



### Ambito 9 – Bassa Bresciana Centrale

ALFIANELLO, BAGNOLO MELLA, BASSANO BRESCIANO, CIGOLE, FIESSE, GAMBARA, GHEDI, GOTTOLENGO, ISORELLA, LENO, MANERBIO, MILZANO, OFFLAGA, PAVONE DEL MELLA, PONTEVICO, PRALBOINO, SAN GERVASIO, SENIGA, VEROLANUOVA, VEROLAVECCHIA

# PIANO DI ZONA 2018-2020

## Ambito distrettuale 9 Bassa Bresciana Centrale



ART. 19 L.328/2000 – ART. 18 L.R. n. 3/2008

## PIANO DI ZONA 2018-2020 INDICE

<b>PREMESSA</b>	<b>4</b>
-----------------	----------

### **PRIMA PARTE**

<b>INTEGRAZIONE SANITARIA, SOCIO SANITARIA E SOCIALE (a cura dell'ATS di Brescia)</b>	<b>5</b>
Il contesto territoriale e demografico	5
Le patologie croniche	11
La rete dei servizi sociosanitari e sociali	12
Obiettivi e azioni per la realizzazione dell'integrazione sanitaria, sociosanitaria e sociale	17
+ Valutazione multidimensionale integrata	17
+ Area fragilità	19
- Non autosufficienza	19
- Integrazione scolastica	28
- Protezione giuridica	30
+ Area dipendenze, salute mentale e promozione della salute	31
- Dipendenze	31
- Salute mentale	35
- Promozione della salute	41
+ Area Minori e Famiglia	44
- Donne e violenza di genere	45
- Tutela minori	46
+ Conciliazione vita e lavoro	49
+ Cartella sociale informatizzata	52

## SECONDA PARTE

<b>LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE INTERDISTRETTUALE DEGLI AMBITI BRESCIANI</b>	53
Politiche abitative	53
Politiche sociali del lavoro	56
Nuove povertà e inclusione sociale	58

## TERZA PARTE

<b>LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE TERRITORIALE DELL'AMBITO 9 – BASSA BRESCIANA CENTRALE</b>	65
Il contesto territoriale	65
Elementi di metodo e criteri di programmazione	67
Obiettivi e azioni di sviluppo del welfare territoriale	69
+ Casa e politiche abitative	69
+ Lavoro e secondo welfare	70
+ Contrasto alla fragilità sociale ed educativa	73
- Minori e famiglia	74
- Anziani	81
- Disabilità	83
- Contrasto alla povertà	86
Gli obiettivi strategici	88
Il sistema di governance e la rete locale	89
Il sistema di finanziamento	95

## PREMESSA

Il quadro normativo, a partire dalla L. 328/00 ha visto sempre di più l'ambito distrettuale e la gestione associata come punti di riferimento; nella legge il richiamo alla gestione associata è continuo, in particolare l'articolo 19 dedicato al Piano di zona, parla sempre di comuni. La L.R. n.3 del 12.03.2008 che ridisegna il sistema dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari in Lombardia e chiarisce le competenze dei comuni, in forma singola o associata, in materia socio-assistenziale: anche qui, all'art. 18, il Piano di Zona è lo strumento per la programmazione locale che vede la gestione associata di ambito quale livello ottimale per il sistema locale dei servizi e degli interventi di politica sociale.

Le linee guida regionali per la redazione della seconda triennalità 2006/2008 (circolare n. 34 del 29/07/2005 e circolare n. 48 del 27.10.2005) indicavano tra le priorità lo sviluppo del concetto di "programmazione e gestione associata" e, in continuità, le linee guida la terza triennalità 2009-2011 di cui alla DGR 8551 del 03.12.2008, specificava come il Piano di zona "dovrà ulteriormente evolvere verso la programmazione integrata degli obiettivi e degli interventi sociali attuati nell'ambito distrettuale in materia sociale".

La DGR 7631 del 28 dicembre 2017 di approvazione delle linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2018-2020 sottolinea nuovamente la centralità del Piano di Zona come strumento di integrazione delle politiche e degli interventi a livello locale, mettendo in particolare risalto la centralità di forme di presa in carico integrata, di convergenza tra diverse misure locali, regionali e nazionali, di ricerca di forme innovative di risposta ai bisogni sociali, che stanno emergendo nei territori, sperimentando nuove partnership e nuove azioni, e tenendo fede ad una impostazione rivolta al potenziamento e al miglioramento della rete dei servizi di welfare locale. In quest'ottica l'Ufficio di Piano diventa sempre più uno strumento essenziale perché può impostare una programmazione radicata nelle problematiche dei diversi territori, dato che dispone dei dati complessivi di un territorio, ne conosce le criticità e le urgenze, e sa quali sono i punti di forza e debolezza della rete di welfare locale.

L'obiettivo strategico è la riduzione della frammentazione e il raggiungimento di una più efficace lettura del bisogno, soprattutto in chiave preventiva. L'Ufficio di Piano può contribuire a ricomporre la frammentazione del welfare locale intervenendo sull'offerta, in particolare orientando l'intervento di risposta sul reale bisogno del soggetto, riducendo la complessità nell'accesso ai servizi e promuovendo competenze in grado di innovare tali servizi. In questo senso bisogna muoversi verso l'idea che gli Uffici di Piano siano oltre che gestori, anche programmatori e promotori di nuovi strumenti e azioni di welfare. Inoltre è necessario che gli interventi siano condotti con lo scopo di integrare diverse aree di policy: casa, formazione e lavoro, sanità e scuola.

Nonostante le diverse fonti di finanziamento - Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, Fondo Nazionale per la non Autosufficienza, Fondo Sociale Regionale e conferimenti diretti dei Comuni - prevedano spesso una gestione vincolata della spesa, è l'Ufficio di Piano ad avere la capacità di programmare i propri interventi sulla base di una lettura puntuale del bisogno (composta dai dati raccolti direttamente dai comuni, da indicatori da applicare al contesto socio-economico territoriale e dall'esperienza diretta dei servizi sociali sul territorio) e sulla capacità di produrre politiche e azioni sperimentali nel solco dell'innovazione sociale. Quest'ultimo è un modello in grande espansione anche grazie al ruolo del welfare di comunità che si fonda sull'azione congiunta di diversi attori. Il rafforzamento del welfare di comunità come modello di produzione di servizi e come modalità di intervento, mette ancora più al centro del sistema il Terzo Settore e il suo ruolo di attivatore, produttore di servizi e quindi attore centrale della rete.

Il Piano di Zona qui redatto rappresenta un documento di orientamento per la programmazione delle politiche di welfare. Il documento contiene

- una prima parte, redatta a cura dell'ATS di Brescia, relativa all'analisi e agli obiettivi di integrazione tra sistema sanitario, socio sanitario e sociale
- una seconda parte, redatta a cura della Cabina di Regia degli Uffici di Piano della Provincia di Brescia, relativa alle priorità comuni a tutto il territorio provinciale, suddiviso in 12 ambiti di programmazione sociale
- una terza parte, redatta dall'Ufficio di Piano dell'Ambito 9 e approvata dall'Assemblea dei Sindaci di Ambito in data 29 maggio 2018, relativa alle priorità e obiettivi territoriali della Bassa Bresciana Centrale.

Le indicazioni qui contenute sono alla base della definizione dei piani operativi annuali che verranno approvati dall'Assemblea dei Sindaci e che determineranno le misure operative e la destinazione delle risorse.

## PRIMA PARTE

### INTEGRAZIONE SANITARIA SOCIO SANITARIA E SOCIALE (a cura di ATS Brescia)

Il varo della L.R. n. 23/2015 ha sancito il riordino del sistema di welfare regionale con l'obiettivo di riformare i pilastri organizzativi del sistema, definire nuovi obiettivi strategici di lungo periodo e sistematizzare il quadro della governance del sistema per offrire nuove risposte ai bisogni complessi, rafforzare la dimensione della programmazione e potenziare il livello di integrazione tra i settori sanitario, sociosanitario e sociale.

In tale contesto normativo è stato definito l'assetto organizzativo dell'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) di Brescia tramite il proprio Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS), strumento programmatico che delinea il ruolo di regia di ATS, anche su molte delle attività di carattere sociale, per rispondere a bisogni che sono contemporaneamente sociosanitari e sociali, attraverso una presa in carico integrata in grado di prevenire l'evoluzione della fragilità sociale in fragilità sociosanitaria e/o sanitaria.

La L.R. 23/2015 ha ribadito la piena titolarità delle funzioni e delle competenze in ambito sociale in capo ai Comuni, attraverso la programmazione zonale espressa dal Piano di Zona. ATS, attraverso gli strumenti messi a disposizione dalla L.R. 23/2015 deve esercitare la propria funzione di governance garantendo le attività di valutazione multidimensionale, l'individuazione di percorsi condivisi tra ATS, ASST e Comuni per una presa in carico integrata, la razionalizzazione dei processi operativi di presa in carico del bisogno, il confronto e lo scambio informativo tra tutti gli attori del sistema. Il Terzo Settore partecipa quale titolare di un ruolo strategico per la realizzazione di azioni congiunte, sperimentazioni innovative e di co-progettazione nell'ambito della rete sanitaria, sociosanitaria e sociale. Il Documento di indirizzo della nuova programmazione zonale: "Linee di Indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2018-2020" D.G.R. n. X/7631/2017, richiama in particolare alcuni aspetti che riguardano la continuità con i principi e gli obiettivi della precedente triennalità per quanto riguarda la ricomposizione, a diversi livelli, delle informazioni, delle risorse, dei servizi e degli interventi in ambito sanitario, sociosanitario e sociale. Alla luce del percorso avviato nel triennio 2015-2017 e delle Linee di Indirizzo per la programmazione sociale 2018-2020, sono state definite azioni di integrazione sanitaria socio-sanitaria e sociale per il triennio 2018/2020, finalizzate a potenziare e sviluppare le aree di integrazione tra ATS, ASST, Ambiti Distrettuali e Terzo Settore.

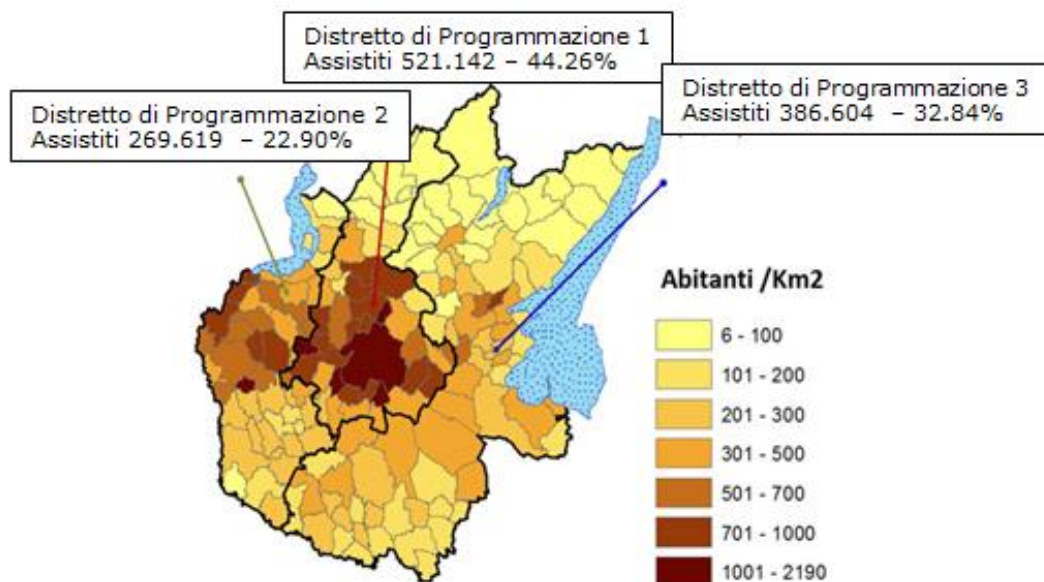
### IL CONTESTO TERRITORIALE E DEMOGRAFICO

Il territorio di ATS Brescia comprende 164 Comuni e 3 ASST e si estende su una superficie di 3.465 km<sup>2</sup>, con una densità abitativa che varia considerevolmente tra le diverse zone: l'area della città è quella più densamente abitata (>1.000 persone/km<sup>2</sup>), seguita dai Comuni adiacenti al perimetro cittadino o situati sui grandi assi stradali. La zona montana è quella con la minor densità abitativa (Figura 1).

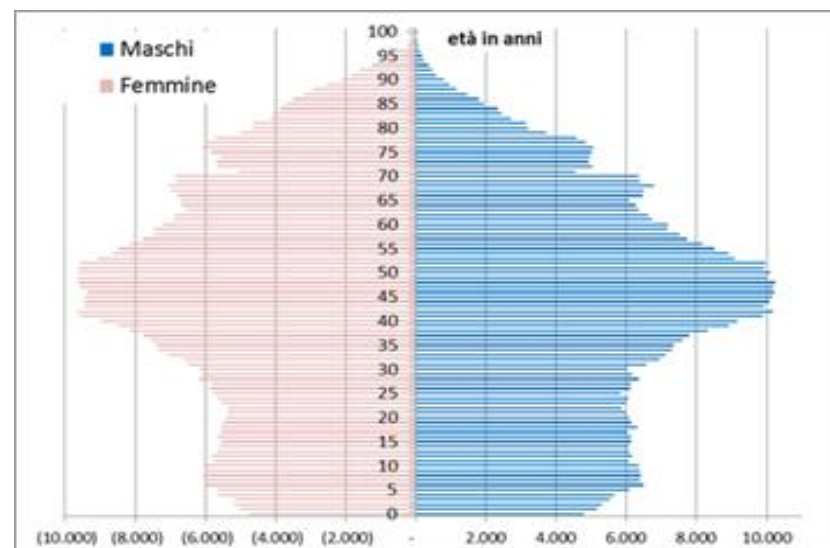
Entro i confini di ATS vi sono tre laghi principali (Lago di Garda, Lago d'Iseo, Lago d'Idro), tre fiumi principali (Oglio, Chiese e Mella), due valli (Valtrompia e Valle Sabbia) e un'ampia zona pianeggiante a sud del territorio cittadino; varie zone collinari circondano la città e si estendono ad est verso il veronese e ad ovest verso la Franciacorta.

Al 31/12/2017 il numero di assistiti era 1.177.365, di cui l'1,57% non residente. A questi vanno aggiunte 22.530 persone in carico solo per un periodo limitato nel corso del 2017 poiché decedute (N=10.551) o emigrate nel corso dell'anno. La piramide demografica (Figura 2) evidenzia una maggior numerosità di femmine (50,6%) in virtù di una loro maggior presenza nelle fasce oltre i 60 anni: tra le classi sotto i 50 anni risultano inferiori del 5,2% rispetto ai maschi, la percentuale dei sessi è simile tra i 50enni; il rapporto si inverte dopo i 60 anni, aumentando progressivamente. Infatti, le femmine oltre gli 80 anni sono circa il doppio dei maschi (48.008 vs 25.257). L'età media della popolazione a dicembre 2017 era di 44,1 anni, più elevata nelle femmine (45,5) che nei maschi (42,7), inferiore rispetto a quella nazionale (44,9 anni) e regionale (44,8 anni).

**Figura 1: densità abitativa ATS Brescia nel 2017**



**Figura 2: Piramide demografica ATS Brescia nel 2017**



L'evoluzione demografica dal 2000, anno di avvio della raccolta sistematica dei dati anagrafici (Tabella 1):

- la popolazione è complessivamente cresciuta del 17,7% negli ultimi 18 anni, in gran parte grazie al contributo della presenza straniera; dal 2010 la crescita è progressivamente rallentata per fermarsi negli ultimi anni
- l'età media è passata dai 41,2 anni del 2000 ai 44,1; con un incremento medio annuo pari a 61 giorni
- gli anziani sono aumentati di 80.743 unità tra il 2000 ed il 2017 (+48,3%), mentre i grandi anziani sono più che raddoppiati. L'indice di vecchiaia è rimasto abbastanza stabile fino al 2011, in continuo aumento negli ultimi anni
- il tasso di natalità ha avuto un andamento non lineare: è cresciuto del 9% dal 2000 al 2008 per scendere rapidamente e costantemente negli anni successivi (-27,8%). Come per il resto del paese, nel 2017, viene ulteriormente abbassato il record negativo del 2016: il numero di nuovi nati è il più basso dall'Unità d'Italia
- dal 2000 al 2011 i bambini sotto i 15 anni erano aumentati del 29% per stabilizzarsi e diminuire negli ultimi anni (-5% dal 2011)
- il tasso grezzo di mortalità è rimasto sostanzialmente stabile con alcuni picchi in particolare nel 2003 (8,87) e successivamente nel 2015 e 2017 (9,07 e 9,06).

**Tabella 1 - Variazione di alcuni indicatori demografici: 2000-2017**

Indicatore	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2016	2017	%variaz. 2017/00
Totale assistiti	1.000.248	1.045.478	1.093.708	1.149.520	1.168.168	1.174.365	1.176.312	1.177.365	17,7%
% donne	51,05%	50,83%	50,66%	50,51%	50,67%	50,73%	50,73%	50,61%	-0,8%
Età media	41,23	41,69	41,94	42,11	42,72	43,55	43,84	44,12	7,0%
N° bambini (<15 anni)	139.224	148.957	161.405	174.814	179.362	175.405	172.990	170.539	22,5%
% bambini	13,92%	14,25%	14,76%	15,21%	15,35%	14,94%	14,71%	14,48%	4,1%
N° pop. 65 anni e più	167.187	182.982	199.636	211.815	224.973	240.350	244.436	247.930	48,3%
% anziani	16,71%	17,50%	18,25%	18,43%	19,26%	20,47%	20,78%	21,06%	26,0%
Indice vecchiaia §	120	123	124	121	125	137	141	145	21,1%
>=85 anni	18.237	18.197	21.461	26.111	30.318	34.655	36.020	37.038	103,1%
% grandi anziani	1,82%	1,69%	1,92%	2,26%	2,60%	2,95%	3,06%	3,15%	72,5%
N° nuovi nati	10.253	11.009	12.037	12.691	11.543	10.271	9.875	9.557	-7,5%
Tasso natalità X 1.000 \$	10,25	10,53	11,01	11,04	9,88	8,75	8,39	8,12	-21,5%
Tasso fecondità grezzo £	42,1	44,0	46,7	47,6	43,7	40,1	39,1	38,0	-9,8%
N° morti (integrazione con registro)*	8.648	9.272	8.761	9.617	9.999	10.537	10.118	10.671	22,0%
Tasso grezzo mortalità &	8,65	8,87	8,01	8,37	8,56	8,15	8,60	9,06	3,7%
Tasso di crescita naturale	1,6	1,7	3,0	2,7	1,3	0,93	-0,2	-0,9	-156,7%

\* N° morti ultimi 12 mesi solo in base ai dati anagrafici  
 § **Indice di vecchiaia** = [popolazione con età superiore a 65 anni/popolazione con età inferiore a 15 anni]\*100  
 \$ **Tasso natalità** = [numero di nati vivi /popolazione nello stesso periodo] \*1.000  
 £ **Tasso fecondità grezzo** = [numero di nati vivi da donne in età feconda (15-49 anni)/ popolazione femminile in età feconda] \*1.000  
 & **Tasso grezzo di mortalità** = [numero di morti in una popolazione/popolazione nello stesso periodo] \*1.000

Come si può notare (Tabella 2) esistono notevoli differenze demografiche nel territorio:

- l’Ambito cittadino, che è quello con popolazione nettamente più elevata, è anche quello con l’età media più avanzata, la maggior presenza di anziani, mentre i tassi di natalità sono i più bassi della ATS. La presenza di stranieri è nella città nettamente più elevata rispetto al resto della ATS (18,8% versus 13,4%).
- l’Ambito 11 Garda e l’Ambito 4 Valle Trompia sono simili a quello cittadino per quanto riguarda l’alta presenza di anziani e la bassa natalità ma hanno una presenza di stranieri di gran lunga inferiore.
- più “giovani” appaiono invece gli Ambiti dell’hinterland e quelli della bassa bresciana

**Tabella 2 - Indicatori demografici nei 12 Ambiti Distrettuali (2017)**

		AMBITI DISTRETTUALI*											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Totale assistiti	N.	211.352	99.420	99.279	114.204	54.551	59.217	97.883	56.699	118.174	66.445	124.112	76.009
Donne	N.	109.770	50.073	50.156	57.449	27.589	29.705	48.667	28.128	59.405	33.105	63.917	37.944
	%	51,94	50,37	50,52	50,30	50,5	50,1	49,72	49,61	50,27	49,82	51,50	49,92
Bambini (<15 anni)	N.	26.913	15.688	14.844	15.227	8.050	9.002	16.221	8.512	16.985	10.981	17.083	11.033
	%	12,73	15,78	14,95	13,33	14,76	15,20	16,57	15,01	14,37	16,53	13,76	14,52
>=65 anni - Anziani	N.	50.987	18.654	20.586	25.519	11.585	11.624	17.463	11.197	24.557	12.002	27.294	16.462
	%	24,12	18,76	20,74	22,35	21,24	19,63	17,84	19,75	20,78	18,06	21,99	21,66
>=75 anni	N.	27.761	8.876	10.203	12.735	5.636	5.758	8.381	5.455	12.366	5.843	14.181	8.414
	%	13,13	8,93	10,28	11,15	10,33	9,72	8,56	9,62	10,46	8,79	11,43	11,07
>=85 anni - Grandi Anziani	N.	8.635	2.397	2.893	3.587	1.587	1.577	2.243	1.560	3.708	1.703	4.499	2.649
	%	4,09	2,41	2,91	3,14	2,91	2,66	2,29	2,75	3,14	2,56	3,62	3,49
Età Media		46,09	42,66	43,85	45,07	44,36	43,22	41,73	43,28	43,95	41,90	45,04	44,36
Tasso natalità X 1.000		7,23	8,63	8,44	7,50	7,46	9,29	9,33	8,01	8,66	9,08	7,47	7,87
Indice vecchiaia (>=65/minore 15)		189	119	139	168	144	129	108	132	145	109	160	149
Nuovi nati (ultimi 12 mesi)	N.	1.529	858	838	857	407	550	913	454	1.023	603	927	598
Morti (ultimi 12 mesi)	N.	2.147	798	811	1.033	504	515	714	501	1.090	543	1.227	788
Tasso mortalità		10,16	8,03	8,17	9,05	9,24	8,70	7,29	8,84	9,22	8,17	9,89	10,37
Tasso di crescita naturale		-2,9	0,6	0,3	-1,5	-1,8	0,6	2,0	-0,8	-0,6	0,9	-2,4	-2,5
Stranieri	N.	39.721	11.229	11.628	12.823	4.593	7.511	17.236	8.764	18.627	10.581	16.548	9.725
	%	18,8	11,3	11,7	11,2	8,4	12,7	17,6	15,5	15,8	15,9	13,3	12,8
Donne 15-49 anni	N.	42.939	21.751	21.163	23.694	11.444	12.512	21.379	12.083	25.156	14.761	26.644	15.735

\***AMBITI DISTRETTUALI:** 1 - Brescia, 2 - Brescia Ovest, 3 - Brescia Est, 4 - Valle Trompia, 5 - Sebino, 6 - Monte Orfano, 7 - Oglio Ovest, 8 - Bassa Bresciana Occidentale, 9 - Bassa Bresciana Centrale, 10 - Bassa Bresciana Orientale, 11 - Garda, 12 - Valle Sabbia.

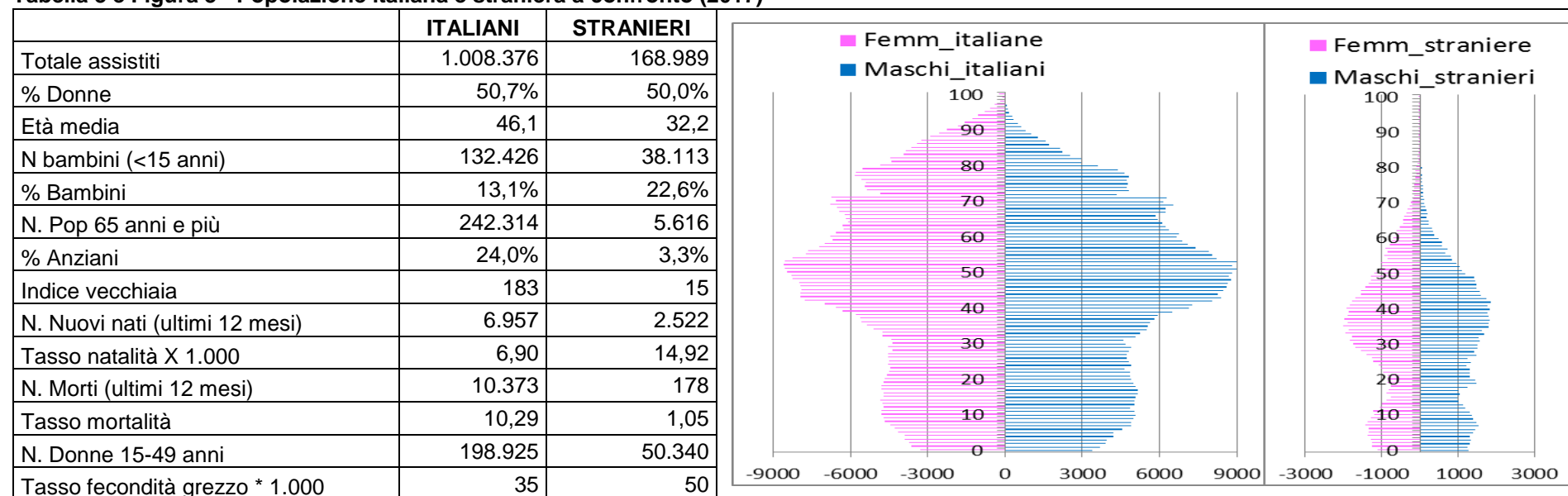


Alcune delle variazioni demografiche registrate negli ultimi anni sono da ascrivere ai mutamenti della popolazione straniera. Nel 2017 gli stranieri assistiti sul territorio di ATS Brescia (esclusi coloro senza permesso di soggiorno) rappresentavano il 14,4% del totale, una percentuale quasi doppia rispetto a quella nazionale (8,3% nel 2016) e anche superiore a quella lombarda (11,4%).

La popolazione straniera presenta un profilo demografico diverso rispetto alla popolazione italiana (Tabella 3 e Figura 3):

- l'età media risulta essere di 32,2 anni, molto più bassa rispetto ai 46,1 anni degli italiani;
- la percentuale di bambini è del 22,6%, di 9,4 punti percentuali più elevata rispetto agli italiani;
- la percentuale di anziani è molto bassa (3,3% vs 24,0%);
- il tasso di natalità è stato di 14,9/1.000, vale a dire 2,2 volte più elevato rispetto a quello degli italiani; il 26,6% dei nuovi nati è straniero con un tasso di fecondità grezzo nelle donne straniere del 43% più elevato rispetto alle italiane

**Tabella 3 e Figura 3 - Popolazione italiana e straniera a confronto (2017)**



La popolazione straniera presenta un'elevata dinamicità e nel periodo considerato vi sono stati forti cambiamenti, in particolare:

- la presenza di stranieri è più che quadruplicata passando dai 39.580 del 2000 ai 168.989 del 2017, l'incremento più rilevante si è verificato tra il 2000 e il 2008 (+258%) per poi ridursi fino ad assestarsi negli ultimi anni
- si è passati da una presenza prevalentemente maschile (64% nel 2000) ad una paritaria quota femminile (50% nel 2017);
- la presenza di bambini stranieri si è quintuplicata tra il 2000 e 2011 (da 8.329 a 42.770) per poi stabilizzarsi e ridursi negli ultimi anni;
- nel 2017 il 26,6% dei nuovi nati è straniero: tuttavia, va fatto rilevare che anche nella popolazione straniera è in atto una forte diminuzione sia del tasso di natalità (da 30,7 a 14,9 x 1.000) che del tasso di fecondità (da 114 a 50 x 1.000). Il tasso di natalità tra la popolazione italiana è sceso invece dal 9,4 del 2000 al 6,9 x 1.000 del 2017, mentre il tasso di fecondità nelle donne italiane è diminuito solo in parte negli ultimi anni (da 39 a 35 x 1.000).

La popolazione straniera negli Ambiti Distrettuali presenta alcune differenze:

- nell'Ambito 11 Garda, ed in misura minore nell'Ambito 1 Brescia e nell'Ambito 5 Sebino, è maggioritaria la presenza di donne straniere rispetto agli uomini e l'età media degli stranieri è più elevata
- nell'Ambito 1 Brescia più di 1/3 dei nuovi nati è straniero.

**Tabella 4 - Popolazione straniera residente nei 12 Ambiti Distrettuali (2017)**

	AMBITI DISTRETTUALI											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Totale assistiti	39.721	11.229	11.628	12.823	4.593	7.511	17.236	8.764	18.627	10.581	16.548	9.725
Donne	20.176	5.654	5.858	6.437	2.369	3.645	8.152	4.195	9.060	5.220	8.958	4.756
% Donne	50,8%	50,4%	50,4%	50,2%	51,6%	48,5%	47,3%	47,9%	48,6%	49,3%	54,1%	48,9%
Età media	33,22	31,74	32,07	32,51	33,49	30,82	29,73	30,91	31,55	31,06	34,69	32,35
Bambini	7.948	2.669	2.550	2.859	968	1.941	4.683	2.221	4.486	2.506	3.081	2.201
% sul totale dei bambini	29,53%	17,01%	17,18%	18,78%	12,02%	21,56%	28,87%	26,09%	26,41%	22,82%	18,04%	19,95%
% Bambini su pop straniera	20,0%	23,8%	21,9%	22,3%	21,1%	25,8%	27,2%	25,3%	24,1%	23,7%	18,6%	22,6%
N. nuovi nati (ultimi 12 mesi)	585	190	147	191	48	145	315	131	292	173	213	132
Tasso natalità X 1.000	14,73	16,92	12,64	14,90	10,45	19,31	18,28	14,95	15,68	16,35	12,87	13,57
% Nuovi nati stranieri	38,3%	22,1%	17,5%	22,3%	11,8%	26,4%	34,5%	28,9%	28,5%	28,7%	23,0%	22,1%

Nel 2017, tra la popolazione italiana del territorio di ATS Brescia, sono compresi anche 29.446 assistiti di recente naturalizzazione (2,9% della popolazione italiana); è questa una sottopopolazione in crescita e nettamente più giovane rispetto a quella italiana autoctona (età media=31,0 vs 46,6). Trattasi comunque di un numero sicuramente sottostimato, ottenuto identificando solo coloro che erano presenti come stranieri nelle precedenti anagrafiche di ATS Brescia. Da fonte ISTAT risulta, infatti, che nel solo quinquennio 2012-16 le acquisizioni di cittadinanza italiana da parte di stranieri residenti nei 164 comuni di ATS Brescia siano state circa 33.000. La popolazione di cittadinanza italiana è cresciuta dal 2000 al 2017 del 5,0%, ma ciò grazie all'immigrazione di cittadini italiani e alla naturalizzazione degli stranieri. Il saldo naturale dei soli italiani (differenza tra il numero di nati ed il numero di morti) è dal 2008 negativo ed in continua e pesante diminuzione (-3.416 unità nel 2017). Una forte influenza sul trend demografico futuro sarà data dal fatto che la popolazione di donne in età fertile italiane è in costante diminuzione: da 233.293 nel 2000 a 198.925 attuali e tale flessione continuerà ancora nei prossimi anni.

## LE PATOLOGIE CRONICHE

Sono stati identificati 454.404 assistiti (37,8%) della popolazione affetti da almeno una patologia cronica, incluso il disagio psichico.

**Tabella 5 - Presa in carico delle singole patologie. Banca Dati Assistiti (BDA) – 2017 - Dati ATS Brescia**

	AMBITI DISTRETTUALI											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Popolazione assistita	216.50 2	101.17 4	101.07 8	116.22 6	55.67 3	60.55 6	99.81 1	57.89 3	120.57 6	68.10 0	127.35 0	77.50 6
Trapiantati	453	199	173	220	116	120	192	92	206	106	206	139
Insufficienza Renale	3.071	1.123	1.250	1.423	575	727	1.140	640	985	741	1.049	785
Hiv/Aids	840	277	316	365	176	241	307	172	300	198	334	181
Oncologici	13.396	5.161	5.369	6.490	2.898	2.779	4.337	2.768	5.872	3.070	6.758	4.001
Diabete	13.384	5.729	5.993	7.669	3.718	3.927	5.759	3.760	7.663	4.138	6.920	5.064
Iperensione Arteriosa	48.424	20.094	20.992	27.221	11.95 3	12.00 3	18.72 8	12.34 3	26.220	12.41 7	25.741	17.67 6
Ipercolesterolemie familiari e non	16.186	6.647	7.103	9.765	4.471	3.864	6.423	4.288	10.876	4.192	8.348	6.129
Malattie Sistema Cardio-Vascolare	24.332	9.715	10.157	14.206	6.121	5.423	8.597	5.681	11.536	5.879	11.924	7.966
Malattie Respiratorie Croniche	11.263	4.977	5.033	5.515	2.462	2.629	4.828	2.656	5.896	2.883	5.483	4.249
Malattie dell'Apparato Digerente	12.661	5.182	5.058	5.897	3.029	3.076	5.007	2.983	5.770	3.017	5.537	3.715
Neuropatie	4.035	1.663	1.654	2.023	900	971	1.543	864	1.967	1.015	1.884	1.321
Malattie Autoimmuni	3.772	1.766	1.790	1.940	830	821	1.311	650	1.636	1.204	2.112	1.109
Patologie Tiroidee	7.467	3.182	3.345	3.602	1.695	1.677	2.749	1.786	3.979	1.941	3.855	2.425
Malattie Rare	1.643	783	748	943	370	309	538	333	681	437	730	592
Demenze-Alzheimer	3.945	1.423	1.637	1.756	811	855	1.089	723	1.794	784	1.627	1.211
Patologia Psichiatrica e Disagio Psichico	19.746	8.324	8.384	10.746	4.476	4.900	7.208	4.582	10.785	5.588	9.932	6.531
%	39,63	36,88	37,68	40,42	38,04	36,14	34,52	37,37	38,99	34,58	36,29	39,08

La tabella 5 illustra la presa in carico delle singole patologie suddivisa per Ambiti Distrettuali.

**LA RETE DEI SERVIZI SOCIOSANITARI E SOCIALI**

**RETE UNITA' DI OFFERTA SOCIALE**

UNITA' DI OFFERTA	N./Posti	AMBITI DISTRETTUALI												TOTALE
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Asili Nido	N.	41	16	17	11	9	9	8	11	11	10	25	7	175
	Posti	1299	525	477	307	219	190	248	245	362	281	656	240	5.049
Micronidi	N.	-	-	-	1	-	1	1	1	4	3	3	6	20
	Posti	-	-	-	10	-	10	10	10	40	30	29	56	195
Centri prima infanzia	N.	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	3
	Posti	15	-	-	38	-	-	-	-	-	-	-	-	53
Nidi famiglia	N.	3	8	-	8	-	1	2	-	1	1	3	-	27
	Posti	15	40	-	40	-	5	10	-	5	5	15	-	135
Centri Aggregazione Giovanile	N.	8	3	8	10	2	4	2	3	3	5	5	1	55
	Posti	430	110	360	614	135	225	85	485	230	390	325	50	3.564
Centri Ricreativi Diurni	N.	56	19	22	32	13	13	23	11	33	22	26	10	280
Comunità Educative	N.	7	2	-	-	1	3	1	1	-	-	5	-	21
	Posti	72	25	-	-	7	30	7	10	-	-	43	-	204
Comunità Familiari	N.	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	1	4
	Posti	-	-	-	-	-	-	-	6	6	-	4	6	22
Alloggi per l'Autonomia	N.	7	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10
	Posti	15	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24
Alloggi protetti anziani	N.	1	1	1	-	-	-	2	-	2	-	3	-	10
	Posti	48	4	10	-	-	-	16	-	28	-	39	-	145
Centri Diurni Anziani	N.	2	-	1	-	-	3	1	1	2	2	1	-	13
	Posti	90	-	99	-	-	305	100	50	15	130	50	-	839
Centri Socio Educativi	N.	3	1	1	4	1	3	1	1	1	1	-	1	18
	Posti	77	17	23	78	20	39	25	20	12	30	-	29	370
Servizi di Formazione all'Autonomia	N.	4	-	1	1	1	1	1	-	-	2	-	1	12
	Posti	140	-	35	35	35	35	35	-	-	49	-	7	371
Comunità Alloggio	N.	4	2	1	3	1	-	1	1	2	2	2	2	21
	Posti	39	20	10	27	10	-	10	10	17	10	20	20	193

**RETE UNITA' DI OFFERTA SOCIO SANITARIA**

AREA FRAGILITÀ														
UNITA' DI OFFERTA	N. strutture /Posti	AMBITI DISTRETTUALI												Totale
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Centri Diurni Disabili (CDD)	N. strutture	8	1	1	3	3	1	1	1	3	2	3	2	29
	Posti a Contratto	229	30	15	75	47	30	15	30	84	55	85	45	740
	Posti Autorizzati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-	-	5
Comunità Sociosanitarie (CSS)	N. strutture	4	2	1	3	1	-	1	1	2	2	2	2	21
	Posti a Contratto	38	20	10	27	10	-	10	10	19	18	20	20	202
	Posti Autorizzati	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Residenze Sanitarie per Disabili (RSD)	N. strutture	4	-	-	1	-	-	-	-	1	-	2	-	8
	Posti a Contratto	214	-	-	43	-	-	-	-	140	-	44	-	441
Cure intermedie-post acuti	N. strutture	-	1	1	-	-	1	-	-	-	-	1	1	5
	Posti a Contratto	-	72	20	-	-	53	-	-	-	-	42	20	207
	Posti per Diurno	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	-	10
Strutture prestazioni ambulatoriali riabilitative	N. strutture	-	1	-	-	-	1	1	-	-	-	1	-	4
Centri Diurni Integrati (CDI)	N. strutture	5	6	4	8	3	3	6	3	7	1	5	3	54
	Posti a Contratto	119	88	76	122	54	45	90	75	105	20	70	68	932
	Posti Autorizzati	11	25	-	30	-	5	35	-	5	-	32	16	134
Residenze Sanitaria Assistenziale (RSA)	N. strutture	13	6	7	8	3	5	7	4	11	4	8	10	86
	Posti a Contratto	997	414	462	542	180	323	397	232	973	333	659	608	6120
	Posti Sollievo	4	18	13	43	28	9	27	14	65	25	34	23	303
Hospice	Posti Autorizzati	224	55	-	66	61	29	9	21	13	31	50	39	598
	N. strutture	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	4
	Posti a Contratto	-	10	-	-	-	-	-	-	18	-	8	8	44

AREA SALUTE MENTALE														
SERVIZI	N.	AMBITI DISTRETTUALI												TOTALE
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Centro Psico Sociale (CPS)	N.	3	-	-	2	1	-	1	1	1	1	2	-	12
Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)	N.	1	-	-		1	-	-	-	1	1	-	1	5
Centro Disturbi del Comportamento Alimentare (CDCA)	N.	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Day Hospital e MAC psichiatrico	N.	-	-	-	-	2	-	-	-	-	1	-	-	3
STRUTTURE RESIDENZIALI	N. strutture /Posti	AMBITI DISTRETTUALI												TOTALE
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Comunità Riabilitativa Alta Assistenza (CRA)	N. strutture	2	-	-	1	-	-	1	-	-	-	1	-	5
	Posti	36	-	-	20	-	-	15	-	-	-	20	-	91
Comunità Protetta Alta Assistenza (CPA)	N. strutture	9	-	-	-	1	1	-	-	1	1	1	-	14
	Posti	160	-	-	-	17	14	-	-	20	10	12	-	233
Comunità Riabilitativa Media Assistenza (CRM)	N. strutture	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	Posti	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-	10
Comunità Protetta Media Assistenza (CPM)	N. strutture	11	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	14
	Posti	94	30	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-	134
Comunità Bassa Assistenza (CPB)	N. strutture	3	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	5
	Posti	6	7	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	16
Residenzialità Leggere (RL)	N. strutture	5	-	-	3	1	1	1	1	2	1	1	3	19
	Programmi	14	-	-	9	5	5	6	5	4	5	2	6	61
STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI	N. strutture /Posti	AMBITI DISTRETTUALI												TOTALE
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Centro Diurno (CD)	N. strutture	3	-	-	1	1	1	-	-	1	-	-	1	8
	Posti	60	-	-	20	10	20	-	-	20	-	-	20	150

AREA DIPENDENZE														
SERVIZI	N. strutture	AMBITI DISTRETTUALI												TOTALE
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Servizi per le Tossicodipendenze(Ser.T) /Equipe	N. strutture	1	-	-	-	-	-	1	1	-	1	1	-	5
Centro Clinico Cocaina (CCC)	N. strutture	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Nuclei Operativi Alcolologia (NOA)/Equipe	N. strutture	1	-	-	1	-	-	1	1	1	-	1	-	6
Ambulatori per il Gioco Patologico (GAP)	N. strutture	1	-	-	1	-	-	1	1	1	1	1	-	7
Centri per il Trattamento del Tabagismo (CTT)/Equipe	N. strutture	1	-	-	1	-	-	1	1	1	-	1	-	6
Servizi Multidisciplinari Integrati (SMI)	N. strutture	-	1	1	1	-	-	-	-	1	-	-	-	4
COMUNITA'														
	N. strutture /Posti	AMBITI DISTRETTUALI												TOTALE
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	N. strutture	3	1	-	-	-	1	-	1	2	1	1	2	12
	Posti a contratto	67	22	-	-	-	10	-	12	36	25	15	28	215
Servizio pedagogico riabilitativo residenziale	N. strutture	-	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	3
	Posti a contratto	-	10	-	8	9	-	-	-	-	-	-	-	27
Servizio pedagogico riabilitativo semiresidenziale	N. strutture	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	Posti a contratto	-	-	-	12	-	-	-	-	-	-	-	-	12
Servizio comorbidità psichiatrica residenziale	N. strutture	-	3	-	-	-	1	-	-	-	1	1	-	6
	Posti a contratto	-	28	-	-	-	5	-	-	-	4	2	-	39
Servizio alcol e polidipendenti	N. strutture	-	2	-	-	-	-	-	1	2	-	-	1	6
	Posti a contratto	-	9	-	-	-	-	-	6	12	-	-	7	34
Servizio coppie soggetti con figli nuclei familiari	N. strutture	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
	Posti a contratto	-	-	-	-	-	-	-	-	24	-	-	-	24
Servizio a bassa intensità residenziale	N. strutture	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	Posti a contratto	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8

<b>NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA</b>															
	<b>N.</b>	<b>AMBITI DISTRETTUALI</b>												<b>TOTALE</b>	
		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>		
Polo Ospedaliero	N.	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Polo Territoriale	N.	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	-	-	15
<b>STRUTTURE RESIDENZIALI</b>															
	<b>N. strutture /Posti</b>	<b>AMBITI DISTRETTUALI</b>												<b>TOTALE</b>	
		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>		
Comunità Terapeutica	N. strutture	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2
	Posti	-	14	-	-	-	-	-	12	-	-	-	-	-	26
<b>STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI</b>															
	<b>N. strutture /Posti</b>	<b>AMBITI DISTRETTUALI</b>												<b>TOTALE</b>	
		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>		
Centro Diurno (CD)	N. strutture	2	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	-	5
	Posti	30	-	-	-	-	-	-	10	-	10	20	-	-	70



**OBIETTIVI E AZIONI PER LA REALIZZAZIONE DELL'INTEGRAZIONE  
SANITARIA SOCIOSANITARIA E SOCIALE**

**VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE INTEGRATA**

A fronte di persone vulnerabili, a rischio di fragilità sociosanitaria o sanitaria, e di bisogni sempre più complessi, che richiedono una presa in carico integrata, diviene fondamentale attuare una valutazione multidimensionale volta a ricomprendere gli aspetti sociali, sanitari e sociosanitari per l'individuazione e l'attivazione di interventi integrati nell'ambito di un progetto personalizzato.

Le attività di valutazione multidimensionale, già attuate nel triennio precedente attraverso l'operatività dei CEAD, di equipe integrate territoriali, richiedono un ulteriore potenziamento in un'ottica di presa in carico globale ed unitaria della persona e della sua famiglia, con particolare attenzione alla cronicità e all'accesso ai diversi servizi/interventi utili a rispondere ai bisogni della persona.

Le attività di valutazione multidimensionale saranno in particolare attivate rispetto alla non autosufficienza, anziani/disabili, alla tutela dei minori, all'area famiglia.

A tal fine si procederà alla definizione/ revisione di Linee operative/ Protocolli/Strumenti per la valutazione e presa in carico quali:

- Protocollo operativo tra ATS/ASST e Ambiti per la valutazione multidimensionale integrata finalizzata in specifico all'accesso alla Misura B1 e B2, Misura Residenzialità Assistita, progetti "Dopo di noi";
- Protocollo d'intesa per l'utilizzo della scheda triage e per la valutazione multidimensionale del bisogno della persona;
- Protocollo per le dimissioni protette;
- Protocollo operativo per la gestione di situazioni multiproblematiche area neuropsichiatria/psichiatria/disabilità.

L'utilizzo della Cartella Sociale informatizzata consentirà una integrazione dei dati, favorirà una lettura complessiva dei bisogni e una condivisione degli interventi e dei percorsi attivati

**ELEMENTI DI PROGRAMMAZIONE 2018-2020**

Titolo obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Modalità di integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Strumenti di valutazione	Tempistica
Valutazione Multidimensionale per una presa in carico integrata della persona in condizione di fragilità	Definizione e potenziamento di percorsi condivisi tra ATS-ASST e Ambiti  Definizione di strumenti condivisi di valutazione finalizzata alla	Incontri di Progettazione, Monitoraggio e verifica  Costituzione équipe pluriprofessionali integrate (ASST/Comuni)	Operatori ATS/ASST/Uffici di Piano/Comuni	Incontri periodici di coordinamento	Definizione /Revisione protocolli/Strumenti per la valutazione e la presa in carico  Utilizzo Cartella Sociale informatizzata	N. Documenti condivisi  N. casi inseriti	Entro il triennio di validità del piano

	<p>definizione del Progetto Individuale e del Piano di Assistenza Individuale</p>	<p>per la valutazione multidimensionale rispetto a situazioni complesse, alla non autosufficienza, alla disabilità, all'area famiglia</p> <p>Definizione di percorsi di integrazione tra il sistema sociale e sociosanitario per la predisposizione del progetto individualizzato</p>					
--	---	---	--	--	--	--	--

**AREA FRAGILITA'**

**NON AUTOSUFFICIENZA**

Da un'attenta analisi a livello territoriale emerge non solo l'aumento esponenziale del numero delle persone non autosufficienti o in condizione di grave disabilità, ma anche una significativa differenziazione delle caratteristiche patologiche e del tipo di bisogno/offerta socio- assistenziale- sanitaria. Di seguito si riportano alcuni dati riferiti ad utenza fragile e ad interventi/servizi attivati al 31.12.2017.

**Persone con disabilità in carico all'equipe operativa handicap - anno 2017 - Dati ATS Brescia**

AMBITI DISTRETTUAL I			Tipologia problema prevalente							
	M	F	FISIC A	SENSORIAL E	PSICHIC A	INTELLETTIV A	PLURIM A	IN ACCERTAMENTO	NON HANDICAP	NON NOTO
1	877	614	45	17	62	425	491	398	1	52
2	472	293	60	16	107	166	287	23	93	13
3	544	365	69	16	173	164	274	95	89	29
4	605	446	55	6	100	266	380	155	67	22
5	145	83	7	0	48	47	105	16	5	0
6	110	64	13	3	28	24	99	7	0	0
7	394	278	79	15	83	89	176	209	11	10
8	115	77	11	1	4	21	94	51	0	10
9	412	265	40	2	67	92	187	244	0	45
10	375	222	32	10	41	144	136	170	55	9
11	322	209	23	2	106	65	179	135	13	8
12	280	176	23	5	103	91	153	79	2	0
<b>Totale</b>	<b>masch i</b>	<b>femmin e</b>	<b>FISIC A</b>	<b>SENSORIAL E</b>	<b>PSICHIC A</b>	<b>INTELLETTIV A</b>	<b>PLURIM A</b>	<b>IN ACCERTAMENTO</b>	<b>NON HANDICAP</b>	<b>NON NOTO</b>
<b>7743</b>	4651	3092	457	93	922	1594	2561	1582	336	198

**Persone inserite in Unità d'Offerta – CDD - dato al 31/12/2017 - Dati ATS Brescia**

AMBITI DISTRETTUALI	Persone inserite in UdO Area Disabilità (Teste)	CDD	Classificazione SIDi persone inserite				
			Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5
1	264	128	25	41	34	17	11
2	86	60	16	15	16	7	6
3	88	67	14	7	25	11	10
4	113	66	9	18	18	10	11
5	42	31	7	3	12	7	2
6	31	20	3	3	12	0	2
7	34	24	4	10	8	2	0
8	40	30	9	8	8	3	2
9	193	75	15	14	24	9	13
10	57	35	8	3	15	6	3
11	120	71	27	9	17	6	12
12	80	46	17	9	18	0	2
<i>residenti Fuori ATS</i>	96	3	1	0	2	0	0

	Totale	CDD	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5
<b>Persone inserite in UdO (teste)</b>	1244	656	155	140	209	78	74

Persone inserite in Unità d'Offerta – CSS - dato al 31/12/2017 - Dati ATS Brescia

AMBITI DISTRETTUALI	Persone inserite in UdO Area Disabilità (teste)	CSS	Classificazione SIDi persone inserite				
			Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5
1	264	53	9	23	0	9	12
2	86	12	1	7	1	2	1
3	88	17	4	4	5	0	4
4	113	20	2	8	2	2	6
5	42	4	3	1	0	0	0
6	31	7	1	4	2	0	0
7	34	7	2	1	0	2	2
8	40	4	2	2	0	0	0
9	193	14	5	3	2	2	2
10	57	16	4	5	0	2	5
11	120	23	9	7	2	1	4
12	80	17	6	7	0	1	3
<i>residenti Fuori ATS</i>	96	5	3	1	1	0	0
	<b>Totale</b>	<b>CSS</b>	<b>Classe 1</b>	<b>Classe 2</b>	<b>Classe 3</b>	<b>Classe 4</b>	<b>Classe 5</b>
<b>Persone inserite in UdO (teste)</b>	1244	199	51	73	15	21	39

Persone inserite in Unità d'Offerta – RSD - dato al 31/12/2017 - Dati ATS Brescia

AMBITI DISTRETTUALI	Persone inserite in UdO Area Disabilità (teste)	Classificazione SIDI persone inserite					
		RSD	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5
1	264	94	57	8	3	26	0
2	86	17	14	1	0	1	1
3	88	9	5	2	1	1	0
4	113	32	21	7	0	4	0
5	42	8	6	1	1	0	0
6	31	5	5	0	0	0	0
7	34	4	4	0	0	0	0
8	40	6	6	0	0	0	0
9	193	110	31	19	8	38	14
10	57	10	6	1	0	2	1
11	120	26	18	4	1	2	1
12	80	23	16	5	2	0	0
<i>residenti Fuori ATS</i>	96	89	36	31	4	15	3
	<b>Totale</b>	<b>RSD</b>	<b>Classe 1</b>	<b>Classe 2</b>	<b>Classe 3</b>	<b>Classe 4</b>	<b>Classe 5</b>
<b>Persone inserite in UdO (teste)</b>	1244	433	225	79	20	89	20

**Persone anziane in RSA divise per classi di fragilità - dato al 31/12/2017- Dati ATS Brescia**

AMBITI DISTRETTUALI	CLASSI								Totale
	CL1	CL2	CL3	CL4	CL5	CL6	CL7	CL8	
1	437	16	424	12	55	10	147	22	1123
2	162	17	217	23	17	8	38	14	496
3	221	26	196	19	31	6	48	7	554
4	262	22	239	13	35	7	54	3	635
5	73	4	82	13	4		20	8	204
6	158	2	119	2	15	2	54	5	357
7	187	9	170	20	17	5	38	4	450
8	112	13	81	12	14		17	11	260
9	441	21	412	25	62	15	115	46	1137
10	147	7	125	5	10	2	57	14	367
11	312	45	272	37	33	13	75	36	823
12	240	24	251	32	36	15	101	17	716
<b>TOTALE</b>	<b>2752</b>	<b>206</b>	<b>2588</b>	<b>213</b>	<b>329</b>	<b>83</b>	<b>764</b>	<b>187</b>	<b>7122</b>

**Persone con Demenze e Alzheimer - anno 2017- Dati ATS Brescia**

		AMBITI DISTRETTUALI												TOTALE
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Femmine	N.	2.765	964	1.162	1.231	530	609	764	492	1.265	526	1.120	850	<b>12.278</b>
Maschi	N.	1.180	459	475	525	281	246	325	231	529	258	507	361	<b>5.377</b>
<b>TOTALE</b>	<b>N.</b>	<b>3.945</b>	<b>1.423</b>	<b>1.637</b>	<b>1.756</b>	<b>811</b>	<b>855</b>	<b>1.089</b>	<b>723</b>	<b>1.794</b>	<b>784</b>	<b>1.627</b>	<b>1.211</b>	<b>17.655</b>
		AMBITI DISTRETTUALI												TOTALE
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Femmine	(Prevalenza X 1.000)	24,6	18,9	22,8	21,1	18,8	20,0	15,4	17,2	20,9	15,5	17,1	22,0	<b>20,2</b>
Maschi	(Prevalenza X 1.000)	11,3	9,1	9,5	9,1	10,2	8,2	6,5	7,9	8,8	7,5	8,2	9,3	<b>9,0</b>
<b>TOTALE</b>	<b>(Prevalenza X 1.000)</b>	<b>18,2</b>	<b>14,1</b>	<b>16,2</b>	<b>15,1</b>	<b>14,6</b>	<b>14,1</b>	<b>10,9</b>	<b>12,5</b>	<b>14,9</b>	<b>11,5</b>	<b>12,8</b>	<b>15,6</b>	<b>14,7</b>

**Utenza Misura 4 - RSA Aperta - anno 2017- Dati ATS Brescia**

	AMBITI DISTRETTURALI												TOTALE	%
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
Alzheimer	175	42	86	100	18	21	24	44	60	48	74	68	760	41
Altra demenza	82	67	33	168	22	14	20	15	50	6	80	90	647	35
Non autosufficienti	39	8	11	24	30	18	25	31	38	23	86	106	439	24
<b>TOTALE</b>	<b>296</b>	<b>117</b>	<b>130</b>	<b>292</b>	<b>70</b>	<b>53</b>	<b>69</b>	<b>90</b>	<b>148</b>	<b>77</b>	<b>240</b>	<b>264</b>	<b>1846</b>	<b>100</b>

**Utenti beneficiari della Misura B1 - anno 2017- Dati ATS Brescia**

AMBITI DISTRETTURALI	TIPOLOGIA UTENTI								
	Condizione di coma, stato vegetativo o stato di minima coscienza	In dipendenza da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa	Grave o gravissimo stato di demenza	Lesioni spinali	Gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare	Deprivazione sensoriale complessa	Gravissima disabilità dello spettro autistico	Ritardo mentale grave o profondo	Condizione di dipendenza vitale con necessità di assistenza continuativa e necessità di monitoraggio nelle 24 ore
1	6	-	32	-	12	2	20	8	65
2	-	-	11	-	7	-	11	5	33
3	-	1	6	-	4	-	5	1	16
4	1	-	10	-	12	-	7	-	29
5	1	1	17	1	5	-	8	3	20
6	-	-	6	1	5	1	4	6	19
7	1	-	8	1	9	-	7	5	25
8	-	-	3	-	1	-	3	1	27
9	2	-	11	1	12	1	5	2	37
10	-	-	2	-	1	-	6	3	31
11	1	-	1	1	3	-	-	3	20
12	1	-	8	2	-	-	6	8	21
<b>TOTALE</b>	<b>13</b>	<b>2</b>	<b>86</b>	<b>6</b>	<b>64</b>	<b>2</b>	<b>81</b>	<b>44</b>	<b>281</b>



**Utenti presi in carico in Assistenza Domiciliare - anno 2017- Dati ATS Brescia**

	AMBITI DISTRETTUALI												TOTALE
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
N.utenti in ADI	1625	803	879	1432	588	463	813	811	1356	619	1098	822	<b>11309</b>
Età media	82	80	81	82	80	78	79	80	80	79	81	80	<b>80</b>
% Femmine	65%	60%	64%	65%	62%	60%	63%	62%	61%	56%	60%	60%	<b>62%</b>

**Ospiti delle Comunità Residenziali per Anziani – dato al 31/12/2017- Dati ATS Brescia**

AMBITI DISTRETTUALI	N. comunità attive	Posti disponibili	Maschi	Femmine	Età media ospiti	Età Min ospiti	Età Max ospiti
1	2	32	4	15	86,0	73,5	95,3
2	-	-	-	-	-	-	-
3	1	22	2	20	85,5	64,4	96,5
4	1	14	5	9	84,5	67,9	92,3
5	3	68	21	43	83,1	67,8	93,8
6	-	-	-	-	-	-	-
7	-	-	-	-	-	-	-
8	-	-	-	-	-	-	-
9	2	48	7	30	86,2	71,2	97,0
10	-	-	-	-	-	-	-
11	3	87	32	44	81,7	62,4	96,6
12	2	39	13	26	83,9	64,2	95,6
<b>TOTALE</b>	14	310	84	187	83,7	66,4	95,5

La contingenza economica che non consente una moltiplicazione proporzionale di servizi e delle strutture dedicate sia a livello sociosanitario che a livello sociale e l'esigenza di risposte sempre più diversificate, impongono l'individuazione in modo chiaro di obiettivi prioritari e delle conseguenti azioni da mettere in campo per affrontare i bisogni emergenti.

A fronte di una saturazione dei servizi, di risorse limitate rispetto ad un continuo aumento di richieste, è necessario promuovere una domiciliarità più sostenibile attraverso:

- il potenziamento della connessione tra il sistema sociale e sociosanitario nella valutazione multidimensionale dei bisogni;
- la realizzazione di una progettazione individualizzata;

- l'attivazione di percorsi sanitari, sociosanitari e sociali integrati con l'obiettivo di garantire l'appropriatezza delle cure ma anche la razionalizzazione degli interventi e dell'utilizzo delle risorse economiche in un'ottica di presa in carico globale ed unitaria della persona e della sua famiglia.
- il potenziamento di servizi/interventi più sostenibili.

Di seguito gli obiettivi che si intendono perseguire nel prossimo triennio.

1. A sostegno della presa in carico della persona in condizione di fragilità/cronicità si procederà alla

- revisione del Protocollo Dimissioni Protetta al fine di assicurare la continuità assistenziale senza interruzione delle prestazioni, garantendo l'accesso agli interventi/servizi della rete più appropriati ed utili a rispondere ai bisogni della persona
- definizione o revisione di Protocolli/Linee operative per la presa in carico di persone disabili e anziane in condizione di non autosufficienza o grave fragilità con particolare attenzione alla attivazione di Misure/Interventi specifici (es. Progetti B1, B2, Dopo di noi).

2. In particolare a sostegno della vita indipendente di persone con disabilità ma con integre capacità di autodeterminazione o a sostegno del massimo di autonomia possibile, si procederà alla

- definizione/revisione Linee guida per la definizione di Progetti a sostegno della vita indipendente e dell'autonomia.

3. Nell'ambito dei bisogni emergenti:

- nell'area della Disabilità, alla luce dei dati che indicano un continuo aumento dei casi diagnosticati con Autismo e dei bisogni evidenziati in particolare a sostegno dell'integrazione sociale e di sostegno alle autonomie, nell'ambito delle risorse disponibili, verrà data attenzione alla attivazione di progetti di integrazione sociale e a sostegno della famiglia. Tali interventi dovranno essere necessariamente sostenuti da una Progettazione Individualizzata in cui si integrino gli interventi sanitari, sociosanitari e sociali.
- Nell'area anziani, a fronte di una presenza diffusa sul territorio non solo di RSA ma anche Centri Diurni, si è riscontrata negli ultimi anni una scarsa presenza di risposte di accoglienza residenziale "protette" del circuito socio assistenziale, di possibile immediata attivazione, da utilizzare soprattutto come risposte a bisogni abitativi alternativi, e con valenze diverse (avvicinamento alla residenzialità, protezione sociale, monitoraggio, ecc). Alla luce del Progetto sperimentale comunità residenziali anziani in atto da alcuni anni sul territorio dell'ATS di Brescia e della nuova Unità d'offerta C.A.S.A. (DGR 7776/2018), si intende sostenere progetti che possano dare risposte al bisogno di residenzialità di persone anziane che seppur con discrete autonomie necessitano di un sistema di protezione minimo.

**ELEMENTI DI PROGRAMMAZIONE 2018-2020**

Titolo obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Modalità di integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Strumenti di valutazione	Tempistica
<p>Presa in carico della persona in condizione di fragilità/cronicità</p>	<p>Definizione e potenziamento di percorsi integrati di presa in carico della persona in condizione di fragilità/con disabilità/anziانا attraverso la definizione di Progetti Individuali e l'attivazione integrata di servizi/interventi (es. Misura B1-B2-Dopo di noi)</p> <p>Attivazione interventi a sostegno di Progetti di Vita Indipendente e a sostegno dell'Autonomia</p> <p>Attivazione di progetti e percorsi innovativi in risposta a bisogni emergenti:                      1- Interventi a sostegno di minori/adulti con gravi disabilità e in particolare con disturbi dello spettro autistico                      2- Nuove forme di residenzialità per anziani (Progetto sperimentale comunità residenziali anziani – Dec.D.G. ATS n. 101 del 22.02.2018 ; UDO C.A.S.A. – DGR 7776/2018)</p>	<p>Incontri di Progettazione, Monitoraggio e verifica</p>	<p>Operatori ATS/ASST/ Uffici di Piano/Comuni, Terzo Settore</p>	<p>Incontri periodi di coordinamento</p>	<p>Definizione /Revisione protocolli/Strumenti per la presa in carico</p> <p>Revisione Protocollo Dimissioni Protette</p> <p>Definizione /Revisione Linee Guida Progetti Vita Indipendente e a sostegno di una vita autonoma</p> <p>Attivazione /sostegno a Progetti innovativi</p>	<p>Documenti condivisi</p>	<p>Entro il triennio di validità del piano</p>

## INTEGRAZIONE SCOLASTICA

Nella Provincia di Brescia fin dal 2004 è stato sottoscritto un Accordo di Programma per l'integrazione scolastica, risultato di un lungo lavoro insieme di operatori scolastici, di operatori sociali, dell'Associazione Comuni Bresciani, delle allora ASL di Brescia e Vallecamonica, delle Aziende Ospedaliere, delle Associazioni di familiari. L'accordo, applicativo a livello provinciale della legge 104/92, vincolante per tutti i sottoscrittori (Scuola, Comuni, Provincia ATS/ASST), definiva:

- i reciproci impegni istituzionali in ordine all'integrazione degli alunni con disabilità;
- le modalità e i tempi degli interventi istituzionali;
- le iniziative programmate in modo coordinato ed integrato per qualificare gli interventi;
- gli accordi per la gestione integrata dei servizi e delle risorse.

Con la sottoscrizione dell'Accordo a livello provinciale venivano sottolineate la valenza attribuita alla pluralità dei punti di vista e la ricerca di efficaci modalità di condivisione e comunicazione tra tutte le parti, per permettere il superamento degli specialismi e la frammentazione degli interventi. A fine 2016 da una consultazione di tutti i soggetti coinvolti nel garantire interventi per l'integrazione scolastica, per evidenziare punti forza e criticità in vista di una revisione dell'Accordo, veniva sottolineata l'importanza dello stesso come *strumento di lavoro* e di *accompagnamento* nella programmazione di processi per l'integrazione ma nello stesso tempo la necessità di rafforzare un confronto a livello di singolo Ambito attivando tavoli di lavoro locali sull'integrazione e favorire una applicazione omogenea dell'Accordo su tutto il territorio. Di fatto si è ritenuto di rinviare la revisione dell'Accordo Provinciale in attesa dei Decreti attuativi in particolare del Dec.leg.66/17 "Norme per la promozione dell'inclusione scolastica degli studenti con disabilità". In tale Decreto, così come nella DGR 6832 del 30.06.2017 "Approvazione Linee Guida per lo svolgimento dei servizi di supporto dell'inclusione scolastica degli studenti con disabilità", viene ribadito che l'inclusione scolastica è attuata attraverso la definizione e la condivisione del PEI quale parte integrante del Progetto Individuale (art.14 della L. 328/2000), in capo al Comune. Sono state inoltre definite le competenze in capo a Regione in relazione alla scuola superiore e ai disabili sensoriali, con il coinvolgimento dei Comuni e dell'ATS. Ne consegue per il prossimo triennio l'importanza di proseguire un lavoro di confronto tra tutte le realtà istituzionali tenendo presenti i diversi e molteplici approcci possibili, all'interno di una rete i cui nodi sono strettamente collegati. In particolare l'obiettivo è pervenire ad un nuovo Accordo Provinciale ridefinendo compiti e modalità di interazione tra le istituzioni oltre che condividere criteri per l'assegnazione delle risorse in particolare di competenza dei Comuni

### Minori valutati al 31/12/2017 ai fini della certificazione scolastica suddivisi per Ambito Distrettuale - Dati ATS Brescia

AMBITI DISTRETTUALI	M	F	NON HANDICAP/NON VALUTATO	HANDICAP	GRAVE HANDICAP
1	129	48	-	122	55
2	-	-	-	-	-
3	129	41	-	131	39
4	68	29	2	79	16
5	26	13	-	34	5
6	39	15	-	48	6
7	73	45	-	79	39
8	27	12	-	33	6
9	74	32	-	47	59
10	53	17	-	29	41
11	-	-	-	-	-
12	162	66	17	136	75
<b>TOTALE</b>	<b>780</b>	<b>318</b>	<b>19</b>	<b>136</b>	<b>1079</b>

### ELEMENTI DI PROGRAMMAZIONE 2018-2020

Titolo obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Modalità di integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Strumenti di valutazione	Tempistica
Integrazione scolastica di alunni con disabilità	<p>Definizione percorsi condivisi tra ATS-ASST- Ambiti/Comuni-Scuola</p> <p>Definizione criteri condivisi per l'accesso agli interventi</p> <p>Definizione modalità di attivazione degli interventi</p>	Incontri di Progettazione, Monitoraggio e verifica	Operatori ATS/ASST/Uffici di Piano/Comuni, Scuola	Incontri periodi di coordinamento	<p>Revisione Accordo di Programma per l'integrazione scolastica di alunni con disabilità</p> <p>Definizione di criteri per l'assegnazione della assistenza all'autonomia nell'ambito della scuola</p>	Documenti condivisi	Entro il triennio di validità del piano

## PROTEZIONE GIURIDICA

Nel corso del Triennio precedente la rete per la Protezione Giuridica si è progressivamente potenziata e rafforzata anche a seguito della sottoscrizione a fine 2013 da parte di tutti gli attori (ATS, Uffici Piano, AA.OO. Terzo Settore) delle Linee Guida Locali per la Protezione Giuridica. Obiettivo primario, in linea con le Linee di Indirizzo Regionali (DGR IX/4696 del 16.01.2013) è stato dar vita ad un sistema locale integrato e responsabile:

- integrato, contenendo, in posizione di attori, diversi soggetti con ruoli e competenze vari, del pubblico e del Terzo settore, che danno un ordine reciproco a parte della propria attività;
- responsabile, perseguendo il proposito di razionalizzare ed ottimizzare le risorse presenti e, soprattutto, di qualificarle, anche attraverso la comune verifica delle azioni e dei risultati.

Nel 2016 alla luce della Riforma Regionale Sanitaria (L.R. 23 /2015) sono state ridefinite le competenze dell'UPG dell'ATS assumendo un ruolo marcatamente specialistico, centrato sui compiti di coordinamento e promozione, di formazione e consulenza a servizi e strutture.

Si è condivisa con le ASST la necessità che contemporaneamente venissero potenziati gli interventi territoriali per la protezione giuridica a sostegno delle famiglie e delle persone, istituendo in ognuna un Ufficio per la Protezione Giuridica.

Nel contempo per controbilanciare il venir meno dell'attività dell'UPG della ex ASL diretta alle famiglie, sono proseguite le attività formative, per diffondere sempre più le competenze di base per la protezione giuridica.

Sempre più rilevante è stata la partecipazione dell'associazionismo al sistema, del volontariato in particolare, con l'apertura di nuovi sportelli.

Nell'ambito del Gruppo di Coordinamento cui partecipano i rappresentanti di tutti gli attori (ATS, ASST, Uffici di Piano, Terzo Settore), la cui responsabilità è affidata all'UPG dell'ATS di Brescia, nel 2017 si è ritenuto necessario, alla luce dei cambiamenti istituzionali ed organizzativi intervenuti, di rivedere le "Linee Guida Locali" che costituiranno la guida per il consolidamento delle attività nel prossimo triennio.

Il Gruppo si riunirà periodicamente con l'obiettivo di facilitare e monitorare l'attuazione di quanto previsto dalle Linee Guida.

Al Gruppo di Coordinamento sono affidate le seguenti funzioni:

- definizione e programmazione di un piano di formazione destinata ai sottoscrittori, mirata ad approfondire le competenze già possedute
- costituzione di gruppi di riflessione e approfondimento
- valutazione delle richieste di adesione alle Linee Guida
- monitoraggio e verifica delle attività attraverso la raccolta ed elaborazione annuale dei dati.

### ELEMENTI DI PROGRAMMAZIONE 2018-2020

Titolo obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Modalità di integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Strumenti di valutazione	Tempistica
Consolidamento della rete per la Protezione Giuridica in applicazione delle Linee di Indirizzo Regionali e Linee Guida Locali	Sostegno alla rete dei servizi di protezione giuridica pubblici e del Terzo Settore che garantiscono le attività previste nelle Linee Guida Locali (informazione, consulenza, orientamento nelle procedure a tutti i cittadini); Realizzazione di iniziative nell'ambito della protezione giuridica in collaborazione con la rete territoriale.	Incontri di progettazione, monitoraggio e verifica	Operatori ATS/ASST/Uffici di Piano/Terzo Settore	Incontri periodici di coordinamento	Iniziative attivate a livello territoriale	N. Iniziative attivate a livello territoriale  Raccolta dati attività e relazione annuale	Entro il triennio di validità del piano

## AREA DIPENDENZE – SALUTE MENTALE – PROMOZIONE DELLA SALUTE

### DIPENDENZE

La Legge Regionale N.15/2016 completa la Legge Regionale N. 23/2015 di riforma della sanità lombarda con un articolato specifico in tema di salute mentale (Titolo V- Norme in materia di salute mentale). L'Art. 53 recita che [...] Afferiscono all'Area di Salute Mentale gli ambiti delle Dipendenze, della Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, della Psichiatria, della Psicologia e della Disabilità Psicica [...]" In ottemperanza a quanto indicato dalla normativa, i Servizi per le Dipendenze Pubblici afferiscono al Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSM-D) delle 3 ASST territoriali: DSM-D ASST Spedali Civili, DSM-D ASST Garda e DSM-D ASST Franciacorta.

La rete dei Servizi per le Dipendenze del territorio di ATS Brescia è composta, inoltre, dai Servizi Privati Accreditati-SMI-(Servizi Multidisciplinari Integrati). I Servizi per le Dipendenze svolgono funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei Disturbi da Uso di Sostanze legali (Alcol e Tabacco) e illegali e Dipendenze Comportamentali (Gioco d'Azzardo Patologico e altre). La rete di offerta delle Dipendenze comprende, inoltre:

- Comunità Terapeutiche Riabilitative, gestite da Enti Gestori Privati
- Associazioni di promozione sociale e gruppi di Auto Mutuo Aiuto, rivolti alle persone con problematiche correlate all'utilizzo di sostanze, disturbi comportamentali e ai loro famigliari.

Il territorio di ATS Brescia presenta una dotazione di Servizi per le Dipendenze, simile alla media regionale, sia per bacino d'utenza servito (circa 90-100.000 abitanti in fascia d'età 15-65 anni), che per distanza media fra i servizi (23 Km).

Caratteristica peculiare del territorio bresciano è l'elevata presenza degli SMI, che rappresentano un terzo del totale dei Servizi per le Dipendenze presenti sul territorio di ATS (4 su 13) e quasi la metà degli SMI presenti in Regione Lombardia (4 su 10).

Nel territorio di ATS Brescia sono presenti 22 Comunità Terapeutiche, di cui 20 accreditate e 2 autorizzate al funzionamento.

Le Comunità Terapeutiche sono diversificate in modo da offrire una gamma il più articolata possibile, rivolta alle necessità delle persone che vi accedono.

Ai Sensi della Dgr. n.12621/2003, i Servizi presenti sul territorio vengono ricondotti alle seguenti tipologie di funzionamento:

- Servizi terapeutico-riabilitativi: servizi sia a carattere residenziale (cioè con permanenza diurna e notturna) che semiresidenziale (con la sola permanenza diurna). Accolgono persone con problematiche di dipendenza da sostanze legali e illegali, nei confronti delle quali, in accordo con i Servizi SerT/NOA/SMI, viene predisposto un progetto terapeutico personalizzato, che si articola su un periodo di tempo non superiore a 18 mesi.
- Servizi pedagogico-riabilitativi: servizi sia a carattere residenziale (cioè con permanenza diurna e notturna) che semiresidenziale (con la sola permanenza diurna). Accolgono persone con problematiche di dipendenza da sostanze legali e illegali, nei confronti delle quali, in accordo con i Servizi SerT/NOA/SMI, viene predisposto un progetto terapeutico personalizzato a prevalente carattere educativo, che si articola su un periodo di tempo non superiore a 30 mesi.
- Servizi di trattamento specialistico: con il termine di trattamento specialistico si intende un percorso terapeutico rivolto a persone con problemi di dipendenza specifici o associati a situazioni cliniche e personali particolari. Questo tipo di trattamento ha luogo sia in unità di offerta che lo realizzano in modo esclusivo, sia in unità d'offerta con moduli specifici. La durata del trattamento specialistico non supera un arco di tempo di 18 mesi.

Si distinguono le seguenti specifiche tipologie di Servizi di trattamento specialistico:

- Servizi di trattamento specialistico per coppie, soggetti con figli, nuclei familiari: accolgono persone dipendenti per le quali è prevista la convivenza comunitaria con i propri figli e/o con i propri partners. Questo tipologia di Servizi è residenziale.
- Servizi di trattamento specialistico per pazienti in comorbilità psichiatrica: accolgono persone tossicodipendenti e alcolodipendenti che presentano anche disturbi psichiatrici, sulla base di un'apposita certificazione rilasciata dal SerT/NOA/SMI in accordo con i Servizi della Psichiatria.
- Servizi di trattamento specialistico per alcol e polidipendenti: accolgono persone dipendenti da alcol e da altre sostanze. Questa tipologia di servizi è residenziale.

- Unità d'offerta residenziali a bassa intensità assistenziale: unità d'offerta sociosanitarie rivolte a persone con problemi di tossico e alcol dipendenza con pregressi pluriennali percorsi terapeutici ambulatoriali o residenziali, difficoltà di reinserimento sociale, abitativo, relazionale, comorbilità. Si tratta di una unità d'offerta rivolta a utenti stabilizzati, ovvero non in una fase attiva di dipendenza, la quale propone una serie di attività e prestazioni finalizzate al raggiungimento del massimo grado di autonomia possibile.

**Tabella 1- Servizi residenziali e semiresidenziali Accreditati nel territorio di ATS Brescia, Sede, Tipo di utenza, Tipologia di servizio offerto e numero posti accreditati e a contratto**

Struttura	Ente gestore	Sede	Tipologia Utenza	Servizi	Posti
Comunità Terapeutica Femminile di Adro	Cooperativa di Bessimo	Adro	Femminile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	10
				Servizio comorbilità psichiatrica residenziale	5
Comunità Terapeutica di Paitone	Cooperativa di Bessimo	Paitone	Femminile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	16
				Servizio alcol e polidipendenti	7
Comunità di Manerbio	Cooperativa di Bessimo	Manerbio	Maschile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	19
				Servizio alcol e polidipendenti	6
Comunità Terapeutica Maschile "Bessimo" Orzinuovi	Cooperativa di Bessimo	Orzinuovi	Maschile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	12
				Servizio alcol e polidipendenti	6
Comunità Terapeutica Villa Bina	Cooperativa di Bessimo	Gottolengo	Femminile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	17
				Servizio alcol e polidipendenti	6
Comunità di Ponteviso	Cooperativa di Bessimo	Ponteviso	Coppie	Servizio coppie soggetti con figli nuclei familiari	24
Comunità Il Calabrone Brescia	Cooperativa Il Calabrone	Brescia	Maschile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	18
Comunità Il Calabrone Collebeato	Cooperativa Il Calabrone	Collebeato	Maschile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	20
Comunità Exodus	Fondazione Exodus	Lonato d/ Garda	Maschile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	15
				Servizio comorbilità psichiatrica residenziale	2
La Farnia	Comunità Fraternità-Cooperativa Sociale	Ospitaletto	Maschile	Servizio comorbilità psichiatrica residenziale	10
Il Platano	Comunità Fraternità-Cooperativa Sociale	Ospitaletto	Maschile	Servizio comorbilità psichiatrica residenziale	15
Il Frassino	Comunità Fraternità-Cooperativa Sociale	Travagliato	Maschile	Servizio pedagogico riabilitativo residenziale	10
				Servizio alcol e polidipendenti	5
Comunità Residenziale	GAIA Società Cooperativa Sociale	Lumezzane	Maschile	Servizio pedagogico riabilitativo residenziale	8
Comunità Semiresidenziale	GAIA Società Cooperativa Sociale	Lumezzane	Mista	Servizio pedagogico riabilitativo semiresidenziale	12
Comunità Donatello	Coop Il Mago di OZ	Brescia	Maschile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	29
Comunità Carebbio	Carebbio - Società Cooperativa Sociale	Sale Marasino	Maschile	Servizio pedagogico riabilitativo residenziale	9
Comunità Aperta S. Luigi	Cooperativa Sociale Comunità Aperta San Luigi	Visano	Maschile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	25
				Servizio comorbilità psichiatrica residenziale	4
Comunità Terapeutica Ai Rucc e dintorni	Società Cooperativa Sociale	Vobarno	Maschile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	12
Comunità Pinocchio	Pinocchio Società Cooperativa Sociale	Rodengo Saiano	Maschile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	22
				Servizio alcol e polidipendenti	4
				Servizio comorbilità psichiatrica residenziale	3
Casa San Giuseppe	Cooperativa Con- Tatto	Brescia	Maschile	Servizio a bassa intensità residenziale	8



**Tabella 2 - Servizi residenziali Autorizzati al funzionamento nel territorio di ATS Brescia, Sede, Tipo utenza, Tipologia servizio offerto e numero posti**

Struttura	Ente gestore	Sede	Tipologia Utenza	Servizi	Posti
Comunità Shalom	--	Palazzolo S/O	Mista	Servizio pedagogico riabilitativo residenziale	125
Comunità Lautari	Cooperativa di Solidarietà Lautari	Pozzolengo	Mista	Servizio pedagogico riabilitativo residenziale	30

Nell'ambito delle analisi relative al fenomeno delle Dipendenze da Uso di Sostanze e Dipendenze Comportamentali, i dati gestiti da ATS Brescia sono relativi esclusivamente alla domanda di cura, pertanto non sono rappresentativi della dimensione del fenomeno dei comportamenti di addiction a livello territoriale.

L'utenza afferente ai Servizi per le Dipendenze, in base alla tipologia, viene suddivisa in:

- Tossicodipendenti
- Alcolodipendenti
- Tabagisti
- Giocatori Problematici o Patologici (GAP)
- Patenti: utenza inviata dalla Commissione Medico Locale Patenti
- Legale: gruppo d'utenza inviata da Tribunale Minori, Tribunale Ordinario, Tribunale di Sorveglianza
- Prefettura: utenza sanzionata art.75 comma 13 del D.P.R. 309/90: possesso di sostanze stupefacenti per uso personale
- Lavoratori: utenti inviati dal medico competente ai Servizi per le Dipendenze

Complessivamente nel corso del 2017 si sono rivolti ai Servizi per le Dipendenze ed hanno ricevuto prestazioni n.7.194 persone.

L'utenza dei Servizi è in larga maggioranza di sesso maschile, con un rapporto maschi/femmine di 5,8 a 1 (83,4% maschi - 16,6% femmine) e con una età media di 42 anni, seppur con alcune differenze tra le diverse tipologie d'utenza e tra i diversi Servizi (Tabella 3).

**Tabella 3– Distribuzione utenza servizi ambulatoriali - Dati ATS Brescia**

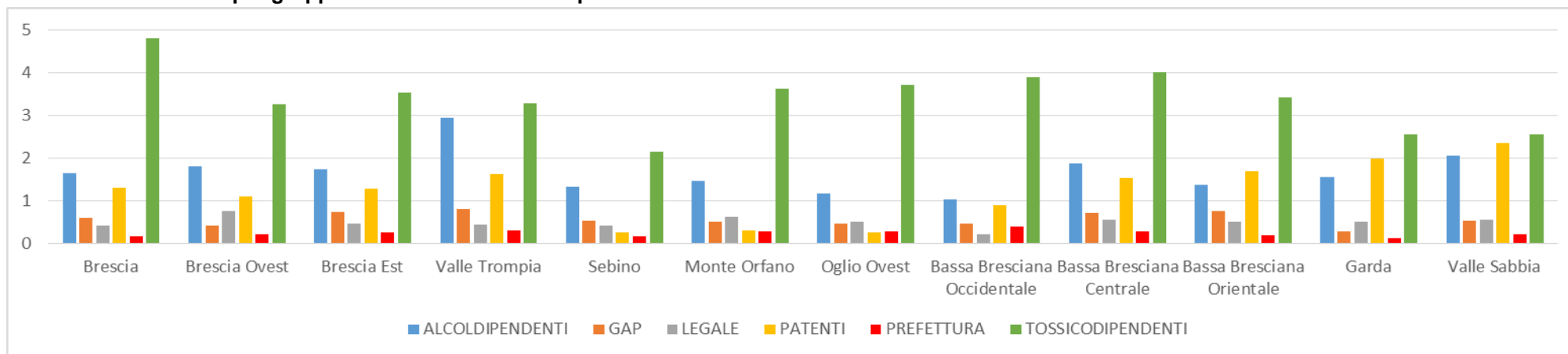
Gruppo d'utenza	TOT.	Età media maschi	Maschi %	Età media femmine	Femmine %
Alcolodipendenti	1.317	48,6	74,0%	51,4	26,0%
GAP	429	45,7	82,7%	52,4	17,3%
Lavoratori	111	40,2	100%	-	-
Legale	403	34,3	76,9%	36,6	23,1%
Patenti	1.110	43,8	90,8%	40,3	9,2%
Prefettura	169	34,9	94,1%	35,5	5,9%
Tabagisti	91	53,1	59,3%	54,6	40,7%
Tossicodipendenti	3.037	39,6	85,3%	39,2	14,7%

Il totale per singola categoria è diverso dalla somma degli utenti in quanto una persona può essere seguita, in momenti diversi dell'anno, da servizi diversi.

La distribuzione per Ambito Distrettuale (Grafico 1) evidenzia:

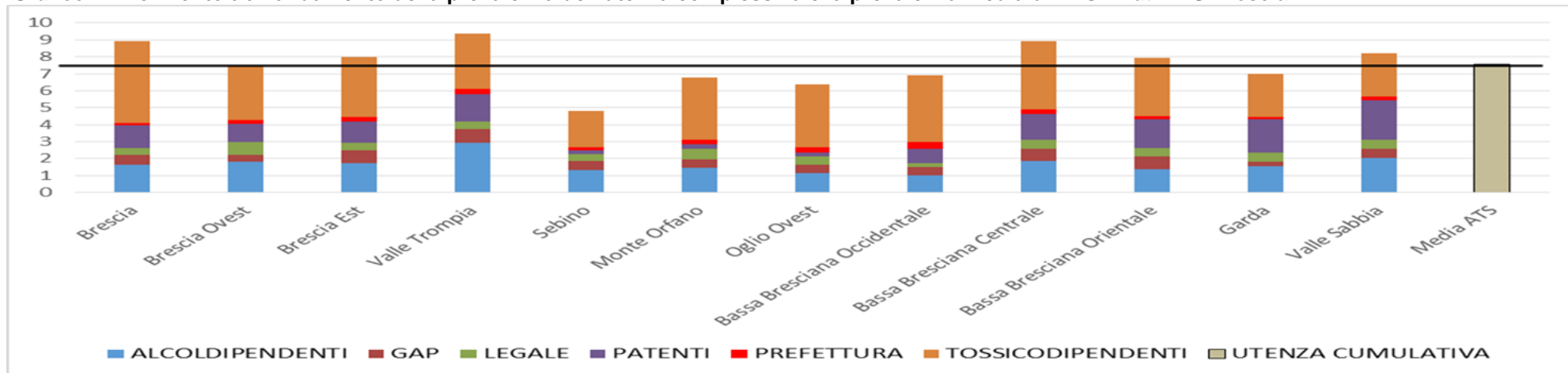
- un'elevata prevalenza di utenza con Disturbi da Uso di Sostanze nell'Ambito 1 Brescia, mentre la prevalenza più bassa si registra nell'Ambito 5 Sebino
- nell'Ambito 4 Valle Trompia si registra un'elevata prevalenza di utenza seguita per Disturbi da Uso di Alcol
- i territori dell'Ambito 12 Valle Sabbia e dell'Ambito 11 Garda sono caratterizzati da alte prevalenze di persone inviate ai Servizi dalla Commissione Medico Locale Patenti

**Grafico 1 - Prevalenza per gruppi di utenza distribuzione per Ambito Distrettuale - Dati ATS Brescia**



Osservando il confronto tra l'andamento della prevalenza dell'utenza complessiva espressa in n. casi su 1000 abitanti dai 18 ai 65 anni e la prevalenza media di ATS (7,56 casi per 1000 abitanti 18-65 anni), si rilevano scostamenti negli Ambiti di: Brescia, Brescia Est, Valle Trompia, Bassa Bresciana Centrale, Bassa Bresciana Orientale e Valle Sabbia, che si posizionano sopra il valore medio e si caratterizzano quindi per un maggior numero di accessi ai servizi. Brescia Ovest si colloca in media, mentre i restanti 5 Ambiti: Sebino, Monte Orfano, Oglio Ovest, Bassa Bresciana Occidentale e Garda riportano valori inferiori alla media, registrando bassi dati di affluenza ai servizi territoriali. (Grafico 2)

**Grafico 2 - Confronto tra l'andamento della prevalenza dell'utenza complessiva e la prevalenza media di ATS - Dati ATS Brescia**



## SALUTE MENTALE

ATS Brescia, attraverso la propria Banca dati della Patologia Psichiatrica e del Disagio Psicico, monitora l'andamento di tale gruppo di patologie a livello territoriale. Il monitoraggio della patologia psichiatrica e del disagio psicico si basa su un doppio algoritmo: uno per stabilire se il soggetto è stato preso in carico per patologia nel corso dell'anno, l'altro per identificare le specifiche diagnosi psichiatriche dell'assistito.

Per la raccolta di dati sono state utilizzate le seguenti fonti, interrogate con specifici criteri di inclusione:

- Esenzioni
- SDO-DGI E DGII (Schede Dimissione Ospedaliera- Diagnosi I e Diagnosi II)
- Flusso Psichiatria 46/SAN
- Pronto Soccorso (6SAN)
- RSA (SOSIA)
- Banca Dati Dipendenze
- Banca Dati Disabilità
- Prestazioni Ambulatoriali-Prestazioni Specifiche
- FARMA

Sono identificati i soggetti che hanno avuto una diagnosi di patologia psichiatrica, ovvero un codice ICD10 "Disturbi psichici e comportamentali (F00-F99)" identificando i seguenti 11 gruppi di patologie:

- Disturbi psichici di natura organica, compresi quelli sintomatici (F00-F09)
- Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive (F10-F19)
- Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti (F20-F29)
- Disturbi dell'umore [affettivi] (F30-F39)
- Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi (F40-F48)
- Sindromi comportamentali associate a disfunzioni fisiologiche e a fattori fisici (F50-F59)
- Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto (F60-F69)
- Ritardo mentale (F70-F79)
- Disturbi dello sviluppo psicologico (F80-F89)
- Disturbi comportamentali e della sfera emozionale con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza (F90-F98)
- Disturbo mentale non specificato (F99)

Alle categorie sopra menzionate, ne è stata aggiunta un'altra comprendente i soggetti che hanno fatto uso di farmaci o di prestazioni ambulatoriali specifiche per la patologia psichiatrica, ma per i quali non è stata riscontrata alcuna diagnosi specifica in nessuno dei database utilizzati. Tale categoria denominata "altri consumatori senza diagnosi", comprende i soggetti che nel corso dell'anno hanno avuto almeno 2 ricette di farmaci specifici o almeno 2 prestazioni ambulatoriali specifiche.

Per il monitoraggio dello specifico anno sono considerati solo gli assistiti realmente presi in carico per patologia psichiatrica nel corso dello stesso anno: ad esempio un soggetto con diagnosi psichiatrica negli anni precedenti il 2017, ma non più preso in carico per patologia psichiatrica nel 2017 (incluso l'uso di farmaci e/o prestazioni ambulatoriali specifici) viene escluso.

**Tabella 1 - Presi in carico patologie psichiche nel 2017 - Dati ATS Brescia.**

<b>Disturbi psichici e comportamentali (F00-F99)</b>	<b>N</b>	<b>% relativa</b>	<b>Prevalenza % / popolazione</b>
Disturbi psichici di natura organica, compresi quelli sintomatici (F00-F09)	10.142	10,1%	0,8%
Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive (F10-F19)	7.889	7,8%	0,7%
Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti (F20-F29)	6.581	6,5%	0,5%
Disturbi dell'umore [affettivi] (F30-F39)	20.909	20,7%	1,7%
Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi (F40-F48)	20.207	20,0%	1,7%
Sindromi comportamentali associate a disfunzioni fisiologiche e a fattori fisici (F50-F59)	947	0,9%	0,1%
Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto (F60-F69)	4.209	4,2%	0,4%
Ritardo mentale (F70-F79)	5.583	5,5%	0,5%
Disturbi dello sviluppo psicologico (F80-F89)	7.133	7,1%	0,6%
Disturbi comportamentali e della sfera emozionale con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza (F90-F98)	3.943	3,9%	0,3%
Disturbo mentale non specificato (F99)	2.099	2,1%	0,2%
Altri consumatori	37.916	37,6%	3,2%
<b>TOTALE</b>	<b>100.865</b>	<b>100,0%</b>	<b>8,4%</b>

Per la categoria patologica “Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive” (F10-F19), i soggetti sono stati classificati in base alla tipologia di sostanza psicoattiva che ha creato il disagio (Tabella 2)

**Tabella 2 - Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive (F10-F19) in valore assoluto (N) e Percentuale relativa (% rel) - Dati ATS Brescia**

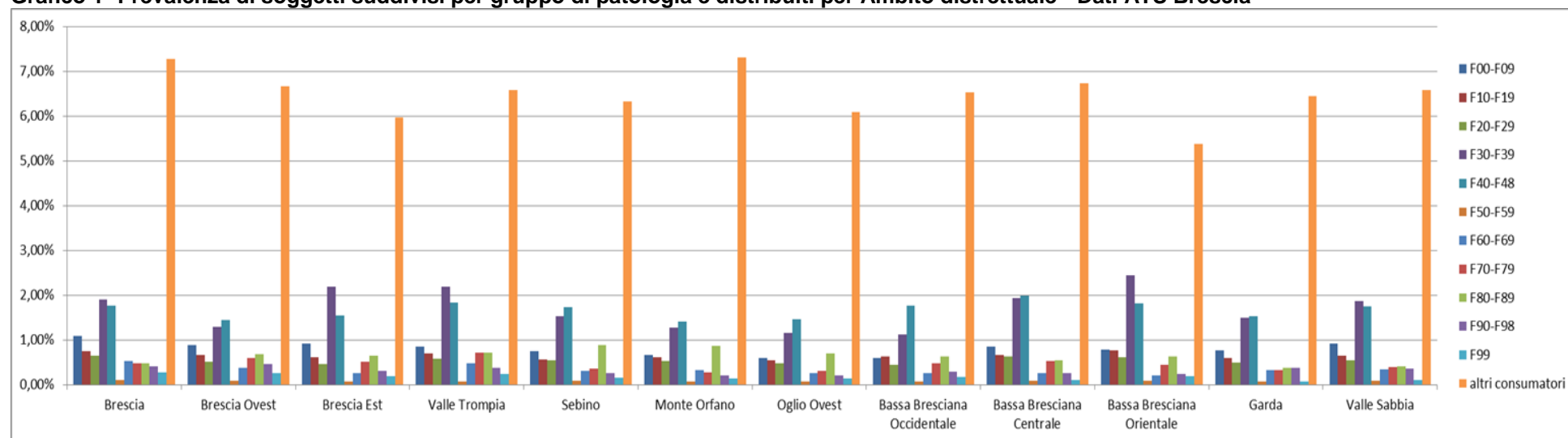
<b>Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive (F10-F19)</b>	<b>N</b>	<b>% rel</b>
F10. - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol	4.590	58,2%
F11. - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di oppioidi	1.442	18,3%
F12. - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cannabinoidi	1.360	17,2%
F13. - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sedativi o ipnotici	157	2,0%
F14. - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cocaina	2.237	28,4%
F15. - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di altri stimolanti, compresa la caffeina	277	3,5%
F16. - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di allucinogeni	41	0,5%
F17. - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di tabacco	130	1,6%
F18. - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di solventi volatili	484	6,1%
F19. - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive multiple e all'uso di altre sostanze psicoattive	742	9,4%
	<b>7.889</b>	<b>100,0%</b>

In Tabella vengono riportati i soggetti con una diagnosi di patologia psichiatrica, ovvero un codice ICD10 “Disturbi psichici e comportamentali (F00-F99)”, suddivisi per gruppo di patologia e distribuiti per Ambito distrettuale. Il Grafico 1 ne riporta la prevalenza.

**Tabella 3 - Numero di soggetti suddivisi per gruppo di patologia e distribuiti per Ambito distrettuale- Dati ATS Brescia**

	AMBITO DISTRETTUALE											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
F00-F09	2.346	898	931	977	412	405	603	339	1.028	528	972	703
F10-F19	1.614	670	617	805	312	370	538	366	809	522	767	499
F20-F29	1.378	519	457	659	304	312	472	257	754	413	634	422
F30-F39	4.112	1.307	2.199	2.528	844	774	1.147	649	2.336	1.660	1.906	1.447
F40-F48	3.823	1.469	1.571	2.124	963	855	1.456	1.026	2.383	1.241	1.936	1.360
F50-F59	211	76	71	72	48	42	70	42	99	62	87	67
F60-F69	1.145	373	256	551	171	202	247	150	296	138	419	261
F70-F79	1.014	601	520	831	203	168	307	277	644	300	419	299
F80-F89	1.040	686	644	827	489	523	696	365	654	425	477	307
F90-F98	884	456	303	437	140	120	213	166	310	159	475	280
F99	585	259	191	264	87	79	129	99	124	122	75	85
altri consumatori	15.755	6.748	6.025	7.643	3.524	4.421	6.071	3.781	8.112	3.663	8.198	5.103

**Grafico 1- Prevalenza di soggetti suddivisi per gruppo di patologia e distribuiti per Ambito distrettuale - Dati ATS Brescia**



Il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD) è una struttura gestionale e funzionale deputata alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi mentali e di dipendenza. Il DSMD assume come principio ispiratore il 'prendersi cura della persona' creando una rete di servizi in grado di realizzare percorsi di cura integrati fra l'ospedale, il territorio, i servizi sociosanitari e sociali. Il DSMD garantisce interventi appropriati ed efficaci, secondo standard di qualità accreditati, in grado di cogliere i bisogni differenziati degli utenti, intervenendo con equipe formate, coinvolgendo attivamente e motivando l'utente nelle fasi di pianificazione e attuazione al proprio percorso di cura. Il DSMD inoltre promuove tutte le azioni necessarie a combattere lo stigma ed a tutelare i pieni diritti dei cittadini affetti da disturbi mentali e di dipendenza. La presenza, all'interno del DSMD, di strutture territoriali (CPS), ospedaliere (SPDC), Residenziali riabilitative e assistenziali a diverse intensità (CRA, CRM, CPA, CPM, RL) e semiresidenziali (CD) consente di seguire la persona con disturbi mentali in modo continuo, organico e integrato, rispondendo ai diversi bisogni che possono configurarsi.

Il DSMD, quindi, attua interventi coordinati, integrati e articolati nelle situazioni, ormai sempre più frequenti, nelle quali patologia mentale, utilizzo di sostanze e disagio sociale generano condizioni ad alta complessità.

#### Tipologia dei Servizi

- Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC): reparto sito nei Presidi ospedalieri. I ricoveri possono essere volontari o obbligatori (trattamento sanitario obbligatorio – TSO), prevalentemente deputati alla gestione della fase acuta
- Centro Psico-Sociale (CPS): struttura territoriale, sede organizzativa e operativa per il coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale delle persone con disturbi mentali in collaborazione con il settore sociosanitario e sociale. Possono essere erogate tipologie differenziate di interventi (consulenza, assunzione in cura o presa in carico) a seconda della complessità dei bisogni clinici, assistenziali e sociali del paziente. L'utente può accedere direttamente o su invio del medico di medicina generale previo appuntamento. L'équipe multiprofessionale presente al CPS è costituita da medici psichiatri, infermieri, coordinatori, educatori, psicologi, assistenti sociali. L'équipe del CPS organizza i percorsi di cura per i pazienti presi in carico valutandone in modo complessivo i bisogni clinico-assistenziali e identificando strategie integrate d'intervento. L'équipe del CPS garantisce una rete di collaborazione con i medici di Medicina Generale, articolando con gli stessi alcune modalità di intervento. Il CPS assicura inoltre interventi integrati con i Comuni, le strutture socio-assistenziali e sociali per i bisogni a maggiore valenza sociale e assistenziale.
- Strutture Residenziali che comprendono:
  - Comunità ad alta intensità Riabilitativa (SRP1 – Strutture residenziali psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo): CRA (ad alta Assistenza) e CRM (a media Assistenza). Nelle CRA e nella CRM vengono attuati percorsi terapeutico-riabilitativi atti a sperimentare, apprendere e sviluppare abilità relative alla cura di sé, dei propri spazi, alla gestione economica, alle attività della vita quotidiana e alle relazioni interpersonali e sociali al fine di conseguire maggiori capacità di svolgere una vita più autonoma (recovery). Si effettuano interventi clinici, psicoterapeutici, psicoeducativi e di recupero cognitivo, seguendo standard di qualità internazionalmente riconosciuti.
  - Comunità Protette a maggiore valenza Assistenziale (SRP2 – Strutture residenziali psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo): CPA (ad alta Assistenza) e CPM (a media Assistenza). Nella CPA e nelle CPM si effettuano interventi volti maggiormente a rispondere ai bisogni di natura assistenziale dei pazienti. Si effettuano comunque interventi riabilitativi mirati al raggiungimento di maggiori abilità o al mantenimento delle abilità residue degli utenti. Si effettuano, inoltre, progetti di dimissione protetta verso realtà di natura socioassistenziale e sociale
  - Residenzialità Leggera: costituisce un'opportunità per le persone che hanno fruito di un percorso riabilitativo con successo e devono completarlo in funzione di un'autonomia maggiore. Vengono quindi formulati progetti mirati, seguiti da un educatore, con la collaborazione dell'équipe del CPS, per consolidare o migliorare le abilità acquisite dall'utente. L'ospite contribuisce economicamente alle spese della casa e, qualora non fosse in grado di partecipare ai costi, il Comune di residenza, previa adeguate verifiche, può subentrare a sostegno.
- Centro Diurno (CD): struttura semiresidenziale con funzioni riabilitative. Si svolgono numerosissime attività, individuali e di gruppo, interne ed esterne al CD, volte al conseguimento di maggiori abilità e al miglioramento del funzionamento del paziente.

Il Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) si rivolge alla popolazione di età compresa tra 0-18 anni con problematiche neurologiche, neuropsicologiche e psichiatriche. Di norma il primo accesso al Servizio inizia con la visita neuropsichiatrica.

Successivamente l'équipe multiprofessionale attiva il percorso di valutazione per la definizione della diagnosi, che può prevedere osservazioni cliniche e/o somministrazione di test specifici in base ai diversi casi. A seconda della diagnosi effettuata e dei bisogni della persona possono essere avviati monitoraggi, cure mediche e/o prese in carico riabilitative e psicoterapiche con trattamenti di tipo logopedico, psicomotorio, psicologico, fisioterapico.

Le principali aree di intervento sono:

- disturbi neuromotori
- malattie muscolari
- ritardi evolutivi su base organica
- ritardi psicomotori
- disabilità intellettiva
- disturbi di apprendimento specifici e aspecifici
- disturbi della comunicazione e del linguaggio
- disturbi della motricità
- autismo
- disturbi emotivi e della condotta
- disturbi psichiatrici dell'età evolutiva

L'attività del servizio è di tipo ambulatoriale, effettuata attraverso visite, colloqui, cicli di terapia riabilitativa ed educativa.

Presso la NPIA di ASST Garda è attiva l'Area Psicosociale Giovani (APG): si tratta di un'area funzionale che integra il Polo di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) con il Centro Psico Sociale (CPS), costituendosi come un'équipe funzionale multidisciplinare dedicata ai giovani nell'età di transizione compresa tra 14 e 24 anni e che manifestano sintomi psicopatologici.

L'obiettivo dell'APG è quello di una tempestiva valutazione diagnostica al fine di individuare precocemente disturbi psichiatrici o prodromi di patologie psichiatriche e intraprendere il percorso di cura più appropriato, con personale specificamente dedicato.

### **RISULTATI TRIENNALITÀ PRECEDENTE 2015-2017 DIPENDENZE-SALUTE MENTALE**

Titolo obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Indicatori di esito	Esiti
potenziare il livello di integrazione relativo alla presa in carico delle persone (minori e adulti) tra i comuni, l'ASL e i servizi della NPI e dei CPS	Definizione buone prassi/modalità operative per la presa in carico di persone con doppia diagnosi, con problematiche di dipendenza e/o con grave disabilità	Definizione protocolli	Protocollo Tecnico Operativo per la gestione di situazioni multiproblematiche: doppia diagnosi - dipendenze patologiche e patologia psichica (adulti) (Decreto ATS n.456 del 18/08/2017). Sottoscritto da: ATS Brescia; Presidente della Conferenza dei Sindaci; ASST Spedali Civili Brescia; ASST Garda; ASST Franciacorta; SMI Il Mago di OZ; SMI Gli Acrobati; Comunità Pinocchio; Comunità Fraternalità

**ELEMENTI DI PROGRAMMAZIONE 2018-2020  
DIPENDENZE-SALUTE MENTALE**

Alla luce dei nuovi assetti organizzativi definiti dalle leggi regionali n. 23/2015 e n.15/2016 è emersa la necessità prioritaria di potenziare la rete sanitaria, socio sanitaria e sociale finalizzata al superamento di frammentazioni tra tutti gli attori coinvolti a livello territoriale nella prevenzione, cura e riabilitazione nell'area Dipendenze-Salute Mentale-Promozione della Salute. E' necessario, attraverso un sistema di governance efficace, attuare una programmazione, a livello di distretto di programmazione, che si traduca in buone prassi operative, utili a rispondere ai nuovi bisogni emergenti, in particolare delle fasce di popolazione più vulnerabili. Elemento cardine della programmazione 2018-2020 è il potenziamento e la continuità dei tavoli di lavoro integrati tra ATS, ASST e Ambiti, finalizzati al raggiungimento di obiettivi specifici, che tengano conto anche delle peculiarità territoriali.

Titolo obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Modalità di integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Strumenti di valutazione	Tempistica
Potenziamento di percorsi condivisi relativi all'invio e alla presa in carico di minori e adulti in situazioni di bisogno, disturbi da uso di sostanze e alcol, disturbi della sfera comportamentale	Implementazione di gruppi di lavoro a livello di Distretto di programmazione alla luce della legge 23/2015 e legge 15/2016  Revisione del Protocollo operativo: Neuropsichiatria /Dipendenze /Psichiatria  Revisione dei Protocolli: - Tabagismo - Alcolismo con focus specifico sulle donne con problemi e/o patologie alcol correlate  Monitoraggio Protocollo Doppia Diagnosi (Dipendenze/Salute Mentale)	Incontri di progettazione/e quipe multidisciplinari  Attività di Formazione congiunta per condivisione buone prassi	ATS  Uffici di Piano  ASST (NPI – Psichiatria – Dipendenze)  Servizi privato accreditato  MMG – PdF  Terzo Settore	Incontri periodici tavoli di Ambito  Costituzione tavolo di lavoro multidisciplinar e e incontri periodici di progettazione  Formazione	Ricostituzione Gruppi di lavoro a livello di Ambito  Revisione e approvazione dei Protocolli operativi  Report applicazione Protocollo Doppia Diagnosi (DD)	Verbal incontri  Protocolli operativi  Report annuale	Incontri nel corso del triennio 2018/2020  Revisione Protocollo Alcol entro 2018  Revisione Protocollo Tabagismo entro 2018  Revisione Protocollo Neuropsichiatria/Dipendenze/Psichiatria entro secondo anno  Produzione Report Protocollo DD a cadenza annuale nel triennio



## PROMOZIONE DELLA SALUTE

A seguito dell'attuazione della Legge Regionale 23/2015, la programmazione in tema di Promozione della Salute ricomprende anche la prevenzione delle dipendenze da sostanze e comportamentali attraverso la realizzazione di interventi che fanno riferimento ai seguenti programmi, in linea con quanto indicato dal Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018 che rappresenta il più importante atto di indirizzo programmatico per tutta l'area della prevenzione, della promozione e tutela della salute:

- “Reti per la promozione della salute negli ambienti di lavoro”
- “Scuole che promuovono salute - Rete SPS/SHE Lombardia
- “Promozione della salute del bambino e della mamma nel percorso nascita”
- “Promozione stili di vita favorevoli alla salute nella comunità”
- “Prevenzione delle cronicità”
- “Rete Regionale Prevenzione Dipendenze”

L'obiettivo generale, comune a tutti i programmi, in coerenza a quanto previsto dai LEA 2017, è ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche, promuovendo il potenziamento dei fattori di protezione (*life skills*) e l'adozione competente e consapevole (*empowerment*) di comportamenti salutari nella popolazione secondo evidenze di efficacia sostenute a livello dei massimi organismi internazionali, OMS *in primis*. Gli obiettivi prioritari sono riferiti ad alcune aree fondamentali e specifiche per la prevenzione delle patologie croniche (cardio-cerebro-vascolari, diabete, alcune forme tumorali) quali una sana alimentazione collegata all'attività fisica e la prevenzione del tabagismo e dell'uso di sostanze, altri sono volti a promuovere il benessere degli individui e della comunità nella sua accezione più ampia.

Dal punto di vista epidemiologico vengono riportati i dati riferiti agli stili di vita così come si evidenziano da report locali e da ricerche ed indagini a valenza nazionale con riferimento a quanto attiene alla Lombardia. I dati riferiti al Piano per il Governo Clinico dei Pediatri di Libera Scelta, fanno rilevare che dei 5.203 bambini per cui nel 2017 sono state raccolte informazioni in occasione del bilancio di salute, eseguito tra il 10° e il 12° mese di vita, il 76,5% degli italiani e l'86,9% degli stranieri sono stati allattati al seno (i dati nazionali ISTAT<sup>1</sup> relativi al 2013 evidenzia che l'84,6% delle donne italiane allattava al seno contro l'89,4% delle donne straniere) e che la percentuale di bambini per cui continua l'allattamento al seno oltre il sesto mese è del 60,4% tra gli italiani e del 73,8% tra gli stranieri (percentuali riferite ai soli bambini allattati in modo esclusivo). Inoltre i 18.167 bambini al di sotto dei 24 mesi valutati nel 2017 rispetto allo stato nutrizionale fanno registrare per il 12,2% uno stato di sottopeso, per il 75,1% normopeso, per il 7,9% sovrappeso e per il 4,7% obesità; nei bambini con più di 24 mesi il 13,2% è sovrappeso e il 4,2% obeso con una tendenza all'aumento di obesità/sovrappeso all'aumentare dell'età.

Nel 2017 i Medici di Medicina Generale partecipanti al Governo Clinico hanno fornito informazioni relative a 816.890 assistiti di età superiore ai 14 anni non solo in relazione alle patologie presenti, ma anche rispetto ad alcune abitudini dei propri assistiti, quali il tabagismo e il tipo di attività fisica svolta, oltre al BMI; in particolare la proporzione di fumatori è diminuita dal 23,5% del 2009 al 19,0% del 2017 fermo restando che la proporzione di fumatori nell'ATS di Brescia è inferiore rispetto a quella nazionale (22,3% nel 2017 secondo un'indagine dell'Istituto Superiore Sanità e DOXA<sup>2</sup>).

Dai dati dell'indagine campionaria nazionale “OKkio alla Salute” che, con cadenza biennale, valuta l'evoluzione nel tempo dello stato ponderale, degli stili alimentari, dell'abitudine all'esercizio fisico dei bambini della terza classe primaria, si evidenzia che, in Regione Lombardia nel 2016, il 47% dei bambini oggetto del campione consuma a metà mattina una merenda inadeguata e l'8% non la consuma affatto; circa un bambino su cinque risulta fisicamente inattivo e solo il 2% presenta un livello di attività fisica raccomandato per la sua età, anche in relazione al fatto di recarsi a scuola con mezzi, propri o pubblici, motorizzati; per contro il 30% dei bambini che ha partecipato all'indagine, guarda la TV e/o gioca con i videogiochi più di 2 ore al giorno.

<sup>1</sup> ISTAT. Gravidanza, parto e allattamento al seno. Dicembre 2014 <http://www.istat.it/archivio/141431>

<sup>2</sup> <http://www.doxa.it/fumo-in-italia-2017/>

Dai dati del 2014 dell'indagine internazionale HBSC che coinvolge gli studenti di 11,13 e 15 anni, emerge, sempre riferito alla Lombardia, che solo una percentuale del 38,1% di studenti consuma frutta e del 31,4 % consuma verdura almeno una volta al giorno: la percentuale, rispetto alle rilevazioni precedenti, è aumentata in tutte le classi di età e in entrambi i sessi, ma i valori permangono lontani dai consumi raccomandati.

In merito al movimento si rileva un aumento dei ragazzi che svolgono attività fisica (un'ora di attività più di tre giorni a settimana) in tutte le fasce di età; per quanto riguarda la sedentarietà, lo studio evidenzia che, pur essendo in diminuzione il numero dei ragazzi che trascorrono tre ore o più al giorno davanti alla TV aumenta la percentuale di adolescenti che passano tre ore o più al giorno a giocare con il PC, lo *smartphone* o il *tablet*.

In relazione ai comportamenti a rischio la stessa indagine fa rilevare che sono l'8,2% gli studenti totali che fumano almeno una volta la settimana, con un passaggio dallo 0,5% degli undicenni e del 5% dei tredicenni al 22,1% dei quindicenni, fascia quest'ultima che vede una netta prevalenza delle femmine (23,4%9 sui maschi 20,8%). Sono il 7,3% gli studenti che hanno bevuto tanto da ubriacarsi almeno due volte nella vita, con una percentuale che passa dal 0,7% degli undicenni al 2,1% dei tredicenni ed al 22,3% dei quindicenni. Quest'ultima classe d'età è stata indagata anche per l'uso di cannabis: hanno dichiarato l'esperienza almeno una volta nella vita il 30,1% dei maschi ed il 22,9% delle femmine.

A fronte di questo panorama epidemiologico la programmazione dell'ATS in tema di promozione della Salute, sviluppata con il coinvolgimento delle tre ASST territoriali, nonché dei servizi del privato accreditato, degli Enti del terzo settore, delle Associazioni territoriali e con il contributo di Aziende di produzione, dell'Istituzione scolastica e degli Enti Locali, negli ultimi anni si è sempre più orientata, oltre che allo sviluppo di programmi ed azioni specifici, anche a fare in modo che gli interventi fossero "allineati" alle buone pratiche che garantiscono la loro efficacia e, nel contempo, perseguono una sintonia che tende ad amplificare gli effetti delle azioni implementate attraverso il coordinamento di più soggetti coinvolti.

I programmi sviluppati trovano diffusione su tutto il territorio di competenza, seppure in modo non sempre omogeneo.

Il programma WHP vede 51 aziende aderenti che sviluppano azioni diversificate in merito ad aree di promozione della salute (attività fisica, alimentazione, contrasto al fumo di tabacco, contrasto alle dipendenze, mobilità sicura e sostenibile, benessere e conciliazione vita-lavoro) raggiungendo circa 15.000 lavoratori; 53 Comuni aderiscono al progetto "Salute in Comune, sostenendo iniziative diversificate volte a promuovere comportamenti salutari nella popolazione; in 34 Comuni sono stati creati, anche in collaborazione con le biblioteche, spazi per favorire l'allattamento al seno; sono 157 in costante aumento i panificatori coinvolti nel programma "Con meno sale nel pane...." volto a porre l'attenzione sul ridotto contenuto di sale come fattore protettivo verso le malattie croniche; sono 62 i Gruppi di Cammino attivi in 38 Comuni per un totale di 1781 partecipanti, sono in totale 3 i Gruppi di Cammino dedicati o con una forte integrazione di persone fragili.

Sono 105 i plessi di scuola primaria con attivi pedibus che coinvolgono direttamente 5574 studenti e 1844 volontari attivi; 35 Istituti Comprensivi con 49 plessi partecipano al programma regionale "Life Skills Training" per un totale di 350 classi interessate, tra prime, seconde e terze per un totale di 7.522 studenti; 33 di questi Istituti Comprensivi (77 plessi) sviluppano sulle cinque classi della scuola primaria un percorso di sviluppo delle life skills modulato sulle diverse classi d'età e preparatorio allo sviluppo del programma nella scuola secondaria di primo grado: sono coinvolte 394 classi per un totale di 7.537 alunni. In relazione al progetto Life Skills Training Program è stato sviluppato un percorso di educazione tra pari rivolto ai genitori che ne ha coinvolto direttamente 134 i quali hanno sviluppato 22 percorsi specifici sulle tematiche del rafforzamento delle competenze dei figli e sul rafforzamento dei fattori protettivi "familiari" raggiungendo e coinvolgendo altri 394 genitori. Trentasei Istituti comprensivi hanno aderito alla proposta di sviluppare percorsi specifici in tema di affettività e sessualità nel triennio della scuola secondaria di primo grado in integrazione con le unità di lavoro del Life Skills training o con percorsi specifici; nei gradi di scuole inferiori sono presenti inoltre percorsi specifici finalizzati a promuovere una corretta alimentazione ed una merenda sana, anche in collaborazione con le Amministrazioni Comunali per sostenere un capitolato d'appalto della mensa scolastica conforme alle indicazioni di ATS.

I Progetti di peer education attivi in 16 Istituti d'Istruzione Superiore del territorio hanno permesso di formare nel 2017, 486 studenti peer educators che hanno coinvolto in azioni da loro stessi sviluppate 4510 coetanei su tematiche diversificate di promozione della salute e del benessere.

Per ridurre l'abitudine tabagica nella popolazione generale è attiva la collaborazione con le ASST (Consultori Familiari, Ambulatori certificativi e vaccinali, alcune Divisioni Mediche del Presidio Ospedaliero Spedali Civili), con i Medici competenti delle Aziende aderenti al progetto WHP e con i Farmacisti per l'utilizzo del Minimal Advice individuato dalla letteratura come strumento efficace per la prevenzione del tabagismo accompagnato, per tutti gli interessati alla disassuefazione, da informazioni utili all'accesso ai Centri per il Trattamento del Tabagismo (CTT). L'esperienza che, nell'ultimo triennio, ha permesso un coinvolgimento in modo omogeneo su tutto il territorio di competenza di ATS, degli Enti Locali, delle ASST attraverso i Servizi specialistici, i Servizi del Privato accreditato e gli Enti del Terzo Settore è rappresentata dalla Rete del Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) che ha visto protagonisti i Comuni che hanno beneficiato di finanziamenti regionali

a seguito di bandi della D.G. Territorio, urbanistica, difesa del suolo e Città Metropolitana. A seguito del D.d.u.o n.6426 del 31 maggio 2017, sono in totale 13 le progettualità attivate dagli Enti Locali/Comunità Montane sul territorio dell'ATS di Brescia di cui 9 rifinanziate e 4 di nuovo finanziamento: 4 progetti vedono attiva la partnership di ATS. ATS ha svolto un ruolo di raccordo in rete per tutte le progettualità.

**RISULTATI TRIENNALITÀ PRECEDENTE 2015-2017  
IN TEMA DI PREVENZIONE DEL GAP**

Titolo obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Indicatori di esito	ESITI
Potenziamento in rete delle azioni di prevenzione del GAP	Incontri di analisi, approfondimento, valutazione delle azioni sviluppate e condivisione dei risultati  Incontri di progettazione, programmazione e sviluppo, esito delle nuove azioni progettuali	Linee di lavoro condivise utili allo sviluppo delle singole progettualità	Le progettualità dei singoli territori sono improntate a criteri di efficacia, di sostenibilità nel tempo e presentano, pur nella particolarità di ciascuno, azioni comuni che permettono una confrontabilità degli esiti di più ampio respiro. In particolare le progettualità di più recente avvio hanno sviluppato un ambito di ricerca sostanzioso utile a meglio definire le caratteristiche del fenomeno per l'implementazione di azioni future particolarmente mirate e stanno sviluppando un percorso di confronto degli item e dei risultati che rappresenterà un valore aggiunto per ciascuna progettualità nell'ottica di una più precisa ed ampia visione epidemiologica.

**ELEMENTI DI PROGRAMMAZIONE 2018-2020**

Titolo obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Modalità di integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Strumenti di valutazione	Tempistica
Potenziamento del collegamento tra la programmazione regionale e la programmazione territoriale	Gruppi di lavoro a livello di Distretto di programmazione Analisi degli interventi in atto  Definizione di interventi di prevenzione "possibili" e "sostenibili" a livello territoriale	Incontri di confronto/conoscenza  Attività di Formazione congiunta per condivisione buone prassi	ATS  Uffici di Piano  ASST  Servizi privato Accreditato  Area Dipendenze e CF  Terzo Settore	Incontri periodici  Formazione	Ricostituzione Gruppi di lavoro a livello di Distretto di programmazione	Verbali incontri	Incontri nel corso del triennio  Produzione documenti condivisi

## MINORI E FAMIGLIA

Il contesto attuale è caratterizzato dall'ampliamento della sfera dei bisogni delle persone e delle famiglie in relazione ai fenomeni delle nuove povertà e alle implicazioni che questo induce rispetto alla fragilità della popolazione. Le problematiche legate alla perdita o alla diminuzione del reddito spesso portano con sé l'incapacità, nel tempo, a far fronte alle diverse e svariate spese che gravano normalmente sui bilanci delle famiglie. Gli effetti della crisi socio-economica hanno dunque generato un aumento della vulnerabilità, che si combina ad ulteriori elementi di fragilità derivanti da evoluzioni e cambiamenti in atto all'interno della struttura sociale. Il focus diventa quello di attribuire importanza ai fattori prossimali, a quei fattori, cioè, da rinforzare e sostenere per evitare che una famiglia fragile diventi una famiglia ai margini.

La salute materno-infantile rappresenta un'area prioritaria di salute pubblica e di attenzione, non solo perché la gravidanza, il parto ed il puerperio sono, in Italia, la prima causa di ricovero per le donne, ma perché rappresentano a livello internazionale indici significativi per valutare la qualità di tutta l'assistenza sanitaria di un Paese.

Un compito significativo e privilegiato è il lavoro sinergico tra tutti i servizi sociali, sociosanitari e sanitari per sostenere le relazioni genitoriali, individuare le fragilità e, con progetti integrati, attivare strumenti e interventi orientati allo sviluppo delle competenze genitoriali; ciò al fine di favorire un'azione di empowerment delle capacità dei genitori per usufruire dei servizi dedicati e per una buona integrazione sociale nel contesto di vita. Diverse sono le iniziative non solo istituzionali, ma anche del Terzo Settore, orientate all'accompagnamento dei genitori e all'integrazione sociale nel loro contesto di vita. In questi anni l'impegno potrebbe dirigersi verso una conoscenza delle molteplici risorse e trovare connessioni e contaminazioni fra tutte le realtà impegnate in questo settore.

Per la famiglia sono già in essere, da alcuni anni, sostegni economici erogati da diverse Istituzioni, progetti di sostegno all'allattamento materno e di intervento per la depressione perinatale e azioni proattive per la fragilità genitoriale nei Consultori Familiari e i Punti Nascita, nonché interventi sociali e progetti nell'area della Tutela Minori.

Il progetto "Percorso nascita" trova nella normativa regionale e nazionale importanti indicazioni sulla necessità che i servizi territoriali (consultori familiari, medici di famiglia e pediatri di famiglia) e le strutture ospedaliere (Punti Nascita a diverso livello di complessità) lavorino in modo coordinato e trasparente, offrendo servizi che integrano le rispettive competenze e che assicurano continuità assistenziale.

Si riportano di seguito le tabelle riassuntive rispetto al Bonus Famiglia (Tabella 1) e quelle relative al Percorso Nascita (Tabella 2)

**Tabella 1. Distribuzione Domande Bonus 2017 per Ambito Consultori Pubblici e Privati dal 1/1/2017 al 30/4/2017 e dal 27/6/2017 al 31/12/2017**

	AMBITO DISTRETTUALE												TOTALE
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Domande Bonus Famiglia (N.)	563	160	141	181	52	81	229	89	200	112	115	101	2024

**Tabella 2. Triage Percorso nascita – Punti nascita / Consultori familiari Rilevazione 2017 per Ambito distrettuale - Dati ATS Brescia**

		AMBITO DISTRETTUALE												TOTALE
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Punti Nascita	Rosso	12	1	5	4	0	0	8	2	9	3	2	5	51
	Giallo	98	55	33	52	13	7	37	24	42	29	36	36	462
Consultori	Rosso	4	0	0	3	0	0	3	3	3	3	1	5	25
	Giallo	30	36	12	38	12	2	16	13	16	51	24	27	277

## DONNE E VIOLENZA DI GENERE

Le reti Antiviolenza territoriali (Comunità Montana di Valle Trompia, Desenzano e Palazzolo) sono state riconosciute da Regione Lombardia con decreto n.2864 del 1/3/2018 e sono stati approvati i progetti annuali presentati, come previsto dalla DGR 5878/16. Nel novembre 2017 sono state altresì approvate le linee guida nazionali in tema di soccorso e assistenza socio sanitaria alle donne vittime di violenza, per rendere attivo e operativo il percorso volto a garantire adeguata assistenza, accompagnamento/orientamento, protezione e messa in sicurezza della donna che subisce violenza. Esse si rivolgono alle operatrici e agli operatori socio sanitari e devono essere destinate agli attori pubblici e privati che, a diverso titolo, operano per la prevenzione ed il contrasto alla violenza maschile contro le donne. ATS risponde all'investimento di Regione Lombardia, sostenendo ulteriormente l'implementazione delle Reti Territoriali Antiviolenza, dei Centri Antiviolenza e delle Case Rifugio, al fine di aggregare territori in cui gli Enti pubblici e privati collaborino in modo sinergico all'offerta di percorsi di uscita dalla violenza per le donne che ne sono vittima. Dal 2008 l'ex ASL aveva stipulato un Accordo con i Pronto Soccorso del territorio per la rilevazione delle donne vittime di violenza e il coinvolgimento dei Consulteri Familiari per la presa in carico. L'avvio dei progetti previsti dalle Reti Territoriali Antiviolenza potrà implementare le risorse e favorire una capillare sensibilizzazione alle donne per intraprendere e perseverare nel percorso di uscita dal circuito della violenza. Nella tabella sottostante, i dati relativi alle segnalazione da parte dei Pronto soccorso ai Consulteri Familiari

<b>Donne vittime di violenza - Segnalazione dei Pronto Soccorso ai Consulteri Familiari - Anno 2017</b>			
<b>Pronto Soccorso</b>	<b>Senza richiesta di presa in carico</b>	<b>Con richiesta di presa in carico</b>	<b>Totale</b>
Spedali Civili	32	30	62
Gardone Val Trompia	12	5	17
Ist. Clinico S. Anna	24	7	31
Ist. Clinico Città di Brescia	13	3	16
Fond. Poliambulanza	43	24	67
Ist. Clinico S. Rocco	5	3	8
<b>Totale ASST</b>	<b>129</b>	<b>72</b>	<b>201</b>
<b>Donne vittime di violenza - Segnalazione dei Pronto Soccorso ai Consulteri Familiari - Anno 2017</b>			
<b>Pronto Soccorso</b>	<b>Senza richiesta di presa in carico</b>	<b>Con richiesta di presa in carico</b>	<b>Totale</b>
Iseo	19	14	33
Chiari	21	25	46
<b>Totale ASST</b>	<b>40</b>	<b>39</b>	<b>79</b>
Montichiari	15	10	25
Manerbio	16	31	47
Desenzano	23	19	42
Gavardo	30	28	58
<b>Totale ASST</b>	<b>84</b>	<b>88</b>	<b>172</b>
<b>Totale Complessivo</b>	<b>253</b>	<b>199</b>	<b>452</b>

## TUTELA MINORI

La complessità delle situazioni in carico ai Servizi Tutela Minori dei vari Ambiti è in continua crescita e necessita di interventi sempre più integrati, che coinvolgano più servizi e più territori. Sono in aumento le situazioni in carico, sia su mandato del Tribunale Ordinario (TO) che del Tribunale per i Minorenni (TM) che interessano più Ambiti, in relazione alla residenza dei genitori dei minori in carico. La P.g.r. n. X/7626, ridefinisce la regolamentazione del sistema di accesso, di remunerazione, rendicontazione e controllo in merito alla misura “Comunità per minori vittime di abuso, violenza e grave maltrattamento”. Regione Lombardia ha esteso la possibilità di remunerare gli inserimenti in comunità, a condizione che sia attuato un progetto quadro che preveda la presa in carico della famiglia e del minore.

Particolare riguardo si deve alle Audizioni protette della Convenzione di Lanzarote, ratificata in Italia in data 23/10/2012. Essa sancisce principi cardine a cui gli stati firmatari devono adeguarsi in materia di prevenzione e criminalizzazione di ogni forma di abuso e sfruttamento sessuale nei confronti dei minori. Nel nostro territorio la collaborazione con la Magistratura Ordinaria e Minorile, in particolar modo le Procure, e le Forze dell'Ordine, continua ad essere garantita dagli psicologi delle ASST. Il lavoro condiviso ha favorito certamente la qualità dell'intervento e la disponibilità reciproca a mettere in campo tutte le attenzioni, affinché sia tutelato l'adolescente interessato, concordando il luogo dell'audizione, i tempi, e lo scambio delle informazioni necessarie.

Di seguito, i dati riassuntivi relativi alla rilevazione 2017 sulle Audizioni della Convenzione di Lanzarote, suddivisi per ASST.

<b>Audizioni protette Convenzione Lanzarote Rilevazione 2017</b>	
ASST Spedali Civili	66
ASST Franciacorta	3
ASST Garda	36
<b>Totale</b>	<b>105</b>

Di seguito rilevazione anno 2017 per Ambito della situazione Minori con provvedimento della magistratura

	<b>AMBITO DISTRETTUALE</b>												<b>TOTALE</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	
Minori con provvedimento Autorità Giudiziaria	704	275	247	430	149	159	310	155	266	179	349	294	3517
Famiglie coinvolte	472	131	143	278	116	104	214	84	170	120	200	194	2226
Minori in Comunità con madre	29	10	8	4	1	5	14	5	12	5	6	4	103
Minori in Comunità	40	12	14	18	1	10	12	16	12	16	22	23	196
Affido	69	25	37	52	12	23	58	9	40	22	23	28	398

**ELEMENTI DI PROGRAMMAZIONE 2018-2020**

Titolo obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Modalità di integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Strumenti di valutazione	Tempistica
Sostegno alla famiglie fragili	Definire i rapporti con i diversi soggetti coinvolti nelle azioni connesse all'erogazione del sostegno economico previsto dalla DGR 7230/17 "Bonus famiglia"	Integrazione nei programmi di intervento per le famiglie vulnerabili	Operatori dei Comuni, dei Consulenti pubblici e privati, operatori del Terzo Settore (CAV)	DGR n.7230/17 e decr. attuativi  Progetto di intervento  Patto di corresponsabilità	Incremento presa in carico servizi territoriali/consulenziali	Piattaforma SIAGE	Entro il triennio
Sostegno alla maternità e attenzione alle situazioni di fragilità	Sviluppare un modello culturale, organizzativo e operativo che offra un accompagnamento alla donna/coppia/famiglia, nella promozione della salute in gravidanza, nel dopo parto, nella relazione madre-padre-bambino, nella promozione dell'allattamento al seno, nel sostegno della genitorialità	Sviluppo di una presa in carico trasversale tra punti nascita, consulenti e servizi sociali per una presa in carico integrata e di sostegno con i comuni nelle situazioni di maggiore fragilità	Operatori sanitari dei punti nascita e socio sanitari dei consulenti familiari pubblici e privati e dei servizi sociali di base	Progetto "Percorso Nascita" e "A casa dopo il parto"	Aumento adesioni donne ai progetti; individuazione precoce situazioni di fragilità e allerta servizi sociali di base	Adesione Piattaforma Survey Monkey Numero di prese in carico consulenti/servizi sociali	Entro il triennio
Contrasto alla violenza di genere	Definire e governare un percorso che garantisca continuità assistenziale e che preveda tempestività di attivazione di un progetto di presa in carico territoriale e di sostegno alla donna vittima di violenza	Mantenimento protocolli ospedalieri/PS attivazione rete dei servizi territoriali;  Avvio di uno sportello di accoglienza/ascolto in ogni ambito territoriale  Costituzione di una equipe dedicata	Operatori sanitari e socio sanitari pubblici e privati	Reti antiviolenza/consulenti/ servizi sociali	Aumento numero di donne che intraprendono percorsi di uscita dal circuito della violenza	Report regionali	Entro il triennio

Sostegno ai Minori vittime di abuso e grave maltrattamento	Definire un percorso di remunerazione, rendicontazione e controllo partecipato, integrato e condiviso	Condivisione dei criteri per eleggibilità e mantenimento alla misura minori in comunità  Avvio e sperimentazione in qualche ambito di buone prassi per la tutela minori	Operatori Ambiti/comunità/T utela minori/ ATS/ASST	Progetto quadro/Pei/scheda prestazioni socio sanitarie	Sperimentazio ne di misure alternative alla residenzialità	Rendicontazion e periodica/	Entro il triennio
---	---	--	---	---	---	--------------------------------	----------------------



## CONCILIAZIONE VITA-LAVORO

Regione Lombardia ha avviato dal 2010 (DGR n.381/2010) un processo per promuovere e sostenere interventi a favore delle politiche territoriali di conciliazione dei tempi lavorativi con le esigenze familiari, attraverso la definizione ed il potenziamento di un modello di governance partecipata e lo sviluppo di partnership pubblico-privato denominate Reti per la conciliazione e Alleanze locali di conciliazione.

Il Piano Territoriale di Conciliazione 2011-2012, ai sensi della DGR 1576/2011 ha costituito sul territorio della ex ASL di Brescia la Rete per la conciliazione che ha visto, come primo momento, la sottoscrizione dell'Accordo territoriale per la conciliazione tra: Regione Lombardia; ex-ASL di Brescia; Provincia di Brescia; Comune di Brescia; 12 Ambiti territoriali; Associazione Comuni bresciani (ACB); Camera di Commercio, Industria, Artigianato, Agricoltura di Brescia (CCIAA); Consiglieria di Parità. L' Accordo territoriale per la conciliazione prevedeva la creazione di una rete di partners pubblico-privato in grado di recepire e promuovere politiche concrete per la conciliazione dei tempi famiglia-lavoro del territorio di riferimento e l'implementazione dei processi di conciliazione con particolare attenzione alle micro-piccole e medie imprese localizzate sul territorio. All'Accordo territoriale per la conciliazione hanno aderito, nel tempo, imprese, cooperative sociali, associazioni di categoria, fondazioni e strutture sociosanitarie. L'avvio di progettualità locali promosse con le risorse messe a disposizione dalla DGR 1576/2011 ha costituito indubbiamente un momento significativo di strutturazione di raccordi territoriali finalizzati a promuovere azioni di conciliazione a favore dei dipendenti delle imprese e dei cittadini, e soprattutto ha visto gli Uffici di Piano per la prima volta promotori di azioni territoriali di conciliazione.

Il Piano territoriale 2014-2016 (ai sensi della DGR 1081/2013) ha previsto il rinnovo dell'Accordo per la valorizzazione delle politiche di Conciliazione famiglia-lavoro e la costituzione di tre Alleanze locali di conciliazione, per facilitare la programmazione a livello territoriale e un più stretto raccordo con i Piani di Zona; nello specifico sono le seguenti:

- Alleanza di Montichiari, Comune capofila Montichiari, con Ambito distrettuale Bassa Bresciana Occidentale, Ambito distrettuale Bassa Bresciana Centrale, Ambito distrettuale Bassa Bresciana Orientale, Ambito Garda;
- Alleanza di Brescia, Comune capofila Brescia, con Ambito distrettuale di Brescia e Ambito distrettuale Brescia Est;
- Alleanza di Palazzolo sull'Oglio, Comune capofila Palazzolo sull'Oglio, con Ambito distrettuale Monte Orfano, Ambito distrettuale Sebino, Ambito distrettuale Oglio Ovest ed Ambito distrettuale Brescia Ovest.

Nella realizzazione del Piano 2014-2016 hanno aderito alle Alleanza Territoriali di Conciliazione l'Ambito Distrettuale Brescia Ovest e l'Ambito Distrettuale Garda, portando il numero degli Ambiti aderenti da 8 a 10.

Il Piano Territoriale di Conciliazione 2017-2018 ha visto l'adesione di tutti i 12 Ambiti Territoriali, ampliando l'alleanza agli Ambiti Distrettuali di Valle Sabbia e di Valle Trompia.

### RISULTATI TRIENNALITÀ PRECEDENTE 2014-2016

Alleanza	Azioni previste	Esiti
Alleanza locale di Montichiari	<ul style="list-style-type: none"> <li>- voucher per il ricorso ai servizi di cura per anziani e disabili;</li> <li>- voucher per servizi socio-educativi per l'infanzia;</li> <li>- voucher premialità assunzione, per imprese che assumono madri escluse dal mercato del lavoro con un figlio di età non superiore ai 5 anni;</li> <li>- servizi di consulenza alle imprese per la definizione di un piano di flessibilità e welfare aziendale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- n. 993 persone dipendenti delle imprese aderenti alle alleanze locali di conciliazione;</li> <li>- n. 16 MPMI per premialità assunzione;</li> <li>- n. 2 MPMI per servizi di consulenza.</li> </ul>
Alleanza locale di Brescia		
Alleanza locale di Palazzolo		

## ELEMENTI DI PROGRAMMAZIONE 2018-2020

Regione Lombardia con DGR n. X/5969 del 12/12/2016 ha promosso anche per il biennio 2017-2018 il Piano Territoriale delle politiche di conciliazione dei tempi lavorativi con le esigenze familiari, dando continuità al modello di governance articolato in Reti ed Alleanze.

Il Piano Territoriale di Conciliazione 2017-2018 prevede la realizzazione di tre progetti in capo alle Alleanze Locali di Conciliazione di Brescia, Palazzolo sull'Oglio e Montichiari e lo sviluppo dell'Azione di Sistema, in capo ad ATS Brescia.

Con Decreto DG n. 110 del 24/02/2017 ATS Brescia ha recepito i contenuti della sopracitata DGR, provvedendo al rinnovo dell'Accordo per la valorizzazione delle politiche territoriali in materia di conciliazione sottoscritto in data 11 Marzo 2014 e con determinazione n.90 del 27/02/2017 ha preso atto:

- della composizione della Rete Territoriale di conciliazione;
- del regolamento per il funzionamento della Rete stessa, finalizzato a disciplinare le modalità operative per lo svolgimento delle attività;
- della costituzione del nuovo Comitato di Programmazione Valutazione e Monitoraggio, confermandone la composizione ed integrandola con la partecipazione di tre rappresentanti delle OO.SS confederali, di due rappresentanti dei Comuni e di tre Responsabili dei Progetti delle Alleanze locali.

A seguito del bando promosso con Decreto DG n. 172 del 17/03/2017 e del lavoro di potenziamento del raccordo territoriale, si sono confermate le tre Alleanze locali di Conciliazione:

- Alleanza di Brescia, Comune capofila Brescia, con Ambito distrettuale di Brescia, Ambito distrettuale Brescia Est e Ambito distrettuale di Valle Trompia;
- Alleanza di Palazzolo sull'Oglio, Comune capofila Palazzolo sull'Oglio, con Ambito distrettuale Monte Orfano, Ambito distrettuale Sebino, Ambito distrettuale Oglio Ovest ed Ambito distrettuale Brescia Ovest;
- Alleanza di Montichiari, Comune capofila Montichiari, con Ambito distrettuale Bassa Bresciana Occidentale, Ambito distrettuale Bassa Bresciana Centrale, Ambito distrettuale Bassa Bresciana Orientale, Ambito Garda-Salò, Ambito Distrettuale di Valle Sabbia;

realizzando il pieno coinvolgimento dei 12 Ambiti distrettuali.

Con Decreto DG n. 308 del 25/05/2017 sono state approvate le progettualità delle tre Alleanze volte alla realizzazione del Piano Territoriale di Conciliazione 2017-2018 attraverso le seguenti azioni:

- contributi destinati ai lavoratori dipendenti delle aziende aderenti alla Rete di Conciliazione e alle Alleanze a copertura totale e/o parziale delle rette sostenute per i servizi di cura (es. assistenza familiare per anziani e disabili ad esclusione di ADI e SAD);
- servizi socio-educativi per l'infanzia (es. nido, centri per l'infanzia, baby parking, ludoteca, etc.);
- servizi socio-educativi per i minori di età fino ai 14 anni (es. servizi preposti nell'ambito delle attività estive, attività pre e post scuola, centri diurni aggregativi ed educativi, attività sportive, musicali e culturali).

Elemento innovativo del Piano Territoriale di Conciliazione 2017-2018 è rappresentato dall'Azione di Sistema, la cui attuazione prevede la figura dell'operatore/degli operatori di rete, in grado di promuovere nel territorio e nei luoghi di lavoro la cultura della conciliazione.

In particolare è previsto che l'operatore/gli operatori di rete, operando in stretta sinergia con ATS e le Alleanze locali, realizzi/realizzino i seguenti interventi prioritari:

- promozione sul territorio delle azioni definite dal Piano Territoriale di Conciliazione 2017-2018 in continuità con il precedente Piano e in raccordo con le azioni proposte dalle tre Alleanze, come precedentemente descritto;
- supporto all'ampliamento della Rete di conciliazione e sviluppo di azioni in sinergia con la Rete Workplace Health Promotion Lombardia (WHP) in collaborazione con la U.O. Promozione della Salute di ATS Brescia;
- approfondimento e analisi di contesto del territorio in merito alle imprese profit e no profit, con particolare attenzione alle MPMI e alle aziende di cura pubbliche e private (es. RSA), per promuovere e diffondere nelle stesse la cultura della conciliazione, affinché i lavoratori ad oggi esclusi dalle politiche di conciliazione vita-lavoro possano fruire dei benefici previsti;
- diffusione nelle imprese profit e no profit, MPMI e nelle aziende di cura pubbliche e private la conoscenza e l'utilizzo delle misure previste dalla legislazione nazionale in materia di conciliazione famiglia-lavoro (es. regime di defiscalizzazione, sviluppo della contrattazione territoriale e accordi di secondo livello, ecc.) in sinergia con le OO.SS.;

- sviluppo di un rapporto diretto con le imprese e di accompagnamento nel percorso di attuazione della azioni previste, nell' ottica della diffusione della cultura di conciliazione famiglia-lavoro e della sensibilizzazione sulle tematiche ad essa correlate, sulla base dell'analisi dei bisogni e delle priorità del territorio.

Titolo obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Modalità di integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Strumenti di valutazione	Tempistica
<p>Potenziamento delle tre Alleanze locali in materia di Conciliazione Vita – Lavoro, al termine delle progettualità avviate con il Piano Territoriale di Conciliazione 2017-2018</p> <p>Ampliamento della Rete di Conciliazione di ATS Brescia</p>	<p>Azione di Sistema: Coinvolgimento dei nuovi Ambiti aderenti alle Alleanze di Conciliazione attraverso gli operatori di rete</p> <p>Coinvolgimento di realtà profit e no profit (con particolare attenzione alle RSA presenti sul territorio), anche al fine di cofinanziare i progetti in essere</p> <p>Coinvolgimento delle 3 ASST</p> <p>Stabilizzazione delle buone prassi avviate a livello territoriale</p> <p>Diffusione della cultura di Conciliazione Vita - Lavoro</p>	Incontri di programmazione, valutazione e monitoraggio	<p>Comitato di programmazione , valutazione e monitoraggio</p> <p>ATS Uffici di Piano</p> <p>Operatore/i di rete</p> <p>Imprese profit e no profit</p>	<p>Accordo di Rete</p> <p>Accordi per la realizzazione delle Alleanze</p>	<p>N. Enti aderenti alla Rete</p> <p>N. Accordi per la realizzazione delle Alleanza</p> <p>N.incontri sul territorio con Enti/lavoratori da parte dell'Operatore di rete</p>	<p>Adesione all'Accordo di Rete</p> <p>Accordo per la realizzazione delle Alleanze</p>	Entro il triennio

## CARTELLA SOCIALE INFORMATIZZATA

La Cartella Sociale Informatizzata (CSI) è una soluzione informatica in grado di fornire funzioni sia a livello professionale-operativo agli assistenti sociali/operatori, sia a livello amministrativo-gestionale agli Enti che devono programmare e coordinare gli interventi sociali.

La CSI è uno strumento imprescindibile per i servizi sociali dell'Ente locale, in quanto permette la gestione delle informazioni sociali e sociosanitarie relative all'utenza, il collegamento ad altre banche dati e l'assolvimento di debiti informativi nazionali e regionali; consente infatti la gestione unitaria e condivisa di dati e attività sia a livello intra comunale, intra-ambito, che istituzionale.

Nel corso del 2016/2017 si è proceduto a sviluppare l'utilizzo uniforme della Cartella Sociale Informatizzata (CSI), attraverso la definizione, secondo il percorso delineato da Regione Lombardia (DGR n.X/5499-2 agosto 2016) di elementi informativi comuni, tali da consentire lo sviluppo di soluzioni omogenee su tutto il territorio di ATS.

A seguito delle indicazioni fornite da Regione Lombardia ed attraverso il lavoro di raccordo svolto da ATS, gli Ambiti hanno provveduto ad adeguare la CSI, già in uso, ed hanno avviato il processo volto a perseguire l'obiettivo comune di allineamento della CSI. Nel corso del triennio sono previste ulteriori azioni di sviluppo della CSI al fine di realizzare una interoperabilità sempre più ampia, tramite l'attivazione di processi utili all'integrazione della stessa con le banche dati di altri Enti.

### ELEMENTI DI PROGRAMMAZIONE 2018-2020

Titolo obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Modalità di integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Strumenti di valutazione	Tempistica
Implementazione sistemi di interoperabilità tra le diverse soluzioni informatiche sulla base delle indicazioni di Regione Lombardia  Adeguamento delle estrazioni dei dati per i flussi informativi finalizzati alle rendicontazioni richieste da Regione Lombardia	Livello di utilizzo della Cartella Sociale Informatizzata (CSI) da parte degli operatori interessati  Stato di avanzamento degli interventi finalizzati alla realizzazione della interoperabilità	Raccordo periodico con gli attori coinvolti	ATS  Uffici di Piano  Comuni  SWH fornitrici dei sistemi in uso	Cartella Sociale Informatizzata (CSI)  Formazione	% operatori con accesso alla CSI  Report di utilizzo della CSI per le rendicontazioni (debito informativo)  Documentazione di adeguamento delle soluzioni SWH adottate in ottemperanza alle indicazioni regionali	Verifica rispetto a trasmissione acquisizione flussi	Triennio 2018-2020

## SECONDA PARTE

### LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE INTERDISTRETTUALE DEGLI AMBITI BRESCIANI (a cura della Cabina di Regia degli Uffici di Piano dell'ATS di Brescia)

#### POLITICHE ABITATIVE

Nell'ultimo decennio il tema dell'abitare si è trasformato per una fascia sempre più ampia di cittadini in una vera e propria emergenza sotto il profilo sociale. I recenti fenomeni di crisi ci mettono di fronte a scenari ben differenti da quelli che hanno ispirato le politiche abitative a partire dagli anni Ottanta: parliamo di una generalizzata diffusione del disagio abitativo in un contesto di stagnazione economica, come evidenziano indicatori quali la crescente incidenza degli sfratti per morosità e dell'ingresso in sofferenza dei mutui. Non si tratta, in breve, di provvedere ai bisogni delle famiglie più fragili, in un paese di proprietari di casa, ma a quelli di crescenti settori della popolazione locale minacciati dalla "povertà abitativa", dal momento che oggi non sono più soltanto le fasce tradizionalmente svantaggiate ad esprimere un bisogno abitativo, ma questo sta diventando un fenomeno che investe trasversalmente la società, ponendo la necessità di ricollocare i temi dell'abitare in una posizione centrale, ricercando soluzioni nuove ed integrate.

I significativi cambiamenti socio-economici e demografici che interessano la nostra società, fanno emergere nuovi bisogni che non sempre trovano risposta: il forte e incrementale invecchiamento della popolazione, il costante aumento dei flussi migratori, il pericoloso aumento della povertà generano infatti sempre più situazioni di vulnerabilità che producono ricadute nella capacità delle persone a garantirsi l'accesso e il mantenimento dell'alloggio. Le amministrazioni pubbliche e i contesti privati, a fronte di un incremento di situazioni critiche quali sfratti, e morosità crescenti, si trovano dunque di fronte alla necessità di individuare risposte diversificate. In uno scenario di questo tipo si rende necessario costruire strategie integrate capaci di dare risposte efficaci, in particolare per quelle persone che spesso non accedono ai servizi se non quando ormai è troppo tardi per trovare soluzioni sostenibili. Oggi la vulnerabilità parla sempre più anziani soli, di donne sole con bambini, di fallimenti, improvvise malattie, di situazioni in cui sembra necessario sperimentare politiche e progetti che mettano insieme diversi settori di intervento e che interpretino le politiche abitative come parte di un sistema di welfare integrato. L'obiettivo è individuare strategie che consentano di contenere le nuove vulnerabilità e impedire che queste si trasformino in nuove situazioni di marginalità, in un'ottica di prevenzione e sostenibilità dello stesso sistema di welfare.

Con la nuova Legge Regionale 16/2016 di disciplina dei servizi abitativi, si configura un nuovo campo d'azione per il cosiddetto "welfare abitativo" all'interno del quale si chiede alle amministrazioni locali di valorizzare le risorse integrando competenze tradizionalmente afferenti a dimensioni distinte, a cominciare da quelle sociali e urbane.

La legge regionale 16/2016 introduce, dal punto di vista programmatico, importanti novità che spingono verso una logica di programmazione e gestione dei servizi abitativi a livello sovracomunale. A tal proposito, un dato significativo è rappresentato dalle nuove modalità con le quali viene trattato il problema delle assegnazioni di edilizia residenziale pubblica. Le politiche abitative sono concepite come politiche "collegate" alla programmazione sociale dei Piani di zona.

I dodici ambiti distrettuali dell'A.T.S. già nella precedente programmazione, 2015/2017, avevano relativamente al tema dell'abitare previsto una specifica azione di intervento concertata a livello sovradistrettuale e che era stata elaborata attraverso una consultazione con alcune realtà del territorio provinciale, portatrici di interesse e di competenze sul tema specifico. Quanto determinato a livello sovradistrettuale aveva trovato spazio all'interno della programmazione dei singoli Piani; tra l'altro esito di quella programmazione è stata la sottoscrizione di protocolli con il Tribunale in ordine alla gestione delle procedure di rilascio dell'immobile a seguito di sfratto.

Preliminarmente all'avvio della nuova programmazione sociale per il triennio 2018/2020 i dodici ambiti, in continuità con i raccordi già intrapresi, hanno stabilito di porre il tema della casa tra le questioni da affrontare in modo congiunto a livello provinciale e alcuni rappresentanti degli uffici di piano hanno avviato una consultazione con i referenti dell'ALER di Brescia-Cremona-Mantova, di ConfCooperative Brescia, di Sicut e Sunia, dell'Associazione provinciale della proprietà edilizia e dell'Immobiliare Sociale Bresciana Onlus.

L'incontro con i diversi stakeholder ha consentito di condividere una lettura in ordine alle domande di bisogno abitativo che pervengono dal territorio, alle questioni aperte e da affrontare nei prossimi mesi e ad alcune piste di lavoro che i Piani intendono assumere ad obiettivi per il prossimo triennio.

Relativamente alla domanda si rileva:

1. un incremento del target di cittadini, i vulnerabili, che faticano a sostenere un canone di locazione di mercato;
2. un incremento di cittadini (immigrati, famiglie numerose, inoccupati) che non sono in grado di far fronte ai costi delle locazioni, anche se inferiori a quelli di mercato, ma che potrebbero trovare una soluzione solo in relazione a tipologie di alloggi a basso costo (servizi abitativi pubblici);
3. bisogni abitativi di cittadini e nuclei in condizione di grave fragilità e per i quali spesso è necessario ricorrere a soluzioni abitative di housing sociale gestiti dal privato sociale.

## **1. QUESTIONI APERTE**

1. Si auspica l'aggiornamento della lista dei comuni ad alta tensione abitativa, a livello nazionale, e a crescente fabbisogno abitativo, a livello regionale, e ciò per consentire un ampliamento degli enti locali beneficiari delle risorse per la mobilità abitativa e la morosità incolpevole oltre che allargare la fruibilità del regime fiscale di cedolare secca;
2. si auspica il consolidamento di interventi che vedano coinvolti gli ambiti, in analogia a quanto previsto dalla dgr 6465/2017, e che con adeguati trasferimenti consentano di sostenere la locazione senza necessariamente dover rinegoziare il canone;
3. si intende promuovere nei Comuni della Provincia l'adozione delle misure necessarie per dare corso all'accordo territoriale per la definizione del contratto agevolato relativo alle locazioni di immobili ad uso abitativo in attuazione dell'art.2 comma 3 della L.431/98 e del d. m. 30/12/2002;
4. si ritiene importante valorizzare il patrimonio abitativo degli enti locali oggi non utilizzato per carenze manutentive;
5. si ritiene indispensabile un capillare lavoro di raccordo tra l'ALER (proprietaria di circa i 2/3 degli alloggi abitativi pubblici) e gli ambiti nel dare attuazione a quanto previsto dal r.r. 4/2017;
6. si ritiene prioritario realizzare un'adeguata analisi dei bisogni e delle risorse esistenti in grado di orientare strategie e azioni propedeutiche alla definizione dei Piani Triennali dell'Offerta Abitativa.

## **2. PISTE DI LAVORO PER IL TRIENNIO 2018/2020**

1. La costituzione di un tavolo di lavoro che veda coinvolti i referenti degli enti capofila, di cui all'art. 3 comma 3 del r.r. 4/2017, e i referenti dell'ALER di Brescia-Cremona-Mantova, finalizzato a supportare e creare i necessari raccordi tecnico-operativi per la prima implementazione dei Piani annuali e triennali dell'offerta dei servizi abitativi pubblici e sociali;
2. l'individuazione di una sede unica dove le Associazioni degli inquilini e dei proprietari possano certificare la congruità del canone e il rispetto della normativa del contratto agevolato al fine di promuovere nei Comuni della Provincia l'estensione dell'accordo territoriale per l'attuazione del contratto agevolato;
3. la costituzione di un tavolo di lavoro che consenta di condividere e diffondere le buone prassi in materia di politiche abitative indirette (sussidi, incentivi e politiche fiscali) e di condividere le buone pratiche degli enti locali nell'attuazione degli interventi fino ad oggi programmati per la mobilità abitativa e morosità incolpevole.

Titolo obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	tempistica
Promuovere tavoli e piani annuali e triennali dell'offerta dei servizi abitativi pubblici e sociali	Creazione raccordi tecnico-operativi per la prima implementazione dei Piani annuali e triennali dell'offerta dei servizi abitativi pubblici e sociali	Risorse umane degli enti capofila e territoriali e dell'ALER	Riunioni periodiche  Predisposizione di una road map condivisa per i comuni	Avvio effettivo tavolo  % dei comuni coinvolti sul totale	si/no  si/no	Avvio lavoro entro 31 luglio 2018
Promuovere nei Comuni della Provincia l'adozione delle misure necessarie per dare corso all'accordo territoriale per la definizione del contratto agevolato	Costituzione di un apposito tavolo con rappresentanti degli ambiti, dei sindacati degli inquilini e le associazioni dei proprietari  Diffusione di conoscenza e informazione nei singoli ambiti  Individuazione di una sede dove le Associazioni degli inquilini e dei proprietari possano certificare la congruità del canone	Personale degli ambiti  Referenti di Sunia e Sicet  Referenti di Appe	Riunioni e Incontri collegiali e nei singoli territori  Bozze di provvedimenti attuativi delle misure	Diffusione negli ambiti delle informazioni propedeutiche alla misura  Avvio sede	Almeno il 50% degli ambiti  si/no	Da avviare entro il 31 dicembre 2018  Da realizzare dal secondo anno
Condividere buone prassi/pratiche in materia di politiche abitative	Costituzione di un tavolo di lavoro che consenta di condividere e diffondere le buone prassi in materia di politiche abitative indirette (sussidi, incentivi e politiche fiscali) e di condividere le buone pratiche degli enti locali nell'attuazione degli interventi fino ad oggi programmati per la mobilità abitativa e morosità incolpevole	Risorse umane degli ambiti	Predisposizione di documenti di approfondimento e sintesi	Avvio tavolo di lavoro	si/no	Entro il 31 dicembre 2018

## POLITICHE SOCIALI DEL LAVORO

L'area della fragilità degli adulti interseca una molteplicità di aspetti e situazioni, che appaiono pervasive del tessuto sociale e che, in una situazione di grave crisi sia economica che dei valori di riferimento, presentano un trend in sensibile crescita, investendo sempre maggiori fasce della popolazione. Le condizioni di fragilità personale sono enfatizzate dalla situazione di precarietà ed instabilità che caratterizzano il contesto attuale, e sono spesso la conseguenza della perdita del lavoro. L'ultimo triennio ha confermato un rapido ed esponenziale aumento di cittadini che si rivolgono ai servizi portando il bisogno del lavoro (preariato o mancanza): la lunga crisi iniziata nel 2008 ha avuto come conseguenza sociale drammatica una severa contrazione dell'occupazione, con forti ripercussioni individuali e familiari tali da modificare i comportamenti con cui le persone colpite cercano di fronteggiarla.

Molto si è detto e "fotografato" della disoccupazione e delle misure per contrastarla, spesso in termini generali ed indifferenziati, anche se le esperienze nei territori evidenziano che l'efficacia dei percorsi riabilitanti si situa nel ri-conoscere la peculiarità delle singole condizioni di disoccupato e del suo contesto.

Per quanto attiene alla nostra Provincia, è nella pianificazione locale che maggiormente si sono avviati interventi a favore dell'occupabilità e dell'attivazione dei disoccupati, mediante progetti specifici tesi a valorizzare le molte e diverse dotazioni di capitale umano e sociale.

A livello sovra distrettuale, nonostante una condivisa cornice di riferimento ed obiettivi uniformemente perseguibili, si sono verificate maggiori difficoltà nella programmazione e gestione di azioni di sistema; l'ampia rete di soggetti interessati, i rapidi mutamenti normativi, le differenti istanze presentate non sempre hanno permesso di procedere rapidamente e pervenire ad accordi tra le parti.

Il triennio appena concluso ha verificato una progressiva modifica anche nella gestione dei servizi di orientamento ed integrazione lavorativa (in particolare i SIL), con la costruzione di risposte locali differenti per enti capofila e soggetti coinvolti; tale trasformazione è ancora in divenire. La tabella sotto riportata ne fotografa l'attuale assetto.

AMBITO DISTRETTUALE	SERVIZIO Integrazione Lavorativa	SERVIZI per svantaggio non certificato	INTERVENTI Giovani e Lavoro	MODALITA' DI GESTIONE
<b>N. 1 Brescia e Collebeato</b>	SIL	Cento leve e dote Comune		Accreditamento per l'erogazione di voucher inserimento lavorativo
<b>N. 2 Brescia Ovest</b>	SIL e percorsi svantaggio non certificato			Gestione Associata ACB fino al 31/12/2018
<b>N. 3 Brescia Est</b>	SIL	Go for Work – Servizi al Lavoro		Azienda Speciale Consortile
<b>N. 4 Valle Trompia</b>	SIL			Gestione Associata ACB
		Progetto "ZeroOttanta" Inserimento Lavorativo	WORK UP	Gestione CIVITAS e accreditamento con Agenzia Consorzio Valli
<b>N. 5 Iseo</b>	SIL e percorsi svantaggio non certificato			Gestione Associata ACB fino al 2020
<b>N. 6 Montorfano</b>	SIL e percorsi svantaggio non certificato			Gestione Associata ACB fino al 2020
<b>N. 7 Chiari</b>	SIL e percorsi svantaggio non certificato			Coordinamento Comune di Chiari, collaborazione agenzie accreditate e Consorzio In Rete
<b>N. 8 Bassa Bresciana Occidentale</b>	SIL e percorsi svantaggio non certificato			Gestione Associata ACB fino al 2020



<b>N. 9 Bassa Bresciana Centrale</b>	SIL e percorsi svantaggio non certificato		Gestione Associata ACB fino al 2020
<b>N. 10 Bassa Bresciana Orientale</b>	SIL e percorsi svantaggio non certificato		Gestione Associata ACB fino al 2020
<b>N. 11 Garda</b>	NIL	Svantaggio non certificato Agenzia accreditata	Gestione tramite Fondazione Servizi integrati gardesani
<b>N. 12 Valle Sabbia</b>	SIL	Svantaggio non certificato	Gestione tramite Azienda Speciale Valle Sabbia Solidale Agenzia Accreditata

Per quanto attiene gli interventi rivolti alle nuove categorie di “svantaggio sociale”, ovvero quella fascia di popolazione che versa in condizioni di fragilità e vulnerabilità, si è registrata una maggiore difficoltà nell’attivare azioni di sistema, così come ampiamente descritto nell’area povertà ed inclusione sociale. Tali consapevolezza invitano, per il futuro, a consolidare e potenziare gli interventi avviati nei territori e al contempo sottolineano l’opportunità di creare un raccordo tra di essi per valorizzarne le buone pratiche; suggeriscono inoltre l’individuazione di alcuni concreti obiettivi da perseguire a livello provinciale con i principali attori delle politiche attive del lavoro.

Le politiche sociali del lavoro, oggetto di questa pianificazione, si riferiscono quindi all’ampia e variegata area di interventi finalizzati al reperimento di un’occupazione e al benessere sui luoghi di lavoro; in particolare, i progetti a favore dell’inserimento lavorativo dei giovani e le iniziative a sostegno delle persone con disabilità e svantaggio (in particolare gli interventi a supporto dei progetti individualizzati introdotti in maniera massiva con la misura del Reddito di Inclusione).

#### QUESTIONI APERTE

1. Si auspica il mantenimento e il consolidamento dei diversi interventi sperimentati nell’ultimo triennio, con priorità a quanto avviato a favore dei giovani e degli adulti in condizione di fragilità sociale: in particolare emerge il bisogno di una maggiore visibilità di quanto realizzato e il raccordo tra le diverse progettualità;
2. con riferimento al tema dell’inserimento lavorativo, per fronteggiare i rapidi cambiamenti di bisogni e scenari, permane la necessità di un confronto continuativo a livello sovradistrettuale con il coinvolgimento di interlocutori del pubblico e del privato;
3. a fronte del permanere di significativi elementi ostativi al collocamento in azienda di persone con disabilità e fragilità, si auspica una coordinata azione di sensibilizzazione.

#### PISTE DI LAVORO PER IL TRIENNIO 2018/2020

1. La costituzione di un tavolo di lavoro che consenta di condividere e diffondere le buone prassi in materia di politiche sociali del lavoro (incentivi, progetti, sperimentazioni) e di condividere le pratiche dei territori con particolare riguardo a quanto realizzato a favore dell’occupazione giovanile e dell’inserimento di persone in condizione di svantaggio sociale;
2. l’individuazione di uno spazio “virtuale” comune a tutti gli ambiti che permetta un puntuale accesso alle informazioni sui progetti e gli interventi in essere nei territori;
3. la costruzione di prassi condivise tra enti locali e terzo settore nella formulazione e gestione degli appalti pubblici che prevedano l’inserimento lavorativo di persone svantaggiate;
4. la collaborazione tra soggetti istituzionali e territoriali ai fini di un potenziamento delle azioni di sostegno alle situazioni di fragilità, con particolare riferimento alla misura REI.

Titolo obiettivo	Interventi / azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
Condividere le buone prassi/pratiche in materia di politiche sociali del lavoro, con particolare riguardo ai giovani e agli adulti in situazione di fragilità sociale	Costituzione di un tavolo di lavoro che consenta di condividere e diffondere le buone prassi	Risorse umane degli ambiti e dei diversi interlocutori interessati (terzo settore, associazioni imprenditoriali, UEPE...)	Riunioni periodiche	Almeno 3 nel triennio	si/no	2018/2020
	Creazione di uno spazio virtuale comune per dare visibilità ai progetti territoriali	Risorse strumentali dei Comuni	Sito web comune	Pagina dedicata	si/no	Avvio dal 2019
Favorire un più ampio inserimento di persone disabili e svantaggiate	Tavolo di condivisione di prassi comuni nella formulazione e gestione degli appalti pubblici per favorire l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate	Risorse umane degli enti locali e del terzo settore	Riunioni periodiche e produzione di materiale documentale	Format comune per appalti con clausole sociali	si/no	2018/2019
	Lavoro coordinato con Provincia per una maggiore sensibilizzazione delle aziende in tema di ottemperanza al collocamento mirato	Risorse umane degli enti coinvolti	Riunioni periodiche ed incontri a tema	Aumento inserimenti lavorativi	si/no	2018/2020
Realizzare percorsi integrati di accompagnamento al lavoro delle persone beneficiarie del REI	Sperimentazione di procedure e strumenti tra territori e Centri per l'impiego / agenzie accreditate per la gestione dei progetti lavorativi connessi al REI	Risorse umane di enti locali, Centri per l'impiego, agenzie accreditate Risorse economiche da Dote Unica Lavoro	Raccordo operativo, documenti condivisi e verifiche periodiche	Accordo formale di collaborazione	si/no	2018/2019

### 1. ESITI DELLA PROGRAMMAZIONE 2015/2017

Rileggendo oggi quanto indicato nel Piano di Zona 2015/2017 con riferimento all'area di lavoro che affrontava il tema delle nuove povertà e dell'inclusione sociale è indubbio che alcune delle questioni che erano state indicate e analizzate hanno visto nel triennio qualche sviluppo significativo, se non soluzioni definite e certe. Tra gli obiettivi ai quali si era data attenzione era stata indicata la problematica riferita al pagamento (o meglio alle difficoltà nel pagamento) delle utenze domestiche, spesa che, accanto a quella per la locazione, era ed è per molte famiglie una delle tipologie di spesa di più difficile sostegno. Si era quindi immaginato di dialogare con le aziende pubbliche di gestione dei servizi per trovare percorsi di maggiore sostenibilità per le famiglie più in difficoltà. In effetti nel triennio passato realtà come A2A o il Banco per l'energia (o altri soggetti per i territori specifici di riferimento) hanno attivato aiuti e sostegni che hanno contribuito ad alleggerire o a risolvere le problematiche di spesa di alcune famiglie, testimoniando in tal senso che la lettura fatta in sede di predisposizione del Piano di Zona corrispondeva ad un reale bisogno ed ad una criticità effettiva che investiva le famiglie e, per contro, ricadeva sulle aziende stesse.

Così come hanno trovato possibili aperture, anche se ancora da migliorare e raffinare, le questioni che attengono al possibile impiego di cittadini in qualità di volontari all'interno delle attività proprie dell'ente locale attraverso le possibili assicurazioni che l'INPS ha previsto per sostenere e favorire l'impegno di singoli cittadini nel servizio alla comunità locale.

E infine anche altri aspetti che nel precedente Piano di Zona erano stati individuati come significativi sui quali lavorare – di natura più teorica, ma utili per precisare il problema e adottare misure di intervento più specifiche - quali la corretta "codifica" delle caratteristiche dei nuovi poveri e la mappatura delle situazioni di povertà secondo un quadro di riferimento condiviso, ha trovato nei nuovi strumenti nazionali di sostegno alla povertà – il Sistema per l'Inclusione Attiva (SIA) e il Reddito di Inclusione (Rel)- delle risposte possibili.

Su quest'ultimo aspetto sia la letteratura scientifica che l'esperienza concreta di lavoro condotta dagli operatori sociali dei comuni consente oggi di dettagliare, di specificare la condizione di povertà, identificando delle fattispecie che progressivamente vanno dal soggetto vulnerabile (colui che di fronte ai suoi problemi, alle sue difficoltà sa riconoscere il problema e dargli un nome per cercare poi la soluzione più efficace per uscire da tale situazione), al soggetto cronico (che non è in grado di sostenere un processo di autonomia), passando per lo scivolamento del vulnerabile nella condizione di soggetto fragile (che ha perso TEMPORANEAMENTE l'elemento di stabilità della sua condizione – perché ha perso il lavoro, la salute, ecc.) - e successivamente alla persona in condizioni di disagio.

### 2. LA SITUAZIONE ATTUALE

Anche se molto timidamente, si deve oggi realisticamente riconoscere che, a partire dalla fine del 2016 i servizi hanno potuto rilevare, rispetto agli ultimi anni, qualche lieve accenno di miglioramento delle condizioni di difficoltà delle famiglie: le condizioni di lavoro e di occupabilità (condizione che per tutti o quanto meno per la maggior parte dei nuovi poveri, soprattutto quelli che tradizionalmente non si rivolgevano ai servizi sociali, può rappresentare la soluzione ai loro problemi o comunque un valido aiuto ad affrontarli), sono lievemente migliorate, nel senso che, pur in una condizione di forte precarietà (lavori a tempo, a chiamata, a tempo determinato, ecc.), qualche risposta in più rispetto al passato triennio c'è stata.

Per assurdo oggi, incontrando nei diversi contesti le imprese (conciliazione, alternanza, contrattazione locale, ecc.), le stesse sostengono che ci sono oggi alcuni posti di lavoro che non vengano coperti perché mancano alcune competenze specifiche che servono e non si trovano, competenze che sono sì legate ad apprendimenti tecnici specifici (i saldatori, per esempio), ma anche e soprattutto per i giovani, a competenze trasversali quali ad esempio la capacità di flessibilità, l'intraprendenza, la "curiosità intellettuale", il senso del dovere, la disponibilità a muoversi, a sperimentare, ad appassionarsi, a relazionarsi.

Anche nei servizi per l'inserimento al lavoro di soggetti svantaggiati le cose vanno un po' meglio: qualche proposta viene fatta, qualche esperienza viene avviata e qualcuna si traduce in assunzione.

Sempre su questo fronte, nel triennio concluso si è invece esaurita una forma di esperienza molto sostenuta e utilizzata soprattutto da parte del privato sociale: i voucher lavoro che sono stati di fatto azzerati, chiudendo una fase nella quale tale strumento è stato spesso utilizzato anche dalle organizzazioni di volontariato per sostenere persone in condizioni di povertà, comunque disponibili ad attivarsi ed impegnarsi anche a fronte di aiuti ricevuti.

In questo quadro d'insieme a partire da settembre 2016 si è imposta all'attenzione dei servizi sociali e dei cosiddetti cittadini vulnerabili una novità certamente importante, quale l'introduzione di misure nazionali a contrasto della povertà.

Le criticità connesse a queste nuove misure (tante e immediatamente sperimentate) e le opportunità (altrettante, ma rilevabili soprattutto in una prospettiva di medio termine), sono sotto gli occhi di tutti e sono state e sono tutt'ora oggetto di numerose e significative riflessioni, soprattutto promosse da parte dei soggetti del privato sociale che lavorano a stretto contatto con le Amministrazioni Comunali (Sindacati, Acli, Caritas, Alleanza per la povertà, cooperazione, ecc.).

Quelle più immediate e probabilmente di più semplice soluzione concernono la difficoltà di gestire uno strumento di questa natura attraverso banche dati nazionali e avvalendosi dell'INPS. Una dimensione di lavoro e di gestione dell'attività così centralizzata sconta probabilmente la difficoltà di avere a che fare con quantità elevate di informazioni da acquisire, processare e gestire che inevitabilmente aprono a frequenti e diversificate criticità.

Anche la gestione dell'informazione ha presentato come sempre delle criticità: le reali condizioni di accesso al beneficio sono state sottostimate, in realtà per poter accedere servono **un insieme** di condizioni, senza il concorso delle quali la domanda viene respinta.

Tuttavia, al di là di questi aspetti operativi, per entrambe le misure il nodo reale da risolvere è rappresentato **dalla concreta possibilità di rientro/immissione** nel mercato del lavoro del soggetto **vulnerabile** (perché questa è la tipologia dei destinatari per i quali la misura è stata pensata) e dalla possibilità di stabilire un rapporto, una relazione efficace con i soggetti che hanno la titolarità di governare questa problematica.

Da subito è stato evidente che i numeri di persone e di famiglie che sono state effettivamente ammesse a godere dei benefici delle due misure sono molto contenuti rispetto alle aspettative. Per queste solo una parte limitata ha sviluppato progetti riferiti all'area del lavoro, mentre sono stati numerosi i progetti che attivano altre aree (servizi educativi e socio sanitari soprattutto).

Quale che sarà il futuro del Rel, pare indubbio che in ogni caso si disporrà nel prossimo futuro di una misura nazionale di contrasto alla povertà con la quale gli enti locali dovranno destreggiarsi e confrontarsi e che probabilmente integrerà e potrà anche sostituire alcune misure di sostegno finora messe in atto dalle Amministrazioni Comunali e addirittura da Regione Lombardia che dovrà predisporre a brevissimo il Piano per la povertà, previsto dal D.Lgs. 147/2017.

Ad oggi ciò che può già essere considerato un dato effettivo con cui fare i conti è l'approccio sotteso al Rel: sostegno economico correlato ad un progetto di aiuto condiviso tra le parti, a tempo, che metta in rete i vari attori pubblici e privati che operano sul territorio a sostegno delle situazioni di fragilità e che dia evidenza di tutti gli aiuti e le prestazioni rese in favore del nucleo familiare (concetto strettamente connesso all'impostazione del budget di cura o budget di capacitazione, utilizzato in ambito sanitario e socio sanitario o a quello di dote, molto usato per esempio da Regione Lombardia nelle varie misure promosse da parte delle diverse direzioni regionali) e che prova a far leva su chi dei soggetti del nucleo familiare presenta le maggiori opportunità e possibilità di evoluzione.

Per affinare tale modalità di lavoro si è lavorato negli ultimi anni, anche attraverso percorsi formativi che hanno certamente affinato le competenze degli operatori sociali, che di fronte all'introduzione del SIA e ora del Rel non si sono trovati del tutto sguarniti. In tal senso anche la messa a disposizione di risorse economiche espressamente finalizzate ad implementare il servizio sociale (risorse del PON Inclusionione Fondo Sociale Europeo 2014-2020), ha rappresentato per i territori un'inattesa novità che ha consentito di poter seguire con precisione e metodo l'implementazione della misura.

L'aspetto critico resta il raccordo tra interventi sociali e interventi per il lavoro, in particolare il raccordo con i Centri per l'Impiego (CPI), complice in questa difficoltà anche l'assenza al momento di chiare indicazioni regionali in materia, considerato che i CPI afferiscono alla competenza regionale.

Tuttavia quello del lavoro resta nei progetti avviati e in quelli che si stanno man mano avviando un nodo essenziale, per varie ragioni:

- da una parte certamente per la poca connessione tra soggetti istituzionali chiamati ad operare in questo ambito specifico;
- dall'altra pesa comunque la crisi del mondo del lavoro che certamente è ancora ben presente e che richiede, come sopra detto, competenze e caratteristiche non così ordinariamente diffuse nella popolazione che è alla ricerca del lavoro;
- dall'altra ancora bisogna avere chiara la tipologia di destinatari. Di fatto una buona percentuale di richiedenti le due misure sopradette è stato costituito (in fase di prime richieste almeno), da persone e da famiglie ben conosciute dai servizi, per molte delle quali sono già stati messi in campo dai servizi comunali innumerevoli progetti, sostegni, proposte, spesso organizzati secondo la logica indicata dal Rel (progetto personalizzato, condiviso, accompagnato, a termine, con il coinvolgimento di altri interlocutori del territorio quali associazioni, servizi specialistici, ecc.), che hanno avuto però scarsi risultati, soprattutto sul versante del reinserimento lavorativo.

Per tale ragione diviene essenziale trovare forme di collaborazione più strette con i Centri per l'Impiego, che vadano al di là della funzione di "profilazione" dell'utenza, ma che li veda presenti in modo reale e incisivo nella costruzione del progetto e con i soggetti che sono accreditati alla gestione delle politiche attive per il lavoro.

In ogni caso resta ancora da capire con precisione chi sia il reale destinatario del Rel:

- se il soggetto vulnerabile che accede spontaneamente ai servizi al quale, opportunamente informato, può essere assicurato tramite il Rel un percorso di riqualificazione professionale, piuttosto che di formazione specifica, piuttosto che un sollievo nel pagamento di alcune spese vive (affitto, utenze, mensa, ecc.), in modo tale che possa superare una fase critica della vita e proseguire in autonomia e con più opportunità per emanciparsi dalla situazione di vulnerabilità ad una condizione di autonomia e di maggiore stabilità;
- se invece si tratti di soggetti che, pur vivendo queste condizioni di bisogno, non vogliono avere nulla a che fare con il mondo dei servizi sociali, troppo dignitosi per chiedere aiuto all'ente locale e quindi che quasi si autoescludono da questa opportunità di aiuto.

Questo è certamente un nodo che porta a pensare che si abbia a che fare con una fascia di potenziali beneficiari difficilmente intercettabili, anche se le molte organizzazioni coinvolte nell'attuazione delle misure sono presenti in modo diffuso sul territorio e quindi possono svolgere questa funzione di promozione ed informazione.

Per questa ragione, una collaborazione stretta e interconnessa tra i vari soggetti della rete sociale potrebbe consentire di arrivare ad altri potenziali beneficiari, utilizzando per esempio il contatto che si stabilisce in contesti o per motivi diversi (come nel caso della richiesta presentata al CAF per l'ottenimento della cosiddetta "disoccupazione", i vari bonus, ecc.). Tuttavia per assicurare un'azione efficace in tal senso diventa fondamentale curare una precisa e puntuale attività di informazione reciproca, che deve essere continuamente alimentata.

### **3. QUESTIONI APERTE**

1. Rapporto con il mondo dei servizi per il lavoro e individuazione percorsi di significato per rendere effettiva l'inclusione lavorativa, la riqualificazione professionale, l'addestramento al lavoro;
2. appropriatezza dei destinatari: la misura Rel è stata pensata per una determinata tipologia di destinatari – i vulnerabili – che però sono difficilmente raggiungibili e poco convinti del significato della proposta; vanno pertanto individuate modalità alternative di informazione e avvicinamento;
3. dimensione informativa e di coinvolgimento dei diversi attori del territorio nella costruzione del progetto individualizzato: deve diventare una strategia diffusa e patrimonio del territorio di riferimento;
4. continuità delle diverse misure: si tratta di una questione aperta su più fronti, anche quello per esempio della non autosufficienza. Il dubbio è sempre legato a quanto dureranno alcune misure o quantomeno a quanto dureranno con quei limiti e criteri specifici e fino a quando si riuscirà a dare continuità ad alcuni percorsi o ad acquisire in termini strutturali, anche dentro i contesti di lavoro, competenze, impostazioni, strumenti di lavoro (progetto individualizzato, patto di servizio, budget di cura, di capacitazione, ecc.);
5. in linea con quanto sopra, resta aperta e da governare la funzione di orientamento e informazione ai cittadini. Anche in relazione al fatto che almeno una parte dei potenziali destinatari delle misure di contrasto alla povertà dovrebbero essere soggetti non già in carico ai servizi – e che quindi non conoscono nel dettaglio le modalità e gli strumenti di fruizione delle prestazioni di sostegno disponibili – vanno individuati percorsi specifici di informazione mirata e approfondita loro destinati – e soprattutto un'organizzazione che vede come principali attori i Comuni e il Terzo Settore (associazioni, sindacati, sportelli locali) nell'attività di orientamento e di accompagnamento dei cittadini, ma anche di garanzia (le persone non trovano riferimenti credibili e costanti);
6. resta tuttavia aperto il problema delle cosiddette situazioni di cronicità/disagio conclamato (spesso coloro che in prima battuta aderiscono alle misure nazionali di contrasto alla povertà come il Sia e il Rel, ma che solo in misura minima ne godranno i vantaggi, al di là dell'apporto di risorse economiche per un certo

periodo o le situazioni di persone seriamente compromesse sul piano delle competenze e delle relazioni, per le quali è stato provato di tutto, ma che comunque restano costantemente ai limiti);

7. infine va aperto un fronte di pensiero relativamente nuovo, ma altamente critico che è quello della **povertà educativa**. Uno degli obiettivi del lavoro che viene oggi portato avanti all'interno di alcuni progetti individualizzati/familiari del Rel è quello di lavorare all'attivazione di percorsi di sostegno educativo, soprattutto in contesti di deprivazione e di alta criticità. Al di là del Rel, va però fatto un pensiero strutturato su questo specifico ambito di lavoro, perché le implicazioni del medio periodo sono preoccupanti;
8. deve essere agita una funzione importante di ricomposizione, anche in relazione ai vari Bonus attivati a carattere regionale e nazionale che spesso, oltre all'elargizione di un beneficio economico estemporaneo, non riescono ad incentivare modifiche od evoluzioni nell'assetto familiare.

#### 4. PISTE DI LAVORO PER IL TRIENNIO 2018/2020

1. Lavorare all'integrazione con i servizi per il lavoro (obiettivo trasversale anche ad altre politiche), sollecitando presenze più incisive nella definizione di azioni specifiche all'interno dei progetti individualizzati Rel;
2. lavorare per raggiungere i destinatari appropriati. In questo va valorizzato il rapporto con le antenne locali (siano associazioni, sportelli, sindacati, servizi);
3. formare gli operatori e le comunità locali per meglio ri-conoscere i soggetti vulnerabili che rischiano di scivolare in una condizione di povertà e che quindi vanno intercettati ed avvicinati per tempo e in modo che possano trarre il massimo vantaggio possibile dalle opportunità attive;
4. attivare azioni specifiche per il disagio conclamato, prevedendo la proposta di interventi che richiedano un impegno personale anche a favore della comunità locale, a fronte di alcuni servizi resi disponibili;
5. sostenere una direzione di trasversalità e integrazione programmatoria, operativa e istituzionale con il coinvolgimento di attori e politiche sociali e sociosanitarie per affrontare il tema della povertà educativa.

Titolo obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	tempistica
Sviluppare connessioni e integrazione con i servizi per il lavoro per addivenire alla definizione di azioni specifiche all'interno dei progetti individualizzati, anche in coerenza con il Piano Povertà di Regione Lombardia	Equipe di progetto integrate e incisive, in grado di progettare tenendo conto di tutte le risorse e azioni attivabili e identificare di conseguenza progetti che sviluppino appieno proposte nell'ambito del lavoro	Personale degli ambiti, dei Centri per l'impiego, delle agenzie accreditate Referenti Caritas, Acli, Sindacati, Cooperazione, Forum	Riunioni e incontri di progettazione Definizione procedure formali (protocolli, linee guida) Condivisione di risultati	Numero incontri  Strumenti formali condivisi,	Almeno 2 l'anno  si/no	Da avviare entro il 31 dicembre 2018 e da mantenere per tutta la durata del Piano di Zona

<p>Promuovere la conoscenza delle opportunità di sostegno nei confronti dei potenziali beneficiari, valorizzando il rapporto con le cosiddette "antenne locali"</p>	<p>Raccordo operativo strutturato e periodico con gli operatori comunali (incontri, scambio di informazioni, aggiornamenti, luoghi di confronto e pensiero, ecc.) Comunicazione e informazione precisa in ordine alle varie opportunità e misure attive sul territorio in modo che anche le realtà locali possono proporle e diffonderle</p>	<p>Personale degli ambiti  Referenti Caritas, Acli, Sindacati, Cooperative, associazioni, ecc.</p>	<p>Incontri di équipe  Incontri periodici di informazione e aggiornamento  Scambio di dati e informazioni</p>	<p>Azioni/procedure di scambio delle informazioni anche mediante strumenti informatici; Incremento del numero di richieste di benefici. Raccolta dati per monitorare le fonti invianti</p>	<p>si/no  si/no  si/no</p>	<p>Da avviare entro il 31 dicembre 2018</p>
<p>Promuovere azioni formative per gli operatori e le comunità locali per meglio ri-conoscere i soggetti vulnerabili</p>	<p>Definizione di indicatori / caratteristiche / competenze utili a rilevare il bisogno, nel rapporto con l'utenza Monitoraggio dell'esito delle diverse misure anche in collaborazione con le realtà locali per costruire una sorta di "identità" del soggetto vulnerabile</p>	<p>Personale degli ambiti; Referenti Caritas, Acli, Sindacati, Cooperative, associazioni, ecc. Formatori/coaching.</p>	<p>Interventi formativi con partecipazione pluriprofessionale  Report di rilevazione e analisi dei casi.</p>	<p>Avvio azioni formative;  Produzione strumenti di lavoro</p>	<p>si/no  si/no</p>	<p>Da avviare entro il 31 dicembre 2018</p>
<p>Individuare azioni specifiche per sostenere il disagio conclamato</p>	<p>Progettazione di proposte e sperimentazioni di Welfare di comunità  Studio e sperimentazione forme di "servizio civico" che coinvolgano persone singole disponibili ad impegnarsi all'interno delle comunità locali, avvalendosi delle opportunità previste dalla normativa vigente.</p>	<p>Personale degli ambiti  Referenti Caritas, Acli, Sindacati, Cooperative, associazioni, ecc.</p>	<p>Incontri allargati tra le varie realtà locali; incontri di équipe a livello territoriale; definizione strumenti operativi (protocolli, ecc.)</p>	<p>Svolgimento incontri  Predisposizione protocolli, accordi, ecc.).</p>	<p>si/ no  si/no</p>	<p>Dal 1 gennaio 2019</p>

<p>Affrontare la problematica della povertà educativa, mediante confronto e approfondimento tra tutti gli attori sociali e socio sanitari coinvolti</p>	<p>Identificazione problematiche più frequenti</p> <p>Progettazione di risposte sperimentali e innovative al problema</p> <p>Consolidamento presa in carico integrata e multidisciplinare delle situazioni più complesse</p> <p>Affinamento capacità di lettura e identificazione dei problemi più diffusi all'interno delle famiglie e dei territori locali.</p>	<p>Personale degli ambiti e di ASST</p> <p>Referenti Caritas, Acli, Sindacati, Cooperative, associazioni, ecc.</p>	<p>Interventi formativi con partecipazione pluriprofessionale</p> <p>Incontri di èquipe</p> <p>Incontri periodici di informazione e aggiornamento</p> <p>Scambio di dati e informazioni</p>	<p>Avvio tavolo di lavoro a livello di coordinamento degli udp</p> <p>Costruzione strumenti di analisi dei casi e delle problematiche principali (caratteristica, condizioni, azioni di tutela, ecc.).</p>	<p>si/no</p> <p>si/no</p>	<p>Da gennaio 2019</p>
---	---	--	---	--	---------------------------	------------------------



## TERZA PARTE

### LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE TERRITORIALE DELL'AMBITO 9 – BASSA BRESCIANA CENTRALE (a cura dell'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito 9)

#### IL CONTESTO TERRITORIALE

L'Ambito distrettuale n. 9 – Bassa bresciana centrale è costituito da venti comuni [Alfianello, Bagnolo Mella, Bassano Bresciano, Cigole, Fiesse, Gambara, Ghedi, Gottolengo, Isorella, Leno, Manerbio, Milzano, Offlaga, Pavone del Mella, Ponteviso, Pralboino, San Gervasio, Seniga, Verolanuova, Verolavecchia]. Solo quattro di questi superano i 10.000 abitanti. Il territorio è esclusivamente pianeggiante ed è attraversato da nord a sud dal fiume Mella e delimitato a sud dal fiume Oglio che costituisce anche il confine con la Provincia di Cremona. La caratteristica del territorio è la grande frammentazione: quasi tutti i comuni hanno più frazioni e località sparse nella pianura così che è difficile fare molti chilometri senza incontrare agglomerati di case. Questo reticolo territoriale ha come conseguenza la difficoltà di organizzazione di un trasporto pubblico locale e un parziale isolamento delle singole micro comunità.

Dal punto di vista viabilistico il territorio è attraversato da due direttrici stradali: la SSR 45 bis da nord a sud, che corre parallela all'autostrada A21 Brescia Piacenza Torino e la SSR 668 Lenese da ovest a est. E' attraversato da nord a sud dalla ferrovia Brescia- Cremona-Parma.

La popolazione complessiva al 01.01.2017 è di 116.128 abitanti (con un calo dell'1% rispetto a tre anni prima), di cui 14.937 stranieri, pari al 12,9 % del totale (con una diminuzione del 6,7% rispetto a tre anni prima). Si conferma il fenomeno di decrescita della popolazione straniera, in parte dovuta all'acquisizione della cittadinanza, ma anche all'inversione del flusso migratorio legato alla crisi economica e occupazionale che ha toccato il territorio.

I nuclei familiari residenti sono 45.871 (con 2,5 membri per ogni nucleo familiare). Gli abitanti sopra i 65 anni sono il 19,5%, con un aumento del 5,4% rispetto al 2014. I minori di 14 anni sono il 14,72% (in calo di quasi il 2% rispetto al 2014). La popolazione attiva, ovvero quella compresa tra 19 e 65 anni è il 61,8%.

L'indice di vecchiaia (rapporto over 65 anni e minori di 14 anni) è pari a 132, ovvero ogni 100 under 14 ci sono 132 persone con 65 anni e più. L'indice di dipendenza della popolazione (rapporto tra le persone considerate in età "non attiva" e quelle considerate in "età attiva": nello specifico, si tratta del rapporto tra persone con meno di 14 e più di 65 anni, e le persone tra i 14 e i 64 anni) è pari a 52, ovvero ogni 100 persone attive ce ne sono altre 52 non attive.

I dati relativi al reddito dei residenti del territorio (anno di imposta 2015) individuano un numero totale di 79.116 cittadini contribuenti. Di questi, coloro che dichiarano un "reddito zero" sono pari a 258, mentre coloro che dichiarano un reddito fino a 10.000 euro sono pari a 19.355 (pari al 16% della popolazione residente). Il reddito medio pro-capite è pari a circa 12.800 euro.

**POPOLAZIONE RESIDENTE AL 01.01.2017**

COMUNI	popolazione			di cui stranieri residenti			FASCE DI ETÀ'												num. famiglie
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	0-5		6-14		15-18		19-65		66-75		oltre 75		
							totale	di cui stranieri	totale	di cui stranieri	totale	di cui stranieri	totale	di cui stranieri	totale	di cui stranieri			
																	totale	di cui stranieri	
ALFIANELLO	1.261	1.233	2.494	154	99	253	129	32	218	32	92	6	1.563	178	246	4	246	1	950
BAGNOLO MELLA	6.214	6.463	12.677	794	833	1.627	702	163	1.127	212	494	68	7.797	1.153	1.249	19	1.308	12	5.222
BASSANO B.NO	1.176	1.154	2.330	161	146	307	146	32	262	42	106	10	1.462	213	189	8	165	2	915
CIGOLE	786	798	1.584	69	80	149	72	16	155	20	56	3	924	102	189	7	188	1	625
FIESSE	1.016	1.031	2.047	135	131	266	97	22	186	36	91	17	1.258	178	212	12	203	1	768
GAMBARA	2.390	2.365	4.755	264	231	495	265	46	377	55	187	14	2.896	366	510	10	520	4	1.854
GHEDI	9.508	9.320	18.828	1.384	1.360	2.744	1.100	307	1.919	407	835	135	11.830	1.820	1.637	56	1.508	19	7.256
GOTTOLENGO	2.557	2.676	5.233	310	343	653	313	60	462	89	206	29	3.160	455	504	13	588	7	2.006
ISORELLA	2.064	2.001	4.065	279	275	554	249	69	408	69	173	20	2.477	384	412	8	346	4	1.546
LENO	7.189	7.185	14.374	915	993	1.908	822	221	1.442	247	583	76	9.028	1.310	1.353	38	1.146	16	5.509
MANERBIO	6.307	6.756	13.063	836	937	1.773	633	164	1.088	194	535	90	7.950	1.284	1.477	29	1.380	12	5.453
MILZANO	881	882	1.763	132	128	260	96	21	192	41	64	11	1.118	184	152	1	141	2	676
OFFLAGA	2.095	2.018	4.113	286	267	553	213	50	439	93	191	30	2.544	369	391	8	335	3	1.579
PAVONE MELLA	1.409	1.392	2.801	182	186	368	126	33	229	40	120	13	1.746	273	289	6	291	3	1.089
PONTEVICO	3.329	3.761	7.090	402	440	842	358	84	635	143	252	37	4.294	542	796	26	755	10	2.752
PRALBOINO	1.482	1.460	2.942	252	226	478	168	54	260	63	101	19	1.758	334	325	7	330	1	1.159
SAN GERVASIO	1.285	1.277	2.562	183	183	366	177	37	298	50	97	10	1.659	265	177	4	154	0	1.019
SENIGA	713	734	1.447	75	70	145	55	13	135	11	47	2	849	116	157	2	204	1	634
VEROLANUOVA	4.056	4.103	8.159	461	401	862	386	76	721	125	302	27	5.057	619	847	8	846	7	3.259
VEROLAVECCHIA	1.929	1.872	3.801	185	149	334	167	37	264	34	131	14	2.376	243	436	6	429	0	1.600
<b>TOTALI</b>	<b>57.647</b>	<b>58.481</b>	<b>116.128</b>	<b>7.459</b>	<b>7.478</b>	<b>14.937</b>	<b>6.274</b>	<b>1.537</b>	<b>10.817</b>	<b>2.003</b>	<b>4.663</b>	<b>631</b>	<b>71.746</b>	<b>10.388</b>	<b>11.548</b>	<b>272</b>	<b>11.083</b>	<b>106</b>	<b>45.871</b>

indice vecchia	<b>132,4</b>
indice di dipendenza	<b>52,0</b>
% pop. Straniera	<b>12,9%</b>
numero medio componenti nuclei familiari	<b>2,5</b>

**DATI REDDITO DELLA POPOLAZIONE**

numero_contribuenti	<b>79.116</b>
reddito zero (frequenza)	<b>258</b>
reddito 0-10mila euro (frequenza)	<b>19.355</b>
imponibile procapite	€ <b>12.808</b>
imponibile procontribuente	€ <b>18.800</b>
redd_ fino a 10mila su tot popolazione (%)	<b>16,9%</b>

(fonte Alleanza Contro La Povertà su dati MEF, anno di imposta 2015)

## **ELEMENTI DI METODO E CRITERI DI PROGRAMMAZIONE**

Prima di descrivere gli obiettivi territoriali è opportuno evidenziare alcuni aspetti che hanno una centralità metodologica all'interno della programmazione e della gestione del sistema locale di welfare. Si tratta in realtà di considerazioni non nuove, già per altro espresse in occasione del Piano di Zona 2009/2011, al quale si rimanda in particolare per quanto riguarda le valutazioni di metodo, ritornate più che mai attuali alla luce delle linee guida regionali per la programmazione zonale 2015/2017.

### **Il progetto assistenziale individualizzato come nodo centrale di tutto il sistema dei servizi**

A fronte di una maggiore complessità del sistema sociale e soprattutto di una evoluzione delle problematiche socio-assistenziali che sempre più frequentemente sfociano in situazioni multiproblema è necessario un approccio più comprensivo, che sia in grado di dare una risposta più articolata ai bisogni articolati che il cittadino esprime. La persona al centro dunque, non come bersaglio di una pluralità di offerte o come oggetto di più prestazioni derivanti da più attori diversi, ma come soggetto insieme al quale è costruito un progetto di aiuto che utilizza e valorizza le risorse interne ed esterne presenti nel territorio.

Un valore del progetto assistenziale è dunque la condivisione: diventa una sorta di accordo sociale che viene concordato e sottoscritto dal beneficiario o dal referente o dal genitore o l'esercente la potestà, nel caso di minori. Il progetto, così come definito dal Servizio Sociale Territoriale di residenza del beneficiario, è dunque l'elemento centrale degli interventi programmati.

E' tuttavia un sistema complesso e per molti versi rischioso che necessita da parte degli operatori un'abilità negoziale continua, ricompositiva e propositiva, una conoscenza delle risorse territoriali e degli strumenti professionali e un notevole investimento in termini di energie e di tempo. Esso potrà essere tuttavia qualitativamente valido solo garantendo che i progetti siano costantemente seguiti e verificati, in tutte le fasi del loro ciclo, dagli attori-chiave e soprattutto dai beneficiari finali delle azioni di aiuto e sostegno.

Questa tipologia di lavoro richiede un forte impegno degli operatori messi in campo, con l'intenzione di migliorare il lavoro del servizio sociale, creando strumenti per lavorare su aiuti concreti verso un miglioramento/autonomia dell'utente ed evitare il puro assistenzialismo. E' quindi una metodologia finalizzata all'"attivazione" delle persone: la relazione d'aiuto è infatti orientata alla promozione delle risorse proprie di ciascuno, alla consapevolezza del proprio essere e all'assunzione di responsabilità verso sé stessi e verso gli altri e quindi alla responsabilità sociale.

Un ruolo importante, come peraltro previsto dalla L. 328/2000, spetta al comune di residenza dei beneficiari che dovrà essere coinvolto attivamente nella realizzazione dei progetti, condividendo il progetto individualizzato ed attiverà le proprie risorse, sia direttamente (es: risorse economiche, strumentali) che indirettamente (es: sgravi da imposte/servizi, opportunità di inserimento sociale/lavorativo). Un banco di prova di questo approccio sarà l'applicazione della nuova misura del REI, che prevede la costruzione di un "progetto individuale" come condizione di accesso ai benefici previsti e come dimensione operativa di intervento coordinato tra diversi operatori.

### **La condivisione delle informazioni**

La programmazione territoriale del welfare si deve sempre di più fondare su basi informative puntuali e condivise tra i vari attori in campo. Allo stato attuale esiste purtroppo ancora una frammentazione di sistemi informativi e soprattutto una modalità di raccolta dei dati molto variegata, con costi gestionali (soprattutto in termini di risorse umane e di fatica da parte dei cittadini utenti) elevatissimi. A causa della sua frammentazione è inoltre di scarsa efficacia quale premessa ai processi decisionali. Il problema della frammentazione e della necessaria ricomposizione delle conoscenze e delle informazioni è sia un problema istituzionale che un problema tecnico organizzativo:

- dal punto di vista istituzionale, gli attori del welfare agiscono a protezione delle proprie posizioni, a difesa delle proprie prerogative, spesso in risposta ad adempimenti formali sempre più pressanti, che sembrano quasi gli elementi fondanti della loro esistenza organizzativa;
- dall'altro lato, la frammentazione delle informazioni sembra essere anche un problema tecnico-organizzativo, anche a causa dell'evoluzione in senso formale dell'attività tecnico professionale degli operatori sociali, sempre più curatori di documenti che promotori di relazioni.

E' evidente che è necessario invertire la tendenza. Per "ricomporre" le conoscenze è necessario superare il limite dell'adempimento formale, evidenziando il fatto, di per sé ovvio, che condividere informazioni e conoscenza porta ricchezza e vantaggio per tutti i componenti del sistema dei servizi (vedi in proposito quanto scritto nel presente Piano in relazione alla governance sovradistrettuale). E' chiaro che questo può avvenire se vi sono obiettivi comuni, dei "perché" condivisi, almeno nei loro aspetti macro, ovvero nel porre la funzione di aiuto e sostegno alle persone e alle famiglie come compito del sistema di welfare locale.

### **La gestione associata dei servizi**

La gestione associata dei servizi sociali si recepisce come uno strumento atto ad organizzare e gestire in forma unitaria i servizi di un determinato territorio. Si predilige, così, una dimensione organizzativa che comprenda tutti i Comuni appartenenti ad un determinato ambito per garantire i livelli essenziali delle prestazioni sociali sul territorio in maniera efficace ed omogenea, permettendo inoltre la distribuzione uniforme delle risorse, oltre che dei servizi, su tutto il territorio per incrementare economie di scala e accrescere il livello qualitativo dei servizi stessi.

A tale scopo, i Comuni dell'Ambito n. 9 hanno costituito nel febbraio 2008 un'azienda speciale consortile ai sensi del T.U. 267/2000; lo scopo dell'Azienda dei Comuni è *"l'esercizio di funzioni socio-assistenziali, socio sanitarie integrate e, più in generale, la gestione dei servizi alla persona a prevalente carattere sociale, in relazione alle attività di competenza istituzionale degli Enti consorziati, ivi compresi interventi di formazione e di orientamento concernenti le attività dell'Azienda o aventi finalità di promozione sociale dei cittadini del territorio"* (v. art. 3 dello Statuto). L'Azienda consortile è stata individuata come ente capofila del Piano di Zona ed è diventata progressivamente il soggetto affidatario dei servizi da parte dei comuni dell'Ambito.

## OBIETTIVI E AZIONI DELL'AMBITO TERRITORIALE

Le considerazioni e gli obiettivi indicati a livello sovra-distrettuale costituiscono una cornice generale di riferimento per la definizione degli obiettivi del Piano di Zona dell'Ambito territoriale della Bassa Bresciana Centrale. Gli obiettivi di Piano territoriali sono stati pensati ed elaborati tenendo in considerazione la situazione attuale e l'effettiva sostenibilità attuativa degli stessi all'interno del contesto territoriale ed organizzativo attuale; in tal senso si è ritenuto si identificare alcuni elementi che costituiranno la priorità per le attività del triennio 2018/2020.

Come per le politiche sovradistrettuali sono descritti per area tematica di interesse al fine di facilitarne la lettura, utilizzando il format messo a disposizione dalla Regione.

### CASA E POLITICHE ABITATIVE

Con la nuova Legge Regionale 16/2016 di disciplina dei servizi abitativi, ha preso avvio in Lombardia a pieno titolo un nuovo campo di azione del "welfare abitativo", la cui programmazione viene affidata agli Ambiti distrettuali e che diventano perciò i promotori di un sistema di politiche abitative territoriali, superando le distinte programmazioni dei singoli Comuni e prevedendo una programmazione e gestione dei servizi abitativi a livello sovra comunale.

Assumendo tale ruolo, i Comuni dell'Ambito 9 hanno approvato il Regolamento abitativo, individuando nel Comune di ... l'ente capofila.

Assumendo tale compito programmatico l'Ambito distrettuale svolge le seguenti funzioni:

- approvazione del Piano annuale dell'offerta abitativa pubblica;
- ricognizione delle unità abitative destinate a servizi abitativi pubblici;
- assegnazione delle unità abitative;
- programmazione ordinaria dell'offerta abitativa;
- approvazione del Piano triennale;
- gestione servizi abitativi sociali.

Il triennio 2018-2020 sarà dedicato in particolare

- al monitoraggio dell'attuazione del Regolamento abitativo d'Ambito e alle relative azioni di miglioramento
- all'attivazione di una mappatura periodica e continuativa del fabbisogno abitativo e dell'offerta di immobili residenziali
- alla sperimentazione di interventi abitativi innovativi per rispondere a specifiche situazioni di bisogno (per es. donne vittime di violenza, anziani, disabili per percorsi "Dopo di Noi", ecc.)

Titolo obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Strumenti di valutazione	Tempistica
Mappatura del fabbisogno abitativo sia sul versante dei beneficiari che su quello delle	Specifico	Valutazione delle liste di accesso alle graduatorie dei SAP;  analisi del patrimonio dei Comuni destinato alla cittadinanza	Esecutivo e staff tecnico con il coinvolgimento del Comune Capofila di Ambito	Graduatorie, anagrafiche, incontri tecnici	Mappatura bisogno e offerta abitativa	Si/No	Analisi della documentazione	Entro dicembre 2020

dotazioni immobiliari								
Monitoraggio e aggiornamento continuo – scambio di pratiche di gestione	Specifico	Costituzione di tavoli di monitoraggio sull'andamento della nuova sperimentazione abitativa	Staff tecnico e esecutivo	Incontri di lavori, analisi dei dati	Numero di prassi censite	2-4	Verbale dei tavoli di lavoro e analisi documentale	Entro dicembre 2020
Sperimentazione di interventi abitativi per nuove categorie di bisogno	Specifico	Individuazione di n. 2 unità abitative da destinare a progetti per il Dopo di Noi o donne vittime di violenza	Esecutivo, Assemblea dei Sindaci Staff tecnico, ufficio di Piano,	Incontri di lavoro, analisi dei dati, studi di fattibilità	n. appartamenti attivati	0-2	Verballi degli incontri, accordi di gestione sottoscritti,	Entro dicembre 2020

## LAVORO E SECONDO WELFARE

Nella precedente programmazione, questa area di intervento non aveva assunto una precisa connotazione, pur essendo presenti alcuni obiettivi e interventi che mettevano in luce la dimensione “lavoro” come elemento fondamentale delle politiche di welfare territoriale e del benessere delle persone e delle comunità. Le misure e i dispositivi di integrazione lavorativa rappresentano un dispositivo trasversale che può essere impiegato in differenti aree e intensità di bisogno e di disagio. L’orizzonte dei servizi e delle politiche per il lavoro deve essere quello di “fare inclusione”. Manca ancora un modello/contenitore che faccia veramente inclusione per le persone che più fanno fatica ad essere autonome al lavoro. Il Piano di Zona intende promuovere processi di collaborazione tra i servizi per il lavoro, i servizi socio assistenziale e socio-sanitari, gli enti e le istituzioni formative e scolastiche, il terzo settore, le imprese e i lavoratori e le rispettive rappresentanze.

Nel periodo 2015-17, il principale riferimento operativo è stato il Servizi di Inclusione Lavorativa (SIL), gestito in convenzione con Associazione Comuni Bresciani (tramite ACB Servizi srl). I dati dell’anno 2017 indicano n. 101 interventi di inclusione lavorativa gestiti (per 90 beneficiari). Tra le novità dell’ultimo periodo vi è stata la previsione e gestione dei “ tirocini risocializzanti”. Il tirocinio risocializzante è rivolto a persone che, per condizioni personali, risultano non occupabili; tale servizio ha di fatto sostituito quelle che precedentemente erano denominate Esercitazioni all’Autonomia ed è stato introdotto a seguito del bisogno raccolto dai distretti attraverso la messa a punto di uno specifico voucher. Nell’ambito 9, il ricorso a tale misura è stato particolarmente diffuso (circa il 40% dei progetti attivati), segno che si tratta di un intervento con obiettivi di supporto all’autonomia piuttosto che di vero e proprio intervento di inserimento lavorativo. Più in generale, la maggior parte dei progetti riguarda soggetti con una tipologia di occupabilità “media” e “bassa”. Tale situazione genera l’esigenza di una significativa azione di collegamento tra i Servizi sociali territoriali (inviati) e i Servizi di inclusione lavorativa, nonché con tutte le componenti che possono incidere sulla qualità e sulla tenuta degli interventi messi in atto.

Tipologia voucher	Nessuna	Bassa	Media	Buona	Totale
Tirocinio		11	2		13
Inserimento		16	18		34
Monitoraggio		6	8		14
Tirocinio risocializzante (EA)	40				40
totale	40	33	28		101
%	40%	33%	28%		

Le principali costatazioni per l'anno 2017 riguardano:

- la necessità di ripensare le modalità di approccio efficace al rapporto con le aziende anche alla luce di alcuni tentativi risultati molto onerosi;
- la perdurante sofferenza del tessuto produttivo del distretto, pur essendo ancora attive collaborazioni con alcune grandi aziende del territorio che consentono di accogliere le domande di inclusione lavorativo e tirocinio.

A partire da un'analisi degli effetti prodotti dal Servizio Integrazione Lavorativa, gli obiettivi di sviluppo sono per il triennio 2018-2020:

- la sperimentazione di nuovi modelli di "integrazione lavorativa" (oltre la sola "borsa lavoro" o tirocinio) basati sull'attivazione di contesti laboratoriali in cui le persone fragili possano assumere competenze, attivare relazioni, assumere orientamenti per la propria vita; in generale, è necessario lavorare non solo sulla "domanda" di lavoro (tramite i progetti individualizzati), ma soprattutto lavorare sulla "offerta" di opportunità di inclusione lavorativa (con diverse gradualità e forme), tramite l'allestimento di contesti sociali e aziendali in cui le persone possano essere incluse. Tra gli aspetti di particolare attenzione, nelle more di indicazioni regionali sul tema e in collaborazione con gli altri Uffici di Piano afferenti all'ATS di Brescia, dovrà essere curata la costruzione di una prassi di collaborazione efficace tra Servizi sociali territoriali e Centri per l'Impiego;
- il sostegno alla nascita di iniziative di welfare aziendale e conciliazione, a partire dalle aziende pubbliche e dalla RSA del territorio, al fine di attivare risorse nuove per il welfare locale.
- L'avvio di una progettazione integrata e associata tra i Comuni interessati per il Servizio Civile Universale, quale dispositivo di valorizzazione delle risorse giovanili a servizio del territorio e dei suoi bisogni sociali e quale opportunità di formazione e orientamento per l'accesso al mondo del lavoro.

Titolo obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Strumenti di valutazione	Tempistica
Sostenibilità e potenziamento del Servizio Integrazione Lavorativa	Specifico	Valutazione dell'efficacia/efficienza e impatto dei dispositivi di integrazione lavorativa. Progettazione dei criteri di funzionamento del SIL per nuova	Staff multidisciplinare (Ufficio di Piano, Centri per Impiego, ACB, Enti accreditati)	Incontri di lavoro, analisi documentale, analisi campionaria delle condizioni occupazionali degli utenti del servizio.	Linee guida distrettuali per il Servizio di Integrazione Lavorativa.	SI/NO	Verbali dei tavoli di lavoro.	Entro Giugno 2020.

		procedura di affidamento del Servizio.						
Promozione di "laboratori il Lavoro , l'autonomia e l'inclusione" (dispositivo "ponte" e rafforzamento del SIL)	Specifico + Innovativo*	Attivazione di laboratori di sperimentazione per autonomia lavorativa per soggetti con fragilità e svantaggio, che promuovano l'acquisizione di competenze spendibili nel mercato del lavoro. La Casa della Misericordia di Ghedi mette a disposizione spazi funzionali all'attivazione di Cantieri. Altri spazi e contesti saranno promossi nel territorio.	Enti accreditati. Risorse della convenzione ACB per sperimentazioni mirate. Casa della Misericordia di Ghedi	Esperienze di impresa sociale e risposta a bisogni comunitari	Numero di sperimentazioni di Cantieri per il lavoro Numero di beneficiari coinvolti nei Cantieri. Certificazione delle competenze acquisite	- 0-3 Laboratori per il Lavoro  - 0-12 beneficiari  - 0-8 Certificazioni competenze	Osservazione diretta	Entro dicembre 2020
Conciliazione e Welfare aziendale nelle Aziende Speciali e RSA del distretto	Specifico	Attivazione di progetti di conciliazione e welfare aziendale nell'Azienda Speciale Ambito 9 e nelle RSA del distretto	Ufficio di Piano, Operatore di Rete dell'Alleanza Locale per la Conciliazione. Risorse economiche dell'Alleanza Territoriale Conciliazione	Gruppo di lavoro tra RSA. Sindacati.	Numero di Piani di Conciliazione e Welfare attivati nelle Aziende Speciale e RSA del territorio.	0-3	Rilevazione documentale	Entro dicembre 2020
Progettare il Servizio Civile Universale per i Comuni dell'Ambito	Specifico	Analisi delle prassi in corso tra i Comuni dell'Ambito.	Ufficio di Piano	Gruppo di lavoro tra Comuni interessati	- Presenza di un piano di lavoro sul tema Servizio Civile.	SI/NO  1-3	Verbali Gruppo di lavoro	Entro dicembre 2020.



		Valutazione del processo di accreditamento e delle procedure di gestione dei progetti di Servizio Civile. Presentazione di progetti di servizio civile universale per i Comuni dell'Ambito			- Progetti di Servizio Civile presentati			
--	--	---	--	--	--	--	--	--

## CONTRASTO ALLA FRAGILITA' SOCIALE ED EDUCATIVA

Tra i principali impatti prodotti dalla globalizzazione nell'era postindustriale, troviamo la nuova connotazione assunta dal fenomeno della povertà (sicuramente aggravata dall'esplosione della crisi economica) e le sue conseguenze sulla vita quotidiana delle famiglie e delle comunità. Il fenomeno della vulnerabilità (con diverse gradazioni, fino alla povertà relativa e assoluta) attraversa ormai varie fasce di popolazione e rappresenta un rischio a cui sempre di più ogni persona e famiglia si trova a fare i conti nel corso della vita<sup>3</sup>.

Il problema sociale della vulnerabilità descrive le condizioni di un segmento della popolazione che presenta particolari fattori di rischio, all'interno di macro fenomeni sociali (la disoccupazione, la precarietà lavorativa, gli sfratti e la precarietà abitativa, la debolezza dei legami familiari/parentali), con un accesso intermittente alle risorse materiali fondamentali, una fragilità del tessuto familiare e la mancanza di competenze progettuali sui cui fare perno per impostare la propria vita.

La vulnerabilità si presenta con due tipologie di fenomeni, tra loro spesso correlati: da una parte, la scarsità di risorse materiali (perdita del lavoro, precarietà abitativa, indebitamento), dall'altra, la povertà relazionale (isolamento, fragilità familiare, difficoltà educative, contesto ambientale deprivato, ecc.). Il combinato disposto di tali fenomeni genera la connotazione prevalente delle vulnerabilità, ovvero la drastica riduzione e perdita della *competenza ad agire* (capabilities) nei soggetti, nei gruppi e nelle comunità. La vulnerabilità si presenta quindi come un fenomeno complesso in cui fattori materiali e fattori relazionali risultano scarsi o precari e producono nelle persone condizioni di "incapacità" ad agire e a fronteggiare gli eventi della vita.

L'intervento a contrasto della povertà sociale ed educativa (quali connotazioni più intense della vulnerabilità), attraverso in modo trasversale diversi target di popolazione, il cui bisogno viene riletto proprio in rapporto al grado di vulnerabilità che lo caratterizza.

<sup>3</sup> L'Istat individua come "deprivate" quelle famiglie che possiedono almeno tre fra le seguenti caratteristiche: 1) non riuscire a sostenere spese impreviste; 2) non potersi permettere una settimana di ferie lontano da casa in un anno; 3) avere arretrati (mutuo o affitto o bollette o altri debiti diversi dal mutuo); 4) non potersi permettere un pasto adeguato almeno ogni due giorni; 5) non potersi permettere di riscaldare adeguatamente l'abitazione; non potersi permettere: 6) lavatrice; 7) tv a colori; 8) telefono; 9) automobile (Cfr. Istat, *Rapporto annuale, Roma 2011*).

## AREA MINORI E FAMIGLIA

La vulnerabilità e le condizioni di povertà impattano in maniera diffusa sulle famiglie con figli minori, in cui gli aspetti di fragilità economica e di fragilità educativa e relazionale si intrecciano e si amplificano reciprocamente. Per agire su questo problema è necessario attivare contemporaneamente dispositivi di supporto socio economico e dispositivi di supporto educativo, in una costanza logica di alleanza tra attori sociali diversi. I servizi per i minori e le famiglie vanno quindi riletti e sviluppati in una prospettiva di filiera integrata, di differenziazione delle risposte, di progettualità con obiettivi precisi e temporalmente definiti.

### Il Servizio Tutela Minori

Il Servizio Tutela minori è un servizio istituzionale dei Comuni dell'Ambito ed è svolto in forma associata, mediante l'affidamento all'Azienda territoriale. Riguarda gli interventi a favore e a tutela dei minori sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria; è svolto secondo le modalità descritte nel contratto di affidamento e si avvale allo scopo di una équipe sociale che opera in integrazione con gli operatori psicologi dell'ATS di Brescia nel quadro del protocollo d'intesa in vigore. L'équipe integrata opera in base ad una suddivisione territoriale in quattro zone di riferimento:

- Manerbio, che comprende, oltre Manerbio; indicativamente i comuni di Bagnolo Mella, Offlaga, Verolanuova, Verolavecchia
- Leno, che comprende, oltre Leno; indicativamente i comuni di Gottolengo, Bassano Bresciano, Cigole, Pavone Mella, San Gervasio
- Ghedi, che comprende, oltre Ghedi, il comune di Isorella
- Pralboino, che comprende, oltre Pralboino; indicativamente i comuni di Alfianello, Milzano, Seniga, Ponteviso, Fiesse, Gambara

La figure professionali del servizio sono quindi:

- 5 assistenti sociali (per un monte ore di 136 ore settimanali)
- un operatore amministrativo che svolge funzioni di segreteria a part time;
- un coordinatore che svolge le funzioni di raccordo e di coordinamento organizzativo, nonché di interlocutore con i soggetti esterni al servizio che ha chiuso il rapporto con l'Azienda a marzo 2017;
- la consulente giuridica;

### Esiti della precedente programmazione

Il servizio Tutela, pur nella difficoltà di un contesto sociale e organizzativo in continua evoluzione, ha progressivamente affinato le procedure di presa in carico delle situazioni di tutela, nonché i rapporti tra i diversi soggetti che a vario titolo si occupano di tutela minori. Attraverso un percorso di collaborazione condiviso con gli altri ambiti distrettuali sono state attivate modalità comunicative e spazi di riflessione con l'Ufficio Servizio Sociale per i Minorenni (USSM) del Ministero della Giustizia di Brescia, la Procura per i minori e il Tribunale per i Minorenni di Brescia, in relazione alle situazioni che coinvolgono i minori nel circuito penale: questo lavoro ha prodotto delle linee guida valide per tutto il territorio della provincia, poi rielaborate in termini organizzativi da ciascun ambito secondo le proprie peculiarità. La collaborazione con gli altri ambiti distrettuali ha inoltre sviluppato delle prassi di azione comune per la gestione delle situazioni in carico, in particolare per i casi che coinvolgono più territori a causa della diversa residenza dei genitori.

Nel successivo prospetto sono indicati, per l'ultimo triennio, i casi gestiti dal servizio Tutela Minori, suddivisi per i presidi di riferimento

<b>Minori in carico</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Presidio di Ghedi	92 minori in 62 situazioni	76 minori in 54 situazioni	74 minori in 48 situazioni
Presidio di Pralboino	49 minori in 31 situazioni	51 minori in 36 situazioni	48 minori in 35 situazioni
Presidio di Manerbio	54 minori in 36 situazioni	71 minori in 45 situazioni	80 minori in 49 situazioni
Presidio di Leno	82 minori in 53 situazioni	71 minori in 40 situazioni	76 minori in 44 situazioni
	<b>277 minori per complessive 182 situazioni</b>	<b>269 minori per complessive 175 situazioni</b>	<b>278 minori per complessive 176 situazioni</b>

Il 43% dei minori in carico (119 casi) ha più di 13 anni (adolescenti), mentre i minori con meno di 6 anni in carico sono solo il 24% (66 casi). Si evidenzia un fenomeno di tutela di minori in età adolescenziale (e spesso di origine straniera) che è sempre più ampio e richiede attenzioni specifiche, oltre che la capacità di intercettare tali situazioni molto prima nel tempo.

Nei casi in carico sono molto diffuse problematiche di conflittualità di coppia e situazioni di multi problematicità dei nuclei familiari. Per questo, La complessità delle situazioni conferma la necessità di un livello maggiore di progettazione integrata e di presa in carico che non riguarda solamente il Servizio tutela ma anche i servizi di base dei comuni e i servizi specialistici del territorio quali il CPS, il SeRT e la Neuropsichiatria infantile. Una progettazione integrata tra i diversi livelli consente anche di intercettare prima le situazioni e di programmare meglio gli eventuali interventi di tutela, anche a garanzia delle necessarie previsioni economiche a carico dei Comuni.

## **Il Servizio affido familiare**

Il servizio affido dal 2012 è un servizio a gestione associata dell'Ambito distrettuale: è realizzato secondo uno specifico progetto approvato dall'Assemblea dei sindaci e costantemente verificato, con la possibilità di prevedere il suo sviluppo nel tempo, non essendo collegato (come nel passato) a risorse delle leggi di settore (ex legge 285/97). Pur con qualche difficoltà attuativa, la scelta è quella di un investimento di medio-lungo periodo finalizzato a costruire una "cultura dell'affido e della solidarietà familiare", come dimensione trasversale di tutti i servizi rivolti ai minori e alle famiglie.

Operativamente il servizio prevede i seguenti dispositivi operativi:

- uno spazio di ascolto "flessibile" (nel senso che non ha necessariamente uno spazio e un orario rigidamente definito, ma è adattabile alle esigenze delle potenziali famiglie affidatarie) che comprende un momento specialistico curato dalla referente del servizio incaricata e dei momenti di primo ascolto curati dalle assistenti sociali dei comuni;
- il gruppo di sostegno per le famiglie affidatarie: tale gruppo a cui partecipano 7/8 famiglie affidatarie e/o potenzialmente affidatarie si ritrova per 10 serate annuali ed è condotto da un'assistente sociale del servizio tutela minori e prevede anche specifici momenti formativi aperti alla cittadinanza;
- la valutazione e il processo di abbinamento tra famiglie affidatarie e minori, in stretta collaborazione con il Servizio Tutela minori
- l'accompagnamento delle famiglie affidatarie nelle fasi critiche del progetto di affido.

La tabella successiva indica i minori in affido nell'ultimo triennio:

Minori in affido familiare		
Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017
<b>31 minori</b>	<b>36 minori</b>	<b>28 minori</b>

Pur non potendo "misurare" la diffusione della cultura dell'affido sul numero di minori in affido, è evidente che le condizioni sociali e culturali di questi anni (compresi gli effetti della "crisi economica") non hanno favorito la crescita di una sensibilità diffusa verso l'affido e verso le varie forme di solidarietà familiare. Si rende opportuno costruire alleanze locali per collegare enti, gruppi e associazioni che sono attivi nel campo dell'educazione e della solidarietà familiare, al fine di promuovere un confronto e una comune attivazione per la sensibilizzazione di nuove famiglie disponibili alle varie forme di affido.

La prospettiva su cui puntare è caratterizzata da:

- sviluppo di forme differenziate e a intensità graduale di affido e solidarietà familiare, che contemplino diversi livelli di disponibilità delle famiglie solidali, in una logica personalizzata tra bisogni del minori e condizioni della famiglia di accoglienza: si devono sperimentare forme di affido e supporto parziale (diurno, per alcuni giorni alla settimana o al mese, per certi periodi dell'anno, per situazioni di emergenza/pronto intervento, ecc.) e forme di sostegno alle famiglie fragile da parte di famiglie tutor;

- sviluppare forme di affida “integrato” con altri servizi socio educativi (in particolare con ADM) e con altre agenzie educative del territorio, in modo che il progetto di affido non costituisca una delega alla famiglia affidataria, ma un’occasione per costruire alleanze educative sul territorio che permettano una maggiore incisività dei progetti di accoglienza
- promuovere una valorizzazione sociale delle famiglie affidatarie, riconoscendone il ruolo generativo e il contributo alla coesione sociale del territorio
- definire criteri omogenei di sostegno alla famiglie affidatarie in tutti i Comuni del Distretto, tramite livelli di contribuzione da parte dei Comuni rapportati alle diverse intensità dell’affido stesso.

### **Percorso adolescenti: gli sportelli di ascolto nelle scuole**

Gli sportelli psicopedagogici previsti nel progetto “Percorso adolescenti” costituiscono un servizio promosso nel quadro degli interventi gestiti in forma associata a favore della popolazione scolastica delle scuole del territorio della Bassa bresciana centrale. Gli interventi sono gestiti da parti di cooperativa Campus e CRIAF. Il progetto rientra in una rete di collaborazione già consolidata tra gli Istituti Comprensivi (scuole secondarie di primo grado) e servizi del territorio all’interno di un’alleanza educativa a beneficio di preadolescenti e adolescenti.

L’obiettivo è quello di promuovere il benessere e di prevenire le situazioni di disagio, ma soprattutto di avere un punto di osservazione sulle problematiche adolescenziali e delle famiglie, attraverso uno spazio di ascolto dei loro bisogni e difficoltà in modo da poter valutare le nuove emergenze.

La modalità degli sportelli presso le scuole è:

- *diretta*, con accesso da parte dei ragazzi stessi secondo tempi e modalità concordate e definite;
- *indiretta*, con accesso da parte di genitori e insegnanti in rapporto a problematiche di relazione con/dei ragazzi.

Operatori esperti, messi a disposizione dai soggetti erogatori che collaborano tramite convenzione con l’Azienda territoriale garantiscono l’ascolto competente e attivo dell’alunno, l’eventuale coinvolgimento della famiglia e l’eventuale collegamento con i servizi sociali.

Nel corso degli ultimi anni scolastici l’intervento si è sviluppato negli Istituti Comprensivi di: IC Bagnolo Mella, IC Ghedi, IC Gottolengo, IC Leno, IC Manerbio, IC Ponteviso, IC Pralboino, IC Verolanuova e Scuola Secondaria di Primo Grado del Comune di Isorella, e sono stati registrati i seguenti accessi:

	A.S. 2014/15	A.S. 2015/2016	A.S. 2016/2017	TOTALE TRIENNIO
Numero di accessi di alunni delle scuole medie	1.201	1.261	1.678	4.140
Numero di accessi di genitori di alunni delle scuole medie	162	193	197	552
Numero di accessi di insegnanti delle scuole medie	418	290	545	1.253
Numero di accessi di operatori del Servizio Sociale territoriale	102	52	84	238
Ore dedicate ad incontri di sensibilizzazione e formazione docenti	16	22	54	92
Ore dedicate a microprogetti	133	173	276	582

Per il periodo 2018-20 l'obiettivo principale da perseguire consiste nello sviluppo di alleanze educative tra servizi, insegnanti e famiglie nel sostenere i processi di crescita degli adolescenti. Gli interventi del progetto "Percorso adolescenti" dovranno trovare un giusto equilibrio tra sostegno diretto ai ragazzi e supporto alle figure educative, al fine di supportarne il ruolo e di attivare un contesto di sinergia educativa che accompagni i processi evolutivi.

### **Assistenza Domiciliare Minori**

Un'efficace politica di sostegno al minore e alla famiglia deve agire sulla prevenzione, focalizzandosi non solo sul piano del disagio conclamato ma anche sulla promozione e integrazione sociale. Il Servizio ADM ha la finalità di attivare interventi di tipo preventivo e di sostegno nei confronti di famiglie con minori a rischio di emarginazione o in situazioni di difficoltà temporanea. Esso viene avviato su richiesta dell'assistente sociale del servizio di base, della tutela minori o su indicazione dell'Autorità Giudiziaria.

Finalità dell'assistenza domiciliare ai minori è promuovere l'evoluzione del nucleo familiare affinché persegua l'obiettivo dell'autonomia nel compito educativo verso i figli, mediante l'affiancamento di personale educativo specializzato. Il servizio va pertanto attivato laddove esistano situazioni familiari la cui diagnosi è favorevole ad un cambiamento. Il termine "domiciliare" non è da intendersi alla lettera, in quanto, oltre al nucleo familiare quale ambito privilegiato di relazione del minore, esistono tutti i luoghi e tutte le situazioni del "quotidiano vivere" del minore, in modo particolare le agenzie educative e ricreative.

L'intervento di assistenza domiciliare è "ponte" tra minore che presenta rischi educativi, la sua famiglia ed il territorio, come accompagnamento preventivo, sostegno e tutela del percorso di crescita.

Per ciascun intervento è redatto un progetto individuale di intervento.

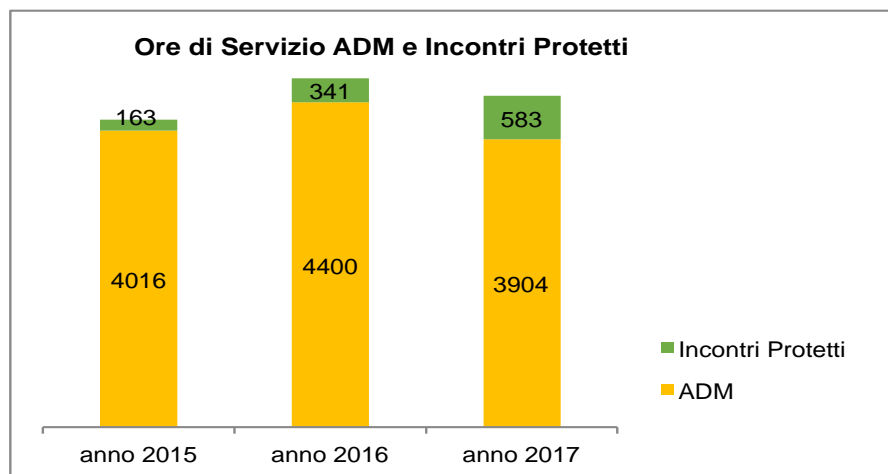
Il minore e la famiglia vengono affiancati da personale educativo che si attiva per:

- potenziare e recuperare le risorse genitoriali;
- favorire la costruzione di una rete di legami con il territorio;
- facilitare/reimpostare la relazione genitori-figli;
- sostenere l'apprendimento scolastico.

L'ADM è gestito in forma associata per tutti venti comuni dell'ambito dall'Azienda Territoriale, gestito tramite convenzione con una cooperativa sociale; i costi sono assunti dai comuni di residenza proporzionalmente alle ore effettivamente usufruite in parte attraverso i finanziamenti del FNPS ed in parte a carico dei bilanci comunali. Nel successivo prospetto sono indicate le ore di servizio erogate e le situazioni seguite, suddiviso tra assistenza domiciliare e incontri protetti riferite all'ultimo triennio.

Annodi riferimento	ASSISTENZA DOMICILIARE MINORI				INCONTRI PROTETTI	
	ORE DI SERVIZIO	NUMERO MINORI	NUMERO NUCLEI FAMILIARI	NOTE	ORE DI SERVIZIO	NUMERO MINORI
2015	4016	34	29	11 interventi conclusi; 15 nuove attivazione nell'anno	163	11
2016	4400	47	32	12 interventi conclusi; 13 nuove attivazione nell'anno	341	14
2017	3904	44	32	5 interventi conclusi; 13 nuove attivazione nell'anno	583	14

Si rileva un tendenziale potenziamento del dispositivo degli “incontri protetti”, come intervento che qualifica il lavoro di tutela soprattutto nelle situazioni più complesse.



Per la progettazione del prossimo triennio è necessario tenere in considerazione quanto già espresso a livello di programmazione sovra-distrettuale con particolare attenzione all’attivazione e sperimentazione di nuovi servizi maggiormente efficaci e più sostenibili economicamente. Soprattutto si intende sperimentare, attraverso la precisa definizione di progetti personalizzati e di obiettivi temporalmente definiti, la proposta di interventi differenziati di supporto educativo (interventi educativi con il minore, supporto ai genitori, esperienze di gruppo, costruzione di alleanze educative, ecc.), anche tramite la previsione di budget di welfare educativo per i casi in carico, in modo da destinare le risorse disponibili in base all’intensità del bisogno del minore e della famiglia. La prossima gara di appalto prevista dall’Azienda Territoriale dovrà assumere tali orientamenti innovativi e prevedere in tale direzione eventuali interventi sperimentali.

Di seguito l’indicazione schematica degli obiettivi per il prossimo triennio

Titolo obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Strumenti di valutazione	Tempistica
Verso una nuova Assistenza Domiciliare Minori e sperimentazione di Piani personalizzati	Specifico	Sperimentazione di intervento integrato e differenziato. Sperimentazione Piani Personalizzati e budget di welfare educativo.	SST Enti gestori ADM Consultori familiari	Equipe. Affidamento in convenzione del servizio	Numero Piani personalizzati e budget di welfare educativo programmati	5-20	Progetti personalizzati	Entro dicembre 2020.

con risorse assegnati per obiettivi di inclusione sociale (Budget di welfare educativo)		Collaborazione con interventi di Home Visiting dell'ATS e Punti Nascita dell'ASST del Garda. Costruzione rete locale per l'inclusione socio educativa con enti e associazioni locali.						
Regolazione e tariffazione omogenea del Servizio ADM	Specifico + Innovativo*	Costruzione di linee guida distrettuali per l'applicazione di soglie ISEE omogenee nel Distretto. Incontri protetti: compartecipazione famiglie in base ad ISEE	Esecutivo e Assemblea dei Sindaci Ufficio di Piano	Riunioni degli organismi istituzionali	- Numero di Comuni con Soglie ISEE omogenee	5-12	Verbali organismi	Entro giugno 2020
Sviluppo e differenziazione dell'Affido e della solidarietà familiare	Specifico	Campagna locale di comunicazione, tramite canali informali e formali. Costruzione di una rete di promotori locali dell'affido (associazioni, parrocchia, scuole) per l'aggancio di persone interessate a conoscere meglio l'affido. Sensibilizzazione delle famiglie con incontri di conoscenza con raccolta di interesse Analisi dei bisogni sul territorio per dare	Servizio Sociale Territoriale Ufficio di Piano Educatore incaricato	Equipe tutela minori Network locale per l'affido	Numero di enti coinvolti nel Network locale per l'affido. Numero di famiglie disponibili.	3-8 5-10	Verbali di coordinamento. Banca dati delle famiglie disponibili.	Entro dicembre 2020

		una lettura reale alle famiglie. Studio e ipotesi di modelli di affido e solidarietà familiare ad intensità variabile.						
Omogeneità delle quote di sostegno alle famiglie affidatarie	Specifico + Innovativo*	Definizione di quote di contributo omogeneo sul distretto alle varie forme di affido.	Esecutivo e Assemblea dei Sindaci Ufficio di Piano	Riunioni degli organismi istituzionali	- Numero di Comuni con quote di sostegno omogenee.	5-12	Verbali organismi	Entro giugno 2020
Supporto alla crescita degli adolescenti e prevenzione di problematiche connesse.	Specifico	Continuità dell'azione psicopedagogica presso le scuole secondarie di primo grado, tramite gli Sportello Adolescenti. Supporto ai ruoli genitoriali, agli insegnanti e ai ruoli educativi nella comunità locale.	Fondo Nazionale per le Politiche Sociali e quote di co-finanziamento dei comuni. Assistenti sociali comuni Docenti Psicologi	Criteri organizzativi generali per la gestione degli sportelli psicopedagogici Linee guida tra i Servizi Sociali e le Scuole dell'Ambito 9 in tema di maltrattamento ai minori. Affidamento in convenzione del servizio	- Numero di plessi scolastici con sportelli attivi. - Numero di accessi di adolescenti - Numero di accessi agli sportelli di genitori/insegnanti.	9-12  1200-1600  600-800	Report di servizio	Entro giugno 2020
Contrasto alla violenza di genere	Specifico	Partecipazione al progetto "Tessere Legami" Collaborazione con equipe interdistrettuale. Individuazione spazi di housing e appartamenti protetti. Fondo distrettuale di solidarietà contrasto violenza di genere.	Servizio Sociale territoriale Associazioni di volontariato. Forze dell'ordine ASST del Garda Risorse del progetto Tessere Legami	Gruppo di lavoro distrettuale. Fondo di solidarietà per accoglienza donne.	N. casi di violenza gestiti in collaborazione con Centro Antiviolenza / Totale casi di violenza.	100%	Verbali coordinamento di progetto Tessere Legami.	Entro dicembre 2020.



## AREA ANZIANI

Il sistema di intervento attuale a favore della popolazione anziana non autosufficiente dispone sul territorio dell'insieme dei servizi che negli anni si è consolidato, non senza problemi di mantenimento delle risorse e di quantità di e appropriatezza delle risposte:

- ✓ La presa in carico di cittadini anziani non autosufficienti è regolata attraverso il Centro per l'Assistenza Domiciliare (CeAD) del Distretto n. 9 – Bassa Bresciana Centrale, promosso dall'ASST del Garda con l'obiettivo di una presa in carico integrata tra intervento sociale e sociosanitario;
- ✓ Il sistema delle RSA presenta una notevole offerta di posti nel distretto, con un 11 strutture residenziali, per un totale di 933 posti accreditati, pari al 8,42% della popolazione ultra 75enne, nettamente superiore alla previsione programmatica del 7% indicato dal PSSR 2002-2004 (DCR n. 462 del 14 marzo 2002); il dato dice di 4,12 posti letto ogni 100 anziani ultra 65enni, superiore alla media regionale (2,9) e alla media europea (3,4).
- ✓ Il Servizio di Assistenza Domiciliare è presente in tutti i 20 Comuni e tra questi 13 Comuni ne hanno affidato la gestione all'Azienda Territoriale. Il meccanismo di gestione unitario ha previsto il sistema dei voucher ed è sempre più rivolto ad interventi caratterizzati da elevata complessità; le modalità di attivazione e di monitoraggio degli interventi di assistenza sono definite da specifiche procedure codificate, in particolare nelle "Linee guida per la gestione del servizio di assistenza domiciliare in forma associata". Questo ha permesso una maggiore omogeneizzazione coordinamento degli interventi tra i diversi comuni. Nell'ultimo triennio gli utenti in carico al SAD sono stati mediamente poco più di 330 per ogni anno, pari all'1,46% della popolazione ultra65enne, un dato molto al di sotto delle medie regionali (stimate tra il 3% e il 4%) e nettamente sotto le medie europee (media del 7,1%, con punte fino al 21%).
- ✓ I Centri Diurni Integrati presenti nel distretto sono in tutto 9, per un totale di 140 posti accreditati (pari allo 0,62% della popolazione ultra65enne). Si tratta ancora di una offerta marginale, in linea con lo scenario lombardo e nettamente distanti da equivalente servizi in altri contesti europei.
- ✓ Le altre unità di offerta sono caratterizzate da piccole innovazioni sperimentali soprattutto nel campo di nuovi servizi residenziali a protezione intermedia (le così dette forme di residenzialità leggera): seppure ancora numericamente limitate, queste sperimentazioni sono particolarmente interessanti perché aprono nuove prospettive di intervento.

	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017
n. utenti in carico nei Comuni dell'ambito	308	333	304
costo complessivo	€ 622.910,78	€ 694.923,18	518.586,93

Dalla breve ricognizione, emerge l'importanza di sviluppare processi di differenziazione dei servizi e sviluppare dei sistemi di intervento di comunità. Questa evoluzione non va letta solo come aumento dei servizi domiciliari in senso stretto, quanto con una profonda integrazione fra diverse e aggiornate forme di sostegno domiciliare di prossimità e la contemporanea diffusione di soluzioni di housing sociale protetto a prevalente impronta abitativa e sociale, fortemente integrate con la rete dei servizi territoriale, dando spazio allo sviluppo di servizi abitativi di vita indipendente e di vita assistita, a cui anche Regione Lombardia sta guardando con interesse.

In una generale attenzione alla qualità della vita per le persone anziane (e non solo alla erogazione dei servizi), tra gli altri elementi su cui sviluppare la programmazione 2018-2020 sono da mettere in evidenza i seguenti aspetti:

- la mobilità degli anziani per accedere ai servizi socio sanitari e sociali del territorio: vista la conformazione urbanistica del territorio e il rischio di isolamento e le difficoltà di spostamento tipiche dell'età anziana, va promosso un coordinamento tra le risorse attive nel campo del trasporto sociale e il bisogno delle persone anziane (questo obiettivo verrà esplicitato anche al punto "5.3. Area Disabilità")
- le dimissioni protette e la continuità delle cura tra servizi sanitari e domicilio: il tema del ritorno a casa post ricovero va monitorato e gestito e rappresenta una degli aspetti salienti dell'integrazione tra i servizi
- ricostruire integrazione e coordinamento tra i servizi e gli enti che supportano la persona anziana, valorizzando i diversi luoghi di contatto tra anziani ed enti (servizi sociali, patronati, ecc.).
- il sostegno alla progressiva valorizzazione e qualità del lavoro di cura svolto dagli assistenti familiari, tramite il ruolo di orientamento della domanda e dell'offerta svolto dallo Sportello per l'Assistenza Familiare. Il supporto a queste figure assistenziali rappresenta sia un'occasione di inclusione sociale di fasce di popolazione spesso vulnerabile, sia un concreto contributo alla qualità delle vite delle persone anziane non autosufficienti. Soprattutto il potenziamento delle competenze linguistiche degli assistenti familiari costituisce un fattore da sviluppare.

<b>Titolo obiettivo</b>	<b>Tipologia di obiettivo</b>	<b>Interventi/azioni di sistema</b>	<b>Risorse impiegate</b>	<b>Strumenti utilizzati</b>	<b>Indicatori di esito</b>	<b>Range di valutazione</b>	<b>Strumenti di valutazione</b>	<b>Tempistica</b>
Sperimentazione nuovi servizi di supporto all'autonomia residenziale (residenzialità leggera)	Specifico	Mappatura delle esperienze di residenzialità protetta nel distretto. Sviluppo delle esperienze di residenzialità leggera.	Servizi Sociali Territoriali ASST RSA del distretto. Enti Terzo Settore	Accordi operativi Progettazioni condivise	- Numero prassi di residenzialità protetta mappate - Numero nuove esperienze residenzialità protetta avviate.	0-4  0-1	Verbali tavoli di lavoro. Convenzioni sottoscritte	Entro dicembre 2020.
Potenziamento dell'acquisizione delle competenze linguistiche degli assistenti familiari	Specifico	Gestione dello sportello assistenti familiari e del relativo registro. Valutazione, formazione e certificazione delle competenze linguistiche degli Assistenti familiari	Ufficio di Piano Patronati		- Numero di Assistenti familiari con sufficienti competenze linguistiche	5-15	Certificazione competenze	Entro dicembre 2020.

## AREA DISABILITA'

### LA SITUAZIONE ATTUALE

Nel territorio della Bassa bresciana sono presenti diverse unità d'offerta dedicate all'area disabilità con i quali è attivo, da tempo, un proficuo rapporto di collaborazione:

UNITA' DI OFFERTA	ENTE GESTORE	CAPIENZA
Centri Diurni Disabili (CDD)	Collaboriamo di Leno	30 posti
	Gabbiano di Ponteviso	30 posti
	Sergio Lana di Ghedi	24 posti
Centro Socio Educativo (CSE)	Sergio Lana di Ghedi	12 posti
Comunità Alloggio Disabili (CSS)	Monica Crescini di Leno	10 posti
	Antigua di Ponteviso	9 posti
Residenza Sanitaria Disabili (RSD)	Cremonesini di Ponteviso	140 posti

Gli sforzi messi in atto nel triennio passato sono andati nella direzione di razionalizzare l'esistente in funzione dell'emancipazione, ove possibile, della persona con disabilità. In quest'ottica, sono stati rivisti i regolamenti relativi a buoni e voucher ex L.162, in modo tale da ricomporre le diverse necessità. In sostanza è stato avviato un percorso che, partendo dai fondi stanziati, individua ad hoc le risorse a cui attingere per poter consentire al cittadino disabile di realizzare il proprio progetto di vita personalizzato.

A livello di gestione associata da parte dei comuni dell'ambito sono stati promosse e gestite le seguenti misure:

#### Voucher sociali :

- voucher educativi: complementari alla progettazione del Servizio Sociale di base, differenziando gli interventi per due settori specifici: per azioni di sostegno alla vita quotidiana e per progetti di socializzazione per le attività estive rivolti principalmente a minori o giovani disabili;
- voucher assistenziali (SADH): complementari agli interventi domiciliari gestiti direttamente dai Comuni, per dare risposta agli utenti anche nelle fasce orarie non coperte dal servizio sociale comunale.

#### Buoni sociali:

- buono sociale per la non autosufficienza: finanziati con le quote assegnate all'ambito del Fondo nazionale per la Non Autosufficienza; l'obiettivo di questi interventi è stato quello di compensare le prestazioni di assistenza assicurate dal caregiver familiare e/o acquistare le prestazioni da assistente personale finalizzate al soddisfacimento dei bisogni primari, alla promozione e al mantenimento del benessere psicofisico, all'aiuto nelle funzioni di deambulazione, all'utilizzo corretto dei presidi, al mantenimento delle residue capacità psicofisiche e all'aiuto nell'espletamento delle funzioni di vita quotidiana.

#### Finanziamento progetti per la vita indipendente:

- in coerenza con le Linee guida per la predisposizione di progetti a sostegno della vita indipendente per persone con grave disabilità, approvate dall'Assemblea dei Sindaci del 21.11.2011, è stato definito un regolamento per l'ammissibilità dei progetti al finanziamento. Anche tali interventi sono finanziati con le quote assegnate all'ambito del Fondo nazionale per la Non Autosufficienza.

- Dopo di Noi (DGR 6674/17): nel 2017 sono stati promossi e gestiti due bandi di contributo per progetti di autonomia rivolto a persone con disabilità grave, che attraverso la costruzione di progetti individualizzati, della durata di almeno 2 anni, sono state orientate verso l'autonomia e l'uscita dal nucleo familiare di origine, anche mediante soggiorni temporanei al di fuori del contesto familiare.

#### Servizio Assistenza Ad Personam:

- Servizio di assistenza ad alunni disabili residenti nei Comuni dell'Ambito per promuovere l'integrazione scolastica e sociale. Il servizio è gestito dall'Azienda Territoriale su delega dei Comuni dell'Ambito ed è affidato tramite gara ad evidenza pubblica ad un soggetto del privato sociale. Nel 2016/2017 sono stati affidatari del servizio i Comuni di Alfianello, Bagnolo Mella, Bassano Bresciano, Cigole, Fiesse, Ghedi, Gottolengo, Isorella, Milzano, Offlaga, Pavone Mella, Pontevico, San Gervasio Bresciano, Seniga, Verolavecchia. Nell'anno scolastico 2016/17 sono state erogate 1317 ore di assistenza per un totale di 91 utenti.
- Voucher disabili: Si nota un aumento sia del numero di voucher erogati sia dell'importo medio degli stessi.

#### **Voucher disabili**

	<b>anno 2015</b>	<b>anno 2016</b>	<b>anno 2017</b>
n. voucher erogati	94	94	112
importo totale erogato	120.439,50 €	145.977,10 €	180.094,51 €
importo medio per voucher	1.281,27 €	1.552,95 €	1.607,99 €

Alla luce di quanto sopra riportato, perciò, i punti cardine attorno cui sviluppare la programmazione 2018-20 saranno i seguenti:

- la risposta al bisogno trasversale di "mobilità" per cittadini disabili e non autosufficienti: si tratta di un bisogno sentito in un territorio frammentato e con piccoli insediamenti abitativi, spesso anche isolati in contesti rurali. La presenza di diverse realtà associative che svolgono servizio di trasporto sociale rappresenta un patrimonio da valorizzare, integrare e coordinare, per garantire sempre più il diritto alla mobilità per accedere ai servizi sociali, culturali, socio sanitari e sanitari.
- Lo sviluppo di progetti "Dopo di Noi" sempre più appropriati e sostenibili nel tempo: è necessario individuare interventi che siano effettivamente occasioni di autonomia e che pongano le basi per effettive opportunità di vita autonoma, da parte di soggetti con gravi disabilità, in modo che possano decidere autonomamente dove, come e con chi vivere la loro vita adulta, in maniera gradualmente indipendente dai genitori, in una casa che sia una vera casa e non necessariamente un istituto o un servizio speciale.
- La cura della transizione in uscita dalla scuola per i adolescenti/giovani con disabilità: le famiglie, le associazioni, i servizi segnalano come il termine del ciclo di studi sia un passaggio traumatico per tanti adolescenti e giovani con disabilità. Dopo un periodo di vita caratterizzato da una profonda "inclusione" nei processi di crescita, pur con tutte le differenziazioni e supporti del caso, il periodo post scuola superiore vede il rischio di un ritorno nell'isolamento familiare o la dipendenza da qualche servizio assistenziale. Si auspica invece un pensiero progettuale che favorisca l'allestimento di contesti ricreativi, educativi, sportivi, culturali, lavorativi che offrano opportunità di sviluppo di competenze, di inclusione sociale, di autonomia.

Titolo obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Strumenti di valutazione	Tempistica
Coordinare, sviluppare la mobilità sul territorio di cittadini con ridotta mobilità. (anziani, minori o persone con disabilità) e finalizzato a consentire l'accesso alla rete di servizi.	Specifico	Mappatura delle prassi di trasporto sociale in corso nel distretto (bisogni e risorse). Attivazione di un tavolo di coordinamento tra Comuni e Enti di Terzo settore attivi nel trasporto sociale. Avviare prassi coordinate di trasporto sociale Costruzione di un regolamento per il servizio di trasporto sociale distrettuale.		Gruppo di lavoro distrettuale. Automezzi dedicati al trasporto sociale degli Enti Terzo Settore.	- Numero prassi identificate - Numero Enti di Terzo settore coinvolti - Regolamento distrettuale	1-5  1-5  Presenza/assenza	Verbali tavolo coordinamento	Entro dicembre 2020.
Dopo di Noi: proseguire e rafforzare l'applicazione della legge 112/2016 e della relativa DD Regione Lombardia 6674/2017	Specifico	Verifica andamento dei primi bandi per voucher Dopo di Noi sul distretto (incremento condizioni di autonomia e sostenibilità del tempo). Individuazione priorità di intervento per i progetti individuali del Dopo di Noi. Nuovi bandi per il Dopo di Noi.	Servizio Sociale Territoriali ASST Enti Gestori CDD, CSS e RSD. Associazioni di tutela e dei familiari.	Equipe SST Gruppo di lavoro Bandi per erogazione voucher	- Numero di bandi Dopo di Noi - Numero progetti/voucher attivati - Incremento condizioni di autonomia - Sostenibilità dei progetti personalizzati avviati	1-2  5-15  Osservazione diretta  Osservazione diretta	Verbali gruppo di lavoro. Verbali commissione Voucher Dopo di Noi.	Entro dicembre 2020.
Sostegno ai giovani disabili al termine del ciclo di studi per garantire opportunità di inclusione e autonomia nelle diverse dimensioni della vita.	Specifico	Mappa dei bisogni negli istituti medi superiori. Voucher mirati al sostegno post ciclo scolastico	Istituti Scolastici Servizio Sociale Territoriale Enti gestori AdP Associazioni di tutela e dei familiari.	Gruppo di lavoro integrato	- Numero di scuole superiori coinvolte - Progettazioni personalizzate attivate	2-4  2-6	Verbali gruppo di lavoro	Entro dicembre 2020

## CONTRASTO ALLA POVERTA'

Nel 2017 ha preso avvio nei Comuni dell'Ambito 9 la gestione del programma SIA (Sostegno all'Inclusione Attiva), poi trasformato in REI (Reddito di Inclusione) dal 1 gennaio 2018 a seguito dell'entrata in vigore del D.Lgs. 147/2017. Per la gestione e il potenziamento dei servizi connessi all'implementazione del SIA/REI, l'Ambito ha ricevuto il contributo del programma PON INCLUSIONE, le cui risorse destinate all'Ambito (euro 205.407) entreranno per la quasi totalità nel presente Piano di Zona 2018-2020, per alimentare i servizi di accesso e il supporto all'attuazione dei progetti individuali.

Il REI è individuato dalla normativa nazionale come il primo e fondamentale livello essenziale di assistenza e rappresenta una misura orientata ad **attuare il cambio di paradigma di un welfare che vuole superare la logica del "bisogno" in favore dei diritti delle persone, fondata sulla costruzione di progetti personalizzati, promossi dal servizio sociale territoriale in un'ottica di integrazione e collaborazione con la rete di enti, servizi e risorse del territorio. La sfida che attende il sistema locale su questo versante è quella non tanto come per "gestire" la nuova misura, ma assumerla come occasione per "orientare e governare" l'innovazione di paradigma.**

In ogni caso, è assodato che con il REI è stata resa stabile una misura nazionale di contrasto alla povertà con la quale gli enti locali dovranno cimentarsi e confrontarsi e che potrà integrare e anche sostituire alcune misure di sostegno finora messe in atto dalle Amministrazioni Comunali e da Regione Lombardia (Piano per la povertà, previsto dal D.Lgs. 147/2017 e che dovrebbe essere approvato e sviluppato a partire dal 2018).

Il monitoraggio svolto da Alleanza contro la Povertà<sup>4</sup> ha stimato in 310 le famiglie beneficiarie del SIA/REI nel territorio dell'Ambito 9. Nel corso del 2017 sono state rilevate le seguente domande:

N. domande ricevute	141
Non idonee per assenza requisiti (valutazione Comune)	23
Ritenute Idonee e caricate su portale	136
Revocate da INPS	53
Accolte da INPS	65

Nel primo trimestre del 2018, i Comuni dell'Ambito hanno già ricevuto 526 domande.

Nel corso del triennio 2018-2020, la programmazione distrettuale sarà orientata a:

- sviluppare le competenze di segretariato sociale e di presa in carico integrata per i cittadini richiedenti il REI
- sviluppare le competenze di progettazione integrata dei progetti individualizzati per i cittadini beneficiari del REI: la progettazione deve mirare non solo alla definizione di un possibile progetto individuale, ma anche alla costruzione di un "portafoglio di opportunità" di inclusione sociale e lavorativa, ovvero deve lavorare non solo sulla domanda ma anche sull'offerta, tramite un lavoro di attivazione di rete locale e lo scouting di nuove risorse.

<sup>4</sup> Leone L. (a cura di), *Rapporto di valutazione: dal SIA al REI. Alleanza contro la povertà*, Roma, 8 Novembre 2017 (<http://www.redditoinclusione.it/rapporto-di-valutazione/>)

Titolo obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Strumenti di valutazione	Tempistica
Promuovere accesso a REI e progetti personalizzati di attivazione sociale e lavorativa.	Specifico	Sportelli di accesso al REI nei Comuni Progettazione personalizzata. Attivazione rete locale per attuazione progetti personalizzati. Mappa delle nuove opportunità di inclusione sociale e lavorativa.	Servizio Sociale Territoriale PON Inclusione	Progetti personalizzati di inclusione	- Numero Progetti attivati / Numero di REI attivati - Numero di nuove opportunità di inclusione sociale e lavorativa.	50%	Verbali Servizio Sociale Territoriale	Entro dicembre 2020.
Costituzione Equipe multidisciplinare integrata.		Accordi con servizi per il lavoro; servizi socio sanitari; istituti scolastici; enti di terzo settore. Integrazione e ricomposizione degli interventi nel Progetto personalizzato. Supporto formativo all'Equipe REI.	PON Inclusione	Equipe	- Numero di enti che partecipano all'equipe - Numero casi REI gestiti in equipe/Numero totale REI	3-10  50%	Verbali Equipe	Entro dicembre 2020.

## GLI OBIETTIVI STRATEGICI

In riferimento a quanto previsto dalla DGR 7631 del 28 dicembre 2017 (linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2018-2020), che prevedono un sistema di premialità collegato all'indicazione e allo sviluppo di obiettivi strategici secondo priorità indicate, con il presente Piano di Zona si individuano 3 obiettivi strategici da perseguire nella programmazione triennale, come di seguito individuati in sintesi:

- ✓ **OBIETTIVO STRATEGICO 1.** Tariffazione omogenea per il Servizio di Assistenza Domiciliare Minori, garantendo una regolazione unitaria e omogenea per tutto l'Ambito distrettuale dei criteri di compartecipazione alla spesa da parte dei beneficiari.
- ✓ **OBIETTIVO STRATEGICO 2.** La definizione di un processo di integrazione completa nella gestione delle procedure di appalto e affidamento di servizi, qualificando l'Azienda Territoriale come stazione appaltante unitaria, con la definizione di criteri omogenei nella gestione e valutazione del servizio/progetto.
- ✓ **OBIETTIVO STRATEGICO 3.** Progettazione e sperimentazione di **Laboratori per il lavoro e l'autonomia delle persone fragili** per la "socializzazione al lavoro" centrati sull'integrazione tra intenzionalità educativa, apprendimento pratico e sviluppo delle competenze trasversali

La definizione e sviluppo degli obiettivi indicati sarà elaborata, secondo il format indicato dalle Linee Guida regionali, con specifici documenti progettuali a cura dell'Ufficio di Piano e approvati dall'Assemblea dei Sindaci.



## IL SISTEMA DI GOVERNANCE E LA RETE LOCALE

Il Piano di zona si configura come uno strumento di programmazione condivisa. La programmazione del Piano di Zona per il triennio 2018-2020 si inserisce dunque in un contesto normativo, caratterizzato dalla Legge Regionale 12 Marzo 2008, n. 3, dalle linee guida regionali e dalle norme di finanza pubblica che vincola la capacità di programmazione dei comuni sia singoli che associati.

Con la definizione del presente Piano di zona, l'Ambito della Bassa bresciana centrale si pone, in continuità con il precedente piano, all'interno di un sistema di rete per la gestione delle politiche sociali del territorio, con un preciso ruolo di governance del sistema stesso.

La capacità di governance si traduce nella comune lettura e condivisione dei bisogni che la realtà territoriale esprime e nel contempo nella capacità organizzativa e programmatica di indirizzare le risorse, il capitale sociale, verso politiche sociali tendenti alla qualità. Da qui la necessità di affinare la capacità di conoscenza del territorio definendo strumenti e soprattutto identificando "tempi" specificatamente destinati che siano orientati, per quanto possibile e per quanto di competenza a livello locale, a superare la frammentazione attuale dei flussi informativi

Come esplicitato per il livello sovradistrettuale, così a livello zonale si propone una maggiore connessione tra il comparto tecnico e il comparto politico con l'obiettivo di individuare un possibile "luogo" nel quale poter dare spazio ad un'attività di "pensiero condiviso" sui temi della programmazione sociale, assicurando nel contempo una connessione efficace tra i vari livelli di programmazione e decisione.

Al fine di dare senso ed efficacia a tali premesse è tuttavia necessario che, a tutti i livelli, i soggetti che sono parte del sistema non si considerino singoli, ma parte di una sola realtà locale entro la quale si devono costruire rapporti solidi e di reciprocità accrescendo così il senso di appartenenza e responsabilità sociale e di comunità.

Il Piano di Zona 2018-20 assolve come obiettivo trasversale a tutte le priorità indicate nel documento quello di attivare una dimensione di "rete territoriale", quale processo permanente di confronto, analisi dei bisogni e delle risorse, previsione delle strategie e, nelle forme possibili, co-progettazione. Attraverso l'attivazione di tavoli tematici permanenti e di gruppi di lavoro su specifici argomenti e progetti, il Piano di Zona vuole promuovere e mantenere un sistema allargato di partecipazione al welfare locale.

### La governance sovradistrettuale

#### Il Coordinamento degli Uffici di Piano dell'ASL di Brescia

Tutti i dodici Ambiti distrettuali dell'ATS di Brescia, hanno previsto nella propria programmazione una sezione specifica dedicata alle politiche sovra distrettuali, politiche che hanno tratto il loro fondamento e presupposto nell'operatività del Coordinamento provinciale degli Uffici di Piano (di seguito definito sinteticamente "Coordinamento"), costituito dai Responsabili/Coordinatori dei dodici Uffici di Piano degli Ambiti Distrettuali appartenenti al territorio dell'ATS di Brescia.

Sinteticamente, le motivazioni che negli anni hanno portato alla nascita del Coordinamento sono da ascrivere alla necessità e utilità, riconosciuta da tutti i territori, di disporre di un luogo di incontro, confronto, sintesi, approfondimento, valutazione, limatura delle differenze, supporto e decisione tecnica, nell'ambito del quale affrontare in modo coordinato le difficoltà e le novità che la partita dei Piani di Zona ha certamente portato nei territori, compresa la necessità e l'utilità di definire delle politiche sovradistrettuali.

Nel triennio appena concluso tale organismo ha lavorato in modo costante rispetto ai vari temi che la Regione Lombardia, l'ATS o i soggetti del territorio hanno posto nel tempo, anticipando di fatto la costituzione della Cabina di Regia (prevista dalla Regione Lombardia a partire dal 2013), soggetto che, in modo più formale (anche se in un'ottica e per tematiche di carattere propriamente socio sanitario), si pone per certi versi a completamento ad un organismo nato spontaneamente sul territorio, come risposta ad un'esigenza concreta.

Una delle attività più significative che il Coordinamento degli Uffici di Piano ha posto in essere negli anni è certamente stata la riduzione delle disomogeneità sul territorio bresciano, già di per sé così vario per caratteristiche geografiche (presenza di valli montane come la Valle Trompia e la Valle Sabbia, di laghi -Sebino e Garda), per caratteristiche economico-produttive (insediamenti industriali e artigianali significativi, presenza di imprenditoria specifica), per caratteristiche demografiche (a titolo di esempio si segnala l'elevata presenza di stranieri che connota quella di Brescia come una tra le province lombarde e italiane con la più

alta percentuale di stranieri presente), costruendo prassi di lavoro (“buone prassi”), ma nel contempo, pur con tanta fatica organizzativa, ha anche facilitato la diffusione di cultura e conoscenza in ambito sociale, ha consentito di cogliere prontamente i cambiamenti sociali, aiutando i vari attori ad affrontarli.

Proprio per tale consuetudine di lavoro integrato, anche la partita della nuova programmazione zonale, che valorizza in modo importante l'integrazione socio sanitaria tra ATS e Ambiti territoriali (testimoniata anche dal ruolo attribuito alla Cabina di regia a livello regionale), è stata da subito gestita in modo coordinato, non solo tra i dodici ambiti distrettuali, ma anche con l'ATS.

Pur riconoscendo e prendendo atto del ruolo della Cabina di regia, parte integrante della governance in particolare in ambito socio sanitario, la storia degli ultimi dodici anni di programmazione coordinata fa ritenere opportuno confermare comunque il Coordinamento provinciale degli Uffici di Piano quale soggetto della governance del Piano di Zona, con funzione di organo tecnico che opera anche all'interno della Cabina di Regia per le specifiche attività poste in capo a detto soggetto.

Al Coordinamento sono attribuite le seguenti funzioni:

- elaborazione e proposizione rispetto a varie tematiche afferenti al contesto sociale e in particolare alla programmazione e gestione degli interventi e Servizi Sociali;
- garantire momenti di confronto e di approfondimento delle varie tematiche connesse alla gestione degli interventi e Servizi Sociali;
- svolgere in generale una funzione di supporto e di istruttoria relativamente a temi e problemi che gli Amministratori locali ritengano opportuno approfondire ed istruire;
- condividere sul piano tecnico modalità di organizzazione e di gestione concreta di azioni, interventi e progetti nell'ottica di addivenire, quando opportuno, ad una maggiore omogeneità progettuale ed operativa;
- coordinare e sostenere, come avvenuto in fase di preparazione del Piano di Zona 2015/2017, gruppi di lavoro anche con altri soggetti del territorio ritenuti comunque significativi per la funzione svolta a livello territoriale e per il possibile apporto in termini di conoscenze, informazioni, opportunità, relazioni che gli stessi rappresentano/esprimono, anche per dare “corpo” ad alcuni degli obiettivi descritti nel proseguito del Piano di Zona, la cui realizzazione deve necessariamente passare da un consolidamento dell'integrazione tra soggetti territoriali diversi e da un presidio costante e ragionato di problemi, opportunità, sperimentazioni, costruzione di buone prassi.

#### La Cabina di regia

La Dgr 326/13 ha identificato nella Cabina di Regia il luogo dove garantire la programmazione, il governo, il monitoraggio e la verifica degli interventi socio-sanitari e sociali erogati da ATS e Comuni, singoli e associati, nell'ambito delle aree comuni di intervento. E' costituita con provvedimento dell'Asl in accordo con gli ambiti territoriali.

Le linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2015-2017, approvate da Regione Lombardia con propria dgr X/2941 del 19.12.2014, identificano chiaramente le funzioni della Cabina di Regia che si ritiene opportuno di seguito richiamare integralmente:

- a) monitoraggio dello stato di avanzamento degli obiettivi del Piano di Zona dei territori, rispetto alle dimensioni conoscenze – risorse – servizi;
- b) orientare, sulla base dell'esperienza svolta l'attività della Cabina di regia in particolare sul tema delle non autosufficienze, privilegiando progressivamente il livello della programmazione strategica e di sistema e qualificando maggiormente la dimensione programmatoria e di pianificazione delle azioni e delle risorse rispetto alla dimensione erogativa;
- c) focalizzare la programmazione ripartendo dal tema della conoscenza anche con riferimento al percorso di accompagnamento promosso da Regione Lombardia;
- d) condividere i piani operativi ATS e Ambiti relativi alle misure e ai canali di finanziamento regionali e nazionali in tema di interventi e servizi sociali e sociosanitari al fine di avere un quadro chiaro delle azioni che vengono intraprese a livello territoriale, ponendo attenzione sia alle possibili sovrapposizioni degli interventi sia alle aree della domanda di intervento/servizi ancora scarsamente presidiate, condizione questa per poter effettuare analisi territoriali relative ai vari piani operativi e poter confrontare meccanismi di accesso;
- e) investire maggiormente sul monitoraggio e soprattutto sulla valutazione delle politiche adottate;

- f) rafforzare il ruolo di riferimento della Cabina di regia rispetto agli organismi politici (Assemblea distrettuale, Consiglio di rappresentanza dei sindaci e Conferenza dei sindaci);
- g) adottare un metodo di lavoro e di procedure definite da ASL e Comuni prevedendo modalità di funzionamento flessibili e orientate alla concretezza dei risultati ottenuti;
- h) prevedere l'utilizzo condiviso (ATS/Ambiti) di sistemi informativi e di banche dati per la condivisione dei dati e lo scambio informativo sugli utenti incarico.

## **La governance di Ambito**

### **L'Assemblea dei Sindaci**

Così come normato dalla L.R. 31/97 l'organismo politico di riferimento è l'Assemblea distrettuale dei Sindaci ed è composto dai Sindaci o loro delegati dei venti comuni dell'Ambito. Partecipa altresì il Direttore del Distretto socio-sanitario di base.

In quanto luogo "stabile" della decisionalità politica le funzioni dell'Assemblea sono così sintetizzate:

- l'approvazione del documento di piano e i suoi eventuali aggiornamenti;
- la definizione degli indirizzi programmatori e delle finalità delle aree di intervento per il triennio di validità del Piano di zona;
- la definizione del piano strategico di intervento riferito alle aree di competenza, nel rispetto degli indirizzi e conformemente agli obiettivi stabiliti dalla Regione;
- la verifica annuale dello stato di raggiungimento degli obiettivi del Piano;
- l'approvazione annuale dei piani economici finanziari di preventivo e dei rendiconti di consuntivo.
- l'approvazione dei dati relativi alle rendicontazioni richieste dalla Regione per l'assolvimento dei debiti informativi.

L'Assemblea dei Sindaci agisce il stretto raccordo con il Consiglio di rappresentanza dei Sindaci dell'Asl di Brescia in particolare per le azioni e gli interventi che hanno una rilevanza sovradistrettuale.

### **L'Organo Esecutivo**

In considerazione che sono presenti nell'ambito 20 comuni, già con la prima annualità del Piano di zona era stato istituito un organo politico gestionale più agile denominato "Organo esecutivo". E' composto dal Presidente e Vicepresidente dell'Assemblea dei sindaci, da sei sindaci o loro delegati, dal Direttore del Distretto e prevede la partecipazione del responsabile dell'Ufficio di Piano/Coordinamento d'ambito

Una funzione fondamentale dell'Organo esecutivo è quella di costituire il luogo istituzionale delle valutazioni e delle decisioni operative, dove cioè sono affrontate in forma approfondita le tematiche di volta volta emergenti nell'ambito dell'attuazione del Piano di Zona. In quest'ottica, anche al fine di migliorare la fase di valutazione e di assunzione delle decisioni formali, le riunioni possono prevedere la partecipazione dei componenti del Coordinamento di ambito in relazione alle tematiche affrontate

I compiti attribuiti a questo organo sono i seguenti:

- la gestione operativa degli indirizzi politici e delle risorse assegnate dal piano economico finanziario di previsione;
- l'elaborazione di proposte da sottoporre all'Assemblea dei Sindaci;
- l'approvazione di Piani operativi da assegnare agli organi tecnici;
- il monitoraggio e controllo del bilancio e degli impegni.

All'Organo esecutivo sono poi attribuite funzioni specifiche nei rapporti tra gli organi politici dell'Ambito e il Consiglio di Amministrazione dell'Azienda territoriale.

Allo scopo di ottimizzare i tempi organizzativi l'Organo esecutivo può attribuire ai propri componenti compiti specifici in riferimento a ciascuna area di intervento, in particolare la partecipazione ai gruppi di lavoro tematici

### **Ufficio di Piano/Coordinamento di ambito**

È l'organismo di supporto tecnico ed esecutivo in relazione alla programmazione e alla valutazione degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi del Piano di Zona. Le linee guida regionali indicano chiaramente come l'Ufficio di Piano possa contribuire a ricomporre la frammentazione del welfare locale intervenendo sull'offerta, in particolare orientando l'intervento di risposta sul reale bisogno del soggetto, riducendo la complessità nell'accesso ai servizi e promuovendo competenze in grado di innovare tali servizi. In questo senso bisogna muoversi verso l'idea che gli Uffici di Piano siano oltre che gestori, anche programmatori e promotori di nuovi strumenti e azioni di welfare.

Nell'Ambito 9, l'Ufficio di Piano è costituito come un Coordinamento di ambito, composto da tutti/tutte gli/le assistenti sociali del territorio. Si configura come un gruppo di lavoro tecnico professionale la cui finalità è quella di elaborare proposte per la definizione di ipotesi di programma, progetti di azione, linee guida, prassi operative, regolamenti comuni a tutto l'Ambito della Bassa bresciana sviluppando in termini sempre più puntuali e specifici il sistema dei servizi sociali come "associato", così come previsto dalla vigente normativa, in particolare la L. 328/2000 e s.m.i. e la L.R. n. 3/2008 e s.m.i. Il Responsabile dell'Ufficio di Piano svolge le funzioni di coordinamento. Il Coordinamento, che incorpora in sé tutte le funzioni attribuite dalla programmazione regionale agli Uffici di Piano, ha un ruolo istituzionale, in quanto rappresenta l'espressione tecnico professionale della programmazione e della gestione associata dei servizi alla persona, e pertanto la partecipazione allo stesso è parte dei compiti propri delle/degli assistenti/sociali dei comuni e conseguentemente rappresenta un dovere di servizio.

Concretamente l'attività del coordinamento, per ragioni di funzionalità, si esplicita per sottogruppi dedicati ad aree tematiche specifiche e/o a problematiche individuate come prioritarie. La condivisione delle professionalità e delle esperienze è quindi orientata alla produzione di documenti (regolamenti, linee guida, accordi o protocolli operativi) da sottoporre all'attenzione e all'approvazione degli organi politici dell'Ambito distrettuale (Esecutivo e Assemblea dei Sindaci).

Al fine di ottimizzare e migliorare la fase di valutazione e di assunzione delle decisioni formali, i componenti dei diversi sottogruppi dedicati potranno partecipare alle riunioni dell'Organo esecutivo in relazione agli argomenti trattati.

L'attività del Coordinamento di Ambito si raccorda inoltre con il coordinamento provinciale degli Uffici di piano per quanto concerne le tematiche a valenza sovradistrettuale.

### **L'Azienda speciale consortile dell'Ambito 9**

In attuazione dei principi indicati nella legge 328/00, che prevede lo sviluppo della rete dei servizi alla persona attraverso una gestione associata degli stessi, i venti comuni dell'Ambito n° 9 hanno costituito e attivato dal 2008, ai sensi del T.U. 267/2000, una Azienda Speciale Consortile denominata "Azienda Territoriale per i Servizi alla Persona", che ha la sua sede legale a Ghedi (Bs), in Piazza Donatori di Sangue, 7.

L'Azienda promuove e realizza la gestione associata dei servizi e degli interventi attraverso l'espletamento delle funzioni socio-assistenziali, socio-sanitarie integrate e la gestione dei servizi alla persona a prevalente carattere sociale. La gestione in forma associata dei servizi è finalizzata all'ottimizzazione delle risorse a disposizione; l'integrazione territoriale permette di evitare duplicazioni e sprechi favorendo invece una più omogenea distribuzione dei servizi, che sarebbero di difficile attuazione nei comuni di minore dimensione.

L'Azienda speciale consortile, in quanto soggetto giuridico formato esclusivamente dai comuni dell'ambito dei quali è espressione, è identificata come Ente capofila dell'accordo di programma con il quale è approvato il presente Piano di Zona.

All'Azienda compete la gestione amministrativa e finanziaria delle azioni e degli interventi di cui al Piano di Zona e più in generale delle attività gestite in forma associata da parte dei comuni dell'ambito distrettuale,

### **Gli organi dell'Azienda**

Ai sensi dello statuto e dell'atto costitutivo sono organi dell'Azienda speciale consortile:

- *L'Assemblea Consortile*: è l'organo di indirizzo, di controllo politico amministrativo e di raccordo con gli Enti soci; è composta dai sindaci di ciascun Ente consorziato o da loro delegati. Quest'organo è permanente ed è soggetto a variazioni nella composizione solo qualora vi siano cambiamenti nella titolarità della carica. Il rappresentante istituzionale dell'Azienda è il Presidente dell'Assemblea Consortile, il quale viene eletto dall'Assemblea stessa.
- *Il Consiglio di Amministrazione*: è l'organo nominato dall'Assemblea Consortile ed è composto da tre membri scelti tra coloro che hanno una qualificata competenza tecnica e amministrativa e che non esercitano cariche politiche o sindacali presso gli Enti aderenti all'Azienda stessa. La nomina del Presidente

del Consiglio di Amministrazione è compito dell'Assemblea Consortile. Il Consiglio di Amministrazione sottopone all'Assemblea i Piani e i Programmi annuali, predisporre le deliberazioni dell'Assemblea, delibera sulle azioni da promuovere o da sostenere innanzi alle giurisdizioni ordinarie e speciali. Il Consiglio di Amministrazione inoltre approva i regolamenti per la disciplina dei presidi e dei servizi, definisce il piano tecnico-gestionale del bilancio preventivo e predisporre gli atti preparatori riguardanti l'organizzazione e la dotazione organica del personale, da sottoporre all'approvazione dell'Assemblea Consortile.

- *Il Direttore*: viene nominato dal Consiglio di Amministrazione sulla scorta di un idoneo curriculum attestante l'esperienza tecnica e gestionale. Al direttore compete l'attuazione dei programmi definiti dagli organi di governo dell'Azienda. Oltre a curare l'osservanza dei Regolamenti e dello Statuto, il Direttore conclude contratti, dispone spese, assume impegni, emette mandati, assegni, bonifici e in casi urgenti decide e dispone su qualunque materia anche se non rispondente alle consuete attribuzioni.

### **Gruppi di lavoro tematici**

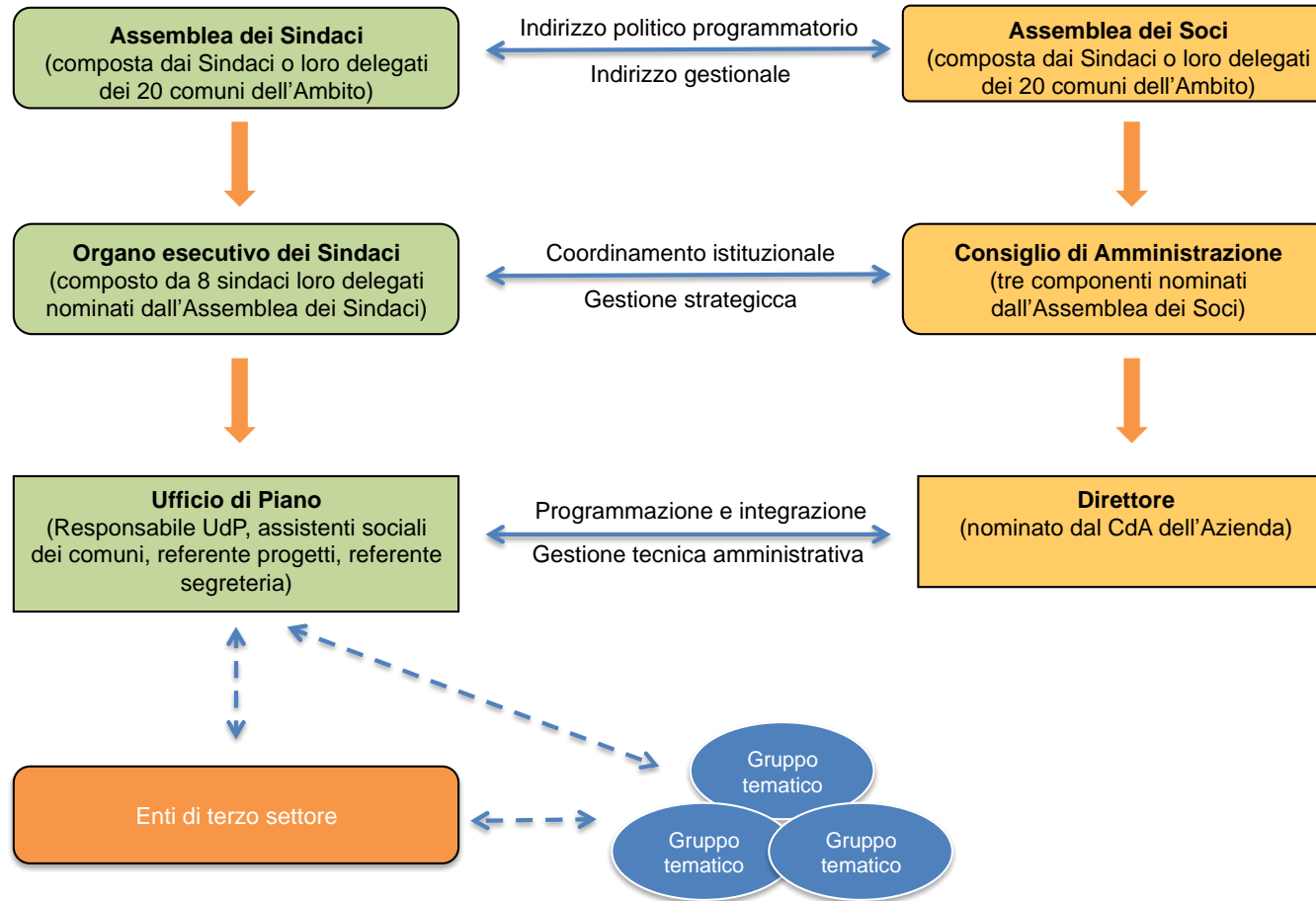
La funzione del gruppo di lavoro è quella di un spazio di discussione e confronto per far emergere valutazioni e proposte di azione in tema socio-assistenziale nell'ambito della programmazione del Piano di zona 2015/2017 dell'Ambito distrettuale n. 9.

Il gruppo di lavoro è un momento di confronto, la cui partecipazione è legata alla competenza operativa, anche se i partecipanti sono indubbiamente rappresentanti di realtà sociali e organizzative che agiscono nel territorio. Può svolgere anche la funzione di vero e proprio gruppo di progettazione. Il gruppo di lavoro tematico non ha una competenza decisionale, ma consultiva e soprattutto propositiva; le proposte che sono elaborate e condivise dal gruppo sono trasmesse agli organi competenti perché assumano il valore di decisioni organizzative e di programmazione.

Il valore aggiunto dato dalla collaborazione fra soggetti competenti operanti in differenti comuni dell'Ambito permette una lettura dei bisogni maggiormente attinente alla realtà del territorio che porterà all'elaborazione di un unico modello di accesso ed erogazione delle prestazioni adeguato alla situazione rilevata per quell'area d'interesse.

### **Il Terzo settore**

Il Terzo settore, nel rispetto delle direttive regionali, concorre alla progettazione zonale in particolar modo alla definizione di progetti per servizi ed interventi di cura della persona. In questo senso la partecipazione dei diversi soggetti del Terzo settore è fondamentale nell'ambito di successivi accordi di collaborazione per la progettazione e la gestione della sperimentazione di nuovi servizi (o di rimodulazione organizzativa degli esistenti). In tema di progettazione il coinvolgimento avverrà su tematiche specifiche anche attraverso la partecipazione ai gruppi di lavoro tematici che in quest'occasione assumeranno il ruolo di veri e propri gruppi di progettazione. In tal senso i gruppi di lavoro assumeranno il ruolo di organismi di consultazione del Terzo settore in tema di politiche sociali territoriali. Graficamente il sistema di governance di ambito può essere descritto dallo schema seguente.

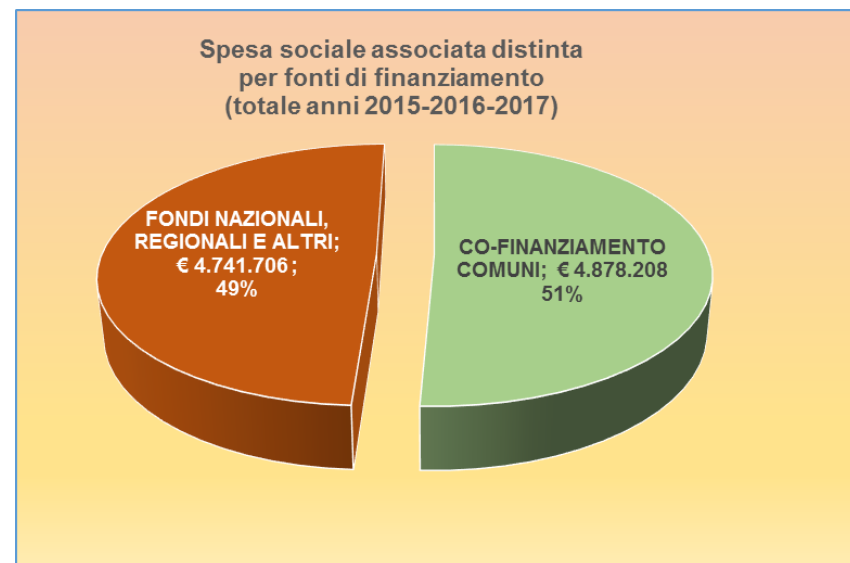


## IL SISTEMA DI FINANZIAMENTO

Il sistema di finanziamento del Piano di Zona permette la convergenza di risorse diversificate, che permettono la valorizzazione esponenziale delle risorse dei soli enti locali. La gestione associata delle risorse, oltre a promuoverne una maggiore efficienza ed efficacia, garantisce al territorio distrettuale la possibilità di intercettare ed impiegare risorse aggiuntive a vantaggio del welfare locale.

Nel triennio 2015-2017, l'Ambito distrettuale ha gestito complessivamente oltre 9,6 milioni di euro di risorse. Di queste, il 51% deriva da risorse trasferite dai Comuni associati (quota capitaria e delega di servizi), mentre il 49% è coperto da risorse provenienti da altre fonti e specificatamente destinata alla programmazione di ambito distrettuale. Nel triennio appena concluso, i Comuni hanno progressivamente aumentato la quota di fondi destinata alla gestione associata (+61%), soprattutto in ragione dell'incremento delle gestioni delegate di alcuni servizi (SAD e AdP), che coprono tali servizi per intero con proprie risorse.

La tendenza della spesa pubblica nazionale e regionale tende infatti sempre di più a convergere in contesti territoriali aggregati e quindi si pone sempre di più l'esigenza di strutturare processi programmatori e gestionali a livello di Ambito, per essere sempre meglio attrezzati nel cogliere le risorse che verranno via via destinate (per esempio, quelle del prossimo Piano Regionale Povertà, o quelle legata alla gestione associata del Piano Casa).



	anno 2015	anno 2016	anno 2017	TOTALE TRIENNIO	% totale
CO-FINANZIAMENTO COMUNI	€ 1.219.462,26	€ 1.695.846,57	€ 1.962.899,16	€ 4.878.207,99	51%
FONDO NAZIONALE POLITICHE SOCIALI	€ 344.257,40	€ 572.821,68	€ 542.267,54	€ 1.459.346,62	15%
FONDO SOCIALE REGIONALE	€ 666.171,75	€ 596.248,00	€ 593.145,00	€ 1.855.564,75	19%
FONDO NON AUTOSUFFICIENZA	€ 321.090,16	€ 360.164,53	€ 276.029,75	€ 957.284,44	10%
ALTRI FONDI	€ 327.588,24	€ 107.339,37	€ 34.582,90	€ 469.510,51	5%
<b>TOTALE GESTIONE ASSOCIATA</b>	<b>€ 2.878.569,81</b>	<b>€ 3.332.420,15</b>	<b>€ 3.408.924,35</b>	<b>€ 9.619.914,31</b>	<b>100%</b>

Dati di consuntivo per cassa

La programmazione delle risorse 2018-2020 tiene conto quindi delle seguenti fonti di finanziamento

- le entrate dei Comuni che comprendono sia la quota capitolaria<sup>5</sup>, sia i trasferimenti determinati in base ai contratti di servizio tra singoli Comuni e l'Azienda
- il Fondo Nazionale Politiche Sociali e il Fondo nazionale Non Autosufficienza
- il Fondo Sociale Regionale
- le risorse regionali derivanti dai criteri di premialità previsti dalla DGR 7631 del 28.12.2017 per i Piani di Zona 2018-2020.
- le risorse derivante dalla 112/2016 sul Dopo di Noi
- le risorse per progetti di supporto alle donne vittime di violenza di genere,
- le risorse derivanti dai fondi per l'emergenza abitativa
- il fondo FAMI (Fondo Asilo Migrazioni Integrazione)
- le risorse stanziare con il PON Inclusione per l'attuazione del SIA/REI.
- le risorse (previste ma non ancora determinate) del Piano Povertà di Regione Lombardia (finanziato dai fondi nazionali per il REI): questa voce rappresenta una rilevante novità (in termini quantitativi e qualitativi) che inciderà sulla programmazione delle risorse nel triennio e che sono destinate al potenziamento dei servizi
- le risorse del Bonus Famiglia
- le risorse del Piano Territoriale per la Conciliazione Famiglia e Lavoro (Alleanza per la Conciliazione)
- le risorse di ATS per l'attivazione della cartella sociale informatizzata.

Le risorse saranno definite, in seguito agli avvenuti accertamenti delle entrate, dal Piano Operativo Annuale, assunto con decisione dell'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito Distrettuale.

---

<sup>5</sup> La quota capitolaria attualmente in vigore è pari a 3,44 euro per abitante, che comprende la copertura dei costi di gestione dell'Azienda consortile, il servizio inserimento lavorativo e il fondo di solidarietà per i centri diurni disabili). Per alcuni Comuni, va aggiunta anche la quota di 0,51 euro per abitante quale contributo per le sostituzioni di maternità delle assistenti sociali.