



COMUNE DI PIEVE EMANUELE

UFFICIO DI PIANO
DISTRETTO SOCIALE 6 ASL MI2



PIANO DI ZONA 2015 - 2017

Programmazione e attuazione di politiche, servizi e interventi integrati per la promozione e lo sviluppo del territorio

dei Comuni coincidenti con il Distretto Sociale 6 ASL Milano 2
Ente Capofila Comune di Pieve Emanuele,
Binasco, Casarile, Lacchiarella, Noviglio, Vernate, Zibido San Giacomo

PIANO DI ZONA 2015/2017

INDICE

PREMESSA:	Programmazione e attuazione di politiche, servizi e interventi integrati per la promozione e lo sviluppo del territorio 2015 - 2017	Pag. 3
Cap. 1	LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE A LIVELLO LOCALE - Metodologia e approccio	Pag. 4
Cap. 2	LA VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI del Piano di Zona 2012-2014	Pag. 7
	2.1. La valutazione dei servizi/interventi gestiti in maniera associata	Pag. 8
	2.2. La valutazione dei processi/azioni di sistema e degli interventi di nuova implementazione	Pag. 10
Cap. 3	L'ANALISI DEL TERRITORIO	Pag. 19
	3.1 La premessa metodologica	Pag. 19
	3.2 Il Distretto Sociale 6	Pag. 19
	3.3 Dimensione sociale e bisogni emergenti	Pag. 21
Cap. 4	LA PROGRAMMAZIONE DEL DISTRETTO 2015-2017	Pag. 35
	4.1 INTEGRAZIONE TRA I COMUNI	Pag. 38
	4.2 CURA E ASSISTENZA	Pag. 43
	4.3 INTEGRAZIONE SOCIALE E AUTONOMIA	Pag. 49
	4.4 ISTRUZIONE E FORMAZIONE	Pag. 52
	4.5 PROMOZIONE DEL BENESSERE	Pag. 54
	4.6 Processi di Valutazione	Pag. 56
	4.7 Budget Unico e Risorse Economiche	Pag. 57
Cap. 5	ANALISI DEL CONTESTO TERRITORIALE NELLA ASL MI 2: “Il contesto: quadro epidemiologico e caratteristiche sociodemografiche”	Pag. 61
Cap. 6	L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	Pag. 84
	CONCLUSIONI	Pag. 112

PREMESSA

Programmazione e attuazione di politiche, servizi e interventi integrati per la promozione e lo sviluppo del territorio 2015 – 2017

Prima di accompagnare il lettore in un percorso, speriamo interessante, di raccordo tra il triennio appena concluso e quello che ci accingiamo a vivere insieme, crediamo sia importante fare cenno ai principi ispiratori del Piano di Zona 2015-2017.

Non possiamo non partire dalla stessa definizione scelta per rappresentarne le istanze più significative. *Programmazione e attuazione di politiche, servizi e interventi integrati per la promozione e lo sviluppo del territorio*, infatti, contiene in sé significati e orientamenti plurimi e disegna l'orizzonte verso cui intendiamo rivolgere il nostro sguardo.

Riteniamo fondamentale, infatti, ragionare in termini di **programmazione strategica**, ovvero fondata su un dialogo efficace tra la lettura dei bisogni espressi dalla collettività e l'attivazione di processi di cooperazione tra attori locali. Vogliamo quindi che la programmazione diventi non un fatto occasionale, ma un processo regolare di *governance* territoriale. Abbiamo estrema necessità di strategie a medio-lungo termine, sufficientemente condivise, e di oggetti di lavoro sui quali concretamente sperimentarci.

Ma un'adeguata programmazione non può non legarsi ad un altro concetto chiave, l'**integrazione**. Così come indicato con chiarezza da Regione Lombardia, per integrazione si intende la messa in comune di tutte le risorse che un territorio possiede e che, anzi, troppo spesso rimangono tesori nascosti. In particolare, le **conoscenze**, le **risorse** e i **servizi**, in un continuum da cui non è più possibile prescindere.

Il primo e fondamentale livello di ricomposizione necessario è quello delle informazioni e delle conoscenze: la frammentazione del sistema ha indotto ognuno degli attori a programmare sulla base delle proprie risorse, sviluppando sistemi informativi separati e non integrati con quelli di altri soggetti.

L'offerta di servizi erogata dai Comuni appare ancora eterogenea, con livelli di spesa molto differenti. Ma non solo: nel nostro Ambito, sino a poco tempo fa ritrovavamo una profonda varietà di regolamenti, difformi criteri di accesso e di compartecipazione dei cittadini.

Anche l'integrazione delle risorse si pone come tema centrale, sia in termini di ottimizzazione della spesa comunale sia in quelli più squisitamente legati all'efficacia e alla qualità delle risposte ai cittadini.

Nel Piano di zona 2015-2017, quindi, abbiamo cercato di tracciare un percorso ambizioso, certo, ma aiutati dai punti cardinali descritti in precedenza, sforzandoci di addivenire ad una sintesi unitaria delle diverse voci del territorio, da quella degli Enti locali a quelle preziose delle agenzie del terzo settore, dai servizi specialistici agli organi politici.

Siamo convinti che il presente documento possa acquisire una sempre maggiore qualificazione quale strumento unico di programmazione generale e operativa dei servizi alla persona, basata sulla verifica dei risultati ottenuti, oltre che volta al miglioramento del sistema di offerta.

Nel corso delle pagine seguenti troverete una puntuale descrizione dei processi di valutazione del triennio precedente e un'attenta sintesi degli esiti della programmazione coordinata dall'Ufficio di Piano, nonché un'interessante lettura socio demografica del territorio del Distretto Sociale 6.

- 1 -

LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE A LIVELLO LOCALE

Metodologia e approccio

La programmazione di un sistema così complesso di servizi e interventi per i prossimi tre anni ha reso necessario uno sguardo al passato e un'attenta analisi del modello di programmazione adottato per la definizione del Piano di Zona 2012/2014.

Quest'ultimo si fondava e caratterizzava per un grosso investimento dell'Ufficio di Piano nel lavoro con la rete del territorio. Nel 2012, infatti, era parso necessario rafforzare la rete territoriale e ridefinirne le funzioni in un'ottica di co-responsabilità. E non a caso, fu naturale pensare e inserire una chiara e rappresentativa definizione di quel momento storico già nel titolo stesso del Piano di zona 2012-2014: *Patto locale di sviluppo del territorio - Lavorare insieme per un sistema di Welfare condiviso*. Ed è proprio grazie a quell'intuizione e agli sforzi che ne conseguirono che oggi la rete appare ben consolidata, come pure i livelli di partecipazione ai processi di welfare territoriali.

La metodologia partecipativa, utilizzata all'epoca, era fortemente spinta dal bisogno di trovare un'identità ad un territorio geograficamente poco in rete, privo di reti, facile alla disgregazione e alla frammentazione e, per il quale, sentivamo la grande necessità di trovare una visione "comune" per il futuro. La più plurale possibile. L'obiettivo era ricomporre gli sguardi, restituendo dignità e valore ad ognuno di essi e, allo stesso tempo, fare in modo che il documento di programmazione del Piano di Zona appartenesse a tutti loro (perché tutti ne avevano preso parte).

Si delineò un percorso maieutico, che richiese grande investimento per tutta la rete e che richiese all'Ufficio di Piano un lavoro prevalentemente di ascolto.

Nel corso di questi anni, pur con le dovute contraddizioni e imperfezioni, abbiamo consolidato questo approccio partecipativo assumendolo come modello di funzionamento dell'Ufficio di piano verso il territorio distrettuale.

In questa nuova fase di programmazione, ormai consolidata **l'identità della rete territoriale**, sentiamo la necessità di partire da essa per investire nuove energie e risorse agli oggetti della programmazione più che ai processi. Si è ritenuto di poter privilegiare l'elaborazione di nuovi modelli di risposta ai bisogni, innovativi e strategici, e la riprogettazione di servizi e interventi che, pur previsti nel triennio precedente, non hanno potuto vederne l'attuazione.

Inoltre, alla luce delle interessanti suggestioni ricevute dalla partecipazione ai gruppi di lavoro tematici proposti dalla Regione Lombardia, e con l'intento di rendere il percorso di programmazione più snello e sostenibile per tutti, l'Ufficio di Piano ha assunto un ruolo più propositivo, elaborando ipotesi di lavoro (*produzione di materiali e documenti*) da ridefinire e completare nel corso degli incontri con la rete.

Il **processo programmatico** (rappresentato dallo schema riportato alla tabella A) si è articolato in **due fasi**, durate circa un anno, durante le quali sono stati coinvolti soggetti diversi e con differenti modalità di lavoro, secondo un programma flessibile che si è ridefinito *in itinere*. Sono stati garantiti momenti costanti di restituzione e confronto e tutti i documenti prodotti nei tavoli di programmazione, elaborati dall'Ufficio di Piano, sono stati integrati e modificati dai soggetti che hanno partecipato al lavoro, al fine di rendere gli stessi il punto di incontro dei differenti sguardi.

FASE 1 – Valutazione Piano di Zona 2012/2014 e aggiornamento diagnosi sociale

I lavori di questa fase sono durati circa 6 mesi, durante i quali sono state ri-esplorate le risorse del territorio, valutati gli esiti degli interventi/processi/servizi previsti dal precedente Piano di Zona e ridefiniti i bisogni del territorio (relativamente ai cittadini, alle Amministrazioni locali ed, in generale, a tutti gli attori sociali presenti nel Distretto).

Di seguito le principali azioni svolte:

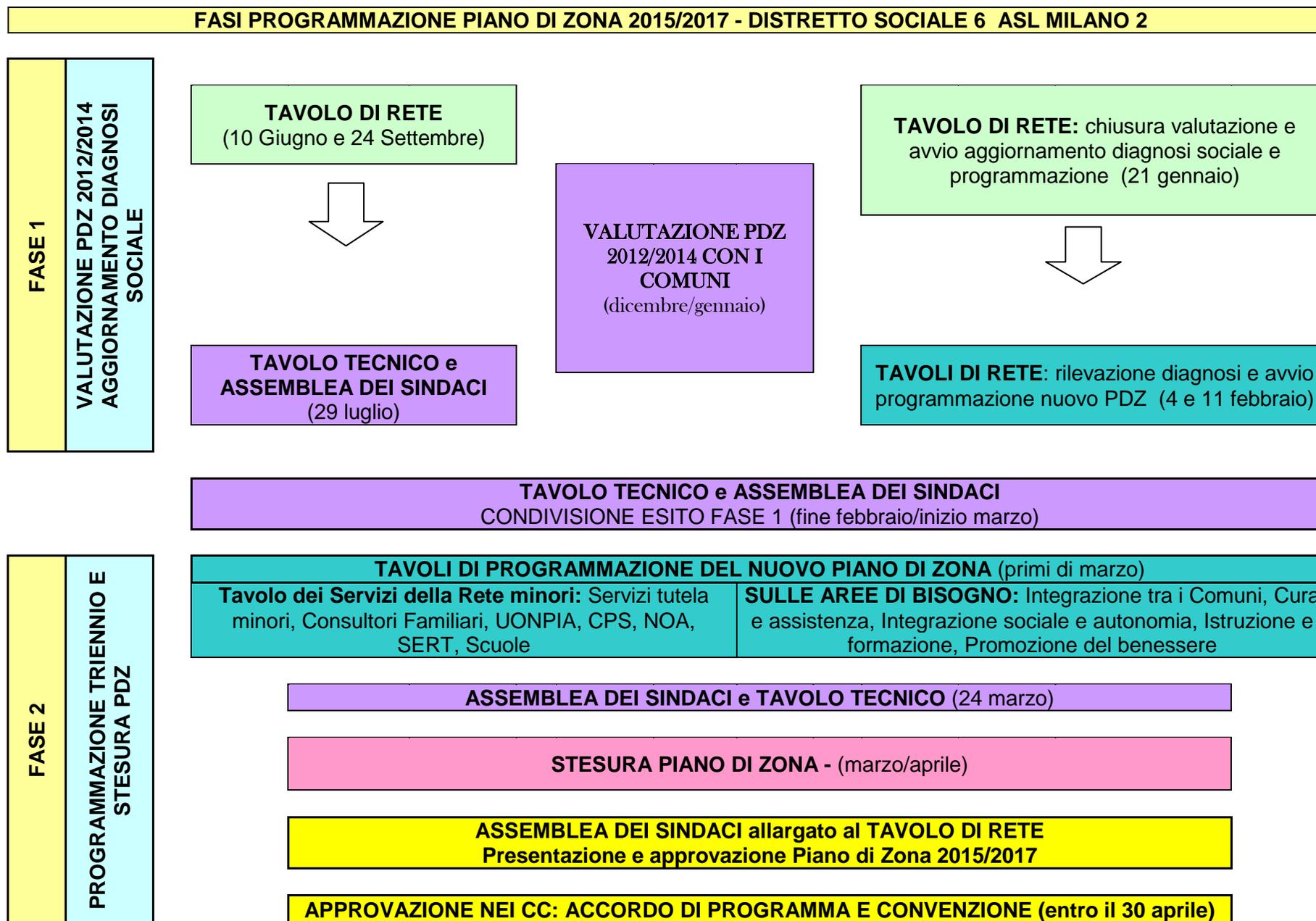
- aggiornamento delle risorse del territorio;
- incontri con la rete territoriale per la valutazione degli interventi e dei processi previsti dal Piano di Zona 2012/2014;
- incontri con la rete territoriale per la ridefinizione dei bisogni del territorio (non solo quelli dei cittadini);
- incontri con i Comuni e con gli enti erogatori per la verifica sui servizi distrettuali gestiti nel triennio 2012/2014.

FASE 2 – Programmazione Piano di Zona 2015/2017

I lavori di questa fase sono durati circa 3 mesi, durante i quali si è giunti alla definizione del sistema di interventi e azioni, utili a dare risposta a quanto emerso nel lavoro della fase precedente e all'elaborazione del documento di programmazione triennale, nel rispetto delle Linee di Indirizzo regionali.

Le principali azioni svolte sono state:

- incontri di programmazione degli interventi/progetti/servizi/azioni di sistema da realizzare nel triennio 2015/2017;
- elaborazione e stesura del Piano di Zona 2015/2017;
- incontro conclusivo di presentazione del nuovo Piano di Zona per l'approvazione e adesione da parte di tutti i soggetti coinvolti (Amministrazioni locali, ASL Milano 2, Terzo settore, Istituzioni scolastiche, Servizi specialistici territoriali, Sindacati, ...).



- 2 -

LA VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI del Piano di Zona 2012-2014

L'elaborazione del Piano di Zona 2012/2014 è stata caratterizzata da un grande sentimento di incertezza sul futuro generato da alcune condizioni di quel particolare momento storico:

- ✓ il periodo di crisi economica vissuto a livello nazionale;
- ✓ la necessità delle pubbliche Amministrazioni di ridurre le spese a fronte di un aumento dei bisogni complessi dei cittadini;
- ✓ l'impossibilità di definire una specifica programmazione d'intervento in assenza di un programma sui trasferimenti economici destinati ai Distretti sociali;
- ✓ l'ipotesi ventilata che i Piani di Zona potessero essere svuotati delle competenze loro assegnate.

Per tali motivazioni si era ritenuto strategico prospettare un vero e proprio cambiamento nella programmazione sociale a livello di Ambito. Si era deciso di lavorare ad un cambiamento del modello di *governance* territoriale e all'avvio di un processo di riconfigurazione delle politiche di *welfare* distrettuali.

Il percorso evolutivo che si decise di intraprendere fu orientato da tre grandi finalità che guidarono la programmazione zonale:

- la necessità di **dare centralità ai bisogni** (*attraverso un nuovo approccio nell'esplorazione dei bisogni del territorio*)
- la necessità di **ripensare l'offerta** (*attraverso Gruppi di lavoro e Tavoli tematici da convocare nel corso del triennio*)
- la necessità di **generare responsabilità diffusa** (*attraverso un grande investimento nel riconoscimento e nella valorizzazione della Rete territoriale*).

Riteniamo che tali finalità possano, e debbano, ancora rappresentare l'orizzonte della nostra programmazione d'ambito in quanto l'arco temporale sufficiente per generare dei cambiamenti concreti e misurabili debba essere almeno di due triennali.

Differentemente dai Piani di Zona precedenti, nei quali veniva definito il piano degli interventi da realizzare nel triennio con le relative scelte d'investimento economico, il Piano di Zona 2012/2014, infatti, si propose come uno strumento di comprensione delle trasformazioni sociali e come un *Laboratorio sociale* capace di generare nuove strategie.

Il Piano di Zona 2012/2014, da un lato, intendeva agire sul consolidamento dei servizi e degli interventi ritenuti strategici ed essenziali e, dall'altro, elaborare ed implementare, in un lavoro *in progress*, nuovi modelli di risposta ai bisogni del territorio.

Come rappresentato nel capitolo precedente la programmazione del nuovo Piano di Zona 2015/2017 è stata avviata partendo dalla valutazione degli interventi e dei processi previsti dal Piano di Zona che si sta per concludere. Compito non semplice in assenza di specifici strumenti di valutazione in particolare per le azioni di sistema/processi di nuova implementazione per i quali, infatti, nel corso del triennio non sono state definite le modalità di valutazione come previsto dal documento di programmazione 2012/2014.

Abbiamo proceduto ad una valutazione su due differenti piani:

- 1) la valutazione dei servizi/interventi gestiti in maniera associata;
- 2) la valutazione dei processi/azioni di sistema e degli interventi di nuova implementazione.

2.1. La valutazione dei servizi/interventi gestiti in maniera associata

Per quanto attiene ai servizi distrettuali il processo valutativo è stato affrontato insieme ai soggetti erogatori ed ai Comuni del territorio, sia amministratori che operatori sociali.

L'Ufficio di Piano ha promosso specifici incontri di verifica sull'andamento dei servizi e sui risultati raggiunti, durante i quali si è aperto un confronto ed un'analisi sia sui dati quantitativi (tipologia di beneficiari, numero di accessi, andamento della presa in carico,...) che sugli aspetti qualitativi (criticità gestionali, aderenza del servizio alle esigenze del territorio, metodologia d'intervento, grado di soddisfazione del servizio, ...).

Si riportano, di seguito, i servizi che nel triennio sono stati gestiti in maniera associata, per i quali si evidenziano solo gli aspetti più rilevanti della valutazione effettuata:

SERVIZIO	NOTE	OSSERVAZIONI
Servizio Educativo Minori (Assistenza educativa domiciliare minori e Servizio di Spazio Neutro)	Il servizio, avviato in via sperimentale nel 2005, si è consolidato negli anni. Sono stati strutturati strumenti di lettura quantitativa sui beneficiari del servizio, aggiornati con cadenza annuale. Considerevole aumento del numero delle famiglie con separazione conflittuale (<i>in particolare per il servizio di Spazio Neutro</i>), maggiori rapporti con il TO.	Si rileva la necessità di integrare gli interventi educativi con interventi di affidamento temporaneo/famiglie d'appoggio. Si rileva un aumento del lavoro indiretto degli operatori per far fronte alle relazioni di aggiornamento periodiche richieste dal Tribunale Ordinario con ricadute sulle ore di intervento pianificate. Si riscontra un buon livello di integrazione del metodo di intervento nei sette Comuni.
Titoli sociali (Buoni e voucher sociali)	A partire dal 2005 si è consolidato l'Accreditamento per l'erogazione dei voucher sociali, ampliando l'offerta delle prestazioni. Non è stato possibile accreditare il servizio di trasporto sociale in assenza di richieste di accreditamento.	E' stato definito uno strumento di raccolta dei dati sulla tipologia di servizi erogati tramite voucher sociale al fine di effettuare un'analisi sul sistema distrettuale della voucherizzazione. Il sistema di monitoraggio e controllo è molto complesso e dispendioso da parte dell'Ufficio di Piano. Occorre individuare un sistema più sostenibile e funzionale.
Progetto sperimentale per le politiche attive del lavoro	Nel corso del 2014 è stato realizzato, in via sperimentale, un progetto di sostegno alla ricerca del lavoro, attraverso	La sperimentazione ha evidenziato che questa tipologia di intervento è uno strumento da utilizzare prevalentemente per i

	<p>interventi di accompagnamento di gruppo a soggetti attivi in cerca di lavoro.</p>	<p>cittadini alla prima ricerca del lavoro (giovani) e per la rimotivazione di soggetti non facilmente ricollocabili (per lunga disoccupazione, per l'età, per tipologia qualifica professionale,...).</p>
<p>Teleassistenza</p>	<p>E' stato avviato a febbraio 2014 a seguito della dismissione del servizio gestito dalla Provincia di Milano. E' stato possibile, pertanto, osservare solo un anno di andamento.</p>	<p>Il servizio presenta un numero costante di beneficiari, anche rispetto ai dati forniti dalla Provincia. Abbiamo riscontrato che il servizio è ben conosciuto da parte servizi sociali ed utilizzato in maniera appropriata, anche da parte dei cittadini fruitori.</p>
<p>Sportello stranieri</p>	<p>Partite nel 2007 le attività dello sportello si sono consolidate, nel corso degli anni, con l'apertura di quattro sportelli nel Distretto.</p>	<p>Dall'analisi degli accessi si rileva che negli anni il numero di cittadini che si rivolgono allo sportello è piuttosto costante. E' stata riscontrata una maggiore percentuale di richieste per la Carta di soggiorno e per la richiesta di cittadinanza. Ciò ci indica che lo sportello risulta un forte punto di riferimento per coloro che si vi sono già rivolti in passato.</p>
<p>Centro di ascolto delle donne vittime di violenza</p>	<p>Servizio gestito in Convenzione con l'Associazione Donne insieme contro la violenza ormai dal 2007.</p> <p>Oltre che la gestione del centro di ascolto sono previste attività di sensibilizzazione nel territorio sulla parità di genere. Si prevedeva di realizzare, a partire dal 2014, la costituzione di una Rete territoriale antiviolenza con gli attori interessati (servizi comunali, consultori familiare, forze dell'ordine, aziende ospedaliere).</p>	<p>Le attività realizzate negli anni hanno prodotto, oltre che la gemmazione di uno sportello di ascolto nel Comune di Noviglio, anche un buon riconoscimento delle competenze delle volontarie da parte degli operatori dei servizi sociali.</p> <p>Sono stati proposti numerosi momenti formativi e di sensibilizzazione, anche rivolti alle scuole.</p> <p>E' stato presentato ed ottenuto, insieme al Distretto 7, un finanziamento per la costituzione della Rete territoriale antiviolenza.</p> <p>Le attività del Centro di ascolto hanno potuto essere potenziate grazie al finanziamento regionale ricevuto.</p>

CAT (Centro Adozioni Territoriale)	Il servizio, gestito in Convenzione con il Distretto 7, è stato sospeso da gennaio 2014 a seguito del trasferimento delle competenze e titolarità alla ASL.	Il servizio sovra distrettuale ha risposto in maniera adeguata le richieste pervenute dal Tribunale per i Minorenni. Il numero di famiglie seguite nel territorio distrettuale è stato più o meno costante nel tempo.
---	---	---

2.2 La valutazione dei processi/azioni di sistema e degli interventi di nuova implementazione

Per quanto attiene ai processi e agli interventi che si prevedeva di implementare, in assenza di un sistema di valutazione preventivamente strutturato, abbiamo affrontato il compito valutativo, ex post, elaborando una scheda (di seguito riportata) con la quale ogni soggetto della rete ha potuto esprimere la propria analisi sugli interventi e sulle azioni di sistema previsti dal Piano di Zona 2012/2014:

STRUMENTO DI VALUTAZIONE			
STATO DI AVANZAMENTO	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA E VINCOLI	OSSERVAZIONI PER IL FUTURO
<p>Una riflessione, se possibile, sul raggiungimento degli obiettivi ma soprattutto sull'evoluzione delle strategie/attività connesse all'obiettivo dato: "è in qualche modo stata data una risposta alle riflessioni emerse sul tema?" (es. nell'arco del triennio i comuni di Binasco, Lacchirella, Noviglio e Vernate si sono avvalsi della gestione associata per l'affidamento del Servizio Minori e Famiglie)</p>	<p>Cosa ha funzionato sia in termini di processo che di azioni, esperienze realizzate</p>	<p>Cosa non ha funzionato...</p>	<p>Individuare le strategie per valorizzare i punti di forza emersi e per superare i punti di debolezza e vincoli rilevati.</p>

Il processo valutativo è stato implementato seguendo una precisa metodologia:

1. incontro di rete in cui sono state individuate le modalità e gli strumenti di valutazione. In tale incontro è stata definita e condivisa la scheda "Strumento di valutazione";
2. raccolta ed analisi delle schede. Elaborazione di un documento di sintesi che riportasse l'analisi espressa da tutti i soggetti della rete;
3. incontro di rete in cui è stato condiviso e validato il documento di sintesi della valutazione.

Al fine di rappresentare l'analisi valutativa del vecchio Piano di Zona sono state elaborate le seguenti tabelle, in cui si riportano fedelmente le schede di programmazione del 2012/2014 (a sinistra) e accanto ad ognuna di esse la valutazione espressa dalla rete territoriale.

SCHEDE DI VALUTAZIONE DELLE AZIONI PREVISTE NEL PIANO DI ZONA 2012-2014

TAVOLO FAMIGLIA E MINORI (2012-2014)			ESITO DELLA VALUTAZIONE (2014)			
TEMI EMERSI	RIFLESSIONI E CONTRIBUTI	PROPOSTE OPERATIVE	STATO DI AVANZAMENTO	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA E VINCOLI	OSSERVAZIONI PER IL FUTURO
Gestione Associata Servizi Minori e Famiglie	Valutare la gestione associata dei Servizi Minori e Famiglia, auspicata in particolare da alcuni comuni. Tuttavia si sono rilevate le difficoltà che implicherebbe la gestione unitaria di un servizio così complesso, considerate le differenze esistenti tra i sette comuni. Si auspica uno studio di fattibilità.	<p>Costituzione di un GRUPPO DI LAVORO Tutela Minori che si occupi di riflettere sulle modalità di messa in rete dei Servizi Minori e Famiglie del territorio.</p> <p>Individuare buone prassi sull'utilizzo di strumenti e risorse alternative a sostegno degli interventi in ambito di Tutela Minori (Associazioni, volontariato, famiglie di appoggio, affido) e avviare esperienze sperimentali.</p> <p>Valutare di inserire i SMF nelle ipotesi di studio di fattibilità per la gestione associata dei servizi distrettuali.</p>	Anche se <u>non è stato avviato il Gruppo di Lavoro sui temi della Tutela Minori</u> , nell'arco del triennio, è stata avviata l' esperienza della gestione associata del Servizio Minori e Famiglia per 4 comuni del Distretto (Binasco, Lacchiarella, Noviglio e Vernate).	Nonostante il mancato avvio del Gruppo di Lavoro è stato raggiunto un inaspettato risultato in merito all'ipotesi di gestione associata dei SMF. Ciò indica che il bisogno del territorio è stato individuato correttamente e che, anzi, i tempi fossero addirittura più maturi rispetto al previsto	Avviare Gruppi di Lavoro richiede notevoli risorse da parte dell'Ufficio di Piano e disponibilità da parte della rete territoriale (soprattutto in termini di investimento nella partecipazione). Riteniamo che la gestione associata del Servizio Minori e Famiglia richieda una chiara volontà di condividere standard qualitativi uniformi tra i comuni aderenti.	Le nuove Linee di indirizzo regionali per la programmazione dei nuovi Piani di Zona indicano come prioritario l'obiettivo di garantire la gestione unitaria di alcune funzioni sociali tra cui, in particolare, gli interventi di Tutela minori.
Ottimizzare gli interventi educativi	È necessario ottimizzare gli interventi educativi, evitando di ricorrere ad essi quando non è strettamente necessario. Si ritiene utile prevedere un lavoro specifico di approfondimento					

TAVOLO FAMIGLIA E MINORI (2012-2014)			ESITO DELLA VALUTAZIONE (2014)			
TEMI EMERSI	RIFLESSIONI E CONTRIBUTI	PROPOSTE OPERATIVE	STATO DI AVANZAMENTO	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA E VINCOLI	OSSERVAZIONI PER IL FUTURO
Affido: Famiglie di Appoggio, promozione dell'Affido	Bisogna ri-avviare un lavoro di promozione della cultura dell'affido e valutare la sperimentazione di forme differenti di affido (famiglie d'appoggio,...)	costituzione di un GRUPPO DI LAVORO sulla Genitorialità: che si occupi di elaborare ed attivare strategie di intervento preventivi, partendo dalla neogenitorialità e integrando il proprio lavoro con le risorse progettuali e i Servizi Socio-Sanitari del territorio	Il Distretto ha sostenuto sei progettualità (finanziate dalla legge 23 nel triennio 2012/2014) che prevedevano azioni volte al supporto della genitorialità. E' stato possibile attivare interventi di promozione della cultura dell'affido e delle famiglie d'appoggio (sensibilizzazione). Non è stato, tuttavia, avviato il Gruppo di Lavoro previsto in fase di programmazione. Si è, invece, costituito un Tavolo di rete che coinvolge i Servizi territoriali che, a vario titolo, incrociano il tema della tutela dei minori.	Si rileva che per tutti i Comuni del Distretto resta prioritario lavorare sul tema della Famiglia. Si ritiene che nell'operatività, nonostante la mancanza di finanziamenti distrettuali dedicati all'area della genitorialità, non ci si sia discostati da quanto previsto in fase di programmazione.	Il Distretto non è riuscito ad avviare il Gruppo di Lavoro previsto sul tema della genitorialità (per le ragioni sopra espresse...). Non è stato, pertanto, possibile destinare dei finanziamenti distrettuali sul tema della genitorialità/affido anche se ritenuto strategico da parte di tutti i Comuni. Le azioni realizzate nel triennio, attraverso le progettualità legge 23, non hanno consentito di dare continuità agli interventi posti in essere.	Prevediamo che nella programmazione del prossimo triennio sarà prioritario definire interventi volti a dare risposta al tema dell'affido e delle famiglie d'appoggio, nonché a dare continuità a quanto già avviato attraverso il Tavolo di rete dei Servizi territoriali.
Prevenzione delle situazioni di disagio	E' necessario e urgente investire sulla prevenzione nonostante le scarse risorse economiche					
Neogenitorialità	Importante lavorare in ottica preventiva sulla neogenitorialità. Trasversalità con stranieri e disabilità. Utilizzare anche le risorse informali integrandole con i progetti esistenti sul territorio					

STRANIERI (2012-2014)			ESITO VALUTAZIONE (2014)			
TEMI EMERSI	RIFLESSIONI E CONTRIBUTI	PROPOSTE OPERATIVE	STATO DI AVANZAMENTO	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA E VINCOLI	OSSERVAZIONI PER IL FUTURO
Mediazione linguistico-culturale	E' necessario investire sulla mediazione linguistica soprattutto nelle scuole. La sperimentazione di interventi di MLC del progetto Fili e Legami è stata utilizzata solo dai Servizi Sociali dei Comuni. Il bisogno espresso dalla scuola è superiore alle risorse esistenti. Bisogna trovare le risorse per garantire e strutturare un servizio stabile e che operi a vantaggio di tutti i servizi territoriali.	<p>Considerato il principio dell'integrazione socio-culturale e partendo dal presupposto che tutte le aree interessano anche la popolazione straniera, si è pensato utile individuare, per ogni gruppo di lavoro che si costituirà nel territorio, un componente con competenze sull'area stranieri per garantire l'attenzione all'intercultura.</p> <p>Costituzione di un TAVOLO STRANIERI distrettuale permanente.</p> <p>Promozione di cicli informativi per genitori degli alunni delle scuole e formazione e aggiornamento per operatori dei servizi della rete</p>	<p>Non è stato avviato il tavolo stranieri. Sono state garantite nell'arco del triennio, attraverso finanziamenti legge 40, interventi di mediazione linguistico-culturale.</p> <p>Esperienze di confronto in ambito territoriale sono state avviate in merito alla gestione dell'emergenza profughi.</p>	<p>Nel territorio operano delle realtà del privato sociale che collaborano fattivamente alla rete territoriale del Distretto e che hanno maturato negli anni delle significative esperienze riguardo al tema degli stranieri.</p> <p>Nel corso del triennio, le singole Amministrazioni, hanno lavorato per rafforzare il dialogo tra la scuola ed i servizi sociali territoriali, al fine di promuovere forme di collaborazione anche in merito al tema dell'integrazione scolastica di minori stranieri.</p>	<p>Resta auspicabile una strategia di raccordo in grado di valorizzare le risorse territoriali ed integrarle. Le politiche regionali di integrazione hanno subito, nel corso degli anni, una notevole riduzione in termini di investimenti di risorse economiche, con una conseguente rimodulazione degli interventi territoriali.</p>	<p>Le problematiche vissute dalla popolazione straniera, presente nel nostro distretto, rientrano sempre più in logiche d'intervento trasversali a più aree (tema dell'abitare, lavoro, genitorialità, scuola, ecc.,). Di conseguenza è auspicabile promuovere momenti di formazione in favore degli operatori di servizio sociale (es. segretariato sociale). L'avvio di una più fattiva collaborazione con le istituzioni scolastiche sembra essere una strada percorribile, non solo dalle singole Amministrazioni, ma anche a livello di Ambito.</p>
Sensibilizzare la cittadinanza all'Intercultura	<p>Promuovere cicli informativi su tematiche condivise sia da genitori stranieri che italiani (disturbi dell'apprendimento, adolescenza...).</p> <p>Promuovere una cultura dell'integrazione attraverso un approccio trasversale a tutte le altre aree di intervento partendo dall'attivazione di una rete specializzata e costantemente informata/aggiornata. Anche in questo caso il coinvolgimento della rete informale del territorio è ritenuto prezioso dal Tavolo.</p>					
Formazione e Aggiornamento degli operatori della rete (anche sui mutamenti legislativi e sull'utilizzo delle risorse)						
Esperienze di partecipazione attiva degli stranieri	Esportare l'esperienza della Consulta di Pieve Em. sul territorio distrettuale. Dall'esperienza delle agenzie specializzate si evidenzia una maggiore disponibilità e propositività dei cittadini stranieri nelle attività di volontariato.					

LAVORO (2012-2014)			ESITO VALUTAZIONE (2014)			
TEMI EMERSI	RIFLESSIONI E CONTRIBUTI	PROPOSTE OPERATIVE	STATO DI AVANZAMENTO	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA E VINCOLI	OSSERVAZIONI PER IL FUTURO
Coinvolgimento del profit	E' necessario cambiare prospettiva rispetto al problema lavoro che oggi interessa non solo le fasce deboli di popolazione. Lavorare maggiormente sulle Politiche attive del Lavoro nel territorio, attraverso il coinvolgimento delle aziende e delle realtà produttive esistenti, cercando di cambiare l'ottica di intervento. Dialogare maggiormente con il mercato del lavoro.	<p>Costituzione di un TAVOLO SUL LAVORO distrettuale permanente per definire strategie comuni, e nuove modalità di dialogo con il mercato del lavoro, per sostenere i soggetti in difficoltà occupazionale e promuovere in particolare l'imprenditoria giovanile.</p> <p>Avviare azioni sperimentali, a livello sovradistrettuale, in tema di conciliazione Tempi di Vita e Lavoro</p>	<p>E' stato realizzato un progetto sperimentale di politiche attive del lavoro che ha coinvolto n. 60 cittadini residenti in cerca di lavoro. Il Distretto fa parte dell'Alleanza sovradistrettuale in tema di conciliazione Tempi di Vita e Lavoro (progetto biennale 2014-2015)</p>	<p>La presenza nel territorio di AFOL Sud Milano potrebbe costituire una risorsa, al fine di strutturare delle strategie operative finalizzate ad avviare delle forme di interconnessione tra Ente pubblico e aziende profit.</p>	<p>Non è stato possibile costituire il Tavolo permanente sul Lavoro, ciò richiede notevoli risorse da parte dell'Ufficio di Piano e disponibilità da parte della rete territoriale (soprattutto in termini di investimento nella partecipazione). Resta ancora necessario integrare gli interventi esistenti di sostegno al lavoro con le agenzie territoriali esistenti. La progettualità relativa al tema della conciliazione è complessa in quanto richiede la necessità di interagire con le attività produttive territoriali con le quali non è mai stato avviato un lavoro condiviso. Il progetto sovradistrettuale, attualmente in essere, fornirà l'occasione per avviare un lavoro in tal senso.</p>	<p>Resta prioritario lavorare sul tema del lavoro in particolare modo sui soggetti fragili seguiti dai Servizi Sociali Professionali.</p>
Promozione Coop di Tipo B e l'imprenditoria giovanile	Promuovere nei comuni e nelle aziende l'utilizzo dello strumento "Voucher Lavoro" (per le amministrazioni può essere un valido sostituto al contributo economico). Sostenere la formazione di Cooperative di tipo B e le iniziative di imprenditoria giovanile, promuovendone il loro utilizzo da parte dei Comuni.					
Diffusione utilizzo Voucher Lavoro come valida alternativa all'erogazione dei contributi economici						
Politiche di conciliazione Tempi di Vita e Lavoro	Gli indirizzi della Regione sul tema delle politiche di Conciliazione ci offrono l'occasione di sensibilizzare il territorio ed eventualmente avviare delle azioni sperimentali. I Distretti della ASL Milano 2, anche grazie a un fondo regionale specificamente assegnato, stanno lavorando congiuntamente per avviare una progettazione sovradistrettuale.					
Coinvolgere i disoccupati nelle iniziative di Volontariato	Ipotizzare il coinvolgimento delle persone in attesa di essere reinserite nel mondo del lavoro, in iniziative di Volontariato per mantenerle attive.					

CARICO DI CURA (2012-2014)			ESITO VALUTAZIONE (2014)			
TEMI EMERSI	RIFLESSIONI E CONTRIBUTI	PROPOSTE OPERATIVE	STATO DI AVANZAMENTO	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA E VINCOLI	OSSERVAZIONI PER IL FUTURO
Integrare gli interventi specialistici gestiti dalle Cooperative con le attività gestite dall'Associazionismo locale	Il Tavolo ritiene che questa sia forse l'area in cui sia maggiormente possibile coinvolgere e attivare le reti informali e di volontariato per garantire supporto ai servizi e alle famiglie con carico di cura. Le associazioni sportive sarebbero una buona risorsa per predisporre momenti di socialità agli anziani, disabili adulti e/o soggetti con disagio psichico	Contrasto alla Solitudine delle famiglie attraverso la Promozione dell'Associazionismo e del Volontariato . Creare sinergie tra interventi di differente natura a favore dei soggetti con carico di cura e delle loro famiglie. Ricercare fonti di finanziamento per progetti di Housing Sociale . Analizzare il bisogno del Distretto sul tema della Protezione Giuridica .	Alcune delle realtà di volontariato ed associazionismo, sulla spinta ed il supporto dell'Ente, hanno dato continuità ai loro fini statutari, costituendo per il nostro territorio un supporto alle famiglie con persone disabili. Attraverso alcuni progetti (L.23) si è avviata la costituzione di gruppi di mutuo-aiuto sul tema della disabilità. La partecipazione ai gruppi non ha avuto il riscontro auspicato in fase di progettazione. Per ciò che riguarda l'area anziani, il Distretto ha beneficiato di un finanziamento della Fondazione Cariplo. E' stato, infatti, avviato un progetto di supporto alle famiglie e volto a garantire la permanenza al domicilio dell'anziano. Non si è riusciti a reperire fonti di finanziamento per i progetti di housing sociale per Lacchiarella. Il Distretto partecipa al tavolo interdistrettuale, coordinato dalla ASL Milano 2, sulla protezione giuridica.	Presenza attiva, nel territorio, di Associazioni di volontariato, con cui il Distretto ha consolidato una fattiva collaborazione. Permane la volontà del Comune di Lacchiarella ad investire per il progetto di housing sociale.	Nonostante vi siano singole esperienze territoriali, legate all'attività svolta dell'associazionismo esistente, non si è ancora riusciti a creare un vero e proprio sistema di rete che garantisca un'integrazione efficace delle specifiche progettualità ed interventi.	Appare necessario consolidare processi di sensibilizzazione e coinvolgimento delle famiglie con disabili e/o anziani, in vista di una loro maggiore partecipazione alle esperienze proposte, finalizzate a contrastare il vissuto di solitudine. Governare e valorizzare la rete del volontariato resta una priorità territoriale.
Promuovere la Socialità e occasioni di incontro per contrastare la solitudine delle famiglie con carico di cura						
Coinvolgimento delle Associazioni Sportive						
Attivare progetti di residenzialità leggera	Sul nostro territorio si stanno avviando progetti di residenzialità leggera per soggetti con disagio psichico (promosso dal CPS) mentre il Comune di Lacchiarella sta avviando un progetto di Housing Sociale.					
Strutturare sistema di gestione delle Amministrazioni di Sostegno attraverso reti di volontariato	Necessità di confrontarsi con esperienze di volontariato di altri territori sul tema di Protezione Giuridica					

GIOVANI (2012-2014)			ESITO VALUTAZIONE (2014)			
TEMI EMERSI	RIFLESSIONI E CONTRIBUTI	PROPOSTE OPERATIVE	STATO DI AVANZAMENTO	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA E VINCOLI	OSSERVAZIONI PER IL FUTURO
Promuovere progetti di sviluppo di Comunità	<p>E' possibile lavorare con le reti informali per l'organizzazione di spazi/occasioni di aggregazione e socialità poco strutturati. Lavorare in sinergia coinvolgendo Associazioni sportive, Associazioni di genitori, Scuole, Oratori, Biblioteche... Si ipotizza di promuovere interventi gestiti da animatori sociali e non necessariamente da educatori professionali (es. per lo sviluppo di comunità). Utilizzare forme di comunicazione che rispondano maggiormente alla cultura dei giovani. Aprire lo spazio alla consultazione diretta dei giovani, anche per aggiornare la diagnosi sociale è importante avere la loro rappresentazione dei bisogni.</p>	<p><u>Costituzione di un GRUPPO DI LAVORO Politiche Giovanili:</u> che si occupi di sviluppare una programmazione in linea con le Linee di Indirizzo Regionali e con i bisogni specifici dei giovani del nostro territorio.</p>	<p>Nell'arco del triennio il Distretto (insieme al distretto di Rozzano) ha ottenuto un finanziamento regionale per realizzare un Piano Territoriale per le Politiche giovanili. Grazie ad esso è stato possibile promuovere la costituzione di una Rete di sistema per le politiche giovanili, tutt'ora attiva.</p>	<p>Il Gruppo di Lavoro sulle Politiche giovanili, costituito nel 2012, ha lavorato alla progettazione del Bando regionale ottenendone il finanziamento. Si è realizzato un sistema di rete orizzontale (livello politico e tecnico dei Comuni, Uffici di Piano, Terzo e Quarto settore ed Enti gestori dei servizi). Ciò ha prodotto maggiore consapevolezza, su tutti i livelli di governance, della strategicità e della necessità di integrare le Politiche giovanili, valorizzando l'esistente e mettendo a sistema la nascita di nuovi servizi/interventi. Si è creato, in sostanza, un sistema propedeutico per la governance delle azioni rivolte ai giovani.</p>	<p>Il territorio si caratterizza da una situazione molto frammentaria delle risorse sull'area giovani e da una mancanza di cultura condivisa sulle Politiche Giovanili. Si è evidenziata, fin da subito, una presenza molto debole di servizi e interventi rivolti ai giovani, sicuramente molto disomogenea ed in continuo mutamento. Infatti, moltissimi servizi sono stati ridotti drasticamente, eliminati o interrotti durante il corso dello svolgimento del triennio.</p>	<p>Le Amministrazioni comunali, con i budget a loro disposizione, non sono in grado di garantire continuità ai servizi rivolti ai giovani. Solo in un ottica di integrazione è possibile dare risposta alle Politiche giovanili. Si rende necessaria, pertanto, una progettazione distrettuale e sovradistrettuale.</p>
Promuovere luoghi di aggregazione alternativi ai CAG (meno onerosi e meno strutturati)						
Sostenere le Politiche Giovanili, rinunciare alla logica di non potersene occupare per mancanza di risorse economiche						
Utilizzare nuove forme di comunicazione (Social Network, internet, blog...)						
Promuovere strumenti di consultazione dei Giovani (bisogni, proposte ...)						

SCUOLA (2012-2014)			ESITO VALUTAZIONE (2014)			
TEMI EMERSI	RIFLESSIONI E CONTRIBUTI	PROPOSTE OPERATIVE	STATO DI AVANZAMENTO	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA E VINCOLI	OSSERVAZIONI PER IL FUTURO
Informazione e Orientamento per i genitori di bambini con DSA	Intervenire a supporto della scuola nella gestione dei casi di Disturbi Specifici dell'Apprendimento, supportando anche le famiglie.					
Aumentare la co-progettazione con le Scuole	SCUOLA - FAMIGLIA - SERVIZI - dare dignità a tutti i punti di vista. "Se vogliamo mettere al centro la famiglia bisogna per forza lavorare con e nelle scuole". Creare una rete di collaborazione e integrazione con la scuola, sostenendo e implementando la co-progettazione. Unificare gli strumenti di lavoro e le procedure all'interno delle scuole (e delle progettazioni che gravitano nella stessa) con particolare riferimento agli strumenti didattici semplificati per gli alunni stranieri. Bisogno di strutturare meglio il rapporto tra la scuola e i servizi specialistici (UONPIA)	1. Avvio processo di attivazione di buone prassi per la collaborazione e integrazione dei servizi con le scuole (incontri periodici, tavoli, protocolli di collaborazione, connessioni tra progettualità e servizi...). Aumentare le possibilità di co-progettazione. 2. Promozione di attività/interventi che mirino a garantire il " successo scolastico " (spazi compiti, supporti alla didattica nelle scuole, orientamento scolastico, formazione ...) e la conciliazione Tempi di Vita e Lavoro (dopo scuola, spazi ricreativi, spazio compiti...)	I processi di attivazione di buone prassi di collaborazione e integrazione dei servizi con le scuole hanno visto un loro sviluppo per ciò che concerne l'operatività delle singole Amministrazioni comunali. Non si è ancora arrivati a sviluppare un percorso condiviso a livello distrettuale. Per ciò che concerne la promozione di attività/interventi che mirino a garantire il successo scolastico e la conciliazione tempi di vita e lavoro, il Distretto ha promosso tali obiettivi attraverso la partecipazione a specifiche progettualità (progetti L.23 e Alleanza territoriale per la promozione delle politiche di conciliazione)	All'interno del mondo scuola si rilevano progettualità e interventi specifici di ottimo livello, sia dal punto di vista educativo che socio-sanitario. Detti interventi sono promossi a volte in autonomia dai Dirigenti scolastici e a volte in collaborazione con le amministrazioni locali e/o con le agenzie educative del privato sociale. Alcune Dirigenze scolastiche (tre delle cinque esistenti) hanno partecipato al neo costituito Tavolo dei Servizi della rete della tutela minori, con interessanti prospettive di lavoro comune.	Si registra l'assenza di una presa in carico condivisa della popolazione scolastica tra i diversi attori coinvolti nei processi di crescita e nello specifico sulla casistica maggiormente fragile (Dirigenza scolastica, UONPIA, Servizi sociali comunali, Terzo settore)	Promuovere la continuità del Tavolo dei Servizi della rete minori, al fine di socializzare le buone prassi di intervento esistenti. Ulteriore sforzo dovrà essere rivolto al sostegno del personale insegnante e degli adulti che rivestono compiti educativi extra-scolastici quali ad esempio gli allenatori sportivi
Strutturare le collaborazioni con la UONPIA						
Problema delle figure obiettivo nelle scuole (trovare nuove forme di dialogo considerando la sostenibilità dell'impegno dei diversi attori nella programmazione)						
Creare strumenti condivisi di lavoro/Protocolli di accoglienza per minori stranieri						
Bisogno di interventi extra scolastici	E' opportuno differenziare i servizi di "dopo scuola" con i servizi di "spazi compiti", riconoscendone le differenti finalità. E' necessario considerare la famiglia come parte integrante della programmazione di tali attività.					

Alla luce di quanto esposto è possibile evidenziare, in una sintesi complessiva, che:

- ❖ per quanto riguarda **la valutazione sui servizi**:
 - c'è un buon grado di soddisfazione da parte dei Comuni
 - gli interventi proposti sono adeguati alle esigenze
 - la continuità del servizio ha creato valore aggiunto sia in termini di sviluppo degli stessi, sia in termini di capacità di rilevazione del fabbisogno, sia in termini di capacità dimostrata da parte dei servizi di entrare nelle logiche di sistema
 - la gestione associata garantisce ai servizi una migliore aderenza alle logiche di welfare distrettuali

- ❖ per quanto riguarda **la valutazione sui processi e sugli interventi da implementare**:
 - gli obiettivi e le aree di bisogno del territorio erano state individuate correttamente e ben approfondite tanto da ritrovarle, quasi completamente, nella nuova programmazione sociale
 - alcuni obiettivi strategici hanno trovato piena attuazione:
 - ✓ costruire un Regolamento unico distrettuale per l'accesso ai servizi;
 - ✓ costituire un Tavolo dei servizi della rete minori;
 - ✓ consolidare le attività del Tavolo di coordinamento assistenti sociali distrettuale;
 - ✓ costituire un Gruppo di lavoro sulle politiche giovanili;
 - ✓ costituire un Gruppo di lavoro sul reperimento fonti di finanziamento;
 - ✓ ristrutturazione del sito distrettuale;
 - ✓ reperire nuove fonti di finanziamento;
 - ✓ avviare la Rete territoriale anti violenza;
 - ✓ sperimentare interventi con il metodo delle family group conference;
 - ✓ strutturare una rete per le politiche giovanili
 - sono mancati gli strumenti di valutazione che occorre definire in itinere
 - l'impianto partecipativo che ci si proponeva di implementare, per sviluppare proposte concrete in risposta ai bisogni individuati (n. 5 gruppi di lavoro e n. 3 tavoli permanenti), si è dimostrato non sostenibile
 - i compiti di *governance* previsti per l'Ufficio di Piano si sono dimostrati troppo ambiziosi anche a seguito dell'imprevista assenza di un'unità di personale.

ANALISI DEL TERRITORIO

AGGIORNAMENTO DELLA DIAGNOSI SOCIALE

3.1 La premessa metodologica

L'aggiornamento dell'analisi territoriale e della diagnosi sociale per la costruzione del Piano di Zona 2015-2017 ha visto come presupposto metodologico l'individuazione e l'aggregazione di dati quantitativi e qualitativi, attraverso un processo di condivisione e validazione da parte di tutti i soggetti coinvolti nella programmazione locale.

Attraverso tavoli tematici di aggiornamento della diagnosi sociale, è stato possibile interloquire con i soggetti che compongono la rete territoriale del Distretto Sociale 6, coinvolgendo non soltanto i rappresentanti politici e tecnici delle singole Amministrazioni locali, ma anche e soprattutto, i soggetti non istituzionali: cooperative sociali, associazioni ed enti no profit, rappresentanti dei sindacati, con l'intento di:

- sollecitare un processo di riflessione comune e condivisa circa i bisogni specifici del territorio, contribuendo a superare logiche parziali d'interpretazione della realtà sociale legate allo specifico orizzonte d'intervento proprio di ciascun soggetto sociale coinvolto;
- considerare il processo di elaborazione della diagnosi sociale un primo *step* verso un percorso di auto apprendimento del territorio volto a rafforzare la propria capacità di conoscere se stesso;
- sviluppare il processo conoscitivo del territorio fondandolo non sulla semplice lettura di dati ma su una interpretazione operativa di essi, nel tentativo di passare dalla lettura del dato grezzo alla costruzione di indicatori complessi che mirino all'interpretazione dei fenomeni sociali locali.

Appare, infine, opportuno sottolineare che raccogliere una serie di informazioni quantitative non è un compito semplice, poiché ancora oggi il sistema delle conoscenze, a livello locale, risulta frammentario e poco strutturato. Tanto da aver raccolto l'impulso delle linee guida di Regione Lombardia circa la definizione dei nuovi Piani di Zona ed aver individuato, tra le finalità del Piano di Zona 2015-2017, **la ricomposizione del sistema di conoscenze** come uno degli obiettivi prioritari per il prossimo triennio.

3.2. Il Distretto Sociale 6

Il Distretto Sociale 6 comprende sette Comuni¹ della zona sud della Provincia di Milano ed appartiene al territorio di competenza della ASL Milano 2².

I Comuni del Distretto Sociale 6, da un punto di vista demografico, rispecchiano i dati di crescita propri delle aree sub urbane per la vicinanza alla cintura sud della città di Milano.

Si tratta di centri urbani che negli ultimi decenni hanno visto uno sviluppo demografico sempre crescente e che soltanto in questi ultimi anni sembra essersi arrestato.

Analizzando i dati relativi alle percentuali di incremento demografico negli ultimi trent'anni si osserva che nel decennio tra il 1981 ed il 1991 la popolazione residente nei Comuni del Distretto ha

¹ Pieve Emanuele, Lacchiarella, Binasco, Zibido San Giacomo, Noviglio, Casarile e Vernate

² Azienda Sanitaria Locale Provincia di Milano 2

subito un significativo aumento (con picchi di oltre 70 punti percentuali per alcuni Comuni), nei decenni successivi la crescita demografica si è attestata intorno al 12-13 % .



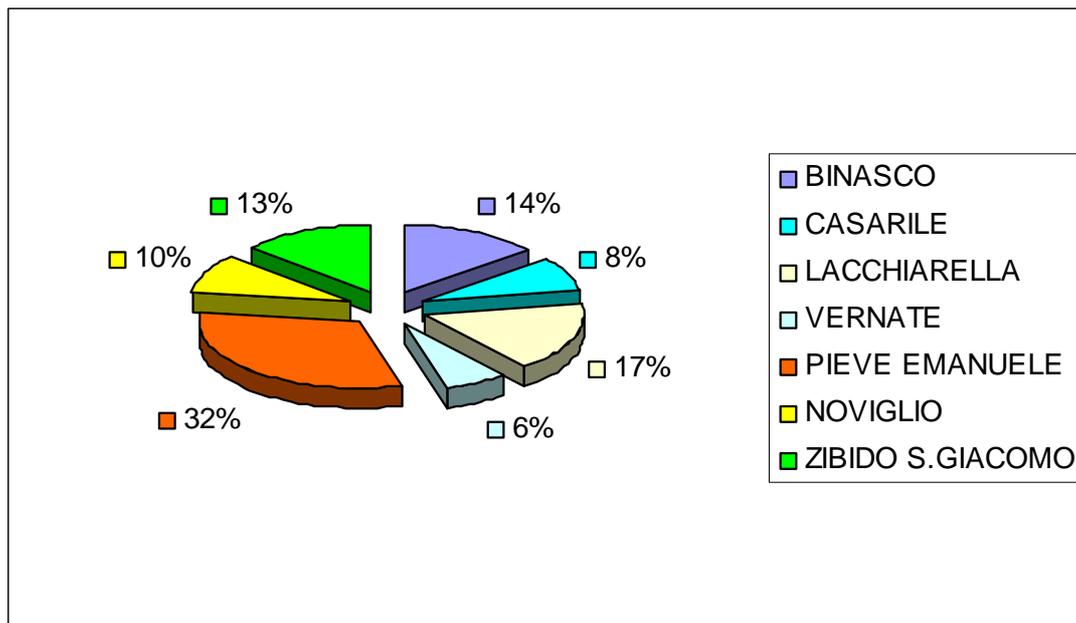
Tale crescita demografica ha caratterizzato, negli scorsi decenni, le comunità prossime alla cintura sub urbana delle città più industrializzate. Si è assistito infatti ad una forte mobilità della popolazione dal centro verso la periferia e verso i paesi limitrofi alle grandi città, per effetto dello sviluppo dei trasporti extra urbani e per un significativo accesso a sistemazioni abitative maggiormente adeguate ai livelli di reddito delle famiglie.

A tal proposito, il Comune di Pieve Emanuele, che tra i sette Comuni del Distretto sociale 6 ha il livello di popolazione più elevato, negli anni '70 ha vissuto un notevole sviluppo edilizio. È di quel periodo, ad esempio, la nascita del quartiere INCIS (Istituto Nazionale Case Impiegati dello Stato) destinato ad ospitare impiegati statali che con le loro famiglie provenivano da diverse Regioni d'Italia.

Le osservazioni sociologiche che possono essere avanzate riguardo al fenomeno dell'esplosione demografica vissuta dai Comuni (vedi ad esempio il Comune di Pieve Emanuele che nel decennio tra il 1981 ed il 1991 ha vissuto una crescita demografica della popolazione pari a 70 punti percentuali) sono evidentemente legate alla capacità del territorio di accompagnare alla crescita demografica anche un coerente sistema armonico di sviluppo di servizi ed infrastrutture per i cittadini, nonché di spazi fisici di aggregazione che favoriscano la sedimentazione di un condiviso senso di appartenenza e di adesione alla vita sociale e di comunità. Appare evidente che un incremento demografico di tale portata (in termini di dimensione numerica e temporale) ha richiesto, da parte delle Amministrazioni, uno sforzo notevole di investimenti necessari per recuperare (seppur parzialmente) il *gap* tra popolazione residente e servizi offerti ed infrastrutture realizzate.

Dalle tabelle seguenti si evince che tale incremento demografico, negli ultimi anni, ha subito una battuta d'arresto, se non addirittura un decremento, come nel caso del Comune di Pieve Emanuele.

Incremento Popolazione 2012-2014			
Al 01 gennaio	2012	2013	2014
Popolazione	50.505	48.830	50.837
Incremento %		-3,31%	4,11%



Data l'appartenenza dei Comuni del Distretto Sociale 6 al parco agricolo Sud Milano, appare evidente che il territorio manifesti prevalentemente una vocazione agricola caratterizzata da coltivazioni intensive di cereali, riso, girasole e soia.

L'attività produttiva del territorio, oltre che caratterizzarsi per la presenza di numerose imprese agricole, si qualifica per la presenza di imprese di medie e piccole dimensioni, con la sporadica presenza di industrie con medi livelli di produzione.

Storicamente alcuni dei Comuni del Distretto Sociale 6 nascono dalla fusione dei borghi rurali che li costituivano. Per queste ragioni, tali Comuni, sono ancora oggi suddivisi in numerose frazioni con la conseguente frammentazione territoriale e problematiche legate alla mobilità dei cittadini per l'insufficienza di trasporti pubblici urbani capaci di collegare capillarmente le singole frazioni tra loro.

I sette Comuni del Distretto presentano fra loro caratteristiche molto eterogenee, sia per ciò che attiene le dimensioni territoriali e demografica, ma anche per ciò che riguarda le caratteristiche connesse alla loro ubicazione ed alle loro differenti storie e culture locali.

Tale eterogeneità giustifica la pregnante necessità di sviluppare logiche di programmazione sociale distrettuale dirette a garantire a tutti i cittadini, l'accesso a prestazioni e servizi complessi e qualitativamente validi, anche per le Amministrazioni comunali che hanno una dimensione territoriale e demografica molto contenuta.

3.3 Dimensione sociale e bisogni emergenti

La pianificazione di politiche di welfare non può prescindere da una visione più complessa che identifichi non soltanto le possibili risposte a bisogni esistenti, ma che abbia anche l'ambizione di ampliare lo sguardo al futuro. Ciò per dare avvio a un processo nel quale l'orientamento politico istituzionale, gli investimenti e le risorse, confluiscono verso percorsi di valorizzazione delle potenzialità esistenti e per definire progetti volti non soltanto a rispondere ai bisogni ma anche a promuovere la cittadinanza attiva quale presupposto per lo sviluppo di politiche sociali del benessere. (vedi paragrafo 4.1 *Promozione del benessere*).

La fase di impoverimento delle famiglie, dovuta all'attuale congiuntura economica, e la difficoltà da parte delle Amministrazioni nel far fronte al sempre più ampio accesso ai servizi da parte di nuclei familiari in situazione di fragilità socio economica, presuppone una maggiore capacità di flessibilità

dei servizi, intesa come capacità adattiva al contesto sociale sempre più complesso e come capacità di entrare in dialogo con altri enti pubblici e privati e con le realtà dell'associazionismo e delle reti sociali spontanee.

La crisi economica sembra ancora manifestare i suoi effetti ed abbattersi sulle famiglie con intensità differenti, ma indistintamente e a macchia di leopardo, aumentando il grado di precarietà di quelle fasce sociali già considerate deboli e procurando crescenti difficoltà a molti altri strati sociali. Ci si deve quindi misurare con profili di *vulnerabilità* prima d'ora inediti, ovvero, con nuclei familiari che, pur non avendo problemi di povertà immediata e conclamata, faticano nel preservare quegli ambiti di vita - la famiglia, la casa e il lavoro- ritenuti, fino a poco tempo fa, luoghi sicuri e stabili.

Per tale ragione gli interventi di **sostegno al reddito, all'abitare ed il sostegno alla collocazione o ri-collocazione lavorativa** dovranno essere affrontati, oggi più che mai, attraverso un atteggiamento improntato non più alla sola intercettazione di categorie di utenza o di soggetti "deboli" e in situazione di svantaggio, bensì come temi "trasversali", necessariamente collegati tra loro, che possono intercettare una genericità di situazioni di difficoltà non ancora cronicizzate.

Esaminando la situazione reddituale dei cittadini residenti nei Comuni del Distretto 6 si evidenzia che essa è al di sotto della media percentuale dei redditi dichiarati nelle provincia di Milano.

Redditi IRPEF anno 2011				
Comune	% dichiaranti su popolazione	Importo	Media dichiarante	Media popolazione
Binasco	62,50%	114.682.815	25.656	16.035
Casarile	56,90%	53.469.629	23.524	13.824
Lacchiarella	63,20%	126.653.659	23.874	15.080
Noviglio	61,10%	70.008.162	26.988	16.488
Pieve Emanuele	63,70%	222.234.717	23.467	14.937
Vernate	62,20%	49.682.367	24.979	15.526
Zibido S. Giacomo	58,60%	93.944.862	24.490	14.349
Media Distretto	61,17%	104.382.316	24.711	15.177
Media provinciale	61,90%		30.184	18.686

Dall'ultimo rapporto sulla povertà presentato da Caritas Ambrosiana il 30 ottobre 2014, emerge che la situazione di disagio economico si è ulteriormente ampliata. Dal 2008 al 2013 le persone che chiedono aiuto per problemi economici e di sussistenza ai vari centri di ascolto Caritas presenti sul territorio regionale sono aumentate in media del 4%. Se prima della crisi economica del 2008 gli italiani che accedevano agli sportelli della Caritas erano un quarto del totale degli utenti, nel 2013 sono diventati un terzo.

Il Distretto Sociale 6, nel tentativo di rispondere al bisogno emergente delle famiglie a rischio di povertà per effetto della crisi e della conseguente perdita di lavoro, ha avviato negli anni 2014/2015 un progetto sperimentale, in collaborazione con l'agenzia per il lavoro *Randstad*, con l'obiettivo di promuovere politiche attive del lavoro.

Tale progetto si è posto l'obiettivo di realizzare azioni volte a promuovere l'esperienza di solidarietà sociale, attraverso la costituzione di gruppi di mutuo aiuto composti da soggetti in cerca di occupazione con caratteristiche omogenee riguardo la fascia d'età.

I gruppi attivati sono stati coinvolti in un percorso di accompagnamento volto a prospettare un nuovo approccio al mercato del lavoro, con l'obiettivo di ri-orientare le persone disoccupate rendendole consapevoli delle proprie potenzialità e sostenendo lo sviluppo di un atteggiamento pro-attivo.

Il progetto sperimentale ha dato modo di creare condizioni di riflessione condivisa circa la natura degli interventi da mettere in campo per il prossimo triennio in tema di supporto alla collocazione lavorativa dei soggetti in carico ai servizi sociali comunali.

Come già evidenziato, il tema dell'occupazione è strettamente interconnesso al tema dell'abitare.

Il territorio del Distretto sociale 6 non è, infatti, immune dalla problematica relativa alla sempre più diffusa indisponibilità delle famiglie a reperire abitazioni a prezzi accessibili in proporzione ai propri livelli di reddito.

I servizi sociali dei Comuni del Distretto riescono ad intercettare solo marginalmente il fenomeno del disagio vissuto dalle famiglie con sfratto esecutivo.

In tal senso, non è stato possibile accedere a dati statistici specifici per il territorio del Distretto Sociale 6, ma esaminando le fonti del Ministero degli Interni (anno 2012 e anno 2013) ed i dati della Regione Lombardia ed in particolare, della Provincia di Milano, emerge che i provvedimenti di sfratto emessi presentano una diminuzione del 16,15% rispetto all'anno precedente, mentre le richieste di esecuzione di sfratti per finita locazione e per morosità, sono in crescita (2,61 %) rispetto al passato, così come dalla seguente tabella:

PROVVEDIMENTI ESECUTIVI DI SFRATTO, RICHIESTE DI ESECUZIONE, SFRATTI ESEGUITI
NEL PERIODO GENNAIO - DICEMBRE 2013
E VARIAZIONI % RISPETTO AL PERIODO GENNAIO - DICEMBRE 2012

Situazione provinciale

Province	Provvedimenti di sfratto emessi							Variazione % rispetto al periodo precedente
	Necessità locatore		Finita locazione		Morosità / Altra causa		TOTALE	
	cap.	resto prov.	cap.	resto prov.	cap.	resto prov.		
Bergamo	0	0	5	34	104	859	1.002	-14,58
Brescia	0	0	13	33	720	1.524	2.290	-0,56
Como	0	1	0	7	13	152	173	-45,94
Cremona	0	0	8	16	190	344	558	4,30
Lecco	0	0	2	29	55	265	351	6,69
Lodi	0	0	2	12	101	328	443	-17,35
Mantova (a)	0	0	0	11	0	642	653	45,11
Milano (b)	0	0	151	92	2.651	1.235	4.129	-16,15
Monza e della Brianza (c)	0	0	0	76	0	1.585	1.661	-18,22
Pavia	0	0	5	5	174	651	835	-31,28
Sondrio	0	0	0	1	38	65	104	11,83
Varese	0	0	3	179	217	1.439	1.838	24,36
Lombardia	0	1	189	495	4.263	9.089	14.037	-8,77

(a) - I dati del resto provincia sono comprensivi di quelli relativi al comune capoluogo

(b) - Dati incompleti

(c) - I dati del resto provincia sono comprensivi di quelli relativi al comune capoluogo; i dati "necessità del locatore" sono ricompresi nella "morosità/altra causa"

Province	Richieste di esecuzione (*)	Variazione % rispetto al periodo precedente	Sfratti eseguiti (**)	Variazione % rispetto al periodo precedente
Bergamo	2.055	20,74	560	5,86
Brescia	3.236	15,53	943	-1,46
Como	850	-25,24	287	-10,87
Cremona	596	-18,47	213	-15,81
Lecco	1.159	5,65	157	-14,67
Lodi	2.923	35,20	461	16,41
Mantova (b)	1.740	13,50	306	58,55
Milano (c)	19.723	10,26	472	2,61
Monza e della Brianza (d)	6.891	20,41	1.044	-3,42
Pavia	853	-40,35	333	-40,96
Sondrio	319	-15,16	49	75,00
Varese	5.246	17,76	1.198	25,05
Lombardia	45.591	11,11	6.023	1,65

(d) - Non pervenuti i dati per il periodo giugno-dicembre 2013

(e) - I dati del resto provincia sono comprensivi di quelli relativi al comune capoluogo

(f) - Dati incompleti

(g) - I dati del resto provincia sono comprensivi di quelli relativi al comune capoluogo; i dati "necessità del locatore" sono ricompresi nella "morosità/altra causa"

La popolazione straniera

I dati sulla popolazione straniera residente nei sette Comuni del Distretto Sociale 6, evidenziano come il fenomeno migratorio sia in costante crescita.

I cittadini stranieri residenti nel Distretto al 31.12.2013 erano 4.043 .

Residenti Stranieri	2009	2010	2011	2012	2013	Trend nei 5 anni
Distretto Sociale 6	N. residenti 3476	N. residenti 3547	N. residenti 3815	N. residenti 3290	N. residenti 4043	16,31%

Dal *XXIII rapporto sull'immigrazione* di Caritas e Migrantes, emerge che le famiglie di migranti, presenti nel territorio nazionale, si sono trovate ad affrontare la crisi economica del nostro Paese, in evidente posizione di svantaggio rispetto alle famiglie italiane.

Il rischio di povertà interessa circa la metà della popolazione straniera (con una incidenza più che doppia rispetto alle famiglie italiane), basti pensare che dai dati dell'indagine condotta da Caritas e Migrantes, il reddito mediano delle famiglie immigrate è pari al 56% del reddito delle famiglie italiane.

Esaminando i bisogni dei cittadini stranieri, si è fatto ricorso ai dati forniti dallo *Sportello stranieri*, servizio distrettuale attivo nel territorio da diversi anni.

Nel periodo che va da giugno 2013 a giugno 2014 si sono rivolti allo sportello 262 cittadini stranieri e cioè il 6,5% dell'intera popolazione straniera residente.

Le richieste di accesso allo sportello hanno diverse motivazioni, tra queste il 32,3% è relativo al supporto per la richiesta della carta di soggiorno ed il 12,7% per la richiesta di cittadinanza.

Questi dati sembrano confermare che i soggetti stranieri che si rivolgono ai servizi del distretto sono prevalentemente cittadini che risiedono in Italia da diversi anni e che il bisogno di consulenza per i nuovi immigrati sembra essere residuale.

Tra i bisogni evidenziati dagli attori sociali coinvolti nei tavoli di programmazione per il nuovo triennio, vi è da sottolineare la necessità di dare continuità ad azioni di supporto, sia alle scuole del territorio che agli assistenti sociali dei Comuni del Distretto, attraverso interventi di mediazione linguistico culturale e di formazione specifica sui temi dell’immigrazione. Ciò poiché, se è vero che ormai gli immigrati portano ai servizi dei bisogni aspecifici (es. lavoro, abitare, reddito) che riguardano la generalità della popolazione, è però altrettanto vero che gli operatori, chiamati ad intervenire nel dare risposta a questi bisogni, devono sempre mantenere una logica etno relativa, e cioè devono poter riconoscere le peculiarità delle diverse culture di appartenenza ed i risvolti psicologici ed emotivi legati all’esperienza migratoria.

I servizi per la famiglia

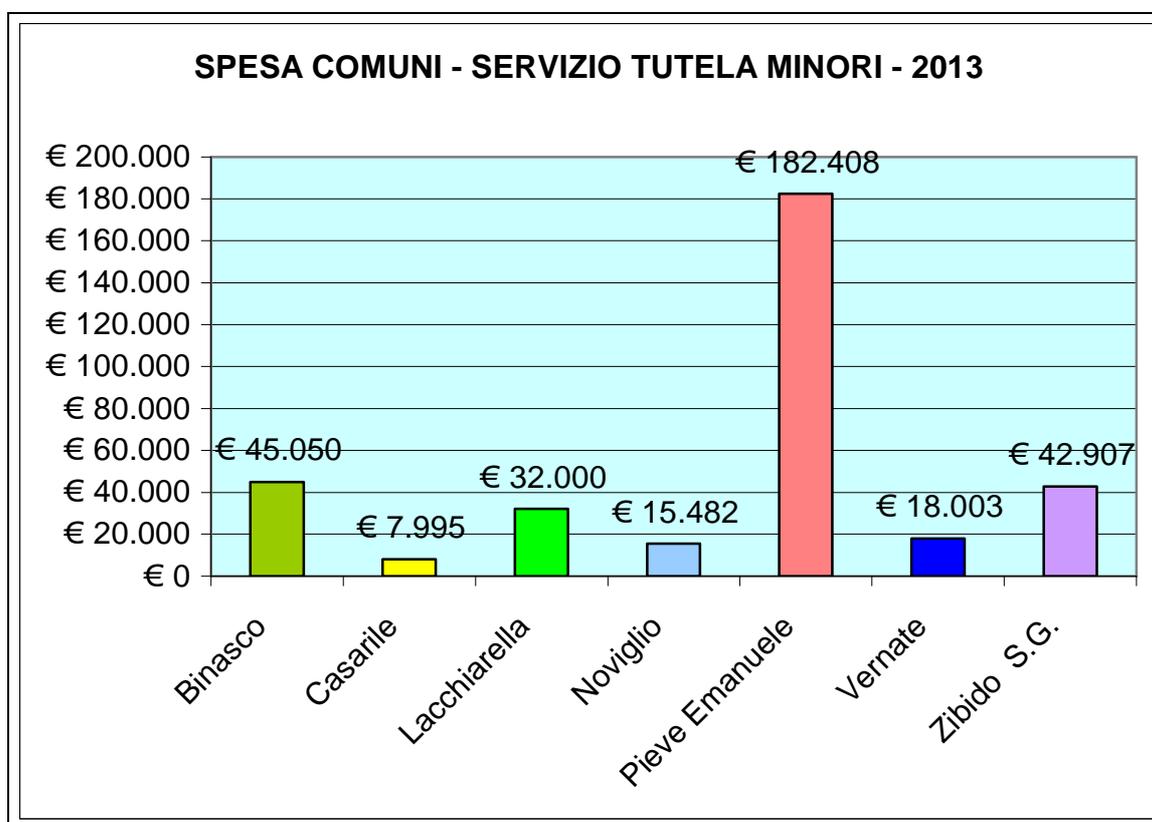
Per quanto concerne la composizione delle famiglie del Distretto, dalla consultazione degli attori del territorio, si è evidenziata una preoccupazione in merito all’aumento dei nuclei monoparentali frequentemente costituiti da madri sole o da padri soli.

Gli operatori del Servizio Educativo Domiciliare e dello Spazio Neutro hanno evidenziato un costante incremento dei casi di minori con nuclei familiari disgregati per effetto di separazioni conflittuali della coppia genitoriale.

Nel biennio 2012/2013 i dati raccolti dal servizio evidenziano:

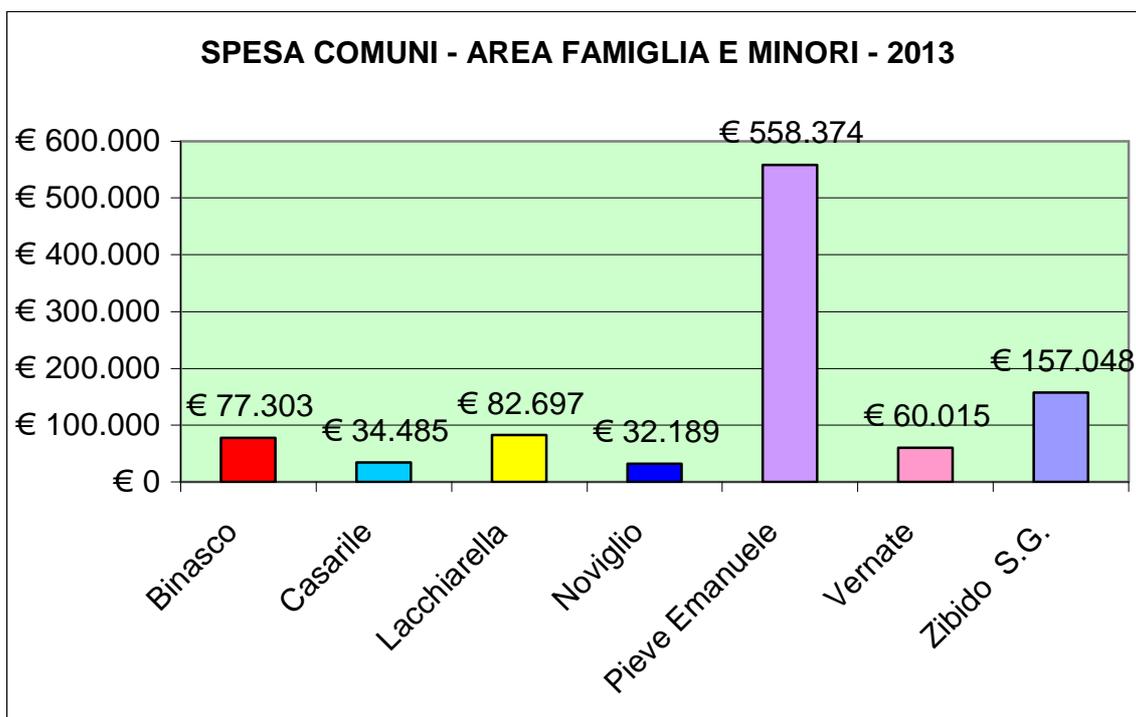
- Servizio educativa domiciliare: 15,50% dei casi in carico per separazione conflittuale;
- Spazio Neutro: 56,25% dei casi in carico per separazione conflittuale.

Gli investimenti che le Amministrazioni dedicano ai servizi di tutela minori (cosiddetti Servizi Minori e Famiglia) riguardano un'ampia percentuale dell'intera spesa sociale.



Lo scarto tra un Comune e l’altro si ridimensiona in parte, se si considera la spesa totale sull’Area Minori e Famiglia che ricomprende anche le seguenti voci: gestione dei Centri Estivi, spesa per

Affido Familiare, gestione servizi Tutela Minori, Centri Aggregazione Giovanile, Pronto Intervento e Comunità di accoglienza per minori.



I sette Comuni del Distretto gestiscono, attraverso un servizio distrettuale gli interventi di educativa domiciliare e lo spazio neutro. Il prossimo triennio vedrà la realizzazione di uno studio di fattibilità sulla gestione associata dei servizi minori e famiglia, con l'obiettivo di includere anche quest'area di intervento fra quelle a gestione distrettuale, al fine di garantire a questo specifico servizio uniformità territoriale e livelli qualitativi standard, nonché una metodologia di presa in carico e gestione dei casi, il più possibile omogenea.

In merito a questa delicata area, il bisogno di rendere più armonici gli interventi, nonché di creare le condizioni per promuovere tra gli operatori sociali l'uso di un linguaggio comune ed occasioni strutturate d'integrazione, è stato chiaramente definito nell'ambito del neocostituito Tavolo territoriale della rete dei servizi (Uonpia, CPS, Consulteri, SerT, Noa, Scuole, Servizi Minori e Famiglia dei Comuni) che, a diverso titolo, lavorano con i minori e le famiglie.

Un altro bisogno territoriale cui s'intende dare risposta nel prossimo triennio, riguarda il tema dell'affido familiare nella sua accezione più ampia.

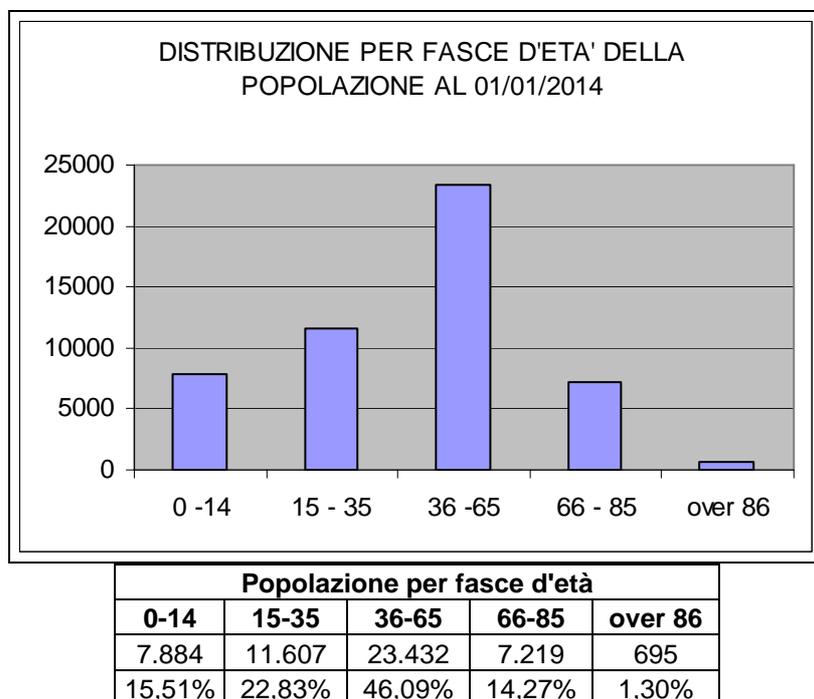
Il Distretto sino al 2009 godeva, attraverso una convenzione sovra distrettuale con il Distretto 7, di un servizio affidi che, a causa della contrazione delle risorse economiche, non ha successivamente mantenuto.

Nel triennio 2012-2014, il Distretto ha promosso, attraverso la realizzazione di una specifica progettualità (progetto GenerAzioni) interventi di sviluppo di comunità tesi a promuovere la cultura dell'affido e della solidarietà familiare, nonché volti a sperimentare modelli teorici ed operativi d'intervento con le famiglie basati sulla promozione e valorizzazione delle reti formali ed informali che ruotano intorno ad esse.

Resta, comunque, un "vuoto" legato alla strutturazione di un servizio affidi distrettuale che abbia l'ambizione di curare non solo gli aspetti precipi di tale servizi (selezione, formazione ed accompagnamento alle famiglie affidatarie) ma che sappia anche rivolgersi alla comunità creando occasioni di sensibilizzazione e sviluppando sistemi di solidarietà e di empowerment.

La popolazione giovanile nel Distretto Sociale 6

Sul nostro territorio i giovani dai 15 ai 35 anni nel 2014 costituivano quasi il 23% della popolazione, come evidenziato in tabella:



Rispetto alla distribuzione sui diversi Comuni, si rilevano alcune peculiarità.

POPOLAZIONE GIOVANILE 01.01.2014 per COMUNE Distretto 6		
Comuni	Giovani 15-35	% sul totale popolazione
Pieve Emanuele	4.207	26,23%
Lacchiarella	1.900	21,95%
Binasco	1.419	19,73%
Zibido San Giacomo	1.460	21,54%
Noviglio	939	19,28%
Casarile	940	22,86%
Vernate	742	22,47%
	11.607	

Dai tavoli è emerso che sul territorio **mancono luoghi ed occasioni di socializzazione e di aggregazione per i giovani.**

Negli ultimi anni solo il Comune di Zibido San Giacomo è riuscito a garantire il funzionamento di un Centro di Aggregazione Giovanile.

L'unico Servizio per i giovani che il Distretto Sociale 6 ha gestito nella triennalità del Pdz 2009-2011, è quello di **"Educativa di Strada"**, avviato a partire dal 2005. Tuttavia dal 2009 si è reso necessario, per motivi di budget, interrompere la prosecuzione del servizio a livello distrettuale, con

l'obiettivo di rivalutare e riprogrammare l'impiego di risorse sulle politiche giovanili nel suo complesso.

Nel rilevare i bisogni prevalenti dei giovani non si può prescindere dal coinvolgerli direttamente quali principali portatori di interessi per la definizione di politiche più centrate e realmente rispondenti alle specificità del territorio.

In tal senso è stata svolta nel 2014, nell'ambito del progetto sovradistrettuale (Distretti 6 e 7) sulle politiche giovanili, un'indagine sociale, sui bisogni della popolazione giovanile del territorio dei due Distretti coinvolti, attraverso interviste ad un campione rappresentativo di ragazzi e ragazze dai 14 ai 22 anni.

L'indagine, svolta da una consulente sociologa ed attraverso la fattiva collaborazione della rete dei *partners* che ha partecipato al progetto sulle politiche giovanili finanziato da Regione Lombardia per il biennio 2013-2014, è intitolata "*Niente da Fare? Ecco le risposte*" - *I giovani ed il territorio: una riflessione tra presente e futuro*.

Le aree esplorate sono state essenzialmente le seguenti:

1. Studio, lavoro e tempo libero
2. Quali servizi e quale comunicazione
3. La partecipazione politica e l'impegno civico

Volendo estrapolare dall'indagine alcuni elementi che ci consentono di riflettere sulle future politiche di programmazione, sembra interessante riportare in questa sede, il *focus* sulle aspettative dei giovani intervistati, circa i programmi territoriali di politiche giovanili:

Priorità politiche giovanili	%
Aiutare i giovani a trovare lavoro sul territorio	50,2
Assicurare il diritto allo studio	18,7
Fornire momenti e luoghi di aggregazione	10,5
Valorizzare il protagonismo giovanile	7,5
Facilitare la mobilità sul territorio	4,8
Organizzare manifestazioni sportive	4,6
Organizzare eventi culturali	2,7
Altro	1
Totale	100

Tale indagine non può essere interamente riportata in questo documento, tuttavia le riflessioni conclusive suggeriscono che quanto emerge non è di semplice interpretazione ed esprime la necessità di ulteriori approfondimenti, soprattutto qualitativi, in diverse aree di rilievo.

Di fronte a elementi di positività espressi dai ragazzi, persistono degli elementi di criticità, che, alla luce dell'analisi, sembrano ricondursi a tre temi di fondo:

1. Il problema della mobilità sul territorio;
2. La dimensione del lavoro che comprende l'incertezza verso il futuro e una richiesta, spesso inespressa, di servizi di aiuto e di orientamento;
3. Le difficoltà di comunicazione tra i giovani e il mondo adulto, in particolare quello istituzionale.

Per quanto riguarda il primo punto, è da sottolineare come ci sia una notevole differenza tra i Comuni coinvolti nell'indagine, nel livello di soddisfazione rispetto ai servizi di trasporto pubblico. Tuttavia, sebbene con gradi diversi, il problema della mobilità ritorna spesso come tema soprattutto tra gli under 19, a causa della loro mancanza di risorse alternative. Il collegamento con luoghi diversi dal proprio paese di residenza, viene richiesto soprattutto per motivi di studio, di lavoro e di intrattenimento. È quest'ultima area che crea maggiori difficoltà ai ragazzi, poiché il divertimento

giovanile è spesso confinato in fasce temporali in cui il servizio pubblico è carente, vale a dire la sera, la notte e i festivi.

La dimensione del lavoro risulta essere di più complicata analisi. A fronte di una crisi delle opportunità occupazionali, reale e continua, che rende la volontà progettuale dei giovani molto più fragile e cangiante, si registra anche una carenza di politiche giovanili, sul territorio, rispetto al *focus* “lavoro”, che risulta, invece, essere una priorità tra le richieste dei giovani. I ragazzi intervistati sembrano essere, quindi, particolarmente soli davanti alle loro necessità progettuali e, in parte, sembrano optare per un pragmatismo tipico di età più adulte piuttosto che per la coltivazione dei propri interessi e delle proprie ambizioni. In generale la crisi economica sembra aver spostato il baricentro dei loro interessi su una rapida acquisizione dell’indipendenza e su una concezione del lavoro prettamente strumentale. Le passioni e gli interessi, per chi non vi ha già rinunciato, vengono relegati alla dimensione del “passatempo” e non vengono investiti di un valore diverso.

Infine, l’interesse verso la politica viene definito dagli stessi intervistati molto scarso. Nelle fasce di età più basse, le pratiche di partecipazione sono molto rare, ma aumentano con l’aumentare dell’età. Le Amministrazioni locali e la rete territoriale esistente, ponendosi in una posizione di ascolto rispetto ai bisogni espressi dai giovani, intendono promuovere, per il prossimo triennio, azioni volte a favorire ed a sostenere i percorsi di accompagnamento dei giovani verso l’età adulta, favorendo occasioni di integrazione tra il mondo della formazione e del lavoro e promuovendo la costituzione di spazi di co-gestione (per esempio di *coworking*) in cui i giovani possano esprimere le proprie capacità creative ed innovative.

Focus sulla popolazione anziana, sulle non autosufficienze e disabilità.

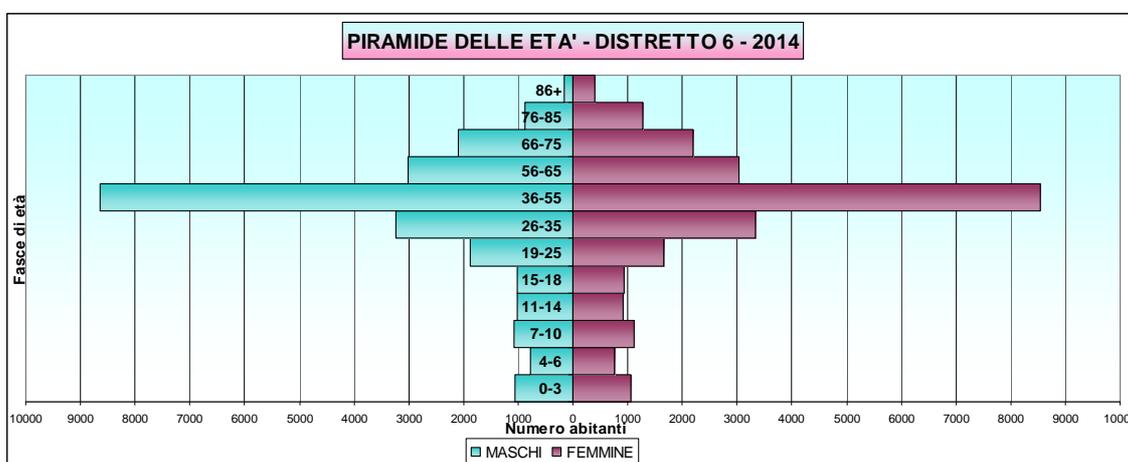
Per quanto concerne la popolazione anziana, le riflessioni di seguito riportate partono da alcune premesse demografiche, dati imprescindibili per costruire politiche adeguate ai bisogni.

Il territorio si caratterizza per un indice d’invecchiamento che segue il trend dell’intera popolazione residente nell’ambito dei Comuni dell’ASL MI2, così come dalla seguente tabella:

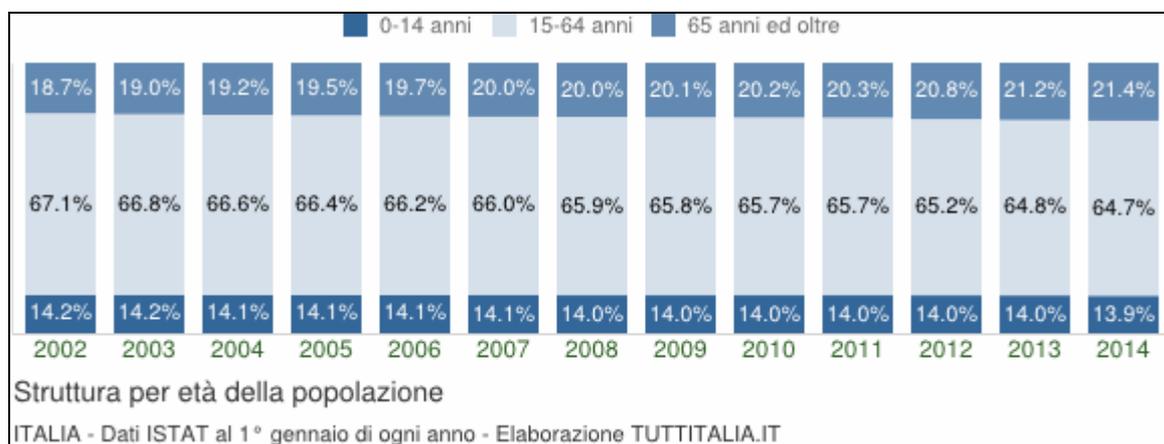
Focus POPOLAZIONE ANZIANA:							
II	2009	2010	2011	2012	2013	delta 2013-2009	
Distr. 1	15,60	15,93	16,94	17,54	18,17	2,57	Indice di invecchiamento (I. I.): Percentuale di popolazione di 65 anni e più sul totale della popolazione
Distr. 2	19,16	19,24	19,65	20,39	20,63	1,47	
Distr. 3	18,52	18,67	18,54	19,3	19,69	1,17	
Distr. 4	17,97	18,13	18,62	19,3	19,76	1,79	
Distr. 5	18,02	18,31	18,49	19,06	19,63	1,61	
Distr. 6	14,56	15,17	15,87	16,54	16,74	2,18	
Distr. 7	18,54	18,84	19,47	20,25	20,37	1,83	
Distr. 8	16,23	16,23	16,73	17,23	17,77	1,54	
ASL	17,67	17,88	18,37	19,05	19,44	1,77	

Gli anziani, presenti nel nostro distretto al 31.12.2014, erano 8.045, suddivisi nei sette Comuni, così come dalla seguente tabella:

Popolazione anziana Over 65		
01.01.2014		
	n° Anziani	%
Pieve Emanuele	2179	27,10%
Lacchiarella	1650	20,5%
Binasco	1723	21,41%
Zibido S.G.	917	11,40%
Noviglio	519	6,45%
Casarile	586	7,29%
Vernate	471	5,85%
	8.045	100,00%



L'analisi della struttura per età della popolazione considera tre fasce di età: 0-14 anni, 15-64 anni, dai 65 in poi. In base alle diverse proporzioni fra tali fasce di età, la struttura della popolazione può essere definita “progressiva”, “stazionaria” o “regressiva”, a seconda che la popolazione giovanile sia maggiore, equivalente o minore di quella anziana. Lo studio di tali rapporti è importante per valutare alcuni impatti sul sistema sociale, ad esempio sul sistema lavorativo o su quello sanitario. Dagli ultimi dati Istat, elaborati a livello nazionale, la suddivisione per fasce di età in Italia è la seguente:



In questa sede compariamo i dati demografici nazionali con quelli locali per evidenziare quanto il dato locale si scosti o meno da quello italiano e valutarne la portata.

Tabella: Popolazione Nazionale

<i>Anno</i> 1° gennaio	<i>Indice di</i> <i>vecchiaia</i>	<i>Indice di dipendenza</i> <i>strutturale</i>
2012	148,6	53,5
2013	151,4	54,2
2014	154,1	54,6

Tabella: Popolazione Distretto Sociale 6

<i>Anno</i> 1° gennaio	<i>Indice di</i> <i>vecchiaia</i>	<i>Indice di dipendenza</i> <i>strutturale</i>
2012	103,71	46,20
2013	106,02	47,53
2014	107,97	47,83

L'indice di vecchiaia misura il valore percentuale tra la popolazione dai 65 anni in poi e la popolazione 0-14 anni.

L'indice di dipendenza strutturale misura la proporzione tra la popolazione cosiddetta "inattiva" (dai 65 in poi e da 0-14 anni) e la popolazione dai 15 ai 64 anni.

Se confrontiamo le due tabelle, osserviamo che sia l'indice d'invecchiamento della popolazione residente nel Distretto Sociale 6 che l'indice di dipendenza strutturale, sono sotto la media dei valori offerti dalle indagini statistiche su base nazionale.

I Comuni con una maggiore popolazione di anziani, al 01.01.2014, risultano essere Binasco e Lacchiarella, mentre Noviglio è il Comune con la popolazione più giovane:

COMUNI	Età 0-14	Età 15-64	Età 65 in poi	Indice vecchiaia	Indice dipendenza strutturale
Binasco	1035	4431	1723	166,47	62,24
Casarile	693	2832	586	84,55	45,16
Lacchiarella	1332	5570	1752	131,53	55,36
Noviglio	875	3149	576	65,82	46,07
Pieve Emanuele	2214	11437	2385	107,72	40,21
Vernate	508	2291	503	99,01	44,12
Zibido San Giacomo	1227	4563	987	80,44	48,52

Il dato demografico di per sé non è indice di bisogni che afferiscono l'area delle non autosufficienze. Per ciò che attiene gli scenari futuri, l'indice d'invecchiamento della popolazione non può essere immediatamente sovrapponibile al rischio di fragilità, cronicità e disabilità.

Gli anziani, se supportati, possono rappresentare un'importante risorsa per la società, basti richiamare il concetto del cosiddetto "invecchiamento attivo" definito dall'Organizzazione

Mondiale della Sanità: “il processo di ottimizzazione di opportunità per il benessere, per la partecipazione e per la sicurezza delle persone che invecchiano al fine di migliorarne la qualità di vita”.

Per tale ragione, appare importante, nel nostro territorio ampliare l'attuale offerta per il tempo libero e la socializzazione degli anziani.

Non in tutti i Comuni, infatti, esistono servizi strutturati per favorire l'aggregazione, promuovere politiche per il tempo libero e sperimentare attività volte a favorire la “connessione” tra l'anziano e la comunità.

Tuttavia, nella nostra lettura del contesto sociale, vanno considerati i rischi suggeriti a livello epidemiologico dai dati esistenti, dai quali è evidente come, tra le fasce più anziane della popolazione, aumentino la prevalenza e l'incidenza delle principali patologie.

Esaminiamo la spesa sociale dei Comuni in riferimento ad alcuni dei principali servizi rivolti ad anziani non autosufficienti e parzialmente autosufficienti ed a persone (di qualunque età) con disabilità, per comprendere quanto, l'incidenza della popolazione anziana e disabile, trovi risposta nella strutturazione di servizi dedicati alla cura ed al supporto alla domiciliarità.

SPESA COMUNI DISTRETTO ANNO 2012							
COMUNE	SAD	SERV. COMPL.	TOTALE	TRASPORTO ANZIANI	TRASPORTO DISABILI	TOTALE TRASPORTO	TOTALE SPESE ANNO
BINASCO	€ 125.584,00	€ 8.000,00	€ 133.584,00	€ 5.000,00	€ 7.440,00	€ -	€ 133.584,00
CASARILE	€ 16.655,00	€ 813,00	€ 17.468,00	€ 6.360,00	€ 10.353,20	€ -	€ 17.468,00
LACCHIARELLA	€ 84.141,00	€ 29.760,00	€ 113.901,00	€ 10.000,00	€ 33.500,00	€ 43.500,00	€ 157.401,00
NOVIGLIO	€ 22.296,00	€ -	€ 22.296,00	€ 120,00	€ 3.189,00	€ 3.309,00	€ 25.605,00
PIEVE EM.	€ 65.570,00	€ 11.882,90	€ 77.452,90	€ 23.000,00	€ 74.279,70	€ 97.279,70	€ 174.732,60
VERNATE	€ 21.218,35	€ 14.698,00	€ 35.916,35	€ 9.500,00	€ 4.000,00	€ 13.500,00	€ 49.416,35
ZIBIDO	€ 86.506,00	€ 36.055,00	€ 122.561,00	€ 6.775,00	€ 1.351,00	€ 8.126,00	€ 130.687,00
TOTALE	€ 421.970,35	€ 101.208,90	€ 523.179,25	€ 60.755,00	€ 134.112,90	€ 194.867,90	€ 688.893,95

SPESA COMUNI DISTRETTO ANNO 2013							
COMUNE	SAD	SERV. COMPL.	TOTALE	TRASPORTO ANZIANI	TRASPORTO DISABILI	TOTALE TRASPORTO	TOTALE SPESE ANNO
BINASCO	€ 115.704,71	€ 8.000,00	€ 123.704,71	€ 10.250,00	€ 9.000,00	€ -	€ 123.704,71
CASARILE	€ 22.447,36	€ -	€ 22.447,36	€ -	€ 8.060,80	€ -	€ 22.447,36
LACCHIARELLA	€ 84.141,00	€ 24.830,00	€ 108.971,00	€ 12.000,00	€ 30.500,00	€ 42.500,00	€ 151.471,00
NOVIGLIO	€ 23.156,00	€ 370,00	€ 23.526,00	€ 347,00	€ 1.388,00	€ 1.735,00	€ 25.261,00
PIEVE EM.	€ 53.225,00	€ 10.349,33	€ 63.574,33	€ 25.000,00	€ 102.008,35	€ 127.008,35	€ 190.582,68
VERNATE	€ 15.027,66	€ 7.303,14	€ 22.330,80	€ 3.459,92	€ 2.500,00	€ 5.959,92	€ 28.290,72
ZIBIDO	€ 78.649,00	€ 47.078,00	€ 125.727,00	€ 4.015,00	€ 1.298,00	€ 5.313,00	€ 131.040,00
TOTALE	€ 392.350,73	€ 97.930,47	€ 490.281,20	€ 55.071,92	€ 154.755,15	€ 182.516,27	€ 672.797,47

SPESA COMUNI DISTRETTO ANNO 2014							
COMUNE	SAD	SERV. COMPL.	TOTALE	TRASPORTO ANZIANI	TRASPORTO DISABILI	TOTALE TRASPORTO	TOTALE SPESE ANNO
BINASCO	€ 129.730,00	€ 8.000,00	€ 137.730,00	€ 10.250,00	€ 8.591,00	€ 18.841,00	€ 156.571,00
CASARILE	€ 13.869,00	€ -	€ 13.869,00	€ 7.752,00	€ 8.530,00	€ 16.282,00	€ 30.151,00
LACCHIARELLA	€ 84.500,00	€ 24.800,00	€ 109.300,00	€ 10.000,00	€ 25.020,00	€ 35.020,00	€ 144.320,00
NOVIGLIO	€ 21.555,00	€ 604,00	€ 22.159,00	€ 500,00		€ 500,00	€ 22.659,00
PIEVE EM.	€ 51.666,00	€ 2.670,00	€ 54.336,00	€ 25.000,00	€ 107.850,00	€ 132.850,00	€ 187.186,00
VERNATE	€ 21.843,00	€ 8.384,00	€ 30.227,00	€ 3.500,00	€ 2.500,00	€ 6.000,00	€ 36.227,00
ZIBIDO S.G.	€ 78.806,00	€ 56.023,00	€ 134.829,00	€ 4.080,00	€ 1.320,00	€ 5.400,00	€ 140.229,00
TOTALE	€ 401.969,00	€ 100.481,00	€ 502.450,00	€ 61.082,00	€ 153.811,00	€ 214.893,00	€ 717.343,00

Insieme a questi costi vanno considerati gli interventi che i Comuni attuano attraverso titoli sociali distrettuali, ricordando che dal 2005, fra i servizi della gestione associata, rientrano anche le prestazioni garantite ai cittadini attraverso l'erogazione di voucher e buoni sociali, per:

- servizi di assistenza domiciliare (SAD);
- servizi di assistenza domiciliare ai disabili (SADH);
- interventi educativi di assistenza domiciliare disabili (ADH).

Nell'ultimo anno (dal 01.01.2014 al 31.12.2014) i Comuni hanno garantito prestazioni sociali ad anziani e disabili, attraverso erogazione di titoli sociali distrettuali, nel seguente modo:

COMUNI	SAD	SADH	ADH
BINASCO	€ 3.690,00	€ -	€ 10736,00
CASARILE	€ 14.040,00	€ -	€ -
LACCHIARELLA	€ 14.202,00	€ -	€ 9.900,00
NOVIGLIO	€ 5.850,00	€ -	€ 5808,00
PIEVE EMANUELE	€ -	€ 9.720,00	€ 18.216,00
VERNATE	€ 3.744,00	€ -	€ -
ZIBIDO SAN GIACOMO	€ 10.116,00	€ -	€ 7.766,00
TOTALE SUL DISTRETTO	€ 51.642,00	€ 9.720,00	€ 52.426,00

Si evidenzia che ciascun Comune, al proprio interno, gode di una struttura organizzativa diversa per rispondere ai bisogni di assistenza domiciliare di anziani e disabili.

Per esempio, i Comuni di Binasco, di Lacchiarella e Zibido San Giacomo hanno personale dipendente che si occupa del Servizio di Assistenza Domiciliare in favore degli anziani e del Servizio di Assistenza Domiciliare ai disabili.

Questo giustifica il diverso utilizzo di voucher sociali, che rappresentano ad oggi, per i Comuni, uno strumento d'integrazione e potenziamento delle risorse destinate a garantire tali prestazioni.

Come si evince dalla tabella, il Comune di Pieve Emanuele, con il proprio SAD comunale riesce a garantire il fabbisogno interno, tanto che le risorse distrettuali vengono esclusivamente impiegate per le prestazioni di SADH e ADH.

Il *Quarto rapporto nazionale sull'assistenza agli anziani ed ai disabili non autosufficienti* (edito da Maggioli 2013), evidenzia come, a livello nazionale, il quadro dell'assistenza sia fondato su prestazioni sanitarie, sociali e su prestazioni di cura garantite da *caregiver* familiari e assistenti familiari privati (badanti).

... *“Questi ultimi, in particolare, rappresentano il vero pilastro dell'assistenza continuativa grazie al contributo che, nonostante la crisi ancora in atto, le pensioni e i risparmi accumulati negli anni dalle famiglie riescono a garantire. Per la prima volta, tuttavia, negli ultimi dieci anni, come dimostrano Pasquinelli e Rusmini nel loro contributo al Rapporto, si arresta la crescita del mercato regolare dei lavoratori domestici iscritti all'INPS. Questo dato potrebbe nascondere l'espansione irregolare del mercato dell'assistenza, fatto sta che è oggi impossibile prevedere come questa situazione si evolverà nei prossimi anni”*...

La valorizzazione della figura di assistente familiare passa attraverso la promozione di fattori che sostengano la regolarizzazione dei rapporti contrattuali tra l'assistito e l'assistente.

In tal senso, si evidenzia, nel Distretto Sociale 6, la necessità di promuovere un servizio che sostenga la qualificazione e la regolarizzazione degli assistenti familiari privati e che supporti le famiglie dei soggetti fragili nelle azioni di ricerca e di incrocio domanda/offerta.

Durante il processo di programmazione, del nuovo Piano di Zona, nella fase di condivisione con i soggetti del territorio dell'aggiornamento della diagnosi sociale, è emerso che molte criticità afferenti l'area della popolazione anziani, sono riscontrabili anche con riguardo alle disabilità ed alle non autosufficienze, tra queste:

- il senso di solitudine delle famiglie con compiti di cura che spesso si trovano a dover sacrificare la propria dimensione lavorativa e personale per assistere un familiare anziano e/o disabile;
- la priorità di implementare sistemi d'intervento che mirino a realizzare percorsi di assistenza attraverso forme d'integrazione socio-sanitaria, soprattutto nella delicata fase di valutazione e di successiva presa in carico;
- la carenza, a livello territoriale di unità di offerta di centri diurni e di servizi di residenzialità leggera per disabili e anziani;

Inoltre, si evidenzia, per quanto attiene l'area disabili, la necessità di sostenere progetti e servizi di inclusione sociale e di autonomia, soprattutto per ciò che attiene la formazione, l'inserimento nel mondo del lavoro e la consecutiva autonomia economica delle persone con disabilità.

Il Distretto sino al 2012 ha promosso, attraverso una convenzione con Afol Sud, un servizio di sostegno all'inserimento lavorativo che prevedeva due tipologie di utenza: adulti in condizione di svantaggio e disabili.

Per la prossima triennalità si prevede di sviluppare progetti volti a promuovere l'inserimento lavorativo dei disabili, attraverso l'implementazione di servizi che possano rispondere al bisogno d'integrazione socio-lavorativa dei soggetti con disabilità, con interventi che rispondano al requisito di efficacia (in termini di esiti, es: numero di inserimenti lavorativi) e di efficienza (in termini di rapporto tra le risorse investite dai Comuni ed i risultati che si prevede di raggiungere) e che garantiscano la "messa in rete" delle risorse esistenti e l'integrazione con gli strumenti previsti dalla Regione Lombardia (es. sistema delle doti).

Il trasporto sociale è un servizio garantito da tutti i Comuni, ma non in forma associata.

Come si evince dalle tabelle sopra esposte, esso, pur costituendo una prestazione essenziale rappresenta una voce di costo particolarmente onerosa per le singole Amministrazioni, poiché il territorio geografico del Distretto è molto vasto e frammentato (si pensi alla suddivisione in piccole frazioni della maggior parte dei sette Comuni del Distretto).

Per tale ragione appare importante, ipotizzare, per il prossimo triennio uno studio di fattibilità che riguardi un'eventuale gestione associata del servizio trasporto, con l'obiettivo di renderlo uniforme in termini di requisiti di accesso e di standard organizzativi e qualitativi ed in modo da valutare anche un'eventuale beneficio in termini di realizzazione di economie per le Amministrazioni Locali.

- 4 -

LA PROGRAMMAZIONE DEL PIANO DI ZONA 2015/2017

La programmazione del nuovo Piano di Zona 2015/2017 si pone in linea di continuità con il percorso di cambiamento del modello di welfare territoriale avviato tre anni fa, che ha caratterizzato il documento del Piano di Zona 2012/2014, che qui si intende richiamare integralmente.

Un tale percorso di cambiamento, infatti, deve inevitabilmente essere pianificato e perseguito in un arco temporale più ampio di un solo triennio.

Dal lavoro di programmazione, inoltre, è emerso che restano confermate molte aree di priorità in quanto, per alcune (come approfondito nel precedente capitolo 2), non è stato possibile offrire una risposta nel triennio e, per altre, è necessario un percorso più lungo per la loro completa attuazione:

- ❖ Migliorare l'accesso alla rete dei servizi
- ❖ Migliorare l'integrazione tra i Servizi territoriali esistenti, anche attraverso la formazione condivisa
- ❖ Promuovere occasioni di integrazione tra l'offerta pubblica e quella privata
- ❖ Sostenere l'integrazione socio-sanitaria
- ❖ Favorire la collaborazione con le scuole e la formazione
- ❖ Favorire occasioni di socialità e promozione del benessere
- ❖ Promuovere la partecipazione attiva del cittadino nei processi di protezione sociale

Tuttavia è necessario sottolineare che la nuova programmazione è caratterizzata da importanti novità che rafforzano, in senso evolutivo, il sistema degli interventi che si intende realizzare nei prossimi anni, in particolare:

1. **il rafforzamento dei compiti di regia.** Appare maggiormente riconosciuto e legittimato, a livello istituzionale, il lavoro di *governance* assegnato ai Piano di Zona
2. **la realizzazione di nuovi servizi/interventi.** E' possibile dare concretezza ad alcune ipotesi di intervento, anche grazie alle scelte di investimento maturate nell'ultimo anno
3. **un nuovo approccio alla programmazione.** Abbiamo riformulato la modalità di risposta ai bisogni, sviluppando un sistema che tenga conto dell'integrazione tra le *policy*
4. **una maggiore attenzione al sistema di valutazione.** Per la prima volta abbiamo accompagnato la programmazione degli interventi con i relativi strumenti di valutazione
5. **una maggiore attenzione alla sostenibilità.** Vista l'esperienza del precedente Piano di Zona abbiamo prestato maggiore attenzione al livello di sostenibilità della pianificazione triennale
6. **una nuova spinta all'integrazione.** Riconoscimento delle Amministrazioni comunali al valore dell'integrazione per garantire un migliore utilizzo delle risorse esistenti
7. **un consolidamento delle progettazioni sovradistrettuali.** Le esperienze condotte negli anni hanno rafforzato le relazioni con gli altri Ambiti favorendo forme d'integrazione su alcune specifiche aree di intervento

Insieme alla rete territoriale, abbiamo deciso di organizzare il lavoro di programmazione 2015/2017 con una logica diversa rispetto al passato, tenendo maggiormente conto delle trasversalità di alcune aree di bisogno in un ottica di **integrazione tra le policy**. La ridefinizione delle aree rispecchia lo spirito innovativo che intende animare il nuovo Piano di Zona ed il desiderio di mettere al centro della riflessione l'integrazione quale processo metodologico alla base di politiche sociali orientate a rispondere alla *sfida della complessità*.

Vogliamo evidenziare come, nel corso degli anni, il compito di programmazione sia stato affrontato con approcci differenti al fine di rappresentare l'evoluzione del territorio nella pianificazione del sistema di risposta.

Per il Piano di Zona 2009/2011 furono programmati tavoli di lavoro per utenza:

- Anziani
- Disabili
- Minori e famiglie
- Grave emarginazione
- Azioni di sistema

Per il Piano di Zona 2012/2014 furono programmati tavoli di lavoro per aree di bisogno rilevate nella diagnosi sociale:

- Famiglia e minori
- Stranieri
- Lavoro
- Carico di cura
- Giovani
- Scuola
- Processi di rete

Per il Piano di Zona 2015/2017 sono stati programmati tavoli di lavoro per tematiche trasversali a più aree d'intervento:

- ☆ **INTEGRAZIONE TRA I COMUNI** (*integrazione delle conoscenze; dei servizi; della programmazione; delle risorse*)
- ☆ **CURA E ASSISTENZA** (*sostegno alla domiciliarità; residenzialità e semiresidenzialità; conciliazione tempi vita lavoro; prima infanzia; interventi di promozione e tutela*)
- ☆ **INTEGRAZIONE SOCIALE ED AUTONOMIA** (*lavoro; integrazione al reddito; abitare; accoglienza e integrazione sociale*)
- ☆ **PROMOZIONE DEL BENESSERE E QUALITÀ DELLA VITA** (*politiche giovanili; sviluppo di comunità e promozione sociale*)
- ☆ **FORMAZIONE E ISTRUZIONE** (*rete scuola territorio servizi; sistema istruzione formazione lavoro*)

Questa riconfigurazione dei tavoli di programmazione ha favorito la costruzione di un nuovo sistema di risposta ai bisogni del territorio, promuovendo un'operazione di **ricomposizione dell'offerta**. Abbiamo ritenuto estremamente strategico integrare le diverse politiche che hanno al centro i bisogni della famiglia: le politiche di conciliazione tempi di vita e lavoro per i compiti di cura; le politiche di integrazione al reddito, del lavoro e dell'abitare; le politiche dell'istruzione e della formazione; le politiche di promozione del benessere dei giovani e degli anziani.

Di seguito riportiamo le Schede di programmazione, frutto del lavoro dei Tavoli avviati negli ultimi mesi della triennalità appena conclusa.

Le stesse sono strutturate secondo tali parametri orientativi e valutativi:

- tematiche
- priorità di target
- obiettivi
- priorità d'intervento/azioni di sistema
- tempistica

- risorse da impiegare
- strumenti
- indicatori di esito

Dal lavoro conclusivo si evidenzia che la visione strategica che traccia l'orizzonte della nuova programmazione è fortemente orientata all'integrazione nelle sue diverse declinazioni:

- **integrazione delle policy**
- **integrazione delle conoscenze**
- **integrazione delle risorse**
- **integrazione dei servizi**

Piano di zona 2015 – 2017 – Distretto Sociale 6 ASL Milano 2

INTEGRAZIONE TRA I COMUNI								
Aree di bisogno	Obiettivi	Tipologia obiettivo	Priorità di interventi / azioni di sistema	Risorse da impiegare	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Strumenti di valutazione	Tempistica
INTEGRAZIONE DELLE CONOSCENZE	Migliorare la lettura dei bisogni del territorio (anche in un'ottica trasversale) per individuare le risposte più adeguate (per evitare sprechi e/o sovrapposizioni e/o vuoti di intervento).	Generale	1. Monitorare le fonti informative già esistenti (evitare duplicazioni di raccolta) mettendole a sistema. 2. Implementare l'utilizzo del sito distrettuale . 3. Uniformare e/o integrare le schede sulla gestione dei servizi e/o le cartelle sociali .	Staff dell'Ufficio di Piano. Risorse economiche del Distretto	Segretariato sociale. Servizi Sociali Comunali. Spesa sostenuta dai Comuni. Sito. Database	1. Realizzazione documento raccolta fonti informative esistenti 2. Sviluppo sito distrettuale 3. Definizione distrettuale degli strumenti di lavoro sociale 4. Ottimizzazione tempi di risposta debiti informativi	Tavoli tematici Questionari Griglie di rilevazione Numero di accessi al sito	entro il 31 dicembre 2016
	Implementare un sistema di rilevazione e di analisi delle informazioni del territorio (beneficiari dei servizi, organizzazioni presenti nella rete, servizi offerti pubblici/privati/rete spontanea).	Specifico	1. Elaborare un database per la raccolta delle informazioni. 2. Censimento sul tema dell'abitare e degli interventi di sostegno al reddito. 3. Censimento delle reti informali (associazionismo, volontariato, ...).			1. Realizzazione sistema rilevazione accessibile 2. Realizzazione censimento abitare e sostegno al reddito 3. Realizzazione censimento reti informali		
INTEGRAZIONE DEI SERVIZI	1. Contrastare la frammentazione e la duplicazione dell'offerta dei servizi al cittadino. 2. Potenziare l'offerta al cittadino. 3. Rendere omogenea (l'accesso ai servizi) e allo stesso tempo diversificata (cioè differenziata in base ai bisogni) la risposta ai bisogni del cittadino. 4. Sperimentare nuove forme di risposta ai bisogni del cittadino. 5. Consolidare interventi gestiti in maniera associata .	Strategico	Segretariato Sociale. Servizio Educativo Minori (ADM e Spazio Neutro). Servizio Affidi: campagna affidi + servizio ricerca famiglie + accompagnamento e sostegno alle famiglie affidatarie. Servizi formazione/lavoro disabili. Interventi dell' area lavoro . Potenziamento voucher . Sportello stranieri. Interventi di MLC Sportello badanti/badanti di condominio. Teleassistenza. Progetto sulle Politiche Giovanili. Progetto Rete anti violenza. Progetto Conciliazione.	Staff dell'Ufficio di Piano. Risorse economiche del Distretto	Affidamenti/gare d'appalto/bandi di accreditamento/ accordi sovradistrettuali. Tavoli tecnici e tavoli Assistenti sociali. Progettazione sociale finanziata Realizzazione indagini qualitative su livello di soddisfazione dei fruitori di almeno n.3 servizi distrettuali	1. Realizzazione di almeno l'80% dei servizi individuati come sostenibili a seguito di studi di fattibilità 2. Realizzazione di almeno n. 3 nuove tipologie di prestazioni erogate attraverso il sistema dei titoli sociali. 3. Livello di soddisfazione dei cittadini (indagine qualitativa di almeno 3 servizi) 4. Avvio di almeno n.2 servizi sperimentali	Cronoprogramma implementazione servizi Tavoli tecnici e Assemblea dei Sindaci Schede di valutazione quanti/qualitative dei servizi Analisi sui beneficiari dei servizi offerti	entro il 30 aprile 2017

INTEGRAZIONE TRA I COMUNI								
Aree di bisogno	Obiettivi	Tipologia obiettivo	Priorità di interventi / azioni di sistema	Risorse da impiegare	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Strumenti di valutazione	Tempistica
INTEGRAZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE	Promuovere l'integrazione della programmazione degli interventi di welfare territoriale, attraverso azioni di sistema e buone prassi. Sperimentare nuove forme di risposta ai bisogni del cittadino. Promuovere la partecipazione, dal basso, al welfare comunitario . Promuovere connessioni tra attori diversi del territorio.	Strategico	Formazione per gli operatori territoriali. Regolamento Unico di accesso ai servizi. Tavolo dei Servizi minori . Iniziative di sensibilizzazione (violenza di genere; affidi; protezione giuridica). Studio di fattibilità per gestioni associate : Trasporto sociale, SMF, SAD, Pronto intervento sociale. Raccordo con le scuole del territorio. Criteri comuni di accesso alle misure del Fondo Non Autosufficienze . Sostegno ai progetti di housing sociale . Studio fattibilità su convenzionamenti con strutture residenziali . Mettere in rete le progettazioni finanziate : legge 23; legge 8; legge 40; Cariplo Prima infanzia : sperimentazione progetti (es. Albo delle Tate)	Staff dell'Ufficio di Piano Servizi sociali dei Comuni del Distretto Tavoli tematici e Tavoli tecnici	Protocolli e/o Regolamenti. Procedure comuni. Confronti economici e gestionali per gli studi di fattibilità. Coprogettazione	1. Adozione del regolamento unico di accesso ai servizi 2. Adozione di almeno due Protocolli operativi con gli attori del territorio 3. Realizzazione di almeno 4 eventi di sensibilizzazione all'anno sulle tematiche individuate 4. Realizzazione degli studi di fattibilità previsti 5. Adozione Criteri accesso al Fondo non Autosufficienza 6. Realizzazione di un documento unitario aggiornato sulle progettualità esistenti 7. Adesione, in qualità di partner, ad almeno due Bandi di finanziamento per l'housing sociale 8. Avviare almeno una sperimentazione nell'area della prima infanzia 9. Realizzazione di almeno una formazione all'anno per gli operatori del Distretto	Cronoprogramma avanzamento processi di programmazione Tavoli tematici e Tavoli tecnici Assemblea dei Sindaci Budget economico Questionario di gradimento sulla formazione e sugli eventi di sensibilizzazione	entro il 30 aprile 2017
INTEGRAZIONE DELLE RISORSE	Incrementare la compartecipazione dei Comuni alle risorse del Budget Unico . Garantire al Distretto l'accesso alle risorse economiche regionali attraverso il sistema premiale .	Strategico	Definizione di un programma di progressivo investimento nella gestione associata, integrando e/o sostituendo i servizi comunali	Bilanci comunali. Budget Unico del Piano di Zona.	Cronoprogramma degli investimenti Studi di fattibilità dei servizi in gestione associata	Nel 2014 la percentuale media di compartecipazione dei Comuni alla spesa sostenuta per i servizi del Piano di Zona è pari al 27%. Obiettivo dell'avanzamento nel prossimo triennio: 2015 27% 2016 33% 2017 35%	Tabella sintetica degli investimenti e della compartecipazione dei Comuni al Budget unico distrettuale	entro il 30 aprile 2017

4.1 Approfondimento Scheda di programmazione Integrazione tra Comuni

Il nuovo Piano di Zona è caratterizzato da un forte orientamento al tema dell'integrazione, in particolare all'**integrazione tra i Comuni**, non solo perché ritenuto strategico, nel tentativo di contrastare l'evidente frammentazione del sistema di welfare locale, ma anche perché si colloca in una giusta fase temporale del percorso evolutivo territoriale.

Anche sotto l'impulso delle Linee di indirizzo regionali per la predisposizione dei Piani di Zona, il lavoro di programmazione del nuovo triennio ha approfondito quattro aree di integrazione tra i Comuni del Distretto:

- 1. L'integrazione delle conoscenze**
- 2. L'integrazione della programmazione**
- 3. L'integrazione dei servizi**
- 4. L'integrazione delle risorse**

L'integrazione delle conoscenze

Il nostro Distretto ha individuato tra le sue priorità l'investimento sul sistema delle conoscenze. Negli anni, infatti, non è stato strutturato un sistema organico di raccolta dei dati e delle informazioni a supporto di una migliore programmazione sociale a livello di Ambito, in particolare rispetto ad una approfondita conoscenza di alcuni elementi relativi ai servizi interni a ciascun Comune (es.: numero richieste e numero di accessi per singolo servizio, numero utenti presi in carico, etc.). Spesso le informazioni restano frammentate e di non facile lettura a causa dell'assenza di un impianto di raccolta, conservazione e accesso a livello di Ambito.

E' stato possibile, invece, dotarsi di un sistema di lettura ed analisi dei dati relativi ai servizi gestiti in forma associata (es.: tipologia e numero di beneficiari, problematiche prevalenti, criticità emerse, etc.) e ai dati raccolti per rispondere ai debiti informativi.

A partire dal 2014 è stato possibile, tuttavia, avviare un percorso di censimento dei servizi esistenti nei Comuni del Distretto al fine di elaborare il Regolamento Unico di accesso ai servizi quale strumento di integrazione della programmazione zonale.

Immaginiamo che l'integrazione delle conoscenze sia un processo complesso che richiede un tempo di realizzazione piuttosto ampio, tuttavia, si intende avviare tale processo a partire dalle seguenti priorità:

- Monitorare e sviluppare le fonti informative esistenti, mettendole a sistema
- Uniformare ed integrare la gestione dei dati in possesso dei servizi sociali comunali
- Censire alcuni ambiti di intervento (es.: reti informali, dispersione scolastica, interventi di sostegno al reddito e dell'abitare)
- Elaborare un database condiviso per la raccolta e sistematizzazione delle informazioni

L'integrazione della programmazione

E' necessario sottolineare che il Distretto 6 ha già avviato nel corso degli anni un buon livello di integrazione della programmazione nella consapevolezza del valore strategico che essa rappresenta. Tale valore risiede nella possibilità di costruire politiche di welfare territoriale che garantiscano:

- Facilità di integrazione con altri sistemi (ASL e altri Distretti)
- Diffusione e crescita delle conoscenze
- Sviluppo di una cultura di sistema e crescita delle competenze degli operatori
- Omogeneità della rete dei servizi e ampliamento dei livelli qualitativi degli stessi
- Maggiore equità nell'accesso ai servizi

E' stato già avviato, a partire dal 2014, un percorso condiviso tra tutti i Comuni per la revisione del Regolamento distrettuale dei Titoli sociali e per l'elaborazione di un **Regolamento Unico** distrettuale di accesso ai servizi sociali. Quest'ultimo è stato programmato anche in ragione della necessità di adeguarsi alla nuova normativa per l'applicazione dell'ISEE. Si prevede di approvare i due Regolamenti entro luglio 2015.

Nel prossimo triennio immaginiamo di proseguire in questo percorso attraverso i seguenti interventi:

1. La formazione congiunta rivolta agli operatori sociali. Riteniamo, infatti, che la formazione rappresenti uno strategico strumento di integrazione in grado di promuovere un linguaggio comune e di un sapere condiviso
2. Il Regolamento Unico di accesso ai servizi sociali
3. Il Tavolo della rete dei servizi minori
4. La sperimentazione dei criteri di accesso alla misura B2 del Fondo Non Autosufficienza
5. Il raccordo con le scuole del territorio
6. Le campagne di sensibilizzazione su alcuni temi: affidi, parità di genere, protezione giuridica
7. Lo studio di fattibilità per le gestioni associate e per la compartecipazione della spesa del cittadino

Nell'arco del triennio verranno realizzati tre studi di fattibilità per esplorare l'ipotesi di gestire in forma associata alcuni servizi ritenuti strategici dai Comuni:

- 1) Trasporto sociale rivolto ad anziani e disabili
- 2) Servizio minori e famiglia
- 3) Assistenza Domiciliare anziani e disabili (presumibilmente attraverso il potenziamento dei voucher distrettuali)
- 4) Pronto intervento sociale

L'integrazione dei servizi

La gestione associata dei servizi nel nostro Distretto ha avuto, nel corso degli anni, un buon consolidamento per alcuni servizi, portati in continuità da almeno tre Piani di Zona:

- Servizio Educativo Minori (ADM e Spazio neutro)
- Sportello stranieri
- Erogazione dei Titoli sociali
- Centro di ascolto per le donne vittime di violenza
- Interventi di inserimento lavorativo

Oltre a questi storici servizi distrettuali si prevede di portare alla gestione associata i seguenti servizi:

1. Il **segretariato sociale** che sarà avviato a luglio del 2015
2. Il **servizio affidi** che immaginiamo di poter avviare a partire da settembre 2015
3. Lo **sportello badanti** che partirà entro l'estate 2015
4. Il servizio "**badante di condominio**" già in corso di sperimentazione grazie ad una progettualità finanziata dalla Fondazione Cariplo. Si prevede di dare continuità al servizio anche a conclusione della progettualità
5. Il servizio di **Teleassistenza** già avviato a febbraio 2014 ed attualmente in corso

L'integrazione delle risorse

Per approfondire quanto emerso nei tavoli di programmazione in merito all'integrazione delle risorse si rinvia al paragrafo 4.7 "Budget unico e risorse economiche".

In particolare si evidenzia che i Comuni del Distretto intendono progressivamente incrementare la loro compartecipazione alle risorse del Budget unico allo scopo di valorizzare la gestione distrettuale degli interventi previsti dal Piano di Zona.

Come riportato nel paragrafo 4.7 "Budget unico e risorse economiche" nel corso degli anni la percentuale di compartecipazione dei Comuni alle risorse distrettuali è progressivamente e significativamente cresciuta, partendo da un investimento complessivo annuale pari ad € 54.000,00 fino al 2011 fino ad arrivare ad un importo complessivo di € 129.808,00 nell'anno 2014.

Si riporta di seguito una tabella sull'attuale livello di integrazione delle risorse (percentuale media di compartecipazione dei Comuni, alla spesa sostenuta per i servizi del Piano di Zona) e la percentuale di avanzamento che si intende raggiungere nel corso dei prossimi tre anni:

Percentuale di copertura alla spesa del Piano di Zona					
anno 2012	anno 2013	anno 2014	anno 2015	anno 2016	anno 2017
21,01%	47,92%	27,20%	27,20%	33%	35%

CURA E ASSISTENZA							
Area di bisogno	Priorità di target	Obiettivi	Priorità di interventi / azioni di sistema	Tempistica	Risorse da impiegare	Strumenti	Indicatori di esito
SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITÀ	Soggetti fragili: Anziani e Disabili non autosufficienti e/o con limitata capacità di autonomia e loro famiglie. Operatori socio-sanitari	Miglioramento qualità di vita soggetti fragili	Sperimentare programma Fondo Non Autosufficienza Misura B2: 1) Buono sociale mensile per caregiver familiare e/o assistente familiare 2) Buono sociale mensile per progetti vita indipendente 3) contributi per periodi di sollievo 4) voucher sociali per interventi complementari alla domiciliarità (pasti, lavanderia, stireria, trasporti,...) 5) voucher sociali educativi per minori disabili 6) potenziamento SAD.	Da maggio 2015 al 31 dicembre 2015	Fondo Non Autosufficienza € 122.572,00 - Risorse economiche PDZ € 168.000,00 Operatori dei servizi (ASL e Comuni)	DGR 2883/2014. Criteri condivisi in Cabina di regia per l'attuazione della misura B2	1. n.misure utilizzate/n. misure previste, per valutare globalmente l'erogazione corretta delle risorse 2. % di utilizzo di ciascuna misura, per valutare la domanda presente sul territorio e orientare l'eventuale erogazione futura degli interventi in oggetto
		Omogeneizzazione metodologia d'intervento socio sanitario	Sperimentare modello di valutazione socio-sanitaria (PAI misura B2).	Da maggio 2015 al 31 dicembre 2015		Modelli di valutazione multidimensionale (ADL, IADL) e di intervento (PAI)	1. report finale UDP riguardante la % di soddisfazione operatori comunali rispetto agli strumenti previsti ed eventuali proposte di miglioramento
		Garantire mantenimento al domicilio attraverso servizi domiciliari	Potenziare gli interventi domiciliari attraverso i voucher sociali (studio fattibilità su gestione associata SAD comunali...) e riformulare il sistema di erogazione dei voucher distrettuali	Da maggio 2015 al 31 dicembre 2017		1. Nuovo Accreditamento distrettuale per Titoli sociali 2. Regolamento per l'accesso ai Titoli sociali	1. Approvazione nuovo Accreditamento distrettuale per Titoli sociali 2. Approvazione nuovo Regolamento per l'accesso ai Titoli sociali 3. Studio fattibilità servizio distrettuale Sad
		Garantire mantenimento al domicilio attraverso servizi di prossimità	1. Progetto " Badante di Condominio " 2. " Albo delle Badanti "			Progettazione zonale partecipata	1. Implementazione progettuale in almeno 3 dei comuni del distretto 2. Avvio sperimentazione
			Servizio di Teleassistenza			Affidamento diretto	copertura servizio, customer, report qualiquantitativo fornitore

CURA E ASSISTENZA							
Aree di bisogno	Priorità di target	Obiettivi	Priorità di interventi / azioni di sistema	Tempistica	Risorse da impiegare	Strumenti	Indicatori di esito
RESIDENZIALITÀ E SEMI RESIDENZIALITÀ	Soggetti fragili: Anziani e Disabili non autosufficienti e/o con limitata capacità di autonomia e loro famiglie. Operatori socio-sanitari	Omogeneizzazione criteri d'accesso ai servizi e miglioramento offerta territoriale	1. Implementare regolamento unico di accesso ai servizi 2. Studio di fattibilità su eventuali convenzioni territoriali con strutture socio sanitarie accreditate 3. Sostegno a progetti di avvio di nuove unità di offerta (housing sociale, ecc.) 4. Sperimentare modello di valutazione socio-sanitaria (DGR 2942/14).	Da luglio 2015 a dicembre 2017	Fondi Regionali DGR 2942 Risorse umane Ufficio di Piano Risorse umane dei servizi (ASL e Comuni) Fondi Cariplo	DGR 2942/2014. Criteri condivisi in Cabina di regia per l'attuazione della misure previste (minori in Comunità, residenzialità leggera, RSA aperta,...)	1. approvazione Regolamento unico accesso servizi 2. Report UDP studio fattibilità 3. avvio di almeno una nuova unità d'offerta
INTERVENTI DI CONCILIAZIONE TEMPI DI VITA E LAVORO	Famiglie con compiti di cura (genitori e familiari di anziani e disabili). Amministrazioni Comunali e Aziende del territorio. Cooperative sociali	Miglioramento qualità di vita famiglie	Azione 1- promozione di una contaminazione tra aziende che hanno avviato politiche di conciliazione e piccole e medie imprese del territorio Azione 2 – promozione di piani personalizzati , con particolare riguardo alla promozione dell'utilizzo dei congedi parentali ad ore Azione 3 – rete di "punti di informazione territoriale"	Da maggio 2015 al 31 dicembre 2017	Bando Regionale politiche di conciliazione (circa Euro 20.000 per piani personalizzati)	Accordo sovra distrettuale: alleanza territoriale ASL MI2 Bando per l'accesso ai piani personalizzati Formazione degli operatori dei punti informativi Piattaforma informatica sovradistrettuale sui temi della conciliazione	1. coinvolgimento di almeno tre aziende per l'avvio di politiche di conciliazione 2. promozione di almeno tre piani personalizzati 3. avvio di due punti di informazione territoriale
PRIMA INFANZIA	Famiglie con minori 0/3 anni. Servizi per la Prima infanzia. Amministrazioni comunali.	Miglioramento offerta servizi prima infanzia	1. Accreditamento servizi prima infanzia 2. Definire a livello di cabina di regia gli standard qualitativi delle unità di offerta 3. Sperimentare sistemi premiali rivolti alle unità di offerta che garantiscano livelli qualitativi superiori agli standard e più rispondenti alle esigenze delle famiglie (es. flessibilità degli orari) 4. Promuovere percorsi formativi rivolti ad operatori sociali dei servizi minori e famiglia ed operatori delle unità di offerta per la prima infanzia. 5. Progetto "S.O.S. Tata" / Albo delle Tate	Da maggio 2015 al 31 dicembre 2017	Risorse umane Ufficio di Piano Fondi Sociale regionale (ex circolare 4) Risorse economiche del Distretto		1. Documento finale standard qualitativi delle unità di offerta 2. Sperimentazione sistema premiale 3. Realizzazione di almeno due incontri formativi rivolti ad operatori sociali dei servizi minori e famiglia ed operatori delle unità di offerta per la prima infanzia. 4. Valutazione fattibilità Progetto "S.O.S. Tata" / Albo delle Tate

CURA E ASSISTENZA								
Aree di bisogno	Priorità di target	Obiettivi	Priorità di interventi / azioni di sistema	Tempistica	Risorse da impiegare	Strumenti	Indicatori di esito	
INTERVENTI DI PROTEZIONE E TUTELA	Soggetti in stato di fragilità: Minori / donne vittime di violenza / soggetti che necessitano di interventi di protezione giuridica	Garantire diritti del minore	MINORI: 1) studio di fattibilità per la gestione associata dei SMF (Servizi Minori e Famiglie) 2) promuovere la definizione di un metodo di lavoro condiviso per la diagnosi ed il trattamento dei casi di tutela 3) promozione Tavolo dei servizi della rete Area Minori e Famiglia 4) dare continuità agli interventi distrettuali di Spazio Neutro e di ADM 5) promuovere e sviluppare l' Affido (sensibilizzazione, ricerca famiglie affidatarie e/o famiglie d'appoggio, sostegno alle famiglie affidatarie)	Da maggio 2015 al 31 dicembre 2017	Risorse umane dell'Ufficio di Piano Operatori dei SMF e dei servizi specialistici Risorse regionale sulle reti anti violenza Risorse economiche del Distretto Tavolo ASL e Ambiti per interventi di protezione giuridica	1. valutazione fattibilità SMF distrettuale 2. incontri tavolo rete distrettuale SMF 3. programma interventi di sensibilizzazione Affidato	1. realizzazione studio fattibilità SMF in gestione associata 2. Redazione documento congiunto Tavolo dei servizi della rete area Minori e Famiglia 3. Avvio servizio Affidato 4. Realizzazione di almeno sette incontri di sensibilizzazione sul territorio distrettuale sul tema Affidato 5. Avvio almeno tre famiglie formate e selezionate	
		Costituzione reti di protezione anti violenza	DONNE: Progettazione sovradistrettuale per la costituzione delle reti anti violenza 1) elaborazione di Linee Guida Operative sovra distrettuali per definire le modalità di collaborazione tra i diversi soggetti della Rete 2) formazione agli operatori della Rete 3) potenziamento interventi Centro Anti violenza 4) sperimentazione di pronto intervento 5) elaborazione di una "carta dei servizi per le donne" 6) iniziative di sensibilizzazione del territorio				Incontri di progettazione rete sovradistrettuale	1) elaborazione di Linee Guida Operative sovra distrettuali 2) realizzazione di almeno due incontri di formazione 3)avvio sperimentazione di pronto intervento 4) elaborazione di una "carta dei servizi per le donne" 5) realizzazione di almeno tre iniziative di sensibilizzazione
		Diffusione interventi di Amministrazione di Sostegno sul territorio	PROTEZIONE GIURIDICA: 1. Protocollo d'Intesa a livello di ASL MI 2 per la gestione di interventi di Protezione giuridica. 2. Promuovere interventi di sensibilizzazione sul tema dell'ADS.				1. Documenti programmatori Tavolo ASL e Ambiti 2. Protocollo d'intesa 3. Eventi di sensibilizzazione	1. firma Protocollo 2. realizzazione almeno tre incontri di sensibilizzazione

4.2 Approfondimento Scheda di programmazione Cura e Assistenza

Le politiche di welfare, riportate in tabella, denominate “cura e assistenza” riguardano, servizi/interventi e progetti, relativi alle seguenti aree di bisogno:

- **sostegno alla domiciliarità, alla residenzialità e semiresidenzialità**, rivolti a soggetti fragili (anziani e disabili);
- **interventi di conciliazione tempi di vita e lavoro**, rivolti a famiglie con compiti di cura;
- **interventi per la prima infanzia**, rivolti a famiglie con minori 0/3 anni;
- **interventi di protezione e tutela**, rivolti a minori, donne vittime di violenza e maltrattamenti, soggetti che necessitano di interventi di protezione giuridica.

Oltre ai suddetti beneficiari, alcune delle azioni, sotto declinate, riguardano obiettivi di sistema e strategici che sono rivolti ad implementare modelli operativi volti all'integrazione e all'efficacia dei servizi stessi. Pertanto, tali azioni avranno come diretti beneficiari: le Amministrazioni Comunali, i servizi socio sanitari, gli operatori sociali e sanitari, le cooperative sociali, le aziende del territorio (nel caso delle azioni di conciliazione tempi di vita e lavoro).

Per quanto riguarda gli interventi di sostegno alla domiciliarità, il Distretto darà piena attuazione al programma operativo regionale, in materia di gravi e gravissime disabilità e non autosufficienza, sperimentando gli strumenti da esso previsti ed implementando un modello integrato di valutazione socio sanitaria.

Per l'anno 2015, il piano operativo regionale sul **FNA (misura B2)** prevede di utilizzare le risorse assegnate agli ambiti territoriali, attraverso la sperimentazione di strumenti, quali:

- Buoni sociali mensili in favore del care giver familiare o professionale;
- Contributi per periodi di sollievo;
- Buoni sociali per progetti di vita indipendente;
- Voucher sociali per prestazioni complementari (es. pasti, lavanderia, trasporti, ecc..)

I Distretti dell'ASL MI 2, per uniformare e rendere omogeneo, nel territorio dell'ASL, l'accesso alle prestazioni, previste dalla misura B2, hanno lavorato all'elaborazione di un unico documento.

Oltre a ciò, il programma di ambito, intende promuovere, per il prossimo triennio, interventi di **sostegno alla domiciliarità attraverso il potenziamento dei voucher sociali** e l'eventuale gestione associata dei SAD comunali (previo studio di fattibilità).

Si intendono altresì promuovere, a livello territoriale, delle specifiche progettualità, quali: il progetto “albo delle badanti” ed il progetto “badante di condominio” e dare continuità al servizio di teleassistenza.

Il ricorso a tali interventi va interpretato attraverso una logica di sistema che miri all'integrazione delle risorse esistenti, attraverso l'elaborazione di progetti individualizzati costruiti intorno alla persona ed alla sua famiglia, con l'obiettivo di:

- Garantire maggiore armonizzazione, qualità e flessibilità alle prestazioni;
- Sostenere la costituzione di reti di aiuto alle persone fragili ed alle loro famiglie.

Rispetto all'area d'intervento su residenzialità e semi residenzialità, il Distretto intende, nell'arco del prossimo triennio:

- Sostenere l'avvio di nuove unità di offerta nel territorio, con particolare riferimento a progetti di housing sociale per persone fragili che necessitano di un accompagnamento e supporto verso lo sviluppo di competenze ed autonomia;
- Avviare uno studio di fattibilità che rilevi l'eventuale opportunità di sostenere lo sviluppo di apposite convenzioni con strutture residenziali presenti nel territorio;
- Implementare un regolamento unico di accesso ai servizi. In tal senso, si è già avviato uno studio, su base comunale, dei vari servizi presenti, delle modalità di accesso e del metodo di compartecipazione alla spesa, in modo da partire da una solida base conoscitiva del modus operandi di ciascun Ente, per poter successivamente avviare il percorso di unificazione del regolamento di accesso ai servizi e garantirne l'omogenizzazione sul territorio del Distretto.

In merito al tema della conciliazione, appare opportuno precisare che essa s'inquadra nell'ambito di un percorso sovradistrettuale, che ha tracciato i suoi contorni già dal 2011, attraverso la definizione di un accordo territoriale di collaborazione e la successiva definizione del “Piano di lavoro territoriale per la promozione di interventi di conciliazione vita e lavoro sul territorio della Provincia di Milano”.

L'ultimo accordo territoriale, siglato a giugno 2014: “Accordo per la valorizzazione delle politiche territoriali di conciliazione famiglia-lavoro e delle reti d'impresa – ASL Milano2”, ha costituito l'elemento fondante, su cui si è successivamente sviluppata una progettualità biennale, finanziata da Regione Lombardia, dal titolo “complessi equilibri”, progettualità che vede il Distretto 2 come ente capofila e la partecipazione del Distretto 1, del Distretto 7 e del Distretto 6, come soggetti promotori di politiche di conciliazione tempi di vita e lavoro, attraverso la realizzazione delle azioni riportate in tabella.

Anche gli interventi di promozione delle politiche di contrasto alla violenza di genere s'inquadrano nell'ambito di un processo sovradistrettuale che ha visto, nel 2014, la definizione di un protocollo d'intesa con il Distretto sociale 7, l'Azienda Ospedaliera Humanitas, l'ASL Milano 2, l'associazione Donne Insieme Contro la violenza di Pieve Emanuele, l'associazione Filo di Arianna di Rozzano e le Forze dell'Ordine.

Alla costituzione delle rete antiviolenza ha fatto seguito la definizione di un progetto operativo, ammesso ad un finanziamento di Regione Lombardia, che mira a sviluppare le azioni riportate in tabella. (progetto una R.O.S.A. Per il Sud Milano).

Un altro progetto sovradistrettuale, finanziato ai sensi della L.R. 23 dal titolo “GenerAzioni”, ha costituito l'occasione per “rilanciare”, nel prossimo triennio una delle azioni previste dallo stesso progetto e cioè la messa in rete, attraverso **la costituzione di un apposito tavolo di lavoro, dei servizi che, a diverso titolo, si occupano di famiglia e minori. (CPS, UONPIA, Sert, SMF, Consulteri, Spazio Neutro, Scuole del territorio).**

Il tavolo di rete ha promosso un lavoro di emersione di buone prassi di collaborazione, sia di quelle già in essere o sporadicamente sperimentate, sia di quelle ritenute utili da sperimentare e percorribili, con particolare attenzione a quelle riguardanti l'invio e l'accesso di utenti tra servizi, la richiesta e l'offerta di consulenze tra servizi, la progettazione integrata delle prese in carico e il passaggio di informazioni tra i servizi.

A fronte del lavoro fatto, è emersa dai partecipanti una sentita e condivisa esigenza di predisposizione futura di ulteriori ambiti di confronto e di approfondimento, qui di seguito i principali:

- la rilevazione e la segnalazione all'AG delle situazioni di sospetto mal-trattamento: criteri condivisi di lettura degli indicatori, condivisione degli obblighi di segnalazione e di responsabilità, prassi e ricadute del processo di rilevazione e segnalazione, possibili timori e resistenze alla segnalazione;
- aree di bisogno almeno parzialmente scoperte o di non chiara attribuzione di competenza: ad esempio psico-diagnosi degli adulti genitori di figli minori, genitori con doppia diagnosi, adolescenti problematici ma senza disturbi psichiatrici gravi (es. disturbo d'ansia), attività di prevenzione all'abuso di alcool, presidio sull'effetto degli allontanamenti su alcuni genitori, ecc.
- aree di potenziale sovrapposizione di competenza tra servizi (ad esempio il supporto alla genitorialità in contesto spontaneo);
- rischi di frammentazione delle prese in carico e necessità di maggiore regia nella rete;
- necessità delle scuole di supporto e consulenza nella lettura, accompagnamento, invio, di situazioni di disagio (sia di tipo comportamentale, sia psicologico, sia relativo all'apprendimento).

Un'ultima precisazione riguarda il **Servizio Minori e Famiglia**, che di fatto si sta avviando verso una configurazione a gestione associata, in quanto già quattro Comuni del Distretto hanno condiviso la stessa procedura di identificazione del fornitore, condividendo lo stesso modello d'intervento.

Nel corso del triennio, si è pertanto deciso di svolgere uno studio di fattibilità sull'ipotesi di una futura gestione associata del servizio.

Si è anche programmato di realizzare **un servizio affidi distrettuale** con la finalità di promuovere, nel territorio, occasioni di sensibilizzazione della comunità locale, nonché azioni volte alla ricerca-selezione-formazione e sostegno a famiglie affidatarie e famiglie d'appoggio.

INTEGRAZIONE SOCIALE ED AUTONOMIA							
Aree di bisogno	Priorità di target	Obiettivi	Priorità di interventi / azioni di sistema	Tempistica	Risorse da impiegare	Strumenti	Indicatori di esito
LAVORO	GIOVANI - DISABILI - FRAGILITA' (penale, salute mentale, dipendenze, disagio socio-economico cronico)	1. Promuovere e ricomporre il sistema degli interventi destinati alle politiche del lavoro , attraverso l'utilizzo di strumenti diversificati che rispondano ad una logica di flessibilità e di maggiore efficacia. 2. Implementare sistemi di governance dei diversi strumenti (case manager). 3. Sperimentare interventi innovativi per il territorio distrettuale.	1. Sviluppare progettualità e/o sperimentazioni su: neo imprenditoria, coworking, accompagnamento al lavoro di giovani disabili , inserimento lavorativo adulti disabili , sostegno all'inserimento lavorativo soggetti fragili, accompagnamento a percorsi formativi di riqualificazione professionale , accompagnamento al cooperativismo , sperimentare l'"Officina dei mestieri". 2. Promuovere e sostenere l'attivazione delle Doti lavoro, Garanzia giovani	A partire da luglio 2015 sino al 31 dicembre 2017	Bando regionale Politiche giovanili Esperienze di Binasco e Zibido sul coworking Risorse economiche del Piano di Zona per l'area disabili e fragilità	1. Accordi/Regolam. affidamento servizi ai sensi dell'ex art. 14 D.Lgs. 276/2003. 2. Accordi con le Scuole Superiori e gli Enti di formazione professionale. 3. Raccordo con le Confederazioni di categoria (artigiani,...) 4. Microcredito per avvio imprese	1. Firma Accordi di sistema 2. Attivazione almeno sette percorsi lavorativi annui 3. Avvio due spazi di coworking
ABITARE	AMMINISTRAZIONI COMUNALI - DISABILI - ANZIANI - FRAGILITA' (famiglie monoparentali, SALUTE MENTALE, padri separati,...)	1.Sviluppare un sistema di conoscenze idoneo a delineare la problematica abitativa del territorio. 2.Sviluppare azioni di sistema volte ad individuare strategie condivise. 3.Sperimentare risposte abitative alternative per soggetti in situazione di fragilità (housing sociale)	1. Censimento del problema e delle risorse esistenti nel territorio (numero sfratti esecutivi e motivazioni, misure di risposta adottate dai Comuni, tipologie di famiglie, ...) 2. Sperimentare forme integrate di risposta (es. Reg. nto Unico distrettuale...) 3. Implementare e/o sostenere progetti di housing sociale	A partire dal 2016 sino al 31 dicembre 2017	Progetti di housing esistenti o da avviare - risorse umane dell'Ufficio di Piano - Bandi di finanziamento (Bandi Cariplo,...)	1. Database di rilevazione dei dati 2.Raccordo con gli Uffici Politiche abitative dei Comuni 3. Dialogo con i Tribunali, Ufficiali Giudiziari, ALER 4. Regolamentazione distrettuale sul sistema di risposta nei casi di grave disagio abitativo 5. Ricerca fonti di finanziamento 6. Definizione carta dei servizi dei progetti di housing sociale	1. Istituzione Tavolo distrettuale sull'abitare 2. Presentazione, in partnership, di almeno un progetto finanziato per l'housing sociale 3. Adozione della carta dei servizi di un progetto di housing sociale 4. Approvazione linee guida sul sistema di risposta nei casi di grave disagio abitativo

Piano di zona 2015 – 2017 – Distretto Sociale 6 ASL Milano 2

INTEGRAZIONE SOCIALE ED AUTONOMIA							
Aree di bisogno	Priorità di target	Obiettivi	Priorità di interventi / azioni di sistema	Tempistica	Risorse da impiegare	Strumenti	Indicatori di esito
<i>SOSTEGNO AL REDDITO</i>	AMMINISTRAZIONI COMUNALI - ANZIANI - FRAGILITA' (famiglie monoparentali, disoccupati, famiglie numerose, dipendenze e dipendenze da gioco...)	1. Migliorare e rendere maggiormente efficaci gli interventi comunali di sostegno al reddito (contributi economici,..). 2. Promuovere e sviluppare un approccio sistemico di integrazione tra le politiche del lavoro, dell'abitare e del sostegno a reddito. 3. Favorire e raccordare gli interventi di sostegno non istituzionali (pacchi alimentari, sostegni economici,...)	1. Censimento e analisi delle risorse investite da ciascun Ente e delle risposte al bisogno reddituale (spesa sostenuta dai Comuni per sostegno al reddito, interventi esistenti, modalità di erogazione dei contributi) 2. Sviluppo politiche promozionali e di emancipazione lavorativa ed economica (lavori socialmente utili, assegno civico, voucher lavoro, coop. Tipo B, ...) 3. Sperimentare forme di microcredito 4. Censire gli interventi non istituzionali	a partire da settembre 2015 al 31 dicembre 2017	Risorse umane dell'Ufficio di Piano Buone prassi territoriali Gruppo di lavoro distrettuale	1. Data base di rilevazione dati (es. numero ed importo dei contributi economici, categorie di destinatari, presenza o meno di un progetto dell'A.S., ecc) 2. Assegno civico, Voucher lavoro, microcredito. 3. Tavolo distrettuale di rete con il coinvolgimento di attori istituzionali e non istituzionali.	1. Report UDP di analisi sulle misure di sostegno al reddito esistenti nel territorio 2. Attivazione di una misura sperimentale 3. Avvio Gruppo di lavoro distrettuale
<i>ACCOGLIENZA E INTEGRAZIONE SOCIALE</i>	CITTADINI NEO IMMIGRATI - OPERATORI DEI SERVIZI - MINORI AREA PENALE	1. Sostenere interventi volti a favorire l'accoglienza e l'integrazione di cittadini stranieri di recente immigrazione 2. Sviluppare metodologie d'intervento condivise per promuovere l'integrazione sociale di minori stranieri 3. Sostenere progetti di intervento nell'area penale minorile (area penale minorile) e condividere una metodologia d'intervento comune nella presa in carico di minori dell'area penale	Consolidare le attività dello sportello stranieri nella prima fase d'integrazione sociale (es. disbrigo procedure burocratiche, facilitazione linguistica...) Formazione per gli operatori sociali e scolastici Interventi di supporto agli operatori sociali e scolastici (mediazione linguistica e culturale...) Accompagnamento educativo individualizzato rivolto a minori del penale e percorsi di prevenzione (es: laboratori scolastici di educazione alla legalità..)	a partire dal 01 giugno 2015 al 31 dicembre 2017	Bandi L. 40- Risorse del Pinao di Zona Bandi L. 8 Risorse umane dei Comuni Progettualità specifiche concordate con i referenti scolastici	1. Sportello stranieri distrettuale 2. Scheda di rilevazione del bisogno formativo di operatori sociali e scolastici 3. Accordi operativi tra Comuni e Scuole per progetti di formazione, facilitazione linguistica, mediazione e laboratori su specifiche tematiche 4. Tavoli sovradistrettuali sul penale minorile	1. Accesso di almeno 200 cittadini all'anno allo Sportello stranieri 2. Almeno il 70% di gradimento dei partecipanti ai corsi formativi 3. Firma Accordi tra scuola e Comuni 4. numero interventi educativi attivati sul numero dei minori segnalati dall'AG

4.3 Approfondimento Scheda di programmazione Integrazione Sociale ed Autonomia

Le politiche di welfare, riportate in tabella, denominate “Integrazione Sociale ed Autonomia” riguardano, servizi/interventi e progetti, relativi alle seguenti aree di bisogno:

- Le tre macro aree: **lavoro/abitare/reddito**, affrontate attraverso un atteggiamento improntato non più alla sola intercettazione di categorie di utenza o di soggetti “deboli” e in situazione di svantaggio, bensì come temi “trasversali”, necessariamente collegati tra loro, che possono intercettare una genericità di situazioni di difficoltà non ancora cronicizzate.
- interventi volti all'**accoglienza ed all'integrazione sociale**.

Le azioni programmate vanno verso lo sviluppo di nuovi modelli d'intervento sociale e producono effetti, non soltanto in favore dei beneficiari diretti (cittadini fruitori), ma anche nei servizi, pertanto alla voce: “priorità di target”, riportata in tabella, vengono indicati come destinatari degli interventi, anche le stesse Amministrazioni locali e gli operatori sociali coinvolti nei processi.

Tra le priorità d'intervento, rintracciabili in quest'area di programmazione, ritroviamo:

Le politiche dell'abitare.

Il complesso e delicato tema dell'abitare, investe nelle sue componenti di criticità, più territori, tanto da rendere necessario lo sviluppo di politiche sovradistrettuali.

Appare indubbia la necessità di avviare un'attenta analisi riguardo la rilevazione del bisogno abitativo nel Distretto 6, sviluppando un sistema di conoscenze capace di indagare le criticità ed avere contezza delle possibili risorse attive o da attivare.

Occorre sviluppare azioni di sistema condivise a livello sovradistrettuale, promuovendo alleanze volte all'individuazione di forme percorribili di risposta, per esempio, proponendo forme di contrattazioni territoriali per la calmierazione degli affitti e/o sviluppando progetti di sostegno a soggetti fragili, ad esempio housing.

Le politiche del lavoro e di sostegno al reddito.

Le politiche del lavoro vanno promosse nel territorio attraverso il ricorso a più strumenti operativi. Occorre cioè dotarsi di un' ampia e diversificata offerta di servizi ed interventi progettuali, in modo da favorire, attraverso l'alleanza tra il cittadino- fruitore dei servizi ed il case manager, un percorso il più possibile individualizzato e personalizzato. Immaginiamo di poter costruire una plurima offerta di interventi e di creare una regia ed integrazione delle risorse esistenti (ad esempio sistema doti)

Le politiche di sostegno al reddito, che ogni Comune gestisce singolarmente con mezzi e strumenti diversi, andrebbero organizzate, in un'ottica di integrazione delle risorse, attraverso una regia più ampia (di tipo distrettuale). Tutto questo richiede, innanzitutto uno sforzo conoscitivo e cioè un censimento ed un'analisi delle risorse investite da ciascun Ente e delle diverse modalità di risposta al bisogno reddituale, in modo da poter avviare, successivamente, la sperimentazione di strumenti innovativi (per esempio erogazione di voucher lavoro, assegno civico, lavori socialmente utili, forme di microcredito, ecc.) .

Rispetto agli interventi di accoglienza ed integrazione sociale si precisa che il Distretto, intende portare in continuità, per il prossimo triennio, il servizio “sportello stranieri” che svolge un'importante attività di consulenza ed accompagnamento ai percorsi di integrazione.

S'intende, inoltre, offrire agli operatori sociali e scolastici, un percorso formativo sui principali temi oggetto del lavoro con gli stranieri e degli interventi di supporto quali, ad esempio, la mediazione linguistico-culturale.

ISTRUZIONE E FORMAZIONE							
Tematiche	Priorità di target	Obiettivi	Priorità di interventi / azioni di sistema	Tempistica	Risorse da impiegare	Strumenti	Indicatori di esito
<i>Rete SCUOLA TERRITORIO SERVIZI</i>	Scuole secondaria di primo e di secondo grado presenti nel territorio del Distretto e non. Uffici di Servizio Sociale dei Comuni del Distretto 6 e Uffici Istruzione. Alunni e famiglie residenti nei Comuni del Distretto 6 (con particolare riguardo ai minori con disabilità, con diagnosi di BES e DSA)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sviluppare un sistema di conoscenze idoneo a monitorare e contrastare il fenomeno della dispersione scolastica. 2. Favorire il dialogo tra scuola e territorio e costruire una rete di competenze condivise tra operatori sociali e scolastici. 3. Promuovere servizi di orientamento scolastico a livello territoriale, sviluppando un metodo comune, in grado di cogliere, in una logica sistemica, le diverse declinazioni del fenomeno della dispersione e di prevenire scelte fallimentari dei percorsi scolastici 4. Sviluppare un sistema di conoscenze idoneo a monitorare il fenomeno dei DSA ed i diversi approcci al suo trattamento 5. Integrare le conoscenze e le modalità d'intervento nei casi di tutela minorile 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Censire e monitorare il fenomeno della dispersione scolastica e le modalità di approccio al fenomeno. 2. Sviluppare accordi tra scuole e servizi, volti a garantire uniformità alle azioni di contrasto del fenomeno della dispersione. 3. Sviluppare un sistema strutturato di servizi per l'orientamento scolastico 4. Censire il fenomeno dei DSA (Disturbi Specifici di Apprendimento) 5. Sviluppare una logica che metta in rete le diverse progettualità esistenti e promuovere il metodo della co-progettazione. 6. Sviluppare un sistema condiviso di rilevazione di indicatori di rischio del maltrattamento e abuso sui minori da implementare attraverso percorsi formativi per operatori sociali e scolastici ed attraverso accordi operativi e protocolli d'intesa 	Da settembre 2015 al 31 dicembre 2017	Risorse umane dell'Ufficio di Piano Risorse Umane delle scuole Progettualità specifiche	Gruppo di lavoro tra scuole e i servizi territoriali (per fenomeno dispersione scolastica e DSA) Tavolo servizi Area minori e famiglia	<ol style="list-style-type: none"> 1. realizzazione censimento dispersione scolastica e DSA 2. realizzazione di almeno 4 incontri formativi presso le scuole territoriali rispetto agli indicatori di rischio del maltrattamento e abuso sui minori 3. sottoscrizione Accordo operativo (es. protocolli d'intesa) tra scuole e servizi sociali del Distretto. 4. Definizione Linee guida in tema di orientamento scolastico
<i>Sistema ISTRUZIONE FORMAZIONE LAVORO</i>	Scuole secondarie di secondo grado, enti di formazione professionale, centri per l'impiego, giovani coinvolti in percorsi di formazione. Adulti coinvolti in percorsi di riqualificazione professionale. Uffici attività produttive dei Comuni del Distretto 6	Promuovere e sviluppare azioni integrative delle policies dei Piani Regionali rivolti ai giovani (politiche giovanili, garanzia giovani, ecc..) Promuovere un lavoro di rete tra i servizi che si occupano di formazione e lavoro	Sviluppare percorsi di accompagnamento di giovani verso l'età adulta attraverso progetti che favoriscano lo sviluppo di capacità creative e professionali (es. coworking- space makers) da co progettare in forma integrata con il coinvolgimento di enti di istruzione e formazione nonché di associazioni di categoria (confartigiani, confagricoltori) Sviluppare progetti di accompagnamento a percorsi formativi di qualificazione e/o riqualificazione professionale (tirocini, stage, borse lavoro, ecc..)	Da gennaio 2016 al 31 dicembre 2017	Risorse umane dell'Ufficio di Piano Operatori dei Comuni e degli Enti di formazione Progettualità specifiche (es. bando politiche giovanili) e sistema doti (Garanzia giovani - Dote unica Lavoro)	Accordi con istituti superiori e gli Enti di formazione professionale Raccordo con le Confederazioni di categoria Strumenti di promozione (es. sito istituzionale, locandine, ecc...) e di diffusione territoriale delle risorse esistenti (Garanzie giovani, co working, ecc..)	<ol style="list-style-type: none"> 1. presentazione progetto regionale Politiche giovanili 2. almeno 20 giovani coinvolti nel progetto 3. almeno 7 giovani inseriti in percorsi formativi di qualificazione e/o riqualificazione professionale

4.4 Approfondimento Scheda di programmazione Istruzione e formazione

Il tema dell'integrazione fra le realtà scolastiche e formative con le politiche sociali è stato già tracciato e disegnato, in termini programmatici, nel precedente piano di zona.

Permangono, ancora oggi, gli obiettivi volti al consolidamento dei rapporti di collaborazione tra le agenzie scolastiche e formative ed i servizi territoriali, in particolare con riferimento all'esigenza di lavorare in sinergia promuovendo modelli operativi condivisi su i seguenti temi:

Dispersione scolastica

Occorre ricomporre il sistema delle conoscenze sul fenomeno della dispersione scolastica, nella sua accezione più ampia e cioè includendo, oltre che i casi di abbandono, anche i casi di insuccesso scolastico e ricomponendo il quadro dei diversi modelli di intervento (a chi vengono inoltrate le segnalazioni? Come procedono i servizi?, ecc.)

Orientamento scolastico

Occorre sviluppare, a livello di ambito, un sistema strutturato dei servizi per l'orientamento in modo da implementare un modello operativo, condiviso con i servizi e con le scuole del territorio.

Progettualità ed attività educativo- laboratoriali

Sviluppare azioni di raccordo tra i servizi del territorio e la scuola, in modo da co-progettare gli interventi evitando duplicazioni e conseguenti sprechi di risorse e garantendo una più equa diffusione degli stessi a livello territoriale.

Il **Tavolo di rete sui temi della tutela minori** composto da servizi che, a diverso titolo si occupano di minori e famiglie (UONPIA, CPS, SMF dei Comuni, Scuole, SerT, Consultori, Spazio Neutro) oltre che rappresentare un valido strumento di consolidamento di buone prassi, costituirà il luogo deputato alla costruzione di un sapere condiviso, tra scuola e servizi, in merito alla rilevazione e segnalazione all'A.G. delle situazioni di sospetto maltrattamento e potrà essere una prima occasione di risposta al bisogno della scuola di supporto e consulenza nella lettura, accompagnamento, invio, di situazioni di disagio (sia di tipo comportamentale, sia psicologico, sia relativo all'apprendimento).

In merito al tema della formazione, si è individuato come prioritario l'obiettivo d'integrare le policy, (politiche giovanili – formazione- lavoro) attraverso azioni di raccordo e collegamento tra gli istituti di formazione ed i servizi che si occupano di supporto all'inserimento lavorativo.

Le politiche giovanili, non possono, infatti, prescindere da azioni di raccordo con le scuole secondarie di secondo grado, gli enti di formazione, i centri per l'impiego, gli uffici attività produttive dei Comuni, proprio perché si è scelto di sviluppare gli obiettivi di promozione dell'autonomia dei giovani, di accompagnamento e transizione verso l'età adulta e di supporto alle potenzialità lavorative ed imprenditoriali.

PROMOZIONE DEL BENESSERE							
Aree di bisogno	Priorità di target	Obiettivi	Priorità di interventi / azioni di sistema	Tempistica	Risorse da impiegare	Strumenti	Indicatori di esito
<i>POLITICHE GIOVANILI</i>	GIOVANI	<ol style="list-style-type: none"> Sviluppare life skills attraverso sistemi di educazione e formazione diversi da quelli tradizionali. Promozione dell'autonomia e transizione alla vita adulta. Consolidare e sviluppare la Rete territoriale esistente favorendo la partecipazione dei giovani e delle aggregazioni giovanili. 	<ol style="list-style-type: none"> Promozione, realizzazione e successiva messa in rete di spazi fisici di aggregazione e innovazione per lo sviluppo delle competenze: spazi per makers. Progettualità per l'autonomia: neo imprenditoria, coworking, piattaforma per crowdfunding, "bottega dei mestieri" e accompagnamento alla ricerca attiva del lavoro. 	A partire da luglio 2015 sino al 31 dicembre 2017	Bando regionale Politiche giovanili Esperienze distrettuali di coworking Risorse economiche del Piano di Zona Spazi fisici / incubatori di idee Rete territoriale esistente	<ol style="list-style-type: none"> Progetto regionale Politiche giovanili Accordi con Scuole superiori e di formazione professionale Attivazione reti di partner competenti (Camera di Commercio, Coldiretti, CiaLombardia...) 	<ol style="list-style-type: none"> Avvio di due spazi di aggregazione e innovazione Avvio di un intervento sperimentale per l'autonomia
<i>SVILUPPO DI COMUNITA' E PROMOZIONE SOCIALE</i>	AMMINISTRAZIONI COMUNALI - CITTADINANZA (con particolare riferimento a Giovani, Disabili e Anziani) - ASSOCIAZIONISMO/RETI INFORMALI	<ol style="list-style-type: none"> Conoscere, sostenere e valorizzare le reti informali esistenti e le forme di aggregazione spontanee. Promuovere politiche di empowerment. Valorizzare il tempo libero e le occasioni di socialità. Sostenere la partecipazione attiva dei cittadini alla vita della comunità. 	<ol style="list-style-type: none"> Censimento delle risorse esistenti nel territorio (reti informali, associazionismo). Dare visibilità alle iniziative territoriali di promozione del benessere e/o di mutuo aiuto (diffusione materiali, siti comunali, ...). Creare un sistema di raccordo tra le organizzazioni di volontariato (coordinamenti, mailinglist, tavoli tematici...). Realizzare eventi territoriali, di dimensione distrettuale, volti a promuovere le reti di volontariato (es. festival del volontariato, ecc..) 	A partire dal 2016 sino al 31 dicembre 2017	Risorse umane dell'Ufficio di Piano - Risorse economiche del Piano di Zona	Consulte delle associazioni presenti nei Comuni, Centro Servizi per il Volontariato Materiali informativi (locandine, ...) Sistemi di comunicazione (siti dei Comuni e del Distretto, mailinglist, giornalini comunali,...)	<ol style="list-style-type: none"> realizzazione censimento risorse territoriali creazione rete distrettuale del Volontariato Realizzazione di almeno due eventi distrettuali della rete del volontariato

4.5 Approfondimento Scheda di programmazione Promozione del benessere

Le politiche di promozione del benessere riguardano interventi e/o progettualità rivolte ad una genericità di soggetti, che non mirano a costruire risposte in merito a situazioni di disagio, ma convergono verso la definizione di obiettivi di più ampio respiro con la finalità di sviluppare la comunità locale, consentendone la valorizzazione e lo sviluppo delle proprie potenzialità.

Le priorità individuate riguardano:

Le Politiche giovanili.

Il Distretto 6, nel corso dell'ultimo biennio, ha promosso congiuntamente al Distretto 7, una specifica progettualità (con finanziamento di Regione Lombardia - bando politiche giovanili) che ha sviluppato a livello locale, una rete sociale sulle politiche giovanili, composta non soltanto dai soggetti istituzionali ma anche da cooperative sociali ed associazioni di volontariato, nonché da altri stakeholders formali e informali vicini al mondo giovanile. La rete costituitasi, intende promuovere nel territorio, attraverso nuove progettualità, a valere dal fondo regionale politiche giovanili, interventi in favore della popolazione giovanile, con particolare riguardo alle esperienze di promozione dell'autonomia e di transizione all'età adulta, attraverso:

- la creazione di spazi di co-working, aule studio, spazi per makers;
- la promozione ed il supporto agli strumenti di comunicazione (web radio) realizzati dai giovani del territorio
- il supporto a progetti di imprenditoria giovanile, con particolare riferimento alle esperienze di connessione con il territorio agricolo (il Distretto fa parte del parco Sud Milano).
- Utilizzo dello strumento del crowdfunding per la realizzazione di progetti d'impresa innovativi.

Le nuove progettualità per il futuro triennio, saranno promosse a livello sovra distrettuale, dando continuità alla partnership già avviata con il Distretto di Rozzano.

La cittadinanza attiva e lo sviluppo di comunità.

Si intendono promuovere le iniziative spontanee di solidarietà sociale, partendo innanzitutto dall'approfondimento della conoscenza delle risorse esistenti, valorizzando le politiche per il tempo libero, le iniziative culturali e gli eventi di sensibilizzazione e partecipazione della comunità locale. Favorire la socialità della popolazione attraverso luoghi ed occasioni ricreative e di incontro, stimolando e rafforzando i legami e la rete di protezione sociale.

4.6 Processi di valutazione

La valutazione delle politiche di welfare è un'operazione complessa che richiede, fin dalla fase di programmazione degli interventi e dei progetti, un'attenzione particolare e la previsione ed elaborazione di strumenti e di indicatori specifici, nonché la definizione di una cornice metodologica chiara che stabilisca i contorni dello stesso processo di valutazione.

La valutazione è, infatti, un **processo** in quanto va vista come l'insieme strutturato di singole azioni che, attraverso un disegno metodologico prestabilito, convergono verso la realizzazione della medesima finalità. Il termine processo richiama, inoltre, il senso di “percorso” e di “evoluzione” dell'attività valutativa.

Il processo valutativo che si intende implementare, per il piano di zona 2015-2017, deve necessariamente essere declinato su almeno due diverse dimensioni:

- la dimensione dei processi sociali, che ha come oggetto la valutazione degli obiettivi generali (che investono la sfera dei cambiamenti culturali) e strategici (che investono la sfera dell'assetto organizzativo e di sistema) ed il sistema di governance;
- la dimensione dei servizi e delle progettualità programmate e messe in campo nell'arco del prossimo triennio, in termini di efficacia ed efficienza ed in termini di soddisfazione dei bisogni dei beneficiari e fruitori degli interventi.

La finalità ampia del processo di valutazione è legata anche:

- a) alla necessità di sviluppare consapevolezza dei risultati raggiunti e di quelli ancora da perseguire attraverso le successive programmazioni;
- b) alla possibilità di partire da solide basi per poter sviluppare progetti innovativi;
- c) all'opportunità consolidare gli interventi ritenuti maggiormente efficaci,;
- d) all'intenzione di diffondere territorialmente un sapere condiviso, poiché appare necessario far circolare le informazioni rilevate, attraverso la valutazione, rendendo pubbliche le analisi svolte e garantendo l'accessibilità dei dati ai soggetti che operano nel sociale.

Pur riconoscendo, per quanto sopra esposto, il valore intrinseco alla valutazione, è necessario sottolineare che si tratta di un percorso che presenta delle criticità e dei limiti,.

Tali criticità non possono essere trascurate, se si vuol assumere un atteggiamento teso a rimuovere gli ostacoli e ad individuarne le possibili soluzioni.

Questi, sono alcuni degli elementi di criticità individuabili sin da questa fase:

- nel documento di programmazione 2012-2015 non erano stati previsti indicatori e strumenti di verifica, in quanto nella fase di scrittura del piano di zona era stato previsto di individuarli in una fase successiva;
- la complessità del processo di valutazione richiede un onere operativo ed organizzativo che deve, fin dalla fase di definizione del modello da utilizzare, essere pensato in termini di sostenibilità;
- la valutazione deve presupporre un ampliamento dell'attuale sistema delle conoscenze ed una raccolta organica ed integrata delle informazioni utili a poter rilevare i risultati attesi;
- è necessario promuovere un cambiamento culturale, interno alle organizzazioni, che porti gli operatori, coinvolti nel processo, ad assumere un atteggiamento di maggiore consapevolezza del valore della valutazione ed un'assunzione di responsabilità diffusa.

Si ipotizza di individuare le seguenti strategie possibili per affrontare gli ostacoli sopra esposti:

- costruire, in fase di avvio del nuovo triennio, un dettagliato crono-programma che, per ogni priorità individuata, descriva le fasi temporali di realizzazione delle singole azioni che andranno sviluppate, in modo da sostenere e monitorare i passaggi intermedi di quanto programmato;
- sviluppare il sistema informativo, ampliare ed integrare il sistema delle conoscenze, così come espressamente indicato nel capitolo 4 del presente documento;

- costruire, con il Tavolo della rete territoriale, un documento sulla valutazione che, partendo dagli strumenti di valutazione e dagli indicatori di esito già individuati nelle Tabelle di programmazione, preveda una declinazione dettagliata sui seguenti elementi:
 - oggetti da valutare
 - dati da rilevare e relative fonti
 - tempi del monitoraggio e delle valutazioni in itinere
 - referente e responsabile per ciascun oggetto di valutazione
- costruzione e condivisione di un data base condiviso, da utilizzare per la raccolta dei dati e l'integrazione delle informazioni in un sistema più ampio;
- relazione annuale, redatta dall'Ufficio di piano, sullo stato di avanzamento del Piano di zona 2015-2017, da condividere con l'Assemblea dei Sindaci del Distretto, il Tavolo Tecnico e la rete territoriale che ha partecipato alla programmazione.

Nel delicato processo di valutazione, inoltre, occorre prevedere, in itinere, dei momenti in cui riflettere sul processo stesso e sul modello valutativo applicato, nonché verificare l'adeguatezza e l'efficacia degli strumenti e degli indicatori di valutazione identificati in fase di programmazione. In questo senso, potremmo dire che appare necessario “valutare il processo di valutazione”.

4.7 Budget unico e risorse economiche

Nelle prime triennali dei Piani di Zona il tema delle risorse economiche rivestiva carattere di centralità in ragione del fatto che si poteva contare, per la costituzione del Budget unico, su trasferimenti certi da parte della Regione Lombardia e della Provincia di Milano. Nei precedenti Piani di Zona, infatti, era possibile prevedere l'investimento da destinare ai singoli interventi sulle base delle risorse economiche che si prevedeva di poter gestire.

Tuttavia, a partire dal 2009/2010, a causa della ormai nota contrazione delle risorse economiche trasferite si è assistito ad una sostanziale revisione della programmazione zonale tanto che il Piano di Zona 2012/2014 non ha potuto riportare analisi e ipotesi sugli investimenti distrettuali.

Il Distretto, nel corso di questi ultimi anni, ha dovuto ripensare a quale fosse il presupposto per stare insieme, e ha dovuto ritrovare un nuovo elemento di centralità, ovvero un comun denominatore alla base della programmazione e dell'attuazione delle politiche e dei servizi di ambito. Tale processo ha rafforzato la consapevolezza che stare insieme è l'unica possibilità per fronteggiare la complessità della situazione socio-economica dei territori, ponendo in primo piano il patrimonio globale generato in questi anni da non disperdere. In particolare per le piccole Amministrazioni del nostro territorio l'accesso alle risorse distrettuali diventa una necessità imprescindibile per garantire alcuni interventi sociali complessi e maggiormente onerosi.

Nel triennio appena concluso, infatti, abbiamo assistito ad un maggiore investimento dei Comuni del Distretto nelle politiche distrettuali anche dal punto di vista dell'integrazione delle risorse.

Nel prossimo triennio l'intenzione è quella di sottolineare e rafforzare l'integrazione tra i Comuni sia dal punto di vista della programmazione sia dal punto di vista delle risorse (vedi tabella *Integrazione delle risorse*).

Tuttavia resta forte l'intento di sviluppare e sostenere tutte le azioni e le iniziative territoriali che possano garantire un **incremento delle risorse economiche**:

- migliorare l'integrazione delle risorse esistenti (comunali e distrettuali);
- incrementare la progettazione finanziata;
- avviare percorsi di marketing sociale;
- sperimentare la compartecipazione alla spesa per alcuni dei servizi distrettuali.

Nell'affrontare il tema dell'**integrazione delle risorse** tra i Comuni nel triennio 2015/2017 e della possibile, e conseguente, evoluzione della gestione associata dei servizi distrettuali, abbiamo analizzato, come di seguito si riporta, uno schema con le risorse economiche che hanno costituito il Budget unico nell'ultimo triennio 2012/2014:

SCHEDA RISORSE ECONOMICHE			
<i>fondi trasferiti al Distretto per la gestione del Piano di Zona - Distretto Sociale 6 ASL MI 2</i>			
Tipologia trasferimento	ANNO 2012	ANNO 2013	ANNO 2014
FNPS	98.380,00	103.406,00	207.091,00
Fondo riequilibrio/funzioni trasferite	4.872,00	7.569,00	7.591,00
Fondo Non Autosufficienze/Intesa fam.	0,00	69.740,00	103.946,00
Sistema premiale	0,00	0,00	23.294,00
Contributo da circolare 4	28.039,00	88.577,00	89.453,00
Trasferimenti dai Comuni	92.308,00	167.308,00	129.808,00
TOTALE RISORSE	223.599,00	436.600,00	561.183,00

Si evidenzia come negli ultimi tre anni le risorse assegnate al Distretto per la gestione del Piano di Zona abbiano avuto un notevole incremento, contrariamente alla decrescita dei trasferimenti che si era osservata nel triennio 2009-2010-2011. Inoltre, si osserva come si siano consolidate alcune fonti di finanziamento che in passato non avevano avuto continuità (es. Fondo Non Autosufficienze).

Questa tendenza fa emergere un evidente re-investimento verso i Piani di Zona e ne rafforza i compiti di *governance*. Inoltre, avendo la certezza dei trasferimenti e potendo contare sulla continuità della loro entità, il territorio distrettuale è in grado di migliorare il livello della programmazione dei servizi.

E' stato possibile, infatti, tra il 2014 ed il 2015, garantire la continuità dei servizi esistenti e prevedere un ampliamento della gestione associata (a luglio 2015 sarà avviato il Servizio di Segretariato Sociale distrettuale).

In merito alla compartecipazione dei Comuni al Budget unico, infine, si osserva che nel corso degli anni si è assistito ad un notevole incremento passando da una storica e consolidata compartecipazione pari a complessivi € 54.000,00 annuali, fino all'anno 2011, fino ad arrivare ad un importo complessivo di € 129.808,00 nell'anno 2014.

Si riporta di seguito una tabella in cui sono evidenziate le somme di compartecipazione per singolo Comune del Distretto (con il criterio procapite) dell'ultimo triennio, che mette in evidenza un sostanziale aumento della compartecipazione. Si rileva tuttavia che, per l'anno 2013, il cofinanziamento è percentualmente molto più alto della media a causa di rilevanti minori trasferimenti nell'annualità 2012.

COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA DEL PDZ NEL TRIENNIO 2012/2014			
Comuni	Cofinanziamento 2012	Cofinanziamento 2013	Cofinanziamento 2014
BINASCO	€ 13.426,00	€ 24.334,60	€ 18.999,34
CASARILE	€ 7.218,00	€ 13.082,75	€ 10.508,52
LACCHIARELLA	€ 15.635,00	€ 28.338,23	€ 22.997,52
VERNATE	€ 5.880,00	€ 10.657,19	€ 8.602,47
PIEVE EMANUELE	€ 29.505,00	€ 53.477,85	€ 39.817,00
NOVIGLIO	€ 8.228,00	€ 14.913,67	€ 11.393,76
ZIBIDO S.GIACOMO	€ 12.416,00	€ 22.503,69	€ 17.489,39
totale	€ 92.308,00	€ 167.308,00	€ 129.808,00
SPESA sostenuta per i servizi del PDZ	€ 439.288,32	€ 349.132,00	€ 477.511,46
% compartecipazione alla spesa	21,01%	47,92%	27,20%

A fronte della volontà dei Comuni del Distretto di investire maggiormente sull'integrazione delle risorse si prevede di incrementare le aree della gestione associata. In particolare a partire dal 2015 per alcuni servizi, per i quali appare strategico la gestione a livello di Ambito, si prevede, di avviare un approfondito studio di fattibilità con lo scopo di definire meglio l'opportunità e le eventuali modalità di gestione integrata.

Come riportato anche nella Scheda Integrazione della programmazione tra i Comuni, i servizi individuati sono i seguenti:

1. Servizi minori e famiglia
2. Trasporto sociale
3. Trasporto disabili
4. Servizio di Assistenza Domiciliare anziani e disabili
5. Pronto intervento sociale

A tale scopo abbiamo raccolto dai singoli Comuni la spesa sostenuta negli anni 2012-2013-2014 relativamente a questa tipologia di servizi allo scopo di individuare la percentuale di avanzamento a tendere dell'integrazione delle risorse (vedi Scheda Integrazione delle risorse tra i Comuni).

Al fine di consentire una lettura corretta dei dati riportati nella tabella sottostante si precisa che nella categoria "Servizi complementari SAD" sono ricompresi servizi diversi: alcuni Comuni vi fanno rientrare i pasti a domicilio e la lavanderia, altri i trasporti, determinando questi ultimi una maggiore spesa.

Piano di zona 2015 – 2017 – Distretto Sociale 6 ASL Milano 2

SPESA COMUNI DISTRETTO ANNO 2012										
COMUNE	SAD	SERV. COMPL.	TOTALE	TUTELA MINORILE	CONTRIBUTI FAM. AFFIDATARIE	SERVIZI AFFIDI	TRASPORTO ANZIANI	TRASPORTO DISABILI	TOTALE TRASPORTO	TOTALE SPESE ANNO
BINASCO	€ 125.584,00	€ 8.000,00	€ 133.584,00	€ 33.900,00	€ 2.750,00	€ -	€ 5.000,00	€ 7.440,00	€ -	€ 170.234,00
CASARILE	€ 16.655,00	€ 813,00	€ 17.468,00	€ 10.000,00	€ -	€ -	€ 6.360,00	€ 10.353,20	€ -	€ 27.468,00
LACCHIARELLA	€ 84.141,00	€ 29.760,00	€ 113.901,00	€ 31.435,00	€ -	€ -	€ 10.000,00	€ 33.500,00	€ 43.500,00	€ 188.836,00
NOVIGLIO	€ 22.296,00	€ -	€ 22.296,00	€ 15.482,00	€ 8.000,00	€ 1.800,00	€ 120,00	€ 3.189,00	€ 3.309,00	€ 50.887,00
PIEVE EM.	€ 65.570,00	€ 11.882,90	€ 77.452,90	€ 162.622,00	€ 59.600,00	€ 11.297,00	€ 23.000,00	€ 74.279,70	€ 97.279,70	€ 408.251,60
VERNATE	€ 21.218,35	€ 14.698,00	€ 35.916,35	€ 19.983,00	€ -	€ -	€ 9.500,00	€ 4.000,00	€ 13.500,00	€ 69.399,35
ZIBIDO S.G.	€ 86.506,00	€ 36.055,00	€ 122.561,00	€ 45.146,00	€ 29.572,00	€ -	€ 6.775,00	€ 1.351,00	€ 8.126,00	€ 205.405,00
TOTALE	€ 421.970,35	€ 101.208,90	€ 523.179,25	€ 318.568,00	€ 99.922,00	€ 13.097,00	€ 60.755,00	€ 134.112,90	€ 194.867,90	€ 1.120.480,95

SPESA COMUNI DISTRETTO ANNO 2013										
COMUNE	SAD	SERV. COMPL.	TOTALE	TUTELA MINORILE	CONTRIBUTI FAM. AFFIDATARIE	SERVIZI AFFIDI	TRASPORTO ANZIANI	TRASPORTO DISABILI	TOTALE TRASPORTO	TOTALE SPESE ANNO
BINASCO	€ 115.704,71	€ 8.000,00	€ 123.704,71	€ 45.050,00	€ -	€ -	€ 10.250,00	€ 9.000,00	€ -	€ 168.754,71
CASARILE	€ 22.447,36	€ -	€ 22.447,36	€ 7.994,61	€ -	€ -	€ -	€ 8.060,80	€ -	€ 30.441,97
LACCHIARELLA	€ 84.141,00	€ 24.830,00	€ 108.971,00	€ 32.000,00	€ -	€ -	€ 12.000,00	€ 30.500,00	€ 42.500,00	€ 183.471,00
NOVIGLIO	€ 23.156,00	€ 370,00	€ 23.526,00	€ 15.482,00	€ 3.862,24	€ 1.500,00	€ 347,00	€ 1.388,00	€ 1.735,00	€ 46.105,24
PIEVE EM.	€ 53.225,00	€ 10.349,33	€ 63.574,33	€ 182.407,56	€ 60.400,00	€ 18.075,84	€ 25.000,00	€ 102.008,35	€ 127.008,35	€ 451.466,08
VERNATE	€ 15.027,66	€ 7.303,14	€ 22.330,80	€ 18.003,40	€ -	€ -	€ 3.459,92	€ 2.500,00	€ 5.959,92	€ 46.294,12
ZIBIDO S.G.	€ 78.649,00	€ 47.078,00	€ 125.727,00	€ 42.907,00	€ 29.817,00	€ -	€ 4.015,00	€ 1.298,00	€ 5.313,00	€ 203.764,00
TOTALE	€ 392.350,73	€ 97.930,47	€ 490.281,20	€ 343.844,57	€ 94.079,24	€ 19.575,84	€ 55.071,92	€ 154.755,15	€ 182.516,27	€ 1.130.297,12

SPESA COMUNI DISTRETTO ANNO 2014										
COMUNE	SAD	SERV. COMPL.	TOTALE	TUTELA MINORILE	CONTRIBUTI FAM. AFFIDATARIE	SERVIZI AFFIDI	TRASPORTO ANZIANI	TRASPORTO DISABILI	TOTALE TRASPORTO	TOTALE SPESE ANNO
BINASCO	€ 129.730,00	€ 8.000,00	€ 137.730,00	€ 46.800,00	€ 600,00	€ -	€ 10.250,00	€ 8.591,00	€ 18.841,00	€ 203.971,00
CASARILE	€ 13.869,00	€ -	€ 13.869,00	€ 14.698,00	€ 2.844,00	€ -	€ 7.752,00	€ 8.530,00	€ 16.282,00	€ 47.693,00
LACCHIARELLA	€ 84.500,00	€ 24.800,00	€ 109.300,00	€ 37.900,00	€ -	€ -	€ 10.000,00	€ 25.020,00	€ 35.020,00	€ 182.220,00
NOVIGLIO	€ 21.555,00	€ 604,00	€ 22.159,00	€ 18.165,00	€ -	€ 1.480,00	€ 500,00		€ 500,00	€ 42.304,00
PIEVE EM.	€ 51.666,00	€ 2.670,00	€ 54.336,00	€ 195.000,00	€ 63.600,00	€ 25.560,00	€ 25.000,00	€ 107.850,00	€ 132.850,00	€ 471.346,00
VERNATE	€ 21.843,00	€ 8.384,00	€ 30.227,00	€ 21.660,00	€ -	€ -	€ 3.500,00	€ 2.500,00	€ 6.000,00	€ 57.887,00
ZIBIDO S.G.	€ 78.806,00	€ 56.023,00	€ 134.829,00	€ 45.784,00	€ 31.142,00	€ -	€ 4.080,00	€ 1.320,00	€ 5.400,00	€ 217.155,00
TOTALE	€ 401.969,00	€ 100.481,00	€ 502.450,00	€ 380.007,00	€ 98.186,00	€ 27.040,00	€ 61.082,00	€ 153.811,00	€ 214.893,00	€ 1.222.576,00

ANALISI DEL CONTESTO TERRITORIALE NELLA ASL MI 2 “Il contesto: quadro epidemiologico e caratteristiche socio demografiche”

INDICE

1. Il contesto: quadro epidemiologico e caratteristiche socio-demografiche
 - 1.1 *La popolazione residente*.....
 - 1.2 *La popolazione straniera residente*
 - 1.3 *Mortalità e cause di morte*
2. I consumi sociosanitari e l’assistenza domiciliare.....
 - 2.1 *Servizi per anziani*
 - 2.2 *Servizi per disabili*.....
 - 2.3 *Servizi di assistenza domiciliare*
3. I consumi sociali: la spesa sociale dei Comuni (dati consuntivo 2012)
- 3.1 *Distribuzione sul territorio*.....
 - 3.2 *Aree di intervento*
 - 3.3 *Interventi sociali*.....
 - 3.4 *Tipologia di costo e di finanziamento*
 - 3.5 *Indicatori medi di spesa*
4. L’offerta sociale (III trim. 2014)

1. Il contesto: quadro epidemiologico e caratteristiche socio-demografiche

1.1 La popolazione residente

L'ASL Milano 2 è articolata in 8 distretti e comprende 53 Comuni per una popolazione residente di 626.871 unità al 31.12.2013.

I dati sono stati estratti da quelli messi a disposizione dall'ISTAT, derivanti dalle indagini effettuate presso gli uffici di anagrafe ed elaborati per il calcolo di specifici indicatori di carattere socio-demografico, alcuni dei quali sono stati messi a confronto con i dati regionali e nazionali disponibili.

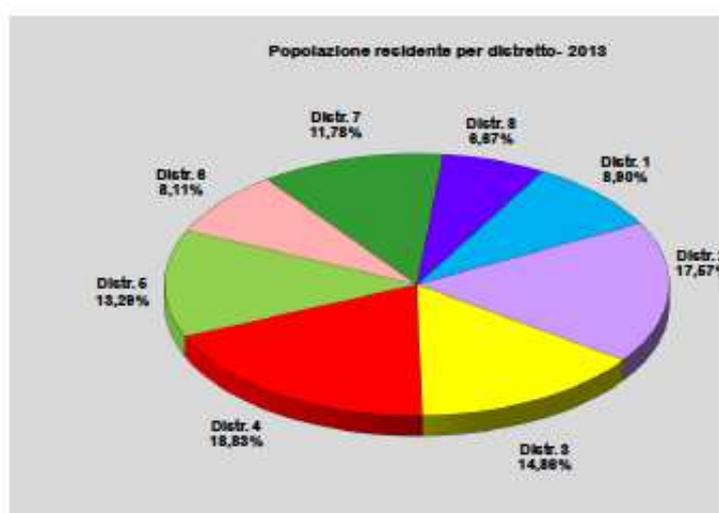


Gli elementi principali che emergono dall'analisi dei dati, riferiti al periodo 2009-2013, sono di seguito sinteticamente tracciati:

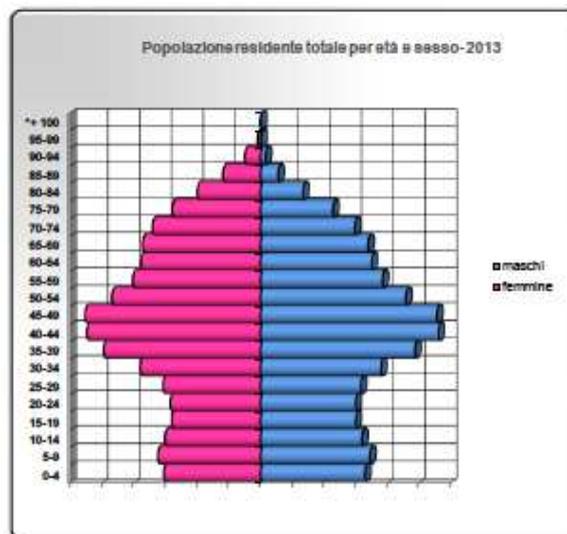
- l'andamento della popolazione dell'ASL nei cinque anni in esame risente, nel 2011, dall'uscita di 4 Comuni del Distretto 8 con una conseguente diminuzione della popolazione residente di 25.000 unità;
- si nota anche una flessione negativa nel 2012 (per presumibile fenomeno migratorio delle fasce lavorative), con successiva ripresa di crescita della popolazione totale nell'anno 2013.

Popolazione residente per distretto 2009-2013

	2009	2010	2011	2012	2013	Delta 2013-2009	
						n.	%
Distr. 1	54.925	55.409	55.607	55.019	55.778	853	1,55
Distr. 2	107.547	109.188	110.007	107.003	110.113	2.566	2,39
Distr. 3	90.540	92.095	92.900	90.849	93.169	2.629	2,90
Distr. 4	113.694	115.061	116.056	115.266	118.023	4.329	3,81
Distr. 5	81.541	82.398	83.079	82.437	83.299	1.758	2,16
Distr. 6	50.054	50.145	50.505	48.830	50.837	783	1,56
Distr. 7	72.311	72.847	73.272	71.220	73.859	1.548	2,14
Distr. 8	65.294	66.252	41.304	41.312	41.793	-23.501	-35,99
TOT.	635.906	643.395	622.730	611.936	626.871	-9.035	-1,42



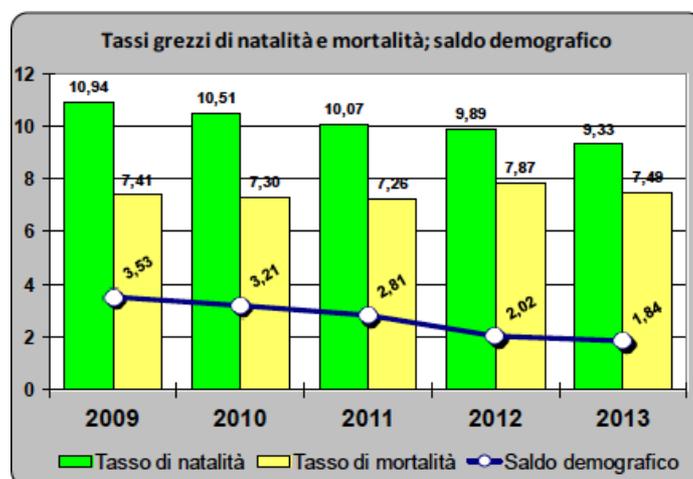
- una rappresentazione sintetica delle caratteristiche demografiche della popolazione è data dalla "Piramide delle età" che mostra il rapporto tra femmine e maschi alle diverse classi di età e ben descrive la composizione delle macroaggregazioni demografiche (giovani, adulti e anziani); tale rappresentazione permette inoltre di fare previsioni per il futuro. Infatti, una base larga con una forma a piramide indica una popolazione che crescerà; l'andamento a piramide è rintracciabile solo a partire dalla popolazione intorno ai 40 anni, vale a dire le generazioni nate negli anni '60, periodo del boom economico e demografico, cui va ad aggiungersi una componente relativamente giovane di popolazione immigrata;
- nella nostra realtà odierna, la rappresentazione assume una configurazione a "botte" (tipica dei paesi industrializzati), indice di una comunità a bassa natalità, bassa mortalità infantile e di un numero sempre crescente di anziani, con un rapporto maschi/femmine fortemente sbilanciato a favore delle donne nelle età più avanzate;
- la popolazione invecchia: negli ultimi anni la fascia di età di maggior rappresentatività continua a spostarsi verso l'alto della piramide, passando dai 35-39 anni nel 2002 a 45-49 anni nel 2013.



Andamento di alcuni indicatori demografici (tutta la ASL)

	2009	2010	2011	2012	2013	delta 2013/2009
Popolazione totale	635.906	643.395	622.730	611.936	626.871	-9.035
Nuovi nati	6.956	6.763	6.268	6.053	5.849	-1.107
Deceduti	4.712	4.699	4.520	4.816	4.694	-18
Differenza	2.244	2.064	1.748	1.237	1.155	-1.089
Tasso di natalità	10,94	10,51	10,07	9,89	9,33	-1,61
Tasso di mortalità	7,41	7,30	7,26	7,87	7,49	0,08
Saldo demografico	3,53	3,21	2,81	2,02	1,84	-1,69

- il tasso grezzo di natalità continua il suo decremento: da 10,94 nel 2009 a 9,33 nel 2013 (-1,61);
- il tasso grezzo di mortalità ha mostrato in questi anni un andamento altalenante con una lieve tendenza all'aumento: da 7,41 nel 2009 a 7,49 nel 2013. La variabilità annuale (delta) va da un minimo di -0,38 (2013-2012) a +0,61(2012-2011);
- il saldo demografico risulta, come conseguenza di quanto sopra, in decremento: da 3,53 nel 2009 a 1,84 nel 2013 (-1,69).



Focus: POPOLAZIONE ANZIANA						
I.V.	2009	2010	2011	2012	2013	delta 2013-2009
Distr. 1	98,52	101,18	108,35	109,76	114,69	16,17
Distr. 2	129,96	129,74	132,37	134,91	137,96	8,00
Distr. 3	128,45	125,44	119,36	122,93	127,58	-0,87
Distr. 4	118,25	118,15	119,94	124,03	126,68	8,43
Distr. 5	121,85	125,47	125,01	128,5	133,24	11,39
Distr. 6	93,98	98,57	103,71	106,02	107,97	13,99
Distr. 7	123,34	123,93	127,54	134,43	133,79	10,45
Distr. 8	105,05	103,90	108,02	109,64	113,11	8,06
ASL	117,46	118,08	120,35	123,72	126,85	9,39

Indice di vecchiaia (I.V.): Rapporto percentuale tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di 0_14 anni

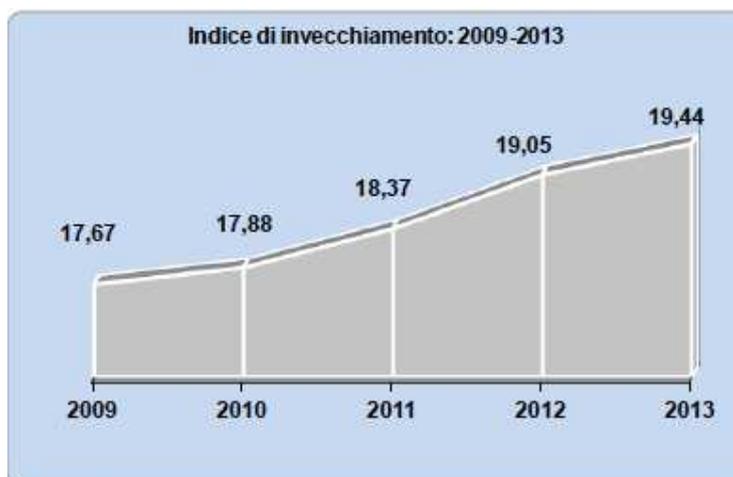
Andamento Indice di vecchiaia: 2009-2013



- l'indice di vecchiaia continua il suo aumento: da 117,46 nel 2009 a 126,85 nel 2013 (+9,39). La variabilità distrettuale va da -0,87 (Distretto 3) a 16,17 (Distretto 1).

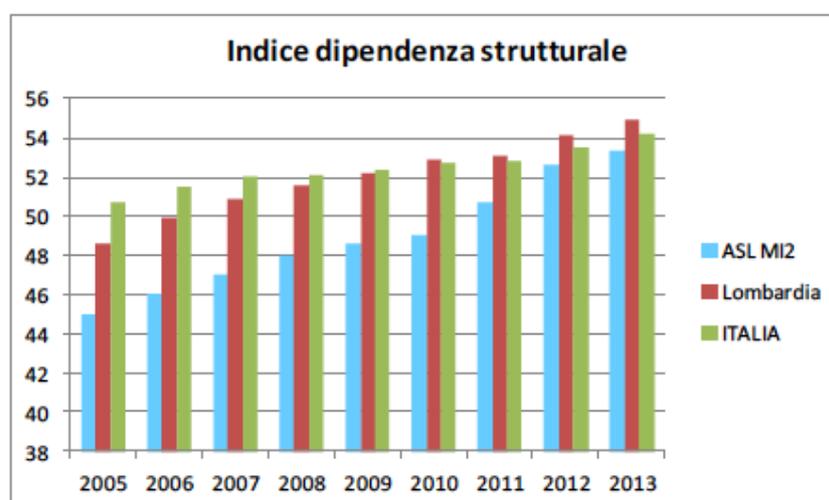
Focus POPOLAZIONE ANZIANA:						
I.I.	2009	2010	2011	2012	2013	delta 2013-2009
Distr. 1	15,60	15,93	16,94	17,54	18,17	2,57
Distr. 2	19,16	19,24	19,65	20,39	20,63	1,47
Distr. 3	18,52	18,67	18,54	19,3	19,69	1,17
Distr. 4	17,97	18,13	18,62	19,3	19,76	1,79
Distr. 5	18,02	18,31	18,49	19,06	19,63	1,61
Distr. 6	14,56	15,17	15,87	16,54	16,74	2,18
Distr. 7	18,54	18,84	19,47	20,25	20,37	1,83
Distr. 8	16,23	16,23	16,73	17,23	17,77	1,54
ASL	17,67	17,88	18,37	19,05	19,44	1,77

Indice di invecchiamento (I.I.): Percentuale di popolazione di 65 anni e più sul totale della popolazione



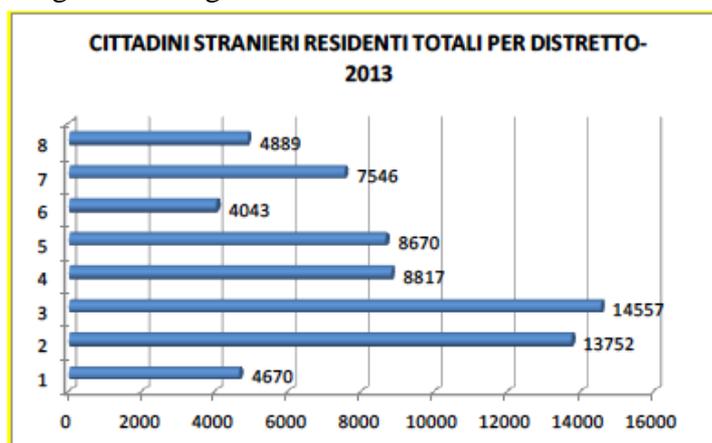
- anche l'indice di invecchiamento è in costante aumento: da 17,67 nel 2009 a 19,44 nel 2013 (+1,77). La variabilità distrettuale ha lo stesso comportamento dell'Indice di Vecchiaia (da 1,17 del Distretto 3 a 2,57 del Distretto 1).
- infine, l'indice di dipendenza strutturale rappresenta anche quest'anno, se confrontato al dato regionale e nazionale, una delle caratteristiche della popolazione locale: il rapporto tra popolazione "dipendente" e popolazione attiva è più favorevole rispetto agli indici medi nazionali e regionali.

Questo rapporto è considerato un indicatore di rilevanza economica e sociale, il numeratore è composto dalla popolazione che, a causa dell'età, si ritiene non autonoma, cioè dipendente, (gli anziani di età \geq ai 65 anni e i giovanissimi, con età compresa tra 0 e 14 anni); il denominatore è costituito dalla fascia di popolazione attiva che dovrebbe provvedere al sostentamento della quota dipendente (15-64 anni). L'indice rappresenta il divario tra la popolazione potenzialmente lavorativa rispetto a quella non lavorativa. Quanto più l'indice si avvicina a 100 tanto più è consistente la parte di popolazione non lavorativa rispetto a quella lavorativa.



1.2 La popolazione straniera residente

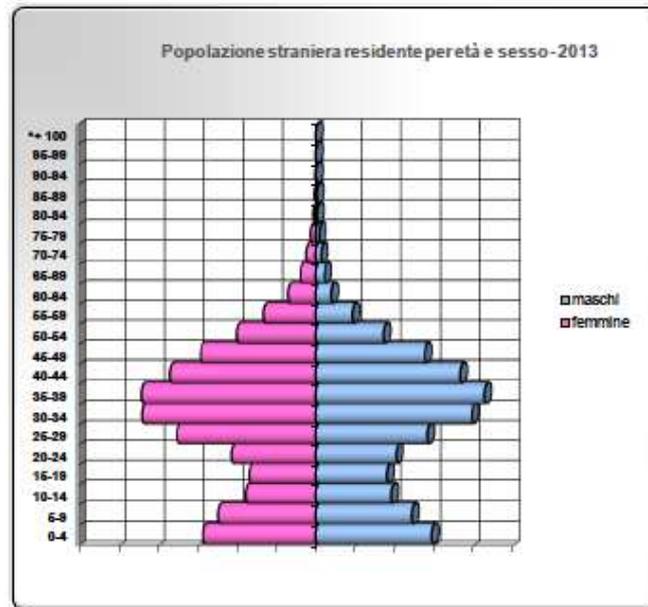
La conoscenza del fenomeno immigratorio sia in termini numerici, che di distribuzione territoriale e Paese di provenienza, è necessaria anche per la programmazione sanitaria e sociale. Una programmazione passa dalla necessità di garantire servizi in grado di soddisfare i bisogni ma anche di attuare politiche di integrazione linguistiche e culturali.



La popolazione straniera residente nella ASL Milano 2 al 31 Dicembre 2013 è di 66.944 unità, pari al 10,68% del totale dei residenti. Nell'anno 2013 i residenti con cittadinanza straniera sono aumentati del 17,43% rispetto all'anno 2009.

Residenti stranieri ASL	2009	2010	2011	2012	2013	Delta	
						n.	%
Distr. 1	4042	4420	4713	4288	4670	628	15,54
Distr. 2	11437	12543	13655	11857	13752	2315	20,24
Distr. 3	11989	13319	14343	13147	14557	2568	21,42
Distr. 4	6873	7392	7486	7709	8817	1944	28,28
Distr. 5	7234	7635	8258	8097	8670	1436	19,85
Distr. 6	3476	3547	3815	3290	4043	567	16,31
Distr. 7	6204	6614	7024	6345	7546	1342	21,63
Distr. 8	5755	6213	4387	4668	4889	-866	-15,05
TOT.	57010	61683	63681	59401	66944	9934	17,43

Prevale, analizzando la distribuzione territoriale, la forte presenza degli stranieri nei Distretti 2 e 3, ambiti in cui si confermano valori di gran lunga superiori alla media ASL.



- Confrontando la piramide dell'età della popolazione straniera e quella della popolazione residente totale, si osserva come la popolazione straniera sia più giovane;
- la fascia d'età maggiormente rappresentata è 35-39 anni, versus i 45-49 anni della popolazione residente totale. Si nota anche qui, come per la popolazione generale, che la fascia più numerosa si sposta di anno in anno verso il gruppo di età superiore.

1.3 Mortalità e cause di morte

Le statistiche di mortalità sono storicamente fra i primi esempi di epidemiologia descrittiva. Le indicazioni che possono essere derivate da tali studi sono molteplici. Forniscono non solo informazioni sintetiche sullo stato di salute di una popolazione attraverso indici come la mortalità giovanile, mortalità per fasce di età o la speranza di vita ma contribuiscono alla definizione degli specifici bisogni di salute di una popolazione attraverso le principali misure di occorrenza delle patologie che hanno determinato il decesso. In questo senso svolgono anche l'importante ruolo di mettere in rilievo eventuali concentrazioni anomale di eventi in luoghi o territori ben definiti e quindi a spingere ad effettuare studi analitici per l'individuazione delle esposizioni che le hanno indotte.

La mortalità di una popolazione ha quindi importanti ricadute socio-economiche e la sua conoscenza è un utile strumento epidemiologico per valutazioni a fini gestionali e di programmazione. Di seguito sono riportati alcuni dati sintetici sulla mortalità in modo da rendere maggiormente esaustivo il quadro epidemiologico del territorio della ASL.

Focus: MORTALITA' (confronto tra i Distretti)

N. deceduti	2009	2010	2011	2012	2013	delta 2013/2009
Distretto 1	335	395	364	433	381	46
Distretto 2	859	893	862	888	894	35
Distretto 3	641	664	632	681	629	-12
Distretto 4	859	848	862	870	912	53
Distretto 5	692	632	627	700	679	-13
Distretto 6	331	314	336	354	357	26
Distretto 7	557	505	543	586	543	-14
Distretto 8	438	448	294	304	299	-139
Tutta la ASL	4712	4699	4520	4816	4694	-18

Tasso mortalità	2009	2010	2011	2012	2013	delta 2013/2009
Distretto 1	6,10	7,13	6,55	7,87	6,83	0,73
Distretto 2	7,99	8,18	7,84	8,29	8,12	0,13
Distretto 3	7,08	7,21	6,8	7,49	6,75	-0,33
Distretto 4	7,56	7,37	7,43	7,54	7,73	0,17
Distretto 5	8,49	7,67	7,55	8,49	8,15	-0,34
Distretto 6	6,61	6,26	6,65	7,24	7,02	0,41
Distretto 7	7,70	6,93	7,41	8,22	7,35	-0,35
Distretto 8	6,71	6,16	7,12	7,35	7,15	0,44
Tutta la ASL	7,41	7,30	7,26	7,87	7,49	0,08

Il numero assoluto di decessi di residenti nella ASL Milano 2 nell'anno 2013 è di 4.694, con un delta del tasso di mortalità di 0,08 tra inizio e fine del periodo analizzato (2009-2013).

Il confronto con la mortalità regionale e nazionale nel 2013 mostra ancora una volta come il territorio della ASL sia caratterizzato da un tasso grezzo (7,49) inferiore rispetto alla Regione Lombardia (9,31) e all'Italia (10,06).

Analizzando le cause di morte viene confermato come i tumori e le malattie del sistema cardiocircolatorio siano complessivamente responsabili di più dei 2/3 dei decessi.

Tra i singoli tumori, indipendentemente dal sesso, quelli più frequenti sono rappresentati dalle neoplasie polmonari.

CAUSA	ANNO							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Tutti i tumori	38,30%	36,09%	36,29%	35,60%	36,82%	35,69%	36,62%	35,50
Malattie del sistema circolatorio	32,00%	31,67%	31,95%	33,80%	31,27%	31,27%	30,90%	29,72

Nota: i valori percentuali indicano la quota della patologia rispetto al totale dei decessi

CAUSA	ANNO							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Tumori del polmone	20,60%	22,90%	21,70%	21,30%	21,57%	21,92%	21,52%	20,97%
Tumori del colon/retto	11,40%	10,16%	10,60%	11,60%	10,23%	10,50%	9,40%	8,89%
Tumore mammella (solo F)	7,80%	7,80%	7,30%	8,80%	7,97%	8,11%	7,68%	7,01%

Nota: i valori percentuali indicano la quota della patologia rispetto al totale dei decessi per tumore

2. I consumi sociosanitari e l'assistenza domiciliare

2.1 Servizi per anziani

Come ben evidenziato dal quadro epidemiologico e dal contesto socio-demografico della ASL Milano 2 (si veda il capitolo a riguardo) la popolazione invecchia, in quanto negli ultimi anni la fascia di età di maggior rappresentatività continua a spostarsi verso l'alto della piramide, passando dai 35-39 anni nel 2002 ai 45-49 anni nel 2013. Tale fenomeno inesorabile associato all'indice di dipendenza strutturale, ci rileva come la maggioranza della popolazione si ritiene non autonoma e quindi "dipendente" da qualcuno. Possiamo quindi confermare come il territorio della ASL Milano 2 necessiti sempre di più di azioni e strumenti a sostegno della domiciliarità.

Prima di entrare nel dettaglio di come sono soddisfatti i bisogni delle persone anziane non autosufficienti sul territorio della ASL Milano 2, può essere utile una breve lettura "integrata" delle "scelte" effettuate dalle famiglie con un anziano fragile all'interno della rete dei servizi per rispondere alle necessità assistenziali e di cura. In questa prospettiva, è utile fare riferimento a tre macrocategorie di *setting* assistenziale: residenziale (RSA), semi residenziale (CDI) e domiciliare (ADI), utilizzato in una percentuale intorno all'85 % da persone anziane. Le linee di tendenza dell'utilizzo di questi *setting*, mettono in evidenza, con riferimento all'anno 2014: nell'ambito residenziale: una riduzione intorno al -2%; nell'ambito semi residenziale: un incremento del +6%; nell'ambito domiciliare: un aumento del +11%.

A questi servizi "tradizionali" vanno aggiunti quelli in risposta ai nuovi bisogni, standardizzati nel 2014 e confermati nel 2015, quali la residenzialità leggera (che ha visto un significativo utilizzo da parte di persone con autonomie ancora presenti) e la RSA aperta (di cui hanno iniziato ad usufruire alcune persone con demenza e le loro famiglie).

Il quadro emerso sui consumi permette quindi di affermare che le scelte delle famiglie si stanno orientando verso una prioritaria assistenza a domicilio delle persone anziane fragili, anche attraverso il supporto dei servizi semi residenziali. Il ricorso alla residenzialità (RSA) avviene in età avanzata (media età di ingresso: 84 anni) e in presenza di situazioni più critiche e complesse rispetto al passato, che si associano a difficoltà.

Relativamente ai consumi, le prestazioni di assistenza domiciliare hanno registrato nel 2014 un significativo incremento rispetto all'anno precedente, sia in termini di risorse assorbite che di persone che ne hanno usufruito e di "prese in carico", le risorse utilizzate sono state pari a €. 3.667.274,16 (+20% rispetto al 2013), mentre le persone assistite a domicilio sono risultate complessivamente 2.561 (+11% rispetto al 2013), per un totale di 2.989 "prese in carico".

Si conferma inoltre, in linea con il 2013, un minor utilizzo, nell'area anziani, delle RSA. Infatti, l'analisi dei cosiddetti "posti letto pieni" mette in evidenza come l'utilizzo in termini assoluti di questo tipo di risorsa - n. 2.470 persone (- 3%, una settantina in meno - come valore assoluto -, rispetto al 2013) sia sempre al di sotto dell'indice di fabbisogno individuato dalla Regione. Ciò significa che aumentando annualmente (in virtù dell'allungamento dell'aspettativa di vita) la popolazione con età superiore ai 75 anni non vi è un proporzionale aumento dei ricoveri in RSA di questa fetta di popolazione. In altre parole, l'aumento degli ingressi in strutture ha un trend di crescita inferiore all'incremento della popolazione over 75 anni. Inoltre, riguardo all'ubicazione delle RSA utilizzate, anche per il 2014 (come nel 2013) l'incremento maggiore si è registrato nelle strutture della ASL Milano 2, che soddisfano il 59,8 % della domanda.

Su questa linea, si aggiunga come i dati dei consumi sanitari registrati nel 2013 rispetto al 2012 confermano evidenze già consolidate al riguardo, con una costante crescita dei valori economici delle risorse utilizzate dagli assistiti affetti da patologie croniche degenerative (comprese quelle non

autosufficienti) nel comparto della assistenza specialistica ambulatoriale (+4%). Per i ricoveri si conferma una ulteriore lieve flessione (-0,4%).

Infine, si vuole ricordare come il territorio della ASL continua a essere sede di sperimentazione da parte del MMG della nuova modalità di cura dei pazienti (con patologie croniche) integrati denominata "CReG", indicatore di come il territorio sia sempre più ricettivo alla nuova cultura di integrazione operativa a sostegno della domiciliarità tra ambito socio sanitario, sociale e cure primarie.

2.2 Servizi per disabili

Relativamente area delle persone disabili, la lettura integrata del soddisfacimento dei bisogni va concentrata sulle strutture residenziali: RSD e CSS.

Riguardo le RSD, il territorio della ASL presenta un numero di posti letto che non soddisferebbe pienamente la domanda (come confermato dal significativo numero di persone ospiti di strutture ubicate in altre ASL). A livello locale, è ipotizzabile che la risposta sia attualmente integrata, per i casi con disabilità grave, dalle Comunità sociosanitarie. In esse, infatti, trovano posto sia disabili che necessitano di un impegno assistenziale basso, sia disabili con vari livelli di gravità per i quali non è possibile un trasferimento in RSD.

Va, comunque, tenuto presente che a determinare questa situazione concorrono anche altre motivazioni che vanno dalla richiesta delle famiglie di inserimento in ambienti più piccoli e "familiari", alla disponibilità dei gestori a farsi carico di problematiche sanitarie sopravvenute, evitando all'ospite il disagio di un trasferimento in un ambiente nuovo.

La misurazione e il monitoraggio di tale specificità territoriale può essere effettuata attraverso alcuni indicatori quali:

- la media della Classe SIDI per valutare la complessità del bisogno, dove registriamo come la media delle classi SIDI nelle CSS sia di ASL (2,76) che delle due macro aree distrettuali sia al di sotto del 3 (area distrettuale nord 2,87 e area distrettuale sud 2,36), a conferma di quanto esplicitato nella breve analisi di contesto; inoltre, il territorio con meno posti letto in RSD (area distrettuale sud) presenta una media di classe SIDI più vicina al 2 e inferiore a quella dell'area distrettuale nord, maggiormente vicina al 3, caratterizzata da un maggior numero di posti letto in RSD;
- il rapporto sulla media della Classe SIDI RSD/CSS per fornire indicazioni riguardo l'appropriato utilizzo delle unità d'offerta residenziali per disabili sul territorio: più il valore di questo rapporto si avvicina all'unità, più vi è sovrapposizione tra il livello di gravità degli ospiti delle due tipologie di unità d'offerta. Considerando l'indice per ogni area distrettuale si evidenzia come nell'area distrettuale sud (con meno posti letto in RSD rispetto all'area nord) il valore si avvicini all'unità, confermando un maggiore utilizzo della CSS da parte di persone con livelli più alti di gravità, persone per le quali potrebbe essere più appropriato un ingresso in RSD.

Per quanto riguarda i consumi, nelle RSD anche nel 2014 si riscontra una stabilità dei consumi in atto dal 2012; rimane, quindi, confermato – attraverso l'applicazione del metodo di calcolo dei cosiddetti "posti letto pieni" - come poco meno di un terzo dei ricoveri avvenga in strutture della ASL, seguite da quelle ubicate nella ASL Milano 1 e in quelle della ASL di Cremona. L'età media di ingresso in struttura è intorno ai 40 anni.

Per le CSS in termini assoluti, facendo riferimento ai dati economici, i consumi risulterebbero in calo. Tuttavia, una lettura analitica mette in evidenza come questa contrazione sia da attribuire a fattori tecnici, legati al percorso di riconversione che ha interessato in passato alcune strutture. Una analisi più realistica, evidenzia l'avvio di una tendenza verso un incremento dell'utilizzo di questa unità d'offerta sul territorio della ASL Milano 2 che assorbono poco più del 75 % delle risorse.

Dopo gli incrementi avvenuti nel 2012 e nel 2013 (legati ad una maggiore presenza degli ospiti), nei CDD si assiste nell'anno 2014 ad sostanziale stabilità sia nell'entità dei consumi e che nella loro distribuzione: l'85% dei consumi avviene nelle strutture ubicate sul territorio della ASL, con un 11 % di prestazioni usufruite nella ASL Milano 1, fondamentalmente nell'Istituto Sacra Famiglia di Cesano Boscone, dove sono presenti da tempo cittadini della ASL.

2.3 Servizi di assistenza domiciliare

Come già anticipato nel paragrafo sui servizi per anziani, le prestazioni di assistenza domiciliare sociosanitaria hanno registrato nel 2014 un significativo incremento rispetto all'anno precedente, sia in termini di risorse assorbite che di persone che ne hanno usufruito e di "prese in carico, assorbendo verosimilmente anche in modo esclusivo gli utenti che prima erano prese in carico presso i SAD comunali. Le risorse utilizzate sono state pari a €3.667.274,16. (+20,8 % rispetto al 2013). Mentre le persone assistite a domicilio sono risultate complessivamente 2.561 (+ 11% rispetto all'anno 2013), per un totale di 2.989 "prese in carico".

Il rapporto tra "prese in carico" (PIC) e n. utenti (espressione di più "ricoveri domiciliari" a carico di uno stesso utente) a livello di ASL è pari a 1,17.

Analizzata complessivamente, la dinamica dei consumi presenta le seguenti caratteristiche:

- il 2014 conferma e consolida il trend in crescita dei consumi, avviato nella seconda parte del 2013, con un incremento di circa il 21 % rispetto all'anno precedente
- relativamente le ragioni di questo incremento possono essere ricercate nei seguenti elementi:
 - l'andamento esprime un maggior utilizzo di questa unità d'offerta da parte delle persone con bisogni di ADI (+ 11% rispetto all'anno 2013). Al riguardo, va tenuto conto che la ASL Milano 2 presentava nel 2013 un indice di persone assistite in ADI di età superiore ai 65 anni pari al 1,54 % della popolazione over 65 anni. A conferma della maggiore domanda registratasi nel 2014 depongono: la percentuale, pari al 1,9 %, degli ultrasessantacinquenni in ADI, che sale al 2,15 % se si considerano i casi presi in carico; l'incremento delle nuove richieste di attivazione nel 2014, rispetto al 2013, intorno a + 20 %.
 - si conferma ancora, considerando la "vocazione" del servizio verso la presa in carico di situazioni complesse, come l'incremento della produzione del 2014 sia risultato più marcato per i profili 3 e 4.
- va evidenziato l'incremento (+51%) delle risorse per le cure palliative dal 2013 al 2014, a conferma di una maggiore presa in carico di questa tipologia di bisogni.
- il rapporto tra PIC/n. utenti relativamente basso e vicino all'unità, testimonia come l'utilizzo dell'ADI sul territorio della ASL Milano 2 sia soprattutto a favore delle persone con cronicità.
- per quanto riguarda i consumi dei distretti, l'incidenza del numero degli assistiti sulla popolazione generale x 1.000 evidenzia la tendenza alla riduzione delle disomogeneità tra i vari ambiti territoriali.

Per quanto riguarda invece i servizi di assistenza domiciliare sociale, nel 2014 a differenza dell'ADI, il SAD in modo uniforme in tutti i Piani di Zona della ASL, ha registrato un decremento degli utenti rispetto al 2013 pari al 20% (-171 utenti) passando da 1.045 nel 2013 a 874 nel 2014. I costi di gestione del servizio, in maniera più che proporzionale, sono diminuiti di circa il 32%, pari a €. 2.106.883,22. Tale decremento è verosimilmente giustificabile dal fatto che molti utenti sono stati assorbiti in modo esclusivo dal servizio ADI.

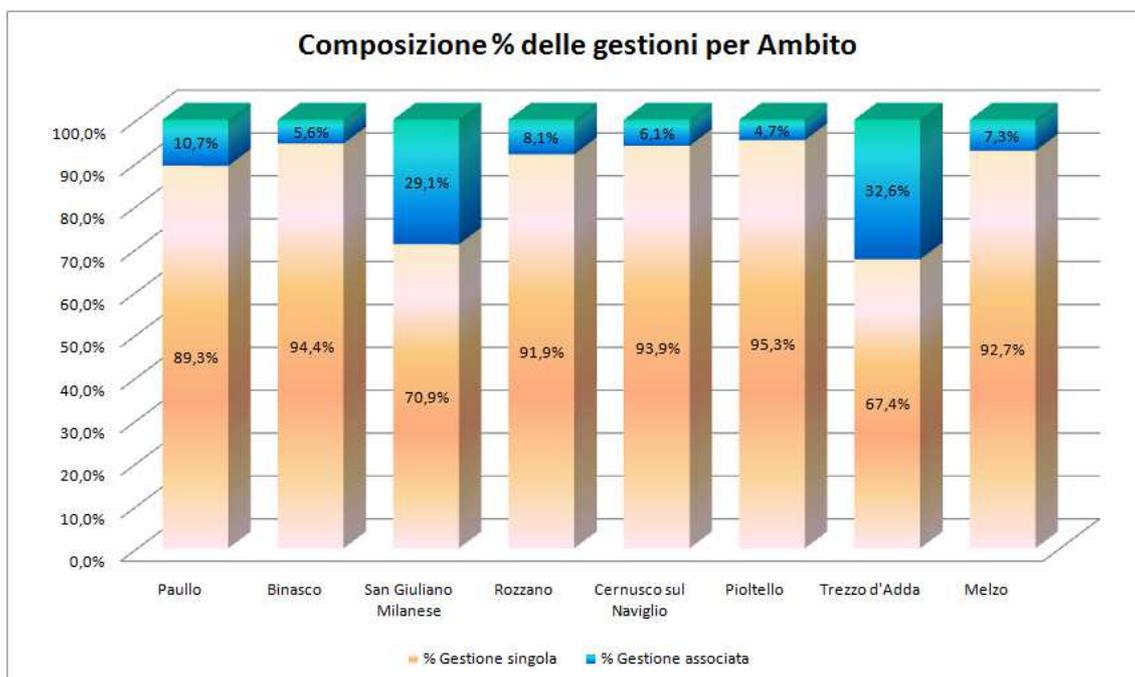
In modo analogo, anche gli altri servizi di assistenza domiciliare per disabili SADH e minori ADM hanno subito un decremento tra il 2013 e il 2014, passando da 315 a 255 utenti (pari a -23,5%) per il SADH e da 565 a 493 (pari a -14,6%) per l'ADM. Come per il SAD anche il SADH e l'ADM hanno subito una diminuzione più che proporzionale dei costi di gestione del servizio, pari a €.961.519,82 (-8,2% rispetto al 2013) per il SADH e €. 1.471.985,88 (-20% rispetto al 2013) per l'ADM.

3. I consumi sociali: la spesa sociale dei Comuni (dati consuntivo 2012)

3.1 Distribuzione sul territorio

Ai fini della programmazione zonale, di seguito si analizza la spesa sociale dei comuni del territorio della ASL Milano 2 in gestione singola e in gestione associata dei Piani di Zona. Gli ultimi dati a disposizione utili alla analisi fanno riferimento al consuntivo 2012.

Ambito	Gestione singola	Gestione associata	Totale delle gestioni	% sul totale
Paullo	4.938.547,00	587.443,00	5.464.821,00	6,3%
Binasco	5.541.472,00	320.523,00	5.769.687,00	6,6%
San Giuliano Milanese	15.729.435,00	5.779.161,00	19.888.580,00	22,7%
Rozzano	10.536.284,00	866.619,00	10.735.547,00	12,3%
Cernusco sul Naviglio	14.515.489,00	942.091,00	15.457.580,00	17,7%
Pioltello	12.120.587,00	603.768,00	12.711.855,00	14,5%
Trezzo d'Adda	4.306.935,00	1.580.414,00	4.853.850,00	5,6%
Melzo	11.923.040,00	910.698,00	12.541.662,00	14,3%
TOTALE ASL	79.611.789,00	11.590.717,00	87.423.582,00	100,0%

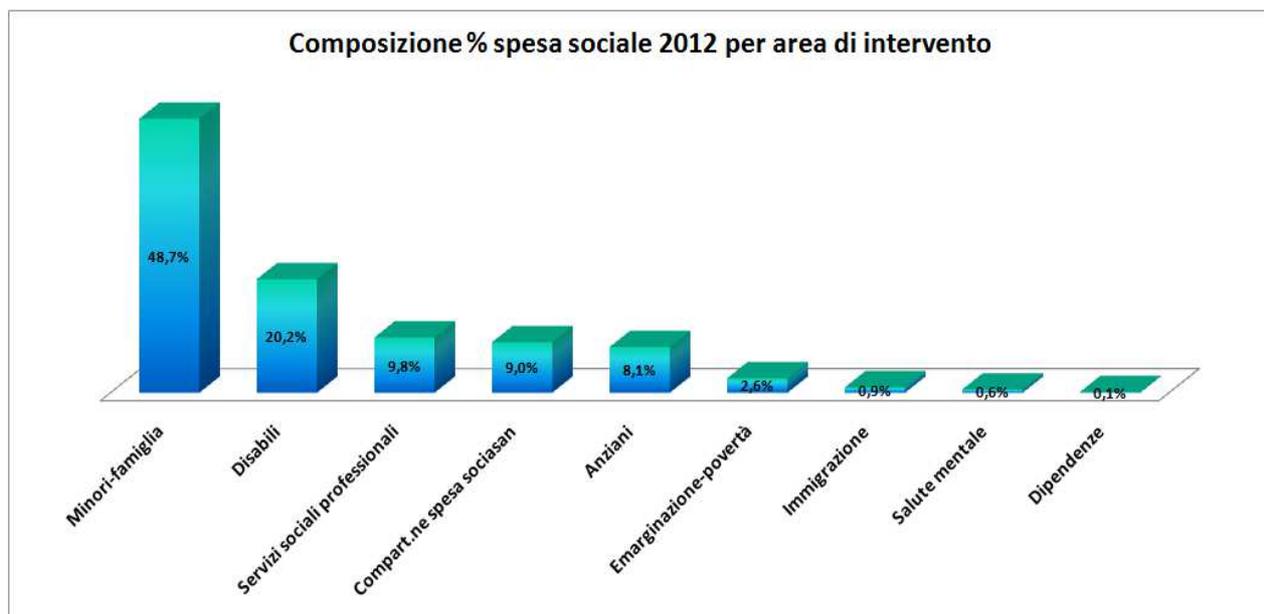


La spesa sociale nel territorio della ASL Milano 2 per entrambe le gestioni ammonta a circa 87,5 milioni di euro, di cui circa 80 milioni per la gestione singola e 11,5 milioni per quella associata. In termini di distribuzione sul territorio l'ambito di San Giuliano M.se è quello che registra la spesa più alta, pari al 22,7% del totale ASL, mentre Trezzo la più bassa con 5,6%. In termini invece di composizione % delle gestioni, vediamo come ci sia una distribuzione costante tra i territori, con una gestione singola che oscilla tra il 90% e il 94%, ad esclusione di Trezzo e San Giuliano M.se che fanno registrare la gestione associata più alta della ASL pari a circa il 30%.

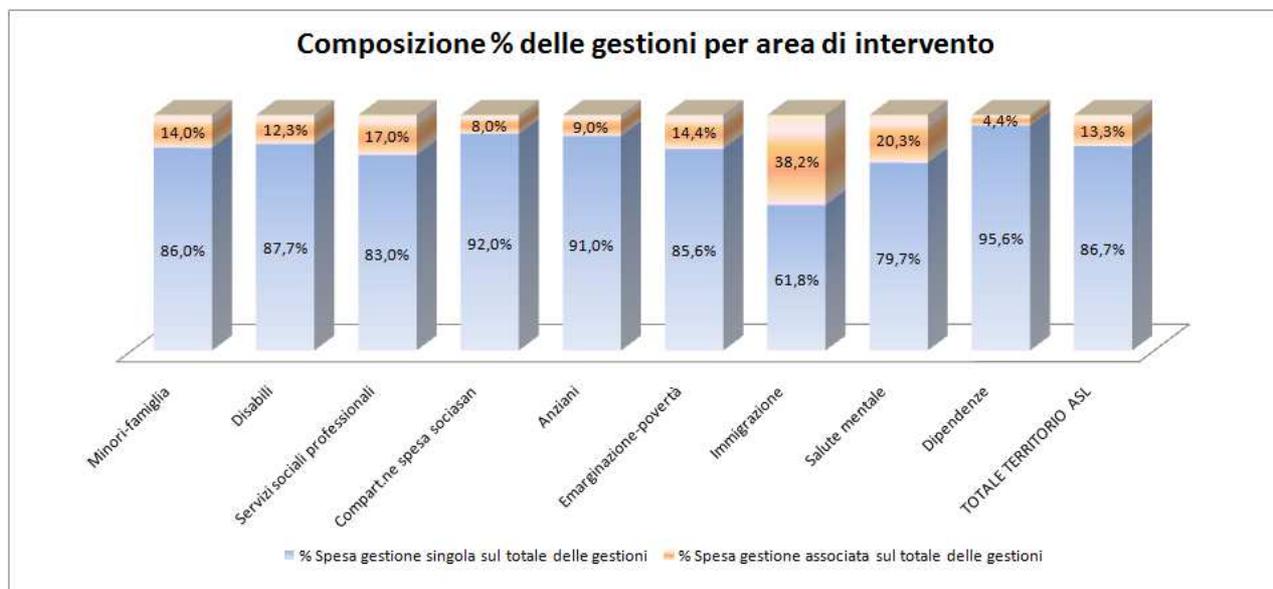
3.2 Aree di intervento

Di seguito si analizza la spesa sociale a livello territoriale ASL per area di intervento sociale.

Area di intervento	Spesa gestione singola	Spesa gestione associata	Totale delle gestioni
Minori-famiglia	37.576.794,00	5.944.350,00	42.565.529,00
Disabili	16.401.635,00	2.171.298,00	17.639.735,00
Servizi sociali professionali	7.960.885,00	1.458.072,00	8.577.960,00
Compartecipazione spesa sociosanitaria	8.095.425,00	626.511,00	7.831.691,00
Anziani	6.492.133,00	641.161,00	7.103.375,00
Emarginazione-povertà	2.010.510,00	323.266,00	2.244.990,00
Immigrazione	510.095,00	315.810,00	825.905,00
Salute mentale	452.681,00	105.069,00	517.586,00
Dipendenze	111.631,00	5.180,00	116.811,00
TOTALE TERRITORIO ASL	79.611.789,00	11.590.717,00	87.423.582,00



L'area che assorbe per circa il 50% il totale della spesa sociale sia in gestione singola che associata è quella dei "Minori-famiglia", seguita dai "Disabili" (20%). I servizi sociali professionali (Servizio e Segretariato sociale più servizi di funzionamento del PdZ) è al terzo posto con il 10%. L'area di "Compartecipazione della spesa sociosanitaria" è pari al 9% mentre quella degli "Anziani" è pari all'8%.



La composizione delle gestioni per area di intervento mostra una costante percentuale che vede la gestione singola per tutte le aree oscillare tra l'80% e il 96%, tranne per l'area immigrazione dove la gestione associata è pari a circa il 40%.

3.3 Interventi sociali

Una volta analizzate le aree di intervento, passiamo ad analizzare gli interventi delle principali aree di intervento in termini di dimensione della spesa sociale (minori e disabili) e di significativa importanza di integrazione programmatica ASL/territorio (anziani e compartecipazione alla spesa sociosanitaria).

Area "Minori-famiglia"	Intervento	Gestione singola	Gestione associata	Totale gestioni	% sul totale	Finanziamento da	Finanziamento da	Finanziamento da	% copertura da	% copertura da	% copertura da
						Comune a	utenza a copertura	Fondo sociale			
						copertura dei costi	dei costi	regionale a	Comune		regionale
	Asili nido/Micronido	18.031.572,00	2.659.869,00	20.575.161,00	48,3%	12.610.189,00	6.108.744,00	599.682,00	61,3%	29,7%	2,9%
	Comunità alloggio (per Minori e per Madri e Figli)	6.518.586,00	850.763,00	7.365.482,00	17,3%	6.593.989,00	1.200,00	567.009,00	89,5%	0,02%	7,7%
	Servizio Tutela minorile	2.414.014,00	750.538,00	2.778.980,00	6,5%	1.349.608,00	1.177.851,00	104.944,00	48,6%	42,4%	3,8%
	Centri ricreativi diurni	2.638.278,00	135.945,00	2.774.223,00	6,5%	2.827.609,00		17.236,00	101,9%		0,6%
	Assistenza Domiciliare Minori	1.473.146,00	530.735,00	1.805.644,00	4,2%	1.451.993,00		212.505,00	80,4%		11,8%
	Centri di aggregazione giovanile	1.340.095,00	216.415,00	1.511.563,00	3,6%	1.248.515,00	10.890,00	133.804,00	82,6%	0,7%	8,9%
	Altri interventi sociali	976.746,00	174.230,00	1.137.396,00	2,7%	938.193,00	38.663,00		82,5%	3,4%	
	Spazi ricreativi/aggregativi	868.430,00	60.149,00	881.356,00	2,1%	817.115,00	120.706,00	1.246,00	92,7%	13,7%	0,1%
	Affidi familiari (L. 149/01)	715.573,00	33.892,00	749.465,00	1,8%	655.876,00		69.430,00	87,5%		9,3%
	Assistenza economica generica	526.305,00	28.074,00	554.379,00	1,3%	545.888,00	78.140,00	33.731,00	98,5%	14,1%	6,1%
	Interventi per progetto	484.522,00	58.631,00	527.427,00	1,2%	443.213,00		5.670,00	84,0%		1,1%
	Iniziative di prevenzione e promozione	399.806,00	163.420,00	505.446,00	1,2%	418.380,00	5.238,00	1.607,00	82,8%	1,0%	0,3%
	Centri di Prima Infanzia	317.845,00	26.668,00	344.513,00	0,8%	276.519,00	35.069,00	8.257,00	80,3%	10,2%	2,4%
	Canoni di locazione ed utenze domestiche	230.811,00	19.700,00	250.511,00	0,6%	270.360,00		2.197,00	107,9%		0,9%
	Centri di pronto intervento (per Minori e per Madri e Figli)	238.665,00		238.665,00	0,6%	222.897,00	1.531,00	1.714,00	93,4%	0,6%	0,7%
	Adozioni	48.104,00	140.020,00	155.664,00	0,4%	163.695,00		8.257,00	105,2%		5,3%
	Contributi ad Enti/Associazioni	149.188,00	5.200,00	154.388,00	0,4%	148.184,00			96,0%		
	Sportello sociale	128.484,00		128.484,00	0,3%	66.281,00		3.295,00	51,6%		2,6%
	Servizio Affidi	69.374,00	77.453,00	106.884,00	0,3%	53.304,00			49,9%		
	Inserimenti lavorativi	7.250,00	12.648,00	19.898,00	0,05%	7.250,00			36,4%		
	TOTALE ASL	37.576.794,00	5.944.350,00	42.565.529,00	100,0%	31.109.058,00	7.578.032,00	1.770.584,00	73,1%	17,8%	4,2%

Il principale intervento è il servizio di asilo nido/micronido che assorbe quasi il 50% della spesa sociale dell'area. Interessante notare come i finanziamenti provenienti dal Comune coprono circa il 60% dei costi di gestione mentre l'utenza (con le rette) il 30%. Il principale fondo sociale, quello regionale, copre circa il 3% dei costi.

Il secondo intervento dell'area è la Comunità Alloggio che assorbe il 17% dei costi dell'area; in questo caso il Comune copre la gran parte dei costi con circa il 90%, mentre l'utenza è sostanzialmente pari a zero; il fondo sociale regionale invece copre circa l'8% dei costi.

L'assistenza domiciliare per minori è il quinto intervento per dimensione economica (con il 4,2%); anche in questo caso il Comune copre i costi per circa l'80% mentre l'utenza è pari a zero; interessante notare come il fondo sociale regionale copra il 12% dei costi.

Area "Disabili"					Finanziamento da	Finanziamento da	Finanziamento da			% copertura da
Intervento	Gestione singola	Gestione associata	Totale gestioni	% sul totale	Comune a	utenza a copertura	Fondo sociale	% copertura costi da	% copertura da	Fondo sociale
					copertura dei costi	dei costi	regionale a	Comune	utenza	regionale
Assistenza educativa agli alunni disabili o assistenza scolari	6.586.197,00	1.131.722,00	7.114.258,00	40,3%	6.788.801,00		80.709,00	95,4%		1,1%
Centri Socio Educativi - CSE	3.696.036,00	231.299,00	3.733.531,00	21,2%	3.406.856,00	181.928,00	43.909,00	91,3%	4,9%	1,2%
Trasporto sociale	1.766.693,00	137.790,00	1.904.483,00	10,8%	1.829.430,00	75.051,00		96,1%	3,9%	
Comunità alloggio per disabili	1.328.989,00		1.328.989,00	7,5%	1.015.447,00	274.975,00	38.567,00	76,4%	20,7%	2,9%
Servizi di formazione all'autonomia - SFA	786.071,00	135.224,00	921.295,00	5,2%	833.662,00	51.283,00	18.351,00	90,5%	5,6%	2,0%
Servizi di Assistenza Domiciliare Disabili	873.847,00	24.103,00	886.438,00	5,0%	656.978,00	44.432,00	106.450,00	74,1%	5,0%	12,0%
Inserimenti lavorativi	455.386,00	333.239,00	665.154,00	3,8%	434.775,00		103.753,00	65,4%		15,6%
Interventi per progetto	177.342,00	90.316,00	267.658,00	1,5%	196.838,00	3.000,00		73,5%	1,1%	
Altri interventi sociali	243.641,00	14.034,00	257.675,00	1,5%	224.268,00	17.183,00		87,0%	6,7%	
Assistenza economica generica	190.660,00	10.750,00	201.410,00	1,1%	189.856,00			94,3%		
Interventi a sostegno della domiciliarità	63.782,00	62.021,00	125.053,00	0,7%	45.892,00		9.377,00	36,7%		7,5%
Contributi ad Enti/Associazioni	122.537,00	800,00	123.337,00	0,7%	123.337,00			100,0%		
Sportello sociale	88.724,00		88.724,00	0,5%	78.724,00			88,7%		
Canoni di locazione ed utenze domestiche	21.730,00		21.730,00	0,1%	20.016,00			92,1%		
TOTALE ASL	16.401.635,00	2.171.298,00	17.639.735,00	100,0%	15.844.880,00	647.852,00	401.116,00	89,8%	3,7%	2,3%

Il principale intervento è il servizio di assistenza educativa agli alunni disabili che assorbe il 40% della spesa sociale dell'area. Significativo notare come i finanziamenti provenienti dal Comune coprano la quasi totalità dei costi, con il 95,6% dei costi di gestione mentre l'utenza è pari a zero. Il principale fondo sociale, quello regionale, copre solo l'1% dei costi.

Il secondo intervento dell'area sono i CSE che assorbono il 21% dei costi dell'area; anche in questo caso il Comune copre la quasi totale dei costi con più del 91% dei costi, mentre l'utenza circa il 5%; il fondo sociale regionale invece copre circa l'1% dei costi.

L'assistenza domiciliare per disabili è il sesto intervento per dimensione economica (con il 5%); in questo caso il Comune copre i costi per il 75% mentre l'utenza il 5%; interessante notare come il fondo sociale regionale copra il 12% dei costi.

Area "Anziani"					Finanziamento da	Finanziamento da	Finanziamento da			% copertura da
Intervento	Gestione singola	Gestione associata	Totale gestioni	% sul totale	Comune a	utenza a copertura	Fondo sociale % copertura costi da	% copertura da	% copertura da	Fondo sociale
					copertura dei costi	dei costi	regionale a	Comune	utenza	regionale
Servizi di Assistenza Domiciliare	2.398.161,00	124.415,00	2.498.417,00	35,2%	1.658.391,00	248.028,00	382.198,00	66,4%	9,9%	15,3%
Centri sociali per anziani	876.732,00	193.261,00	1.069.993,00	15,1%	955.955,00	114.039,00		89,3%	10,7%	
Servizio pasti a domicilio	778.193,00		778.193,00	11,0%	436.776,00	339.793,00	1.625,00	56,1%	43,7%	0,2%
Altri interventi sociali	712.259,00	1.890,00	708.389,00	10,0%	570.729,00	137.590,00		80,6%	19,4%	
Trasporto sociale	623.327,00	84.396,00	707.723,00	10,0%	613.259,00	60.590,00		86,7%	8,6%	
Casa Albergo e case di soggiorno	462.406,00		462.406,00	6,5%	118.146,00	300.990,00		25,6%	65,1%	
Interventi a sostegno della domiciliarità	43.338,00	209.825,00	253.163,00	3,6%	34.257,00			13,5%		
Assistenza economica generica	229.200,00	4.180,00	233.380,00	3,3%	216.006,00		14.350,00	92,6%		6,1%
Contributi ad Enti/Associazioni	135.331,00	800,00	136.131,00	1,9%	128.171,00			94,2%		
Canoni di locazione ed utenze domestiche	75.548,00	2.040,00	77.588,00	1,1%	65.077,00		535,00	83,9%		0,7%
Sportello sociale	73.197,00		73.197,00	1,0%	73.197,00			100,0%		
Interventi per progetto	37.941,00	12.000,00	49.941,00	0,7%	37.941,00			76,0%		
Alloggi protetti per anziani	42.954,00		42.954,00	0,6%	42.954,00			100,0%		
Telesoccorso e Teleassistenza	3.546,00	6.688,00	10.234,00	0,1%	2.949,00	597,00		28,8%	5,8%	
Formazione per assistenti familiari		1.666,00	1.666,00	0,0%						
TOTALE ASL	6.492.133,00	641.161,00	7.103.375,00	100,0%	4.953.808,00	1.201.627,00	398.708,00	69,7%	16,9%	5,6%

In questa area il principale intervento è il servizio di assistenza domiciliare SAD che assorbe circa il 35% della spesa sociale dell'area. I finanziamenti provenienti dal Comune coprono circa il 67% dei costi, mentre l'utenza circa il 10%. Il principale fondo sociale, quello regionale, copre più del 15% dei costi.

Il secondo intervento dell'area riguarda i Centri sociali per anziani che assorbono il 15% dei costi dell'area; in questo caso il Comune copre la gran parte dei costi con circa il 90% dei costi, mentre l'utenza circa l'11%.

Significativo il servizio dei pasti a domicilio che come terzo intervento in termini di dimensione economica assorbe l'11% dei costi dell'area; in questo caso il Comune copre i costi per il 56% mentre l'utenza un significativo 44%.

Area "Compartecipazione servizio sociosanitari"	Intervento	Gestione singola	Gestione associata	Totale gestioni	% sul totale	Finanziamento da	Finanziamento da	% copertura costi da	% copertura da
						Comune a	utenza a		
	CDD	3.700.097,00	448.320,00	4.148.417,00	47,6%	3.625.144,00	271.655,00	87,4%	6,5%
	RSA per ricoveri continuativi/definitivi	2.076.621,00	20.817,00	2.097.438,00	24,0%	1.741.178,00	299.718,00	83,0%	14,3%
	RSD per periodi continuativi/definitivi	1.811.474,00	157.374,00	1.968.848,00	22,6%	1.665.606,00	303.242,00	84,6%	15,4%
	CSS per periodi continuativi/definitivi	341.107,00		341.107,00	3,9%	313.147,00	27.960,00	91,8%	8,2%
	CDI per periodi continuativi	77.802,00		77.802,00	0,9%	32.650,00	45.152,00	42,0%	58,0%
	RSD per inserimenti per utenti con patologia psichiatrica (c)	53.791,00		53.791,00	0,6%	45.597,00	8.194,00	84,8%	15,2%
	CSS per inserimenti per utenti con patologia psichiatrica (a)	22.196,00		22.196,00	0,3%	22.196,00		100,0%	
	RSD per periodi temporanei/sollievo	11.265,00		11.265,00	0,1%	8.605,00	2.660,00	76,4%	23,6%
	CDI per periodi temporanei/sollievo	1.072,00		1.072,00	0,01%	1.072,00		100,0%	
	TOTALE ASL	8.095.425,00	626.511,00	8.721.936,00	100,0%	7.455.195,00	958.581,00	85,5%	11,0%

In questa area il principale intervento è il CDD che assorbe circa il 48% della spesa sociale dell'area. I finanziamenti provenienti dal Comune coprono circa il 87% dei costi, mentre l'utenza circa il 6,5%.

Il secondo intervento dell'area riguarda le RSA per ricoveri continuativi/definitivi che assorbono il 24% dei costi dell'area; in questo caso il Comune copre l'83% dei costi, mentre l'utenza circa l'14%.

In modo analogo anche il terzo intervento per dimensione economica, quello delle RSD per ricoveri continuativi/definitivi che assorbono il 22% dei costi dell'area; anche in questo caso il Comune copre l'84% dei costi, mentre l'utenza circa il 15%.

3.4 Tipologia di costo e di finanziamento

Ai fini di una migliore comprensione dei fattori che compongono la spesa sociale, è significativo analizzare le tipologie di costo che incidono nella composizione della spesa e le relative fonti di finanziamento a copertura dello stesso.

Tipologia costo	Gestione singola	% gestione singola	Gestione associata	% gestione associata
Gestione diretta	26.026.710,00	32,7%	2.967.416,00	25,6%
Gestione appalto/concessione	24.985.411,00	31,4%	3.660.110,00	31,6%
Gestione convenzione	4.762.598,00	6,0%	1.175.203,00	10,1%
Acquisto da Terzi (rette)	13.990.015,00	17,6%	808.626,00	7,0%
Buono sociale	74.020,00	0,1%	384.100,00	3,3%
Voucher sociale	1.104.496,00	1,4%	120.664,00	1,0%
Servizi delegati	340.746,00	0,4%		
Gestione associata dei PdZ	3.778.924,00	4,7%		
Altre gestioni associate	161.942,00	0,2%	6.500,00	0,1%
Altre tipologie di costo	4.386.927,00	5,5%	2.468.098,00	21,3%
Totale	79.611.789,00	100,0%	11.590.717,00	100,0%

Come si può notare le gestioni dirette e in appalto/concessione sono i principali costi che insieme incidono, sia in gestione singola che associata, per più del 60% sul costo totale. Per la gestione singola l'acquisto da Terzi (rette) è la terza tipologia per dimensione economica con il 17%. Da notare come i costi di trasferimento per la gestione associata del Piano di Zona incidano sul costo totale per solo il 4,7%. Le altre tipologie di costo per la gestione associata incidono per ben il 21%.

Tipologia finanziamenti	Gestione singola	% gestione singola	Gestione associata	% Gestione associata
Comune	65.563.794,00	82,8%	4.584.079,00	39,5%
Comune per gestione associata PdZ			2.068.127,00	17,8%
Altri enti pubblici	501.480,00	0,6%	799.564,00	6,9%
Utenza	9.637.765,00	12,2%	770.770,00	6,6%
Fondo sociale regionale	2.081.720,00	2,6%	701.954,00	6,1%
FNPS	174.817,00	0,2%	1.207.108,00	10,4%
FNA	142.642,00	0,2%	230.828,00	2,0%
Fondo intesa nidi	172.520,00	0,2%	396.692,00	3,4%
Fondo intesa famiglia			34.325,00	0,3%
Quota indistinta gestione associata PdZ			259.784,00	2,2%
Fondo solidarietà			2.297,00	0,02%
Altre tipologie di finanziamento	893.173,00	1,1%	535.189,00	4,6%
Totale	79.167.911,00	100,0%	11.590.717,00	100,0%

Per quanto riguarda le fonti di finanziamento a copertura dei costi si conferma come in generale i finanziamenti provenienti dal Comune siano la principale fonte di finanziamento, in quanto contribuiscono alla copertura della spesa sociale per circa l'83% in gestione singola e per il 40% in gestione associata. Per la gestione associata si aggiunga come circa il 18% della copertura dei costi provenga da finanziamenti specifici da parte sempre dei Comuni. L'utenza risulta di fatto la seconda fonte di copertura con il 12% in gestione singola e il 6,6% in gestione associata. Da notare come per la gestione associata il FNPS copra più del 10% del costo totale a cui si aggiunga il Fondo sociale regionale con il 6%.

3.5 Indicatori medi di spesa

Si offre, a conclusione della analisi, ai fini della programmazione zonale alcuni indicatori medi di spesa annuale procapite utile a dimensionare la spesa sociale per intervento. In questa analisi si è preso in esame gli interventi più significativi in termini di dimensione economica e di intervento sociale, calcolando come indicatore di riferimento il costo medio annuo procapite e il finanziamento medio annuo proveniente dal Comune.

Area/intervento	Totale gestioni	N utenti	Costo medio annuo procapite	Finanziamento medio annuo da comune
Asili nido/Micronido	20.575.161,00	4.411	4.664,51	2.858,81
Assistenza educativa agli alunni disabili o assistenza scolari	7.114.258,00	1.299	5.476,72	5.226,17
CDD	4.148.417,00	252	16.461,97	14.385,49
RSA per ricoveri continuativi/definitivi	2.097.438,00	222	9.447,92	7.843,14
RSD per periodi continuativi/definitivi	1.968.848,00	96	20.508,83	17.350,06
SAD	2.498.417,00	1.084	2.304,81	1.529,88
SADH	886.438,00	300	2.954,79	2.189,93
ADM	1.805.644,00	498	3.625,79	2.915,65

4. L'offerta sociale (III trim. 2014)

L'analisi dell'offerta sociale presente sul territorio della ASL Milano 2, è utile per una puntuale programmazione zonale che tenga conto della distribuzione omogenea e della diffusione delle unità di offerta della rete dei servizi sociali. L'analisi ha preso in esame i dati della anagrafica sulle UdO sociali del III trimestre 2014.

TIPOLOGIA UDOS	N UdO	%
Asilo Nido	143	70,1%
Micro Nido	21	10,3%
Nido famiglia	31	15,2%
Centro Prima Infanzia	9	4,4%
Totale UdO Prima Infanzia	204	41,7%
Servizio di Assistenza Domiciliare	46	37,4%
Servizio di Assistenza Domiciliare Disabili	41	33,3%
Assistenza Domiciliare Minori	36	29,3%
Totale Servizi Domiciliari	123	25,2%
Comunità Educativa	15	50,0%
Comunità familiare		
Alloggio per l'Autonomia	15	50,0%
Totale Comunità per Minori	30	6,1%
Centro di Aggregazione Giovanile	17	21,0%
Centro Ricreativo Diurno per Minori	64	79,0%
Totale UdO Diurne per Minori	81	16,6%
Alloggio Protetto Anziani	2	18,2%
Centro Diurni Anziani	9	81,8%
Totale UdO per Anziani	11	2,2%
Centro Socio Educativo	21	52,5%
Comunità Alloggio Disabili	14	35,0%
Servizio di Formazione all'Autonomia	5	12,5%
Totale UdO per Disabili	40	8,2%
TOTALE COMPLESSIVO	489	100,0%

In linea generale (per i dettagli di ambito si rimanda alla tabella successiva) sul territorio della ASL Milano 2 le UdO per la prima infanzia (0-3 anni) sono le più numerose (204) pari al 42% sul totale delle UdO sociali presenti, con gli asili nido che incidono per il 70%.

Segue come servizio più presente sul territorio, quello delle assistenze domiciliari (SAD-SADH-ADM) con il 25% sul totale delle UdO sociali presenti, pari a 123 servizi sostanzialmente equo distribuiti tra SAD (37% di incidenza) SADH (33%) e ADM (29%).

Successivamente troviamo le UdO diurne per minori (81) pari al 16,6% di incidenza sul totale delle UdO presenti, le UdO per disabili (40) pari all'8,2%, le Comunità per minori (30) pari al 6,1% ed infine le UdO per anziani (11) pari al 2,2%.

TIPOLOGIA UDOS	AMBITI																	
	Paullo		San Giuliano Milanese		Cernusco sul Naviglio		Piolto		Melzo		Binasco		Rozzano		Trezzo d'Adda		TOTALE ASL	
	N UdO	N Posti	N UdO	N Posti	N UdO	N Posti	N UdO	N Posti	N UdO	N Posti	N UdO	N Posti	N UdO	N Posti	N UdO	N Posti	N UdO	N Posti
Asilo Nido	16	548	30	898	24	860	25	880	18	546	10	279	13	560	7	217	143	4.788
Micro Nido	2	20	4	37	3	29	1	10	4	38	1	10	5	47	1	10	21	201
Nido famiglia	1	5	7	35	7	35	1	5	3	15	8	40	2	10	2	10	31	155
Centro Prima Infanzia			2	41	2	47	4	78					1	20			9	186
<i>Totale UdO Prima Infanzia</i>	<u>19</u>	<u>573</u>	<u>43</u>	<u>1.011</u>	<u>36</u>	<u>971</u>	<u>31</u>	<u>973</u>	<u>25</u>	<u>599</u>	<u>19</u>	<u>329</u>	<u>21</u>	<u>637</u>	<u>10</u>	<u>237</u>	<u>204</u>	<u>5.330</u>
Servizio di Assistenza Domiciliare	5		4		9		4		8		7		4		5		46	
Servizio di Assistenza Domiciliare Disabili	5		4		6		4		8		5		4		5		41	
Assistenza Domiciliare Minori	4		3		9		4		8		1		4		3		36	
<i>Totale Servizi Domiciliari</i>	<u>14</u>		<u>11</u>		<u>24</u>		<u>12</u>		<u>24</u>		<u>13</u>		<u>12</u>		<u>13</u>		<u>123</u>	
Comunità Educativa	1	7	3	30	1	8	6	34			2	18			2	15	15	112
Comunità familiare																		
Alloggio per l'Autonomia			1	3	4	12			10	44							15	59
<i>Totale Comunità per Minori</i>	<u>1</u>	<u>7</u>	<u>4</u>	<u>33</u>	<u>5</u>	<u>20</u>	<u>6</u>	<u>34</u>	<u>10</u>	<u>44</u>	<u>2</u>	<u>18</u>			<u>2</u>	<u>15</u>	<u>30</u>	<u>171</u>
Centro di Aggregazione Giovanile			3	210	7	385	2	140	1	50	2	90	1	60	1	30	17	965
Centro Ricreativo Diurno per Minori	5	595	2	215	10	420	1	300	14	580	8	599	17	1.272	7	930	64	4.911
<i>Totale UdO Diurne per Minori</i>	<u>5</u>	<u>595</u>	<u>5</u>	<u>425</u>	<u>17</u>	<u>805</u>	<u>3</u>	<u>440</u>	<u>15</u>	<u>630</u>	<u>10</u>	<u>689</u>	<u>18</u>	<u>1.332</u>	<u>8</u>	<u>960</u>	<u>81</u>	<u>5.876</u>
Alloggio Protetto Anziani	1	32									1	124					2	156
Centro Diurni Anziani			2	40	2	0			2	0	1	18	1	60	1	50	9	168
<i>Totale UdO per Anziani</i>	<u>1</u>	<u>32</u>	<u>2</u>	<u>40</u>	<u>2</u>	<u>0</u>			<u>2</u>	<u>0</u>	<u>2</u>	<u>142</u>	<u>1</u>	<u>60</u>	<u>1</u>	<u>50</u>	<u>11</u>	<u>324</u>
Centro Socio Educativo			3	53	6	124	2	32	5	139			2	41	3	63	21	452
Comunità Alloggio Disabili	1	7	2	20			3	28	1	10			2	15	5	44	14	124
Servizio di Formazione all'Autonomia			1	25	2	0	2	9									5	34
<i>Totale UdO per Disabili</i>	<u>1</u>	<u>7</u>	<u>6</u>	<u>98</u>	<u>8</u>	<u>124</u>	<u>7</u>	<u>69</u>	<u>6</u>	<u>149</u>			<u>4</u>	<u>56</u>	<u>8</u>	<u>107</u>	<u>40</u>	<u>610</u>
TOTALE COMPLESSIVO	41	1.214	71	1.607	92	1.920	59	1.516	82	1.422	46	1.178	56	2.085	42	1.369	489	12.311

L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

2. Premessa

L'integrazione socio-sanitaria è una priorità strategica del Piano Sanitario Nazionale poiché è condizione indispensabile per superare prassi territoriali e integrare competenze e servizi diversi grazie all'unitarietà e alla globalità degli interventi, consentendo una maggiore attenzione ai soggetti deboli e alla loro tutela.

Il superamento di servizi settoriali e l'introduzione di servizi integrati si fonda quindi sulla necessità di considerare la globalità della persona in tutte le sue dimensioni contribuendo al raggiungimento di uno stato di benessere fisico, mentale e sociale.

L'integrazione socio-sanitaria definita dal decreto Legislativo n.229/99 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419" riguarda infatti "tutte le attività atte a soddisfare, mediante un complesso processo assistenziale, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità di cura e quelle di riabilitazione".

Le prestazioni vengono classificate sulla base della prevalenza dei bisogni e delle risorse implicate nei processi assistenziali.

Avremo pertanto *prestazioni sanitarie a rilevanza sociale* quando l'efficacia dell'intervento sanitario dipende dalla capacità d'integrazione con altri fattori sociali. Avremo *prestazioni sociali a rilevanza sanitaria* quando l'intervento sociale avviene in presenza di problemi collegati allo stato di salute che possono trovare soluzioni efficaci solo con processi d'inserimento e integrazione sociale.

Le prestazioni socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate invece da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e "attengono prevalentemente all'area materno - infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenza da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico - degenerative" che richiedono un'assistenza prolungata e continuativa".

Tali prestazioni sono assicurate dal SSN e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, secondo le modalità individuate nei piani sanitari nazionali e regionali, nonché dai progetto obiettivo promossi a livello nazionale e regionale.

Al comma 8 dell'art. 3-septies del decreto legislativo 229/1999 si sottolinea inoltre che " (...) le Regioni disciplinano i criteri e le modalità mediante i quali Comuni e Aziende Sanitarie garantiscono l'integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni socio-sanitarie di rispettiva

competenza, individuando gli strumenti atti a garantire la gestione integrata dei processi assistenziali e socio-sanitari(...).”.

Un’ulteriore specificazione sulle tipologie di prestazioni viene effettuata con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 denominato “Atto d’indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”.

Gli articoli 1 e 2 che si riportano in corsivo nella loro stesura integrale definiscono appunto in modo puntuale la tipologia delle prestazioni previste:

L’assistenza socio-sanitaria viene prestata alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie e di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali. Le Regioni disciplinano le modalità e i criteri di definizione dei progetti assistenziali personalizzati.

Le prestazioni socio-sanitarie di cui all’art. 3 – septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni, sono definite tenendo conto dei seguenti criteri: la natura del bisogno, la complessità e l’intensità dell’intervento assistenziale, nonché la sua durata.

L’Attuale documento in fase di decretazione del Ministro della salute prevede:

”Una descrizione puntuale delle attività nell’assistenza domiciliare, territoriale (consultori familiari, servizi per le dipendenze, servizi per la salute mentale adulti e neuropsichiatria infantile, servizi per disabili), semiresidenziale e residenziale (per malati cronici, malati in fine vita, persone con disturbi mentali, persone con dipendenze patologiche, disabili); un’articolazione dell’assistenza domiciliare e residenziale in più livelli d’intensità in relazione ai bisogni: intensiva (per accogliere le dimissioni e filtrare gli ingressi in ospedale), estensiva (di medio impegno), di lungo assistenza e mantenimento per le situazioni stabilizzate che non possono essere trattate al domicilio per difficoltà familiari/sociali; prevede il mantenimento delle attuali quote sociali a carico del Comune/assistito.”

In particolare e a titolo puramente esemplificativo il Dpcm. 2015 prevede che:

“ Il Servizio sanitario nazionale garantisce l’accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale; nell’ambito dell’assistenza distrettuale territoriale sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio;

l’Azienda Sanitaria Locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l’assistenza territoriale a domicilio;

nell’ambito dell’assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il S.S.N. garantisce alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie, le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative necessarie ed appropriate nei seguenti ambiti di attività: maternità, paternità e procreazione responsabile; tutela della salute della donna e del nascituro; assistenza per l’interruzione volontaria della gravidanza; consulenza, supporto psicologico e assistenza per problemi di sterilità e infertilità e per la procreazione medicalmente assistita nonché per i problemi correlati alla menopausa, per quelli individuali e di coppia; prevenzione, valutazione, assistenza e supporto psicologico ai minori in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di maltrattamenti e abusi; psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo); valutazione e supporto psicologico a coppie e minori per l’affidamento familiare e l’adozione.

Il S.S.N., infine, garantisce ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico, alle persone con disturbi mentali, ai disabili, alle persone con dipendenze patologiche, alle persone non autosufficienti, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico.”

La legge quadro n. 328/00 sul sistema integrato d'interventi e servizi sociali individua il “Piano di Zona dei servizi socio-sanitari” come strumento fondamentale per la realizzazione delle politiche d'intervento nel settore sociosanitario con riferimento, in particolare, alla capacità dei vari attori istituzionali e sociali di definire, nell'esercizio dei propri ruoli e compiti, scelte concertate in grado di delineare opzioni e modelli strategici adeguati per lo sviluppo di un sistema a rete dei servizi sociosanitari sul territorio di riferimento.

L'art.1 recita infatti : "La Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato d'interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza del reddito, difficoltà sociali e condizioni di autonomia, in coerenza con gli art. 2, 3 e 38 della Costituzione".

Regione Lombardia, con la L.R. n. 3/2008, ridefinisce il “Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario”, attribuendo, all'art. 11.1, alla Regione stessa la funzione d'indirizzo, programmazione, coordinamento, controllo e verifica delle unità di offerta sociali e socio-sanitarie avvalendosi della collaborazione degli Enti Locali, delle Aziende Sanitarie Locali e dei soggetti del III Settore.

All'art. 14 definisce fra l'altro le competenze dell'ASL in materia di programmazione e realizzazione della rete delle unità di offerta sociosanitarie in armonia con le linee d'indirizzo formulate dai Comuni attraverso la Conferenza dei Sindaci del territorio di propria competenza.

3. L'integrazione socio sanitaria

Si è voluto riportare questi riferimenti legislativi per affermare con precisione sia il contesto nel quale ci muoviamo (ruoli, compiti, competenze) sia la volontà di selezionare, affermare le azioni, i bisogni, le persone alle quali far arrivare il nostro sostegno e la nostra espressione di capacità e, infine, il desiderio prima che l'obbligo di realizzare una vera sinergia con la parte “sociale” integrata da quella sanitaria.

La difficoltà crescente di larghe fasce della popolazione aumenta le pressioni sulle varie istituzioni per estendere l'aspetto assistenziale e ripensare adeguatamente la propria offerta e l'organizzazione dei propri servizi.

Le nuove linee d'indirizzo della Regione Lombardia per i Piani di Zona 2015-2017 ”si caratterizzano per una rinnovata attenzione alla rete dei servizi sociali e sociosanitari e al supporto che il sistema d'interventi può offrire alle famiglie perché i loro bisogni trovino adeguata risposta nelle reti di offerta. Si rende sempre più necessario focalizzare l'attenzione sulla ricomposizione istituzionale e finanziaria degli interventi, sulle decisioni e sulle linee di programmazione, affinché siano promosse dagli attori locali esperienze di un welfare aperto alla partecipazione di tutti i soggetti presenti nella Comunità, capace di ricomporre efficacemente interventi e risorse.”.

Un sistema che risponda ai “bisogni di ascolto, cura, sostegno e presa in carico”.

In tale direzione, le deliberazioni n.116/13, n.856/13 e n.740/13 evidenziano i criteri di fondo che sostengono la centralità della persona e della famiglia:

- prossimità dei servizi;
- centralità di una presa in carico integrata;
- continuità assistenziale per le persone.

Regione Lombardia indica, pertanto, ai territori la necessità di una lettura integrata e approfondita dei bisogni, anche attraverso un forte raccordo tra A.S.L. e Ambiti territoriali.

Coerentemente e conseguentemente a questa indicazione la Regione Lombardia ha voluto con la d.g.r. n.326/13 la costituzione di una Cabina di Regia integrata tra A.S.L. e Ambiti territoriali dedicata a garantire la programmazione, il governo, il monitoraggio e la verifica degli interventi sociosanitari e sociali erogati, dedicata a presidiare aree comuni d'intervento e allo sviluppo di un approccio integrato alla presa in carico dei bisogni espressi dalle persone evitando duplicazioni e frammentazione nell'utilizzo delle risorse e nell'erogazione degli interventi e contestualmente garantirne appropriatezza.

La Cabina di Regia rappresenta, quindi, un'importante risorsa che si pone anche a supporto delle funzioni del Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci e delle Assemblee distrettuali.

La ASL Milano 2 aveva, forse una delle poche, già avuto un'esperienza simile con l'istituzione del Tavolo di Coordinamento Interistituzionale, il primo verbale riporta la data del 16/01/2004. La sua funzione, simile a quella della nuova Cabina di Regia, è stata negli anni un valido contributo istituzionale per l'integrazione socio sanitaria. Il nuovo assetto istituzionale porterà più potere istituzionale per affermare pienamente l'integrazione socio sanitaria e progredire in questa direzione.

L'istituzione della Cabina di Regia dovrà, in questo nuovo triennio dei Piani di Zona, porsi come sicuro obiettivo una maggiore e migliore integrazione con le "rappresentanze" politiche presenti sul territorio rappresentate dall'Assemblea distrettuale e dal Consiglio di rappresentanza dei sindaci. Si dovrà arrivare ad approntare un modello organizzativo con risorse umane e strumentali a disposizione, stabilendo una periodicità degli incontri e condividendo procedure di raccordo.

L'obiettivo per questa nuova triennalità dei Piani di Zona e del ruolo dell'ASL Milano 2 non potrà che essere il superamento delle attuali forme di collaborazione definendo un contesto istituzionale più autonomo e più forte a supporto dei processi di ricomposizione dell'integrazione delle risorse (dell'ASL, dei Comuni, delle famiglie); delle conoscenze (dati e informazioni sui bisogni, sulle risorse e dell'offerta locale) e degli interventi e servizi (costituzione di punti di riferimento integrati, di luoghi di accesso e governo dei servizi riconosciuti e legittimati) in ambito socio-assistenziale e socio-sanitario.

In particolare nel primo caso sarà necessario esplicitare quali sono allo stato attuale i livelli d'integrazione delle risorse ed esplicitare in quali ambiti si ritiene prioritario perseguire una maggiore integrazione delle risorse tra Ambiti Territoriali e A.S.L..

Nel caso delle conoscenze esplicitare quali sono i bisogni su cui si ritiene prioritario sviluppare degli approfondimenti e delle condivisioni d'informazioni e conoscenze nel triennio e come tali

approfondimenti possono essere apprezzati e verificati (ad esempio: integrazione dei sistemi informativi).

Nel terzo caso esplicitare quali servizi si ritiene debbano essere oggetto di criteri, regole, presa in carico e interventi svolti in modo congiunto, per quali target di utenti, con quali obiettivi quantitativi e qualitativi.

Ulteriore obiettivo è di coinvolgere nei processi di programmazione, co-progettazione e gestione i soggetti del Terzo Settore.

Terzo Settore che concorre inizialmente all'individuazione degli obiettivi dei processi di programmazione locale e partecipano, anche in modo coordinato con gli Ambiti Territoriali alla definizione di progetti per servizi e interventi di cura alla persona.

La programmazione della nuova triennalità dei Piani di Zona, all'interno della cornice organizzativa sopra rappresentata (Cabina di regia), deve comportare una valutazione/monitoraggio di quanto avvenuto nella precedente triennalità.

Nella tabella, di seguito riportata, di sintesi degli obiettivi sull'integrazione socio sanitaria - oggetto del precedente accordo di programma - sullo stato dell'arte e sui possibili ambiti d'implementazione ne evidenzia i contenuti.

INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA ANNI 2012/2014

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate e risultati raggiunti	Ambiti d'implementazione
Implementare la conciliazione famiglia lavoro.	Attuazione Accordo Territoriale Costituzione Tavolo Politico e Tavolo Tecnico Stesura “Piano di lavoro territoriale...” Prosecuzione dei lavori del tavolo regionale Costituzione del Tavolo locale sulla conciliazione famiglia-lavoro Attuazione d’iniziative di formazione agli ambiti e ASL Definizione della programmazione locale Attuazione degli interventi	Istituzionali, Risorse vincolate da atti regionali	Il Piano Territoriale di Conciliazione è stato attuato completamente: è stata effettuata la Formazione a cura della Società Variazioni, sono stati attuati i progetti proposti dagli otto ambiti distrettuali.	Dovrà essere attuato il nuovo Piano di Azione Territoriale di Conciliazione Famiglia Lavoro
Realizzare il Piano d’Azione Regionale per le persone con disabilità.	Attuazione delle azioni previste dal Piano Aggiornamento del Piano d’intervento locale. Prosecuzione della realizzazione dell’intesa con Comune di Cernusco sul Naviglio per Punto Unico d’Accesso Disabili (PUAD) Prosecuzione della realizzazione dell’Accordo quadro per la stipula di contratti relativi a Servizi a favore di cittadini disabili promosso dall’Ud P Distretto 5 Prosecuzione della partecipazione al Tavolo Autismo promosso dal Distretto Sociale Sud Est Milano per la realizzazione	Istituzionali	E’ stata garantita in modo costante la partecipazione ai Tavoli Territoriali sull’Autismo e sul “Progetto di vita del disabile”.	Prosecuzione delle attività

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate e risultati raggiunti	Ambiti d'implementazione
	ed il monitoraggio delle azioni del Progetto Autismo. Collaborazione con la Cooperativa Punto d'Incontro per l'attivazione del percorso di formazione-ricerca "Il progetto di vita nella disabilità"			
Consolidare il modello organizzativo dei Punti ADI	Costituzione e attivazione dei punti ADI in tutti i distretti Elaborazione di strumenti e procedure per l'integrazione sulla domiciliarità	Istituzionali	Obiettivo raggiunto per quanto riguarda l'attivazione dei punti ADI. Realizzati, seppur in modo non omogeneo sul territorio, ambiti di confronto e integrazione sui servizi impattanti la domiciliarità.	Si dovranno approntare procedure integrate di valutazione del bisogno e di monitoraggio degli interventi.
Assicurare continuità ospedale - territorio	Definizione, in accordo con le AO, di "strumenti" per identificare precocemente le persone a rischio e necessitanti di dimissioni concordate Definizione di un percorso condiviso con gli Uffici di Piano	Istituzionali	Introdotta un protocollo unico; sperimentato un modello di valutazione entro 48 ore dal ricovero; approntato uno strumento unico di comunicazione tra ospedali per acuti e strutture riabilitative; estesa al territorio dell'ASL la sperimentazione sulle cure intermedie domiciliari.	Necessario favorire la valutazione in ambito ospedaliero del bisogno, prima della dimissione.
Realizzazione del progetto NASKO a sostegno delle madri in difficoltà.	Prosecuzione attività di erogazione fondi alle madri che rinunciano all'IVG e versano in precarie condizioni economiche Definizione dei protocolli operativi con interlocutori territoriali (CAV, Comuni, Associazioni ecc)	Istituzionali	L'attività di erogazione dei contributi è stata garantita da tutti i CF pubblici.	Prosecuzione delle attività in un'ottica di collaborazione con gli enti locali, anche attraverso la condivisione di percorsi operativi

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate e risultati raggiunti	Ambiti d'implementazione
<p>Semplificare i percorsi di Accesso alla rete dei servizi da parte delle persone, della famiglia e della comunità.</p>	<p>Revisione del modello organizzativo dei consultori: estensione della nuova funzione di ascolto, orientamento e supporto psicopedagogico rivolto alla famiglia, per l'accesso integrato alla rete integrata dei servizi per la famiglia a tutti i consultori dell'ASL</p> <p>Attuazione del Progetto "Parliamo con te...e con la tua famiglia"</p> <p>Formazione del personale di tutti i consultori nell'ottica dello sviluppo di nuove competenze, anche relativamente alla conoscenza dei Piani di Zona e degli Uffici di Piano, e funzioni volte ad una risposta integrata alle problematiche della famiglia</p> <p>Mappatura e Banca Dati dei servizi e delle azioni (sociali e sociosanitarie) rivolte alla famiglia, nelle due Aree di sperimentazione del progetto "Parliamo con te...e con la tua famiglia"</p> <p>Definizione di procedure/protocolli operativi di collaborazione e di attivazione con i nodi della rete</p>	<p>Istituzionali</p>	<p>E' stato pienamente attuato il Progetto "Parliamo con te...e con la tua famiglia".</p> <p>L'attività di formazione, organizzata con STER Lombardia, ha coinvolto il personale dei CF pubblici e privati ed è stata estesa agli operatori sociali dei Comuni del territorio.</p> <p>Le funzioni di ascolto, orientamento e supporto psicopedagogico rivolto alla famiglia, per l'accesso integrato alla rete integrata dei servizi per la famiglia, sono state messe a regime in tutti i consultori dell'ASL.</p>	<p>Necessario proseguire il percorso di semplificazione dell'accesso alla rete dei servizi da parte delle persone, della famiglia e della comunità.</p>

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate e risultati raggiunti	Ambiti d'implementazione
Integrare gli interventi socio sanitari nell'area famiglia e minori: assicurare sostegno alla genitorialità.	<p>Attuazione Protocollo “Genitorialità e Minori” tra Dipartimento Dipendenze, ASSEMI, UO NPI, Dipartimento Salute Mentale: formazione del gruppo integrato valutazione (GIV) , acquisizione di strumenti condivisi, schede esiti e follow up</p> <p>Stesura di un nuovo protocollo operativo per l'attività dei CAT, in considerazione delle risorse a disposizione e delle indicazioni regionali</p> <p>Attuazione di eventuali linee guida sui minori</p> <p>Rinforzare l'organizzazione della rete dei servizi per la Famiglia e i Minori, superando la frammentarietà delle prestazioni verso la continuità e la qualità delle risposte attraverso la ricognizione delle risorse, sia economiche sia tecniche e la definizione di protocolli d'integrazione e procedure operative di connessione che rendano funzionale il sistema dei servizi</p>	Istituzionali	In un contesto legislativo nel frattempo mutato, è stato attuato il trasferimento dell'attività in materia di adozione ai Consultori familiari gestito dell'ASL.	E' necessario proseguire nell'integrazione degli interventi socio sanitari nell'area famiglia e minori e assicurare sostegno alla genitorialità.
Prevenzione delle dipendenze patologiche e dei comportamenti additivi.	<p>Applicazione piano biennale prevenzione dipendenze definito dal comitato rete prevenzione con UdP</p> <p>Applicazione del protocollo “Spazio Rete Giovani Martesana” con UdP.</p> <p>Sviluppo dei programmi di life skills e dei</p>	Istituzionali	<p>Applicazione piano biennale prevenzione dipendenze definito dal comitato rete prevenzione con UdP.</p> <p>Applicazione del protocollo “Spazio Rete Giovani Martesana” con UdP.</p> <p>Sviluppo dei programmi di life skills e</p>	Prosecuzione delle attività in sinergia con UDP o Aziende Sociali

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate e risultati raggiunti	Ambiti d'implementazione
	centri di ascolto e consulenza nelle scuole, del centro di ascolto per educatori, operatori dei comuni, docenti e genitori, delle attività dell'osservatorio territoriale Attività consulenziale nei CAG ed educativa di strada Attività di riduzione dei rischi tramite l'unità mobile giovani		dei centri di ascolto e consulenza nelle scuole, del centro di ascolto per educatori, operatori dei comuni, docenti e genitori, delle attività dell'osservatorio territoriale Attività consulenziale nei CAG e educativa di strada Attività di riduzione dei rischi tramite l'unità mobile giovani	
Promuovere la salute e sani stili di vita	Partecipazione agli organismi consultivi per le attività di promozione della salute Realizzazione, per le parti di reciproca competenza, delle attività previste nel Piano Integrato Locale	Istituzionali	E' proseguita l'attività sia di partecipazione alla programmazione sia di realizzazione delle iniziative di promozione della salute.	Prosecuzione delle attività
Collaborare alla tutela della Salute Mentale	Partecipazione ai lavori dell'organismo di coordinamento Salute Mentale Partecipazione ai lavori dell'organismo di coordinamento della Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza	Istituzionali 7	E' stata garantita con costanza l'attività di Partecipazione ai lavori dell'organismo di coordinamento Salute Mentale e all'organismo di coordinamento della Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza.	Prosecuzione delle attività
Prosecuzione dei lavori dell'Ufficio per la protezione giuridica	Analisi, valutazione e avvio di possibili collaborazioni con altri enti e nuove azioni	Istituzionali	Effettuata la mappatura delle strutture territoriali operanti a vario titolo nell'ambito della protezione giuridica e la rilevazione della casistica in carico a comuni e ASL; realizzati accordi formali tra soggetti pubblici e privati attivi sul	Prosecuzione delle attività in un'ottica di sviluppo e consolidamento della rete

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate e risultati raggiunti	Ambiti d'implementazione
			territorio dell'ASL; costituita la rete territoriale per la protezione giuridica, sviluppata su due livelli: <ul style="list-style-type: none"> – la diffusione dei punti di prima informazione – il consolidamento dei punti di consulenza e tutoring 	
Costruire sistemi informativi integrati per il monitoraggio della domanda e la programmazione della risposta.	Mappatura delle informazioni da raccogliere Progettazione e sviluppo di una banca dati assistiti di area socio assistenziale e socio sanitaria integrate Formazione degli operatori coinvolti Programmazione integrata degli interventi	Istituzionali	Attuata, per alcuni ambiti, la mappatura delle informazioni da raccogliere e sperimentati modelli di valutazione integrata del bisogno.	Prosecuzione delle attività
Implementare la collaborazione col Terzo Settore.	Analisi dell'attività svolta Individuazione di nuovi ambiti di collaborazione Stesura di un nuovo regolamento Tavolo Locale di Consultazione dei Soggetti del Terzo Settore (TTS)	Istituzionali	Modificata la composizione del Tavolo Locale di Consultazione dei Soggetti del Terzo Settore (TTS), ampliata a organismi in rappresentanza di realtà dei singoli ambiti territoriali.	Prosecuzione delle attività e implementazione della collaborazione
Sviluppare forme di comunicazione efficace ed efficiente.	Realizzazione di una analisi di fattibilità di una newsletter (o altro strumento informativo) rivolto agli UdP, Terzo Settore, operatori della Direzione Sociale Eventuale sperimentazione dell'iniziativa Collaborazione all'attuazione delle azioni previste dal Piano di comunicazione della	Istituzionali	Realizzata una newsletter Web rivolto agli UdP, Terzo Settore, operatori della DS. Attuato Piano comunicazione dell'ASL.	Necessaria una revisione dell'iniziativa e ampliamento del target ai cittadini

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate e risultati raggiunti	Ambiti d'implementazione
	ASL, con particolare riguardo alla diffusione d'informazioni relative a: <ul style="list-style-type: none"> • realtà innovative cliniche e riabilitative del pubblico e del privato accreditato nell'ambito delle dipendenze • promozione della salute nelle scuole • funzioni di ascolto orientamento e supporto psicopedagogico nei consultori • attuazione del nuovo modello regionale per l'ADI 			
Stesura del nuovo regolamento del tavolo di coordinamento interistituzionale	Stesura del nuovo regolamento del tavolo di coordinamento interistituzionale	Istituzionali	Deliberato il nuovo regolamento del tavolo di coordinamento interistituzionale.	Necessari la revisione del regolamento in funzione della Cabina di regia.
Collaborare, nell'ambito dei Piani di Zona, alle attività di promozione delle iniziative sperimentali nell'area socio-sanitaria e sociale a carattere innovativo.	Partecipazione alle attività	Istituzionali	Partecipazione alle attività	Prosecuzione delle attività

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate e risultati raggiunti	Ambiti d'implementazione
Migliorare la funzionalità dell'Ufficio di supporto all'attività del Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci e delle Assemblee Distrettuali	<p>Analisi dell'attuale organizzazione e della funzione</p> <p>Monitoraggio dell'attuazione del regolamento vigente</p> <p>Realizzazione di una analisi di fattibilità per la creazione di una sezione del sito web della ASL dedicato all'attività degli organismi di rappresentanza dei sindaci (comunicazioni, organismi, normative, documenti ecc.)</p>	Istituzionali	Attività effettuata in un'ottica istituzionale.	Prosecuzione delle attività

INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA ANNI 2015/2017

OBIETTIVI DI SISTEMA

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/ azioni di sistema	Modalità d'integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
Attuare il raccordo della Cabina di Regia con il livello politico rappresentato dall'Assemblea distrettuale e dal Consiglio di rappresentanza dei sindaci	strategico	Approntamento di un modello con: modalità organizzative, risorse umane e strumentali a disposizione, periodicità degli incontri, procedure di raccordo	Condivisione a livello di programmazione, azioni e monitoraggio	Istituzionali	Regolamenti e procedure Incontri cadenzati Documenti condivisi	Documenti, Verbali d'incontro	Almeno 1 regolamento/procedura n. incontri/anno (come da regolamento/procedura)	Approntamento del modello e del regolamento entro il 30.06.2015
Sviluppare sistemi informativi e migliorare il sistema di conoscenza a supporto della programmazione integrata	generale	Attuazione e condivisione (A.S.L./Ambiti) di sistemi informativi e di banche dati integrate; manutenzione dell'anagrafica sociale (rilevazione delle unità di offerta); rilevazione della spesa sociale e attuazione di	Condivisione dei sistemi d'informazione, conoscenza e monitoraggio	Istituzionali	Procedure Banche dati Incontri cadenzati èquipe multidisciplinare	Presenza di Procedure, verbali d'incontro	Almeno 1 regolamento/procedura n. incontri/anno (come da regolamento/procedura)	come da regolamento/procedura

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/ azioni di sistema	Modalità d'integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
		processi di lettura condivisa dei dati e implicazioni strategiche						
Operare la revisione del regolamento della Cabina di regia.	specifico	Stesura del nuovo regolamento	Integrazione operativa a livello di programmazione e monitoraggio	Istituzionali	Regolamento	Presenza del regolamento	Almeno 1 regolamento/procedura	Entro il 2015
Collaborare, nell'ambito dei Piani di Zona, alle attività di promozione delle iniziative sperimentali nell'area socio-sanitaria e sociale a carattere innovativo.	strategico	Partecipazione alle attività	Integrazione e collaborazione su specifiche progettualità	Istituzionali	Incontri cadenzati equipe multidisciplinari procedure	N. incontri	n. incontri realizzati/n. incontri richiesti = 1	Per tutto il triennio
Promuovere la salute e sani stili di vita	generale	Partecipazione agli organismi consultivi per le attività di promozione della salute Realizzazione, per le parti di reciproca competenza, delle attività previste nel	Collaborazione all'interno degli organismi consultivi già previsti a livello aziendale	Istituzionali	Incontri cadenzati	n. incontri	n. incontri realizzati/n. incontri previsti = 1	Per tutto il triennio

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/ azioni di sistema	Modalità d'integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
		Piano Integrato Locale						
Mappare la rete UDO socio sanitarie	specifico	Aggiornamento annuale	Conoscenza condivisa della rete	Istituzionali	Procedure Banche dati	Presenza della banca dati aggiornata	n. aggiornamenti effettuati/n. aggiornamenti necessari = 1	Per tutto il triennio
Sviluppare gli interventi per la costruzione e il mantenimento della rete per la protezione giuridica.	specifico	Prosecuzione attività e valutazione possibili collaborazioni con altri enti e nuove azioni Costituzione di un gruppo di lavoro per l'elaborazione di un piano condiviso e integrato tra i vari soggetti della rete Monitoraggio dell'attuazione del piano	Collaborazione nella informazione e orientamento qualificato nell'utilizzo dello strumento della protezione giuridica	Istituzionali	Incontri Protocolli Iniziative formative	Documento con piano di lavoro condiviso n. incontri	n. 1 piano di lavoro	Per tutto il triennio

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/ azioni di sistema	Modalità d'integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
Coinvolgere il Terzo Settore sia a livello programmatico sia di monitoraggio degli interventi d'interesse.	strategico	Adeguamento e individuazione di nuovi ambiti di collaborazione	Coordinamento e condivisione di linee d'indirizzo e azioni di competenza	Istituzionali	Incontri cadenzati	n. incontri	n. incontri/anno (come da regolamento/procedura)	Per tutto il triennio
Attuare una comunicazione efficace ed efficiente a sostegno dell'appropriato soddisfacimento del bisogno.	strategico	Attuazione d'iniziativa interesse comune; attuazione delle azioni previste dal Piano di comunicazione dell'ASL, con particolare riguardo azioni collegate all'integrazione socio sanitaria.	Condivisione e collaborazione a livello di comunicazione	Istituzionali	Siti web Incontri cadenzati Materiale informativo	Evidenza di diffusione delle informazioni	n. azioni attuate/n. azioni programmate = 1	Per tutto il triennio
Assicurare continuità ospedale - territorio	specifico	Anticipazione della valutazione del bisogno, prima della dimissione, a livello ospedaliero Manutenzione del protocollo in atto	Collaborazione coordinamento nell'assicurare continuità dell'assistenza	Istituzionali	Procedure protocolli	Protocollo	Presenza del protocollo nei contratti con AO	Per tutto il triennio

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/ azioni di sistema	Modalità d'integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
Ridefinire strumenti e procedure condivise in tema di tutela dei minori vittime di violenza ospiti di comunità	generale	Condividere con tutti gli attori coinvolti, strumenti e procedure operative, con particolare riguardo al PEI e al progetto quadro (come definito dalla circolare regionale n. 1/2014).	Coordinamento e integrazione degli interventi	Istituzionali	Incontri cadenzati Iniziativa formative Protocolli Procedure	Report attività formativa Protocollo	n. iniziative formative realizzate/n. iniziative programmate = 1 Almeno 1 regolamento/procedura	Entro il primo anno definire un modello d'intervento che superi la frammentazione degli interventi Nell'ultimo biennio stipulare un protocollo d'intervento condiviso e attuarlo.

INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA ANNI 2015/2017
OBIETTIVI AREA FRAGILITÀ

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/ azioni di sistema	Modalità d'integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
Attuare un modello di valutazione integrata del bisogno	specifico	Proseguimento dell'attuazione del documento per la valutazione integrata del bisogno; adeguamento e condivisione delle procedure e degli strumenti di valutazione per una presa in carico integrata e la condivisione del progetto individuale (PI) di assistenza; approntamento di operatività integrate al fine di tutelare le persone fragili	Integrazione e coordinamento degli interventi di valutazione del bisogno	Istituzionali	Procedure Incontri cadenzati equipe multidisciplinare	Presenza di procedure n. incontri	Almeno 1 procedura n. incontri realizzati/n. incontri previsti = 1	Per tutto il triennio

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/ azioni di sistema	Modalità d'integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
Attuare gli interventi nell'area della fragilità e della non autosufficienza previsti	specifico	Attuare gli interventi previsti da specifiche misure Realizzare un coordinamento tra gli interventi di natura socio sanitaria e quelli di natura socio assistenziale	Integrazione e coordinamento delle azioni previste	Istituzionali	Procedure equipe multidisciplinare Incontri cadenzati	Presenza di procedure n. incontri	Almeno 1 procedura n. incontri realizzati/n. incontri previsti = 1	Per tutto il triennio
Attuare gli interventi nell'area disabilità e sostegno alle famiglie.	specifico	Gestione del Progetto "Ti accompagna" – Iniziative a sostegno delle famiglie di persone con disturbi pervasivi dello sviluppo e dello spettro autistico – ex DGR n° 392/2013 e attuazione delle forme di collaborazione previste dal progetto	Collaborazione a livello informativo e integrazione degli interventi, quando necessario	Istituzionali	Incontri cadenzati Informazione	n. incontri	n. incontri realizzati/n. incontri previsti = 1	Per tutto il triennio, in relazione alla durata del progetto

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/ azioni di sistema	Modalità d'integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
Attuare iniziative a tutelare della Salute Mentale	generale	Partecipazione ai lavori: dell'organismo di coordinamento Salute Mentale; della Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza; del tavolo tecnico di monitoraggio per il superamento dell'OPG. Monitoraggio, nelle sedi sopra descritte, dell'attività di individuazione dei soggetti con disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) ai fini scolastici	Collaborazione e coordinamento operativo	Istituzionali	Incontri cadenzati	n. incontri	n. incontri realizzati/n. incontri previsti = 1	Per tutto il triennio

INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA ANNI 2015/2017

OBIETTIVI AREA FAMIGLIA

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/ azioni di sistema	Modalità d'integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
Sostenere la genitorialità: realizzazione dei progetti NASKO e CRESCO a sostegno delle madri in difficoltà e SOSTengo a favore dei genitori separati	specifico	Prosecuzione attività di erogazione fondi alle madri che rinunciano all'IVG e versano in precarie condizioni economiche, a sostegno dell'alimentazione della madre in periodo di allattamento e ai genitori separati in precarie condizioni economiche. Definizione dei protocolli operativi con interlocutori territoriali (CAV, Comuni, Associazioni ecc)	Collaborazione a livello informativo e integrazione degli interventi, quando necessario	Istituzionali	Incontri cadenzati Informazione	n. incontri	n. incontri realizzati/n. incontri previsti = 1	Per tutto il triennio

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/ azioni di sistema	Modalità d'integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
Integrare gli interventi socio sanitari nell'area famiglia e minori, a sostegno della genitorialità:	generale	Messa a regime delle buone prassi derivate dal progetto "GenerAzioni": tavolo di coordinamento tra servizi tutela e i servizi territoriali (SMF, UdP, NPI, CPS, SERT, Spazio Neutro, Consultori, Scuole)	Collaborazione e coordinamento al fine di incrementare le connessioni tra i servizi che si occupano della protezione e della tutela dei minori e delle famiglie, di costruire interventi condivisi e sostenibili, un luogo di confronto tra pratiche e monitoraggio dei bisogni emergenti.	Istituzionali	Procedure Incontri cadenzati Informazione Iniziativa formative	n. incontri	n. incontri realizzati/n. incontri previsti = 1	Per tutto il triennio

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/ azioni di sistema	Modalità d'integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
Attivare e sostenere le reti territoriali interistituzionali per la prevenzione, il contrasto del fenomeno della violenza nei confronti delle donne e il sostegno delle vittime di violenza	specifico	Collaborazione all'attuazione delle seguenti iniziative progettuali: Progetto Distretto Rozzano e pieve E.- D.g.r. 25 ottobre 2013 - n. X/861- "Una R.O.S.A. (Rete Organizzazioni Servizi Antiviolenza) per il sud Milano". Progetto Comune Cernusco sul Naviglio- Progettare la parità in Lombardia – 2013 – "Sciogliere il nodo della violenza di genere. Percorsi di formazione e azioni condivise per rafforzare la rete territoriale"	Collaborazione e coordinamento in relazione alle singole progettualità	Istituzionali	Protocolli Incontri cadenzati	Protocollo n. incontri	Presenza protocollo n. incontri realizzati/n. incontri previsti = 1	Per tutto il triennio, in relazione alla durata del progetto

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/ azioni di sistema	Modalità d'integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
Realizzare gli interventi in tema di Conciliazione famiglia lavoro.	specifico	Realizzazione delle progettualità e delle attività previste nel Piano di Azione Territoriale di Conciliazione famiglia lavoro in sinergia con le Alleanze Territoriali e in attuazione delle indicazioni nazionali e regionali.	Collaborazione e coordinamento operativo in relazione alle progettualità	Istituzionali	Piano territoriale Incontri cadenzati	Piano n. incontri	Presenza del piano n. incontri realizzati/n. incontri previsti = 1	Per tutto il triennio, in relazione alla durata del progetto

INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA ANNI 2015/2017

OBIETTIVI AREA DIPENDENZE

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/ azioni di sistema	Modalità d'integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
Prevenire le dipendenze patologiche e i comportamenti additivi e contrastare i fattori di rischio	generale	<p>Attuazione di: Nuovo piano triennale rete prevenzione dipendenze; Apertura di un Punto di Intervento Dipendenze a San Donato Milanese in sinergia con ASSEMI. Azioni epidemiologiche, preventive, di sensibilizzazione e formative previste dal Piano Territoriale GAP, con focus sulla popolazione giovanile, over 65, esercenti commerciali del gioco; Sviluppo azioni GAP inserite negli accordi operativi con Comuni (Carugate, Segrate; ecc..) e ASSEMI; Interventi nel mondo del lavoro (progetto WHP) su temi quali prevenzione fumo, alcol e droghe, prevenzione GAP e Internet addiction, corsi disassuefazione fumo; Sviluppo programmi professionali life skills nelle scuole; Azioni del rinnovato protocollo "Spazio Rete Giovani Martesana" con UdP. Azioni del rinnovato protocollo di sperimentazione di una rete sensibile territoriale e di un nuovo modello di gestione integrata delle attività di prevenzione primaria (riduzione del rischio), secondaria (rilevazione, protezione, segnalazione) e terziaria (valutazione e trattamento) con ASSEMI e Azienda Ospedaliera. Partecipazione ai lavori: dell'organismo di coordinamento Salute Mentale; della Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza.</p>	Collaborazione e coordinamento operativo in relazione alle progettualità	Istituzionali	<p>Procedure Protocolli Informazione Incontri cadenzati Iniziativa formative Evidenza verbali riunioni</p>	<p>Presenza di procedure n. incontri</p>	<p>Almeno 1 procedura per area di attività n. incontri realizzati/n. incontri previsti = 1</p>	Per tutto il triennio

INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA ANNI 2015/2017 OBIETTIVI AREA INCLUSIONE SOCIALE

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Modalità d'integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
Attuare il Piano d'inclusione sociale integrato per la promozione e lo sviluppo di una rete a favore delle persone sottoposte a provvedimenti dell'autorità giudiziaria e delle loro famiglie.	generale	Istituzione del Polo territoriale Sinergia delle azioni dell'A.G., con ASL, Terzo Settore, Ambiti Territoriali.	Collaborazione e coordinamento operativo in relazione alle progettualità	Istituzionali	Procedure Protocolli Incontri cadenzati	Presenza di procedure n. incontri	Almeno 1 procedura n. incontri realizzati/n. incontri previsti = 1	Per tutto il triennio
Attuare i programmi annuali per l'immigrazione.	generale	Elaborazione progetti integrazione Consulenza e orientamento agli stranieri	Collaborazione e coordinamento operativo in relazione alle progettualità	Istituzionali	Protocolli Informazione	Presenza di protocolli	Almeno 1 protocollo	Per tutto il triennio

Il presente documento condiviso con tutti i soggetti partecipanti alla Cabina di Regia sarà inserito negli Accordi di Programma dei Piani di Zona 2015/2017.

CONCLUSIONI

Come accennato in premessa ed emerso dalla lettura del presente documento, il Piano di Zona 2015/2017 si differenzia dal precedente per una crescita significativa in termini di maturità, concretezza e maggior rigore metodologico.

Il precedente Piano si caratterizzava per un grosso investimento diretto alla crescita della rete del territorio, attraverso una faticosa azione di aggancio, di ricomposizione e di ridefinizione di funzioni e corresponsabilità. Nel corso di questi anni, pur con le dovute contraddizioni e imperfezioni, tale approccio partecipativo è divenuto il modello di funzionamento dell'Ufficio di piano all'interno del più ampio contesto distrettuale e sovra distrettuale.

Tale processo evolutivo ha consentito l'emersione di un più consapevole bisogno, politico e tecnico, di lavorare in modo maggiormente strategico sugli oggetti specifici della programmazione: l'elaborazione di nuovi modelli di risposta ai bisogni, innovativi e strategici, e la riprogettazione di servizi e interventi che, pur previsti nel triennio precedente, non avevano potuto vederne l'avvio.

Si è partiti dalle fondamenta, necessarie alla costruzione di un impianto complesso, come quello del Piano di zona triennale, ovvero dalla necessità di integrare le conoscenze, i servizi, le diverse programmazioni locali, le risorse. E si è passati poi alla definizione di obiettivi, azioni e strumenti valutativi di aree concrete di lavoro, ritenute prioritarie e vitali: cura e assistenza (sostegno alla domiciliarità, residenzialità e semiresidenzialità, conciliazione tempi vita lavoro, prima infanzia, interventi di promozione e tutela), integrazione sociale ed autonomia (lavoro, integrazione al reddito, abitare, accoglienza e integrazione sociale), promozione del benessere e qualità della vita (politiche giovanili, sviluppo di comunità e promozione sociale) e formazione e istruzione (rete scuola territorio servizi, sistema istruzione formazione lavoro).

Rileggendo il testo, ci sentiamo di affermare che tutte queste aree d'interesse siano legate da un solido *fil rouge*, ovvero da una *vision* che disegna uno scenario futuro a misura dei nostri ideali, valori e aspirazioni. Un filo rosso che tiene insieme i nostri obiettivi di fondo:

- ✓ avvicinare le prestazioni ai bisogni;
- ✓ facilitare i percorsi per i cittadini;
- ✓ ridurre sprechi indotti dalla frammentazione;
- ✓ supportare lo sviluppo di competenze;
- ✓ contenere inappropriata delle prestazioni;
- ✓ presidiare l'equità degli interventi.

Ma come raggiungere tali ambiziosi obiettivi? Sicuramente, come più volte indicato da Regione Lombardia, passando ad una gestione maggiormente unitaria delle funzioni sociali a livello distrettuale e assicurando un uniforme livello qualitativo dei servizi e un miglior coordinamento degli interventi nel territorio.

Ecco perché, nel corso di queste pagine, abbiamo spesso parlato di gestione associata, in quanto ritenuta la forma più idonea a garantire efficacia ed efficienza delle unità di offerta sociali di competenza dei Comuni, a partire dal segretariato sociale e degli interventi in area minori e famiglia.

Da oggi, quindi, inizia un lungo e intenso percorso, sicuramente faticoso ma altrettanto motivante, durante il quale ognuno può offrire un proprio prezioso contributo se sapremo offrire un *setting* adeguato per il pensiero e per l'azione.

... "Le nostre valigie erano di nuovo ammucchiate sul marciapiede; avevamo molta strada da fare. Ma non importava, la strada è la vita"...

(*Sulla strada*, Jack Kerouac, 1951)

Si ringraziano tutti coloro che hanno partecipato e contribuito alla realizzazione del Piano di Zona 2015/2017, *in primis* l'**Assemblea dei Sindaci** dei sette comuni del Distretto Sociale 6 ASL Milano 2; il **Tavolo Tecnico** costituito dai Responsabili comunali dei Servizi alla persona; le **Associazioni** in tutte le loro forme, le **Cooperative Sociali**, le **categorie sindacali** Spi-Cgil, Fnp-Cisl, Uilp-Uil, le **Scuole**, i servizi specialistici Uonpia, Cps, Noa, Sert, Consultorio Familiare, la Direzione Sociale della **ASL Milano 2**.

Si ringraziano, inoltre, tutte le *Agenzie* del territorio non menzionate la cui collaborazione ha rappresentato un prezioso contributo all'elaborazione del presente documento

La stesura è stata curata dall'Ufficio di Piano del Distretto Sociale 6

Dott. Giuseppe Nettis

Dott.sa Carmen Viscovo

Dott.sa Sonia Valdesi