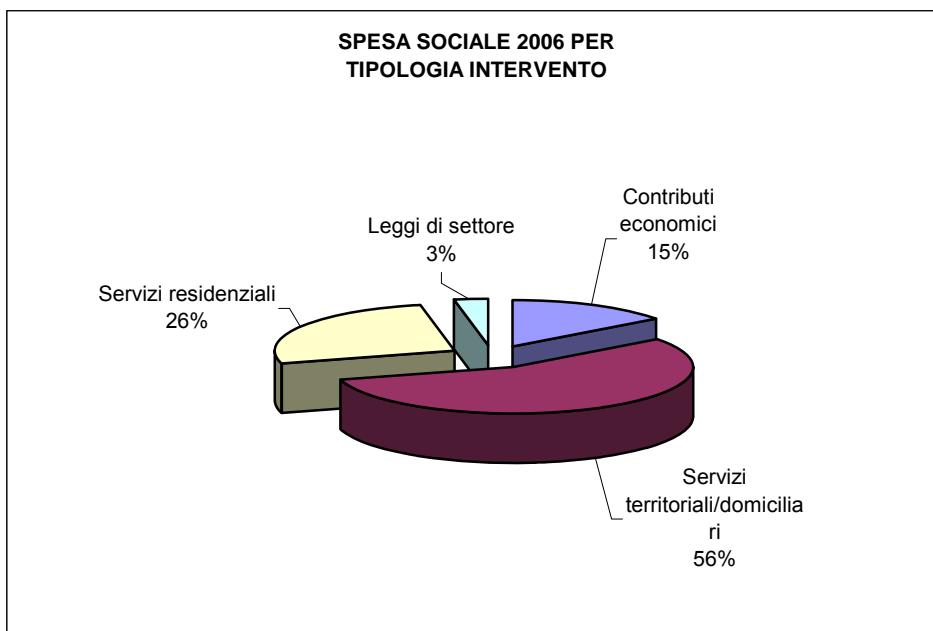


SPESA SOCIALE 2004 PER FONTI DI FINANZIAMENTO



Il grafico seguente rappresenta come la spesa in servizi territoriali/domiciliari si sia attestata al 56% del totale, seguita dai servizi residenziali (26%), dalla concessione di contributi economici (15%) e per finire dalle leggi di settore (3%).

SPESA SOCIALE 2006 PER TIPOLOGIA D'INTERVENTO		
TIPOLOGIA INTERVENTO	SPESA SOCIALE	% SPESA
Contributi economici	€ 3.043.010,62	14,77%
Servizi territoriali/domiciliari	€11.503.814,41	55,83%
Servizi residenziali	€ 5.415.291,73	26,28%
Leggi di Settore	€ 642.929,34	3,12%



Anagrafica delle reti e delle unità d'offerta del welfare socio-assistenziale e socio-sanitario dell'Ambito legnanese

A.N. - ASILO NIDO

COMUNE	NATURA GIURIDICA	STRUTTURA	AUTORIZZATA IL	POSTI AUTORIZZATI
BUSTO GAROLFO	Privata	FRANCA CACCIA SACCO	06/09/1999	48
CANEGRATE	Pubblica	UN DUE TRE STELLA	12/12/2002	29
CERRO MAGGIORE	Pubblica	ASILO NIDO CERRO MAGGIORE	25/10/2001	23
DAIRAGO	Pubblica	NIDO COMUNALE ABRACADABRA	05/12/2005	12
LEGNANO	Pubblica	ASILO NIDO COMUNALE (ex micronido)	02/10/1998	29
LEGNANO	Pubblica	ASILO NIDO ALDO MORO	11/08/1990	45
LEGNANO	Pubblica	ASILO NIDO S. D'ACQUISTO	11/07/1990	45
LEGNANO	Privata	NIDO DELLE MERAVIGLIE	15/05/2002	24
LEGNANO	Privata	LA TRIBU' DEI BIMBI	21/02/2006	39
LEGNANO	Privata	PAPAVERINO BLU	22/09/2008	30
LEGNANO	Privata	LIBELLULA	30/03/2006	30
LEGNANO	Privata	IL PIANETA DEI BAMBINI 9	04/09/2006	33
LEGNANO	Privata	GLI AMICI DI WINNIE NIDO	31/01/2005	24
NERVIANO	Pubblica	IL NIDO DI PIMPA	01/10/2001	55
NERVIANO	Privata	NIDO VILLORESI	07/07/1997	15
PARABIAGO	Privata	ASILO NIDO "COFOL"	16/01/2007	50
PARABIAGO	Pubblica	ASILO NIDO "EMANUELA SETTI CARRARO"	11/12/1990	60
RESCALDINA	Pubblica	KOROL WOYTILA	20/07/2005	40
RESCALDINA	Pubblica	DONATELLA RAIMONDI	28/06/1993	30
SAN GIORGIO SU LEGNANO	Privata	OMNIA SRL (EX IL PIANETA DEI BAMBINI)	28/09/2007	24
SAN GIORGIO SU LEGNANO	Privata	BABY VILLAGE	27/04/2005	24
SAN VITTORE OLONA	Pubblica	ASILO NIDO DELLE FATE E DEI FOLLETTI	13/06/1995	60
SAN VITTORE OLONA	Privata	BIANCANEVE E I SETTE NANI	31/01/2008	19
SAN VITTORE OLONA	Privata	UN NIDO PER I BELLI ANATROCCOLI	01/09/2008	20
VILLA CORTESE	Privata	SCUOLA MATERNA SPERONI VIGNATI	05/03/2008	21

MN. - MICRONIDO

COMUNE	NATURA GIURIDICA	STRUTTURA	AUTORIZZATA IL	POSTI AUTORIZZATI
LEGNANO	Privata	MICRO NIDO 1,2,3...STELLA	09/05/2007	10
LEGNANO	Privata	FATADORI	07/08/2007	10
LEGNANO	Privata	FATAFLOX	08/01/2007	10
SAN GIORGIO SU LEGNANO	Privata	LE PUZZOLE	05/07/2007	8

C.P. INF. -CENTRO PRIMA INFANZIA

COMUNE	NATURA GIURIDICA	STRUTTURA	AUTORIZZATA IL	POSTI AUTORIZZATI
BUSTO GAROLFO	Pubblica	TEMPO FAMIGLIA - MONDOBAMBINO		14
CANEGRATE	Pubblica	TEMPO FAMIGLIA - MONDOBAMBINO		14
LEGNANO	Privata	SOGNOSONDESTO	13/02/2007	12
NERVIANO	Pubblica	TEMPO FAMIGLIA - MONDOBAMBINO		14
PARABIAGO	Pubblica	TEMPO FAMIGLIA - MONDOBAMBINO		14
VILLA CORTESE	Pubblica	TEMPO FAMIGLIA - MONDOBAMBINO		14

N.F. -NIDO FAMIGLIA

COMUNE	NATURA GIURIDICA	STRUTTURA	AUTORIZZATA IL	POSTI AUTORIZZATI
CERRO MAGGIORE	Privata	I BELLI ANATROCCOLI	05/08/2005	5
LEGNANO	Privata	MAGO LIBERO	24/07/2007	5
LEGNANO	Privata	ABC KIDS	15/04/2008	5
NERVIANO	Privata	L'ARCOBALENO	18/05/2006	5
NERVIANO	Privata	NIDO FAMIGLIA VIA CAIMI	30/10/2006	5

C.A.G. - CENTRO DI AGGREGAZIONE GIOVANILE

COMUNE	NATURA GIURIDICA	STRUTTURA	AUTORIZZATA IL	POSTI AUTORIZZATI
CANEGRATE	Pubblica	C.A.G. CONDOR DI CANEGRATE	18/02/2000	40
LEGNANO	Pubblica	C.A.G. IL CIGNO	01/02/2002	45

C.E.D. - COMUNITA' EDUCATIVA

COMUNE	NATURA GIURIDICA	STRUTTURA	AUTORIZZATA IL	POSTI AUTORIZZATI
LEGNANO	Privata	VILLA LUISA	11/12/2006	10
PARABIAGO	Privata	GRUPPO APPARTAMENTO CAMELOT	07/10/2003	5
PARABIAGO	Privata	ISMAELE	13/12/1993	10

C. FAM. - COMUNITA' FAMILIARE

COMUNE	NATURA GIURIDICA	STRUTTURA	AUTORIZZATA IL	POSTI AUTORIZZATI
BUSTO GAROLFO	Privata	CASA FAMIGLIA SANT'ANNA	09/11/2006	6

C.R.D. - CENTRO RICREATIVO DIURNO

COMUNE	NATURA GIURIDICA	STRUTTURA	AUTORIZZATA IL	POSTI AUTORIZZATI
BUSTO GAROLFO	Pubblica	E..STATE AL PARCO	16/06/2005	
BUSTO GAROLFO	Pubblica	ESTATE RAGAZZI E ESTATE DEI CUCCI	01/06/2007	130
CANEGRATE	Pubblica	ESTATE RAGAZZI CANEGRATE	01/06/2005	
CANEGRATE	Privata	ORATORIO S. LUIGI	01/06/2000	
		CENTRO		

CERRO MAGGIORE	Privata	PARROCCHIALE DON V. BRAN	01/06/2004	
CERRO MAGGIORE	Pubblica	CERRO MAGGIORE SCUOLA MATERNA	13/06/2006	170
DAIRAGO	Privata	ORATORIO MASCILE S.TARCISIO	31/05/2006	
LEGNANO	Pubblica	SC. ELEM. A. MANZONI	20/06/2005	80
LEGNANO	Pubblica	SCUOLA DELL'INFANZIA "A. FRANK"	15/06/2007	100
LEGNANO	Pubblica	SC. ELEM. DON MILANI	15/06/2007	180
LEGNANO	Pubblica	SC. ELEM. RODARI	20/06/2005	
LEGNANO	Pubblica	SC. ELEM. TOSCANINI	15/06/2007	120
LEGNANO	Pubblica	SCUOLA MATERNA CENTRALE	28/03/2006	40
LEGNANO	Pubblica	SCUOLA MATERNA COLLODI	01/06/2000	
NERVIANO	Pubblica	SCUOLA PRIMARIA DI VIA DEI BOSCHI	24/04/2007	240
PARABIAGO	Pubblica	SCUOLA MATERNA	04/07/2005	
PARABIAGO	Pubblica	SCUOLA MATERNA E PRIMARIA VIA BRESCIA	12/04/2006	302
RESCALDINA	Privata	ORATORIO FEMMINILE	01/06/2000	
RESCALDINA	Privata	ORATORIO MASCILE	01/06/2000	
RESCALDINA	Privata	SCUOLA MATERNA RESCALDA	29/03/2005	
RESCALDINA	Pubblica	SCUOLA MAT./ELEM. FERR.	29/05/1995	150
S.GIORGIO S/LEGNANO	Pubblica	SCUOLA ELEMENTARE	14/04/2006	80
S.GIORGIO S/LEGNANO	Pubblica	SCUOLA MEDIA S.GIORGIO	30/03/2007	640
S.VITTORE OLONA	Privata	CENTRO GIOVANILE	01/06/2002	
VILLA CORTESE	Pubblica	SCUOLA ELEM. PINCIROLI	01/06/2003	
VILLA CORTESE	Pubblica	SCUOLA MEDIA GIOVANNI XXIII	12/06/2006	120

C.A.D. - COMUNITA' DI ACCOGLIENZA RESIDENZIALE

COMUNE	NATURA GIURIDICA	STRUTTURA	AUTORIZZATA IL	POSTI AUTORIZZATI
NERVIANO	Privata	CASA MIA	05/12/2007	9

C.S.E. - CENTRO SOCIO EDUCATIVO

COMUNE	NATURA GIURIDICA	STRUTTURA	AUTORIZZATA IL	POSTI AUTORIZZATI
CANEGRATE	Pubblica	CITTA' DEL SOLE	29/09/2008	30
PARABIAGO	Privata	GRUPPO ERRE	30/09/2008	30
PARABIAGO	Privata	L'ISOLA CHE NON C'E'	30/09/2008	30
S.GIORGIO S/LEGNANO	Privata	LA BUSSOLA	30/09/2008	30

C.D.A. - CENTRO DIURNO ANZIANI

COMUNE	NATURA GIURIDICA	STRUTTURA	AUTORIZZATA IL	AUTORIZZATI
CANEGRATE	Pubblica	C.D.A. CANEGRATE	28/01/1999	100

S.E.R.T. -N.O.A. - SERVIZIO DIPENDENZE

COMUNE	NATURA GIURIDICA	STRUTTURA	AUTORIZZATA IL	ACCREDITATA IL
LEGNANO	Pubblica	NUCLEO OPERATIVO ALCOLOGIA	05/12/2003	05/12/2003
PARABIAGO	Pubblica	SERT PARABIAGO	05/12/2003	05/12/2003

C.F. – CONSULTORIO FAMILIARE

COMUNE	NATURA GIURIDICA	STRUTTURA	AUTORIZZATA IL	ACCREDITATA IL
BUSTO GAROLFO	Pubblica	CONSULTORIO DI BUSTO GAROLFO	01/01/2000	22/03/2002
LEGNANO	Privata	CENTRO DI ASSISTENZA ALLA FAMIGLIA	10/07/2003	
LEGNANO	Pubblica	CONSULTORIO DI LEGNANO	01/01/2000	22/03/2002
PARABIAGO	Pubblica	CONSULTORIO PARABIAGO	01/01/2000	22/03/2002

C.F. SEDE STAC – CONSULTORIO FAMILIARE SEDE STACCATA

COMUNE	NATURA GIURIDICA	STRUTTURA	AUTORIZZATA IL	ACCREDITATA IL
PARABIAGO	Pubblica	CENTRO ADOZIONI “IL CERCHIO”	24/03/2004	24/03/2004

S.F.A. – SERVIZIO DI FORMAZIONE ALL’AUTONOMIA PER DISABILI

COMUNE	NATURA GIURIDICA	STRUTTURA	AUTORIZZATA IL	POSTI AUTORIZZATI
LEGNANO	Privata	“ALBATROS”	30/09/2008	28
LEGNANO	Pubblica	S.F.A. COMUNALE LEGNANO	29/09/2008	21
PARABIAGO	Privata	“CALEIDOSCOPIO”	30/09/2008	20
PARABIAGO	Privata	GRUPPO ERRE	30/09/2008	10

R.S.A. - RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE PER ANZIANI

POSTI

COMUNE	NATURA GIURIDICA	STRUTTURA	AUTORIZZATA IL	ACCREDITATA IL	AUTORIZZATI	ACCREDITATI
BUSTO GAROLFO	Privata	CASA FAMIGLIA ANZIANI	27/01/2003	31/10/2003	67	67
BUSTO GAROLFO	Privata	RESIDENZA S. REMIGIO	27/01/2003	19/07/2002	60	60
CERRO MAGGIORE	Privata	PICCOLA CASA DIVINA PROVVIDENZA	04/12/2002	14/07/2003	92	90
LEGNANO	Privata	ANGELINA E ANGELO POZZOLI	10/08/2004	21/01/2005	66	66
LEGNANO	Privata	CASA PADRE PIO	31/01/2003	30/04/2004	77	50
LEGNANO	Privata	FONDAZIONE S. ERASMO	19/03/2007	27/07/2006	125	117
LEGNANO	Pubblica	LUIGI ACCORSI	20/03/2003	14/07/2003	151	102
LEGNANO	Privata	VITARESIDENCE QUATTRO	17/03/2003	14/07/2003	87	79
NERVIANO	Privata	FONDAZIONE MARIO LAMPUGNANI	21/01/2003	20/06/2003	86	81
PARABIAGO	Pubblica	ALBERGO DEL NONNO	20/03/2003	14/07/2003	66	66

RESCALDINA	Privata	CASA OSPITALITA' ANZIANI	18/10/2005	11/05/2006	65	63
S. VITTORE OLONA	Privata	CASA FAMIGLIA	19/12/2002	31/10/2003	63	63
VILLA CORTESE	Privata	CASA FAMIGLIA	22/01/2003	31/10/2003	64	64

R.S.D. – RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE PER DISABILI**POSTI**

COMUNE	NATURA GIURIDICA	STRUTTURA	AUTORIZZATA IL	ACCREDITATA IL	AUTORIZZATI	ACCREDITATI
LEGNANO	Privata	LA SEQUOIA	27/04/2007	30/11/2005	20	20

C.D.I. - CENTRO DIURNO INTEGRATO ANZIANI**POSTI**

COMUNE	NATURA GIURIDICA	STRUTTURA	AUTORIZZATA IL	ACCREDITATA IL	AUTORIZZATI	ACCREDITATI
LEGNANO	Privata	VITARESIDENCE	26/02/2003	30/12/2003	20	20
PARABIAGO	Pubblica	C.D.I. PARABIAGO	14/02/2005	20/07/2005	30	30
VILLA CORTESE	Privata	CASA FAMIGLIA	09/07/2003	23/04/2004	30	30

C.S.S. – COMUNITA' SOCIO SANITARIA**POSTI**

COMUNE	NATURA GIURIDICA	STRUTTURA	AUTORIZZATA IL	ACCREDITATA IL	AUTORIZZATI	ACCREDITATI
CANEGRATE	Pubblica	STELLA POLARE	10/12/2004	22/12/2005	7	7

C.D.D. – CENTRO DIURNO DISABILI**POSTI**

COMUNE	NATURA GIURIDICA	STRUTTURA	AUTORIZZATA IL	ACCREDITATA IL	AUTORIZZATI	ACCREDITATI
BUSTO GAROLFO	Pubblica	IL SEME	24/06/2005	23/11/2005	30	30
LEGNANO	Privata	C.D.D. LEGNANO	27/04/2007	23/11/2005	30	30
RESCALDINA	Pubblica	C.D.D. RESCALDINA	24/06/2005	23/11/2005	30	30

Cap.4: La governance del Piano di Zona

La promozione di modalità di gestione integrata e di visione sovracomunale nell'affrontare i problemi e nel sostenere la promozione della rete dei servizi hanno da sempre rappresentato il ruolo e la funzione essenziale del Piano di Zona. Esso si configura come uno strumento che persegue processi di programmazione condivisa e che si pone l'obiettivo di rafforzare la capacità programmatoria e l'integrazione dei servizi a livello sovracomunale degli Enti Locali.

La legge 328/2000 a questo proposito afferma (art. 3) che i Comuni provvedono alla programmazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali secondo i seguenti principi:

- coordinamento e integrazione con gli interventi sanitari e con gli altri settori dell'istruzione e del lavoro;
- concertazione e cooperazione tra i diversi livelli istituzionali.

Anche la Legge Regionale 3/2008 ribadisce tali principi, prevedendo la consultazione dei soggetti che concorrono alla programmazione, progettazione e realizzazione delle unità d'offerta sociali e sociosanitarie, in particolare i soggetti del Terzo Settore, le organizzazioni sindacali e gli altri soggetti di diritto privato che operano in ambito sociale e sociosanitario.

L'osservanza di tali principi rappresenta una strada obbligata dato che la partecipazione attiva e ordinata di tutti i soggetti interessati non è possibile senza forme nuove di esercizio del governo locale basate sul comune interesse a collaborare nella realizzazione di una rete unitaria e coordinata di servizi.

Nel campo sociale, e in particolare in quello della pianificazione di zona, il termine *governance* appare come il più appropriato per rappresentare un processo che vede coinvolti una pluralità di soggetti pubblici e privati che non è possibile (oltre a essere inopportuno) governare in modo gerarchico.

In un territorio complesso e diversificato come quello del legnanese applicare la *governance* significa sostanzialmente utilizzare una metodologia negoziale finalizzata ad un processo condiviso di costruzione collettiva delle politiche sociali. Nel legnanese agiscono soggetti di natura diversa ma fra loro complementari e interdipendenti, che si ispirano a principi comuni quali, uno per tutti, la partecipazione quale strumento da utilizzare ormai in maniera professionale, per generare un consenso possibile sulle soluzioni e cogliere le opportunità offerte dal confronto con i soggetti partecipanti. Rafforzare la coerenza fra i diversi livelli e ambiti di pianificazione, per non disperdere le energie e le risorse del territorio, diventa sempre più urgente e necessario.

Dentro questa prospettiva e in linea con questi principi, il Piano di Zona legnanese continuerà a svilupparsi attraverso la collaborazione tra istituzioni pubbliche e Terzo Settore, perseguendo la scelta di curare e governare la rete dei servizi attraverso la sussidiarietà, nel rispetto dei ruoli definiti dalla Legge Regionale 3/2008 per i diversi attori del sistema (Regione, Provincia, Comuni, ASL, Terzo Settore).

Coerentemente con le indicazioni regionali e con l'assetto che l'Ambito di Legnano ha definito per la programmazione territoriale, di seguito si declinano gli elementi costitutivi la governance del Piano di Zona per il triennio 2009-2011.

- a) **ORGANISMO POLITICO** : individuato nell'Assemblea distrettuale dei Sindaci, normata ai sensi dell'art. 9 comma 6° della L.R. 11.07.1997 n. 31 e delle direttive approvate con DGR n. 41788/1999. L'Assemblea è composta dai Sindaci degli 11 Comuni dell'Ambito distrettuale di Legnano e rappresenta il luogo stabile della decisionalità politica in merito alla programmazione zonale, quale espressione di continuità rispetto alla programmazione sociosanitaria e all'integrazione tra politiche sociali e sanitarie. L'Assemblea interpreta la funzione strategica di indirizzo e controllo che si estrinseca, in particolare, nelle seguenti attività:

- approvazione del documento di Piano e suoi eventuali aggiornamenti;
- verifica annuale dello stato di raggiungimento degli obiettivi della programmazione;
- aggiornamento delle priorità annuali, coerentemente con la programmazione triennale e le risorse disponibili;
- approvazione annuale dei piani economico-finanziari di preventivo e dei rendiconti di consuntivo;
- approvazione dei dati relativi alle rendicontazioni richiesta dalla Regione per la trasmissione all'ASL ai fini dell'assolvimento dei debiti informativi.

La Provincia di Milano, sulla base dell'intesa sottoscritta con l'Ambito di Legnano per il partenariato, parteciperà in qualità di invitato senza diritto di voto all'Assemblea Distrettuale dei Sindaci al fine di integrare efficacemente le politiche programmate a livello locale in particolare nelle materie dell'area sociale e nell'area dell'istruzione, formazione professionale e politiche attive del lavoro.

b) **TAVOLO PER LE POLITICHE SOCIALI**: composto dagli Assessori delegati ai Servizi Sociali degli 11 Comuni dell'Ambito legnanese. Svolge una funzione di supporto e ausilio all'Assemblea dei Sindaci in merito a tutte le attività a questa assegnate ed una importante funzione di connessione tra i bisogni del territorio e il livello di decisione politica di vertice. Il Tavolo per le Politiche Sociali svolge, in particolare, le seguenti attività:

- individua priorità e obiettivi delle politiche zonali;
- coordina gli obiettivi dei singoli Comuni e garantisce il raccordo con le altre politiche settoriali (lavoro, scuola, casa, ecc.);
- intrattiene rapporti con i soggetti del Terzo Settore e le organizzazioni sindacali;
- garantisce il funzionamento del sistema di governance territoriale;
- costituisce un ambito importante di collegamento tra il livello programmatico zonale e il livello gestionale dei singoli comuni e delle forme di gestione associata presenti sul territorio.

Il Tavolo per le politiche sociali è coordinato dall'Assessore delegato di uno dei Comuni dell'Ambito. All'interno di questo organo le sedute sono valide con la presenza di Assessori rappresentanti almeno i 2/3 (67%) della popolazione residente nell'Ambito e la maggioranza assoluta dei rappresentanti politici dei Comuni (6 su 11). Le decisioni vengono assunte a maggioranza qualificata dei 2/3 (67%) della popolazione residente. Qualora nel triennio tale scelta si dovesse rivelare frenante alla funzionalità del tavolo, essa potrà essere rimessa in discussione e rivista.

c) **ORGANISMO DI SUPPORTO TECNICO ED ESECUTIVO**, rappresentato dall'**UFFICIO DI PIANO**, quale soggetto di supporto alla programmazione, responsabile delle funzioni tecniche, amministrative e della valutazione degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi del Piano di Zona. L'Ufficio di Piano svolge, in particolare, la funzione di garantire il sistema integrato di servizi, attraverso:

- la programmazione, pianificazione e valutazione degli interventi;
- la costruzione e gestione del budget;
- l'amministrazione delle risorse complessivamente assegnate (FNPS, Fondo Sociale Regionale, Fondo Non autosufficienza, quote dei Comuni e di altri eventuali soggetti);
- il coordinamento della partecipazione dei soggetti sottoscrittori e aderenti all'Accordo di Programma;
- il supporto all'attività del Tavolo per le politiche sociali;

- il coordinamento del Tavolo Tecnico, dei tavoli tematici d'area e dei gruppi di lavoro legati a specifici servizi o progetti (es. leggi di settore);
- la partecipazione ai tavoli interdistrettuali e agli altri tavoli tecnici costituiti nell'ambito dell'ASL o della Provincia.

L'Ufficio di Piano risponde inoltre nei confronti dell'Assemblea dei Sindaci, dell'ASL e della Regione, della correttezza, attendibilità, puntualità degli adempimenti previsti rispetto ai debiti informativi regionali.

In funzione del ruolo sempre più rilevante assegnato all'Ufficio di Piano rispetto alla programmazione zonale, verrà posta nel triennio particolare attenzione alla sua organizzazione, in modo da rendere tale struttura sempre più adeguata rispetto ai compiti richiesti, sia in termini di risorse umane ed economiche assegnate che di tempo dedicato. A tale riguardo, fino ad eventuali decisioni diverse, si conferma l'attuale struttura, composta da un Responsabile coordinatore, un collaboratore tecnico-amministrativo con funzioni di supporto al responsabile e un istruttore amministrativo. Fanno parte dello staff dell'Ufficio di Piano anche le Referenti d'Area (individuate tra i componenti del Tavolo Tecnico e appositamente autorizzate dalla propria amministrazione di appartenenza) con funzioni di coordinamento delle attività nelle singole aree di programmazione e di conduzione dei rispettivi Tavoli tematici d'area.

- d) **TAVOLO TECNICO** composto dai **Responsabili dei Servizi Sociali degli 11 Comuni** dell'Ambito legnanese (o loro delegati) individuati con atto formale dell'amministrazione di appartenenza. Rappresenta un organo tecnico che assicura il coordinamento degli interventi e l'istruttoria degli atti di esecuzione del Piano; ha il compito di attuare gli indirizzi e le scelte assunte dal Tavolo per le politiche sociali, coordinare le fasi del processo programmatico, gestire la funzione di indirizzo del budget e del controllo di gestione, definire gli atti e coordinare gli interventi derivanti dalla programmazione zonale, monitorare e valutare gli interventi, proporre e istruire documenti di carattere programmatico da sottoporre al Tavolo politico. Il Tavolo Tecnico si avvale del supporto tecnico professionale degli Assistenti Sociali operanti nelle Istituzioni pubbliche dell'Ambito legnanese nelle diverse fasi della programmazione.

L'apporto di tale figura professionale consentirà al livello Tecnico/politico di:

- effettuare corrette letture dei bisogni e delle opportunità da garantire;
- sintetizzare problemi di "area tematica" a partire dalle problematiche della casistica in carico;
- costruire una "base conoscitiva" che consenta, nella definizione del "profilo di comunità" e nella "scelta degli obiettivi", di passare dalla "domanda" ai "bisogni" e dai bisogni alla "cause" che li generano;
- gestire dei "gruppi di progettazione" sugli obiettivi di Piano;
- sviluppare la cultura e la prassi valutativa di progetti e programmi, grazie anche alla elaborazione di strategie, strumenti e metodologie idonee.

- e) **TAVOLO LOCALE DI CONSULTAZIONE TRA ENTI LOCALI, ASL E TERZO SETTORE**. Istituito in attuazione di quanto disposto dalla L.R. 3/2008 e della successiva DGR 7797 del 30 luglio 2008, in continuità con i tavoli precedentemente avviati nel corso della triennalità 2006-2008 in collaborazione con il Forum legnanese del terzo settore. Il Tavolo rappresenta il luogo di confronto stabile e regolare lungo tutte le fasi del Piano di Zona tra programmatori istituzionali e soggetti del Terzo settore operanti nella comunità locale e svolge le proprie attività secondo apposito Regolamento di funzionamento. Il Tavolo di consultazione ha quale principale obiettivo la promozione della partecipazione dei soggetti del Terzo settore

nella definizione della rete locale dei servizi, in sinergia con i soggetti istituzionali responsabili della programmazione, nella gestione e nel controllo dei servizi socio assistenziali e socio sanitari.

La partecipazione dei soggetti del Terzo settore si attua attraverso la loro consultazione in merito alle seguenti materie:

- Programmazione, progettazione e realizzazione della rete locale delle unità d'offerta del comparto socio assistenziale;
- Individuazione e sperimentazione di nuovi modelli gestionali dei servizi;
- Interpretazione e tutela dei bisogni sociali e delle risorse locali;
- Definizione dei requisiti di accreditamento delle unità d'offerta;
- Definizione dei livelli di assistenza locali (standard di servizio);
- Determinazione dei parametri di accesso ai servizi e alle prestazioni;
- Organizzazione delle attività di segretariato sociale;
- Promozione e divulgazione dell'istituto dell'amministratore di sostegno, in stretto raccordo con l'ufficio competente dell'ASL.

Considerata la centralità della famiglia quale soggetto sociale, particolare attenzione verrà posta al tema della sua partecipazione al processo programmatico, attraverso un sempre maggior riconoscimento e coinvolgimento delle associazioni di solidarietà familiare.

Il Terzo settore partecipa alla formazione del Tavolo di consultazione attraverso i soggetti che abbiano una rappresentanza nel distretto, siano essi associazioni riconosciute o non riconosciute, fondazioni o cooperative.

Per assicurare la migliore disciplina partecipativa dei soggetti del Terzo settore è istituito l'ALBO LOCALE di distretto, al quale gli aventi titolo hanno facoltà di iscriversi in ogni momento, presentando conforme istanza.

Il processo di espressione della rappresentanza si attua attraverso meccanismi democratici di confronto e delega. Per garantire al meglio tale processo, è convocata l'ASSEMBLEA DEL TERZO SETTORE, avente quale finalità la definizione della delegazione partecipante al Tavolo di consultazione. L'Assemblea è costituita da tutti i soggetti iscritti all'Albo di cui sopra.

- f) **TAVOLI TEMATICI D'AREA E/O GRUPPI DI LAVORO**: rappresentano gli strumenti e gli ambiti attraverso i quali approfondire specifiche tematiche e/o istruttorie. I tavoli/gruppi tematici sono costituiti coerentemente con le Linee di indirizzo per il funzionamento dei tavoli tematici del Piano di Zona approvate dal Tavolo Politico dell'Ambito di Legnano nel corso della seconda triennalità del Piano di Zona (e precisamente in data 17.7.2007) e rappresentano una articolazione del Tavolo locale di consultazione del Terzo Settore.

I tavoli tematici d'area saranno guidati in co-conduzione, coerentemente con le linee di indirizzo per il funzionamento dei tavoli tematici sopra citate. Tale modalità di lavoro sarà realizzata da un referente istituzionale membro dell'Ufficio di Piano (nel ruolo di conduttore), e un referente del terzo/quarto settore (nel ruolo di co-conduttore), nominato dal tavolo tematico stesso. La distribuzione dei compiti e delle funzioni specifiche di questi due ruoli verrà definita di concerto tra le parti.

La conduzione di eventuali ulteriori gruppi di lavoro può essere affidata ad un qualsivoglia componente di ciascun gruppo, a prescindere dal fatto che questi abbia o meno pertinenze istituzionali.

ENTE CAPOFILA

L'Ente designato come Capofila del processo programmatico e della successiva realizzazione delle azioni e dei servizi programmati è individuato nel **Comune di Legnano** cui compete l'adozione degli atti amministrativi collegati alla gestione e alla realizzazione del Piano di Zona, secondo le disposizioni provenienti dagli organi di governo del Piano medesimo, nonché la gestione delle risorse finanziarie provenienti dal Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS), dal Fondo Sociale Regionale (FSR) e/o da altri canali destinate all'attuazione delle azioni previste dal Piano.

Modalità di esercizio delle unità d'offerta e accreditamento

L'art. 13 della L.R. 3 del 12 marzo 2008 "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario" attribuisce ai Comuni la titolarità delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali, tra cui quelle inerenti la programmazione e l'accreditamento della rete locale delle unità d'offerta sociali, lasciando alle ASL (art. 14) le funzioni proprie di vigilanza e controllo e disponendo la collaborazione tra le ASL medesime ed i comuni nella programmazione della rete locale delle unità di offerta.

L'articolo 15 "Modalità di esercizio delle unità di offerta" stabilisce che "l'esercizio delle strutture relative alle unità di offerta della rete sociale (...) è soggetto alla presentazione di una comunicazione preventiva al Comune e all'Asl competente per territorio, che certifichi, da parte del gestore, il possesso dei requisiti previsti dalle disposizioni regionali", così sostituendo l'istituto dell'autorizzazione al funzionamento, disciplinato dall'articolo 50 della l.r. 1/86, "Riorganizzazione e programmazione dei servizi socio-assistenziali della Regione Lombardia", abrogata dalla l.r. 3/2008.

In merito alla corretta applicazione dell'istituto della comunicazione preventiva la Regione Lombardia, con Circolare n. 8 del 20 giugno 2008 ("Seconda circolare applicativa della l.r. n. 3/2008"), ha precisato tra l'altro che la presentazione di tale comunicazione da parte dei soggetti gestori determina, da parte del Comune, l'obbligo di verificare la completezza della documentazione allegata e, da parte dell'ASL, l'avvio della prevista attività di vigilanza.

Alla luce delle nuove disposizioni, le forme di collaborazione precedentemente attuate tra Comuni e ASL in ordine alla istruttoria delle domande di autorizzazione, hanno dovuto pertanto essere riesaminate, fermo restando la possibilità ribadita dalla norma regionale di poter comunque prevedere collaborazioni tra enti pur nel rispetto delle diverse competenze.

Le Assemblee distrettuali dei Sindaci, chiamate a deliberare su tale materia negli ultimi mesi del 2008, hanno valutato positivamente gli esiti della collaborazione instaurata con l'ASL e hanno assentito alla sua prosecuzione, ritenendo quindi opportuno e appropriato, in relazione a ragioni di efficienza del procedimento, efficacia ed economicità dell'azione amministrativa, rimodulare i termini dell'intesa operativa già in essere.

Ne è conseguita una nuova Intesa (che si allega integralmente al presente Piano) in base alla quale sono state definite le diverse fasi della procedura inerente la comunicazione preventiva e sono state definite le seguenti prassi:

- a) la comunicazione preventiva, corredata dalla documentazione tecnica certificante il possesso dei requisiti previsti dalle disposizioni regionali, è inviata dal richiedente sia al Comune sede della struttura, che individuerà i rispettivi uffici competenti, che alla ASL Provincia Milano 1 - U.O.S. Vigilanza Servizi Socio-Assistenziali;
- b) l'ASL, avvalendosi della propria struttura operativa, provvede alla verifica sia della regolarità formale della comunicazione che della completezza e congruità della documentazione

presentata, ivi comprese eventuali richieste di chiarimenti o integrazioni documentali, e procede alla propria attività di vigilanza in loco;

- c) l'esito delle verifiche della ASL Provincia Milano 1 è notificato al Comune sede dell'Unità d'offerta, entro 50 giorni dal ricevimento della pratica, anche per eventuali provvedimenti da adottarsi da parte comunale;
- d) la comunicazione alla Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale della Regione Lombardia dell'avvio di unità d'offerta - che chiude il procedimento amministrativo - è inviata dalla ASL medesima entro la stessa data.

La ASL Provincia Milano 1, attraverso l' U.O.S. Vigilanza Servizi Socio-Assistenziali, definisce la modulistica-tipo della *comunicazione preventiva* e predispone gli elenchi, per tipologia d'unità d'offerta sociale, della documentazione da allegare alla comunicazione medesima al fine di uniformare le procedure;

inoltre, fornisce attività di informazione ed assistenza a favore degli erogatori in ordine alle modalità di presentazione della *comunicazione preventiva per l'esercizio di unità di offerta sociali* e della documentazione da allegarvi, certificante il possesso dei requisiti di funzionamento.

Per quanto riguarda l'**accreditamento** delle Unità d'Offerta sociali, la Legge Regionale 3/08 stabilisce che è compito della Giunta Regionale definirne i criteri; tale adempimento costituisce il presupposto perché i Comuni possano a loro volta disporre quanto di loro competenza in ordine all'accreditamento delle Unità d'Offerta sociali presenti sul proprio territorio di competenza e stipulare i relativi contratti.

Con DGR n. 20943 del 16 febbraio 2005, la Regione ha introdotto dei criteri specifici di accreditamento per i servizi sociali per la prima infanzia, per i servizi sociali di accoglienza residenziali per minori e per i servizi sociali per persone disabili. In virtù delle disposizioni vigenti, la Regione ha ribadito con circolare n. 1 del 16 gennaio 2009 che i Comuni sono tenuti ad assumere i provvedimenti di propria competenza, con riguardo alla definizione dei requisiti di accreditamento per le unità d'offerta previste dalla suddetta DGR ed inserite nella rete sociale, entro il 31 marzo 2009, anche all'interno del processo di redazione dei piani di zona.

Con successiva nota esplicativa, in data 18.02.09, la Direzione Generale Famiglia e Solidarietà sociale ha precisato, vista la ristrettezza dei tempi, che qualora questo processo non dovesse essere portato a compimento all'interno della predisposizione dei piani di zona, il termine di riferimento è spostato al 31 dicembre 2009.

Cap.5: Obiettivi strategici e priorità del Piano di zona 2009-2011

Coerentemente con il nuovo contesto normativo in cui si colloca il nuovo triennio (L.R. 3/2008) e alla luce degli esiti delle precedenti programmazioni e dell'analisi dei bisogni che si stanno evidenziando nel territorio legnanese, gli obiettivi del Piano di Zona 2009-2011 si sviluppano lungo due assi: quello della "continuità e consolidamento" e quello dello "sviluppo e innovazione". Continuità rispetto all'insieme dei servizi, delle prestazioni e delle strutture territoriali già esistenti destinate a prevenire, rimuovere o ridurre situazioni di bisogno, difficoltà o disagio che i cittadini incontrano nel corso della vita, nonché a promuovere condizioni di benessere e inclusione sociale della persona, della famiglia e della comunità. Innovazione sia rispetto alla promozione di nuove soluzioni in grado di sostenere e valorizzare la famiglia nei diversi cicli di vita, sia rispetto a interventi di prevenzione che, in un'ottica di lungo periodo, rappresentano la strategia più idonea a fronteggiare attivamente il continuo affermarsi di condizioni di emergenza e cronicità.

Continuità e innovazione legate da un comune filo conduttore: l'integrazione tra politiche, in particolare tra politiche sociali, sociosanitarie e sanitarie, ma anche integrazione tra servizi, interventi e prestazioni quale obiettivo qualificante della rete delle unità d'offerta rivolte alla tutela della salute dei cittadini, da perseguirsi in via prioritaria nell'ambito della futura programmazione locale, al fine di assicurare una personalizzazione e una presa in carico complessiva della persona.

I risultati conseguiti nelle prime due triennali del Piano di Zona hanno contribuito a sviluppare un sistema di welfare locale caratterizzato da forti principi di sussidiarietà, di pluralità di offerta e al contempo di progressiva introduzione di nuove prestazioni e servizi a livello associato.

Gli obiettivi declinati per il triennio 2006-2008 vengono dunque ripresi e ulteriormente sviluppati nella nuova programmazione, cercando di valorizzare i punti di forza e individuando strategie di superamento delle criticità. Questi i punti di maggiore e specifico interesse locale:

Consolidamento del sistema dei titoli sociali, con l'obiettivo di mantenere e migliorare l'utilizzo dei buoni e dei voucher sociali, ormai inseriti a pieno regime nel sistema di risposta ai bisogni espressi dalla popolazione fragile, sviluppando un approccio qualitativo in grado di collocare sempre di più i titoli sociali in una logica di complementarità, di integrazione e di rafforzamento del sistema di offerta. Nello specifico, verrà posta particolare attenzione a:

- maggiore omogeneità nell'utilizzo dei titoli sociali a livello di Ambito, migliorando la capacità di gestione dello strumento da parte dei servizi sociali comunali;
- destinazione mirata dei titoli sociali e sviluppo della capacità degli operatori dei Comuni di orientare il cittadino rispetto alle diverse possibili risorse che il sistema può offrire, a partire dalla lettura del bisogno espresso;
- orientamento a buoni di importo tale da poter realmente incidere sul bisogno da sostenere e quale riconoscimento per i compiti di cura e di assistenza svolti dai caregiver familiari;
- ampliamento dell'utilizzo del voucher per l'accesso a servizi di carattere diurno e/o residenziale, nonché per favorire l'attuazione di intese interistituzionali sul tema delle dimissioni protette;
- forme di integrazione tra titoli sociali e prestazioni sociosanitarie;
- attivazione delle procedure di accreditamento delle unità d'offerta sociali, attraverso la definizione di criteri e requisiti a livello distrettuale e/o sovradistrettuale.

Forme di gestione associata, con l'obiettivo di mantenere e migliorare le esperienze positive di gestione associata di singoli servizi avviate nelle prime due triennali (Servizio Inserimenti Socio-Lavorativi, Servizio Intercomunale Tutela Minori, Nucleo Affidi) e riprendere la riflessione

circa l'opportunità e la fattibilità di un'unica forma associativa tra i Comuni, da perseguirsi eventualmente attraverso la costituzione di un ente giuridico ad hoc. Le logiche che dovranno guidare tale riflessione dovranno essere quelle della razionalizzazione, efficienza, efficacia, economicità della rete delle unità d'offerta e dell'ottimale utilizzo delle risorse disponibili (finanziarie e non), nonché della semplificazione e snellimento delle procedure di accesso. Considerato che la Regione individua nella gestione associata la forma idonea a garantire l'efficacia e l'efficienza nelle unità di offerta sociali di competenza dei Comuni (L.R. 3/2008, art. 11, comma 2), occorrerà tenere presente, nello specifico, la necessità di perseguire:

- una migliore distinzione tra interventi di tipo programmatico e interventi di tipo gestionale;
- una maggiore attenzione alla reale produzione di economie di scala e allo sviluppo di specializzazione ed evoluzione delle professionalità del personale.

In questo quadro, i Comuni del legnanese intendono individuare e realizzare nel triennio 2009-2011 un percorso incrementale che, passando dal consolidamento delle esperienze di gestione associata di servizi già in atto, promuova nuove opportunità di gestione comune di attività e servizi per i cittadini e arrivi eventualmente, nel rispetto delle singole volontà degli enti comunali, alla costituzione di un ente strumentale che progressivamente assuma la gestione associata dei servizi.

Rapporti con il Terzo Settore, con l'obiettivo di mantenere e consolidare i rapporti di collaborazione esistenti con i soggetti ad esso appartenenti, che si intende coinvolgere, quali espressioni della comunità locale, lungo tutte le fasi del processo di programmazione e attuazione del Piano di Zona.

Sulle modalità di consultazione e di coinvolgimento dei soggetti del Terzo Settore si rimanda al capitolo sulla Governance del Piano di Zona.

Le azioni di sistema

A partire dai principi fissati dalla L.R. 3/2008, declinati dalle Linee di indirizzo regionali per la programmazione dei Piani di Zona – DGR 8551 del 3.12.2008, e alla luce delle valutazioni circa lo stato di attuazione del sistema integrato di welfare locale, le azioni che verranno perseguite nel triennio 2009-2011 porranno al centro dell'attenzione i seguenti obiettivi di sistema.

Il governo del sistema di accesso alle unità di offerta della rete sociale e sociosanitaria, con l'obiettivo di definire, nell'arco del triennio, regole uniformi da parte dei Comuni del distretto legnanese rispetto ai criteri di accesso, alle modalità di fruizione, alla partecipazione alla spesa da parte dei cittadini residenti nell'Ambito territoriale, con particolare attenzione a:

- assicurare risposte adeguate ai bisogni, uniformando verso l'alto gli standard qualitativi;
- assicurare regole di accesso chiare ed omogenee per tutti i cittadini residenti nell'Ambito, superando differenze tra i diversi Comuni.

Nello specifico, si intende definire e conseguentemente adottare regolamenti o protocolli a valenza distrettuale, attraverso un modello di tipo incrementale che, a partire dai servizi di sostegno alla domiciliarità e alla famiglia, possa poi essere diffuso anche ad altre tipologie di unità d'offerta.

L'organizzazione delle funzioni di segretariato sociale, in attuazione dell'art. 6 comma 4 della L.R. 3/2008 e dell'art. 22 della Legge 328/2000. Si tratta di una funzione già ampiamente diffusa in tutti i Comuni dell'Ambito territoriale, che è stata ulteriormente rafforzata nelle due

precedenti triennalità attraverso le risorse del Piano di Zona, che hanno consentito di attivare o potenziare il servizio anche nei Comuni più piccoli.

Se attualmente il segretariato sociale si configura soprattutto come ancorato all'organizzazione del singolo comune con funzioni di primo filtro della domanda, nella nuova triennalità si perseguiranno azioni che favoriscano una maggiore uniformità nelle modalità organizzative adottate dai diversi Comuni e che diano rilievo al segretariato sociale quale funzione in grado di:

- garantire e facilitare l'unitarietà di accesso alla rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie;
- orientare in modo appropriato i cittadini all'interno della rete e fornire adeguate informazioni sulle modalità di accesso e sui relativi costi;
- assicurare competenza nell'ascolto e nella valutazione dei bisogni, in particolar modo per le situazioni complesse che necessitano di un pronto intervento sociale e di una continuità assistenziale;
- segnalare eventuali situazioni complesse ai servizi comunali e dell'ASL, così da assicurare la presa in carico della persona e della famiglia secondo criteri di integrazione e continuità assistenziale;
- favorire una raccolta omogenea dei dati sui bisogni e sulla domanda di servizi, in modo da costituire una base conoscitiva utile alla programmazione zonale della rete di unità di offerta.

Un elemento importante di innovazione rispetto al segretariato sociale sarà la sua organizzazione da parte dei Comuni attraverso la definizione di apposite linee guida e di un'intesa con l'ASL, nello specifico con il Servizio Fragilità del distretto di Legnano, in modo da valorizzare l'unitarietà del primo incontro tra la persona/famiglia e la rete delle unità d'offerta sociali e sociosanitarie.

Tale intesa dovrà individuare strategie di collaborazione finalizzate allo snellimento delle procedure e alla semplificazione dei percorsi per il cittadino, nonché alla circolarità delle informazioni. In tale logica si inserisce anche l'organizzazione dei cosiddetti "punti unici di accesso" per l'individuazione di possibili percorsi assistenziali per le persone non autosufficienti, sostenibili attraverso il Fondo per le non autosufficienze (DGR n. 8243 del 22 ottobre 2008).

In sostanza, il segretariato sociale dovrà assicurare, con funzioni esplicite di care management, un intervento di rete a tre livelli:

- a livello del cittadino, per consentire il giusto orientamento al servizio di competenza ed un rapido accesso ai servizi;
- a livello di servizio che si occuperà della presa in carico della persona/famiglia, per l'attivazione della rete e per il trasferimento dei dati relativi senza che le informazioni vengano perse;
- a livello della programmazione, sia per monitorare l'accesso, sia per leggere i bisogni del territorio.

Rispetto all'attuazione di questa specifica azione di sistema, c'è da sottolineare il fatto che l'ambito non parte da zero.

Infatti, nella primavera 2008 gli undici comuni hanno partecipato ad una ricerca valutativa inserita all'interno di una attività formativa condotta dall'Istituto di Ricerca Sociale di Milano (IRS) con il supporto organizzativo della Provincia di Milano.

Si è trattato della realizzazione di una ricerca valutativa sui servizi di Segretariato Sociale gestiti localmente, finalizzata all'individuazione di suggerimenti e indicazioni operative utili per ***delineare le caratteristiche ottimali per l'organizzazione di un servizio d'ambito quale porta unitaria di accesso al sistema integrato dei servizi.***

Questa opportunità ci consente ora di partire da alcuni importanti dati raccolti a livello locale, frutto della rilevazione sulla qualità del Segretariato Sociale erogato nei comuni dell'ambito. Ed è proprio dagli esiti di questa valutazione che è possibile trarre importanti spunti metodologici per l'individuazione di linee guida sul Segretariato Sociale, elementi che hanno il pregio di connotarsi come strettamente aderenti alla realtà dell'ambito, e non mero elemento teorico.

Per consentire un adeguato approfondimento di questa tematica, si è ritenuto di inserire all'interno del presente Piano una parte dedicata all'esposizione più dettagliata della ricerca valutativa, che è stata condotta da due assistenti sociali comunali del nostro ambito sotto la supervisione metodologica dei formatori dell'IRS.

L'integrazione sociale e sanitaria, da perseguirsi in via prioritaria nella attuazione del Piano di Zona per il triennio 2009-2011, quale obiettivo qualificante della rete delle unità d'offerta locali rivolte alla tutela della salute dei cittadini e quale necessaria condizione per una reale presa in carico unitaria dei bisogni della persona e della famiglia.

Le azioni che verranno perseguite nel triennio dovranno essere ispirate e guidate dal concetto di integrazione inteso in senso ampio, comprensivo dei suoi diversi livelli:

- integrazione istituzionale, che si basa sulla necessità di promuovere collaborazioni tra enti e istituzioni diverse, in particolare tra Comuni, ASL, Terzo Settore, al fine di conseguire obiettivi comuni di programmazione sociale e sociosanitaria;
- integrazione gestionale, che comporta l'individuazione di configurazioni organizzative e modalità di coordinamento atte a garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni;
- integrazione operativo-funzionale, che richiede la capacità di lavorare secondo una logica progettuale e di incontro nel processo operativo di diversi operatori e di diverse professionalità.

In modo specifico, l'integrazione sociosanitaria dovrà riguardare, attraverso una programmazione coordinata delle politiche e dei servizi sociali con le politiche e servizi sanitari, gli interventi di continuità assistenziale (es. dimissioni protette), il raccordo tra titoli sociali e titoli sociosanitari e più in generale gli interventi di tipo domiciliare, quelli a sostegno della genitorialità e la tutela minori, gli interventi e i progetti nell'area della salute mentale (es. residenzialità leggere), delle dipendenze e della promozione di sani stili di vita.

In tale logica, contestualmente al processo di pianificazione del Piano di Zona 2009-2011, oltre all'intesa operativa tra ASL e Comuni per le procedure concernenti le comunicazioni preventive e le attività di vigilanza (di cui si è già detto nel capitolo "la Governance del Piano di Zona"), sono stati presi in esame alcuni protocolli operativi volti, almeno per alcune aree, alla regolazione delle rispettive competenze e modalità di erogazione delle prestazioni da parte dell'ASL e dei Comuni dell'Ambito:

- protocollo d'intesa tra ASL e Comuni relativo ai controlli in materia di promozione della salute e della sicurezza nei cantieri edili, in particolare per la prevenzione delle cadute dall'alto;
- procedura integrata tra ASL e Amministrazioni comunali relativa alla scelta e revoca dei Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di Libera scelta;
- protocollo tecnico operativo tra ASL e Comuni finalizzato alla protezione dei minori e alla promozione della genitorialità in madri o coppie di genitori tossico o alcol dipendenti (Progetto Mosaico);
- intesa tra ASL e Comuni per lo svolgimento delle funzioni di Amministratore di sostegno, tutela e curatela.

In ogni caso, dovranno essere praticati nell'arco del triennio 2009-2011 momenti valutativi interdisciplinari che favoriscano l'individuazione di percorsi che consentano l'utilizzo integrato delle risorse e la presa in carico della persona considerata nella sua unitarietà, utilizzando metodologie, prassi operative, organizzative e procedurali condivise e omogenee.

Il Portale e la Carta d'Ambito dei servizi e degli interventi sociali, da costruirsi e conseguentemente da adottare a livello zonale entro la fine del triennio 2009-2011. Tali strumenti,

al pari della carta dei servizi prevista all'art. 9 della L.R. 3/2008, dovranno contribuire alla corretta comunicazione/informazione ai cittadini e agli operatori riguardo ai diversi servizi che compongono la rete locale.

Nello specifico, il Portale internet del Piano di Zona, attivato a conclusione della precedente triennalità, dovrà essere oggetto di particolare attenzione riguardo alle modalità di implementazione e di aggiornamento, mentre la Carta d'Ambito dovrà rispondere in modo particolare alle seguenti esigenze:

- promuovere la comunicazione, la trasparenza, la tutela dei diritti dei cittadini, l'accessibilità alle risorse disponibili, la qualità nell'erogazione e la valutazione dei servizi da parte del/dei fruitori e delle formazioni sociali portatrici di interessi diffusi;
- rappresentare un "patto" tra cittadini e pubbliche amministrazioni, in cui queste ultime si impegnano a mantenere la qualità dei servizi erogati al di sopra degli standard concordati ed i cittadini si impegnano a loro volta a collaborare per il miglioramento della qualità dei servizi;
- promuovere e valorizzare la partecipazione, favorendo un circolo virtuoso e collaborativo tra i soggetti erogatori e i fruitori dei servizi e realizzando quello che viene chiamato "ciclo della qualità" orientato alla logica del miglioramento continuo.

Cap.6: Le Aree di intervento

1. Area Minori e famiglia

L'Area Minori e Famiglia, ancor più che in passato, si contraddistingue per due interessanti aspetti. Da un lato per una positiva ricchezza e varietà di servizi, sperimentazioni, progetti attivati nell'Ambito del Legnanese con la conseguente necessità di una forte sinergia ed integrazione tra i soggetti coinvolti nella programmazione e nell'attuazione degli interventi, dall'altro, per una continua evoluzione dei medesimi determinata dalla costante trasformazione della famiglia e dei rapporti che ne scaturiscono.

Proprio l'estrema varietà di progetti e sperimentazioni in atto, le numerose esperienze positive realizzate, determinano la necessità di un forte lavoro di rete tra i diversi attori coinvolti, di massima integrazione interistituzionale, per evitare la frammentarietà degli interventi con rischio di sovrapposizione e scarsa economicità nell'uso delle risorse, nonché inefficacia delle progettazioni medesime.

La famiglia deve essere considerata nella sua globalità, favorendo anche lo sviluppo delle positive esperienze di solidarietà tra famiglie che vivono le medesime situazioni, le stesse problematiche, favorendo cioè il mutuo aiuto.

L'area minori è stata oggetto delle prime progettazioni di gestione associata dei servizi estese a tutto l'Ambito o a gran parte dei comuni dello stesso: la costituzione e lo sviluppo del Nucleo Affidi per tutto il territorio, la Tutela Minori gestita insieme da ben 9 Comuni, la recente attivazione dei servizi di mediazione familiare e spazio neutro a favore di tutte le Amministrazioni dell'Ambito. Tali servizi sono attualmente valutabili come di primaria importanza in considerazione delle crescenti problematiche minorili. Si registra infatti un aumento delle situazioni di pregiudizio con il conseguente maggior numero dei casi seguiti dai servizi Tutela Minori. Nella pregressa triennalità del PdZ si è lavorato nell'ottica di una armonizzazione dei tre Servizi Tutela di Ambito (la gestione associata che vede il Comune di Parabiago come capofila, la gestione singola dei Comuni di Nerviano e di Legnano) prevedendo, tra l'altro, momenti formativi e di confronto comune. Tale armonizzazione risulta però ancora da perseguire: la partecipazione a tali momenti comuni è stata scarsa e conseguentemente anche i dati forniti dai tre servizi utili alla valutazione del precedente PdZ ed indispensabili ai fini della riprogettazione si presentano di difficile comparazione. Ciò chiaramente svalorizza la loro potenziale ed effettiva utilità.

In considerazione di tale situazione, accanto ad un auspicato sviluppo dei servizi con funzione riparativa, risulta evidente la necessità di porre particolare attenzione ai progetti con funzione preventiva sia universale che selettiva a partire dal contesto scolastico, con un grande impegno di integrazione interistituzionale soprattutto rispetto ai progetti attivati per il contrasto delle problematiche giovanili emergenti (bullismo, penale minorile, tossicodipendenze, gioco d'azzardo...). Risulta altresì fondamentale sostenere e sviluppare una sinergia operativa tra gli attori istituzionalmente coinvolti nel processo di presa in carico del minore a partire dagli operatori consultoriali in raccordo con quanto previsto dal progetto Asl presentato ai sensi della d.g.r 8243 del 22.10.2008.

Popolazione minorenni e trasformazione della famiglia

La dimensione della famiglia

Nell'Ambito del Legnanese al 31.12.2007 erano presenti 30.886 minori con un'incidenza del 17,2% sulla popolazione totale dei residenti. Tale percentuale è appena superiore a quella dell'intera

provincia di Milano che con i suoi 620 mila minori ha una percentuale di incidenza della popolazione minorile rispetto al totale dei residenti pari al 16%. Il trend dell'Ambito è quindi molto simile a quello della provincia per cui risulta molto utile riflettere su alcuni dati che la riguardano messi a confronto con dati medi regionali e nazionali (*dati a cura dell'Osservatorio delle Politiche sociali-relazione sociale 2008*).

La provincia di Milano esprime elementi di continuità e di differenziazione rispetto al concetto demografico italiano e lombardo. In particolare i fattori di contesto di maggiore interesse sono:

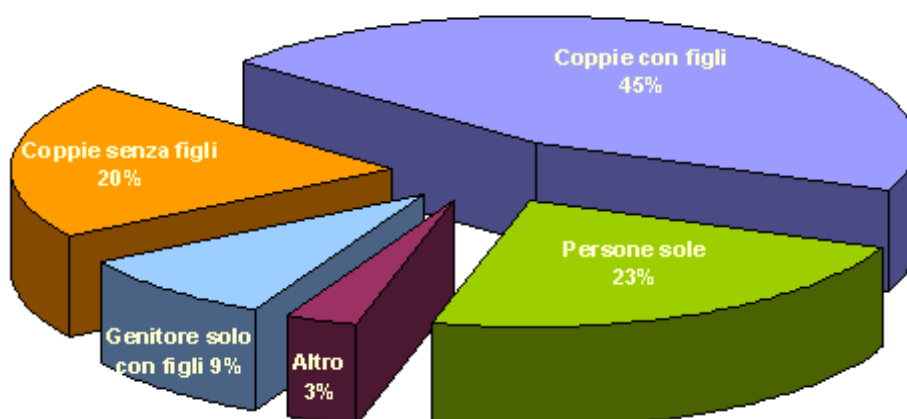
- Un numero medio di componenti (2,2) delle famiglie inferiore rispetto alla media nazionale (2,4) e progressivamente in calo.
- Una diffusione crescente delle nascite extranuziali (che oggi sono più di due su dieci) e un'età media al parto più elevata rispetto alla media nazionale.
- Una maggior partecipazione delle donne – e delle madri - al mercato del lavoro.

La struttura demografica della popolazione minore in provincia di Milano si è caratterizzata, nel corso degli ultimi anni dalla diminuzione del numero medio di componenti delle famiglie. Se in Lombardia il numero medio di componenti è inferiore rispetto alla media nazionale di 0,1 unità, la provincia di Milano registra un dato inferiore alla media nazionale di 0,2 unità.

A parte le specificità del nostro territorio è però interessante soffermarsi anche su alcuni dati che riguardano l'intero paese e che determinano una vera e propria rivoluzione dell'essere famiglia in Italia (da *"La fine della famiglia"* di Roberto Volpi - 2007).

Nell'arco di tempo tra il censimento del 1971 e il censimento del 2001, e dunque in trent'anni appena della vita del paese sono accaduti i seguenti fenomeni:

- la dimensione media della famiglia è scesa da 3,35 a 2,6 componenti (dimensione che sarebbe diminuita ancora più nettamente se alle età che si convengono i figli uscissero di casa invece di rimanervi in misura sempre crescente, ovvero se i giovani del 2001 avessero lasciato le famiglie di origine nella stessa proporzione dei loro coetanei del 1971);
- le famiglie unipersonali, ovvero quelle costituite da una sola persona, sono passate a rappresentare dal 12,9 % al 24,9 % del totale delle famiglie, sono cioè raddoppiate proporzionalmente sino a rappresentare una famiglia su quattro;
- le famiglie di 5 e più persone sono passate dal 21,5 % al 7,5 % del totale delle famiglie, diventando a tutti gli effetti marginali nel complesso delle famiglie.



In pratica: sono sparite o sono sul punto di sparire le cosiddette famiglie numerose (concentrate quasi esclusivamente al Sud) mentre proliferano quelle formate da una sola persona, che rappresentano già oggi più di una famiglia su quattro, il tutto all'interno dei un processo già in fase avanzata di assottigliamento della famiglia, quasi di atomizzazione.

Le famiglie, insomma, come già si accennava nella premessa non fanno che aumentare, salvo il fatto che sono sempre meno "famiglia".

La trasformazione o mutazione della famiglia italiana a partire dagli anni '70 ha proceduto e si è realizzata in una triplice direzione:

- a) quella fondamentale dei figli, la cui presenza al suo interno è sempre più ridotta ai minimi termini ed è sempre meno essenziale sul piano dell'essere famiglia della famiglia d'oggi;
- b) quella, collegata alla prima, di un incremento ininterrotto delle tipologie familiari senza l'apporto di figli (famiglie unipersonali e coppie senza figli), che in quanto tali si distaccano dalla definizione piena della famiglia come nucleo costituito da genitori e figli;
- c) quella di un alto grado di senescenza della famiglia, rappresentato e fissato nella senescenza della "persona di riferimento" – il capofamiglia d'un tempo che sembra già lontanissimo.

La crisi del matrimonio come istituzione.

Abbiamo per i matrimoni, in sostanza, tre fasi:

- a) la prima, di forte riduzione a partire dalla seconda metà degli anni '70, leggermente anticipata rispetto a quella delle nascite (1974 anziché 1975);
- b) una fase centrale di ulteriore ma più attenta flessione, nel corso degli anni '80;
- c) una finale di assestamento, sempre attorno a livelli minimi, negli anni '90.

Tuttavia, a differenza di quel che si verifica per le nascite, non è individuabile nei matrimoni nessuna sia pure limitatissima ripresa. Al contrario, negli anni 2004 e 2005 i matrimoni hanno ripreso a diminuire.

Una crisi di cui non si parla

Che la coppia sia in crisi lo si sostiene e argomenta da tempo e universalmente ... Questa crisi, che si traduce in quella che viene definita l'instabilità del matrimonio, ha fatto passare in secondo piano l'altra crisi della coppia, decisamente più grave: quella che insorge a monte. Non c'è soltanto la crisi della coppia costituita, c'è ancora prima la crisi della coppia che non si forma. Gli italiani, e segnatamente i giovani, trovano crescenti difficoltà a mettersi insieme, a fare coppia, a metter su famiglia.

Ogni 100 coppie 5 sono ricostituite, ovvero formate da soggetti con precedenti situazioni familiari alle spalle: è una proporzione destinata a crescere e a rappresentare forse il solo "boom" della famiglia che è ragionevole prevedere.

Popolazione che vive in coppia

(per 100 individui delle rispettive età)

Età	%
Fino a 24	5,1
25-34	45,0
35-44	75,0
45-54	80,8
55-64	78,6
65-74	66,9
75-84	46,0
85 e più	20,7

Ben 55 persone su 100 fra i 25-35 anni non vive in coppia, bensì abita con i genitori o, ben più raramente, vive da sola.

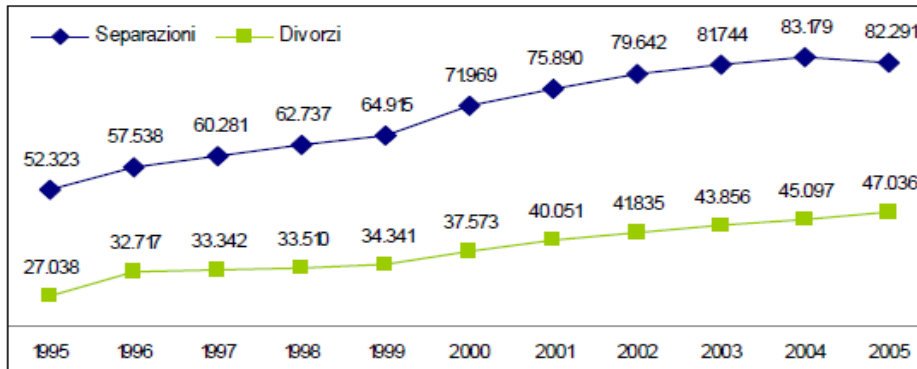
Separazioni e divorzi. Andamento temporale e diffusione sul territorio nazionale (indagine ISTAT 2005)

Nel 2005 le separazioni sono state 82.291 e i divorzi 47.036. Entrambi i fenomeni sono fortemente aumentati nell'ultimo decennio: rispetto al 1995 le separazioni hanno avuto un incremento del 7,3% e i divorzi del 74%.

Nel 2005 tuttavia si riscontra una leggera flessione delle separazioni rispetto all'anno precedente

(-1,1%), mentre i divorzi continuano a crescere (+4,3%).

Figura. 1 – Separazioni e divorzi. Anni 1995-2005



La diversa propensione alla rottura giuridico-formale dell'unione coniugale è attestata dalla variazione nel tempo dei tassi di separazione e di divorzio totale. Si tratta di indicatori che consentono di seguire l'andamento temporale dei due fenomeni.

Così, se nel 1995 in una coorte (gruppo) di 1.000 matrimoni si verificavano circa 158 separazioni e 80 divorzi, dieci anni dopo le proporzioni sono cresciute, arrivando rispettivamente a 272 separazioni e a 151 divorzi ogni 1.000 matrimoni (Tabella 1).

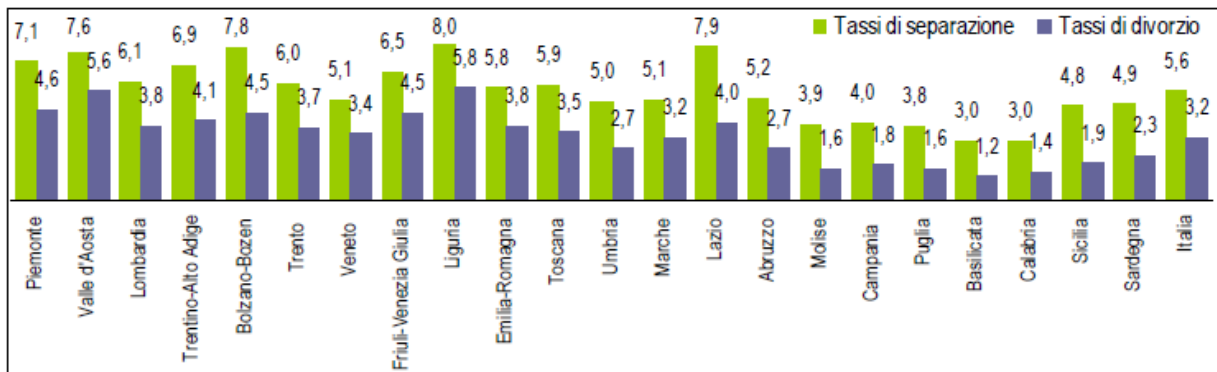
Tabella 1 – Separazioni e divorzi. Anni 1995-2005 (valori assoluti e tassi di separazione e divorzio totale)

ANNI	Separazioni		Divorzi	
	Numero	Tassi di separazione totale per 1.000 matrimoni	Numero	Tassi di divorzio totale per 1.000 matrimoni
1995	52.323	158,4	27.038	79,7
1996	57.538	175,4	32.717	96,9
1997	60.281	185,6	33.342	99,8
1998	62.737	195,1	33.510	100,9
1999	64.915	203,9	34.341	104,2
2000	71.969	228,0	37.573	114,9
2001	75.890	242,7	40.051	123,8
2002	79.642	256,5	41.835	130,6
2003	81.744	266,0	43.856	138,6
2004	83.179	272,7	45.097	143,8
2005	82.291	272,1	47.036	151,2

Indicatori rappresentativi dell'instabilità matrimoniale si ottengono anche rapportando il numero di separazioni e divorzi al numero di coppie coniugate: nel 2005 si registrano 5,6 separazioni e 3,2 divorzi ogni 1.000 coppie coniugate.

La tendenza a ricorrere alla separazione o al divorzio non è uniforme sul territorio nazionale: nel 2005 al Nord si rilevano 6,2 separazioni e 4 divorzi ogni 1.000 coppie coniugate contro 4,2 separazioni e 1,8 divorzi nel Mezzogiorno. A livello regionale (Figura 2) i valori massimi si raggiungono in Liguria (8 separazioni e 5,8 divorzi ogni 1.000 coppie coniugate), in Valle d'Aosta (7,6 separazioni e 5,6 divorzi ogni 1.000) e nel Lazio (7,9 separazioni e 4 divorzi ogni 1.000). I valori più bassi, come negli anni precedenti, si registrano in Basilicata (3 separazioni e 1,2 divorzi ogni 1.000 coppie coniugate), Calabria (3 separazioni e 1,4 divorzi) e Puglia (3,8 separazioni e 1,6 divorzi).

Figura 2 - Tassi di separazione e divorzio per regione (a). Anno 2005 (per 1.000 coppie coniugate)



(a) Regioni nelle quali i tribunali hanno emesso il provvedimento di separazione e divorzio

L'offerta dei servizi

Come si evince dalla premessa l'Area Minori e famiglia si contraddistingue per l'estrema varietà dei progetti e dei servizi che la caratterizzano. Ciò ha evidenti riflessi anche sulla spesa: le risorse del Piano di Zona nella pregressa triennalità sono state investite in prevalenza sull'area minori, area dove incide maggiormente il FSR con risorse in parte vincolate a favore di quest'area.

Di seguito un breve excursus sui servizi maggiormente rappresentativi (dati da *Prov di Milano relazione sociale 2008*).

I centri di aggregazione giovanile rispondono a obiettivi educativi degli adolescenti, con attività che vengono incontro alle esigenze di cura e sostegno alla crescita del minore. La distribuzione di queste tipologie è differenziata nei diversi distretti, in particolare negli ambiti dell'ASL Milano 1, è fortemente più accentuata la presenza di utenti abituali. Le tabelle successive si riferiscono alle percentuali che contraddistinguono l'Asl Mi 1 di cui l'Ambito di Legnano fa parte.

Utenti	Utenti abituali (%)	Utenti occasionali (%)
1.195	97,0	3,0

L'età media degli utenti abituali varia fortemente nel territorio provinciale. Mediamente la fascia più rappresentata è quella compresa tra i 15 e i 18 anni; aggiungiamo che vi è anche una parte di utenza composta da giovani maggiorenni pari, a livello provinciale, a circa il 6 per cento del totale.

6-10 anni	11-14 anni	15-18 anni
16%	47%	37%

Rispetto alla popolazione di riferimento si registra il maggior livello di copertura nella fascia dai 15 ai 18 anni.

In generale i centri di aggregazione giovanile sono frequentati più dai ragazzi (63 per cento del totale degli utenti a livello provinciale) che dalle ragazze.

6-10 anni		11-14 anni		15-18 anni	
maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine
56%	44%	67%	33%	70%	30%

Nell'Ambito di Legnano sono autorizzati due Centri di Aggregazione Giovanile per un totale di posti offerti pari a 85 ma molteplici sono le progettazioni, le sperimentazioni attive a livello comunale e scolastico a favore di tale fascia d'età.

I centri ricreativi diurni per minori sono spazi lucidi ed educativi legati alle esigenze di socializzazione dei minori.

Ad oggi si rileva la presenza di 177 unità di offerta nella provincia che si distribuiscono non del tutto omogeneamente sul territorio. Il 24 per cento di tali unità si trovano negli Ambiti dell'Asl Milano 1. Nell'Ambito di Legnano sono autorizzati 27 C.R.D., 19 pubblici e 8 privati.

Le comunità educative per minori e le comunità familiari offrono un servizio residenziale al minore la cui provenienza è, spesso pesantemente, problematica. Nella comunità educative l'assistenza è fornita da educatori professionali.

La comunità familiare, invece, è una struttura caratterizzata dalla presenza permanente di una famiglia o coppia di adulti o almeno di una persona singola, residente nella struttura.

Questi servizi a carattere residenziale si differenziano da quelli diurni, oltre che per la natura dell'intervento e forse in conseguenza di ciò, per la distribuzione per genere dell'utenza.

Nella comunità educativa per minori sono presenti più ragazze: unica eccezione in questo senso è rappresentata dalle comunità educative per minori dei distretti dell'ASL Milano 1.

Sesso		Età				
M	F	0-5	6-10	11-13	14-18	19-21
62%	38%	8%	38%	23%	23%	8%

Nell'Ambito di Legnano sono autorizzate 3 Comunità Educative e 1 Comunità Familiare.

Gli obiettivi dell' area minori e famiglia

Riparazione e prevenzione delle problematiche minorili, giovanili e familiari

Il continuo crescere delle situazioni di crisi familiare con conseguenti *separazioni e divorzi spesso conflittuali*, il disagio socio affettivo dei minori che si ritrovano a volte in famiglie spezzate, spesso monoparentali con evidenti problematiche anche di tipo economico, altre volte in famiglie nuove, allargate in cui occorre costruire rapporti nuovi e relazioni complesse, sono solo alcune delle condizioni sociali che hanno un impatto evidente sui casi, in costante crescita, di minori tutelati, allontanati e semplicemente sostenuti insieme alla propria famiglia dalle Amministrazioni Comunali.

Considerare la famiglia nella sua globalità significa lavorare in rete con tutti gli attori del territorio potenziando non solo i *servizi tutela* ma anche quelli con vocazione preventiva, i *consultori familiari* asl, i servizi di *mediazione familiare* non solo per i casi in cui il conflitto parentale è tale da aver già determinato un provvedimento dell'autorità giudiziaria ma anche per situazioni di rischio potenziale in un'ottica di prevenzione.

Tale visione è perfettamente in linea con quanto previsto dalla d.g.r 8243 del 22.10.2008 che prevede la necessità di intervenire attraverso azioni di accoglienza, presa in carico e sostegno a famiglie in situazioni di difficoltà relazionali e/o sociali al fine di sostenere i ruoli genitoriali prevenendo forme di abuso, maltrattamento, comportamenti a rischio e fenomeni di esclusione sociale.

Proprio in attuazione di tali principi assume un ruolo chiave il consultorio familiare e il progetto Asl attivato ai sensi della sopraindicata d.g.r con il quale si prevede l'attivazione di un "centro sperimentale" di mediazione familiare all'interno di alcuni Consultori Familiari dell'Ambito creando uno spazio dedicato, ove le coppie in fase di separazione e/o separate possano avere la possibilità di elaborare contrasti e conflitti di coppia, cercando di trovare modalità relazionali funzionali al ruolo genitoriale, realizzando un progetto educativo condiviso garantendo ai figli relazioni stabili e positive.

L'importanza della mediazione familiare, già evidente nella pregressa triennalità, ha determinato il fatto che fossero finanziati progetti finalizzati all'attivazione di tale servizio, di cui si auspica ulteriore sviluppo in rete con le nuove progettazioni del territorio.

Lavoro e bisogno di cura delle famiglie

Negli anni Settanta ed Ottanta, all'aumento del ruolo attivo delle donne nel mercato del lavoro si è accompagnata, nell'area milanese, una riduzione dei tassi di fecondità e di natalità. Ciò ha fatto ipotizzare l'esistenza di una relazione inversa tra crescita demografica e partecipazione femminile al mercato del lavoro. Questa relazione inversa sembra tuttavia non essere più confermata all'inizio del nuovo millennio. Crescita occupazionale e natalità, negli anni più recenti, sembrano cioè andare di pari passo. Dal 1995 al 1998 si è registrata una prima fase di incremento dell'indice di natalità, e dal 2000 in poi l'aumento risulta evidentemente ancora sostenuto: le donne milanesi hanno "ripreso a far figli". Contestualmente i tassi relativi alla partecipazione femminile al mercato del lavoro hanno continuato a crescere. Dal 2000 al 2007 l'occupazione femminile è cresciuta di quasi il 10% (*dati a cura dell'Osservatorio delle Politiche sociali- relazione sociale 2008*).

Il mercato del lavoro femminile ha subito una accelerazione con un particolare incremento del tasso di occupazione femminile dal 2004 al 2006 registrando un aumento di circa il 3 punto percentuali anche se va considerato che ciò è in parte attribuibile agli effetti di breve/ medio periodo della legge 30/2003, poiché nel 2007 l'analogo tasso ha registrato un, seppur lieve, calo.

Lavoro e bisogno di cura sono le due dimensioni su cui pesano le politiche e gli interventi volti a favorire la conciliazione: dei tempi, degli oneri relativi, degli impegni. L'utilizzo di forme di lavoro atipico, diverse dal lavoro dipendente tradizionalmente più tutelato da questo punto di vista, ha aperto un nuovo quadro di esigenze non corrisposte. Sulla crescente condizione di precarietà delle neo- mamme nel mercato del lavoro si innesta infatti una rete pubblica di sostegno- gli asili nido – ampiamente deficitaria rispetto alla domanda potenziale.

Nonostante la crescita vertiginosa degli ultimi anni dei posti disponibili, infatti, l'Italia rimane ancora lontana dall'obiettivo di Lisbona (garantire al 33% dei bambini un posto in asilo nido entro il 2010; un bimbo su 3) con una percentuale media di accoglienza che si attesta intorno al 13,8% (circa un bimbo su 7). Grande è però la differenza tra il Centro Nord e il Sud e significativi sono a questo riguarda alcuni dati della Provincia di Milano e alcuni dati più specificatamente relativi all'Ambito di Legnano.

I nidi pubblici e quelli privati della Provincia di Milano (*dati forniti da Prov di Milano relazione sociale 2008*) che utilizzano anche le risorse regionali e la cui attività rientra nella ex "Circolare 4" sono la larga maggioranza, più del 90 per cento del totale:

Unità di offerta	Numero posti autorizzati	Capacità ricettiva media
ASL Milano 1 102	4.046	40

Se allarghiamo lo sguardo a tutti gli asili nido, cioè anche a quelli che non rientrano nella ex "Circolare 4", la disponibilità di posti aumenta. In provincia di Milano garantiscono una copertura media sulla popolazione da 0 a 3 anni del 17 per cento.

Numero posti autorizzati	Popolazione 3 anni	Copertura
ASL Milano 1 102	28.743	15,2%

Che la domanda ecceda l'offerta emerge dal rapporto tra bambini iscritti e numero di posti disponibili.

Mediamente il numero di bambini iscritti eccede il numero di posti disponibili del 19 per cento .

A fronte di tale dato medio, le unità di offerta presenti sul territorio dell' ASL di Milano 1 registrano un dato molto basso, pari all'11 per cento (a fronte del 18% Asl Mi 2 e del 28% Asl Mi 3)

Quota domande " Accolte " ma eccedenti i posti	
ASL Milano 1	11%

Un indicatore che aiuta a rivelare la qualità del servizio fornito, certo non l'unico, riguarda il rapporto tra educatrici e numero di bambini.

Un basso numero facilita un rapporto educativo più personalizzato, potenzialmente migliore.

I dati mostrano un dato medio pari a 4,2.

Numero posti	Numero educatori	Numero posti per educatori
ASL Milano 4.046	963	4,2

Un ulteriore elemento di riflessione si apre nell'analisi dei nidi: l'incidenza dei bambini diversamente abili sul totale dei bambini frequentati.

I bambini diversamente abili rappresentano l'1,3 per cento del totale dei bambini iscritti.

Isritti con disabilità	Isritti con disabilità (%)
ASL Milano 1 62	1,4

Nell'Ambito di Legnano in particolare si registrano le seguenti unità d'offerta relative all'area prima infanzia:

nidi autorizzati: 25 di cui 11 pubblici e 14 privati per un totale di 829 posti

micronidi autorizzati: 4 privati per un totale di 38 posti

nidi famiglia autorizzati: 5 privati per un totale di 25 posti

centri prima infanzia autorizzati: 1 per un totale di 12 posti

L'offerta deficitaria di tali servizi rispetto all'utenza potenziale fa sì che, in attuazione di quanto previsto dalla d.g.r 8243 del 22.10.2008, sia opportuna l'attivazione di un sistema di titoli sociali per il sostegno ai costi sostenuti dalla famiglia per la fruizione di servizi rivolti alla cura, all'accudimento, alla socializzazione e all'educazione dei figli e che, più in generale, si prestino a conciliare i tempi di lavoro e i tempi di cura della famiglia.

La crisi economica e le conseguenze materiali e psicologiche sulla famiglia

Chiusura delle imprese, cassa integrazione, lavoro precario sono oggi parole purtroppo all'ordine del giorno sia nel panorama italiano sia nell'area in cui viviamo e operiamo, meno abituata, come la maggior del nord Italia, a convivere con questo tipo di problema e con il clima di insicurezza da esso generato.

In ogni Comune dell'Ambito di Legnano si è assistito ad un considerevole aumento delle famiglie che si rivolgono ai servizi sociali, famiglie in passato sconosciute che si cercano di "destreggiare" nel complesso sistema dei "buoni" alle famiglie finanziati a livello statale, regionale, provinciale, d'Ambito ma che spesso non sono altro che interventi "tampone" di discutibile efficacia.

In un'ottica preventiva interessa però capire quali conseguenze il fenomeno possa ingenerare sull'equilibrio psicologico delle famiglie, a fronte di una cultura, tipica della nostra zona, basata sul lavoro come valore fondamentale. Si vuole dare particolare attenzione alla situazione della donna, non solo perché subisce maggiormente il problema del lavoro precario ma anche perché si teme che la crisi economica possa avere conseguenze negative anche rispetto ad un fenomeno già di per sé allarmante, rispetto al quale l'Ambito di Legnano risulta sprovvisto di servizi ad hoc costituiti: il fenomeno della violenza domestica. Preme quindi riportare alcuni dati relativi al fenomeno acquisiti anche grazie alle al lavoro del "Progetto Maja", progetto finanziato ai sensi della l.r. 23/99 attivato dall'Associazione Atipica, dall'Asl Prov Mi 1 e gestito in collaborazione con l'Ufficio di Piano dell'Ambito di Legnano.

Alcuni dati allarmanti sul fenomeno della violenza alle donne

Una recente ricerca condotta dall'Istat ("la violenza ed i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia" istat 2006) inerente al fenomeno della violenza fisica e sessuale contro le donne registra, su un campione di 25.000 donne di età compresa tra i 16 e i 70 anni, una percentuale pari al 68% circa di donne che ha subito episodi di violenza svoltesi entro le mura della casa della vittima, del compagno/ marito o dell'ex compagno.

Emerge inoltre che il 92,5% circa degli episodi di maltrattamento non viene denunciato e che vengono denunciate più facilmente le violenze subite da ex mariti o compagni rispetto agli attuali partner.

Le donne che subiscono violenza considerano, per l'82,8% la violenza domestica come "qualcosa di sbagliato, di ingiusto,..." ma non come un reato.

Uno degli elementi più preoccupanti registrato in questa ricerca è la tendenza al verificarsi di fenomeni di multivittimizzazione, cioè l'essere esposti a fenomeni di violenza differente.

Il dato più significativo riguarda la violenza di tipo fisico (aggressioni fisiche, lesioni, minaccia di utilizzo armi), che si presenta nel 57% dei casi considerati.

Quasi la metà delle intervistate denuncia comportamenti persecutori (stalking) da parte del partner (cercare di parlare contro volontà, seguire, aspettare, perseguitare telefonicamente o per via telematica la donna).

Fra le donne che hanno subito violenze domestiche, il 40% circa riporta violenza di tipo psicologico (isolamento, forme di controllo, valorizzazione personale,...) o economico (impedimento della conoscenza del reddito familiare, di utilizzo del proprio denaro, controllo delle spese,...).

La violenza di tipo sessuale (rapporto non desiderato, rapporti umilianti, stupro), compare ne 16% circa dei casi.

Per tutte le tipologie di violenza prima esplicitate, le conseguenze più frequenti sono le seguenti (in percentuale):

- Idee suicidarie: 12,10%
- Difficoltà nella gestione del figlio: 14,20%
- Dolore fisici: 18,50%
- Difficoltà di concentrazione :23,70%
- Depressione:35,10
- Ansia:36,90
- Disturbi del sonno: 41%
- Senso di impotenza:44,50

Ogni giorno cinque donne vengono accolte in un centro antiviolenza. Quasi sempre perché sono state maltrattate da un marito, da un compagno; qualche volta perché la violenza è venuta da fuori. I dati della Lombardia raccontano di 1749 donne che nel 2008 hanno trovato la forza di lasciare un partner diventato aguzzino, raccontando delle 700 mogli, delle 183 separate, delle 164 single, delle 143 conviventi e delle 252 figlie che hanno subito violenza: ma dicono anche di tutte quelle donne che hanno ancora troppo paura di denunciare abusi fisici e psicologici.

AREA MINORI E FAMIGLIA	
Bisogni emergenti/ problemi che si intendono affrontare	
<i>Prevenzione del disagio minorile e delle problematiche familiari</i>	
Elementi concreti/fenomeni osservabili che rendono “visibile” l’esistenza dei bisogni individuati	
<ul style="list-style-type: none"> • aumento dei minori in carico ai servizi tutela; • difficile valutazione dell’efficacia dei progetti con funzione di prevenzione; • utilizzo non del tutto appropriato dell’Edm, prevalentemente in ottica riparativa e non preventiva; • aumento delle segnalazioni di situazioni di pregiudizio dalle scuole; • diffusione del fenomeno del bullismo e di ulteriori problematiche giovanili emergenti (giovani consumatori di sostanze stupefacenti, internet, gioco d’azzardo...) • aumento richieste da parte delle scuole di interventi di prevenzione; • aumento delle separazioni conflittuali; • aumento dei casi di penale minorile con uso di sostanze stupefacenti; • aumento richiesta/sostegno per le famiglie di adolescenti a rischio 	
Fattori positivi <ul style="list-style-type: none"> • servizi e risposte diverse al fenomeno da parte dei singoli Comuni ed attori del territorio; • molteplici interventi e progetti in ambito scolastico • idea di una mappatura dei servizi dell’Ambito con particolare riferimento alle problematiche degli adolescenti • finanziati progetti sulla prevenzione alla violenza domestica e sulla mediazione familiare a scopo preventivi; • in essere numerosi progetti e sperimentazioni Asl (progetti: Religo, Nexus, Livingston, Prefettura) • obiettivo Asl di potenziamento dei Consultori familiari con particolare attenzione alla mediazione familiare • esperienze positive di associazionismo, solidarietà familiare e di mutuo aiuto tra le famiglie • aumento della capacità dei servizi per le dipendenze di mantenere la fidelizzazione dell’utenza storica e di intercettare l’utenza emergente (ad es giovani consumatori, giocatori 	Criticità / vincoli <ul style="list-style-type: none"> • eccessiva frammentarietà e diversità delle risposte ai problemi, non sempre efficaci; • eccessiva frammentarietà e diversità degli interventi a livello scolastico; • tempi scuola che non tengono conto delle esigenze delle famiglie; • mappatura non realizzata nella passata annualità 1.285 • mancanza di informazione e coordinamento dei diversi progetti di prevenzione in atto sul territorio • messa in rete dei diversi servizi di mediazione familiare • comunità educative non sempre adeguate alle esigenze di prevenzione del territorio

d'azzardo, utenti politossicodipendenti, cocainomani)	
<p>Obiettivi di mantenimento / potenziamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • continuità del voucher per l'assistenza educativa domiciliare; • progetti di prevenzione alla violenza domestica, di interventi di mediazione familiare a scopo preventivo; • progetti e sperimentazioni Asl sia nel contesto scolastico che lavorativo 	<p>Obiettivi di sviluppo / innovazione</p> <ul style="list-style-type: none"> • riprogettazione legge 285 con particolare attenzione al disagio manifestato in ambito scolastico, al bullismo e ai problemi giovanili emergenti; • mappatura dei servizi ed interventi esistenti a livello scolastico e comunale; • coordinamento dei servizi di mediazione familiare per evitare sovrapposizioni degli interventi • potenziamento dell'attività consultoriale in rete con l'attività delle associazioni familiari
<p>Interventi / azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> • valutazione esiti dei progetti finanziati • riprogettazioni coerenti con i bisogni dell'Ambito 	<p>Interventi / azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> • mappatura • riprogettazione legge 285 • valutazione servizi di mediazione e delle sperimentazioni avviate • incentivazione degli interventi di Assistenza educativa domiciliare a favore di minori non ancora sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria

AREA MINORI E FAMIGLIA	
Bisogni emergenti/ problemi che si intendono affrontare	
Aumento minori in situazioni di pregiudizio <i>Potenziamento dei servizi tutela minori in rete con il nucleo affidi d'Ambito, i nuovi servizi di spazio neutro e mediazione familiare e i servizi offerti dall'Asl e dall'A.O.</i>	
Elementi concreti/fenomeni osservabili che rendono "visibile" l'esistenza dei bisogni individuati	
<ul style="list-style-type: none"> • aumento dei minori in carico ai servizi tutela; • aumento della spesa degli enti locali, a volte divenuta insostenibile; • poche, difficili a volte inefficaci dimissioni dalle Comunità; • aumento del n° di minori stranieri in situazioni di pregiudizio in carico ai servizi tutela. • utilizzo improprio "tampono" dell'Adm e difficoltà del singolo educatore a lavorare in rete con tutti i servizi del territorio; • aumento delle segnalazioni di situazioni relative a minori in situazione di pregiudizio dalle scuole; • sotto utilizzo del nucleo affidi d'Ambito; • aumento dei casi di penale minorile con uso sostanze stupefacenti; • emersione delle situazioni di violenza familiare e di famiglie multiproblematiche con figli minori; • aumento delle separazioni conflittuali con gravi ripercussioni sui minori; • aumento della popolazione a rischio per comportamenti di dipendenza (sostanze stupefacenti, alcol) 	
Fattori positivi	Criticità / vincoli
<ul style="list-style-type: none"> • esperienza acquisita da parte dei Comuni sui contenuti del servizio tutela e sulla gestione associata del servizio, con maggiore capacità di intervento nelle fasi pre-provvedimento dell'autorità giudiziaria; • momenti formativi comuni tra le tre Tutele d'Ambito; • attivazione dei nuovi servizi di spazio neutro e mediazione fam. con alte potenzialità. • Esperienza positiva di integrazione tra servizi con il progetto Mosaico (famiglie multiproblematiche con figli minori) 	<ul style="list-style-type: none"> • mancanza di indicatori comuni per il monitoraggio dei tre servizi tutela; • turn over di personale nel servizio tutela; • scarsa partecipazione alla formazione comune; • insufficiente disponibilità di risorse da parte dell'ASL e dell'Azienda Ospedaliera per terapie psicologiche sui minori e su tutta la famiglia • servizi di spazio neutro e mediazione familiare ancora da valutare e mettere in rete. • Al di là di singole esperienze positive, si ravvisa frammentarietà degli interventi con rischio di sovrapposizione e scarsa economicità nell'uso delle risorse.

<p>Obiettivi di mantenimento / potenziamento</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. formazione comune tra le tre tutele in rete con il nucleo affidi d'Ambito e tutti gli attori del territorio; 2. mediazione interculturale a favore di minori stranieri in carico alle tutele (1.40) 3. tavolo di confronto avviato con il progetto Mosaico 	<p>Obiettivi di sviluppo / innovazione</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. tavolo di confronto tra le 3 tutele per individuare indicatori comuni di monitoraggio dei servizi; 2. monitoraggio e valutazione dei nuovi servizi di spazio neutro e mediazione familiare 3. potenziamento dei servizi tutela finalizzato in particolare al costante monitoraggio dei progetti di inserimento in comunità 4. formalizzazione del Protocollo progetto Mosaico (vedi progetto ASL relativo a Tossicodipendenza e genitorialità)
<p>Interventi / azioni</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. organizzare momenti di formazione comune aperti anche agli operatori dei comuni del nucleo affidi, dei servizi asl. 2. tener conto della necessità di intermediazione culturale a favore di minori sottoposti a provvedimento nella riprogettazione l. 40 3. costante monitoraggio sulla casistica dei casi in carico alla tutela 	<p>Interventi / azioni</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. avviare il tavolo di confronto 2. prevedere momenti di monitoraggio dei nuovi servizi; 3. sottoporre il Protocollo Mosaico agli organi competenti alla sua sottoscrizione

AREA MINORI E FAMIGLIA	
Bisogni emergenti/ problemi che si intendono affrontare: <i>Potenziamento e accreditamento dei servizi prima infanzia</i>	
Utenti asili nido: <ol style="list-style-type: none"> 1. richiesta maggiore di posti nido 2. richiesta di maggiore flessibilità per la scelta della fascia oraria di frequenza (tempo parziale) 	Operatori asili nido: <ol style="list-style-type: none"> 1. condivisione per la gestione e l'organizzazione del servizio e delle buone prassi educative 2. percorsi formativi condivisi (per coordinatori e per educatori) di asili nido pubblici e privati
Elementi concreti/fenomeni osservabili che rendono "visibile" l'esistenza dei bisogni individuati	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Dati emersi dalla mappatura sugli asili nido 2. valutazioni al termine dei percorsi formativi per coordinatrici e per educatrici già effettuati 	
Fattori positivi <ol style="list-style-type: none"> 1. aumentata l'offerta di posti in asili nido 2. introduzione di posti a tempo parziale e maggior flessibilità (passaggio in corso d'anno da una fascia di frequenza ad un'altra) 3. messa in rete di conoscenze e pratiche educative degli asili nido afferenti al Coordinamento Nidi Sovracomunale (C.N.S.) 	Criticità / vincoli <ol style="list-style-type: none"> 1. non sempre all'introduzione della frequenza p.t. è corrisposta una riduzione consistente della retta; 2. Diversità del ruolo del coordinatore all'interno degli asili nido
Obiettivi di mantenimento / potenziamento <ol style="list-style-type: none"> 1. consolidamento delle attività del C.N.S 	Obiettivi di sviluppo / innovazione <ol style="list-style-type: none"> 1 - Costituzione di un Gruppo di lavoro Prima Infanzia costituito dai coordinatori coinvolti nel percorso operativo e formativo del C.N.S e con il coinvolgimento graduale di soggetti privati che condividano le linee guida programmatiche stese dal C.N.S
Interventi / azioni <ol style="list-style-type: none"> 1. Calendario di incontri periodici 2. Attivazione di percorsi formativi estesi alle realtà del privato a partire dai coordinatori; 3. proseguimento dell'attività formativa sovracomunale per gli educatori degli asili nido (step successivo: tema dell'ambientamento all' asilo nido). 	Interventi / azioni <ol style="list-style-type: none"> 1. proposta e condivisione di strumenti di valutazione della qualità (questionari); 2. programmazione percorsi di formazione (integrando servizi pubblici e privati); 3. proposta costituzione "gruppo di verifica" rispetto ai requisiti autocertificati;

	<p>Tali azioni saranno finalizzate al seguente obiettivo prioritario:</p> <ol style="list-style-type: none">4. definizione di criteri per l'accreditamento dei servizi per la prima infanzia (asilo nido, micronido, centro prima infanzia, nido famiglia) gestiti da enti pubblici e privati con sede di unità di offerta nell'Ambito Territoriale Legnanese;5. stesura di una guida ai servizi e alle opportunità per la prima infanzia di Ambito;6. ampliamento dell'attività formativa sovracomunale per gli educatori degli asili nido pubblici e privati.
--	---

AREA MINORI E FAMIGLIA	
Bisogni emergenti/ problemi che si intendono affrontare	
<i>Crisi economica: conseguenze materiali e psicologiche sulla famiglia</i>	
Elementi concreti/fenomeni osservabili che rendono “visibile” l’esistenza dei bisogni individuati	
<ul style="list-style-type: none"> • Chiusura delle imprese, lavoro precario, cassa integrazione, costante aumento del n° delle persone che si rivolgono ai servizi sociali per aiuti economici. • Crescente numero di famiglie multiproblematiche; • Nuove forme di disagio socioeconomico, psicologico, culturale • Emersione di fenomeni di violenza domestica. 	
Fattori positivi <ul style="list-style-type: none"> • molteplicità di buoni a favore delle famiglie; • tentativo dei comuni e delle associazioni famigliari di far chiarezza indirizzando le famiglie; • emersione del problema della violenza domestica anche attraverso il progetto Maya 	Criticità / vincoli <ul style="list-style-type: none"> • interventi solo tampone • confusione sugli interventi d’aiuto, sui presupposti, sulle finalità... • tentativo d’aiuto spesso non sufficiente; • assenza di servizi ad hoc per far fronte al problema della violenza domestica
Obiettivi di mantenimento / potenziamento: <ul style="list-style-type: none"> • potenziare il segretariato sociale nei singoli comuni • dare prosecuzione al progetto Maya • dare prosecuzione all’erogazione dei buoni d’Ambito a favore delle famiglie numerose previa valutazione dell’efficacia dei progetti/interventi finora attivati. 	Obiettivi di sviluppo / innovazione <ul style="list-style-type: none"> • valutazione delle possibilità di creazione di un segretariato sociale d’Ambito • creazione sportello psicologico come spazio creato per chi ha subito qualsiasi forma di violenza per avere informazioni sul come affrontare la situazione e per un primo supporto psicologico • progettazione di attività rivolte alla popolazione giovanile e/o adulta inoccupata studiate sulla base dei nuovi bisogni emergenti. • Studio di fattibilità per l’introduzione di uno strumento di sostegno in caso di perdita di lavoro

2. Area Anziani

Il profilo della popolazione anziana

- Il numero dei cittadini di età superiore ai 65 anni è in crescita costante. In proiezione decennale (2007/2017), in provincia ci si aspetta un incremento degli over 65 pari al 16%, contro un aumento stimato della popolazione residente pari al 5,4%.¹
- Ancora più evidente il processo di invecchiamento e l'aumento della longevità : il processo di senilizzazione della società italiana stima nel 2006 le speranze di vita alla nascita superiori a 78 anni per la popolazione maschile e superiore agli 84 anni per la popolazione femminile.²
- Nella nostra provincia il dato stimato dell'aumento della popolazione anziana over 75 nel decennio 2007/2017 sarà del 29%. Nel 2007, la popolazione dell'ASL Provincia Milano 1 , in termini di assistiti, era costituita per il 10,7% da anziani nella fascia d'età 65/74 anni, e per l'8,1% da anziani oltre 75 anni.³
- Nell'ambito del legnanese l'indice di vecchiaia, che sostanzialmente stima il grado di invecchiamento di una popolazione, definendo il rapporto di composizione tra la popolazione anziana (65 anni e oltre) e la popolazione più giovane (0-14 anni) è del 140,9%, il più alto dell'ASL Provincia MI1 , che stima l'indice di dipendenza della popolazione anziana (rapporto percentuale tra gli anziani oltre i 64 anni e la popolazione in età lavorativa da 15 a 64 anni) per non autosufficienza al 26,4%, contro un dato dell'ambito del 28.6%.
- Tra i servizi prioritari indicati dalla popolazione anziana⁴ per rendere la sanità in grado di rispondere meglio ai bisogni emergenti, sono indicati l'assistenza domiciliare e le infrastrutture sociali.

Emerge la necessità di articolare l'offerta in parallelo con l'estrema varietà delle condizioni di vita degli anziani, che sono ben lontane dalla standardizzazione di un tempo.

Per la necessaria visione d'insieme, si riporta di seguito una descrizione sintetica degli interventi di quest'area, suddividendo gli stessi in base alla diversa intensità assistenziale, ossia in interventi a favore della domiciliarità e interventi residenziali e di accudimento.

Le singole tematiche individuate tra i bisogni emergenti dell'area anziani approfondiranno più nel dettaglio il profilo d'indagine.

I dati analizzati individuano il livello di copertura dei servizi, considerato un primo indicatore della capacità di risposta ai bisogni non necessariamente espressi dei cittadini.

¹ "Prendersi cura " 1° relazione sociale della Provincia di Milano - 2008

² "Le politiche aziendali per l'age management" ISFOL - 2008

³ "La fragilità geriatria in relazione alle emergenze climatiche" Osservatorio epidemiologico ASL MI1 - 2007

⁴ "I modelli sanitari e di consumo degli anziani" Fondazione CENSIS - 2008

Gli interventi a favore della domiciliarità

In base alla natura del servizio si distinguono gli interventi a favore della domiciliarità in socio-assistenziali (SAD) e socio-sanitari (ADI) .

- IL servizio di assistenza domiciliare SAD è il servizio cardine in ogni comune dell'ambito. Il tasso di copertura dell'ambito è pari a 17%, rispetto al totale della popolazione over 65 stimata. Il dato raccolto sugli 11 comuni rappresenta una situazione poco omogenea, facendo apparire rilevante la disparità di copertura del servizio, che spazia da un minimo del 7,6% ad un massimo del 23%.

La quota di utenza intercettata dal servizio si assesta su un dato molto più limitato di quello potenziale, anche se nel 2006 il 44,8% della spesa socio assistenziale (pari a €. 797.000) dei comuni dell'ambito veniva vincolata all'erogazione SAD¹. I dati d'ambito risultano di difficile aggregazione, arrivando ad un massimo di spesa pro-capite per utente SAD di €. 3.530, con una media di spesa annua pari a €. 2.300.

- L'introduzione del sistema voucher ha permesso un aumento della copertura del servizio di assistenza domiciliare che ha interessato complessivamente lo 0,57% della popolazione anziana residente, intercettando 19,7 anziani su una popolazione stimata di 34.260 unità.

I dati ASL Provincia Milano 1², che aggregano i dati di 67 comuni su 78, forniscono ulteriori specifiche sull'aspetto dell'utenza, che è significativa per la rilevanza della solitudine nella popolazione anziana: secondo i dati demografici forniti dai comuni, dei 65.300 anziani ultra settantacinquenni, 1 su 3 vive da solo.

- Il dato generale sulla tipologia delle famiglie monoparentali si conferma legato al processo di invecchiamento demografico. Infatti proprio negli anziani di età superiore ai 75 anni si concentra il maggior numero di famiglie costituite da una sola persona, e per il 60% costituita da donne, principalmente per effetto della più elevata speranza di vita femminile³.

Nello specifico, i dati raccolti dall'ASL Provincia Milano 1 confermano che vive sola una anziana su due, e nel nostro distretto si conferma che tra i soggetti che vivono soli più dell'82% sono donne.

Il dato elaborato da IRS⁴ sul territorio del nostro ambito, conferma in pieno i dati sopraesposti: beneficiari del Voucher SAD sono per il 62,4% donne, di età media superiore ai 77 anni.

- Sul fronte della dotazione di servizi domiciliari, il panorama è piuttosto variegato, sia in termini di pluralità di componenti che entrano nell'erogazione del SAD che nei servizi in appoggio.

Il 63% dei comuni dell'ambito prevede servizi aggiuntivi alla prestazione ordinaria costituita dall'igiene personale, offrendo consegna pasti a domicilio, lavanderia e in alcuni casi trasporti.

La consegna pasti a domicilio come servizio a sé stante è prevista nel 82% dei comuni, e il 63% assicura il servizio anche nei giorni festivi. Più del 58% degli utenti è ultraottantenne.

- L'assistenza domiciliare integrata (ADI) ha subito notevoli modificazioni nel corso degli ultimi anni: è stato lo strumento che per primo ha visto l'introduzione del voucher socio-sanitario.

¹ "Livelli attuali di assistenza per la non autosufficienza" Laboratorio politiche sociali Politecnico di Milano - 2009

² "La fragilità geriatrica in relazione alle emergenze climatiche" Osservatorio epidemiologico ASL Prov. MI1 - 2007

³ "La provincia in cifre. A cura di Daniele Comero" 2007

⁴ "La valutazione del secondo Piano di Zona - Distretto di Legnano- IRS 2009

L'introduzione di un sistema uniforme sul territorio ha favorito lo sviluppo di misure omogenee di distribuzione da parte delle ASL.

La copertura relativa all'assistenza domiciliare integrata in Regione Lombardia è del 4,7% e in provincia di Milano del 4,2%.¹

Gli interventi residenziali e di accudimento

- Secondo il dato provinciale, sono complessivamente presenti sul territorio 147 RSA pubbliche e private, con un totale complessivo di 16.547 posti di letto, di cui solo 691 riservati a malati di alzheimer.

Il dato dell'ambito, relativo a 12 RSA, mette a disposizione 968 posti letto. Nell'Asl MI 1 l'indice di copertura del servizio è pari al 2,4% in riferimento alla popolazione over 65.

- La retta media delle RSA della provincia è di €. 61 giornaliera, contro una media regionale di €. 48. La zona del Legnanese sotto questo aspetto è sicuramente tra le più costose: contro una media ASL di 51 euro, la retta media minima delle RSA dell'ambito è pari a €. 61,70 e la retta media massima di €. 73.72. I comuni integrano le rette di ospitalità in media per il 5% dei residenti.

- Del resto ben il 92% dei disabili in Italia vive in famiglia². Nel nostro paese quindi è sulla famiglia che grava l'onere dell'assistenza e la necessità di un sostegno economico per l'accudimento degli anziani non autosufficienti risulta chiaramente dall'esame dei dati economici, che attestano l'entità della pensione media percepita dagli uomini pari a €. 15.500, e delle donne di €. 10.700.

Allarmante è il dato che colloca il 55% dei pensionati nella fascia di coloro che percepiscono nel complesso meno di €. 1.000 mensili.

- La situazione di disagio anche economico fa sì che il ricorso alla residenzialità venga riservato in buona parte a soggetti gravemente non autosufficienti, per i quali il carico assistenziale dei caregiver diventa troppo gravoso.
- La figura parentale rimane riferimento diretto per un anziano su due e, anche in caso di presenza di assistenza familiare, questa va a sommarsi all'assistenza prestata dal caregiver, ma non lo sostituisce.

Le assistenti famigliari sono la risorsa maggiormente utilizzata dopo la famiglia. Il numero delle persone al servizio delle necessità di cura degli anziani è stimato che nell'ASL MI1 sia pari a un numero di poco inferiore alle 15.000 unità, e nel nostro ambito di poco inferiore alle 3.000 unità.³

Nel complesso, il dato è in crescita costante, e si caratterizza tendenzialmente con un incremento del lavoro a ore senza convivenza con l'anziano. Tale dato è supportato dall'analisi della frequenza di ore di accudimento prestate dal caregiver in presenza della badante, che è mediamente pari a 8 ore giornaliera.⁴

- Questa tendenza verso la scarsa disponibilità da parte del personale di cura a coprire le 24 ore di assistenza fa sì che solo il 30% delle badanti si dichiarino favorevole alla convivenza con

¹ "Prendersi cura" 1° relazione sociale della Provincia di Milano - 2008

² "Politiche aziendali per l'age management – materiale per un piano nazionale per l'invecchiamento attivo" Istituto per lo Sviluppo della formazione professionale dei lavoratori ISFOL

³ "Prendersi cura" 1° relazione sociale della Provincia di Milano - 2008

⁴ "I costi sociali ed economici della malattia di Alzheimer: cosa è cambiato? – Fondazione CENSIS - 2004

l'anziano. Alla nuova realtà si sommano i motivi di convenienza economica che rendono preferibile il lavoro non regolare, più libero e meno vincolato.

Per contro, si sta sviluppando una forte propensione alla formazione : tra le assistenti famigliari straniere giunte in Italia dopo il 2005, il 73% è interessata a percorsi formativi, anche se è aumentato a due terzi il numero di chi considera il lavoro di cura come una prima risposta all'emergenza.

Riassumendo le evidenze emerse, risulta chiara la necessità che l'articolazione offerta si ampli in parallelo con l'estrema variegatazza delle condizioni di vita degli anziani, non più inquadrabili verso le standardizzazioni utilizzate in passato.

Il vero salto di qualità della condizione anziana è rappresentato dalla presenza di una rete di servizi su cui poter contare, in grado di modulare i diversi gradi di intensità assistenziale, che possa mitigare la delega alla famiglia, rendendola più tollerabile.

AREA ANZIANI.	
BISOGNI EMERGENTI / PROBLEMI CHE SI INTENDONO AFFRONTARE:	
POTENZIAMENTO DELLA CAPACITA' DI RISPOSTA AL BISOGNO DELL'UTENZA FRAGILE ATTRAVERSO MISURE DI SOSTEGNO AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE	
elementi concreti / fenomeni osservabili che rendono "visibile" l'esistenza dei bisogni individuati	
<ol style="list-style-type: none"> 1. La percentuale della popolazione assistita tramite SAD è pari al 16% 2. La percentuale della popolazione assistita tramite voucher SDA è pari al 3% 3. In provincia solo L'1,7% del totale della popolazione >65 beneficia del servizio SAD 4. La capacità di spesa dell'ambito si assesta sul 72% 	
FATTORI POSITIVI	CRITICITA' / VINCOLI
<ol style="list-style-type: none"> 1. lo strumento voucher è attivato in tutto l'ambito 2. accreditamento con regole definite 	<ol style="list-style-type: none"> 1. limiti di spesa 2. la tempistica di intervento delle cooperative
OBIETTIVI DI MANTENIMENTO / POTENZIAMENTO	OBIETTIVI DI SVILUPPO / INNOVAZIONE <i>Con obiettivo dimissioni protette</i>
Aumentare la disponibilità in termini di capacità del sistema di intercettare le emergenze	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aumentare la capacità di risposta al bisogno della popolazione fragile 2. Diversificare la potenzialità del sistema intercettando le situazioni di emergenza legate alle dimissioni ospedaliere
INTERVENTI / AZIONI	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoraggio consumo dei voucher 2. Gruppo di studio per l'esame della tempistica necessaria a garantire interventi efficaci in emergenza 3. Quantificazione degli aspetti innovativi da introdurre nel voucher 4. Sperimentazione dello strumento voucher per la copertura dell'emergenza derivante dalle dimissioni ospedaliere in situazione di non autosufficienza 5. Revisione del sistema di accreditamento per l'inserimento delle procedure per la voucherizzazione delle situazioni di emergenza 	

DESCRIZIONE DELLE AZIONI
<ul style="list-style-type: none"> - Individuazione delle problematiche legate alla capacità di spesa dei comuni e all'avanzo di voucher - verifica dei fondi a disposizione - istituzione gruppo di lavoro per la modifica dell'accesso al sistema voucher - individuazione delle cooperative aderenti al sistema in grado di fornire assistenza secondo i parametri individuati - introduzione nel sistema di accreditamento del pacchetto "emergenza" - attivazione sperimentale del servizio
TIPOLOGIA DEI DESTINATARI
cittadini in situazione di fragilità dimessi da reparti ospedalieri in condizione di non autosufficienza
SOGGETTI/ENTI/SERVIZI COINVOLTI
UDP – comuni – associazioni accreditate per il sistema voucher
FASI E TEMPI
<ol style="list-style-type: none"> 1. febbraio 2010 – verifica fondi a disposizione 2. marzo 2010 – istituzione gruppo di lavoro per la modifica del sistema voucher 3. maggio 2010 – presentazione progetto alle cooperative accreditate 4. giugno 2010 – presentazione progetto all'ambito 5. settembre 2010 – inizio sperimentale
INDICATORI
<ol style="list-style-type: none"> 1. numero delle richieste di attivazione voucher 2. numero attivazioni
RISULTATI ATTESI
Aumentare la disponibilità in termini di capacità del sistema di intercettare le emergenze
MODALITA' DI RILEVAZIONE DATI
verifica semestrale
PIANO ECONOMICO FINANZIARIO (fonti di finanziamento, budget,...)
fondi residui a disposizione piano di zona

AREA ANZIANI	
BISOGNI EMERGENTI / PROBLEMI CHE SI INTENDONO AFFRONTARE: AZIONI DI SOLLIEVO ALLE FAMIGLIE CON MALATI DI ALZHEIMER .	
elementi concreti / fenomeni osservabili che rendono “visibile” l’esistenza dei bisogni individuati:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. La durata media della malattia è stimata tra gli 8 e i 14 anni. 2. non ci sono posti in RSA riservati agli anziani malati di alzheimer nel nostro ambito 3. 20 i posti di centro diurno che accolgono anche alzheimer 4. i posti di sollievo nelle RSA dell’ambito sono 2; 22 quelli riservati a persone in stato vegetativo e 4 quelli riservati a residualità psichiatriche. 5. l’incidenza della demenza di Alzheimer può essere stimata in 80.000 nuovi casi all’anno. 6. l’81% delle famiglie che usufruiscono di un centro diurno devono sostenere costi economici 	
FATTORI POSITIVI	CRITICITA’ / VINCOLI
<ol style="list-style-type: none"> 3. molteplicità di attori coinvolti 4. molteplicità di esperienze in Italia e all’estero 	<ol style="list-style-type: none"> 1. carenza di soluzioni dedicate al sollievo per forme di grave demenza 2. carenza di gruppi di mutuo-aiuto
OBIETTIVI DI MANTENIMENTO / POTENZIAMENTO	OBIETTIVI DI SVILUPPO / INNOVAZIONE
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supportare le famiglie con azioni formative e informative per alleviare il carico assistenziale 2. favorire lo sviluppo di gruppi di mutuo-aiuto per il sostegno al sistema di cura in ambito familiare 3. implementare la rete di servizi a sostegno dell’anziano affetto da grave demenza per il mantenimento al domicilio 4. individuare spazi informali che forniscano insieme momenti di incontro, svago, formazione ai familiari dei malati

INTERVENTI / AZIONI
<ol style="list-style-type: none"> 1. Gruppo di studio in collaborazione con Asl, DIPASSI, MMG e terzo settore per l'eventuale ripristino dell'Unità Valutazione Geriatrica 2. fotografia dell'esistente 3. ricerca di best practice sul territorio 4. individuazione di possibili partners del terzo settore per la progettazione di servizi di sollievo ai caregiver 5. bando di gara per il finanziamento progettazione 6. sperimentazione soluzioni informali di mutuo-aiuto
TIPOLOGIA DEI DESTINATARI
Famiglie con anziani malati di alzheimer
SOGGETTI/ENTI/SERVIZI COINVOLTI
UDP – comuni – DIPASSI – ASL –MMG -cooperative sociali – associazioni di volontariato
FASI E TEMPI
<ol style="list-style-type: none"> 1. ottobre 2009 – creazione tavolo di lavoro 2. maggio 2010 individuazione partners terzo settore 3. giugno 2010 bando di concorso per la progettazione di spazi informali di incontro 4. Settembre 2010 scelta miglior progetto 5. dicembre 2010 gennaio 2010 – avvio sperimentazione 6. aprile 2011 – l' verifica e sperimentazione gruppo mutuo-aiuto
INDICATORI
<ul style="list-style-type: none"> - numero delle associazioni interessate a sviluppare soluzioni non formali - numero utenti
RISULTATI ATTESI
implementare la rete di servizi a sostegno dell'anziano affetto da grave demenza per il mantenimento al domicilio, favorendo lo sviluppo di gruppi di mutuo-aiuto per il sostegno al sistema di cura in ambito familiare anche attraverso l'individuazione di spazi informali che forniscano insieme momenti di incontro, svago, formazione ai familiari dei malati
MODALITA' DI RILEVAZIONE DATI
<ol style="list-style-type: none"> 1. questionario iniziale bisogni dei caregiver 2. monitoraggio richieste pervenute al gruppo di mutuo-aiuto
PIANO ECONOMICO FINANZIARIO (fonti di finanziamento, budget,...)
<ol style="list-style-type: none"> 1. fondi piano di zona 2. partnership con terzo settore

AREA ANZIANI	
BISOGNI EMERGENTI / PROBLEMI CHE SI INTENDONO AFFRONTARE	
DIMISSIONI PROTETTE	
<p>elementi concreti / fenomeni osservabili che rendono “visibile” l’esistenza dei bisogni individuati</p> <ol style="list-style-type: none"> nel 2007¹ il tasso di ospedalizzazione di anziani >75 è stato pari a 332,43 ogni 1.000 abitanti n. 2.100 anziani in lista d’attesa nelle strutture residenziali dell’ambito ² 	
FATTORI POSITIVI	CRITICITA’ / VINCOLI
<ol style="list-style-type: none"> presenza di alcuni progetti ASL possibilità utilizzo voucher 	<ol style="list-style-type: none"> difficoltà di interazione tra le diverse aree interessate limiti di spesa tempistica molto ristretta perché il processo sia efficace
OBIETTIVI DI MANTENIMENTO / POTENZIAMENTO	OBIETTIVI DI SVILUPPO / INNOVAZIONE
	<ol style="list-style-type: none"> offrire sostegno immediato alle nuove necessità derivanti dalla perdita dell’autosufficienza dopo un ricovero ospedaliero offrire supporto alla rete familiare
INTERVENTI / AZIONI	
<ol style="list-style-type: none"> gruppo di lavoro con DIPASSI , sportello fragilità, ASL per l’individuazione dei bisogni e della regia di progetto confronto con esperienze già in essere Progetto di studio con ASL e Azienda Ospedaliera per l’individuazione delle risposte più idonee in termini di percorsi differenziati a seconda delle dimissioni dai reparti ospedalieri coinvolgimento medici MMG ampliamento sistema voucher per coprire l’emergenza regolamento per l’accesso al sistema voucher 	

¹ Dati Ministero della Salute

² Dati Asl Provincia MI 1

DESCRIZIONE DELLE AZIONI
<ol style="list-style-type: none"> 1. Istituzione di un gruppo di studio e suddivisione delle competenze 2. Esame dei progetti già in essere presso altre realtà territoriali per l'individuazione del percorso più idoneo 3. coinvolgimento medici MMG 4. proseguimento interventi su scheda " voucher sad "
TIPOLOGIA DEI DESTINATARI
cittadini in situazione di fragilità dimessi da reparti ospedalieri in condizione di non autosufficienza
SOGGETTI/ENTI/SERVIZI COINVOLTI
UDP – comuni – DIPASSI, ASL, Ospedale, MMG, associazioni accreditate per il sistema voucher
FASI E TEMPI
<ol style="list-style-type: none"> 7. Maggio 2009 costituzione gruppo di studio 8. febbraio 2010 – verifica saldo positivo nel sistema voucher 9. marzo 2010 – istituzione gruppo di lavoro per la modifica del sistema voucher 10. maggio 2010 – presentazione progetto alle cooperative accreditate 11. giugno 2010 – presentazione progetto all'ambito 12. settembre 2010 – inizio sperimentale
INDICATORI
<ul style="list-style-type: none"> - numero delle richieste di attivazione voucher - numero attivazioni
RISULTATI ATTESI
Aumentare la disponibilità in termini di capacità del sistema di intercettare le emergenze
MODALITA' DI RILEVAZIONE DATI
verifica semestrale
PIANO ECONOMICO FINANZIARIO (fonti di finanziamento, budget,...)
fondi residui a disposizione piano di zona

AREA ANZIANI	
BISOGNI EMERGENTI / PROBLEMI CHE SI INTENDONO AFFRONTARE: QUALIFIZAZIONE E REGOLARIZZAZIONE DEL LAVORO DI CURA	
elementi concreti / fenomeni osservabili che rendono “visibile” l’esistenza dei bisogni individuati	
<ol style="list-style-type: none"> 1. la stima del numero di assistenti familiari nell’ambito è di circa 3.00 unità 2. delle assistenti famigliari in Italia¹ il 78% lavora senza contratto 3. il 73% delle badanti è interessata a frequentare corsi di formazione 4. 21 il numero delle badanti accreditate dall’ambito nel primo corso di formazione 	
FATTORI POSITIVI	CRITICITA’ / VINCOLI
<ol style="list-style-type: none"> 1. corsi di formazione già avviati 2. volontà politica per il sostegno concreto dell’iniziativa a livello economico 3. Voucher a sostegno della regolarizzazione del lavoro di cura 4. collaborazione con centri formazione territoriale 5. possibilità di contributi provinciali e regionali 	<ol style="list-style-type: none"> 1. blocco dei flussi migratori 2. scarsa propensione alla messa in regola
OBIETTIVI DI MANTENIMENTO / POTENZIAMENTO	OBIETTIVI DI SVILUPPO / INNOVAZIONE
Corsi di formazione	<ol style="list-style-type: none"> 1. aumentare il lavoro di cura qualificato attraverso l’implementazione dell’albo badanti, favorendo l’emersione del lavoro non regolare anche mediante aiuti economici alle famiglie 2. Sportello badanti territoriale con operatore 3. Apertura dell’iscrizione all’albo anche a soggetti con professionalità acquisita 4. offerta formativa a donne italiane

¹ Dati riferiti all’ingresso nel nostro paese dopo il 2005

INTERVENTI / AZIONI

1. consolidamento dello sportello assistenti famigliari
2. diffusione dello strumento tra operatori e cittadini
3. programmazione nuovi corsi di formazione
4. mantenimento buono per favorire la regolarizzazione del lavoro di cura
5. Ricerca /mantenimento contributi provinciali/regionali
6. Azione di tutoring domiciliare

DESCRIZIONE DELLE AZIONI

1. Avvio dello sportello per la messa in rete dell'albo delle assistenti famigliari, con la collaborazione del terzo settore.
2. Sviluppo dell'azione di Matching tra domanda e offerta
3. Accordo con i partners formativi per l'avvio di nuovi corsi di formazione da aprire anche alle donne italiane
4. raccolta dei dati di monitoraggio semestrale dall'avvio del progetto per la taratura dello strumento di sostegno economico
5. Individuazione di un campione di famiglie per lo studio dell'azione di tutoring domiciliare a sostegno delle azioni di matching.

TIPOLOGIA DEI DESTINATARI

Famiglie dell'ambito interessate alla messa in regola di assistenti famigliari
Assistenti famigliari prive di formazione

SOGGETTI/ENTI/SERVIZI COINVOLTI

UDP – comuni – cooperative sociali – centri formazione territoriale

FASI E TEMPI

1. marzo 2009: individuazione soggetto del terzo settore per apertura sportello
2. marzo 2009 convenzione con i centri di assistenza fiscale per la raccolta delle domande
3. aprile 2009 apertura bando per il sostegno economico alla regolarizzazione del lavoro di cura
4. novembre 2009 raccolta dati sperimentazione primo trimestre
5. dicembre 2009 avvio nuovi corsi di formazione
6. febbraio 2010 studio azione di tutoring domiciliare
7. maggio 2010 promozione del tutoring domiciliare

INDICATORI

1. numero delle regolarizzazioni assistenti famigliari
2. numero richieste allo sportello badanti
3. numero richieste interventi formativi

RISULTATI ATTESI

aumentare il lavoro di cura qualificato attraverso l'implementazione dell'albo badanti, favorendo l'emersione del lavoro non regolare anche mediante aiuti economici alle famiglie

MODALITA' DI RILEVAZIONE DATI

report semestrale centri di assistenza fiscale convenzionati

PIANO ECONOMICO FINANZIARIO (fonti di finanziamento, budget,...)

- fondi a disposizione piano di zona
- fondi provinciali e regionali
- ricerca sponsorizzazioni per corsi di formazione

AREA ANZIANI	
BISOGNI EMERGENTI / PROBLEMI CHE SI INTENDONO AFFRONTARE: <i>FAVORIRE LA MOBILITA' SOCIALE DELLE PERSONE IN CONDIZIONE DI FRAGILITA'</i>	
elementi concreti / fenomeni osservabili che rendono "visibile" l'esistenza dei bisogni individuati	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Tutti i comuni dell'ambito garantiscono la mobilità sociale , 9 attraverso gestioni in convenzione e 2 con gestione diretta. 2. 9 le organizzazioni del terzo settore che collaborano con i comuni, alcune presenti in più comuni. 3. 5 comuni applicano tariffe di trasporto: 3 in base al reddito isee e 2 in base al percorso (rimborso spese). Nei restanti comuni il trasporto è gratuito. 4. la spesa dell'ambito è pari a € 90.822 (spesa pro-capite €. 31) 5. utenti del servizio n° 2.847 	
FATTORI POSITIVI	CRITICITA' / VINCOLI
<ol style="list-style-type: none"> 1. bisogno diffuso e affrontato 2. obiettivo già finanziato 3. vivacità del territorio 4. disponibilità di risorse in termini di volontariato 	<ol style="list-style-type: none"> 1. frammentazione delle risorse e dei bisogni 2. impossibilità utilizzo voucher 3. scarsa visibilità delle associazioni che effettuano trasporti 4. complicazioni per il trasporto minori
OBIETTIVI DI MANTENIMENTO / POTENZIAMENTO	OBIETTIVI DI SVILUPPO / INNOVAZIONE
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Razionalizzare e mettere in rete il servizio (trasversale con area disabili) 2. favorire l'incontro domanda-offerta 3. garantire economicità efficacia ed efficienza

<p style="text-align: center;">INTERVENTI / AZIONI</p> <ol style="list-style-type: none">1. raccolta ed elaborazione dati censimento trasporto2. fotografia dell'esistente --- report al tavolo politico3. guida dei trasporti sociali (diffusione alla cittadinanza)4. creazione banca dati trasporti sul portale5. sperimentazione sportello trasporti sociali d'ambito in sinergia con le associazioni di trasporto
<p style="text-align: center;">TIPOLOGIA DEI DESTINATARI</p> <p>cittadini in situazione di fragilità</p>
<p style="text-align: center;">SOGGETTI/ENTI/SERVIZI COINVOLTI</p> <p>UDP – comuni – cooperative sociali – associazioni di volontariato</p>
<p style="text-align: center;">FASI E TEMPI</p> <ol style="list-style-type: none">1. giugno 2009 – elaborazione dati2. dicembre 2009 – patto di adesione3. gennaio 2010 – avvio4. giugno 2010 – 1' verifica
<p style="text-align: center;">INDICATORI</p> <ol style="list-style-type: none">1. numero delle associazioni che aderiscono al patto2. numero utenti3. numero dei trasporti effettuati e incremento utenza
<p style="text-align: center;">RISULTATI ATTESI</p> <p>Razionalizzazione e messa in rete del servizio</p>
<p style="text-align: center;">MODALITA' DI RILEVAZIONE DATI</p> <ol style="list-style-type: none">1. questionario iniziale2. report semestrale associazioni
<p style="text-align: center;">PIANO ECONOMICO FINANZIARIO (fonti di finanziamento, budget,...)</p> <ol style="list-style-type: none">1. fondi a disposizione piano di zona2. ricerca sponsorizzazioni per stampa e diffusione guida ai trasporti

3. **Area disabili**

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, disabilità vuol dire “riduzione o perdita di capacità funzionali o dell'attività conseguente ad una menomazione, qualora sussistano impedimenti tali da non consentire alla persona disabile una adeguata vita sociale lavorativa, o non viene ad essa garantito adeguato sostegno, la disabilità diviene handicap”.

E' perciò compito dell'Ente Pubblico, supportato e coadiuvato dal non profit e dal volontariato, impedire che ciò avvenga creando tutti i presupposti e le condizioni per il pieno esercizio del diritto di cittadinanza del disabile.

Gli obiettivi individuati ed esplicitati in questo Piano vogliono concorrere al perseguimento di questa finalità cercando anche di valorizzare la disabilità come risorsa per la società.

L'analisi della popolazione disabile, necessaria alle scelte ed al perseguimento delle stesse, risente di difficoltà oggettive legate a:

- assenza di una classificazione unica e condivisa
- frammentazione della raccolta dati in funzione dei settori di intervento e con modalità diversificate
- presenza della disabilità su una popolazione che va da 0 a N età con creazione di ulteriore classificazione
- elevata difficoltà di rilevazione per i minori
- rilevazione unica di dati invalidità civile ed esenzioni ed anche non coincidente con quello della disabilità.

Per cercare di rendere intellegibili i dati in possesso e facilitare conseguentemente una comprensione delle molteplici problematiche che insistono sull'area disabili si suddivide il campo in più settori.

Salute mentale

Secondo i dati resi disponibili dalla Regione Lombardia, annualmente, nell'ASL Milano 1 risultano aver fruito di servizi che erogano prestazioni psichiatriche 12000-12500 soggetti con un'età media di 48 anni, con una prevalenza di donne confermando il dato statistico generale.

La quota di stranieri si aggira intorno al 2% l'anno

La prevalenza trattata è di 15-16 soggetti ogni 1000 residenti con il tasso più elevato nella fascia da 40-44 anni.

Il distretto di Legnano copre il 20-21 % di quanti sono entrati in contatto con le strutture psichiatriche dell'ASL Milano 1.

Rispetto all'attività lavorativa il 61-62% dei soggetti trattati è in condizione “non professionale”, di questi il 32% sono invalidi, il 24% casalinghe, il 20% studenti. (da U.O. Osservatorio Epidemiologico-ASL Milano1).

Risultano presenti, sempre nel territorio di riferimento del PdZ, 2 Centri Psico Sociali, 2 Centri Diurni, 5 Comunità Protette.

Minori fragili

Al 31.12.2007 i minori fragili dell'ASL Milano 1 risultano essere 10800, il distretto di Legnano ha 69 minori fragili ogni 1000 residenti con picchi tra 7 e 10 anni.

“Il gruppo di diagnosi più importante è rappresentato da disturbi psichici che raccoglie il 68% delle diagnosi e riguarda 2980 soggetti circa, pari al 71% dei minori per i quali è disponibile una diagnosi. Tra i disturbi psichici..... i ritardi specifici dello sviluppo coprono il 53% delle diagnosi”.

(U.O. Osservatorio Epidemiologico- ASL Milano1)

Sempre dai dati dell'Osservatorio si rileva che nell'anno 2007 i minori con disturbi alimentari sono stati 92 .

Altri dati significativi sono quelli inerenti il sostegno scolastico nelle varie tipologie: didattico, quindi con certificazione; educativo; per la comunicazione.

	Infanzia		Primaria		Second. I° gr		Second. II° gr	
	pubb.	Priv.	pubb.	priv	pubb.	priv	pubb.	priv
didattico								
educativo								
per la comunicazione	3		5		7		11	

SCUOLA DATI USP E COMUNI

Domiciliarità

In ogni Comune dell'ambito territoriale esiste, con varie formulazioni ed opportunità, il servizio di assistenza domiciliare SAD. Sin dal suo avvio, negli anni '70, il SAD è stato rivolto ad anziani e disabili ma, da sempre, si è connotato rispetto alla popolazione anziana e tutti i dati di rilevazione, siano essi meramente numerici o anche di tipo qualitativo, sono stati pensati per l'esigenza di questa fascia d'età. L'introduzione del sistema voucher in affiancamento ai SAD comunali non ha sconsigliato questo andamento per cui l'unico dato numerico è di una presenza tra i fruitori di soggetti disabili pari al 17,8 % sul totale di coloro che si sono giovati di tale sistema, mentre la % di soggetti invalidi, quindi anche quelli con età superiore ai 64 anni è pari al 45,5.

La quota di utenza disabile intercettata dal servizio non è quantificabile stante, come precedentemente detto, la mancanza di un dato generale anche solo anagrafico.

Si sono avvalsi inoltre, nell'anno 2008, di misure di sostegno economico a favore delle persone con handicap grave (L.162/98) per prestazioni di assistenza domiciliare 28 persone con un'età compresa tra i 6 e i 62 anni.

Residenzialità/ Centri Diurni

Gli interventi a sostegno della disabilità, oltre che a domicilio, prevedono altri livelli assistenziali: residenziali, diurni e territoriali.

Questi ultimi, nel corso degli anni, hanno visto un'evoluzione significativa al fine di differenziare prestazioni, intensità, obiettivi, modalità.

L' anagrafica delle reti e delle unità d'offerta fornita dall'ASL Milano 1, rileva la presenza, relativamente alla residenzialità, di un'offerta scarsa ma differenziata per rispondere agli altrettanto differenziati bisogni di interventi ad alta complessità educativa- riabilitativa-assistenziale per disabili gravi e, a minore intensità educativo-assistenziale per disabili medio-gravi.

Queste le offerte del territorio:

1 Comunità di Accoglienza;

1 Comunità Socio Sanitaria accreditata per 7 posti;

1 Residenza Sanitaria Assistenziale per disabili accreditata per 20 posti

4 Centri Socio Educativi per un totale di 120 posti autorizzati

4 Servizi di formazione all'Autonomia per un totale di 79 posti autorizzati

L'offerta dei servizi evidenzia un buon livello di opportunità di posti che comunque non riesce a soddisfare appieno le richieste innanzitutto per il regime di residenzialità grave.

Inserimento lavorativo

Sin dalle premesse è stato evidenziato come l'esclusione lavorativa sia una delle cause principali di emarginazione sociale e i dati relativi a questo fenomeno sono sicuramente significativi anche se non se ne dispongono di specifici relativamente al Legnanese.

Nella Provincia di Milano risultano iscritti 7.843 disabili disponibili al lavoro.

Nell'ambito del Legnanese esistono due servizi per l'inserimento lavorativo delle persone disabili o in situazioni di disagio. Tali servizi coprono tutto il territorio e nel 2007 hanno riportato i seguenti risultati:

ANNO 2007	Assunti con obbligo L.68/99	Assunti senza obbligo	Assunti in coop sociali	Tirocini lavorativi in imprese	Tirocini lavorativi in coop. sociali	Borse lavoro imprese	Borse lavoro cooperative sociali
TOTALE	9	5	5	21	41	19	16

L'analisi dell'utenza segnalata fa registrare, su un totale di 92 casi, questa ripartizione:

FISICI	SENSORIALI	PSICHICI	INTELLETTIVI	MISTI	CASI SOCIALI	TOT
29	3	12	8	10	30	92

All'elevata percentuale di casi sociali non corrisponde pari percentuale di inserimenti.

Tutela giuridica

A seguito di un intenso lavoro di sensibilizzazione portato avanti dall'Associazionismo legato al mondo della disabilità, nel 2004 viene emanata la legge che introduce la figura dell'Amministratore di Sostegno e meglio disciplina la figura del Tutore. Questa legge però trova difficoltà applicative conseguenti ad una resistenza da parte dei familiari, ad una scarsa responsabilizzazione su questo fronte da parte di operatori, ad una quasi inesistente capacità di risposta di tipo professionale ed istituzionale.

All'interno del DIPASSI dell' ASL Milano 1 esiste un servizio di Tutela Giuridica che riesce, nell'ambito territoriale del Legnanese, a farsi carico di 75 soggetti; affianca l'opera del Servizio Tutela il ruolo dei Sindaci spesso chiamati a svolgere tali funzioni.

AREA DISABILI	
BISOGNI EMERGENTI / PROBLEMI CHE SI INTENDONO AFFRONTARE:	
<i>Necessità di un servizio di ambito per la tutela giuridica delle persone prive di autonomia o incapaci di provvedere ai propri interessi</i>	
elementi concreti / fenomeni osservabili che rendono “visibile” l’esistenza dei bisogni individuati	
FATTORI POSITIVI	CRITICITA' / VINCOLI
<ol style="list-style-type: none"> 1. servizio già attivo in ASL e con buona esperienza 2. buona collaborazione tra servizio tutela e servizi territoriali 3. già presenti stanziamenti a bilancio 	<ol style="list-style-type: none"> 1. scarsissime risorse di personale dedicato 2. carenza di competenze giuridiche dei servizi territoriali 3. mancata attivazione delle procedure di tutela da parte dei servizi territoriali 4. difficoltà riscontrate dai familiari in ordine alle procedure seguite dalle autorità giudiziarie competenti
OBIETTIVI DI SVILUPPO / INNOVAZIONE	
<ul style="list-style-type: none"> ● collaborazione tra ASL e Comuni per casi già in carico ● Istituzione di un servizio di ambito per la tutela giuridica delle persone prive di autonomia o incapaci di provvedere ai propri interessi 	
INTERVENTI / AZIONI	
<ol style="list-style-type: none"> 1. raccolta ed elaborazione dati adeguati e corrispondenti all'obiettivo 2. quantificazione del personale 3. valutazione opportunità di sottoscrizione di un protocollo d'intesa con ASL 4. azioni di promozione e informazione sulla figura dell'AdS e Tutore 	
TIPOLOGIA DEI DESTINATARI	
cittadini in situazione di fragilità che necessitano di tutela giuridica	
SOGGETTI/ENTI/SERVIZI COINVOLTI	
UDP – ASL- comuni – Autorità Giudiziaria	

FASI E TEMPI

1. giugno 2009 – elaborazione dati
2. dicembre 2009 – firma protocollo d'intesa
3. gennaio 2010 – avvio
4. giugno 2010 – 1' verifica

INDICATORI

1. corrispondenza alla tempistica indicata
2. numero utenti
3. azioni di promozione

RISULTATI ATTESI

Creazione di un servizio d'ambito in grado di addivenire ad una reale presa in carico degli utenti affidati in concreta sinergia con i servizi territoriali

MODALITA' DI RILEVAZIONE DATI

1. numero tutele attribuite
2. numero amministrazioni attribuite
3. numero casi in attesa di una presa in carico
4. numero consulenze effettuate
5. azioni di promozione sviluppate

PIANO ECONOMICO FINANZIARIO (fonti di finanziamento, budget,...)

1. fondi a disposizione piano di zona
2. fondi ASL

AREA DISABILI	
BISOGNI EMERGENTI / PROBLEMI CHE SI INTENDONO AFFRONTARE	
<i>Bisogno di domiciliarità garantita, assistita e, laddove possibile, anche autonoma</i>	
elementi concreti / fenomeni osservabili che rendono “visibile” l’esistenza dei bisogni individuati	
FATTORI POSITIVI	CRITICITA' / VINCOLI
<ol style="list-style-type: none"> 1. voucherizzazione in atto 2. incremento badget L.162 3. esperienze di residenzialità già in atto in altri ambiti 	<ol style="list-style-type: none"> 1. utilizzo solo del 70% dei voucher 2. gestione frammentata tra più cooperative 3. mancanza di un punto unico di valutazione, orientamento, presa in carico
OBIETTIVI DI SVILUPPO / INNOVAZIONE	
<ol style="list-style-type: none"> 1. sviluppo della voucherizzazione attraverso l'individuazione di interventi mirati di domiciliarità per disabili 2. creare un punto unico di accesso con competenze multiprofessionali per: accogliere, valutare, orientare, accompagnare. 	
INTERVENTI / AZIONI	
<ol style="list-style-type: none"> 1. separare la gestione voucher anziani/disabili per favorire l'analisi del bisogno e differenziare gli interventi 2. fotografare l'attuale frammentazione di tavoli, sportelli, uffici ecc. al fine di dare sinergicamente avvio alla costruzione del percorso per addivenire al punto unico di accesso 3. favorire l'attuazione di esperienze di vita indipendente 	
TIPOLOGIA DEI DESTINATARI	
cittadini in situazione di fragilità	
SOGGETTI/ENTI/SERVIZI COINVOLTI	
UDP – comuni – cooperative sociali – associazioni di volontariato-ASL – Azienda Ospedaliera	

FASI E TEMPI

1. giugno 2009 – separazione gestione voucher anziani/disabili
2. dicembre 2009 – individuazione di modalità e prestazioni differenziate
3. gennaio 2010 – avvio e individuazione di diverse modalità di rilevazione
4. giugno 2010 – 1' verifica

5. febbraio 2010 - mappatura esistente su servizi, sportelli, tavoli ecc.
6. ottobre 2010 -presentazione al T.P. con prima ipotesi organizzativa di struttura
7. gennaio 2011 avvio sperimentazione

INDICATORI

1. numero utenti
2. incremento utenza
3. presenza nella fase ricognitiva e progettuale di tutti gli attori coinvolti
4. rispetto della tempistica individuata

RISULTATI ATTESI

Aver garantito e sostenuto la domiciliarità anche attraverso percorsi di vita indipendente

MODALITA' DI RILEVAZIONE DATI

1. da studiare nuova modalità mirata
2. report semestrale utenti e cooperative
3. verbali e presenze

PIANO ECONOMICO FINANZIARIO (fonti di finanziamento, budget,...)

1. fondi a disposizione piano di zona per voucher

AREA DISABILI	
BISOGNI EMERGENTI / PROBLEMI CHE SI INTENDONO AFFRONTARE	
<i>Incremento segnalazioni e richieste di sostegno educativo</i>	
elementi concreti / fenomeni osservabili che rendono “visibile” l’esistenza dei bisogni individuati	
FATTORI POSITIVI	CRITICITA' / VINCOLI
Formazione in atto da parte di scuola snodo	<ol style="list-style-type: none"> 1. carenza di risorse, strumentazioni e professionalità 2. carenza di rete tra i soggetti
OBIETTIVI DI SVILUPPO / INNOVAZIONE	
giungere alla fine del triennio ad un protocollo condiviso	
INTERVENTI / AZIONI	
<ol style="list-style-type: none"> 1. raccolta dati sui sostegni attivati dai diversi organismi coinvolti: Ufficio Scolastico Provinciale, Ente Locale, Provincia, personale ATA. 2. Costituire un gruppo di lavoro che veda la presenza delle varie professionalità, Enti e rappresentanti famiglie nonché NPI. 	
FATTORI POSITIVI	CRITICITA' / VINCOLI
- esperienze in atto	<ol style="list-style-type: none"> 1. frammentazione degli interventi 2. assenza di dati organizzati 3. assenza di vincoli e modalità di intervento codificati
INTERVENTI / AZIONI	
<ol style="list-style-type: none"> 1. fotografia dell'esistente con raccolta ed elaborazione dati 2. avvio del tavolo di lavoro 	
DESCRIZIONE DELLE AZIONI	
TIPOLOGIA DEI DESTINATARI	
minori frequentanti tutti i livelli di scuola in situazione di disagio conclamato e/o certificazione handicap	

SOGGETTI/ENTI/SERVIZI COINVOLTI
UDP – comuni – USP–Provincia- ASL-NPI- associazioni di volontariato
FASI E TEMPI
<ol style="list-style-type: none"> 1. giugno 2009 – costituzione tavolo 2. settembre 2009 – avvio lavori 3. giugno 2010 – firma protocollo 4. settembre 2010 – applicazione contenuti protocollo 5. giugno 2011 - verifica
INDICATORI
<ol style="list-style-type: none"> 1. rispetto dei tempi indicati 2. reale presenza al tavolo degli attori coinvolti 3. rilevazione grado di soddisfazione di docenti e familiari 4. valutazione capacità di risposta
RISULTATI ATTESI
Razionalizzazione e messa in rete del servizio
MODALITA' DI RILEVAZIONE DATI
<ol style="list-style-type: none"> 1. numero minori segnalati per i quali viene richiesto sostegno scolastico 2. numero minori per i quali viene richiesto sostegno educativo 3. numero richieste assistenza 4. numero sostegni per la comunicazione 5. report semestrale associazioni 6. valutazione grado di soddisfazione familiari e operatori 7. valutazione della crescita della capacità di risposta
PIANO ECONOMICO FINANZIARIO (fonti di finanziamento, budget,...)
<ol style="list-style-type: none"> 1. fondi a disposizione piano di zona 2. fondi a disposizione Comuni

AREA DISABILI	
BISOGNI EMERGENTI / PROBLEMI CHE SI INTENDONO AFFRONTARE	
<i>Ricerca di integrazione socio-lavorativa per persone svantaggiate</i>	
elementi concreti / fenomeni osservabili che rendono “visibile” l’esistenza dei bisogni individuati	
<ul style="list-style-type: none"> - Divario tra domanda e offerta - Crisi economica 	
FATTORI POSITIVI	CRITICITA' / VINCOLI
<ol style="list-style-type: none"> 1. I servizi offerti alle imprese da parte del SISL (consulenza procedurale rispetto alla l. 68/99, consulenza su possibili sgravi o incentivi per l’assunzione di persone svantaggiate, supporto all’azienda nella fase di inserimento del disabile, ecc.) 2. La disponibilità delle cooperative sociali di tipo b (inserimento lavorativo) presenti sul territorio e nei territori limitrofi ad accogliere persone per percorsi di inserimento lavorativo protetto 3. La disponibilità di un certo numero di aziende che collaborano costantemente con il SISL e ottemperano agli obblighi della L.68/99. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sul territorio esistono poche coop. Sociali b 2. Diverse aziende non ottemperano gli obblighi della legge 68/99 3. I rapporti con le associazioni di categoria sono ancora scarsi 4. Occorre sviluppare una collaborazione anche con la piccola-media impresa
OBIETTIVI DI SVILUPPO / INNOVAZIONE	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aprire nuovi contatti con le associazioni di categoria affinché si facciano promotrici verso i loro associati di proposte finalizzate all’inserimento lavorativo di persone svantaggiate 2. Aumentare da parte dei comuni del territorio le commesse di lavoro per le coop. Sociali B (vedi art. 5, L.381/91) 3. Realizzare una o più iniziative di comunicazione sociale (tramite giornali di zona, articoli, comunicati stampa, utilizzo di siti esistenti, altre mezzi di comunicazione) e almeno un’iniziativa pubblica di sensibilizzazione rivolta alle aziende del territorio coinvolgendo le aziende che possono testimoniare esperienze positive di integrazione socio-lavorativa (comunicazione tra pari) 4. Individuare e promuovere presso gli enti pubblici modalità di attribuzione delle commesse di lavoro alle aziende che prevedano anche richieste relative all’inserimento lavorativo di persone svantaggiate 5. Prestare attenzione anche con progettualità mirate all'area dipendenze, svantaggio, emarginazione. 	

INTERVENTI / AZIONI

1. costruire un percorso per la valutazione multiprofessionale dei disabili cognitivi individuando ruoli, competenze, azioni, collaborazioni.
2. Vedi obiettivo 2

TIPOLOGIA DEI DESTINATARI

cittadini in situazione di fragilità

SOGGETTI/ENTI/SERVIZI COINVOLTI

UDP – comuni – cooperative sociali – associazioni di volontariato- associazioni di categoria

FASI E TEMPI

1. dicembre 2009 – unificazione modalità di raccolta dati tra i Servizi d'inserimento lavorativo del territorio.
2. Febbraio 2010 – avvio del percorso unico per la valutazione dei disabili (vedi obiettivo 2)
3. ottobre 2009– studio per avvio di azioni di promozione
4. giugno 2010 – 1' verifica

INDICATORI

1. numero contatti con associazioni di categoria
2. numero utenti avviati al lavoro attraverso commesse di lavoro degli Enti a cooperative tipo B o a aziende che prevedano inserimenti lavorativi
3. numero azioni di promozione sociale

RISULTATI ATTESI

Maggiori risposte alle richieste di integrazione socio lavorativa di persone svantaggiate

MODALITA' DI RILEVAZIONE DATI

1. report semestrale servizi inserimenti lavorativi
2. report riferiti agli indicatori individuati

PIANO ECONOMICO FINANZIARIO (fonti di finanziamento, budget,...)

1. fondi a disposizione piano di zona
2. fondi bilanci comunali

4. Area emarginazione/inclusione sociale

L'area d'intervento è veramente complessa tanto che, senza pretendere d'essere esaustivi, si è divisa in tre "aree tematiche":

1. Problematiche abitative
2. Stranieri
3. Prevenzione dipendenze

Il problema abitativo nel Legnanese

“Il costo più rilevante nel bilancio familiare dei Milanesi è rappresentato dalla casa, sia in locazione che di proprietà.”¹

Mediamente, infatti, in Provincia di Milano il canone d'affitto mensile è di €. 500,00 (mentre nel resto del Nord-Italia è di €. 370,00); il 10% delle famiglie, inoltre, pur non essendo in affitto, ha acceso un mutuo per l'acquisto dell'abitazione in cui vive.

Benché il territorio milanese detenga ancora il primato della provincia lombarda con il più alto reddito medio per contribuente, il clima di recessione comincia a farsi sentire: sono aumentati i contratti di lavoro “precari” (a tempo determinato, a progetto, interinale, collaborazioni, ecc.) e – come emerge dai dati dell'osservatorio INPS - se l'espandersi del lavoro a termine ha salvaguardato il livello d'occupazione non ha fatto altrettanto con il reddito dei lavoratori, che, a parità di qualifica, percepiscono retribuzioni inferiori rispetto ai dipendenti a tempo indeterminato.

Per completare il “quadro” riportiamo qui i dati salienti di una recente indagine realizzata dal Centro Studi PIM per conto della Provincia di Milano²:

I prezzi medi degli appartamenti (1.590 Euro/mq) sono inferiori a quelli medi provinciali (1.760 euro/mq, escluse le città di Milano e di Monza), simili a quelli del Magentino, superiori a quelli del Castanese, e sono ancora in leggera crescita, in controtendenza rispetto ad altre aree della provincia. Nei comuni del Legnanese risulta una capacità volumetrica residua di circa 6.350 alloggi (pari all'8% dello stock esistente, concentrati soprattutto in Legnano, Busto Garolfo, Rescaldina e Parabiago), 240 ettari di aree a servizi comunali, 90 di servizi sovracomunali e 250 a destinazione produttiva, commerciale o polifunzionale non ancora attuati

Il Cresme stima per i comuni del Legnanese un incremento nel numero delle famiglie nel **decennio 2006-2016** tale da produrre una **domanda complessiva di abitazioni pari a 6.429 alloggi** (con un incremento dell'8,6% dello stock calcolato al 2006). Circa il 60% della domanda è concentrata in Legnano e in Dairago.

Per i comuni del Legnanese risulta al 2007 una **domanda complessiva di edilizia sociale esplicita³ di circa 2.050 alloggi**, con una proporzione leggermente inferiore alla media dei comuni della provincia (2,9% delle famiglie residenti). Circa **il 57% della domanda è concentrata in Legnano, Parabiago e Nerviano**. Se volessimo considerare le dinamiche demografiche stimate da Cresme, la domanda di edilizia sociale nel decennio dovrebbe incrementare di circa 150 unità, per un totale di circa 2.200 alloggi.

Se confrontiamo la stima della domanda attuale con il patrimonio di edilizia residenziale pubblica rilevato dalla Regione al 2004 (circa 2.100 alloggi), possiamo verificare come **la domanda non**

¹ “Prendersi cura” 1° relazione Sociale della Provincia di Milano, 2008 – pag. 21

² *Sviluppo delle politiche per l'abitare promosse dalla provincia di Milano nell'ambito dei piani d'area*, Centro Studi PIM, settembre 2008.

³ La stima della domanda totale di edilizia sociale dell'Osservatorio Metropolitano è stata fatta secondo la metodologia adottata dalla Regione Lombardia nel PRERP 2007-2009, che ha calcolato una sovrapposizione media di domande ERP e FSA pari all'11%.

soddisfatta corrisponda complessivamente a circa il 100% della domanda soddisfatta. Se potessimo rispondere alla domanda con la costruzione di altrettanti alloggi, lo stock dovrebbe quindi quasi raddoppiare. Sono soprattutto i comuni di **San Vittore Olona, San Giorgio su Legnano, Parabiago e Villa Cortese che manifestano la maggiore sproporzione fra domanda e patrimonio di edilizia residenziale pubblica.**

Nell'ipotesi massimalista di volere risolvere la domanda con la costruzione di un pari numero di alloggi, dovremmo utilizzare il 32% delle aree residenziali residue complessive, oppure, ipotesi coerente con gli indirizzi della normativa regionale, utilizzare 72 ettari, pari al 30% delle aree a destinazione servizi comunali che risultano disponibili.

L'offerta abitativa nell'Ambito

a) Politiche della casa: iniziative in corso

I finanziamenti regionali e statali sono stati assegnati, dal 2002 a oggi, a interventi nel comune di:

1. **Canegrate** (36 alloggi a canone concordato con il Piano operativo Regionale per l'attuazione del Programma nazionale di edilizia residenziale denominato "20.000 abitazioni in affitto")
2. **Legnano**, con i programmi Emergenza Abitativa 1 e 2 sono stati assegnati al Comune fondi per la realizzazione di 24 alloggi e all'Aler fondi per la costruzione o il recupero di 53 alloggi inabitabili. E' invece stato revocato il Programma Straordinario di Edilizia residenziale pubblica, di cui all'art. 21 del dl 159/2007, per il quale erano stati riconosciuti dalla Regione, come prioritari e finanziabili, gli interventi per 113 alloggi Aler. In Legnano sono anche in corso interventi per la realizzazione di nuovi alloggi a canone sociale e a canone convenzionato e per la ristrutturazione di circa 170 appartamenti, con i finanziamenti comunali e regionali del Programma Contratto di Quartiere II. E' previsto anche il concorso di finanziamenti privati, per edilizia convenzionata e per alloggi per disabili e anziani.

Altre iniziative in corso censite di recente dal CIMEP:

1. **Canegrate:** recupero di 10 alloggi a canone concordato, costruzione di 24 alloggi a proprietà differita e di 56 alloggi in vendita convenzionata.
2. **Busto Garolfo** è segnalata la costruzione o il recupero di 24 alloggi a canone sociale; sono programmati 21 + 28 alloggi in vendita convenzionata.
3. **Cerro Maggiore** sono previsti 100 alloggi in vendita convenzionata attraverso un PII.

b) Politiche abitative: iniziative in corso

L'Ambito del Legnanese, a livello sovracomunale, offre:

- buoni per la casa (prevenzione sfratto e integrazione affitto);
- n.4 alloggi per l'accompagnamento all'autonomia socio-economica e abitativa (progetto "Casa e Comunità", in partnership con Consorzio Cooperho);
- alloggi per persone in difficoltà gestiti dall'Associazione Cielo e Terra.

I Comuni offrono (direttamente, in accordo con organizzazioni del privato sociale) autonomamente l'uno dall'altro:

- Alloggi di ERP, di proprietà ALER e/o Comunale;
- Fondo Sostegno all'Affitto regionale e comunale;
- Alloggi per l'accoglienza di nuclei in condizioni socio-economiche di difficoltà;
- Dormitori/centri di accoglienza (localizzati nel Comune di Legnano);

- Servizi di bassa soglia (docce, mense dei poveri, ecc.).

La popolazione straniera

Richiamato quanto è sopra riportato sulle tendenze demografiche in generale¹, si deve aggiungere che "La popolazione straniera residente sul territorio milanese assume dimensioni assolutamente rilevanti, sia rispetto al totale della popolazione straniera presente sul territorio italiano, sia ad un confronto con la popolazione complessivamente residente nei confini provinciali"².

La popolazione straniera regolarmente residente nel milanese è quasi raddoppiata nel passato quinquennio (effetto anche dell'ultima "sanatoria"³) e i migranti costituiscono ormai il 13% della popolazione della città di Milano e l'8% di quella della provincia.

L'analisi accurata del fenomeno migratorio relativo agli stranieri dell'Ambito del Legnanese è stata favorita dall'attivazione di un percorso di conoscenza e collaborazione tra le realtà di "sportello" attive sul territorio del Distretto ("Informamondo" di Busto Garolfo, "Spazio Comune" di Nerviano, "Ufficio Stranieri" di Canegrate e "Integra-Rete" per l'Ambito di Legnano) collegato alla nascita dello sportello stranieri d'Ambito "INTEGRA-RETE", a maggio 2008. Detto percorso, che ha condiviso oltre che modalità di funzionamento di ciascun servizio anche prassi e metodi di lavoro, è sfociato anche nell'elaborazione di un documento di sintesi sulla presenza straniera nel territorio legnanese, di cui sotto si riporta uno stralcio.

- I cittadini stranieri residenti nel Distretto di Legnano al 31.12.2007 sono **9.993**, il 5,6% della popolazione residente totale, con percentuali di incidenza superiori rispetto alla media distrettuale a Legnano (il 7,6%) e a San Giorgio su Legnano (il 7%).
- Il totale delle presenze al 1 luglio 2007, stimate dall'XI Rapporto sull'immigrazione straniera nella provincia di Milano, sono di **12.940** sul Distretto legnanese, di cui 2.140 sono gli irregolari, il 16,5% del totale.
- Nel complesso dal 2002 al 2007 la popolazione straniera residente è triplicata, i minori sono quasi il 24% del totale e le famiglie con almeno uno straniero sono 4.565.
- A Legnano vive quasi la metà degli stranieri dell'Ambito (4.319), segue Parabiago (che ne raccoglie 1.230, il 12% circa) e i Comuni di Cerro Maggiore, Rescaldina e Nerviano con percentuali tra il 7 e l'8.
- Le comunità più numerose sono, nell'ordine: **albanese, marocchina, romena, ecuadoriana, cinese e peruviana**. Tale ordine non segue la classifica a livello nazionale (che vede invece Romania, Albania, Marocco, Cina e Ucraina i primi 5 paesi con più soggiornanti in Italia). Tra le prime dieci comunità nazionali nel Legnanese troviamo anche il Senegal e il Pakistan. Vi sono poi alcune specificità comunali come ad esempio:
 5. una spiccata presenza albanese (più della media distrettuale) a Dairago (37% del totale), Villa Cortese (33%) e Busto Garolfo (27%).
 6. una presenza cinese a Canegrate (è al terzo posto), a Parabiago e S. Vittore Olona (quarto posto).
 7. Una presenza significativa di romeni a Nerviano (è la prima comunità tra i comunitari con il 17% totale presenze; la prima comunità tra gli stranieri, invece, è quella marocchina) e a Dairago (seconda con il 17%).
 8. alcune peculiarità riferite a comunità minori: es. brasiliani a Parabiago, macedoni a Villa Cortese, bulgari e bosniaci a Nerviano, senegalesi e ivoriani a Rescaldina, ecc.

L'età media degli stranieri è stata fino ad ora nettamente inferiore a quella totale sia perché l'Italia è un Paese di recente immigrazione (soprattutto se paragonata a stati europei quali Francia o

¹ Pag.

² "Prendersi cura" 1° relazione Sociale della Provincia di Milano, 2008 – pag. 47

³ D.L. n. 195/2002 convertito e modificato nella L. n. 222/ 2002.

Germania) e ancora più recente è la diffusione delle pratiche di ricongiungimento per diritto di coesione familiare (indice di un processo di integrazione e stabilizzazione dell'insediamento) sia perché gli stranieri, ancora profondamente legati al Paese d'origine e alla propria cultura, tendono a restare in Italia solo fino a quando permangono condizioni lavorative ottimali (scelgono di tornare "a casa" se anziani o malati).

A rendere più giovane la popolazione straniera contribuisce anche il tasso di fecondità totale (numero medio di figli per donna in età fertile), che, per ora (il comportamento riproduttivo tende ad assumere le caratteristiche del territorio adottivo), è più alto tra le donne straniere che tra le autoctone.

Sul territorio del Distretto sono attivi quattro **Sportelli Stranieri** (altri due, a Cerro Maggiore e a San Vittore Olona, sono di prossima apertura):

- "Integra-Rete" per l'intero Ambito di Legnano,
- "Informamondo" di Busto Garolfo,
- "Ufficio Stranieri" di Canegrate,
- "Spazio Comune" di Nerviano.

A livello generale, riguardo gli sportelli, si evidenzia:

- i servizi si configurano come **punto di riferimento** per cittadini stranieri e italiani, nonché enti pubblici e privati, rispetto ai temi riguardanti il soggiorno degli stranieri sul territorio, nonché il loro orientamento all'utilizzo dei servizi esistenti
- hanno il ruolo di interlocutore privilegiato, se non unico, su tematiche specifiche (legislazione, documenti, ecc) soprattutto al servizio di **utenti regolari** (mediamente negli Sportelli del Distretto legnanese rappresentano il 95%)/**italiani**
- sono il **primo filtro** e "alleggeriscono" **gli altri uffici comunali** (si pensi alle informazioni di primo livello erogate dagli Sportelli sulle pratiche svolte dagli uffici comunali stessi e all'orientamento ai servizi specifici).

Altri interventi per le famiglie immigrate sono inoltre attivati tramite le cosiddette **Leggi "di settore" (L. n. 40)** che prestano un'attenzione particolare ai processi di integrazione nel contesto sociale dei comuni dell'ambito territoriale del Legnanese e offrono esperienze di sostegno e accompagnamento, soprattutto a donne e minori.

PREVENZIONE DIPENDENZE

Dei Comuni è il compito di attuare interventi di carattere sociale mentre le ASL devono occuparsi di interventi di natura sanitaria, ma per le problematiche legate alle dipendenze è essenziale il raccordo di detti interventi. L'integrazione operativa tra i professionisti di diversi ambiti disciplinari aumenta le possibilità per l'utente di migliorare il suo stato complessivo di benessere ed è tanto più importante quanto più precoce.

I sistemi di monitoraggio attivati dalla Regione Lombardia, infatti, mostrano che il consumo di sostanze illecite tra i giovani è in costante aumento.

Il fenomeno è importante, anche perché si diffonde e colpisce quelle generazioni di preadolescenti e adolescenti che rappresentano il patrimonio sociale su cui fondare il nostro futuro.

Sul territorio del Distretto sono attivi i sotto elencati progetti¹:

PROGETTO LIVINGSTON

Destinatari dell'intervento:

- ❑ Minori sottoposti a procedimenti penali residenti nei comuni del Piano di Zona di Legnano
- ❑ Operatori sociali che si occupano dell'utenza in questione: assistenti sociali comunali, assistenti sociali USSM, operatori dell'equipe SISL di Cerro Maggiore, operatori dell'equipe del progetto Kairos, operatori servizi dipendenze, operatori tutela minorile comunali, operatori CFP

Obiettivo generale: migliorare e rafforzare il funzionamento della rete dei soggetti che realizzano percorsi di integrazione a favore di minori con problemi penali affinché sia possibile sperimentare e stabilizzare interventi di maggiore efficacia.

Obiettivi specifici:

1. Migliorare la conoscenza e la comunicazione tra operatori appartenenti ai servizi.
2. Realizzare alcuni percorsi di integrazione sociale e lavorativa individualizzati a favore di minori con problemi penali sperimentando forme di collaborazione integrate tra diverse figure professionali.

PROGETTO NEXUS

Destinatari dell'intervento: adolescenti che iniziano ad avere delle difficoltà, che mostrano i primi segni di disagio nella loro esperienza di crescita personale e che faticano a trovare una loro identità ed un loro ruolo specifico.

Obiettivo generale: arrivare alla risoluzione di uno o più problemi specifici

Obiettivi specifici: creazione di uno **Sportello Psicologico Territoriale** che offra agli adolescenti o ai loro genitori consulenza psicologica quando i segnali di disagio non sono ancora "sintomi" riconosciuti e ben definiti, ma rimangono nell'area della sofferenza psicologica che può esprimersi anche attraverso l'utilizzo di sostanze stupefacenti.

PROGETTO PREFETTURA

Destinatari dell'intervento: soggetti fermati dalle Forze dell'ordine trovati in possesso di droga.

Obiettivo generale: invio precoce ai Servizi specialistici di utilizzatori di sostanze stupefacenti, prima che la situazione – sul piano familiare, sociale e/o psichico – sia compromessa.

Obiettivi specifici: creazione, per i soggetti non ancora problematici, di un percorso di prevenzione secondaria che aumenti la loro capacità di evitare il passaggio all'abuso.

PROGETTO MOSAICO

Destinatari dell'intervento: donne tossicodipendenti o nuclei familiari con figli minori e donne tossicodipendenti in gravidanza.

Obiettivo generale: collaborazione tra i diversi servizi coinvolti nella gestione di nuclei familiari multiproblematici.

Obiettivi specifici: creazione di programmi terapeutici personalizzati che garantiscano e presiedano tre funzioni fondamentali:

- ❑ cura dell'adulto tossicodipendente;
- ❑ cura e tutela del processo di crescita dei figli in età evolutiva;
- ❑ sostegno delle funzioni genitoriali.

¹ vedasi : “Documento a supporto delle attività di programmazione degli ambiti territoriali in tema di prevenzione delle dipendenze e comportamenti di abuso assimilabili” – ASL della Provincia di Milano n.1 – Dipartimento delle Dipendenze – Gennaio 2009

PROGETTO GIOCO D'AZZARDO

Destinatari dell'intervento: giocatori d'azzardo e loro familiari.

Obiettivo generale: azione capillare di sensibilizzazione rivolta sia alla popolazione che agli operatori dei servizi per ampliare la conoscenza della problematica.

Obiettivi specifici: azioni di prevenzione specifica, rivolte soprattutto alla fascia giovanile (scuole superiori).

PROGETTO RELIGO

Destinatari dell'intervento:

- ❑ famiglie e target a rischio;
- ❑ pre-adolescenti (10-12 anni);
- ❑ adulti/comunità.

Obiettivo generale: promozione del benessere dell'individuo globalmente inteso.

Obiettivi specifici: azioni di prevenzione selettiva nelle scuole.

AREA PREVENZIONE DIPENDENZE

BISOGNI EMERGENTI / PROBLEMI CHE SI INTENDONO AFFRONTARE

- 1) Necessità di interventi precoci di contrasto efficace al verificarsi di comportamenti a rischio
- 2) Richiesta di inserimenti lavorativi per soggetti fragili
- 3) Sensibilizzazione degli “attori” significativi del territorio

Elementi concreti / fenomeni osservabili che rendono “visibile” l’esistenza dei bisogni individuati

- 1) Dati dell’Osservatorio sulla diffusione del consumo
- 2) Dati servizi SERT e NOA
- 3) Richieste delle scuole di interventi di prevenzione (universale e selettiva)
- 4) Casi di penale minorile legati all’uso di stupefacenti registrati nell’Ambito
- 5) Dati dell’Osservatorio Regionale per la Prevenzione (PREVOLAB)

FATTORI POSITIVI

1. esistenza di vari progetti avviati da parte di ASL e PdZ sia sul territorio (Nexus, Livingston, Religo, Mosaico, Prefettura), sia nelle scuole (progetti Legge R. 23)
2. rete istituita tra i servizi dipendenze del territorio e le Forze dell’Ordine
3. collaborazione Enti/ASL sancita dal nuovo Piano di Zona

CRITICITA’ / VINCOLI

1. mancanza di una chiara enucleazione delle competenze e di protocolli d’intesa tra le parti (Enti Locali, ASL, Terzo Settore, Forze dell’Ordine, Scuole)
2. durata limitata dei progetti attivati e incertezze sul prosieguo
3. aumento numerico dei soggetti a rischio per comportamenti di dipendenza
4. situazione socio-economica difficile
5. azioni di SISL/NIL di Ambito rivolte più ai soggetti disabili che a quelli fragili

OBIETTIVI DI MANTENIMENTO / POTENZIAMENTO

- a. prosecuzione delle attività/progetti esistenti (spesso trasversali con Area Minori)

OBIETTIVI DI SVILUPPO / INNOVAZIONE

1. costruzione di una rete tra i servizi territoriali e le Istituzioni, con il coinvolgimento dei consultori familiari e dell’Azienda Ospedaliera

<u>INTERVENTI / AZIONI</u>	<u>INTERVENTI / AZIONI</u>
<ol style="list-style-type: none">1. adottare una programmazione di medio-lungo periodo abbandonando definitivamente gli interventi spot, confermando e ampliando per quanto possibile i progetti in corso2. monitorare regolarmente i progetti in corso per poter realizzare una valutazione oggettiva al termine del triennio3. integrare la partecipazione al Tavolo Tematico con la presenza di operatori del Dipartimento Dipendenze Asl, del Distretto e, a seconda degli argomenti trattati, degli operatori dei progetti attivi e i referenti degli Istituti Scolastici che realizzano la prevenzione (per es. progetti Legge 23)	<ol style="list-style-type: none">1. sviluppo di collegamenti e sinergie tra i progetti esistenti con SISL di Ambito e NIL di Nerviano (trasversale Area Disabili)2. redazione di protocolli d'intesa per l'estensione dei progetti attivati dall'ASL

AREA PROBLEMATICHE ABITATIVE

BISOGNI EMERGENTI / PROBLEMI CHE SI INTENDONO AFFRONTARE

1. Necessità di una sistemazione abitativa economicamente accessibile/sopportabile sia per soggetti storicamente a rischio d'emarginazione che per famiglie temporaneamente fragili.
2. Necessità di una mappa delle risorse del territorio (strutture, progetti, risorse umane/associazioni ecc.).

Elementi concreti / fenomeni osservabili che rendono “visibile” l'esistenza dei bisogni individuati

- ❑ Liste d'attesa per l'assegnazione di un alloggio d'ERP dei Comuni dell'Ambito;
- ❑ Richieste contributo Fondo Sociale Affitti ai Comuni dell'Ambito;
- ❑ Richieste titoli housing sociale all'ufficio Piano di Zona;
- ❑ Report del Centro Ricerche Economiche Sociologiche e di Mercato per l'edilizia e il territorio (CRESME)

FATTORI POSITIVI

1. esistenza di diverse strutture di accoglienza per soggetti in diverse condizioni di fragilità economico-sociale
2. pieno utilizzo delle risorse (regionali, comunali, Piano di Zona ..) per la prevenzione di sfratti e per l'integrazione degli affitti

CRITICITA' / VINCOLI

1. incremento degli sfratti a causa della crisi economica
2. difficoltà a reperire terreni per edificare nuove abitazioni da destinare a progetti di housing sociale e/o ad affitti calmierati/sociali
3. alloggi privati tenuti sfitti
4. assenza di convenzioni tra gli Enti locali e i Gestori delle strutture d'accoglienza esistenti

OBIETTIVI DI MANTENIMENTO / POTENZIAMENTO

1. prosecuzione delle attività/progetti esistenti
2. prosecuzione dell'erogazione dei buoni “prevenzione sfratto” e “accesso agevolato alla locazione privata”

OBIETTIVI DI SVILUPPO / INNOVAZIONE

1. messa in rete dei servizi di accoglienza esistenti per la definizione di una carta dell'accoglienza d'ambito
2. messa in rete delle risorse e degli “attori-risorsa” presenti sul territorio in tema di accoglienza e di abitare sociale

INTERVENTI / AZIONI

prosecuzione delle attività/progetti esistenti:

- proseguimento progetti “Casa e Comunità” e “Riabitare”

INTERVENTI / AZIONI

messa in rete dei servizi di accoglienza esistenti per la definizione di una carta dell'accoglienza d'ambito:

<ul style="list-style-type: none">➤ monitoraggio e valutazione dei due progetti, prevedendo anche momenti di coordinazione degli stessi <p>Prosecuzione dell'erogazione dei buoni "prevenzione sfratto" e "accesso agevolato alla locazione privata":</p> <ul style="list-style-type: none">➤ mantenimento dello stanziamento per l'erogazione dei buoni casa➤ monitoraggio dei progetti di reinserimento sociale avviati attraverso l'erogazione dei buoni	<ul style="list-style-type: none">➤ mappatura delle strutture esistenti➤ definizione di una carta dell'accoglienza d'ambito (servizi offerti, modalità di accesso, target ospiti, caratteristiche del servizio, ecc.) per la condivisione con altri soggetti/enti che intercettino situazioni di disagio/emarginazione (Centri d'ascolto, Servizi Sociali Comunali, Forze dell'Ordine, Croce Rossa, ecc.) <p>messa in rete delle risorse e degli "attori-risorsa" presenti sul territorio in tema di accoglienza e di abitare sociale:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ avvio di uno studio di fattibilità volto all'individuazione di un soggetto che possa fare da regia per la gestione delle politiche dell'abitare e che sia in grado di suscitare/attivare risorse latenti nel territorio
---	--

AREA STRANIERI	
BISOGNI EMERGENTI / PROBLEMI CHE SI INTENDONO AFFRONTARE	
1) Integrazione/orientamento migranti 2) Sostegno “interlocutori” migranti (compagni, datori di lavoro ecc)	
elementi concreti / fenomeni osservabili che rendono “visibile” l’esistenza dei bisogni individuati	
<input type="checkbox"/> Dati raccolti dagli sportelli stranieri <input type="checkbox"/> Dati registrati dalle diverse scuole d’italiano <input type="checkbox"/> Dati anagrafici dei Comuni dell’Ambito <input type="checkbox"/> Relazione sociale della Provincia	
FATTORI POSITIVI	CRITICITA’ / VINCOLI
1. riconferma e ampliamento dei progetti in essere da parte del Tavolo Politico 2. presenza di associazioni per l’insegnamento della lingua italiana in quasi tutti i comuni del distretto 3. presenza di quattro sportelli stranieri già attivi nel distretto 4. esistenza di un’Unità di strada (LULE) 5. aumento della popolazione straniera 6. esistenza a Legnano dei servizi: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>docce <input type="checkbox"/>mensa giornaliera <input type="checkbox"/>ambulatorio 	1. mancanza di omogeneità nei servizi offerti dai diversi sportelli 2. scarso utilizzo della mediazione interculturale ex Legge 40 3. aumento delle presenze irregolari a causa della perdita di lavoro, determinata dalla crisi economica, con conseguente perdita dei titoli di soggiorno 4. aumento della popolazione straniera
OBIETTIVI DI MANTENIMENTO / POTENZIAMENTO	OBIETTIVI DI SVILUPPO / INNOVAZIONE
1. prosecuzione di attività/progetti esistenti: <ul style="list-style-type: none"> b. sportelli stranieri c. formazione e albo badanti (OBIETTIVO COMUNE AREA ANZIANI) d. spazio interculturale per famiglie 	1. messa in rete e ampliamento numerico degli sportelli rivolti ai migranti (Cerro Maggiore e San Vittore Olona) 2. counseling e tutoring per percorsi di inserimento e accompagnamento lavorativo rivolti a donne immigrate (legge 40) 3. avvio corso tate (legge 40) 4. pubblicizzazione degli interventi in atto a favore delle vittime della tratta

INTERVENTI / AZIONI	INTERVENTI / AZIONI
<p>Sportelli stranieri:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ offerta di percorsi formativi rivolti al pubblico e al privato sociale su tematiche interculturali/riguardanti il fenomeno migratorio ➤ utilizzo di mediatori linguistico culturali all'occorrenza ➤ coinvolgimento delle organizzazioni del privato sociale, particolarmente quelle dell'associazionismo e del volontariato attive sul territorio, nella partecipazione al tavolo emarginazione <p>Spazio famiglie interculturale (legge n. 40):</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ mantenimento dei servizi già offerti 	<p>Sportelli stranieri:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ aperture ulteriori sportelli nei comuni di Cerro Maggiore e San Vittore Olona ➤ offerta di servizi innovativi come l'invio on-line delle pratiche di soggiorno dei cittadini stranieri, grazie al Protocollo ANCI/Ministero dell'Interno/Piano sociale di Zona <p>Spazio famiglie interculturale:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ ampliamento dei servizi offerti con attività di counseling e tutoring finalizzati all'inserimento lavorativo, soprattutto femminile ➤ avvio corso tate comune sia a donne straniere che italiane <p>“Assistenti familiari”(Trasversale area Anziani): Diffusione informazione sugli esiti del primo ciclo di formazione e andamento inserimenti lavorativi conseguenti</p> <p>Vittime della tratta: Promozione del numero verde contro la tratta</p>

Cap.7: L'integrazione socio-sanitaria nella programmazione zonale

L'Azienda ASL al fine di rendere operativo il modello della rete dei servizi integrati ha individuato, a partire dalle aree indicate nel DPCS 2009 e dalle azioni avviate e in corso di realizzazione nei diversi territori dell'ASL, alcune priorità:

AREA DEI SERVIZI

1) ADI

Tale area assume una rilevanza strategica in quanto destinata a:

- supportare la persona "fragile" e la sua famiglia;
- evitare il ricorso "improprio" alla residenzialità;
- consolidare percorsi di inclusione sociale;
- evitare l'emarginazione della persona "fragile" e della sua famiglia;

sostenendo il centrale ruolo della famiglia nella "cura" della persona fragile e nell'evitare il "peggioramento" delle condizioni cliniche che spesso costituisce una causa di ricoveri ospedalieri "inappropriati".

L'ADI come bisogno complesso viene erogata in ambito distrettuale e deve essere programmata ed organizzata come progetto unitario, coinvolgendo i due diversi referenti istituzionali degli interventi sanitari e sociali, l'Azienda e il Comune.

In linea generale nel corso del biennio 2009-2011 l'ASL in collaborazione con gli Uffici di Piano intende sostenere e migliorare il processo di presa in carico integrata delle persone in situazione di bisogno, attraverso la definizione di un protocollo operativo

Il sistema per gli interventi ed i servizi domiciliari si sono ispirati, negli anni, al modello delle domiciliarizzazione delle prestazioni, (intendendo per domicilio il normale ambiente di vita della persona, sia essa la propria abitazione, sia una struttura comunitaria, casa di riposo o casa protetta a residenzialità permanente) e si presentano, sempre più spesso, con una forte valenza integrativa delle prestazioni, per la natura e la complessità dei bisogni a cui si rivolge. Si connota, altresì, per l'unitarietà d'intervento basato sul concorso progettuale di apporti professionali, sanitari e di protezione sociale organicamente inseriti nel progetto assistenziale personalizzato, e per questo motivo, non può essere lasciato ai singoli accordi locali e alla disponibilità degli operatori.

La continuità assistenziale che il sistema garantisce si basa sulla condivisione degli obiettivi, delle responsabilità e sulla complementarietà delle risorse necessarie per il raggiungimento dei risultati di salute.

Un Sistema Integrato per i Servizi e gli Interventi Domiciliari, così inteso, come componente organizzativa del più ampio sistema di welfare locale, comprenderà diversi tipi di assistenza a domicilio che si distinguono per la maggiore o minore intensità assistenziale, per il numero e la competenza professionale specifica degli operatori e per il livello operativo territoriale e integrato coinvolto, al fine di sviluppare una reale integrazione

Un sistema integrato per i Servizi e gli interventi domiciliari è finalizzato a creare le condizioni per responsabilizzare i cittadini e renderli il più possibile autonomi e garantire la permanenza dei soggetti nel proprio domicilio o contesto socio-familiare

- Evitando ogni forma di emarginazione,
- Evitando i ricoveri impropri in istituto o in ospedale, se non strettamente necessari;
- Anticipando le dimissioni ospedaliere e le deistituzionalizzazioni

Nell'ambito del percorso di standardizzazione delle procedure di assistenza domiciliare si intende sostenere e sviluppare una modalità di presa in carico della persona, in particolare la persona non autosufficiente, attraverso un piano individualizzato di assistenza, sviluppando modalità di valutazione del bisogno di prestazioni sociosanitarie e socio-assistenziali.

INTERVENTI/AZIONI	<p>Definizione di un percorso di presa in carico della persona non autosufficiente attraverso programmi personalizzati, flessibili, con percorsi integrati tra assistenza a domicilio, centri diurni assistiti /ricovero di sollievo ed il supporto/integrazione al ruolo della famiglia nel lavoro di cura e di assistenza.</p> <p>Gli elementi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Adeguato sistema di accesso, valutazione e presa in carico e di accompagnamento</u> • <u>Interventi di sostegno al domicilio</u> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Assegno di cura</i> • Assistenza domiciliare • <i>Programma di emersione, regolarizzazione e qualificazione del lavoro delle assistenti familiari.</i> • <i>Offerta di opportunità residenziali per ricoveri temporanei e di sollievo</i> • <u>Strutture residenziali</u> • <u>Centri diurni</u> <p>Definizione della gamma degli interventi che consentono il mantenimento a domicilio e da prevedere nel PAI (teleassistenza/telesorveglianza; ass. domic; acc. sollievo; pasto; trasporto; attività di gruppo, assistenti familiari, interventi di adattamento domestico)</p> <p>Definizione delle modalità di presa in carico integrata attraverso la sperimentazione mirata di specifici strumenti quali: <i>programma unico integrato, unico responsabile operativo del PAI, unica cartella socio-sanitaria</i></p>
MODALITA' ATTUAZIONE	<p>DI</p> <ul style="list-style-type: none"> • dovrà essere costituita una commissione composta da rappresentanti dell'ASL, dell' U.d.P. e del Terzo settore, con il compito di operare sulla produzione di procedure di PIC in unità di offerta; - dovranno essere individuate le unità d'offerta che si intende coinvolgere attraverso una rilevazione delle principali tipologie di prestazioni finora erogate, ivi compresa l'erogazione di contributi per adattamento domestico e/0 tecnologico effettuato nell'ambito della legge 23 - mappatura dei soggetti a rischio di isolamento e solitudine in base alla specificità territoriale - mappatura e messa in rete di tutti i soggetti che nel territorio svolgono iniziative e si rendono disponibili ad aderire ad una logica di rete - Elaborazione del PAI, i suoi contenuti e le modalità di

	<p>condivisione di una scheda unica.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sostegno all'associazionismo e al volontariato per promuovere: <ul style="list-style-type: none"> o iniziative a carattere informativo ma anche di riflessione sui cambiamenti in atto e diversi bisogni degli anziani del futuro prossimo (es: maggiore presenza femminile, cambiamenti culturali e di stili di vita) o sperimentazione del ruolo dei volontari care giver: interventi formativi -
RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> - Miglioramento della qualità delle prestazioni a sostegno della persona non autosufficiente e del proprio contesto di vita (familiare) - Elaborazione di strumenti operativi condivisi - Maggior flessibilità delle risorse e degli interventi in funzione del bisogno/benessere della persona non autosufficiente - Elaborazione e approvazione di scheda unica informatizzata comprensiva di PAI integrato - Stabilizzazione di un sistema integrato e coordinato di intervento - Sostegno alle reti di solidarietà

Nello specifico l'ASL, di intesa con gli Uffici di Piano, svilupperà, altresì, modalità di potenziamento e qualificazione delle prestazioni socio sanitarie e socio assistenziali delle persone non autosufficienti affetti da patologie neurologiche evolutive.

INTERVENTI/AZIONI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gli UdP definiscono gli interventi socio-assistenziali qualificanti l'assistenza dell'utenza target e delle modalità di erogazione dei titoli sociali, tenuto conto del piano delle prestazioni professionali di assistenza domiciliare in essere sul proprio territorio ▪ L'ASL definisce gli strumenti dell'assistenza socio-sanitaria come potenziamento/qualificazione degli interventi per favorire la permanenza al domicilio ▪ Gli UdP e l'ASL definiscono interventi innovativi a favore degli utenti non assistibili al domicilio per complesse comorbilità (es. ricoveri intermedi presso RSA)
MODALITA' ATTUAZIONE	<p>DI</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Definizione della popolazione assistibile a partire dalle banche dati ASL e UdP nell'area neurologica evolutiva. ▪ Definizione delle regole di accesso al sistema integrato socio-sanitario e socio-assistenziale ▪ Definizione delle modalità integrate di gestione/presa in carico degli utenti (nell'ambito del su citato protocollo operativo per la definizione di un Sistema Integrato per i Servizi e gli Interventi Domiciliari) ▪ Monitoraggio dei risultati <p>L'erogazione delle risorse finanziarie da parte dell'ASL avverrà secondo le modalità già praticate nel sistema ADI/Voucher attuato secondo le indicazioni regionali e declinato sulla base dell'esperienza sviluppata in ASL.</p> <p>Sono previsti diversi profili di diversa intensità assistenziale:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - credit e voucher socio-sanitari per rispondere ai bisogni nell'area geriatria (prioritariamente assistenza infermieristica e assistenza riabilitativa con supporto assistenziale) - assistenza domiciliare di cure palliative per malati terminali che sarà oggetto di rimodulazione nel corso del 2009 in attuazione della dgr 7915 - nuovi profili assistenziali per pazienti affetti da SLA in attuazione della dgr 7915 - definizione/intensificazione di profili assistenziali rivolti a pazienti affetti da patologie neurologiche evolutive
RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modalità integrate fra ASL e UdP nella gestione delle richieste di intervento da parte di utenti fragili nell'area neurologica evolutiva ▪ Presa in carico integrata di pazienti fragili con patologie neurologiche evolutive ed erogazione di titoli socio-sanitari e socio-assistenziali ▪ Definizione di interventi innovativi a favore degli utenti target

Il suddetto intervento è a carico delle risorse di cui alla dgr 8243 (progetti ASL).

2) PUNTI UNICI DI ACCESSO

Una Progressiva organizzazione e attivazione di punti per l'accesso integrato sanitario e sociale è importante obiettivi nell'ambito del diritto alla salute dell'individuo, sia esso singolo e componenti di un nucleo familiare.

L'avvio di punti unici di accesso è finalizzato a fornire informazioni e orientamento al cittadino, risolvere problemi semplici, rinviare i casi di maggior complessità verso le sedi e i servizi adeguati, aggiornamento della rete informativa dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali del territorio.

L'ASL di intesa con gli Uffici di Piano intende:

A) Sviluppare una rete di punti unici attraverso i quali fornire informazioni all'utenza fragile in modo trasversale rispetto all'accesso ai servizi socio-assistenziali e socio-sanitari.

B) Realizzare una anagrafica per agevolare la conoscenza quantitativa e qualitativa del fenomeno "utenza fragile".

INTERVENTI/AZIONI	<p>Obiettivo A</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mappatura dei punti di accesso al pubblico esistenti sul territorio appartenenti alle Amministrazioni comunali (segretariato sociale), ai distretti dell'ASL (sportelli fragilità) al Terzo settore (sportelli informazioni). • Analisi delle competenze specifiche dei punti di accesso sopra indicati, delle materie trattate e delle richieste provenienti dall'utenza. • Individuazione delle competenze da assegnare ai "punti unici di accesso" e delle figure professionali necessarie. • Individuazione sul territorio di un minimo di due punti unici di accesso ove sperimentare sinergie tra i soggetti coinvolti (sportello fragilità/segretariato sociale/sportelli informazioni). • Realizzazione e sperimentazione di strumenti informatici a
-------------------	---

	<p>disposizione degli operatori per la raccolta dati (es. schede individuali) e per evadere le richieste (es. attraverso la rete).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verifica della sperimentazione rispetto alle esigenze dell'utenza, alla qualità percepita, al coinvolgimento dei soggetti; di seguito, eventuali azioni correttive ed estensione del progetto sul territorio. • Predisposizione di un piano di formazione rivolto al personale dei punti unici di accesso ed avvio delle iniziative di formazione. • Creazione di una sezione "dedicata" sul sito aziendale rivolto all'utenza fragile con possibilità di interagire per richiedere e ricevere informazioni. <p>Obiettivo B</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mappatura delle banche dati esistenti tra i soggetti coinvolti. • Individuazione dei dati e delle informazioni utili al perseguimento dell'obiettivo. • Costruzione dello strumento informatico atto a contenere i dati e rappresentare l'anagrafica dell'utenza fragile.
<p>MODALITA' DI ATTUAZIONE</p>	<p>Un gruppo di lavoro composto da un rappresentante per ufficio di piano, un rappresentante per distretto, un rappresentante per distretto individuato dal tavolo del terzo settore, coordinati dal responsabile dell'U.O.C. Pianificazione zonale.</p> <p>Per l'obiettivo B il gruppo di lavoro dovrà essere integrato da un rappresentante dell'U.O.C. Osservatorio Epidemiologico.</p>
<p>RISULTATI ATTESI</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Maggiore integrazione tra servizi socio-sanitari e socio-assistenziali al fine di omogeneizzare gli interventi all'utenza. – Miglior accesso della persona fragile alla fruizione dei servizi. – Migliore conoscenza della realtà territoriale.

Il suddetto intervento è a carico delle risorse di cui alla dgr 8243 (progetti ASL).

3) CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Attivare percorsi di cura integrati tra ospedale e territorio (e viceversa), in grado di colmare quel vuoto assistenziale che, oltre a essere negativamente percepito dal paziente quale abbandono istituzionale, può compromettere il buon esito delle cure e condurre alla medicalizzazione di condizioni anche non strettamente sanitarie.

La continuità assistenziale deve altresì svolgere una "funzione cerniera tra la realtà ospedaliera e quella territoriale, e deve agire da garante della continuità delle cure per i soggetti .

Il miglioramento dell'assistenza si rivolge in primo luogo all'area delle cronicità e delle fragilità altamente invalidanti, nonché al potenziamento della cura della terminalità.

E' prioritaria la realizzazione di percorsi di continuità assistenziale sia con le strutture sanitarie che socio sanitarie accreditate, siano esse RSA e ex IDR riclassificati.

Quanto sopra in un'ottica di stretto collegamento e responsabilizzazione con le realtà territoriali locali, nel quadro di una gestione integrata, per il pieno utilizzo delle risorse disponibili per i titoli sociali ai fini dell'integrazione socio san e socio ass.

Accanto a ciò è previsto il potenziamento di “formule” di assistenza domiciliare dove saranno declinati nuovi profili di cura.

Particolare attenzione si intende porre all'AREA PEDIATRICA.

Nel corso del 2008 è stato, infatti, avviato un progetto sperimentale denominato “L'ASL amica dei bambini: integrazione ospedale-territorio e tutela delle fragilità nell'assistenza pediatrica”.

Il progetto si propone di:

- avviare una analisi epidemiologica delle principali fragilità in età pediatrica
- sperimentare modalità di presa in carico delle fragilità pediatriche secondo il modello del case management
- a partire da fragilità più note e di cui già parzialmente esistono forme di coordinamento degli interventi assistenziali, si procederà a definire le patologie a maggiore complessità assistenziale e a sperimentare profili di cura più appropriati in continuità con l'ospedale, i PLS ed i servizi territoriali socio-sanitari e sociali
- favorire la conoscenza dell'uso dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali da parte di bambini e genitori

4) PROGRAMMAZIONE DELLA RETE LOCALE DEI SERVIZI SOCIALI E SOCIO SANITARI

Nell' ambito dell'applicazione dell'articolo 14 ex LR 3/08: Collaborazione ASL – Comuni per lo svolgimento delle funzioni proprie di vigilanza e controllo sulle unità d'offerta sociali si procede alla definizione del protocollo in sede di Assemblea Distrettuale e a relativa applicazione operativa, attraverso la sottoscrizione dei singoli Comuni.

(allegato Intesa)

Contestualmente si prevede l'attivazione di un tavolo di lavoro, formato dall'ASL MI 1 – nelle sue articolazioni organizzative competenti - e dai Responsabili degli Uffici di Piano che si riunirà con scadenza almeno bimestrale al fine di concorrere, ognuno per le funzioni di propria competenza, alla programmazione di un sistema integrato della rete locale dei servizi e delle strutture sociali e socio-sanitarie e di condividere saperi utili alle decisioni delle politiche in campo di assistenza sociale e socio sanitaria.

Le principali azioni dovranno essere finalizzate agli sviluppi del sistema attraverso la programmazione della rete locale con la condivisione dei seguenti elementi:

- consistenza quali-quantitativa aggiornata delle reti articolate per tipologia di Unità d'offerta e di servizi, e loro distribuzione territoriale
- esiti della vigilanza routinaria al fine di monitorare e migliorare la qualità dell'offerta
- rilevazione dei bisogni della popolazione di pertinenza al fine di verificare la congruità dell'offerta rispetto alla domanda
- osservazioni circa l'appropriatezza e l'efficacia dei servizi
- informazioni sulla tipologia degli assistiti a qualsiasi titolo e sul consumo di risorse
- altri elementi utili allo sviluppo del futuro sistema di accreditamento delle Unità di offerta della rete sociale
- costruzione di un sistema di flussi finalizzato alla costituzione di un osservatorio permanente sul welfare locale.

5) IL SISTEMA INFORMATIVO INTEGRATO

DESCRIZIONE MACRO OBIETTIVO: Sostenere e sviluppare le opportune sinergie operative tra i diversi attori istituzionalmente coinvolti nel processo di valutazione dei bisogni di area sociale e sociosanitaria.

MODALITA' DI LAVORO:

- a) integrazione delle informazioni disponibili per la valutazione dei bisogni di area sociale e sociosanitaria
- b) attivazione di un sistema informativo integrato presso i punti unici di accesso;

AZIONI: In raccordo con gli Uffici di Piano si procederà ad elaborare sinergie operative ad integrazione delle specifiche competenze a valenza sociale e sociosanitaria.

FASI:

- ⇒ Identificazione delle informazioni mirate al processo di valutazione di bisogni
- ⇒ Definizione e sviluppo del sistema informativo a supporto e sviluppo del processo di valutazione di bisogni
- ⇒ Acquisizione delle anagrafiche e dei dati di riferimento: l'acquisizione sarà per via telematica con elevato automatismo, periodica e continuativa
- ⇒ Disponibilità di strumenti informativi che consentano l'analisi dei casi individuali integrando dati presenti presso i diversi attori coinvolti; lo strumento dovrà rispettare criteri di sicurezza per l'accesso al dato, indicativamente sarà web-based disponibile ad utenti certificati tra i quali i punti unici di accesso

STRUMENTI: condivisione e formalizzazione di protocolli operativi, sviluppo del sistema informativo.

EVENTUALI ESPERIENZE PREGRESSE CHE SI VUOLE SISTEMATIZZARE:

- acquisizione presso la ASL delle anagrafi dei residenti,
- costruzione e gestione delle anagrafi di cittadini potenzialmente fragili per età, stato e condizioni di salute,.

Le risorse saranno in parte relative agli operatori Osservatorio Epidemiologico ASL

Le risorse economiche per lo sviluppo del sistema informativo (in parte ex dgr 8243 e aggiuntive)

AREA DEI BISOGNI

DISABILITÀ

DESCRIZIONE MACRO OBIETTIVO: Costruzione di una rete tra gli attori che a vario titolo sono coinvolti nella vita del soggetto affetto da autismo

MODALITA' DI LAVORO: Presa in carico attraverso gli sportelli fragilità del disabile affetto da autismo con il supporto del coordinatore di rete.

AZIONI:

- **Definizione di Linee guida** per la stesura di un Progetto Educativo Individualizzato secondo le indicazioni definite dalla S.I.N.P.I.A (Società italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza)
- **Costruzione di un "Diario di vita"** attraverso un data base informatico ad accesso selettivo e protetto. Il data base informatico si propone di valorizzare tutti gli attori che sostengono il percorso di vita e sarà per questo dinamico, cioè accessibile ed aggiornabile dai soggetti titolati alla presa in carico.
- **Mappatura delle risorse territoriali** pubblicata sul sito già esistente www.reteautismo.it.
- **Informazione ed orientamento** attraverso la realizzazione della Carta dei servizi per l'autismo
- **Formazione.** Si prevede la realizzazione di una attività formativa realizzata con diverse metodologie didattiche e contenuti a secondo del target di riferimento (PLS/MMG, operatori scolastici e dei servizi, terapisti della riabilitazione). Ci si prefigge lo scopo di generare un fenomeno "a cascata" che si caratterizzi come "formazione di formatori".

Trattasi di progetto regionale a valenza sperimentale, con risorse vincolate.

"TUTELA" MINORI

DESCRIZIONE MACRO OBIETTIVO: Sostenere e sviluppare una sinergia operativa tra i diversi attori istituzionalmente coinvolti nel delicato processo di consulenza e presa in carico dei minori

MODALITA' DI LAVORO: a) Formazione ed integrazione degli operatori consultoriali in ambito diagnostico;
b) attivazione di "centri professionali di mediazione familiare"

AZIONI: In raccordo con gli Uffici di Piano si procederà prioritariamente ad una elaborazione delle sinergie operative inerenti le due macro aree ad integrazione delle specifiche competenze a valenza sociale e sanitaria.

FASI:

- ⇒ Prima ricognizione delle iniziative progettuali già avviate
- ⇒ Ricognizione del personale dei CF già in servizio ed in possesso dei requisiti di cui sopra per le due macro aree
- ⇒ Definizione della proposta formativa per entrambe le macro aree
- ⇒ Attivazione di momenti di confronto con le buone prassi esistenti nel territorio ed a livello regionale
- ⇒ Attivazione di percorsi di sensibilizzazione in contesti di particolare rilevanza
- ⇒ Attivazione dei servizi di mediazione familiare

STRUMENTI: Stesura di un protocollo operativo, condivisione e formalizzazione.

Il suddetto intervento è a carico delle risorse di cui alla dgr 8243 (progetti ASL).

PROMOZIONE ALLA SALUTE

DESCRIZIONE MACRO OBIETTIVO: Promozione dell'allattamento al seno, intervento multidisciplinare integrato per i disturbi del comportamento alimentare, prevenzione, individuazione e trattamento precoce dei disturbi psichici gravi in età giovanile, individuazione e trattamento della depressione in gravidanza e nel postpartum.

MODALITA' DI LAVORO: Creazione di un'azione integrata tra i diversi ambiti territoriali e strutture ASL sulla progettazione dei piani integrati locali di promozione della salute.

AZIONI: Analisi del contesto, diagnosi locale per definire le priorità, programmazione degli interventi

EVENTUALI ESPERIENZE PREGRESSE CHE SI VUOLE SISTEMATIZZARE: protocolli UNICEF allattamento al seno e certificazione ASL amica dei bambini.

PREVENZIONE DEL DISAGIO MINORILE

DESCRIZIONE MACRO OBIETTIVO: Definizione di un modello operativo condiviso per tutti e 7 gli ambiti distrettuali nella presa in carico del minore con particolare riguardo alla valutazione delle competenze genitoriali. Sostenere e sviluppare risposte a genitori e bambini che necessitano di sostegni relazionali, ma che non presentano caratteristiche e problematiche tali da giustificare una presa in carico dei servizi stessi. Promuovere modalità di collaborazione stabile tra sistema dei servizi.

MODALITA' DI LAVORO: Formalizzazione di un tavolo di lavoro centrale (ASL EELL AO)

AZIONI: Definizione delle aree, degli indicatori, dei servizi e delle integrazioni operative

STRUMENTI: Stesura di un protocollo operativo, condivisione e formalizzazione.
(possibile collegamento con area mediazione familiare e progetto mosaico in termini di coprogettazione).

VIOLENZA DOMESTICA ED IVG

DESCRIZIONE MACRO OBIETTIVO: Implementare le competenze professionali degli operatori consultoriali e dei servizi territoriali sulla delicata tematica della violenza domestica. Sensibilizzare gli operatori ad una condivisione e formalizzazione delle metodologie con la quale viene accolta e seguita la donna che si presenta con una richiesta di IVG, finalizzata ad una presa in carico globale della persona, della coppia, della famiglia alla luce dei cambiamenti sociali e culturali di questi anni

MODALITA' DI LAVORO: Definizione di un tavolo di lavoro interistituzionale.

AZIONI: Definizione di due proposte formative aperte agli esterni.

STRUMENTI: Stesura di accordi operativi interistituzionali al fine di definire un protocollo integrato di presa in carico.

EVENTUALI ESPERIENZE PREGRESSE CHE SI VUOLE SISTEMATIZZARE: Convegno 19.02.2009 : "La violenza domestica alle donne"

PRESA IN CARICO MINORI SOTTOPOSTI A PROVVEDIMENTI DELL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA

DESCRIZIONE MACRO OBIETTIVO:

Individuazione di percorso operativo che, con il concorso delle specifiche competenze sociali e sanitarie, assicuri la presa in carico integrata del minore, con attenzione a:

- garantire la continuità degli interventi;
- definire buone prassi operative per la presa in carico complessiva dei minori sottoposti a procedimento penale;
- attivare accordi interistituzionali che migliorino le modalità comunicative e definiscano il rapporto di collaborazione tra i diversi soggetti coinvolti;
- definizione di procedure operative efficaci, in grado di realizzare le connessioni necessarie e la dovuta integrazione tra i diversi servizi coinvolti, ponendo al centro degli interventi l'interesse del minore, con un progetto unitario in particolare laddove esista una presenza di più provvedimenti dell'autorità giudiziaria (penali, civili e/o amministrativi).

MODALITA' DI LAVORO:

Definizione di un tavolo di lavoro interistituzionale

Costituzione di équipes territoriali miste composte da operatori dei diversi servizi che operano nell'area prevedendo momenti di incontro preliminari per consentire la costruzione di un modello condiviso di intervento , valorizzando le esperienze maturate nei diversi servizi del territorio, ottimizzando le risorse esistenti e integrando il progetto con gli interventi presenti e previsti nell'area adolescenziale e con interventi da realizzarsi con popolazioni target contigue.

AZIONI: Ricognizione delle iniziative progettuali già avviate
Ricognizione del personale ASL, EELL, AO
Definizione di un percorso formativo
Attivazione di momenti di confronto con le buone prassi esistenti nel territorio ed a livello regionale
Attivazione di percorsi di sensibilizzazione in contesti di particolare rilevanza
Attivazione di un percorso a carattere sperimentale di mediazione penale (ipotesi di centro polivalente nel Castanese).

STRUMENTI: Stesura protocolli operativi, condivisione e formalizzazione.

ABUSO MINORI

DESCRIZIONE MACRO OBIETTIVO: potenziare ed ampliare gli interventi già in essere nel campo della prevenzione e del trattamento delle situazioni di abuso sessuale; mettere in rete le risorse e creare un raccordo istituzionale stabile, allo scopo di mantenere un osservatorio costantemente aggiornato sul fenomeno e sui bisogni conseguenti, nonché sulle risposte più adeguate che gli enti possono mettere in campo in un'ottica sinergica.

MODALITA' DI LAVORO:

Definizione di un tavolo di coordinamento a carattere interistituzionale per la definizione di linee d'indirizzo, che individuano un percorso definito sulle procedure da seguire e su quali servizi coinvolgere nei casi di sospetto abuso/maltrattamento, e le iniziative formative e di prevenzione da attivare, mettendo in raccordo le risorse e le azioni di ciascuna istituzione interessata con specifico protocollo d'intesa.

AZIONI

- Formazione del personale afferente ai consultori relativa alla diagnosi e cura nelle situazioni di rischio evolutivo (riferimenti legislativi sopra esposti e circolare 37/2007;
- Incontri di informazione e sensibilizzazione rivolto al personale sanitario con particolare attenzione al personale dei poliambulatori, del pronto soccorso, ai medici di base e al personale sociale (servizio sociale di base, personale afferenti all'area tutele ecc.) ed a soggetti del terzo settore operanti nell'area sul tema della violenza
- Definizione di equipe a valenza specialistica: individuazione di personale già in servizio ed in possesso di abilitazione all'esercizio della professione di mediatore familiare e/o formazione specialistica e definizione di modalità di collaborazione con le agenzie del privato sociale (ivi compresi i CF privati/accreditati)

STRUMENTI: definire un protocollo integrato di presa in carico

Il suddetto intervento è a carico delle risorse di cui alla dgr 8243 (progetti ASL).

TOSSICODIPENDENZA E GENITORIALITA'

DESCRIZIONE MACRO OBIETTIVO: Stesura di specifico protocollo operativo volto a garantire la contestuale protezione dei minori e la promozione della genitorialità nei nuclei familiari in cui sono presenti adulti con problematiche di dipendenza (e di salute mentale) e figli minori, ovvero donne in gravidanza con le medesime problematiche.

Il protocollo è lo strumento finalizzato a garantire:

- La valutazione del rischio per il minore, prima di un qualsiasi provvedimento dell'Autorità Giudiziaria;
- La valutazione delle competenze genitoriali, limiti e potenzialità, nei casi di non accesso spontaneo degli adulti ad un servizio;
- Il ripristino dell'esercizio delle competenze genitoriali, il supporto alle stesse e la mediazione dei conflitti.

MODALITA' DI LAVORO:

TAVOLO CENTRALE DI GOVERNO DEGLI ACCORDI

I soggetti firmatari del presente protocollo, istituiscono un "Tavolo Centrale di Governo degli Accordi", unico per tutto il territorio ASL, formato da:

- Un Dirigente – Responsabile dei Servizi Sociali Comunali, in rappresentanza di tutti i Comuni del singolo Ambito, per il numero di Ambiti sottoscrittori del protocollo;

- Il Direttore di ogni Distretto, cointeressato al protocollo;
- Un Dirigente del Dipartimento Salute Mentale, per ogni Azienda Ospedaliera firmataria dell'accordo;
- Il Dirigente del Dipartimento Dipendenze dell'ASL MI1, che presiede il Tavolo.

Il Tavolo Centrale svolge i seguenti compiti:

- Valuta l'andamento delle collaborazioni tra servizi e propone eventuali integrazioni o correttivi, rispetto a quanto previsto dal protocollo;
- Promuove iniziative informative e formative sulle tematiche oggetto del protocollo.

Il Tavolo Centrale si insedia dopo la sottoscrizione dei protocolli ed è convocato ordinariamente ogni semestre. È attivato straordinariamente per affrontare e risolvere eventuali problemi organizzativo – gestionali che dovessero sorgere in qualche Ambito Distrettuale.

TAVOLO DISTRETTUALE

Il Tavolo Distrettuale, istituito in occasione della stesura delle bozza di protocollo, resta in funzione per l'anno di sperimentazione, svolgendo le seguenti funzioni:

- Monitoraggio della casistica, in particolare l'efficacia nella presa in carico e il buon funzionamento delle équipe integrate, su modulistica fornita dal "Gruppo di Regia", avendo come interlocutrici le singole équipe costituite sui singoli nuclei familiari;
- Organizzazione e gestione di percorsi formativi, comuni ai diversi profili professionali che operano nei nuclei integrati;
- Soluzione di eventuali conflitti che potrebbero sorgere nelle singole équipe integrate, in relazione alla gestione dei progetti personalizzati;
- Condivisione di eventuali aggiunte da apportare alle intese sottoscritte, riguardanti problematiche da presidiare e metodologie e strumenti interprofessionali. Tali aggiunte, condivise sul Tavolo, diventano operative senza ulteriori sottoscrizioni, attraverso una comunicazione ai sottoscrittori e agli operatori.

Il Tavolo Distrettuale si incontra a cadenza periodica, secondo le esigenze locali. Si suggerisce almeno una cadenza quadrimestrale.

Ai lavori del Tavolo partecipa, come è avvenuto nella fase di costruzione del protocollo, un rappresentante del Gruppo di Regia, istituito presso il Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL MI1.

GRUPPO DI REGIA

Presso il Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL MI1 resta attivo, per l'anno di sperimentazione del protocollo, il "Gruppo di Regia", con le seguenti funzioni:

- Predisposizione di strumenti tecnico – metodologici per il monitoraggio periodico della casistica e per la verifica e valutazione finale della sperimentazione;
- Partecipazione, attraverso un proprio delegato, ai lavori di monitoraggio periodico sulla casistica, effettuato dai Tavoli Distrettuali;
- Supporto tecnico, se necessario, al coordinatore del Tavolo Centrale di Governo degli Accordi, per la predisposizione di progetti informativo – formativi.

AZIONI

- Costituzione di équipe integrate sui singoli nuclei familiari, così come previsto nei protocolli distrettuali previsti dal progetto Mosaico locale, con la partecipazione di operatori di SerT/NOA, Consulteri, EELL, AO.
- Monitoraggio della correlazione tra le problematiche della dipendenza degli adulti con figli minori e le problematiche di rischio e di tutela dei figli;
- Organizzazione di percorsi formativi comuni per i diversi profili professionali che operino nei gruppi di lavoro integrati.

- Graduale coinvolgimento di altre istituzioni del territorio cointeressate, per competenza, alle problematiche affrontate.
- Verifica e valutazione della qualità e dell'equità dell'accesso della casistica alla progettazione e gestione integrata e dell'efficacia dei processi di aiuto.

STRUMENTI: Allegato 1) parte comune protocolli operative – Allegato 2) linee guida

Il suddetto intervento è a carico delle risorse di cui alla dgr 8243 (progetti ASL).

GESTIONE DEI CASI DI TUTELA, CURATELA E AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

DESCRIZIONE MACRO OBIETTIVO: Tutelare, con la minore limitazione possibile della capacità di agire, le persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, mediante interventi di sostegno temporaneo o permanente.

Definire un percorso integrato, dove responsabili dei servizi sanitari e sociali direttamente impegnati nella cura e assistenza della persona possano proporre al giudice tutelare il ricorso per la nomina dell'Amministratore di sostegno o a fornirne comunque notizia al pubblico ministero, ove sia a conoscenza di fatti tali da rendere opportuna l'apertura del procedimento di amministrazione di sostegno.

MODALITA' DI LAVORO: Definizione di procedura di convenzionamento tra Asl e servizi sociali comunali.

AZIONI :

- 1) Azione formativa rivolta agli operatori del sistema dei servizi (sociale, sanitario e socio sanitario)
- 2) Sottoscrizione di apposita convenzione per la gestione in delega della funzione da parte dell'ASL
- 3) Promozione e sviluppo di progetti sperimentali mirati (collegamento con il progetto individualizzato)

STRUMENTI:

Schema di convenzione.

L'azione formativa verrà promossa all'interno del piano formativo aziendale con risorse mirate e vincolate.

Cap.8: Verso un Sistema Informativo Sociale di Ambito

L'articolo 19 della L.R. 3/2008 "Sistema informativo della rete sociale e sociosanitaria" prevede il concorso delle ASL, degli Enti Locali, singoli ed associati, e dei gestori delle unità d'offerta alla realizzazione ed utilizzo di tale sistema ai fini programmatici (rilevazione dei bisogni, verifica della congruità dell'offerta rispetto alla domanda, monitoraggio dell'appropriatezza e della efficacia delle prestazioni, rilevazione ed analisi del livello di soddisfazione dei cittadini circa la qualità delle prestazioni e dei servizi erogati).

Al fine di dare attuazione a tale norma, i Comuni e l'ASL Milano 1 hanno stabilito, all'interno dell'Intesa operativa sottoscritta per l'attuazione della Legge regionale 3/2008, le seguenti collaborazioni finalizzate alla costruzione e all'utilizzo di un sistema informativo della rete sociale e socio-sanitaria, rispettivamente di pertinenza comunale e ASL, ai fini programmatici:

- a) viene attivato un tavolo di lavoro, formato dall'ASL MI 1 – Direzione sociale e dai Responsabili degli Uffici di Piano che si riunirà con scadenza bimestrale al fine di concorrere, ognuno per le funzioni di propria competenza, alla programmazione di un sistema integrato della rete locale dei servizi e delle strutture sociali e socio-sanitarie e di condividere saperi utili alle decisioni delle politiche in campo di assistenza sociale e socio sanitaria;
- b) la ASL MI 1 – Direzione sociale e gli Uffici di Piano condivideranno quegli elementi ritenuti utili per l'analisi degli sviluppi del sistema e per la programmazione della rete locale dei servizi sociali e socio-sanitari, quali:
 - consistenza quali-quantitativa aggiornata delle reti articolate per tipologia di Unità d'offerta e di servizi, e loro distribuzione territoriale
 - esiti della vigilanza routinaria al fine di monitorare e migliorare la qualità dell'offerta
 - rilevazione dei bisogni della popolazione di pertinenza al fine di verificare la congruità dell'offerta rispetto alla domanda
 - osservazioni circa l'appropriatezza e l'efficacia dei servizi
 - informazioni sulla tipologia degli assistiti a qualsiasi titolo e sul consumo di risorse
 - altri elementi utili allo sviluppo del futuro sistema di accreditamento delle Unità di offerta della rete sociale
 - costruzione di un sistema di flussi finalizzato alla costituzione di un osservatorio permanente sul welfare locale.

Partenariato con la Provincia di Milano: Progetto formativo di ambito allargato per l'elaborazione comune di un sistema di indicatori di controllo statistico.

Oltre alla suddetta collaborazione con l'ASL Milano 1, i Comuni dell'Ambito di Legnano intendono realizzare nel triennio 2009-2011 un progetto interdistrettuale che prevede, in sinergia con altri Ambiti territoriali dell'ASL Milano 1 e in partenariato con l'Osservatorio per le Politiche Sociali della Provincia di Milano, un percorso di formazione e contestuale applicazione sul campo di indicatori statistici relativi a:

- dotazione di servizi (in rapporto alla popolazione target);
- grado di copertura della domanda di servizi;
- analisi degli indicatori di spesa e di produttività
- analisi dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi

L'intervento sarà rivolto ai responsabili degli UdP e si articolerà in un ciclo di incontri formativi rivolti ai responsabili dei servizi sociali comunali e agli amministratori degli enti locali, in ordine alle metodologie e alle tecniche della programmazione quantitativa.

Scopo fondamentale è la costruzione di indicatori di programmazione (indicatori strutturali di fabbisogno), indicatori di domanda (curve epidemiologiche, ecc...) ed indicatori di omogeneità e composizione della spesa per welfare, da utilizzarsi anche nella logica del benchmarking tra territori omogenei per caratteristiche sociali e culturali.

Cap.9: Il Piano economico-finanziario

Secondo le linee di indirizzo regionali, la programmazione delle risorse economico finanziarie deve tener conto dell'obiettivo di costituire, a livello di ambito, un "sistema di budget unitario" in cui le varie risorse, derivanti dai diversi canali (risorse del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali – FNPS, risorse del Fondo Sociale Regionale – ex circolare 4, risorse autonome dei Comuni, eventuali altre risorse) concorrano alla realizzazione delle azioni previste dal Piano di Zona.

Tale compito è certamente ambizioso e allo stesso tempo arduo, da un lato perché i Comuni dell'ambito distrettuale hanno iniziato da poco tempo a ragionare collettivamente sulla programmazione di un insieme così articolato di risorse e non più solo sul fondo nazionale della Legge 328/2000, dall'altro perché le suddette risorse non sono costanti, vengono assegnate con cadenza annuale e subiscono talvolta contrazioni importanti.

Per quanto riguarda le risorse relative alla prima annualità del triennio 2009-2011, la Regione Lombardia ha inviato in data 19 marzo 2009 una nota nella quale ha comunicato agli ambiti territoriali che l'assegnazione di tali risorse è ancora in fase di elaborazione e che, in accordo con ANCI, si è stabilito di anticipare l'invio delle tabelle di riparto che saranno oggetto di deliberazione da parte della Giunta regionale, in modo da consentire agli ambiti di predisporre il piano economico dei nuovi Piani di zona.

Alla luce delle tabelle fornite, le assegnazioni spettanti all'Ambito legnanese risultano le seguenti:

- Fondo Nazionale Politiche Sociali: € 1.428.641,00 (con una riduzione di € 185.831,00 rispetto alla precedente assegnazione del dicembre 2007 pari a €1.614.472,00)
- Fondo Sociale Regionale: € 1.555.396,00 (con una riduzione di € 96.201,00 rispetto alla precedente assegnazione di € 1.651.597,90)
- Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze: € 399.769,00

Complessivamente, quindi, il totale delle risorse assegnate per il 2009 è di € 3.383.806,00 (superiore di € 117.736,10 rispetto al totale delle risorse del 2008, che assommando FNPS e FSR ammontavano a € 3.266.069,90). In aggiunta alle suddette fonti di finanziamento, vanno considerate anche le risorse che metterà a disposizione la Provincia nel contesto del partenariato (€ 100.000,00 per l'anno 2009, rispetto a € 200.000,00 delle precedenti annualità).

A partire dalle suddette cifre, tenendo conto degli obiettivi illustrati nei precedenti capitoli, sono state elaborate le TABELLE ALLEGATE, che illustrano nel dettaglio la ripartizione del budget specificando per ciascuna area e per ciascuna tipologia di intervento l'entità delle risorse destinate e i rispettivi canali di finanziamento:

- Tabella BUDGET ANNO 2009
- Tabella BUDGET ANNO 2010
- Tabella BUDGET ANNO 2011
- Tabella RIEPILOGO TRIENNALE

Nell'articolare la programmazione economico-finanziaria si è tenuto conto:

- dell'esistenza di residui delle annualità precedenti, che sono stati inseriti nel budget della prima annualità del triennio (2009);
- di una stima di risorse costanti per la seconda e la terza annualità (2010 e 2011) derivanti dalle assegnazioni del Fondo Nazionale Politiche Sociali, del Fondo Sociale Regionale e del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze;

- della necessità di prevedere, a partire dalla seconda annualità (2010), una partecipazione diretta dei Comuni al finanziamento di alcune tipologie di intervento, al fine di poter mantenere costanti i livelli di erogazione delle prestazioni e dei servizi di ambito.

(VEDI TABELLE ALLEGATE)

Il Fondo di solidarietà

All'interno del budget unico costituito con i canali di finanziamento sopra elencati, è stato istituito il fondo sociale di solidarietà, come già previsto dalla L.R. 34/2004, art. 4, per il sostegno degli oneri a carico dei comuni per gli interventi obbligatori derivanti dall'affido familiare o dall'ospitalità in strutture residenziali per i minori sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria.

La norma prevedeva che il fondo dovesse essere destinato in favore dei comuni con popolazione non superiore ai 5.000 abitanti; l'ambito territoriale legnanese ha operato la scelta di istituire il fondo anche se l'unico Comune che si trovava al di sotto di tale soglia (Dairago) l'ha superata nel corso dell'anno 2006, estendendo quindi la possibilità di accedere al fondo a tutti i comuni dell'ambito.

Il fondo è stato costituito con risorse residue delle due prime triennali e la dotazione finanziaria del fondo ammonta a Euro 24.680,00 .

Al momento della stesura del presente documento di Piano non sono state espressamente definite le modalità di utilizzo del fondo , né sono state previste eventuali altre tipologie di destinazione.

Cap.10: Il disegno di valutazione del Piano di Zona

L'importanza della valutazione è dettata innanzitutto dalla sua funzione di accompagnamento alla programmazione, sia nella sua fase definitoria che nel corso di attuazione degli indirizzi del piano. Oggi la valutazione è ancora agita molto raramente in quest'ottica e molto spesso viene realizzata solo in concomitanza della scadenza del piano e per la definizione della nuova programmazione. Non rappresenta un momento di riflessione e monitoraggio che accompagna in itinere il percorso di attuazione della programmazione, ma per lo più rappresenta un momento ex-post di raccolta e analisi retroattiva dei dati e delle informazioni, al fine di trarre indicazioni di orientamento utili per definire nuovi indirizzi.

L'ambito di Legnano ha sempre cercato di porre molta attenzione al tema della valutazione, sperimentando già nelle precedenti triennali strumenti e modelli di valutazione, in particolare su alcuni temi giudicati particolarmente rilevanti:

- la valutazione dei tavoli tematici, che ha portato alla ridefinizione più funzionale dell'assetto di governance con il terzo settore;
- la valutazione in chiave rendicontativa del piano di zona utilizzando dati del debito informativo che ha prodotto una serie di indicatori di *accountability* del piano.

E' importante pertanto dare continuità e sistematizzazione ad una pratica esistente.

Ultima ragione che determina l'importanza della valutazione è il richiamo del legislatore regionale ad includere nel terzo piano di zona anche questa fase del ciclo programmatico delle politiche sociali dell'ambito, richiamando in modo più preciso la definizione di indicatori di risultato e a porre l'attenzione sul rispetto di alcuni standard (titoli, compartecipazione alla spesa da parte dei comuni, % di impegno di spesa assegnata...) che saranno probabilmente utilizzati in chiave premiante per la distribuzione delle risorse.

IPOTESI PROGETTUALE

Stante queste premesse si propone la definizione e l'attuazione di un sistema di valutazione del piano, come parte fondante della strategia di programmazione delle politiche sociali dell'ambito, che accompagni il piano di zona legnanese alla definizione di *piani attuativi annuali*, sulla base di un periodico monitoraggio dell'attuazione del piano e della sua valutazione in itinere.

Si propone un impianto valutativo focalizzato su tre livelli:

- a. la Governance, ovvero l'integrazione con altri soggetti e altre politiche
- b. contenuti di policy e indirizzi strategici
- c. il sistema delle risorse

Questi tre assi rappresentano i tre oggetti di valutazione del piano nel corso del triennio.

LA VALUTAZIONE DELLA GOVERNANCE

La valutazione della governance del piano focalizzerà l'attenzione sull'integrazione realizzata dalle politiche e gli interventi sociali nel territorio.

L'integrazione sarà valutata su un triplice livello:

- *professionale-operativo*: ovvero tra operatori dell'area sociale e sanitaria, condividendo pratiche di presa in carico e favorendo momenti di confronto e integrazione interdisciplinare;
- *tecnico-organizzativo*: ovvero prevedendo la definizione di procedure e protocolli di azione adottati congiuntamente da strutture/organizzazioni dell'area sociale e sanitaria;

- *politico-istituzionale*: ovvero promuovendo accordi e intese tra istituzioni.

Si ipotizza una valutazione in due step (1° step: In itinere - a un anno di vigenza del piano e 2° step: finale - a chiusura del triennio) a partire dalla definizione di un disegno di valutazione che, dati gli obiettivi del terzo piano di zona, definirà dimensioni e criteri rilevanti dal punto di vista dell'integrazione. Si può ipotizzare sin da ora che alcune delle dimensioni rilevanti potranno essere:

- l'integrazione intercomunale e la dimensione d'ambito
- l'integrazione sociosanitaria,
- l'integrazione con la scuola e le politiche educative e dell'istruzione in genere,
- l'integrazione con l'amministrazione provinciale,
- l'integrazione socio lavorativa e socio abitativa
- l'integrazione con il terzo settore

Obiettivo della valutazione sarà quello di fornire elementi significativi per rinforzare o riorientare l'assetto di governance del piano. In ipotesi tale valutazione sarà condotta mediante la realizzazione di interviste in profondità a stakeholder significativi per la *governance* del territorio.

LA VALUTAZIONE DEI CONTENUTI DI POLICY E INDIRIZZI STRATEGICI (Periodicità: annuale)

Oltre alla definizione di un quadro generale annuale sullo stato di realizzazione degli obiettivi del piano, si prevede la selezione di 1 indirizzo di policy per annualità (es. sostegno alla domiciliarità, promozione della genitorialità...) sui quali realizzare affondi valutativi in termini di output (quanto è stato realizzato), outcome (che risultati ha prodotto , in termini di volume di utenza servita, soddisfazione generata, in termini di mutamenti e miglioramenti organizzativo gestionali portati...) dove possibile in termini di impact (che utilità/cambiamenti ha generato, considerando come fonti possibili gli stessi destinatari delle misure proposte dal piano).

LA VALUTAZIONE DEL SISTEMA DELLE RISORSE

Il progetto si propone di replicare periodicamente l'elaborazione di dati e informazioni di monitoraggio, a partire dall'impegno dettato dal debito informativo nei confronti della regione (domiciliarità, titoli, spesa sciale, rendiconto economico finanziario pdz, circolare 4).

Si è visto come i piani di zona lombardi, in particolare l'attività degli uffici di piano, ad oggi siano concentrati prevalentemente nella sola raccolta del dato da trasferire poi al livello regionale, raramente tali dati vengono utilizzati in ottica valutativa. Sarebbe opportuno invece ottimizzare lo sforzo di raccolta del dato in chiave di apprendimento e riflessione *trattando* il dato al fine di trarne indicazioni complessive su aspetti di interesse. In particolar modo

- Sull'utenza e le sue caratteristiche
- Comportamento comunale e dimensione d'ambito
- Sulla distribuzione delle risorse

Il piano di zona del legnanese ha iniziato un percorso in questa direzione, pertanto l'ipotesi su questo fronte è quella di dare continuità al sistema di rilevazione ed elaborazione definito in chiusura del secondo piano di zona, potendolo realizzare in itinere (e non ex post) e precisandolo su obiettivi particolarmente strategici per questa terza triennialità.