Piano di zona 2018-2020

Ambito distrettuale Bassa Bresciana Orientale

Sommario

1. PREMESSE ... 3
2. RIFERIMENTI NORMATIVI ... 6
3. L'INTEGRAZIONE SANITARIA SOCIOSANITARIA E SOCIALE – OBIETTIVI E AZIONI ... 8
3.1.Il contesto territoriale e demografico ... 8
3.2. Le patologie croniche ... 14
3.3. Rete dei servizi sociosanitari e sociali ... 15
3.4. Obiettivi e azioni per la realizzazione dell'integrazione sanitaria sociosanitaria e sociale ... 19
3.5. Area fragilità ... 20
3.6. Integrazione scolastica ... 29
3.7 Protezione giuridica ... 31
3.8. Area dipendenze, salute mentale e promozione della salute ... 33
3.9 Minori e famiglia ... 50
3.10 Conciliazione Vita-Lavoro ... 55
3.11. Cartella sociale informatizzata ... 59
4. AREE SOCIALI SOVRADISTRETTUALI - OBIETTIVI E AZIONI ... 61
4.1. Politiche abitative ... 64
4.2. Politiche sociali del lavoro ... 68
4.3. Nuove povertà e inclusione sociale ... 72
5.IL CONTESTO ... 79
5.1. Dati demografici minori e giovani ... 84
5.2. Dati demografici anziani ... 85
5.3 Dati demografici popolazione straniera ... 87
5.4. Analisi composizione dei redditi e delle fasce di contribuenti residenti ... 88
6. LE UNITA' D'OFFERTA E LE PRESTAZIONI PER I CITTADINI ... 89
6.1 . L'attività di segretariato sociale e servizio sociale professionale ... 89
6.2. La rete d'offerta a favore degli anziani ... 90
6.3 La rete d'offerta per minori e famiglie ... 91
6.4. La rete d'offerta sociale per i disabili ... 92
6.5. Gli interventi trasversali alle diverse aree ... 93
6.6. Interventi per la salute mentale ... 94
6.7. Analisi andamento spesa sociale ... 94

6.8. Progettualità innovative 95
7. IL GOVERNO DELLE AZIONI DEL PIANO SOCIALE DI ZONA 99
7.1 Gli organi di governo 99
7.2. Il governo delle azioni 101
8. GLI ESITI DELLA PROGRAMMAZIONE ZONALE 2015-2017 103
9. IL PERCORSO PER LA DEFINIZIONE DI OBIETTIVI ED AZIONI 108
10. OBIETTIVI E AZIONI TERRITORIALI PER IL TRIENNIO 2018/2020 110
10.1 Governance 110
10.2. Gli interventi per gli anziani 112
10.3. Gli interventi per minori e famiglia 115
10.4. Gli interventi per la disabilità 120
11. GLI OBIETTIVI STRATEGICI PER IL TRIENNIO 126
11.1 Obiettivo strategico 1: uniformità dei criteri di accesso 126
11.2 Obiettivo strategico 2: indicatori comuni per la valutazione della qualità 127
11.3 Obiettivo strategico 3:innovazione sociale 128
12. SINTESI AZIONI DEL PIANO DI ZONA 2018-2020 130

1. PREMESSE

Il Piano di Zona 2018 - 2020 dell'ambito 10 – Bassa Bresciana Orientale è esito di un percorso di concertazione e programmazione partecipata avviato nel gennaio 2018 e via via perfezionato nei mesi successivi. Processo possibile, a livello istituzionale, grazie a un costante e proficuo confronto tra i diversi Enti locali dell'Ambito e, a livello inter-istituzionale, dal dialogo aperto tra questi ultimi e le diverse parti sociali nella definizione delle priorità e del piano d'azione per il triennio a venire.
In direzione del nuovo scenario di Welfare, il presente Piano delinea una ipotesi di lavoro territoriale, in sinergia con le programmazioni zonali degli altri Ambiti dell'ATS di Brescia, integrando azioni sistemiche sovraterritoriali. L'esperienza maturata nelle precedenti gestioni del Piano di Zona ha permesso agli enti territoriali di affinare sia gli strumenti di lettura del bisogno, sia l'integrazione e la rete dei servizi a disposizione del cittadino, garantendo risposte più uniformi e coordinate a livello di Ambito, rispetto al passato, pur nella salvaguardia delle singole specificità e delle singolarità dettate dalla presa in carico individuale. Questo contesto collaborativo rende sempre più facilitata la coprogettazione con gli enti locali e le parti sociali delle priorità e linee d'azione della programmazione zonale.
Il lavoro di predisposizione del Piano ha messo a valore le diverse esperienze di welfare locale che hanno caratterizzato il nostro territorio nel triennio appena trascorso, quali:

- **FARE RETE** con i diversi attori locali, no profit e profit;
- **ATTIVARE PROCESSI DI INTEGRAZIONE** delle policy sulle politiche attive del lavoro, della casa, dell'istruzione;
- **COPROGETTARE** con i diversi soggetti del terzo settore;
- **SPERIMENTARE** con progetti innovativi che producano nuove risposte, esiti e modelli replicabili;
- **VALORIZZARE** il capitale sociale delle nostre comunità.

Il Piano Sociale di Zona dell'ambito distrettuale Bassa Bresciana Orientale per il triennio 2018 - 2020 è stato redatto a seguito di un importante lavoro di consultazione, concertazione e raccordo con una pluralità di soggetti:

- il terzo settore locale che è stato consultato, in ordine all'analisi dei bisogni del territorio, alle azioni innovative e di rete da intraprendere, nei diversi tavoli tecnici che si sono tenuti nel mese di maggio 2018;
- l'ATS di Brescia e le ASST per definire i raccordi tecnici e operativi in ordine alle iniziative di integrazione socio-sanitaria per le cure domiciliari, per gli interventi a favore dei disabili e per l'area materno infantile, relativamente al tema della salute mentale, ma anche per definire gli interventi di promozione alla salute e di prevenzione alle dipendenze da attivare nel territorio e per promuovere le politiche di conciliazione a livello locale;
- gli Istituti scolastici che sono stati consultati, da una parte per acquisire il loro "punto di vista" relativamente alla situazione delle famiglie e dall'altra per progettare raccordi in ordine al tema dell'integrazione degli alunni disabili e al tema di possibili progetti di politiche giovanili;
- tutti gli ambiti distrettuali dell'ATS di Brescia per la programmazione degli interventi che, per il prossimo triennio, saranno coordinati a livello sovra distrettuale.

Dal punto di vista dei contenuti, l'elaborazione del presente Piano di Zona ha dovuto tener conto dei significativi cambiamenti socio-economici e demografici, che fanno emergere sempre più nuovi bisogni per i quali non vi sono sempre risposte adeguate. Sono diversi i fenomeni sociali che

richiedono una riflessione di sistema per individuare risposte concrete ed efficaci: l'incremento dell'età della popolazione, il costante aumento dei flussi migratori, il significativo acuirsi delle situazioni di povertà, l'aumentata esposizione delle persone a situazioni di vulnerabilità che producono ricadute nella capacità delle persone. In questo contesto, le amministrazioni pubbliche e gli stakeholder del privato sociale si trovano dunque di fronte alla necessità di individuare sempre più risposte diversificate e attente a queste nuove fragilità.
Si rende necessario, quindi, costruire strategie integrate capaci di dare risposte efficaci, in particolare alle persone che spesso non accedono ai servizi se non quando ormai è troppo tardi per trovare soluzioni sostenibili. Oggi la vulnerabilità parla sempre più di anziani soli, di donne sole con bambini, di fallimenti, improvvise malattie, ecc. Situazioni in cui sembra necessario sperimentare politiche e progetti che mettano insieme diversi settori di intervento, interpretando le politiche sociali come parte di un sistema di welfare integrato.

L'obiettivo è individuare strategie che consentano di contenere le nuove vulnerabilità e impedire che queste si trasformino in nuove situazioni di marginalità, in un'ottica di prevenzione e sostenibilità dello stesso sistema di welfare.
Per queste letture e analisi, il Piano di Zona 2018-2020 mantiene un elevato livello di attenzione su temi importanti quali la protezione dei minori, l'assistenza alle fasce più fragili della popolazione (Anziani e Disabili), il sostegno alle nuove emergenze sociali (lavoro e nuove povertà) e la centralità della famiglia.
Le azioni di politica sociale gestite dai Comuni in forma associata, il governo della rete locale delle unità d'offerta socio assistenziali per il tramite, da una parte, di apposite convenzioni intercomunali e, dall'altra, dell'allocazione del Fondo Sociale Regionale, la sperimentazione di nuove modalità di affidamento dei servizi alla persona, consentono di programmare in modo unitario parte delle politiche di welfare locale.

Gli interventi programmati sono elaborati assumendo come riferimento le apposite linee di indirizzo regionali di cui alla DGR 7631 del 28.12.2017 ed esplicitati nelle diverse azioni indicate nel punto 3, 4 e 10 presente Piano, suddivisi tra azioni di politica sovra distrettuale e di politica d'ambito.
La programmazione degli interventi per il prossimo triennio, tenuto conto delle indicazioni delle linee di indirizzo regionale 2018-2020, promuove la sperimentazione di una programmazione sociale condivisa tra più ambiti afferenti alla stessa ATS, in un'ottica quindi sovra distrettuale, che si sviluppa come di seguito:

- le azioni locali cofinanziate con i trasferimenti del FNPS 2017 e del FNA 2017 che si articolano nella prima annualità del piano e che saranno eventualmente riprogettate in relazione alle risorse disponibili a valere sulle annualità successive;
- le azioni triennali locali cofinanziate con risorse degli enti locali e di governance;
- le azioni triennali sovra distrettuali che vanno nella direzione di sperimentare una programmazione sociale condivisa con altri territori;
- le azioni in capo all'ente capofila dell'ambito che si articolano nel triennio ovvero a esaurimento delle risorse assegnate (riparto FSR e progetti di innovazione).

Le azioni della programmazione sociale associata per il triennio 2018- 2020 mirano a:

- definire priorità di intervento territoriale al fine di efficientare le risorse pubbliche decrescenti.

- superare le logiche organizzative settoriali, la frammentazione e la duplicazione di interventi favorendo una presa in carico unitaria e semplificando l'informazione e le procedure di accesso ai servizi;
- connettere le politiche dei singoli enti locali in politiche d'ambito e, sempre più, in politiche sovra distrettuali al fine di ottimizzare l'impiego delle risorse disponibili;
- coordinare e integrare tra loro, con la programmazione locale, le politiche regionali e nazionali (es. misure quali Bonus Famiglia e Nidi Gratis, gli interventi per l'assistenza educativa e scolastica, le politiche abitative e di housing sociale, il programma Dopo di Noi, il Reddito di Inclusione);
- mettere a sistema una rete territoriale in grado di incontrare le famiglie, coglierne le esigenze e rispondervi in tempi brevi, in modo trasversale e integrato, promuovendo alleanze tra i diversi attori territoriali per attivare tutte le risorse presenti nelle reti locali;
- sviluppare competenze per la comprensione dello scenario, la valorizzazione del capitale sociale del territorio, l'integrazione delle reti locali, l'innovazione dei processi e delle risposte.

In linea con le indicazioni regionali, si definiscono tre obiettivi strategici:

- attuare la revisione del regolamento d'ambito già approvato nel 2015 a seguito dell'approvazione del DPCM 159/2013 e integrato nel 2016 al fine di consolidare nel territorio l'omogeneità di accesso ai servizi e agli interventi sociali;
- attivare un tavolo di lavoro d'ambito per la progettazione finalizzato alla definizione di requisiti, parametri e indicatori comuni per la valutazione della qualità e dell'appropriatezza delle strutture e dei servizi, attraverso strumenti, anche sperimentali, che portino all'omogeneità dei criteri di valutazione (accreditamento servizi per anziani, affidamento servizi per minori);
- consolidare e dare continuità al progetto di welfare di comunità denominato "#genera_azioni", sperimentazione innovativa che sta caratterizzando il territorio.

Si auspica che Regione Lombardia confermi l'attuale assetto degli ambiti distrettuali come da POAS di ATS Brescia, approvato con D.G.R. 6467 del 10 aprile 2017. Tale articolazione è il frutto di sinergie tra ATS e Comuni, nel rispetto delle peculiarità locali, finalizzato al mantenimento di obiettivi sovradistrettuali già in essere nel territorio. Si auspica altresì che la Cabina di Regia possa diventare sempre di più, sia il luogo dell'interlocuzione tra Ambiti distrettuali, ATS e ASST, sia il luogo di sintesi per definire livelli comuni di omogeneità delle prestazioni relativamente alle modalità e alle intensità da assicurare.

Da ultimo, si conferma il ruolo del Coordinamento provinciale degli Uffici di Piano, che in questi anni ha garantito un costante raccordo tra gli ambiti distrettuali e ha consentito un'interfaccia con i tanti soggetti territoriali provinciali (terzo settore, imprese produttive, Provincia, Sindacati), favorendo la diffusione di prassi ed esperienze virtuose dei singoli territori.

Le amministrazioni comunali dell'ambito con l'approvazione del presente piano si impegnano nel triennio ad adottare le linee guida in esso contenute nei singoli atti di programmazione di politica sociale.

2. RIFERIMENTI NORMATIVI

Di seguito si riportano le principali fonti normative e indicazioni regionali di riferimento per la predisposizione del Piano Sociale di Zona, oltre che per le Politiche Sociali degli Enti Locali:

L. 21 maggio 1998, n. 162 (Modifiche alla L. 05.02.1992, n. 104, concernenti misure di sostegno in favore di persone con handicap grave).

D.lgs. 25 luglio 1998, n. 286 (Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero).

L. 18 febbraio 1999, n. 45 (Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze).

L. 12 Marzo1999, n. 68 (Norme per il diritto al lavoro dei disabili).

L.r. 6 dicembre 1999, n. 23 (Politiche regionali per la famiglia).

L. 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali).

DPCM 14 febbraio 2001 (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie).

Decreto Presidente Consiglio dei ministri, 30 marzo 2001 (Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona ai sensi dell'art. 5 della legge 8 novembre 2000 n. 328).

L.r. 14 dicembre 2004, n. 34 (Politiche regionali per i minori).

DGR n. 20588, 11 febbraio 2005 (Definizione dei requisiti minimi strutturali ed organizzativi di autorizzazione al funzionamento dei servizi sociali per la prima infanzia).

DGR n. 20762, 16 febbraio 2005 (Definizione dei requisiti minimi strutturali ed organizzativi di autorizzazione al funzionamento dei servizi sociali di accoglienza residenziale per minori).

DGR n. 20763, 16 febbraio 2005 (Definizione dei requisiti minimi strutturali ed organizzativi di autorizzazione al funzionamento dei servizi sociali per le persone disabili).

DGR n. 20943, 16 febbraio 2005 (Definizione dei criteri per l'accreditamento dei servizi sociali per la prima infanzia, dei servizi sociali di accoglienza per minori, dei servizi sociali per persone disabili).

L.r. 3, 12 marzo 2008 (Governo della rete e degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario).

DGR n. 7433, 13 giugno 2008 (Definizione dei requisiti minimi per il funzionamento delle unità d'offerta sociale "servizio di formazione all'autonomia per le persone disabili).

DGR n. 7437, 13 giugno 2008 (Determinazione in ordine all'individuazione delle unità d'offerta sociali ai sensi dell'articolo 4, comma 2 della lr 3/2008).

DGR n. 7438, 13 giugno 2008 (Determinazione in ordine all'individuazione delle unità d'offerta sociosanitarie ai sensi dell'articolo 5, comma 2 della lr 3/2008).

DGR n. 1772, 24 maggio 2011(Linee guida per l'affidamento familiare - art.2 L. n.149/2001).

DGR 16 novembre 2011, n. 2505 (Approvazione documento "Un welfare della sostenibilità e della conoscenza. Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2012-2014").

L.r. 2, 24 febbraio 2012 (Modifiche ed integrazioni alle leggi regionali 12 marzo 2008, n. 3 e 13 febbraio 2003, n. 1).

DGR n. 116, 14 maggio 2013 (Determinazioni in ordine all'istituzione del fondo regionale a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili: atto d'indirizzo).

DGR n. 856, 25 ottobre 2013 (Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della DGR 116/2013: primi provvedimenti attuativi).
DPCM n. 159, 5 dicembre 2013 (Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)).
DGR n. 1081, 12 dicembre 2013 (Disposizioni in ordine alla valorizzazione delle politiche territoriali di conciliazione, dei tempi lavorativi con le esigenze famigliari e delle reti di imprese che offrono servizi di welfare).
DGR. 19 dicembre 2014, n.2941 (Approvazione del documento "Un welfare che crea valore per le persone, le famiglie e la comunità - Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2015-2017").
DGR n. 2942, 19 dicembre 2014 (Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della DGR 116/2013: secondo provvedimento attuativo – conferma misure avviare nel 2014 e azioni migliorative).
L.r. 25 maggio 2015, n. 15 (Interventi a favore del lavoro di assistenza e cura svolto dagli assistenti familiari).
L.r. 11 agosto 2015, n. 23 (Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33).
DGR 18 aprile 2016, n.5060(Reddito di autonomia anno 2016: evoluzione del programma e misure innovative. Nella quale, con la definizione delle diverse misure che costituiscono il reddito di autonomia della regione Lombardia, vengono stabiliti i principi rispetto al tipo di interventi forniti quali la personalizzazione, la tempestività, la temporaneità e la corresponsabilità).
DGR 2 agosto 2016, n.5499 (Cartella Sociale Informatizzata: approvazione Linee Guida e specifiche di interscambio informativo).
DGR 12 dicembre 2016, n.5969/2016 (Politiche di conciliazione dei tempi lavorativi con le esigenze familiari – biennio 2017-2018).
DGR. 7 giugno 2017, n.6674 (Programma operativo regionale per la realizzazione degli interventi a favore di persone con disabilita grave prive del sostegno familiare -Dopo di Noi - Legge n.112/2016" che delinea il programma operativo regionale per il sostegno ai disabili gravi privi del sostegno familiare).
DGR. 30 giugno 2017, n.6832 (Approvazione delle linee guida per lo svolgimento dei servizi a supporto dell'inclusione scolastica degli studenti con disabilità, in attuazione degli articoli 5 e 6 della l.r. n.19/2007).
DGR 31 luglio 2017, n.7004 (Regolamento regionale. Disciplina della programmazione dell'offerta abitativa pubblica e sociale e dell'accesso e permanenza nei servizi abitativi pubblici in attuazione di quanto disposto dall'art. 23 della l.r. 8 luglio 2016, n.16 "Disciplina regionale dei servizi abitativi").
D. Lgs 15 settembre 2017, n. 147 (Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà).
DGR 12 febbraio 2018, n. 7856 (Piano attuativo Regione Lombardia – Fondo per le Non Autosufficienze anno 2017).
DGR 17 gennaio 2018, n. 7775 (Determinazioni in merito alla ripartizione delle risorse del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali e della quota del Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale – anno 2017).

3. L'INTEGRAZIONE SANITARIA SOCIOSANITARIA E SOCIALE – OBIETTIVI E AZIONI

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

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

La L.R. 23/2015 ha ribadito la piena titolarità delle funzioni e delle competenze in ambito sociale in capo ai Comuni, attraverso la programmazione zonale espressa dal Piano di Zona.

ATS, attraverso gli strumenti messi a disposizione dalla L.R. 23/2015 deve esercitare la propria funzione di governance garantendo le attività di valutazione multidimensionale, l'individuazione di percorsi condivisi tra ATS, ASST e Comuni per una presa in carico integrata, la razionalizzazione dei processi operativi di presa in carico del bisogno, il confronto e lo scambio informativo tra tutti gli attori del sistema. Il Terzo Settore partecipa quale titolare di un ruolo strategico per la realizzazione di azioni congiunte, sperimentazioni innovative e di co-progettazione nell'ambito della rete sanitaria, sociosanitaria e sociale.

Il Documento di indirizzo della nuova programmazione zonale: "Linee di Indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2018-2020" D.G.R. n. X/7631/2017, richiama in particolare alcuni aspetti che riguardano la continuità con i principi e gli obiettivi della precedente triennalità per quanto riguarda la ricomposizione, a diversi livelli, delle informazioni, delle risorse, dei servizi e degli interventi in ambito sanitario, sociosanitario e sociale. Alla luce del percorso avviato nel triennio 2015-2017 e delle Linee di Indirizzo per la programmazione sociale 2018-2020, sono state definite azioni di integrazione sanitaria socio-sanitaria e sociale per il triennio 2018/2020, finalizzate a potenziare e sviluppare le aree di integrazione tra ATS, ASST, Ambiti Distrettuali e Terzo Settore.

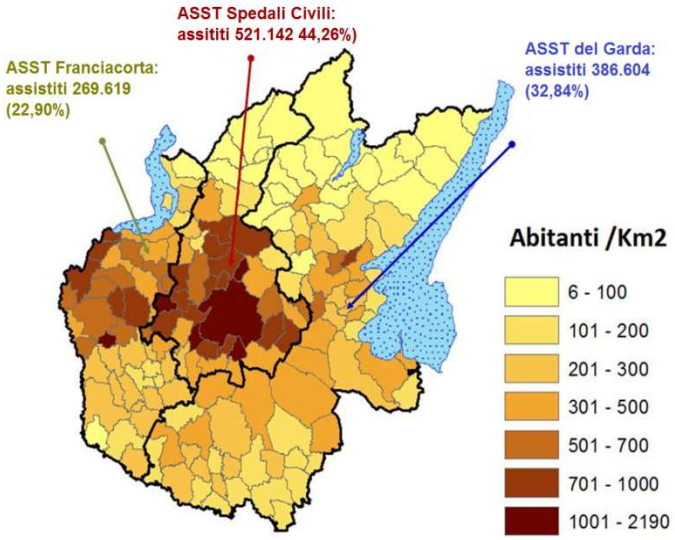
3.1.Il contesto territoriale e demografico

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

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

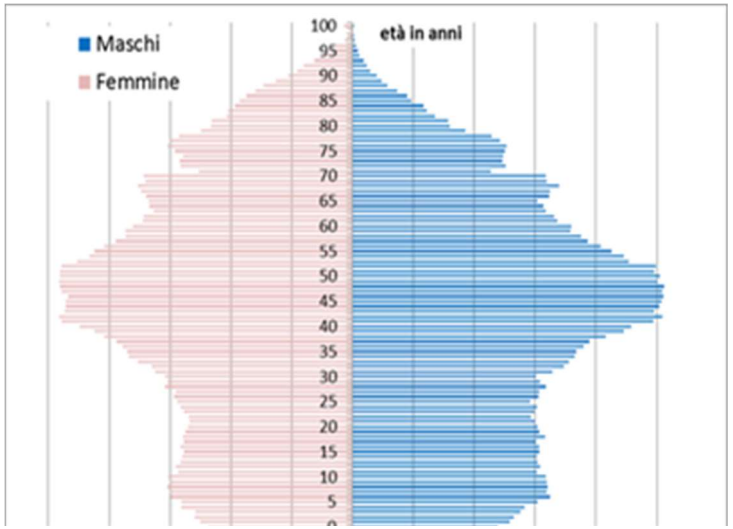
Al 31/12/2017 il numero di assistiti era 1.177.365, di cui l'1,57% non residente. A questi vanno aggiunte 22.530 persone in carico solo per un periodo limitato nel corso del 2017 poiché decedute (N=10.551) o emigrate nel corso dell'anno. La piramide demografica (Figura 2) evidenzia una maggior numerosità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

Figura 1: densità abitativa ATS Brescia nel 2017



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

Figura 2: Piramide demografica ATS Brescia nel 2017



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

- la popolazione è complessivamente cresciuta del 17,7% negli ultimi 18 anni, in gran parte grazie al contributo della presenza straniera; dal 2010 la crescita è progressivamente rallentata per fermarsi negli ultimi anni
- l'età media è passata dai 41,2 anni del 2000 ai 44,1; con un incremento medio annuo pari a 61 giorni
- gli anziani sono aumentati di 80.743 unità tra il 2000 ed il 2017 (+48,3%), mentre i grandi anziani sono più che raddoppiati. L'indice di vecchiaia è rimasto abbastanza stabile fino al 2011, in continuo aumento negli ultimi anni

- il tasso di natalità ha avuto un andamento non lineare: è cresciuto del 9% dal 2000 al 2008 per scendere rapidamente e costantemente negli anni successivi (-27,8%). Come per il resto del paese, nel 2017, viene ulteriormente abbassato il record negativo del 2016: il numero di nuovi nati è il più basso dall'Unità d'Italia
- dal 2000 al 2011 i bambini sotto i 15 anni erano aumentati del 29% per stabilizzarsi e diminuire negli ultimi anni (-5% dal 2011)
- il tasso grezzo di mortalità è rimasto sostanzialmente stabile con alcuni picchi in particolare nel 2003 (8,87) e successivamente nel 2015 e 2017 (9,07 e 9,06).
- dal 2000 al 2011 i bambini sotto i 15 anni erano aumentati del 29% per stabilizzarsi e diminuire negli ultimi anni (-5% dal 2011)
- il tasso grezzo di mortalità è rimasto sostanzialmente stabile con alcuni picchi in particolare nel 2003 (8,87) e successivamente nel 2015 e 2017 (9,07 e 9,06).

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

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

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

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

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

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

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

Donne 15-49 anni	N.	42.939	21.751	21.163	23.694	11.444	12.512	21.379	12.083	25.156	14.761	26.644	15.735

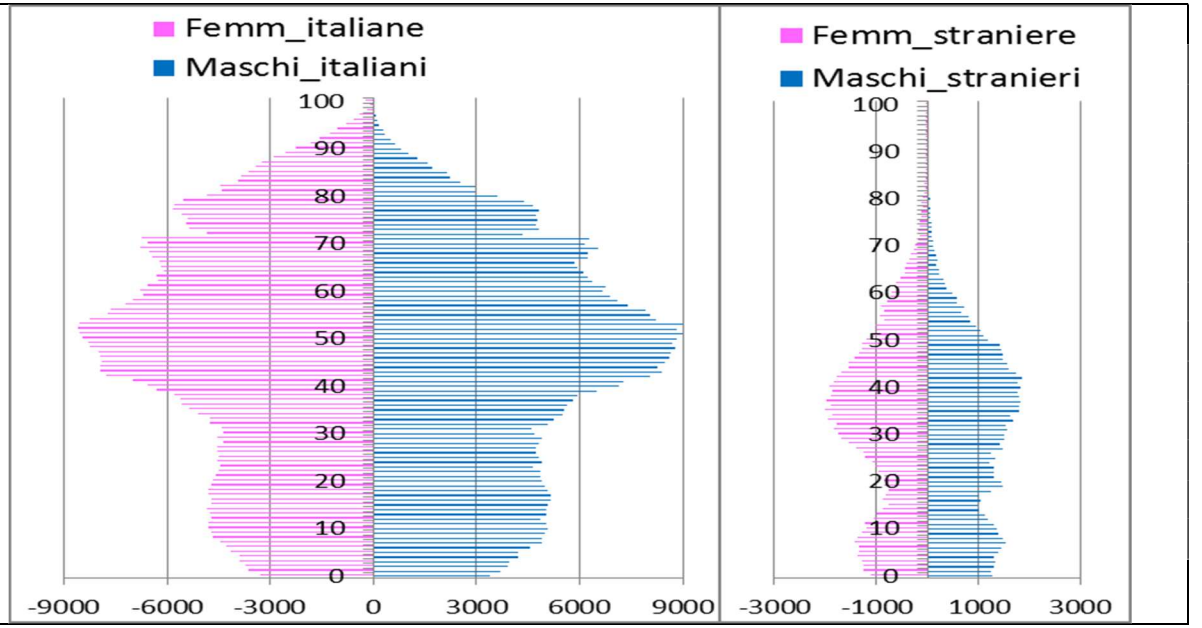
***AMBITI DISTRETTUALI**: 1 - Brescia, 2 - Brescia Ovest, 3 - Brescia Est, 4 - Valle Trompia, 5 - Sebino, 6 - Monte Orfano, 7 - Oglio Ovest, 8 - Bassa Bresciana Occidentale, 9 - Bassa Bresciana Centrale, 10 - Bassa Bresciana Orientale, 11 - Garda, 12 - Valle Sabbia.

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

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

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

	ITALIANI	STRANIERI
Totale assistiti	1.008.376	168.989
% Donne	50,7%	50,0%
Età media	46,1	32,2
N bambini (<15 anni)	132.426	38.113
% Bambini	13,1%	22,6%
N. Pop 65 anni e più	242.314	5.616
% Anziani	24,0%	3,3%
Indice vecchiaia	183	15
N. Nuovi nati (ultimi 12 mesi)	6.957	2.522
Tasso natalità X 1.000	6,90	14,92
N. Morti (ultimi 12 mesi)	10.373	178
Tasso mortalità	10,29	1,05
N. Donne 15-49 anni	198.925	50.340
Tasso fecondità grezzo * 1.000	35	50



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

- la presenza di stranieri è più che quadruplicata passando dai 39.580 del 2000 ai 168.989 del 2017, l'incremento più rilevante si è verificato tra il 2000 e il 2008 (+258%) per poi ridursi fino ad assestarsi negli ultimi anni
- si è passati da una presenza prevalentemente maschile (64% nel 2000) ad una paritaria quota femminile (50% nel 2017);
- la presenza di bambini stranieri si è quintuplicata tra il 2000 e 2011 (da 8.329 a 42.770) per poi stabilizzarsi e ridursi negli ultimi anni;
- nel 2017 il 26,6% dei nuovi nati è straniero: tuttavia, va fatto rilevare che anche nella popolazione straniera è in atto una forte diminuzione sia del tasso di natalità (da 30,7 a 14,9 x 1.000) che del tasso di fecondità (da 114 a 50 x 1.000). Il tasso di natalità tra la popolazione italiana è sceso invece dal 9,4 del 2000 al 6, 9X1.000 del 2017, mentre il tasso di fecondità nelle donne italiane è diminuito solo in parte negli ultimi anni (da 39 a 35X1.000).

La popolazione straniera negli Ambiti Distrettuali presenta alcune differenze:

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

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

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

Nel 2017, tra la popolazione italiana del territorio di ATS Brescia, sono compresi anche 29.446 assistiti di recente naturalizzazione (2,9% della popolazione italiana); è questa una sottopopolazione in crescita e nettamente più giovane rispetto a quella italiana autoctona (età media=31,0 vs 46,6). Trattasi comunque di un numero sicuramente sottostimato, ottenuto identificando solo coloro che erano presenti come stranieri nelle

precedenti anagrafiche di ATS Brescia. Da fonte ISTAT risulta, infatti, che nel solo quinquennio 2012-16 le acquisizioni di cittadinanza italiana da parte di stranieri residenti nei 164 comuni di ATS Brescia siano state circa 33.000.
La popolazione di cittadinanza italiana è cresciuta dal 2000 al 2017 del 5,0%, ma ciò grazie all'immigrazione di cittadini italiani e alla naturalizzazione degli stranieri. Il saldo naturale dei soli italiani (differenza tra il numero di nati ed il numero di morti) è dal 2008 negativo ed in continua e pesante diminuzione (-3.416 unità nel 2017). Una forte influenza sul trend demografico futuro sarà data dal fatto che la popolazione di donne in età fertile italiane è in costante diminuzione: da 233.293 nel 2000 a 198.925 attuali e tale flessione continuerà ancora nei prossimi anni.

3.2. Le patologie croniche

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

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

	AMBITI DISTRETTUALI											
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Popolazione assistita	216.502	101.174	101.078	116.226	55.673	60.556	99.811	57.893	120.576	68.100	127.350	77.506
Trapiantati	453	199	173	220	116	120	192	92	206	106	206	139
Insufficienza Renale	3.071	1.123	1.250	1.423	575	727	1.140	640	985	741	1.049	785
Hiv/Aids	840	277	316	365	176	241	307	172	300	198	334	181
Oncologici	13.396	5.161	5.369	6.490	2.898	2.779	4.337	2.768	5.872	3.070	6.758	4.001
Diabete	13.384	5.729	5.993	7.669	3.718	3.927	5.759	3.760	7.663	4.138	6.920	5.064
Ipertensione Arteriosa	48.424	20.094	20.992	27.221	11.953	12.003	18.728	12.343	26.220	12.417	25.741	17.676
Ipercolesterolemie familiari e non	16.186	6.647	7.103	9.765	4.471	3.864	6.423	4.288	10.876	4.192	8.348	6.129
Malattie Sistema Cardio-Vascolare	24.332	9.715	10.157	14.206	6.121	5.423	8.597	5.681	11.536	5.879	11.924	7.966
Malattie Respiratorie Croniche	11.263	4.977	5.033	5.515	2.462	2.629	4.828	2.656	5.896	2.883	5.483	4.249
Malattie dell'Apparato Digerente	12.661	5.182	5.058	5.897	3.029	3.076	5.007	2.983	5.770	3.017	5.537	3.715
Neuropatie	4.035	1.663	1.654	2.023	900	971	1.543	864	1.967	1.015	1.884	1.321
Malattie Autoimmuni	3.772	1.766	1.790	1.940	830	821	1.311	650	1.636	1.204	2.112	1.109
Patologie Tiroidee	7.467	3.182	3.345	3.602	1.695	1.677	2.749	1.786	3.979	1.941	3.855	2.425
Malattie Rare	1.643	783	748	943	370	309	538	333	681	437	730	592
Demenze-Alzheimer	3.945	1.423	1.637	1.756	811	855	1.089	723	1.794	784	1.627	1.211
Patologia Psichiatrica e Disagio Psichico	19.746	8.324	8.384	10.746	4.476	4.900	7.208	4.582	10.785	5.588	9.932	6.531
%	39,63	36,88	37,68	40,42	38,04	36,14	34,52	37,37	38,99	34,58	36,29	39,08

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

3.3. Rete dei servizi sociosanitari e sociali

UNITA' DI OFFERTA	N./Posti	AMBITI DISTRETTUALI												TOTALE
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Asili Nido	N.	41	16	17	11	9	9	8	11	11	10	25	7	175
		1299	525	477	307	219	190	248	245	362	281	656	240	5.049
Micronidi	N.	-	-	-	1	-	1	1	1	4	3	3	6	20
	Posti	-	-	-	10	-	10	10	10	40	30	29	56	195
Centri prima infanzia	N.	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	3
	Posti	15	-	-	38	-	-	-	-	-	-	-	-	53
Nidi famiglia	N.	3	8	-	8	-	1	2	-	1	1	3	-	27
	Posti	15	40	-	40	-	5	10	-	5	5	15	-	135
Centri Aggregazione Giovanile	N.	8	3	8	10	2	4	2	3	3	5	5	1	55
	Posti	430	110	360	614	135	225	85	485	230	390	325	50	3.564
Centri Ricreativi Diurni	N.	56	19	22	32	13	13	23	11	33	22	26	10	280
Comunità Educative	N.	7	2	-	-	1	3	1	1	-	-	5	-	21
	Posti	72	25	-	-	7	30	7	10	-	-	43	-	204
Comunità Famigliari	N.	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	1	4
	Posti	-	-	-	-	-	-	-	6	6	-	4	6	22
Alloggi per l'Autonomia	N.	7	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10
	Posti	15	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24

Alloggi protetti anziani	N.	1	1	1	-	-	-	2	-	2	-	3	-	10
	Posti	48	4	10	-	-	-	16		28		39	-	145
Centri Diurni Anziani	N.	2	-	1	-	-	3	1	1	2	2	1	-	13
	Posti	90	-	99	-	-	305	100	50	15	130	50	-	839
Centri Socio Educativi	N.	3	1	1	4	1	3	1	1	1	1	-	1	18
	Posti	77	17	23	78	20	39	25	20	12	30	-	29	370
Servizi di Formazione all'Autonomia	N.	4	-	1	1	1	1	1	-	-	2	-	1	12
	Posti	140	-	35	35	35	35	35	-	-	49	-	7	371
Comunità Alloggio	N.	4	2	1	3	1		1	1	2	2	2	2	21
	Posti	39	20	10	27	10		10	10	17	10	20	20	193

AREA FRAGILITÀ														
UNITA' DI OFFERTA	**N./Posti**	**AMBITI DISTRETTUALI**												**Totale**
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Centri Diurni Disabili (CDD)	N.	8	1	1	3	3	1	1	1	3	2	3	2	29
	Posti	129	30	15	75	47	30	15	30	84	55	85	45	640
Comunità Sociosanitarie (CSS)	N.	4	2	1	3	1	-	1	1	2	2	2	2	21
	Posti	38	20	10	27	10	-	10	10	19	18	20	20	202
Residenze Sanitarie per Disabili (RSD)	N.	4	-	-	1	-	-	-	-	1	-	2	-	8
	Posti	214	-	-	43	-	-	-	-	140	-	44	-	441
Cure intermedie-post acuti	N.	-	1	1	-	-	1	-	-	-	-	1	1	5
	Posti	-	72	20	-	-	53	-	-	-	-	42+10 diurno	20	207+ 10 diurno
Strutture prestazioni ambulatoriali riabilitative	N.	-	1	-	-	-	1	1	-	-	-	1	-	4
Centri Diurni Integrati (CDI)	N.	5	6	4	8	3	3	6	3	8	1	4	3	54
	Posti	130	113	76	132	54	50	120	75	125	20	87	84	1066

Residenze Sanitaria Assistenziale (RSA)	N.	13	6	7	8	3	5	7	4	11	4	9	8	84
	Posti	1221	469	462	608	241	352	407	253	984	308	739	543	6.587
	Sollievo	12	18	13	43	28	9	28	14	67	19	34	22	307
Hospice	N.	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	4
	Posti	-	10	-	-	-	-	-	-	18	-	8	8	44

AREA SALUTE MENTALE														
SERVIZI	**N.**	**AMBITI DISTRETTUALI**												**TOTALE**
		1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	
Centro Psico Sociale (CPS)	N.	3	-	-	2	1	-	1	1	1	1	2	-	12
Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)	N.	1	-	-		1	-	-	-	1	1	-	1	5
Centro Disturbi del Comportamento Alimentare (CDCA)	N.	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Day Hospital e MAC psichiatrico	N.	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
STRUTTURE RESIDENZIALI	**N./Posti**	**AMBITI DISTRETTUALI**												**TOTALE**
		1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	
Comunità Riabilitativa Alta Assistenza (CRA)	N.	2	-	-	1	-	-	1	-	-	-	1	-	5
	Posti	31	-	-	20	-	-	15	-	-	-	20	-	86
Comunità Protetta Alta Assistenza (CPA)	N.	2	-	-	-	1	1	-	-	1		1	-	6
	Posti	30	-	-	-	17	14	-	-	20	-	12	-	93
Comunità Riabilitativa Media Assistenza (CRM)	N.	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	Posti	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-	10
Comunità Protetta Media Assistenza (CPM)	N.	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8
	Posti	34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	34
Comunità Bassa Assistenza (CPB)	N.	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
	Posti	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
Residenzialità Leggere (RL)	N.	4	-	-	3	1	1	1	1	2	1	-	3	17
	Posti	14	-	-	9	5	5	6	5	4	5	-	3	56
Casa Alloggio	N.	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
	Posti	-	-	-	-	-	7	-	-	-	-	-	-	7
STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI	**N./Posti**	**AMBITI DISTRETTUALI**												**TOTALE**
		1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	
Centro Diurno (CD)	N.	3	-	-	1	1	1	-	-	1	-	-	1	8
	Posti	60	-	-	20	10	20	-	-	20	-	-	20	150

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

NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA														
	N.	AMBITI DISTRETTUALI												TOTALE
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Polo Ospedaliero	N.	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Polo Territoriale	N.	3	1	2	3	1	1	1	1	1	1	2	-	18
STRUTTURE RESIDENZIALI	N./Posti	AMBITI DISTRETTUALI												TOTALE
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Comunità Terapeutica	N.	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	2
	Posti	-	14	-	-	-	-	-	12	-	-	-	-	26
STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI	N.	AMBITI DISTRETTUALI												TOTALE
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Centro Diurno (CD)	N.	1	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	4
	Posti	20	-	-	-	-	-	-	10	-	10	20	-	60

3.4. Obiettivi e azioni per la realizzazione dell'integrazione sanitaria sociosanitaria e sociale

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

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

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

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

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

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

Azione 1: Valutazione Multidisciplinare integrata							
Titolo obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Modalità di integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Strumenti di valutazione	Tempistica
Valutazione Multidimensionale per una presa in carico integrata della persona in condizione di fragilità	Definizione e potenziamento di percorsi condivisi tra ATS-ASST e Ambiti Definizione di strumenti condivisi di valutazione finalizzata alla definizione del Progetto Individuale e del Piano di Assistenza Individuale	Incontri di Progettazione, Monitoraggio e verifica Costituzione équipe pluriprofessionali integrate (ASST/Comuni) per la valutazione multidimensionale rispetto a situazioni complesse, alla non autosufficienza, alla disabilità, all'area famiglia Definizione di percorsi di integrazione tra il sistema sociale e sociosanitario per la predisposizione del progetto individualizzato	Operatori ATS/ASST/Uffici di Piano/Comuni	Incontri periodici di coordinamento	Definizione /Revisione protocolli/Strumenti per la valutazione e la presa in carico Utilizzo Cartella Sociale informatizzata	N. Documenti condivisi N. casi inseriti	Entro il triennio di validità del piano

3.5. Area fragilità

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

Tabella 6: Presa in carico delle singole patologie. Banca Dati Assistiti (BDA) – 2017 - Dati ATS Brescia

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

Tabella 7 Persone inserite in Unità d'Offerta – CDD - dato al 31/12/2017 - Dati ATS Brescia

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

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

Tabella 8 Persone inserite in Unità d'Offerta – CSS - dato al 31/12/2017 - Dati ATS Brescia

			Classificazione SIDi persone inserite				
AMBITI DISTRETTUALI	**Persone inserite in UdO (teste)**	**CSS**	**Classe 1**	**Classe 2**	**Classe 3**	**Classe 4**	**Classe 5**
1	264	53	9	23	0	9	12
2	86	12	1	7	1	2	1

3	88	17	4	4	5	0	4
4	113	20	2	8	2	2	6
5	42	4	3	1	0	0	0
6	31	7	1	4	2	0	0
7	34	7	2	1	0	2	2
8	40	4	2	2	0	0	0
9	193	14	5	3	2	2	2
10	57	16	4	5	0	2	5
11	120	23	9	7	2	1	4
12	80	17	6	7	0	1	3
residenti Fuori ATS	*96*	*5*	*3*	*1*	*1*	*0*	*0*

	Totale	**CSS**	**Classe 1**	**Classe 2**	**Classe 3**	**Classe 4**	**Classe 5**
Persone inserite in UdO (teste)	1244	199	51	73	15	21	39

Tabella 9 Persone inserite in Unità d'Offerta – RSD - dato al 31/12/2017 - Dati ATS Brescia

		Classificazione SIDi persone inserite					
AMBITI DISTRETTUALI	**Persone inserite in UdO (teste)**	**RSD**	**Classe 1**	**Classe 2**	**Classe 3**	**Classe 4**	**Classe 5**
1	264	94	57	8	3	26	0
2	86	17	14	1	0	1	1
3	88	9	5	2	1	1	0
4	113	32	21	7	0	4	0
5	42	8	6	1	1	0	0
6	31	5	5	0	0	0	0
7	34	4	4	0	0	0	0
8	40	6	6	0	0	0	0
9	193	110	31	19	8	38	14

10	57	10	6	1	0	2	1
11	120	26	18	4	1	2	1
12	80	23	16	5	2	0	0
residenti Fuori ATS	*96*	*89*	*36*	*31*	*4*	*15*	*3*

	Totale	**RSD**	**Classe 1**	**Classe 2**	**Classe 3**	**Classe 4**	**Classe 5**
Persone inserite in UdO (teste)	1244	433	225	79	20	89	20

Tabella 10 Persone anziane in RSA divise per classi di fragilità - dato al 31/12/2017- Dati ATS Brescia

AMBITI DISTRETTUALI	**CLASSI**								**Totale**
	CL1	**CL2**	**CL3**	**CL4**	**CL5**	**CL6**	**CL7**	**CL8**	
1	437	16	424	12	55	10	147	22	1123
2	162	17	217	23	17	8	38	14	496
3	221	26	196	19	31	6	48	7	554
4	262	22	239	13	35	7	54	3	635
5	73	4	82	13	4		20	8	204
6	158	2	119	2	15	2	54	5	357
7	187	9	170	20	17	5	38	4	450
8	112	13	81	12	14		17	11	260
9	441	21	412	25	62	15	115	46	1137

10	147	7	125	5	10	2	57	14	367
11	312	45	272	37	33	13	75	36	823
12	240	24	251	32	36	15	101	17	716
TOTALE	**2752**	**206**	**2588**	**213**	**329**	**83**	**764**	**187**	**7122**

Tabella 11 Persone con Demenze e Alzheimer - anno 2017- Dati ATS Brescia

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

Tabella 12 Utenza Misura 4 - RSA Aperta - anno 2017- Dati ATS Brescia

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

Tabella 13 beneficiari della Misura B1 - anno 2017- Dati ATS Brescia

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

Tabella 14 Utenti presi in carico in Assistenza Domiciliare - anno 2017- Dati ATS Brescia

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

Tabella 15 ospiti delle Comunità Residenziali per Anziani – dato al 31/12/2017- Dati ATS Brescia

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

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

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

- il potenziamento della connessione tra il sistema sociale e sociosanitario nella valutazione multidimensionale dei bisogni;
- la realizzazione di una progettazione individualizzata;
- l'attivazione di percorsi sanitari, sociosanitari e sociali integrati con l'obiettivo di garantire l'appropriatezza delle cure ma anche la razionalizzazione degli interventi e dell'utilizzo delle risorse economiche in un'ottica di presa in carico globale ed unitaria della persona e della sua famiglia.
- il potenziamento di servizi/interventi più sostenibili.

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

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

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

2. In particolare a sostegno della vita indipendente di persone con disabilità ma con integre capacità di autodeterminazione o a sostegno del massimo di autonomia possibile, si procederà alla definizione/revisione Linee guida per la definizione di Progetti a sostegno della vita indipendente e dell'autonomia.
3. Nell'ambito dei bisogni emergenti:
    - nell'area della Disabilità, alla luce dei dati che indicano un continuo aumento dei casi diagnosticati con Autismo e dei bisogni evidenziati in particolare a sostegno dell'integrazione sociale e di sostegno alle autonomie, nell'ambito delle risorse disponibili, verrà data attenzione alla attivazione di progetti di integrazione sociale e a sostegno della famiglia. Tali interventi dovranno essere necessariamente sostenuti da una Progettazione Individualizzata in cui si integrino gli interventi sanitari, sociosanitari e sociali.
    - Nell'area anziani, a fronte di una presenza diffusa sul territorio non solo di RSA ma anche Centri Diurni, si è riscontrata negli ultimi anni una scarsa presenza di riposte di accoglienza residenziale "protette" del circuito socio assistenziale, di possibile immediata attivazione, da utilizzare soprattutto come risposte a bisogni abitativi alternativi, e con valenze diverse (avvicinamento alla residenzialità, protezione sociale, monitoraggio, ecc).

    Alla luce del Progetto sperimentale comunità residenziali anziani in atto da alcuni anni sul territorio dell'ATS di Brescia e della nuova Unità d'offerta C.A.S.A. (DGR 7776/2018), si intende sostenere progetti che possano dare risposte al bisogno di residenzialità di persone anziane che seppur con discrete autonomie necessitano di un sistema di protezione minimo.

Azione 2: Presa in carico della fragilità							
Titolo obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Modalità di integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Strumenti di valutazione	Tempi
Presa in carico della persona in condizione di fragilità/cronicità	Definizione e potenziamento di percorsi integrati di presa in carico della persona in condizione di fragilità/con disabilità/anziana attraverso la definizione di Progetti Individuali e	Incontri di Progettazione, Monitoraggio e verifica	Operatori ATS/ASST/ Uffici di Piano/Comuni, Terzo Settore	Incontri periodi di coordinamento	Definizione /Revisione protocolli/Strumenti per la presa in carico Revisione	Documenti condivisi	Entro il triennio di validità del piano

	l'attivazione integrata di servizi/interventi (es. Misura B1-B2-Dopo di noi) Attivazione interventi a sostegno di Progetti di Vita Indipendente e a sostegno dell'Autonomia Attivazione di progetti e percorsi innovativi in risposta a bisogni emergenti: 1- Interventi a sostegno di minori/adulti con gravi disabilità e in particolare con disturbi dello spettro autistico 2- Nuove forme di residenzialità per anziani (Progetto sperimentale comunità residenziali anziani – Dec.D.G. ATS n. 101 del 22.02.2018 ; UDO C.A.S.A. – DGR 7776/2018)				Protocollo Dimissioni Protette Definizione /Revisione Linee Guida Progetti Vita Indipendente e a sostegno di una vita autonoma Attivazione /sostegno a Progetti innovativi		

3.6. Integrazione scolastica

Nella Provincia di Brescia fin dal 2004 è stato sottoscritto un Accordo di Programma per l'integrazione scolastica, risultato di un lungo lavoro insieme di operatori scolastici, di operatori sociali, dell'Associazione Comuni Bresciani, delle allora ASL di Brescia e Vallecamonica, delle Aziende Ospedaliere, delle Associazioni di familiari.

L'accordo, applicativo a livello provinciale della legge 104/92, vincolante per tutti i sottoscrittori (Scuola, Comuni, Provincia ATS/ASST), definiva:

- i reciproci impegni istituzionali in ordine all'integrazione degli alunni con disabilità;
- le modalità e i tempi degli interventi istituzionali;

- le iniziative programmate in modo coordinato ed integrato per qualificare gli interventi;
- gli accordi per la gestione integrata dei servizi e delle risorse.

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

Tabella 16 Minori valutati al 31/12/2017 ai fini della certificazione scolastica suddivisi per Ambito Distrettuale- Dati ATS Brescia

AMBITI DISTRETTUALI	M	F	NON HANDICAP/NON VALUTATO	HANDICAP	GRAVE HANDICAP
1	129	48	-	122	55
2	-	-	-	-	-
3	129	41	-	131	39
4	68	29	2	79	16
5	26	13	-	34	5
6	39	15	-	48	6
7	73	45	-	79	39
8	27	12	-	33	6
9	74	32	-	47	59

10	53	17	-	29	41
11	-	-	-	-	-
12	162	66	17	136	75

TOTALE	780	318	19	1079

Azione 3: Integrazione scolastica							
Titolo obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Modalità di integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Strumenti di valutazione	Tempi
Integrazione scolastica di alunni con disabilità	Definizione percorsi condivisi tra ATS- ASST-Ambiti/Comuni- Scuola Definizione criteri condivisi per l'accesso agli interventi Definizione modalità di attivazione degli interventi	Incontri di Progettazione, Monitoraggio e verifica	Operatori ATS/ASST/Uffici di Piano/Comuni, Scuola	Incontri periodi di coordinamento	Revisione Accordo di Programma per l'integrazione scolastica di alunni con disabilità Definizione di criteri per l'assegnazione della assistenza all'autonomia nell'ambito della scuola.	Documenti condivisi	Entro il triennio di validità del piano

3.7 Protezione giuridica

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

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

Nel 2016 alla luce della Riforma Regionale Sanitaria (L.R. 23 /2015) sono state ridefinite le competenze dell'UPG dell'ATS assumendo un ruolo marcatamente specialistico, centrato sui compiti di coordinamento e promozione, di formazione e consulenza a servizi e strutture.
Si è condivisa con le ASST la necessità che contemporaneamente venissero potenziati gli interventi territoriali per la protezione giuridica a sostegno delle famiglie e delle persone, istituendo in ognuna un Ufficio per la Protezione Giuridica.
Nel contempo per controbilanciare il venir meno dell'attività dell'UPG della ex ASL diretta alle famiglie, sono proseguite le attività formative, per diffondere sempre più le competenze di base per la protezione giuridica.
Sempre più rilevante è stata la partecipazione dell'associazionismo al sistema, del volontariato in particolare, con l'apertura di nuovi sportelli.
Nell'ambito del Gruppo di Coordinamento cui partecipano i rappresentanti di tutti gli attori (ATS, ASST, Uffici di Piano, Terzo Settore), la cui responsabilità è affidata all'UPG dell'ATS di Brescia, nel 2017 si è ritenuto necessario, alla luce dei cambiamenti istituzionali ed organizzativi intervenuti, di rivedere le "Linee Guida Locali" che costituiranno la guida per il consolidamento delle attività nel prossimo triennio.
Il Gruppo si riunirà periodicamente con l'obbiettivo di facilitare e monitorare l'attuazione di quanto previsto dalle Linee Guida.
Al Gruppo di Coordinamento sono affidate le seguenti funzioni:

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

Azione 4: Protezione giuridica							
Titolo obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Modalità di integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Strumenti di valutazione	Tempi
Consolidamento della rete per la Protezione Giuridica in applicazione delle Linee di Indirizzo Regionali e Linee Guida Locali	Sostegno alla rete dei servizi di protezione giuridica pubblici e del Terzo Settore che garantiscono le attività previste nelle Linee Guida Locali (informazione, consulenza, orientamento nelle procedure a tutti i cittadini);	Incontri di progettazione, monitoraggio e verifica	Operatori ATS/ASST/Uffici di Piano/Terzo Settore	Incontri periodici di coordinamento	Iniziative attivate a livello territoriale	N. Iniziative attivate a livello territoriale Raccolta dati attività e relazione annuale	Entro il triennio di validità del piano

	Realizzazione di iniziative nell'ambito della protezione giuridica in collaborazione con la rete territoriale.						

3.8. Area dipendenze, salute mentale e promozione della salute

DIPENDENZE

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

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

La rete di offerta delle Dipendenze comprende, inoltre:

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

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

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

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

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

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

- Servizi terapeutico-riabilitativi: servizi sia a carattere residenziale (cioè con permanenza diurna e notturna) che semiresidenziale (con la sola permanenza diurna). Accolgono persone con problematiche di dipendenza da sostanze legali e illegali, nei confronti delle quali, in accordo con i Servizi SerT/NOA/SMI, viene predisposto un progetto terapeutico personalizzato, che si articola su un periodo di tempo non superiore a 18 mesi.
- Servizi pedagogico-riabilitativi: servizi sia a carattere residenziale (cioè con permanenza diurna e notturna) che semiresidenziale (con la sola permanenza diurna). Accolgono persone con problematiche di dipendenza da sostanze legali e illegali, nei confronti delle quali, in

accordo con i Servizi SerT/NOA/SMI, viene predisposto un progetto terapeutico personalizzato a prevalente carattere educativo, che si articola su un periodo di tempo non superiore a 30 mesi.

- Servizi di trattamento specialistico: con il termine di trattamento specialistico si intende un percorso terapeutico rivolto a persone con problemi di dipendenza specifici o associati a situazioni cliniche e personali particolari. Questo tipo di trattamento ha luogo sia in unità di offerta che lo realizzano in modo esclusivo, sia in unità d'offerta con moduli specifici. La durata del trattamento specialistico non supera un arco di tempo di 18 mesi.
  Si distinguono le seguenti specifiche tipologie di Servizi di trattamento specialistico:
  - Servizi di trattamento specialistico per coppie, soggetti con figli, nuclei familiari: accolgono persone dipendenti per le quali è prevista la convivenza comunitaria con i propri figli e/o con i propri partner. Questa tipologia di Servizi è residenziale.
  - Servizi di trattamento specialistico per pazienti in comorbilità psichiatrica: accolgono persone tossicodipendenti e alcoldipendenti che presentano anche disturbi psichiatrici, sulla base di un'apposita certificazione rilasciata dal SerT/NOA/SMI in accordo con i Servizi della Psichiatria.
  - Servizi di trattamento specialistico per alcol e polidipendenti: accolgono persone dipendenti da alcol e da altre sostanze. Questa tipologia di servizi è residenziale.
- Unità d'offerta residenziali a bassa intensità assistenziale: unità d'offerta sociosanitarie rivolte a persone con problemi di tossico e alcol dipendenza con pregressi pluriennali percorsi terapeutici ambulatoriali o residenziali, difficoltà di reinserimento sociale, abitativo, relazionale, comorbilità. Si tratta di una unità d'offerta rivolta a utenti stabilizzati, ovvero non in una fase attiva di dipendenza, la quale propone una serie di attività e prestazioni finalizzate al raggiungimento del massimo grado di autonomia possibile.

Tabella 17- Servizi residenziali e semiresidenziali Accreditati nel territorio di ATS Brescia, Sede, Tipo di utenza, Tipologia di servizio offerto e numero posti accreditati e a contratto

Struttura	Ente gestore	Sede	Tipologia Utenza	Servizi	Posti
Comunità Terapeutica Femminile di Adro	Cooperativa di Bessimo	Adro	Femminile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	10
				Servizio comorbilità psichiatrica residenziale	5
Comunità Terapeutica di Paitone	Cooperativa di Bessimo	Paitone	Femminile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	16
				Servizio alcol e polidipendenti	7
Comunità di Manerbio	Cooperativa di Bessimo	Manerbio	Maschile	Servizio terapeutico riabilitativo	19

				residenziale	
				Servizio alcol e polidipendenti	6
Comunità Terapeutica Maschile "Bessimo" Orzinuovi	Cooperativa di Bessimo	Orzinuovi	Maschile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	12
				Servizio alcol e polidipendenti	6
Comunità Terapeutica Villa Bina	Cooperativa di Bessimo	Gottolengo	Femminile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	17
				Servizio alcol e polidipendenti	6
Comunità di Pontevico	Cooperativa di Bessimo	Pontevico	Coppie	Servizio coppie soggetti con figli nuclei familiari	24
Comunità Il Calabrone Brescia	Cooperativa Il Calabrone	Brescia	Maschile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	18
Comunità Il Calabrone Collebeato	Cooperativa Il Calabrone	Collebeato	Maschile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	20
Comunità Exodus	Fondazione Exodus	Lonato d/ Garda	Maschile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	15
				Servizio comorbilità psichiatrica residenziale	2
La Farnia	Comunità Fraternità-Cooperativa Sociale	Ospitaletto	Maschile	Servizio comorbilità psichiatrica residenziale	10
Il Platano	Comunità Fraternità-Cooperativa Sociale	Ospitaletto	Maschile	Servizio comorbilità psichiatrica residenziale	15
Il Frassino	Comunità Fraternità-Cooperativa Sociale	Travagliato	Maschile	Servizio pedagogico riabilitativo residenziale	10
				Servizio alcol e polidipendenti	5
Comunità Residenziale	GAIA Società Cooperativa Sociale	Lumezzane	Maschile	Servizio pedagogico riabilitativo residenziale	8
Comunità Semiresidenziale	GAIA Società Cooperativa Sociale	Lumezzane	Mista	Servizio pedagogico riabilitativo semiresidenziale	12
Comunità Donatello	Coop Il Mago di OZ	Brescia	Maschile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	29
Comunità Carebbio	Carebbio - Società Cooperativa Sociale	Sale Marasino	Maschile	Servizio pedagogico riabilitativo residenziale	9
Comunità Aperta S. Luigi	Cooperativa Sociale Comunità	Visano	Maschile	Servizio terapeutico riabilitativo	25

	Aperta San Luigi			residenziale	
				Servizio comorbilità psichiatrica residenziale	4
Comunità Terapeutica Ai Rucc e dintorni	Società Cooperativa Sociale	Vobarno	Maschile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	12
Comunità Pinocchio	Pinocchio Società Cooperativa Sociale	Rodengo Saiano	Maschile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	22
				Servizio alcol e polidipendenti	4
				Servizio comorbilità psichiatrica residenziale	3
Casa San Giuseppe	Cooperativa Con- Tatto	Brescia	Maschile	Servizio a bassa intensità residenziale	8

Tabella 18 - Servizi residenziali Autorizzati al funzionamento nel territorio di ATS Brescia, Sede, Tipo di utenza, Tipologia di servizio offerto e numero posti

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

Nell'ambito delle analisi relative al fenomeno delle Dipendenze da Uso di Sostanze e Dipendenze Comportamentali, i dati gestiti da ATS Brescia sono relativi esclusivamente alla domanda di cura, pertanto non sono rappresentativi della dimensione del fenomeno dei comportamenti di addiction a livello territoriale.
L'utenza afferente ai Servizi per le Dipendenze, in base alla tipologia, viene suddivisa in:

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

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

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

Tabella 19– Distribuzione utenza servizi ambulatoriali- Dati ATS Brescia

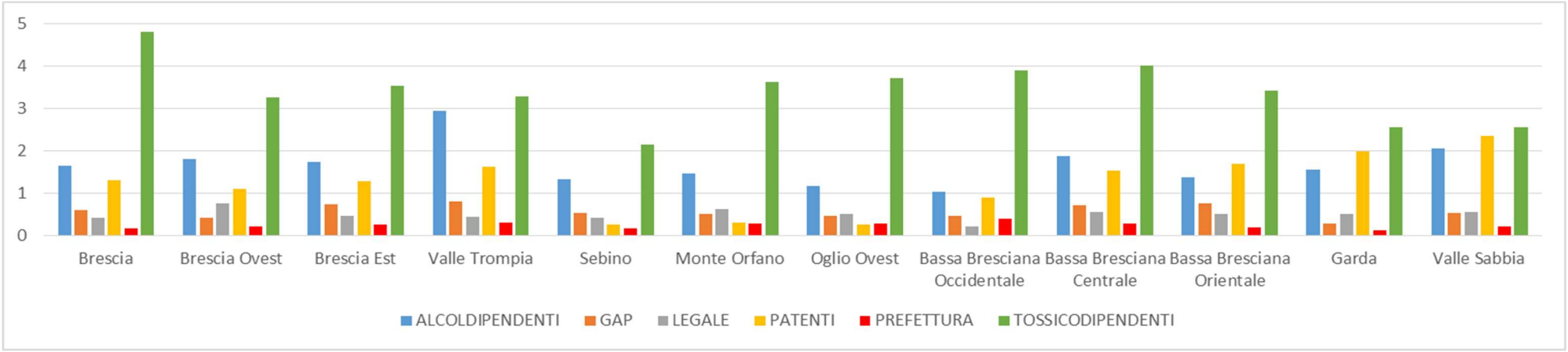
Gruppo d'utenza	TOT.	Età media maschi	Maschi %	Età media femmine	Femmine %
Alcoldipendenti	1.317	48,6	74,0%	51,4	26.0%
GAP	429	45,7	82,7%	52,4	17,3%
Lavoratori	111	40,2	100%	-	-
Legale	403	34,3	76,9%	36,6	23,1%
Patenti	1.110	43,8	90,8%	40,3	9,2%
Prefettura	169	34,9	94,1%	35,5	5,9%
Tabagisti	91	53,1	59,3%	54,6	40,7%
Tossicodipendenti	3.037	39,6	85,3%	39,2	14,7%

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

La distribuzione per Ambito Distrettuale (Grafico 1) evidenzia:

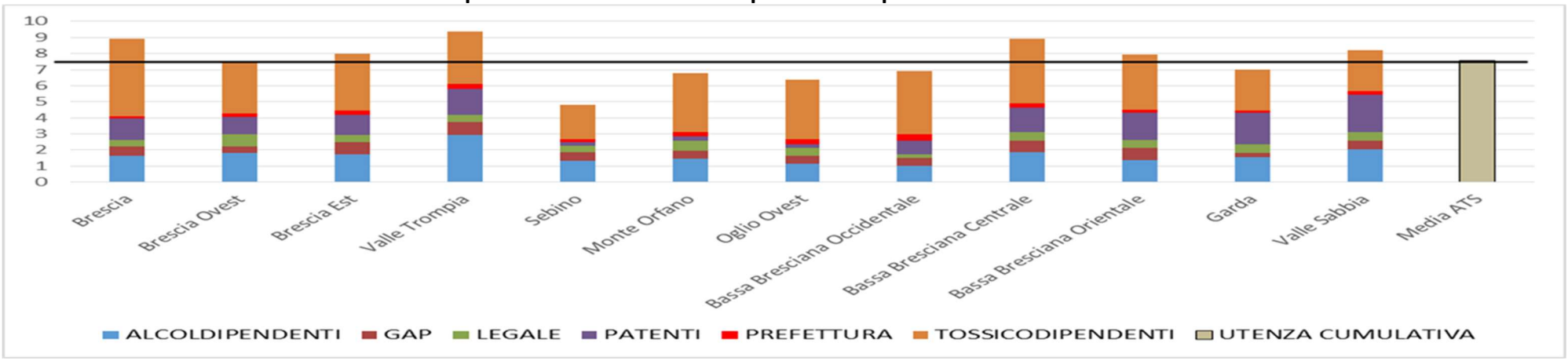
- un'elevata prevalenza di utenza con Disturbi da Uso di Sostanze nell'Ambito 1 Brescia, mentre la prevalenza più bassa si registra nell'Ambito 5 Sebino
- nell'Ambito 4 Valle Trompia si registra un'elevata prevalenza di utenza seguita per Disturbi da Uso di Alcol
- i territori dell'Ambito 12 Valle Sabbia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

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



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

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



SALUTE MENTALE

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

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

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

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

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

Alle categorie sopra menzionate, ne è stata aggiunta un'altra comprendente i soggetti che hanno fatto uso di farmaci o di prestazioni ambulatoriali specifiche per la patologia psichiatrica, ma per i quali non è stata riscontrata alcuna diagnosi specifica in nessuno dei database

utilizzati. Tale categoria denominata "altri consumatori senza diagnosi", comprende i soggetti che nel corso dell'anno hanno avuto almeno 2 ricette di farmaci specifici o almeno 2 prestazioni ambulatoriali specifiche.
Per il monitoraggio dello specifico anno sono considerati solo gli assistiti realmente presi in carico per patologia psichiatrica nel corso dello stesso anno: ad esempio un soggetto con diagnosi psichiatrica negli anni precedenti il 2017, ma non più preso in carico per patologia psichiatrica nel 2017 (incluso l'uso di farmaci e/o prestazioni ambulatoriali specifici) viene escluso.

Tabella 20 - Presi in carico patologie psichiche nel 2017- Dati ATS Brescia

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

Per la categoria patologica "Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive" (F10-F19),i soggetti sono stati classificati in base alla tipologia di sostanza psicoattiva che ha creato il disagio (Tabella 21)

Tabella 21 - Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive (F10-F19) in valore assoluto (N) e Percentuale relativa (% rel) - Dati ATS Brescia

Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive (F10-F19)	N	% rel
F10. - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol	4.590	58,2%
F11. - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di oppioidi	1.442	18,3%

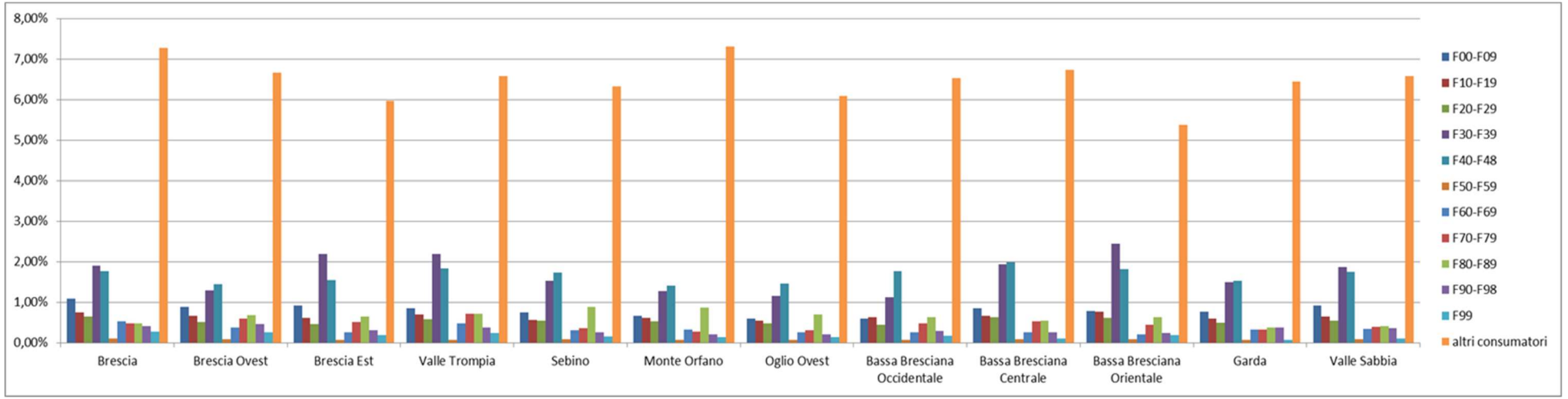
F12. - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cannabinoidi	1.360	17,2%
F13. - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sedativi o ipnotici	157	2,0%
F14. - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cocaina	2.237	28,4%
F15. - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di altri stimolanti, compresa la caffeina	277	3,5%
F16. - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di allucinogeni	41	0,5%
F17. - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di tabacco	130	1,6%
F18. - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di solventi volatili	484	6,1%
F19. - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive multiple e all'uso di altre sostanze psicoattive	742	9,4%
	7.889	100,0%

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

Tabella 22 - Numero di soggetti suddivisi per gruppo di patologia e distribuiti per Ambito distrettuale- Dati ATS Brescia

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

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



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

Tipologia dei Servizi

- Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC): reparto sito nei Presidi ospedalieri. I ricoveri possono essere volontari o obbligatori (trattamento sanitario obbligatorio – TSO), prevalentemente deputati alla gestione della fase acuta

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

Il Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) si rivolge alla popolazione di età compresa tra 0-18 anni con problematiche neurologiche, neuropsicologiche e psichiatriche. Di norma il primo accesso al Servizio inizia con la visita neuropsichiatrica.
Successivamente l'équipe multiprofessionale attiva il percorso di valutazione per la definizione della diagnosi, che può prevedere osservazioni

cliniche e/o somministrazione di test specifici in base ai diversi casi. A seconda della diagnosi effettuata e dei bisogni della persona possono essere avviati monitoraggi, cure mediche e/o prese in carico riabilitative e psicoterapiche con trattamenti di tipo logopedico, psicomotorio, psicologico, fisioterapico.
Le principali aree di intervento sono:

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

L'attività del servizio è di tipo ambulatoriale, effettuata attraverso visite, colloqui, cicli di terapia riabilitativa ed educativa.
Presso la NPIA di ASST Garda è attiva l'Area Psicosociale Giovani (APG): si tratta di un'area funzionale che integra il Polo di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) con il Centro Psico Sociale (CPS), costituendosi come un'équipe funzionale multidisciplinare dedicata ai giovani nell'età di transizione compresa tra 14 e 24 anni e che manifestano sintomi psicopatologici.
L'obiettivo dell'APG è quello di una tempestiva valutazione diagnostica al fine di individuare precocemente disturbi psichiatrici o prodromi di patologie psichiatriche e intraprendere il percorso di cura più appropriato, con personale specificamente dedicato.

RISULTATI TRIENNALITÀ PRECEDENTE 2015-2017 - DIPENDENZE-SALUTE MENTALE

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

			SMI Gli Acrobati; Comunità Pinocchio; Comunità Fraternita'

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

AZIONE 5: Potenziamento percorsi area dipendenze							
Titolo obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Modalità di integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Strumenti di valutazione	Tempi
Potenziamento di percorsi condivisi relativi all'invio e alla presa in carico di minori e adulti in situazioni di bisogno, disturbi da uso di sostanze e alcol, disturbi della sfera comportamentale	Implementazione di gruppi di lavoro a livello di Distretto di programmazione alla luce della legge 23/2015 e legge 15/2016 Revisione del Protocollo operativo: Neuropsichiatria /Dipendenze /Psichiatria Revisione dei Protocolli:	Incontri di progettazione /equipe multidisciplinari Attività di Formazione congiunta per condivisione buone prassi	ATS Uffici di Piano ASST (NPI – Psichiatria – Dipendenze) Servizi privato accreditato MMG – PdF Terzo	Incontri periodici tavoli di Ambito Costituzione tavolo di lavoro multidisciplinare e incontri periodici di progettazione Formazione	Ricostituzione Gruppi di lavoro a livello di Ambito Revisione e approvazione dei Protocolli operativi Report applicazione Protocollo Doppia Diagnosi (DD)	Verbali incontri Protocolli operativi Report annuale	Incontri nel corso del triennio 2018/2020 Revisione Protocollo Alcol entro 2018 Revisione Protocollo Tabagismo entro 2018 Revisione Protocollo Neuropsichiatria/Dipendenze/Psichiatria entro secondo anno Produzione Report Protocollo DD a cadenza annuale nel triennio

	- Tabagismo - Alcolismo con focus specifico sulle donne con problemi e/o patologie alcol correlate Monitoraggio Protocollo Doppia Diagnosi (Dipendenze/Salute Mentale)		Settore				

PROMOZIONE DELLA SALUTE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Per ridurre l'abitudine tabagica nella popolazione generale è attiva la collaborazione con le ASST (Consultori Familiari, Ambulatori certificativi e vaccinali, alcune Divisioni Mediche del Presidio Ospedaliero Spedali Civili), con i Medici competenti delle Aziende aderenti al progetto WHP e con i Farmacisti per l'utilizzo del Minimal Advice individuato dalla letteratura come strumento efficace per la prevenzione del tabagismo accompagnato, per tutti gli interessati alla disassuefazione, da informazioni utili all'accesso ai Centri per il Trattamento del Tabagismo (CTT). L'esperienza che,

nell'ultimo triennio, ha permesso un coinvolgimento in modo omogeneo su tutto il territorio di competenza di ATS, degli Enti Locali, delle ASST attraverso i Servizi specialistici, i Servizi del Privato accreditato e gli Enti del Terzo Settore è rappresentata dalla Rete del Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) che ha visto protagonisti i Comuni che hanno beneficiato di finanziamenti regionali a seguito di bandi della D.G. Territorio, urbanistica, difesa del suolo e Città Metropolitana. A seguito del D.d.u.o n.6426 del 31 maggio 2017, sono in totale 13 le progettualità attivate dagli Enti Locali/Comunità Montane sul territorio dell'ATS di Brescia di cui 9 rifinanziate e 4 di nuovo finanziamento: 4 progetti vedono attiva la partnership di ATS. ATS ha svolto un ruolo di raccordo in rete per tutte le progettualità.

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

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

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

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

Azione 6: Promozione della salute

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

3.9 Minori e famiglia

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

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

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

Per la famiglia sono già in essere, da alcuni anni, sostegni economici erogati da diverse Istituzioni, progetti di sostegno all'allattamento materno e di intervento per la depressione perinatale e azioni proattive per la fragilità genitoriale nei Consultori Familiari e i Punti Nascita, nonché interventi sociali e progetti nell'area della Tutela Minori.
Il progetto "Percorso nascita" trova nella normativa regionale e nazionale importanti indicazioni sulla necessità che i servizi territoriali (consultori familiari, medici di famiglia e pediatri di famiglia) e le strutture ospedaliere (Punti Nascita a diverso livello di complessità) lavorino in modo coordinato e trasparente, offrendo servizi che integrano le rispettive competenze e che assicurano continuità assistenziale.
Si riportano di seguito le tabelle riassuntive rispetto al Bonus Famiglia e quelle relative al Percorso Nascita.

Tabella 23. Distribuzione Domande Bonus 2017 per Ambito Consultori Pubblici e Privati dal 1/1/2017 al 30/4/2017 e dal 27/6/2017 al 31/12/2017

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

Tabella 24. Triage Percorso nascita – Punti nascita / Consultori familiari Rilevazione 2017 per Ambito distrettuale- Dati ATS Brescia

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

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

coinvolgimento dei Consultori Familiari per la presa in carico. L'avvio dei progetti previsti dalle Reti Territoriali Antiviolenza potrà implementare le risorse e favorire una capillare sensibilizzazione alle donne per intraprendere e perseverare nel percorso di uscita dal circuito della violenza.
Nella tabella sottostante, i dati relativi alle segnalazioni da parte dei Pronto soccorso ai Consultori Familiari

Tabella 24 segnalazione pronto soccorso

Donne vittime di violenza - Segnalazione dei Pronto Soccorso ai Consultori Familiari Anno 2017			
Pronto Soccorso	**Senza richiesta di presa in carico**	**Con richiesta di presa in carico**	**Totale**
Spedali Civili	32	30	62
Gardone Val Trompia	12	5	17
Ist. Clinico S. Anna	24	7	31
Ist. Clinico Città di Brescia	13	3	16
Fond. Poliambulanza	43	24	67
Ist. Clinico S. Rocco	5	3	8
Totale ASST	**129**	**72**	**201**

Donne vittime di violenza - Segnalazione dei Pronto Soccorso ai Consultori Familiari Anno 2017			
Pronto Soccorso	**Senza richiesta di presa in carico**	**Con richiesta di presa in carico**	**Totale**
Iseo	19	14	33
Chiari	21	25	46
Totale ASST	**40**	**39**	**79**
Montichiari	15	10	25
Manerbio	16	31	47
Desenzano	23	19	42
Gavardo	30	28	58

Totale ASST	**84**	**88**	**172**
Totale Complessivo	**253**	**199**	**452**

TUTELA MINORI

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

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

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

Tabella 25 audizioni della Convenzione di Lanzarote

Audizioni protette Convenzione Lanzarote Rilevazione 2017	
ASST Spedali Civili	66
ASST Franciacorta	3
ASST Garda	36
Totale	**105**

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

	AMBITO DISTRETTUALE												**TOTALE**
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	
Minori con provvedimento Autorità Giudiziaria	391	196	110	267	99	116	162	68	168	113	52	170	1912
Famiglie coinvolte	266	137	67	162	63	75	102	49	110	74	39	118	1262

Minori in Comunità con madre	14	6	4	5	1	4	11	0	11	3	1	2	62
Minori in Comunità	30	5	10	15	1	8	11	1	13	2	8	12	116
Affido	61	23	32	51	10	22	47	11	25	16	8	22	328

Azione 7: Minori e famiglie							
Titolo obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Modalità di integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Strumenti di valutazione	Tempi
Sostegno alla famiglie fragili	Definire i rapporti con i diversi soggetti coinvolti nelle azioni connesse all'erogazione del sostegno economico previsto dalla DGR 7230/17 "Bonus famiglia"	Integrazione nei programmi di intervento per le famiglie vulnerabili	Operatori dei Comuni, dei Consultori pubblici e privati, operatori del Terzo Settore (CAV)	DGR n.7230/17 e decr. attuativi Progetto di intervento Patto di corresponsabilità	Incremento presa in carico servizi territoriali/consultoriali	Piattaforma SIAGE	Entro il triennio
Sostegno alla maternità e attenzione alle situazioni di fragilità	Sviluppare un modello culturale, organizzativo e operativo che offra un accompagnamento alla donna/coppia/famiglia, nella promozione della salute in gravidanza, nel dopo parto, nella relazione madre-padre-bambino, nella promozione dell'allattamento al seno, nel sostegno della genitorialità	Sviluppo di una presa in carico trasversale tra punti nascita, consultori e servizi sociali per una presa in carico integrata e di sostegno con i comuni nelle situazioni di maggiore fragilità	Operatori sanitari dei punti nascita e socio sanitari dei consultori familiari pubblici e privati e dei servizi sociali di base	Progetto "Percorso Nascita" e "A casa dopo il parto"	Aumento adesioni donne ai progetti; individuazione precoce situazioni di fragilità e allerta servizi sociali di base	Adesione Piattaforma Survey Monkey Numero di prese in carico consultori/servizi sociali	Entro il triennio
Contrasto alla	Definire e governare un	Mantenimento	Operatori sanitari e	Reti	Aumento numero	Report regionali	Entro il

violenza di genere	percorso che garantisca continuità assistenziale e che preveda tempestività di attivazione di un progetto di presa in carico territoriale e di sostegno alla donna vittima di violenza	protocolli ospedalieri/PS attivazione rete dei servizi territoriali; Avvio di uno sportello di accoglienza/ascolto in ogni ambito territoriale Costituzione di una equipe dedicata	socio sanitari pubblici e privati	antiviolenza/ consultori/ servizi sociali	di donne che intraprendono percorsi di uscita dal circuito della violenza		triennio
Sostegno ai Minori vittime di abuso e grave maltrattamento	Definire un percorso di remunerazione, rendicontazione e controllo partecipato, integrato e condiviso	Condivisione dei criteri per eleggibilità e mantenimento alla misura minori in comunità Avvio e sperimentazione in qualche ambito di buone prassi per la tutela minori	Operatori Ambiti/comunità/Tutela minori/ ATS/ASST	Progetto quadro/Pei/scheda prestazioni socio sanitarie	Sperimentazione di misure alternative alla residenzialità	Rendicontazione periodica/	Entro il triennio

3.10 Conciliazione Vita-Lavoro

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

Il Piano Territoriale di Conciliazione 2011-2012, ai sensi della DGR 1576/2011 ha costituito sul territorio della ex ASL di Brescia la Rete per la conciliazione che ha visto, come primo momento, la sottoscrizione dell'Accordo territoriale per la conciliazione tra: Regione Lombardia; ex-ASL di Brescia; Provincia di Brescia; Comune di Brescia; 12 Ambiti territoriali; Associazione Comuni bresciani (ACB); Camera di Commercio, Industria, Artigianato, Agricoltura di Brescia (CCIAA); Consigliera di Parità. L' Accordo territoriale per la conciliazione prevedeva la creazione di una rete di

partners pubblico-privato in grado di recepire e promuovere politiche concrete per la conciliazione dei tempi famiglia-lavoro del territorio di riferimento e l'implementazione dei processi di conciliazione con particolare attenzione alle micro-piccole e medie imprese localizzate sul territorio. All'Accordo territoriale per la conciliazione hanno aderito, nel tempo, imprese, cooperative sociali, associazioni di categoria, fondazioni e strutture sociosanitarie. L'avvio di progettualità locali promosse con le risorse messe a disposizione dalla DGR 1576/2011 ha costituito indubbiamente un momento significativo di strutturazione di raccordi territoriali finalizzati a promuovere azioni di conciliazione a favore dei dipendenti delle imprese e dei cittadini, e soprattutto ha visto gli Uffici di Piano per la prima volta promotori di azioni territoriali di conciliazione.
Il Piano territoriale 2014-2016 (ai sensi della DGR 1081/2013) ha previsto il rinnovo dell'Accordo per la valorizzazione delle politiche di Conciliazione famiglia-lavoro e la costituzione di tre Alleanze locali di conciliazione, per facilitare la programmazione a livello territoriale e un più stretto raccordo con i Piani di Zona; nello specifico sono le seguenti:

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

Nella realizzazione del Piano 2014-2016 hanno aderito alle Alleanza Territoriali di Conciliazione l'Ambito Distrettuale Brescia Ovest e l'Ambito Distrettuale Garda, portando il numero degli Ambiti aderenti da 8 a 10.
Il Piano Territoriale di Conciliazione 2017-2018 ha visto l'adesione di tutti i 12 Ambiti Territoriali, ampliando l'alleanza agli Ambiti Distrettuali di Valle Sabbia e di Valle Trompia.

RISULTATI TRIENNALITÀ PRECEDENTE 2014-2016

Alleanza	Azioni previste	Esiti
Alleanza locale di Montichiari Alleanza locale di Brescia Alleanza locale di Palazzolo	- voucher per il ricorso ai servizi di cura per anziani e disabili; - voucher per servizi socio-educativi per l'infanzia; - voucher premialità assunzione, per imprese che assumono madri escluse dal mercato del lavoro con un figlio di età non superiore ai 5 anni; - servizi di consulenza alle imprese per la definizione di un piano di flessibilità e welfare aziendale.	- n. 993 persone dipendenti delle imprese aderenti alle alleanze locali di conciliazione; - n. 16 MPMI per premialità assunzione; - n. 2 MPMI per servizi di consulenza.

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

Il Piano Territoriale di Conciliazione 2017-2018 prevede la realizzazione di tre progetti in capo alle Alleanze Locali di Conciliazione di Brescia, Palazzolo sull'Oglio e Montichiari e lo sviluppo dell'Azione di Sistema, in capo ad ATS Brescia.
Con Decreto DG n. 110 del 24/02/2017 ATS Brescia ha recepito i contenuti della sopracitata DGR, provvedendo al rinnovo dell'Accordo per la valorizzazione delle politiche territoriali in materia di conciliazione sottoscritto in data 11 Marzo 2014 e con determinazione n.90 del 27/02/2017 ha preso atto:

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

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

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

realizzando il pieno coinvolgimento dei 12 Ambiti distrettuali.
Con Decreto DG n. 308 del 25/05/2017 sono state approvate le progettualità delle tre Alleanze volte alla realizzazione del Piano Territoriale di Conciliazione 2017-2018 attraverso le seguenti azioni:

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

Elemento innovativo del Piano Territoriale di Conciliazione 2017-2018 è rappresentato dall'Azione di Sistema, la cui attuazione prevede la figura dell'operatore/degli operatori di rete, in grado di promuovere nel territorio e nei luoghi di lavoro la cultura della conciliazione.
In particolare è previsto che l'operatore/gli operatori di rete, operando in stretta sinergia con ATS e le Alleanze locali, realizzi/realizzino i seguenti interventi prioritari:

- promozione sul territorio delle azioni definite dal Piano Territoriale di Conciliazione 2017-2018 in continuità con il precedente Piano e in raccordo con le azioni proposte dalle tre Alleanze, come precedentemente descritto;

- supporto all'ampliamento della Rete di conciliazione e sviluppo di azioni in sinergia con la Rete Workplace Health Promotion Lombardia (WHP) in collaborazione con la U.O. Promozione della Salute di ATS Brescia;
- approfondimento e analisi di contesto del territorio in merito alle imprese profit e no profit, con particolare attenzione alle MPMI e alle aziende di cura pubbliche e private (es. RSA), per promuovere e diffondere nelle stesse la cultura della conciliazione, affinché i lavoratori ad oggi esclusi dalle politiche di conciliazione vita-lavoro possano fruire dei benefici previsti;
- diffusione nelle imprese profit e no profit, MPMI e nelle aziende di cura pubbliche e private la conoscenza e l'utilizzo delle misure previste dalla legislazione nazionale in materia di conciliazione famiglia-lavoro (es. regime di defiscalizzazione, sviluppo della contrattazione territoriale e accordi di secondo livello, ecc.) in sinergia con le OO.SS.;
- sviluppo di un rapporto diretto con le imprese e di accompagnamento nel percorso di attuazione delle azioni previste, nell' ottica della diffusione della cultura di conciliazione famiglia-lavoro e della sensibilizzazione sulle tematiche ad essa correlate, sulla base dell'analisi dei bisogni e delle priorità del territorio.

Azione 8: Conciliazione							
Titolo obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Modalità di integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Strumenti di valutazione	Tempi
Potenziamento delle tre Alleanze locali in materia di Conciliazione Vita –Lavoro, al termine delle progettualità avviate con il Piano Territoriale di Conciliazione 2017-2018 Ampliamento della Rete di Conciliazione di	Azione di Sistema: Coinvolgimento dei nuovi Ambiti aderenti alle Alleanze di Conciliazione attraverso gli operatori di rete Coinvolgimento di realtà profit e no profit (con particolare attenzione alle RSA presenti sul territorio), anche al fine di cofinanziare i progetti in essere	Incontri di programmazione, valutazione e monitoraggio	Comitato di programmazione, valutazione e monitoraggio ATS Uffici di Piano Operatore/i di rete Imprese profit e no profit	Accordo di Rete Accordi per la realizzazione delle Alleanze	N. Enti aderenti alla Rete N. Accordi per la realizzazione delle Alleanza N.incontri sul territorio con Enti/lavoratori da parte dell'Operatore di rete	Adesione all'Accordo di Rete Accordo per la realizzazione delle Alleanze	Entro il triennio

ATS Brescia	Coinvolgimento delle 3 ASST Stabilizzazione delle buone prassi avviate a livello territoriale Diffusione della cultura di Conciliazione Vita - Lavoro						

3.11. Cartella sociale informatizzata

La Cartella Sociale Informatizzata (CSI) è una soluzione informatica in grado di fornire funzioni sia a livello professionale-operativo agli assistenti sociali/operatori, sia a livello amministrativo-gestionale agli Enti che devono programmare e coordinare gli interventi sociali.
La CSI è uno strumento imprescindibile per i servizi sociali dell'Ente locale, in quanto permette la gestione delle informazioni sociali e sociosanitarie relative all'utenza, il collegamento ad altre banche dati e l'assolvimento di debiti informativi nazionali e regionali; consente infatti la gestione unitaria e condivisa di dati e attività sia a livello intra comunale, intra-ambito, che istituzionale.
Nel corso del 2016/2017 si è proceduto a sviluppare l'utilizzo uniforme della Cartella Sociale Informatizzata (CSI), attraverso la definizione, secondo il percorso delineato da Regione Lombardia (DGR n.X/5499-2 agosto 2016) di elementi informativi comuni, tali da consentire lo sviluppo di soluzioni omogenee su tutto il territorio di ATS.
A seguito delle indicazioni fornite da Regione Lombardia ed attraverso il lavoro di raccordo svolto da ATS, gli Ambiti hanno provveduto ad adeguare la CSI, già in uso, ed hanno avviato il processo volto a perseguire l'obiettivo comune di allineamento della CSI. Nel corso del triennio sono previste ulteriori azioni di sviluppo della CSI al fine di realizzare una interoperabilità sempre più ampia, tramite l'attivazione di processi utili all'integrazione della stessa con le banche dati di altri Enti.

Azione 9: Cartella sociale informatizzata							
Titolo obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Modalità di integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Strumenti di valutazione	Tempi
Implementazione sistemi di interoperabilità tra le diverse	Livello di utilizzo della Cartella Sociale Informatizzata	Raccordo periodico con gli attori coinvolti	ATS Uffici di Piano Comuni	Cartella Sociale Informatizzata (CSI)	% operatori con accesso alla CSI Report di utilizzo della	Verifica rispetto a trasmissione/acquisizione flussi	Triennio 2018-2020

soluzioni informatiche sulla base delle indicazioni di Regione Lombardia Adeguamento delle estrazioni dei dati per i flussi informativi finalizzati alle rendicontazioni richieste da Regione Lombardia	(CSI) da parte degli operatori interessati Stato di avanzamento degli interventi finalizzati alla realizzazione della interoperabilità		SWH fornitrici dei sistemi in uso	Formazione	CSI per le rendicontazioni (debito informativo) Documentazione di adeguamento delle soluzioni SWH adottate in ottemperanza alle indicazioni regionali		

4. AREE SOCIALI SOVRADISTRETTUALI - OBIETTIVI E AZIONI

Nel rileggere oggi quanto previsto nel Piano di Zona 2015/2017 relativamente alla parte riferita alle politiche sociali sovradistrettuali la prima impressione che ne deriva – come del resto avviene anche rispetto ad altri temi importanti presenti nel documento - è un certo stupore e subito dopo una certa soddisfazione nel verificare come alcune letture, interpretazioni, preoccupazioni, auspici lì indicati trovino, a distanza di tre anni da quando sono state scritte, una sorta di conferma o di condivisione anche da parte di altri livelli d i programmazione. Indirettamente tale soddisfazione è accompagnata dalla conferma espressa dai fatti che effettivamente l'Ufficio di Piano – il Coordinamento degli Uffici di Piano – sono luoghi di corretta lettura e interpretazione dei fenomeni sociali del nostro territorio, ma anche strumenti di "presidio" delle politiche sociali, delle novità, dei cambiamenti, delle differenze, viste però in una logica di ricomposizione, riconnessione, condivisione.
Per comprendere correttamente quanto sopra richiamato è necessario ricordare come già a partire dal Piano di Zona 2012/2014 e poi confermato nel Piano di Zona 2015/2017, in modo condiviso e omogeneo, tutti i dodici Ambiti distrettuali dell'ex ASL di Brescia, oggi ATS, hanno previsto nella propria programmazione una sezione specifica dedicata alle politiche sovra distrettuali, politiche che hanno tratto il loro fondamento e presupposto nell'operatività del Coordinamento provinciale degli Uffici di Piano (di seguito definito sinteticamente "Coordinamento"), costituito dai Responsabili/Coordinatori dei dodici Uffici di Piano degli Ambiti Distrettuali appartenenti al territorio dell'ATS di Brescia.

Come già scritto, le motivazioni che negli anni hanno portato alla nascita del Coordinamento degli Uffici di Piano sono da ascrivere alla necessità e utilità, riconosciuta da tutti i territori, di disporre di un luogo "(o meglio di uno spazio mentale)" di incontro, confronto, sintesi, approfondimento, valutazione, limatura delle differenze, supporto e decisione tecnica, nell'ambito del quale affrontare in modo coordinato le difficoltà e le novità che la partita dei Piani di Zona ha certamente portato nei territori, compresa la necessità e l'utilità di definire delle politiche sovradistrettuali.
Negli anni tale organismo si è fortemente radicato nella realtà bresciana e ha lavorato in modo costante rispetto ai vari temi che la Regione Lombardia o l'ASL/ATS o i soggetti del territorio hanno posto nel tempo, anticipando di fatto la costituzione della Cabina di Regia, prevista dalla Regione Lombardia a partire dal 2013, anche se di fatto quest'ultimo organismo si occupa prioritariamente di tematiche di carattere più propriamente socio sanitarie.

Certamente una delle attività più significative che il Coordinamento degli Uffici di Piano ha posto in essere negli anni è stata quella di lavorare per ridurre - dove e per quanto possibile - le disomogeneità presenti sul territorio bresciano, soprattutto rispetto ai nuovi temi, alle nuove partite, alle nuove questioni: ci si è quindi approcciati ai nuovi temi, alle nuove sfide partendo dalla necessità di condividere la lettura dei problemi, di elaborare delle possibili soluzioni da sviluppare poi secondo modelli omogenei (nell'approccio e nella visione), ma specifici nella declinazione operativa.
Così agendo si è messa di fatto in atto negli anni un'azione di "governo della rete" e di tendenziale omogeneizzazione (così avviene ancora oggi ed è avvenuto per esempio rispetto al Fondo Sociale Regionale, al Fondo non Autosufficienze, al Fondo Intesa, al Piano Nidi, al Dopo di Noi, alla

nuova legge sui servizi abitativi, alle varie misure del Reddito di Autonomia, ma anche e sopratutto rispetto alla rilevante questione della riforma socio sanitaria lombarda).

Proprio per tale consuetudine di lavoro integrato, per la riconoscibilità, per la capacità di ricercare soluzioni condivise ma anche per il "RI - CONOSCIMENTO che comunque vari attori del territorio (il mondo dell'associazionismo, della cooperazione, del sindacato, ecc.) esprimono nei confronti del Coordinamento, è stato possibile mantenere attivo il lavoro integrato con ATS (che ha di fatto sostituito l'ex ASL nei rapporti con il Coordinamento), fin dai primi passaggi che hanno accompagnato l' applicazione della riforma socio sanitaria lombarda, trovandosi di fatto ad essere quasi inevitabilmente, all'interno del processo di cambiamento istituzionale ed organizzativo in atto, uno degli elementi di maggiore stabilità del sistema.
L'interlocuzione con ATS si è mantenuta costante, al di là delle difficoltà di capire fino in fondo - e sopratutto nella gestione quotidiana - la nuova funzione attribuita dalla legge regionale all'Agenzia di Tutela della Salute.
Tale processo ha richiesto un po' di tempo e vari passaggi anche organizzativi, ma oggi di fatto anche il processo della nuova programmazione zonale, che conferma come obiettivo prioritario da consolidare l'integrazione socio sanitaria tra ATS, ASST e Ambiti Distrettuali (obiettivo testimoniato anche dal ruolo attribuito alla Cabina di Regia a livello regionale), è stato da subito gestito in modo coordinato, non solo tra i dodici ambiti distrettuali, ma anche con l'ATS.
Nello stesso tempo tuttavia va segnalato che benché l'integrazione socio sanitaria sia una partita fondamentale della programmazione, restano da affrontare sia in termini programmatori che operativi questioni e problemi che attengono più alla sfera specificamente sociale (povertà, lavoro, casa, rapporti economici con i cittadini fruitori delle prestazioni, assistenza scolastica agli alunni disabili, applicazione D Lgs 117/2017 per quanto riguarda la partita della co-programmazione, co-progettazione e accreditamento con il terzo settore, ecc.), per fronteggiare i quali è opportuno confermare comunque il Coordinamento provinciale degli Uffici di Piano quale soggetto della governance del Piano di Zona, con funzione di organo tecnico che opera anche all'interno della Cabina di Regia per le specifiche attività poste in capo a detto soggetto, Coordinamento al quale sono attribuite le seguenti funzioni:

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

proseguo del Piano di Zona, la cui realizzazione deve necessariamente passare da un consolidamento dell'integrazione tra soggetti territoriali diversi e da un presidio costante e ragionato di problemi, opportunità, sperimentazioni, costruzione di buone prassi.

A partire da questa premessa necessaria, che oltre a rappresentare sinteticamente la storia organizzativa e operativa che caratterizza il territorio bresciano consente di inquadrare più correttamente anche l'operatività dell'oggi, si ritiene necessario richiamare l'attenzione su alcune questioni di particolare rilievo/criticità riferite all'attuale programmazione che devono essere esplicitate proprio in una dimensione sovradistrettuale:
- una prima questione attiene alla governance del Piano di Zona, così come delineata da Regione Lombardia all'interno delle Linee Guida di cui alla DGR X/7631 del 28 dicembre 2017 e in particolare alla struttura dei nuovi Ambiti Distrettuali, così come delineati dalla L.R. 23/2015 e dal P.O.A.S. di ATS Brescia.
Proprio per le ragioni sopra richiamate e alla luce del percorso che ha accompagnato la storia degli ultimi anni, l'assetto attuale degli Uffici di Piano di ATS Brescia risulta coerente e addirittura ha anticipato la legge regionale, nella misura in cui esiste da molti anni, attraverso il Coordinamento degli Uffici di Piano e la Cabina di Regia, una forte azione di coordinamento tra tutti i territori che dà una risposta concreta e operativa al bisogno di ricomposizione e di riduzione della frammentazione che negli anni è stato più volte visto dal legislatore regionale come un grosso problema da risolvere.Quindi l'esperienza concreta degli uffici di piano bresciani valorizza e potenzia i rapporti di collaborazione sovra zonale che nel corso degli anni si sono andati formando, con l'obiettivo di rafforzare e omogeneizzare aspetti fondamentali dei servizi in territori simili per caratteristiche socio/economiche (territorio che riguarda tutti i dodici uffici di piano) e contigui in termini di confini territoriali/amministrativi (gli uffici di Piano di ATS Brescia e non solo quelli afferenti ad una singola ASST) al di là di uno specifico processo di ridefinizione dei confini dei singoli ambiti, che risulterebbe addirittura riduttivo rispetto alla realtà già in essere;
- in coerenza con quanto sopra, una seconda questione cruciale, emersa in modo ancora più netto durante il percorso di costruzione del piano di zona attiene al rapporto e al ruolo tra Uffici di Piano e ASST. Come sopra detto, mentre il rapporto con ATS si è mantenuto costante anche dopo l'entrata in vigore della L.R. 23/2015, molto più complesso è stato ed è il rapporto con le ASST.
In questo processo specifico che ha visto gli uffici di piano bresciani particolarmente attivi, è emerso in modo unanime e diffuso da parte di tutti i territori una forte preoccupazione rispetto al rapporto con ASST. Se infatti sono ancora forti e importanti le relazioni di tipo operativo tra i diversi professionisti che fino a poco tempo fa collaboravano insieme, pur appartenendo all'ex ASL e ai comuni/UDP attraverso il "contenitore" del Distretto Socio Sanitario, ancora oggi sono molto più incerte e confuse le collaborazioni formali.
Durante i vari incontri sia locali (dei singoli UDP), che di Coordinamento, sono emerse delle criticità forti che attengono per esempio a carenza di risorse (soprattutto di personale) in aree particolarmente cruciali (Neuro Psichiatria Infantile, continuità assistenziale, passaggio dall'Ospedale al territorio, Salute mentale, tutela minori, ecc.) per i cittadini.
Nonostante le preoccupazioni espresse in varie occasioni anche su questi temi, il rapporto con ASST è generalmente distante e rende di fatto impraticabile la ricerca attiva di soluzioni.
Per questa ragione si riterrebbe necessario che ATS – che governa di fatto le risorse socio sanitarie e sanitarie- affiancasse gli Uffici di Piano nella ricerca di risposte possibili da parte delle ASST bresciane per affrontare i problemi sopra detti, anche passando - con le modalità e le strategie più

opportune - da un'eventuale rinegoziazione dei budget destinati alle specifiche attività e sostenendo con gli Uffici di piano la necessità di mantenere dei livelli minimi di omogeneità delle prestazioni che consentirebbero di dare risposte certe ai cittadini a prescindere dal territorio di riferimento, un po' come avviene in ambito sociale attraverso il lavoro del Coordinamento degli Udp;
- si sottolineano infine alcune partite specificamente sociali rispetto alle quali è cruciale una visione sovrazonale, alcune delle quali vengono poi declinate nel proseguo del Piano di zona (Lavoro, casa, povertà), mentre altre sono solo accennate ma troveranno sviluppo specifico nel triennio di validità del nuovo Piano di Zona.
Si tratta in particolare:
- dell'attuazione della L.R. 16/2016 e del Regolamento regionale n. 4/2017 che già oggi sta vedendo una forte azione di coordinamento tra i 12 Ambiti Distrettuali sopratutto nel rapporto con Aler Brescia e con alcune realtà provinciali (Sindacati degli inquilini, associazioni di categoria dei proprietari, Cooperazione, ecc.);
- della partita connessa all'assistenza scolastica a favore degli studenti frequentanti la scuola secondaria di secondo grado. Molta attenzione è infatti posta rispetto ai disabili sensoriali, ma la platea degli studenti disabili non sensoriali è certamente molto più numerosa e presenta dei profili di indubbia complessità, in quanto chiama in causa vari soggetti, compresi gli Istituti di istruzione superiore e i Centri professionali e un volume di risorse ben più elevato;
- infine nel triennio andrà certamente approfondita, sperimentata e sviluppata la partita della collaborazione con il terzo settore, connessa al D Lgs 117/2017, in particolare per quanto riguarda l'accreditamento, la co-programmazione, la co-progettazione. Proprio perché i rapporti con il terzo settore si muovono anche sulla dimensione del rapporto con il Coordinamento degli Uffici di Piano e le rappresentanze provinciali delle diverse realtà, su questi temi sarà necessario mantenere un approccio coordinato che consenta di elaborare e mettere a disposizione di tutti quello che verrà elaborato econdiviso, in un'ottica generativa, di sostegno reciproco, di crescita anche delle professionalità, che si arricchiscono nella misura in cui si confrontano con altri approcci e altre competenze.
A fronte di quanto sopra e in coerenza con la storia di questi anni, si ritiene che la prospettiva di lavoro qui delineata ponga in capo all'Ufficio di Piano (come soggetto che anche la Regione, nelle linee di indirizzo, valorizza come soggetto strategico che presidia la funzione di integrazione tra i diversi soggetti del welfare, di promotore di connessioni e opportunità) la responsabilità di dare concretamente corpo agli obiettivi indicati e di gestire le varie questioni aperte, in una logica collaborativa e dinamica, agendo secondo modalità che dovranno essere individuare e presidiate per mantenere fede, sul piano ovviamente tecnico, agli impegni assunti anche con i vari soggetti che in questa partita sono stati coinvolti.

4.1. Politiche abitative

Nell'ultimo decennio il tema dell'abitare si è trasformato per una fascia sempre più ampia di cittadini in una vera e propria emergenza sotto il profilo sociale. I recenti fenomeni di crisi ci mettono di fronte a scenari ben differenti da quelli che hanno ispirato le politiche abitative a partire dagli anni Ottanta: parliamo di una generalizzata diffusione del disagio abitativo in un contesto di stagnazione economica, come evidenziano indicatori quali la crescente incidenza degli sfratti per morosità e dell'ingresso in sofferenza dei mutui. Non si tratta, in breve, di provvedere ai bisogni delle famiglie più fragili, in un paese di proprietari di casa, ma a quelli di crescenti settori della popolazione locale minacciati dalla "povertà

abitativa", dal momento che oggi non sono più soltanto le fasce tradizionalmente svantaggiate ad esprimere un bisogno abitativo, ma questo sta diventando un fenomeno che investe trasversalmente la società, ponendo la necessità di ricollocare i temi dell'abitare in una posizione centrale, ricercando soluzioni nuove ed integrate.

I significativi cambiamenti socio-economici e demografici che interessano la nostra società, fanno emergere nuovi bisogni che non sempre trovano risposta: il forte e incrementale invecchiamento della popolazione, il costante aumento dei flussi migratori, il pericoloso aumento della povertà generano infatti sempre più situazioni di vulnerabilità che producono ricadute nella capacità delle persone a garantirsi l'accesso e il mantenimento dell'alloggio. Le amministrazioni pubbliche e i contesti privati, a fronte di un incremento di situazioni critiche quali sfratti, e morosità crescenti, si trovano dunque di fronte alla necessità di individuare risposte diversificate.

In uno scenario di questo tipo si rende necessario costruire strategie integrate capaci di dare risposte efficaci, in particolare per quelle persone che spesso non accedono ai servizi se non quando ormai è troppo tardi per trovare soluzioni sostenibili. Oggi la vulnerabilità parla sempre più anziani soli, di donne sole con bambini, di fallimenti, improvvise malattie, di situazioni in cui sembra necessario sperimentare politiche e progetti che mettano insieme diversi settori di intervento e che interpretino le politiche abitative come parte di un sistema di welfare integrato. L'obiettivo è individuare strategie che consentano di contenere le nuove vulnerabilità e impedire che queste si trasformino in nuove situazioni di marginalità, in un'ottica di prevenzione e sostenibilità dello stesso sistema di welfare.

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

La legge regionale 16/2016 introduce, dal punto di vista programmatorio, importanti novità che spingono verso una logica di programmazione e gestione dei servizi abitativi a livello sovracomunale. A tal proposito, un dato significativo è rappresentato dalle nuove modalità con le quali viene trattato il problema delle assegnazioni di edilizia residenziale pubblica. Le politiche abitative sono concepite come politiche "collegate" alla programmazione sociale dei Piani di zona. I dodici ambiti distrettuali dell'ATS già nella precedente programmazione, 2015/2017, avevano relativamente al tema dell'abitare previsto una specifica azione di intervento concertata a livello sovradistrettuale e che era stata elaborata attraverso una consultazione con alcune realtà del territorio provinciale, portatrici di interesse e di competenze sul tema specifico. Quanto determinato a livello sovradistrettuale aveva trovato spazio all'interno della programmazione dei singoli Piani; tra l'altro esito di quella programmazione e stata la sottoscrizione di protocolli con il Tribunale in ordine alla gestione delle procedure di rilascio dell'immobile a seguito di sfratto.

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

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

Relativamente alla domanda si rileva:

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

QUESTIONI APERTE

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

PISTE DI LAVORO PER IL TRIENNIO 2018/2020

- La costituzione di un tavolo di lavoro che veda coinvolti i referenti degli enti capofila, di cui all'art. 3 comma 3 del r.r. 4/2017, e i referenti dell'ALER di Brescia-Cremona-Mantova, finalizzato a supportare e creare i necessari raccordi tecnico-operativi per la prima implementazione dei Piani annuali e triennali dell'offerta dei servizi abitativi pubblici e sociali;

- l'individuazione di una sede unica dove le Associazioni degli inquilini e dei proprietari possano certificare la congruità del canone e il rispetto della normativa del contratto agevolato al fine di promuovere nei Comuni della Provincia l'estensione dell'accordo territoriale per l'attuazione del contratto agevolato;
- la costituzione di un tavolo di lavoro che consenta di condividere e diffondere le buone prassi in materia di politiche abitative indirette (sussidi, incentivi e politiche fiscali) e di condividere le buone pratiche degli enti locali nell'attuazione degli interventi fino ad oggi programmati per la mobilità abitativa e morosità incolpevole.

Azione 10: Politiche abitative						
Titolo obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	tempi
Promuovere tavoli e piani annuali e triennali dell'offerta dei servizi abitativi pubblici e sociali	Creazione raccordi tecnico-operativi per la prima implementazione dei Piani annuali e triennali dell'offerta dei servizi abitativi pubblici e sociali	Risorse umane degli enti capofila e territoriali e dell'ALER	Riunioni periodiche Predisposizione di una road map condivisa per i comuni	Avvio effettivo tavolo % dei comuni coinvolti sul totale	si/no si/no	Avvio lavoro entro 31 luglio 2018
Promuovere nei Comuni della Provincia l'adozione delle misure necessarie per dare corso all'accordo territoriale per la definizione del contratto agevolato	Costituzione di un apposito tavolo con rappresentanti degli ambiti, dei sindacati degli inquilini e le associazioni dei proprietari Diffusione di conoscenza e informazione nei singoli ambiti Individuazione di una sede dove le Associazioni degli inquilini e dei proprietari possano certificare la congruità del canone	Personale degli ambiti Referenti di Sunia e Sicet Referenti di Appe	Riunioni e Incontri collegiali e nei singoli territori Bozze di provvedimenti attuativi delle misure	Diffusione negli ambiti delle informazioni propedeutiche alla misura Avvio sede	Almeno il 50% degli ambiti si/no	Da avviare entro il 31 dicembre 2018 Da realizzare dal secondo anno
Condividere buone	Costituzione di un tavolo di lavoro che consenta di condividere e diffondere le	Risorse umane degli ambiti	Predisposizione di documenti di	Avvio tavolo di lavoro	si/no	Entro il 31 dicembre

prassi/pratiche in materia di politiche abitative	buone prassi in materia di politiche abitative indirette (sussidi, incentivi e politiche fiscali) e di condividere le buone pratiche degli enti locali nell'attuazione degli interventi fino ad oggi programmati per la mobilità abitativa e morosità incolpevole		approfondimento e sintesi			2018

4.2. Politiche sociali del lavoro

L'area della fragilità degli adulti interseca una molteplicità di aspetti e situazioni, che appaiono pervasive del tessuto sociale e che, in una situazione di grave crisi sia economica che dei valori di riferimento, presentano un trend in sensibile crescita, investendo sempre maggiori fasce della popolazione. Le condizioni di fragilità personale sono enfatizzate dalla situazione di precarietà ed instabilità che caratterizzano il contesto attuale, e sono spesso la conseguenza della perdita del lavoro.

L'ultimo triennio ha confermato un rapido ed esponenziale aumento di cittadini che si rivolgono ai servizi portando il bisogno del lavoro (precariato o mancanza): la lunga crisi iniziata nel 2008 ha avuto come conseguenza sociale drammatica una severa contrazione dell'occupazione, con forti ripercussioni individuali e familiari tali da modificare i comportamenti con cui le persone colpite cercano di fronteggiarla.

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

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

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

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

La tabella sotto riportata ne fotografa l'attuale assetto.

AMBITO DISTRETTUALE	SERVIZIO Integrazione Lavorativa	SERVIZI per svantaggio non certificato	INTERVENTI Giovani e Lavoro	MODALITA' DI GESTONE
N. 1 Brescia e Collebeato	SIL	Cento leve e dote Comune		Accreditamento per l'erogazione di voucher

				inserimento lavorativo
N. 2 Brescia Ovest	SIL e percorsi svantaggio non certificato			Gestione Associata ACB fino al 31/12/2018
N. 3 Brescia Est	SIL	Go for Work – Servizi al Lavoro		Azienda Speciale Consortile
N. 4 Valle Trompia	SIL			Gestione Associata ACB
		Progetto "ZeroOttanta" Inserimento Lavorativo	WORK UP	Gestione CIVITAS e accreditamento con Agenzia Consorzio Valli
N. 5 Iseo	SIL e percorsi svantaggio non certificato			Gestione Associata ACB fino al 2020
N. 6 Montorfano	SIL e percorsi svantaggio non certificato			Gestione Associata ACB fino al 2020
N. 7 Chiari	SIL e percorsi svantaggio non certificato			Coordinamento Comune di Chiari, collaborazione agenzie accreditate e Consorzio In Rete
N. 8 Bassa Bresciana Occidentale	SIL e percorsi svantaggio non certificato			Gestione Associata ACB fino al 2020
N. 9 Bassa Bresciana Centrale	SIL e percorsi svantaggio non certificato			Gestione Associata ACB fino al 2020
N. 10 Bassa Bresciana Orientale	SIL e percorsi svantaggio non certificato			Gestione Associata ACB fino al 2020
N. 11 Garda	NIL	Svantaggio non certificato Agenzia accreditata		Gestione tramite Fondazione Servizi integrati gardesani
N. 12 Valle Sabbia	SIL	Svantaggio non certificato		Gestione tramite Azienda Speciale Valle Sabbia Solidale Agenzia Accreditata

Per quanto attiene gli interventi rivolti alle nuove categorie di "svantaggio sociale", ovvero quella fascia di popolazione che versa in condizioni di fragilità e vulnerabilità, si è registrata una maggiore difficoltà nell'attivare azioni di sistema, così come ampiamente descritto nell'area povertà ed inclusione sociale.

Tali consapevolezze invitano, per il futuro, a consolidare e potenziare gli interventi avviati nei territori e al contempo sottolineano l'opportunità di creare un raccordo tra di essi per valorizzarne le buone pratiche; suggeriscono inoltre l'individuazione di alcuni concreti obiettivi da perseguire a livello provinciale con i principali attori delle politiche attive del lavoro.

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

QUESTIONI APERTE

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

PISTE DI LAVORO PER IL TRIENNIO 2018/2020

La costituzione di un tavolo di lavoro che consenta di condividere e diffondere le buone prassi in materia di politiche sociali del lavoro (incentivi, progetti, sperimentazioni) e di condividere le pratiche dei territori con particolare riguardo a quanto realizzato a favore dell'occupazione giovanile e dell'inserimento di persone in condizione di svantaggio sociale;

1. l'individuazione di uno spazio "virtuale" comune a tutti gli ambiti che permetta un puntuale accesso alle informazioni sui progetti e gli interventi in essere nei territori;
2. la costruzione di prassi condivise tra enti locali e terzo settore nella formulazione e gestione degli appalti pubblici che prevedano l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate;
3. la collaborazione tra soggetti istituzionali e territoriali ai fini di un potenziamento delle azioni di sostegno alle situazioni di fragilità, con particolare riferimento alla misura REI.

Azione 11: Politiche del lavoro						
Titolo obiettivo	Interventi / azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempi
Condividere le buone prassi/pratiche in materia di politiche sociali del lavoro, con particolare riguardo ai giovani e agli adulti in situazione di fragilità sociale	Costituzione di un tavolo di lavoro che consenta di condividere e diffondere le buone prassi Creazione di uno spazio virtuale comune per dare visibilità ai progetti territoriali	Risorse umane degli ambiti e dei diversi interlocutori interessati (terzo settore, associazioni imprenditoriali, UEPE…) Risorse strumentali dei Comuni	Riunioni periodiche Sito web comune	Almeno 3 nel triennio Pagina dedicata	si/no si/no	2018/2020 Avvio dal 2019
Favorire un più ampio inserimento di persone disabili e svantaggiate	Tavolo di condivisione di prassi comuni nella formulazione e gestione degli appalti pubblici per favorire l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate Lavoro coordinato con Provincia per una maggiore sensibilizzazione delle aziende in tema di ottemperanza al collocamento mirato	Risorse umane degli enti locali e del terzo settore Risorse umane degli enti coinvolti	Riunioni periodiche e produzione di materiale documentale Riunioni periodiche ed incontri a tema	Format comune per appalti con clausole sociali Aumento inserimenti lavorativi	si/no si/no	2018/2019 2018/2020
Realizzare percorsi integrati di accompagnamento al lavoro delle persone beneficiarie del REI	Sperimentazione di procedure e strumenti tra territori e Centri per l'impiego / agenzie accreditate per la gestione dei progetti lavorativi connessi al REI	Risorse umane di enti locali, Centri per l'impiego, agenzie accreditate Risorse economiche da Dote Unica Lavoro	Raccordo operativo, documenti condivisi e verifiche periodiche	Accordo formale di collaborazione	si/no	2018/2019

4.3. Nuove povertà e inclusione sociale

ESITI DELLA PROGRAMMAZIONE 2015/2017

Rileggendo oggi quanto indicato nel Piano di Zona 2015/2017 con riferimento all'area di lavoro che affrontava il tema delle nuove povertà e dell'inclusione sociale è indubbio che alcune delle questioni che erano state indicate e analizzate hanno visto nel triennio qualche sviluppo significativo, se non soluzioni definite e certe.

Tra gli obiettivi ai quali si era data attenzione era stata indicata la problematica riferita al pagamento (o meglio alle difficoltà nel pagamento) delle utenze domestiche, spesa che, accanto a quella per la locazione, era ed è per molte famiglie una delle tipologie di spesa di più difficile sostegno. Si era quindi immaginato di dialogare con le aziende pubbliche di gestione dei servizi per trovare percorsi di maggiore sostenibilità per le famiglie più in difficoltà. In effetti nel triennio passato realtà come A2A o il Banco per l'energia (o altri soggetti per i territori specifici di riferimento) hanno attivato aiuti e sostegni che hanno contribuito ad alleggerire o a risolvere le problematiche di spesa di alcune famiglie, testimoniando in tal senso che la lettura fatta in sede di predisposizione del Piano di Zona corrispondeva ad un reale bisogno ed ad una criticità effettiva che investiva le famiglie e, per contro, ricadeva sulle aziende stesse.

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

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

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

LA SITUAZIONE ATTUALE

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

condizione di forte precarietà (lavori a tempo, a chiamata, a tempo determinato, ecc.), qualche risposta in più rispetto al passato triennio c'è stata.
Per assurdo oggi, incontrando nei diversi contesti le imprese (conciliazione, alternanza, contrattazione locale, ecc.), le stesse sostengono che ci sono oggi alcuni posti di lavoro che non vengano coperti perché mancano alcune competenze specifiche che servono e non si trovano, competenze che sono sì legate ad apprendimenti tecnici specifici (i saldatori, per esempio), ma anche e soprattutto per i giovani, a competenze trasversali quali ad esempio la capacità di flessibilità, l'intraprendenza, la "curiosità intellettuale", il senso del dovere, la disponibilità a muoversi, a sperimentare, ad appassionarsi, a relazionarsi.
Anche nei servizi per l'inserimento al lavoro di soggetti svantaggiati le cose vanno un po' meglio: qualche proposta viene fatta, qualche esperienza viene avviata e qualcuna si traduce in assunzione.
Sempre su questo fronte, nel triennio concluso si è invece esaurita una forma di esperienza molto sostenuta e utilizzata soprattutto da parte del privato sociale: i voucher lavoro che sono stati di fatto azzerati, chiudendo una fase nella quale tale strumento è stato spesso utilizzato anche dalle organizzazioni di volontariato per sostenere persone in condizioni di povertà, comunque disponibili ad attivarsi ed impegnarsi anche a fronte di aiuti ricevuti.
In questo quadro d'insieme a partire da settembre 2016 si è imposta all'attenzione dei servizi sociali e dei cosiddetti cittadini vulnerabili una novità certamente importante, quale l'introduzione di misure nazionali a contrasto della povertà.
Le criticità connesse a queste nuove misure (tante e immediatamente sperimentate) e le opportunità (altrettante, ma rilevabili soprattutto in una prospettiva di medio termine), sono sotto gli occhi di tutti e sono state e sono tutt'ora oggetto di numerose e significative riflessioni, soprattutto promosse da parte dei soggetti del privato sociale che lavorano a stretto contatto con le Amministrazioni Comunali (Sindacati, Acli, Caritas, Alleanza per la povertà, cooperazione, ecc.).
Quelle più immediate e probabilmente di più semplice soluzione concernono la difficoltà di gestire uno strumento di questa natura attraverso banche dati nazionali e avvalendosi dell'INPS. Una dimensione di lavoro e di gestione dell'attività così centralizzata sconta probabilmente la difficoltà di avere a che fare con quantità elevate di informazioni da acquisire, processare e gestire che inevitabilmente aprono a frequenti e diversificate criticità.
Anche la gestione dell'informazione ha presentato come sempre delle criticità: le reali condizioni di accesso al beneficio sono state sottostimate, in realtà per poter accedere servono **un insieme** di condizioni, senza il concorso delle quali la domanda viene respinta.
Tuttavia, al di là di questi aspetti operativi, per entrambe le misure il nodo reale da risolvere è rappresentato **dalla concreta possibilità di rientro**/immissione nel mercato del lavoro del soggetto **vulnerabile** (perché questa è la tipologia dei destinatari per i quali la misura è stata pensata) e dalla possibilità di stabilire un rapporto, una relazione efficace con i soggetti che hanno la titolarità di governare questa problematica.
Da subito è stato evidente che i numeri di persone e di famiglie che sono state effettivamente ammesse a godere dei benefici delle due misure sono molto contenuti rispetto alle aspettative. Per queste solo una parte limitata ha sviluppato progetti riferiti all'area del lavoro, mentre sono stati numerosi i progetti che attivano altre aree (servizi educativi e socio sanitari soprattutto).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

QUESTIONI APERTE

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

6. resta tuttavia aperto il problema delle cosiddette situazioni di cronicità/disagio conclamato (spesso coloro che in prima battuta aderiscono alle misure nazionali di contrasto alla povertà come il Sia e il ReI, ma che solo in misura minima ne godranno i vantaggi, al di là dell'apporto di risorse economiche per un certo periodo o le situazioni di persone seriamente compromesse sul piano delle competenze e delle relazioni, per le quali è stato provato di tutto, ma che comunque restano costantemente ai limiti);
7. infine va aperto un fronte di pensiero relativamente nuovo, ma altamente critico che è quello della **povertà educativa**. Uno degli obiettivi del lavoro che viene oggi portato avanti all'interno di alcuni progetti individualizzati/familiari del ReI è quello di lavorare all'attivazione di percorsi di sostegno educativo, soprattutto in contesti di deprivazione e di alta criticità. Al di là del ReI, va però fatto un pensiero strutturato su questo specifico ambito di lavoro, perché le implicazioni del medio periodo sono preoccupanti;
8. deve essere agita una funzione importante di ricomposizione, anche in relazione ai vari Bonus attivati a carattere regionale e nazionale che spesso, oltre all'elargizione di un beneficio economico estemporaneo, non riescono ad incentivare modifiche od evoluzioni nell'assetto familiare.

PISTE DI LAVORO PER IL TRIENNIO 2018/2020

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

Azione 12: Nuove povertà e inclusione sociale						
Titolo obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	tempi

Sviluppare connessioni e integrazione con i servizi per il lavoro per addivenire alla definizione di azioni specifiche all'interno dei progetti individualizzati, anche in coerenza con il Piano Povertà di Regione Lombardia	Equipe di progetto integrate e incisive, in grado di progettare tenendo conto di tutte le risorse e azioni attivabili e identificare di conseguenza progetti che sviluppino appieno proposte nell'ambito del lavoro	Personale degli ambiti, dei Centri per l'impiego, delle agenzie accreditate Referenti Caritas, Acli, Sindacati, Cooperazione, Forum	Riunioni e incontri di progettazione Definizione procedure formali (protocolli, linee guida) Condivisione di risultati	Numero incontri Strumenti formali condivisi,	Almeno 2 l'anno si/no	Da avviare entro il 31 dicembre 2018 e da mantenere per tutta la durata del Piano di Zona
Promuovere la conoscenza delle opportunità di sostegno nei confronti dei potenziali beneficiari, valorizzando il rapporto con le cosiddette "antenne locali"	Raccordo operativo strutturato e periodico con gli operatori comunali (incontri, scambio di informazioni, aggiornamenti, luoghi di confronto e pensiero, ecc.) Comunicazione e informazione precisa in ordine alle varie opportunità e misure attive sul territorio in modo che anche le realtà locali possono proporle e diffonderle	Personale degli ambiti Referenti Caritas, Acli, Sindacati, Cooperative, associazioni, ecc.	Incontri di èquipe Incontri periodici di informazione e aggiornamento Scambio di dati e informazioni	Azioni/procedure di scambio delle informazioni anche mediante strumenti informatici; Incremento del numero di richieste di benefici. Raccolta dati per monitorare le fonti invianti	si/no si/no si/no	Da avviare entro il 31 dicembre 2018
Promuovere azioni formative per gli operatori e le comunità locali per meglio ri-conoscere i soggetti vulnerabili	Definizione di indicatori / caratteristiche / competenze utili a rilevare il bisogno, nel rapporto con l'utenza Monitoraggio dell'esito delle diverse misure anche in collaborazione con le realtà locali per costruire una sorta di "identità" del soggetto vulnerabile	Personale degli ambiti; Referenti Caritas, Acli, Sindacati, Cooperative, associazioni, ecc. Formatori/coaching.	Interventi formativi con partecipazione pluriprofessionale Report di rilevazione e analisi dei casi.	Avvio azioni formative; Produzione strumenti di lavoro	si/no si/no	Da avviare entro il 31 dicembre 2018

Individuare azioni specifiche per sostenere il disagio conclamato	Progettazione di proposte e sperimentazioni di Welfare di comunità Studio e sperimentazione forme di "servizio civico" che coinvolgano persone singole disponibili ad impegnarsi all'interno delle comunità locali, avvalendosi delle opportunità previste dalla normativa vigente.	Personale degli ambiti Referenti Caritas, Acli, Sindacati, Cooperative, associazioni, ecc.	Incontri allargati tra le varie realtà locali; incontri di èquipe a livello territoriale; definizione strumenti operativi (protocolli, ecc.)	Svolgimento incontri Predisposizione protocolli, accordi, ecc.).	si/ no si/no	Dal 1 gennaio 2019
Affrontare la problematica della povertà educativa, mediante confronto e approfondimento tra tutti gli attori sociali e socio sanitari coinvolti	Identificazione problematiche più frequenti Progettazione di risposte sperimentali e innovative al problema Consolidamento presa in carico integrata e multidisciplinare delle situazioni più complesse Affinamento capacità di lettura e identificazione dei problemi più diffusi all'interno delle famiglie e dei territori locali.	Personale degli ambiti e di ASST Referenti Caritas, Acli, Sindacati, Cooperative, associazioni, ecc.	Interventi formativi con partecipazione pluriprofessionale Incontri di èquipe Incontri periodici di informazione e aggiornamento Scambio di dati e informazioni	Avvio tavolo di lavoro a livello di coordinamento degli udp Costruzione strumenti di analisi dei casi e delle problematiche principali (caratteristica, condizioni, azioni di tutela, ecc.).	si/no si/no	Da gennaio 2019

5.IL CONTESTO

L'ambito Distrettuale Bassa Bresciana Orientale si situa al limite meridionale-orientale della provincia di Brescia, confinando in parte con la provincia di Mantova, ed è composto da sette comuni: Acquafredda, Calcinato, Calvisano, Carpenedolo, Montichiari, Remedello e Visano.
Le funzioni della programmazione zonale sono in capo al comune capofila, Montichiari, il cui sindaco presiede anche l'assemblea distrettuale dei sindaci.
Il territorio si caratterizza geograficamente per una distanza media di circa 20 Km dal capoluogo provinciale, Brescia, il territorio d'ambito confina a sud-ovest con i comuni bresciani dell'Ambito Distrettuale Bassa Bresciana Centrale e a sud-est con i comuni della provincia di Mantova. A est con i comuni bresciani dell'Ambito Distrettuale Garda. Complessivamente ha una superficie pari a 231.95 kmq.
Le principali caratteristiche territoriali: suddivisione superfici comunali [in kmq], numero abitanti e densità sono riportati nel grafico.

Figura: suddivisione della superficie territoriale per comune, in kmq, e principali caratteristiche

Il presente capitolo ha lo scopo di dare un quadro di sintesi:

- della **caratterizzazione demografica** specifica del territorio;
- delle principali **variazioni in corso**, significative e/o influenti per la successiva definizione del piano di programmazione locale.

Le fonti dei dati aggregati e il periodo di loro rilevazione è indicato in dettaglio, nei diversi paragrafi.

Come illustrato precedentemente, complessivamente la popolazione è pari a 66.750 abitanti, di cui:

Tabella: Distribuzione della popolazione, suddivisa per sesso, nei diversi comuni (ISTAT)

	Maschi	Femmine	totali
Acquafredda	751	814	1.565
Calcinato	6.526	6.389	12.915
Calvisano	4.294	4.208	8.502
Carpenedolo	6.488	6.469	12.957
Montichiari	12.764	12.685	25.449
Remedello	1.683	1.701	3.384
Visano	1.019	959	1.978
	33.525	**33.225**	**66.750**

Ne deriva una densità di popolazione media pari a 288 abitanti/kmq, con forti variazioni tra 157 abitanti/kmq di Remedello ai 430 abitanti/kmq di Carpenedolo.
L'andamento della popolazione nell'ambito, nell'ultimo decennio, dimostra, complessivamente, una crescita lenta, ma confermata nel tempo. A livello di singoli comuni, sono invece in diminuzione le popolazioni di Acquafredda, Calvisano, Remedello e Visano.

Grafico andamento complessivo crescita demografica

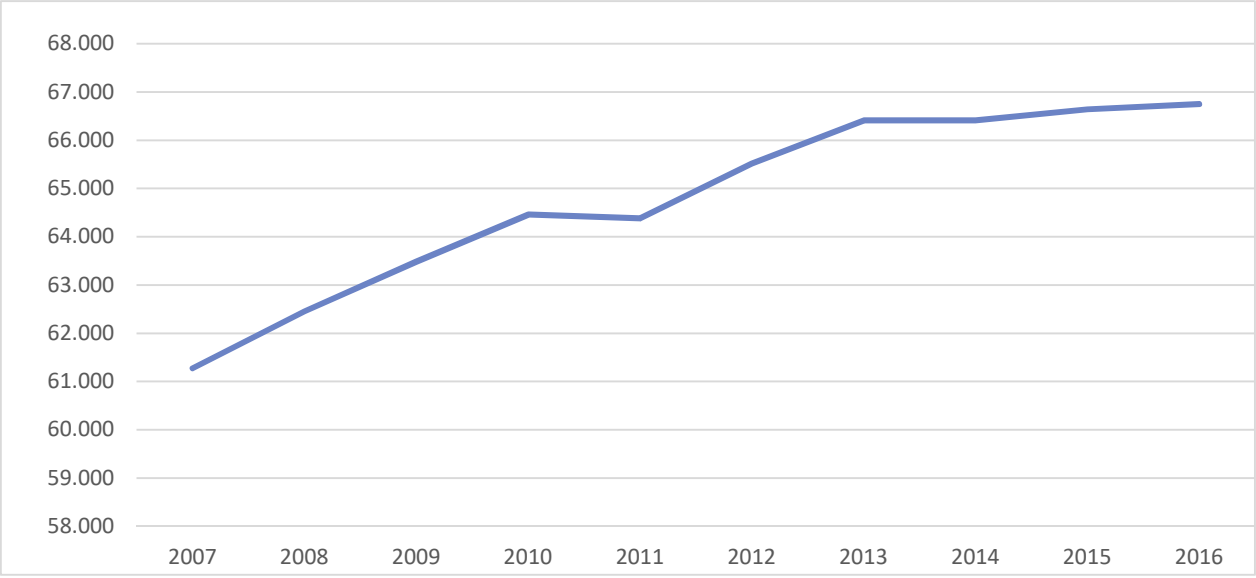


Tabella Andamento per singolo comune della crescita demografica (ISTAT)

Comune/anno	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	andamento complessivo
ACQUAFREDDA	1.535	1.552	1.601	1.615	1.571	1.580	1.602	1.611	1.591	1.565	
CALCINATO	12.187	12.354	12.545	12.725	12.607	12.846	12.860	12.861	12.924	12.915	
CALVISANO	8.371	8.464	8.598	8.726	8.529	8.586	8.706	8.604	8.491	8.502	
CARPENEDOLO	11.978	12.300	12.534	12.698	12.641	12.855	13.027	12.976	13.012	12.957	
MONTICHIARI	22.006	22.452	22.873	23.339	23.708	24.287	24.815	24.953	25.198	25.449	
REMEDELLO	3.340	3.416	3.426	3.404	3.397	3.376	3.398	3.380	3.425	3.384	
VISANO	1.863	1.890	1.912	1.953	1.931	1.986	2.003	2.028	2.002	1.978	

La variazione demografica si assesta, quindi, in variazione tra 2015 e 2016 a -0,19, nel periodo dal 2010 al 2016 con una media di +0,72 e una complessiva pari a -1,37 tra dato 2010 e dato 2016.
Un dato che conferma gli andamenti precedenti del territorio in termini di contesto complessivamente attrattivo e in crescita, seppur con significativi rallentamenti, in un trend di crescita in linea con le dinamiche demografiche nazionali.
Dal quadro generale della popolazione e dalla sua suddivisione per comune, è poi necessario analizzarne la composizione per fasce d'età, individuabili come segue:

Principali fasce d'età	Numero individui	Incidenza
Minori di 14 anni	11.255	17%
Popolazione in età attiva 15-64 anni	43.730	65%
Anziani > 65 anni	11.765	18%

Figura Panoramica grafica popolazione per composizione fasce d'età

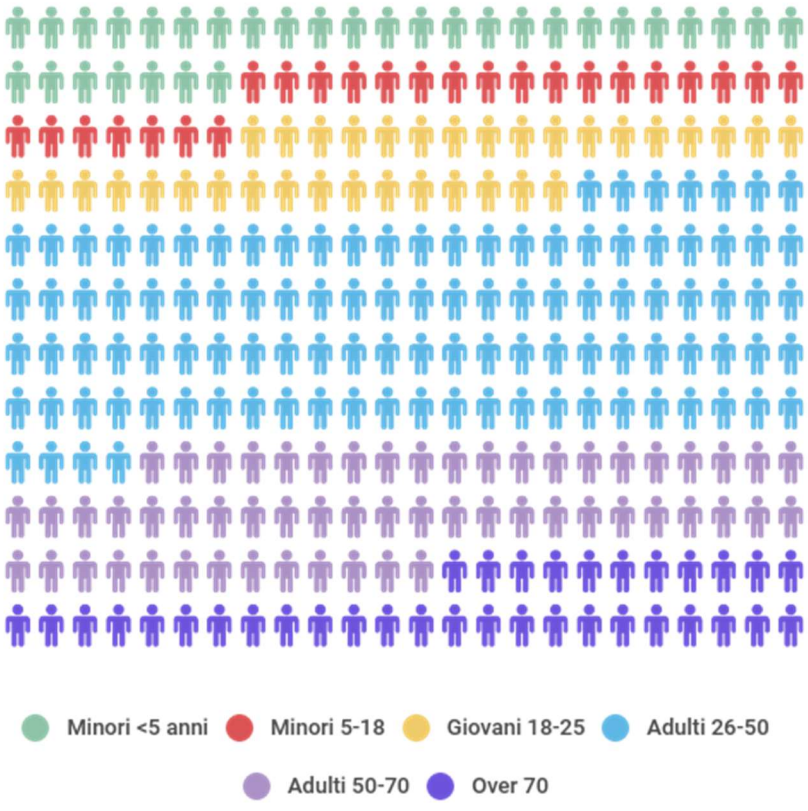
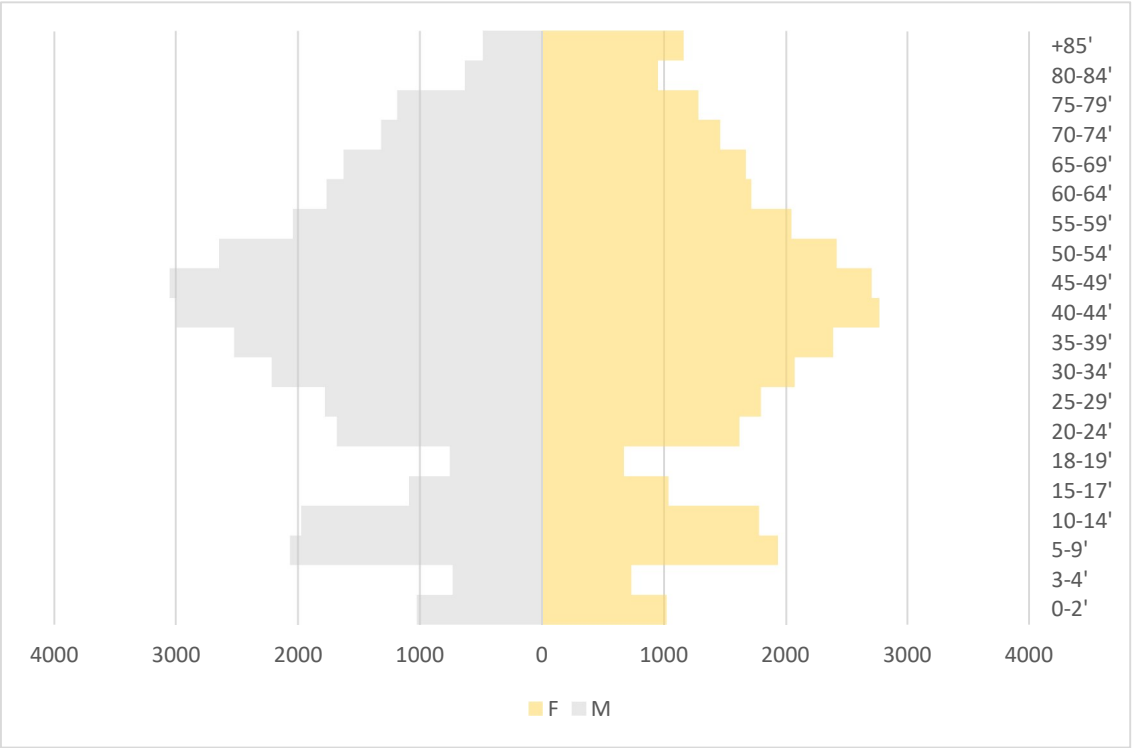


Grafico Piramide delle età. Popolazione per fasce d'età dell'ambito Bassa Bresciana Orientale



L'età media della popolazione d'ambito si situa, quindi all'interno della fascia di popolazione attiva, indicando un contesto abitativo più giovane degli andamenti nazionali, in cui l'incidenza degli anziani tende ad assestarsi sopra al 20%.

Grafico Andamento e rapporto tra saldo naturale e migratorio

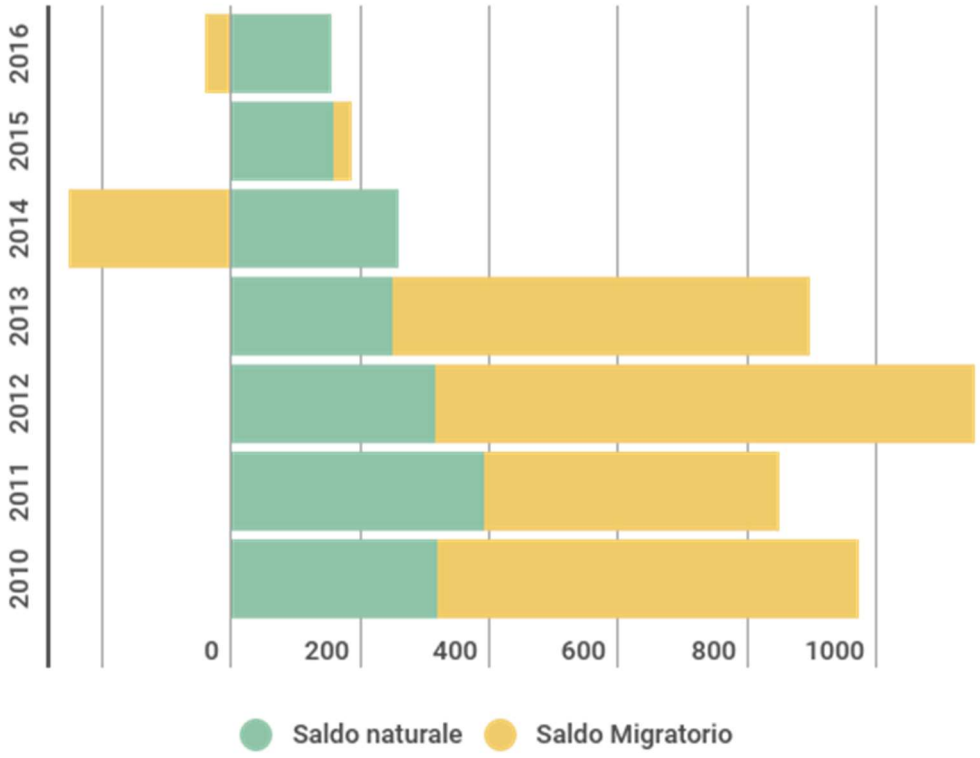
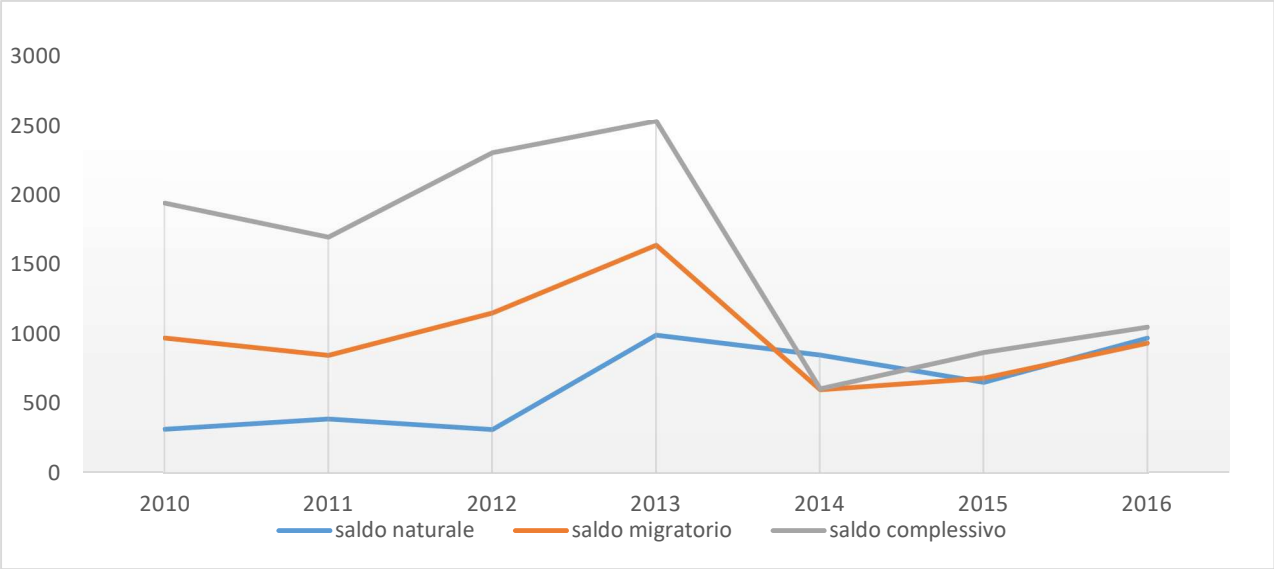


Tabella e grafico andamento saldo naturale, migratorio e complessivo



	saldo naturale					saldo migratorio					complessivo
	nascite		decessi		tot	iscrizioni		cancellazioni		tot	
anno	m	f	m	f		m	f	m	f		
2010	405	383	226	245	317	1289	1208	993	850	654	**971**
2011	405	405	213	207	390	1337	1351	1184	1046	458	**848**
2012	389	372	226	221	314	1506	1327	1048	947	838	**1152**
2013	369	357	253	223	250	1470	1333	1082	1076	645	**895**
2014	397	350	237	252	258	1098	1036	1278	1106	-250	**8**
2015	341	338	272	250	157	1085	1009	1082	983	29	**186**
2016	311	316	242	231	154	1075	998	1076	1034	-37	**117**

In questo quadro generale, analizziamo ora alcuni dati demografici più specifici su alcune fasce della popolazione che risultano rilevanti anche per la successiva definizione delle azioni di programmazione contenute nel Piano di zona, nonché ci raccontano di alcune variazioni significative del tessuto demografico.
Per fasce, diamo dei dati di dettaglio relativamente a:

- minori e giovani;
- anziani;
- stranieri.

Nell'ultima parte del capitolo andremo, invece, a fare una panoramica sulla situazione reddituale dell'ambito Bassa Bresciana Orientale, quale dato significativo della connessione tra dinamiche demografiche e quadro economico.

5.1. Dati demografici minori e giovani

Al 2016, la popolazione minorile e giovanile, quindi compresa nella fascia 0-29 è pari a 21.677 individui [10.597 F; 11.080 M], pari al 32% della popolazione complessiva.

Sulle cinque principali fasce d'età si distribuisce come segue: 9% da 0 a 2 anni; 25% da 2 a 9 anni; 17% da 10 a 14 anni; 16% da 15 ai 20 anni; 32% dai 21 ai 29 anni.

Figura: incidenza delle fasce d'età di dettaglio nella popolazione 0-29 anni

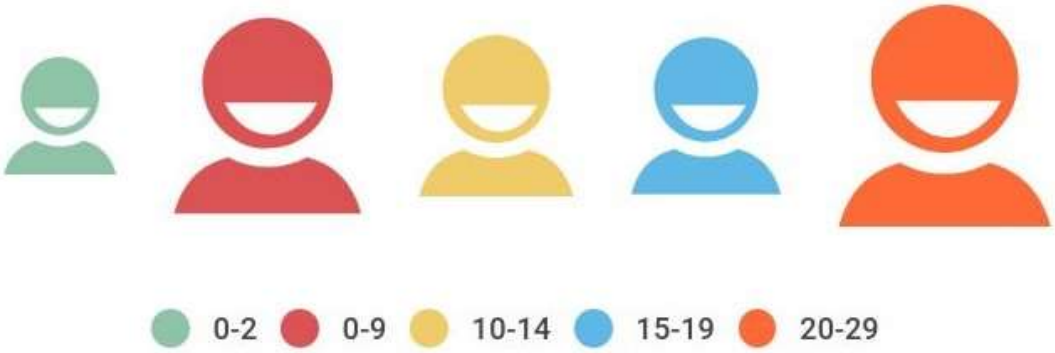


Tabella: Numero di minori e giovani per fasce d'età ed incidenza sulla popolazione giovanile

FASCIA D'ETA'	Nr. individui	%
0-2	**2.046**	**9%**
dai 2 ai 9 anni	**5.458**	**25%**
dai 10 ai 14	**3.751**	**17%**
dai 15 ai 20	**3.551**	**16%**
dai 21 ai 29	**6.871**	**32%**
totale	**2.1677**	

Complessivamente il dato attesta un'incidenza significativa sulla presenza di giovani già in età da popolazione attiva, pari complessivamente al 48%, suddivisa nelle due fasce 15-20 [16%] e 21-29 [32%].

Il dato della presenza di minori nella fascia 0-2, quasi al 10% di incidenza sulla popolazione minorile e giovanile racconta se confrontato anche ai dati demografici precedenti, un territorio ancora in crescita.

Ultimo dato da analizzare per la fascia d'età minori è giovani riguarda l'indice di dipendenza dei giovani, che calcola quanti individui siano in età non attiva (fino ai 14 anni) ogni 100 in età attiva, fornendo indirettamente una misura della sostenibilità della struttura di una popolazione. Il denominatore rappresenta la fascia di popolazione che dovrebbe provvedere al sostentamento della fascia indicata al numeratore.

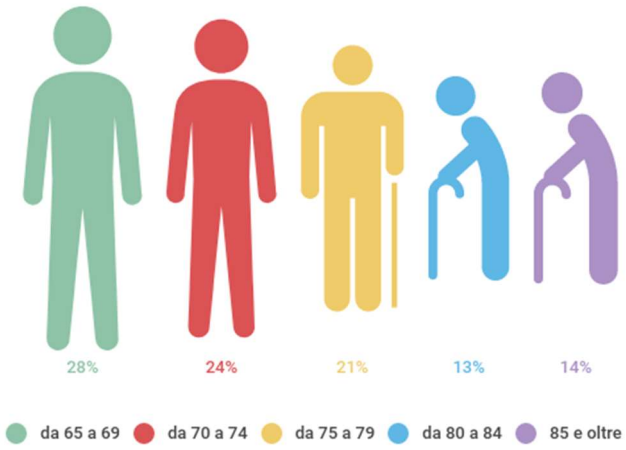
Tale rapporto esprime il carico sociale ed economico teorico della popolazione in età attiva: valori superiori al 50% indicano una situazione di squilibrio generazionale.

Tabella grafico: andamento indice di dipendenza minori <14 anni rispetto alla popolazione attiva

COMUNI	PERIODO 2010-2016							ANDAMENTO
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	sparkline
Acquafredda	25,07	26,84	27	27,7	27,2	26,5	23,46	
Calcinato	26,96	27,41	27,7	27,1	27,9	27,7	27,4	
Calvisano	25,48	25,76	25,1	24,6	24,3	23,2	22,81	
Carpenedolo	25,06	26,05	26,53	27,1	27,1	26,9	26,35	
Montichiari	25,83	26,1	26,23	26	26,2	26	25,83	
Remedello	23,44	23,54	23,46	22,7	24,1	25,5	25,15	
Visano	26,73	27,54	26,62	27,2	27,6	26,1	25,38	
AMBITO	**26,73**	**26,23**	**26,32**	**26,3**	**26,4**	**26,1**	**25,74**	

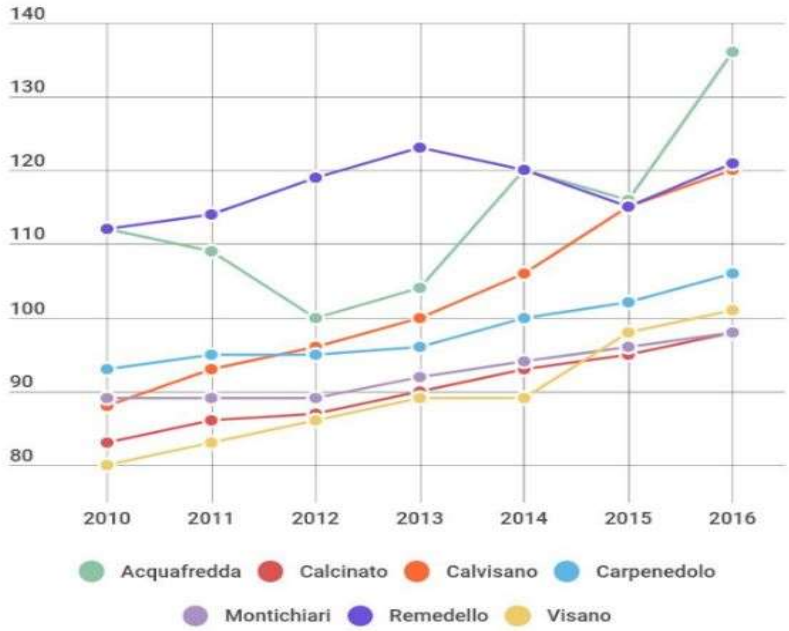
5.2. Dati demografici anziani

La popolazione anziana sul territorio ha una crescita con un andamento più lento rispetto a quanto succede complessivamente nel nostro Paese, rappresentando tuttavia una fascia di popolazione significativa.
Come per i minori, analizziamo le fasce specifiche di composizione della popolazione anziana:



FASCIA D'ETA'	Nr. individui	%
da 65 a 69	**3.294**	28%
da 70 a 74	**2.777**	24%
da 75 a 79	**2.467**	21%
da 80 a 84	**1.581**	13%
85 e oltre	**1.646**	14%
totale	**11.765**	

Grafico: andamento indice di vecchiaia anziani per comune

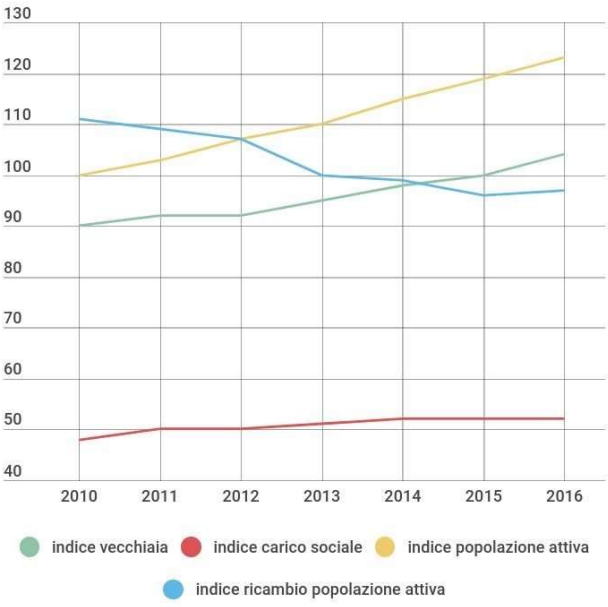


	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Acquafredda	112,88	109,29	100	104,95	120,07	116,79	136,86
Calcinato	83,74	86,96	87,74	90,69	93,27	95,14	98,04
Calvisano	88,16	93,18	96,95	100,14	106,38	115,38	120,62
Carpenedolo	93,42	95,19	94.94	96,96	100,75	102,47	106,79
Montichiari	89,09	89,45	89,98	92,61	94,23	96,08	98,41
Remedello	112,08	114,88	119,31	123,83	120,68	115,99	121,02
Visano	80,11	83,93	86,97	89,69	89,92	98,26	101,81

Da una comparazione complessiva della variazione degli indici prioritari per la descrizione della struttura demografica di contesto (indice vecchiaia, popolazione attiva, carico sociale e ricambio popolazione attiva), ci appare l'andamento qui illustrato E' evidente come il nostro territorio, rispetto ad altri periodi, veda pian piano indietreggiare un trend costante di crescita e ricambio della popolazione attiva. Nel 2016, **l'indice di vecchiaia** d'ambito si attesta a 104,53, nettamente inferiore alla media provinciale pari a 138,8.

L'**indice di carico sociale** a 52,64, inferiore a quello provinciale pari a 55,1.

L'**indice di popolazione attiva** a 123, superiore a quello provinciale pari a 117,6.

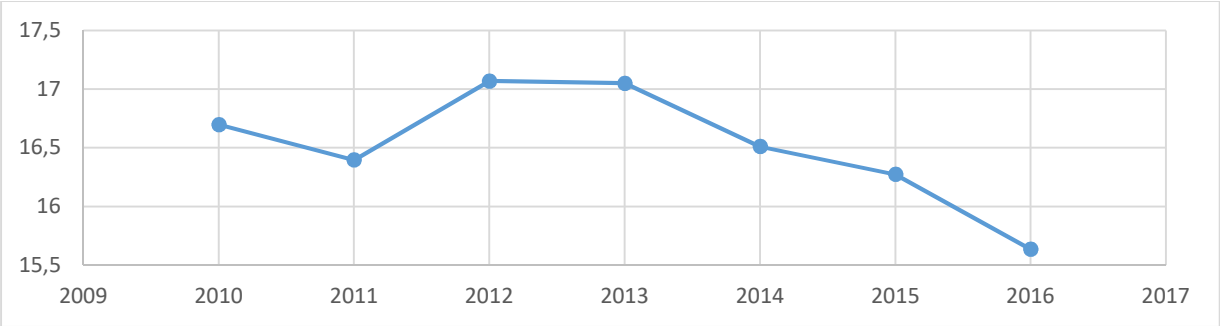


5.3 Dati demografici popolazione straniera

La composizione per provenienza della popolazione straniera residente si articola come segue:

AREA GEOGRAFICA	PAESE	M	F	TOT	incidenza della provenienza sulla popolazione straniera	incidenza della provenienza sulla popolazione complessiva
EUROPA	UNIONE EUROPEA	1.506	1.642	3.148	69,09%	7,54%
	ALBANIA	737	680	1.417		
	SERBIA	106	108	214		
	UCRAINA	42	215	257		
AFRICA	MAROCCO	603	608	1.211	16,61%	4,43%
	TUNISIA	77	64	141		
	NIGERIA	116	121	237		
	GHANA	233	182	415		
	SENEGAL	318	211	529		
	ALTRO AFRICA	251	171	422		
ASIA	INDIA	666	549	1.215	31,83%	3,48%
	PAKISTAN	380	339	719		
	CINA	104	123	227		
	ALTRO ASIA	67	92	159		
AMERICA	AMERICA	39	83	122	1,67%	0,19%
OCEANIA	OCEANIA	3	1	4		
	complessivi	3.742	3.547	7.289	POPOLAZIONE COMPLESSIVA	66.750

Grafico: andamento tasso di immigrazione 2010- 2016



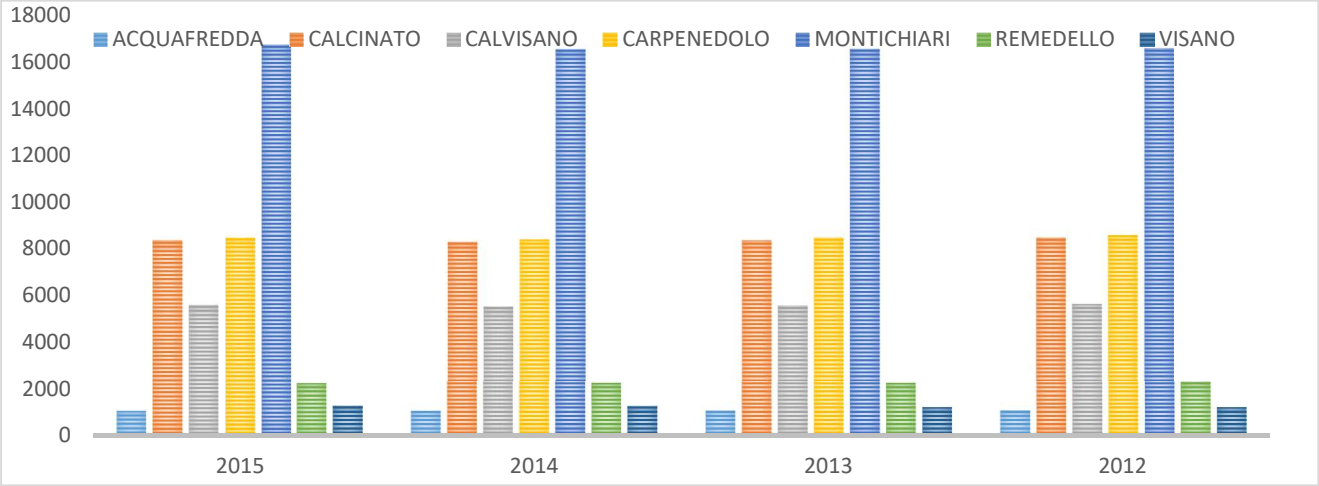
5.4. Analisi composizione dei redditi e delle fasce di contribuenti residenti

La situazione complessiva dei redditi sull'ambito appare piuttosto stabile rilevata tra le dichiarazioni 2013 e 2016 (anno di riferimento 2015). FONTE: Dipartimento delle Finanze.

	ANNO 2012		ANNO 2015		VARIAZIONI 2015/2012	
FASCE REDDITI	frequenze	reddito	frequenza	reddito	frequenza	reddito
<0	215	-2.115.402,00 €	146	-1.589.375,00 €	-69	526.027,00 €
0 - 10.000 €	12231	63.812.337,00 €	11204	56.634.442,00 €	-1027	-7.177.895,00 €
10.000 - 15.000 €	6824	85.208.780,00 €	6424	80.056.560,00 €	-400	-5.152.220,00 €
15.000 - 26.000 €	15697	313.914.595,00 €	15228	309.742.010,00 €	-469	-4.172.585,00 €
26.000 - 55.000 €	7078	241.653.022,00 €	8892	301.755.300,00 €	1814	60.102.278,00 €
55.000 - 75.000 €	609	38.569.222,00 €	698	43.850.694,00 €	89	5.281.472,00 €
75.000 - 120.000 €	417	38.250.392,00 €	419	38.842.750,00 €	2	592.358,00 €
>120.000 €	227	45.605.008,00 €	211	46.183.027,00 €	-16	578.019,00 €

Nel dato complessivo dell'andamento da redditi delle persone fisiche, vediamo un miglioramento della situazione complessiva di circa 1.500 dichiarazioni verso fasce di reddito medie. Sul totale dei contribuenti resta stabile l'incidenza di contribuzione dei pensionati [30%] e diminuisce l'incidenza dei liberi professionisti [da 5% a 4%].

Grafico: variazione numero contribuenti per comune nel 2015 rispetto al triennio precedente



6. LE UNITA' D'OFFERTA E LE PRESTAZIONI PER I CITTADINI

6.1 . L'attività di segretariato sociale e servizio sociale professionale

Le attività di segretariato sociale e di servizio sociale professionale sono organizzate nei sette comuni dell'ambito con modalità diverse. Nei comuni maggiormente popolati (Calcinato, Carpenedolo e Montichiari) l'attività di *front office* e primo accesso è garantita dal personale amministrativo, mentre nei comuni a minor densità di popolazione questa attività è in capo al servizio sociale professionale.

La stessa gestione del servizio sociale professionale è diretta (quindi pubblica) nel comune di Montichiari, mista nel comune di Calcinato e appaltata nei comuni di Calvisano, Carpenedolo, Acquafredda, Remedello e Visano.

L'attività di prima accoglienza e di segretariato sociale è un servizio imprescindibile per garantire un'offerta e una risposta ai bisogni dei cittadini, le fasi del processo sono illustrate come segue:

Il personale dedicato alla gestione dei servizi sociali d'ambito si struttura in:

Funzioni e professionalità	Unità di personale
Responsabili	3
Assistenti sociali (incluso servizio tutela)	15 [+4]*
Educatori	1
Operatori amministrativi	11 [+3] *

**Unità di personale in incremento rispetto alla precedente programmazione.*

L'attività di servizio sociale professionale è orientata ai diversi target beneficiari di misure e interventi forniti dal servizio, quali: adulti in fragilità e vulnerabilità, anziani, disabili e minori in fragilità e vulnerabilità. Oltre alle condizioni di fragilità socio economica si valutano: situazioni personali di criticità date da uno stato di detenzione e/o ex detenzione, uno stato di dipendenza da sostante psicotrope, alcolismo o ludopatia, problematiche legate a percorsi di integrazione sociale e inclusione per cittadini extra eu.

Legenda per forme di "gestione" degli interventi

Pubblica		Interventi di titolarità e gestione pubblica.
Convenzione/accreditamento /appalto		Interventi di titolarità pubblica e gestione privata.
Privato		Interventi di titolarità e gestione privata.

Legenda per tipologia di intervento

Prestazione		Interventi a beneficio diretto dell'utenza tramite erogazione di una fornitura economica e/o materiale.
Servizio		Interventi a beneficio diretto o indiretto all'utente tramite attività continuative.

6.2. La rete d'offerta a favore degli anziani

INTERVENTO	GESTIONE	TIPOLOGIA	NOTE
Assistenza economica			Affidata alla gestione comunale come supporto ai bisogni primari di vita, per la copertura di costi quali riscaldamento, ticket sanitari, contributi straordinari.
Sostegno rette per servizi residenziali			Affidato alla gestione comunale come supporto per alcune fasce economiche per l'accesso
Buoni sociali a sostegno della domiciliarità			Gestione pubblica e in forma associata per l'ambito.
Voucher per ricoveri di sollievo			Gestione pubblica e in forma associata per l'ambito.
Assistenza domiciliare anziani			Gestione pubblica e in forma associata per l'ambito.
Prestazioni complementari SAD			Gestione pubblica e in forma associata per l'ambito.
Trasporto sociale e trasporto non autosufficienti			Affidato alla gestione comunale per favorire la mobilità di anziani e persone non autosufficienti. Attivo in 4 comuni su 7.

Mini alloggi protetti			Servizio per l'ambito con sede in Montichiari, gestito da società *in house.*
Centro diurno			Montichiari [pubblico] e Calcinato [appaltato]
RSA			4 unità con sede a Calcinato, Calvisano, Carpenedolo e Montichiari
CDI			1 unità a Montichiari

6.3 La rete d'offerta per minori e famiglie

Gli interventi a favore di minori e famiglie sono sintetizzati in tabella, includendo sia le prestazioni in capo all'ente locale sia le unità d'offerta, pubbliche e private, in possesso di CPE.

INTERVENTO	GESTIONE	TIPOLOGIA	NOTE
Assistenza economica			Affidata alla gestione comunale come supporto ai bisogni primari di vita, per la copertura di costi quali riscaldamento, ticket sanitari, contributi straordinari
Interventi a sostegno della locazione			Gestione pubblica e in forma associata per l'ambito; in forma singola per le risorse della mobilità abitativa e della morosità incolpevole.
Sostegno rette per servizi residenziali			Affidato alla gestione comunale come supporto per alcune fasce economiche per l'accesso
Servizio tutela minori			Gestione pubblica e in forma associata per l'ambito.
Servizio affidi			Gestione pubblica e in forma associata per l'ambito.
Assistenza domiciliare minori			Gestione pubblica e in forma associata per l'ambito.
Sportelli psicopedagogici, di consulenza e di orientamento			Gestione pubblica e in forma associata per l'ambito.

Sportello di mediazione e consulenza legale			Gestione pubblica e in forma associata per l'ambito.
Micronido			3 UdO tutte private.
Asilo Nido			8 UdO Di cui 2 pubbliche e 6 private.
Centri ricreativi estivi			In esercizio 12 UdO tutte private.
Centri di aggregazione giovanile			6 UdO, di cui 1 a gestione pubblica e 5 privati.

6.4. La rete d'offerta sociale per i disabili

L'offerta di interventi sociali in favore di cittadini con disabilità, minori e adulti, è classificabile come illustrato in tabella:

INTERVENTO	GESTIONE	TIPOLOGIA	NOTE
Assistenza economica			Affidata alla gestione comunale come supporto ai bisogni primari di vita, per la copertura di costi quali prestazioni e ticket sanitari, contributi straordinari per soggiorni climatici.
Trasporto sociale e trasporto per non autosufficienti			Affidato alla gestione comunale
Titoli sociali per progetti "Dopo di noi"			In gestione associata
Assistenza domiciliare disabili			Gestione pubblica e in forma associata per l'ambito.
Prestazioni complementari al SAD			Gestione pubblica e in forma associata per l'ambito.
Sostegno alle rette per servizi residenziali (RSD, CAH, CSS)			Affidato alla gestione comunale
Sostegno alla rette per servizi diurni (SFA, CSE, CDD).			Affidato alla gestione comunale

Interventi per l'integrazione in ambito scolastico			Affidato alla gestione comunale
Progetti di vita indipendente			Gestione pubblica e in forma associata per l'ambito.
Servizi di inserimento lavorativo			Gestione pubblica e in forma associata per l'ambito, con appalto provinciale.
Comunità alloggio			2 UdO a gestione privata, entrambe con sede a Calcinato
Servizio di formazione all'autonomia (SFA)			2 UdO entrambe private con sede a Montichiari e Calcinato.
Centro socio educativo			1 UdO a gestione privata con sede a Calvisano.
Centri diurni disabili			2 UdO con sede a Montichiari e Calcinato.

6.5. Gli interventi trasversali alle diverse aree

Le persone in stato di emarginazione presentano gravi carenze dal punto di vista degli strumenti per accedere alle opportunità presenti sul territorio.
Dall'attività di Segretariato Sociale e dalle prese in carico del Servizio Sociale si riscontrano le seguenti categorie di utenza:

- ✓ persone sole, senza reddito, prive di un sostegno parentale o con una scarsa/nulla rete relazionale di supporto;
- ✓ nuclei familiari multiproblematici (compresenza nel nucleo di patologie psichiatriche, altre condizioni sanitarie che determinano disabilità, problemi legali);
- ✓ utenti con diagnosi psichiatrica o in condizioni subcliniche o non diagnosticate;
- ✓ persone con problematiche legate alla mancanza di autonomia nella gestione personale quotidiana (conduzione della casa, cura dell'igiene personale) e condizioni economiche critiche;
- ✓ elevata presenza di persone con età superiore ai 50-55 anni per diverse ragioni espulse dal mercato del lavoro, spesso senza una qualifica professionale o con un profilo difficilmente collocabile sul mercato;
- ✓ ex detenuti o soggetti in uscita dai percorsi di detenzione carceraria con grave difficoltà a reinserirsi nel tessuto sociale, in particolare nel realizzare soluzioni abitative e di integrazione lavorativa;
- ✓ donne sole, vedove o separate over 50, o che hanno perso il lavoro – magari in seguito alla maternità - e non riescono a rientrare nel mercato del lavoro;
- ✓ donne con problemi di maltrattamento in famiglia;
- ✓ nuclei con in carico familiari con disabilità;

- ✓ persone con invalidità civile conseguente a patologie invalidanti (AIDS, dipendenze di vario genere).

Per i cittadini che presentano le problematiche sopra evidenziate l'intervento di presa in carico è duplice, da una parte l'attivazione di prestazioni e interventi di supporto (contributi economici, interventi per rispondere all'emergenza abitativa, attivazione di uno specifico supporto abitativo, interventi per l'integrazione lavorativa tramite Servizio Integrazione Lavorativa, ecc.), dall'altra il lavoro di raccordo con i servizi specialistici territoriali (C.P.S., E.O.H. U.E.P.E, SERT).

6.6. Interventi per la salute mentale

I Comuni garantiscono a favore delle persone affette da disagio psichico i seguenti interventi:

- il collegamento, qualora si richieda l'accesso ad una prestazione sociale, tra i diversi servizi coinvolti al fine di assicurare la continuità assistenziale;
- prestazioni che mirano a supportare la permanenza della persona al proprio domicilio per il tramite, in particolare, delle prestazioni del servizio domiciliare e dei servizi complementari collegati;
- la risposta ai bisogni per l'inserimento lavorativo grazie ad apposite convenzioni stipulate con le Cooperative di tipo B presenti nel territorio;
- interventi per l'integrazione sociale, per il sostegno al reddito e per la risposta ai bisogni abitativi.

6.7. Analisi andamento spesa sociale

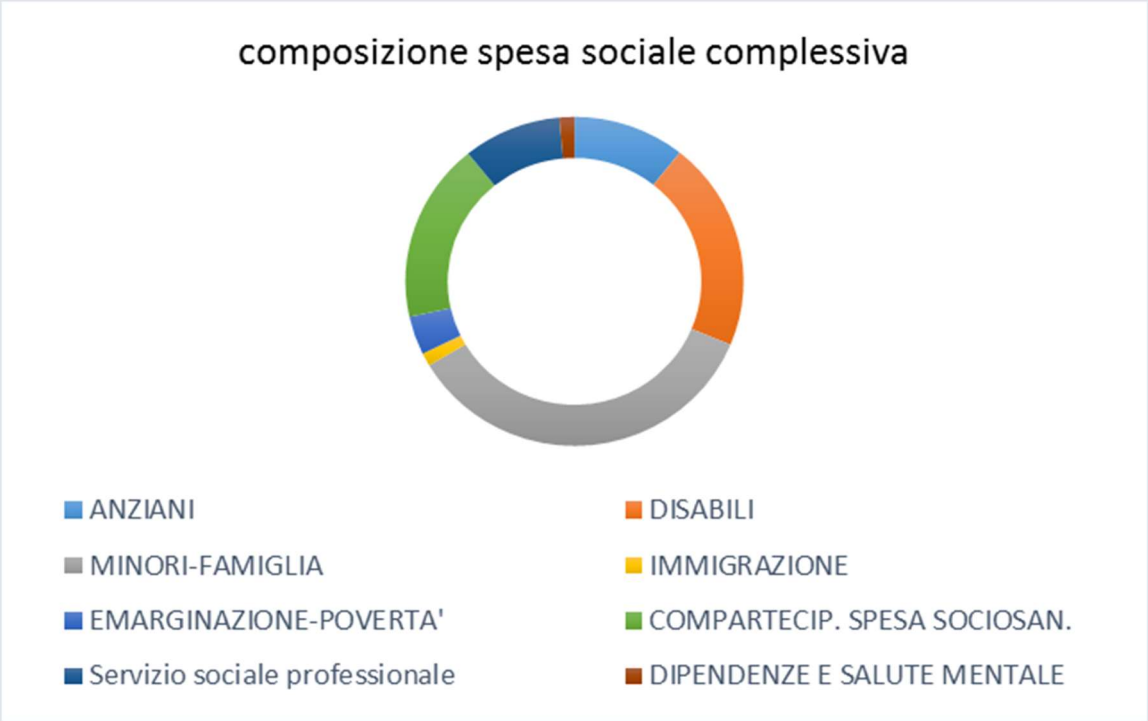
L'andamento della spesa sociale nel triennio 2014-2017

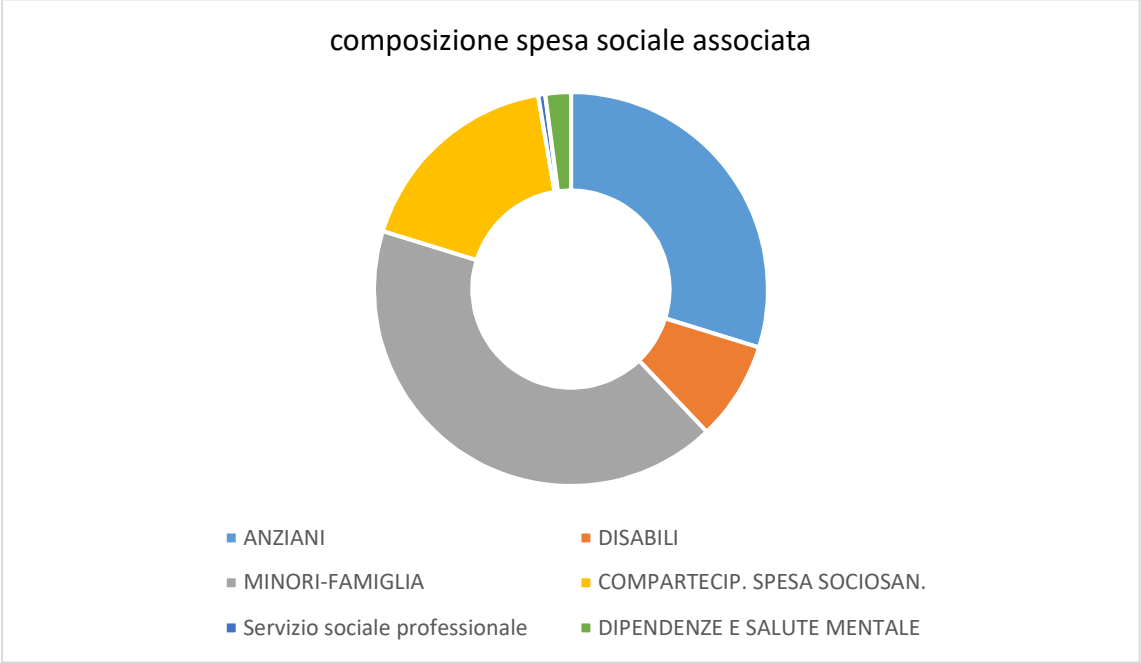
Tabella variazione spesa sociale singola ed associata per aree

AREE	periodo			ANDAMENTO
	2014	2015	2016	
ANZIANI	762.645,95 €	816.422,17 €	783.539,40 €	
DISABILI	1.262.249,31 €	1.342.565,38 €	1.508.103,80 €	
MINORI-FAMIGLIA	2.255.438,08 €	1.967.383,49 €	2.576.154,28 €	
IMMIGRAZIONE	18.914,00 €	20.686,40 €	94.040,95 €	
EMARGINAZIONE POVERTA'	431.910,70 €	471.463,01 €	276.492,21 €	
DIPENDENZE	5.421,00 €	2.022,59 €	46.982,47 €	
SALUTE MENTALE	63.565,87 €	62.784,95 €	58.140,23 €	
COMPARTECIP. SPESA SOCIOSAN.	1.332.198,58 €	885.736,93 €	1.290.497,65 €	
servizio professionale	648.470,88 €	526.946,23 €	688.376,55 €	
complessivo	**6.780.814,37 €**	**6.096.011,15 €**	**7.322.327,54 €**	

In particolare, cresce la spesa sociale associata per la gestione di servizi agli anziani e a minori e famiglia, quest'ultima includendo anche risorse precedentemente destinate al "sottocapitolo" emarginazione e povertà. Diminuiscono le risorse in maniera associata sulla disabilità e sulla compartecipazione alla spesa socio sanitaria. Restano di competenza dei singoli comuni le spese destinate ai temi dell'immigrazione, delle dipendenze e della salute mentale.

Concludiamo paragonando la composizione della spesa sociale complessiva, con quella gestita in maniera associata.





6.8. Progettualità innovative

ALLEANZA LOCALE DI CONCILIAZIONE

TERRITORIO: Ambito Bassa Bresciana, Comune di Montichiari – capofila. Ambito Bassa Bresciana Centrale, Ambito Bassa Bresciana Occidentale, Ambito Garda, Ambito Vallesabbia [64 comuni coinvolti].

SINTESI DELLE AZIONI:
Obiettivi dell'alleanza locale di conciliazione sono i seguenti:

- consolidare la rete territoriale e sviluppare l'adesione di nuovi soggetti, in particolare delle aziende di cura (RSA);
- favorire condizioni di maggiore benessere dei dipendenti che si sentono supportati nello svolgimento delle funzioni di cura a favore di propri congiunti, grazie ad un sostegno riferito alle spese inerenti prestazioni assistenziali ed educative;
- sostenere i dipendenti delle imprese coinvolte nella rete territoriale nella gestione delle responsabilità familiari, sia riferite ai figli che a soggetti anziani e disabili che necessitano di cure, attraverso strumenti finalizzati all'acquisto di prestazioni specifiche;
- sostegno al reddito per le famiglie dei dipendenti attraverso la concessione di incentivi quali dote alla persona e/o voucher sociali a parziale copertura dei seguenti oneri:

a) rette d'iscrizione sostenute per la frequenza di servizi per la prima infanzia (Micro nido, Asilo nido, Nido famiglia, Centri per la prima infanzia, Nidi Famiglia, baby sitting, baby parking, ludoteca) pubblici e privati;
b) rette sostenute per la frequenza di Centri di aggregazione giovanile e Servizi postscolastici per i minori dai 6 ai 14 anni a gestione pubblica ovvero privati;
c) spese sostenute per il pagamento dell'anticipo e/o del posticipo alla frequenza della scuola dell'infanzia e della scuola primaria;
d) spese sostenute per la cura di familiari anziani in condizione di non autosufficienza e disabili gravi (servizi di assistenza familiare per anziani e disabili, ad esclusione di ADI e SAD).

BENEFICIARI COINVOLTI: dipendenti di aziende del territorio con carichi familiari da alleggerire e/o da conciliare.

LINEA DI FINANZIAMENTO: FSE Regione Lombardia

DURATA: 2017-2018

CONTRIBUTO: 100.000 euro da fondo regionale; 43.242 da cofinanziamento dell'alleanza

LA CONCILIAZIONE SI FA FLESSIBILE

TERRITORIO: Comune di Montichiari.

SINTESI DELLE AZIONI: Potenziamento di un'offerta di nido flessibile; potenziamento dell'unità d'offerta per pre-adolescenti in orari di chiusura scolastica; offerta pomeridiana integrata e normalizzante per minori con disabilità medio lieve. Lavoro di rete territoriale sull'ambito Bassa Bresciana Orientale, in sinergia con l'alleanza locale di conciliazione, per favorire un networking territoriale dell'offerta orientata alla conciliazione.
BENEFICIARI COINVOLTI: MINORI (attività 1) da 0 a 3 anni> creazione di 8 posti disponibili, fruiti in rotazione da almeno 24 minori. PRE-adolescenti (attività 2) > creazione di 25 posti disponibili, fruiti in rotazione da almeno 40 ragazzi. MINORI DISABILI (attività 3)> creazione di 12 posti disponibili, fruiti in rotazione da almeno 20 ragazzi. Beneficiari adulti diretti dei servizi si stimano + 80 famiglie ATTIVITA' DI RETE> direttamente almeno 300 persone e +500 in forma indiretta.

LINEA DI FINANZIAMENTO: FSE Regione Lombardia – DGR 6300/2017.

DURATA: 2017-2019

CONTRIBUTO: 97.818,76 euro

#GENERA_AZIONI. Costruire relazioni, costruisce comunità

TERRITORIO: Ambito 10.
Capofila: Comune di Montichiari.

SINTESI DELLE AZIONI: Progetto di welfare di comunità che interviene su 4 aree per condividere e sviluppare risposte innovative ai temi della fragilità abitativa, professionale e delle relazioni intra ed extra familiari.
Nell'asse di intervento "comunità" prevede l'attivazione di 6 punti di comunità sul territorio, luoghi di relazione e di intercettazione precoce della fragilità attraverso un'offerta informale di occasioni di incontro, confronto e prossimità tra cittadini, servizi, associazioni e enti del terzo settore.
Nell'asse di intervento "adolescenti" la strutturazione di esperienze significative, in formato o di laboratori esperienziali o di percorsi, coinvolgendo anche giovani risorsa del territorio.
Nell'asse di intervento "lavoro" la messa a disposizione di fondi e di personale specializzato per favorire il reinserimento e l'accesso ad esperienze di attivazione nel mercato del lavoro.
Nell'asse di intervento "casa" l'incremento di risorse a sostegno di garanzie per la stipula di contratti agevolati e la sperimentazione di 5 condomini sociali in quartieri fragili del territorio.

BENEFICIARI COINVOLTI: 4.500 famiglie in situazione di fragilità

LINEA DI FINANZIAMENTO: Programma Welfare in Azione – Fondazione Cariplo

DURATA: dal 1.02.2016 al 23.09.2019

CONTRIBUTO: 800.000 euro

PON INCLUSIONE – SOSTEGNO PER L'INCLUSIONE ATTIVA

TERRITORIO: Ambito 10. Capofila: Comune di Montichiari.

SINTESI DELLE AZIONI: Il sostegno all'inclusione attiva (SIA), poi sostituito dal REI (reddito di inclusione), è una misura di contrasto alla povertà che prevede l'erogazione di un sussidio economico alle famiglie in condizioni economiche disagiate. Per godere del beneficio, il nucleo familiare deve aderire a un progetto personalizzato di attivazione sociale e professionale sostenuto da una rete integrata di servizi territoriali, pubblici e privati.
Il contributo del PON inclusione è volto al potenziamento dei servizi di segretariato sociale, dei servizi di presa in carico e degli interventi sociali rivolti alla famiglia; in particolare al sostegno tramite inserimento di operatori sociali a supporto della definizione e gestione dei progetti personalizzati. Inoltre, sostiene processi di formazione e rafforzamento dei diversi interlocutori della rete territoriale e la dotazione di strumenti informatici per la tenuta, l'aggiornamento e il monitoraggio dei percorsi tramite l'adozione della cartella sociale informatizzata.

BENEFICIARI COINVOLTI: sono beneficiari dell'azione tutti i nuclei familiari che ricevono il beneficio, sono beneficiari dell'attività formativa e della dotazione strumentale i servizi sociali territoriali e gli enti della rete coinvolti.

LINEA DI FINANZIAMENTO: PON Inclusione – Ministero del Lavoro e delle politiche sociali

DURATA: dal 1.07.2017 al 31.12.2019
CONTRIBUTO: 116.694 euro

TESSERE LEGAMI Rete Antiviolenza

TERRITORIO: Ambito 11 Garda, Ambito 12 Valle Sabbia, Ambito 9 Bassa bresciana centrale, Ambito 10 Bassa bresciana orientale, capofila: comune di Desenzano del Garda.

SINTESI DELLE AZIONI: Il progetto promuove l'attuazione di un protocollo di rete tra i quattro ambiti territoriali, il centro antiviolenza Casa delle Donne e le realtà del terzo settore e l'attivazione di una nuova rete antiviolenza, stabiliti a partire da quanto definito nel "Piano quadriennale regionale per le politiche di parità e di prevenzione e controllo alla violenza contro le donne 20015/2018".
Obiettivi della rete è garantire l'uniformità della presa in carico delle donne vittime di violenza attraverso i seguenti interventi:

- valutare e definire uniformemente le modalità di presa in carico delle donne vittime di violenza;
- revisionare il protocollo di intesa tra ATS Brescia, ASST e Ambiti territoriali;
- rivisitare il modello organizzativo con potenziamento della rete delle strutture di accoglienza;
- avviare sul territorio almeno uno sportello antiviolenza gestito da un'équipe multidisciplinare coordinata dal Centro Antiviolenza Casa delle Donne;
- definire un fondo comune per la copertura parziale dei costi di presa in carico durante il progetto.

BENEFICIARI COINVOLTI: Saranno beneficiarie del servizio tutte le donne che necessiteranno di rivolgersi allo sportello e/o tramite segnalazione proveniente dai pronti soccorso.

LINEA DI FINANZIAMENTO: Fondi regionali – DGR 2167 del 01/03/2017

DURATA: da giugno 2018 a giugno 2019

CONTRIBUTO: 100.000 euro

7. IL GOVERNO DELLE AZIONI DEL PIANO SOCIALE DI ZONA

7.1 Gli organi di governo

Il **Consiglio di rappresentanza dei Sindaci** è un organismo istituzionale a cui sono affidate le attribuzioni comunali in ordine all'integrazione delle funzioni sanitarie e sociali, così come definito dalla normativa.

Il Consiglio rappresenta Comuni e Ambiti Territoriali sulla programmazione e la gestione dei servizi socio-assistenziali: esso svolge un lavoro di indirizzo delle politiche sociali nella costruzione di un welfare locale basato su principi di sussidiarietà, solidarietà ed uniformità delle prestazioni offerte ai propri cittadini.

L'**Assemblea Distrettuale dei Sindaci** è l'organo politico, in attuazione delle indicazioni regionali, per l'approvazione degli interventi previsti dal Piano sociale di zona.

Nell'esercizio delle proprie funzioni, l'assemblea dei sindaci di distretto:

a) approva il documento del PdZ e i suoi aggiornamenti;
b) verifica lo stato di raggiungimento degli obiettivi del Piano;
c) individua e sceglie le priorità e gli obiettivi delle politiche locali;
d) verifica la compatibilità di impegni e risorse necessarie;
e) delibera in merito all'allocazione delle risorse per la gestione associata dell'attuazione degli obiettivi previsti dal PdZ;
f) governa il processo di interazione tra soggetti;
g) effettua il governo politico del processo di attuazione del PdZ.

E' compito dell'Ente Capofila, per le tematiche inerenti il PdZ, attraverso la propria struttura tecnico amministrativa, adottare i provvedimenti per dare attuazione alle decisioni deliberate dall'assemblea dei sindaci.

Il **Coordinamento provinciale degli Uffici di Piano** è un organismo tecnico, a supporto della governance sovradistrettuale dei Piani sociali di zona, il cui regolamento di funzionamento è stato approvato contestualmente dalle Assemblee Distrettuali dei Sindaci dei dodici ambiti e successivamente ratificato dal Consiglio di Rappresentanza nella seduta del 19 maggio 2008.

Le funzioni in capo al Coordinamento sono le seguenti:

- garantire attività di consulenza ai componenti della Conferenza dei Sindaci e ai Presidenti e, più in generale, ai componenti delle Assemblee Distrettuali relativamente ai vari temi di ordine sociale ed in relazione a tematiche inerenti l'integrazione socio-sanitaria, anche sottoposti all'attenzione della Conferenza dei Sindaci/Consiglio di Rappresentanza, che la stessa Conferenza individua come opportune da approfondire;
- svolgere una funzione di elaborazione e di proposta rispetto a varie tematiche afferenti al contesto sociale e in particolare alla programmazione e gestione degli interventi e Servizi Sociali;
- formulare idonea proposta programmatoria per la realizzazione dei programmi e progetti previsti dal Piano Sociale di Zona;
- monitorare e verificare i programmi e i progetti;
- garantire momenti di confronto e di approfondimento delle varie tematiche connesse alla gestione degli interventi e dei Servizi Sociali;
- svolgere in generale una funzione di supporto e di istruttoria relativamente a temi e problemi che gli Amministratori locali ritengano opportuno approfondire ed istruire;
- condividere sul piano tecnico modalità organizzative e di gestione concreta di azioni, interventi e Progetti nell'ottica di promuovere e realizzare, quando opportuno, una maggiore omogeneità progettuale ed operativa.

L'ATS di Brescia con Decreto 752 del 22.12.2017 ha attivato la **Cabina di regia** di cui all'art 6, comma 6 lett. f), della L.R. n. 23/2015 e con successivo Decreto 126 del 9.03.2018 il Tavolo tecnico della Cabina di Regia.
La dgr 2941/2014 assegna alla Cabina di regia un ruolo di governance a supporto del processo di integrazione sociosanitaria e sociale e ciò in continuità con quanto già previsto nei precedenti provvedimenti regionali.
La cabina di regia ha i seguenti compiti:

- supportare, in particolare sul tema delle non autosufficienze, una programmazione integrata tra tutti gli attori territoriali;
- promuovere la condivisione dei piani relativi alle misure e ai canali di finanziamento regionali e nazionali in tema di interventi e servizi sociali e sociosanitari al fine di avere un quadro chiaro delle azioni che vengono intraprese a livello territoriale;
- raccordare l'attività tecnica con gli organismi politici (Assemblea distrettuale e Consiglio di Rappresentanza dei sindaci);

L'attività di coordinamento delle Cabina di regia e del relativo Tavolo Tecnico sono in capo all'ATS. Gli ambiti distrettuali partecipano alla cabina di regia per il tramite dei componenti del coordinamento degli uffici di piano.
L'ufficio di piano, come previsto dalle linee guida regionali, è lo strumento che apporta valore al welfare, a condizione che costituiscano per gli enti e per il territorio in cui operano una possibilità per ricomporre e integrare le conoscenze, le risorse finanziarie e le decisioni. L'Ufficio di Piano svolge le seguenti funzioni:

- supporto all'Assemblea Distrettuale in tutte le fasi del processo programmatorio;
- gestione degli atti conseguenti all'approvazione del Piano di Zona;
- attuazione degli indirizzi e delle scelte del livello politico;
- organizzazione e coordinamento delle fasi del processo di attuazione del PdZ;
- gestione dei rapporti con i diversi soggetti della rete sia a livello d'ambito che a livello sovra distrettuale;
- definizione e gestione del budget;
- predisposizione di proposte per progetti innovativi;
- studio, elaborazione e istruttoria degli atti;
- coordinamento dei Tavoli Tecnici;
- monitoraggio e verifica delle azioni;
- consulenza all'organo politico;
- governo del sistema informativo;

L' Ufficio di Piano è composto da:

- 2 rappresentanti individuati dal Comune di Montichiari;
- 2 rappresentanti individuati dal Comune di Calcinato;
- 1 rappresentante individuato dal Comune di Carpenedolo;
- 1 rappresentante individuato dal Comune di Calvisano;

I rappresentanti sono scelti dai comuni tra i propri dipendenti e/o consulenti esterni. L'UdP può avvalersi nella propria attività di consulenti esterni.
L'UdP viene nominato nell'Assemblea distrettuale dei Sindaci nella prima seduta dopo l'approvazione dell'accordo di programma. L'Assemblea distrettuale nomina tra i componenti dell'ufficio di piano un responsabile con compiti di coordinamento del medesimo.
L'ATS di Brescia sottoscrive con i Comuni dell'ambito distrettuale l'accordo di programma che dà attuazione al Piano Sociale di Zona. Nello specifico le Linee di indirizzo per la programmazione

sociale locale assegnano alle ATS il compito di integrare le politiche e gli interventi in area sanitaria e sociale e di garantire uniformità nell'attuazione degli indirizzi regionali e nell'accesso ai servizi da parte dei cittadini.

I **soggetti del Terzo Settore** sono coinvolti e consultati in tutto il processo di attuazione delle azioni del Piano di Zona. Si intende coinvolgere il Terzo Settore secondo questa gradualità:

- consolidare i tavoli tecnici tematici con particolare riferimento agli obiettivi del presente piano;
- individuare percorsi condivisi di approfondimento relativamente a tematiche ritenute centrali e significative nel territorio dell'ambito;
- favorire la progettualità del terzo settore a sostegno della sperimentazione di percorsi innovativi nell'erogazione delle prestazioni sociali.

I soggetti del Terzo Settore che hanno partecipato all'elaborazione del presente Piano possono richiedere di aderire all'accordo di programma per l'attuazione delle azioni del PdZ e in tal caso vanno esplicitati gli impegni che i soggetti aderenti intendono assumere.

7.2. Il governo delle azioni

L'assemblea distrettuale adotta annualmente il piano annuale delle azioni. In caso di scostamenti tra la previsione e le risorse effettivamente trasferite le azioni saranno rideterminate in proporzione ai trasferimenti effettivi. Il piano annuale delle azioni viene adottato per la prima annualità entro il primo giugno e per le altre due entro il 31 marzo di ogni anno.

A seguito di monitoraggio e verifiche le azioni possono essere ridefinite sia nei termini degli interventi che delle risorse impiegate.

L'ente capofila si impegna a:

- svolgere le funzioni di ente gestore coordinando le iniziative previste dalle azioni d'intervento, garantendo il supporto organizzativo necessario per quanto attiene ai servizi generali di segreteria;
- verificare la realizzazione dei progetti, in coerenza con le finalità e gli obiettivi prefissati. Verranno coinvolti, per validare le scelte relative all'esecuzione dei progetti, l'ufficio di piano per il supporto tecnico e l'Assemblea Distrettuale dei Sindaci;
- assicurare lo svolgimento delle procedure tecniche, amministrative e contabili per la realizzazione dei progetti esecutivi di sua competenza;
- assolvere all'attività di debito informativo prevista dalle indicazioni normative;
- gestire, con provvedimenti assunti dal responsabile dei servizi alla persona competente sotto il profilo organizzativo e finanziario, le diverse azioni previste dal piano sociale di zona;
- assolvere all'attività informativa nei confronti dei Comuni dell'ambito.

I Comuni dell'ambito distrettuale s'impegnano a:

- promuovere attività e interventi coerentemente con le azioni previste dal Piano sociale di zona in una strategia di coinvolgimento dei diversi soggetti interessati localmente, istituzionali e non, pubblici e privati, utilizzando al massimo le risorse esistenti, operando in modo unitario;
- trasmettere i dati informativi, anche finanziari, nelle modalità che verranno individuate dall'ente capofila;
- realizzare le azioni previste dal presente piano, anche attraverso la compartecipazione di risorse proprie, come definito annualmente dal piano delle azioni deliberato dall'assemblea distrettuale dei sindaci;
- garantire ai propri rappresentanti, componenti dell'ufficio di piano, adeguato riconoscimento dei tempi di lavoro necessari all'assolvimento delle competenze in carico a tale organismo tecnico;

- garantire la disponibilità di sedi e di strutture per la realizzazione di specifici progetti che prevedono attività nelle strutture comunali;
- coordinare il processo di pianificazione comunale coerentemente con i contenuti del Piano sociale di zona.

8. GLI ESITI DELLA PROGRAMMAZIONE ZONALE 2015-2017

Di seguito è riportata, in forma sintetica, la valutazione del raggiungimento degli obiettivi per il triennio 2015/2017 per ciascuna area di intervento:

AZIONI	OBIETTIVI	Esiti ed eventuali criticità rilevate
AZIONE 1 - PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE DELLE DIPENDENZE	Costituzione di un gruppo di lavoro a livello di singolo Ambito per progettare percorsi di educazione alla salute, di promozione del benessere e di prevenzione del disagio e delle dipendenze.	Attivazione del gruppo di Lavoro Ludopatia
AZIONE 2 - VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE INTEGRATA	Rafforzamento delle modalità di presa in carico delle persone fragili, integrando le diverse componenti sanitarie, sociosanitarie e sociali.	Si sono definiti protocolli per la valutazione integrata in particolare per gli interventi a valere sul FNA.
AZIONE 3 - PROTOCOLLO DONNE VITTIME DI VIOLENZA	Garantire uniformità nella presa in carico delle donne vittime di violenza	Si è aggiornato e definito il nuovo protocollo. Interventi uniformi nei territoriale. Si è garantita piena presa in carico delle segnalazioni pervenute dai presidi ospedalieri
AZIONE 4 - CONCILIAZIONE FAMIGLIA LAVORO	Mantenere attive le tre Alleanze locali in materia di conciliazione famiglia-lavoro, al termine delle progettualità avviate con il Piano di interventi 2014-2015.	L'alleanza di Montichiari ha ampliato i soggetti aderenti e ha avuto accesso ai finanziamento per gli interventi relativi al biennio 2017/2018
AZIONE 5 - PROTEZIONE GIURIDICA	Sviluppo di interventi per la protezione giudica in applicazione delle Linee di Indirizzo regionali e Linee Guida Locali.	Nell'ambito si è attivato uno sportello di prossimità che ha consentito di potenziare l'attività di ascolto consulenza e supporto. Si è dato corso ad iniziative informative in collaborazione con la rete territoriale.
AZIONE 6 - RAPPORTI CON LA NPI E IL CPS	Potenziare il livello di integrazione relativo alla presa in carico delle persone (minori e adulti) tra i comuni, l'ASL e i servizi della NPI e dei CPS	Obiettivo non raggiunto. Si è operato e si è addivenuto alla definizione di protocolli operativi relativi alla presa ma che non sono stati formalizzati e ad oggi non sono in uso
AZIONE 7 - AREA MINORI E FAMIGLIA	Servizi tutela minori: definizione buone prassi condivise a livello sovra distrettuale Definizione e sperimentazioni di nuovi servizi residenziali e/o diurni economicamente sostenibili Attenzione alle situazioni di fragilità e di disagio	Predisposti strumenti operativi a supporto degli operatori. Avvio di nuovi centri diurni sperimentali. Non attivata azione
AZIONE 8 - POLITICHE GIOVANILI	Sostenere l'ingresso dei giovani nel mondo del lavoro	Avviate più progettualità a valere sulle risorse per le politiche giovanili
AZIONE 9 - DISABILITÀ	Perseguire il benessere psico fisico e l'integrazione della persona disabile	In ogni ambito attivati gli interventi per l'inserimento lavorativo (L.

	all'interno di un sistema di servizi sostenibile nel tempo.	68/99 e l. 381/91)
AZIONE 10 - ANZIANI	Sperimentare azioni innovative a sostegno delle famiglie	Si sono messi in esercizio sono in accordo con i soggetti del territorio servizi "leggeri" e risposte di housing sociale per le persone anziane che restano sole e necessitano di un sistema di protezione minimo;
AZIONE 11 - POLITICHE DEL LAVORO	Progettare percorsi formativi/inserimenti temporanei nell'attesa di collocamento (sia per le liste SIL che per i progetti destinati allo svantaggio non certificato)	Avviati percorsi di politiche attive del lavoro per cittadini in condizioni di fragilità
AZIONE 12- AREA PENALE	Creare un sistema di connessioni più efficace tra tutti i soggetti coinvolti . Sostenere il reinserimento sociale delle persone in uscita dal carcere. Monitorare gli effetti della L. 67/2014 che introduce la sospensione del procedimento con messa alla prova per i maggiorenni. Definire prassi condivise per l'attività di LPU prescritte dal nuovo istituto.	Il gruppo interistituzionale attivo presso l'ATS (LR 8/2005) è stato il luogo di analisi del bisogno. Attivati di interventi di housing sociale, anche con interventi complementari a sostegno dello stesso, e di percorsi di inserimento lavorativo. Avviati LPU per messa alla prova adulti
AZIONE 13 - AREA NUOVE POVERTÀ	Accrescere il livello di conoscenza del fenomeno, a partire da una codifica omogenea della tipologia di soggetti da considerare e dalla condivisione Costituzione di un tavolo di confronto/concertazione con realtà pubblico/private che forniscono servizi pubblici Individuazione di strumenti "assicurativi" o di tutela reciproca (cittadini/istituzioni) che consentano di gestire l'attività di volontariato svolta dai cittadini	Gli interventi si sono realizzati nel dare corso alle azioni previste dal SIA e per programmare l'allocazione delle risorse del PON Inclusione
AZIONE 14 - POLITICHE ABITATIVE	Confronto allargato per individuare un tavolo di confronto a livello provinciale finalizzato ad individuare, proporre, diffondere progetti di sostegno all'abitare Diffusione di sperimentazioni, prassi, progetti che sono stati realizzati in specifici territori e che sono stati utili a trovare risposte al tema dell'abitare e che possono essere replicati anche in altri contesti Proporre al tribunale la definizione di Accordi/Linee Guida per la gestione delle procedure di sfratto	Attività realizzata nell'ambito del Coordinamento provinciale degli UdP Attività realizzata nell'ambito del Coordinamento provinciale degli UdP Approvato protocollo
AZIONE 15 – TAVOLO LOCALE DI CONSULTAZIONE DEL TERZO SETTORE	Favorire la partecipazione di tutti i soggetti territoriali alla definizione delle proposte programmatorie di politica sociale.	Nell'ambito di tale attività presentazione progetto a valere sul bando Welfare e innovazione sociale di Fondazione Cariplo

	Avviare confronti relativamente a progetti innovativi e al tema della coprogettazione con il Terzo Settore	
AZIONE 16- ATTIVITA' DELL'ENTE CAPOFILA	Assicurare all'ente capofila le necessarie risorse per l'attuazione sia degli interventi tecnici di supporto per la regia delle azioni di piano sia degli adempimenti contabili e amministrativi	Sono stati assicurati gli adempimenti relativi al debito informativo, gli interventi tecnici a supporto delle attività gestite in forma associata e l'attività di rappresentanza.
AZIONE 17- UFFICIO DI PIANO	Garantire il coinvolgimento di tutte le realtà territoriali, l'integrazione delle politiche, l'elaborazione di proposte sperimentali.	Obiettivo raggiunto
AZIONE 18 - LINEE GUIDA D'AMBITO PER LA REGOLAMENTAZIONE DELL'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SOCIALI E SOCIO SANITARIE AGEVOLATE	Prevedere criteri omogenei tra i Comuni dell'ambito per la definizione delle quote di compartecipazione ai costi dei servizi organizzati in forma singola e associata.	Nel 2015 si è approvato il primo regolamento d'ambito che è pi stati integrato a seguito delle modifiche introdotte al DPCM 159/2015
AZIONE 19 – RIPARTO FONDO SOCIALE REGIONALE	Sostenere le unità d'offerta socio assistenziali pubbliche e private in esercizio nell'ambito con particolare riferimento alle aree d'intervento ritenute prioritarie	Si sono approvati i Piani di riparto annuale
AZIONE 20- INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA AREA SALUTE MENTALE	Costruire maggior raccordo tra Enti Locali e Centro Psico Sociale al fine di promuovere azioni educative per diminuire lo stigma nei confronti del disagio psichico e di proporre interventi di inclusione sociale e di esperienze che coinvolgano utenti, cittadini, istituti scolastici ed altre realtà del territorio.	Confronto periodico, collaborazione e aggiornamento su evoluzioni situazioni prese in carico congiuntamente. Flessibilità durante le urgenze per la gestione episodi acuti Integrazione con le azioni del progetto di Welfare di Comunità d'ambito
AZIONE 21- GESTIONE SAD IN REGIME DI ACCREDITAMENTO	Sostenere la domiciliarità di persone in condizione di non autosufficienza attraverso l'erogazione di prestazioni formalizzate, elastiche e ricomprese in progetti individualizzati. Organizzare in tutti e sette i Comuni il servizio con lo stesso modello organizzativo	Medesimo modello organizzativo adottato in tutto l'ambito Equità nei livelli di assistenza dei comuni dell'ambito Prestazioni esigibili 365 giorni l'anno e per tutto l'arco della giornata. Possibilità del cittadino di poter scegliere tra più soggetti accreditati
AZIONE 22- GESTIONE SERVIZIO PASTI IN REGIME DI ACCREDITAMENTO	Organizzare attività complementari ai servizi domiciliari flessibili, a costi sostenibili e in grado di garantite un effettivo sostegno ai cittadini fragili e non autonomi.	Medesimo modello organizzativo adottato in tutto l'ambito Buona organizzazione e buona qualità del servizio Aumento delle richieste sull'ambito
AZIONE 23- ALLOCAZIONE DELLE RISORSE DEL FNA –	Garantire una piena possibilità di permanenza della persona non autosufficiente al proprio domicilio e nel	Si sono approvati nei termini i piani operativi per l'allocazione delle risorse

SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE CHE PRESTANO CURA AD UN COMPONENTE NON AUTOSUFFICIENTE	suo contesto di vita. Sostenere il lavoro di cura assicurato dal *caregiver* familiare (auto soddisfacimento) ovvero sostenere gli oneri per acquistare le prestazioni da assistente personale. Sostenere il *caregiver* sostituendolo per periodi definiti e programmati per consentire un sollievo temporaneo dai compiti di cura e assistenza in previsione di un successivo rientro del familiare al proprio domicilio	
AZIONE 24- GESTIONE ADM IN FORMA ASSOCIATA	Attivare interventi di tipo preventivo e di sostegno nei confronti di famiglie con minori definiti "a rischio" o in situazioni di difficoltà temporanea. Promuovere l'evoluzione del nucleo familiare affinché persegua l'obiettivo dell'autonomia nel compito educativo verso i figli, mediante l'affiancamento di personale educativo.	Obiettivo raggiunto
AZIONE 25- INTERVENTI A SOSTEGNO DELLE FAMIGLIE IN CONDIZIONE DÌ FRAGILITA' SOCIO ECONOMICA	Sostenere i nuclei familiari con la presenza di minori in situazione di svantaggio socio-economico e attivare progetti per l'erogazione di servizi di cura ed accudimento con particolare riferimento ai minori disabili Sostenere i nuclei familiari in situazione di svantaggio socio-economico per il pagamento dei canoni di locazione arretrati al fine di evitare l'avvio dell'intimazione di sfratto. Sostenere i nuclei familiari che sono autonomamente nella condizione di stipulare un nuovo contratto di locazione a seguito di escomio ovvero procedura di sfratto	Intervento che ha consentito di far fronte alla crescente fragilità socio economica delle famiglie per il tramite di buoni e voucher assegnati
AZIONE 26 – SPORTELLO DI CONSULENZA ASSOCIAZIONE AMA	Sostenere le famiglie in particolare monoparentali in condizioni di fragilità a seguito di eventi critici	Obiettivo raggiunto
AZIONE 27 – TAVOLO INTERISTITUZIONALE CON GLI ISTITUTI COMPRENSIVI E PATTO DI RETE CON LE ASSOCIAZIONI DI GENITORI DELL'AMBITO	Costituire un tavolo permanente tra gli Istituti Comprensivi dell'Ambito ed i rappresentanti degli Enti Locali al fine di confrontarsi sulle varie progettazioni in corso, ottimizzare le risorse e creare momenti di scambio costanti. Favorire l'incontro tra le diverse esperienze di partecipazione delle famiglie (Associazioni di genitori) al fine di promuovere e sostenere percorsi di autonoma organizzazione ai propri bisogni.	Azione non realizzata
AZIONE 28 - GESTIONE INTERVENTI TUTELA	Assicurare e concorrere alla tutela dei minori che sono oggetto di abuso,	Obiettivo raggiunto

MINORI E SERVIZIO AFFIDI IN FORMA ASSOCIATA	maltrattamento fisico e psichico, grave trascuratezza, abbandono o in situazione di rischio. Assicurare le prestazioni relative all'affidamento familiare	
AZIONE 29 - CONSULENZA PSICOLOGICA/PSICOPE DAGOGICA A SUPPORTO DEI CITTADINI IN CARICO AI SERVIZI SOCIALI DEI COMUNI DELL'AMBITO DISTRETTUALE	Attivare interventi di sostegno psicologico e sociale per i nuclei familiari a rischio. Attiivare interventi di supporto per gli alunni con difficoltà di apprendimento, anche come aiuto alla famiglia nel seguire il percorso scolastico del figlio. Sostenere, valorizzare e integrare le capacità genitoriali fornendo strumenti per affrontare le normali fasi di cambiamento e i momenti di crisi in una ottica anche di prevenzione.	Obiettivo raggiunto
AZIONE 30- SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA' E VITA INDIPENDENTE	Sostenere i cittadini e le loro famiglie con handicap grave con particolare riferimento all'autonomia e vita indipendente	Obiettivo raggiunto
AZIONE 31 - INTERVENTI SEMISTRUTTURATI DI INTEGRAZIONE	Favorire la realizzazione di progetti di integrazione sociale attivando tutte le risorse territoriali sia formali che informali.	Obiettivo raggiunto
AZIONE 32 – WELFARE RESIDENZIALE	Potenziare nell'ambito la rete di accoglienza residenziale fino ad oggi offerta.	Governo della rete che assicura sia posti riservati per i cittadini dell'ambito nelle due CSS che rette calmierate
AZIONE 33 – GESTIONE CONVENZIONE INTERCOMUNALE PER GLI IMMOBILI DA DESTINARE A CDD	Garantire per l'ente gestore dei due CDD dell'ambito la disponibilità di immobili adeguati, concessi in comodato, per rispondere elle esigenze del territorio.	Obiettivo raggiunto

9. IL PERCORSO PER LA DEFINIZIONE DI OBIETTIVI ED AZIONI

Il processo di costruzione del Piano di Zona per la triennalità 2015/2017 ha preso avvio con gli incontri dell'ufficio di piano per approfondire le linee di indirizzo regionali di cui alla dgr 7631 del 28 dicembre 2017.

La nuova programmazione zonale si inserisce nel quadro normativo ed amministrativo delineato dalla L.R. 23/2015 e dai nuovi POAS.

Nell'ambito della nuova organizzazione di ATS Brescia, prevista dal POAS, sono stati costituiti i Distretti di programmazione previsti dall'art. 7 bis della L.R. 23/2015 e il Dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali (PIPSS), strumenti fortemente innovativi per l'organizzazione dell'Agenzia, con la funzione di rafforzarne il ruolo rispetto alla promozione dell'integrazione e a favorire la realizzazione di reti sussidiarie di supporto. All'interno del Dipartimento PIPSS di ATS Brescia è stata attivata la Cabina di Regia di cui all'art. 6, comma 6 lettera f) della L.R. n. 23/2015, con funzioni consultive rispetto alle attività del dipartimento, quale luogo privilegiato nel quale condividere proposte e decisioni rispetto ai temi oggetto della programmazione sociosanitaria e sociale, composta da rappresentanti di ATS, delle tre ASST territoriali, della Conferenza dei Sindaci e degli Uffici di Piano.

Come avvenuto per il precedente Piano di Zona e coerentemente con quanto indicato nelle attuali Linee di indirizzo regionali si è ritenuto opportuno che il nuovo Piano declinasse alcuni obiettivi sovra distrettuali, condivisi in Cabina di Regia, con il Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci unitamente ai Presidenti delle tre Assemblee dei Sindaci dei Distretti di programmazione e dei 12 Ambiti Distrettuali.

L'individuazione di obiettivi di carattere sovra distrettuale riconosce in particolare che alcune tematiche/problematiche sono comuni a più territori e possono essere efficacemente affrontate in un'ottica allargata (almeno sovra distrettuale, se non provinciale), chiamano in causa attori ed interlocutori comuni a più territori (stakeholders), consentono la definizione di una strategia più efficace perché coordinata e condivisa.

La L.R. n. 23/2015 fornisce lo spazio normativo per potenziare rapporti di cooperazione sovra-zonale che nel corso degli anni e delle precedenti triennalità sono andati a formarsi nel nostro territorio, con l'obiettivo di rafforzare ed omogeneizzare aspetti fondamentali dei servizi in territori simili per caratteristiche socio-economiche e contigui in termini di confini territoriali/amministrativi.

Coerentemente con quanto indicato dalle Linee Guida regionali ed alla luce del quadro normativo delineato dalla L.R. 23/2015 e dal nuovo POAS si sono condivise proposte e decisioni in sede di Cabina di Regia rispetto ai temi oggetto della programmazione sociosanitaria e sociale, assicurando una connessione efficace tra i vari livelli di programmazione e decisione.

In tal senso si sono definite le seguenti aree di lavoro:

AREA DELL'INTEGRAZIONE SANITARIA, SOCIO-SANITARIA E SOCIALE

- Valutazione multidimensionale (es. misure B1, B2; misura 6; Cartella Sociale Informatizzata):

Intervento: potenziamento di percorsi condivisi tra ATS, ASST e Ambiti.

- Prevenzione e promozione della salute: (Piano Integrato Locale 2018)
    a. Intervento: collaborazione nella realizzazione Piani locali di promozione per la salute;
    b. Intervento: realizzazione di progetti di prevenzione locale per le dipendenze ed educazione alla salute nelle scuole.
- Dipendenze e salute mentale (ATS: Istituzione dell'Organismo di Coordinamento della Salute Mentale, in ottemperanza dei dettati della L.R. 15/2016 e ss.):

a. Intervento: potenziamento di percorsi condivisi tra ATS, ASST e Ambiti (raccordo con NPI e CPS; coinvolgimento del Terzo Settore).

- Estensione di protocolli operativi condivisi (in continuità):
  - donne vittime di violenza;
  - punti nascita;
  - Doppia Diagnosi;
  - linee guida sanitarie per gli stranieri;
  - protezione giuridica;
  - protocolli Area disabilità (vita indipendente ecc., valutazione multidimensionale integrata);
  - tutela minori (sottoscrizione convenzioni)
- Conciliazione Famiglia-lavoro.

AREA DELLA REVISIONE/SPERIMENTAZIONE INERENTE LE UNITÀ D'OFFERTA SOCIALI (accreditamento volontario delle UDO sul territorio al fine di ampliare la rete esistente e al contempo operare per innalzare ulteriormente il livello qualitativo dei servizi e l'efficacia delle risposte).

AREA DELLA DISABILITA' (Interventi per l'assistenza educativa e scolastica D.G.R. X/6832/2017; Dopo di Noi D.G.R. X/6674/2017).

AREA MINORI E FAMIGLIA (Adolescenti in difficoltà D.G.R. n. X/7060/15 – n. 7602/17; Nidi gratis; bonus famiglia).

AREA ANZIANI (Sperimentazioni UDO: C.A.S.A. D.G.R. N. 7776/2018).

AREA DELLE POLITICHE ABITATIVE (Bandi per genitori separati D.D.G.R. 7544 e 7545/17; Housing sociale ecc.).

AREA DELLE POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO (DGR N.7773/2018)

AREA DELLE POLITICHE GIOVANILI (D.G.R. X/7486/2017: leva civica).

AREA DEL DISAGIO AREA INCLUSIONE SOCIALE/NUOVE POVERTA' (D.G.R. 7773/2018 Percorsi di inclusione attiva - Piano Regionale per la lotta alla povertà – REI; Bando Enti Locali per il contrato al Gioco d'Azzardo Patologico).

Tale percorso di programmazione è stato recepito dal Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci e la medesima Conferenza nella seduta del 29.05.2018 ha poi approvato le azioni previste dal presente Piano al punto 3 e 4.

Gli obiettivi generali che trovano applicazione nelle azioni di seguito delineate dovranno essere anche da riferimento per gli interventi che i sette comuni dell'ambito andranno a prevedere nei propri atti di programmazione di politica sociale. Le azioni si riferiscono agli interventi programmati, gestiti, monitorati e verificati in forma associata.

A seguire si sono succeduti i diversi incontri Tavoli tematici d'ambito e l'oggetto dei lavori si è centrato sui seguenti aspetti:

- Scambio delle informazioni e delle conoscenze;
- Definizione delle priorità delle diverse aree di intervento;
- Definizione dei livelli di prestazioni da assicurare;
- Individuazione delle possibili interdipendenze tra diversi attori al fine di delineare le diverse reti oggetto di una governance collaborativa;
- L'approfondimento con il terzo settore di temi quali, la coprogettazione, la sperimentazione di nuovi servizi prevedendo anche la partecipazione economica delle imprese sociali, la sperimentazione di nuove modalità gestionali.

10. OBIETTIVI E AZIONI TERRITORIALI PER IL TRIENNIO 2018/2020

Le azioni d'ambito dettagliano obiettivi e interventi con riferimento alla gestione associata del welfare locale.
Sono definite le azioni per la governance degli interventi (relazioni con il terzo settore, ruolo dell'Ente capofila e dell'ufficio di piano, sistema di finanziamento alle unità d'offerta locali, criteri di compartecipazione omogenea tra i diversi comuni) al fine regolare e normare i rapporti tra gli enti locali coinvolti e tra gli enti locali e gli attori locali.
Sono definite le azioni che regolano gli interventi di politica sociale associata d'ambito in materia di salute mentale, di servizi per gli anziani, di servizi per i minori per la famiglia e per i disabili.

10.1 Governance

Come già delineato nella definizione di obiettivi ed azioni di integrazione delle politiche, promossi a livello sovraterritoriale, il sistema di welfare richiede sempre più una governance ricompositiva, collaborativa e di sistema. Ricompositiva per fare rete e non disperdere risorse, collaborativa nel rendere la rete efficace e attuativa, di sistema nel rispondere ai problemi dei propri cittadini non con un approccio di risposta al sintomo, ma con una presa in carico integrata ai percorsi di vita delle persone.
La sistematicità delle risposte è tuttavia una funzione da alimentare costantemente nel tessuto locale, adoperandosi per individuare ed adeguare, tempi, metodi e strumenti di dialogo con le diverse parti sociali. Per questo riteniamo fondamentale inserire come prima azione a livello locale proprio quella del costante mantenimento e sviluppo delle sinergie e collaborazioni territoriali, sia a livello istituzionale, sia a livello di terzo settore.

Azione 13 – TAVOLO LOCALE DI COPROGETTAZIONE	
OBIETTIVO NEL TRIENNIO	Favorire la partecipazione di tutti i soggetti territoriali alla definizione delle proposte programmatorie di politica sociale. Avviare confronti relativamente a progetti innovativi e al tema della coprogettazione con il Terzo Settore
AZIONE	Costituzione del tavolo per il tramite di una procedure ad evidenza pubblica, individuando su proposta sia dell'ufficio di piano sia dei medesimi componenti dell'organismo, l'oggetto dei lavori.
TITOLARITA' INTERVENTO E FORME DI GESTIONE	Ente capofila tramite l'ufficio di piano previo parere dell'assemblea distrettuale.
STRUMENTI UTILIZZATI	Proposte di lavoro redatte di concerto con il terzo settore locale
RISORSE IMPIEGATE	Personale dell'ente capofila e dei componenti dell'ufficio di piano.
TEMPI	Da attivare entro le seconda annualità dalla prima annualità
INDICATORI DI RISULTATO	n. di sedute per anno, n. proposte progettuali eleborate.

VALORE DELL'OBIETTIVO	Almeno una seduta per ogni annualità a partire dalla seconda.

Azione 14- ATTIVITA' DELL'ENTE CAPOFILA	
OBIETTIVO NEL TRIENNIO	Assicurare all'ente capofila le necessarie risorse per l'attuazione sia degli interventi tecnici di supporto per la regia delle azioni di piano sia degli adempimenti contabili e amministrativi
AZIONE	Attività amministrativa e contabile in capo all'ente capofila per la gestione delle azioni previste dal presente piano
TITOLARITA' INTERVENTO E FORME DI GESTIONE	Ente capofila
STRUMENTI UTILIZZATI	Provvedimenti di indirizzo dell'organo politico e gestionali, protocolli, avvisi, bandi di gara, convenzioni.
RISORSE IMPIEGATE	€20.000,00 a valere sul FNPS 2017 per la prima annualità
TEMPI	A partire dalla prima annualità
INDICATORI DI RISULTATO	Rispetto dei termini previsti dall'accordo di programma per l'attività contabile e amministrativa in capo all'ente capofila e di quanto stabilito dai piani annuali delle azioni. Predisposizione dei lavori di debito informativo
VALORE DELL'OBIETTIVO	Nessun scostamento rispetto ai termini temporali previsti

Azione 15- UFFICIO DI PIANO	
OBIETTIVO NEL TRIENNIO	Garantire il coinvolgimento di tutte le realtà territoriali, l'integrazione delle politiche, l'elaborazione di proposte sperimentali.
AZIONE	Assicurare la programmazione, pianificazione e valutazione degli interventi; la definizione e gestione del budget previsto dal presente piano; il coordinamento della partecipazione dei soggetti sottoscrittori dell'accordo di programma; il supporto ai lavori dell'Assemblea distrettuale in ordine agli elementi di politica sociale; coordinare i lavori del tavolo locale di consultazione del terzo settore
TITOLARITA' INTERVENTO E FORME DI GESTIONE	Tutti gli enti locali aderenti all'accordo di programma
STRUMENTI UTILIZZATI	Accordo di programma Regolamento dell'ufficio di piano
RISORSE IMPIEGATE	Personale degli enti locali
	Dalla prima annualità del piano

TEMPI	
INDICATORI DI RISULTATO	Sedute dell'ufficio di piano Piani e programmai istruiti Progetti sperimentali
VALORE DELL'OBIETTIVO	Almeno 10 sedute annuali Il 50% di progetti sperimentali portati all'attenzione dell'Assemblea dei Sindaci

Azione 16– RIPARTO FONDO SOCIALE REGIONALE	
OBIETTIVO NEL TRIENNIO	Sostenere le unità d'offerta socio assistenziali pubbliche e private in esercizio nell'ambito con particolare riferimento alle aree d'intervento ritenute prioritarie
AZIONE	Definire in raccordo con gli altri ambiti i criteri di riparto, effettuare l'istruttoria delle domande di finanziamento, assegnare e liquidare lo specifico finanziamento a valere sul FSR
TITOLARITA' INTERVENTO E FORME DI GESTIONE	intervento d'ambito e sovradistrettuale per la definizione di criteri omogenei di riparto del fondo. Ente capofila
STRUMENTI UTILIZZATI	Anagrafica delle udo locali Azione di concertazione delle rette delle udo locali Situazione domanda/offerta delle udo locali prioritarie
RISORSE IMPIEGATE	Gli stanziamenti assegnati annualmente da Regione Lombardia
TEMPI	Annualmente in attuazione delle indicazioni regionali
INDICATORI DI RISULTATO	Rette delle udo Scadenze regionali in ordine all'elaborazione del Piano di riparto
VALORE DELL'OBIETTIVO	Incremento delle rette per le udo non superiore all'inflazione Rispetto dei tempi previsti dalla dgr regionale per la formulazione del piano di riparto

10.2. Gli interventi per gli anziani

Nei lavori di analisi e valutazione del sistema d'offerta, effettuato sia a livello tecnico che nel confronto con i diversi soggetti Istituzionali e del Terzo Settore, emerge:

- la presenza di una rete di servizi socio assistenziali domiciliari ben strutturata, flessibile, che garantisce l'erogazione di prestazioni nell'arco di tutta la giornata e per 365 giorni all'anno festivi compresi;
- un buon raccordo con i servizi domiciliari socio-sanitari del DSS che consente di intervenire in modo integrato, rapido, flessibile e che tra l'altro favorisce l'unitarietà di accesso alle prestazioni per i cittadini;
- la presenza di quattro RSA che consente, nella maggior parte dei casi, di rispondere al bisogno residenziale dei territori;

- Sono presenti più Centri Diurni che consentono di rispondere ai bisogni di socializzazione e aggregazione delle persone anziane e che sono facilitatori di esperienze di impegno di anziani a favore di altri anziani;
- Sono diffuse più esperienze di impegno sociale, che vedono coinvolte molte persone anziane, che hanno consentito la costituzione di associazioni che garantiscono un importante servizio di trasporto sociale;
- La presenza di un CDI, che offre protezione e supporto ad anziani parzialmente autosufficienti, sostiene le famiglie e consente il permanere a domicilio degli anziani medesimi;
- La presenza di alloggi protetti per anziani che consentono di dare risposte residenziali a bassa protezione e a costi sostenibili.

Si conferma capo all'ambito, per il tramite dell'ente capofila, la definizione di un modello di servizi omogeneo e uniforme per tutti i territori, la gestione delle procedure di selezione e individuazione delle imprese titolate ad erogare le prestazioni territoriali.
Si intende altresì con le risorse del FNA sostenere le famiglie caregivers che si attivano autonomamente per la cura dei propri componenti non autosufficienti

Azione 17- GESTIONE SAD IN REGIME DI ACCREDITAMENTO	
OBIETTIVO NEL TRIENNIO	Sostenere la domiciliarità di persone in condizione di non autosufficienza attraverso l'erogazione di prestazioni formalizzate, elastiche e ricomprese in progetti individualizzati. Organizzare in tutti e sette i Comuni il servizio con lo stesso modello organizzativo
AZIONE	Proseguire nella gestione del SAD per i comuni dell'ambito in regime di accreditamento.
TITOLARITA' INTERVENTO E FORME DI GESTIONE	L'ente capofila gestisce la procedura di accreditamento e i singoli comuni sottoscrivono i contratti.
STRUMENTI UTILIZZATI	Bando di accreditamento e Progetto tecnico organizzativo del servizio d'ambito
RISORSE IMPIEGATE	€ 290.000,00 per anno a valere sui bilanci comunali
TEMPI	Attività già implementata e di prosecuzione
INDICATORI DI RISULTATO	Diffusione territoriale n. di monitoraggi monitoraggio della qualità tramite indagini periodiche
VALORE DELL'OBIETTIVO	Attivazione di interventi in tutti i comuni Almeno un monitoraggio annuale in capo ai soggetti accreditati Esiti della valutazione qualitativa (almeno buona)

AZIONE 18- GESTIONE SERVIZIO PASTI IN REGIME DI ACCREDITAMENTO	
OBIETTIVO NEL TRIENNIO	Organizzare attività complementari ai servizi domiciliari flessibili, a costi sostenibili e in grado di garantite un effettivo sostegno ai cittadini fragili e non autonomi.
AZIONE	Proseguire nella gestione del servizio pasti a domicilio, avviata nel marzo 2005, per i comuni dell'ambito in regime di accreditamento.
TITOLARITA' INTERVENTO E FORME DI GESTIONE	L'ente capofila gestisce la procedura di accreditamento e i singoli comuni sottoscrivono i contratti.
STRUMENTI UTILIZZATI	Bando di accreditamento e Progetto tecnico organizzativo del servizio d'ambito
RISORSE IMPIEGATE	€ 330.000,00 annuali a valere sui fondi comunali
TEMPI	Attività già implementata e di prosecuzione
INDICATORI DI RISULTATO	Diffusione territoriale n. di monitoraggi monitoraggio della qualità tramite indagini periodiche
VALORE DELL'OBIETTIVO	Attivazione di interventi in tutti i comuni Almeno un monitoraggio annuale in capo ai soggetti accreditati Esiti della valutazione qualitativa (almeno buona)

Azione 19- ALLOCAZIONE DELLE RISORSE DEL FNA – SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE CHE PRESTANO CURA AD UN COMPONENTE NON AUTOSUFFICIENTE	
OBIETTIVO NEL TRIENNIO	Garantire una piena possibilità di permanenza della persona non autosufficiente al proprio domicilio e nel suo contesto di vita. Sostenere il lavoro di cura assicurato dal caregiver familiare (autosoddisfacimento) ovvero sostenere gli oneri per acquistare le prestazioni da assistente personale,: Sostenere il caregiver sostituendolo per periodi definiti e programmati per consentire un sollievo temporaneo dai compiti di cura e assistenza in previsione di un successivo rientro del familiare al proprio domicilio
AZIONE	Assegnare specifici contributi, buoni mensili per gli anziani assistiti a domicilio ovvero voucher a sostegno di ricoveri di sollievo, finalizzati a sostenere l'intervento di cura assicurato dalle famiglie per i propri componenti. I beneficiari saranno individuati per il tramite di bandi per i buoni sociali e a sportello per i voucher dei ricoveri di sollievo.
TITOLARITA' INTERVENTO E FORME DI GESTIONE	L'ente capofila gestisce predispone la graduatoria e liquida i benefici e i singoli comuni ricevono le istanze dei propri cittadini.
STRUMENTI UTILIZZATI	Valutazioni integrate Comuni/ASST per la redazione dei piani assistenziali dei beneficiari
RISORSE IMPIEGATE	A valere sulle risorse del FNA
	Attività già implementata e di prosecuzione

TEMPI	
INDICATORI DI RISULTATO	% di risorse allocate N. di prese in carico integrate a seguito della redazione del PAI
VALORE DELL'OBIETTIVO	Almeno il 90% Almeno il 50%

10.3. Gli interventi per minori e famiglia

Dall'analisi degli interventi organizzati nel territorio dell'ambito, in forma singola e associata, effettuata dall'ufficio di piano e nell'apposito tavolo tematico si è rilevato quanto di seguito.

Nel territorio è presente una rete di unità d'offerta (servizi per la prima infanzia, centri di aggregazione giovanile e centri ricreativi diurni estivi) capillare e che assicura risposta alla domanda delle famiglie. Le unità d'offerta sono gestite in prevalenza dai soggetti del terzo settore (Fondazioni, Imprese Sociali e Parrocchie) in convenzione con gli enti locali.

I Comuni dell'ambito, in forma associata, dal 2003 organizzano il Servizio Tutela Minori e il Servizio affidi.
Il Servizio Tutela Minori fino ad oggi ha garantito risposte puntuali, ha progettato e attuato interventi di presa in carico condivisi con gli enti locali, si è strettamente raccordato con gli operatori dell'area materno infantile dell'Asst.
Relativamente al Servizio Affidi si è registrato negli ultimi anni un importante lavoro di promozione, reclutamento e sostegno alle famiglie affidatarie, anche in collaborazione con la locale Associazione "L'Affido", che ha consentito di ridurre il ricorso al collocamento dei minori in comunità, ovvero ridurre i periodi di permanenza nei servizi residenziali, a favore dell'esperienza dell'affido.

Si rilevano le seguenti criticità delle famiglie:

- Un aumento delle difficoltà dei genitori nello svolgere il proprio ruolo educativo, facendo ricorso a competenze genitoriali adeguate. Tali difficoltà si incrementano in presenza di condizioni economiche e alloggiative precarie;
- Nell'ultimo triennio, in conseguenza all'aumento del numero di separazioni e divorzi che vedono coinvolti nuclei familiari con minori, è aumentato il ricorso ai servizi di mediazione legale promossa dall'ambito. I Servizi testimoniano un aumento di richieste di intervento sia da parte del Tribunale minorile sia da parte delle famiglie;
- Per le famiglie di cittadini stranieri le criticità riguardano differenti sfere della vita familiare e sociale (aumentano i problemi economici; l'inserimento sociale di preadolescenti e adolescenti è spesso problematico; difficoltà relazionale tra genitori e figli);
- Crescono le richieste, il fenomeno riguarda tutte le fasce di età, di sostegno psicologico individuale per fronteggiare problemi di paura, ansia, depressione e ansia da separazione ecc.;
- Incrementano le richieste di supporto emotivo e psicologico da parte di adolescenti extracomunitari nella gestione della relazione con i genitori e nelle relazioni interpersonali con i coetanei;
- Richiesta di supporto espressa da parte di genitori e insegnanti per sostenere la motivazione scolastica dei ragazzi.

Sono sensibilmente aumentate le richieste di sostegno economico, molte delle quali provengono da nuclei monoreddito che non riescono più a fronteggiare l'elevato costo della vita. La questione economica viene spesso associata alla richiesta di sostegno per l'alloggio. Le richieste di aiuto relativamente alla casa a causa dell'aumento dei mutui, dell'elevato costo degli affitti, e della scarsa opportunità di accesso a canoni di locazione moderata sono in costante crescita. Aumentano le condizioni di povertà delle famiglie spesso conseguenza dall'espulsione del mercato del lavoro. Le difficoltà economiche innescano spesso problematiche di altra natura (difficoltà di relazioni tra i coniugi e/o con i figli, stress, ansia).

Di seguito sono indicate le azioni a cui si intende dare corso nel triennio di vigenza del presente Piano da realizzarsi sia a livello d'ambito che sovradistrettuale e che sono state progettate in relazione alle analisi suddette.

Azione 20- GESTIONE ADM IN FORMA ASSOCIATA	
OBIETTIVO NEL TRIENNIO	Attivare interventi di tipo preventivo e di sostegno nei confronti di famiglie con minori definiti "a rischio" o in situazioni di difficoltà temporanea. Promuovere l'evoluzione del nucleo familiare affinché persegua l'obiettivo dell'autonomia nel compito educativo verso i figli, mediante l'affiancamento di personale educativo.
AZIONE	Gestire in forma associata per il triennio gli interventi di assistenza domiciliare minori.
TITOLARITA' INTERVENTO E FORME DI GESTIONE	L'ente capofila gestisce l'affidamento e i rapporti amministrativi con la ditta individuata mentre ai comuni singoli è demandato il coordinamento degli interventi.
STRUMENTI UTILIZZATI	Incontri di progettazione, monitoraggio e verifica dei progetti avviati
RISORSE IMPIEGATE	€ 75.000,00 annui a valere sui bilanci comunali
TEMPI	Attività già implementata e di prosecuzione
INDICATORI DI RISULTATO	Esiti dei progetti con riferimento all'obiettivo dell'intervento Valutazione qualitativa del gestore
VALORE DELL'OBIETTIVO	Le due valutazioni devono essere maggior/uguale a discreto

Azione 21 – SPORTELLO DI CONSULENZA ASSOCIAZIONE AMA	
OBIETTIVO NEL TRIENNIO	Sostenere le famiglie in particolare monoparentali in condizioni di fragilità a seguito di eventi critici
AZIONE	Gestione di uno sportello informativo per attività di consulenza legale relativamente alle tematiche della separazione e/o divorzio e per consulenza di tipo economico/finanziaria (rinegoziazione mutui, richiesta rateizzazioni utenze domestiche, ecc).

TITOLARITA' INTERVENTO E FORME DI GESTIONE	Ente capofila
STRUMENTI UTILIZZATI	Progetti operativi, Protocolli, Accordi, Incontri di verifica
RISORSE IMPIEGATE	€ 18.500,00 annuali di cui € 10.500,00 a valere sui bilanci comunali ed € 8.000,00 sul FNPS
TEMPI	Attività già implementata e di prosecuzione
INDICATORI DI RISULTATO	n. di cittadini in carico n. di invii del servizio sociale professionale n. di punti di contatto della rete
VALORE DELL'OBIETTIVO	n. di cittadini in carico – almeno 75 n. di invii del servizio sociale professionale – almeno 25 n. di punti di contatto della rete – almeno 15

AZIONE 22 – TAVOLO INTERISTITUZIONALE CON GLI ISTITUTI COMPRENSIVI E PATTO DI RETE CON LE ASSOCIAZIONI DI GENITORI DELL'AMBITO	
OBIETTIVO NEL TRIENNIO	Costituire un tavolo permanente tra gli Istituti Comprensivi dell'Ambito ed i rappresentanti degli Enti Locali al fine di confrontarsi sulle varie progettazioni in corso, ottimizzare le risorse e creare momenti di scambio costanti. Favorire l'incontro tra le diverse esperienze di partecipazione delle famiglie (Associazioni di genitori) al fine di promuovere e sostenere percorsi di autonoma organizzazione ai propri bisogni.
AZIONE	Istituire un tavolo permanente composto dai rappresentanti degli enti locali degli Istituti Comprensivi che si confronti sulle azioni integrate relativamente a: - Codifica delle buone prassi per la reciproca attività d'integrazione istituzionale; - Percorsi per favorire inclusione delle famiglie in condizioni di fragilità; - Percorsi di prevenzione e agio per preadolescenti e adolescenti; - Percorsi di supporto integrato alle capacità genitoriali; Costituire con le Associazioni di genitori un patto di rete mirato a: - Facilitare la conoscenza tra i vari attori per approfondirne le visioni trovando punti di incontro tra gli obiettivi che ogni realtà si prefissa e le esigenze del territorio; - Individuare possibili nuovi "punti di vista" per l'organizzazione di interventi e servizi alle famiglie; - Facilitare autonome esperienze di prossimità.
TITOLARITA' INTERVENTO E FORME DI GESTIONE	Tutti gli enti locali aderenti all'accordo di programma L'Ente capofila per l'attività di coordinamento e raccordo
STRUMENTI UTILIZZATI	Protocolli, Accordi di rete, Riunioni operative.

RISORSE IMPIEGATE	Personale dei Comuni e degli Istituti Comprensivi
TEMPI	Nella prima annualità con gli IC: - Costituzione del tavolo; - Elaborazione di protocollo delle buone prassi condivise (minori disabili, segnalazioni per pregiudizio, presa in carico integrata per minori con famiglie fragili); Nella seconda e terza annualità con gli IC: - Approvazione e messa in esercizio protocollo; Nella prima annualità con le associazioni di famiglie: - Ricognizione e reciproca conoscenza delle esperienze in essere; - Individuazione dei bisogni condivisi del territorio; Nella seconda e terza annualità con le associazioni di famiglie progettare esperienze di sollecitazione dei cittadini per esperienze di welfare partecipato e generativo. Le esperienze saranno regolate da un patto di rete tra gli attori territoriali
INDICATORI DI RISULTATO	n. di sedute del tavolo interistituzionale con gli IC Approvazione del protocollo con gli IC per le buone prassi di integrazione istituzionale Ricognizione e conoscenza delle esperienze di partecipazione familiare del territorio Esperienze innovative
VALORE DELL'OBIETTIVO	n. di sedute del tavolo interistituzionale con gli IC – almeno sei nel triennio Approvazione del protocollo con gli IC per le buone prassi di integrazione istituzionale – entro la seconda annualità Ricognizione e conoscenza delle esperienze di partecipazione familiare del territorio – entro la prima annualità Esperienze innovative – due esperienze realizzate nel triennio

AZIONE 23 - GESTIONE INTERVENTI TUTELA MINORI E SERVIZIO AFFIDI IN FORMA ASSOCIATA	
OBIETTIVO NEL TRIENNIO	Assicurare e concorrere alla tutela dei minori che sono oggetto di abuso, maltrattamento fisico e psichico, grave trascuratezza, abbandono o in situazione di rischio. Assicurare le prestazioni relative all'affidamento familiare
AZIONE	Gestire in forma associata il servizio tutela minori e il servizio affidi.
TITOLARITA' INTERVENTO E FORME DI GESTIONE	Ente capofila
STRUMENTI UTILIZZATI	Accordi e protocolli operativi

RISORSE IMPIEGATE	€ 150.000,00 a valere sui bilanci comunali
TEMPI	Attività già implementata e di prosecuzione
INDICATORI DI RISULTATO	Incontri di report trimestrali con i Comuni per il servizio tutela Predisporre anagrafica famiglie affidatarie Campagna promozionale affidi
VALORI OBIETTIVO	Dalla prima annualità Entro la seconda annualità Dalla prima annualità

AZIONE 24 - CONSULENZA PSICOLOGICA/PSICOPEDAGOGICA A SUPPORTO DEI CITTADINI IN CARICO AI SERVIZI SOCIALI DEI COMUNI DELL'AMBITO DISTRETTUALE	
OBIETTIVO NEL TRIENNIO	In misura sempre maggiore il servizio sociale comunale è chiamato a: • attivare interventi di sostegno psicologico e sociale per i nuclei familiari a rischio; • attivare interventi di supporto per gli alunni con difficoltà di apprendimento, anche come aiuto alla famiglia nel seguire il percorso scolastico del figlio; • sostenere, valorizzare e integrare le capacità genitoriali fornendo strumenti per affrontare le normali fasi di cambiamento e i momenti di crisi in una ottica anche di prevenzione; L'attuale assetto dei servizi dell'area materno infantile dell'Asst rende anche più complesso e difficile l'accesso alle prestazioni di consulenza psicologica per i cittadini dell'ambito distrettuale in particolare per le situazioni che pur non caratterizzandosi come multiproblematiche determinano una presa in carico da parte dei servizi sociali comunali;
AZIONE	Ogni Comune attiverà specifici incarichi/affidamenti al fine di erogare a favore dei propri cittadini le seguenti prestazioni: *1*Osservazione clinica-educativa e comportamentale diretta o indiretta; *2*Colloquio anamnestico e psicodiagnostico individuale e/o familiare; *3*Somministrazione test di personalità; *4*Indagine psicologica e pedagogica per la valutazione dell'inserimento ambientale (esempio : in asilo nido, in famiglia, a scuola, in servizi di pronto intervento, in comunità educative…); *5*Colloquio di sostegno psicologico al singolo o alla famiglia; *6*Colloquio di sostegno psico-educativo; *7*Stesura di relazioni psicologiche e pedagogiche; *8*Attività di consulenza e supporto per alunni e insegnanti.

	I comuni dovranno rendicontare trimestralmente all'ente capofila l'attività posta in essere sulla base di schede di raccolta dati che saranno elaborate di concerto con l'ufficio di piano..
TITOLARITA' INTERVENTO E FORME DI GESTIONE	I singoli Comuni attivano gli interventi in conformità a quanto stabilito dalla presente azione. L'ente capofila liquida a rendiconto gli importi assegnati a ciascun comune.
STRUMENTI UTILIZZATI	Accordi e protocolli operativi
RISORSE IMPIEGATE	€ 45.000,00 a valere sul FNPS
TEMPI	Attività già implementata e di prosecuzione

Azione 25 – PROGETTAZIONE DI UN SERVIZIO SPERIMENTALE DIURNO PER MINORI	
OBIETTIVO NEL TRIENNIO	Assicurare prestazioni educative che garantiscano un supporto ai minori in situazione di disagio nei percorsi di crescita.
AZIONE	Progettare di concerto con il terzo settore locale un servizio diurno che possa supportara gli interventi del servizio tutela minori, complementare agli interventi dell'Adm e a sostegno sia dei minori in situazione di disagio nei percorsi di crescita sia dei nuclei di appartenenza con specifico riferimento alle capacità genitoriali.
TITOLARITA' INTERVENTO E FORME DI GESTIONE	Ente capofila
STRUMENTI UTILIZZATI	Accordi e protocolli operativi
RISORSE IMPIEGATE	Il personale degli enti locali al tavolo di progettazione
TEMPI	Entro il primo anno di vigenza del piano
INDICATORI DI RISULTATO	Predisposizione del progetto esecutivo Determinazione profilo dei destinatari Determinazione spese/ricavi e relative rette
VALORI OBIETTIVO	Approvazione del progetto in Assemblea dei sindaci e relative determinazioni in ordine alla messa in esercizio

10.4. Gli interventi per la disabilità

Dall'analisi degli interventi organizzati nel territorio dell'ambito, in forma singola e associata, effettuata dall'ufficio di piano e nell'apposito tavolo tematico si è rilevato quanto di seguito.
I servizi domiciliari, che consentono di attivare interventi socio-assistenziali a favore, in particolare, di disabili fisici adulti, sono attivi in tutti i Comuni.

Sono presenti tre unità d'offerta socio-assistenziali territoriali, due SFA e un CSE, che accolgono prevalentemente cittadini del territorio e che hanno modulato la loro organizzazione, di concerto con gli enti locali, per consentire elevata flessibilità e risposte personalizzate ai bisogni dei fruitori.

I servizi non hanno ancora saturato la loro capacità ricettiva e possono garantire anche per il prossimo triennio risposte ai cittadini dell'ambito.

I due CDD dell'ambito hanno sede in immobili di proprietà degli enti locali che i medesimi, per il tramite di una specifica convenzione intercomunale, hanno concesso in comodato all'ente gestore e ciò al fine di garantire da una parte una collocazione stabile dei servizi nel medio periodo e dall'altra, non ponendo gli oneri dei canoni di locazione in capo al gestore, ma ripartiti tra i Comuni, rette per l'accesso ai servizi più basse.

Sono presenti due Comunità alloggio con una capacità ricettiva di 18 posti di cui 8 coperti da cittadini dell'ambito. I Comuni sostengono con una convenzione decennale gli oneri di realizzazione dei due servizi con un contributo annuale di € 35.000,00 e hanno l'accesso prioritario per eventuali ammissioni.

Nell'ultimo triennio, in forma associata, si è accreditata un'impresa sociale che ha organizzato interventi di integrazione per i cittadini disabili, prevalentemente giovani con disabilità cognitiva. Si sono attivati mediante voucher progetti educativi, flessibili e personalizzati, che hanno favorito l'inserimento e l'integrazione del disabile in esperienze occupazionali, sportive e ricreative. Tale iniziativa ha coinvolto circa 25/30 giovani per ogni annualità. La misura verrà riproposta anche nel prossimo triennio, in considerazione dei positivi esiti riscontrati, e verificato che tale iniziativa si caratterizza per essere flessibile e intermedia rispetto all'individuazione di possibili percorsi più strutturati di supporto ai bisogni del cittadino disabile.

Si ritiene di dar corso, almeno per la prima annualità del presente Piano e compatibilmente con le risorse disponibili, al finanziamento ai progetti di vita indipendente. Negli ultimi tre anni si sono finanziati 25 progetti di vita indipendente a favore di cittadini dell'ambito. Tali finanziamenti hanno consentito di sostenere percorsi di autonomia di persone con disabilità fisica.

Si intende anche per il prossimo triennio dare corso al "Gruppo Integrato" che ha consentito di attuare positivi raccordi tra Comuni e DSS in ordine all'inserimento dei cittadini nella rete locale dei servizi.

Dall'analisi effettuata si è rilevato in termini di criticità:

- un aumento esponenziale dei bisogni che non consente una moltiplicazione proporzionale di servizi e delle prestazioni da offrire ma richiede l'esigenza di risposte sempre più diversificate e l'individuazione in modo chiaro di obbiettivi prioritari. In tal senso il progettare la possibile sperimentazione di "servizi leggeri", ridurre là dove presenti i doppi accessi ai servizi (quello residenziale abbinato al territoriale), potenziare l'attività del "Gruppo Integrato" anche in termini di maggiori conoscenze della rete territoriale, sono tutte azioni tese a qualificare l'uso delle risorse;
- la necessità di regolamentare i criteri e le modalità di compartecipazione degli utenti al costo dei servizi in modo uniforme, almeno a livello di ambito;
- l'esigenza di potenziare l'attività di informazione diffusa relativamente ai temi della protezione giuridica;
- la necessità di sostenere sperimentazioni e progetti specifici promossi dai servizi esistenti volti all'attivazione di interventi di sollievo alle famiglie;

- Effettuare una ricognizione degli alunni disabili in carico al servizio di assistenza ad personam scolastica in sinergia con NPI/EOH/Scuole/terzo settore per ottimizzare le risorse e per raccogliere dati utili per la programmazione dei servizi diurni.

Di seguito sono indicate le azioni a cui si intende dare corso nel triennio di vigenza del presente Piano da realizzarsi a livello d'ambito e che sono state progettate in relazione alle analisi suddette.

Azione 26- SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA' E VITA INDIPENDENTE	
OBIETTIVO NEL TRIENNIO	Sostenere i cittadini e le loro famiglie con handicap grave con particolare riferimento all'autonomia e vita indipendente
AZIONE	Attivare interventi di sostegno alla domiciliarità con particolare attenzione ai progetti di vita indipendente
TITOLARITA' INTERVENTO E FORME DI GESTIONE	Ente capofila e comuni dell'ambito
STRUMENTI UTILIZZATI	Piani e programmi
RISORSE IMPIEGATE	A valere sul FNA come previsto dal Piano Operativo annuale
INDICATORI DI RISULTATO	Garantire continuità per i progetti attivi
VALORI OBIETTIVO	5/6 progetti

AZIONE 27 - INTERVENTI SEMISTRUTTURATI DI INTEGRAZIONE	
OBIETTIVO NEL TRIENNIO	Favorire la realizzazione di progetti di integrazione sociale attivando tutte le risorse territoriali sia formali che informali.
AZIONE	Progettare percorsi di inserimento ovvero di integrazione sociale per i cittadini in condizione di disabilità tramite l'organizzazione di attività per la gestione del tempo libero, di attività animativo-educative, sportive, ricreative-culturali e di tipo occupazionale. I percorsi semistrutturati sono cogestiti con il terzo e quarto settore del territorio.
TITOLARITA' INTERVENTO E FORME DI GESTIONE	Ente capofila gestisce l'accreditamento e singoli comuni attivano i progetti
STRUMENTI UTILIZZATI	Progetto educativo, riunioni d'equipe
RISORSE IMPIEGATE	A valere sul FNA come previsto dal Piano Operativo
INDICATORI DI RISULTATO	% utilizzo risorse rispetto allo stanziato
VALORI OBIETTIVO	Almeno 80%

Azione 28 – DOPO DI NOI	
OBIETTIVO NEL TRIENNIO	Garantire alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare una vita il più possibile autonoma nel proprio contesto

	sociale di vita attraverso forme di convivenza assistita ovvero di vita indipendente.
AZIONE	Dare attuazione a quanto previsto dalla dgr 6674/2017 Promuovere una cultura del dopo di noi Sostenere l'avvio di udo per progetti di residenzialità di cittadini dell'ambito
TITOLARITA' INTERVENTO E FORME DI GESTIONE	Ente capofila che gestisce avvisi, assegnazione delle risorse e l'attività di raccordo della rete
STRUMENTI UTILIZZATI	Progetti Individuali Equipe operatori Comuni e Asst Fondi nazionali trasferiti
RISORSE IMPIEGATE	€ 101.892,00 per il 2018 ed € 43.361,00 per l'anno 2019
INDICATORI DI RISULTATO	n. progetti avviati
VALORI OBIETTIVO	Almeno 80% delle risorse allocate Avvio di udo residenziale nell'ambito entro il triennio Almeno il 15% dei progetti avviati di tipo residenziale nel triennio

Azione 29– MAPPATURA DEI NUOVI BISOGNI DEI CITTADINI DIVERSAMENTE ABILI E CO-PROGETTAZIONE DI INTERVENTI SPERIMENTALI	
OBIETTIVO NEL TRIENNIO	In misura sempre maggiore si rilevano nuovi bisogni per i cittadini disabili a cui le udo tradizionali non sempre riescono a dare risposta: - la necessità di intraprendere percorsi occupazionali per quei cittadini per i quali non è pensabile l'inserimento nel mondo del lavoro; - i cittadini disabili inseriti in CSE e CDD ultracinquantenni che sono anche portatori di bisogni assistenziali e non solo educativi; - l'incremento di persone a doppia diagnosi (disabilità e salute mentale); Si ritiene determinante avviare un percorso di puntuale analisi del bisogno coinvolgendo i diversi attori locali, istituzionali e non, finalizzata a meglio qualificare la domanda inevasa o che trova risposta con interventi non congrui.
AZIONE	Istituire un gruppo di lavoro di mappatura per la rilevazione dei bisogni e per la definizione di priorità di intervento Avviare percorsi di coprogettazione per l'intrapresa di esperienze che favoriscano progetti occupazionali (gestione bar Mattone e

	centro sportivo di Calcinato)
TITOLARITA' INTERVENTO E FORME DI GESTIONE	Ente capofila per la regia del tavolo di mappatura
STRUMENTI UTILIZZATI	Riunioni di lavoro
RISORSE IMPIEGATE	Il personale dei Comuni, di Asst, del terzo settore e i componenti delle associazioni dei familiari.
INDICATORI DI RISULTATO	n. di rilevazioni per qualificare domanda e offerta n. di proposte progettuali coprogettate
VALORI OBIETTIVO	Avvio di almeno un'esperienza coprogettata nell'ambito

Azione 30– GESTIONE CONVENZIONE INTERCOMUNALE PER GLI IMMOBILI DA DESTINARE A CDD	
OBIETTIVO NEL TRIENNIO	Garantire per l'ente gestore dei due CDD dell'ambito la disponibilità di immobili adeguati, concessi in comodato, per rispondere elle esigenze del territorio.
AZIONE	Finanziare la quota di canone a carico dei Comuni non proprietari di immobili al fine di contenere le rette a carico delle famiglie.
TITOLARITA' INTERVENTO E FORME DI GESTIONE	L'ente capofila
STRUMENTI UTILIZZATI	Contratto di comodato d'uso
RISORSE IMPIEGATE	€ 13.242,99 a valere sul FNPS 2017 per la prima annualità.
INDICATORI DI RISULTATO	Domanda evasa per servizi territoriali
VALORI OBIETTIVO	100%

AZIONE 31 - GESTIONE DEGLI INTERVENTI PER L'INSERIMENTO LAVORATIVO AI SENSI DELLA LEGGE 68/99 E LEGGE 381/91 E DELLE POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO	
OBIETTIVO NEL TRIENNIO	Garantire per i soggetti di cui alla legge 68/99 e alla legge 381/91 percorsi di accompagnamento e monitoraggio tesi a favorire l'inserimento lavorativo. Gestione delle politiche attive del lavoro in stretto raccordo con le agenzie accreditate ai sensi delle lr 22/2006.
AZIONE	Dare corso alla gestione degli interventi in forma sovra distrettuale consolidando i punti di forma della gestione e prevedendo:

	- Estensione degli interventi a sostegno dell'integrazione lavorativa degli adulti in difficoltà afferenti alla fascia della fragilità/marginalità sociale; - L'individuazione di nuovi strumenti di mediazione al lavoro caratterizzati da maggiore flessibilità e progressione.
TITOLARITA' INTERVENTO E FORME DI GESTIONE	L'ente capofila individua un soggetto per la gestione in forma associata dei servizi
RISORSE IMPIEGATE	Per la prima annualità come previsto dai protocolli in essere: quota a valere sui bilanci degli enti locali e quota a valere sul FSR e FNPS
INDICATORI DI ATTIVITA'	N° segnalazioni N° aziende/cooperative contattate; N° aziende/cooperative con cui il SIL collabora; N° utenti assunti (presso aziende e/o cooperative sociali); N° incontri di monitoraggio sui percorsi attivati; N° incontri per il mantenimento del posto di lavoro; N° attori sociali coinvolti; N° incontri di rete.
INDICATORI DI RISULTATO	N° percorsi di integrazione lavorativa avviati (presso aziende e/o cooperative sociali); N° tirocini avviati; N° utenti assunti (presso aziende e/o cooperative sociali);

11. GLI OBIETTIVI STRATEGICI PER IL TRIENNIO

11.1 Obiettivo strategico 1: uniformità dei criteri di accesso

L'Assemblea Distrettuale dei Sindaci l'11.03.2015 ha approvato il regolamento d'ambito che definiva le linee guida per l'accesso alle prestazioni sociali e socio-sanitarie agevolate in attuazione di quanto previsto dal DPCM 159/2013. Le linee guida erano state predisposte di concerto con i diversi stakeholders territoriali (sindacati, associazioni di familiari).
Sempre l'Assemblea dei Sindaci il 25.05.2016, a seguito delle modifiche introdotte al DPCM 159/2013 e tenuto conto degli esiti del monitoraggio di prima applicazione delle linee guida, ha provveduto a integrare le medesime introducendo importanti correttivi in ordine in particolare ai criteri per l'accesso ai servizi socio sanitari per le persone non autosufficienti.
Si intende entro la seconda annualità di vigenza del piano revisionare le Linee guida d'ambito e ciò tenendo conto degli esiti dei primi tre anni di applicazione.

Azione 32 – REVISIONE DELLE LINEE GUIDA D'AMBITO PER LA REGOLAMENTAZIONE DELL'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SOCIALI E SOCIO SANITARIE AGEVOLATE	
OBIETTIVO NEL TRIENNIO	Prevedere criteri omogenei tra i Comuni dell'ambito per la definizione delle quote di compartecipazione ai costi dei servizi organizzati in forma singola e associata.
AZIONE	Revisione del regolamento d'ambito che definisca regole omogenee tra tutti i Comuni dell'ambito e che contestualmente dia attuazione alla nuova normativa dell'ISEE prevista dal DPCM 159/2013 in vigore dal 01.01.2015 La revisione del regolamento vigente dovrà essere subordinata ad una fase di concertazione con i vari attori sociali che dovranno anche essere coinvolti nel monitoraggio di prima applicazione.
TITOLARITA' INTERVENTO E FORME DI GESTIONE	In capo a tutti i Comuni sottoscrittori dell'accordo di programma
STRUMENTI UTILIZZATI	Elaborazioni e simulazioni dei Comuni con riferimento all'ISEE posseduto dai cittadini. Monitoraggio di prima applicazione (36 mesi)
RISORSE IMPIEGATE	Attività prestata dai componenti dell'ufficio di piano e dai rappresentanti degli stakeholder territoriali.
TEMPI	Entro la seconda annualità approvazione del regolamento
INDICATORI DI RISULTATO	Entro il 31.12.2019 approvazione regolamento
VALORE DELL'OBIETTIVO	Rispetto delle scadenze temporali

11.2 Obiettivo strategico 2: indicatori comuni per la valutazione della qualità

Il Comune di Montichiari in qualità di ente capofila funge da stazione appaltante per conto dei comuni dell'ambito per più servizi: SAD e relative prestazioni complementari in regime di accreditamento, Assistenza domiciliare per minori, Interventi educativi mediante voucher per minori disabili. Per tali servizi con le procedure ad evidenza pubblica vengono individuati gli stessi soggetti gestori qualificati per tutti gli enti locali dell'ambito e analoghe prestazioni.
Si intende già nel corso della prima annualità prevedere negli avvisi/bandi/capitolati di appalto e di accreditamento per l'individuazione dei nuovi gestori dei suddetti servizi a decorrere dal gennaio 2019 requisiti/impegni in capo agli aggiudicatari che:

- consentano di effettuare indagini di *customer* sui clienti interni ed esterni dei servizi;
- prequalifichino i soggetti che intendono concorrere alle procedure fatti salvi i principi previsti dal D.Lgs 50/2016;
- consentano l'interoperabilità tra i sistemi informativi dell'aggiudicatario/soggetto accreditato e dei comuni (cartella sociale informatizzata);
- definiscano la possibilità di coprogettare i flussi degli interventi di presa in carico (valutazione iniziale, predisposizione del progetto di intervento, monitoraggio, report di esiti e risorse in uso).

Quanto sopra per prevedere criteri omogenei per la valutazione della qualità e dell'appropriatezza degli interventi, per una valutazione dei medesimi e per un costante report dei processi organizzativi.

AZIONE 33– CRITERI E PARAMETRI DI QUALITA' PER LE PROCEDURE DI AFFIDAMENTO E ACCREDITAMENTO DEI SERVIZI DELL'AMBITO	
OBIETTIVO NEL TRIENNIO	Prevedere per tutti i servizi dell'ambito per i quali vengono gestite procedure di affidamento/accreditamento centralizzate criteri/parametri in capo ai soggetti gestori individuati e ciò per meglio qualificare le prestazioni/servizi resi .
AZIONE	Prevedere negli avvisi/bandi/capitolati di appalto e di accreditamento per l'individuazione dei nuovi gestori dei suddetti servizi a decorrere dal gennaio 2019 requisiti/impegni in capo agli aggiudicatari che: - consentano di effettuare indagini di customer sui clienti interni ed esterni dei servizi; - prequalifichino i soggetti che intendono concorrere alle procedure fatti salvi i principi previsti dal D.Lgs 50/2016; - consentano l'interoperabilità tra i sistemi informativi dell'aggiudicatario/soggetto accreditato e dei comuni (cartella sociale informatizzata); - definiscano la possibilità di coprogettare i flussi degli interventi di presa in carico (valutazione iniziale, predisposizione del progetto di intervento, monitoraggio, report di esiti e risorse in uso).
	In capo all'ente capofila

TITOLARITA' INTERVENTO E FORME DI GESTIONE	
RISORSE IMPIEGATE	Il personale dell'ufficio di piano e il personale dell'ente capofila
TEMPI	A partire dalla prima annualità
INDICATORI DI RISULTATO	Definizione di almeno un elemento di qualificazione per ogni affidamento
VALORE DELL'OBIETTIVO	Tutti e quattro gli affidamenti centralizzati devono prevedere la sperimentazione di criteri e parametri di qualità

11.3 Obiettivo strategico 3:innovazione sociale

I Comuni dell'ambito e sette realtà del terzo settore locale (quattro cooperative, una parrocchia, una associazione e un consorzio) hanno ottenuto uno specifico finanziamento di € 800.000,00 a valere sul bando "welfare in azione e innovazione sociale – edizione 2015" di Fondazione Cariplo per la realizzazione del progetto denominato "#genera_azioni, costruire relazioni costruisce comunità".

In questi ultimi anni, il sistema di welfare locale, pubblico e privato, ha fatto i conti con la mutata situazione sociale e, pur provvedendo nell'incrementare le risorse economiche per politiche di sostegno e nel dare avvio a iniziative sperimentali di integrazione delle politiche (casa e lavoro), è costantemente in affanno e a rischio di tenuta: affanno sia degli operatori sociali e sia dei processi organizzativi che non producono gli esiti auspicati.

Attorno ai temi della fragilità abitativa, professionale e relazionale si sviluppa il piano di azione di #genera_azioni che mira a modificare il sistema di welfare attuale, cercando di promuovere interventi preventivi e promozionali verso le persone e famiglie in fragilità, per evitare che situazioni di vulnerabilità vengano diagnosticate solo in fase già emergenziale. Per farlo, il progetto supera la concezione di intervento "tecnico" e settoriale, ma crea sinergie orizzontali fra interlocutori portatori di saperi diversi: dai tecnici ai cittadini.

Per questo motivo, #genera_azioni vuole promuovere il passaggio da un welfare interventista a un welfare di prossimità, innovativo e ricompositivo.

Un welfare di prossimità attraverso il lavoro dei facilitatori di comunità, esperti di lavoro di rete, che sul territorio operano come forze aggregative della pluralità di soggetti: dalle associazioni ai cittadini, dalle aziende al mondo non profit. Con la loro partecipazione son nati i i laboratori di prossimità, spazi non fisici, ma di riflessione, mutuo aiuto, informazione, per socializzare la fragilità (tramite attività di mutuo aiuto fra genitori, fra lavoratori), ma anche per favorire l'incontro e il confronto fra interlocutori abitualmente distanti (es. incontro tra aziende del territorio e disoccupati con iniziative conoscitive e/o formazione, incontro fra cittadini e servizi al lavoro, alla casa, servizi sociali in luoghi meno istituzionalizzati). I facilitatori, gli attori del welfare locale e i laboratori hanno trovato casa nei punti di comunità. Spazi fisici di partecipazione, di relazione e di intercettazione preventiva della fragilità (sia lavorativa che abitativa). I punti di comunità sono stati coprogettati direttamente con il territorio e sono luoghi partecipati anche dai tecnici di progetto, non come "punti di erogazione di servizi", ma come luoghi che favoriscono l'incontro e quindi la prossimità fra interlocutori abitualmente distanti e/o "non standard".

Un welfare innovativo perché si stanno sperimentando nuovi processi per la costruzione delle risposte ai bisogni dei cittadini relativamente al tema dell'abitare (fondi di garanzia, condomini sociali e coabitazione), al tema del lavoro (fondo esperienze per tirocini), al tema adolescenti (alternanza scuola/lavoro, laboratori esperienziali promossi da adolescenti e giovani per altri adolescenti e giovani o a beneficio dell'intera comunità).

Un welfare ricompositivo in cui il pubblico e il privato collaborano con una governance mista che valorizza le competenze dei diversi attori in un'ottica di coprogettazione anche con il mondo profit.
Il progetto ha preso avvio nel marzo del 2016 e si concluderà nel settembre 2019. L'obiettivo è quello entro la seconda annualità del Piano di consolidare e mettere in esercizio quelle pratiche innovative che hanno generato esiti: almeno una per ogni area progettuale riferita alle relazioni, alle esperienze e alla governance.

AZIONE 34 – COPROGETTAZIONE SISTEMI WELFARE DI COMUNITA'	
OBIETTIVO NEL TRIENNIO	Progettare un sistema di welfare che valorizza il capitale sociale di un territorio, che favorisce l'attivazione dei cittadini, che promuove partecipazione e coprogettazione tra i diversi attori locali, che sostiene l'imprenditorialità sociale delle persone.
AZIONE	Modellizzare almeno tre pratiche e prediporre il relativo progetto esecutivo nel sistema di welfare locale. Le pratiche da individuare devono essere quelle più performanti in termini di esiti e devono essere riferite a tutte le tre aree di progetto: le relazioni, le esperienze e la governance.
TITOLARITA' INTERVENTO E FORME DI GESTIONE	In capo all'ente capofila
RISORSE IMPIEGATE	Il personale del partenariato del progetto
TEMPI	Entro la seconda annualità
INDICATORI DI RISULTATO	Predisporre i progetti esecutivi per mettere in esercizio almeno tre pratiche. Una riferita alla coprogettazione Una che ricomprenda il lavoro di comunità (start up dei cittadini, comunity manager, punti di comunità). Una che ricomprende le risposte ai cittadini (lavoro, alternanza scuola lavoro, condomini sociali)
VALORE DELL'OBIETTIVO	Rispetto dei tempi

12. SINTESI AZIONI DEL PIANO DI ZONA 2018-2020

1. Valutazione Multidiscipinare Integrata
2. Presa in carico fragilità
3. Integrazione scolastica
4. Protezione giuridica
5. Potenziamento percorsi dipendenze
6. Protezione della salute
7. Minori e famiglie
8. Conciliazione
9. Cartella sociale informatizzata
10. Politiche abitative
11. Politiche del lavoro
12. Nuove povertà e inclusione sociale
13. Tavolo di coprogettazione
14. Attività Ente Capofila
15. Ufficio di piano
16. Riparto Fondo sociale regionale
17. SAD in regime di accreditamento
18. Servizio pasti in accreditamento
19. Allocazione FNA
20. ADM in gestione associata
21. Sportello associazione AMA
22. Tavolo scuole & famiglie
23. Tutela minori in forma associata
24. Consulenze psicologiche e pedagogiche
25. Servizio sperimentale centro diurno
26. Sostegno alla domiciliarietà e vita indipendente
27. Interventi semistrutturati di integrazione
28. Dopo di noi
29. Mappatura nuovi bisogni
30. Convenzione sovracomunale per immobili CDD
31. Servizio Integrazione Lavorativa
32. Linee guida ambito accesso agevolato
33. Criteri e parametri qualità delle procedure
34. Coprogettazione welfare di comunità