

# *Piano di Zona* 2006-2008



## *Ambito di Vimercate e Trezzo*



# INDICE

## Documento

“Accordo di programma” per l’attuazione del Piano di Zona

<b>Premessa</b>	<i>pag.</i>	1
<b>1 – DA DOVE PARTIAMO: L’ESPERIENZA DEL PRIMO TRIENNIO</b>	<i>pag.</i>	3
1.1 Alcuni risultati	<i>pag.</i>	3
1.2 Andare a tre velocità e non perdere la bussola	<i>pag.</i>	5
<b>2 - IL SISTEMA DI PROGRAMMAZIONE E PARTECIPAZIONE</b>	<i>pag.</i>	8
2.1 La <i>governance</i> locale: l’eredità del primo triennio	<i>pag.</i>	8
2.2 La <i>governance</i> locale: l’affinamento di metodi e strumenti	<i>pag.</i>	9
2.3 Osservare, valutare, migliorare: la manutenzione del modello locale di <i>governance</i>	<i>pag.</i>	11
2.4 L’Ufficio di Piano e Progetti: consolidamento di ruolo e funzioni	<i>pag.</i>	13
2.5 Lo sviluppo di politiche socio sanitarie integrate	<i>pag.</i>	14
2.6 Il ruolo del Terzo Settore	<i>pag.</i>	15
2.7 L’organizzazione della rappresentanza del Terzo Settore	<i>pag.</i>	15
2.8 Ruolo e partecipazione delle parti sociali	<i>pag.</i>	18
2.9 La costruzione di una partnership con la Provincia di Milano	<i>pag.</i>	19
<b>3 – LE SCELTE STRATEGICHE</b>	<i>pag.</i>	20
3.1 L’integrazione delle politiche	<i>pag.</i>	22
3.2 Verso un rafforzamento dell’integrazione fra comuni	<i>pag.</i>	24
3.3 Le intese tra gli attori del sistema	<i>pag.</i>	24
3.4 I titoli sociali: buoni e voucher	<i>pag.</i>	24
3.5 Gli obiettivi distrettuali del Piano di salute ASL	<i>pag.</i>	28
3.5.1 Gli obiettivi per l’anno 2006	<i>pag.</i>	30
<b>4 – I DATI DEMOGRAFICI</b>	<i>pag.</i>	33
<b>5 – L’ANALISI DELLA SPESA SOCIALE</b>	<i>pag.</i>	37
5.1 La spesa sociale per aree di intervento	<i>pag.</i>	46
<b>6 – I SERVIZI DELL’ASL</b>	<i>pag.</i>	56
6.1 Il contesto distrettuale	<i>pag.</i>	56
6.2 Le risorse umane del distretto	<i>pag.</i>	56
6.3 I portatori di interesse	<i>pag.</i>	57
<b>7 – I SERVIZI DELL’AZIENDA OSPEDALIERA</b>	<i>pag.</i>	62
7.1 I servizi dell’area psichiatrica: l’U.O. di psichiatria	<i>pag.</i>	62

<b>8 – LA PROGRAMMAZIONE DEL TRIENNIO: LE AZIONI DI SISTEMA</b>	<i>pag.</i>	67
8.1 Prestazioni e servizi territoriali	<i>pag.</i>	67
8.2 Lo sviluppo del sistema informativo: l'informatizzazione della cartella sociale	<i>pag.</i>	68
8.3 Il potenziamento delle attività progettuali	<i>pag.</i>	69
8.4 Il rafforzamento del sistema comuni e Ufficio di Piano	<i>pag.</i>	69
8.5 La valutazione della programmazione sociale: elementi di metodo	<i>pag.</i>	70
8.6 Oltre il FNPS	<i>pag.</i>	71
8.7 Promozione e sviluppo dei rapporti tra enti locali e terzo settore	<i>pag.</i>	71
8.7.1 La partecipazione vista dalla parte del Terzo Settore	<i>pag.</i>	72
8.7.2 Terzo Settore: alcune indicazioni per il Piano di Zona	<i>pag.</i>	74
<b>9 – LA PROGRAMMAZIONE DEL TRIENNIO: GLI OBIETTIVI DI AREA</b>	<i>pag.</i>	75
9.1 Area Anziani	<i>pag.</i>	75
9.2 Area Disabili	<i>pag.</i>	77
9.3 Area Minori e famiglia	<i>pag.</i>	78
9.4 Area Salute mentale	<i>pag.</i>	79
9.5 Area delle Nuove povertà	<i>pag.</i>	80
9.6 Obiettivi e progetti in partnership con la Provincia di Milano	<i>pag.</i>	82
<b>10 - TEMI E QUESTIONI A LIVELLO INTERDISTRETTUALE</b>	<i>pag.</i>	84
10.1 La costituzione del Fondo di solidarietà	<i>pag.</i>	84
10.2 La progettualità nell'area carcere	<i>pag.</i>	84
10.3 Le funzioni di autorizzazione e accreditamento	<i>pag.</i>	85
<b>IL PROSPETTO DELLE RISORSE 2006 - 2008</b>	<i>pag.</i>	86

## **Allegato – Relazione sulla popolazione 2004**

## “PIANO DI ZONA 2006-2008. AMBITO DI VIMERCATE E TREZZO”

### Premessa

Approvata nel 2000, la legge 328 riforma in profondità le politiche sociali del nostro paese, inserendosi in un filone di riforme tendenti alla valorizzazione delle comunità locali e delle istituzioni ad esse più vicine, ossia i Comuni singoli o associati.

Due i capisaldi: la creazione di una rete integrata di interventi e servizi sociali e la determinazione di un livello essenziale dei servizi, garantito in tutto il territorio nazionale.

Quello che andiamo a presentare è la seconda triennalità 2006/2008, con alle spalle quindi l'importante esperienza del primo piano di zona 2003/2005, che ci ha visti impegnati nell'avvio, faticoso ma soddisfacente, del processo di coinvolgimento e confronto, con gli attori istituzionali, sociali, scolastici, del lavoro del territorio.

Si è dato avvio a progetti nuovi, al potenziamento dei servizi esistenti, ai regolamenti per l'assegnazione dei buoni e dei voucher, ad azioni di sistema trasversali a tutte le aree, che hanno visto la nostra azienda partecipare con forme e modalità di lavoro consolidate anche ai diversi tavoli interistituzionali, diventando spesso punto di riferimento per gli altri ambiti distrettuali.

La finanziaria 2006, che mette insieme risorse del Fondo Indistinto e Leggi di Settore, riduce complessivamente di oltre il 30% i contributi messi a disposizione per le politiche sociali.

Gli effetti non saranno immediati perchè abbiamo a disposizione il trascinarsi di quanto impegnato ma non ancora speso nelle annualità precedenti, tuttavia con questa contrazione di risorse bisognerà fare i conti a partire dal 2007.

Tuttavia quello di positivo e di importante che va segnalato è il ruolo che ASL e Provincia di Milano vogliono giocare nel rapporto con gli ambiti distrettuali, a partire dall'elaborazione del presente PdZ, creando insieme le premessa per una effettiva *governance* locale.

L'ASL sta partecipando, nella persona autorevole del Direttore di Distretto, ai lavori dell'Ufficio di Piano e del tavolo di sistema, per affrontare e coordinare tutte le azioni necessarie ad avviare quel processo di integrazione socio-sanitaria indispensabile per garantire i diritti di salute e di assistenza dei cittadini.

E' chiaro che l'Azienda Ospedaliera non potrà essere estranea a questo importante processo, per cui andranno trovate nelle sedi opportune le forme e i modi del coinvolgimento.

Con la Provincia di Milano, che pure partecipa con presenze di rilievo ai lavori dell'Ufficio di Piano, sono stati aperti importanti canali di collaborazione e partenariato, per cui si aprono interessanti prospettive al riguardo.

Lo spazio di intervento è oggi più chiaro e definito, anche se non ci nascondiamo le difficoltà che troveremo in questo cammino, che ci vede però inseriti in un contesto con tutti gli attori del sistema.

L'elaborato che vi presentiamo è ampio e articolato, e offre a tutti i comuni elementi di analisi e di riflessione, che possono già oggi essere oggetto di discussione nell'elaborazione dei P.G.T. che ogni Comune sta predisponendo.

Ciò che Vi chiediamo è l'attenzione verso l'Ufficio di Piano per tutte quelle novità in fatto di servizi o nuove strutture che dovessero riguardare il Vostro Comune, perchè una buona programmazione

territoriale non può prescindere dall'analisi dell'esistente, dei bisogni espressi, delle risposte che si intendono dare.

Un vivo ringraziamento ai Dirigenti dei Comuni, agli operatori tecnici, ai rappresentanti del Terzo Settore, al Direttore di Distretto per l'ampia documentazione fornitaci e a tutti per l'impegno e l'intelligenza spesi che ci consentono di guardare al futuro con molti elementi in più di valutazione, e con nuovi progetti da realizzare.

A Claudia Sala, responsabile dell'Ufficio di Piano, e a Danila Rossi, Dirigente del Comune di Arcore, un grazie speciale per il forte impegno personale.

Marisa Vergani  
Presidente del CdA di offertasociale

Vimercate, Marzo 2006

## 1. Da dove partiamo: l'esperienza del primo triennio

Nel territorio del vimercatese-trezzese, la programmazione del triennio 2006-2008 si sviluppa a partire dai primi importanti risultati acquisiti durante l'esperienza, per molti versi sperimentale, del primo Piano di Zona.

Accanto alla costruzione di un ormai solido sistema partecipativo che a livello locale vede coinvolti le Amministrazioni pubbliche e i principali attori dell'azione sociale (pubblici e privati, istituzionali e non), il Piano di Zona è certamente riuscito ad innescare processi innovativi e ad alimentare sinergie.

In particolar modo, la sperimentazione ha riguardato metodi e contenuti della programmazione, lo sviluppo di metodologie di progettazione partecipata, così come la costituzione di proficue partnership tra pubblico e privato sociale.

La volontà di promuovere il livello integrato delle politiche ci ha spinti a superare gli approcci "singoli", coinvolgendo i diversi soggetti nei processi programmatici sulla base delle specifiche realtà di appartenenza, ed enfatizzando la nostra realtà locale non solo come sede dell'attività programmatica, ma anche bacino entro cui i soggetti che la compongono hanno potuto costruire nuovi rapporti e connessioni. Il cammino non è sempre stato facile, né lineare, ma a distanza di tre anni ci sentiamo di poter affermare che la prima esperienza del piano di zona è sostanzialmente riuscita.

Nei prossimi anni, ci prefiggiamo di affinare ulteriormente il metodo di lavoro approntato, sanando alcuni aspetti ancora critici (la valutazione degli interventi, la qualificazione della partecipazione, la raccolta dei dati sociali) che, per un motivo o per l'altro non siamo in grado di presidiare con il livello di attenzione riservato invece ad altre parti del "motore" zonale.

Sotto il profilo del metodo, sottolineiamo che il presente documento è il frutto di una riflessione a "più teste", a cui hanno partecipato, oltre all'Ufficio di Piano in tutte le sue componenti, i principali protagonisti del nostro sistema territoriale, quali il Terzo Settore, il Distretto ASL, l'azienda ospedaliera, e le organizzazioni sindacali.

Sotto quello dei contenuti, è importante segnalare invece che, diversamente dai precedenti Documenti del PdZ, il contributo apportato dal Terzo Settore appare parte integrante del testo e non più mero allegato, a conferma di una collaborazione e di un impegno sul PdZ che vanno ben oltre un atto di adesione all'accordo di programma.

Gli obiettivi strategici, di sistema e per singola area tematica sono stati individuati e discussi a partire da un seminario di lavoro (partecipato da tutti i Tavoli tematici), che ha avuto luogo a fine ottobre 2005, e sono stati poi perfezionati attraverso un lavoro di équipe a livello dell'Ufficio del Piano di Zona. I singoli tavoli tematici e quello di Sistema ne hanno quindi approvato la versione finale.

### 1.1 Alcuni risultati

Quanto sperimentato nella prima triennalità, ci consente di proseguire nella programmazione proponendo, da un lato, elementi di continuità, e dall'altro fattori e interventi innovativi, finalizzati a dare risposta ai problemi emergenti, così come a far fronte alle principali criticità emerse.

Pur consapevoli che l'avvio delle attività programmatiche poggiano su una valutazione parziale di quanto realizzato negli scorso anni (un primo importante sforzo è stato infatti realizzato solo tramite il bilancio sociale), ritroviamo nella prima esperienza del PdZ non pochi risultati positivi.

Complessivamente, ci pare di essere riusciti a far sì che il Piano di Zona risultasse il nuovo strumento di programmazione delle politiche sociali a livello locale, attraverso cui costruire un'identità d'ambito rappresentativa non solo dei Comuni ma anche del Terzo Settore, della ASL e delle altre istituzioni territoriali. In un processo tuttora in evoluzione abbiamo cercato di riconoscere un ruolo significativo alla complessità degli attori che vivono nel e il Piano di Zona, cercando nel contempo di creare appartenenza e coesione, e facendo convergere le diverse attività verso il perseguimento di obiettivi comuni e condivisi.

Soffermandoci sui risultati raggiunti, e a partire dagli obiettivi indicati nei precedenti documenti programmatori, al 31 dicembre 2005 risultavano attivate e/o portate a termine le azioni indicate nel seguente prospetto.

Le azioni di sistema	Ufficio di Piano (potenziamento) Unità operativa progetti Progettazione servizio civile Avvio analisi e attivazione moduli per la realizzazione di un sistema informativo territoriale Promozione e formazione sulla Carta dei servizi Consulenza e assistenza amministrativa- legale su interdizione e inabilitazione, amministratore di sostegno Predisposizione protocollo d'intesa per la promozione dei rapporti enti locali terzo settore (coop di tipo B)
Area Anziani	Buoni sociali Promozione volontariato Sportello Anziani Aggiornamento tecnologico Teleassistenza
Area Handicap	Buoni sociali Voucher (sperimentale) Studio fattibilità CDD Progetto Vivaio Progetto Tempo prolungato CSE Protocollo per l'integrazione scolastica disabili Linee guida sull'assistenza educativa ad alunni diversamente disabili Sportello informadisabili Telecottage
Area del disagio psichiatrico	Sottoscrizione di un protocollo d'intesa per il trattamento dei malati psichiatrici (OS, Azienda Ospedaliera, ASL, Terzo Settore e rappresentanti delle famiglie) Sviluppo di progetti sociali in collaborazione con l'U.O. Psichiatria e Psiche Lombardia Protocollo trattamento TSO (da sottoscrivere) Definizione progetto di Assistenza Domiciliare Psichiatrica Integrata

Area Minori e Famiglia	Potenziamento ADM Coordinamento UOPM Attivazione e gestione servizio Spazio neutro Progetto CAG mobile titoli sociali (ex fondo natalità) Progetto CIC scuole superiori Progetti sostegno alla genitorialità (ex Fondo a sostegno della natalità)
Nuove povertà	Progetto prevenzione del maltrattamento Progetto prevenzione delle alcol dipendenze Progetto Carcere (gestito dal Comune di Monza) Progetto TxT Progetto Casa di Rut Indagine sui bisogni sociali (centri di ascolto Caritas)

Non sono state al contrario portate a termine:

Le azioni di sistema	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LIVEAS: servizio sociale di base</li> <li>• Promozione 3<sup>a</sup> settore</li> </ul>
----------------------	--

Area Anziani	Riordino del sistema dell'ospitalità e dell'accoglienza
--------------	---

Se la definizione dei LIVEAS (i Livelli Essenziali di Assistenza Sociale) è di fatto rimasta incompiuta per via della mancata individuazione dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) da parte dello Stato, sia le azioni a sostegno del Terzo Settore che a favore del riordino del sistema e dell'accoglienza troveranno attuazione nella prima annualità del presente triennio.

## 1.2 Andare a tre velocità e non perdere la bussola

Con la costituzione dell'azienda consortile offertasociale, i 29 Comuni dell'ambito si sono dotati di uno strumento avanzato di sviluppo e integrazione che li pone in grado di agire come "comune associato" nello spirito della L. 328/00 con il compito di programmare, progettare e realizzare il sistema locale dei servizi sociali, ovvero un insieme organizzato di attori, risorse, prestazioni, servizi e modalità di regolazione.

I comuni decidono quali servizi o prestazioni dovranno essere erogati direttamente dal singolo Ente locale, quali dal "comune associato" tramite l'azienda consortile.

La costituzione dell'azienda ha fatto sì che gli attori del territorio, quali il privato sociale, l'ASL, l'azienda ospedaliera ecc. - individuati dalla 328/2000 come i co-attori per la costruzione del PdZ territoriale - potessero disporre di un interlocutore unico, qualificato e rappresentativo, generando un percorso virtuoso che ha promosso la volontà e la capacità di condividere e coordinare idee e risorse. A ciò occorre aggiungere che la sua presenza risulta strategica anche per quanto riguarda la relazione con gli altri enti, agenzie e soggetti del territorio, in quanto consente alle Amministrazioni comunali di esprimersi e di rapportarsi in modo unitario verso l'esterno.

Offertasociale ha ricevuto inoltre dai Comuni il conferimento della gestione delle risorse del Piano di zona: il FNPS rientra nel budget annuale aziendale e viene gestito unitamente a quelli abitualmente introitati per le attività dei servizi territoriali di cui essa è titolare.



I comuni si trovano quindi al centro di un nuovo modello amministrativo fortemente collegato alla dimensione territoriale comunitaria, e gli amministratori locali si misurano concretamente nella programmazione e gestione del welfare comunitario.

Il welfare territoriale si costruisce pertanto attraverso:

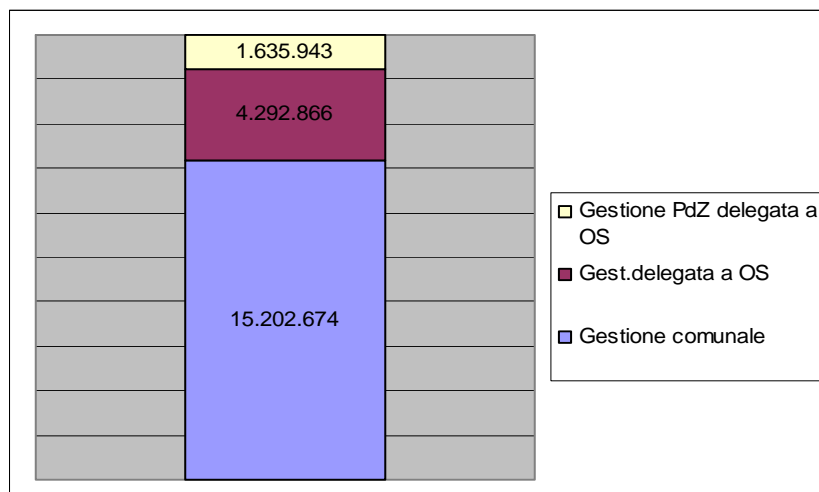
- gli interventi e servizi programmati e gestiti dal singolo comune;
- gli interventi e servizi programmati dal comune "associato" e gestiti da offertasociale, con l'integrazione di altri soggetti tramite Accordi, Intese ecc,;
- gli interventi e servizi programmati dagli organismi del PdZ e gestiti o da offertasociale o dal Terzo settore o da altri soggetti individuati

Nel PdZ 2003/2005 l'integrazione tra i diversi livelli era presentato come un *"percorso, o forse meglio una meta che i comuni stanno perseguendo, insieme ai compagni di viaggio del Terzo Settore locale. Una meta certamente rivolta al miglioramento della qualità della vita di tutte le persone che abitano il territorio."*

Al termine del primo PdZ si può individuare nella modalità di programmazione e gestione della spesa sociale territoriale un indicatore significativo del processo di integrazione tra i Comuni e di capacità di *governance* territoriale.

Il dato a cui si può far riferimento, in questo momento, è la spesa consuntivata nel 2004 tramite le schede regionali di rendicontazione della spesa sociale.

### SPESA SOCIALE 2004 GESTITA DA OFFERTASOCIALE E DAL PIANO DI ZONA



La spesa sociale territoriale direttamente gestita dai Comuni è stata il 72% della spesa sociale complessiva.

La spesa sociale territoriale gestita tramite offertasociale è stata pari al 28%, compresa la spesa sociale finanziata con il FNPS e le leggi di settore. (Nel 2003, primo anno di attivazione del Piano di zona, la spesa gestita a livello aziendale ha rappresentato il 21%).

Le risorse del FNPS e delle leggi di settore hanno rappresentato nel 2004 l' 8% della spesa sociale territoriale.

A tutto ciò corrispondono diverse modalità con cui la capacità di *governance* viene declinata da parte dell'ente locale, "tre velocità" relative alle modalità di programmazione e gestione dei servizi

---

gestiti in proprio con risorse proprie, dei servizi e delle risorse trasferite a offertasociale, dei servizi e interventi attivati con il FNPS e le leggi di settore.

Di tale "sistema", si possono individuare alcuni elementi di forza e di criticità. Tra i primi vi sono:

- il budget complessivo di offertasociale: costituito dai servizi che i Comuni hanno scelto di gestire in forma associata, è fortemente incrementato rispetto agli anni precedenti e comprende servizi a gestione associata consolidata; servizi precedentemente gestiti dal singolo comune; servizi innovativi che ampliano la capacità di risposta ai bisogni sociali della comunità;
- un corrispondente processo di condivisione delle modalità di erogazione dei servizi nel loro complesso, procedendo ad una attività realizzata con il contributo professionale degli operatori dei comuni e del terzo settore, volta a definire linee guida o protocolli nella gestione dei servizi nei vari comuni (es. di buone prassi: protocollo per ADM, per la mediazione scolastica alunni stranieri, per l'assistenza educativa alunni disabili, criteri per il bando per i titoli sociali);
- la salvaguardia del principio fondamentale che il cittadino si rapporta direttamente con il servizio sociale del comune di appartenenza, il quale mantiene la responsabilità della lettura del bisogno e della definizione del progetto mentre affida all'Azienda la predisposizione delle risposte, garantendo il più alto livello qualitativo possibile, e così potenziando la capacità del servizio sociale locale di offrire servizi ai propri cittadini;
- la gestione unitaria, e non per quote proporzionali ai Comuni del territorio, delle risorse del FNPS, coerentemente alle aree tematiche di bisogno, e secondo una definizione di priorità e di obiettivi condivisi da tutti gli attori del PdZ.

Elementi/aspetti di criticità possono invece dirsi:

- l'esperienza di programmare e gestire la spesa sociale territoriale nello "spirito" del PdZ ha riguardato nel primo triennio "solo" le risorse aggiuntive del FNPS, a cui si sono aggiunte, a partire dal 2004, le risorse delle leggi di settore;
- si registra da parte del singolo comune una forte assunzione di responsabilità, monitoraggio e valutazione sui servizi e interventi previsti e gestiti direttamente, e una più debole presenza di strumenti di valutazione e monitoraggio verso i servizi gestiti tramite offertasociale o verso gli interventi e servizi attuati con le risorse del FNPS o leggi di settore;
- emerge la necessità - in una prospettiva a medio-lungo termine - di una maggiore condivisione della regolamentazione dell'accesso ai servizi e della partecipazione alla spesa da parte degli utenti, attraverso l'assunzione di regolamenti e tariffazioni di servizi su base territoriale e non comunale;
- si evidenzia una debole ricaduta a livello comunale delle modalità di costruzione dei processi del welfare perseguito a livello territoriale nel PdZ (ad es. quale è il coinvolgimento a livello comunale del Terzo settore?);
- non viene riconosciuta un'adeguata attenzione alla comunicazione/informazione presso la comunità locale, a diversi livelli (Consigli e Giunte comunali, cittadinanza organizzata o singoli cittadini), dei servizi e degli interventi gestiti tramite offertasociale e della programmazione del PdZ;
- vi sono scarsi strumenti di valutazione dell'impatto (in termini di scompensi o arricchimenti) della gestione associata e/o del PdZ sul servizio sociale comunale (valga da esempio la questione dei tempi necessari alle assistenti sociali per le riunioni; la potenziale disponibilità del singolo comune rispetto ad un'eventuale riorganizzazione).

## 2. Il sistema di programmazione e partecipazione

### 2.1. La *governance* locale : l'eredità del primo triennio

Il modello di programmazione e partecipazione sociale in vigore nel nostro ambito è stato ampiamente descritto nei precedenti documenti del Piano di Zona, che hanno avuto cura di delinearne i principali caratteristiche, passaggi ed evoluzioni.

Il primo triennio ci lascia in eredità un processo avanzato per quanto attiene la capacità dei Comuni associati di adempiere al ruolo di registi delle politiche sociali, in sintonia con quanto prospettato dalla L. 328/00. Un processo programmatico che nel nostro territorio non ha mancato di coinvolgere in modo organico gli altri soggetti comunitari (ASL, Terzo settore, parti sociali ecc.), chiamati dalla stessa legge a partecipare alla *governance* locale. Il sistema integrato che ne è derivato si affida oggi ad una rete che non è solo operativa, ma è anche di responsabilità e di attenzione condivise tra quanti a diverso titolo, per competenze istituzionali o per scelta, si occupano di politiche dei servizi alla persona e le realizzano.

"Spinto" e sostenuto da un'efficace gestione dei servizi sociali in forma associata mediante l'azienda speciale consortile "offertasociale", il nostro territorio ha trovato nel Piano di Zona uno strumento ulteriore di innovazione e promozione sociale.

Ispirati ad un modello di programmazione dal basso, nello scorso triennio abbiamo creato e quindi sperimentato un sistema in cui - in specie attraverso i cinque Tavoli tematici e le Commissioni tecniche - tali soggetti hanno apportato sapere e conoscenza circa le problematiche e il fabbisogno sociale, e contemporaneamente la loro esigenza di mettere in rete dati ed esperienze a vantaggio del benessere della comunità. Luoghi per eccellenza della programmazione locale, i tavoli d'area hanno rappresentato un'importante opportunità per l'innesto di rapporti dialettici tra i diversi protagonisti, in funzione sia della condivisione dell'analisi sui bisogni della popolazione e sulle opportunità da garantire sia dell'utilizzo concertato delle risorse disponibili.

Inoltre, la promozione di politiche integrate ha generato collaborazioni sinergiche a diversi livelli, che hanno coinvolto il piano sociale, socio-sanitario, educativo e infine quello delle politiche del lavoro e della casa, in ragione dell'intreccio tra i bisogni dei cittadini e le cause a monte di questi bisogni, così come della loro continua articolazione.

Nell'ambito di una prima riflessione circa l'esperienza passata, i Tavoli d'area hanno evidenziato alcuni aspetti che ne riassumono i punti di forza nel modo seguente:

- il buon - generale - livello di partecipazione dei diversi componenti agli incontri dei tavoli
- il buon esito dei risultati ottenuti attraverso la realizzazione dei lavori in sottogruppo, creati all'abbisogna, all'interno dei Tavoli
- la buona collaborazione e il coinvolgimento dei familiari degli utenti su temi e problematiche specifici
- la percezione di avere dato inizio - a livello operativo - a collaborazioni positive tra Amministrazioni pubbliche, Terzo settore e unità sanitarie (quali l'UONPIA), anche grazie alle esperienze promosse dai progetti innovativi

Tra i principali punti di debolezza sono stati invece rilevati:

- la scarsa e debole partecipazione ai tavoli da parte della ASL e dell'azienda ospedaliera e la conseguente necessità di qualificare la loro partecipazione in un'ampia prospettiva
- La scoperta della presenza politica in alcuni tavoli tematici
- la capacità del sistema di valutare gli interventi posti in essere

- la raccolta e analisi dei dati e delle informazioni sul fabbisogno sociale in base ad un metodo in buona parte autoreferenziale.

Come era già successo in più momenti nel corso del triennio, anche in fase di “chiusura” della prima esperienza, si è data particolare rilevanza alla funzione dei tavoli d’area, tema critico in quanto “core” della programmazione partecipata. E’ stato quindi ribadito che la funzione dei tavoli non è inerente la progettazione di specifici servizi/interventi, ma piuttosto l’analisi dei bisogni, il monitoraggio delle azioni complessive afferenti ad una certa area tematica e la valutazione degli esiti complessivi delle azioni del piano di zona.

Diversamente, l’organizzazione delle risposte, ovvero la definizione dei progetti deve restare qualcosa di esterno al lavoro dei tavoli, trovando nel territorio, attraverso norme e regolamenti adeguati (appalti, concorsi di idee ecc.) i soggetti idonei alla loro gestione. L’idea è quindi di separare sempre più la funzione di programmazione da quella di gestione.

## 2.2 La governance locale: l’affinamento di metodi e strumenti

Tracciato questo rapido bilancio delle cose meglio riuscite e di quelle ancora da registrare, ci pare conseguente - per ricondurre il tutto al sistema “delle scelte e delle decisioni” sin qui elaborato - richiamare schematicamente l’impianto normativo di quelle funzioni, del loro diverso peso formale e del loro punto di equilibrio necessario a dare voce a tutte le parti del sistema.

Alla fine del primo triennio questo impianto è così rappresentabile:



Questa modalità orientata al principio della partecipazione, per quanto non rapidissima nei tempi, permette di mantenere una buona aderenza tra le attese della scelta partecipata e il compito decisionale.

Geometricamente, i due percorsi che portano alla scelte e alle decisioni seguono flussi opposti. Ma quel tracciato simmetrico, in condizioni di una buona sintonia del sistema, dovrebbe veicolare spesso il medesimo contenuto. Questo il percorso dei due vettori:

- il flusso delle scelte prende il via dalla macro lettura dei fenomeni a rilevanza assistenziale e sociosanitaria, quindi prosegue affinandosi progressivamente fino alla razionalizzazione dettata

dalla consistenza delle risorse, per concludersi consegnando la decisione e il suo avallo agli organi istituzionali;

- il flusso delle decisioni segue il percorso tradizionale, così come previsto dalla linea d'autorità aziendale (Statuto), per quanto "opportunitamente" orientato dall'elaborazione delle scelte maturata nei vari passaggi di condivisione.

Esaminando in maniera più dettagliata quella piramide di funzioni, e in particolare la sezione di centro (dal gradino CdA a quello dei Tavoli tematici), si rileva facilmente l'ulteriore estensione del sistema partecipativo, introdotta proprio dall'applicazione della legge 328/2000.



Anche questo intra-modello, oltre che il risultato di un percorso per approssimazioni progressive, è un punto di arrivo dinamico e quindi modificabile (migliorabile).

Lo schema evidenzia come il Tavolo di sistema rappresenti il punto più elevato di partecipazione: sia come luogo di sintesi del lavoro a valle fino alla sua consegna all'atto politico, sia come interlocutore del CdA per le variazioni - pur dentro le linee guida dettate dall'Assemblea - da attuarsi in corso d'opera.

Alla composizione dei tavoli già nota, va segnalata la miglioria introdotta con l'avvio del nuovo triennio. Infatti il Tavolo di sistema vede la presenza di due nuovi qualificati rappresentanti: il primo nella figura del direttore del Distretto sociosanitario 8 dell'ASL 3, mentre il secondo verrà individuato dalla Provincia di Milano che si affianca come nuovo erogatore di risorse (economiche, formative e tecniche).

Nel prossimo triennio, pertanto, contiamo di beneficiare del consolidato processo sin qui attuato. Ma non solo. Verranno introdotti quei correttivi e quelle migliorie - in alcuni apparati del sistema già individuati - che enfatizzino ulteriormente sia l'efficacia dei meccanismi di *governance*, sia la capacità del territorio di misurare, e quindi, raggiungere i propri obiettivi di benessere comunitario. A tale riguardo, si prevede ad esempio, di riformulare l'operatività del tavolo Minori e Famiglia, in passato a volte "congestionata" dalla complessità dei temi e dal numero elevato dei suoi componenti. Al fine di migliorarne l'efficacia, nell'arco del prossimo triennio, il tavolo lavorerà per gradi, affrontando ora le tematiche relative agli adolescenti, ora quelle della famiglia e del sostegno alla genitorialità.

Su di un altro versante, per tutti i Tavoli si tenderà invece di diversificarne – arricchendone - i componenti, in modo da includere attori/soggetti sino ad ora non rappresentati (ad es. RSA, associazioni di immigrati, ecc.). L'obiettivo è duplice: da un lato, aprire un dialogo con realtà ormai divenute cruciali e dall'altro qualificare la metodologia di lavoro passando dal "lavorare per" al "lavorare con".

Un altro zoom sul sistema di governo partecipato che mette in evidenza il "vincolante" legame tra i 29 comuni e il sistema territoriale anche sul piano tecnico - oltre che politico - della lettura e della gestione di fenomeni sociali, si può sintetizzare nello schema che segue.



Il sistema delle commissioni, che pure preesisteva all'azienda consortile, diventa qui parte organica di tutto il sistema - fornendo elementi di ricchezza aggiuntiva alla *governance* - grazie alla sua migliore organizzazione (coordinamento) e al suo essere diventato, a partire dallo scorso anno, parte organica dell'ufficio di Piano e progetti (vedi paragrafo 2.4).

Le commissioni, o meglio gli operatori sociali che ne fanno parte rappresentando tutti i colleghi dei 29 comuni, assumono qui un'altra veste cruciale per la qualità della *governance*. Infatti la fisicità tecnica dei comuni "dentro" il sistema azienda, elimina (o almeno controlla) il rischioso diffondersi del *virus* della delega.

## 2.3 Osservare, valutare, migliorare: la manutenzione del modello locale di *governance*

Tornando a una lettura d'insieme della nostra realtà di ambito, non possiamo non sottolineare come la conclusione del triennio di attuazione del primo Piano di zona, abbia coinciso con un'altra scadenza significativa. Infatti con il 2006, offertasociale asc, affronta il quarto anno di gestione dei servizi territoriali alla persona.

Tre anni l'uno, tre anni l'altra: un unico sistema.

Se è vero che un triennio è sufficiente a determinare un ciclo, vale a dire una dimensione che acquista significato oltre il valore della temporalità che esprime, ci troviamo alle spalle due "eventi" sincronici, complessi, intrecciati in un insieme socio-assistenziale evoluto.

Per esprimere in rapida sintesi quanto richiamato in un paragrafo precedente (2.1), possiamo dire di aver immagazzinato un bagaglio di esperienza gestionale significativa e - per quanto soggetta alle difficoltà della crescita - già ben sedimentata.

Infatti l'elaborazione delle annualità del Piano di zona, si sono inserite in maniera coerente in un contesto socioculturale, istituzionale, organizzativo e politico che bene ha interpretato le indicazioni della legge 328. Gli obiettivi del Piano di zona 2003-05, quindi, integrandosi da subito a quelli dell'azienda speciale consortile, hanno sollecitato amministratori, dirigenti e operatori a un duplice sforzo organizzativo e gestionale.

Uno sforzo che ha prodotto un patrimonio di processi partecipativi e decisionali strutturato per garantire continuità alla *governance*, ma al contempo predisposto alla logica del miglioramento continuo.

Una condizione, quest'ultima, ormai obbligatoria per ogni attività gestionale che voglia far parte di un sistema basato sulla qualità della propria capacità d'offerta.

Questo nuovo triennio del "laboratorio sociale" del vimercatese e del trezzese, affronta quindi una stagione operativa declinata dalla conferma dell'impianto gestionale raggiunto, ma impegnata a mantenerne alto il valore intrinseco, intervenendo non solo su quelle parti dell'impianto che offrono margini di miglioramento - come già accennato - ma avendo cura della complessità dell'impianto.

La complessità, in genere, può presentare punti di fragilità più frequenti di una "macchina" semplice, ma per tenere alta la qualità della partecipazione al sistema di *governance* quel rischio è dovuto. Da qui il bisogno della cura continua dell'apparato.

I compiti per la manutenzione della qualità che ci spettano, si possono riassumere in una sequenza di tre passaggi.

#### **a. la necessità di osservare**

Riprendendo il concetto di "ciclo", è opportuno che il sistema sin qui attivato venga osservato a distanza - ma non certo come un processo concluso - e analizzato nel suo insieme per derivarne la concreta dimensione e ricavarne una lettura proiettiva.

Come si rileva anche dai passaggi precedenti, ciascuna delle tre annualità si è conclusa, oltre che con il bilancio fra quanto programmato e quanto fatto, con la valutazione di efficienza del sistema. Tuttavia proprio per le modifiche attuate in corso d'opera e i fisiologici intoppi di rodaggio, ci siamo sempre trovati coinvolti in punti di osservazione parziali (... ma anche di parte) che hanno viziato l'esame dei dati e condizionato - a volte - la lettura fenomenologica di quanto accadeva.

Se il presupposto di ogni riesame, quindi, è l'osservazione complessiva - storicizzata e di contesto - di quanto si vuole conoscere, questo passaggio è indispensabile per attivare la sequenza che porta alla manutenzione migliorativa.

#### **b. l'esigenza di valutare**

Questo è l'ovvio passaggio conseguente l'osservazione.

La capacità di analisi critica (e autocritica) del resto, deve far parte delle risorse di un sistema adulto. In un contesto che ha offerto scenari nuovi all'apparato di *governance* e che per l'intensità della partecipazione e l'eterogeneità degli interessi ha mosso anche forti dinamiche emotive, la valutazione "stemperata" di quanto abbia prodotto il percorso triennale, è di rilevante importanza per ricondurre il complesso sistema qui attivato alla sua dimensione "naturale".

Quella dimensione che va poi misurata con l'oggettività dei dati di osservazione - sul metodo e di "produzione" - per ricondurre il processo alla sua realistica utilità di base: la migliore coniugazione possibile tra: risorse, bisogni e fruitori.



---

Questa procedura, che acquisisce la forma di una vera e propria azione di sistema, è opportuno - per non incorrere nelle cadute di autoreferenzialità - che venga condotta con l'aiuto di figure esterne e quindi condivisa in tutti gli ordini del sistema di *governance*.

### **c. la propensione a migliorare**

Questa terza disposizione conclude e valorizza la sequenza in descrizione e racchiude l'obiettivo del mantenimento della qualità partecipativa e funzionale della *governance*.

La propensione al miglioramento, in realtà, non va qui semplicemente ricondotta alla capacità di modificare le parti del sistema di partecipazione alle scelte e alle decisioni che, l'osservazione prima e la valutazione poi, segnalano in sofferenza (se non obsolete).

Infatti, proprio, per mantenere la qualità della coesione all'orientamento e l'intensità partecipativa fra le tante parti sociali che - a più livelli - ne giocano le funzioni, va curata con attenzione e continuità la plasticità del grande corpo della *governance* nella sua integrità.

Questo perché la semplice applicazione frazionata dei miglioramenti ai singoli settori dell'apparato, senza una continua lettura d'insieme della loro efficacia, rischia di tecnicizzare il sistema (rimediare al bisogno) con possibile grave danno della "natura partecipativa" del sistema di *governance* di offertasociale (governare il bisogno).

Ma non solo.

Il miglioramento complessivo (di apparato) di cui parliamo si pone anche un altro obiettivo. Quello di raggiungere una maggiore efficacia nell'integrazione con le altre politiche praticabili (educative, del lavoro, per lo sviluppo del territorio) e di sviluppare l'integrazione con quelle a orientamento sociosanitario dell'ASL e con gli indirizzi dell'Azienda Ospedaliera locale per le attività a risvolto sociale delle unità operative psichiatria e neuropsichiatria.

## **2.4 L'Ufficio di Piano e Progetti: il consolidamento di ruolo e funzioni**

Il primo triennio del PdZ ha visto un progressivo ampliamento e quindi consolidamento del ruolo e delle funzioni dell'Ufficio del PdZ, quali processi che hanno contribuito a meglio delinearne identità e confini dell'agire. In particolar modo negli ultimi due anni, accanto al ruolo di attore/regista della programmazione sociale si è associato - oltrepassando i limiti del PdZ - quello di "propulsore" della progettazione locale, programmando e coordinando la progettualità territoriale sulle leggi di settore e implementando attività finanziate dal Fondo Sociale Europeo.

Ad oggi, i risultati positivi e le sinergie associati a quest'ultimo ruolo risultano molteplici: oltre ad essersi gradualmente intensificata, l'attività progettuale ha alimentato sia l'ampliamento della rete partecipativa - incrementando il numero di attori pubblici e privati coinvolti - sia la qualità dell'azione, giocandosi soprattutto sul piano sperimentale. Le nuove collaborazioni hanno stimolato a loro volta una maggiore attenzione del territorio verso temi specifici (valga per tutti la questione dell'*housing* sociale), contribuito a fare emergere alcune problematiche (ad esempio, quella relativa all'assistenza domiciliare e al fenomeno delle badanti) e, in definitiva, potenziato la capacità di risposta complessiva del territorio.

Tale processo - parallelamente al perfezionamento del sistema di *governance* locale - ha stimolato l'adozione di soluzioni diverse sotto il profilo organizzativo, in virtù delle caratteristiche e della fisionomia che l'Ufficio di Piano ha gradualmente sviluppato.

La migliore definizione delle specifiche funzioni ha favorito la qualificazione dei risultati complessivamente ascrivibili all'operatività dell'Ufficio di Piano. Dalla selezione e lettura dei dati statistici - sempre meglio supportate dal sistema informativo - al raccordo con gli operatori sociali dei 29 Comuni (attraverso le due coordinatrici delle Commissioni tecniche) e, ancora, allo sviluppo

---



di aspetti innovativi e sperimentali del sistema. Tutto ciò trova quindi riscontro nella funzione di gestione complessiva delle attività dell'Ufficio, in capo alla responsabile, che in quanto tale garantisce sia lo stretto raccordo con la direzione e il CdA di offertasociale, sia l'interlocuzione con gli attori pubblici e del privato sociale del territorio.

Se la più semplice composizione iniziale risultava pertanto più confacente alla fase di "start up" della riforma, l'organizzazione attuale rispecchia e supporta l'adempimento di un ruolo complesso e articolato, per cui l'Ufficio di Piano – secondo una modalità sempre più solida - gestisce la programmazione locale, integra il coordinamento istituzionale, consolida le reti e sostiene la partecipazione dei molteplici attori al sistema territoriale.

### Rappresentazione grafica dell'Ufficio del PdZ e progetti



## 2.5 Lo sviluppo di politiche socio sanitarie integrate

Il prossimo triennio vedrà gli ambiti e la ASL 3 di Monza impegnarsi nella costruzione di un percorso concreto finalizzato alla realizzazione di interventi integrati. Sotto questo profilo, appare di buon auspicio la dichiarata disponibilità della Direzione generale dell'ASL 3 di Monza di utilizzare il nuovo Piano di Salute quale "strumento dinamico" – sia a livello direzionale che distrettuale – per l'avvio dei processi di integrazione socio sanitaria. Attraverso il Piano di Zona, il dialogo tra la ASL e i Comuni si dovrà pertanto arricchire, articolare e sostanziare ai fini della individuazione di rinnovate forme di collaborazione volte a migliorare la presa in carico dei problemi socio sanitari e la continuità dei percorsi assistenziali.

In tale prospettiva, il lavoro del Tavolo tecnico tra la Direzione sociale della ASL e i Direttori degli uffici di piano, costituito nel corso del 2005, necessiterà di essere ulteriormente qualificato e riempito di nuovi contenuti, coerentemente con quanto andrà definendosi sia nell'ambito del Consiglio interdistrettuale che, a maggior ragione, del Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci.

Ulteriore importante strumento di lavoro - nel corso di questo primo semestre - sarà rappresentato dal corso di formazione guidato dal Cergas dell'Università Bocconi, rivolto sia ai Direttori degli uffici di Piano di tutti gli ambiti territoriali facenti capo alla ASL MI3, che ai livelli apicali di quest'ultima.

Il progetto di lavoro con Cergas è di fatto volto ad analizzare le forme già esistenti di raccordo nella programmazione sociale, sociosanitaria e sanitaria e ad offrire un'efficace attività di *tutorship* sui migliori modelli di processi decisionali finalizzati anche a realizzare una condivisione su tutto il territorio di alcuni orientamenti di fondo in termini di collaborazione Comuni – ASL.

Un esito evidente di questo nuovo "afflato" collaborativo lo si ritrova tuttavia già nel presente documento, specificamente nel paragrafo 3.5 elaborato dalla Direzione del Distretto sanitario di Vimercate-Trezzo, con gli obiettivi del Piano salute declinati per il nostro territorio.

Un contributo, questo, di notevole importanza laddove permette di individuare le così dette aree ad "alta integrazione socio-sanitaria", su cui vengono definite risorse e collaborazioni concrete tra la ASL, le amministrazioni pubbliche e le agenzie del terzo settore, a garanzia dei diritti di assistenza socio sanitaria dei nostri cittadini.

Nelle nostre aspettative, da tale impegno comune dovrebbe fuoriuscire una collaborazione più qualificata anche con l'azienda ospedaliera di Vimercate, titolare di altrettanto importanti funzioni sul versante sanitario, sia sotto il profilo della partecipazione al Tavolo Psichiatria sia sotto quello della condivisione di attività progettuali che troveranno attuazione nei settori psichiatrico e neuro-psichiatrico.

## 2.6 Il ruolo del Terzo Settore

Avvantaggiato dalla presenza di un Terzo Settore ricco ed organizzato, il nostro territorio ha saputo sviluppare forme proficue di collaborazione, utilizzando anche i momenti critici come opportunità di confronto e di chiarimento. La partecipazione ai tavoli tematici è stata sin dall'inizio contrassegnata dall'attivazione di luoghi e meccanismi di rappresentanza e auto-organizzazione da parte del Terzo Settore, che ancora oggi fanno perno attorno all'Assemblea del Terzo Settore e alla Segreteria. In virtù di ciò, i rappresentanti del Terzo Settore siedono ai tavoli d'area non tanto in nome delle singole associazioni o organizzazioni di appartenenza ma in quanto portavoce di una realtà territoriale ben più complessa. Seppur molto onerosa – per le risorse e i costi impliciti - la partecipazione al sistema del Piano di Zona ha rappresentato un'esperienza di crescita e di rafforzamento dei ruoli e competenze reciproche.

Le riflessioni attorno al ruolo dei tavoli ha favorito inoltre l'emersione di alcuni nodi critici relativi alla partecipazione del terzo settore: dalla necessità di percorsi formativi sul PdZ per coloro che presenziano ai tavoli a quella di individuare modalità diverse da quelle sino ad ora adottate per la realizzazione dei progetti finanziati con risorse del Fondo indistinto, finalizzate a ridurre il potenziale conflitto di interessi tra decisori e erogatori dei servizi/attività.

Lo scenario futuro prevede di proseguire le collaborazioni tra amministrazioni pubbliche e terzo settore a favore della cooperazione sociale e per promuovere appieno le potenzialità del Terzo Settore nel sistema del Piano di Zona.

La creazione di partnership/collaborazioni nell'ambito del previsto potenziamento delle attività progettuali promosse dall'Ufficio del Piano di Zona costituirà un ulteriore piano di interlocuzione forte con le organizzazioni e associazioni locali.

Infine, convenuta l'opportunità che l'assemblea distrettuale sia presenziata dai rappresentanti del Terzo settore e delle organizzazioni sindacali, se ne è promossa la partecipazione presso le sedi appropriate (Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci).

## 2.7 L'organizzazione della rappresentanza del terzo settore

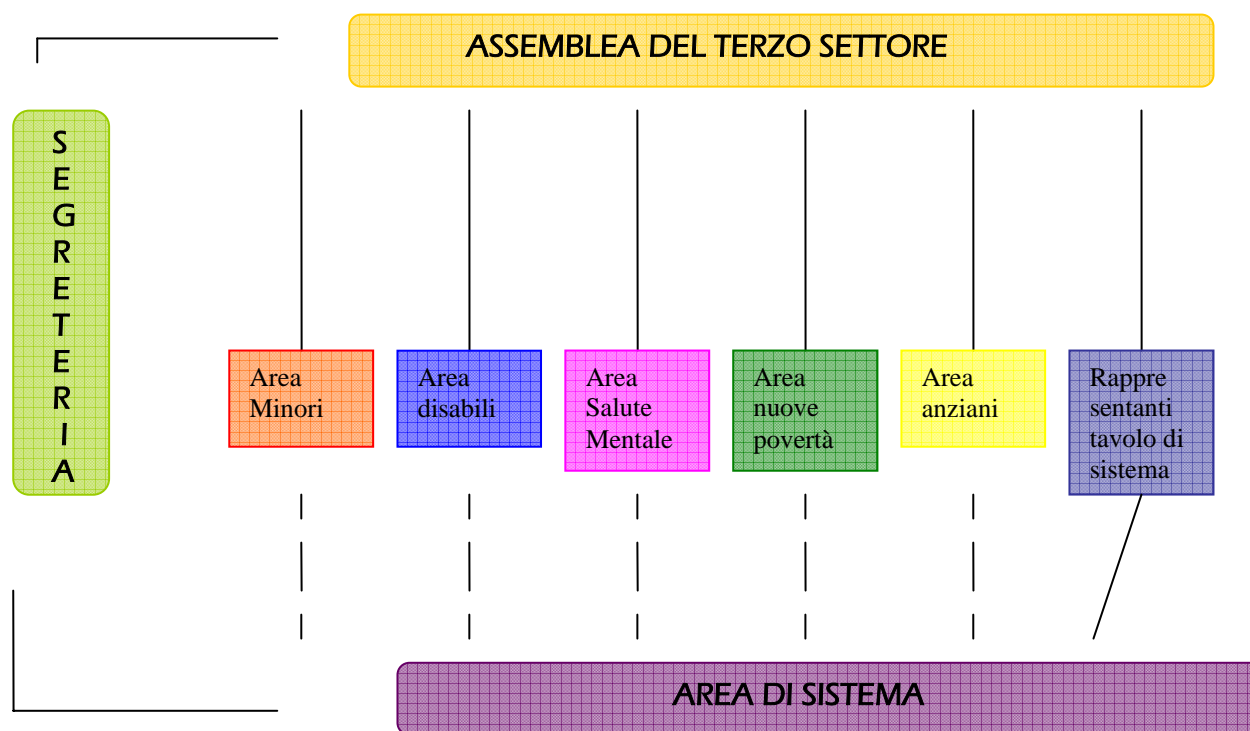
Allo scopo di fornire una rappresentanza politica unitaria alle istituzioni locali, dopo aver studiato forme ed esperienze in atto e valutate le attese delle istituzioni locali, le organizzazioni del Terzo

Settore del vimercatese e trezzese, riunite in assemblea, hanno costituito la propria rappresentanza nella forma della ASSEMBLEA TERRITORIALE DEL TERZO SETTORE.

Hanno partecipato alla costruzione di questo sistema di rappresentanza 92 realtà territoriali così divise:

Associazioni/Gruppi di Volontariato	50
Coop. Sociali Tipo A	19
Coop. Sociali Tipo B	8
Consorzi Coop. Sociali	2
Fondazioni	3
Altri (Caritas, ...)	10
Totale	92 Enti

L'articolazione appare come segue.



#### a) l'assemblea territoriale

L'Assemblea territoriale del Terzo settore è aperta a tutte le organizzazioni del terzo settore – associazioni di volontariato, cooperative sociali, fondazioni, enti morali – operanti nei 29 comuni dell'ambito territoriale del Vimercatese/Trezzese.

*Essa è costituita dalle organizzazioni appartenenti al territorio che intervengono alle assemblee convocate in forma pubblica.*

Al suo interno, l'Assemblea struttura i propri lavori – parallelamente all'organizzazione del Piano di Zona – in gruppi/aree tematiche (nuove povertà, anziani, minori/famiglia, handicap, salute mentale) a cui tutte le organizzazioni iscritte possono accedere liberamente in base alle specifiche competenze ed i caratteristici campi di intervento/interesse.

L'Assemblea elegge al proprio interno:

- i rappresentanti del Terzo settore al Tavolo di sistema;
- una segreteria di coordinamento, composta da minimo 3, max. 5 componenti;
- il portavoce del terzo settore (scelto tra i componenti della segreteria).

L'Assemblea é convocata dalla segreteria almeno 2 volte l'anno per verificare l'andamento delle attività ed elaborare/esprimere orientamenti strategici rispetto alle questioni su cui è chiamata a rispondere.

### **b) le aree tematiche**

Le aree tematiche sono costituite da tutte le realtà del terzo settore aderenti all'assemblea territoriale e le cui attività si riferiscono a quella specifica area tematica.

I partecipanti di ciascuna area eleggono al proprio interno i rappresentanti del Terzo settore ai paralleli Tavoli "istituzionali" del Piano di Zona.

Le aree si riuniscono indicativamente con cadenza bimestrale e comunque in relazione alle esigenze legate all'avanzamento dei lavori del Piano di Zona.

Tutte le aree nominano un/a coordinatore/trice dell'area ed un/a vice che ne svolge le funzioni in caso di impedimento.

In caso di decadenza di un/a rappresentante l'area – o l'Assemblea nel caso dell'area Sistema – provvedono alla sostituzione nella prima riunione utile.

La nomina delle rappresentanze del Terzo settore si ispira al principio di equilibrio tra le differenti componenti (volontariato, cooperazione, enti morali, fondazioni), alla loro dimensione strutturale (piccola/grande organizzazione) e al rispetto delle aree geografiche di appartenenza (vimercatese e trezzese).

La convocazione delle aree é a cura del/la coordinatore/trice.

Tutte le riunioni delle aree sono verbalizzate a cura del coordinatore/trice ed i verbali inviati – via email – a tutti i partecipanti all'area, all'area sistema, alla segreteria e resi disponibili via web.

I verbali dell'area sistema sono quindi inviati a tutti i rappresentanti delle varie aree ai Tavoli del Piano di Zona.

### **c) i rappresentanti al tavolo di sistema**

I membri del tavolo di sistema vengono scelti dall'assemblea sulla base di criteri che devono tenere conto della diversità e specificità degli enti rappresentati (cooperative, associazioni, Caritas...), delle loro dimensioni e della diversità del territorio.

Nell'ambito del tavolo di sistema, essi hanno funzioni di monitoraggio dell'andamento complessivo dei lavori del PdZ e di rappresentanza delle istanze specifiche del terzo settore. Inoltre collaborano con i delegati degli enti locali e delle parti sociali alla stesura del documento programmatico.

### **d) la segreteria**

La Segreteria ha una triplice funzione:

- "politica" di coordinamento generale dell'assemblea,
- di "rappresentanza" esterna verso tutti gli Enti territoriali,
- "tecnico-organizzativa" interna, finalizzata a potenziare l'aspetto informativo e comunicativo dell'Assemblea e delle Aree, allo scopo di promuovere la massima partecipazione alla vita dell'Assemblea stessa.

Per il proprio funzionamento, essa deve poter contare su risorse proprie, valorizzando al massimo l'apporto del volontariato, fornendo sicura reperibilità e visibilità.

I membri della segreteria partecipano alle aree tematiche.

---

Il portavoce, nell'ambito della segreteria, ha una funzione di rappresentanza verso l'esterno e di coordinamento della segreteria.

#### e) l'area di sistema

L'area di sistema è composta dai membri della segreteria, dai membri del tavolo di sistema e dai singoli coordinatori delle aree tematiche.

Il compito dell'area di sistema è di orientamento complessivo delle attività del terzo settore nell'ambito del PdZ.

L'area di sistema si riunisce almeno 4 volte l'anno con il compito di monitorare l'andamento dei lavori del piano di zona e delle singole aree tematiche.

#### f) tempi e prospettive

La durata delle cariche di rappresentanza è triennale secondo il periodo di attuazione del Piano di Zona.

Nel periodo di vigenza della rappresentanza descritta, l'Assemblea, anche attraverso la costituzione di specifici "gruppi di lavoro", è chiamata ad elaborare una propria visione/identità ed a esprimersi su alcuni temi che, attraverso l'elaborazione di documenti e mozioni da approvarsi al proprio interno, possano qualificare la partecipazione delle organizzazioni del Terzo settore alla stessa Assemblea, quali:

- ruolo delle diverse componenti il terzo settore nell'ambito del sistema territoriale dei servizi;
- concetto di territorialità;
- concetto di qualità sociale nelle organizzazioni del terzo settore;
- criteri di reperimento delle risorse/rapporto con organizzazioni for profit

Allo scopo di verificare la possibile costituzione del Forum Territoriale del Terzo Settore, l'assemblea promuove una riflessione e un confronto con le organizzazioni del Terzo settore non appartenenti alla sfera socio-sanitaria (promozione culturale, patronati, sportive, protezione civile e ambientale, ecc.). L'idea è di creare percorsi comuni finalizzati alla crescente partecipazione di tutti i soggetti sociali allo sviluppo/crescita della comunità locale.

## 2.8 Ruolo e partecipazione delle parti sociali

Dopo l'esperienza dei primi Piani di Zona, che ha visto le organizzazioni sindacali particolarmente impegnate sui diversi tavoli programmatori (da quelli tematici a quello di sistema), accanto alla conferma di un impegno costante dei loro rappresentanti ai lavori del PdZ, le medesime organizzazioni sottolineano alcuni punti ritenuti da esse necessari al fine di un fecondo lavoro di pianificazione. Essi appaiono i seguenti:

*Politiche dell'Accesso:* occorre rilevare e valorizzare il Segretariato Sociale e omogeneizzare, laddove ancora non fatto, i regolamenti che normano la fruizione dei servizi e delle prestazioni;

*Unità di Valutazione Multidimensionali (UVM):* relative a diverse tipologie di cittadini disagiati (anziani, disabili e minori), esse rappresentano la garanzia del principio di integrazione socio-sanitaria e dell'appropriatezza degli interventi; se ne auspica non solo il consolidamento ma anche il potenziamento, in un clima di pari dignità tra le istituzioni e le professionalità che vi sono rappresentate;

*titoli sociali* – si chiede che l'utilizzo di titoli sociali sottostia all'adozione di progetti specifici da parte dell'utente e quindi alla certificazione di qualità attraverso le procedure di accreditamento, ove non deve mancare il vincolo del rispetto delle norme e dei contratti di lavoro vigenti; i titoli sociali, ed in particolare i voucher, devono essere utilizzati in modo complementare e non sostitutivo dei servizi e delle prestazioni esistenti;

*Fabbisogno abitativo*: il disagio abitativo è spesso causa diretta di problemi sociali, pertanto si chiede che le politiche abitative risultino integrate o quantomeno coordinate all'interno dei Piani di Zona; in riferimento all'offerta di pronto intervento sociale (art. 22, c. 4, lettera b), L.328/00) è necessario razionalizzare l'offerta attuale, garantendo servizi residenziali di pronta accoglienza con particolare attenzione al genere femminile;

*Amministrazione pubblica dell'offerta*: nell'ambito della crescente esternalizzazione della gestione dei servizi, le Amministrazioni pubbliche dovranno assicurare forme di monitoraggio e controllo puntuali e ricorrenti dei soggetti erogatori al fine di verificare l'efficacia della spesa e la qualità dei risultati. I soggetti erogatori dovrebbero essere coinvolti nei sistemi partecipativi dei PdZ anche al fine di un ampliamento dell'offerta dei servizi nel territorio in relazione ai bisogni emergenti (quali, offerta di posti di sollievo da parte delle RSA, dimissioni protette, interventi di riabilitazione nel territorio);

*Progetto complessivo per la domiciliarità* (badanti, povertà, famiglia e categorie di bisogno): i cambiamenti sociali avvenuti nella famiglia e la non autosufficienza obbligano a definire politiche complessive in ambito domiciliare e a rimodulare i servizi di assistenza domiciliare sulla base delle nuove esigenze; in tal senso, l'assistente familiare (badante) andrebbe inserito quale intervento aggiuntivo e non sostitutivo dei servizi e prestazioni di welfare domiciliare; inoltre occorre progettare azioni volte a contrastare i disagi relazionali dovuti al crescente isolamento sociale di alcuni gruppi di popolazione, in special modo gli anziani.

## 2.9 La costruzione di partnership con la Provincia di Milano

Coerentemente a quanto previsto dall'art. 7 della legge 328/00 - che attribuisce alle Province il concorso alla programmazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali - e alla circolare regionale n. 34 del 29 luglio 2005 "Indirizzi per la programmazione del nuovo triennio dei Piani di Zona" – che prevede, su richiesta delle amministrazioni comunali il possibile coinvolgimento nella fase programmatica dei PdZ della Provincia – nel prossimo triennio, il nostro ambito si avvarrà anche dell'apporto sostanziale della Provincia di Milano. Quest'ultima appare infatti fortemente impegnata a sostenere la programmazione e l'attuazione dei progetti zonali: dal supporto tecnico metodologico, all'attivazione di laboratori tematici e infine al co-finanziamento di singole azioni. Nelle aspettative della Provincia, tale finanziamento, previsto per circa 200.000 euro per ogni annualità del PdZ, è principalmente finalizzato:

1. a favorire l'adozione di progetti, comuni con quelli provinciali, di sviluppo e innovazione nell'area dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, ai disabili, ai minori e alle famiglie, agli adulti in difficoltà, alle persone ristrette nelle libertà e agli immigrati;
2. a potenziare gli uffici di Piano;
3. a qualificare le azioni di sistema.

Il modello di relazione per il governo del partenariato con la Provincia di Milano prevede l'attivazione di specifici organismi, di natura politica e tecnica, che qui riportiamo in sintesi.

---

**a) Tavolo istituzionale:** funge da raccordo tra il livello locale di Ambito e il livello provinciale, ed è costituito dall'Assessore Provinciale e dai Presidenti dei tavoli politici di Ambito (per il nostro Distretto, del Tavolo di Sistema);

**b) Tavolo dei referenti tecnici di Ambito:** funge da gestore del partenariato sotto il profilo tecnico ed amministrativo, ed è costituito dai tecnici designati dall'Ambito e dai rappresentanti del più alto livello Amministrativo e/o tecnico (nel nostro caso, dal Direttore di offertasociale) e/o facenti funzioni (con delega, nel caso di responsabile dell'Ufficio di Piano non coincidente col Dirigente del Comune Capofila) e dalla Direzione Centrale Affari Sociali della Provincia di Milano;

**c) Tavoli centralizzati di area tematica su Immigrati, Nuove povertà, Minori e famiglia, Disabili e Anziani, e Tavolo centralizzato azioni di sistema:** fungono da gestori tecnico-operativi sulle singole azioni progettuali oggetto di partnership al fine di:

- 1) concertare tempi, modalità e indicatori di monitoraggio, verifica e valutazione dei progetti
- 2) garantire il raccordo e il coordinamento tra le iniziative provinciali e le iniziative degli Ambiti (es. Spazio Neutro, Sportelli immigrazione, Sistema informativo, Formazione, Teleassistenza, Disabili sensoriali e altri indicati congiuntamente).

Sono costituiti da un tecnico rappresentante per ogni Ambito territoriale, dalla Direzione centrale affari sociali e da tecnici provinciali per le specifiche aree di competenza.

Considerato il considerevole interesse di tali iniziative sia ai fini dello scambio di informazioni ed esperienze a livello sovra territoriale che della qualificazione della partnership, e conformemente alle risorse disponibili, sarà cura dell'Ufficio del PdZ promuovere la più ampia partecipazione di alcuni referenti d'ambito ai laboratori tematici e ai Tavoli sopra elencati.

Si è già data invece forma concreta al partenariato mediante la presentazione alla Provincia di specifici progetti per il co-finanziamento di obiettivi d'area e delle azioni di sistema previsti per il prossimo triennio, così come dettagliato nel paragrafo 10.6 del presente documento. La rilevanza del ruolo della partnership in seno alle attività del PdZ ha peraltro motivato la scelta di aprire la partecipazione al tavolo di Sistema ad un rappresentante dell'ente provinciale.

### 3. Le scelte strategiche

Accanto agli obiettivi delle singole aree tematiche, e differentemente dall'impianto programmatico del passato triennio, il secondo piano di zona prevede uno sviluppo per macro azioni, anche trasversali alle singole aree di intervento. Le ragioni a monte di questa scelta risiedono non solo nella necessità di dare risposte articolate ad un fabbisogno sociale complesso, ma anche nella assunzione di una differente prospettiva di lavoro, volta ad ottimizzare le energie e le risorse disponibili mediante la persecuzione di meta obiettivi.

Tutto ciò significherà lavorare privilegiando la problematica e non i singoli target di popolazione, persuasi che in questo modo i risultati si amplifichino e si contrastino più efficacemente le difficoltà correlate alle situazioni di svantaggio.

Le azioni di forte interesse che sono state individuate appaiono le seguenti:

1. promozione dell'accesso alla casa e alloggi protetti (trasversale all'area Disabili, Psichiatria, Nuove Povertà, Anziani)
  2. qualificazione dell'analisi del fabbisogno sociale e della valutazione degli interventi
  3. promozione della cultura dell'affido e dell'accoglienza.
-



La casa sarà pertanto una risorsa promossa in “senso lato”, quale bene essenziale volto a soddisfare necessità plurime e nel contempo strumento importante attraverso cui sostenere percorsi di reinserimento sociale e di emancipazione dalla malattia/disabilità dei soggetti svantaggiati. Se infatti per la maggior parte delle persone la casa rappresenta un traguardo, per tante altre può costituire il punto di partenza per ri-pensare e ri-costruire progetti di vita.

Vien da sé che l'efficacia di tale azione dovrà misurarsi anche con la capacità del nostro territorio di potenziare e qualificare le collaborazioni tra il settore pubblico e il privato sociale, le reti associative e i comportamenti di reciprocità tra i cittadini, nodi essenziali rispetto all'agire comunitario.

Sotto il profilo del metodo di lavoro, si prevede di attivare un gruppo di studio ad hoc che avrà il compito di declinare il Progetto Casa in altrettanti sottoprogetti relativi alle specifiche aree, garantendo nel contempo l'organicità e la coerenza dell'impianto operativo.

Migliorare la capacità di raccogliere e leggere i dati a supporto della programmazione e della valutazione delle politiche pubbliche. E' questo un ulteriore obiettivo che ci prefiggiamo di raggiungere durante il prossimo triennio soprattutto attraverso il rinnovato impegno dei tavoli d'area. L'integrazione tra il punto di osservazione dei servizi sociali e quello delle realtà associative – realizzata nel precedente triennio – è infatti condizione necessaria ma non sufficiente per garantire una soddisfacente lettura dei bisogni del territorio.

E' quindi indispensabile un'azione di lettura dei bisogni più strutturata, costante e condivisa, a sostegno di una funzione politica trasversale che si ponga come obiettivo sia la risposta ai bisogni, ma ancor prima la riduzione della domanda.

Si tratterà pertanto non solo di ampliare le fonti e le origini delle informazioni, ma anche, e forse soprattutto, di affinare la capacità di lettura dei dati esistenti. Nel raccogliere i dati, occorrerà prestabilire i criteri lungo i quali orientare tale lavoro, quali ad esempio, gli obiettivi di benessere comunitari, di sistema e strategici, così come il carattere settoriale o integrato degli interventi programmati.

Un approccio innovativo, ancorché sperimentale, potrebbe derivare da un impegno “collettivo” dei diversi soggetti coinvolti nell'azione programmatica (che veda coinvolti i servizi sociali - dai responsabili agli operatori - e l'Ufficio di Piano nelle sue molteplici componenti) finalizzato alla individuazione di indicatori di benessere, che sappiano combinare le informazioni (livelli di reddito, di salute, condizioni socio-economiche e stili di vita della popolazione) in modo da illustrare il grado di welfare del nostro territorio.

Il carattere innovativo dell'approccio risiederebbe per lo più nell'adozione di un concetto di benessere non esclusivamente economico – la spesa sociale, il reddito – ma comprensivo di aspetti inerenti alla qualità della vita delle persone. Come è noto, la buona condizione di vita della popolazione è infatti correlata non solo al reddito pro-capite ma anche ad un insieme di fattori che ne colgono gli aspetti multidimensionali, quali la speranza di vita alla nascita, il tasso di alfabetizzazione e di scolarizzazione, la dispersione scolastica. In questo modo, impareremmo ad esempio a leggere il grado di coesione/disagio sociale delle nostre comunità attraverso l'analisi dei dati relativi ai minori in difficoltà, a quelli in affido e via dicendo. L'ambizione è di trasformare i dati in strumenti che non solo rappresentino, ma aiutino a capire le ragioni dei fenomeni sociali, correlandoli alla dimensione più ampia della cittadinanza.

L'attività di raccolta dei dati sociali troverà inoltre pieno ed efficace supporto nella “messa a regime” del funzionamento del nuovo sistema informativo, mentre il dialogo strutturato con l'Osservatorio delle politiche sociali della Provincia di Milano consentirà di ampliare lo spazio – geografico - di riflessione.

---



Altra azione strategica riguarderà infine i minori in difficoltà e stranieri, il cui pieno adempimento richiama la necessaria integrazione delle politiche familiari, per l'infanzia e l'adolescenza con quelle che investono la sfera educativa, scolastica e formativa tramite azioni ispirate ad un adeguato equilibrio tra lavoro di cura, prevenzione, tutela e promozione. In questo scenario, occuperà uno spazio di rilievo la diffusione della cultura dell'affido e dell'accoglienza, anche a bassa soglia, per ragazzi che necessitano di conciliare la protezione con lo sviluppo della piena autonomia, e quindi per genitori che chiedono spazi di mediazione per superare i conflitti e recuperare un rapporto positivo nell'interesse dei figli. Accanto al consolidamento degli interventi e dei servizi a favore dei minori in difficoltà occorrerà realizzare azioni di informazione, sensibilizzazione e formazione sulle problematiche e i diritti dei minori rivolte sia alla comunità locale sia quanti sono a più stretto contatto con i minori, in particolare i genitori, le famiglie affidatarie, chi si occupa di interventi sociali ed educativi, anche al fine di promuovere la crescita di consapevolezza intorno a queste tematiche.

### 3.1 L'integrazione delle politiche

*"Sviluppare e promuovere l'integrazione e il coordinamento fra i diversi settori della vita sociale e fra le diverse politiche, in particolare fra le politiche sociali, sanitarie, educative, formative del lavoro, culturali, abitative, al fine di mettere in atto una politica sociale che faccia della promozione e della prevenzione uno dei suoi cardini".*

Ciò è quanto veniva affermato nel documento degli scorsi anni e che viene certamente riconfermato per questo nuovo periodo di programmazione.

Le iniziative attivate in questa direzione sono sempre più numerose, mentre altre sono in fase di progettazione.

#### Riquadro 1

##### **NUOVE INIZIATIVE DI INTEGRAZIONE TRA POLITICHE SOCIALI E POLITICHE DEL LAVORO**

⇒ **PROGETTO NETWORK.** Sistema per i servizi di cura e assistenza domiciliare.

Cofinanziato dal FSE, e diretto da offertasociale, Network si sviluppa a partire da quanto realizzato nel 2004 attraverso l'esperienza progettuale "Il tempo delle donne", attraverso cui era stato sperimentato un modello di certificazione per assistenti familiari (badanti).

Obiettivo di Network è di creare una rete tra i soggetti pubblici e privati (servizi sociali comunali, centri per il lavoro, enti di formazione, cooperative, associazioni, sindacati) che nel nostro territorio - in modo diretto o indiretto - si occupano dell'assistenza domiciliare rivolta ad anziani e bambini. Nei suoi presupposti, il progetto tende a costruire un governo di sintesi che faccia sistema tra le politiche dei servizi, quelle del lavoro e le azioni formative; una regia forte - ri-assegnata nel nostro caso all'ente pubblico - che conosca il quadro dei bisogni, che metta in relazione le diverse risorse, che gestisca quindi in modo coerente la costruzione di un mercato regolato, facendo leva sulle risorse pubbliche e della comunità locale nel suo insieme.

La partnership è costituita da: offertasociale asc, Comune di Monza, Provincia di Milano, Associazione Progetto Lavoro Vimercate, Emil Est Milano Impresa Lavoro, Associazione Progetto Lavoro Monza, Consorzio SIS - Sistema Imprese Sociali, Teknova, Ticonuno, Frasema. I territori coinvolti nel progetto coincidono con gli ambiti di Vimercate-Trezzo e di Monza (Brugherio e Villasanta).

##### **NUOVE INIZIATIVE DI INTEGRAZIONE TRA POLITICHE SOCIALI E POLITICHE PER L'ACCESSO ALL'ABITAZIONE**

⇒ **POLITICHE DELL'ABITAZIONE** per le fasce deboli: una particolare attenzione viene posta a tale tema, a partire dalle iniziative già avviate nel corso delle precedenti annualità, in particolar modo attraverso i progetti "TxT" e "Casa di Rut". Per il prossimo triennio, la promozione della casa quale risorsa sociale appare una delle azioni strategiche che, come descritto più avanti, riguarderà in modo trasversale più aree della programmazione sociale.

#### **NUOVE INIZIATIVE DI INTEGRAZIONE TRA POLITICHE SOCIALI E POLITICHE EDUCATIVE E FORMATIVE**

Di particolare rilievo è lo sviluppo del tema delle politiche scolastiche ed educative a livello sovraterritoriale. I 29 comuni hanno infatti sottoscritto un protocollo d'intesa con la Rete TRE.VI. composta dalle scuole (pubbliche e private del territorio), protocollo in cui condividono precise scelte strategiche, obiettivi ed azioni.

##### **Dal Protocollo d'intesa art. 1:**

*"Gli obiettivi da perseguire sono quindi i seguenti:*

- *Sperimentare i compiti e le funzioni degli Enti Locali, di cui all'art. 139 del D. Lgs. 112/98, ripresi e recepiti dalla L.R. 1/2000, in coerenza con la nuova configurazione dell'Amministrazione periferica dell'Istruzione regionale e con le caratteristiche dell'autonomia scolastica.*
- *Favorire l'interazione tra le diverse istituzioni e i diversi soggetti presenti sul territorio coinvolti nei processi educativi e formativi, compresi i Centri di Formazione Professionale.*
- *Sostenere lo sviluppo dell'autonomia delle istituzioni scolastiche, intese come risorsa nel e per il territorio, anche concordando compiti, funzioni, collocazione e organizzazione di centri di supporto e consulenza per gli istituti scolastici.*
- *Ricerca e favorire intese tra la Direzione Generale e le sue articolazioni periferiche, gli Enti Locali, le singole Scuole statali e scuole paritarie e i Centri di Formazione Professionale per la soluzione di problemi derivanti dall'applicazione delle riforme scolastiche.*
- *Realizzare l'utilizzo ottimale di tutte le risorse educative e formative integrando i sistemi presenti nel territorio.*

*Al fine di raggiungere i suddetti obiettivi si stabilisce di avviare le seguenti azioni:*

1. *predisposizione di una mappatura dei servizi esistenti sul territorio;*
2. *effettuazione di una catalogazione degli interventi in base sugli ambiti previsti dal D. Lgs. 112/98:*
  - *educazione degli adulti: interventi dopo l'obbligo in campo educativo e formativo, compresa la formazione di docenti ed operatori;*
  - *interventi integrati in materia di orientamento suddivisi in:*
    - *orientamento scolastico e professionale*
    - *orientamento al lavoro*
  - *azioni tese a realizzare le pari opportunità di istruzione, suddivise in ambiti:*
    - *stranieri*
    - *disabilità*
    - *disagio*
  - *azioni di supporto tese a promuovere e sostenere la coerenza e la continuità in orizzontale e verticale tra i diversi gradi e ordini di scuola;*
  - *interventi integrati di prevenzione della dispersione scolastica e di educazione alla salute, intesi come promozione del benessere e del successo formativo."*

**Offertasociale fa parte del Comitato Territoriale previsto in seno a tale intesa con l'obiettivo di favorire i livelli di integrazione fra le politiche sociali ed educative territoriali.**

**Nell'ambito socio-educativo, un esempio di integrazione efficace è anche quello sperimentato attraverso il progetto "SPORTELLO INFORMADISABILI", nato sulla base della collaborazione con la Scuola Snodo per l'handicap (Istituto Comprensivo di Cornate), organismo di informazione e consulenza per le famiglie con disabili in materia di percorsi scolastici.**

**Allo stesso modo, è importante sottolineare lo sviluppo di intese in materia di disabilità in ambito scolastico (vedi Protocollo per l'integrazione scolastica dei disabili realizzato lo scorso**

anno e attualmente in fase di attuazione); della mediazione culturale (in particolar modo mediante l'interazione tra i progetti "Stars" e "Tanti Mondi una Comunità"); dei disabili sensoriali realizzato su delega e in collaborazione con la Provincia di Milano.

### 3.2 Verso un rafforzamento dell'integrazione fra comuni

Una novità significativa a livello di territorio del Vimercatese, in direzione dell'integrazione territoriale e della condivisione delle politiche, è rappresentata dalla costituzione **dell'Associazione per il Circondario**. L'associazione è finalizzata alla realizzazione del Circondario vero e proprio che dovrà essere deliberato dal Consiglio Provinciale, così come previsto dall'art. 6 del nuovo statuto della Provincia di Milano.

I temi sui quali si prevede che il Circondario potrà essere operativo sono numerosi: il primo, in ordine cronologico, sarà quello legato al **piano dei tempi e degli orari**, il progetto presentato dai 18 Comuni e redatto da Agintec, che ha ottenuto un importante finanziamento da Regione Lombardia proprio in virtù del suo carattere sovralocale.

Di particolare rilievo sarà poi il tema della **pianificazione del territorio**. La recente normativa regionale impone ai Comuni l'adozione dei PGT (piani di governo del territorio, che sostituiscono i vecchi piani regolatori generali), il cui funzionamento richiederà ai territori la redazione congiunta – se non di tutta, senz'altro di una buona parte - di tali piani.

Ancora, il Circondario potrà affrontare congiuntamente i temi della **sicurezza urbana**, con l'obiettivo di realizzare il coordinamento tra le Polizie locali, e tra queste e i presidi di Carabinieri e Polizia dislocati sul territorio.

### 3.3 Le intese fra gli attori del sistema

Oltre alla progettazione e realizzazione di nuove intese istituzionali, nel prossimo triennio sarà altrettanto importante attivare il **monitoraggio** dei documenti di intesa sottoscritti nelle scorse annualità al fine di verificarne l'effettiva applicazione ed impatto.

Benché tale livello di attuazione del Piano di Zona sia forse uno dei meno visibili (in quanto non prevede l'utilizzo diretto delle risorse del FNPS e non genera immediatamente nuovi servizi), è indispensabile al fine della programmazione di un sistema di servizi "sano", in cui non si generano duplicazioni; in cui ogni soggetto definisce con chiarezza il proprio impegno; in cui l'attuazione degli interventi segue una logica coerente e prestabilita. Che, tradotto, significa garantire al cittadino un sistema affidabile.

### 3.4 I titoli sociali: buoni e voucher

Per quanto attiene ai titoli sociali, il nostro ambito prevede di proseguire l'esperienza relativa ai buoni destinati a cittadini in condizioni di grave svantaggio socio-sanitario. Considerando tuttavia il considerevole taglio delle risorse dedicate al FNPS, ci si attende una riduzione del numero complessivo dei beneficiari rispetto agli scorsi anni.

Per quanto riguarda invece i voucher, la scelta è di continuare l'iniziativa sperimentale, iniziata nel 2004, legata al progetto "Ore di sollievo" grazie a cui vengono fornite prestazioni di diversa natura alle persone disabili e alle loro famiglie. Tale progetto, per molti versi fallimentare nella sua prima versione, è stato rivisto nel corso del 2005 e quindi riproposto alle famiglie sulla base di una

maggior aderenza ai bisogni effettivi. Obiettivo del nostro ambito è di effettuare una verifica di questa esperienza a circa metà triennio, in modo da evincerne i dati maggiormente significativi, così come i punti di forza e di debolezza. Sarà poi interessante condividere e confrontare – a livello interdistrettuale e con la Direzione sociale della ASL - tali dati con quelli derivanti dalle esperienze avviate negli altri ambiti, al fine di una sintesi che andrà a sostegno della possibilità di tutti di utilizzare/potenziare in futuro lo strumento voucher nelle aree e per i servizi che risulteranno più opportuni.

Si riportano qui di seguito alcune considerazioni relative alle esperienze passate di gestione dei buoni sociali, area anziani e disabili.

#### a) I Buoni sociali Anziani

Anni	risorse	n. richieste	n. beneficiari
2003	€ 420.000	317	137
2004	€ 420.000	310	132
2005	€ 463.237	228	154

Va detto innanzitutto che l'incremento di risorse realizzatosi nel 2005 è stato conseguenza della decisione – assunta a livello interdistrettuale - di dedicare al buono anziani una percentuale (70%) del Fondo di riequilibrio.

Sempre per il 2005, il prospetto evidenzia un numero di richieste inferiore rispetto al bando precedente, seppur a fronte di un numero maggiore di beneficiari come conseguenza della perdita dei requisiti e quindi del beneficio in caso di inserimento in struttura di lungo degenza e decesso (tot. n. 44).

L'inserimento di un punteggio per le badanti assunte regolarmente ha contribuito a far emergere il dato numerico di chi utilizza personale privato assunto con contratto regolare o non. Sulla base di questi elementi le ipotesi future di destinazione del buono si orienteranno necessariamente verso un maggior riconoscimento per chi provvede alla regolare assunzione di personale assistenziale competente, rispetto a chi utilizza personale non regolare e senza specifico titolo professionale. Allo stesso tempo appare fondamentale valorizzare il carico assistenziale garantito della rete familiare e del care-giver che per indisponibilità economica non può provvedere all'incarico di personale privato o che per scelta provvede direttamente alla cura e alla assistenza della persona.

#### Modalità di utilizzo dei buoni da parte delle famiglie (anno 2005)

Rispetto alle modalità di utilizzo dei buoni, risulta che la maggior parte di essi è stato finalizzato a sostenere le spese di assistenza della famiglia o del care-giver per la soddisfazione delle esigenze dell'anziano mediante la fruizione di servizi quali sad, ricoveri di sollievo, terapie riabilitative, visite specialistiche, trasporto, farmaci etc.

Il totale dei beneficiari cui si fa riferimento è di 189 (e non 154, come riportato nella precedente tabella) laddove si considera il numero complessivo di cittadini che nel corso dell'anno hanno ricevuto il buono (comprendendo quindi i gradualisti ingressi in graduatoria di beneficiari in lista di attesa, in seguito al decesso o alla perdita dei requisiti di altri).

Assistenti familiari n. 33

(il buono è finalizzato al pagamento di badanti con regolare contratto di lavoro, asa, infermiera o altra figura professionale)

Assistenza informale n. 65

(il buono è destinato al pagamento di figure senza specifico titolo professionale, badante o assistente senza regolare contratto di lavoro)

Care giver familiare n. 88

(il buono viene utilizzato dalla famiglia per altre esigenze dell'anziano/a quali ricoveri di sollievo, sad, terapie riabilitative, visite specialistiche, trasporto, acquisto di farmaci..)

Progetti non pervenuti n. 3

Sotto il profilo tecnico appare ancora critico l'aspetto riguardante la valutazione in itinere e finale dell'utilizzo del buono nei termini della rispondenza alla progettazione iniziale.

Per l'anno 2006 la commissione tecnica elaborerà una scheda di valutazione da somministrare a tutti i beneficiari; conseguentemente a ciò, per il futuro si ipotizza la definizione di un criterio vincolante che permetta la sospensione dell'erogazione del buono in seguito alla verifica di non rispondenza dello stesso alle finalità previste.

E' condivisa l'opportunità di ridurre la discrezionalità valutativa del singolo operatore inserendo campi valutativi sempre più puntuali e definiti.

E' stata rilevata inoltre l'esigenza di apportare alcune modifiche finalizzate all'ottimizzazione del sistema informatico per la raccolta delle schede e per una più agevole fruizione dei dati inseriti nella graduatoria sovracomunale (promemoria per evidenziare i nuovi beneficiari e date d'ingresso e d'uscita visibili nella graduatoria).

La gestione consortile del buono risulta nel complesso efficace, a fronte di una procedura sufficientemente snella per l'inserimento dei dati a livello informatico.

Ancora oggi per i comuni più piccoli e meno attrezzati in termini di strumentazione (sistema informativo, accesso ad internet, posta elettronica) l'approccio informatico risulta dispendioso, soprattutto in termini di tempo/carico di lavoro; ciò nonostante esso pare divenire sempre più una modalità operativa apprezzata per la sua efficacia.

## b) I Buoni sociali Disabili

Nello scorso triennio, la sperimentazione del buono sociale handicap è stata finalizzata a supportare i familiari delle persone disabili (o gli stessi interessati) con una situazione di pesante carico assistenziale. Il buono sociale ha voluto quindi caratterizzarsi come un aiuto economico per quei familiari che si fanno carico in maniera "competente" di una persona disabile, garantendo loro la possibilità di rimanere nel proprio contesto di vita e di affetti.

Sotto il profilo delle risorse, la quota del FNPS destinata ai buoni sociali è andata progressivamente aumentando, in linea con quanto indicato a riguardo dalla Regione Lombardia.

TRIENNALITA' BUONO SOCIALE HANDICAP			
	Fondo stanziato	Richieste	Fruitori
2003	€180.000	220	60
2004	€288.664	280	98
2005	€316.406	202	98

In particolare nel bando 2005 nei 29 comuni del territorio di Offertasociale sono state raccolte 202 domande di buono handicap, registrando quindi un'inflexione rispetto all'anno precedente.

Occorre però sottolineare che a partire dal 2005 hanno potuto presentare domanda per il buono sociale handicap solo le persone comprese entro i 64 anni di età, mentre nelle precedenti due edizioni erano comprese le persone fino ai 75 anni di età.

Contrariamente a quanto avviene, per esempio, nel buono anziani dove il fondo a disposizione riesce ad esaurire quasi tutte le domande raccolte, nel caso del buono handicap il fondo stanziato permette la risposta a solo la metà delle richieste presentate.

Con il bando 2005 si è inoltre sperimentato, anche per il buono sociale handicap, l'informatizzazione della gestione delle schede di valutazione e della graduatoria sovracomunale, con un impatto di maggiore efficacia anche sugli aspetti amministrativi (informazioni in tempi più rapidi, mancanza di errori di calcolo, modifiche alla graduatoria più agevoli e veloci) e di comunicazione tra offertasociale e gli operatori dei servizi sociali dei singoli Comuni.

Per quanto riguarda le persone beneficiarie è stato chiesto loro, in collaborazione con il servizio sociale di residenza, di dichiarare l'utilizzo del buono al fine di poter meglio comprendere i bisogni del territorio. La rilevazione è avvenuta utilizzando i tre campi di possibile utilizzo già indicati dalla regione e chiedendo ai beneficiari di darne una breve descrizione esplicativa.

PROGETTO DI UTILIZZO DEL BUONO SOCIALE HANDICAP	
Assistente familiare	9
Assistente informale	16
Care giver familiare	73
Non pervenute	
<b>Totale</b>	<b>98</b>

La maggior parte dei progetti presentati destina il buono al care giver familiare che dichiara di utilizzarlo soprattutto per il pagamento di terapie, vacanze, trasporti o come forma d'integrazione al reddito. Da molte famiglie viene infatti sottolineato che il sistema socio-sanitario copre, dal loro punto di vista, una parte non sufficiente delle spese legate ai bisogni di una persona disabile (farmaci non mutuabili, ausili non riconosciuti dall'ASL, persone straniere che non possono accedere ai benefici economici loro riconosciuti etc.). Inoltre il buono viene utilizzato per il potenziamento di servizi di cui la persona disabile già usufruisce (occorre tener conto che i destinatari del buono sono soprattutto persone affette da grave o gravissima disabilità). Decisamente minoritario è l'utilizzo del buono per sostenere il costo di forme di assistenza informale (pagamento di badanti) o di assistenza familiare (pagamento di personale reperito attraverso cooperative).

Nel complesso, la sperimentazione dei buoni sociali ha messo in evidenza un uso estremamente diversificato da parte delle famiglie, fatto che rende più complessa la possibilità di operare un'adeguata valutazione. Al momento attuale infatti, le forme di monitoraggio messe in campo consentono solo di rilevare la corrispondenza tra l'ipotesi iniziale di progetto e il reale utilizzo del buono (e comunque attraverso un'autocertificazione del beneficiario). Rimane ancora insoddisfatta, invece, la possibilità di effettuare la valutazione sia della soddisfazione dei beneficiari rispetto allo strumento del buono (rispetto ad altre forme di aiuto) che l'eventuale impatto positivo di questa tipologia di servizio sulla qualità della vita del disabile e della sua famiglia.

### c) I Voucher. Il progetto sperimentale "Ore di sollievo"

A partire da una richiesta specifica espressa dai familiari dei disabili, il progetto voucher "Ore di sollievo" si è posto la finalità di "sperimentare un'attività di sollievo per le famiglie con interventi



mirati alla cura/assistenza dei figli disabili, in aggiunta ai servizi socio educativi normalmente fruiti”.

L’iniziativa si è realizzata attraverso l’apertura di due bandi: nel primo l’iniziativa non ha suscitato particolare interesse mentre quello attualmente in corso ha raccolto fino al momento attuale 24 domande, a conferma che le migliorie introdotte hanno suscitato una maggiore rispondenza al bisogno delle famiglie e un’organizzazione più efficace dell’iniziativa.

BIENNALITA' VOUCHER			
	Fondo stanziato	Richieste	Fruitori
2004	€95.000	9	9
2005	€95.000	In corso	In corso

Nel 2004 - primo anno di esperienza - erano state raccolte infatti solo 9 richieste nei territorio dei 29 comuni afferenti ad Offertasociale, ma tre persone hanno ritirato la propria domanda per i tempi eccessivamente lunghi di attivazione. Il 2005 è stato quindi destinato a comprendere le ragioni di tale parziale fallimento e a rilanciare l’iniziativa sulla base di una nuova progettazione che tenesse conto degli elementi di criticità emersi nel primo anno di esperienza.

Tra questi, vale la pena sottolineare un certo grado di incoerenza rilevato tra il bisogno ipotetico espresso in fase di progettazione dell’iniziativa (“sollevare le famiglie”) e le richieste effettivamente raccolte, orientate piuttosto alla necessità di offrire alla persona disabile opportunità di crescita e socializzazione. E’ risultato tuttavia difficile operare dei cambiamenti a tale livello considerando i limiti imposti dall’accreditamento che, ovviamente, si era basato sulla lettura del bisogno operata in origine. Si è comunque concordata con le cooperative accreditate la massima flessibilità possibile per cercare di facilitare l’intercettazione del bisogno e si è ritenuto importante un potenziamento del ruolo del servizio sociale non solo nella raccolta della domanda, ma anche con funzione di accompagnamento della famiglie e di condivisione/supporto alla progettazione.

Un secondo aspetto da sottolineare è legato all’utilizzo del voucher che è parso uno strumento di non facile utilizzo sia per gli operatori che per le famiglie, soprattutto per la gestione delle comunicazioni e dei ruoli all’interno della triade “famiglia - servizio sociale - cooperativa accreditata”. Tale difficoltà ha creato diverse situazioni di incertezza e di comunicazione poco efficace. Anche in questo caso nel secondo bando si è prestata maggiore attenzione alle modalità di comunicazione, ma è stata soprattutto la presenza di relazioni maggiormente consolidate con le cooperative accreditate a favorire l’adozione di modalità organizzative più efficaci.

### 3.5 Gli obiettivi distrettuali del Piano di salute ASL

La vastità del territorio compreso nei confini dell’ASL MI 3 di Monza (63 Comuni), l’entità della popolazione (1.032.000 abitanti) a cui assicurare i livelli essenziali di assistenza, determinano la necessità di contestualizzare a livello locale, i piani, gli obiettivi e gli indirizzi regionali nonché aziendali, traducendoli in programmi e azioni che tengano conto delle caratteristiche del territorio e dei diversi portatori d’interesse coinvolti, in primis la popolazione, a cui devono essere assicurate prestazioni adeguate alla domanda di salute.

Il Distretto, così come definito dalla legislazione nazionale e regionale, grazie alla presenza simultanea dei tre momenti specifici di intervento (sanitario, socio-sanitario e sociale) e alla complementarità delle diverse reti di offerta, rappresenta l’ambito in cui contestualizzare la programmazione aziendale, assicurando il raccordo con la programmazione sociale e quindi il coordinamento e l’integrazione tra le prestazioni sanitarie e quelle sociali.

Nella logica della governance e del ruolo di tutela degli assistiti, l'attenzione del Distretto non si deve rivolgere solo alle prestazioni erogate direttamente ma all'insieme dell'offerta sanitaria sui percorsi individuati, con particolare attenzione ai seguenti elementi:

- adeguatezza dell'offerta di prestazioni in rapporto alla domanda espressa e potenziale di salute, con la garanzia della continuità delle cure tra diversi professionisti e livelli assistenziali
- accessibilità alle prestazioni in termini di dislocazione dell'offerta e delle procedure amministrative
- appropriatezza delle prestazioni
- integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali

In tale ottica il governo clinico rappresenta la metodologia per incrementare l'attività degli attori coinvolti in un sistema complesso, finalizzato ai percorsi di prevenzione, diagnosi e cura dei cittadini. Di conseguenza l'informazione al cittadino, la semplificazione dell'accesso, l'appropriatezza delle prestazioni, la continuità assistenziale e l'incentivazione di stili di vita sana rappresentano gli obiettivi qualificanti del percorso di miglioramento già intrapreso.

Nell'anno 2006 il Distretto intraprende la strada del Piano di salute consolidando quanto realizzato nel corso degli anni 2004 e 2005, potenziando il proprio ruolo, per quanto di competenza, di governance della rete di offerta.

Le politiche che indirizzeranno le azioni a livello distrettuale per promuovere il governo della domanda e il governo dell'offerta, in linea con gli indirizzi di politica sanitaria e socio-sanitaria regionale, nonché aziendale, possono essere così declinati:

- la centralità del cittadino e dei suoi percorsi di prevenzione, diagnosi, cura e assistenza
- la valorizzazione del ruolo dei MMG/PDF nell'ambito delle cure primarie
- l'individuazione del Distretto come ambito principale di programmazione e di erogazione integrata con i Comuni e Terzo Settore.

#### **a) La missione del distretto**

La missione strategica del Distretto è rappresentata da:

- lo sviluppo nell'informazione, nell'educazione, nella guida della salute del cittadino
- il corretto utilizzo degli strumenti informativi e organizzativi della medicina generale e della pediatria di famiglia
- la definizione e l'incentivazione di azioni per obiettivi e della presa in carico per problemi
- il coinvolgimento della medicina generale e della pediatria di famiglia nella lettura degli eventi sanitari
- l'erogazione integrata delle prestazioni tra le cure primarie e le cure specialistiche

#### **b) La strategia**

Nel perseguire la propria missione, il Distretto si ispira ai seguenti principi:

1. Centralità del cittadino: mettere il cittadino al centro del sistema di offerta sanitaria, garantendo il diritto alla libera scelta
  2. Bisogni di salute: contribuire allo sviluppo, nella collettività, di un processo culturale ed educativo attraverso il quale, i cittadini e i gruppi sociali, diventano capaci di riconoscere i propri bisogni di salute, partecipando ai processi decisionali
-



3. Continuità assistenziale: promuovere la continuità assistenziale attraverso l'integrazione tra le cure primarie e le cure specialistiche e tra i servizi sanitari, socio sanitari e sociali
4. Appropriata: promuovere la capacità del sistema sanitario di erogare prestazioni che siano veramente utili ai singoli casi trattati
5. Qualità: garantire la qualità delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate dal sistema di offerta locale
6. Equità: garantire a tutti i cittadini l'equità di accesso alle prestazioni, attraverso una distribuzione omogenea della rete dei servizi sul territorio
7. Coinvolgimento delle Amministrazioni Locali: rafforzare il processo di coinvolgimento delle Amministrazioni Locali
8. Terzo settore: riconoscere e valorizzare il contributo delle associazioni del Terzo settore

### **3.5.1. Gli obiettivi per l'anno 2006**

Nei paragrafi seguenti viene indicata la pianificazione delle attività che verranno realizzate nel 2006.

#### **\* Area di intervento: comportamenti e stili di vita**

I comportamenti e gli stili di vita sono uno dei determinanti principali delle condizioni di salute della popolazione e dei singoli individui. Nell'ambito della "promozione della salute attraverso i comportamenti e gli stili di vita" riferito alla popolazione anziana, si implementeranno le attività già in essere di Educazione Sanitaria che peraltro si collocano nella strategia regionale che pone il baricentro dell'attenzione sul cittadino per la promozione della cultura e delle conoscenze necessarie a compiere scelte consapevoli per la salute propria e della collettività.

Sono state riconfermate come prioritarie aree tematiche quali prevenzione delle principali patologie croniche/degenerative, alimentazione, attività fisica e corretto uso dei servizi sanitari.

In queste aree già nel 2005 sono stati effettuati 24 incontri, con un numero di partecipanti pari a 723.

Per gli interventi di educazione sanitaria riguardanti la fascia adolescenziale, si intende proseguire con le collaborazioni e le sinergie tra i vari soggetti territoriali che si occupano dei minori (Comuni, Istituti Scolastici, Terzo Settore), e mantenere le attività riguardanti il CIC e il Consultorio adolescenti, attualmente svolte in collaborazione con le amministrazioni comunali.

Rispondere alla domanda di salute rispetto alle patologie oncologiche richiede la realizzazione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali in grado di sviluppare le seguenti aree di attività: programmi di prevenzione primaria caratterizzati da interventi sui comportamenti, gli stili di vita e l'ambiente, programmi di prevenzione secondaria caratterizzati da attività di screening, cura delle persone malate, gestione dei malati in fase avanzata.

In relazione a quanto sopra il Distretto individua i seguenti ambiti di azione:

- effettuazione di screening per Ca del Colon Retto
- Implementazione dell'offerta attiva del pap test attraverso la rete dei Consulenti Familiari

#### **\* Area d'intervento: accesso del cittadino alle prestazioni sanitarie**

Il Distretto è l'ambito territoriale in cui i cittadini accedono al servizio sanitario attraverso la rete dei presidi distrettuali. La scelta regionale di mettere al centro il cittadino, significa anche rivedere le modalità organizzative dei servizi e dei professionisti coinvolti, in funzione dell'obiettivo di assicurare ai cittadini facilità ed equità di accesso alle prestazioni.

Per quanto sopra il personale in front-office, dei tre presidi, è stato preparato alla ricezione di tutte le pratiche nell'ottica dello "sportello unico".

---

La geografia del Distretto e gli scarsi collegamenti hanno favorito l'instaurarsi di collaborazioni con Comuni e Terzo Settore.

Sei Comuni (Agrate Brianza, Concorezzo, Bernareggio, Bellusco, Usmate e Cornate d'Adda) svolgono con proprio personale o con forze del Terzo Settore, attività di front-office per i loro cittadini per pratiche quali S/R, piani terapeutici, mod. 03 (pratiche che vengono convogliate e lavorate in back-office nei tre presidi afferenti al Distretto).

Verranno rafforzati i rapporti di collaborazione con la condivisione delle informazioni sulle prestazioni e le modalità di accesso.

**\* Area d'intervento: percorsi di prevenzione, diagnosi e cura per le patologie croniche**

Le patologie croniche rappresentano da un punto di vista epidemiologico (mortalità, morbosità, aspettativa e qualità di vita) e dei costi per il servizio sanitario, il problema più rilevante di salute pubblica.

Obiettivo del Distretto è di assicurare prestazioni adeguate alla domanda della popolazione in termini di accessibilità, efficacia e continuità delle cure implementando i percorsi diagnostico terapeutici già condivisi (PDT), che rappresentano un forte strumento per far interagire tra loro tutti gli attori nell'ambito di un percorso di prevenzioni, diagnosi, cura e assistenza delle patologie cronico degenerative.

Per una realtà locale quale il territorio del Vimercatese/Trezzese, caratterizzata da 29 Comuni con scarsi collegamenti, appare inoltre necessario perseguire l'obiettivo, soprattutto per il territorio del Trezzese, di favorire un incremento da parte dei MMG della presa in carico del paziente attraverso l'assistenza domiciliare programmata (ADP), pur nel rispetto dei vincoli finanziari e della appropriatezza delle stesse.

Nel corso del 2004 è proseguito nel distretto, il percorso di implementazione dei voucher socio-sanitari. Nel 2005 per garantire alla popolazione, un servizio uniforme e di qualità, a fronte di una molteplicità di erogatori, il Distretto ha condiviso con il servizio centrale gli aspetti organizzativi e operativi attraverso l'utilizzo e la revisione di procedure e la definizione e applicazione di protocolli condivisi, nella logica dell'appropriatezza delle prestazioni.

Si riportano, di seguito, i dati relativi al numero pazienti, in rapporto alla popolazione residente e over 65, trattati dall'ASL, dagli Erogatori Accreditati, dalle Unità Operative Cure Palliative ospedaliere anno 2004/2005.

	<b>Popolazione residente</b>	<b>Popolazione &gt;65 residente</b>	<b>Trattati da pers. ASL 3</b>	<b>Trattati da Erogatori Accreditati</b>	<b>In Cure Palliative</b>	<b>Totale</b>	<b>% di copertura &gt;65</b>
Vimercate	191.735	30.532	137	699	283	1.119	3,7

<b>Interventi assistenziali fino al 11/12/2005</b>	
Pazienti presi in carico fino al 11/12/2005	703
Pazienti presi in carico fino al 11/12/2005 > = 65 anni	605
Pazienti presi in carico fino al 31/12/2005	744
Pazienti presi in carico >65 al 31/12/2005	647

Relativamente alla promozione della continuità assistenziale tra ospedale e territorio, si provvederà ad implementare le dimissioni protette per gli ambiti di patologie individuate a livello aziendale.

**\* Area d'intervento: tutela e promozione della famiglia**

Nell'area della tutela e della promozione della salute della famiglia, nell'anno 2004 è stato avviato il processo che ha portato alla definizione delle attività che i C.F. devono garantire agli assistiti nel rispetto delle indicazioni contenute nei LEA (livelli essenziali di assistenza)

Il 2005 ha visto la conclusione del processo di cui sopra e la messa in atto dell'azione che, in linea con gli indirizzi aziendali, ha riguardato il processo di riorganizzazione dei consultori con l'individuazione del consultorio sede principale (Vimercate), e di quelli secondari (Arcore, Concorezzo, Trezzo)

Tale riorganizzazione è stata condivisa nelle Assemblee di Distretto, nell'ottica della definizione di una rete di erogatori pubblici e privati che garantiscano tutte le prestazioni proprie dell'area della tutela e della promozione della salute della famiglia.

Si riportano di seguito i dati relativi al 2004/2005.

Si precisa che alcune prestazioni (interruzione volontaria di gravidanza e le prestazioni conseguenti a sentenze dei Tribunali nell'ambito delle adozioni) sono erogati in via esclusiva dai consultori pubblici.

<b>Anno 2004</b>	<b>VIMERCATE</b>	<b>TREZZO</b>	<b>ARCORE</b>	<b>CONCOREZZO</b>	<b>TOTALE</b>
IVG	62	82	24	34	202
PAP TEST	128	45	112	213	498
GRUPPI MAMMA		88			
VISITE GINECOLOGICHE	396	250	277	232	1210
TRAINIG PRENATALE		71			71
VISITE COLLOQUIO	354	390	86	43	873
PSICOTERAPIE	16	137			153
ADOZIONI	30	29			59
AFFIDI PRE ADOTTIVI	14	12			26
<b>Anno 2005</b>	<b>VIMERCATE</b>	<b>TREZZO</b>	<b>ARCORE</b>	<b>CONCOREZZO</b>	<b>TOTALE</b>
IVG	22			97	119 *
PAP TEST	108	48	206	208	570
MASSAGGIO INFANTILE		56 (2 corsi)		173 (7 corsi)	229 (9 corsi)
GRUPPI MAMMA	36 (15 donne)	106 (21 donne)	211 (19 donne)		353 (55 donne)
VISITE GINECOLOGICHE	259	115	245	343	962
TRAINING PRENATALE	-	230			230
VISITE COLLOQUIO	286	345	81	52	764
PSICOTERAPIE	-	89			89
ADOZIONI	26	39			65
AFFIDI PRE ADOTTIVI	10	11			21

\* riduzione oraria di specialista ginecologo non obiettore

---

**N.B.** Le attività di "psicoterapia-visite e colloqui in ambito psicologico" nel 2005 hanno risentito della mancanza di ore di uno psicologo dedicato.

Inoltre, i dati del 2004 delle prestazioni per pazienti in assistenza domiciliare sono stati raccolti con metodologie diverse rispetto al 2005, e come tali risultano tra loro poco confrontabili.

Interventi di educazione sanitaria effettuati dalle strutture consultoriali:

Anno 2004:           CF di Vimercate: 6 corsi a 170 ragazzi  
                          CF di Arcore: 8 corsi a 169 ragazzi  
                          CF di Trezzo: 8 corsi a 150 ragazzi  
                          Istituti: Nizzola e Belisario di Trezzo, Itis, Ipsia di Vimercate e Olivetti di Arcore

Anno 2005:           32 corsi di "educazione alla affettività" per un tot. di 694 studenti (Nizzola e Belisario di Trezzo, Ipsia, Olivetti e Itis di Vimercate, Scuola media inf. Manzoni di Vimercate)  
                          Sono state assegnate al solo CF Principale di Vimercate

Sulla base dell'Atto di Intesa per la strutturazione di un sistema di relazioni tra Pediatri di Famiglia e Consultori Familiari, tenuto conto che il Pediatra di Famiglia rappresenta il primo riferimento dei genitori per la salute del proprio bambino e che il Consultorio familiare svolge attività nell'ambito della tutela della famiglia, della donna e del minore, verranno individuati ambiti di confronto condivisi e integrati.

**\* Area di intervento: tutela della salute del disabile e dell'invalide civile**

In accordo con il servizio disabili verranno effettuati a livello distrettuale, incontri atti a trovare soluzioni organizzative tra ufficio disabili e invalidi, al fine di favorire l'orientamento dell'utente nella rete dei servizi; il Distretto, inoltre, parteciperà, per quanto di competenza, alla costruzione di una anagrafica della disabilità.

**\* Area di intervento: salute mentale**

Gli ambiti di sviluppo e miglioramento evidenziati nella conferenza per la salute mentale comportano la necessità di partecipazione ai tavoli tecnici di operatori distrettuali, con funzioni di raccordo degli attori coinvolti nei percorsi di prevenzione, diagnosi e cura della salute mentale, (quali la medicina generale, la pediatria di famiglia, i consultori familiari, i servizi per le dipendenze, le Aziende Ospedaliere di riferimento, i Comuni e il Terzo Settore), per favorire percorsi assistenziali e riabilitativi differenziati e flessibili in rapporto alle specifiche caratteristiche della domanda in età infantile, adolescenziale e adulta.

## 4. I dati demografici

In questo capitolo abbiamo scelto di riportare solo i dati e le informazioni maggiormente significativi, a vantaggio di una lettura leggera e di sintesi. I dati in dettaglio si trovano invece nell'allegato 1 del presente documento.

I dati demografici hanno come fonte l'ISTAT e in particolare quelli reperibili sul sito [www.sistan.it](http://www.sistan.it); i dati più recenti disponibili e recuperabili dal sito sono relativi all'anno 2004.

L'ambito **al 1° gennaio 2004** presenta una popolazione complessiva di **194.595 abitanti**, distribuiti in 29 comuni.

	Abitanti al 1/1/04		Abitanti al 1/1/04
<b>Camparada</b>	1.816	<b>Cavenago</b>	6.192
<b>Correzzana</b>	1.984	<b>Bellusco</b>	6.588
<b>Aicurzio</b>	1.996	<b>Vaprio</b>	6.770
<b>Grezzago</b>	2.241	<b>Lesmo</b>	6.781
<b>Masate</b>	2.466		
<b>Roncello</b>	2.496	<b>Carnate</b>	7.454
<b>Basiano</b>	2.943		
		<b>Bernareggio</b>	8.718
<b>Ronco B.</b>	3.202	<b>Usmate Velate</b>	8.964
<b>Sulbiate</b>	3.306	<b>Cornate</b>	9.470
<b>Mezzago</b>	3.615		
<b>Ornago</b>	3.662	<b>Trezzo</b>	12.005
<b>Pozzo d'A.</b>	3.821	<b>Agrate</b>	13.330
<b>Trezzano Rosa</b>	3.944	<b>Concorezzo</b>	14.487
		<b>Arcore</b>	16.769
<b>Burago M.</b>	4.158	<b>Vimercate</b>	25.739
<b>Caponago</b>	4.808		
<b>Busnago</b>	4.870	<b>TOTALE</b>	<b>194.595</b>

**La distribuzione della popolazione residente totale per classe di età al 1° gennaio 2004 è la seguente:**

Fasce d'età	0-14	%	15 -64	%	65 e +	%	TOT.
<b>Ambito</b>	<b>27.790</b>	<b>14</b>	<b>135.007</b>	<b>69</b>	<b>31.798</b>	<b>16</b>	<b>194.595</b>

Il valore medio del 14 % dell'incidenza dei minori 0-14 presenta una forbice tra il valore minimo pari al 12 % del comune di Burago e il valore massimo del 18% di Ronco B.no.

Il valore medio del 69 % dell'incidenza della popolazione tra i 15 e i 64 anni presenta una forbice tra il valore minimo pari al 68 % dei comuni di Arcore, Concorezzo, Cornate, Trezzo e Vaprio e il valore massimo del 73 % di Basiano, Burago, Grezzago.

Il valore medio del 16 % dell'incidenza della popolazione di età superiore ai 65 anni presenta una forbice tra il valore minimo pari all' 11 % di Trezzano Rosa e il valore massimo del 19 % di Trezzo e Vimercate.

Un dato significativo è **l'incremento della popolazione nel decennio 1994 –2004**

(Si tenga conto che il sito SISTAN dell'ISTAT solo per questo dato e per quello relative alle famiglie anagrafiche fa riferimento al 31/12/2004).

Popolazione residente	1994	2004 al 31.12.04	variaz.% rispetto al 1994
<b>Ambito</b>	<b>176.351</b>	<b>197.701</b>	<b>12,1</b>

Gli incrementi demografici presentano differenze rilevanti tra i diversi comuni.

Due comuni presentano un **decremento**: Burago un decremento del 5,4% e Vimercate un decremento dello 0.5 %.

Sette Comuni presentano un **incremento superiore al 20%**:

Busnago + 23.3%, Camparada + 27.5 %, Correzzana +22.2%, Masate +21.8%, Pozzo + 28.1%, Ronco + 27.4% ed Usmate + 23.1%.

I comuni con il **maggior incremento % demografico** sono stati:

Grezzago + 37.1%, Caponago + 43.9 %, Trezzano Rosa + 50.5 %.

Altrettanto significativo è il dato relativo al **numero delle famiglie anagrafiche e alla variazione nel decennio**.

Famiglie anagrafiche	1994	2004 al 31.12.04	variaz.% rispetto al 1994
<b>Ambito</b>	<b>64.865</b>	<b>79.060</b>	<b>22 %</b>
Numero componenti nucleo	2.71	2.5	

Risalta l'incremento più alto della variazione % dei nuclei famigliari rispetto all'incremento della popolazione con la conseguente diminuzione del numero medio dei componenti del nucleo famigliare.

Anche relativamente al dato della variazione % dei nuclei famigliari nel decennio esiste una disparità significativa tra i diversi comuni.

I comuni con il valore più basso sono Burago, con una variazione dell'1% e Vimercate con una variazione del 9%.

Quattro comuni hanno un incremento superiore al 50%:

Correzzana +50%, Caponago +55%, Grezzago +55%, Trezzano Rosa +62%.

Una riflessione importante sulle dinamiche demografiche è quella relativa al livello di **invecchiamento della popolazione territoriale**.

Gli indici che misurano tale processo sono:

- la **quota % della popolazione anziana**, ovvero le persone di 65 anni e più, sulla popolazione complessiva,
- **l'indice di vecchiaia**, ovvero il rapporto percentuale tra la popolazione in età da 65 anni in poi e quella della classe 0-14 anni; indica quanti anziani ci sono ogni 100 minori da 0 a 14 anni ed è un indicatore importante di prospettiva,
- **l'indice di dipendenza degli anziani**, ovvero il rapporto percentuale tra la popolazione in età da 65 in poi e quella in età 15-64 anni; indica quanti anziani ci sono ogni 100 persone di età 15-64 anni, ovvero la base produttiva attuale e di prospettiva.

Nel nostro ambito tali indicatori sono inferiori a quelli regionali e pertanto evidenziano una situazione meno problematica; tuttavia se si confrontano tali indicatori del 2004 rispetto ai medesimi del 1999 si rileva nel nostro ambito un trend non solo di progressivo invecchiamento ma un incremento degli indici superiore agli incrementi regionali.

quota % pop.anziana/popolazione	1999	2003	2004
<b>Valore di ambito</b>	<b>14.50</b>	<b>15.92</b>	<b>16.34</b>
Totale Lombardia	17,15	18,59	18,82

Indice di vecchiaia	1999	2003	2004
<b>Valore di ambito</b>	<b>104.00</b>	<b>111.81</b>	<b>114.42</b>
Totale Lombardia	132,18	139,37	140,44

Indice di dipendenza anziani	1999	2003	2004
<b>Valore di ambito</b>	<b>20.26</b>	<b>22.80</b>	<b>23.55</b>
Totale Lombardia	24.55	27,30	27,77

La situazione nei comuni appare molto differenziata.

Prendendo solo in considerazione la quota della popolazione anziana sulla popolazione il divario va:  
 - dai valori minimi dell' 11% di Trezzano Rosa e del 12% di Grezzago,  
 - ai valori massimi superiori del 18 % di Vaprio e Arcore del 18.2%, di Trezzo del 18.5% e di Vimercate del 18.9%.

La cartina di seguito rende visivamente la distribuzione delle diverse % della quota della popolazione anziana nei 29 comuni.

<b>QUOTA % DELLA POPOLAZIONE DI 65 ANNI E + SUL TOTALE DELLA POPOLAZIONE</b>			
	<i>1999</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>
TREZZANO ROSA	10,5	10,8	11,0
GREZZAGO	11,7	12,1	12,0
BASIANO	10,0	12,3	12,7
RONCO BRIANTINO	11,9	12,1	12,8
POZZO D'ADDA	12,8	13,2	13,3
CORREZZANA	n.d.	13,5	13,5
CAVENAGO DI BRIANZA	11,7	13,1	13,7
CAPONAGO	12,8	13,8	14,3
USMATE VELATE	13,1	13,8	14,3
MASATE	13,4	14,0	14,4
ORNAGO	13,1	14,6	14,5
BUSNAGO	13,7	14,3	14,5
RONCELLO	13,0	14,6	14,9
BURAGO DI MOLGORA	12,0	14,5	15,2
SULBIATE	14,5	14,8	15,5
CAMPARADA	15,9	15,6	15,5
BERNAREGGIO	14,5	15,5	15,5
LESMO	13,7	15,4	15,5
AGRATE BRIANZA	14,1	15,9	16,0
CARNATE	14,2	16,0	16,5
MEZZAGO	14,2	15,8	16,7
CORNATE D'ADDA	15,2	16,4	16,7
AICURZIO	15,0	16,1	16,8
BELLUSCO	15,7	16,8	17,2
CONCOREZZO	15,1	16,8	17,5
VAPRIO D'ADDA	17,0	18,0	18,2
ARCORE	15,5	17,5	18,2
TREZZO SULL'ADDA	16,3	18,1	18,5
VIMERCATE	16,0	18,3	18,9
<b>Ambito</b>	<b>14,50</b>	<b>15,92</b>	<b>16,34</b>
<b>Totale Lombardia</b>	<b>17,15</b>	<b>18,59</b>	<b>18,82</b>

Un altro dato interessante è la differenziazione di genere nella popolazione anziana e la variazione nel periodo 1999 - 2004:

Popolazione FEMMINILE di 65 anni e + al 1° gennaio			Popolazione MASCHILE di 65 anni e + al 1° gennaio		
<i>Fonte: Istat</i>	<b>1999</b>	<b>2004</b>	<i>Fonte: Istat</i>	<b>1999</b>	<b>2004</b>
<b>TOTALE</b>	<b>16.282</b>	<b>19.074</b>	<b>TOTALE</b>	<b>10.056</b>	<b>12.724</b>
Incidenza %	61,82	59,98	Incidenza %	38,18	40,02

Nel periodo l'incidenza % degli uomini anziani, pur rimanendo molto più bassa di quella femminile, "recupera" quasi due punti percentuali.

La **popolazione minorile 0 –14 anni** nell'ambito corrisponde al **14% della popolazione complessiva**

Anche rispetto alla popolazione minorile la situazione nei comuni è molto differenziata; la quota % della popolazione minorile presenta un divario che va:

- dai **valori minimi** dell' 11% di Burago e del 12% di Bellusco e Vimercate,
- ai **valori massimi** del 17 % di Trezzano Rosa e del 18% di Ronco.

L'indice di **dipendenza giovanile**, ovvero il rapporto percentuale tra la popolazione in età da 65 in poi e quella in età 15-64 anni, indica quanti minori ci sono ogni 100 persone di età 15-64 anni.

Indice di dipendenza giovanile	1999	2003	2004
<b>Valore di ambito</b>	<b>19,48</b>	<b>20,39</b>	<b>20,58</b>
Totale Lombardia	18,57	19,59	19,78

La situazione nei comuni è molto differenziata, per lo più rovesciata rispetto all'indice di dipendenza anziani; il divario va:

- dai **valori minimi** del 16.8% di Burago, del 18.3% di Vimercate e del 18.8% di Bellusco
- ai **valori massimi** del 23.1% di Trezzano e Roncello e del 25.4% di Ronco.

I **cittadini stranieri residenti** nel 2004 rappresentano il **4.58 %** della popolazione.

Cittadini stranieri residenti	1999	% sulla popolazione	2004	% sulla popolazione
<b>Totale</b>	<b>3.840</b>	<b>2,11</b>	<b>8.908</b>	<b>4,58</b>
		% sui minori 0-14		% sui minori 0-14
<b>Di cui minorenni</b>	<b>834</b>	<b>3,29</b>	<b>1.992</b>	<b>7,17</b>

La differenza di genere tende nel tempo a diminuire: le donne sono il 48.19%, gli uomini il 51.8%. Anche per questo dato la situazione nei diversi comuni è molto differenziata; i comuni con la minore percentuale di cittadini stranieri residenti sono Busnago con il 2.46% e Camparada con il 2.75%; i comuni con la percentuale più alta sono: Pozzo con il 7.7% , Grezzago con il 7.36 % e Vaprio con l'8.24%

La presenza dei minorenni stranieri residenti mostra un incremento significativo e con valori molto differenziati; i valori più alti di quota sulla popolazione 0-14 anni sono di Carnate 9.05%, Trezzo 9.92%, Pozzo 10.79% e Vaprio 13.86%.

## 5. L'analisi della spesa sociale

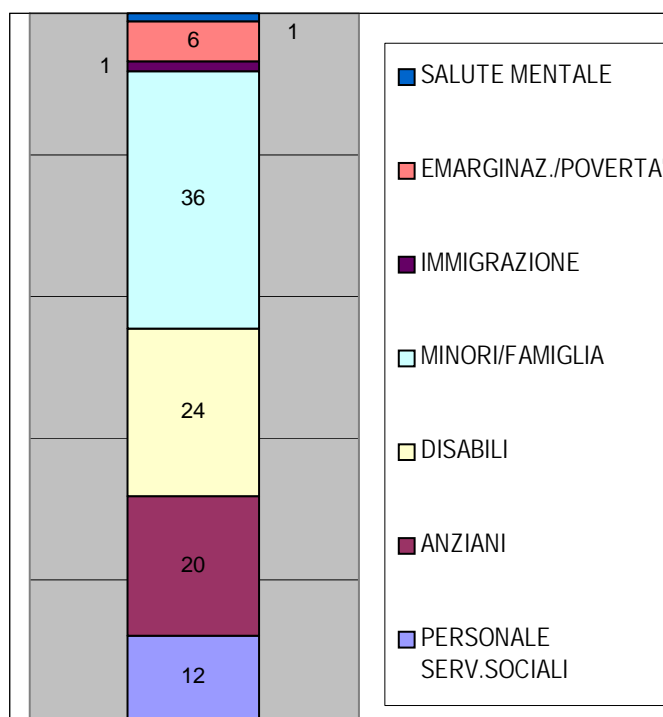
La spesa sociale analizzata è quella relativa al consuntivo 2004, rendicontata dai Comuni e da Offertasociale tramite le schede regionali.



### SPESA SOCIALE COMPLESSIVA TERRITORIALE

	2004	2003	2002
ANZIANI	4.131.774	3.895.436	3.540.406
DISABILI	4.995.313	4.911.119	3.761.276
MINORI/FAMIGLIA	7.699.959	6.592.414	6.166.429
IMMIGRAZIONE	300.113	344.755	242.870
EMARGIN./POVERTA'/ DIPEND.	1.184.587	821.966	1.080.997
SALUTE MENTALE	237.387	261.747	272.212
PERS. SERVIZI SOCIALI	2.582.349	1.856.023	1.904.583
<b>TOTALE</b>	<b>21.131.483</b>	<b>18.683.460</b>	<b>16.968.773</b>
<i>Incremento % di spesa rispetto anno precedente</i>	13%	10%	

### INCIDENZA % PER AREE SPESA SOCIALE 2004



Un indicatore sintetico può essere individuato nella **spesa sociale pro capite** a cui si può affiancare l'indicatore della **spesa sociale per nucleo familiare**, tenuto conto che la maggior parte dei servizi e degli interventi sono realizzati a sostegno della persona in condizione di fragilità e del suo nucleo familiare.

SPESA SOCIALE PRO CAPITE	SPESA SOCIALE PER NUCLEO FAMILIARE
2004 = € 108,59	2004 = € 267,28
2003 = € 97,44	2003 = € 254,87
2002 = € 88,50	2002 = € 231,61

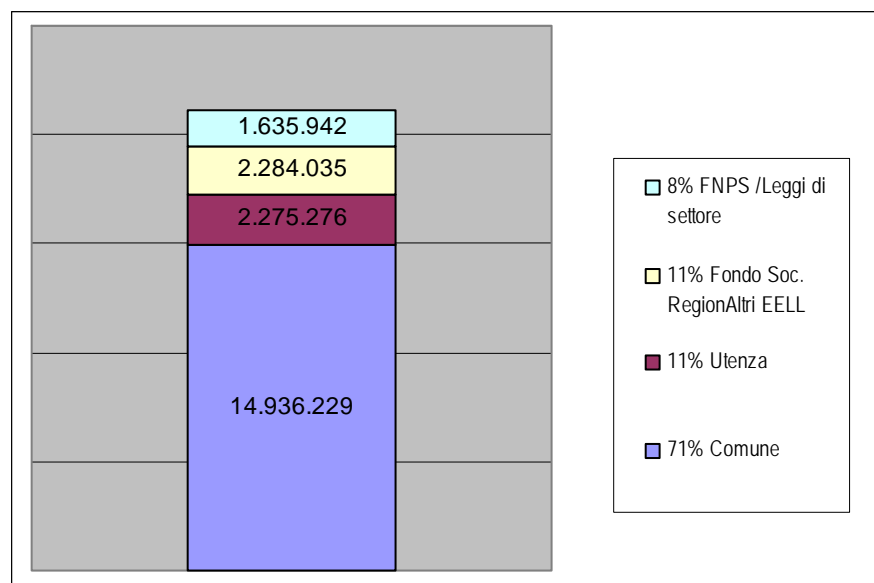
## FONTI DI FINANZIAMENTO DELLA SPESA SOCIALE

	<b>2004</b>	<b>%</b>	<b>2003</b>	<b>%</b>	<b>2002</b>	<b>%</b>
Comune	14.936.229	71	13.077.857	70	11.872.777	70
Utenza	2.275.276	11	2.163.339	12	2.269.607	13
Fondo Sociale Regionale/Altri EELL	2.284.035	11	2.312.699	12	2.319.099	14
FNPS /Leggi di settore	1.635.942	8	1.149.660	6	507.291	3
<b>TOTALE</b>	<b>21.131.483</b>		<b>18.703.835</b>		<b>16.968.774</b>	

Un'analisi delle fonti di finanziamento della spesa mostra:

- un incremento significativo delle risorse messe a disposizione dai Comuni, in particolare se rapportate al 2002,
- la capacità raggiunta nel 2004 di "spendere" le risorse aggiuntive del FNPS,
- un trend in diminuzione della % di partecipazione alla spesa da parte degli utenti,
- un trend in diminuzione della % delle risorse del fondo regionale.

## FONTI DI FINANZIAMENTO SPESA SOCIALE 2004

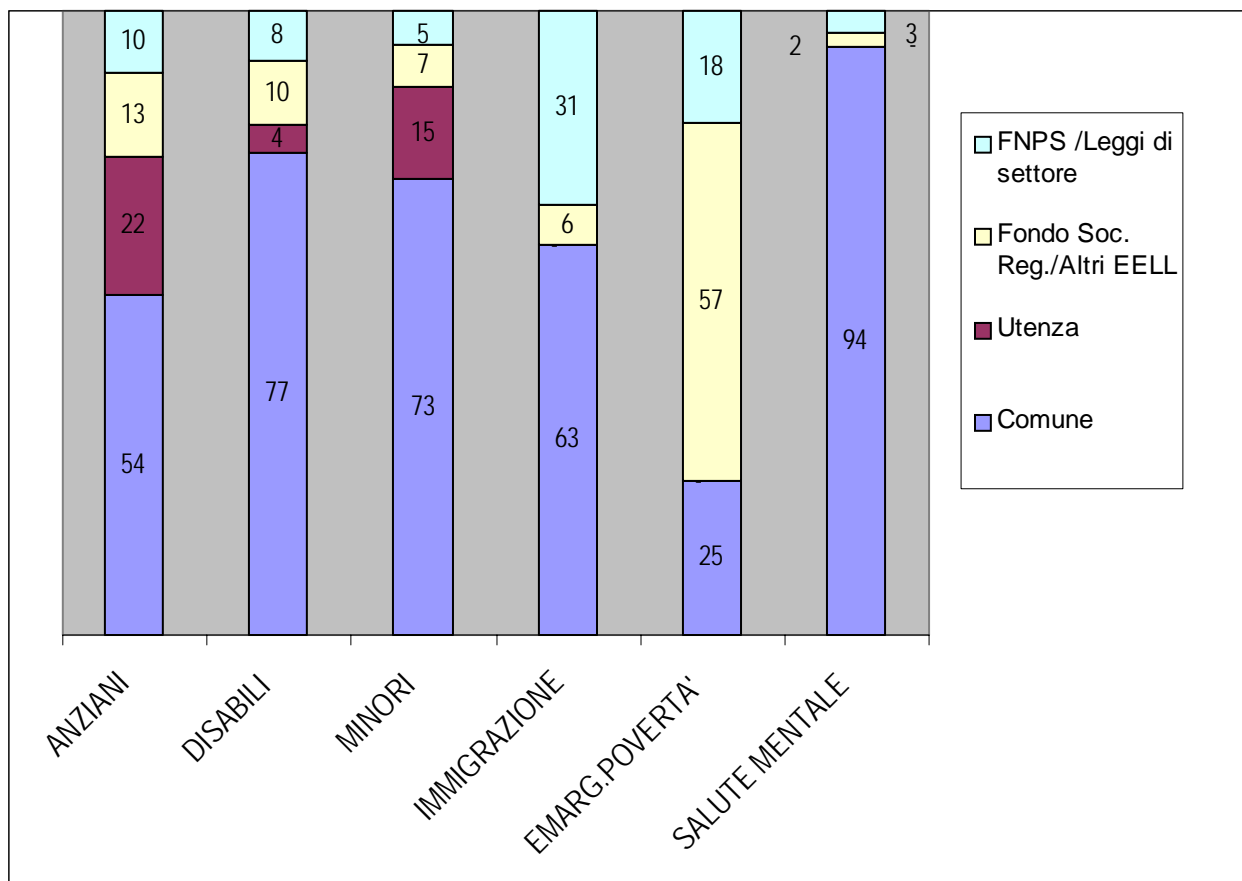


## FONTI DI FINANZIAMENTO PER AREE DI SPESA 2004

	ANZIANI	DISABILI	MINORI	IMMIGRAZIONE	EMARGINAZ. POVERTA'	SALUTE MENTALE
Comune	2.244.785	3.861.472	5.639.113	187.931	291.381	223.878
Utenza	926.378	216.850	1.132.047	-	-	0
Fondo Soc. Reg./Altri EELL	546.202	512.627	520.956	19.182	679.559	5.509
FNPS /Leggi di settore	414.409	404.364	407.842	93.000	213.648	8.000
<b>TOTALE</b>	<b>4.131.774</b>	<b>4.995.313</b>	<b>7.699.959</b>	<b>300.113</b>	<b>1.184.587</b>	<b>237.387</b>

**Nota:** Il totale delle fonti di finanziamento della spesa nelle 6 aree è pari a € 18.549.133; a questo totale deve essere aggiunta la spesa per il personale finanziata totalmente dai Comuni per avere la spesa sociale territoriale.

### INCIDENZA % DELLE FONTI DI FINANZIAMENTO PER AREE DI SPESA NEL 2004

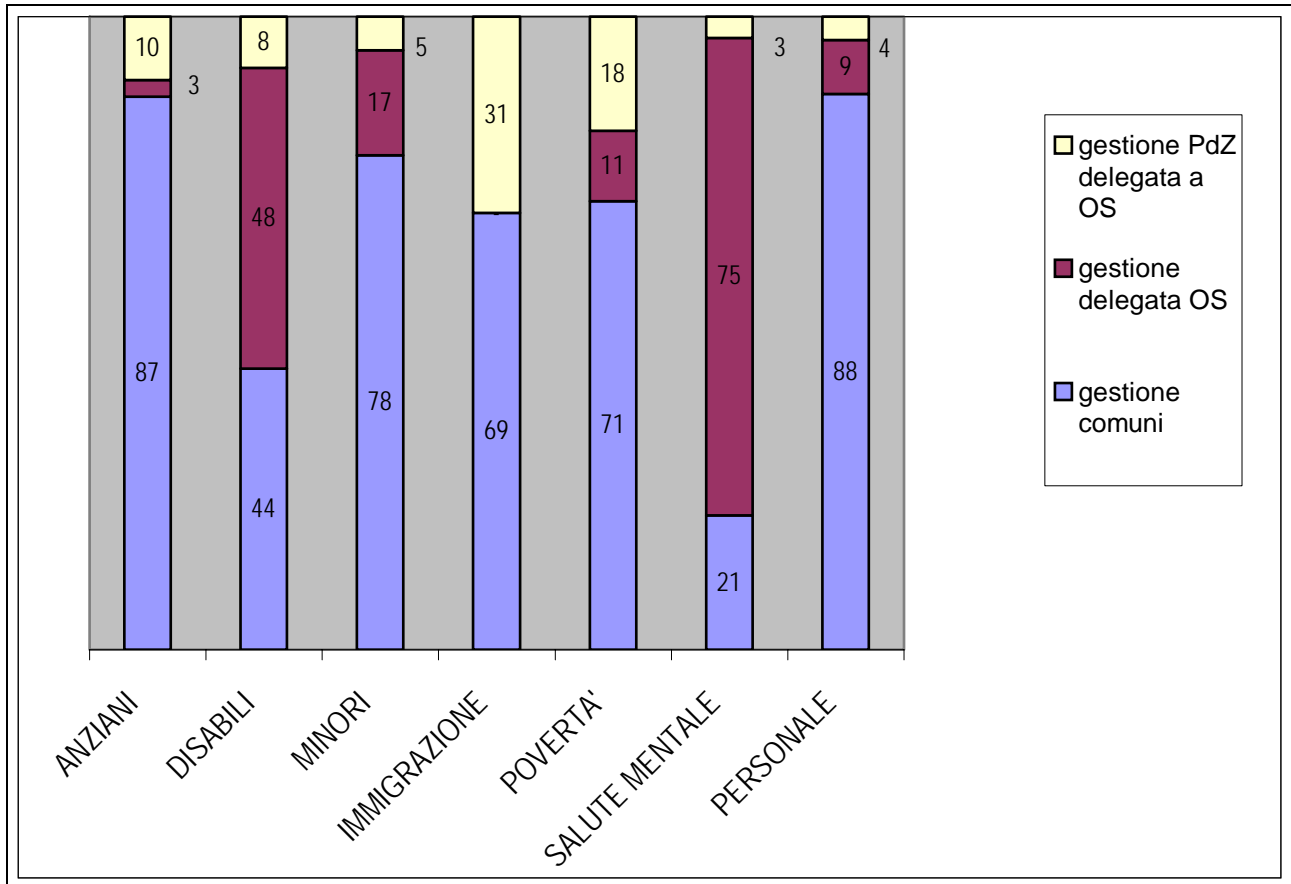


**Nota:** L'incidenza rilevante, pari al 57% della spesa, dei trasferimenti regionali nell'area Emarginazione / Povertà è costituita dai contributi a sostegno degli affitti (FSA).

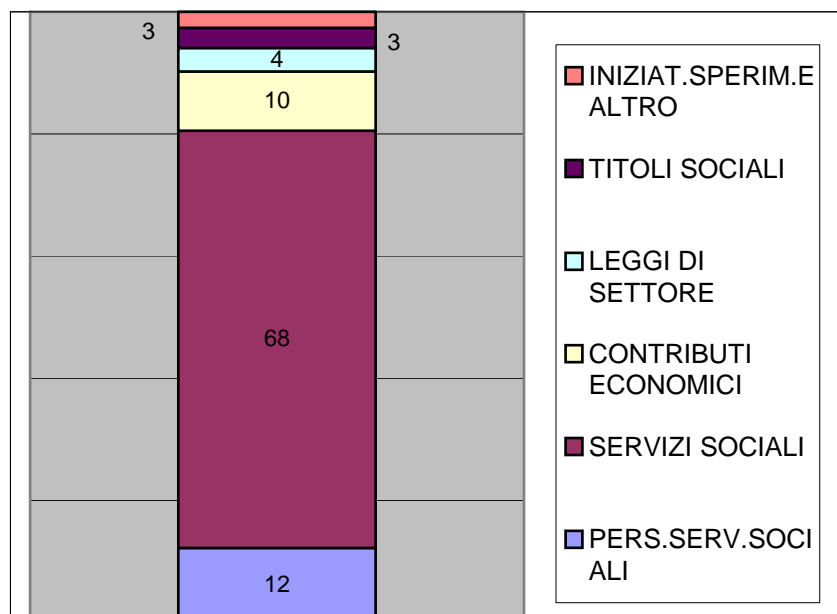
### SPESA SOCIALE GESTITA DA OFFERTASOCIALE E DAL PIANO DI ZONA

	spesa sociale	di cui gestita da OS	%	di cui gestita dal PdZ	%
ANZIANI	4.131.774	522.489	13	414.409	10
DISABILI	4.995.313	2.778.615	56	404.364	8
MINORI/FAMIGLIA	7.699.959	1.687.631	22	407.843	5
IMMIGRAZIONE	300.113	93.000	31	93.000	31
EMARGIN./POVERTA'/ DIPENDENZE	1.184.587	345.451	29	213.648	18
SALUTE MENTALE	237.387	186.944	79	8.000	3
PERS. SERVIZI SOCIALI	2.582.349	314.680	12	94.680	4
<b>TOTALE</b>	<b>21.131.483</b>	<b>5.928.809</b>	<b>28</b>	<b>1.635.943</b>	<b>8</b>
<i>ANNO 2003</i>	<i>18.683.460</i>	<i>3.927.234</i>	<i>21</i>		

L'incidenza % della spesa nelle diverse aree di intervento gestita direttamente dai Comuni, per servizi delegati a Offertasociale e gestita tramite il PdZ varia in modo rilevante:

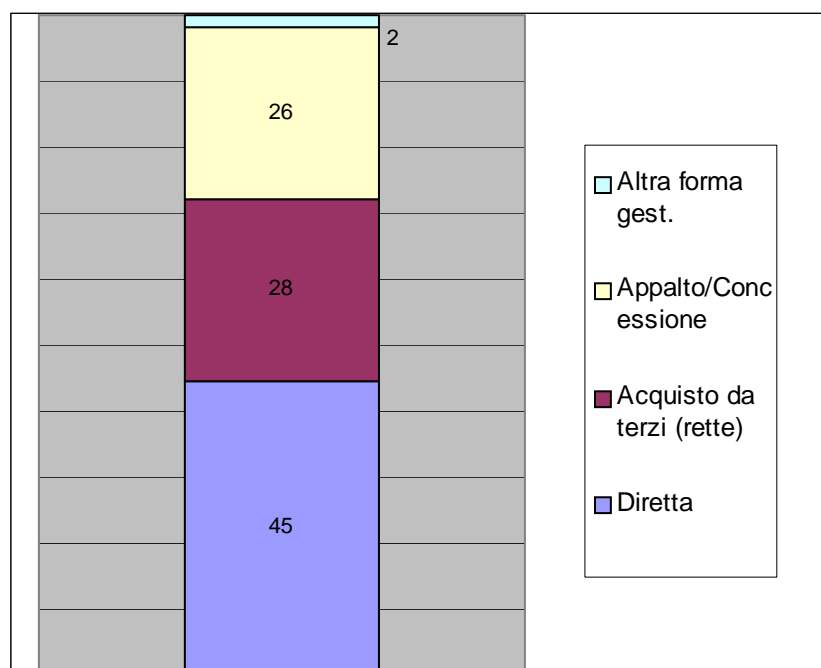


La distribuzione % della spesa sociale 2004 nelle diverse **tipologie di spesa** è riportata nella tabella seguente



da cui si evince una incidenza del 68% per i servizi rispetto al 13% per contributi e titoli sociali. La spesa per il personale è del 12% mentre l'incidenza per progetti innovativi o sperimentali, alcuni di essi finanziati con leggi di settore, è del 7%.

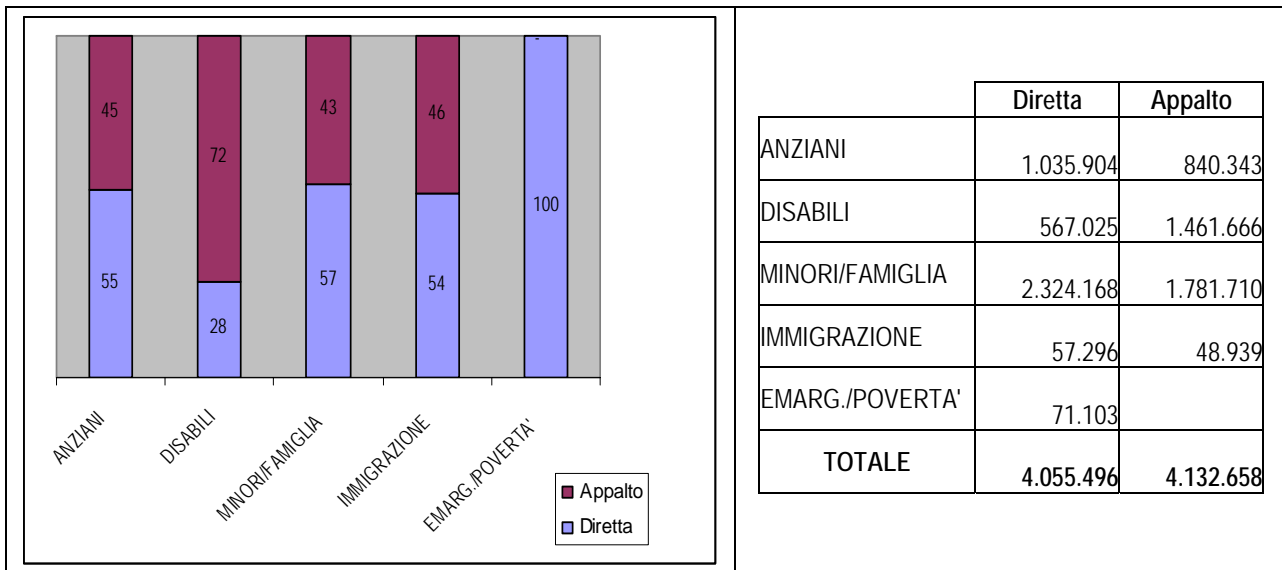
Le **modalità gestionali** della spesa sociale 2004 risultano essere le seguenti:



**Nota:** nella spesa a gestione *Diretta* è esclusa la spesa per il personale del servizio sociale dei comuni (assistenti sociali e amministrativi); nella tipologia *Acquisto da terzi* è compresa la spesa per i servizi socio-sanitari.

La spesa con gestione diretta (risorse strumentali e personale destinato a specifici servizi gestite direttamente dai comuni e da Offertasociale) è pari al 45% della spesa sociale; la spesa per la gestione esternalizzata dei servizi e interventi, sia in appalto che per pagamento rette rappresenta il 54%.

Più interessante è il dato analitico relativo alla **modalità di gestione dei servizi domiciliari e territoriali nelle diverse aree**, che si evince dal seguente prospetto:



	Diretta	Appalto
ANZIANI	1.035.904	840.343
DISABILI	567.025	1.461.666
MINORI/FAMIGLIA	2.324.168	1.781.710
IMMIGRAZIONE	57.296	48.939
EMARG./POVERTA'	71.103	
<b>TOTALE</b>	<b>4.055.496</b>	<b>4.132.658</b>

Nelle aree Anziani, Minori e Immigrazione la gestione Diretta è poco più della metà della spesa, mentre nell'area Disabili la gestione esternalizzata raggiunge il 72%.

Nell'area *Immigrazione* la spesa coincide con gli interventi di mediazione linguistica culturale che alcuni comuni gestiscono con collaborazioni dirette di mediatori e altri comuni mediante convenzioni con associazioni o cooperative; nell'area *Emarginazione /povertà* la spesa coincide con la spesa per gli inserimenti lavorativi gestiti da Offertasociale, mediante collaborazioni.

## UTENTI DEI SERVIZI ANNO 2004

I Comuni hanno rendicontato nelle schede regionali gli utenti dei servizi.

Nella tabella vengono riportati gli utenti di servizi rilevabili con sufficiente ed oggettiva precisione; sono pertanto esclusi gli utenti di tutti i servizi ed interventi la cui quantificazione è una stima (per es. trasporti, centri diurni anziani e i centri di aggregazione giovanile).

UTENTI DEI DIVERSI SERVIZI	ANZIANI	DISABILI	MINORI	SALUTE MENTALE	IMMIGRAZIONE	EMARGINAZIONE	Totale
Assistenza economica generica	163	37	298	18	65	761	1.342
Buono sociale	155	100					255
Soggiorni di vacanza	426	10	8				444
Servizi di Assistenza Domiciliare	861	154	205	13			1.233
Telesoccorso	276						276
Centri Diurni Integrati	85						85
Servizi residenziali	70	12	87				169
Servizi Formazione Autonomia		87					87
Inserimenti lavorativi		142		107		41	290
Assistenza scolastica		331					331
CDD/RSD		101					101
Centri Ricreativi Estivi			2.431				2.431
Asili nido			515				515

Tutela minori			913				913
Affidi famigliari			56				56
Mediaz.linguistico culturale/formaz					158		158
<b>TOTALE</b>	<b>3.246</b>	<b>1.521</b>	<b>4.550</b>	<b>152</b>	<b>223</b>	<b>802</b>	<b>8.686</b>

Il dato relativo alla spesa per i diversi servizi risulta la seguente:

SPESA PER SERVIZIO	ANZIANI	DISABILI	MINORI	SALUTE MENTALE	IMMIGRAZIONE	EMARGINAZIONE	Totale
Assistenza economica generica	110.504	35.101	181.239	20.238	61.891	773.788	1.182.761
Buono sociale	413.627	288.664					702.291
Soggiorni di vacanza	248.224	6.897	4.348				259.469
Servizi di Assistenza Domiciliare	1.551.355	300.251	498.456	11.470			2.361.532
Telesoccorso	36.150						36.150
Centri Diurni Integrati	499.358						499.358
Servizi residenziali	546.505	227.317	1.516.511				2.290.333
Servizi Formazione Autonomia		620.583					620.583
Inserimenti lavorativi		239.701		181.409		71.103	492.213
Assistenza scolastica		1.392.880					1.392.880
CDD/RSD		1.406.449					1.406.449
Centri Ricreativi Estivi			668.521				668.521
Asili nido			2.360.560				2.360.560
Tutela minori			661.278				661.278
Affidi famigliari e Servizio Mowgli			411.118				411.118
Mediaz.Linguistico culturale/formaz					90.593		90.593
<b>TOTALE</b>	<b>3.405.723</b>	<b>4.517.844</b>	<b>6.302.032</b>	<b>213.117</b>	<b>152.484</b>	<b>844.891</b>	<b>15.436.091</b>
					<b>% sulla spesa totale</b>		<b>73%</b>

Il costo per utente dei servizi indicati è pertanto:

€ DI SPESA PER UTENTE	ANZIANI	DISABILI	MINORI	SALUTE MENTALE	IMMIGRAZIONE	EMARGINAZIONE
Assistenza economica generica	678	949	608	1.124	952	1.017
Buono sociale	2.669	2.887				
Soggiorni di vacanza	583	690	544			
Servizi di Assistenza Domiciliare	1.802	1.950	2.431	882		
Telesoccorso	131					
Centri Diurni Integrati	5.875					
Servizi residenziali	7.807	18.943	17.431			
Servizi Formazione Autonomia		7.133				
Inserimenti lavorativi		1.688		1.695		1.734
Assistenza scolastica		4.208				
CDD/RSD		13.925				
Centri Ricreativi Estivi			275			
Asili nido			4.584			
Tutela minori			724			
Affidi famigliari e Servizio Mowgli			7.341			
Mediaz.linguistico culturale/formaz					573	



## LA SPESA SOCIALE ANNO 2004 PER COMUNE

Si riportano di seguito i dati relativi alla spesa sociale suddivisa per comune, ricavata sommando la spesa sociale rendicontata da ciascun comune nella scheda regionale - PdZ consuntivo 2004, che non include i trasferimenti a Offertasociale – con i trasferimenti effettuati nel 2004 a Offertasociale per i servizi delegati.

Occorre tenere presente che:

- il totale della spesa sociale territoriale, indicata nelle tabelle precedenti, è superiore alla spesa sociale dei comuni indicata nella tabella seguente laddove comprende la spesa gestita da Offertasociale finanziata da altre entrate (regionali, FNPS, leggi di settore, ecc.);

- i trasferimenti dei comuni a Offertasociale riportati nella tabella sono stati effettuati sulla base dei preventivi di spesa; Offertasociale riporta a conguaglio nell'anno seguente le quote in eccedenza versate dai Comuni (pari a € 154.075 nel 2004); il totale pertanto differisce dal totale della spesa rendicontata da parte di Offertasociale nella scheda regionale perché quest'ultimo riporta i costi a consuntivo dei diversi servizi.

	Spesa sociale gestita dai comuni	Spesa trasferita dai comuni ad Offertasociale	SPESA SOCIALE COMUNALE
<b>Agrate</b>	1.576.353	436.503	2.012.856
<b>Aicurzio</b>	96.731	51.901	148.632
<b>Arcore</b>	1.615.543	407.589	2.023.132
<b>Basiano/ Masate</b>	319.512	61.311	380.823
<b>Bellusco</b>	614.653	114.431	729.084
<b>Bernareggio</b>	529.814	217.067	746.880
<b>Burago M.</b>	305.653	86.655	392.308
<b>Busnago</b>	417.097	92.269	509.366
<b>Camparada</b>	56.158	34.885	91.043
<b>Caponago</b>	142.553	90.527	233.080
<b>Carnate</b>	474.810	62.575	537.385
<b>Cavenago</b>	551.044	120.501	671.545
<b>Concorezzo</b>	1.226.548	246.369	1.472.917
<b>Cornate</b>	784.668	93.139	877.807
<b>Correzzana</b>	55.641	29.130	84.771
<b>Grezzago</b>	210.390	13.877	224.267
<b>Lesmo</b>	286.334	89.886	376.220
<b>Mezzago</b>	340.800	58.110	398.910
<b>Ornago</b>	250.137	42.064	292.201
<b>Pozzo d'A.</b>	232.702	78.298	311.000
<b>Roncello</b>	163.779	58.590	222.369
<b>Ronco B.</b>	119.210	68.329	187.539
<b>Sulbiate</b>	169.765	46.073	215.838
<b>Trezzano Rosa</b>	282.697	29.089	311.785
<b>Trezzo</b>	1.089.364	184.217	1.273.581
<b>Usmate Velate</b>	382.806	190.168	572.974
<b>Vaprio</b>	758.892	99.925	858.817
<b>Vimercate</b>	2.402.161	670.886	3.073.047
<b>TOTALE</b>	15.455.815	3.774.363	19.230.178

Nonostante una elevata omogeneità della spesa sociale tra i diversi comuni possa rappresentare un obiettivo poco realistico per via della specificità socio-demografica ed amministrativa di ciascuno di essi, la riduzione dei divari più rilevanti nei valori di spesa costituirebbe certamente un indice di maggior integrazione territoriale e di più equo livello di accesso ai servizi per i cittadini del territorio.

I Comuni gestiscono i servizi e gli interventi con risorse proprie, con finanziamenti di altri Enti, trasferimenti regionali soprattutto, e con la partecipazione alla spesa da parte degli utenti dei servizi.

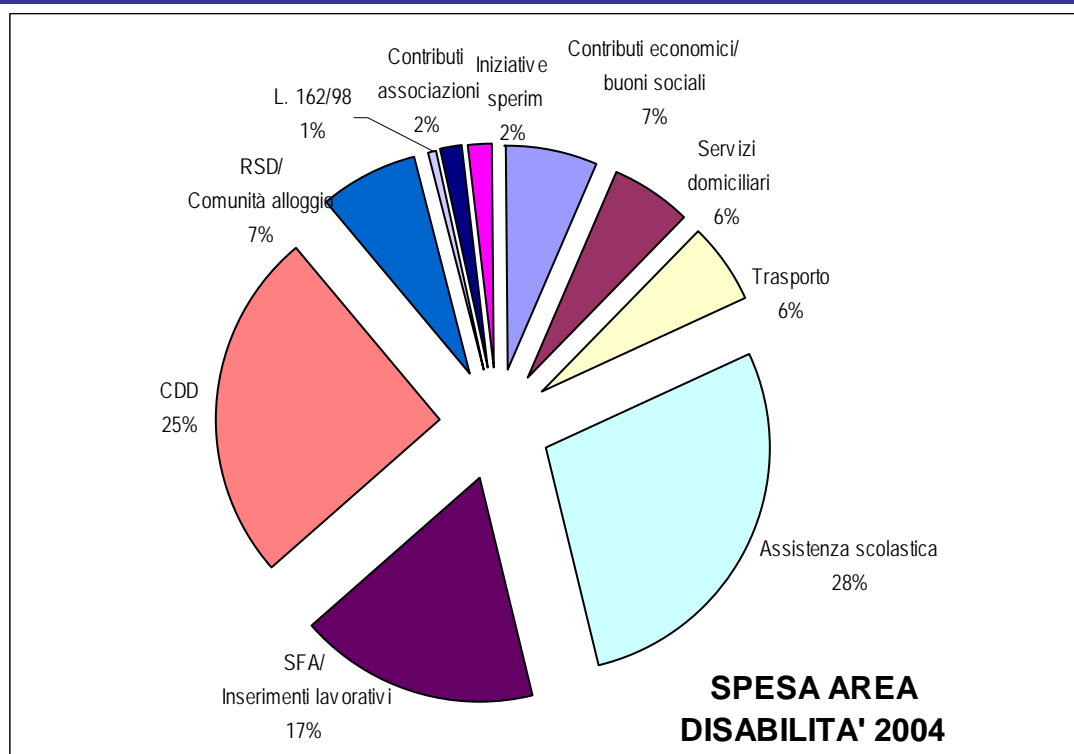
## 5.1 La spesa sociale per aree di intervento

Si riportano di seguito alcuni dei dati economici aggregati rilevabili dalle schede regionali e l'analisi della spesa per singole aree.

### AREA DELLA DISABILITA'

	<i>Spesa 2004</i>	<i>Utenti</i>
Contributi economici/buoni sociali/vacanze	329.334	147
servizi domiciliari	300.251	154
Trasporto	283.693	547
Assistenza scolastica	1.392.880	331
SFA	620.583	87
Inserimenti lavorativi	239.701	142
CDD	1.272.822	93
RSD/Comunità alloggio	360.943	20
L. 162/98 "handicap grave"	22.500	n.r.
Contributi ad associazioni	84.854	n.38 Enti
Iniziative sperimentali/Altro	87.750	
<b>TOTALE</b>	<b>4.995.313</b>	<b>1.521</b>

NB: nel totale n. utenti non sono calcolati gli Enti beneficiari di contributo



<i>SPESA AREA DISABILI</i>	2004	2003	2002
Servizi sociosanitari integrati	1.406.449	1.267.232	1.263.300
Contrib.econom.e altre prestazioni	623.913	568.097	281.584
Servizi Territoriali o Domiciliari	2.619.280	2.613.518	1.890.046
Servizi Residenziali	227.317	320.869	138.835
Altri interventi	118.354	141.402	145.717
<b>TOTALE</b>	<b>4.995.313</b>	<b>4.911.119</b>	<b>3.719.482</b>
<i>Incremento % di spesa rispetto anno precedente</i>	<b>1,7%</b>	<b>32 %</b>	

Sono raggruppati nelle diverse tipologie i seguenti servizi e attività:

**Servizi sociosanitari integrati:** gestione CDD e rette per inserimento in Istituti/RSD

**Contrib.economici e altre prestazioni:** Assistenza economica generica, Trasporto, Soggiorni vacanza, Buoni – voucher

**Servizi territoriali o domiciliari:** Rette di inserimento in Servizi formazione all'autonomia (SFA), Inserimenti lavorativi, Assistenza domiciliare,

Assistenza educativa scolastica

**Servizi residenziali:** Inserimenti in Comunità alloggio, ricoveri di sollievo

**Altri interventi:** Contributi a Enti / Associazioni, Interventi diversi ( di ricerca, prevenzione ecc), Altro.

<i>FONTI DI FINANZIAMENTO</i>	2004	%	2003	%	2002	%
Comune	3.861.472	77	3.822.096	78	3.059.256	82
Utenza	216.850	4	294.957	6	183.493	5
Fondo Sociale Regionale/Altre entrate	512.627	10	528.299	11	476.729	13
Fondo Nazionale Politiche Sociali	404.364	8	265.768	5		
<b>TOTALE</b>	<b>4.995.313</b>		<b>4.911.119</b>		<b>3.719.478</b>	

Un dato significativo è l'incidenza della spesa gestita da Offertasociale, che nel 2004 è stata pari al 55%, in quanto da Offertasociale sono gestiti i CDD, gli inserimenti lavorativi, l'erogazione dei buoni sociali per tutti comuni e l'assistenza educativa scolastica per 20 comuni e l'ADH per 9

comuni. Le risorse del FNPS e delle leggi settore destinate all'area sono state pari all' 8% e finalizzate ai buoni sociali, al Progetto Vivaio e al progetto Tempo prolungato nei CDD.

<i>SPESA AREA DISABILITA' 2004</i>		di cui gestita da OS	di cui gestita dal PdZ
Servizi sociosanitari integrati (RSD/CDD)	1.406.449	1.079.974	0
Contrib.econom.,buono sociale e altre prestazioni	623.913	288.664	288.664
Servizi Territoriali o Domiciliari	2.619.280	1.377.444	82.200
Servizi residenziali (comunità alloggio)	227.317	0	0
Altri interventi	95.854	11.000	11.000
Leggi di settore	22.500		
<b>TOTALE</b>	<b>4.995.313</b>	<b>2.757.082</b>	<b>381.864</b>
		<b>55%</b>	<b>8%</b>

## AREA SALUTE MENTALE

	Spesa 2004	Utenti
Assistenza economica generica	20.238	18
Trasporto	11.754	14
Servizi di assistenza domiciliare	11.470	13
Inserimenti lavorativi	181.409	107
Contributi ad Enti / Associazioni	12.516	n. 2 Enti
<b>TOTALE</b>	<b>237.387</b>	<b>152</b>

NB: nel totale n. utenti non sono calcolati gli Enti beneficiari di contributo

La spesa sociale anno 2004 nell'area della Salute mentale vede una diminuzione percentuale ed assoluta rispetto agli anni precedenti.

<i>SPESA AREA SALUTE MENTALE</i>	<b>2004</b>	<b>2003</b>	<b>2002</b>
Contrib.econom.e altre prestazioni	31.992	37.858	22.604
Servizi Territoriali o Domiciliari	192.879	199.210	231.932
Servizi Residenziali	-	13.160	13.170
Altri interventi	12.516	11.520	4.506
<b>TOTALE</b>	<b>237.387</b>	<b>261.747</b>	<b>272.212</b>
<i>Incremento % di spesa rispetto anno precedente</i>	<b>- 9%</b>	<b>- 4%</b>	

**Contrib.economici e altre prestazioni:** Assistenza economica generica, Trasporto

**Servizi territoriali o domiciliari:** Servizi formazione all'autonomia (SFA), Servizio Inserimenti lavorativi, Assistenza domiciliare, Centri diurni

**Servizi residenziali:** Inserimenti in comunità alloggio, case albergo

**Altri interventi:** Contributi a Enti / Associazioni, Interventi diversi ( di ricerca, prevenzione ecc)

Le fonti di finanziamento evidenziano un significativo incremento di spesa nell'area da parte dei Comuni, una riduzione del fondo regionale e una limitata destinazione di risorse nell'area del FNPS

<i>FONTI DI FINANZIAMENTO</i>	<b>2004</b>	<b>%</b>	<b>2003</b>	<b>%</b>	<b>2002</b>	<b>%</b>
Comune	223.878	94	200.516	77	208.257	77
Utenza	-		4.245	2	11.598	4
Fondo Sociale Regionale	5.509	2	56.986	22	52.364	19
Fondo Nazionale Politiche Sociali	8.000	3	0		0	
<b>TOTALE</b>	<b>237.387</b>		<b>261.747</b>		<b>272.210</b>	

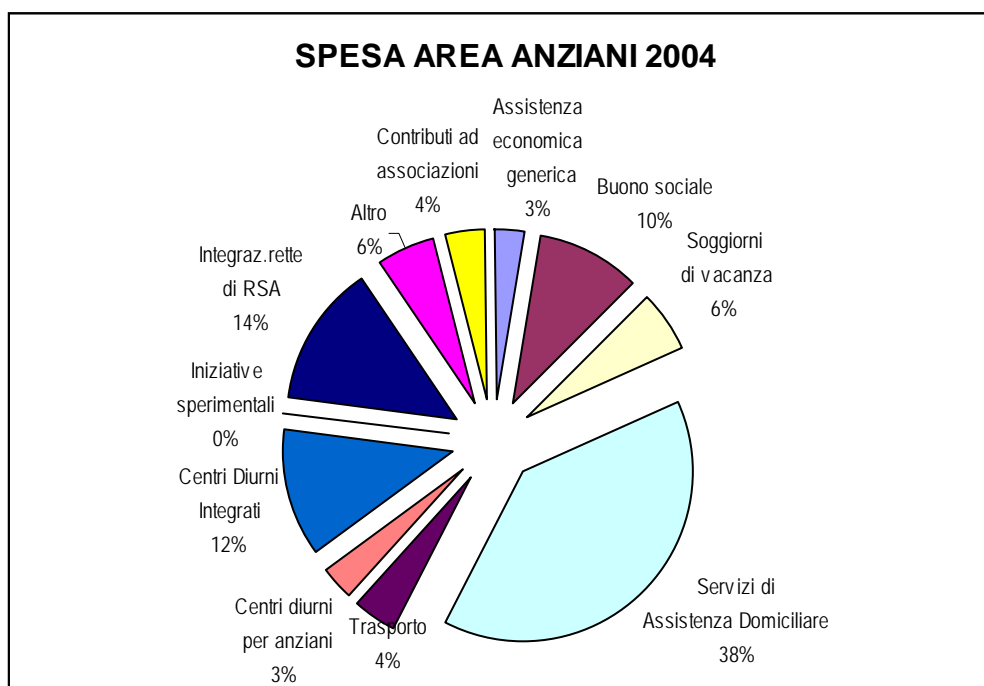
Un dato significativo è l'incidenza della spesa gestita da Offertasociale, che nel 2004 è pari al 79%, e che è sostanzialmente relativa al servizio degli inserimenti lavorativi, mentre le risorse del FNPS destinate all'area sono state il 3 % e finalizzate a sostenere progetti del Terzo settore.

<i>SPESA AREA SALUTE MENTALE 2004</i>		<b>di cui gestita da OS</b>	<b>di cui gestita dal PdZ</b>
Contrib.econom.e altre prestazioni	31.992		
Servizi Territoriali o Domiciliari	192.879	178.944	
Servizi Residenziali	-		
Altri interventi	12.516	8.000	8.000
<b>TOTALE</b>	<b>237.387</b>	<b>186.944</b>	<b>8.000</b>
		<b>79 %</b>	<b>3 %</b>

## AREA ANZIANI

	<b>Spesa 2004</b>	<b>Utenti</b>
Assistenza economica generica	110.504	163
Buono sociale	413.627	155
Soggiorni di vacanza	248.224	426
Servizi di Assistenza Domiciliare /Telesoccorso	1.587.505	1.137
Trasporto	178.004	1.210
Centri diurni per anziani	137.631	
Centri Diurni Integrati	499.358	85
Iniziative sperimentali	5.237	
Integraz.rette di RSA	560.231	70
Altro	230.655	
Contributi ad associazioni	160.798	n. 65 Enti
<b>TOTALE</b>	<b>4.131.774</b>	<b>3.246</b>

NB: nel totale n. utenti non sono calcolati gli Enti beneficiari di contributo



<i>SPESA AREA ANZIANI</i>	2004	2003	2002
Servizi sociosanitari integrati (RSA/CDI)	1.045.864	1.054.837	1.117.201
Contributi economici, buono sociale e altre prestazioni	1.031.954	964.636	641.873
Servizi Territoriali o Domiciliari (SAD/CD)	1.892.539	1.543.790	1.602.537
Altri interventi	161.418	315.859	178.796
<b>TOTALE</b>	<b>4.131.774</b>	<b>3.879.121</b>	<b>3.540.406</b>
<i>Incremento % di spesa rispetto anno precedente</i>	<i>6.5%</i>	<i>6.5%</i>	

Sono raggruppati nelle diverse tipologie i seguenti servizi e attività:

**Servizi sociosanitari integrati:** Rette per inserimenti in case di riposo, gestione Centri Diurni Integrati

**Contributi economici e altre prestazioni:** Assistenza economica generica, Trasporto, Soggiorni vacanza, Teleassistenza, Buoni sociali

**Servizi territoriali o domiciliari:** Centri diurni, Assistenza domiciliare

**Altri interventi:** Contributi a Enti / Associazioni, Interventi diversi (di ricerca, prevenzione ecc), Altro.

Nell'area Anziani è possibile rapportare la spesa d'area alla popolazione di riferimento (età > 65 anni) e identificare un indicatore sintetico di spesa:

<i>SPESA SOCIALE PER AREA ANZIANI / POPOLAZIONE ANZIANA (&gt; 65 anni)</i>
<b>Spesa pro capite anziani</b> <b>2004: € 129,93</b> (+ 1.84% rispetto al 2003) <b>2003 : € 127,58</b>

<i>FONTI DI FINANZIAMENTO</i>	<b>2004</b>	<b>%</b>	<b>2003</b>	<b>%</b>	<b>2002</b>	<b>%</b>
Comune	2.244.785	54	2.138.273	55	2.090.766	60
Utenza	926.378	22	917.117	24	1.079.102	31
Fondo Sociale Regionale/Altre entrate	546.202	13	383.023	10	334.387	10
Fondo Nazionale Politiche Sociali	414.409	10	441.114	11		
<b>TOTALE</b>	<b>4.131.774</b>		<b>3.879.528</b>		<b>3.504.255</b>	

L'incidenza della spesa gestita da Offertasociale nell'area Anziani nel 2004 è stata modesta, pari al 13%, e sostanzialmente determinata dai buoni sociali finanziati con i fondi FNPS.

<i>SPESA AREA ANZIANI 2004</i>		<b>di cui gestita da OS</b>	<b>di cui gestita dal PdZ</b>
Servizi sociosanitari integrati (RSA/CDI)	1.045.864	0	
Contrib.econom.,buono sociale e altre prestazioni	1.031.954	521.707	414.409
Servizi Territoriali o Domiciliari (SAD/CD)	1.892.539	0	
Altri interventi	161.418	782	782
<b>TOTALE</b>	<b>4.131.774</b>	<b>522.489</b>	<b>415.191</b>
		<b>13%</b>	<b>10%</b>

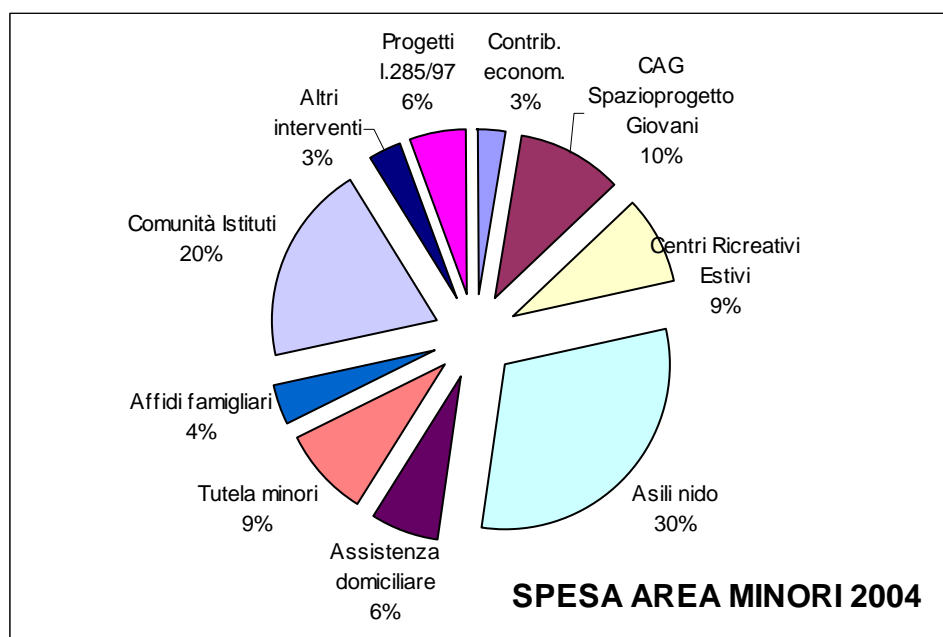
## AREA MINORI

La spesa sociale nell'area Minori riguarda servizi di natura preventiva, educativa, di aggregazione e di tutela e riparativi; ne consegue la necessità di mantenere un livello maggiore di dettaglio.

	<b>2004</b>	<b>2003</b>	<b>2002</b>
Contrib.econom.e altre prestazioni	218.366	176.498	322.207
Servizi Territoriali (CAG- Spazioprogetto Giovani)	782.831	747.848	*1.254.921
Centri Ricreativi Estivi	668.521	612.734	
Asili nido	2.360.560	2.223.699	2.035.133
Assistenza domiciliare	498.456	461.378	320.972
Tutela minori	661.278	505.476	487.896
Affidi famigliari	302.144	347.256	209.246
Comunità Istituti	1.516.511	837.369	1.141.069
Altri interventi/ Contributi Enti	264.291	209.586	139.095
Progetti l.285/97	427.001	470.569	
<b>TOTALE</b>	<b>7.699.959</b>	<b>6.592.414</b>	<b>5.910.539</b>
<i>Incremento % di spesa rispetto anno precedente</i>	<i>17%</i>	<i>12%</i>	

\*Nel 2002 la spesa CRE e CAG è unica; inoltre non è rendicontata la spesa delle leggi di settore





Nell'area Minori è possibile rapportare la spesa d'area alla popolazione di riferimento (0 – 14 anni) e identificare un indicatore sintetico di spesa:

<i>SPESA SOCIALE AREA MINORI / POPOLAZIONE MINORILE (0 - 14 ANNI)</i>
<i>Spesa pro capite minori</i>
<i>2004: € 277,07</i>
<i>( + 14.76 % rispetto al 2003)</i>
<i>2003: € 241,43</i>

### UTENTI DEI SERVIZI E INTERVENTI

	2004	2003	2002
Contrib.econom.e altre prestazioni	343	310	330
Centri Ricreativi Estivi	2.431	2.072	n.r.
Asili nido	515	446	392
Assistenza domiciliare	205	206	138
Tutela minori	913	708	710
Affidi famigliari	56	59	47
Comunità Istituti	87	63	59
<b>Contributi ad Associazioni</b>	<b>83</b>	<b>71</b>	<b>64</b>
<b>TOTALE</b>	<b>4.550</b>	<b>3.864</b>	<b>1.676</b>

NB: nel totale n.utenti non sono calcolati gli Enti beneficiari di contributo

<i>FONTI DI FINANZIAMENTO</i>	<i>2004</i>	<i>%</i>	<i>2003</i>	<i>%</i>	<i>2002</i>	<i>%</i>
Comune	5.639.113	73	4.622.293	70	3.923.413	71
Utenza	1.132.047	15	946.326	14	994.905	18
Fondo Sociale Regionale/Altri Enti	520.956	7	783.562	12	581.267	11
FNPS /Leggi di settore	407.842	5	240.233	4		
<b>TOTALE</b>	<b>7.699.959</b>		<b>6.592.414</b>		<b>5.499.585</b>	

SPESA AREA MINORI 2004		di cui gestita da OS	di cui gestita dal PdZ
Assistenza economica	185.588		
Trasporto	32.778		
Centri di aggreg./Spazio giovani	782.831	426.279	36.300
Servizi di assistenza domiciliare	498.456	259.178	100.000
Tutela minori	661.278	139.150	
Affidi familiari (L. 149/01)	302.144		
Comunità / Istituti	1.516.511	33.586	
Asili nido	2.360.560	373.486	
Centri ricreativi estivi	668.521		
Contributi ad Enti / Associazioni	151.098		
Progetti l.285/97	427.001	427.002	242.593
Iniziative sperimentali/Altro	113.193	28.950	28.950
<b>TOTALE</b>	<b>7.699.959</b>	<b>1.687.631</b>	<b>407.843</b>
		<i>22%</i>	<i>5,29%</i>

L'incidenza delle risorse del FNPS e delle leggi di settore nell'area Minori, pari al 5%, sono state finalizzate agli interventi a favore di minori con provvedimenti penali, al servizio Affidamento Mowgli, all'attivazione del nuovo servizio Spazio Neutro, al potenziamento dell'assistenza domiciliare minori.

## AREA IMMIGRAZIONE

	Spesa 2004	Utenti
Assistenza economica generica	61.891	65
Mediazione /Formazione/Informazione	106.235	158
Contributi ad Enti / Associazioni	38.987	n.21 Enti
L. 40/98 "immigrazione"	93.000	
<b>TOTALE</b>	<b>300.113</b>	<b>223</b>

NB: nel totale n. utenti non sono calcolati gli Enti beneficiari di contributo



<i>SPESA - AREA IMMIGRAZIONE</i>	2004	2003	2002
Contrib.econom.e altre prestazioni	61.891	46.178	64.925
Servizi Territoriali o Domiciliari	106.235	75.113	46.660
Servizi Residenziali	-	0	2.000
Altri interventi	38.987	27.264	25.994
L. 40/98 "immigrazione"	93.000	196.200	
<b>TOTALE</b>	<b>300.113</b>	<b>344.755</b>	<b>139.579</b>
<i>Incremento % di spesa rispetto anno precedente</i>	- 12,95%	60 %	

<i>FONTE DI FINANZIAMENTO</i>	2004	%	2003	%
Comune	187.931	63	255.254	74
Fondo Sociale Regionale	19.182	6	14.501	4
FNPS / Leggi di settore	93.000	31	75.000	22
	<b>300.113</b>		<b>344.755</b>	

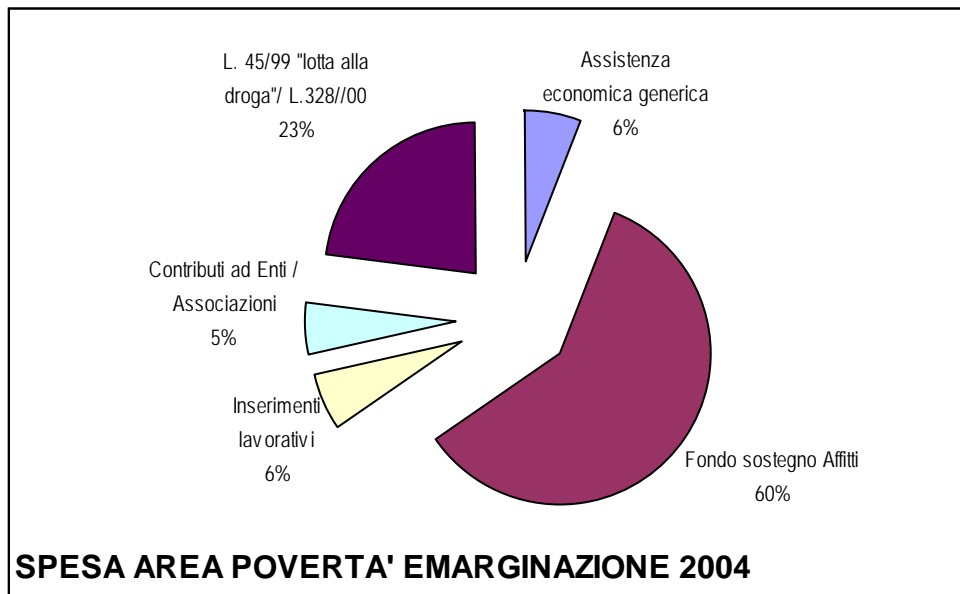
<i>SPESA AREA IMMIGRAZIONE 2004</i>		di cui gestita da OS	di cui gestita dal PdZ
Contrib.econom.e altre prestazioni	61.891	0	0
Servizi Territoriali o Domiciliari	106.235	0	0
Altri interventi	38.987	0	0
L. 40/98 "immigrazione"	93.000	93.000,00	93.000,00
<b>TOTALE</b>	<b>300.113</b>	<b>93.000,00</b>	<b>93.000,00</b>
		31%	31%

L'incidenza della spesa gestita da Offertasociale nell'area Immigrazione è significativa, pari al 45%, e finanziata dal FNPS; le risorse sono destinate al progetto STARS, che attualmente garantisce la presenza di 11 sportelli informativi presso 10 comuni e presso il CTP di Arcore.

## AREA POVERTA', EMARGINAZIONE E DIPENDENZE

	Spesa 2004	Utenti
Assistenza economica generica	71.069	127
Fondo sostegno Affitti	702.719	634
Inserimenti lavorativi	71.103	41
Contributi ad Enti / Associazioni	65.048	n. 20 Enti
L. 45/99 "lotta alla droga"/ L.328//00 art. 28	274.648	
<b>TOTALE</b>	<b>1.184.587</b>	<b>802</b>

NB: nel totale n.utenti non sono calcolati gli Enti beneficiari di contributo



	2004	2003	2002
Contrib.econom.e altre prestazioni	773.788	604.963	924.017
Servizi Territoriali o Domiciliari	71.103	61.263	20.213
Altri interventi	65.048	62.276	30.451
L. 45/99 "lotta alla droga"/ L.328//00 art. 28	274.648	93.464	
<b>TOTALE</b>	<b>1.184.587</b>	<b>821.966</b>	<b>974.681</b>
<i>Incremento % di spesa rispetto anno precedente</i>	<i>44%</i>	<i>-16%</i>	

Sono raggruppati nelle diverse tipologie i seguenti servizi e attività:

**Contrib.econom.e altre prestazioni:** Assistenza economica generica, Contributi regionali sostegno affitto; \*Comprende TxT

**Servizi Territoriali o Domiciliari:** Inserimenti lavorativi, servizi di accoglienza

**Altri interventi:** Contributi a Enti / Associazioni, Interventi diversi ( di ricerca, prevenzione ecc).

Se si rapporta la somma di tutti i nuclei famigliari, nelle diverse aree, che hanno percepito contributi economici, di norma ad integrazione del minimo vitale, pari a n. 708, e i nuclei famigliari che hanno percepito il contributo a sostegno di affitti onerosi, pari a 634, al numero dei nuclei famigliari (pari a 79.060) risulta che nel territorio **l'1,7 % dei nuclei famigliari versa in condizione di grave difficoltà economica.**

FONTI DI FINANZIAMENTO	2004	%	2003	%	2002	%
Comune	291.381	25	204.306	25	127.406	13
Fondo Sociale Regionale/ Altri Enti/FSA	679.559	57	510.044	62	847.343	87
Leggi di settore / FNPS	213.648	18	107.615	13		
<b>TOTALE</b>	<b>1.184.587</b>		<b>821.966</b>		<b>974.749</b>	

La spesa più significativa è rappresentata dai contributi a sostegno degli affitti onerosi, finanziata da trasferimenti regionali; l'erogazione dei fondi regionali non sempre avviene nell'anno di competenza per cui risulta difficile confrontare i dati nel corso del triennio.

<i>SPESA AREA POVERTA' DIPENDENZE EMARGINAZIONE 2004</i>		di cui gestita da OS	di cui gestita dal PdZ
Contrib.econom.e altre prestazioni	773.788		
Servizi Territoriali o Domiciliari	71.103	70.803	
Altri interventi	65.048		
L. 45/99 "lotta alla droga"/ L.328/00	274.648	213.648	192.500
<b>TOTALE</b>	<b>1.184.587</b>	<b>284.451</b>	<b>192.500</b>
		24%	16%

La spesa gestita da Offertasociale è relativa agli inserimenti lavorativi, al progetto di prevenzione delle tossicodipendenze Madam Matrix e al progetto La casa di Rut.

## 6. I servizi della ASL

### 6.1 Il contesto Distrettuale

Il Distretto si estende su un territorio che comprende 29 Comuni con una popolazione residente pari a 194.595 abitanti.

La rete di offerta è così articolata:

La sede principale è Vimercate – Piazza Marconi 7/A (Direzione-Segreteria-Ufficio URP)

- Presidio di Vimercate – Piazza Marconi 7/D (Uff. Scelta e Revoca- Uff. Visite fiscali- uff. Protesi)
- Presidio di Arcore – Via Umberto I, 17(Uff. Scelta e Revoca)
- Presidio di Trezzo – Piazzale Gorizia 2 (Uff. Scelta e Revoca - Uff. Invalidi - Uff. Portesi - Uff. Adi)
- Ufficio Adi di Usmate – c/o CPU Usmate Via Roma 85
- Consultorio Familiare di Vimercate – Via Diaz, 42 Ruginello
- Consultorio Familiare di Arcore – Via Umberto I, 17
- Consultorio Familiare di Concorezzo – Via S. Marta
- Consultorio Familiare di Trezzo – Piazzale Gorizia 2

La dislocazione delle sedi è funzionale alla estensione del territorio. Si rilevano comunque criticità da riferirsi alla collocazione dell'ufficio ADI presso il Centro Polivalente di Usmate nonché alla ristrettezza di spazi presso gli uffici amministrativi dei presidi di Vimercate e Arcore.

### 6.2 Le risorse umane del distretto

Nel Distretto alla data del 31.12.2005 operano:

- n. 3 Dirigenti medici
- n. 2 Dirigenti psicologi

Personale del Comparto:

- n. 13 operatori infermieristici
- n. 21 operatori amministrativi

- n. 5 operatori sociali
- n. 1 operatore tecnico

### 6.3 I portatori di interesse

Il Distretto nello svolgimento delle sue diverse attività, interagisce con una serie di soggetti, siano essi individui, gruppi o organizzazioni. Tutti questi soggetti, in maniera diversa, sono “portatori di interessi” nei confronti del Distretto: sia perché destinatari dei servizi erogati, sia perché sono in relazione con il Distretto nel processo di erogazione dei servizi.

I portatori di interessi sono distinti in due macrocategorie:

- a) i portatori di interessi principali
- b) gli altri portatori di interessi

**a) I portatori di interessi principali** sono i destinatari veri e propri dei servizi e delle prestazioni erogate, ovvero tutta la comunità dei cittadini del territorio del Distretto, nelle sue specifiche realtà: assistiti, anziani, minori, famiglie, comunità scolastiche, lavoratori, disabili ed invalidi e altri soggetti fragili.

**b) Gli altri soggetti portatori di interesse** sono erogatori di prestazioni sanitarie, socio sanitarie e socio assistenziali, quali:

- Medici di medicina generale (MMG), pediatri di famiglia (PDF), e medici di continuità assistenziale (C.A)
- Farmacie
- Strutture accreditate per l'erogazione di prestazioni sanitarie:
  - Ospedali
  - Ambulatori specialistici
- I soggetti che erogano prestazioni socio sanitarie e socio assistenziali:
  - Erogatori di Assistenza Domiciliare Integrata
  - Consultori familiari
  - Strutture Residenziali e Diurne per Anziani
  - Strutture Residenziali e Diurne per Disabili
- Il Terzo settore: associazioni non profit e di volontariato
- I Comuni
- Le Organizzazioni sindacali

#### a) I portatori di interesse principali

La popolazione residente è pari a 194.595 abitanti e la copertura da parte dei MMG e PDF è assicurata come da tabella:

<b>Ambiti comunali</b>	<b>Medici</b>
Vimercate-Burago	24
Concorezzo	11
Cavenago Brianza	5
Agrate Brianza	10
Bellusco-Mezzago-Ornago	10
Bernareggio	5
Aicurzio-Sulbiate	4
Ronco Briantino	2

Arcore	13
Usmate-Velate	7
Carnate	6
Lesmo-Camparada-Correzzana	7
Caponago	4
Busnago-Roncello	5
Pozzo d'Adda- Basiano-Masate- Grezzago-Trezzano Rosa	10
Vaprio d'Adda	5
Trezzo s/Adda	8
Cornate d'Adda	7
<b>TOTALE</b>	<b>143</b>

<i>Ambiti comunali</i>	<b>Pediatri</b>
Vimercate-Burago	4
Concorezzo	3
Cavenago Brianza	1
Agrate Brianza- Caponago	2
Bellusco-Mezzago-Ornago	1
Bernareggio-Aicurzio-Sulbiate- Ronco Briantino	2
Arcore	2
Usmate-Velate	1
Carnate	1
Lesmo-Camparada-Correzzana	1
Busnago-Roncello	1
Pozzo d'Adda- Basiano-Masate- Grezzago-Trezzano Rosa	2
Vaprio d'Adda	1
Trezzo s/Adda	2
Cornate d'Adda	1
<b>TOTALE</b>	<b>25</b>

Come evidenziato nel Capitolo 4, le principali caratteristiche demografiche della popolazione del nostro Distretto sono un'anzianità relativamente più bassa ed una natalità moderatamente maggiore rispetto alla media regionale. La popolazione di età superiore a 64 anni costituisce il 18.9% del totale e quella inferiore a 15 anni rappresenta il 13.5% del totale.

Gli indici demografici di confronto con la media regionale rendono evidenti le caratteristiche sopra descritte:

- l'indice di vecchiaia è 130 contro una media regionale di 139
- l'età media è 41,71 contro 41,68
- il tasso di natalità è 9,5 contro 9

Questi indicatori supportano l'ipotesi di un'area in cui vi è attrazione per la popolazione giovane, e che tale trend sia connesso presumibilmente ad un ambito lavorativo ancora sostanzialmente solido ed attrattivo, nonché all'uscita dall'area metropolitana milanese delle coppie giovani in cerca di abitazione.

#### **b) Altri portatori di interesse**

Questa parte della relazione è dedicata alla descrizione degli attori che, a diverso titolo, hanno un sistema di relazione con il Distretto.



*Gli erogatori di prestazioni sanitarie, socio sanitarie e socio assistenziali*

a) Medici di medicina generale (MMG), pediatri di famiglia (PDF) e Medici di Continuità Assistenziale (CA)

Le Cure Primarie sul territorio sono garantite prevalentemente da risorse professionali che hanno con l'ASL un rapporto convenzionale: Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Famiglia (PDF) e Medici dei Servizi di Continuità Assistenziale (CA).

A Dicembre 2005 nel Distretto operano:

- 143 Medici di Medicina Generale
- 25 Pediatri di Famiglia.

Inoltre operano nel Distretto 29 Medici di Continuità Assistenziale distribuiti in 2 postazioni.

#### SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE - ANNO 2005

##### Medici operativi nelle postazioni

	POSTAZIONE DI CONCOREZZO	POSTAZIONE DI TREZZO
<b>MEDICI TITOLARI</b>	4	2
<b>MEDICI SOSTITUTI</b>	17	6
<b>COMUNI</b>	19	10
<b>POPOLAZIONE AL 31/12/2005</b>	<b>194.595</b>	

##### Numero dei medici presenti nelle sedi

Località	Medici in servizio nelle sedi		
	Prefestivo	Festivo	Notturno
<b>Concorezzo</b>	3	3	2
<b>Trezzo</b>	1	1	1
<b>Totale</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>

##### Totale ore per sede

Località	Totale ore per sede			Totale ore settimanali
	Prefestivo	Festivo	Notturno	
<b>Concorezzo</b>	30	36	168	<b>234</b>
<b>Dal 1 giugno 2005 si attiva la guardia medica prefestiva alle ore 08.00</b>	36	36	168	<b>240</b>
<b>Trezzo</b>	10	12	84	<b>106</b>
<b>Dal 1 giugno 2005 si attiva la guardia medica prefestiva alle ore 08.00</b>	12	12	84	<b>108</b>
<b>Totale</b>	<b>40</b>	<b>48</b>	<b>252</b>	<b>340</b>
<b>Totale Dal 1 giugno 2005 si attiva la guardia medica prefestiva alle ore 08.00</b>	<b>48</b>	<b>48</b>	<b>252</b>	<b>348</b>

Attività

ANNO 2005	Postazione di Trezzo	Postazione di Concorezzo	TOTALE
VISITE DOMICILIARI	1194	1355	2549
CONSIGLI TELEFONICI	1929	9531	11460
VISITE AMBULATORIALI	2243	4984	7227
<b>TOTALE</b>	<b>5366</b>	<b>21236</b>	<b>26602</b>

Questi professionisti sanitari, attraverso i presidi ambulatoriali e un'attività di assistenza domiciliare, svolgono per conto dell'ASL il ruolo di principale di erogatore dell'assistenza primaria e di regolatore dell'accesso all'assistenza farmaceutica, alla specialistica ambulatoriale ed ai ricoveri.

Il rapporto con gli assistiti, caratterizzato dalla fiducia e dalla libera scelta, mette i medici di medicina generale e i pediatri di famiglia nelle condizioni di governare i percorsi diagnostico terapeutici, favorendo la continuità e l'integrazione tra i diversi livelli di cura.

Un aspetto fondamentale riguarda la nuova organizzazione dell'assistenza primaria. I medici di medicina generale e i pediatri di famiglia, hanno maturato la consapevolezza della necessità di adeguare la propria pratica professionale alla evoluzione della domanda di salute e ai cambiamenti in atto nei servizi sanitari. Il peso crescente delle patologie cronico degenerative, che si caratterizzano per un elevato carico assistenziale in termini anche di continuità delle cure, e l'esigenza di governare i percorsi di diagnosi e cura, perseguendo l'appropriatezza delle prestazioni, inducono il singolo professionista a ricercare la collaborazione di altri colleghi e di altre figure professionali. In questo contesto gli Accordi Collettivi Nazionali e la loro applicazione a livello regionale e aziendale hanno favorito lo sviluppo dell'associazionismo in medicina generale.

Al 30/09/2005 i medici di medicina generale operanti in forma associata risultano pari a 89 su 143 (62,2%) mentre i pediatri di famiglia associati sono pari a 18 su 25 (72%).

La modalità attraverso cui il Distretto si raccorda, in modo formale, con i medici delle cure primarie consiste nel seguente:

*Il Comitato di Distretto che ha il compito di raccordare l'attività dei medici e dei pediatri con l'insieme delle attività distrettuali e di promuovere l'appropriatezza prescrittiva, anche in relazione all'adozione di percorsi diagnostico terapeutici condivisi con i medici specialisti di riferimento. (PDT) Il Comitato è composto dal Direttore di Distretto, dal Medico del Servizio Assistenza Sanitaria Primaria Distrettuale e da rappresentanti eletti dai Medici di medicina Generale e Pediatri di Famiglia.*

a) Farmacie

Nel territorio del Distretto sono complessivamente presenti n. 37 farmacie.

Dal 2005 provvedono con il sistema webcare alla erogazione dei presidi ai pazienti diabetici ed ai pazienti incontinenti con sistema a raccolta (stomie, cateteri, etc...) e dal marzo 2006 anche per l'ossigenoterapia e successivamente per i prodotti senza glutine.

Farmacie presenti sul territorio

Comune	Numero Farmacie
Agrate	3
Arcore	3
Basiano	1

Bellusco	1
Bernareggio	1
Burago	1
Busnago	1
Camparada	1
Caponago	1
Carnate	1
Cavenago	1
Concorezzo	3
Cornate	2
Lesmo	1
Mezzago	1
Ornago	1
Ronco Briantino	1
Sulbiate	1
Prezzano Rosa	1
Trezzo s/Adda	2
Usmate/Velate	2
Vaprio	1
Vimercate	6
<b>TOTALE</b>	<b>37</b>

b) Strutture accreditate per l'erogazione di prestazioni sanitarie

Le prestazioni sanitarie in regime di ricovero sono garantite dai presidi ospedalieri incidenti sul nostro territorio.

- Presidio Ospedaliero di Vimercate;
- Presidio Ospedaliero di Vaprio d'Adda

c) Soggetti per l'erogazione di prestazioni socio sanitarie e socio assistenziali

Sul territorio del nostro distretto operano numerose strutture che erogano prestazioni ai cittadini in ambito socio sanitario e sociale.

- Erogatori di Assistenza domiciliare Integrata

Il Distretto eroga prestazioni di assistenza domiciliare integrata con proprio personale a cui si affianca quella realizzata attraverso voucher sociosanitario. Attualmente sono 10 le strutture private accreditate per l'erogazione di ADI con il sistema di voucher socio-sanitario.

- Consulori Familiari

Le prestazioni nell'area della tutela della famiglia sono garantite sul nostro territorio attraverso una rete di consultori così strutturata:

- N. 4 consultori familiari pubblici
- N. 2 consultori familiari privati

- Strutture Residenziali e Diurne per Disabili

- CSE Usmate CSE per piccoli Vimercate
- CSE Cornate
- CSE Trezzo S/A

**Residenze socio-assistenziali**

Comuni di	RSA
Agrate	Casa per signore anziane
Cavenago B.za	Le Querce

Concorezzo	Villa Teruzzi
Ornago	Scaccabarozzi
Ronco Briantino	La Rosa d'argento
Vimercate	S. Giuseppe
Trezzo S/A	Anna Sironi

### **Centri Diurni Integrati**

<b>Comuni di</b>	<b>CDI</b>
Agrate	Gimot
Arcore	L'Arca
Vimercate	S. Giuseppe

### **Centri Diurni anziani**

<b>Comuni di</b>	<b>CDA</b>
Basiano	CDA via S. Basilio
Bellusco	CDA piazza Fumagalli
Vimercate	S. Gerolamo

#### - Case Famiglia

<b>Comuni di</b>
Sulbiate
Usmate
Cornate

- Strutture per pazienti psichici:  
CRT c/o Ospedale di Varpio D'Adda

## **7. I servizi dell'azienda ospedaliera**

### **7.1 I servizi dell'area psichiatrica: l'Unità Operativa di psichiatria**

L'Unità Operativa di Psichiatria (UOP) inizia la propria attività presso l'Ospedale di Vimercate nel 1978, perseguendo i compiti istituzionali della prevenzione e del trattamento della malattia mentale nel territorio. La struttura che ha inaugurato il servizio è stata il Centro Psicossociale (CPS) - che ha subito fornito prestazioni ambulatoriali e domiciliari - "ordinariamente" collocata nel settore dei poliambulatori ospedalieri. A breve distanza di tempo, nel settembre dell'anno seguente, è stato aperto il reparto di degenza "Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura" (SPDC), allestito unitamente al reparto di Neurologia, in una autonoma palazzina a due piani.

Il bacino di utenza, o meglio, il territorio di competenza è stato ridisegnato più volte a causa dei vari mutamenti amministrativi o gestionali in materia sociosanitaria.

Ecco la sequenza della metamorfosi:

- I. dal 1978 al 1982 comprensori di Vimercate e Trezzo (Ente gestore Provincia di Milano);
- II. dal 1982 al 1995 comprensori di Vimercate e Carate (Ente gestore rispettive U.S.S.L.);
- III. dal 1996 ad oggi comprensori di Vimercate e Trezzo

---

(Ente gestore Azienda Ospedaliera Ospedale Civile di Vimercate”).

La popolazione di riferimento per il Servizio (160.000 abitanti nel 1978) conta, secondo gli ultimi dati demografici, circa 192.168 abitanti (141.951 nella zona di Vimercate e 50.217 nella zona di Trezzo sull’Adda, secondo l’ultimo azzonamento distrettuale (Distretti Sociosanitari 8 e 9).

Per quanto riguarda, diversamente, la bilanciatura del peso demografico sui due centri psicosociali di Trezzo e Vimercate che servono tutto il territorio, gli accorpamenti individuati non rispettano quei valori di quantità (vedi alle specifiche voci C.P.S.)

### La struttura dell’Unità Operativa Psichiatria

L’U.O.P. è costituita dai seguenti presidi distribuiti nel territorio di competenza:

1. S.P. Diagnosi e Cura	Ospedale Civile di Vimercate Via C. Battisti, 23
2. Centro Psicosociale	Ospedale Civile di Vimercate Via C. Battisti, 15
3. Centro Psicosociale	Ospedale di Vaprio d’Adda via Don Moletta, 22
4. Centro Diurno “La casa”	Bernareggio in via Cavour, 42
5. Centro Diurno	presso il CPS di Vaprio d’Adda via Don Moletta, 22
6. Comunità Protetta	Trezzo sull’Adda via Roma, 8
7. Centro Riabilitativo Terapeutico	Ospedale di Vaprio d’Adda via Don Moletta, 22

che in ogni caso, per le rispettive destinazioni d’uso, non esauriscono le peculiarità del servizio psichiatrico territoriale.

### Servizi e attività

#### a) Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)

*Questo spazio clinico garantisce l’erogazione delle prestazioni da attuarsi in regime di degenza ospedaliera, volontaria o coatta (TSO), che possono comprendere:*

- *l’attività clinica di reparto (presa in cura dell’ammalato, organizzazione del programma terapeutico, prescrizione e somministrazione dei farmaci, avvio del programma riabilitativo);*
- *l’attività d’équipe riguardante sia il progetto terapeutico, sia il collegamento con i colleghi delle strutture di riferimento che si occuperanno dell’assistito dopo le dimissioni;*
- *le consulenze per le “visite a parere” richieste dagli altri reparti ospedalieri;*
- *le visite d’urgenza su chiamata del Pronto Soccorso;*
- *l’attività ambulatoriale di psicoterapia e psicofarmacologia;*
- *le attività in regime di day-hospital (DH).*

Il reparto di Diagnosi e Cura dispone di 15 posti letto, più uno per il regime di day-hospital, e può contare su un organico così composto: tre medici psichiatri; un caposala; dodici infermieri professionali; quattro infermieri generici; un OTA e un ausiliario. Nel reparto di psichiatria si viene accolti attraverso il Pronto Soccorso o l’accettazione dell’ospedale.

#### b) Centro psicosociale di Vimercate (CPS)

Questo presidio territoriale, con logica intra-distrettuale, serve i comuni di AGRATE, ARCORE, BERNAREGGIO, BURAGO, CAMPARADA, CAPONAGO, CARNATE, CONCOREZZO, CORREZZANA, LESMO, RONCO BRIANTINO, USMATE e VIMERCATE, raccogliendo un bacino d’utenza di 119.483 per una presa in cura di 1.017 pazienti e 14.673 interventi (anno 2002).

*Le prestazioni di competenza che vi vengono garantite riguardano l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali di prevenzione, cura, assistenza e riabilitazione per i cittadini residenti nel territorio descritto, con particolare attenzione:*

- agli interventi psicoterapici e psicofarmacologici (individuali, di coppia e di gruppo);
- le attività riabilitative e assistenziali;
- gli interventi psicoterapeutici integrati per le patologie gravi;
- le consulenze medico-legali;
- le attività di tutoring per tirocinanti psicologi;
- le attività di riabilitazione e inserimento lavorativo, guidato da operatori della riabilitazione.

Il Centro Psicosociale di Vimercate garantisce un'apertura diurna (dalle 8.30 alle 17.00), nei primi cinque giorni della settimana e vi si accede su invio del medico di base, ma anche liberamente presentandosi direttamente allo sportello di accoglienza.

L'organico attivo nel presidio può contare su: quattro medici psichiatri, uno psicologo; un coadiutore amministrativo; una caposala; quattro infermieri professionali (territoriali); una OTA e una assistente sociale.

### **c) Centro psicosociale di Vaprio (CPS)**

Anche questo presidio, ricavato come quello di Vimercate in uno spazio indipendente dentro l'area ospedaliera, serve una quota di popolazione, anche se di peso inferiore rispetto alla precedente, raccolta in modo funzionale alla sua ubicazione.

Più precisamente vi fanno riferimento i cittadini dei comuni di AICURZIO, BASIANO, BELLUSCO, BUSNAGO, CAVENAGO, CORNATE, GREZZAGO, MASATE, MEZZAGO, ORNAGO, POZZO D'ADDA e RONCELLO per un bacino d'utenza di 72.685 abitanti per una presa in cura di 601 pazienti e 9.372 interventi (anno 2002).

*Le prestazioni di competenza che vi vengono garantite riguardano l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali di prevenzione, cura, assistenza e riabilitazione per i cittadini residenti nel territorio descritto, con particolare attenzione:*

- agli interventi psicoterapici e psicofarmacologici (individuali e di coppia);
- le attività riabilitative e assistenziali;
- gli interventi psicoterapeutici integrati per le patologie gravi;
- le consulenze medico-legali.

*Il Centro Psicosociale di Vaprio d'Adda garantisce un'apertura diurna (dalle 8.30 alle 17.00), nei primi cinque giorni della settimana e vi si accede su invio del medico di base, ma anche liberamente presentandosi direttamente allo sportello di accoglienza.*

L'organico attivo nel presidio può contare su: tre medici psichiatri, uno psicologo; una caposala (f.f.); quattro infermieri professionali (territoriali) di cui uno p.t. al 70%; un infermiere generico p.t. al 70%; una OTA e un'assistente sociale.

### **I Centri Psicosociali e la Convenzione Intercomunale**

I *Centri Psicosociali* sono, di fatto, il luogo progettuale e organizzativo (*intra et extra moenia*) dove la pratica psichiatrica interagisce con i bisogni espressi dai Servizi Sociali dei comuni, ma anche dove meglio si possono concordare forme efficaci di collaborazione. Soprattutto l'estesa e sempre più rilevante diffusione delle pratiche risocializzanti e riabilitative, delinea campi operativi che certamente, pur nella differenziazione di competenze e ruoli, possono rispecchiare alcuni contenuti molto simili delle rispettive *mission* di servizio.

---

Qui infatti, i temi del “diritto di cittadinanza” (Saraceno, 1995) dei cittadini psichiatrici (abilità quotidiane, solitudine, relazione, casa, lavoro, vecchiaia, ecc.) devono poter attingere a tante diverse risorse, le cui differenti fonti devono solo ricordare le appartenenze istituzionali e non certo sancire i confini per tante azioni separate.

#### **d) Centro diurno “La Casa” di Bernareggio (CD)**

Il centro diurno “La Casa”, struttura intermedia non residenziale (SINR) che fa parte del CPS di Vimercate, è stato aperto nel 1981. Attivato inizialmente con l'obiettivo di offrire interventi di risocializzazione per pazienti con gravi forme di cronicità (spesso causate dall'esperienza di lungodegenza manicomiale), attualmente garantisce l'erogazione di prestazioni di tipo riabilitativo, che integrano la dimensione terapeutica con quella assistenziale. E in particolare:

- l'esercizio delle attività relative alla vita quotidiana (accoglienza, pranzo in comune, gruppi di discussione, ecc.);
- la conduzione di attività espressive (musico-terapia, animazione musicale, laboratori di varie complessità, attività corporea);
- le attività risocializzanti (gruppo ludico musicale e ricreativo, gite turistiche, uscite a pranzo);
- gruppi di lavoro su attività di base e sociali (gruppi di orticoltura, cucina, redazione, lavorazione del cuoio).

Il centro diurno “La Casa” è accreditato per un'ospitalità massima di 15 pazienti ed è attivo dal lunedì al venerdì (dalle 09.00 alle 17.00) e il sabato (dalle 9.00 alle 14.00) e nel corso del 2002 sono 52 gli utenti che hanno usufruito di almeno una prestazione. L'unica modalità prevista per accedere alla struttura diurna semiresidenziale è l'invio dal CPS.

L'organico dei professionisti che opera nel centro diurno è composto da: un medico psichiatra (già in carico al CPS di Vimercate); due educatori professionali dipendenti; e tre educatori professionali forniti da una cooperativa sociale.

#### **e) Centro diurno di Vaprio d'Adda (CD)**

Il centro diurno di Vaprio d'Adda, struttura intermedia non residenziale (SINR) che già faceva parte del CPS situato a Trezzo fin dal 1982, è stato qui trasferito lo scorso anno.

*Il centro garantisce l'erogazione di prestazioni di tipo riabilitativo che possano integrare la dimensione terapeutica con quella assistenziale, con particolare riferimento:*

- alle attività relative alla vita quotidiana (accoglienza, pranzo in comune, gruppi di discussione);
- le attività espressive (atelier, musico-terapia, animazione musicale, laboratorio carta, attività corporea);
- le attività risocializzanti (gruppo ludico musicale e ricreativo, gite turistiche, uscite a pranzo);
- i gruppi di lavoro su attività di base e sociali (cucina, redazione, organizzazione feste).

Il centro diurno di Vaprio è accreditato per un'ospitalità massima di 12 pazienti ed è attivo dal lunedì al venerdì (dalle 09.00 alle 17.00) e il sabato (dalle 9.00 alle 14.00) e nel corso del 2002 sono 66 gli utenti che hanno usufruito di almeno una prestazione.

Anche qui la modalità prevista per accedere alla struttura diurna semiresidenziale è l'invio dal CPS.

---



L'organico che gestisce il centro diurno è composto da: un medico psichiatra (già in carico al CPS di Trezzo); tre educatori professionali forniti da una cooperativa sociale e infine un infermiere professionale del CPS (a turno).

#### **f) Comunità protetta di Trezzo (CP)**

Questa struttura residenziale è relativamente recente. Infatti è stata ultimata e inaugurata nel dicembre del 1998, in una prima fase con un'apertura limitata al fine settimana e, successivamente, a tempo pieno (24 ore su 24). Per quanto riguarda le prestazioni tipiche di questo spazio terapeutico, vi viene garantita l'erogazione di interventi psicoterapeutici integrati ed intensivi per pazienti con patologia grave. Particolare attenzione viene dedicata ai programmi terapeutico-assistenziali-riabilitativi personalizzati rivolti a pazienti con patologie gravi dimessi dal reparto D. e C.

La struttura intermedia residenziale (SIR) è accreditata per ospitare 9 utenti. I pazienti accolti nel 2002 sono stati 140, di cui 20 sono stati ricoverati una volta nell'anno. Le giornate di degenza sono state, nell'anno in esame, 3.171.

Alla comunità si viene ammessi se inviati dai due CPS o dal reparto di diagnosi e cura (SPDC).

Infine la composizione dell'organico. Lo compongono: un medico psichiatra (già in carico al CPS di Trezzo); un caposala f.f.; otto infermieri professionali forniti da una cooperativa; sette educatori professionali forniti da una cooperativa; uno psicologo (p.t.) fornito da una cooperativa.

#### **g) Centro riabilitativo terapeutico di Vaprio (CRT)**

Il 15 novembre 2003 è stato inaugurato il CRT a Vaprio attivando 14 posti letto che dovranno diventare 20 nell'arco del prossimo anno; inoltre verranno utilizzati, sempre nella medesima sede, 8 posti di semiresidenzialità.

Il CRT è un presidio organizzato secondo il modello della comunità terapeutica, deputato a realizzare i programmi terapeutico-riabilitativi a termine, quindi per progetti che mirano a sostenere e sviluppare le capacità di autonomia dei pazienti e che richiedono la temporanea residenzialità del paziente in una struttura di tipo abitativo, assistita 24 ore su 24. Il CRT è un presidio sanitario ma non ospedaliero.

L'accoglimento dell'ospite nel CRT è subordinato: sia alla presenza di malattia psichica perdurante, con riduzione del grado di autonomia, sia di una sfavorevole condizione socio-ambientale; circostanze ambedue che non consentono né la permanenza del paziente al proprio domicilio, né il suo inserimento in altre strutture non sanitarie.

Tali circostanze richiedono perciò sia la continuità quotidiana del trattamento terapeutico riabilitativo, che una soluzione abitativa protetta.

L'inserimento di un paziente nel CRT presuppone la formulazione di un progetto terapeutico riabilitativo che mediante una costante attenzione alle relazioni intercorrenti nella vita di comunità, promuova la massima autonomia possibile dell'ospite.

Il paziente pertanto disporrà nel CRT di quei comuni beni reali e simbolici, come la "casa", la privacy, le proprie suppellettili, gli indumenti personali e tutta quella libertà di iniziativa compatibile con la vita di comunità.

Particolare attenzione sarà rivolta alla acquisizione-riacquisizione dell'uso del denaro, al fine di consentire all'ospite una capacità di autonomia per le abituali necessità del vivere quotidiano. Il progetto terapeutico-riabilitativo personalizzato per ciascun paziente verrà predisposto grazie a un ampio ventaglio di possibili trattamenti (farmacoterapia, psico-terapia, riabilitazione, risocializzazione, assistenza).

Di questa struttura potrà usufruire il cosiddetto paziente post acuto, vale a dire il paziente dimissibile dal Servizio psichiatrico diagnosi e cura, ma non ancora nella condizione di sufficiente benessere psichico e di autonomia per poter stare in casa propria.

---

## h) Altri servizi e attività

L'Unità Operativa di psichiatria ha attivato altri servizi, sia di consulenza psicologica e psichiatrica ai reparti ospedalieri, sia di consulenza ai cittadini in relazione a patologie specifiche. In particolare sono stati attivati:

- Servizio di psicologia clinica: questo servizio consiste nel fornire consulenza psicologica e psichiatrica su richiesta dei reparti ospedalieri per pazienti dell'area critica. Inoltre, prevede anche consulenze individuali per i parenti e i gruppi di aiuto per i pazienti.
- Ambulatorio per la depressione: questo secondo servizio offre consulenza psichiatrica e gruppi di auto-aiuto.

La richiesta per accedere a tutte queste prestazioni può partire direttamente dai cittadini interessati o può essere avviata dai reparti ospedalieri. L'organico previsto per la gestione dei servizi elencati è composto da medici psichiatri e psicologi già in carico all'U.O.P.

Inoltre vanno qui ricordati:

- il protocollo d'intesa tra Convenzione Intercomunale e Azienda Ospedaliera che governa la collaborazione (nello specifico con i due CPS) per quanto concerne la riabilitazione psicosociale e l'inserimento sociale sull'asse lavoro, che vede i 29 comuni del territorio associati nel finanziamento del Programma di Riabilitazione Socio Lavorativa (PRSL), specifico significativo settore del più ampio Servizio Inserimenti Lavorativi;
- tutti gli interventi attivi, ma anche i progetti, organizzati dalle Associazioni di Volontariato con *mission* psichiatrica, che ormai da molti anni operano: diffusamente nel territorio, in sedi proprie e direttamente in alcune strutture della UOP;
- tutta quella componente significativa e preziosa della cooperazione sociale che propone progetti e attua programmi che offrono spazi residenziali, risocializzanti e riabilitativi alle persone con storia personale segnata dalle patologie psichiatriche.

(Nota: questa scheda è stata elaborata da materiale divulgativo dell'*Unità Operativa Psichiatria*)

## 8. La programmazione del triennio: le azioni di sistema

Le Azioni di sistema del prossimo triennio si svilupperanno prevalentemente in continuità con quanto già indicato dai precedenti documenti programmatori.

### 8.1 Prestazioni e servizi territoriali

Sarà obiettivo di sistema del prossimo triennio improntare azioni volte a definire con chiarezza il quadro dei servizi, interventi e prestazioni accessibili ai cittadini all'interno del nostro territorio, monitorando in particolare le condizioni di esigibilità: criteri di accesso e di partecipazione alla spesa.

La gran parte dei servizi sociali comunali ha redatto la Carta dei servizi, ovvero nel territorio si dispone di strumenti informativi che possono facilitare tale compito, per lo meno per il versante dei servizi offerti dai Comuni.

La mappatura ed il conseguente possibile confronto potranno innescare azioni per evidenziare i diversi gradienti di copertura e in prospettiva dare strumenti per sanare le aree di territorio meno

rappresentate o differenze rilevanti nei criteri di accessibilità con l'obiettivo dell'equità e dell'omogeneità territoriale nell'esigibilità dei servizi pubblici.

Non si parte da zero, anzi si è già lavorato per produrre linee guida di intervento, protocolli operativi, soprattutto nell'area dei servizi di tutela dei minori e di assistenza alle persone disabili; percorsi formativi, di consulenza e di supervisione del personale dei servizi sociali comunali hanno fortemente contribuito a formare una cultura condivisa delle modalità di intervento; la gestione di alcuni servizi delegati a Offertasociale ha necessariamente comportato una condivisione di modalità operative non solo tra i diversi servizi sociali comunali ma anche con il privato sociale gestore effettivo di tali interventi.

Si sono anche realizzate positive esperienze di collaborazione con altri soggetti istituzionali; sono stati particolarmente proficui i lavori di alcuni tavoli interistituzionali che hanno lavorato sulla messa a punto delle reciproche responsabilità, ruoli, modalità di relazione e presa in carico, producendo Protocolli e Accordi.

Probabilmente più frammentario e meno integrato si presenta il mondo dell'associazionismo e dei soggetti privati erogatori di servizi pur presente e attivo nella comunità territoriale.

L'obiettivo è quello di superare una situazione di integrazione tra i servizi probabilmente a "macchia di leopardo" e di incrementare l'informazione consapevole tra i servizi pubblici e "privati" e tra questi e la comunità.

## 8.2 Lo sviluppo del sistema informativo: l'informatizzazione della cartella sociale

Concepito per gradi, lo sviluppo del sistema informativo ha concluso la sua prima fase a metà del 2005.

I moduli ad oggi realizzati - e attivi sul portale aziendale [www.offertasociale.it](http://www.offertasociale.it) - riguardano:

- la raccolta e l'elaborazione dei dati relativi al debito informativo nei confronti della regione Lombardia (quest'anno, tale modulo è stato ripreso dalla Provincia di Milano che, a titolo sperimentale, ne ha esteso l'utilizzo ad altri ambiti, ottenendo in tal modo l'elaborazione delle informazioni anche sul livello provinciale);
- la gestione della graduatoria sovraterritoriale e della procedura di erogazione dei buoni sociali (area anziani ed area handicap);
- la gestione e il monitoraggio dei progetti complessi (leggi di settore, fondo sociale europeo, progetti interni);
- la gestione di questionari dinamici che favoriscono la raccolta e l'elaborazione dei dati trasmessi dai singoli comuni ad Offertasociale;
- la gestione di un'anagrafe dinamica dei soggetti del terzo settore territoriale;
- la gestione della pubblicazione degli atti degli organi dell'Azienda;
- la gestione della "conoscenza" per quanto riguarda la documentazione che il territorio produce sul tema dei servizi sociali e alla persona in generale;
- una parte pubblica informativa su Offertasociale (servizi, attività, ecc)

La seconda fase progettuale, attualmente in fase di conclusione, riguarda invece il "cuore" del servizio sociale, occupandosi di tutti quegli aspetti che – una volta a regime - contribuiranno a qualificare l'erogazione dei servizi e la raccolta di informazioni, a favore di una più accurata lettura dei bisogni.

---

Gli obiettivi principali di questa fase sono:

1. migliorare l'efficienza dei servizi, attraverso l'automazione di alcuni processi e la semplificazione della gestione delle informazioni;
2. migliorare la produzione e l'analisi di dati e informazioni connessi all'operare del servizio sociale, che qualifichino la lettura dei bisogni espressi dalla popolazione, la verifica del
3. grado di copertura degli stessi e l'analisi dei bisogni emergenti.

Complessivamente, le funzioni informative che saranno disponibili entro breve riguardano:

- l'informatizzazione della "cartella dell'assistente sociale" che consentirà sia di migliorare il lavoro dei nostri operatori comunali che di serbare ed elaborare dati e informazioni utili alla programmazione delle politiche sociali;
- la messa in rete degli sportelli informativi per i cittadini (progetto Stars, finanziato dalla Legge 40/98), presenti in 10 comuni del nostro territorio. Nel corso del prossimo anno è peraltro previsto un ulteriore potenziamento di questo servizio finalizzato alla produzione di un modulo informatico unico di rilevazione dei dati sull'utenza, da utilizzarsi sia nel nostro ambito che in quelli di Carate, Desio, Monza, e Seregno (Progetto "Sportelli in rete", L. 40/98);
- l'apertura e informatizzazione dello sportello "InformaDisabili", rivolto ai disabili e alle loro famiglie, finalizzato alla raccolta, gestione ed erogazione delle informazioni (dalla scuola al tempo libero, dai diritti di cittadinanza alla salute), ma anche alla rilevazione delle richieste e dei bisogni delle persone o delle loro famiglie;
- l'apertura e informatizzazione di uno sportello dedicato alle tematiche e ai servizi riguardanti le persone anziane.

### **8.3 Il potenziamento delle attività progettuali**

Anche il potenziamento della capacità progettuali rappresenta la prosecuzione di attività poste in essere nel precedente triennio, in particolar modo attraverso l'ampliamento di funzioni dell'Ufficio del Piano di Zona. Diversi fattori alimentano la necessità di mettere a sistema la funzione di quest'ultimo nel campo della progettazione:

1. la progressiva contrazione delle risorse finanziarie destinate alle politiche sociali e il conseguente bisogno di diversificare i canali di finanziamento
2. la necessità di ampliare gli spazi di intervento di carattere innovativo e sperimentale
3. il desiderio di accedere a dimensioni operative più ampie, magari a livello europeo, per esportare ed importare conoscenza e buone pratiche.

### **8.4 Il rafforzamento del sistema Comuni e Ufficio di Piano**

Il sistema di offertasociale già garantisce la complementarietà tra interventi locali e quelli a gestione territoriale, ponendo al centro l'interazione con tutti i servizi sociali comunali. Tale organizzazione - già perfezionata mediante l'individuazione delle due coordinatrici delle Commissioni tecniche - ha messo in luce altre potenzialità in grado di migliorare e snellire ulteriormente i diversi livelli di scambio, comunicazione e decisione tra l'area centrale, i servizi forniti da offertasociale e quelli di matrice locale.

Su questa premessa, nel prossimo triennio verranno individuate le azioni finalizzate a consolidare e rendere ulteriormente efficace il sistema a rete partecipato dai singoli Comuni, il Piano di Zona (in tutte le sue componenti) e offertasociale, in un processo di costante miglioramento.

---

Il potenziamento di questa funzione, infatti, vuole attenuare le difficoltà di partecipazione costante che si creano per il frazionamento del territorio in molti comuni e, conseguentemente, per la presenza di un numero significativo di assistenti sociali.

Difficile quindi mantenere un buon coinvolgimento - intenso e continuo - con un così grande numero di operatori. Ecco quindi che la ridefinizione delle commissioni perché rappresentino l'ambito nella sua estensione più ampia, la strategia che vede le due coordinatrici dedicare parte del proprio tempo professionale ai compiti dell'ufficio di piano e l'assegnazione del coordinamento dei tavoli tematici a operatori comunali, sono tutte condizioni strutturali che mantengono alto il tasso di competenza di quella categoria professionale nel sistema e rafforzano il rapporto di partecipazione con i servizi sociali dei comuni.

## 8.5 La valutazione della programmazione sociale: elementi di metodo

La necessità di approntare strumenti e tecniche valutativi della programmazione sociale è emersa già in fase di attuazione del primo triennio, se non altro quale punto di attenzione condiviso a livello teorico. Differentemente dall'azione di verifica, la valutazione reca con sé l'obiettivo di comprendere e nel contempo dare significato alle esperienze nel loro complesso, in un processo dinamico improntato al "costruire correggendo".

A tale riguardo, se da un lato è necessario sviluppare percorsi formativi che aiutino le singole realtà (pubbliche e del privato sociale), i singoli gestori a promuovere una cultura della valutazione dei progetti è altrettanto importante - forse ancor di più - promuovere un nuovo approccio culturale finalizzato a cogliere la portata complessiva del PdZ.

Oggi ci fermiamo un passo prima: siamo in grado di valutare se una certa azione, ad esempio l'assistenza domiciliare minori, è in grado di soddisfare la necessità di tutelare il minore in un percorso di crescita che attraversa un momento critico; siamo in grado di fornire dati sulla durata degli interventi, sul loro esito e su quante volte si sia riusciti ad evitare il ricorso ad azioni più pesanti ed invasive. Quello che non sappiamo è se i ragazzi nel nostro territorio stanno meglio o peggio da tre anni a questa parte. E' se l'aumento della spesa sull'assistenza domiciliare minori nasce da un effettivo maggior bisogno di quel servizio o dal meccanismo dell'offerta che induce la domanda. Quello che nei fatti non sappiamo è se il fabbisogno sia aumentato o diminuito.

Darsi un buon metodo di analisi valutativa significherà pertanto condividere, tra i diversi soggetti coinvolti, gli obiettivi e il senso del valutare, mentre l'approccio dovrà essere necessariamente di miglioramento del servizio, dell'intervento o, ancora, delle scelte politiche posti in essere.

Oltre alla individuazione delle finalità, sotto il profilo teorico, il percorso che porterà alla costruzione del disegno valutativo dovrà considerare:

- gli attori valutanti
- la *mission* (ovvero le funzioni e gli indirizzi sottostanti l'intervento, il servizio, ecc)
- le dimensioni della valutazione (ovvero gli elementi attorno a cui focalizzare l'analisi)
- gli indicatori (di benessere, di salute, di soddisfazione ecc)
- gli strumenti
- le fonti informative

In relazione a quanto discusso sino ad ora e alle aspettative condivise preliminarmente su questo tema con i diversi attori (all'interno dell'Ufficio di piano e sui tavoli d'area) le dimensioni entro cui intendiamo sviluppare il processo valutativo appaiono le seguenti :

---

1. la *governance* locale, con attenzione particolare al sistema partecipativo e al livello di integrazione degli interventi tra i Comuni, tra questi e offertasociale, tra i Comuni e la ASL, ecc;
2. l'impatto (quali-quantitativo) del sistema generato dal Piano di Zona sull'operatività dei singoli Comuni
3. la capacità di soddisfare i bisogni dei cittadini da parte delle politiche e degli strumenti realizzati (tra cui, per l'importanza economica delle quote dedicate ad essi dedicati, i titoli sociali)

## 8.6 Oltre il FNPS

Il tentativo di ampliare la competenza programmatica del Piano di Zona oltre i confini del FNPS ha già avuto luogo durante il primo triennio. Ciò è avvenuto sia canalizzando le risorse finanziarie derivanti dalle leggi di settore verso il perseguimento degli obiettivi definiti dal PdZ sia conferendo ad offertasociale la titolarità della stragrande maggioranza dei progetti presentati.

In una logica di continuità, contiamo di allargare ulteriormente il campo di competenza del PdZ, arrivando, seppur con gradualità, a gestire un bilancio sociale di ambito che riguardi il complesso delle risorse relativi agli interventi e i servizi sociali, comprendendo quindi oltre il FNPS e le leggi di settore anche i servizi di offertasociale (di fatto già gestiti in un'ottica sovraterritoriale).

## 8.7 Promozione e sviluppo dei rapporti tra enti locali e terzo settore

Come si è detto il terzo settore si è organizzato sul territorio in forme di rappresentanza che garantiscono a tutte le realtà dell'associazionismo e della cooperazione luoghi e spazi per una proficua partecipazione allo sviluppo delle politiche sociali.

Esso rappresenta una realtà molto articolata e a tratti anche disomogenea, è pertanto necessario far chiarezza sulle diverse funzioni e ruoli che i vari soggetti possono assumere in un processo partecipativo per utilizzare al meglio le risorse di ogni singola realtà.

Se in linea di massima le associazioni possono ricoprire la funzione di sensori dei bisogni, in quanto solitamente composte da portatori di interesse e finalizzate alla risposta di bisogni specifici e primari, discorso diverso si apre per le cooperative e nell'ambito delle cooperative tra quelle tese alla gestione dei servizi (cooperative di tipo A) e quelle finalizzate all'inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati (cooperative di tipo B).

Anche i bisogni espressi dalle singole realtà sono differenti e devono essere tenuti presenti attraverso un'azione politica specifica.

Si pone innanzitutto un problema formativo. Molte realtà, in particolare quelle in cui lo spirito mutualistico è più forte e l'azione è indirizzata a rispondere ai bisogni propri degli associati, fanno fatica, quando chiamate a un ruolo di rappresentanza complessiva del terzo settore, a considerare le loro necessità come una, e solo una, delle necessità del territorio. Il rischio è che si sviluppi uno spirito corporativo in cui la partecipazione ai lavori risulta più in funzione di potenziali vantaggi piuttosto che dello sviluppo complessivo del benessere locale.

Sul piano formativo, è necessario agire in due direzioni:

- sviluppare una cultura dell'agire in ambito sociale come azione fortemente integrata nel complesso delle politiche sociali;
- approfondire la funzione della rappresentanza.

Un capitolo a parte è riservato alla cooperazione sociale.

---



La cooperazione è complessivamente vista come principale ente gestore di servizi. Questa visione va sicuramente stretta sia in relazione al considerevole impegno profuso su più fronti dalla cooperazione in questi anni sia perché essa non coglie la dimensione d'impresa di queste realtà. Per restare nell'ambito delle cooperative di tipo A l'assegnazione degli appalti sul territorio risponde a esigenze di qualità del servizio erogato. E' quasi sempre così ormai e sempre meno sono gli appalti affidati sulla base del minor costo. Nella maggior parte delle situazioni si richiede l'applicazione del contratto collettivo nazionale del lavoro, elemento dovuto, ma spesso disatteso. Rimane aperto un nodo centrale. In questo settore di lavoro sono impiegate ormai molte persone; alcune delle realtà territoriali hanno assunto dimensioni vicine alle aziende più significative. La maggior parte di dipendenti delle realtà cooperative sono lavoratori assunti per un monte ore ridotto, un monte ore che per la sua articolazione spesso rende difficile l'integrazione con altre attività. Senza una programmazione e un coordinamento si rischia di costruire un sistema che produce nei fatti una forma di precariato che, seppur protetta (si tratta perlopiù di assunzioni a tempo indeterminato), non consente alla maggior parte delle persone di costruirsi un progetto di vita completo. E' paradossale che la risposta ai bisogni in ambito sociale rischi di produrre un bisogno sociale.

Problema diverso, ma che si iscrive nello stesso registro, è quello relativo alle cooperative di inserimento lavorativo. Il recente protocollo sottoscritto dai comuni del nostro ambito con cui essi si impegnano ad utilizzare la legge 381 e quindi ad affidare direttamente commesse di lavoro a suddette cooperative è stato fino ad ora completamente disatteso. Pur non avendo informazioni certe sui motivi si ritiene che il tutto possa essere riconducibile a due fattori:

- la presenza sul territorio di aziende pubbliche (in collaborazione con privati) che hanno iniziato un'azione di concorrenza nel medesimo settore;
- un giudizio negativo, da parte dei committenti, sulla qualità del lavoro realizzato.

Ad oggi, non abbiamo elementi per poter affermare se sia vera l'una o l'altra o entrambe queste ipotesi. Come evidenziato nel paragrafo 3.3 *"Le intese tra gli attori del sistema"*, rimane la necessità di monitorare e valutare attentamente l'impatto – anche politico - del Protocollo. Se l'offerta di queste realtà (manutenzione del verde, pulizie, assemblaggio, etc.) non risulta essere interessante per gli enti locali e per i privati si tratta di capirne le ragioni, per poi strutturarne i possibili percorsi risolutivi, quali la riconversione produttiva.

Ne deriva che, laddove il PdZ voglia davvero fungere da piano regolatore del sociale, occorre non solo estenderne i confini ma anche coordinarne le strategie con quelle di altre aree della pubblica amministrazione. Diritto alla casa, al lavoro, protezione dell'ambiente, reinserimento, prevenzione sono temi che non hanno ragion d'essere se non assunti trasversalmente da tutti gli organi chiamati a presiedere le funzioni pubbliche e da tutti quegli enti del privato, del terzo settore (non solo d'ambito sociale) che svolgono la loro azione giorno per giorno nel nostro territorio.

### **8.7.1 La partecipazione vista dalla parte del terzo settore**

Dopo il primo triennio di lavoro svolto negli ambiti del PdZ possiamo dire che per quanto riguarda la partecipazione si confermano nella nostra esperienza due tipi di considerazioni:

- a) un processo partecipativo, per superare e sopravvivere all'entusiasmo iniziale ha bisogno di soggetti forti e realmente rappresentativi;
  - b) la partecipazione è un onere, un costo, richiede risorse.
-

---

A fronte degli esiti sicuramente positivi del lavoro realizzato dal (e in seno al) Terzo Settore per dotarsi di una forma di rappresentanza autentica, a tratti, ha rischiato di confermarsi la riflessione molto critica che Judith Innes ha qualche anno fa avanzato sulle condizioni effettive della partecipazione pubblica la quale, *“affidata a metodi piuttosto tradizionali, il più delle volte produce risultati scarsi. Nel senso che non si produce una reale, ‘genuina’ partecipazione nella pianificazione o nelle decisioni; restano insoddisfatti tanto i decisori pubblici, i funzionari e tecnici incaricati di gestire queste iniziative, quanto quelli che sono stati coinvolti nel processo partecipativo, o che hanno voluto ingaggiarsi in esso. I costi inoltre sono alti, in termini di tempo, ma non solo. Non è scontato che si riscontri un miglioramento delle politiche, anche perchè alle volte capita che si estremizzino le posizioni, le contrapposizioni tra parti discordanti”* (in *“Public Participation in Planning: New Strategies for the 21st Century”*, J. Innes, 2000).

L'avviare un processo partecipativo è qualcosa di simile all'innescare una reazione a catena: gli esiti sono difficilmente controllabili e paradossalmente proprio maggiore è la competenza e la qualità degli interlocutori più alta, per una certa fase, diventa l'instabilità del sistema: maggiore e più qualificata è la partecipazione, maggiore si fa la richiesta di ulteriore partecipazione.

Ma un processo partecipativo non può regredire: o avanza o si sfalda completamente. Nel nostro territorio, possiamo dire che l'attuazione di tale processo ha contribuito in modo determinante alla costruzione di un sistema organizzato, in grado di giocare da interlocutore forte nei confronti dei molteplici attori partecipanti alla programmazione zonale.

Partecipare deriva dal termine “parte”, il cui etimo significa “generare”. La partecipazione è quindi un processo dinamico, che dà vita, che fa crescere; per tale motivo, essa non può darsi per scontata, ma anzi obbliga tutti coloro che la “abitano” ad interrogarsi costantemente sul suo significato e le ricadute che essa comporta.

In tale cornice si sono sviluppati forme e canali partecipativi di volta in volta differenti. Se alcuni soggetti hanno rivendicato la propria partecipazione, tal altri hanno “preteso” quella di altri: associazioni esterne agli organismi di rappresentanza; singoli associati nei confronti della propria organizzazione; gli enti locali nei confronti della ASL e dell'Azienda Ospedaliera; e ancora il terzo settore nei confronti degli enti locali. Eppure il processo ha continuato a procedere e ad evolversi, senza che ciò abbia comportato particolari ritardi.

La partecipazione, proprio perché il suo etimo sta in quel “generare” che rimanda a un'estrema dinamicità non può essere un processo che venga chiuso da strutture organizzative rigide in grado di “garantire la partecipazione”. La partecipazione è un diritto, non un dovere, ed è in tal quadro che essa va esercitata. La partecipazione non può tuttavia essere rivendicata, perché non si dà partecipazione per concessione di qualcuno, ma per appropriazione da parte dei soggetti interessati.

L'accettare un processo dinamico e in continua evoluzione non significa non darsi degli obiettivi o non definire dei modelli. Sotto tale profilo, se si analizza quanto espresso nelle diverse occasioni dai rappresentanti del terzo settore. Il modello che trova oggi più consenso ci riporta a Judith Innes e a quello che la studiosa definisce modello “collaborativo”.

*“Questo modello pone in primo piano la partecipazione come interazione reale tra coloro i quali sono portatori di interesse, che possono muovere poteri istituzionalizzati, o cospicue risorse, e soggetti meno forti e istituzionalizzati, ma attivi nella produzione di politiche e di beni pubblici. Lo possiamo definire anche come modello del dialogo, poiché è proprio l'esperienza del dialogo ad essere centrale”*. Esso funziona in presenza di condizioni di diversità e interdipendenza tra le parti, che possono essere livelli di governo quanto parti politiche e sociali, pubbliche e private. La forma di potere che si sviluppa è proprio quella del network, che è stare in relazione.

La concettualizzazione recentemente proposta con la teoria della *governance* fa riferimento proprio a questo modello di decisione. Il suo principale interesse sta nella qualità del tipo di partecipazione

---



che propone, e cioè nella possibilità di suscitare le condizioni perchè si dia apprendimento tra le parti, e quindi azione congiunta. La base sta nella condivisione dell'esperienza, da parte dei partecipanti, che in corso d'azione apprendono a rinegoziare i loro presupposti e i loro obiettivi. Condivisione, dialogo possono portare a un superamento delle dinamiche della democrazia rappresentativa tradizionale, ma non annullano il concetto di responsabilità che resta propria dell'ente locale, anche se ciò si gioca a questo punto più sulla qualità della partecipazione che sul contenuto degli specifici progetti.

### **8.7.2 Terzo Settore: alcune indicazioni per il Piano di Zona**

Nel presente paragrafo si evidenziano alcuni aspetti assunti dal PdZ ritenuti di particolare rilevanza da parte del Terzo Settore.

#### **LA TERRITORIALITA'**

Assumendo a riferimento i bisogni della comunità e l'impegno per la realizzazione del bene comune, appare sempre più necessario passare da una visione "municipalista" ad una prospettiva di "territorio", che nel nostro caso è rappresentato dal Distretto Socio-Sanitario del Vimercatese e Trezzese.

L'adozione di quest'ultima assicurerebbe il miglioramento e il potenziamento degli interventi, contenendo il rischio di differenziare la risposta al fabbisogno a seconda del comune di appartenenza.

#### **PERIMETRO PIANO DI ZONA**

Il Piano di Zona gestisce innanzitutto le risorse relative al fondo sociale per le politiche sociali, che ciascuna Regione riceve dallo Stato e che a sua volta ripartisce tra gli ambiti territoriali. Ma la logica del Piano di Zona è quella di arrivare, con gradualità, a gestire un bilancio sociale di ambito, che riguarda l'insieme delle risorse concernenti gli interventi e i servizi sociali.

Allargare sempre di più l'oggetto della programmazione del PdZ (e conseguentemente la competenza dei Tavoli della programmazione partecipata), coinvolgendo anche i servizi di Offertasociale (di per sé sovraterritoriali) consentirebbe di presidiare l'intera spesa sociale del territorio. Ritenendola una decisione politica fondamentale, e non tecnica, se ne propone la discussione in seno all'Assemblea dei Sindaci.

#### **PROGRAMMAZIONE PARTECIPATA ANCHE NEI 29 COMUNI**

Per ottenere una coerenza di prassi e metodologia tra livello territoriale e municipale, occorre attivare un percorso che porti all'adozione del modello partecipativo proprio del P.dZ. anche nelle singole amministrazioni comunali.

#### **REGOLAMENTI COMUNALI E TARIFFAZIONE DEI SERVIZI**

Omogeneizzare i singoli regolamenti comunali, anche elaborando un regolamento territoriale. Accanto alla uniformazione della tariffazione dei servizi, è questa un'azione che si ritiene congruente sia all'ampliamento del perimetro del PdZ sia alla programmazione partecipata a livello dei singoli comuni. Inoltre, sempre in tema di partecipazione ai costi da parte dei cittadini utenti e delle loro famiglie, si richiama l'applicazione del decreto legislativo n. 130/2000.

#### RISORSA PROMOZIONE TERZO SETTORE TERRITORIALE

Nelle precedenti annualità del PdZ è stata prevista una quota di risorse a disposizione del Terzo Settore. Si richiede che tale azione venga mantenuta come azione di sistema anche per le prossime annualità del PdZ, nei termini di:

- sostegno alla attività istituzionale dell'Assemblea Terzo Settore;
- promozione e rafforzamento di progetti del Terzo Settore sul nostro territorio, definendo ogni anno il tema/area di intervento, in accordo con il tavolo sistema.

#### PREVENZIONE e INNOVAZIONE

Pur a fronte della riduzione delle risorse del fondo indistinto, è necessario non abbassare la guardia sui temi della prevenzione e dell'innovazione, in quanto essenziale per poter far fronte ai bisogni emergenti (e conseguente ricerca/sperimentazione di nuove risposte). In tal quadro è opportuno incrementare le sinergie con gli altri interventi presenti sul territorio, quale quello promosso da Equal - Agenzia di Cittadinanza affinché le risorse siano investite in una logica coordinata. Anche altre fonti di finanziamento, come la Legge 23, devono trovare forme di coordinamento attraverso un'azione diretta da parte del terzo settore e una maggior precisione nella definizione degli indicatori di priorità.

## 9. La programmazione del triennio: gli obiettivi di Area

### 9.1 Area Anziani

L'invecchiamento della popolazione rappresenta un'importante conquista e al tempo stesso sfida della società. Nonostante i dati demografici relativi al nostro territorio supportino l'ipotesi di un'area relativamente meno condizionata dal problema invecchiamento rispetto ad altre realtà regionali, è indubbio che anche da noi tale processo sta già alimentando profondi mutamenti, non solo quantitativi ma anche qualitativi sia a breve che nel lungo periodo. Tra questi vale la pena segnalare:

- l'allungamento della vita ed il progressivo aumento dei "grandi vecchi"
- la progressiva femminilizzazione della popolazione anziana (più di 2/3 della popolazione anziana è costituito da donne)
- le modifiche delle strutture familiari con un aumento delle famiglie monopersonali composta per il 43% da persone con età superiore a 65 anni, il conseguente aumento degli anziani che vivono soli o in coppia di soli anziani
- la diversa distribuzione e condizione della popolazione anziana in relazione alla dimensione e ubicazione comune di residenza.

A partire da questi dati, l'attenzione sarà rivolta in modo prevalente alle tematiche collegate alla gestione della non autosufficienza.

Infatti, se le condizioni complessive delle persone anziane sono migliorate, si verifica una maggiore incidenza delle situazioni di invalidità cronica dopo i 75 ed anche 80 anni; tra le cause, in aumento le malattie degenerative che colpiscono le capacità cognitive. L'area della non autosufficienza si sposta dunque in avanti e riguarderà un numero crescente di persone.

E' grande pertanto la preoccupazione per la reale disponibilità ed accessibilità delle risorse di cura, anche a fronte di legami parentali tendenzialmente meno numerosi e più fragili.

Nel prossimo triennio, nell'area anziani si intendono perseguire obiettivi centrati sull'approfondimento dei dati epidemiologici e della conoscenza delle risorse esistenti; il metodo di lavoro dovrà privilegiare la messa in rete di informazioni, esperienze, progettualità, nell'ottica di

estendere le opportunità di accesso ai servizi ed agli interventi di sostegno a favore delle persone anziane e dei loro care-giver.

I temi individuati, per i quali si preciseranno le priorità e le connessioni tra enti, istituzioni, terzo settore riguardano:

*1. Rafforzare la rete dei servizi: sostegno alla domiciliarità, accoglienza temporanea, soluzioni abitative e residenziali*

- Alloggi protetti : ricerca di esperienze realizzate intra/extra territorio, valutazione di possibili progetti innovativi
- Rivalutazione del ruolo svolto dalle case-famiglia del territorio e della loro collocazione nella rete locale dei servizi
- Approfondimento del servizio di “Country hospital”, quale risposta al bisogno dell’anziano di un periodo di ricovero per cure non più garantite dagli ospedali; contatti con alcune esperienze significative, organizzazione di incontri per condividere le conoscenze e valutare la rispondenza di questa tipologia di intervento alle esigenze del nostro territorio
- Sportello anziani: sperimentazione del servizio istituito a supporto dei servizi sociali, per facilitare un migliore orientamento alle famiglie e l’acquisizione “in tempo reale” delle indicazioni utili per decidere e richiedere l’inserimento di una persona in una residenza per anziani (RSA), in un servizio di accoglienza temporanea o in un centro diurno (CDI); sostenere psicologicamente in fase iniziale le famiglie degli ospiti dei CDI; valutazione della possibile funzione di collegamento e collaborazione con le strutture della zona.
- potenziamento del ruolo e della funzione degli anziani autosufficienti, promuovendo la nascita di Centri autogestiti.

*2. Non solo Alzheimer: rilevazione del bisogno e dell’offerta di servizi dedicati alle persone affette da malattia di Alzheimer e da patologie con decadimento cognitivo*

- Raccolta dati epidemiologici in collaborazione con il servizio sanitario
- Rilevazione dei servizi in atto a favore dei malati di Alzheimer e loro familiari (modalità di approccio al domicilio, gruppi di auto-mutuo aiuto, funzione dei centri diurni integrati)
- Identificazione dei principali bisogni delle famiglie e del territorio

*3. Attenzione al mercato del lavoro di cura e assistenza domiciliare: coordinamento di Offertasociale del progetto “Network-Sistemi di cura e assistenza domiciliare” finanziato dal Fondo sociale europeo*

- Sostegno alla creazione di una rete pubblico-privata volta a regolamentare il sistema domanda/offerta di assistenti familiari
  - Qualificazione delle figure professionali coinvolte
  - Creazione di un albo di assistenti familiari
-

#### 4. *Accesso dell'utenza ai servizi di Offertasociale*

- Verifica delle modalità di erogazione e partecipazione alla spesa del servizio di teleassistenza da parte degli utenti nei 29 comuni e proposta di criteri a livello territoriale per l'accesso al servizio
- Ipotesi di linee di indirizzo relative all'adozione di prassi omogenee per la diffusione e l'erogazione dei servizi gestiti da Offertasociale (buoni sociali, vacanze assistite, teleassistenza)

#### 5. *Individuazione dei temi ad integrazione socio sanitaria*

- Condivisione di progetti/interventi con la ASL  
Condivisione delle informazioni e dei dati relativi al progetto di dimissioni protette in atto nel territorio dell'ASL MI3.

## 9.2 Area Disabili

Per il prossimo triennio, gli obiettivi dell'area disabili riguarderanno, da un lato, il consolidamento dei servizi e degli interventi realizzati nel precedente Piano di Zona, dall'altro, tenderanno ad integrare in modo più puntuale le aspettative e il fabbisogno espressi in diverse sedi dalle persone disabili e dai loro familiari.

In particolar modo, emerge sin d'ora come indispensabile la realizzazione dell'anagrafe dinamica dei disabili (da tenersi costantemente aggiornata) in quanto finalizzata alla qualificazione della progettualità nell'area nel suo complesso. Tale base di informazioni comuni faciliterebbe infatti una progettazione condivisa e integrata in relazione alle attività socio-sanitarie e socio-educative e potrebbe favorire una migliore ridefinizione del sistema di offerta dei servizi a favore delle persone disabili tenendo conto dei cambiamenti attualmente in corso in tale ambito (passaggio da CSE a CDD e da SFA a CSE).

L'altro importante tema, trasversale anche alle altre aree, è quello della casa e della domiciliarità inteso come la possibilità per le persone disabili di potersi sperimentare in percorsi di acquisizione di una graduale autonomia, in un'ottica di emancipazione dalla famiglia d'origine e di realizzazione personale. Inoltre la progettazione in questo ambito permetterà di riflettere sul tema del "dopo di noi", particolarmente sentito dai familiari delle persone disabili, non solo dal punto di vista pratico/legale, ma anche ipotizzando la sperimentazione di percorsi anticipatori e preventivi del momento in cui la persona disabile potrebbe trovarsi priva del sostegno familiare.

Rispetto a quanto già attivato (anche a livello sperimentale), ci si propone di:

1. verificare e nel caso potenziare le funzioni dello sportello "InformaDisabili" (ex progetto "Abilitare la città"), quale strumento e luogo di informazione e consulenza sul tema della disabilità a favore delle famiglie e degli operatori
2. garantire continuità al progetto Vivaio, a supporto dell'inserimento lavorativo dei giovani disabili
3. valutare e predisporre risorse a sostegno del progetto "Telecottage", a favore delle persone affette da disabilità fisiche più o meno gravi
4. Valutare l'efficacia del progetto "Ore si Sollievo" anche al fine di una complessiva comprensione dello strumento voucher.

Altri obiettivi sono quindi:

1. realizzare l'anagrafe dinamica disabili
2. realizzare interventi di domiciliarità protetta, anche temporanea, a sostegno della emancipazione dalla famiglia di origine e della gestione autonoma del proprio progetto di vita. Tali interventi si inseriscono inoltre fra i progetti relativi al "Dopo di noi", a garanzia di una condizione di vita integrata per le persone con disabilità che restano prive del sostegno del nucleo familiare
3. realizzare una puntuale ridefinizione del sistema di offerta dei servizi (per grado di disabilità) ed in particolare degli SFA territoriali, a fronte dell'introduzione dei CDD e la probabile futura scopertura dei pazienti disabili meno gravi
4. attivare interventi relativi al "Dopo di noi", a garanzia di una condizione di vita integrata per le persone con disabilità che restano prive del sostegno del nucleo familiare
5. monitorare l'attuazione del Protocollo sull'integrazione scolastica dei minori disabili su tutto il territorio in modo da verificarne l'effettivo impatto
6. Individuare percorsi integrati con la ASL relativi alle attività socio sanitarie
7. Monitorare i risultati del progetto in corso con la Provincia sul sostegno scolastico per i disabili sensoriali<sup>1</sup>.

### 9.3 Area Minori e Famiglia

Il lavoro del primo triennio ha messo in luce alcuni aspetti critici riconducibili in parte all'aver privilegiato l'aspetto progettuale ed operativo a discapito talvolta della dimensione di riflessione e approfondimento delle tematiche d'area, che si ritiene debbano partire da una analisi sistematica del fabbisogno territoriale. E' emersa la necessità di individuare una metodologia condivisa che consenta di addivenire ad una lettura mirata del bisogno utilizzando, non tanto nuovi strumenti di indagine, quanto piuttosto nuovi approcci di lettura e interpretazione di dati già esistenti e legati al panorama dei servizi ed alle attività già in essere. Una limitata attenzione al metodo di raccolta e analisi in modo sistematico del fabbisogno territoriale, corre il rischio di esitare in una non chiara strategia degli orientamenti e delle politiche dell'Area Minori e Famiglia, il che porta ad una progettualità poco supportata da un'organica visione delle problematiche.

Alla luce di tale esperienza, si ravvisa la necessità di preordinare lo sviluppo delle attività future ad una attenta discussione e analisi sia dei bisogni sia dei servizi territoriali esistenti.

Complessivamente, e in continuità con il triennio precedente, le prospettive di intervento rimarranno quelle della prevenzione, della cura, della tutela e della promozione.

In particolar modo, lo sviluppo di un sistema integrato delle politiche e dei servizi rivolti all'infanzia e adolescenza dovrà tener conto di una rappresentazione sociale dei bambini e degli adolescenti attenta alle diverse fasi della loro età, in modo da poter garantire un'offerta di servizi mirata e non esclusivamente "adultocentrica".

Per quanto concerne gli adolescenti, gli interventi dovranno mirare al coordinamento tra i diversi settori degli enti locali (istruzione, cultura, politiche sociali ecc.) e le altre risorse del territorio, in primis la ASL per le competenze sul socio sanitario, in modo da garantire maggiore coerenza alle politiche a favore dei giovani e conseguire maggiore efficacia nell'utilizzo delle risorse. La complessità delle tematiche relative ai giovani (scuola, lavoro, cultura, ecc) e la molteplicità dei soggetti che, a diverso titolo, incontrano tali temi e su di essi intervengono richiedono infatti uno stretto coordinamento con e tra le diverse istituzioni, che dove già esiste deve essere potenziato.

---

<sup>1</sup> Il progetto, finalizzato all'educazione alla comunicazione dei disabili sensoriali, è di carattere sperimentale prevedendo il passaggio di competenze dalla Provincia ai Comuni.

---

In merito all'area del sostegno delle capacità genitoriali e delle responsabilità familiari si consolideranno gli interventi e i servizi esistenti mentre la promozione della cultura dell'affido e dell'accoglienza verrà posta ad azione di sistema lungo il triennio.

Sotto il profilo culturale e del metodo, ci pare che le esperienze passate abbiano confermato la consapevolezza rispetto al concetto di prevenzione, che occorre continuare nel tentativo di superare quello più "tradizionale" legato al disagio e alle dipendenze (e come tale inteso come attività volta a ridurre i fattori di rischio derivanti dal disagio giovanile), per abbracciare il concetto di favorire la qualità della vita nelle diverse e "normali" fasi di sviluppo dei bambini e dei giovani.

A partire dall'analisi dell'esistente, si ritiene di fondamentale importanza l'effettuazione di una rilevazione (intesa anche come analisi dell'esistente) preliminare dei bisogni da cui dovrà poi scaturire una progettazione condivisa e partecipata tra i vari attori del tavolo. Tale obiettivo dovrà essere conseguito durante il primo anno di lavoro attraverso metodi e strumenti condivisi.

Alla luce di tali considerazioni, gli obiettivi principali dell'Area saranno i seguenti:

1. qualificare la capacità del territorio di raccogliere dati e analizzare le problematiche riguardanti le famiglie, i minori e i giovani, potenziando il rapporto di collaborazione tra tutte le risorse, formali, informali ed istituzionali, mediante le modalità e i metodi delineati nell'ambito delle azioni strategiche
2. promuovere un sistema valutativo condiviso;
3. sostenere la funzione educativa della famiglia;
4. contrastare il fenomeno crescente della dispersione scolastica che incide prevalentemente sui minori immigrati
5. mantenere il potenziamento dell'ADM
6. consolidare il progetto Spazio neutro, quale sperimentazione ormai sedimentata, per l'instaurazione di rapporti positivi tra genitori e figli;
7. costruire nuove collaborazioni con gli istituti scolastici e la ASL per la realizzazione di interventi a favore degli adolescenti sia nelle scuole che a livello di servizi territoriali (in specie i consultori), promuovendo azioni di carattere preventivo e a sostegno del protagonismo dei giovani
8. favorire la creazione di reti che sostengano collaborazioni e sinergie tra i vari soggetti territoriali che si occupano dei minori

## 9.4 Area Salute mentale

L'area della salute mentale è quella in cui principalmente si avverte la necessità di una urgente integrazione tra l'area sanitaria e quella sociale.

Diritto alla casa, al lavoro, all'assistenza domiciliare sono solo alcune delle prime azioni da condurre insieme alla promozione di una cultura della salute mentale capace di superare lo stigma, ancora così presente, nella direzione di una vera psichiatria di comunità.

Per il prossimo triennio, le risorse destinate all'area psichiatria saranno prevalentemente utilizzate a sostegno del progetto sperimentale "*Casa & Cura*" finalizzato alla realizzazione di appartamenti a bassa protezione, a sostegno dell'autonomia delle persone affette da disturbi psichiatrici.

In realtà, il progetto coniuga due temi fortemente messi in luce dal dibattito generatosi in seno al Tavolo psichiatria:

-il bisogno di residenzialità tutelata per persone con storia psichiatrica

---

-il bisogno di assistenza domiciliare psichiatrica ma senza dimenticare il tema dell'inserimento lavorativo.

Obiettivo primario è di individuare un piccolo numero di appartamenti (di proprietà dei comuni o di altre realtà del territorio) che possano poi essere affidati a un ente tutor (CPS, cooperativa sociale, offertasociale, ecc.) che ne gestisca l'assegnazione a piccoli gruppi di persone con storia psichiatrica, e garantendone l'accesso - terapeutico ed assistenziale - ai singoli operatori. Per le persone affette da disagio psichiatrico, si tratterà di poter disporre di un'abitazione, di un ambiente "protetto" in seno alla comunità, in cui vivere o a cui fare ritorno successivamente al periodo di cura trascorso in comunità, indipendentemente dal proprio nucleo familiare.

Le fasi attuative del progetto prevedono:

- l'individuazione di un piccolo gruppo di appartamenti (casa) nel territorio;
- l'allestimento di una rete di tutela (cura) che ne garantisca un uso "ordinario"

La rete di soggetti che garantirà l'operatività e la gestione del progetto è comprensiva di: Unità Operativa psichiatria; ASL 3; Terzo settore; Comuni; Fondazione Monza-Brianza; Offertasociale.

Il carattere sperimentale dell'iniziativa sarà codificato tramite la sottoscrizione di un protocollo e sarà finalizzato a misurare la consistenza del progetto, per eventualmente programmarne la riproducibilità nel territorio.

L'avvio del suddetto progetto - che comprenderà necessariamente attività di matrice sanitaria - potrà peraltro rappresentare un'interessante opportunità per qualificare il rapporto con la ASL e l'azienda ospedaliera, e porre le basi per la realizzazione del servizio di assistenza domiciliare integrata.

Tale auspicato impegno da parte degli attori sanitari dovrebbe quindi alimentare il senso di una diversa - più attenta ed impegnata - partecipazione dei loro rappresentanti al tavolo d'area della psichiatria, a vantaggio della costruzione di concrete politiche integrate.

In questa direzione si apre anche il tema della necessità di una riqualificazione dei Centri Diurni esistenti e/o dell'apertura di un nuovo centro diurno come servizio integrato al progetto Casa e Cura.

In una prospettiva di intervento più ampia, risulta importante la necessità di individuare percorsi e interventi integrati sia con la ASL che con l'azienda ospedaliera, incrociando in modo concreto gli obiettivi del PdZ con quelli del Piano di Salute distrettuale. In particolar modo, si auspica la realizzazione di un lavoro comune con l'UONPIA volto ad affrontare i problemi dei minori con difficoltà necessitanti interventi psicodiagnostici e psicoterapeutici, che garantisca un chiarimento su numero di situazioni seguite, tempi di risposta e presa in carico da parte del servizio.

La promozione di interventi di carattere economico a sostegno delle famiglie rappresenta un ulteriore obiettivo dell'area.

## 9.5 Area delle Nuove Povertà

Al pari di quanto accade in altre zone (sia a livello regionale che nazionale), anche i dati relativi al nostro territorio mostrano come il disagio si stia sempre più caratterizzando quale condizione di rottura della normalità, e non più quale eccezione, evidenziando una crescente vulnerabilità delle persone. In particolare, emerge un crescente stato di disagio, anche economico, nei casi di rottura di vincoli familiari (matrimoni o convivenze) con conseguente impoverimento del nucleo familiare nel suo complesso e in quelli di perdita o sospensione dell'attività lavorativa con conseguente percorso discendente nella marginalità e di ciascuna delle sue componenti.

---



---

La popolazione immigrata straniera appare quella maggiormente colpita dai processi di impoverimento e di esclusione sociale, anche se, seppur con accenti diversi, tali fenomeni non mancano di interessare, in particolar modo, la componente femminile (soprattutto le donne sole con figli a carico) ed anziana della società.

Negli ultimi anni, fattori quali il rallentamento della crescita, un processo di redistribuzione orizzontale della ricchezza (che penalizza soprattutto alcuni ceti) e una percezione di rigidità della struttura sociale hanno alimentato una crescente insoddisfazione della popolazione circa il proprio tenore di vita, nonché il consolidarsi di aspettative negative per il futuro. Nel frattempo, sono venute meno buona parte di quelle condizioni che in passato, tramite meccanismi redistributivi, avevano reso socialmente sostenibile un livello di disuguaglianza decisamente elevato.

A conferma di tale fenomeno, è interessante recuperare i dati forniti dai Centri Ascolto Caritas del vimercatense relativi all'anno 2004. Essi rivelano infatti che sul totale degli utenti

- oltre il 60% sono donne
- la stragrande maggioranza è straniera (91%)
- il numero degli italiani rispetto al 2003 è raddoppiato

Quanto ai bisogni avanzati, queste persone hanno avuto problemi riguardanti:

- lo stato occupazionale (47%)
- il reddito (35%)
- l'abitazione (52% stranieri e 29% italiani)

Oltre a ricoprire la quasi totalità del bisogno, la popolazione immigrata straniera risulta per lo più disoccupata o alla ricerca di un'occupazione.

Buona parte di questa analisi ha trovato conferma nell'esito delle attività realizzate da un osservatorio attivato nel corso del 2005 dal Tavolo Nuove Povertà e allargato anche ad alcuni interlocutori privilegiati del territorio quali l'Associazione Piccole Imprese, l'AFA Confartigianato, il Centro per il lavoro e quindi gli enti di formazione.

Il confronto che ne è scaturito ha posto al centro dell'attenzione il tema lavoro e più in particolare le problematiche sociali riguardanti gli immigrati stranieri. E' così emerso che anche nel nostro territorio, il fattore "lavoro" risulta nella più parte dei casi l'elemento determinante, in grado di amplificare o ridurre le condizioni di povertà e disagio sociale dei cittadini.

In parallelo, l'analisi dei dati sulla spesa sociale relative all'emarginazione ed immigrazione nel nostro territorio mostra che tali aree sono quelle a cui vengono dedicate le minori quote di risorse, mentre gli interventi posti in essere risultano frammentati e disorganici, essendo sostanzialmente finanziati attraverso le leggi di settore.

Alla luce di queste considerazioni, gli obiettivi che ci si prefigge di raggiungere nell'Area delle Nuove Povertà sono i seguenti:

1. realizzare interventi a sostegno dell'accesso alla formazione, all'orientamento e all'inserimento al lavoro e per gli stranieri
2. Promuovere l'accesso ai servizi per gli stranieri immigrati, in specie minori (con attenzione particolare al tema della tutela)
3. Promuovere l'accesso alla casa, a sostegno dell'avvio di percorsi di re-inserimento sociale di persone in situazione di grave svantaggio
4. Qualificare i dati relativi al fenomeno delle nuove povertà a livello locale

Per quanto riguarda il progetto territoriale carcere, gestito dal Comune di Monza, l'orientamento è di correlare l'eventuale rifinanziamento ad una valutazione di efficacia.

---



## 9.6 Obiettivi e progetti in partnership con la Provincia di Milano

Come accennato nel paragrafo 2.9 è stato proposto e condiviso con la Provincia di Milano uno schema di partnership che individua un uso differenziato delle risorse fruibili mediante il co-finanziamento provinciale, coerentemente agli obiettivi zonali.

A tale riguardo, gli orientamenti espressi in sede di tavolo di Sistema risultano i seguenti.

1. *Progetti socio-assistenziali di sviluppo e innovazione per l'area disabili, anziani non auto sufficienti e adulti in difficoltà.*

Questa area progettuale è finalizzata a due diversi interventi: uno circoscritto a uno specifico bisogno, un secondo invece - più complesso e innovativo - caratterizzato da un meta bisogno di rilevanza territoriale.

### **Azione-Intervento 1.**

Il primo intervento riguarda l'area della disabilità e mira a recuperare l'esperienza del "**Tempo prolungato**" avviata in via sperimentale circa due anni or sono nel nostro territorio. L'esito e l'impatto fortemente positivi (sia presso le famiglie che gli utenti) ne motivano una riproposizione in forma continuativa.

Il progetto si rivolge alle persone disabili gravi, quando le strutture loro dedicate non sono attive, vale a dire nelle fasce orarie tardo serali e nei sabati. Le azioni previste, di carattere riabilitativo, hanno due valenze: la prima - di sostegno - diretta alla persona disabile, la seconda - di sollievo - a vantaggio delle famiglie.

I nuclei familiari con disabili esprimono infatti un doppio bisogno: da un lato, il potenziamento del principio di continuità dell'intervento assistenziale e riabilitativo diretto; dall'altro, una maggiore attenzione nei confronti delle famiglie nei termini di attenuazione/sollievo rispetto ai compiti assistenziali quotidiani.

Obiettivi specifici del progetto appaiono pertanto:

1. garantire alle famiglie una maggiore continuità curativa ai congiunti disabili per un tempo che copra in maggior misura l'arco della giornata ed ella settimana, consentendo loro di beneficiare di alcuni momenti di "stacco".
2. promuovere la creazione di spazi a sostegno dell'autonomia ed emancipazione delle persone con disabilità gravi, sulla base di percorsi individualizzati di carattere riabilitativo
3. stabilire relazioni di scambio tra le persone disabili e le altre agenzie sociali presenti sul territorio (cooperative sociali, spazi pubblici, luoghi di aggregazione ecc)

Verranno quindi realizzati interventi socializzanti/riabilitativi sia all'interno delle strutture già esistenti (CSE/CDD) - al di fuori degli orari di apertura - sia, in maggior misura, in luoghi esterni.

Tali interventi saranno affidati a realtà organizzate del terzo Settore che abbiano competenze specifiche in tema di disabilità, in specie grave. In particolar modo, tali interventi prevedono:

- l'individuazione di progetti individuali da parte dell'équipe di operatori che gestirà il progetto, sulla base di linee guida condivise con la struttura diurna di riferimento;
- la frequentazione – individuale o in gruppo - di spazi sociali ricreativi e culturali del territorio con funzione socializzante;
- la realizzazione di uscite/gite e momenti collettivi.

## **Azione-Intervento 2.**

Il secondo intervento si propone a sostegno di uno degli obiettivi chiave della programmazione triennale, specificamente al sofferto tema della residenzialità tutelata, che si declina nel più ampio orientamento territoriale di promozione e sviluppo del *social housing*.

Il fabbisogno abitativo – protetto o tutelato – emerge infatti come problematica trasversale a più categorie di svantaggio sociale. . Da qui la scelta di fornire una risposta articolata di presa in carico della persona in un progetto globale che ha come presupposto la casa come risorsa primaria su cui costruire da progetti di inclusione sociale a quelli socio riabilitativi e di emancipazione dalle condizioni di svantaggio.

La nostra iniziativa vuole mettere al centro un sistema di abitazioni tutelate a diverso grado e con funzioni differenziate: tetto, cura, assistenza, autonomia alla quotidianità, emergenza, rifugio provvisorio, ecc. In definitiva, un sistema che utilizzando concettualmente e fisicamente la casa (l'appartamento) utilizza quel luogo con un ampio e codificato arco di possibilità: da esperienza terapeutica (casi psichiatrici) a casa di transito (immigrazione), e ancora a bene essenziale per la costruzione di percorsi di reinserimento sociale (persone ex detenute, donne sole ecc).

Le azioni previste dal presente progetto si intersecheranno e, anzi, rafforzeranno – a diverso grado e sotto diversi profili - gli interventi posti in campo complessivamente in seno al PdZ.

Obiettivi specifici del progetto risultano pertanto:

- Potenziare le risorse e strumenti necessari alla implementazione di un progetto di *housing sociale* a livello territoriale, trasversale alle aree del disagio sociale adulto
- Integrare e sostenere le risorse ed agenzie territoriali (pubblico-privato sociale) già attive sul tema creando una rete che si ponga centro organizzativo di un sistema di abitazioni tutelate a diverso grado e con funzioni differenziate in base ai bisogni
- Sostenere l'avvio di un (o più) nucleo residenziale protetto sull'area individuata di maggior bisogno
- Sviluppare e sostenere progettualità innovative in risposta alle varie tipologie di bisogno per caratterizzandone la gestione in modo appropriato
- Promuovere e diffondere una cultura dell'accoglienza del diverso all'interno della comunità

A qualificazione dell'intera iniziativa, si prevede la creazione di un' équipe gestionale di sintesi, rappresentativa delle principali parti sociali coinvolte (Comuni, cooperative, associazioni ecc.), che avrà il compito di "governare" il tema dell'housing a livello territoriale.

*2 - Azione di sistema per una più efficace connessione dell'ufficio di piano e progetti con i settori sociali dei 29 comuni e valutazione della programmazione sociale.*

In linea con le richieste della Provincia, un ulteriore campo di utilizzo del co-finanziamento è invece costituito dal completamento delle azioni di sistema già avviate nel primo triennio del Piano di Zona. In particolar modo, si vogliono affrontare due dimensioni operative:

1. l'una relativa alla condizione di un territorio frammentato in 29 Comuni di differenti dimensioni e capacità gestionali che complica il processo di comunicazione tra il sistema di governo centrale e le singole realtà territoriali, anche le più periferiche
2. l'altra relativa alla necessità di qualificare l'azione programmatica anche attraverso il monitoraggio e la valutazione di efficacia di quanto realizzato, condizione questa che non è stato possibile attivare le primo ciclo triennale ma che si considera fondamentale ai fini di una *governance* che risponda ai bisogni reali.

Il primo di questi aspetti ha un suo rilievo, nonostante il potenziamento in atto dello scambio informatico, a fronte del problema locale della frammentazione del territorio in molte piccole amministrazioni - in passato spesso sprovviste di operatori sociali - che fanno fatica a giovare e mantenere fluido uno scambio efficace con l'organizzazione aziendale e il sistema di *governance* territoriale.

Alla luce di queste considerazioni, gli obiettivi specifici della prima dimensione operativa sono:

1. Rendere maggiormente fluido il flusso comunicativo tra l'Ufficio del PdZ, offertasociale, i settori sociali delle singole amministrazioni e il Terzo Settore locale, e viceversa, perfezionando soprattutto il rapporto di partecipazione al sistema dei Comuni con minori risorse
2. Garantire una puntuale ed aggiornata rilevazione del fabbisogno dei servizi sociali comunali quale informazione essenziale, anche ai fini della programmazione zonale
3. Alimentare il senso della governance come partecipazione e condivisione delle scelte ai fini della costruzione di un'identità territoriale e comunitaria

Per fare ciò, si prevede di qualificare il ruolo e la funzione di coordinamento delle Commissioni tecniche sul piano della comunicazione e interazione con gli operatori sociali del territorio anche attraverso un percorso formativo di sostegno e accompagnamento, sostenendo il raccordo tra tale funzione e quella complessiva dell'ufficio del Piano di Zona.

Anche la seconda dimensione operativa, quella a sostegno delle azioni di monitoraggio e valutazione delle attività del Piano di Zona, si innesta su una delle azioni strategiche che caratterizzeranno il prossimo triennio. Le risorse fornite dalla Provincia, ci aiuteranno pertanto a realizzare il disegno valutativo già descritto nel paragrafo 8.5 del presente documento. Elementi essenziali di tale azione appaiono sin da ora:

1. verificare la corrispondenza degli interventi e progetti realizzati con i bisogni del territorio
2. verificare la coerenza ed efficienza dell'impianto organizzativo delle unità progettuali
3. acquisire informazioni qualificate ai fini della ri-programmazione sociale

individuando competenze specifiche e qualificate, anche esterne al sistema. La realizzazione di questa iniziativa è prevista nel corso della prima annualità del PdZ.

## 10. Temi e questioni a livello interdistrettuale

### 10.1 La costituzione del fondo di solidarietà

In linea con quanto previsto dalla l.r. 34/2004, il nostro ambito prevede la costituzione del Fondo di solidarietà a favore dei Comuni al di sotto dei 5.000 abitanti. I criteri per la costruzione del fondo, le caratteristiche e i dettagli di utilizzo saranno individuati a livello interdistrettuale.

### 10.2 La progettualità nell'area carcere

La collaborazione con i servizi sociali dell'Amministrazione penitenziaria è stata avviata sin dallo scorso triennio. In particolar modo, la regolare partecipazione dei rappresentanti del CSSA ai lavori del Tavolo Nuove Povertà ha consentito di individuare possibili piani di intervento nell'ambito della programmazione zonale a favore delle persone in esecuzione penale esterna. In tal senso, casa e lavoro sono risultati i temi fondamentali attorno a cui si svilupperanno nei prossimi anni specifiche

---

forme di collaborazione con i servizi sociali dei Comuni e le organizzazioni del Terzo Settore. La continuazione del progetto Carcere – gestito dal Comune di Monza mediante il contributo di risorse di tutti e sette gli ambiti – costituirà un altro rilevante piano di intervento in tale area.

### **10.3 Le funzioni di autorizzazione e accreditamento**

In concomitanza all'imminente passaggio di competenze dalla Provincia di Milano ai Comuni, sono attualmente in corso incontri tra questi ultimi sia con la Direzione ASL che la Provincia di Milano al fine di individuare percorsi concreti di collaborazione a sostegno del trasferimento delle funzioni. L'ipotesi è che esse siano svolte a livello interdistrettuale.

**PROSPETTO BUDGET PDZ 2006 E BUDGET PDZ + LEGGI SETTORE 2007 e 2008**

aree	unità d'offerta	FNPS '06	res '05	FPM '06	totale	lex 06/07	FNPS '07	res. '06	FPM '07	totale	lex 07/08	FNPS '08	res. '07	FPM '08	totale
		<b>1.109.132</b>	<b>512.907</b>	<b>521.532</b>	<b>2.143.571</b>	<b>495.975</b>	<b>778.880</b>	<b>0</b>	<b>521.532</b>	<b>1.796.387</b>	<b>495.975</b>	<b>778.880</b>	<b>0</b>	<b>521.532</b>	<b>1.796.387</b>
lex 285	percorsi di crescita				0	73.713				73.713	73.713				
	adolescenti in pena				0	28.000				28.000	28.000				
	progetto affidi				0	63.262				63.262	63.262				
	tanti mondi				0	20.000				20.000	20.000				
	palcoscenico ragazzi				0	40.000				40.000	40.000				
lex 162	progetti comuni e OS				0	61.000				61.000	61.000				
lex 40	stars				0	90.000				90.000	90.000				
lex 45	matrix				0	70.000				70.000	70.000				
328 ex 28	social housing				0	50.000				50.000	50.000				
					0					0					
	fondo solidarietà	67.316			67.316		67.316			67.316		67.316			
					0					0					
<b>sistema</b>	uff di piano e progetti	50.000			50.000		50.000			50.000		50.000			
	impl rete 29 comuni			40.000	40.000				40.000	40.000				40.000	
	valutazione pdz	5.000		20.000	25.000				25.000	25.000				25.000	
	promozione TS	30.000	35.000		65.000		5.000			5.000		5.000			
					0					0					
<b>anziani</b>	solievo anziani	40.000	39.915		79.915					0					
	sostegno attività	5.000			5.000		5.000			5.000		5.000			
	sostegno domic	25.000			25.000					0					
					0					0					
<b>disabili</b>	abilitare la città	59.816	57.671		117.487					0					
	telecottage	61.000	20.000		81.000		30.000			30.000		30.000			
	vivaio	57.000			57.000		57.000			57.000		57.000			
	tempo prolungato	30.000		50.000	80.000		10.000			80.000		10.000			
	dopo di noi				0				70.000	70.000				70.000	
	educ. comunicazione				0				25.000	25.000				25.000	
					321.532					321.532					321.532
<b>psichiat.</b>	social housing		9.729	35.000	44.729					0					
					0					0					
					0					0					
<b>minori</b>	sostegno adm	100.000			100.000		90.000			90.000		90.000			
	spazio neutro	54.000			54.000		54.000			54.000		54.000			
	constr. Indic / valutaz	10.000			10.000					0					
	sostegno genitorialità		37.742		37.742					0					
	consultorio CIC		15.000		15.000					0					
	fondo natalità		204.560		204.560					0					
	promo cultura accogl	10.000			10.000					0					
					0					0					
<b>povertà</b>	social housing			55.000	55.000				40.000	40.000				40.000	
	lavoro/immigrazione	20.000			20.000		5.000			5.000		5.000			
	acc servizi min stran	10.000			10.000		5.000			5.000		5.000			
	progetto carcere		8.389							0					
					0					0					
<b>titoli</b>	buoni anziani	275.000			275.000		250.000			250.000		250.000			
	buoni disabili	200.000	901		200.901		150.564			150.564		150.564			
	vocher disabili		84.000		84.000					0					
	<b>totale</b>	<b>1.109.132</b>	<b>512.907</b>	<b>521.532</b>	<b>2.143.571</b>	<b>495.975</b>	<b>778.880</b>	<b>0</b>	<b>521.532</b>	<b>1.796.387</b>	<b>495.975</b>	<b>778.880</b>	<b>0</b>	<b>521.532</b>	<b>1.796.387</b>