



**PIANO DI ZONA**  
EL.318/00 disagio, buchiaria, emarginazione, orfani, orfani, ricambi sul servizio

**Piano di Zona 2009-2011**  
**dell'Ambito di Corsico**

---

## INDICE

1. LA VALUTAZIONE DEL PIANO DI ZONA 2006-2008	4
1.1 Gli obiettivi generali e le azioni di sistema	4
1.2 Area Anziani	6
1.3 Area Disabilità	8
1.4 Area Minori e famiglia	11
1.5 Area Inclusione	14
2. L'EVOLUZIONE DEI BISOGNI NEL TERRITORIO	17
2.1 La stima di alcuni fenomeni sociali nell'ambito di Corsico	23
3. LE AZIONI DI SISTEMA	26
3.1 L'integrazione sociosanitaria	26
3.2 L'integrazione sociolavorativa e socioabitativa	33
3.3 L'accesso alla rete dei servizi	37
3.4 L'integrazione intercomunale e la gestione associata	41
3.5 La governance del piano	45
4. LE AZIONI DI AREA	53
4.1 Anziani	53
4.2 Disabili	59
4.3 Minori e famiglia	65
4.4. Inclusione	71
5. UNA LETTURA TRASVERSALE IN OTTICA DI GENERE	81
5.1 Popolazione e caratteristiche demografiche	82
5.2 Le azioni di sistema e di area in una prospettiva di genere	85
6. IL DISEGNO DI VALUTAZIONE	88
6.1 Il significato della valutazione nel piano di zona di Corsico	88
6.2 Il sistema di valutazione del piano di zona di Corsico	91
6.3 Il metodo: il disegno della valutazione	97
ALLEGATI	100
1 Documento sull'integrazione socio-sanitaria prodotto dall'ASL	100

---

## PREMESSA

Il presente documento definisce gli orientamenti delle politiche socio-assistenziali che l'ambito di Corsico intende promuovere nel corso della triennalità 2009-2011.

La definizione degli indirizzi programmatici, comprensivi degli obiettivi strategici e delle azioni prioritarie da perseguire, sono l'esito di un processo di coinvolgimento e partecipazione che dal livello tecnico e politico (tavolo tecnico, ufficio di piano e assemblea dei sindaci) ha interessato anche l'attivazione del livello territoriale, attraverso il lavoro dei tavoli d'area.

Infine, gli indirizzi qui presentati integrano le indicazioni programmatiche dell'Asl Milano 1, presentate nelle diverse sezioni del documento e riportate sinteticamente in allegato.

Si precisa che tale atto definisce la direzione verso la quale i Comuni dell'Ambito intendono orientare le politiche sociali del territorio. In mancanza di una declinazione precisa delle risorse trasferite dal livello regionale<sup>1</sup>, tuttavia le singole azioni qui proposte sono da intendersi quali ipotesi prioritarie, la cui fattibilità ad oggi è unicamente stimata, ma andrà verificata con precisione a risorse trasferite.

Per questo motivo si precisa che a tale atto seguirà un documento attuativo per la prima annualità del piano di zona, che ne definisca azioni, tempi e risorse specifiche.

---

<sup>1</sup> Cfr comunicazione dell'UO programmazione della DG Famiglia e solidarietà della Regione Lombardia "in considerazione del fatto che l'assegnazione del FNPS è ancora in fase di elaborazione si chiede una programmazione delle risorse basata sulle stime, rinviandone il dettaglio al momento in cui vi sarà fornito il nuovo applicativo relativo alla programmazione economico-finanziaria dei Piani di Zona".

---

## 1. LA VALUTAZIONE DEL PIANO DI ZONA 2006-2008

La valutazione del Piano di Zona 2006-2008 dell'Ambito di Corsico si compone di considerazioni sulle attività realizzate, in relazione agli obiettivi posti a inizio triennalità, espresse dai Tavoli tematici e dal Tavolo tecnico.

Tali osservazioni sono state elaborate in momenti distinti. Per quanto concerne i tavoli tematici, esse sono emerse durante *focus-group* realizzati a settembre 2008, a conclusione della triennalità. Le considerazioni del Tavolo tecnico (allargato ai conduttori dei Tavoli tematici) sono state elaborate e raccolte durante un percorso di accompagnamento alla stesura del Piano di zona 2009-2011 realizzato nel periodo gennaio-marzo 2009.

Il capitolo presenta una "rendicontazione" di quanto realizzato, rispetto agli obiettivi iniziali, e una valutazione delle positività e criticità per le azioni di sistema (par. 1.1), l'area anziani (par. 1.2), l'area disabili (par. 1.3), l'area minori e famiglia (par. 1.4) e l'area inclusione (par. 1.5).

### 1.1 Gli obiettivi generali e le azioni di sistema

La prima esperienza di pianificazione zonale, 2003-2005, aveva rappresentato di fatto un adempimento normativo. L'investimento delle risorse del fondo nazionale erano state destinate per la maggior parte all'attivazione di buoni sociali.

E' il secondo piano di zona ad aver rappresentato il reale momento di avvio della pianificazione integrata, portando i sei comuni ad attivare servizi e interventi gestiti a livello distrettuale (spazio neutro, nil, adh, cse...).

Attraverso il secondo piano di zona è stato anche dato avvio al processo di partecipazione del terzo settore in modo strutturato e coordinato. L'assetto di *governance* definito, nonostante necessiti di qualche aggiustamento, ha consentito la consultazione degli attori del territorio sia in fase di definizione del piano che nel corso dell'intera fase di attuazione.

Il secondo piano di zona ha posto obiettivi generalmente orientati alla:

- a. costruzione di una conoscenza condivisa sull'offerta presente sul territorio distrettuale, a beneficio sia dei servizi stessi che dell'utenza;
- b. promozione di iniziative/interventi/servizi su alcune aree prioritarie di bisogno.

A livello di sistema il piano di zona ha puntato alla realizzazione dei seguenti obiettivi:

- integrazione tra comuni** - potenziamento della gestione associata – fondo solidarietà – trasporti e Sportello unico integrato;
- avvio dei voucher sociali;**
- funzioni di autorizzazione/accreditamento;**

- **Governance:** tavolo di rappresentanza del terzo settore.

Complessivamente, le azioni preventivate risultano essere state quasi tutte attuate (tavola 1). A conclusione del triennio si rilevano, tuttavia, criticità riguardanti la collaborazione sovracomunale che sebbene si sia consolidata grazie all'avvio di servizi gestiti in maniera integrata (soprattutto quelli rivolti alle persone disabili), alla omogeneizzazione delle prestazioni del SAD anziani, a percorsi di condivisione di metodi di lavoro in direzione di una gestione unitaria (servizio tutele distrettuale) non può ancora dirsi pienamente realizzata. In proposito, come precisato nei paragrafi dedicati alle singole aree, si evidenzia la mancata attivazione di percorsi di omogeneizzazione delle tariffe e dei criteri di accesso, oltre alla mancata messa in rete di risorse rispetto alle azioni previste per fronteggiare l'emergenza abitativa.

**Tavola 1 - Le azioni previste a livello di sistema e il livello di attuazione**

AZIONI TRASVERSALI	LIVELLO ATTUAZIONE
Servizio trasporto	realizzato
Sportello Unico integrato	non realizzato, a fronte di subentro di competenze da parte dell'asl
AZIONI DI SISTEMA	LIVELLO ATTUAZIONE
Consolidare la collaborazione sovracomunale	parzialmente realizzato, permangono criticità su questo fronte
Potenziare le forme di gestione associata	sviluppati servizi integrati, ma non è stato avanzato alcun indirizzo rispetto alla gestione associata e alle ipotesi di forma gestionale
Introdurre i voucher sociali	realizzato
Eventuale costruzione del Fondo di solidarietà per i comuni	realizzato
Decidere la configurazione del sistema autorizzativo inerente il funzionamento dei servizi socio-assistenziali a titolarità dei comuni	realizzato
Costituzione del tavolo di rappresentanza del Terzo settore distrettuale	realizzato

Dall'analisi valutativa realizzata con i tavoli tematici a conclusione del triennio, relativamente al Piano di zona 2006-2008, emergono alcuni elementi di positività, riconosciuti trasversalmente da tutti i tavoli:

- **costruzione di conoscenza** sul territorio ed elaborazione di un linguaggio comune;
- confronti e scambi interessanti data la ricchezza e l'articolazione della rete locale;
- in alcune aree (minori) la **sperimentazione di percorsi di co-progettazione**;

- 
- **l'avvio di alcuni interventi e servizi** sul territorio, prima inesistenti.

I tavoli riconoscono infine una evoluzione tra il primo e il secondo piano di zona, attribuibile in particolare alla stabilizzazione dell'Ufficio di piano, che ha portato a risultati riconoscibili in termini di maggior chiarezza e dettaglio nel documento programmatico e maggior efficacia nelle attuazione del piano.

Tra le criticità evidenziate invece vi sono prevalentemente aspetti connessi alla gestione della *governance*:

- sulle **modalità di attuazione della partecipazione**, giudicate in alcuni casi frammentate, troppo circoscritte al momento programmatico e poco sviluppate sul fronte del monitoraggio del piano e sulla progettazione di interventi/iniziativa
- sul **senso** stesso del coinvolgimento: non sempre infatti è risultato chiaro nell'agito il ruolo dei tavoli, le funzioni ad esso attribuite, il percorso e l'impegno chiesto.

## 1.2 Area Anziani

Il Piano di Zona 2006-2008 ha promosso quattro linee di intervento in favore delle persone anziane:

- ❑ sviluppo e diffusione della **conoscenza** del sistema d'**offerta del territorio**;
- ❑ **governo dell'accesso** attraverso l' istituzione di uno Sportello Unico Integrato e di regolamenti unici distrettuali;
- ❑ interventi sulla **problematica dell'Alzheimer**, in particolare con azioni orientate a informare e sensibilizzare, formare e qualificare l'offerta privata, regolare l'incontro domanda-offerta di lavoro privato di cura e la gestione del trasporto;
- ❑ istituzione di un Ufficio **tutela** anziani distrettuale.

La prima azione ha trovato una realizzazione parziale: non è stata fatta una mappatura sistematica delle risorse presenti sul territorio, ma durante gli incontri del Tavolo anziani è stata realizzata una ricognizione di tutte le associazioni ivi operanti. Nei Comuni di Corsico e Trezzano sul Naviglio è stato attivato un Tavolo di confronto che ha visto coinvolte le assistenti sociali comunali e le associazioni, favorendo lo scambio e la reciproca conoscenza.

Fra le azioni di governo dell'accesso il Piano prevedeva la costruzione di uno Sportello Unico Integrato, costituito da una rete in grado di permettere ai servizi sociali e sanitari di dialogare fra loro e di rispondere in maniera integrata ai bisogni del cittadino anziano. Tale obiettivo, come l'elaborazione di regolamenti unici distrettuali per l'accesso ai servizi gestiti a livello sovracomunale, non è stato realizzato. Il servizio SAD, gestito in 5 Comuni del Distretto dalla Fondazione Pontirolo, continua ad essere erogato in base ai singoli regolamenti comunali che stabiliscono criteri d'accesso e contribuzioni differenziate.

Le azioni che compongono l'intervento in favore delle persone affette dal morbo di Alzheimer sono state attuate solo parzialmente. In particolare, è stato realizzato un corso di formazione per assistenti familiari, che però non è stato affiancato da un servizio di regolamentazione della domanda e dell'offerta. Dal punto di vista dei servizi di trasporto, l'istituzione del voucher ha rappresentato una risposta anche per questa tipologia di utenti. Si evidenzia la mancata realizzazione di azioni informative nei confronti della cittadinanza e l'apertura, o il convenzionamento, di un Centro Diurno Integrato Alzheimer, in aggiunta ai Centri diurni già presenti sul territorio.

La mancata realizzazione dell'Ufficio Tutela distrettuale, invece, è da attribuirsi ad eventi esogeni: il cambiamento normativo intervenuto con la legge 3/2008 della Regione Lombardia, infatti, ha stabilito che tale servizio Tutela è di esclusiva competenza dell'Asl non solo per l'utenza disabile, ma per qualunque soggetto che necessiti di un amministratore di sostegno.

**Tavola 2 – Dettaglio delle azioni previste per l'area Anziani e livello di attuazione**

AZIONI DI SISTEMA		LIVELLO ATTUAZIONE
Impostazione mappatura risorse presenti sul territorio distrettuale		Realizzazione parziale. Non è stata fatta una mappatura in modo sistematico, però sul Tavolo anziani è stata fatta una ricognizione di tutte le associazioni operanti sul territorio. Nei Comuni di Corsico e Trezzano sul Naviglio è stato attivato un Tavolo di confronto che vede coinvolte le assistenti sociali comunali e le associazioni.
Creazione Ufficio Tutela distrettuale o rafforzamento Ufficio Tutela dell'ASL		C'era un progetto in partnership con la Provincia di Milano, che è stato interrotto a causa di un cambiamento normativo. La legge regionale 3/2008 ha stabilito, infatti, che l'Ufficio Tutela è di esclusiva competenza dell'ASL, che ora segue non solo l'utenza disabile, ma tutti coloro che necessitano di un Amministratore di sostegno.
Regolamento unico per l'accesso ai servizi gestiti a livello sovramunicipale ed attivati in tutti i comuni		Non realizzato. Il SAD è gestito in tutti i comuni del Distretto dalla Fondazione Pontirolo, secondo i singoli regolamenti comunali che stabiliscono i criteri d'accesso e la contribuzione da parte dell'utenza.
Sensibilizzazione alla problematica dei trasporti, invitando i Comuni a ricorrere alla "Mobilità Gratuita gratuita"		In partnership con la Provincia di Milano è stata realizzata la voucherizzazione. Il regolamento d'accesso ai voucher è distrettuale, ma il problema è che essendoci a Corsico una popolazione piuttosto "povera", tutti i voucher vengono di fatto assegnati ai residenti di questo Comune. E' stato ipotizzato di alzare la soglia ISEE di accesso.
AZIONI DI PIANO		LIVELLO ATTUAZIONE
Costruzione Sportello Unico Integrato		Non realizzato.
Servizi per Alzheimer e malattie correlate	Informazione sulla malattia	Non realizzato.
	Attivazione corsi per badanti	Realizzato. È stato fatto un corso per assistenti familiari nel 2007, che ha visto la partecipazione di circa 30 donne.
	Regolamentazione D/O badanti	Non realizzato.
	Apertura o convenzionamento di un Centro Diurno Integrato Alzheimer	Non realizzato.
	Omogeneizzazione del servizio trasporti	Realizzato un servizio voucherizzato.

A fronte della criticità rappresentata dalla mancata realizzazione di diverse azioni previste dal Piano di Zona 2006-2008 a favore della popolazione anziana, si evidenziano diverse positività: una accresciuta conoscenza degli attori operanti sul territorio, la realizzazione di un servizio trasporto voucherizzato a livello distrettuale, l'omogeneizzazione delle prestazioni del servizio SAD (tavola 3).

**Tavola 3 – Area Anziani: positività e criticità di quanto realizzato**

Positività	Criticità
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Migliore conoscenza reciproca degli attori operanti sul territorio, grazie alla ricognizione delle associazioni operanti sul territorio e alla costituzione di un Tavolo di confronto Comune-Associazioni a Corsico e Trezzano.</li> <li>• Realizzato un servizio voucher trasporto distrettuale, che serve gli anziani con problemi di Alzheimer e altre persone in stato di necessità.</li> <li>• Omogeneizzazione delle prestazioni del servizio SAD a livello distrettuale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il Sad è gestito a livello distrettuale, ma con regolamenti differenziati da un comune all'altro.</li> <li>• Mancata realizzazione dello Sportello Unico Integrato.</li> <li>• In base al regolamento del voucher trasporti, il consumo avviene interamente nel comune di Corsico.</li> <li>• Mancata realizzazione di azioni informative sull'Alzheimer, regolamentazione dell'incontro D/O di assistenti familiari, apertura del Centro Diurno Integrato Alzheimer.</li> </ul>

### 1.3 Area Disabilità

La programmazione 2006-2008 dell'Ambito di Corsico, in favore delle persone disabili e delle loro famiglie, era incentrata sullo sviluppo di alcune linee di intervento:

- ❑ sviluppo e diffusione della **conoscenza** del sistema d'**offerta del territorio**;
- ❑ **sostegno all'autonomia** di persone disabili adulte (NIL, promozione di progettualità sul "dopo di noi", mobilità – *car sharing*);
- ❑ potenziamento della **residenzialità e semiresidenzialità** per disabili adulti (CSE e progetti di residenzialità) ;
- ❑ **supporto alla famiglia**;
- ❑ **governo dei servizi** per minori (omogeneizzazione assistenza scolastica educativa; identificazione forme gestionali per Sfa-Nil-Cse);
- ❑ **tutela** disabili.

Lo sviluppo e la diffusione di conoscenza in merito al sistema d'offerta del territorio, che era un obiettivo trasversale alle diverse aree, trova anche qui una realizzazione parziale: la mappatura delle risorse e la costruzione di un sistema informativo sulla disabilità hanno trovato una attuazione limitata, all'interno di un più ampio servizio costituito dallo Sportello Disabili. Il servizio, innovativo per l'ambito di Corsico, è finalizzato a garantire alle persone disabili e alle loro famiglie il diritto all'informazione sui servizi pubblici e privati presenti sul territorio, sulle agevolazioni e provvidenze disponibili e un supporto nello svolgimento delle pratiche burocratiche.

---

Il sostegno all'autonomia delle persone disabili adulte si è concretizzato nella realizzazione del servizio Nucleo Inserimenti Lavorativi (NIL) e di un servizio trasporto distrettuale voucherizzato, che ha "sostituito" il servizio di *car-sharing* inizialmente ipotizzato, in quanto ritenuto più adatto a favorire la mobilità delle persone disabili. Il progetto "Durante e oltre noi", prevedeva la promozione di progetti in grado di coinvolgere le famiglie e le amministrazioni comunali per creare le condizioni socio-culturali e psicologiche al passaggio alla vita autonoma e la realizzazione di una residenza integrata per disabili. Il progetto non ha trovato piena attuazione, anche a causa di un ridotto interesse mostrato dalle famiglie, mentre la realizzazione di soluzioni di residenzialità integrata è stata interrotta per meglio valutare l'effettiva necessità di nuove strutture.

L'attenzione alla semi-residenzialità e alla residenzialità, delineata nel piano di zona, si è concretizzata nella realizzazione di un Centro Socio Educativo (CSE), che costituisce uno dei servizi innovativi del Piano di zona 06-08. A supporto delle famiglie, inoltre, è stato deciso, a partire dal 2008, di sostenere interamente il costo delle rette per la frequenza ai Centri Diurni Disabili (CDD).

Le azioni a supporto delle famiglie di persone disabili prevedevano l'organizzazione dei gruppi di auto-mutuo aiuto (gruppi AMA), finalizzati a rendere maggiormente "attive" e propositive le famiglie. Tale iniziativa ha preso avvio a febbraio 2009, con un po' di ritardo rispetto a quanto inizialmente preventivato, a causa delle difficoltà "culturali" delle famiglie, nell'accettare di condividere con altri la propria situazione.

Fra le azioni di governo dei servizi per i minori disabili, il Piano di zona 06-08 prevedeva l'omogeneizzazione dell'assistenza scolastica educativa, finalizzato a raggiungere livelli di erogazione uniformi, che non ha trovato realizzazione. Era inoltre prevista l'identificazione di forme gestionali per i servizi CDE, SFA, NIL, secondo quanto previsto dalla normativa lombarda, che è stata attuata.

Infine, analogamente a quanto visto per l'area anziani, il progetto di creazione dell'Ufficio Tutela Distrettuale, in partnership con la Provincia di Milano, non è stato realizzato a causa di un cambiamento normativo. La legge regionale 3/2008 ha stabilito che questo servizio è di esclusiva competenza dell'Asl.

**Tavola 4 – Dettaglio delle azioni previste per l'area Disabilità e livello di attuazione**

AZIONI DI SISTEMA		LIVELLO ATTUAZIONE
Realizzazione C.S.E.		Realizzato
Messa in rete delle risorse		Realizzato in parte dallo Sportello Disabili
Costruzione di un sottosistema informativo disabilità		Realizzato in parte dallo Sportello Disabili
Creazione Ufficio Tutele distrettuale o rafforzamento Ufficio Tutele dell'ASL (v. area anziani)		La legge regionale 3/2008 ha stabilito che l'Ufficio Tutele è di esclusiva competenza dell'ASL
Sensibilizzazione dei comuni in merito al servizio trasporti, ipotizzando soluzioni rispetto ai trasporti d'emergenza		non realizzato
Sensibilizzazione dei comuni in merito all'assistenza scolastica educativa		non realizzato
Promozione della progettualità condivisa rispetto alla residenzialità		non realizzato
AZIONI DI PIANO		LIVELLO ATTUAZIONE
Mappatura delle risorse		Parzialmente realizzato, da aggiornare
Sostegno alla famiglia	Organizzazione gruppi di auto-mutuo aiuto	Realizzato
	Organizzazione momenti di svago	
Avviamento all'autonomia	Orientamento/inserimento lavorativo	Realizzato tramite il NIL
	Preparazione al distacco	non realizzato
Tutela amministrativa / amministratore di sostegno	Creazione servizio tutela	v. sopra, azioni di sistema
	Organizzazione serate informative sul tema	
"Durante e oltre noi"	Promozione progetti preparazione alla vita autonoma	Non realizzato
	Realizzazione soluzione residenzialità integrata	Si è deciso di valutare se effettivamente vi era la necessità di realizzare nuove strutture.
Servizio trasporto	Creazione servizio car sharing	Realizzato in parte con il TRASPORTO DISTRETTUALE NON PROGRAMMATO
Assistenza educativa scolastica	Identificazione livelli di qualità	Non realizzato
	Raggiungimento livelli di erogazione uniformi	Non realizzato
	Sottoscrizione documento del Tavolo interistituzionale	Non realizzato
	Promozione protocolli d'intesa	Non realizzato
Gestione del CSE, SFA, Nil	Individuazione soluzioni per la gestione	Realizzato

Le positività messe in luce dal Tavolo tecnico riguardano l'avvio di servizi innovativi per il territorio come il CSE, il NIL, lo Sportello disabili e la progettualità "Dopo di noi", cui si aggiunge il sostegno economico offerto alle famiglie delle persone disabili attraverso il pagamento delle rette nei CDD. Oltre a questi servizi sono stati avviati percorsi di auto mutuo aiuto (gruppi AMA) e il voucher trasporti. Il servizio di assistenza domiciliare (erogato anche tramite voucher) è stato organizzato a livello distrettuale (tavola 5).

Le criticità evidenziate dal tavolo tecnico riguardano il perdurare di difficoltà culturali, da parte delle famiglie, rispetto all'adesione ai gruppi di mutuo aiuto e la mancata omogeneizzazione dei criteri d'accesso.

**Tavola 5 – Area Disabilità: positività e criticità di quanto realizzato**

Positività	Criticità
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avvio di servizi innovativi (NIL,CSE, integrazione rette CDD, Sportello disabili).</li> <li>• Avvio del voucher trasporti.</li> <li>• Avvio di percorsi di auto mutuo aiuto.</li> <li>• Servizio Adh a livello distrettuale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sebbene sia l'area in cui si è avviato un discorso di mutuo aiuto con le famiglia, permane la presenza di difficoltà culturali.</li> <li>• Mancata omogeneizzazione dei criteri di accesso.</li> <li>• E' un'area che assorbe la maggior parte delle risorse del piano di zona.</li> </ul>

### 1.4 Area Minori e famiglia

Il Piano di Zona 2006-2008 dell'Ambito di Corsico ha promosso alcune linee di intervento in favore dei minori e delle famiglie:

- ❑ sviluppo e diffusione della **conoscenza sulla domanda** (problemi e bisogni del territorio);
- ❑ promozione di forme di **integrazione socio-sanitaria e socio-educativa** (stesura di protocolli operativi);
- ❑ potenziamento e sviluppo di interventi di **tutela** (spazio neutro, mediazione familiare, valutazione di efficacia),
- ❑ **sensibilizzazione della comunità** sui temi dell'educazione e cura dei minori.

Sul primo versante, sviluppo e diffusione della conoscenza sulla domanda, si evidenzia una parziale realizzazione: nel corso del 2006 e del 2007 vi sono stati diversi incontri con gli attori che sul territorio operano in favore dei minori (operatori dei comuni, del terzo e quarto settore), finalizzati a discutere la situazione dei bambini e dei ragazzi residenti. Le criticità di questa azione, che si sommano alla mancata attuazione di un sistema stabile di monitoraggio dei problemi/fenomeni connessi all'area minori e famiglia, sono rappresentati dalla mancata produzione di documenti e dall'assenza di periodicità degli incontri (che nel 2008 non hanno più avuto luogo). Non si è quindi realizzata una effettiva analisi dei servizi e dei bisogni. Tuttavia gli incontri hanno avuto l'effetto positivo di produrre una conoscenza reciproca degli attori operanti sul territorio (tavola 6 e 7).

La definizione di strategie di integrazione fra servizi sociali e sociosanitari coinvolti nella tutela dei minori, che prevedeva anche la stesura di protocolli operativi, ha sofferto della mancanza di una chiara distribuzione di compiti fra il livello politico e quello tecnico. E' stato tuttavia avviato, a livello intercomunale, un percorso per la creazione del Servizio tutela distrettuale, che ha portato ad una condivisione della metodologia di lavoro adottata in ciascun comune ed ha posto le basi per la futura gestione condivisa del servizio.

---

Il Piano di zona 06-08 prevedeva il mantenimento degli interventi di tutela Spazio neutro e servizio Mediazione familiare, avviati sul finire del 2005. Lo Spazio neutro, rispetto al quale era preventivato anche un potenziamento, rileva a fine triennio un effettivo incremento di utenza e di risorse dedicate (risorse umane e orari di apertura al pubblico). Il servizio di Mediazione familiare, a seguito del monitoraggio, ha invece mostrato di non rispondere alle aspettative in merito all'utenza servita: le richieste, infatti sono state piuttosto contenute e sono giunte, prevalentemente, da parte di persone che non rappresentavano la popolazione target del servizio.

L'ultima linea di intervento prevista dal Piano di zona 06-08, la sensibilizzazione della comunità sui temi dell'educazione dei minori ha trovato piena realizzazione nell'ambito del progetto Mandala, che ha coinvolto a livello progettuale ed attuativo i comuni e le organizzazioni del terzo e del quarto settore operanti del territorio dell'Ambito. Il progetto, composto da 7 azioni rivolte ai genitori, ai bambini e ai giovani da 0 a 19 anni, ha ripreso e sviluppato tematiche proprie delle due ex leggi del settore 285 e 45: la promozione del benessere e della valorizzazione delle diverse normalità e la prevenzione.

La progettazione partecipata che caratterizza questo progetto rappresenta, secondo il Tavolo tecnico e quello tematico, una esperienza positiva da perseguire anche nella successiva triennialità (tavola 7).

**Tavola 6 - Le azioni previste per l'area Minori e famiglia e livello di attuazione**

AZIONI DI SISTEMA		LIVELLO ATTUAZIONE
Indagine conoscitiva qualitativa	Definizione di un sistema di conoscenza di tutti gli interlocutori di tutti i servizi	Realizzazione parziale. Sono stati realizzati diversi incontri (nel 2006 e nel 2007) con gli attori che sul territorio operano in favore dei minori (operatori dei comuni, del terzo e quarto settore); durante gli incontri, che hanno prodotto una maggiore conoscenza reciproca, è stato discusso della situazione dei minori residenti. Non sono stati prodotti documenti.
Costituzione di un sistema stabile di monitoraggio dei problemi/fenomeni connessi all'area minori e famiglia	Individuazione di un referente unico di osservazione	Non realizzato, però in alcuni Tavoli d'area sono stati coinvolti "testimoni privilegiati" rispetto a realtà particolari.
	Predisposizione e conduzione di interviste e focus-group	Non realizzato.
Definizione di strategie di integrazione tra servizi sociali e sanitari	Stesura di protocolli operativi, nomina di referenti, definizione di ambiti di applicazione e risultati attesi.	Non realizzato. Il Tavolo d'area non può arrivare a formalizzare degli accordi (necessità di un'azione politica).
Definizione di strategie di integrazione tra scuola, oratori, associazioni, cooperative e servizi sociali comunali	Creazione di strumenti di supporto al doposcuola e/o di altre valutazioni emerse dalla lettura dei bisogni del Tavolo Minori e Famiglia	Realizzato. Il Progetto Mandala ha attuato un supporto all'attività extrascolastica per i ragazzi delle scuole media.
Mantenimento e potenziamento del servizio Spazio Neutro e Mediazione Familiare	Monitoraggi quali-quantitativi inerenti i servizi Analisi della ricaduta sul territorio in termini di prevenzione	Realizzato. Nell'ambito del Tavolo tecnico i servizi forniscono report periodici.
AZIONI DI PIANO		LIVELLO ATTUAZIONE
Analisi dei servizi e dei bisogni del distretto	Costituzione di un sistema stabile di monitoraggio dei Servizi	Non realizzato.
	Definizione di un sistema stabile di analisi dei bisogni	Non realizzato.
Potenziamento offerta servizio Spazio Neutro (in termini di tempo e risorse umane)		Realizzato. C'è stato un maggior numero di utenti (Chiedere i dati all'UDP)
Monitoraggio e verifica del servizio di Mediazione familiare		Realizzato. È stato fatto dal Tavolo tecnico
Coordinamento e confronto fra tutte le istituzioni coinvolte nella tutela dei minori		L'idea iniziale di creare un Tavolo con l'Asl e i servizi specialistici, finalizzato a conoscersi, chiarire le competenze e le modalità operative, anche attraverso protocolli, non è stato realizzato. È stato avviato un percorso per la creazione del Servizio Tutela distrettuale (con uno studio di consulenza), che ha portato ad una condivisione delle metodologie di lavoro di ciascun comune. Ora è il momento di decidere quanto e cosa effettivamente gestire insieme...
Progettazione partecipata nell'educazione e nella cura dei minori	organizzazione di tavoli di dialogo, discussione e confronto, incontri cadenzati con gruppi composti da associazioni e abitanti di quartiere, costruzione di eventi come feste di quartiere, divulgazione di tutti gli interventi delle agenzie territoriali rivolti ai minori e alle famiglie Creazione e rinforzo di punti di incontro diversificati	Realizzato. Si tratta del Progetto Mandala, nato con i fondi 285 e poi proseguito. Il progetto ha visto una cooperazione e una collaborazione con il Terzo e il Quarto settore. Il progetto è stato riproposto con alcune novità, rispetto al passato, come la dimensione più "distrettuale". Le azioni sono quasi tutte in essere, il progetto è stato prorogato di 6 mesi, fino a giugno 2009.

**Tavola 7 – Area Minori e famiglia: positività e criticità di quanto realizzato**

Positività	Criticità
<ul style="list-style-type: none"> <li>Migliore conoscenza reciproca degli attori operanti sul territorio.</li> <li>Per migliorare la circolarità delle informazioni, un componente del Tavolo tecnico partecipa agli incontri del Tavolo d'area.</li> <li>Condivisione delle metodologie di lavoro dei servizi tutela comunali, nell'ambito del percorso di costruzione del servizio tutela minori distrettuale.</li> <li>Ridefinizione del servizio di mediazione familiare.</li> <li>Attuazione della progettazione partecipata nell'educazione e nella cura dei minori (comune, terzo e quarto settore) e sensibilizzazione della cittadinanza (Progetto Mandala).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mancanza di periodicità degli incontri fra gli attori operanti sul territorio.</li> <li>Mancata realizzazione di una analisi dei servizi e dei bisogni.</li> <li>Scollamento tra Assemblea dei sindaci-tecnico e Tavolo d'area (che non ha potere decisionale e non ha una <i>mission</i> sufficientemente chiara).</li> <li>Mancata realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria (definizione di competenze e stesura di protocolli operativi con l'Asl).</li> <li>Mancata rispondenza del servizio di mediazione familiare rispetto alla popolazione target.</li> </ul>

---

## 1.5 Area Inclusione

Le linee di intervento promosse dalla precedente programmazione in favore delle persone in situazioni di disagio ed esclusione sociale sono state:

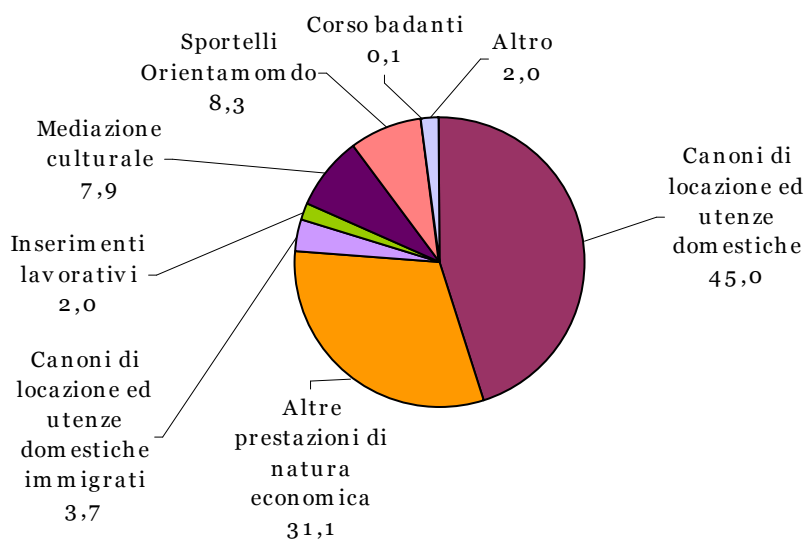
- ❑ sostegno all'**inserimento occupazionale** di persone fragili (mappatura offerta potenziale, sensibilizzazione dell'offerta, incontro domanda/offerta, formazione della domanda)
- ❑ **sostegno abitativo** (mappatura offerta abitativa potenziale, convenzioni con privati per locazioni a canone concordato, istituzione del fondo di rotazione)
- ❑ **sostegno economico** a persone fragili (buoni sociali)
- ❑ **sostegno all'integrazione sociale** (gruppi di auto-mutuo aiuto)

Le azioni di sostegno all'inserimento occupazionale hanno trovato una realizzazione parziale. Rispetto alle problematiche lavorative il servizio CSIOL, finalizzato all'inserimento lavorativo di persone certificate, è stato affiancato dal servizio VIS, rivolto ad individui affetti da problematiche rilevanti, sebbene non certificate.

Rispetto agli interventi volti a fronteggiare le problematiche abitative, alcune azioni, come il potenziamento dello stock di alloggi di emergenza comunali, la convenzione con privati per le locazioni a canone concordato e l'istituzione del fondo di rotazione per il sostegno dell'accesso all'abitazione sono state realizzate solo in alcuni comuni. Si evidenzia quindi, nel triennio 2006-2008, la mancata attuazione di azioni sinergiche che abbiano messo in rete le risorse dei diversi comuni appartenenti all'Ambito. L'intervento si è focalizzato, soprattutto, a sostenere la cittadinanza nel pagamento delle utenze e dell'affitto attraverso l'erogazione di contributi generici o una tantum (a fondo perduto), da parte dei singoli comuni.

A tale proposito si evidenzia che la spesa del Piano di zona per l'area inclusione (a valere sul FNPS e sul FSR ) è in larghissima parte dedicata a prestazioni di natura economica: relativamente all'anno 2007, il 48,7% della spesa è stata dedicata a sostenere il pagamento dei canoni di locazione e delle utenze domestiche (rivolte sia agli italiani che alle persone immigrate), mentre il 31% ha riguardato altre prestazioni di natura economica (Figura 1).

**Figura 1 – Servizi e interventi area inclusione finanziati dal FSR e dal FNPS, 2007**  
(valori % sul totale della spesa per l'area inclusione)



Fonte: elaborazioni IRS su dati dell'Ufficio di Piano di Corsico

Per quanto riguarda le problematiche legate all'integrazione sociale delle persone immigrate, il Piano di Zona 2006-2008 ha potuto godere di un finanziamento da parte della Provincia di Milano che ha permesso di realizzare un servizio di Mediazione culturale. Ad esso si sono affiancati gli sportelli Orientamondo, che offrono informazioni sulla normativa in materia di immigrazione, consulenza legale e assistenza nel rilascio/rinnovo dei documenti di soggiorno e nei ricongiungimenti familiari, oltre all'orientamento verso i servizi del territorio che si occupano di lavoro, accoglienza, assistenza socio-sanitaria e scuola.

**Tavola 8 - Le azioni previste per l'area Inclusione sociale e il livello di attuazione<sup>2</sup>**

AZIONI DI SISTEMA		LIVELLO ATTUAZIONE
Problematiche lavorative	Mappatura delle risorse esistenti, agenzie istituzionali, profit e no profit	parzialmente attuata
	Mappatura del bisogno	non attuata
	Potenziamento degli inserimenti lavorativi	potenziamento attraverso ex CSIOL
	Centralizzazione servizio inserimenti lavorativi	attuata
	Riqualificazione professionale e acquisizione nuove competenze per gli esclusi dal mercato del lavoro	non attuata
	Promozione e informazione del settore profit per sviluppare una cultura dell'accoglienza degli esclusi	non attuata
	Formazione all'accoglienza nel contesto lavorativo per facilitare l'ingresso del soggetto nell'organizzazione e facilitarne l'accoglienza	non attuata
Problematiche abitative	Individuazione, e potenziamento laddove esistenti, di alloggi di emergenza comunali	attuata in alcune realtà comunali
	Mappatura di risorse abitative private, centri prima accoglienza, pensionati, alberghi economici	non attuata
	Convenzione con privati per locazioni a canone concordato	attuata in alcune realtà comunali
	Istituzione fondo di rotazione per il sostegno all'accesso all'abitazione	solo nel comune di Corsico
Problematiche di risocializzazione	Mappatura del bisogno	non attuata
	Promozione di gruppi di auto-mutuo aiuto	non attuata
	Facilitatore sociale per far emergere le situazioni che non entrano in contatto con i servizi o le altre agenzie	non attuata
Problematiche economiche	Mantenimento erogazione Buono Sociale regolamentato e su progetto	non attuata
	Contributi economici comunali	attivati
AZIONI DI PIANO		LIVELLO ATTUAZIONE
	Creazione di una rete di risorse tra agenzie pubbliche, private e del privato sociale per facilitare la comunicazione tra i tanti soggetti, oltre che evitare frammentazioni e dispersione di risorse	realizzata in parte con i componenti del tavolo
	Istituzione banca dati delle risorse lavorative, abitative e di risocializzazione	non attuata
	Incontri regolari tra operatori del Tavolo per verifica, confronto e aggiornamento	realizzata in parte con discontinuità delle presenze

**Tavola 9 – Area Inclusione: positività e criticità di quanto realizzato**

Positività	Criticità
<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizzazione degli sportelli Orientamondo e del servizio di Mediazione culturale, rivolti alle persone immigrate.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'area ha scontato un mancato accordo politico sulle azioni (buoni sociali, politiche abitative in particolare).</li> </ul>

<sup>2</sup> Nella tabella sottostante mancano le azioni rivolte alla popolazione immigrata

---

## 2. L'EVOLUZIONE DEI BISOGNI NEL TERRITORIO

In questa sezione del piano sono analizzati i principali fenomeni demografici riguardanti il distretto di Corsico utilizzando anche il 2005 come anno di riferimento per comprendere le modificazioni intercorse nella popolazione, ossia l'anno precedente alla definizione della seconda triennalità dei piani di zona. I dati riguardano l'andamento della popolazione, la distribuzione per classi di età, la presenza di stranieri e i relativi indici e tassi, sono inoltre definiti e stimati alcuni tassi per i quali sono disponibili solamente dati aggregati a livello regionale o nazionale.

La popolazione al primo gennaio 2008 ammontava a 113.632 unità, la distribuzione della popolazione all'interno del distretto non è però omogenea: il comune di Corsico assorbe circa il 30% della popolazione del distretto, seguono tre comuni di dimensioni più ridotte (Buccinasco, Cesano Boscone e Trezzano sul Naviglio) e quindi Assago e Cusago, che è il comune più piccolo con un decimo degli abitanti di Corsico.

**Tavola 1 - popolazione residente 2005-2008 e variazione % (partizione territoriale)**

	<b>2005</b>	<b>2008</b>	<b>variazione % 2005 -2008</b>
Assago	7.780	8.061	3,61
Buccinasco	25.922	26.444	2,01
Cesano Boscone	23.309	23.400	0,39
Corsico	33.694	33.470	-0,66
Cusago	3.343	3.399	1,68
Trezzano sul Naviglio	18.819	18.858	0,21
<b>Totale Ambito</b>	<b>112.867</b>	<b>113.632</b>	<b>0,68</b>
Provincia	3.839.216	3.906.726	1,76
Lombardia	9.393.092	9.642.406	2,65

*Fonte: elaborazioni IRS su dati Istat al 1 gennaio 2005 e 2008*

I dati riportati in tabella 1 mostrano un incremento della popolazione residente nel distretto di 765 unità, pari ad un valore di poco superiore al mezzo punto percentuale (0,68%), rispetto al 2005. Tale dato è inferiore a quello provinciale e regionale. Il fenomeno non ha però la stessa portata in tutti i comuni dell'ambito: il comune di Assago infatti ha aumentato la sua popolazione di 3,61 punti percentuali (dato superiore sia al livello provinciale che regionale) mentre nel comune di Corsico la popolazione è diminuita di mezzo punto percentuale.

Le famiglie all'interno del distretto sono aumentate del 2,3% rispetto al 2004 (dalle 45.402 al 31 dicembre 2004 alle 46.534 del 31 dicembre 2007), questo dato mostra la variabilità presente all'interno del distretto: si passa da un aumento di oltre il 7% nel comune di Buccinasco ad un valore addirittura decrescente per Cesano Boscone. Il numero medio di componenti per famiglia è passato da 2,5 persone nel 2004 a 2,4 persone nel 2007, anche in questo caso i dati sono

estremamente variabili, sia perché in alcuni comuni la decrescita dei componenti medi è stata superiore, sia perché alcuni comuni mantengono numeri medi più alti. Il variazione percentuale del numero di famiglie ha avuto una crescita pari a tre volte la variazione percentuale del numero di abitanti, dato che potrebbe essere correlato ad una percentuale più alta di donne divorziate presenti sul territorio dell'ambito<sup>3</sup> e quindi alla presenza di un maggior numero di nuclei monoparentali.

**Tavola 2 – famiglie nel distretto valori assoluti e % (partizione territoriale)**

	<b>2004</b>	<b>2007</b>	<b>2004</b>	<b>2007</b>	<b>variazione</b>
	<b>N</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
Assago	2.992	3.091	2,6	2,1	3,3
Buccinasco	9.480	10.167	2,7	2,6	7,2
Cesano	9.856	9.656	2,4	2,4	-2,0
Corsico	14.698	14.961	2,3	2,2	1,8
Cusago	1.325	1.332	2,5	2,6	0,5
Trezzano	7.151	7.327	2,6	2,6	2,5
<b>Totale Ambito</b>	<b>45.502</b>	<b>46.534</b>	<b>2,5</b>	<b>2,4</b>	<b>2,3</b>
Provincia	1.690.327	1.749.017	2,3	2,2	3,5
Lombardia	3.955.656	4.132.818	2,4	2,3	4,5

Fonte: elaborazioni IRS su dati Istat al 31 dicembre 2004 e 2007

La distribuzione per classi di età mostra un aumento percentuale della popolazione al di sotto dei 18 anni e della popolazione oltre i 65 anni, mentre la popolazione attiva (15-65 anni) sta decrescendo.

**Tavola 3 - popolazione residente nel distretto per classi di età (2005-2008 e valori %)**

	<b>2005</b>	<b>2008</b>	<b>% nel 2005</b>	<b>% nel 2008</b>
0-2	3.324	3.302	2,9	2,9
3-5	3.154	3.368	2,8	3,0
6-14	9.169	9.441	8,1	8,3
15-18	4.103	4.176	3,6	3,7
19-25	7.776	7.337	6,9	6,5
26-45	36.544	35.057	32,4	30,9
46-65	32.179	31.833	28,5	28,0
66-79	13.306	15.170	11,8	13,4
80 e più	3.312	3.948	2,9	3,5
<b>Totale Ambito</b>	<b>112.867</b>	<b>113.632</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: elaborazioni IRS su dati Istat al 1 gennaio 2005 e 2008

Nella fascia di età tra 0 e 18 anni si è passati da una percentuale del 17,5% nel 2005 al 17,9% nel 2008 (20.287) mentre nella fascia di età degli over 65 si è passati dal 14,7% al 16,8% (19.118), pertanto la popolazione giovane non cresce di pari passo con la popolazione anziana anche se per il momento i minorenni sono ancora di più rispetto agli over 65.

<sup>3</sup> Come mostrato nel capitolo “Una lettura trasversale in ottica di genere” del presente piano

**Tavola 4 - popolazione residente per classi di età valori assoluti e % (partizione territoriale)**

	Assago		Buccinasco		Cesano Boscone		Corsico		Cusago		Trezzano sul Naviglio	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0-2	248	3,1	837	3,2	596	2,5	911	2,7	124	3,6	586	3,1
3-5	267	3,3	878	3,3	586	2,5	922	2,8	130	3,8	585	3,1
6-14	719	8,9	2.816	10,6	1.808	7,7	2.262	6,8	342	10,1	1.494	7,9
15-18	357	4,4	1.087	4,1	918	3,9	982	2,9	142	4,2	690	3,7
19-25	590	7,3	1.833	6,9	1.609	6,9	1.801	5,4	182	5,4	1.322	7,0
26-45	2.578	32,0	8.203	31,0	7.035	30,1	10.325	30,8	1.087	32,0	5.829	30,9
46-65	2.394	29,7	7.658	29,0	6.817	29,1	8.859	26,5	922	27,1	5.183	27,5
66-79	732	9,1	2551	9,6	3.214	13,7	5.743	17,2	365	10,7	2.565	13,6
80 e più	176	2,2	581	2,2	817	3,5	1.665	5,0	105	3,1	604	3,2
<b>Totale Ambito</b>	<b>8.061</b>	<b>100,0</b>	<b>26.444</b>	<b>100,0</b>	<b>23.400</b>	<b>100,0</b>	<b>33.470</b>	<b>100,0</b>	<b>3.399</b>	<b>100,0</b>	<b>18.858</b>	<b>100,0</b>

Fonte: elaborazioni IRS su dati Istat al 1 gennaio 2008

Come mostra la tabella 3, anche per la distribuzione per fasce di età della popolazione non c'è omogeneità, Corsico e Cesano Boscone che hanno tassi di crescita della popolazione negativi o quasi nulli hanno una quota di minori 0-2 anni inferiore alla media del distretto e a quella degli altri comuni, sono però i comuni che hanno le più alte percentuali di over 65. Cusago invece è il comune con la percentuale più alta di 0-2 anni (3,6%). Un caso particolare è il comune di Trezzano sul Naviglio che ha sia una percentuale elevata di 0-2 anni ma contemporaneamente anche di over 65.

La popolazione straniera residente rappresenta quasi il 6% della popolazione dell'ambito (6.745 persone), dato inferiore sia al livello provinciale che a quello regionale, che non ha connotato sino ad ora l'ambito come polo migratorio.

**Tavola 5 - residenti e stranieri residenti 2005-2008 valori assoluti e incidenza (ripartizione territoriale)**

	stranieri residenti		popolazione residente		% stranieri su residenti	
	2005	2008	2005	2008	2005	2008
Assago	241	343	7.780	8.061	3,1	4,3
Buccinasco	693	862	25.922	26.444	2,7	3,3
Cesano Boscone	983	1.374	23.309	23.400	4,2	5,9
Corsico	2.033	2.965	33.694	33.470	6,0	8,9
Cusago	125	120	3.343	3.399	3,7	3,5
Trezzano sul Naviglio	656	1.081	18.819	18.858	3,5	5,7
<b>Totale Ambito</b>	<b>4.731</b>	<b>6.745</b>	<b>112.867</b>	<b>113.632</b>	<b>4,2</b>	<b>5,9</b>
Provincia	260.307	344.367	3.839.216	3.906.726	6,8	8,8
Lombardia	594.279	815.335	9.393.092	9.642.406	6,3	8,5

Fonte: elaborazioni IRS su dati Istat al 1 gennaio 2005 e 2008

L'incidenza della popolazione straniera, sul totale, raggiunge i livelli provinciale e regionale solo nel comune di Corsico, mentre tre comuni del distretto (Assago, Buccinasco e Cusago) hanno un'incidenza di meno della metà rispetto ai livelli provinciali e regionali, anche se in tendenziale incremento (+ 42,5% dal 2005 al 2008). Corsico, oltre ad essere il comune con un'incidenza maggiore è anche quello che l'ha vista crescere maggiormente nel corso del triennio, la presenza di stranieri residenti è aumentata infatti di quasi 3 punti percentuali, seguito da Trezzano Sul Naviglio con poco più di 2 punti percentuali.

**Tavola 6 - stranieri residenti 2005-2008 e variazione % (ripartizione territoriale)**

	<b>2005</b>	<b>2008</b>	<b>Variazione % 2005 2008</b>
Assago	241	343	42,32
Buccinasco	693	862	24,39
Cesano Boscone	983	1.374	39,78
Corsico	2.033	2.965	45,84
Cusago	125	120	-4,00
Trezzano sul Naviglio	656	1.081	64,79
<b>Totale Ambito</b>	<b>4.731</b>	<b>6.745</b>	<b>42,57</b>
Provincia	260.307	344.367	32,29
Lombardia	594.279	815.335	37,20

*Fonte: elaborazioni IRS su dati Istat al 1 gennaio 2005 e 2008*

Il comune che ha avuto il maggiore incremento è Trezzano sul Naviglio con circa il 65% di popolazione straniera residente in più, rispetto al 2005, cui seguono il comune di Corsico e di Assago, unico comune in controtendenza e quindi con popolazione straniera in diminuzione è il Cusago.

**Tavola 7 - stranieri residenti per classi di età (2005 – 2008 e valori %)**

	<b>2005</b>	<b>2008</b>	<b>% 2005</b>	<b>% 2008</b>
0-2	224	335	4,7	5,0
3-5	170	283	3,6	4,2
6-14	402	659	8,5	9,8
15-18	184	278	3,9	4,1
19-25	452	636	9,6	9,4
26-45	2.576	3.576	54,4	53,0
46-65	644	883	13,6	13,1
66-79	66	78	1,4	1,2
80 e più	13	17	0,3	0,3
<b>Totale Ambito</b>	<b>4731</b>	<b>6745</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

*Fonte: elaborazioni IRS su dati Istat al 1 gennaio 2005 e 2008*

La distribuzione per classi di età della popolazione straniera residente evidenzia un forte sbilanciamento in termini di persone presenti in età tra il 26 e 45 anni, cioè la forza lavoro che rappresenta oltre il 50% degli stranieri residenti nel distretto. È importante sottolineare che in nella coorte di età 0-18 la percentuale di residenti è aumentata di oltre il 3%, e attualmente rappresenta il 23,1% degli stranieri, mentre gli over 65 sono ancora una minoranza (1,4% della popolazione pari a 95 persone).

In sintesi, l'ambito territoriale di Corsico presenta una composizione della popolazione per età e provenienza che si discosta un po' dalla media provinciale e regionale: nel complesso la quota di persone anziane risulta inferiore (-2,2% rispetto la media provinciale e -1,8% rispetto la media regionale), quella di minori è superiore (+0,8 rispetto la provincia e -0,4 rispetto la media regionale) ed è decisamente più contenuta la quota di popolazione straniera (rispettivamente -2,9% e -2,5%).

I minori rappresentano il 16,9% della popolazione del distretto (19.241 persone) mentre gli anziani il 18,1%: l'analisi dei dati per singolo comune evidenzia una notevole variabilità: Assago, Buccinasco e Cusago si caratterizzano per avere una quota di minori molto elevata, compresa tra il 18,5 e il 20,8% (contro una media provinciale del 16,9%) e una quota di anziani notevolmente contenuta, pari al 14,6% (la media per la Provincia è del 20,3%); paradossalmente, in questi comuni si rileva anche la quota più bassa di stranieri residenti, compresa fra il 3,3 e il 4,3% (meno della metà di quella provinciale).

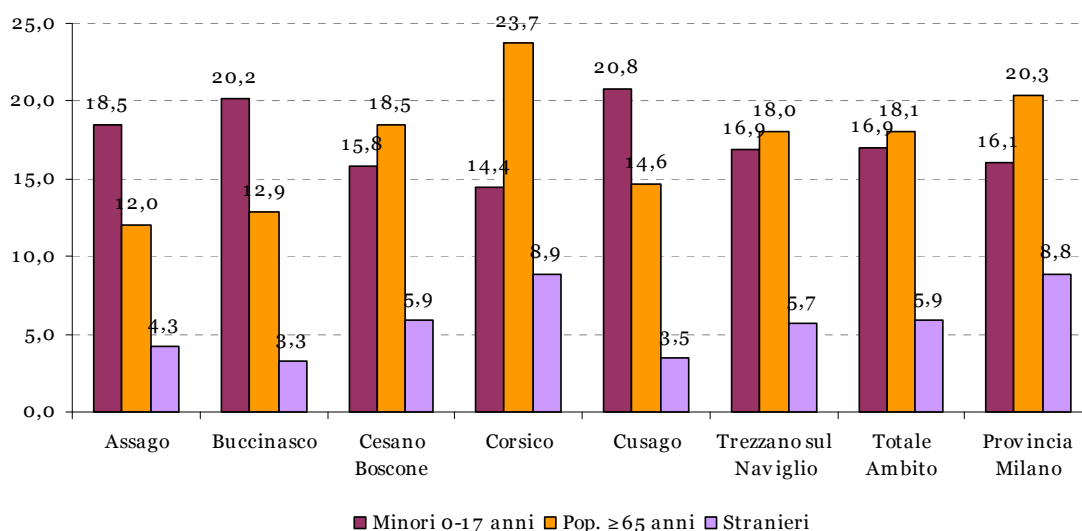
**Tavola 8 - Ambito di Corsico: popolazione residente**

	Pop. totale		Pop. ≥65 anni		Minori 0-17 anni		Stranieri	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Assago	8.061	7,1	969	12,0	1.492	18,5	343	4,3
Buccinasco	26.444	23,3	3.407	12,9	5.336	20,2	862	3,3
Cesano Boscone	23.400	20,6	4.331	18,5	3.695	15,8	1374	5,9
Corsico	33.470	29,5	7.940	23,7	4.822	14,4	2965	8,9
Cusago	3.399	3,0	497	14,6	708	20,8	120	3,5
Trezzano sul Naviglio	18.858	16,6	3.397	18,0	3.188	16,9	1081	5,7
<b>Totale Ambito</b>	<b>113.632</b>	<b>100,0</b>	<b>20.541</b>	<b>18,1</b>	<b>19.241</b>	<b>16,9</b>	<b>6.745</b>	<b>5,9</b>
Provincia Milano	3.906.726		794.459	20,3	628.308	16,1	344.367	8,8
Lombardia	9.642.406		1.914.881	19,9	1.592.328	16,5	815.335	8,5

Fonte: elaborazioni IRS su dati Istat al 1 gennaio 2008

Il comune di Corsico, viceversa, presenta una quota di anziani pari al 23,7% della popolazione residente, superiore a quella degli altri comuni del Distretto e più elevata della media provinciale di (+3,4 punti percentuali), mentre la quota di giovani è la più contenuta (14,4%). Gli stranieri residenti rappresentano il 5,9% della popolazione totale, dato inferiore sia a quello della Provincia di Milano che alla quello della Regione Lombardia, l'unico comune ad avvicinarsi e a superare sia la media provinciale che regionale, come già evidenziato, è Corsico.

**Figura 1 - Quota di minori, anziani e stranieri residenti nei comuni dell'Ambito di Corsico**



Fonte: elaborazioni IRS su dati Istat al 1 gennaio 2008

I dati evidenziano un aumento del tasso di dipendenza strutturale<sup>4</sup> all'interno del distretto che è passato dal 40,0% del 2005 al 44,9% del 2008. L'indice di dipendenza strutturale è un dato di rilevanza socio economica perché rappresenta il numero di individui non autonomi per ragioni demografiche ogni 100 individui in età attiva. Il dato di distretto indica che ogni 100 individui in età attiva 45 sono a carico loro per motivi di cura e dipendenza economica. Questo valore aumenterebbe in considerazione del fatto che per aumento del tasso di scolarizzazione la maggior parte degli adolescenti tra i 14 e i 19 anni dipende, per lo meno economicamente, dalle coorti di età superiori.

**Tavola 9 – Indice di dipendenza strutturale 2005-2008 (ripartizione territoriale)**

	2005	2008
Assago	33,6	36,2
Buccinasco	36,8	40,8
Cesano Boscone	38,5	42,9
Corsico	45,5	52,4
Cusago	43,5	45,7
Trezzano sul Naviglio	39,2	44,8
<b>Totale Ambito</b>	<b>40,0</b>	<b>44,9</b>
Provincia	45,3	48,7
Lombardia	45,6	48,4

Fonte: elaborazioni IRS su dati Istat al 1 gennaio 2008

L'alta percentuale di giovani presenti nel distretto determina uno scostamento verso il basso di questo indice rispetto ai dati provinciali e regionali rispettivamente del 48,7% e 48,4%.

<sup>4</sup> L'indice di dipendenza strutturale il rapporto tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.

---

In sintesi, si tratta di un distretto giovane, soprattutto rispetto alle medie regionali, connotato ancora da una scarsa incidenza della popolazione straniera, anche se il dato tendenziale ne fa intravedere un progressivo incremento nei prossimi anni.

E' un distretto che per conformazione strutturale è caratterizzato da una forte eterogeneità al suo interno, soprattutto tra comuni di medio-grande dimensione e quelli piccoli. Questo dato incide particolarmente rispetto alla declinazione di politiche d'ambito che intercettino bisogni di tutti i 6 comuni.

## **2.1 La stima di alcuni fenomeni sociali nell'ambito di Corsico**

In questo breve paragrafo saranno presentati alcuni dati di stima rispetto alla disabilità e alla dispersione scolastica per tracciare un primo quadro quantitativo di questi fenomeni.

### **2.1.1 La disabilità**

Stimare la disabilità non è semplice, l'Istat ha cercato di ricostruire i dati nazionali e regionali mediante la ricerca "Con dizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" condotta nel 2005 e i cui dati sono stati resi disponibili nel gennaio 2008.

La disabilità, in questa indagine, veniva definita come la presenza di *"gravi difficoltà a carattere permanente in almeno una delle seguenti dimensioni: confinamento a letto, su una sedia o in casa; difficoltà di movimento; difficoltà nelle funzioni quotidiane (assenza di autonomia nelle essenziali attività quotidiane e di cura della persona – lavarsi o farsi il bagno da soli, mangiare da solo, mettersi a letto da soli, ecc.); difficoltà nella comunicazione (vista, udito e parola)"*<sup>5</sup>. La nozione di disabilità utilizzata ha quindi un carattere abbastanza ampio. I risultati della ricerca hanno consentito di definire un tasso di disabilità generale, che a livello nazionale è pari al 4,8%, mentre per la Lombardia è del 4,0%. È stato possibile inoltre definire un tasso di disabilità anche per tutte le sue componenti: di confinamento, di movimento, nelle funzioni quotidiane e sensoriali.

I dati della tavola 10 mostrano una stima dei numeri della disabilità per il distretto di Corsico. Questa quantificazione della disabilità è stata ottenuta calando l'indice regionale sulla disabilità nel territorio dell'ambito. I dati ottenuti, rappresentando una stima, non indicano l'incidenza reale della disabilità nel distretto, ma possono fornire una prima possibile quantificazione.

---

<sup>5</sup> Dalle note metodologiche della ricerca "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" Istat 2008

**Tavola 10 – stima dei residenti disabili (partizione territoriale per tipologia di disabilità)**

		Assago	Buccinasco	Cesano Boscone	Corsico	Cusago	Trezzano sul Naviglio	Totale Ambito
	<b>residenti</b>	8.061	26.444	23.400	33.470	3.399	18.858	113.632
	<b>Indice regionale</b>	N	N	N	N	N	N	N
Disabili	<b>4,0</b>	322	1058	936	1339	136	754	4.545
confinati	<b>1,7</b>	137	450	398	569	58	321	1.932
Disabili nelle funzioni	<b>2,4</b>	193	635	562	803	82	453	2.727
Disabili nel movimento	<b>1,9</b>	153	502	445	636	65	358	2.159
Disabili sensoriali	<b>0,9</b>	73	238	211	301	31	170	1.023

Fonte: elaborazioni IRS su dati Istat

### 2.1.2 La dispersione scolastica

Secondo dati del Ministero della Pubblica Istruzione nel 2007 il 20,8% dei giovani tra i 18 ai 24 era in possesso della sola licenza media, il Rapporto CISEM 2007 porta questo dato al 28% per la provincia di Milano, stimando il rischio di dispersione scolastica degli studenti della scuola secondaria di secondo grado all'11%.<sup>6</sup>

Al momento non sono disponibili dati riferiti ai singoli ambiti e distretti ma anche in questo caso è possibile fare una stima dei giovani a rischio di dispersione, per gli studenti della scuola secondaria di secondo grado e dei giovani con la sola licenza media.

Utilizzando gli indici del rapporto CISEM la tabella 11 mostra la stima della dispersione scolastica nell'ambito di Corsico.

**Tavola 11 – dei 14-19enni a rischio dispersione scolastica (partizione territoriale)**

	Assago	Buccinasco	Cesano Boscone	Corsico	Cusago	Trezzano Sul Naviglio	Totale Ambito
<b>14-19</b>	554	1.662	1.356	1.468	211	1.039	6.290
<b>a rischio dispersione</b>	60,9	182,8	149,2	161,5	23,2	114,3	691,9

Fonte: elaborazioni IRS su dati Istat

I dati mostrano che nel distretto i giovani tra i 14 e 19 anni, cioè i possibili frequentanti della scuola secondaria superiore a rischio di dispersione scolastica potrebbero essere 692 circa.

### 2.1.3 Le assistenti familiari

Stimare il numero di assistenti familiari è compito assai arduo a questa professione sono legati una serie di fattori che la rendono spesso invisibile: è svolta spesso senza regolare contratto, da stranieri non in regola né con il permesso di soggiorno. Nel 2006 una ricerca IRS<sup>7</sup> ha effettuato un primo tentativo di stima del fenomeno a livello nazionale, lombardo (il 18,2% delle assistenti

<sup>6</sup> Da "ITER – Viaggio nel sistema di istruzione e formazione dopo la terza media" Provincia di Milano

<sup>7</sup> Per un dettaglio della metodologia di stima si veda "Il lavoro privato di cura in Lombardia. Caratteristiche e tendenze in materia di qualificazione e regolarizzazione" – IRS 2006

familiari era in Lombardia) e per le province di Milano e Brescia. I dati di questa stima indicano che nella provincia di Milano erano presenti 75.017 assistenti familiari, di cui 69.592 stranieri (con regolare contratto di lavoro 27.837, con permesso di soggiorno ma operanti nel sommerso 17.398 e senza permesso di soggiorno 17.398) e 5.425 italiani (con regolare contratto 2170 e 3255 operanti nel sommerso).

L'incidenza di assistenti familiari sulla popolazione della provincia di Milano era di 19,5 assistenti familiari ogni 1000 abitanti, tale incidenza saliva a 10,1 assistenti familiari ogni 100 anziani al di sopra dei 65 anni.

Per le specificità della composizione demografica della popolazione del distretto definite nel paragrafo precedente, appare più opportuno utilizzare l'incidenza sugli over65 che determina sul distretto di Corsico una stima delle assistenti familiari presenti di circa 1.930 unità.

**Tavola 12 – stima delle assistenti familiari (partizione territoriale)**

	<b>Assago</b>	<b>Buccinasco</b>	<b>Cesano Boscone</b>	<b>Corsico</b>	<b>Cusago</b>	<b>Trezzano sul Naviglio</b>	<b>Totale Ambito</b>
<b>over 65</b>	908	3.132	4.031	7.408	470	3169	19.118
<b>Assistenti Familiari (stima su over 65)</b>	91,7	316,3	407,1	748,2	47,4	320,0	1.930,7

*Fonte: elaborazioni IRS su dati Istat-Irs*

---

### 3. LE AZIONI DI SISTEMA

In questa sezione vengono presentati gli obiettivi strategici e le azioni promosse dal Piano di Zona a livello di sistema:

- l'integrazione con altre politiche (sanitarie, lavorative e abitative)
- l'accesso alla rete
- la dimensione d'ambito e la gestione associata
- assetto di *governance*

#### 3.1 L'integrazione sociosanitaria

Il piano di zona 2009-2011 assume come prioritario l'obiettivo di integrazione tra le politiche sociali e sanitarie così come richiamato dal legislatore regionale nella definizione delle linee programmatiche per la redazione del terzo piano di zona .

L'approccio strategico adottato dai Comuni dell'Ambito, in accordo con l'Asl Milano 1, intende perseguire tale obiettivo promuovendo azioni e interventi di sviluppo dell'integrazione su un triplice livello:

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

Si riconosce l'importanza di perseguire l'integrazione sinergicamente per ciascuno dei tre livelli, al fine di assicurare esito ai processi di integrazione attivati. Nel precedente triennio infatti, le diverse azioni perseguite in termini di integrazione, sono risultate spesso parziali perché attivate unicamente su uno dei tre livelli proposti: molto spesso sono dipese più dalla volontà dei singoli operatori, dalla fiducia reciproca dettata dalla conoscenza pregressa, e meno da un avvallo a livello organizzativo e istituzionale.

La valutazione del Piano di Zona 2006-2008 ha individuato alcuni temi critici, sui quali si impongono priorità di intervento per questo nuovo triennio:

1. mancanza di coordinamenti e accordi in materia di continuità assistenziale, soprattutto per la gestione dei ricoveri di sollievo, di emergenza e per le dimissioni protette;

- 
2. difficile raccordo degli interventi domiciliari (SAD-ADI), a partire da un parziale passaggio di informazioni su utenze in carico a entrambi i servizi, che non consente di coordinare e ottimizzare gli interventi alla persona. Analoghe criticità nella connessione tra area sociale e neuropsichiatria nella gestione della presa in carico di minori e famiglie;
  3. più in generale, scarsa integrazione a livello informativo tra area sociale e sanitaria, aspetto invece fondamentale da presidiare sia in uscita, verso la cittadinanza nella fruizione di servizi e nella attuazione dei propri diritti, che in entrata, ovvero per la programmazione della rete dei servizi e interventi di Asl e Ambito (utenza, problematiche, posti letto disponibili).

Stante questi elementi di fragilità che connotano l'attuale sistema dei servizi, Il Piano di Zona 2009-2011, recependo gli indirizzi programmatori dell'Asl presentati nel documento "l'integrazione sociosanitaria nella programmazione zonale"<sup>8</sup>, si propone di perseguire l'obiettivo della presa in carico unitaria dei bisogni e della persona attraverso una serie di azioni:

### **1. Continuità assistenziale**

#### *Ricoveri di sollievo e ricoveri di emergenza*

- ❑ analisi della attuale conformazione dell'offerta residenziale (quante strutture, dove sono dislocate, per quanti posti...);
- ❑ definizione di accordi con Asl, A.O. e RSA per la definizione di quote di posti-letto a livello d'ambito destinati ai ricoveri di sollievo e alle situazioni di emergenza;
- ❑ promozione di sistemi di circolazione dell'informazione sui posti disponibili a livello di ambito e sulle procedure adottate da ciascuna struttura.

#### *Dimissioni protette e programmate*

- ❑ stesura di protocolli che definiscano chiaramente ruoli, funzioni e procedure di intervento e coordinamento tra Ospedali (Ospedale Magenta, Abbiategrasso, S. Carlo) e servizi territoriali (ad oggi si riscontra infatti poca chiarezza circa l'attivazione dell'assistenza infermieristica, degli ausili, ecc.).

Anche le indicazioni dell'Asl sottolineano come *“attivare percorsi di cura integrati tra ospedale e territorio (e viceversa), in grado di colmare quel vuoto assistenziale che, oltre a essere negativamente percepito dal paziente quale abbandono istituzionale, può compromettere il buon esito delle cure e condurre alla medicalizzazione di condizioni anche non strettamente sanitarie.*

---

<sup>8</sup> In allegato al presente documento

---

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

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

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

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

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

→ Particolare attenzione verrà riservata alla continuità in area pediatrica attraverso il progetto Asl “L’ASL amica dei bambini”.

## **2. Raccordo degli interventi domiciliari**

### *Raccordo SAD-ADI*

- ❑ definizione di accordi tra Servizi Sociali territoriali e Asl che favoriscano la trasmissione delle informazioni tra SAD e ADI in ogni momento della presa in carico della persona e che integrino (e non replichino o frammentino) gli interventi al domicilio orientati a “migliorare il processo di presa in carico integrata delle persone in situazioni di bisogno, attraverso la definizione di un protocollo operativo”<sup>9</sup>;

### *Unità di valutazione distrettuale - U.V.G. non autosufficienza*

- ❑ così come indicato dalle linee guida<sup>10</sup>, in accordo con l’ASL, definizione di modalità di valutazione congiunte sul bisogno socio-assistenziale e socio-sanitario, in ipotesi attraverso il ripristino dell’Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) a livello distrettuale, quale luogo di valutazione multidimensionale necessaria a determinare modalità operative condivise dai settori sanitario e sociale al fine di garantire l’attuazione e l’efficacia degli interventi in modo integrato e coordinato.

---

<sup>9</sup> cfr documento Asl “L’integrazione socio-sanitaria nella programmazione zonale” nella sezione dedicata all’ADI

<sup>10</sup> “...dovranno essere praticati momenti valutativi interdisciplinari funzionali all’identificazione di percorsi che favoriscono l’utilizzo integrato delle risorse e la presa in carico della persona considerata nella sua unitarietà” dgr 8551 del 3 dicembre 2008

---

### **3. Integrazione Informativa**

*1° livello del Segretariato sociale con funzione informativa sulle prestazioni sociosanitarie*

(v. paragrafo 3.3 “Accesso alla rete dei servizi”).

- attivazione di una rete di sportelli comunali e del privato sociale, che assicuri ai cittadini:
  - l’esercizio del diritto d’accesso al complesso delle prestazioni sanitarie, sanitarie a rilevanza sociale e sociale a rilevanza sanitaria;
  - l’informazione sulle diverse opportunità di cura offerte dalla rete dei servizi domiciliari, semi residenziali, residenziali;
  - l’informazione sui criteri e procedure previste per la richiesta e l’erogazione degli interventi;
  - orientamento della domanda.

Questa rete di sportelli, che dovrebbero garantire la gestione unificata delle procedure amministrative connesse all’erogazione degli interventi, permetterebbe di:

- superare il problema della complessità burocratica e dei tempi lunghi necessari per la richiesta di servizi quali l’ADI, gli ausili, l’invalidità, cui devono far fronte i familiari delle persone che hanno necessità di cura;
- ovviare al problema della distanza di alcuni punti Asl rispetto a diversi Comuni del Distretto (ad esempio, lo sportello ADI dell’Asl si trova in via Marzabotto a Corsico, e per gli abitanti di alcuni Comuni è difficilmente raggiungibile).

Tali sportelli saranno parte fondamentale nel “*processo di progressiva organizzazione e attivazione dei punti unici di accesso ai servizi socio-assistenziali e socio sanitari - PUA*”<sup>11</sup>

#### *Circolarità delle informazioni*

- Protocolli che definiscano il passaggio di informazioni tra sanitario e sociale su volumi utenza, caratteristiche, posti letto disponibili, ecc.;
- Promozione di momenti di confronto tra operatori del sociale e del sanitario, finalizzati alla reciproca conoscenza e a migliorare l’interazione (ad esempio con operatori del servizio SERD e NOA).

→ al fine di realizzare una buona ed efficace circolarità nei processi informativi, si richiama l’obiettivo indicato dall’Asl della realizzazione di “*una anagrafica per agevolare la conoscenza quantitativa e qualitativa del fenomeno “utenza fragile”*” e, più in generale l’obiettivo della definizione di un sistema informativo integrato.

---

<sup>11</sup> cfr documento Asl “*L’integrazione socio-sanitaria nella programmazione zonale*” nella sezione dedicata ai punti unici di accesso

---

#### **4. Connessioni con l'area psichiatria**

- Prosecuzione del tavolo di coordinamento sulla psichiatria (A.O., ass. CLUBCorsico, comuni, TSO, ASO e UONPIA) finalizzato a definire:
  - protocolli tra servizi sociali comunali e A.O San Carlo – CPS che definiscano regole per una più puntuale circolazione delle informazioni sui percorsi di accesso, sul sistema dei servizi, sui progetti di intervento individualizzati (con particolare riferimento alla definizione di percorsi di trattamento per persone affette da forme depressive medio-lievi)
  - accordi con UONPIA sulla regolazione della tempistica delle psicodiagnosi, su percorsi di trattamento o servizi/interventi esistenti, prevedendo anche un ampliamento delle convenzioni in essere, sulla condivisione di momenti progettuali e valutativi sui casi, per persone seguite da entrambi i servizi
  - promozione della circolarità delle informazioni su momenti formativi congiunti (comuni, scuola , asl, AO)

AREA	OBIETTIVI	AZIONI
<b>Continuità assistenziale</b>	Coordinamento e accordo fra sociale e sanitario, soprattutto per le gestione dei ricoveri di sollievo, di emergenza e per le dimissioni protette	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Analisi dell'offerta residenziale</li> <li><input type="checkbox"/> Definizione di accordi con Asl, A.O. e RSA per la definizione di quote di posti-letto a livello d'ambito, per ricoveri di sollievo e situazioni di emergenza</li> <li><input type="checkbox"/> Promozione di sistemi di circolazione delle informazioni sui posti disponibili a livello di ambito e sulle procedure adottate da ciascuna struttura</li> <li><input type="checkbox"/> Stesura di protocolli che definiscano ruoli, funzioni e procedure di intervento e coordinamento tra Ospedali e servizi territoriali, in riferimento alle dimissioni protette</li> </ul> <p>→ progetto "ASL amica dei bambini"</p>
<b>Raccordo degli interventi domiciliari</b>	Coordinamento e ottimizzazione degli interventi di assistenza domiciliare sociali e sanitari (SAD-ADI)	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Definizione di protocolli operativi che favoriscano l'integrazione e la trasmissione delle informazioni tra SAD e ADI</li> <li><input type="checkbox"/> Sperimentazione di modalità di valutazione congiunta di bisogni socio-assistenziali e socio-sanitari, in accordo con l'Asl, in ipotesi ripristino dell'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG)</li> </ul>
<b>Integrazione informativa</b>	Integrazione informativa tra sociale e sanitario, sia in uscita per la cittadinanza, che in entrata, per la programmazione della rete dei servizi	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Attivazione del 1° livello del Segretariato sociale con funzione informativa sulle prestazioni sociosanitarie – in connessione con il progetto PUA</li> <li><input type="checkbox"/> Protocolli che definiscano il passaggio di informazioni tra sanitario e sociale su volumi utenza, caratteristiche, posti letto disponibili, ecc.</li> <li><input type="checkbox"/> Promozione di momenti di confronto tra operatori del sociale e del sanitario, finalizzati alla reciproca conoscenza ed a migliorare l'interazione</li> </ul>
<b>Connessioni con l'area psichiatria</b>	Coordinamento e ottimizzazione degli interventi di presa in carico di minori e famiglie da parte della neuropsichiatria e dell'area sociale	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Prosecuzione del lavoro del tavolo di coordinamento sulla psichiatria (A.O, associazione club corsico, comuni, TSO, ASO, UONPIA, ) finalizzato a definire: <ul style="list-style-type: none"> <li>-protocolli tra servizi sociali comunali e A.O. San Carlo - CPS che definiscano regole per una più puntuale circolazione delle informazioni sui percorsi di accesso, sul sistema dei servizi, sui progetti di intervento individualizzati (con particolare riferimento alla definizione di percorsi di trattamento per persone affette da forme depressive medio lievi)</li> </ul> </li> </ul>

---

		<p>-accordi con UONPIA sulla regolazione della tempistica delle psicodiagnosi, su percorsi di trattamento o servizi/interventi esistenti, prevedendo anche un ampliamento delle convenzioni in essere, sulla condivisione di momenti progettuali e valutativi sui casi, per persone seguite da entrambi i servizi</p>
--	--	---

- Promozione delle circolarità delle informazioni sui momenti formativi congiunti (comuni, scuola , asl, AO)

## 3.2 L'integrazione sociolavorativa e socioabitativa

Nell'ambito del nuovo ciclo programmatico, soprattutto in relazione alla crisi economica mondiale che sta interessando anche il contesto italiano e i territori del distretto (si registra la presenza di diverse realtà di piccola-media impresa locale in situazione di sofferenza e di stallo produttivo), assume una rilevanza cruciale per la nuova programmazione identificare spazi e interventi in integrazione con le politiche del lavoro, nello specifico in riferimento a problematiche occupazionali e gli interventi di reinserimento occupazionale, e con le politiche della casa.

L'impovertimento complessivo del tessuto sociale dell'ambito di Corsico sta portando ad evidenziare una crescente difficoltà nell'attuazione di diritti fondamentali delle persone come la casa e il lavoro. Tale difficoltà interessa non unicamente persone in situazione di particolare fragilità ma sempre più anche persone che sino a ieri erano in possesso di risorse e autonomie per un normale fronteggiamento dei cicli evolutivi di vita.

Le problematiche da affrontare interessano una più ampia fascia di popolazione:

- target abituali dei servizi, come soggetti fragili e in situazione di disagio, sostenuti in precedenza da interventi specifici del piano di zona (progetti Csiol e Vis);
- giovani in fase di accesso all'abitazione e al lavoro;
- adulti fuoriusciti dal mercato del lavoro e in difficoltà rispetto al mantenimento dell'abitazione.

Lo spettro si amplia e le problematiche e i bisogni della popolazione si fanno sempre più urgenti. In modo significativo, la consultazione preliminare (i lavori dei tavoli tematici, il confronto con il tavolo tecnico e gli indirizzi dell'Assemblea dei sindacati) ha evidenziato a tutti i livelli il riconoscimento dell'importanza prioritaria di definire, nel nuovo quadro programmatico, interventi in supporto di questi bisogni.

### 1. *Integrazione sociolavorativa*

L'approccio strategico prevede un rafforzamento a livello di sistema delle politiche del lavoro, che promuova l'accesso al mercato del lavoro e l'occupabilità, non unicamente di alcuni target specifici, ma della cittadinanza nel complesso.

La promozione delle politiche sociali e del lavoro sarà perseguita utilizzando appieno l'opportunità rappresentata dall'evento Expo, occasione di possibile sviluppo per tutto il territorio della periferia milanese. Tale occasione rappresenta il possibile contesto intorno a cui costruire una *mix* di politiche passive e attive e per il lavoro. Tale approccio risulta essere sempre più diffuso e con maggior garanzia di efficacia: da un lato punta alla promozione di interventi in

---

sostegno del reddito e della situazione economica delle persone durante la fase critica della perdita del lavoro (politiche passive); dall'altro promuove il coinvolgimento e impegno di tali lavoratori in percorsi di attivazione e di riqualificazione professionale, sostenendo nel complesso l'incontro tra domanda ed offerta di lavoro (politiche attive).

L'integrazione sociolavorativa sarà perseguita costruendo luoghi di confronto e coprogettazione delle misure ipotizzate (si veda la sezione azioni di area – inclusione sociale) in connessione con attori fondamentali del territorio, che hanno competenze dirette sul tema lavoro.

In particolare il settore Lavoro delle sei Amministrazioni Comunali del distretto, AFOL - Agenzia Formazione Orientamento e Lavoro della Provincia di Milano.

## **2. Integrazione socioabitativa**

L'integrazione con le politiche abitative, altro aspetto prioritario, è un'area di lavoro particolarmente complessa. Già nel precedente piano erano previste diverse azioni in sostegno della domanda abitativa che hanno avuto un'attuazione molto parziale, circoscritta all'erogazione di buoni sociali.

Nonostante le difficoltà riscontrate precedentemente, viene ribadita l'importanza di promuovere interventi in questa direzione, anche in questo caso indirizzando le azioni del piano verso la promozione di un *mix* di misure a sostegno della domanda e dell'offerta (si vedano le azioni d'area – inclusione).

La strategia programmatica adottata punta a sviluppare mediazioni, accordi e collaborazioni sul fronte dell'offerta e sostegni economici vincolati a forme di rientro del capitale (interventi non a fondo perduto ma nell'ottica del prestito sull'onore) a cui si affiancano azioni finalizzate a “garantire” i proprietari di alloggi rispetto all'affidabilità degli affittuari.

A sostegno dell'integrazione con le politiche abitative si prevede il coinvolgimento attivo e la definizione di accordi con:

- gli uffici tecnici comunali (politiche urbane e sociali)
- i sindacati degli inquilini e dei proprietari
- associazioni
- banche

Alcune relazioni di questo tipo potrebbero già essere presenti in qualche comune, ma sarebbe importante improntare un lavoro in termini di gestione intercomunale.

Si riporta, di seguito, la scheda delle azioni promosse dal piano di zona in tema di lavoro e casa.

AREA	OBIETTIVI	AZIONI
<b>Lavoro</b>	<p>Favorire l'accesso al mercato</p> <p>Sostenere le persone fuoriuscite dal mercato</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Dare continuità ai progetti CSIOL del VIS (previa valutazione)</li> <li><input type="checkbox"/> Sostenere la qualificazione di persone fuoriuscite dal mercato attraverso il finanziamento di percorsi formativi che ricadono nel piano delle Regione Lombardia per Expo 2015; in stretta collaborazione con AFOL</li> <li><input type="checkbox"/> Sostenere le persone in cassa integrazione o in mobilità attraverso un anticipo sulle somme spettanti, in stretta collaborazione con AFOL</li> <li><input type="checkbox"/> Promuovere azioni di intermediazione svolte dalle associazioni del territorio (es. Caritas...) per sostenere forme di "garanzia informale" fra piccole imprese/negozianti e persone in cerca di una ricollocazione</li> </ul>
<b>Casa</b>	<p>Sostenere l'offerta</p> <p>Sostenere la domanda</p> <p>Indagare l'offerta</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Promozione di accordi/convenzioni per reperire alloggi, in ipotesi: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Accordi tra le amministrazioni comunali, per identificare e destinare spazi edificabili alla costruzione di alloggi a canone concordato/sociale per i residenti</li> <li>– Accordi tra le amministrazioni comunali e le imprese edili affinché rendano disponibili alcuni alloggi a canone concordato/sociale</li> <li>– Accordi tra le amministrazioni comunali per il recupero di unità abitative (ad es. quelle confiscate alla mafia) da adibire ad alloggi temporanei, nella logica della rotazione</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Garantire il proprietario nei confronti dell'inquilino: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Promozione di misure che permettano l'esenzione dal pagamento della cauzione</li> <li>– Misure che consentano di offrire garanzie al proprietario, sostituendo l'inquilino nel contratto d'affitto (contratto per conto di terzi) privilegiando casi particolarmente</li> </ul> </li> </ul>

---

problematici

- Promozione di azioni di intermediazione e accompagnamento, da parte delle associazioni, fra piccoli proprietari e inquilini
- Costruzione di un Fondo di rotazione rivolto ai cittadini (primo anno finanziamento provinciale), che permetta di ottenere un prestito a lungo termine e a tasso zero
- Indagine conoscitiva sull'attuazione del canone concordato nei comuni del distretto e del patrimonio pubblico disponibile (occupato, disponibile, occupato abusivamente)

### 3.3 L'accesso alla rete dei servizi

Sul tema dell'accesso alla rete dei servizi la riflessione sul Piano di Zona 2006-2008 ha evidenziato alcune criticità connesse a:

- l'accesso all'*informazione* sulla rete delle unità d'offerta presenti sul territorio, sulla quale si è spesso riscontrata, trasversalmente alle aree, una mancanza di conoscenza ed una difficile circolazione di informazioni;
- la *regolazione* dell'accesso a livello d'ambito in particolare sui requisiti per accedere alle unità d'offerta e sulla compartecipazione alla spesa da parte dell'utenza.

L'approccio strategico che l'ambito intende adottare in merito al tema dell'accesso è duplice:

1. lo sviluppo del Segretariato sociale quale strumento in grado di garantire informazione e orientamento ai servizi distrettuali e comunali, così come definito dalle indicazioni regionali (comma 4 art.6 della l.r. 3/08) e sviluppato su due livelli (il primo di informazione generale e il secondo di prima valutazione e orientamento);
2. e, in chiave regolativa, la progressiva omogeneizzazione dell'accesso ai servizi, a partire da quelli a valenza distrettuale.

#### **1. Segretariato sociale**

Le criticità evidenziate dal Tavolo tecnico sul tema dell'accesso al sistema dei servizi riguardano principalmente il Segretariato sociale. In particolare, sono segnalate:

- la disomogeneità delle informazioni disponibili nei diversi punti di accesso (comunali e non);
- il rimando al colloquio con l'assistente sociale anche per avere informazioni relative all'accesso ai servizi;
- i lunghi tempi di attesa per il colloquio di segretariato sociale, dovuti al sovraccarico di compiti.

Obiettivo per il nuovo triennio è la creazione di un servizio di Segretariato sociale basato su due livelli:

- a. un primo livello a carattere informativo, costituito da molteplici attori (sportelli al cittadino, associazioni, patronati, sportello fragilità dell'Asl...), che offra informazioni sui servizi sociali e sociosanitari disponibili in tutti i Comuni del Distretto, fornisca supporto nella compilazione della modulistica e, ove necessario, rinvii ai Servizi sociali dei Comuni. A supporto di tale funzione verrà predisposta la Carta d'Ambito quale strumento informativo e di tutela della cittadinanza;

- 
- b. il secondo, costituito dal Segretariato sociale professionale di ciascun Comune del distretto, che realizza una prima analisi della domanda e orienta il cittadino al servizio adeguato al proprio bisogno.

A sostegno del segretariato sociale, sarà opportunamente sviluppato un sistema informatizzato al fine di poter operare in presenza di un'unica banca dati. L'informatizzazione, oltre alla banca dati delle cartelle sociali, riguarderà anche informazioni su tutti i servizi distrettuali (Carta d'Ambito). Sarà posta adeguata attenzione affinché il sistema preveda livelli di accesso differenziati:

- utenti: accesso alle informazioni sui servizi;
- attori del 1° livello: accesso alle informazioni sui servizi, possibilità di compilare e trasmettere una scheda sugli utenti rinviati al servizio sociale professionale;
- segretariato professionale: accesso a tutte le informazioni e alle cartelle sociali.

La diffusione territoriale e l'eterogeneità degli orari dei differenti punti d'accesso rappresentano una garanzia in merito all'accessibilità del servizio.

Per l'attuazione dell'obiettivo di creazione di un Segretariato sociale basato su due livelli, saranno attuate le seguenti azioni:

- raccordo con i servizi del territorio per la gestione del segretariato di primo livello e tra comuni per quello di secondo livello
- mappatura delle unità di offerta esistenti
- realizzazione di una Carta dei Servizi d'Ambito che oltre a perseguire una funzione puramente legata alla diffusione delle informazioni svilupperà indicatori e standard sui livelli di qualità garantiti e da garantire dai servizi
- creazione di una piattaforma informatica (sito web) adatto alla diffusione delle informazioni, accessibile a più livelli; attori del 1° livello per l'accesso alle informazioni, attori del 2° livello per l'accesso anche alle cartelle sociali
- definizione di accordi e procedure sul sistema di gestione della piattaforma (es. attribuzione di responsabilità in merito al costante aggiornamento delle informazioni sui servizi, creazione di un documento e di procedure uniche per la consulenza e l'orientamento del cittadino)
- momenti di confronto e di formazione con ASL e Terzo Settore. In ottica di sviluppo del sistema, gli operatori potrebbero essere formati per svolgere una prima lettura del bisogno.

---

## **2. Accesso ai servizi distrettuali**

L'accesso ai servizi distrettuali che prevedono una selezione basata sul reddito ISEE (come ad esempio il SAD) presentano differenze nei criteri d'accesso e nella contribuzione da un comune all'altro. Al contrario, i servizi che non prevedono una selezione in base al reddito (come il CSE) presentano criteri d'accesso omogenei a livello distrettuale.

L'omogeneizzazione dei criteri d'accesso e della contribuzione da parte dell'utenza è un obiettivo particolarmente ambizioso per il distretto, presenta livelli di complessità che rendono necessaria l'adozione di un approccio incrementale. Lo sviluppo di una maggior omogeneizzazione distrettuale sarà perseguita a partire da graduale allineamento delle procedure di presa in carico della persona (valutazione del caso, progettazione, verifiche in itinere...). (Si vedano obiettivi di integrazione intercomunale e gestione associata nonché gli obiettivi di area)

AREA	OBIETTIVI	AZIONI
<b>Accesso all'informazione</b>	Sviluppo e organizzazione del Segretariato sociale su due livelli <ul style="list-style-type: none"> <li>- il primo informativo (sportello sociosanitario)</li> <li>- il secondo di prima valutazione e orientamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> raccordo con i servizi del territorio per la gestione del segretariato di primo livello e tra comuni per quello di secondo livello</li> <li><input type="checkbox"/> mappatura delle unità di offerta esistenti</li> <li><input type="checkbox"/> realizzazione di una Carta dei Servizi d'Ambito</li> <li><input type="checkbox"/> creazione di una piattaforma informatica (sito web) adatto alla diffusione delle informazioni, accessibile a più livelli</li> <li><input type="checkbox"/> definizione di accordi e procedure sul sistema di gestione della piattaforma (es. attribuzione di responsabilità in merito al costante aggiornamento delle informazioni sui servizi, creazione di un documento e di procedure uniche per la consulenza e l'orientamento del cittadino)</li> <li><input type="checkbox"/> Momenti di confronto e di formazione con ASL e Terzo Settore</li> </ul>
<b>Regolazione dell'accesso ai servizi</b>	Progressiva omogeneizzazione dell'accesso ai servizi	Cfr gestione associata e azioni d'area

### 3.4 L'integrazione intercomunale e la gestione associata

L'Ambito riconosce nella gestione associata un obiettivo prioritario del nuovo triennio, promuovendo un incremento nell'intensità e nelle modalità di integrazione tra le singole amministrazioni comunali e incentivando una qualificazione complessiva della politica sociale del distretto.

L'integrazione tra i comuni dell'ambito e la gestione associata di interventi e servizi sociali saranno perseguite attraverso l'investimento nello sviluppo sui seguenti aspetti:

#### **1. Estensione dell'esperienza di associazione e gestione integrata**

Il precedente triennio ha visto l'avvio di servizi/interventi innovativi a valenza distrettuale in particolare sull'area del sostegno alla domiciliarità (Sad, Trasporto...) e degli inserimenti lavorativi (progetti Csiol e Vis...). Questi servizi sono stati giudicati molto positivamente da parte di tutti i livelli della *governance* (politico, tecnico e territoriale). Pur riconoscendo la profonda eterogeneità tra i sei comuni dell'ambito, nella conformazione del tessuto sociale e nell'organizzazione stessa del sistema dei servizi, il piano di zona rileva la necessità di intraprendere strade che consentano di avvicinare e rendere più omogenee le politiche locali e il funzionamento del sistema d'offerta.

Il limite riconosciuto da molti *stakeholders* infatti è che nel precedente triennio siano stati compiuti significativi passaggi verso integrazione e l'omogeneizzazione di interventi a livello d'ambito ma pressoché esclusivamente su interventi e servizi nuovi, aggiuntivi.

Obiettivo del presente piano è invece quello di far confluire il complesso sistema delle politiche comunali dentro una visione comune di politica sociale di ambito, proponendosi di sviluppare ulteriormente l'integrazione tra comuni:

- consolidando quanto già oggi viene realizzato a livello integrato;
- sviluppando maggiori sinergie tra interventi gestiti autonomamente dai singoli comuni (integrazione operativa, utilizzo di strumenti comuni, omogeneizzazione delle regole di governo - criteri di accesso - tariffazione);
- sviluppando ulteriormente la gestione associata su aree sperimentali.

Tale obiettivo sarà perseguito operativamente nel triennio attraverso:

- il consolidamento dei servizi attivati nel precedente triennio (Sad, progetto Csiol, progetto Vis, spazio neutro, trasporti, Cse, sportelli immigrati e disabili);
- l'ampliamento della gestione associata al servizio "prototipo" tutela minori, a partire dallo studio di fattibilità attualmente in corso;
- ampliamento ad altri servizi, a partire da uno studio che evidenzia quali priorità rispetto ad unità d'offerta ulteriori.

---

## **2. Il budget unico**

Elemento sfidante del nuovo triennio è, come indicato dalle disposizioni regionali, l'incremento delle risorse d'ambito integrando quanto deriva da fonti di finanziamento tradizionali (fondo nazionale politiche sociali, fondo sociale regionale e fondo per la non autosufficienza) con risorse proprie dei comuni.

I risultati raggiunti su questo fronte dai precedenti piani di zona sono stati limitati. Sino ad oggi il piano di zona e il sistema di servizi e interventi integrati ha potuto contare unicamente su risorse nazionali o regionali, pertanto obiettivo improrogabile per il nuovo triennio è l'impostazione di un sistema di compartecipazione alla spesa d'ambito da parte dei comuni, orientandosi sempre più verso il budget unico di ambito e dimostrando così l'effettivo impegno alla programmazione associata e all'attuazione della rete locale delle unità d'offerta sociali.

A questo obiettivo concorrerà la costituzione di un fondo specifico, che includerà quote di compartecipazione comunale alla spesa d'ambito.

Concorrerà al budget unico di ambito anche la ricerca di finanziamenti altri per l'attuazione di progettazioni specifiche a valenza distrettuale (es. fondazioni, bandi nazionali e internazionali...). Tale attività sarà in parte presidiata dai tavoli tematici, nella nuova impostazione dell'assetto di *governance* che prevede questo organismo come luogo con funzioni specifiche di progettazione (si veda il paragrafo dedicato all'assetto di *governance*)

## **3. La qualificazione della gestione associata**

Nel precedente triennio l'investimento principale è stato circoscritto prevalentemente alla fase di avvio e predisposizione di servizi e interventi associati. Pur nella definizione di un quadro di regole comuni, l'omogeneizzazione operativa degli interventi ha riscontrato qualche criticità, come ad esempio nelle procedure operative di ciascun servizio sociale nell'invio al servizio associato, talvolta nel rispetto dei requisiti di accesso definiti a livello d'ambito oppure nelle modalità di gestione della relazione tra servizi sociali comunali e soggetti gestori nella presa in carico delle persone e nelle forme di compartecipazione dell'utenza....

Il percorso evolutivo per questo nuovo triennio punta verso il miglioramento delle gestioni associate in essere, orientando il sistema verso una maggior omogeneizzazione in primis di procedure e modalità operative ma anche intraprendendo un percorso di negoziazione che porti a regolamentazioni comuni della tariffazione (connessione con azioni dell'azione di sistema - accesso alla rete).

La qualificazione della gestione associata verrà perseguita anche attraverso il rafforzamento delle funzioni di monitoraggio e valutazione dei servizi integrati, al fine di mantenere il presidio sulla qualità dei servizi e delle prestazioni erogate. Ampliando la dimensione dell'intervento, dal livello comunale a quello distrettuale, infatti il rischio è che non venga mantenuta una adeguata visione dell'efficacia di ciò che viene erogato. Laddove sono in essere accreditamenti a soggetti

---

gestori, la valutazione ad oggi è circoscritta al momento iniziale in cui viene richiesto l'accreditamento mentre manca un presidio, nel corso del tempo, anche sul mantenimento dei requisiti posti. Il semplice controllo amministrativo delle fatturazioni, seppur fondamentale, è una operazione comunque parziale.

Intervento del piano di zona 2009-2011 sarà quindi la predisposizione di sistemi di monitoraggio e valutazione della qualità dei servizi (sia dal punto di vista della soddisfazione degli utenti che del rispetto dei requisiti di ambito).

Allo studio del piano saranno posti inoltre l'applicazione di sistemi premianti e di incentivo alla qualità dei servizi e al rispetto dei requisiti di accesso e di gestione, ad esempio rivisitando le attuali modalità di riparto del Fondo Sociale Regionale (circolare 4).

Gli obiettivi del piano saranno quindi perseguiti mediante:

- percorsi di omogeneizzazione dei servizi gestiti in forma associata (analisi delle attuali modalità di gestione e precisazione di regole e procedure, studio su omogeneizzazione accesso e sistemi tariffari e di compartecipazione alla spesa)– in particolare nell'area anziani - sad e pasti a domicilio;
- definizione e applicazione di un sistema di monitoraggio e valutazione dei servizi gestiti in forma associata;
- definizione e applicazione di un sistema di incentivo alla qualità dei servizi;

#### ***4. La forma di gestione***

Pur evidenziando già nel precedente piano la necessità di porre a tema la forma di gestione dei servizi e interventi associati, i tempi della scelta sono risultati prematuri.

Il nuovo piano 2009-2011 prevede pertanto un rinnovo della gestione mediante affidamento all'ente capofila, unicamente per il primo periodo di avvio del piano ma, non ritenendo prorogabile ulteriormente il tema, pone come obiettivo prioritario quello della definizione di una scelta d'ambito in merito alla forma di gestione da assumere.

Le difficoltà incontrate nel precedente triennio evidenziano la necessità di prevedere un supporto alla scelta attraverso uno studio approfondito in grado di illustrare sia a livello quantitativo che qualitativo vantaggi e costi delle diverse ipotesi in campo.

Pertanto obiettivo del presente piano saranno:

- Realizzazione di uno studio sulle forme di gestioni possibili e più adeguate date le caratteristiche del distretto
- Definizione della scelta sulla forma di gestione da adottare e sua attuazione

AREA	OBIETTIVI	AZIONI
<b>Gestione associata</b>	Consolidamento ed estensione dell'esperienza di associazione e gestione integrata	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> il consolidamento dei servizi attivati nel precedente triennio (sad, progetto csio, progetto vis, spazio neutro, trasporti, Cse, sportelli immigrati e disabili)</li> <li><input type="checkbox"/> l'ampliamento della gestione associata al servizio "prototipo" tutela minori, a partire dallo studio di fattibilità attualmente in corso</li> <li><input type="checkbox"/> ampliamento ad altri servizi</li> </ul>
<b>Budget unico</b>	Incremento della spesa d'ambito attraverso risorse aggiuntive	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> fondo budget unico</li> <li><input type="checkbox"/> ricerca di finanziamenti esterni (fondazioni, bandi ...)</li> </ul>
<b>Qualificazione</b>	Incremento della omogeneizzazione territoriale e della qualificazione della gestione associata	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> percorsi di omogeneizzazione dei servizi gestiti in forma associata (analisi delle attuali modalità di gestione e precisazione di regole e procedure, studio su omogeneizzazione accesso e sistemi tariffari e di compartecipazione alla spesa)</li> <li><input type="checkbox"/> definizione e applicazione di un sistema di monitoraggio e valutazione dei servizi gestiti in forma associata</li> <li><input type="checkbox"/> definizione e applicazione di un sistema di incentivo alla qualità dei servizi</li> </ul>
<b>La forma di gestione</b>	Accompagnamento alla scelta sulla forma di gestione associata	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> realizzazione di uno studio sulle forme di gestioni possibili e più adeguate date le caratteristiche del distretto</li> <li><input type="checkbox"/> definizione della scelta sulla forma di gestione da adottare, identificazione dei servizi e unità d'offerta gestite, e sua attuazione</li> </ul>

### 3.5 La governance del piano

L'assetto della *governance* del piano di zona di Corsico prevede in questa terza triennalità alcuni sviluppi. Tale esigenza è dettata dalla messa a fuoco, grazie a momenti di valutazione partecipata sul precedente triennio, di elementi di parziale funzionalità sui quali possono essere posti dei correttivi.

La valutazione del precedente triennio, in particolare il confronto valutativo avuto con i partecipanti ai tavoli d'area, ha consentito di mettere in luce alcuni elementi che necessitano di revisione.

In sintesi gli esiti della valutazione evidenziavano in particolar modo:

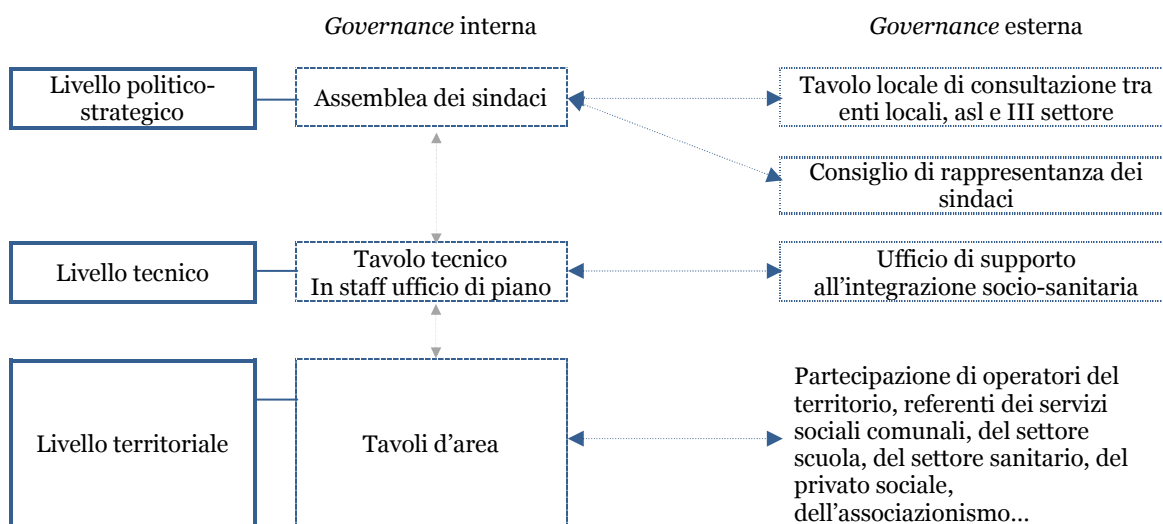
- la mancanza di continuità nella consultazione, limitata alla fase consultiva di avvio del piano
- la parziale comprensione del ruolo e del mandato conferito ai tavoli

e più in generale, rispetto alla *governance* complessiva del piano

- la connessione talvolta critica e non sempre funzionale tra le diverse parti (tematico – tecnico – politico) legata a
- una difficile circolarità della comunicazione tra i diversi livelli.

Tali elementi, uniti al recepimento delle più recenti direttive regionali<sup>12</sup>, hanno portato alla revisione dell'assetto di *governance* così come segue.

**Fig. 1 - Il sistema di *governance*: gli organismi**



<sup>12</sup> L.R. 3/2008 *Governo delle reti degli interventi e servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario*; DGR 8551 del 3 dicembre 2008 *Determinazione in ordine alle linee di indirizzo per la programmazione dei piani di zona – 3° triennio (2009-2011)*

---

## **1. La governance interna**

### *Livello politico strategico*

#### ASSEMBLEA DEI SINDACI

E' l'organismo collegiale di rappresentanza politica preposto alla definizione di strategie, programmi di sviluppo, linee di indirizzo delle politiche sociali del territorio. E' costituito dai Sindaci dei comuni dell'ambito distrettuale o da loro delegati, non è ammessa delega a soggetti non compresi tra gli amministratori comunali (assessore o consigliere comunale).

All'Assemblea dei sindaci competono le seguenti funzioni:

- definizione e approvazione delle linee di indirizzo per la programmazione delle politiche sociali del distretto ed eventuali suoi aggiornamenti;
- definizione delle priorità di azione;
- aggiornamento annuale delle priorità d'azione, in coerenza con la programmazione triennale;
- definizione ed allocazione delle risorse economiche necessarie per il raggiungimento degli obiettivi definiti;
- verifica e controllo annuale del raggiungimento degli obiettivi preposti definiti dal Piano approvato;
- approvazione annuale dei piani economico-finanziari di preventivo e rendiconti di consuntivo;
- approvazione dei dati relativi alle rendicontazioni richieste dalla Regione per la trasmissione all'Asl ai fini dell'assolvimento dei debiti informativi;
- verifica e controllo degli indici di qualità relativi ai servizi promossi e realizzati;
- definizione di indirizzi in merito alla partecipazione dei soggetti locali

Concorre alla definizione di indirizzi e priorità d'azione la consulenza indispensabile del Tavolo Tecnico e dell'Ufficio di Piano.

L'Assemblea dei sindaci, le cui riunioni sono validamente costituite in presenza della maggioranza dei suoi componenti, assume le sue decisioni di norma con la maggioranza semplice dei presenti. Mentre per le materie di carattere strategico le decisioni devono essere assunte con la maggioranza qualificata dei suoi componenti. Le materie di carattere strategico sono relative a:

- individuazione del coordinatore dell'Assemblea dei sindaci;
- approvazione del Piano di Zona e dello schema di accordo di programma da sottoporre ai Consigli Comunali;

- 
- approvazione di ogni eventuale modifica al Piano di Zona da sottoporre ai Consigli Comunali.

Di ogni seduta è redatto apposito verbale, a cura dell'ASL, nel quale sono riassunte le decisioni che sono adottate dall'Assemblea. Tali verbali sono trasmessi ai competenti uffici delle Amministrazioni Comunali per la conseguente adozione degli atti di propria competenza.

Assistono alle sedute dell'Assemblea, con funzione consultiva, il Tavolo Tecnico e il Coordinatore dell'Ufficio di Piano.

Possono assistere, con funzione di uditori, il referente dell'Amministrazione Provinciale ed il coordinatore dell'assemblea locale di rappresentanza del terzo settore.

L'Assemblea dei sindaci, può invitare su specifiche tematiche, con funzioni consultive, altri rappresentanti di istituzioni e soggetti locali, che mettono in rete responsabilità e risorse per il raggiungimento di uno o più obiettivi nelle aree di programmazione.

#### *Livello tecnico*

Il presidio di questo livello compete al tavolo tecnico, supportato dall'ufficio di piano.

#### TAVOLO TECNICO

Il tavolo tecnico è composto da funzionari di categoria direttiva - di ruolo o incaricati - ovvero dai dirigenti preposti ai servizi sociali di ogni Amministrazione e coordinato da un referente nominato dall'Assemblea dei sindaci.

Al tavolo tecnico possono partecipare, su invito e con funzioni consultive, i coordinatori dei tavoli d'area e i rappresentanti di istituzioni e soggetti locali.

Al tavolo tecnico compete il supporto alla definizione degli indirizzi politico strategici e al loro monitoraggio e valutazione. Nello specifico il tavolo tecnico:

- supporta l'assemblea dei sindaci per la definizione degli indirizzi e obiettivi strategici
- realizza le azioni del piano;
- coopera sinergicamente con l'Ufficio di Piano per il conseguimento degli obiettivi generali definiti dal Piano;
- amministra le risorse complessivamente assegnate;
- costruisce e governa la rete;
- coordina i soggetti sottoscrittori dell'accordo di programma;
- assicura, di concerto con l'Ufficio di Piano, il raccordo tra Assemblea dei sindaci, Tavoli d'Area e Ufficio di Piano per la definizione degli obiettivi gestionali, in relazione alle strategie ed agli indirizzi generali;

- 
- favorisce l'attuazione di meccanismi di integrazione per il raggiungimento dei risultati attesi.

Referenti del tavolo tecnico partecipano stabilmente ai tavoli d'area.

#### UFFICIO DI PIANO

Il tavolo tecnico è supportato dall'ufficio di piano, unità operativa consulenziale in staff al tavolo tecnico, a cui competono le seguenti funzioni:

- assicurare l'interazione funzionale tra Assemblea dei sindaci, Tavolo Tecnico, Tavoli d'Area, Terzo e Quarto Settore e il Distretto Sanitario;
- elaborare documenti a carattere programmatico;
- proporre, su impulso dell'Assemblea dei sindaci e del Tavolo Tecnico attività scientifiche, tecniche, istruttorie, di studio ed amministrative relative ad esempio all'analisi dei bisogni, alla definizione di indicatori e standard, alla definizione degli obiettivi, al controllo sulla gestione dei servizi afferenti al Piano di Zona; al monitoraggio e valutazione dell'attuazione e dell'efficacia del Piano; al sistema informativo, alle reportistiche del Piano di Zona; alla informazione nei confronti della cittadinanza, al bisogno formativo dei diversi operatori sia pubblici che del Terzo e Quarto settore...;
- raccoglie ed elabora, in sinergia con il Tavolo Tecnico, i dati relativi al sistema della domanda e dell'offerta di servizi;
- collabora con il Tavolo Tecnico per la gestione delle attività di programmazione, gestione e valutazione del Piano stesso;
- fornisce al Tavolo Tecnico tutte le informazioni utili a redigere preventivi e consuntivi di spesa relativi alle azioni da intraprendere e sviluppare, evidenzia i criteri di ripartizione della spesa definiti e ne propone eventualmente delle correzioni. Tali funzioni sono concordate con il Tavolo Tecnico e le loro risultanze devono essere deliberate dall'Assemblea dei sindaci;
- garantisce, di concerto con il Tavolo Tecnico, il governo della rete mantenendo rapporti con tutti i soggetti del Terzo e Quarto settore nelle fasi della programmazione, della gestione e della valutazione del Piano;
- è parte attiva, di concerto con il Tavolo Tecnico, nella comunicazione con il Distretto Sanitario, Il Dipartimento ASSI e con i referenti ASL per l'individuazione di forme collaborative circa le azioni di sistema del Piano di Zona. Svolge quindi attività di raccordo con l'ASL in riferimento ai servizi offerti, erogabili in un'ottica di potenziamento di rete delle diverse unità d'offerta al cittadino. Tale processo è

---

estendibile anche alle diverse Aziende Ospedaliere coinvolte su esclusivo ed eventuale mandato dell'Assemblea dei sindaci;

- si specifica inoltre che l'Ufficio di Piano lavora in stretta collaborazione con i responsabili tecnici ed amministrativi dei diversi servizi dati in gestione ad associazioni del terzo settore, al fine di garantire all'ambito territoriale una verifica omogenea delle opportunità.

L'ufficio di piano, composto da un coordinatore che ricopre con il Dirigente dei Servizi alla Persona del Comune Capofila, due amministrativi, è potenziato per questo triennio da una figura aggiuntiva con competenze di project management. Tale potenziamento va nella direzione di rinforzare le competenze progettuali dell'ambito

- affiancando il tavolo tecnico nella elaborazione di interventi in attuazione degli indirizzi politici;
- supportando i tavoli d'area nelle loro funzioni progettuali (si veda livello territoriale).

### *Livello territoriale*

#### TAVOLI D'AREA

Questo livello vede la permanenza dei 4 tavoli d'area (anziani, minori e famiglia, disabili, inclusione). Essi rappresentano il luogo in cui viene agita l'integrazione operativa ed è luogo eletto di effettiva partecipazione del terzo settore, associazioni di volontariato e rappresentanze dei cittadini....

Tali organismi, in adempimento di quanto indicato dalla normativa (deliberazione VIII/8551) *“saranno previsti come momenti stabili lungo tutto il percorso di attuazione del piano, dalla costruzione ai diversi momenti della valutazione”*.

I tavoli d'area opereranno pertanto con continuità per tutto l'arco del triennio, lungo tutte le fasi di vita del piano: consultazione iniziale, attuazione, monitoraggio e valutazione e riprogrammazione.

Questa evoluzione traghetta i tavoli d'area, sino ad ora agiti prevalentemente come luoghi di consultazione su macro target di popolazione, verso una conformazione più connotata come *“gruppi di lavoro”* ai quali, a seguito dell'approvazione del presente atto programmatico, saranno attribuiti precisi mandati.

Al fine di consentire un efficace sviluppo dei tavoli tematici a gruppi di lavoro dovranno essere presidiati aspetti quali

- Stabilità (garanzia di partecipazione)

- 
- Chiarezza del mandato (che obiettivo hanno)
  - Chiarezza dell'oggetto di lavoro (di cosa si occupano)

In questa direzione va l'adozione del "Contratto di Partecipazione al tavolo", che viene sottoscritto dai partecipanti e in cui vengono definiti i reciproci impegni.

I tavoli d'area continueranno dunque il proprio operato dopo la firma dell'accordo di programma, attraverso l'identificazione e l'elaborazione di specifici oggetti di lavoro che potranno essere legati a:

- lo sviluppo della conoscenza (es. sviluppare ricerche e approfondimenti, realizzare mappature delle risorse presenti...)<sup>13</sup>;
- monitoraggio e valutazione del piano;
- la realizzazione di azioni specifiche del piano (es. mappatura dei servizi, elaborazione di requisiti di qualità di unità d'offerta...).

Su quest'ultimo punto (realizzazione di azioni) è da precisare che qualora oggetto del tavolo fossero progettazioni specifiche di interventi/servizi, il tavolo dovrà occuparsi anche dell'azione di *fund raising*, ovvero della ricerca di finanziamenti al di fuori delle risorse del piano di zona (fondazioni, bandi...)<sup>14</sup>.

I tavoli d'area sono condotti da un coordinatore individuato tra i Responsabili di Servizio Sociale o gli assistenti sociali comunali con specifiche competenze. I tavoli vedono anche la partecipazione di un referente del tavolo tecnico, al fine di garantire un'efficace connessione tra i due livelli (tecnico-territoriale).

Ai tavoli d'area partecipano anche assistenti sociali dei comuni, con competenza e interesse specifico per il tavolo e il suo oggetto di lavoro, appositamente nominate con formale provvedimento dirigenziale.

Ai tavoli d'area compete quindi<sup>15</sup>

- la collaborazione alla costruzione del profilo di comunità (conformazione, fenomeni, bisogni e problematiche del territorio);
- la proposta circa le priorità;
- la formulazione di ipotesi circa la scelta degli obiettivi e delle azioni;
- la partecipazione al monitoraggio e valutazione del piano.

---

<sup>13</sup> Si vedano le azioni di mappatura previste per quasi tutte le aree (anziani, disabili e minori e famiglia)

<sup>14</sup> Cfr. D. Barberis, S. Cesani *Terzo settore e attuazione del Piano di zona*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie* n. 13/2008

<sup>15</sup> in particolare l'area inclusione sociale dovrà occuparsi di quanto previsto dalla l.08/2005

---

Lo sviluppo dei tavoli d'area verso gruppi di progetto è sostenuto da specifici interventi formativi. E' infatti in atto un percorso formativo orientato alla definizione di un linguaggio comune tra terzo settore e soggetto pubblico promosso dal CSV, e sarà previsto un accompagnamento formativo specifico per il primo anno di vigenza del piano (finanziamento provinciale).

## **2. La governance esterna**

### *Integrazione con il terzo settore<sup>16</sup>*

Oltre al livello territoriale con i tavoli d'area, l'integrazione con organizzazioni del terzo settore è perseguita attraverso la partecipazione al TAVOLO DI CONFRONTO LOCALE DI CONSULTAZIONE TRA ENTI LOCALI, TERZO SETTORE E ASL, organismo che risponde a quanto disposto dalla l.328/00 e in attuazione delle disposizioni contenute nella dgr 7797 del 30 luglio 2008.

Questo organismo si propone quale luogo di confronto politico-strategico rispetto a temi quali:

- programmazione e progettazione dell'unità di offerta del comparto socio assistenziale;
- individuazione e sperimentazione di nuovi modelli gestionali dei servizi;
- interpretazione e tutela dei bisogni sociali;
- definizione di sistemi di accreditamento delle unità d'offerta;
- definizione di livelli minimi di assistenza;
- andamento del piano di zona, monitoraggio e valutazione;
- altre questioni strategiche specifiche.

Sarà definita nel corso della prima fase di attuazione le modalità di convocazione, le tempistiche e i ruoli.

Partecipazione di un referente come uditore dell'organismo di rappresentanza del terzo settore all'assemblea dei sindaci

### *Integrazione con l'Asl*

Viene perseguita a livello politico-strategico:

- a) mediante la sottoscrizione dell'accordo di programma che approva il piano di zona (comma 7) dell' art. 18 della l.r.3/2008);
- b) mediante la partecipazione del Direttore Sociale dell'Asl (o suo delegato) e al Direttore di Distretto territorialmente competente (o suo delegato) al TAVOLO DI CONFRONTO LOCALE DI CONSULTAZIONE TRA ENTI LOCALI, TERZO SETTORE E ASL;

---

<sup>16</sup> Il termine terzo settore viene qui inteso in senso estensivo, ovvero comprendendo sia realtà rette in forma di impresa o fondazione che associazioni di volontariato o di cittadini che di organismi che nell'uso corrente costituiscono il cosiddetto quarto settore

- 
- c) mediante la partecipazione di una rappresentanza delle amministrazioni comunali dell'ambito al consiglio di rappresentanza dei sindaci (Comune di Cesano Boscone).

A livello tecnico mediante

- a) la connessione organizzativa dell'ufficio di piano con l'ufficio di supporto all'integrazione sociosanitaria dell'Asl (comma 3 art.13 l.r. 3/2008), ovvero attraverso una comunicazione diretta rispetto alla convocazione delle consiglio di rappresentanza dei sindaci, all'ordine del giorno previsto e ai verbali delle sedute;
- b) l'attivazione di luoghi di confronto per la stesura di accordi e protocolli, così come previsti dal presente piano nella diverse azioni di area;
- c) partecipazione del direttore del distretto al Tavolo tecnico.

A livello territoriale attraverso la partecipazione di operatori referenti dell'area sanitaria ai tavoli d'area (operatori DSM, neuropsichiatria, cure primarie, dip. ASSI, consultori, SERD, NOA....)

#### *Integrazione con l'amministrazione provinciale*

L'integrazione con l'Amministrazione provinciale è perseguita attraverso la stipula d'intesa avente per oggetto la partecipazione della Provincia di Milano alla programmazione e realizzazione della rete di unità di offerta social e al piano di zona. Tale documento ha tra i suoi punti fondamentali:

- a) la stipula di un accordo di partnership sulle progettazioni co-finanziate
- b) la partecipazione di un referente in qualità di uditoro all'assemblea dei sindaci
- c) la garanzia di supporto tecnico formativo sia per gli ambiti che per gli operatori e diffusione delle informazioni derivanti dall'Osservatorio per le Politiche Sociali.

#### *Integrazione con la scuola*

I referenti delle istituzioni scolastiche sono presenti all'interno dei tavoli d'area.

---

## 4. LE AZIONI DI AREA

In questa sezione del Piano vengono presentati obiettivi e azioni specifiche a livello di area tematica. Si precisa che la definizione delle azioni è stata realizzata attraverso il contributo attivo dei tavoli d'area.

### 4.1 Anziani

Le problematiche e i bisogni della popolazione anziana nel Distretto di Corsico sono in gran parte le medesime evidenziate nella precedente fase programmatica, a cui tuttavia si vanno assommando nuove emergenze.

L'arrivo agli sportelli di primo accesso da parte delle famiglie con anziani affetti da demenza, ed in particolare da Alzheimer stanno aumentando all'interno del distretto, mettendo sempre più in evidenza la carenza del sistema d'offerta (scarsamente attrezzato rispetto alle demenze) nonché la difficoltà delle famiglie nella gestione della cura al domicilio.

Seppur la domiciliarità continua a rimanere la scelta privilegiata da parte delle famiglie con a carico persone parzialmente o totalmente in situazione di dipendenza, questa scelta, in relazione alle mutazioni del mercato del lavoro e delle reti familiari, ha notevolmente incrementato le domande di personale per l'assistenza al domicilio (assistenti familiari) e, al contempo, la necessità di coordinare in modo più adeguato gli interventi afferenti a settori differenti, in primis socio-assistenziali e sociosanitari. A questo proposito è importante notare che i centri diurni non sono al momento di grado di soddisfare il bisogno di semiresidenzialità espresso (il CDI di Corsico ha oltre 100 persone in lista d'attesa)

#### **Obiettivi per il nuovo triennio**

1. *Promuovere interventi in sostegno delle persone affette da demenza, con particolare riferimento alla patologia dell'Alzheimer*

Uno dei temi evidenziato con maggior urgenza è quello di interventi in risposta a persone anziane affette da demenza, in particolare da patologie come l'**Alzheimer**. Tema che, seppur ancora troppo spesso nascosto tra le mura domestiche e in carico totalmente alla rete familiare, sta progressivamente emergendo mostrando tutta la difficoltà di gestione della complessità della problematica da parte della rete dei servizi esistente.

La rinnovata urgenza del tema, già posto nell'agenda politica del precedente triennio, è resa sempre più evidente da diversi segnali: l'aumento delle richieste di amministrazioni di sostegno per persone giudicate non autonome; il progressivo abbassamento dell'età nelle persone affette da demenza e la presenza di liste di attesa per alcuni Centri Diurni Integrati del territorio.

---

Ulteriori elementi di criticità aggiuntivi, che riguardano la rete dei servizi, si riscontrano in merito al basso livello di copertura dei CDI e all'assenza, tra i CDI convenzionati, di specializzazioni per persone affette da tali patologie. Sul territorio dell'ambito esiste un unico CDI privato con riserva di posti per persone affette da demenza, ma per il quale l'accesso è spesso limitata dalla possibilità economica della persona o della sua famiglia.

Le offerte diurne sono particolarmente rilevanti per questa tipologia di bisogni, si riscontra infatti una richiesta crescente da parte delle famiglie di servizi che possano offrire opportunità di sollievo, anche solo per alcune ore del giorno, a chi sostiene il carico di cura della persona non più autonoma.

### *2. La domiciliarità e il mantenimento delle autonomie*

Il supporto alla domiciliarità è una esigenza che coinvolge non unicamente gli anziani con serie compromissioni del livello di autosufficienza, ma sempre più riguarda anche anziani che, seppure autosufficienti, riscontrano difficoltà nella gestione di alcuni aspetti della quotidianità, nella mobilità e nella gestione dell'abitare (nuove richieste provenienti da anziani soli o da loro familiari per aiuto in alcune mansioni quotidiane come la pulizia dei locali e lavori di manutenzione ordinaria).

In generale si riscontra un incremento consistente del ricorso alla assistenza domiciliare privata (badanti), evidenziato anche dal progressivo aumento di richieste di buoni sociali a favore della domiciliarità, cui non sempre corrisponde una adeguata formazione, sia professionale che di conoscenza del contesto culturale in cui queste persone, per lo più straniere, operano.

Questi dati inducono a sostenere, con misure dedicate, il bisogno di famiglie con a carico persone non autosufficienti, promuovendo sia interventi di sostegno diretto (buoni) ma anche indiretto, ovvero attraverso forme di regolazione del mercato e della qualificazione dell'offerta<sup>17</sup>.

### *3. Omogeneizzare il sistema dell'offerta distrettuale*

E' già stata richiamata più volte nelle precedenti sezioni del Piano la criticità relativa alla parziale omogeneizzazione dei servizi, anche quelli teoricamente gestiti in forma associata. Disomogeneità che generano differenziazioni tra la popolazione del distretto nella fruizione dei servizi, soprattutto rispetto all'accesso (requisiti ISEE diversi tra i 6 comuni dell'ambito) e nella conseguente compartecipazione alla spesa. Per esempio, in riferimento al Servizio di Assistenza Domiciliare si è rilevato come, seppur venga gestito per 5 Comuni su 6 da parte di un medesimo soggetto gestore, le convenzioni sono stipulate autonomamente e con accordi diversi da ogni singolo Comune.

Il nodo critico della differenziazione nella regolazione della rete dei servizi, in particolare di quelli a gestione associata, era già stato posto in evidenza nel precedente triennio. Nel secondo

---

<sup>17</sup> cfr documento Asl "L'integrazione socio-sanitaria nella programmazione zonale" nella sezione dedicata all'ADI

---

piano di zona si è dato avvio ad una serie di percorsi orientati a costruire maggior omogeneizzazione territoriale, come ad esempio la definizione a livello distrettuale delle prestazioni del SAD, del servizio trasporto e dell'ADH; tuttavia tali percorsi non possono considerarsi conclusi, lasciando permanere la priorità di questo obiettivo anche per il terzo Piano di Zona.

#### 4. *Sviluppare una maggiore integrazione a livello sociosanitario*

Richiamando nuovamente aspetti già messi in luce a livello di sistema, l'area dei servizi rivolti agli anziani è quella che sente particolarmente un'esigenza di integrazione funzionale tra settore sociale e sanitario. La responsabilità di ricomposizione dei diversi interventi in un unico disegno di presa in carico e supporto della persona, molto spesso viene lasciata alla persona stessa o alla sua famiglia, trascurando la funzione di *regia* che dovrebbe essere propria del servizio pubblico.

Per le persone anziane questa frammentarietà è particolarmente sentita nell'ambito della domiciliarità:

- a. nella integrazione tra prestazioni socio-assistenziali offerte dal SAD e quelle sociosanitarie e sanitarie offerte dall'ADi;
- b. nella gestione della continuità assistenziale (dimissioni protette, ricoveri di sollievo o di emergenza)

### **Azioni**

Le azioni prioritarie definite dal nuovo piano di zona investono sia sul *consolidamento/continuità* della rete dei servizi, nell'ottica di una progressiva implementazione e miglioramento dell'esistente, che sull'*innovazione*, al fine di rispondere ai nuovi bisogni emergenti.

### **Demenze e Alzheimer**

Le considerazioni effettuate a livello tecnico e territoriale portano ad evidenziare alcune priorità d'intervento:

*Continuità/potenziamento:*

- Conduzione di una ricerca-intervento sulle demenze, finalizzata a mettere meglio a fuoco la dimensione del fenomeno e costruire risposte adeguate, attraverso il coinvolgimento diretto di rappresentanze di familiari e di caregiver. L'attenzione che sembra opportuno presidiare è che le risorse proposte e perseguite dal piano di zona in sostegno alle famiglie con persone affette da demenze o Alzheimer, siano effettivamente calibrate sulle necessità e sulle reali volontà delle famiglie. Una prima ipotesi da sottoporre all'attenzione della ricerca sarà pertanto la specializzazione di uno dei Centri

---

diurni Integrati del territorio, sia professionale che organizzativa, prevedendo la destinazione di una quota di posti riservati a questo target di utenza oppure l'opportunità della creazione di nuova unità d'offerta.

### **Domiciliarità e mantenimento delle autonomie**

#### *Innovazione:*

- ❑ Realizzazione di un intervento di qualificazione professionale delle assistenti familiari del territorio, attraverso la realizzazione di un corso di formazione specialistica (10/15 assistenti familiari per una durata totale di 170/200 ore - cfr dgr 8243/2008);
- ❑ Al fianco della qualificazione, sarà perseguito l'accompagnamento della famiglia nella ricerca delle risorse, attraverso l'attivazione di uno sportello assistenti familiari come luogo di informazione, orientamento e di *matching* domanda-offerta (cfr dgr 8243/2008), da collocarsi presso lo sportello stranieri del distretto;
- ❑ studio di fattibilità e attuazione di servizi e prestazioni, voucherizzabili, integrativi all'abitare (colferaggio, piccole manutenzioni...), attraverso il coinvolgimento di cooperative sociali di tipo B, con la promozione di ricadute in termini di inclusione sociale.

### **Omogeneizzazione dell'offerta**

#### *Continuità/potenziamento:*

Il precedente piano ha avviato un percorso orientato a promuovere una maggiore omogeneizzazione del sistema d'offerta a livello di ambito, pertanto il nuovo piano di zona intende mantenere questo obiettivo, sviluppando e migliorando nel corso del triennio la linea di uniformazione e integrazione in essere. In particolare operando verso:

- ❑ la definizione e l'adozione di prestazioni e di requisiti di accesso analoghi per il servizio SAD, arrivando sino alla definizione di un *range* di tariffazioni omogenei a livello distrettuale;
- ❑ l'attivazione di un percorso di definizione omogenea delle prestazioni rispetto ai servizi di pasto al domicilio, nell'ipotesi di un gestore unico e della voucherizzazione del servizio.

(In questa direzione medesima direzione si colloca anche lo studio di fattibilità per la voucherizzazione di servizi per l'abitare, esplicitato nella sezione domiciliarità)

---

### **Integrazione sociosanitaria**

Sono da intendersi quali azioni attuative di obiettivi di integrazione sociosanitaria tutte quelle indicate nella sezione di sistema dedicata a questo tema (cfr azione di sistema integrazione sociosanitaria p.23).

*Consolidamento:*

- Erogazione di titoli sociali destinati a famiglie con soggetti fragili in condizioni di non autosufficienza al fine di favorirne la permanenza presso il domicilio (cfr dgr 8243/2008)

AREA	OBIETTIVI	AZIONI
<b>Demenze e Alzheimer</b>	Sostegno a nuclei particolarmente investiti dal carico di cura di persone affette da demenza, considerando sia i familiari che le forme di assistenza domiciliare privata (badanti), attraverso lo sviluppo di opportunità e offerte specializzate	<input type="checkbox"/> ricerca-azione sulle demenze <input type="checkbox"/> attivazione interventi in sostegno (in ipotesi specializzazione sulle demenze, ed in particolare l'Alzheimer, di uno dei servizi CDI del territorio)
<b>Domiciliarità e mantenimento delle autonomie</b>	Sostegno alla domiciliarità dell'anziano Mantenimento dell'autonomia dell'anziano	<input type="checkbox"/> corso per assistenti familiari - dgr8243/2008 <input type="checkbox"/> sportello assistenti familiari - dgr8243/2008 <input type="checkbox"/> studio di fattibilità e voucherizzazione di servizi e prestazioni integrativi all'abitare
<b>Omogeneizzazione dell'offerta</b>	Progressiva omogeneizzazione dell'unità d'offerta distrettuale	<input type="checkbox"/> omogeneizzazione distrettuale per il servizio SAD (prestazioni, criteri di accesso e, in ipotesi, <i>range</i> di tariffazioni) <input type="checkbox"/> omogeneizzazione delle prestazioni rispetto ai servizi di pasto al domicilio
<b>Integrazione socio sanitaria</b>	Sviluppo dell'integrazione tra sociale e sanitario	<input type="checkbox"/> emissione titoli sociali per la non autosufficienza dgr8243/2008 <input type="checkbox"/> accompagnamento all'anziano (primo livello del segretario sociale)

---

## 4.2 Disabili

Il precedente piano di zona ha particolarmente investito in quest'area, consentendo attraverso le risorse aggiuntive del fondo nazionale, l'avvio di servizi innovativi per l'intero distretto. Data questa considerazione di premessa, risulta pertanto prioritario che il terzo piano di zona dia continuità e consolidamento a quanto attuato nel precedente.

Il quadro d'area del distretto ha messo in luce una particolare criticità riferita alla progettazione individualizzata sul caso che accompagni e sostenga il disabile e la sua famiglia lungo l'intero arco di vita (progetto di vita). Troppo spesso la progettualità sul caso viene infatti operata prevalentemente su specifiche aree di bisogno o su specifiche fasi di vita: il disabile bambino, l'alunno, il lavoratore...rendendo particolarmente critici i momenti di passaggio (dalla scuola materna alla scuola primaria, dalla primaria alla secondaria, dalla secondaria al mondo del lavoro, dalla famiglia al "dopo di noi"...), lasciando disorientata e impreparata la famiglia e mettendo a rischio il governo stesso della pluralità di servizi e attori che operano sulla, e *con*, la persona (es. passaggio dalla neuropsichiatria alla psichiatria).

Oggi ci troviamo in un contesto in cui le famiglie con persone diversamente abili vivono una condizione di pesante carico di cura, che rischia di essere concentrato per gran parte sulle figure genitoriali. Questo aspetto viene aggravato da alcuni fenomeni che interessano la società contemporanea come per esempio il generale e progressivo indebolimento delle reti formali e informali di sostegno oppure la progressiva competitività sul mercato del lavoro, che rende sempre meno disposte le aziende all'inserimento di soggetti con disabilità. Questi fenomeni accrescono notevolmente la percezione di solitudine ed isolamento delle famiglie. Per contrastare questi, e altri, fenomeni oltre a costruire un adeguato sistema d'offerta territoriale, è importante promuovere la costituzione di reti di supporto, composte anche dagli stessi familiari, che possano sostenere disabili e familiari in momenti di passaggio e nella promozione della diffusione di informazioni costanti e aggiornate, per facilitare l'accesso e la fruizione del sistema dei servizi stesso.

### ***Obiettivi per il nuovo triennio***

#### *1. Promuovere la sostenibilità e lo sviluppo dell'offerta sulla disabilità*

Il piano di zona nella scorsa triennalità ha attivato per questa area una serie di servizi in gestione associata che hanno permesso a tutti gli utenti del distretto di accedere a nuove offerte, in particolare sull'area del diurnato (CSE, CDD, ADH). Il mantenimento di questi servizi risulta quindi prioritario.

Sino ad oggi i costi sono stati prevalentemente sostenuti dalle risorse d'ambito (Fondo Nazionale Politiche Sociali). Nell'ottica di promuovere, oltre al consolidamento di servizi diurni, anche interventi che puntino all'innovazione della rete d'offerta sulla disabilità, appare necessario avviare uno studio sul sistema delle risorse pubbliche, finalizzato ad una maggior razionalizzazione della spesa (quali e quante è possibile liberare, quali redistribuire...) e alla

---

identificazione di spazi di investimento altri da destinare alla sperimentazione di nuove iniziative nelle direzioni evidenziate dal tavolo d'area.

Il quadro che emerge sui servizi per la disabilità mostra un sistema d'offerta decisamente limitato e non sempre rispondente ai bisogni complessi della popolazione disabile.

Pur avendo investito risorse consistenti già nel precedente Piano di Zona, questa è un'area in cui si conferma la necessità di un investimento forte, non solo in termini di ampliamento dell'unità d'offerta, ma preliminarmente proprio nella definizione di un *disegno* complessivo del sistema di interventi messi in campo in risposta a bisogni e necessità delle persone disabili.

Oggi si registra un duplice fenomeno: da un parte una saturazione (talvolta non sempre appropriato) di certe unità d'offerta; dall'altro una carenza di risposte e interventi per alcune tipologie di bisogno.

Oggi si registra infatti una piena copertura di posti nei CDD e CSE del territorio, dovuta anche alla recente scelta di un gestore del territorio di indirizzare i propri utenti fuori distretto, provocando un aumento della pressione sulle strutture del territorio; mentre sono carenti unità d'offerta o progetti specifici orientati a rispondere ai bisogni di persone traumatizzate o con disabilità medio lievi.

L'esigenza è dunque quella di approfondire la composizione e la direzione del sistema d'offerta esistente, in relazione alle trasformazioni del bisogno, per poter meglio indirizzare investimenti .

## *2. Diffondere una corretta e completa informazione sulla rete dell'offerta esistente*

Manca una conoscenza di tutti i servizi esistenti sul territorio e una loro precisa mappatura.

Accanto all'obiettivo di definizione del sistema dei servizi e interventi per la disabilità e della sua sostenibilità economica, si pone quindi la necessità che il nuovo piano di zona mantenga l'obiettivo di promozione e di diffusione della conoscenza già definito nel precedente triennio. A tutt'oggi esistono dispositivi che dovrebbero assolvere a tale compito, ma sui quali è possibile attuare interventi migliorativi: sono state riscontrate difficoltà nell'accesso allo sportello disabili e il materiale informativo necessita di essere completato ed aggiornato.

In ottica di maggior trasparenza obiettivo sarà quello di perseguire anche la promozione e diffusione di informazioni sullo stato di avanzamento del piano e sugli esiti della sua valutazione.<sup>18</sup>

## *3. Sviluppare forme di supporto e sostegno alle famiglie*

Nell'affrontare la disabilità, le famiglie spesso si sentono sole. Talvolta risulta carente sia il supporto psicologico specializzato rivolto ai familiari e alla persona disabile, in particolare durante momenti delicati come quelli di passaggio all'età adulta oppure del "dopo di noi" , ma anche forme di supporto leggero, informale, che consentano alla famiglia di contrastare una

---

<sup>18</sup> Il perseguimento di questo obiettivo, che in questa parte del piano non è stata declinata in azioni, è connessa all'ampliamento del sistema informatico, ipotizzato nell'ambito della riflessione sull'accesso al sistema, della elaborazione di una carta d'ambito, delle competenze valutative dei tavoli tematici e dell'azione di monitoraggio e valutazione del piano.

---

tendenza di progressivo isolamento. Non sempre infatti vi è un adeguato supporto da parte dei servizi e se le famiglie non trovano un autonomo sostegno ad esempio in forme di auto mutuo aiuto o associazioni di famigliari, questo le induce ad un progressivo isolamento.

Esistono già nei territori circostanti buone pratiche di sostegno informale da studiare e diffondere, obiettivo del piano di zona è quello di promuoverne la diffusione.

Trovando forme di sostenibilità ulteriori ed aggiuntive alle risorse del FNPS, gli indirizzi sui quali progettare interventi e azioni specifiche andranno nella direzione di:

*a. Costruire progettualità individualizzate lungo tutto l'arco di vita della persona*

Uno degli aspetti più critici che riguarda la rete dei servizi rivolti a persone con disabilità è l'assenza di un'ottica di progettazione che consideri l'intero arco di vita. Gli interventi attivati sono molto spesso frammentati, sia perché coinvolgono competenze diverse (si veda quanto definito sul tema integrazione sociosanitaria) sia perché manca un riferimento comune che funga da regia e governo tra servizi e interventi attivati.

Nella sostanziale assenza di funzione di regia, si riscontra con sempre maggior frequenza una situazione di abbandono della famiglia, sin dalla prima fase di comprensione ed elaborazione del "lutto" della disabilità.

Manca una progettazione individualizzata e seguita da personale specialistico che possa essere monitorata e ricalibrata nel suo iter in funzione di capacità e competenze sviluppate e contemporaneamente possa aiutare i genitori dando anche delle informazioni.

*b. Investire sull'autonomia delle persone con disabilità*

Si avverte la necessità di approfondire maggiormente interventi e supporti orientati al mantenimento e allo sviluppo delle autonomie delle persone con disabilità. La percezione diffusa è che un lavoro più focalizzato in questa direzione, se rafforzato da diagnosi precoci, potrebbe limitare soluzioni che oggi spingono in modo non sempre adeguato verso la residenzialità.

Si precisa che qualsiasi iniziativa si intraprenda a livello di piano in queste direzioni, essa necessita di un accordo e uno studio in stretta connessione con le famiglie. Lo sviluppo di specifiche progettualità, in coerenza con l'assetto di *governance* di questo piano e con le funzioni assegnate al tavolo d'area, potrebbe essere portato avanti come oggetto di lavoro del gruppo di lavoro-tavolo d'area della disabilità nel corso della triennalità.

---

## **Azioni**

### **Promuovere la sostenibilità e lo sviluppo dell'offerta sulla disabilità**

#### *Continuità*

- ❑ La grande attenzione mostrata a quest'area tematica nella scorsa triennalità determina la scelta di agire innanzitutto sul consolidamento di servizi esistenti ed in particolare del servizio NIL, del CSE e ADH.
- ❑ Ultimazione del progetto "Dopo di noi"

#### *Innovazione*

- ❑ Studio in profondità, che coinvolga il livello tecnico e politico, sulla spesa per la disabilità al fine di poter ampliare l'investimento su quest'area oltre al consolidamento degli interventi già promossi a livello di ambito nella triennalità precedente ( es. tariffe e rette CDD per prestazioni e servizi; compartecipazione alla spesa da parte delle famiglie)
- ❑ Gruppo di lavoro distrettuale sulle caratteristiche della domanda e su una nuova definizione di risposte/unità d'offerta nel territorio (in ipotesi tavolo tematico).

### **Diffondere una corretta e completa informazione sulla rete dell'offerta esistente**

#### *Innovazione*

- ❑ Realizzazione di una mappatura dinamica, in costante aggiornamento, dei servizi offerti per la disabilità presenti sul territorio, diffusa tramite web - sito web del segretariato sociale (si veda la sezione dedicata all'accesso ai servizi)
- ❑ Monitoraggio e valutazione sullo sportello disabili

### **Supportare le famiglie**

#### *Consolidamento/Potenziamento*

- ❑ Ampliamento e diffusione di reti di supporto al singolo e alla famiglia, sia per momenti specifici della vita familiare e del disabile sia come momento di confronto permanente (es. Genitori Competenti o i gruppi AMA) coordinate da operatori del servizio pubblico.

A livello puramente ipotetico, in mancanza di una chiara definizione delle risorse disponibili, si evidenziano alcuni spazi di azione da prediligere rispetto al tema della continuità e dell'autonomia:

- a. *Costruire progettualità individualizzate lungo tutto l'arco di vita della persona*  
Promozione di progettualità rivolte alla continuità: progetti di raccordo tra i diversi servizi, in particolare per la fascia scolare, che favoriscano il passaggio del minore disabile nei diversi ordini di scuola (accompagnamento verticale).

---

Appare inoltre necessario l'accompagnamento in modo orizzontale (progetto di vita) con una attenzione ad azioni di presenza trasversale nei momenti della giornata del disabile di personale competente.

→ in questa direzione è orientato il progetto ASL "Autismo"<sup>19</sup>

*b. Investire sull'autonomia delle persone con disabilità*

Ampliamento del tempo previsto per interventi di preparazione all'inserimento lavorativo

Sperimentazione di moduli trasversali tra 2 servizi CSIOL - CSE – CDD

---

<sup>19</sup> cfr documento Asl "L'integrazione socio-sanitaria nella programmazione zonale" nella sezione dedicata alla DISABILITA'

AREA	OBIETTIVI	AZIONE
<p><b>Promuovere la sostenibilità e lo sviluppo dell'offerta sulla disabilità</b></p>	<p>Consolidare i servizi esistenti, avviati con le precedenti programmazioni</p> <p>Porre allo studio nuove modalità di allocazione e gestione delle risorse, per aprire ad ulteriori spazi di innovazione del sistema d'offerta, a partire da una definizione approfondita delle caratteristiche della domanda.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> consolidamento di servizi esistenti ed in particolare del servizio NIL, del CSE, ADH e Sportello Disabili</li> <li><input type="checkbox"/> Ultimazione del progetto "Dopo di noi"</li> <li><input type="checkbox"/> Studio in profondità sulla spesa per la disabilità</li> <li><input type="checkbox"/> Gruppo di lavoro distrettuale sulle caratteristiche della domanda e su una nuova definizione di risposte/unità d'offerta nel territorio</li> </ul>
<p><b>Diffondere l'informazione sulla rete dell'offerta esistente</b></p>	<p>Diffondere una adeguata e corretta informazione sull'offerta territoriale di interventi e servizi rivolti alla disabilità funzionale sia alle famiglie che ai servizi stessi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Realizzazione di una mappatura dinamica, in costante aggiornamento, dei servizi offerti per la disabilità presenti sul territorio, diffusa tramite web - sito web del segretariato sociale (si veda la sezione dedicata all'accesso ai servizi)</li> <li><input type="checkbox"/> Monitoraggio e valutazione sullo sportello disabili</li> </ul>
<p><b>Supportare le famiglie</b></p>	<p>Accompagnamento delle famiglie con la creazione di una rete di supporto al singolo e alla famiglia, sia per momenti specifici della vita familiare e del disabile sia come momento di confronto permanente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ampliamento e diffusione reti di supporto alle famiglie</li> </ul>

---

### 4.3 Minori e famiglia

A seguito della consultazione dei tavoli sui tre livelli della *governance*, conciliando le linee di indirizzo definite dall'Assemblea dei sindaci, la lettura del territorio fatta dal tavolo tecnico e dal tavolo tematico minori e famiglia, ha identificato come prioritari tre macro obiettivi

#### **Obiettivi per il nuovo triennio**

##### *1. Sostenere la genitorialità*

La famiglia mostra nuove necessità e bisogni collegati in prima istanza alla costruzione di competenze genitoriali. Si riscontrano infatti crescenti difficoltà nella conciliazione dei tempi di lavoro e cura, nella gestione del tempo libero dei figli, nei momenti di passaggio di vita dei figli (infanzia-adolescenza) e talvolta, anche per coppie mature, la difficoltà di far fronte alla nascita di un figlio.

La percezione generale degli operatori dei servizi è di un tessuto sociale in cui sono in progressivo aumento situazioni di malessere familiare, reso evidente da molteplici fattori in particolare l'aumento delle separazioni conflittuali e presenza particolarmente accentuata di nuclei monoparentali con uno o più figli e spesso facenti capo ad una donna.

Riconoscendo la grande complessità che attraversano oggi le famiglie del territorio, obiettivo primario del piano di zona nel prossimo triennio è la promozione di interventi in sostegno della genitorialità con particolare riferimento a) alla promozione di occasioni in rinforzo delle competenze genitoriali e b) alla conciliazione dei tempi di cura e lavoro, agendo prioritariamente sul tempo extrascolastico dei minori. Tali interventi non possono che vedere una stretta collaborazione con i consultori, trovando precise declinazione di reciproci compiti e funzioni nonché di spazi e modalità di integrazione operativa.

##### *2. Sviluppare interventi di prevenzione e sostegno rivolte a minori*

Le fragilità del sistema famiglia, sopra descritte, si riflettono ovviamente sui minori generando disorientamento e disagio nella gestione della sfera affettiva, nelle relazioni con sé e con gli altri, nella comprensione delle proprie emozioni ecc. Tale disorientamento è particolarmente evidente soprattutto nella gestione del tempo extrascolastico (in particolare per i minori delle scuole secondarie inferiori) e più in generale in tutti gli spazi e i momenti di autonomia.

Mentre si rileva un cambiamento del consumo di sostanze stupefacenti che si spinge spesso forme miste di consumo (droghe e alcool), tra le forme di disagio emergenti vi è quella della dipendenza dal gioco (es. nel tavolo d'area è emerso come siano facilmente rintracciabili su internet ed in particolare su *Youtube* filmati riguardanti i minori del distretto impegnati in attività di scommessa). Inoltre elemento giudicato da sempre problematico nel distretto è il fenomeno della dispersione scolastica.

Dati questi elementi, risulta fondamentale promuovere nel territorio, accanto ad azioni di carattere più riparativo e contenitivo in sostegno dei minori che si trovano in particolare situazioni di fragilità e

---

disagio, anche interventi più propriamente preventivi, che sensibilizzino minori e giovani del territorio a comportamenti e stili di vita sani e ne stimolino il protagonismo nell'utilizzo sano del tempo libero e dello spazio urbano.

### 3. *Promozione dell'informazione e dell'integrazione tra servizi*

Anche sull'area minori e famiglie, si evidenzia una parziale e incompleta conoscenza del sistema d'offerta esistente sul territorio, elemento già rintracciabile anche nelle altre aree, a cui si accompagna una precisa criticità in termini di programmazione e progettazione. I fenomeni riscontrati si basano sulla percezione e sull'esperienza diretta di operatori del settore, ma molto raramente si fondano su riscontri, anche quantitativi, riferiti all'intero territorio distrettuale.

La mancanza di conoscenza sull'offerta non riguarda unicamente la cittadinanza ma coinvolge anche le istituzioni e le realtà del privato sociale che si occupano di minori e famiglia. Questa criticità evidenzia la necessità, per questo nuovo triennio, di perseguire interventi e azioni che sviluppino la diffusione di informazione ed il lavoro in rete tra servizi. In particolare viene riconosciuta la necessità di lavorare con la scuola e con la neuropsichiatria infantile, al fine di rafforzare le capacità di lettura precoce e di interpretazione del disagio e disorientamento mostrato dai minori.

In ottica di maggior trasparenza obiettivo sarà quello di perseguire anche la promozione e diffusione di informazioni sullo stato di avanzamento del piano e sugli esiti della sua valutazione.<sup>20</sup>

Come per l'area disabili, anche alcuni degli obiettivi dell'area minori e famiglia sono definiti nella loro direzione generale ma prevedono un coinvolgimento diretto del gruppo di lavoro tematico, per la declinazione di azioni progettuali più puntuali. Vale anche in questo caso infatti l'attenzione a promuovere azioni per minori e famiglie, che tengano presente i pensieri e le volontà dei destinatari stessi.

## **Azioni**

### **Sostenere la genitorialità**

#### *Continuità/potenziamento:*

- ❑ Prosecuzione di alcune azioni di sostegno alla genitorialità e alla relazione minori-adulti, ad oggi previste all'interno del *progetto Mandala*: in particolare le azioni previste per l'area 0-3 anni, progetto Marsupio e gli incontri tematici per i genitori, e per l'area 3-10 anni
- ❑ Avvio del *progetto Mosaico* per figli tossicodipendenti

---

<sup>20</sup> Il perseguimento di questo obiettivo, che in questa parte del piano non è stata declinata in azioni, è connessa all'ampliamento del sistema informatico, ipotizzato nell'ambito della riflessione sull'accesso al sistema, della elaborazione di una carta d'ambito, delle competenze valutative dei tavoli tematici e dell'azione di monitoraggio e valutazione del piano.

---

### *Innovazione*

Promuovere delle progettualità specifiche sul sostegno alla genitorialità, attraverso l'attivazione progettuale del tavolo d'area (es. progetto di sostegno alle madri nel postpartum; ai nonni per il rinnovato compito di cura verso i nipoti; attivare un servizio di affido diurno e/o implementare il servizio sostegno educativo a domicilio; progetto orientato al sostegno extrascolastico) → in questa direzione si colloca l'intervento Asl di "promozione alla salute"<sup>21</sup>

- ❑ Gruppo di lavoro integrato servizi sociali-consulterio per la definizione modalità di lavoro integrate sulla genitorialità, in connessione con l'obiettivo ASL sulla "tutela minori"<sup>22</sup>

### **Sviluppare interventi di prevenzione e sostegno rivolte a minori**

#### *Continuità/potenziamento:*

- ❑ Continuazione di interventi promossi dal *progetto Mandala* in favore di alcune specifiche fasce d'età: in particolare per la fascia di passaggio tra la scuola primaria e secondaria quelle azioni che permettono un'attenzione particolare ai cambiamenti psicologici e fisici come il progetto "di isola in isola" e "piccoli gruppi e grandi imprese..."
- ❑ Potenziamento degli interventi sulla interculturalità attivati negli scorsi anni ed in continuità con alcune azioni del *Progetto Orienta Mondo*
- ❑ Mantenimento di spazi di socializzazione per adulti e minori, definendo una continuità ad esempio con i laboratori "giochiamo insieme" del *progetto Mandala*

#### *Innovazione:*

- ❑ sostegno all'accesso a servizi per il tempo libero (11-13) in particolare situazione di disagio, segnalate della scuola o dalle altre agenzie educative mediante la voucherizzazione di servizi sportivi o ricreativi (scuola di musica), rivolti soprattutto a quelle famiglie in condizione reddituale più svantaggiata;
- ❑ progettazione di interventi di promozione del protagonismo dei minori/giovani nell'utilizzo positivo del tempo e del territorio (es. albo di *writers* che permette un proficuo incontro tra i giovani *writer* e i commercianti che per preservare alcuni spazi decidono di decorarli)
- ❑ attivazione di interventi e iniziative orientate alla educazione all'affettività attraverso il lavoro integrato tra servizi sociali, scuola ASL

### **Promozione dell'informazione e dell'integrazione tra servizi**

#### *Innovazione:*

- ❑ Realizzazione di una mappatura dinamica, in costante aggiornamento, dei servizi offerti, diffusa tramite web - sito web del segretariato sociale (si veda la sezione dedicata all'accesso ai servizi)

---

<sup>21</sup> cfr documento Asl "L'integrazione socio-sanitaria nella programmazione zonale" nella sezione dedicata alla PROMOZIONE ALLA SALUTE

<sup>22</sup> cfr documento Asl "L'integrazione socio-sanitaria nella programmazione zonale" nella sezione dedicata alla "TUTELA" MINORI e alla PREVENZIONE DEL DISAGIO MINORILE

- 
- ❑ Promozione di spazi di confronto con l'ASL, per la definizione di accordi e modalità di lavoro integrate nella presa in carico dei minori (appare infatti necessario un lavoro con la neuropsichiatria infantile) e nella futura gestione del servizio Tutela minori
  - ❑ Gestione associata del servizio di Tutela Minori
  - ❑ Promozione azioni di ricerca-azione su fenomeni e problemi emergenti sul territorio

AREA	OBIETTIVI	AZIONI
<b>Sostegno alla genitorialità</b>	Sostegno allo sviluppo e al rafforzamento delle competenze genitoriali, sia in una logica preventiva che di conciliazione dei tempi di lavoro e cura dei genitori.	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Prosecuzione di alcune azioni di sostegno alla genitorialità e alla relazione minori-adulti, ad oggi previste all'interno del <i>progetto Mandala</i></li> <li><input type="checkbox"/> Avvio del <i>progetto Mosaico</i></li> <li><input type="checkbox"/> Promuovere delle progettualità specifiche sul sostegno alla genitorialità, attraverso l'attivazione progettuale del tavolo d'area</li> <li><input type="checkbox"/> Gruppo di lavoro integrato servizi sociali-consulterio per la definizione modalità di lavoro integrate sulla genitorialità</li> </ul>
<b>prevenzione e sostegno rivolti a minori</b>	Promuovere un utilizzo sano del tempo libero dei minori, dello spazio pubblico e delle relazioni minori-adulti, attraverso intervento promozionali e preventivi	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Continuazione di interventi promossi dal <i>progetto Mandala</i> in favore di alcune specifiche fasce d'età</li> <li><input type="checkbox"/> Potenziamento degli interventi sulla interculturalità (azioni del <i>Progetto Orienta Mondo</i>)</li> <li><input type="checkbox"/> Mantenimento di spazi di socializzazione per adulti e minori, definendo una continuità ad esempio con i laboratori "giochiamo insieme" del <i>progetto Mandala</i></li> <li><input type="checkbox"/> Sostegno all'accesso a servizi per il tempo libero (11-13) mediante la voucherizzazione di servizi sportivi o ricreativi (scuola di musica), rivolti a famiglie in condizione reddituale più svantaggiata;</li> <li><input type="checkbox"/> Progettazione di interventi di promozione del protagonismo dei minori/giovani nell'utilizzo positivo del tempo e del territorio</li> <li><input type="checkbox"/> Attivazione di interventi e iniziative orientate alla educazione all'affettività attraverso il lavoro integrato tra servizi sociali, scuola ASL</li> </ul>
<b>integrazione dei servizi e informazione</b>	<p>Promozione di forma di condivisione della conoscenza e della lettura dei fenomeni che interessano in territorio.</p> <p>Definizione di accordi e pratiche condivise tra servizi nella presa</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Realizzazione di una mappatura dinamica, in costante aggiornamento, dei servizi offerti, diffusa tramite web</li> <li><input type="checkbox"/> Definizione di accordi e modalità di lavoro integrate con ASL</li> </ul>

---

	in carico congiunta di minori e famiglie	nella presa in carico dei minori <ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="1196 244 2018 308">❑ Gestione associata del servizio di Tutela Minori (minori con decreto)</li><li data-bbox="1196 331 2018 395">❑ Promozione azioni di ricerca-azione su fenomeni e problemi emergenti sul territorio</li></ul>
--	--	--

---

## 4.4. Inclusione

La lettura dei bisogni e delle problematiche emergenti data dal tavolo d'area, dal tavolo tecnico e da quello politico fa strettamente riferimento agli effetti della crisi economica globale: inasprimento delle problematiche legate alla perdita del lavoro, cui consegue una diminuzione della capacità d'acquisto delle famiglie e l'incapacità di far fronte ai costi dell'abitazione.

Il rischio evidenziato è che le problematiche oggi rilevate si allarghino a quote crescenti di popolazione in condizioni di "normalità", ovvero fino ad ora estranea a problemi di questo tipo, e che le situazioni di crisi occupazionale e abitativa sfocino, per alcuni, in comportamenti illegali o in stati depressivi.

La situazione, secondo la percezione corrente, è già ad un livello di emergenza importante: le persone che si rivolgono ai servizi pubblici e privati in cerca di aiuto si trovano in situazioni fortemente compromesse.

Gli elementi concreti e i fenomeni osservabili che rendono visibili i bisogni e le problematiche evidenziate risiedono nella numerosità e nella tipologia di richieste d'aiuto che giungono ai servizi. In particolare sono evidenziate come emergenti le seguenti casistiche:

- perdita del lavoro degli over 40, soprattutto nel settore impiegatizio, che hanno grosse difficoltà a ricollocarsi (più dei lavoratori operai);
- persone che hanno una casa e che hanno grosse difficoltà a mantenerla;
- persone che non riescono ad accedere all'abitazione a causa della scarsità di case in affitto e, ove presenti, ai prezzi elevati di mercato;
- persone con problemi psichici che hanno difficoltà ad accedere alla casa anche a causa della difficoltà di mantenere il lavoro.

### **Obiettivi per il nuovo triennio**

#### *1. Sostenere il fronteggiamento dei bisogni straordinari generati dalla crisi economica*

Le risorse sono limitate e le tipologie di utenza che hanno bisogno di aiuto sono tante. Si evidenzia, quindi, la necessità di razionalizzare l'uso delle risorse e metterle a sistema per far fronte ad una situazione che è straordinaria e che riguarda sempre più spesso non solo la popolazione immigrata o in condizione di fragilità, ma anche altre fasce di popolazione sino ad ora rimaste al di fuori del circuito dai servizi e interventi sociali.

#### *2. Per far fronte a problematiche complesse come quelle abitative e lavorative, promozione di un accordo "forte" fra i Comuni del Distretto, coinvolgendo tutti gli attori presenti sul territorio*

---

Il tema straordinario della crisi economica e del conseguente aggravamento delle problematiche lavorative e abitative richiede da parte dei Comuni la messa in campo di politiche che potrebbero essere potenziate dalla riflessione e dall'attuazione comune, all'interno del Piano di Zona. Questo anche in ragione di risorse differenti (economiche, spazi edificabili, alloggi e abitazioni sfitte) di cui godono i diversi Comuni del Distretto. La complessità di tali problemi richiede come più volte richiamato, la costruzione di risposte in accordo con gli altri attori presenti sul territorio (Aler, sindacati inquilini e proprietari, associazioni immobiliari...).

*3. Sviluppo della conoscenza e sostegno alla circolarità delle informazioni sui servizi e le iniziative presenti sul territorio, sia pubbliche che private, per un migliore accesso alla rete delle unità d'offerta sociali e per una maggior trasparenza del processo programmatorio*

Nonostante l'istituzione dei tavoli tematici e la pratica della consultazione territoriale sia stata in questi anni un'utile momento di conoscenza, scambio e confronto<sup>23</sup> tra le diverse realtà locali, permane ancora una forte esigenza di conoscenza del sistema delle unità d'offerta del territorio, sia pubbliche che private. Obiettivo del nuovo piano è dunque quello di rispondere a questa esigenza sistematizzando e diffondendo maggiormente le informazioni sui servizi e interventi esistenti, rendendoli realmente fruibili dalla collettività.

In ottica di maggior trasparenza obiettivo sarà quello di perseguire anche la promozione e diffusione di informazioni sullo stato di avanzamento del piano e sugli esiti della sua valutazione.<sup>24</sup>

## **Azioni:**

### **Lavoro**

Il precedente piano di zona ha attivato interventi a livello distrettuale orientati all'inserimento lavorativo di target fragili: persone con certificazione (Progetto CSIOL) e per persone in situazione di disagio, pur non avendo certificazione (progetto VIS).

L'evoluzione promossa da questo terzo piano di zona, come indicato nella sezione dedicata alle azioni di sistema, è quella di rafforzare l'asse delle politiche attive del lavoro che promuova l'accesso al mercato del lavoro e l'occupabilità, non unicamente di alcuni target specifici, ma della cittadinanza nel complesso.

---

<sup>23</sup> Elemento emerso di frequente dalla valutazione condotta da parte dei tavoli tematici.

<sup>24</sup> Il perseguimento di questo obiettivo, che in questa parte del piano non è stata declinata in azioni, è connessa all'ampliamento del sistema informatico, ipotizzato nell'ambito della riflessione sull'accesso al sistema, della elaborazione di una carta d'ambito, delle competenze valutative dei tavoli tematici e dell'azione di monitoraggio e valutazione del piano.

---

*Consolidamento/potenziamento:*

- Dare continuità ai due progetti CSIOL e VIS, a partire da una valutazione di quanto realizzato finora e orientata quindi a sviluppare i miglioramenti possibili in questi servizi. In questa direzione andrà verificata anche il coordinamento e le sinergie possibili con gli sportelli AFOL sulla disabilità.

*Innovazione:*

La strategia di azione punterà sull'Expo 2015 come opportunità di sviluppo per tutto il territorio, intorno a cui costruire un mix di politiche passive e attive e per il lavoro:

- *sostegno alla riqualificazione* di persone fuoriuscite dal mercato del lavoro (disoccupati, lavoratori in Cassa Integrazione e in mobilità etc.). Tale politica di attivazione dei lavoratori sarà realizzata attraverso il finanziamento di percorsi formativi che ricadono nel piano di formazione che la Regione Lombardia ha identificato per l'Expo (Decreto "Adozione del quadro regionale degli standard professionali della Regione Lombardia" n. 8486/08 e successivi aggiornamenti). A tale scopo si dovranno realizzare le seguenti azioni:
  - accreditamento delle agenzie formative sui percorsi formativi e le professionalità di interesse regionale;
  - identificazione del(i) target da formare nel contesto locale, dando la priorità ai lavoratori adulti fuoriusciti dal mercato del lavoro per effetto della crisi economica;
  - sostegno della formazione mediante le risorse del Piano di Zona.

L'azione sarà realizzata con la stretta collaborazione di AFOL - Agenzia Formazione Orientamento e Lavoro della Provincia di Milano, in modo particolare per promuovere l'incontro tra domanda e offerta di lavoro in relazione all'Expo.

La tempistica prevede a livello orientativo:

- per la prima annualità del Piano di Zona, la verifica dei contenuti delle disposizioni regionali e la conseguente definizione del piano formativo a livello di Distretto, con l'identificazione dei target privilegiati e i criteri di accesso alla formazione;
  - dal secondo anno, l'avvio degli interventi di formazione e la progettazione di iniziative di concertazione per favorire l'incontro tra domanda ed offerta di lavoro, che coinvolgeranno: amministrazioni comunali, AFOL, SOGE (ente gestore dell'Expo).
- *Sostegno alle persone in Cassa Integrazione o in mobilità*. Si tratta anche in questo caso di un'azione di contrasto degli effetti della crisi economica attuale, che rientra tra le politiche passive per il lavoro, il cui scopo è appunto il sostegno delle condizioni economiche e reddituali delle persone in difficoltà occupazionale, come i lavoratori in Cassa Integrazione e quelli in mobilità.

---

Anche coloro che ne hanno diritto e ottengono la relativa indennità, devono spesso far fronte a un'erogazione monetaria non immediata. L'ipotesi di intervento prevede quindi la stipulazione di accordi a livello di ambito con gli Istituti bancari (tramite le Tesorerie dei Comuni) per anticipare l'importo spettante. Gli interessi verrebbero invece sostenuti a livello di Piano di Zona.

Per la realizzazione dell'intervento sarebbe opportuno in via preliminare dedicare un approfondimento alla stima dello specifico target nel territorio dei 6 Comuni del Distretto. Occorre infatti considerare che il tessuto economico locale è caratterizzato da piccole e medie imprese, con meno di 15 addetti, che non possono ordinariamente usufruire della Cassa Integrazione<sup>25</sup>.

Le azioni necessarie per l'attuazione dell'intervento sono quindi:

- studio di fattibilità allo scopo di stimare e verificare la dimensione quantitativa delle persone in Cassa Integrazione e in mobilità ed eventualmente ridefinire i possibili destinatari della misura: la perdita del lavoro colpisce infatti (e spesso in primo luogo) molte categorie di lavoratori esclusi di diritto dal sistema degli ammortizzatori sociali, i cui contratti (a tempo determinato, collaborazioni co.co./a progetto) non vengono rinnovati; tempistica prevista: primo semestre del Piano di Zona;
- definizione di accordi con gli istituti bancari;
- costruzione degli strumenti necessari all'avvio della misura (criteri di accesso, modalità di presentazione delle richieste di adesione al programma, predisposizione uffici e risorse necessarie etc.)
- avvio della misura.

A livello di sistema, per l'individuazione dei destinatari, si potrebbero considerare con particolare attenzione i target di popolazione che vivono le condizioni di fragilità sociale sulle quali il Piano di Zona ha deciso di intervenire: persone con difficoltà abitative, genitori soli con figli (spesso donne) per i quali la perdita del posto di lavoro può costituire un gravissimo rischio di inclusione sociale.

L'azione richiama inoltre la filosofia delle ormai numerose iniziative di microcredito che si stanno diffondendo a livello nazionale come strumento di contrasto alla crisi. La formula del microcredito permette infatti di aiutare concretamente le persone in difficoltà e/o a rischio povertà, ma senza incorrere nel rischio di forme unicamente assistenzialiste, coniugando le politiche sociali con quelle di sviluppo.

A livello territoriale, nel gennaio 2009 è stata costituita a tale scopo la Fondazione Welfare ambrosiano, dal Comune e dalla Provincia di Milano, dalla Camera di Commercio e dai Sindacati confederati Cgil, Cisl e Uil. L'iniziativa è rivolta infatti ai lavoratori svantaggiati senza coperture sociali

---

<sup>25</sup> Occorre inoltre tenere in considerazione le possibili applicazioni degli ammortizzatori sociali in deroga (Accordo tra Ministero del Lavoro e P.S. e Regione Lombardia del 18 marzo 2008), che aprono tali istituti anche alle imprese, artigiane e cooperative, fino a 15 dipendenti.

---

(atipici e a tempo determinato), disoccupati e artigiani in situazione di crisi, e il piano, nei primi mesi di attuazione, potrà capire quali forme di connessione costruire<sup>26</sup>.

## Casa

Come richiamato nella sezione dedicata alle azioni di sistema, politiche di integrazione con le politiche del lavoro e della casa, il piano si propone l'attuazione degli indirizzi già posti nel precedente piano e non attuati, sviluppando azioni che puntino ad un sostegno congiunto sul fronte della domanda e su quello dell'offerta.

Azioni a sostegno dell'**offerta**:

- Promozione di accordi/convenzioni per reperire alloggi. Tra le possibili azioni da sperimentare in questa direzione vi sono:
  - accordi tra le amministrazioni comunali, per identificare e destinare spazi edificabili alla costruzione di alloggi a canone concordato/sociale per i residenti: ci sono alcuni comuni del Distretto (ad esempio Corsico) che non hanno spazi edificabili, mentre altri ne sono dotati (Buccinasco e Assago). Direzione utile sarebbe quella di lavorare affinché i Comuni che hanno terreni edificabili, destinino alcuni spazi alla costruzione di alloggi a canone concordato/sociale, cui possano accedere tutti i residenti;
  - accordi tra le amministrazioni comunali e le imprese edili affinché rendano disponibili alcuni alloggi a canone concordato/sociale;
  - accordi tra le amministrazioni comunali per il recupero di unità abitative (ad es. quelle confiscate alla mafia) da adibire ad alloggi temporanei, nella logica della rotazione
- fornire un sistema di garanzie che tutelino la proprietà ma che al contempo consentano l'accesso all'abitazione a soggetti in condizioni di fragilità, sui quali versa un forte rischio di stigma sociale, in ipotesi:
  - definendo apposite misure che permettano anche l'esenzione dal pagamento della cauzione prevedendo un fondo di garanzia da parte del Piano di zona (come ad esempio la stipula di polizze fideiussorie)<sup>27</sup>;
  - sostituendo, in casi particolari, l'inquilino nel contratto d'affitto (contratto per conto di terzi)
  - promuovendo azioni di intermediazione e accompagnamento, da parte delle associazioni, fra piccoli proprietari e inquilini: i piccoli proprietari di più appartamenti (indicati dai

---

<sup>26</sup> Si ricorda a livello territoriale anche il Fondo di solidarietà costituito dall'Arcidiocesi di Milano.

<sup>27</sup> molti proprietari di case preferiscono tenerle sfitte in quanto temono che vengano rovinate dagli inquilini e hanno paura di non essere regolarmente pagati. Per incentivare i proprietari di case sfitte il Comune potrebbe farsi garante dell'inquilino, stipulando apposite polizze fideiussorie con le banche. Con questo sistema l'inquilino sarebbe esentato dal pagamento della cauzione (che ammonta generalmente a diverse migliaia di euro, di cui molte persone in cerca di casa non dispongono) e il proprietario potrebbe ottenere l'immediato pagamento di quanto spettante. I criteri di accesso sono da individuare.

---

parroci) mettono a disposizione di una associazione gli alloggi che intendono affittare, a fronte di alcune garanzie: rientrare in possesso velocemente del loro immobile in caso di problemi e veder rispettata la loro proprietà. L'associazione svolge una funzione di accompagnamento abitativo: segue l'inquilino in modo che sia sempre in grado di pagare (ad esempio aiutandolo a ricollocarsi se perde il lavoro) e svolge un'attività di "educazione culturale" (rivolta soprattutto ai cittadini stranieri) trasmettendo le regole della convivenza civile e del rispetto della proprietà. I proprietari affitterebbero ad un prezzo inferiore a quello di mercato, a fronte di queste garanzie.

**Azioni a sostegno della domanda:**

- ❑ Costruzione di un Fondo di rotazione rivolto ai cittadini (primo anno finanziamento provinciale), che permetta di ottenere un prestito a lungo termine e a tasso zero.

Nel primo triennio di vigenza del Piano di Zona sono stati erogati buoni sociali a sostegno dell'affitto, mentre nel secondo triennio sono stati i singoli comuni a sostenere la cittadinanza nel pagamento delle utenze e dell'affitto attraverso l'erogazione di contributi generici o una tantum (a fondo perduto). Nel prossimo triennio l'intento è quello di istituire un Fondo di rotazione che permetta ai cittadini di accedere ad un prestito a costo zero, da restituire in un arco temporale molto ampio. I comuni dovrebbero destinare fondi propri, affiancati da fondi del Piano di Zona, per sostenere il costo dei prestiti, erogati dalle banche con le quali viene stabilito un accordo. Vanno costruiti i criteri di accesso.

Le azioni suddette implicano la costruzione di relazioni e accordi fra gli uffici tecnici comunali (politiche urbane e sociali), sindacato inquilini, sindacato proprietari e banche. Alcune relazioni di questo tipo potrebbero già essere presenti in qualche comune, ma sarebbe importante improntare un lavoro in termini di gestione intercomunale.

**Indagare l'offerta:**

- ❑ Indagine conoscitiva sull'attuazione del canone concordato nei comuni del distretto e del patrimonio pubblico disponibile (occupato, disponibile, occupato abusivamente).

E' sentita l'esigenza di realizzare una indagine conoscitiva sull'attuazione del canone concordato nei comuni del distretto (quanti ce l'hanno? come funziona? quanti i contratti stipulati?), allo scopo di omogeneizzare le diverse pratiche comunali (ad esempio stabilendo che il centro storico di tutti i Comuni del Distretto corrisponde ad un determinato canone, ecc.). Manca, inoltre, una "fotografia" del patrimonio immobiliare pubblico (case occupate, disponibili, occupate abusivamente).

**Famiglie numerose**

- ❑ Titoli sociali finanziati con la dgr 8243/2008 per le famiglie con 4 o più figli

---

## **Immigrazione**

- ❑ Mantenimento degli sportelli *Orientamondo* (con l'attenzione di seguire il rilascio dei visti per gli immigrati tornati in patria per essere assunti in Italia). Gli sportelli *Orientamondo* risultano molto richiesti dall'utenza. Il Piano di Zona intende quindi mantenerli anche nella nuova triennalità, sviluppando maggiormente la funzione di accompagnamento che questi servizi svolgono nella gestione delle pratiche burocratiche, in particolare quelle di rilascio dei visti per gli immigrati tornati in patria, al fine di essere assunti in Italia.
- ❑ Promozione di spazi di confronto tra progettualità dell'ambito (incontri di cultura) e consulte degli stranieri
- ❑ Mantenimento del servizio di Mediazione culturale e suo consolidamento attraverso l'offerta dell'accompagnamento a visite ambulatoriali, ecc. per le donne immigrate che non conoscono l'italiano. Attualmente molte donne immigrate che non conoscono la lingua italiana, per accedere a servizi come quelli sanitari, si fanno accompagnare dai propri figli (bambini o adolescenti) che sono in grado di comunicare meglio di loro. Questo implica il ribaltamento del ruolo madre-figlio e l'attribuzione di compiti impropri ai minori. Si ipotizza, quindi, il potenziamento della Mediazione culturale attraverso l'offerta di un servizio di accompagnamento.
- ❑ Sostegno del progetto contro la tratta, dell'Associazione Lule. Il progetto, già attivo nel corso della precedente triennalità, riguarda non solo le donne che si prostituiscono, ma più in generale lo sfruttamento e la tratta sul lavoro.

## **Psichiatria**

Il Piano di Zona, nel triennio 2009-2011 intende:

- ❑ Avviare i progetti presenti sulla residenzialità "leggera"
- ❑ Azioni di sensibilizzazione del vicinato e di "assistenza domiciliare educativa" per i malati psichici che vivono a casa propria. Per favorire l'autonomia delle persone con problemi psichici, evitando il ricovero, è ritenuta utile un'attività di sensibilizzazione del vicinato per combattere lo stigma, e una sorta di "assistenza domiciliare educativa" per favorire la convivenza con i vicini di casa.
- ❑ Sostegno, da parte di tutti i comuni del Distretto, del progetto CLUB-Corsico (associazione che riunisce operatori, famiglie e malati), sostenendo il costo dei facilitatori (che finora hanno lavorato su fondi delle Provincia e della Fondazione Cariplo).

---

***Carcere***

Come previsto dalla legge regionale n.8 del 2005, i tavoli tematici, nel corso del triennio, si occuperanno di definire ipotesi di interventi in favore delle persone fuoriuscite dal sistema carcerario, attraverso l'istituzione di un apposito gruppo di lavoro.

AREA	OBIETTIVI	AZIONI
<b>Lavoro</b>	<p>Favorire l'accesso al mercato</p> <p>Sostenere le persone fuoriuscite dal mercato</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Dare continuità ai progetti CSIOL del VIS (previa valutazione)</li> <li><input type="checkbox"/> Sostenere la qualificazione di persone fuoriuscite dal mercato attraverso il finanziamento di percorsi formativi che ricadono nel piano delle Regione Lombardia per Expo 2015; in stretta collaborazione con AFOL</li> <li><input type="checkbox"/> Sostenere le persone in cassa integrazione o in mobilità attraverso un anticipo sulle somme spettanti, in stretta collaborazione con AFOL</li> <li><input type="checkbox"/> Promuovere azioni di intermediazione svolte dalle associazioni del territorio (es. Caritas...) per sostenere forme di "garanzia informale" fra piccole imprese/negozianti e persone in cerca di una ricollocazione</li> </ul>
<b>Casa</b>	<p>Sostenere l'offerta</p> <p>Sostenere la domanda</p> <p>Indagare l'offerta</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Promozione di accordi/convenzioni per reperire alloggi, in ipotesi: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Accordi tra le amministrazioni comunali, per identificare e destinare spazi edificabili alla costruzione di alloggi a canone concordato/sociale per i residenti</li> <li>– Accordi tra le amministrazioni comunali e le imprese edili affinché rendano disponibili alcuni alloggi a canone concordato/sociale</li> <li>– Accordi tra le amministrazioni comunali per il recupero di unità abitative (ad es. quelle confiscate alla mafia) da adibire ad alloggi temporanei, nella logica della rotazione</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Garantire il proprietario nei confronti dell'inquilino: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Promozione di misure che permettano l'esenzione dal pagamento della cauzione</li> <li>– Misure che consentano di offrire garanzie al proprietario, sostituendo l'inquilino nel contratto d'affitto (contratto per conto di terzi) privilegiando casi particolarmente problematici</li> <li>– Promozione di azioni di intermediazione e accompagnamento, da parte delle associazioni,</li> </ul> </li> </ul>

		<p>fra piccoli proprietari e inquilini</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Costruzione di un Fondo di rotazione rivolto ai cittadini (primo anno finanziamento provinciale), che permetta di ottenere un prestito a lungo termine e a tasso zero</li> <li><input type="checkbox"/> Indagine conoscitiva sull'attuazione del canone concordato nei comuni del distretto e del patrimonio pubblico disponibile (occupato, disponibile, occupato abusivamente)</li> </ul>
<b>Famiglie numerose</b>	Sostenere le famiglie	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Titoli sociali finanziati con la dgr 8243/2008 per le famiglie con 4 o più figli</li> </ul>
<b>Immigrazione</b>	Sostenere l'integrazione	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mantenimento degli sportelli Orientamondo (con l'attenzione di seguire il rilascio dei visti per gli immigrati tornati in patria per essere assunti in Italia)</li> <li><input type="checkbox"/> Spazi di confronto tra progettualità dell'ambito (incontri di cultura) e consulte degli stranieri</li> <li><input type="checkbox"/> Mantenimento del servizio di Mediazione culturale e suo consolidamento attraverso l'offerta dell'accompagnamento a visite ambulatoriali, ecc. per le donne immigrate che non conoscono l'italiano</li> <li><input type="checkbox"/> Sostegno di progettualità contro la tratta (Associazione Lule)</li> </ul>
<b>Psichiatria</b>	Sostenere l'autonomia	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Avviare progetti presenti sulla residenzialità "leggera"</li> <li><input type="checkbox"/> Promozione di azioni di sensibilizzazione del vicinato e di "assistenza domiciliare educativa" per i malati psichici che vivono a casa propria</li> <li><input type="checkbox"/> Sostegno del progetto di auto mutuo aiuto - CLUB-Corsico - che riunisce operatori, famiglie e malati psichici</li> </ul>
<b>Carcere</b>	Sostenere l'autonomia e l'integrazione	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Istituzione di un gruppo di lavoro specifico sulla definizione di interventi per la popolazione fuoriuscita dal sistema carcerario (in ottemperanza della legge 8/2005)</li> </ul>

---

## 5. UNA LETTURA TRASVERSALE IN OTTICA DI GENERE

Si propone in questo capitolo una rilettura del piano di zona, dai dati socio demografici alle azioni proposte, in chiave di genere.

Più che il riconoscimento di un target particolare da raggiungere – la popolazione femminile – in realtà trasversale per tutti gli ambiti di azione degli Enti Locali, è importante che i programmi e le politiche tengano conto delle differenze esistenti tra uomini e donne nella disponibilità di risorse, nelle condizioni di vita ed esigenze di vita, nel conseguente utilizzo dei servizi. Una stessa politica può infatti avere un impatto molto diverso se le persone destinatarie vivono situazioni e problemi differenti. Tale consapevolezza permette di raggiungere in prospettiva una più generalizzata efficienza ed efficacia delle politiche pubbliche, oltre a una maggiore equità, a vantaggio dell'intera collettività<sup>28</sup>.

Si tratta dell'approccio di analisi e programmazione del gender mainstreaming, il cui obiettivo è l'integrazione della prospettiva di genere in ogni politica e fase di ciclo della politica, sia orizzontalmente, tra le diverse aree di intervento, che verticalmente, per tutti i livelli di intervento.

A livello generale, in campo sociale e per i servizi alla persona, gli interventi relativi all'**Area Anziani**, anche se non esplicitamente rivolti alle donne, hanno su di loro un maggiore impatto potenziale diretto, in virtù della prevalenza femminile nel target di utenza (fasce di età over 65). In relazione all'**Area Inclusione sociale**, tra le situazioni di fragilità sociale emergenti, la realtà dei nuclei monoparentali con figli è vissuta soprattutto da madri sole, ed è spesso collegata ad altre condizioni di rischio di emarginazione (problematiche abitative e occupazionali, bassi livelli di reddito).

Nel complesso, tutti gli interventi (compresi nell'**Area Anziani, Area Disabilità, Area Minori e Famiglia**), che sostengono le persone e le famiglie nelle loro esigenze di cura e di conciliazione tra tempi della vita e di lavoro, oltre al beneficio per i destinatari diretti, hanno un impatto positivo indiretto soprattutto sulla popolazione femminile, sulla quale convergono ancora oggi dal punto di vista sociale le maggiori responsabilità per la gestione quotidiana di tali aspetti, in quanto principali caregivers.

Il carico di cura e assistenza, che pesa in particolare sulla popolazione femminile, si può immaginare partendo dalla riclassificazione della popolazione riportata nella tabella 3: le donne nella fascia Conciliazione Famiglia e Lavoro, ed in parte quelle dell'area Assistenza e Supporto, si trovano a dover fronteggiare le esigenze di cura delle persone (uomini e donne) nelle aree di cura Infanzia e

---

<sup>28</sup> L'Unione Europea ha fatto proprio, per promuovere le Pari Opportunità, il cosiddetto "dual approach", che si basa su due pilastri: adozione di azioni positive (politiche dirette) e attuazione del gender mainstreaming (politiche indirette). Anche i bilanci pubblici in ottica di genere rispondono a tale principio e rappresentano un particolare strumento di gender mainstreaming. In proposito, è in via di conclusione la prima sperimentazione di Bilancio di Genere del Comune di Corsico, teso a leggere la domanda del territorio e della popolazione in relazione all'offerta dell'ente locale (programmazione, scelte di bilancio, offerta di servizi). Pur adottando una prospettiva di genere, tale tipologia di analisi e valutazione permette di ricavare riflessioni di più ampio respiro sulle condizioni e problematiche socio-economiche della popolazione, a beneficio della cittadinanza nel complesso.

Adolescenza e Anziani. Senza dimenticare le persone con limitata autonomia e bisognose di aiuto che si trovano nell'area Assistenza e Supporto, e quelle con disabilità, collocate trasversalmente rispetto alle fasce di età.

Inoltre, le difficoltà nel conciliare lavoro e famiglia e di accesso ai servizi pubblici/privati di cura e assistenza (offerta di strutture e posti non adeguata alla domanda, strutture lontane e/o con orari non flessibili e limitati, costi elevati) spingono in molti casi le donne a limitare la propria partecipazione al mercato del lavoro<sup>29</sup>, con conseguenze rilevanti sulla situazione socio-economica presente e futura, sia della donna che della sua famiglia.

Dopo questa riflessione generale, si presentano di seguito alcune considerazioni sull'impatto potenziale dei concreti indirizzi di policy emersi, in una prospettiva di genere, per ciascuna azione di sistema e area tematica descritta nei capitoli precedenti.

## 5.1 Popolazione e caratteristiche demografiche

Le donne rappresentano il 51% della popolazione - dato piuttosto omogeneo tra i 6 Comuni compresi nell'Ambito -, mentre sono lievemente sottorappresentate tra i minori fino a 17 anni. Come si rileva comunemente nelle indagini demografiche, tra gli over 65 prevale invece la quota femminile, soprattutto nei Comuni di Corsico e Cusago, in misura tuttavia meno marcata rispetto al dato provinciale e regionale.

Nel complesso, tra la popolazione straniera si rileva un sostanziale equilibrio di genere - le donne sono il 50,5% - che tuttavia cela tassi di femminilizzazione molto diversi tra i Comuni, che vanno dall 56,4% di Buccinasco al 47,2% di Corsico.

**Tavola 1 - Ambito di Corsico: popolazione femminile residente**

	Pop. totale		Pop. ≥65 anni		Minori 0-17 anni		Stranieri	
Assago	4.008	49,7%	528	54,5%	678	45,4%	182	53,1%
Buccinasco	13.437	50,8%	1.829	53,7%	2.631	49,3%	486	56,4%
Cesano Boscone	11.869	50,7%	2.374	54,8%	1.766	47,8%	720	52,4%
Corsico	17.302	51,7%	4.526	57,0%	2.351	48,8%	1.398	47,2%
Cusago	1.742	51,3%	285	57,3%	357	50,4%	65	54,2%
Trezzano s/N	9.643	51,1%	1.843	54,3%	1.561	49,0%	555	51,3%
<b>Totale Ambito</b>	<b>58.001</b>	<b>51,0%</b>	<b>11.385</b>	<b>55,4%</b>	<b>9.344</b>	<b>48,6%</b>	<b>3.406</b>	<b>50,5%</b>
Provincia Milano	2.012.145	51,5%	467.814	58,9%	304.060	48,4%	169.023	49,1%
Lombardia	4.930.919	51,1%	1.130.191	59,0%	772.291	48,5%	389.486	47,8%

Fonte: elaborazioni IRS su dati Istat al 1 gennaio 2008

<sup>29</sup> La fuoriuscita dal mercato del lavoro in seguito al matrimonio e soprattutto in seguito alla maternità è una problematica sociale di rilevanza nazionale, come evidenziato da molteplici rilevazioni. Cfr. ISTAT, *Conciliare lavoro e famiglia. Una sfida quotidiana*, 2008.

La tavola seguente propone invece a livello di Ambito una riclassificazione della popolazione per sesso e fasce di età significative, secondo una prospettiva che tiene conto del ciclo di vita e delle esigenze di conciliazione tra vita personale, familiare e di lavoro<sup>30</sup>.

**Tavola 2 - Ambito di Corsico: popolazione residente per sesso e fasce di età**

		Maschi	% sul totale	Femmine	% sul totale	Totale	% sul totale
AREA DI CURA INFANZIA E ADOLESCENZA	0-2 ANNI	1.674	3,0%	1.628	2,8%	3.302	2,9%
	3-5 ANNI	1.749	3,1%	1.619	2,8%	3.368	3,0%
	6-13 ANNI	4.300	7,7%	4.086	7,0%	8.386	7,4%
	14-19 ANNI	3.279	5,9%	3.011	5,2%	6.290	5,5%
	<i>Subtotale</i>	<i>11.002</i>	<i>19,8%</i>	<i>10.344</i>	<i>17,8%</i>	<i>21.346</i>	<i>18,8%</i>
AREA DI CONCILIAZIONE FAMIGLIA E LAVORO	20-29 ANNI	5.726	10,3%	5.505	9,5%	11.231	9,9%
	30-39 ANNI	9.336	16,8%	9.115	15,7%	18.451	16,2%
	40-59 ANNI	16.641	29,9%	17.617	30,4%	34.258	30,1%
	<i>Subtotale</i>	<i>31.703</i>	<i>57,0%</i>	<i>32.237</i>	<i>55,6%</i>	<i>63.940</i>	<i>56,3%</i>
AREA DI ASSISTENZA E SUPPORTO	60-69 ANNI	7.311	13,1%	7.740	13,3%	15.051	13,2%
	70-79 ANNI	4.297	7,7%	5.050	8,7%	9.347	8,2%
	<i>Subtotale</i>	<i>11.608</i>	<i>20,9%</i>	<i>12.790</i>	<i>22,1%</i>	<i>24.398</i>	<i>21,5%</i>
AREA DI CURA ANZIANI	80-89 ANNI	1.207	2,2%	2.236	3,9%	3.443	3,0%
	>=90 ANNI	111	0,2%	394	0,7%	505	0,4%
	<i>Subtotale</i>	<i>1.318</i>	<i>2,4%</i>	<i>2.630</i>	<i>4,5%</i>	<i>3.948</i>	<i>3,5%</i>
<b>TOTALE</b>		<b>55.631</b>	<b>100,0%</b>	<b>58.001</b>	<b>100,0%</b>	<b>113.632</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: elaborazioni IRS su dati Istat al 1 gennaio 2008

L'area di cura Infanzia e Adolescenza raggruppa le generazioni tra 0 e 19 anni, sostanzialmente tutte destinatarie in misura più o meno intensa di assistenza e cura; le fasce possono anche fornire utili indicazioni sui bacini di utenza per l'offerta di alcuni servizi: asili nido (0-2 anni); scuole dell'infanzia (3-5 anni); scuole elementari e medie (6-13 anni); scuole superiori (14-19).

L'area 20-59 anni comprende le generazioni nella parte della vita "più attiva", dal momento della conclusione del percorso scolastico, alla costruzione della vita adulta, lavorativa e familiare. Di conseguenza, la domanda più consistente di servizi a supporto della conciliazione vita/lavoro viene proprio dalle persone in questa fascia di età, durante la quale di diversificano molto anche le condizioni di vita, familiari e di lavoro di uomini e donne.

L'area di assistenza e supporto (60-79 anni) raggruppa la popolazione in quella che veniva comunemente definita 'Terza Età' e che ora, invece, in relazione al progressivo allungamento della vita attiva, comprende persone con caratteristiche personali molto diverse, spesso con significativa autonomia fisica, sociale ed economica e impegnate nel supportare le esigenze di cura e di assistenza di anziani e bambini. Tuttavia, al crescere dell'età, le problematiche collegate alle condizioni di salute

<sup>30</sup> Cfr. *Il Bilancio di Genere dei Comuni. Un Manuale*, realizzato nell'ambito del progetto "Analisi di genere dei bilanci dei Comuni della Provincia di Milano", promosso dalla Provincia di Milano e dalla Consigliera di Parità di Milano, a cura di IRS - Istituto per la Ricerca Sociale, dicembre 2006.

tendono naturalmente a crescere. La fascia over 80 comprende infatti persone che in linea di massima tornano a essere destinatari di assistenza e cura, con una diminuzione progressiva dell'autonomia personale.

Oltre che dall'età, la domanda di servizi in campo sociale dipende inoltre dalle situazioni personali e familiari. Particolari rischi di fragilità sociale emergono nel caso di rottura del nucleo familiare per separazioni, divorzi o la morte del coniuge. Come illustrato dalla tavola seguente, la percentuale di divorziati è in linea con i valori provinciali e regionali, mentre è lievemente inferiore a tali medie per quanto riguarda le persone vedove, con l'eccezione di Corsico, il Comune dell'Ambito dove si registra anche la quota più alta di over 65. E' inoltre rilevante sottolineare che tali condizioni interessino molto più frequentemente le donne: a livello di Ambito, 62 divorziati su 100 sono donne, probabilmente in relazione ad una minore propensione a risposarsi rispetto agli uomini. Se si considera che, nella maggior parte dei casi, i figli sono assegnati alla madre, si comprende come i nuclei monogenitoriali abbiano un'evidente connotazione in chiave di genere e siano portatori di una peculiare domanda di servizi per promuovere la conciliazione tra vita e lavoro e di interventi di sostegno alla situazione socio-economica (politiche abitative, del lavoro, di supporto al reddito).

Un'ulteriore condizione caratterizzata da potenziale rischio di fragilità sociale è quella vissuta dalla persone vedove (6,4% a livello di Ambito), nella maggior parte dei casi donne (mediamente 83 vedovi su 100), anziane, che in molti casi vivono da sole.

**Tavola 3 - Ambito di Corsico: popolazione residente divorziata e vedova**

	Divorziati				Vedovi			
	M	F	% sul tot. Popolaz.	% F	M	F	% sul tot. Popolaz.	% F
Assago	82	129	2,6%	61,1%	66	297	4,5%	81,8%
Buccinasco	205	320	2,0%	61,0%	201	990	4,5%	83,1%
Cesano Boscone	182	299	2,1%	62,2%	247	1.242	6,4%	83,4%
Corsico	270	491	2,3%	64,5%	475	2.378	8,5%	83,4%
Cusago	43	44	2,6%	50,6%	22	158	5,3%	87,8%
Trezzano sul Naviglio	168	265	2,3%	61,2%	212	938	6,1%	81,6%
<b>Totale Ambito</b>	<b>950</b>	<b>1548</b>	<b>2,2%</b>	<b>62,0%</b>	<b>1223</b>	<b>6003</b>	<b>6,4%</b>	<b>83,1%</b>
Provincia Milano	33.971	54.602	2,3%	<b>61,6%</b>	43.768	249.001	7,5%	<b>85,1%</b>
Lombardia	77.787	112.816	2,0%	<b>59,2%</b>	107.881	628.462	7,6%	<b>85,3%</b>

Fonte: elaborazioni IRS su dati Istat al 1 gennaio 2008

---

## 5.2 Le azioni di sistema e di area in una prospettiva di genere

### Azioni di sistema

- *Integrazione socio-sanitaria*: la promozione del miglior coordinamento, della continuità tra servizi nella presa in carico della persona e l'integrazione informativa possono significativamente rendere meno gravoso l'impegno dei familiari delle persone bisognose di cure, nella maggior parte dei casi assunto da caregivers donne. Inoltre, la promozione di percorsi formativi per gli operatori vedrebbe coinvolte soprattutto donne, che sono particolarmente rappresentate nel settore dei servizi alla persona.
- *Integrazione sociolavorativa e socioabitativa*: la situazione di crisi economica attuale sta allargando le aree di fragilità sociale e ampliando i rischi di esclusione sociale. Dal punto di vista lavorativo, le donne vivono un rischio supplementare di perdere il posto di lavoro (perché maggiormente occupate rispetto agli uomini con contratti a tempo determinato o atipici, non rinnovati a scadenza) e quindi di non poter mantenere la propria abitazione. Inoltre, l'uscita dal mercato del lavoro tra gli over 40 interessa soprattutto occupati nel settore impiegatizio – un tradizionale bacino lavorativo femminile – che sta presentando maggiori difficoltà di ricollocazione rispetto ad altre attività (tecniche, operaie etc.). Si tratta di aspetti da valutare per progettare i percorsi di formazione e riqualificazione in vista delle opportunità offerte dall'Expo.
- *Accesso alla rete dei servizi*: l'obiettivo di regolazione e implementazione del servizio di Segretariato Sociale, l'informatizzazione della banca dati delle cartelle sociali semplificheranno l'accesso al servizio, a vantaggio dei destinatari diretti ma anche dei familiari che si occupano di loro, come ricordato in relazione all'integrazione socio-sanitaria. In tal senso, si inserisce anche la promozione della diffusione territoriale e dell'eterogeneità degli orari, che rappresentano una garanzia per l'accesso ai servizi.
- *Integrazione intercomunale e gestione associata*: l'omogeneizzazione che interesserà nel corso del Piano in particolare alcuni servizi (Area Anziani), permetterà di qualificare l'offerta e la gestione in forma associata. Come si osserverà per le azioni di area specifici, si tratta di interventi di cui beneficiano in modo diretto o indiretto in particolare le donne, sia perché maggioritarie tra la popolazione over 65, sia in quanto predominanti a livello complessivo tra i caregivers.

### Azioni di Area

- *Anziani*: gli interventi riconducibili a questo ambito di azione, anche se non rivolti esclusivamente alla popolazione femminile, hanno un potenziale maggiore impatto diretto sulle donne, maggioritarie tra gli over 65, e indiretto, per la prevalenza delle stesse tra i

---

caregivers. Occorre inoltre ricordare che la domanda di servizi per anziani sta progressivamente aumentando (così come le liste d'attesa), anche se la domiciliarità continua a essere la scelta più diffusa per molte famiglie, che devono assistere persone non autonome e in condizione parziale o totale di dipendenza. Tra gli obiettivi dell'area, l'assistenza alle persone affette da demenza (come la patologia di Alzheimer) assume un'importanza cruciale: in molti casi queste situazioni sono ancora totalmente a carico della sola famiglia, anche per le difficoltà economiche ad accedere alle strutture specializzate. Il problema dell'accesso ai servizi colpisce presumibilmente di più gli anziani soli e in modo particolare le donne (che prevalgono tra i vedovi), in quanto titolari di pensioni più basse, conseguenza di una più ridotta partecipazione al mercato del lavoro durante la fase di vita "attiva". Anche il sostegno alla domiciliarità e al mantenimento dell'autonomia personale può aiutare gli anziani soli e/o le loro famiglie nelle esigenze quotidiane di cura. In particolare, oltre agli interventi diretti (buoni) sono particolarmente interessanti, tra le attività da realizzare nei prossimi tre anni, l'attivazione di uno sportello assistenti familiari e la qualificazione professionale delle stesse assistenti. Le destinatarie dirette di tali interventi saranno soprattutto donne straniere.

- *Disabili*: la cura e l'assistenza a disabili richiede un considerevole carico di cura sulla famiglia, in particolare sui genitori e sui familiari, soprattutto donne. L'ampliamento e la diffusione delle reti di supporto alle famiglie può avere quindi un impatto positivo sulla qualità della vita delle persone disabili e, indirettamente, di caregivers e familiari.
- *Minori e famiglia*: l'obiettivo del sostegno alla genitorialità (in particolare nelle fasi della scuola primaria e dell'infanzia), è declinato con una specifica attenzione alle donne sole con figli, che rappresentano la quota preponderante delle famiglie monoparentali. Per la promozione della conciliazione tra vita lavorativa e familiare, sono potenzialmente molto efficaci gli interventi relativi alla flessibilità delle modalità di fruizione e degli orari di servizio, le forme di agevolazione in relazione ai criteri di accesso. Le azioni previste dal Piano di Zona si muovono in tale direzione: sostegno extrascolastico a supporto della conciliazione, ma anche finanziamento di titoli sociali per promuovere l'accesso ai servizi post scuola e il sostegno economico a vantaggio delle famiglie numerose.
- *Inclusione*: ricollegandosi a quanto esposto in precedenza, tra le situazioni di fragilità sociale emergenti, risultano cruciali gli interventi a favore dei nuclei monoparentali con figli, una realtà che riguarda soprattutto madri sole, spesso collegata ad altre condizioni di rischio di emarginazione (problematiche abitative e occupazionali, bassi livelli di reddito). Per quanto riguarda la sottoarea di intervento Lavoro, non sono previste azioni con impatto immediato di genere: occorrerà valutare le tipologie di percorsi formativi e professionalità identificate dalla Regione Lombardia per l'Expo; anche per l'impatto dell'azione di sostegno delle persone in Casse Integrazione, lo studio di fattibilità potrà descrivere meglio i potenziali target, anche se le lavoratrici tendono a concentrarsi nel settore terziario, e più frequentemente degli uomini sono assunte con contratti a tempo determinato e atipici, quindi in linea generale beneficiano

---

in misura minore degli ammortizzatori sociali. Infine, l'area di intervento relativa all'Immigrazione, comprende azioni esplicitamente rivolte alle donne: in particolare, il consolidamento del servizio di Mediazione Culturale, mediante l'offerta di accompagnamento a visite ambulatoriali per le donne immigrate, che attualmente si devono far accompagnare da familiari, spesso dai propri figli. Inoltre, si potrà inserire nel Piano di zona un progetto contro lo sfruttamento delle donne costrette a prostituirsi e contro la tratta sul lavoro.

La lettura trasversale degli obiettivi e delle azioni evidenzia interventi concreti con impatto diretto ed indiretto in chiave di genere. Si tratta del primo passo per l'applicazione sistematica del gender mainstreaming, che può essere supportata in modo efficace dalla raccolta di dati disaggregati per sesso, incrociata ad altre caratteristiche socio-demografiche (età, composizione familiare, posizione lavorativa etc.) e dai processi di monitoraggio e valutazione ex-ante ed ex-post dell'impatto delle politiche pubbliche. Tali procedure possono essere inserite progressivamente a livello operativo senza particolari costi aggiuntivi, durante l'attuazione dei programmi e dei servizi alla persona, offrendo un valore aggiunto significativo per la rappresentazione delle caratteristiche dell'utenza complessiva.

---

## 6. IL DISEGNO DI VALUTAZIONE

### 6.1 Il significato della valutazione nel piano di zona di Corsico

Il prossimo triennio di programmazione dell'ambito di Corsico contiene diversi elementi che lo contraddistinguono dalle precedenti esperienze di programmazione, a fronte di indicazioni regionali precise e articolate contenute nelle linee guida per il triennio.

Si richiede di avere più sguardi: verso il territorio, verso i bisogni dei cittadini verso l'integrazione in primis fra sociale e s

Un primo passo importante di questa nuova fase programmatoria è rappresentato dalla costruzione, in fase di programmazione e in itinere, di un profilo di comunità che descriva le caratteristiche della popolazione distrettuale utilizzando indicatori in grado di misurare una pluralità di componenti, strutturali, relazionali e connessi ai risultati da conseguire. Attraverso la costruzione del profilo di comunità è importante in particolare cogliere i fattori di cambiamento che possono mettere in tensione e alla prova i sistemi locali di welfare (l'aumento rilevante delle aspettative di vita, il nodo della identità sociale e culturale, la novità del fenomeno dell'immigrazione, le contraddizioni che investono il mondo giovanile ecc...) cercando di cogliere la stretta connessione tra bisogni della popolazione e *strategie di assetto e organizzazione del territorio*.

Un secondo passo è relativo al quadro dell'offerta. In questo piano di zona obiettivo generale, trasversale alle diverse aree di intervento, è quello di arrivare alla costruzione condivisa di un sistema di conoscenza delle risorse del territorio, sia in riferimento alle organizzazioni presenti che agli interventi e i servizi offerti.

La spinta a raffinare il sistema di raccolta dei dati e delle informazioni sulle caratteristiche e le evoluzioni del proprio territorio e sul sistema d'offerta arriva ai Comuni anche dalla richiesta di assolvimento del debito informativo da parte del legislatore regionale. La Regione Lombardia ha sviluppato infatti negli ultimi anni un'attenta declinazione dei debiti informativi funzionali ad un monitoraggio costante dello stato di realizzazione dei piani di zona e più in generale dell'offerta socio-assistenziale presente nei territori.

Risulta quindi un'esigenza dell'ambito quella di coniugare il momento di monitoraggio regionale con funzioni di carattere valutativo utile a ri-orientare l'azione programmatoria nel triennio.

I momenti di rilevazione dei dati dal livello regionale finora sono stati:

- Monitoraggio dei piani di zona distinto in due momenti semestrali funzionali a:
  - o Monitorare l'utilizzo dei titoli sociali (giugno)
  - o Rendicontare l'azione del piano di zona nel suo complesso (dicembre)

- 
- Monitoraggio economico finanziario distinto anch'esso in due momenti nell'anno:
    - o Preventivo (marzo)
    - o Consuntivo (settembre)
  - Debito informativo connesso alla ripartizione del Fondo Sociale Regionale (mesi di agosto/settembre) attraverso la compilazione di schede specifiche per servizi (assistenza domiciliare, servizi prima infanzia, ecc.) fornite dal livello regionale;
  - Rilevazione annuale della spesa sociale che vede impegnati sia i Comuni che i piani di zona (settembre);
  - Monitoraggio connesso alle progettualità di settore attraverso rilevazioni distinte per area. Od oggi quella più continuativa risulta riferita all'area immigrazione.

Il momento di rilevazione dati dal livello nazionale è unicamente riferito alla compilazione annuale di un questionario fornito dall'ISTAT.

L'ufficio di piano è risultato sino ad ora impegnato nel corso dell'anno nella raccolta dei dati, che tuttavia non ha comportato una restituzione complessiva di rielaborazioni, anche a livello del territorio aziendale. Solo nei momenti di verifica con ASL sul corretto utilizzo delle risorse e nei momenti di distribuzione risorse, in una chiave sanzionatoria o premiante, i territori hanno avuto in passato un confronto con gli interlocutori regionali su quanto si sta realizzando, anche se spesso limitato ad un confronto sulla dimensione dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse e della coerenza con i dettati regionali.

Si ritiene pertanto utile presidiare la costruzione di un sistema di valutazione, che ottimizzi il sistema di rilevazione dati oggi già in atto, come elemento strategico della programmazione, a fronte della complessità del sistema che coinvolge diversi attori e a molteplici livelli.

Come è ormai noto e condiviso vi è una naturale connessione tra programmazione, progettazione, intervento e valutazione in politiche complesse ed articolate quali quelle sociali e sociosanitarie.

Secondo tale schema la valutazione viene intesa *parte integrante* dell'intero percorso di programmazione e ha lo scopo di produrre informazioni e dati che servano a formulare giudizi sulla base dei quali ridefinire le politiche del territorio, promuovendone il continuo miglioramento.

Lavorare nell'ambito della programmazione delle politiche richiede di assumere un'ottica progettuale e strategica, per evitare di rimanere fagocitati dalle continue urgenze sociali e di conseguenza smarrire la *mission*, le caratteristiche istitutive di un determinato servizio, intervento o politica. Ecco dunque il perché della valutazione dei piani sociali di zona.

Per l'ambito zonale, individuato dalla l.328/00 come soggetto centrale nel processo di programmazione integrata dei servizi, le necessità di valutazione sono particolarmente articolate, anche perché ad esso è affidata la titolarità, dunque la responsabilità ultima, della programmazione

---

sociale. Pertanto in una valutazione condotta a livello di ambito zonale l'obiettivo primo dell'azione valutativa è quello di fornire ai singoli interventi o progetti feedback per migliorarsi e alla zona suggerimenti per le revisioni e riprogettazioni dei piani stessi.

In tal senso una valutazione ben condotta ha molteplici vantaggi, aiuta a:

- capire meglio i problemi che si intendono trattare;
- comprendere meglio le scelte fatte e le loro implicazioni;
- individuare cosa funziona e cosa no nelle politiche implementate;
- scoprire cose nuove, inaspettate.

Rispetto al metodo, un'attenzione da presidiare è quella di abbandonare l'idea di una valutazione con pretese universalmente valide, ma piuttosto che si basi invece sulla consapevolezza che politiche complesse richiedono un approccio *ad hoc*, partecipato, impostato secondo metodi misti, che interrogano sul significato di ciascuna delle esperienze che si valutano. In questo senso il percorso di valutazione deve essere elaborato attraverso una "cassetta degli attrezzi" fatta di varie metodologie, costruite "su misura", che si fondano sul coinvolgimento di più attori. Non esiste un set di indicatori valido sempre e in ogni contesto per valutare i piani di zona, esiste invece un metodo e un approccio valutativo: multistakeholder e multidimensionale. La partecipazione di soggetti disponibili e competenti arricchisce infatti le valutazioni e accresce la possibilità di sviluppare cambiamenti e miglioramenti delle politiche.

In coerenza con tali premesse, nella esperienza nel campo della valutazione delle politiche si è rivelato molto utile applicare ai processi di valutazione nei servizi sociali cinque "principi" che costituiscono ulteriori attenzioni metodologiche, che consentono di impostare in modo corretto metodologie e strumenti e, di conseguenza, realizzare valutazioni attendibili ed efficaci in un rapporto di correttezza tra i diversi attori coinvolti.

**Principio di autovalutazione:** ogni soggetto interessato dalla valutazione è responsabile e primo utilizzatore della propria valutazione. La valutazione, non va assimilata ad una semplice azione di controllo ma va ben oltre. Costituisce un momento di verifica e di apprendimento per il miglioramento dei risultati, nel quale ciascun soggetto si mette in gioco, essendo responsabile e primo fruitore della propria valutazione, acquisendo suggerimenti per migliorare il proprio operato in relazione ad un obiettivo comune.

**Principio dei diversi livelli di valutazione:** il processo di valutazione interessa tutti i livelli istituzionali coinvolti nell'erogazione di un intervento preventivo. Ogni livello, utenti, singoli operatori, équipe, ente locale, Provincia, Regione, trae dai percorsi valutativi interessanti informazioni per valutare i risultati ottenuti dalle proprie politiche e, di conseguenza, il proprio operato.

Dalla lettura congiunta di questi due principi ne consegue che in tali processi è superata una stretta separazione valutatore-valutato: i soggetti in campo sono infatti tutti, seppur in misura diversa, valutatori di se stessi e delle proprie politiche ed interventi.

---

**Principio di non autoreferenzialità:** le valutazioni vanno condotte, per quanto possibile, sulla base di connessioni fra più fonti e riscontri oggettivi.

**Principio di confrontabilità:** le valutazioni devono essere condotte sulla base di criteri di giudizio e metodi omogenei e permettere confronti nel corso del tempo, e dove possibile anche fra più esperienze.

**Principio di trasparenza:** le valutazioni devono essere condotte sulla base di criteri di trasparenza ovvero attraverso attività chiare, esplicite e documentate, per i diversi livelli e soggetti coinvolti. Questo principio intende sottolineare che, nel campo delle politiche pubbliche, diversi *stakeholders* (letteralmente “portatori di interesse”) hanno “diritto di sapere” poiché sono committenti o comunque parti in causa in ordine all’erogazione di interventi e politiche. In questo senso appare utile che le valutazioni siano chiaramente documentate. Le valutazioni infatti rappresentano anche un’opportunità di chiarezza di relazioni e trasparenza fra i soggetti e i livelli coinvolti, nella logica di operare ciascuno per la medesima finalità di miglioramento delle politiche sociali, sia che si distribuiscano i fondi, sia che si amministrino, sia che si usino per la gestione di un intervento.

Valutare, dal latino *vàlere* ovvero *dare valore*, è pertanto un’azione riflessiva di attribuzione di significato rispetto al processo in atto, a ciò che è stato messo in campo, ai cambiamenti intervenuti, al raggiungimento degli obiettivi prefissati ecc. Questo consente al soggetto programmatore di tenere sotto osservazione l’esito delle scelte della pianificazione, al fine di conoscerne i primi risultati, anche e soprattutto quelli inattesi, e di ri-orientare la nuova programmazione.

In particolare nel processo di pianificazione zonale, strumento così ambizioso e allo stesso tempo “rivoluzionario”, diviene cruciale assumere costantemente e congiuntamente un’ottica di supporto e accompagnamento, sia per considerare la sua capacità di cambiamento del sistema programmatico delle politiche sociali, in senso virtuoso, sia, in una fase successiva, per valutare l’effettiva implementazione delle politiche che si propone di realizzare e, in definitiva, la sua capacità di incidere nella effettiva realizzazione di servizi e interventi, per orientare i *policy makers*, nelle successive scelte programmatiche.

## 6.2 Il sistema di valutazione del piano di zona di Corsico

La valutazione del piano di zona si propone di dare risposta a tre quesiti ritenuti fondamentali sia nei confronti dei diversi *stakeholders* della programmazione, in un’ottica di informazione e trasparenza, sia nei confronti di soggetti che hanno responsabilità diretta sulla programmazione (livello politico e tecnico del piano) per meglio orientare e calibrare in itinere gli indirizzi e le azioni promosse dal piano.

Le domande che è fondamentale porsi per la valutazione del piano di zona sono:

- ➔ *Quanto è stato fatto?* Ovvero la costruzione periodica di un quadro di monitoraggio che evidenzi progressivamente quanto prodotto dal piano, quante risorse sono state investite e

quanta utenza viene raggiunta... Tale valutazione si pone su un livello di **Output**, ovvero di definizione del prodotto del piano di zona.

→ *Come è stato fatto e quali risultati ha generato?* Ovvero un affondo valutativo che, sulla base di quanto prodotto, possa consentire di avere elementi di giudizio sulle modalità di realizzazione e sui risultati ad esempio in termini di qualità, di adeguatezza, efficacia, rappresentatività, partecipazione (la definizione delle dimensioni di risultato saranno precisate nel disegno di valutazione). Tale valutazione si pone su un livello di **outcome**, ovvero di definizione dei risultati del piano.

→ *È servito e che utilità/cambiamenti ha generato?* Ovvero, per quanto possibile e su alcune azioni specifiche, la messa a fuoco dei cambiamenti generati dalle azioni promosse dal piano sui beneficiari degli interventi. Tale valutazione si pone su un livello di **Impact**, ovvero di definizione degli impatti delle azioni e delle politiche del piano.

A queste domande di valutazione si tenterà di dare risposta focalizzando l'attenzione valutativa su tre "oggetti":

- a. Il sistema delle risorse: una *social accountability* del piano di zona
- b. La Governance, ovvero l'integrazione e il governo diffuso del piano, che riguarderà in particolare modo le azioni di sistema del piano di zona (l'integrazione tra i comuni, l'integrazione tra le politiche, il governo dell'accesso...)
- c. I contenuti di policy ovvero gli indirizzi strategici in ottica di politica sociale promossi e perseguiti dal piano, che riguarderà in particolare le azioni promosse a livello di area.

Nella tabella di seguito viene raffigurata la declinazione articolata dell'incrocio tra oggetti della valutazione e livelli di analisi (domande valutative):

	<i>Output</i>	<i>Outcome</i>	<i>Impact</i>
<b><i>Sistema delle risorse</i></b>	Fotografia periodica, in chiave rendicontativa, di quanto mobilitato (risorse) e prodotto (azioni e utenza) dal piano		
<b><i>Governance</i></b>	Cosa è stato fatto rispetto alla promozione dell'integrazione e del governo diffuso – azioni di sistema	Come è stato realizzato e che risultati hanno generato le azioni di promozione dell'integrazione	Cambiamenti generati sull'assetto di governance
<b><i>Contenuti di policy</i></b>	Cosa è stato fatto rispetto alla promozione del benessere della cittadinanza – azioni di area	Come sono state realizzate le diverse azioni e che risultati hanno generato	Cambiamenti, utilità, benefici generati sulla popolazione target

- a. *Il monitoraggio sul sistema delle risorse*

In particolare rispetto al primo quesito valutativo - output - il disegno di valutazione focalizzerà l'attenzione sulla costruzione di un sistema di *rendicontazione periodica* (annuale) di quanto realizzato dal piano di zona rispetto a

- Azioni del piano
- Risorse economiche investite
- Utenza raggiunta
- Risorse impiegate (gestori, personale...)

Questa azione valutativa risponde ad una esigenza di monitoraggio e *account* (rendiconto) di quanto prodotto dal piano, ottimizzando l'utilizzo dei dati e delle informazioni raccolte dai momenti di rilevazione previste a livello regionale (titoli, spesa sociale, rendiconto economico finanziario pdz, circolare 4...).

In particolare l'analisi di alcuni dati consentirà non solo di dare conto di quanto fatto, ma di contribuire alla lettura delle politiche sociali del territorio, così da fornire elementi utili per orientare le strategie programmatiche di ambito.

→ Tempistica : la realizzazione di una relazione di *social account* realizzata annualmente

In ipotesi, qui di seguito si indica il set di indicatori utilizzabile nel livello di output:

Dalle schede di rendiconto economico finanziario

INDICATORI	FABBISOGNO INFORMATIVO
Volume di risorse gestite dal Piano di Zona <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Per annualità</li> <li>▪ Per area</li> <li>▪ Per tipologia di interventi</li> <li>▪ Per livello di intervento</li> <li>▪ Per provenienza</li> </ul>	Incidenza del piano di zona sulla spesa sociale dei comuni del distretto Coerenza dell'investimento finanziario rispetto all'orientamento programmatico Andamento delle risorse nel triennio Grado di compartecipazione comunale (investimento nel pdz) Ampliamento delle fonti di finanziamento
Consuntivo/preventivo <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ per annualità</li> <li>▪ per area</li> </ul>	Monitorare la capacità di spesa
Spesa <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ per gestione associata</li> <li>▪ redistribuito ai singoli comuni</li> </ul>	Verificare quale investimento sul distretto
Spesa di sistema/spesa complessiva <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ per annualità</li> <li>▪ comparazione tra triennali</li> </ul>	Incidenza della gestione del PdZ

Da spesa sociale dei comuni:

FABBISOGNO INFORMATIVO	SET INDICATORI	Livello di analisi
Tasso copertura bisogno	% copertura domanda potenziale	Temporale (per annualità) Per area di intervento Territoriale (confronto tra comuni e per servizi da individuare con dato provinciale/ ambiti simili)
Case mix prioritario del servizio	% spesa per erogazione servizi % spesa per erogazione contributi	Temporale Per area di intervento Territoriale (confronto tra comuni e con dato provinciale)
Forma di gestione dei servizi	% spesa per tipologia di gestione (diretta, altro)	Temporale Per area di intervento Territoriale (confronto tra comuni e con dato provinciale)
1.4. Mix di finanziamento (per settore di intervento)	Spesa sociale totale Spesa sociale procapite % spesa per area Spesa sociale per fruitore Grado di copertura utenza Grado di autofinanziamento Grado di dipendenza esterna	Temporale Per area di intervento Territoriale (confronto tra comuni e con dato provinciale)

**Copertura domanda potenziale:** N. fruitori/ popolazione target

**% spesa per servizi** = Totale spesa per servizi agli utenti/Totale spesa sociale per area

**% spesa per contributi** = Totale spesa per contributi agli utenti-enti/Totale spesa sociale per area

**% spesa per gestione diretta** = Totale spesa servizi gestiti direttamente/Totale spesa sociale per area

**% spesa per gestione indiretta** = Totale spesa servizi gestiti indirettamente/Totale spesa sociale per area

**Spesa sociale totale**

**Spesa sociale procapite** = spesa sociale/ popolazione residente

**% spesa sociale per area** = Totale spesa sociale per singola area/Totale spesa sociale

Spesa sociale per fruitore =

**Grado di copertura utenza** = Totale entrate da utenti/Totale spesa sociale

**Grado di autofinanziamento** = Risorse proprie /Totale spesa sociale

**Grado di dipendenza esterna** = Trasferimenti / Totale spesa sociale

In particolare, analizzando

- le differenze territoriali in termini di spesa sociale procapite;

- gli scostamenti territoriali e temporali in termini di copertura della domanda potenziale;
- Utilizzo e destinazione delle risorse (per area/tipologia di intervento/forme di gestione).

Da rendiconto FSR:

Indicatori proxy su alcune tipologie di servizio

INDICATORI	FABBISOGNO INFORMATIVO
Volume risorse Circolare 4 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ per annualità</li> <li>▪ per comune</li> <li>▪ per area di intervento</li> </ul>	Andamento FSR
Risorse Circolare 4 per comune/su spesa sociale comunale	Incidenza contributo Circolare 4
Risorse circolare 4 per tipologia di intervento	Copertura costi comunali su aree di intervento specifiche
n. soggetti fruitori dei contributi <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ pubblici</li> <li>▪ privati</li> </ul>	

La rendicontazione del piano fornirà indicazioni su quanto attuato dal piano anche per quanto concerne gli aspetti di integrazione con i soggetti e le politiche del territorio (*governance*), che rispetto ad azioni direttamente rivolte alla cittadinanza (*indirizzi di policy*).

#### *b. La valutazione della governance*

La valutazione della *governance* del piano focalizzerà l'attenzione sulla valutazione del governo diffuso e dell'integrazione realizzata dalle politiche e gli interventi sociali nel territorio.

In coerenza con gli obiettivi del piano, l'integrazione sarà valutata sul triplice livello *professionale-operativo; tecnico-organizzativo; politico-istituzionale*, sulle dimensioni di integrazione previste a livello di sistema:

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

La valutazione della governance sarà realizzata

- 
1. a livello di *output*, attraverso il monitoraggio delle azioni di sistema che consentano di evidenziare quanto realizzato periodicamente in questa direzione (assetto della governance, istituzione di nuovi organismi, definizione di accordi e protocolli, formazione...). Come anticipato, concorrerà a questo livello di analisi anche la rendicontazione e il monitoraggio del sistema delle risorse;
  2. a livello di *outcome*, focalizzando l'attenzione sui risultati prodotti sull'integrazione e sul governo diffuso del piano rispetto alla qualità delle azioni promosse, alla soddisfazione generata, alla completezza e adeguatezza delle azioni e dei dispositivi realizzati per la gestione della governante;
  3. a livello di *impact*, realizzando una analisi valutativa *ex post*, a chiusura del triennio, orientata a valutare l'efficacia della *governance* ovvero i risultati raggiunti in termini di cambiamenti generati sul livello di integrazione con i soggetti e le altre politiche del territori (mutamenti dell'assetto di governance, cambiamenti rispetto alle forme di gestione...).
- c. La valutazione dei contenuti di policy e indirizzi strategici

Questa area riguarderà in particolare la valutazione di azioni e indirizzi orientati direttamente alla cittadinanza.

1. Anche su questo "oggetto di valutazione", il livello di *output*, verrà presidiato attraverso il monitoraggio periodico dello stato di attuazione degli obiettivi e delle azioni di area. Come anticipato, concorrerà a questo livello di analisi anche la rendicontazione e il monitoraggio del sistema delle risorse
2. a livello di *outcome* verrà realizzato un affondo sulla qualità della azioni promosse, sulle modalità e sui risultati raggiunti;
3. a livello di *impact*, si prevede la selezione di 1 indirizzo di policy per annualità (es. sostegno alla domiciliarità, promozione della genitorialità...) sul quale realizzare un affondo qualitativo che intercetti la soddisfazione e le percezioni di cambiamento dei destinatari diretti delle azioni.

Qui di seguito una schematizzazione rispetto ai livelli di coinvolgimento tecnico su ciascun oggetto di valutazione.

	<i>Output</i>	<i>Outcome</i>	<i>Impact</i>
<i>Sistema delle risorse</i>	Ufficio di piano		
<i>Governance</i>			
<i>Contenuti di policy</i>		Ufficio di piano, tavolo tecnico e tavoli d'area	Tavoli d'area Beneficiari degli interventi

E' ipotizzabile che il livello di output, su tutti gli oggetti di valutazione, coinvolga direttamente l'ufficio di piano, che già presidia e governa la raccolta e l'elaborazione delle informazioni del debito. Il livello di *outcome* non potrà che attivare una riflessione allargata al livello locale (tavolo tecnico) e ai tavoli d'area, che acquistano una funzione diretta di monitoraggio e valutazione del piano nel suo complesso ed in particolare delle azioni promosse nelle aree di propria competenza. Mentre per il livello di *impact* potrà essere coinvolto attraverso indagini ad hoc, oltre al tavolo tematico in funzione di advocacy dei potenziali destinatari, anche una rappresentanza di destinatari.

### 6.3 Il metodo: il disegno della valutazione

La valutazione del piano, focalizzata su questi tre oggetti di analisi, intende quindi rilevare il cambiamento che la programmazione e pianificazione delle politiche sociali e sociosanitarie ha prodotto sul territorio distrettuale.

Dal punto di vista della correttezza e coerenza metodologica, la valutazione, per ciascun oggetto e per ciascun livello di valutazione, sarà condotta a partire dalla definizione di uno specifico disegno di valutazione.

Il disegno di valutazione prevede i seguenti passaggi metodologici:

1. Individuazione della **finalità** della valutazione
2. Identificazione dello **scopo** (la mission) dell'oggetto di valutazione
3. Identificazione delle **dimensioni** di valutazione
4. Identificazione dei **criteri**
5. Identificazione degli **indicatori**
6. Identificazione degli **strumenti e delle fonti informative**
7. **Rilevazione** sul campo.
8. **Analisi dei dati** e delle informazioni rilevate

- 
9. **Valutazione vera e propria** (espressione di un giudizio) e identificazione degli obiettivi di miglioramento.
  10. Individuazione delle **strategie di miglioramento**
  11. **Restituzione dei risultati della valutazione** agli stakeholders

Laddove in sintesi:

1. Per **finalità** della valutazione si intende la buona ragione che ha indotto a valutare il piano di zona. Se potrebbe apparire ovvio che questa sia definita, tuttavia esperienze maturate in altri contesti analoghi portano a considerare come spesso tale aspetto non sia poi così chiaro (né condiviso fra gli attori), da ciò si sottolinea pertanto l'importanza di non dare per "scontato" questo passaggio bensì di considerarlo come punto di partenza.
2. Per **scopo o mission** si intende un paradigma di valore a carattere generale che orienta l'attività e i comportamenti di un progetto nel suo complesso e di tutti i suoi attori. La *mission* in pratica esprime e definisce la funzione e gli indirizzi di fondo del progetto-oggetto della valutazione.
3. Per **dimensioni da valutare** si intendono gli aspetti specifici attorno ai quali focalizzare la valutazione; essi riguardano i focus intorno ai quali il processo valutativo si concentrerà.
4. Per **criteri di valutazione** si intendono gli aspetti valoriali intorno ai quali focalizzare la ricerca valutativa; essi discendono direttamente dalla *mission* e sono coerenti con le dimensioni valutative; il criterio definisce che cosa è rilevante per il valutatore.
5. Gli **indicatori** da individuarsi sono quelli che, fra loro connessi, "misurano" la realizzazione di un determinato criterio di valutazione.

Per indicatore si intende una variabile (quantitativa o qualitativa) in grado di rappresentare sinteticamente un fenomeno e riassumerne l'andamento; gli indicatori dunque servono a tradurre in elementi osservabili e misurabili i criteri di valutazione individuati al punto precedente. La scelta degli indicatori è un'operazione complessa, soprattutto per progetti complessi e a carattere preventivo o promozionale come quelli sociali, in cui spesso i fenomeni da valutare sono difficilmente osservabili e direttamente misurabili. Soprattutto per questi motivi, spesso è utile ricorrere non a uno solo, ma a gruppi di indicatori, "*standard*" (quantitativi) e "*non-standard*" (qualitativi), provenienti da fonti informative diverse per tentare di misurare in maniera più accurata un determinato fenomeno.

6. L'identificazione di **strumenti e le fonti informative** consente di raccogliere i dati e le informazioni utili per dare un valore agli indicatori identificati.

---

Esempi: 1. Strumento: *Check list di rilevazione di informazioni oggettive, fonte di informazione*: *archivio dei servizi*; 2. Strumento, *questionario di soddisfazione agli utenti di un servizio e del servizio, fonte utenti*; 3. Strumento, *intervista agli stakeholder, fonte terzo settore, sindacati, associazioni*

7. La rilevazione dei **dati e delle informazioni** avviene utilizzando gli strumenti costruiti e attraverso le fonti informative identificate.
8. Si procede all'**analisi** dei dati e delle informazioni raccolte sia attraverso, laddove è opportuno, l'analisi statistica, sia attraverso semplici tabelle comparative per sintetizzare le informazioni qualitative raccolte.
9. Si giunge quindi alla **valutazione vera e propria**: sulla base delle analisi svolte gli attori interessati esprimono giudizi sulle positività e criticità emerse, finalizzati ad individuare le aree di miglioramento.
10. Si prevede, a questo punto, l'identificazione delle **strategie di miglioramento**: si decidono le azioni che si intendono implementare per realizzare i miglioramenti ipotizzati.
11. Infine va previsto un piano di **restituzione dei risultati** della valutazione agli stakeholder ponendosi le domande: chi ha diritto di sapere? Chi è utile che sappia?

È cruciale **compiere tale percorso valutativo per intero**: il salto anche di un solo passaggio (quale ad esempio la determinazione degli indicatori senza avere definito i criteri sottostanti) potrebbe registrare infatti effetti confusivi e probabilmente richiedere di tornare indietro ed esplicitare gli *step* mancanti.

Portare al termine il percorso valutativo seguendo i diversi passaggi nella sequenza proposta si ritiene tanto cruciale quanto più si assume effettivamente la valutazione come percorso di apprendimento orientato alla definizione e successiva implementazione di strategie di miglioramento operative

---

## ALLEGATI

### 1 Documento sull'integrazione socio-sanitaria prodotto dall'ASL



#### L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA NELLA PROGRAMMAZIONE ZONALE

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

#### AREA DEI SERVIZI

##### 1) ADI

Tale area assume una rilevanza strategica in quanto destinata a:

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

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

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

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

Il sistema per gli interventi ed i servizi domiciliari si sono ispirati, negli anni, al modello delle domiciliarizzazione delle prestazioni, (intendendo per domicilio il normale ambiente di vita della persona, sia essa la propria abitazione, sia una struttura comunitaria, casa di riposo o casa protetta a residenzialità permanente) e si presentano, sempre più spesso, con una forte valenza integrativa delle

prestazioni, per la natura ed alla complessità dei bisogni a cui si rivolge. Si connota, altresì, per l'unitarietà d'intervento basato sul concorso progettuale di apporti professionali, sanitari e di protezione sociale organicamente inseriti nel progetto assistenziale personalizzato, e per questo motivo, non può essere lasciato ai singoli accordi locali e alla disponibilità degli operatori.

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

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

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

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

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

INTERVENTI/AZIONI	<p>Definizione di un percorso di presa in carico della persona non autosufficiente attraverso programmi personalizzati, flessibili, con percorsi integrati tra assistenza a domicilio, centri diurni assistiti /ricovero di sollievo ed il supporto/integrazione al ruolo della famiglia nel lavoro di cura e di assistenza.</p> <p>Gli elementi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Adeguato sistema di accesso, valutazione e presa in carico e di accompagnamento</u></li> <li>• <u>Interventi di sostegno al domicilio</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Assegno di cura</i></li> <li>• Assistenza domiciliare</li> <li>• <i>Programma di emersione, regolarizzazione e qualificazione del lavoro delle assistenti familiari.</i></li> <li>• <i>Offerta di opportunità residenziali per ricoveri temporanei e di sollievo</i></li> </ul> </li> <li>• <u>Strutture residenziali</u></li> <li>• <u>Centri diurni</u></li> </ul> <p>Definizione della gamma degli interventi che consentono il mantenimento a domicilio e da prevedere nel PAI (teleassistenza/telesorveglianza; ass. domic; acc. sollievo; pasto; trasporto; attività di gruppo, assistenti familiari, interventi di adattamento domestico )</p> <p>Definizione delle modalità di presa in carico integrata attraverso la sperimentazione mirata di specifici strumenti quali: <i>programma unico integrato, unico responsabile operativo del PAI; unica cartella socio-sanitaria</i></p>
-------------------	--

MODALITA' DI ATTUAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• dovrà essere costituita una commissione composta da rappresentanti dell'ASL, dell' U.d.P. e del Terzo settore, con il compito di operare sulla produzione di procedure di PIC in unità di offerta;</li> <li>- dovranno essere individuate le unità d'offerta che si intende coinvolgere attraverso una rilevazione delle principali tipologie di prestazioni fin'ora ad ora erogate ivi compresi l'erogazione di contributi per adattamento domestico e/o tecnologico effettuato nell'ambito della legge 23</li> <li>- mappatura dei soggetti a rischio di isolamento e solitudine in base alla specificità territoriale</li> <li>- mappatura e messa in rete di tutti i soggetti che nel territorio svolgono iniziative e si rendono disponibili ad aderire ad una logica di rete</li> <li>- Elaborazione del PAI, i suoi contenuti e le modalità di condivisione di una scheda unica.</li> <li>- Sostegno all'associazionismo e al volontariato per promuovere: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ iniziative a carattere informativo ma anche di riflessione sui cambiamenti in atto e diversi bisogni degli anziani del futuro prossimo (es: maggiore presenza femminile, cambiamenti culturali e di stili di vita)</li> <li>○ sperimentazione del ruolo dei volontari care giver: interventi formativi</li> </ul> </li> <li>-</li> </ul>
RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Miglioramento della qualità delle prestazioni a sostegno della persona non autosufficiente e del proprio contesto di vita ( familiare)</li> <li>- Elaborazione di strumenti operativi condivisi</li> <li>- Maggior flessibilità delle risorse e degli interventi in funzione del bisogno/benessere della persona non autosufficiente</li> <li>- Elaborazione e approvazione di scheda unica informatizzata comprensiva di PAI integrato</li> <li>- Stabilizzazione di un sistema integrato e coordinato di intervento</li> <li>- Sostegno alle reti di solidarietà</li> </ul>

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

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

	rimodulazione nel corso del 2009 in attuazione della dgr 7915 - nuovi profili assistenziali per pazienti affetti da SLA in attuazione della dgr 7915 - definizione/intensificazione di profili assistenziali rivolti a pazienti affetti da patologie neurologiche evolutive
RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Modalità integrate fra ASL e UdP nella gestione delle richieste di intervento da parte di utenti fragili nell'area neurologica evolutiva</li> <li>▪ Presa in carico integrata di pazienti fragili con patologie neurologiche evolutive ed erogazione di titoli socio-sanitari e socio-assistenziali</li> <li>▪ Definizione di interventi innovativi a favore degli utenti target</li> </ul>

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

## **2) PUNTI UNICI DI ACCESSO**

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

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

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

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

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

INTERVENTI/AZIONI	<p>Obiettivo A</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mappatura dei punti di accesso al pubblico esistenti sul territorio appartenenti alle Amministrazioni comunali (segretariato sociale), ai distretti dell'ASL (sportelli fragilità) al Terzo settore (sportelli informazioni).</li> <li>• Analisi delle competenze specifiche dei punti di accesso sopra indicati, delle materie trattate e delle richieste provenienti dall'utenza.</li> <li>• Individuazione delle competenze da assegnare ai "punti unici di accesso" e delle figure professionali necessarie.</li> <li>• Individuazione sul territorio di un minimo di due punti unici di accesso ove sperimentare sinergie tra i soggetti coinvolti (sportello fragilità/segretariato sociale/sportelli informazioni).</li> <li>• Realizzazione e sperimentazione di strumenti informatici a disposizione degli operatori per la raccolta dati (es. schede individuali) e per evadere le richieste (es. attraverso la rete).</li> <li>• Verifica della sperimentazione rispetto alle esigenze dell'utenza, alla qualità percepita, al coinvolgimento dei soggetti, di seguito, eventuali azioni correttive ed estensione del progetto sul territorio.</li> <li>• Predisposizione di un piano di formazione rivolto al personale dei punti unici di accesso ed avvio delle iniziative di formazione.</li> <li>• Creazione di una sezione "dedicata" sul sito aziendale rivolto all'utenza fragile con possibilità di interagire per richiedere e ricevere informazioni.</li> </ul> <p>Obiettivo B</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mappatura delle banche dati esistenti tra i soggetti coinvolti.</li> <li>• Individuazione dei dati e delle informazioni utili al perseguimento dell'obiettivo.</li> </ul>
-------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Costruzione dello strumento informatico atto a contenere i dati e rappresentare l'anagrafica dell'utenza fragile.</li> </ul>
MODALITA' DI ATTUAZIONE	Un gruppo di lavoro composto da un rappresentante per ufficio di piano, un rappresentante per distretto, un rappresentante per distretto individuato dal tavolo del terzo settore, coordinati dal responsabile dell'U.O.C. Pianificazione zonale. Per l'obiettivo B il gruppo di lavoro dovrà essere integrato da un rappresentante dell'U.O.C. Osservatorio Epidemiologico.
RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maggiore integrazione tra servizi socio-sanitari e socio-assistenziali al fine di omogeneizzare gli interventi all'utenza.</li> <li>- Miglior accesso della persona fragile alla fruizione dei servizi.</li> <li>- Migliore conoscenza della realtà territoriale.</li> </ul>

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

### **3) CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

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

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

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

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

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

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

Particolare attenzione si intende porre all'AREA PEDIATRICA.

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

Il progetto si propone di:

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

- 
- favorire la conoscenza dell'uso dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali da parte di bambini e genitori

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

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

( allegato Intesa)

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

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

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

#### **5) IL SISTEMA INFORMATIVO INTEGRATO**

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

#### **MODALITA' DI LAVORO:**

- a) integrazione delle informazioni disponibili per la valutazione dei bisogni di area sociale e sociosanitaria

---

b) attivazione di un sistema informativo integrato presso i punti unici di accesso;

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

**FASI:**

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

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

**EVENTUALI ESPERIENZE PREGRESSE CHE SI VUOLE SISTEMATIZZARE:**

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

Le risorse saranno in parte relative agli operatori Osservatorio Epidemiologico ASL

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

---

## AREA DEI BISOGNI

### DISABILITÀ

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

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

#### **AZIONI:**

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

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

### “TUTELA” MINORI

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

**MODALITA' DI LAVORO:** a) Formazione ed integrazione degli operatori consultoriali in ambito diagnostico;

b) attivazione di “centri professionali di mediazione familiare”

---

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

**FASI:**

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

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

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

**PROMOZIONE ALLA SALUTE**

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

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

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

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

**PREVENZIONE DEL DISAGIO MINORILE**

**DESCRIZIONE MACRO OBIETTIVO:** Definizione di un modello operativo condiviso per tutti e 7 gli ambiti distrettuali nella presa in carico del minore con particolare riguardo alla valutazione delle competenze genitoriali. Sostenere e sviluppare risposte a genitori e bambini che necessitano di

---

sostegni relazionali, ma che non presentano caratteristiche e problematiche tali da giustificare una presa in carico dei servizi stessi. Promuovere modalità di collaborazione stabile tra sistema dei servizi.

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

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

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

(possibile collegamento con area mediazione familiare e progetto mosaico in termini di coprogettazione).

### **VIOLENZA DOMESTICA ED IVG**

**DESCRIZIONE MACRO OBIETTIVO:** Implementare le competenze professionali degli operatori consultoriali e dei servizi territoriali sulla delicata tematica della violenza domestica.

Sensibilizzare gli operatori ad una condivisione e formalizzazione delle metodologie con la quale viene accolta e seguita la donna che si presenta con una richiesta di IVG, finalizzata ad una presa in carico globale della persona, della coppia, della famiglia alla luce dei cambiamenti sociali e culturali di questi anni

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

**AZIONI:** Definizione di due proposte formative aperte agli esterni.

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

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

### **PRESA IN CARICO MINORI SOTTOPOSTI A PROVVEDIMENTI DELL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA**

**DESCRIZIONE MACRO OBIETTIVO:**

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

- garantire la continuità degli interventi;

- 
- definire buone prassi operative per la presa in carico complessiva dei minori sottoposti a procedimento penale;
  - attivare accordi interistituzionali che migliorino le modalità comunicative e definiscano il rapporto di collaborazione tra i diversi soggetti coinvolti.

e la definizione di procedure operative efficaci, in grado di realizzare le connessioni necessarie e la dovuta integrazione tra i diversi servizi coinvolti, ponendo al centro degli interventi l'interesse del minore, con un progetto unitario in particolare laddove esista una presenza di più provvedimenti dell'autorità giudiziaria ( penali, civili e/o amministrativi).

#### **MODALITA' DI LAVORO:**

Definizione di un tavolo di lavoro interistituzionale

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

**AZIONI:.** Ricognizione delle iniziative progettuali già avviate

Ricognizione del personale ASL, EELL, AO

Definizione di un percorso formativo

Attivazione di momenti di confronto con le buone prassi esistenti nel territorio ed a livello regionale

Attivazione di percorsi di sensibilizzazione in contesti di particolare rilevanza

Attivazione di un percorso a carattere sperimentale di mediazione penale ( ipotesi di centro polivalente nel Castanese).

**STRUMENTI:** Stesura protocolli operativi, condivisione e formalizzazione.

#### **ABUSO MINORI**

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

#### **MODALITA' DI LAVORO:**

Definizione di un tavolo di coordinamento a carattere interistituzionale per la definizione di linee d'indirizzo, che individuano un percorso definito sulle procedure da seguire e su quali servizi

---

coinvolgere nei casi di sospetto abuso/maltrattamento, e le iniziative formative e di prevenzione da attivare, mettendo in raccordo le risorse e le azioni di ciascuna istituzione interessata con specifico protocollo d'intesa.

#### **AZIONI**

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

**STRUMENTI:** definire un protocollo integrato di presa in carico

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

#### **TOSSICODIPENDENZA E GENITORIALITA'**

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

Il protocollo è lo strumento finalizzato a garantire:

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

#### **MODALITA' DI LAVORO:**

---

## **TAVOLO CENTRALE DI GOVERNO DEGLI ACCORDI**

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

- Un Dirigente – Responsabile dei Servizi Sociali Comunali, in rappresentanza di tutti i Comuni del singolo Ambito, per il numero di Ambiti sottoscrittori del protocollo;
- Il Direttore di ogni Distretto, cointeressato al protocollo;
- Un Dirigente del Dipartimento Salute Mentale, per ogni Azienda Ospedaliera firmataria dell'accordo;
- Il Dirigente del Dipartimento Dipendenze dell'ASL MI1, che presiede il Tavolo.

Il Tavolo Centrale svolge i seguenti compiti:

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

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

## **TAVOLO DISTRETTUALE**

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

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

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

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

## **GRUPPO DI REGIA**

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

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

#### **AZIONI**

- Costituzione di equipe integrate sui singoli nuclei familiari, così come previsto nei protocolli distrettuali previsti dal progetto Mosaico locale, con la partecipazione di operatori di SerT/NOA, Consulteri, EELL, AO.
- Monitoraggio della correlazione tra le problematiche della dipendenza degli adulti con figli minori e le problematiche di rischio e di tutela dei figli;
- Organizzazione di percorsi formativi comuni per i diversi profili professionali che operino nei gruppi di lavoro integrati.
- Graduale coinvolgimento di altre istituzioni del territorio, cointeressate, per competenza, alle problematiche affrontate.
- Verifica e valutazione della qualità e dell'equità dell'accesso della casistica alla progettazione e gestione integrata e dell'efficacia dei processi di aiuto.

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

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

#### **GESTIONE DEI CASI DI TUTELA, CURATELA E AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**

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

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

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

---

**AZIONI :**

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

**STRUMENTI:**

Schema di convenzione.

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