

*Ufficio di Piano dei Servizi e degli Interventi Sociali
dei Comuni appartenenti al Distretto di Menaggio*

ente capofila

AZIENDA SOCIALE CENTRO LARIO E VALLI



PIANO DI ZONA DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI

Triennio 2019 – 2020

Dicembre 2018

1. INTRODUZIONE

1.1 Premessa

La legge 8 novembre 2000, n. 328 – “*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*”- ha previsto che, già dal 2001, i Comuni, associati in un ambito territoriale definito (ossia il distretto sanitario), provvedessero a definire il **Piano di Zona**.

Nello specifico, il Distretto di Menaggio ha approvato e sviluppato specifici Piani di Zona per il biennio 2003-2004, prorogato poi nel 2005 e per i trienni 2006-2008, 2009-2011, 2012-2014 e 2015-2017, prorogato nell'anno 2018.

Attualmente, a sedici anni di distanza, i Comuni del Distretto, con il presente documento, come definito dalla normativa nazionale e regionale, intendono definire le linee guida programmatiche per il biennio 2019-2020.

La programmazione del **primo triennio** – 2002-2005 – sottolineava l'importanza di introdurre il sistema dei titoli sociali nelle forme dei buoni e dei voucher al fine di promuovere la libera scelta del cittadino e l'omogeneizzazione dell'offerta dei servizi a livello territoriale.

Nella **seconda triennalità** – 2006-2008 – venivano evidenziati due elementi: da un lato, l'importanza di potenziare il già sollecitato sistema dei titoli sociali con particolare riferimento ai voucher, che, rispetto ai buoni, consentono una maggiore personalizzazione delle prestazioni, dall'altro la promozione delle forme associate di gestione con un crescente coinvolgimento dei soggetti del terzo settore.

Nella **terza triennalità** conclusasi nel 2011, le indicazioni regionali evidenziavano l'urgenza di dare particolare rilevanza all'omogeneizzazione delle modalità di accesso alla rete, di realizzazione di un puntuale e capillare servizio di segretariato sociale e, soprattutto, di promuovere l'integrazione tra sociale e socio-sanitario.

La **quarta triennalità** 2012-14 ha invece iniziato a contenere elementi di novità che hanno segnato un punto di discontinuità rispetto alle precedenti triennalità. Infatti in quest'ultimo triennio si è reso necessario:

- focalizzare l'attenzione sulla ricomposizione istituzionale e finanziaria degli interventi, delle decisioni e delle linee di programmazione;
- liberare le energie degli attori locali, semplificando il quadro degli adempimenti, armonizzando le linee di finanziamento regionali e facendo convergere le risorse regionali tradizionalmente destinate ai piani di zona verso sperimentazioni locali di un welfare promozionale e ricompositivo.

Il coordinamento degli interventi locali ha visto sempre più nell'ufficio di Piano, gestito a livello territoriale dall'Azienda Sociale, un protagonista, poiché lo stesso si è posto come soggetto in grado di:

- connettere le conoscenze dei diversi attori del territorio;
- ricomporre le risorse che gli enti locali investono nei sistemi di welfare, favorendo l'azione integrata a livello locale;
- interloquire con le ASL per l'integrazione tra ambiti di intervento sociale e socio sanitario
- promuovere l'integrazione tra diversi ambiti di policy.

La programmazione del **triennio 2015-2017, proseguita nel 2018**, si è inserita in un periodo in cui la riduzione e la ricomposizione delle risorse pubbliche dedicate alle politiche sociali ha reso sicuramente più urgente la necessità di accelerare i processi di cambiamento e innovazione che da un decennio hanno investito il sistema di welfare locale. Gli strumenti della sussidiarietà, quando utilizzati correttamente, hanno portato alla creazione di reti locali in cui la produzione di servizi e la distribuzione delle risorse sono potute diventare più efficienti e coerenti con i bisogni delle famiglie.

Questo cambiamento ha investito soprattutto i Comuni, singoli o associati, coinvolgendo tutti gli attori dello spazio pubblico, compresi quelli di natura privata e di terzo settore. Per tutti si è posto come inderogabile il superamento di una visione riduttiva delle politiche sociali, ponendosi come soggetti attivi e responsabili di un processo di riforma che dovrà sicuramente essere nei prossimi anni più ampio e partecipato. La programmazione si è caratterizzata per una rinnovata attenzione alla rete dei servizi sociali e sociosanitari e

al supporto che il sistema di interventi ha potuto offrire alle famiglie perché i loro bisogni trovassero adeguata risposta nelle reti di offerta. Ci si è orientati verso un sistema di welfare locale capace di leggere in modo integrato i bisogni di cura delle persone e delle loro famiglie con particolare riferimento ai loro componenti fragili, garantendo che questi venissero presi in carico ed accompagnati verso il servizio più adeguato ai bisogni.

La programmazione per gli **anni 2019-2020**, nonostante una discreta risposta a livello economico, vede ancora aperte le tematiche relative all'indebolimento della famiglia, alla continua erosione delle reti comunitarie di relazione, alla longevità delle persone unita alla riduzione della natalità ed alla precarizzazione del lavoro

Per risolvere questi squilibri e arginare tutti questi fattori che hanno ormai profondamente mutato anche il panorama demografico e sociale del territorio, non possono bastare rimedi esclusivamente economici.

Siamo convinti che il sociale rimanga un fondamentale nodo di coesione per creare legami tra le persone e riuscire a rispondere a questo bisogno di protezione espresso dalle comunità: l'esperienza dei Comuni associati per la gestione dei servizi sociali dimostra che l'unificazione degli intenti, dei processi e delle risorse alimenta la ricomposizione delle politiche e degli interventi, riuscendo così ad essere incisiva ed inclusiva nelle dinamiche sociali e comunitarie.

I servizi sociali, che rappresentano una sorta di front-office dei bisogni, sono un implacabile osservatorio di questi meccanismi sociali in evoluzione ma non sono attrezzati per rispondervi, essendo totalmente assorbiti dalla necessità di erogare interventi di tutela alle fasce "certificate" come deboli: riescono ad occuparsi dell'utenza "classica" ma non hanno le risorse per affrontare i problemi emergenti e ancora difficilmente codificabili che interessano platee sempre più ampie.

E' evidente che in un contesto di questo genere le comunità locali, i Comuni in particolare, sono supportati poco e male dalle miriadi di iniziative promosse dal legislatore nazionale o regionale per tamponare le situazioni sopracitate: misure e bonus sono impegni lodevoli, ma non lo è la loro natura a spot o sperimentale che inevitabilmente riconosce e remunera, di volta in volta, categorie diverse di bisogno, rendendo impossibile un risolutivo cambiamento di status.

Una risposta pubblica al bisogno con un'impostazione di tipo burocratico-amministrativo finisce per indebolire invece che semplificare: altrimenti detto, la frammentazione delle risorse e il fatto che esse vengano vincolate, nel loro utilizzo, dalla loro provenienza, non permette di attuare una programmazione flessibile libera di variare al variare dei bisogni reali.

Di fronte a questa realtà, obiettivo che ci si pone per questo biennio è quello di sviluppare **"una comunità che si prende cura"** delle famiglie e dei minori, dei giovani, delle persone fragili, degli anziani e dei soggetti con disabilità, in un'ottica che integrazione tra tutti i soggetti che "si preoccupano" dei bisogni emergenti nel territorio.

La prospettiva è quindi la costruzione di un **welfare di comunità** nel quale i diversi attori pubblici e privati del territorio condividano l'obiettivo di migliorare le condizioni sociali e valorizzare i beni condivisi attraverso la programmazione, la gestione, le risorse comuni.

Gli obiettivi quindi del biennio 2019-2020, in una prospettiva di flessibilità di percorso, possono così essere sintetizzati

- la riorganizzazione dell'assetto istituzionale previsto dalla modifica della L.r. 23/2015, di cui si farà menzione nei prossimi capitoli
- la promozione di un processo di rinnovamento ed innovazione dei servizi sociali
- la cura dell'integrazione
- l'impulso alla digitalizzazione
- l'impegno a realizzare progettualità comuni a livello di ambito ed anche di sovra ambito territoriale.

I principali beneficiari dell'effetto di tali azioni a livello territoriale, di programmazione locale e di lavoro sociale, dovranno essere le **famiglie** e le **comunità locali**.

1.2 I cambiamenti istituzionali in Regione Lombardia

Il quadriennio appena trascorso ha decisamente visto degli importanti cambiamenti nell'assetto istituzionale.

La X legislatura regionale (2013-2018) ha visto la Giunta lombarda impegnata in un ampio sforzo di riforma del welfare. Numerose, infatti, sono state le novità normative introdotte e molteplici i percorsi messi in moto: la riforma del sistema sociosanitario (legge regionale n. 23/2015), innanzitutto, ma anche la costituzione del Fondo famiglia, l'avvio di una strada lombarda al contrasto all'esclusione sociale, la previsione del rafforzamento della presa in carico e molto altro.

La legge regionale n. 23/2015 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e il Titolo II della legge regionale del 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)", come noto, ridefinisce l'assetto istituzionale del welfare lombardo delineando il profilo di nuovi organismi deputati a governare e gestire il sistema pubblico dei servizi sanitari e sociosanitari e ne declina relativi compiti e funzioni. L'operazione messa in capo è di un'epocale riorganizzazione istituzionale del sistema, che punta, in prima battuta, al ridisegno degli organismi istituzionali e degli assetti e organizza il sistema su tre livelli: quello centrale regionale a cui spettano le funzioni di programmazione, indirizzo e controllo; le sue articolazioni amministrative, ovvero le nuove Agenzie territoriali della salute (ATS) – evoluzione delle precedenti ASL – infine le ulteriori articolazioni operative cioè le Aziende sociosanitarie territoriali (ASST) che accorpano i servizi ospedalieri e quelli della rete territoriale.

Si può sintetizzare, affermando che le direttrici principali lungo le quali si è mossa la riforma sono: la prima il compimento del processo di separazione delle funzioni programmatoria e gestionale, rimasto incompiuto dalle riforme precedenti. Le ASL, come noto, sino ad allora assommavano a funzioni programmatiche e di regolazione anche competenze dirette nella gestione ed erogazione di servizi sociosanitari nell'area materno infantile, della domiciliarità, delle dipendenze e della salute mentale. Con la riforma le nuove ATS perdono lo status di Aziende (non erogano più) e diventano Agenzie, ovvero braccio territoriale della Regione con compiti di programmazione e governo del sistema. La gestione viene invece assegnata esclusivamente alle ASST, evoluzione delle Aziende ospedaliere, che acquisiscono la rete dei servizi territoriali lasciati dalla trasformazione delle ASL, all'interno delle quali si ricomponde quindi la filiera erogativa dell'ospedale e del territorio.

La seconda direttrice è quella dell'accorpamento. L'accorpamento si gioca attribuendo ai nuovi organismi perimetri di riferimento più ampi, modificando radicalmente la geografia del sistema sociosanitario. Questo in particolare vale per le ATS, che passano dalle precedenti 15 ASL alle attuali 8 Agenzie e il conseguente ridisegno dei distretti. Obiettivo di questi cambiamenti è certamente l'ipotesi che il ricomporre in un'unica organizzazione le diverse parti di un sistema ne favorisca maggiormente – nell'operatività – un funzionamento integrato.

Questo cambiamento di scenari per l'ambito sociale di Menaggio la l.r. n. 23 ha comportato numerosi cambiamenti, in quanto è stato previsto l'accorpamento dell'ambito distrettuale Medio Alto Lario (di cui fa parte l'ambito sociale di Menaggio) con ATS Montagna, comprendente gli ambiti della provincia di Sondrio e la Valle Camonica, differentemente dal passato in cui questo territorio erano aggregati agli altri ambiti della Provincia di Como (con la riforma entrati a far parte dell'ATS Insubria). L'ASST di riferimento è l'ASST Valtellina e Medio Alto Lario (gli ambiti della provincia di Como afferiscono all'ASST Lariana).

Il biennio che sta per iniziare vedrà per l'ambito sociale di Menaggio un ulteriore cambiamento, in quanto l'ambito sociale di Menaggio verrà scorporato dall'ATS Montagna e diventerà parte dell'ATS Insubria. Questo comporterà necessariamente una rinegoziazione e riorganizzazione dei servizi e degli interventi, soprattutto in ambito socio sanitario.

La condizione nella quale verrà sviluppata la programmazione sociale rimane quindi di profonda incertezza, dato l'attuale "momento di passaggio", a seguito della modifica dell'assetto istituzionale previsto dalla legge 23/15. Questo porta con sé la consapevolezza che tutto ciò potrebbe portare nel biennio a venire ulteriori mutamenti, riorganizzazioni ed evoluzioni dell'assetto istituzionale. Infatti, a livello locale, oltre alla complessità dovuta alla necessità di gestione unitaria delle numerose misure attivate negli anni dal livello nazionale e regionale per il sostegno delle persone in difficoltà, si aggiunge quindi anche quella di un territorio che è in trasformazione.

1.3 Le linee guida regionali

Le linee guida per la programmazione sociale confermano le linee prioritarie di ricomposizione dei servizi, delle informazioni e delle risorse così come proposte nella precedente triennalità. Il tema dell'innovazione sociale, ormai presente nell'esperienza dei territori, viene recepito come linea di lavoro cruciale per i prossimi anni, e viene annunciato un piano regionale per la povertà che dia attuazione alla recente riforma del Reddito di Inclusione (ReI).

Fatta eccezione per l'attuazione del ReI, le Linee di indirizzo esprimono una sostanziale continuità con i principi e gli obiettivi della precedente triennalità. Il tema a cui è dedicato il maggiore spazio e che rappresenta il cambiamento più immediatamente tangibile per i territori non afferisce agli obiettivi dei sistemi di welfare locali, ma all'assetto di governance dei territori.

1.3.1 Assetto organizzativo

Le Linee Guida propongono sostanzialmente ai territori un riallineamento tra l'assetto degli interventi sanitari e sociosanitari e quello della programmazione sociale, individuando l'ambito distrettuale come livello appropriato della programmazione. Nei territori montani l'art.7 bis della legge 23/2015 prevede che: (...) *I distretti sono articolati dalla ATS in ambiti distrettuali, comprendenti ciascuno una popolazione di norma non inferiore a 80.000 abitanti. Nelle aree ad alta densità abitativa tale rapporto è elevato fino a 120.000 abitanti. Nelle aree montane e nelle aree a scarsa densità abitativa, l'ambito può comprendere una popolazione minima di 25.000 abitanti. Per la Città Metropolitana di Milano i distretti e le relative articolazioni in ambiti distrettuali tengono conto delle articolazioni territoriali funzionali della stessa.*(...).

I territori sono liberi di muoversi con tempi e modalità differenti dentro una traiettoria aggregativa che è indicata nelle Linee Guida, senza essere tuttavia prescritta in modo cogente. In linea di principio, il riallineamento tra i livelli di programmazione sociale e sanitaria dovrebbe semplificare l'integrazione tra due sfere di intervento cruciali per la qualità delle politiche e delle azioni nel territorio.

Per quanto concerne l'ambito territoriale di Menaggio, essendo ambito montano e a scarsa densità abitativa, in riferimento all'art. 7bis sopracitato, si ritiene che non sia necessario prevedere un accorpamento territoriale in quanto sono già rispettati i parametri previsti. Inoltre il territorio, le caratteristiche sociali, le forme di collaborazione già in essere tra i comuni dell'ambito fanno sì che la scelta di definire una programmazione sociale relativamente all'ambito sociale di Menaggio sia rispondente appieno ai dettami regionali, anche in un'ottica di integrazione tra le politiche sociali e socio sanitarie, soprattutto in considerazione del fatto che vi è una programmazione ed una gestione unitaria e consolidata di tutti i servizi a livello di ambito e non di singoli comuni, che evita una frammentazione.

1.3.2 Dall'offerta al bisogno

Le linee guida sottolineano come il passaggio da un sistema centrato sull'offerta ad uno focalizzato sull'analisi del bisogno significhi potenziare un modello di welfare costruito sulla risposta integrata ai bisogni – ormai di natura multidimensionale – del cittadino, inteso come singolo e la sua famiglia quali soggetti facenti parte di una rete ampia. Nel passaggio di principio “dalla cura al prendersi cura”, è all'interno del sistema di offerta sociale, composta da attori pubblici, privati, profit e non profit, in integrazione con la rete sanitaria e socio-sanitaria, che il cittadino deve trovare il sostegno necessario ad evitare lo scivolamento o l'acuirsi delle condizioni di vulnerabilità (sia essa sanitaria e/o socio-economica), e una rete capace di fornire una presa in carico complessiva in grado di accompagnare il soggetto nel suo percorso all'interno del sistema di welfare.

La programmazione sociale si deve quindi situare lungo due direttrici principali:

- un sistema basato sulla presa in carico globale della persona;
- un sistema articolato di risposte ai bisogni della persona e della famiglia, fondato sull'offerta consolidata costituente il primo pilastro del welfare e dall'insieme di risposte integrate, flessibili e modulabili governate dal sistema.

La l.r. 23/2015 ha sistematizzato la dimensione centrale della presa in carico della persona basata sulla valutazione multidimensionale del bisogno.

Viene quindi chiesto alle *diverse reti di proseguire il loro lavoro in una logica sinergica e cooperativa, costruendo filiere di servizi e di interventi coerenti e capaci di promuovere un modello di welfare che sostenga le persone fragili, affiancando sia loro che, ove presenti, i rispettivi nuclei familiari, in modo integrato e con continuità garantita nel tempo.*

1.3.3 Obiettivi strategici

Le linee guida regionali sottolineano che, oltre al proseguimento del percorso intrapreso nella precedente triennalità, la nuova programmazione deve perseguire alcuni importanti obiettivi strategici di lungo periodo, con interventi flessibili e facendo leva sulla rete sociale consolidatasi sul territorio. In particolare si indicano i seguenti:

1. **omogeneità di accesso ai servizi e agli interventi sociali** a livello del nuovo Ambito distrettuale (uniformità dei regolamenti, dei criteri di accesso, delle soglie ISEE, il fattore famiglia, ecc.), anche attraverso la compartecipazione di spesa → obiettivo già raggiunto nell'ambito territoriale di Menaggio dall'inizio dell'attuazione dei Pinai di Zona
2. **omogeneità dei criteri di valutazione della qualità delle strutture e degli interventi, degli indicatori di appropriatezza e dei requisiti di accreditamento volontario delle unità di offerta** sul territorio del nuovo Ambito distrettuale. → obiettivo parzialmente raggiunto
3. **attivazione di progetti e percorsi di innovazione sociale**, per sperimentare nuovi modelli di intervento ai bisogni emergenti, facendo leva sulla rete sociale e sui principi di personalizzazione, tempestività, temporaneità e corresponsabilità già introdotti nella precedente triennalità. → obiettivo da sviluppare

1.3.4 L'innovazione

Le linee guida sottolineano quindi che, in un quadro in cui risultano strategici il superamento della frammentarietà degli interventi e delle risorse impiegate, la lettura integrata del bisogno (affidata ai territori in quanto attori principali nell'analisi dei nuovi bisogni) e l'appropriatezza delle risposte, appare rilevante il ruolo dell'innovazione sociale come strumento strategico per il potenziamento del sistema di welfare. L'innovazione sociale può essere vista come *un modello articolato di cambiamenti che raccoglie strutture, servizi e interventi che, in chiave singola e/o coordinata - tramite efficaci modelli sperimentali -, riesce a produrre risposte nuove, appropriate e centrate sui bisogni emergenti, coinvolgendo i diversi attori territoriali in una logica di cooperazione integrata e sussidiarietà.*

Le linee guida propongono l'innovazione sociale quale bussola su cui orientare il sistema nei prossimi anni perché è un modello di azione che può coniugare un miglior utilizzo delle varie risorse a disposizione, potenziare la sinergia tra gli attori e negli interventi, fornire flessibilità nelle risposte e mettere realmente al centro del sistema il cittadino fragile e la sua famiglia.

A proposito di innovazione, prendendo spunto da alcune riflessioni, due osservazioni si impongono:

- In primo luogo occorre **mettere a fuoco l'esigenza di promuovere l'innovazione sociale**. Perché promuovere innovazione sociale? Il welfare dei prossimi anni dovrà essere in grado di rispondere ai problemi di una società che sta cambiando la propria struttura, dove ci sarà una crescita delle disuguaglianze, ma anche dell'infrastrutturazione tecnologica, e una riduzione delle risorse pubbliche, ma anche della forza delle reti sociali. La promozione di comunità, l'ibridazione tra soggetti pubblici, privati profit e non profit, l'individuazione di nuovi assi di azione e l'integrazione delle risorse messe in campo da soggetti differenti si renderanno necessarie per individuare nuove forme sostenibili in grado di affrontare le nuove esigenze sociali.
- In secondo luogo è necessario **identificare i fattori facilitanti e gli ostacoli che possono incontrare tali processi di innovazione**.

Uno degli obiettivi del biennio entrante sarà proprio quello di analizzare gli aspetti soprariportati. Sicuramente si può affermare che tra i fattori facilitanti e/o ostacolanti dell'innovazione sociale si possono ritrovare:

- **La necessità/opportunità di dedicare tempo alla progettazione:** il successo dell'innovazione è determinato dal suo percorso di progettazione. Più questo è strutturato (in un processo con step e tempi), diffuso (includendo tutti gli attori della rete, consueti e non) e tarato sulla lettura dei bisogni e la ricerca di risposte precise a questi ultimi, più la progettazione avrà possibilità di dare buoni risultati. Il processo di progettazione assorbe tempo ed energie che permettono però di costruire le relazioni, competenze e risorse, ovvero gli altri fattori facilitanti. Non sempre è stato possibile e fattibile trovare "il tempo per la progettazione". Obiettivo diventa quindi recuperare questo tempo necessario e opportuno.
- **Avere a disposizione una forte rete di relazioni:** le connessioni con il territorio sono alla base del successo dell'innovazione. Sia nella fase di progettazione che di implementazione, la presenza di una rete allargata pubblica e privata consente di definire obiettivi più mirati, azioni più efficaci e di moltiplicare le risorse (economiche e non). La contaminazione con attori anche inconsueti apre a nuove prospettive e possibilità. L'ambito territoriale vede una rete integrata di attori territoriali che però reclamano una scarsità ed debolezza intrinseca, legata anche alla tipologia di territorio in cui si è innescati.
- **Aprirsi a nuove competenze:** innovare vuol dire operare in modo diverso dal passato e per fare questo serve l'apertura a nuovi approcci, metodi, soluzioni. Le competenze si accumulano se si attiva una rete ampia e differenziata in cui ogni attore dà il suo contributo specifico senza necessariamente che uno di questi (l'ufficio di piano) si debba attivare per risolvere tutto da solo. Questo permette anche di replicare soluzioni da altri settori o di imparare da esperienze pregresse. In questi anni si sta sperimentando in maniera efficace questo approccio, portando visibili cambiamenti nel sistema.
- **Avere a disposizione risorse ed incentivi:** il fatto di dover partecipare a gare competitive e di dover sviluppare una idea "vincente" innesca un circolo virtuoso in cui la tensione alla cura dei dettagli guida la progettazione. Avere risorse dedicate all'innovazione, con un budget adeguato al progetto, permette di dedicare le giuste energie alla sua realizzazione ed evita che l'innovazione si riduca a "tempo rubato" al lavoro ordinario, o ad una missione impossibile già persa in partenza per assenza di risorse.
- **La frammentazione/ricomposizione delle fonti di finanziamento.** Nella sfera pubblica, i meccanismi di finanziamento non hanno solo un rilievo economico, ma impattano sulle logiche decisionali. Fonti di finanziamento frammentate generano modelli decisionali frammentati, che faticano a produrre letture sistemiche dei fenomeni e sono guidati nelle decisioni dalle logiche amministrative più che dai fabbisogni del contesto in cui operano. Ricomporre le fonti di finanziamento è una leva cruciale per riconsegnare ai territori una maggiore libertà nei processi conoscitivi e una maggiore capacità di impiegare in modo creativo e innovativo le proprie conoscenze. In questi ultimi anni c'è stata una "rincorsa" alla ricomposizione delle risorse, cercando di superare la logica delle frammentazioni. L'auspicio è che tale ricomposizione venga proposta in primis dal programmatore regionale, al fine di facilitare i processi di programmazione di innovazione dei diversi territori.

La sfida cruciale che il territorio ha di fronte è quindi sicuramente quella di saper interpretare in modo appropriato i nuovi problemi, saper introdurre nuove modalità per affrontarli, saper aggregare le risorse necessarie da parte dei differenti soggetti e poter continuare a lavorare alla tessitura e alla connessione di un sistema di welfare che rappresenti un vettore di sviluppo dell'ambito, in un'ottica di "sviluppo di comunità che si prende cura".

La convinzione che guida la programmazione territoriale è che la costruzione di un welfare locale in forma partecipata e integrata passa però non solo attraverso processi di innovazione ma anche e soprattutto attraverso la **valorizzazione delle risorse della comunità:** proprio per questo la programmazione del prossimo biennio avrà tra le sue matrici di riferimento la famiglia e le comunità locali, componenti attive del sistema di protezione sociale in grado di creare coesione sociale, crescita, integrazione, inclusione e anche prevenzione.

1.4 Strumenti e assetti della programmazione

1.4.1 Il Piano di Zona

Le linee guida regionali stabiliscono che il Piano di Zona è lo strumento di programmazione in ambito locale del sistema di offerta sociale ed è centrale per il buon funzionamento della governance locale rispondendo al meglio al bisogno sociale che la comunità locale manifesta.

Per realizzare questo obiettivo occorre svolgere con continuità un'analisi integrata dei bisogni sociali territoriali, espressi e sommersi, e dei fattori di rischio emergenti, programmando le risposte in un'ottica preventiva, attraverso la realizzazione delle azioni e degli obiettivi inseriti nel documento di Piano.

Viene inoltre ribadito che la prossimità con il cittadino è l'elemento chiave che permette di maturare nel tempo conoscenze, competenze ed esperienze della propria realtà territoriale e di agire, in collaborazione con gli altri attori sociali che operano a livello locale (associazioni, terzo settore, sindacati), nella direzione di un welfare partecipato e innovativo.

Inoltre, viene sottolineato che il Piano di Zona deve essere anche lo strumento per coordinare la programmazione sociale con gli altri strumenti di programmazione esistenti e con le altre iniziative di promozione degli interventi della rete sociale, per ottimizzare le politiche sociali del territorio.

Si auspica che il Piano di Zona sia in integrazione con il sistema sanitario e sociosanitario, nonché con le politiche del lavoro, della formazione professionale, dell'istruzione, dell'educazione, della casa, della sicurezza e della pianificazione territoriale.

Si ricorda che le linee guida prevedono che il territorio di riferimento dei comuni associati nel Piano di Zona, alla luce della riforma ex l.r. 23/2015, **si auspica possa tendere a coincidere, entro la fine della triennalità, con l'Ambito distrettuale**. Come già precedentemente indicato, per quanto concerne l'ambito territoriale di Menaggio, essendo ambito montano e a scarsa densità abitativa, in riferimento all'art. 7bis sopracitato, si ritiene che non sia necessario prevedere un accorpamento territoriale in quanto sono già rispettati i parametri previsti e che pertanto l'ambito sociale possa essere considerato come al pari dell'ambito distrettuale citato nella norma.

Regione Lombardia valorizza pertanto strategie virtuose di programmazione sociale di Ambito distrettuale, legittimate da accordi di programma sottoscritti per favorire l'omogeneità dei criteri di presa in carico, l'ottimizzazione delle risorse e l'efficacia delle politiche attuate.

Regione Lombardia sostiene il consolidamento delle capacità dei comuni in tema di programmazione, regolamentazione e gestione delle funzioni sociali, valorizzando azioni e obiettivi che si inseriscono nel solco dell'innovazione sociale.

Il Piano di Zona è attuato mediante la sottoscrizione di un accordo di programma con la ATS territorialmente competente (l.r. 3/2008). Gli organismi rappresentativi del terzo settore, che hanno partecipato alla elaborazione del Piano di Zona aderiscono, su loro richiesta, all'accordo di programma. Si definisce inoltre che, nelle more della revisione dell'art. 18 della l.r. 3/2008 **l'assemblea dei sindaci dell'Ambito distrettuale, sottoscrive, approva e aggiorna i documenti di Piano** afferenti all'Ambito distrettuale di riferimento, di cui alla l.328/2000 e l.r. 3/2008 e vista la l.r. 23/2015, in integrazione con il sistema sanitario e sociosanitario.

Pertanto, a partire da questi assunti, il presente Piano, così come i precedenti, vuole individuare, in primo luogo, gli obiettivi strategici e le priorità di intervento nonché gli strumenti e i mezzi per la relativa realizzazione. Il Piano di Zona è inoltre volto a favorire la formazione di sistemi locali di intervento fondati su servizi e prestazioni complementari e flessibili, stimolando in particolare le risorse locali di solidarietà e di auto-aiuto, nonché a responsabilizzare i cittadini nella programmazione e nella verifica dei servizi.

Il Piano di Zona intende pertanto definire, partendo da un'analisi del territorio in termini di bisogni e di risorse e da una valutazione delle azioni poste in essere nei precedenti trienni, gli obiettivi strategici per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, le modalità di gestione ed i tempi di realizzazione, gli strumenti per la partecipazione, la valutazione della qualità e la raccolta di informazioni, le modalità di coordinamento ed integrazione, e, in un secondo momento, l'organizzazione delle risorse umane e finanziarie, in particolare definendo i criteri di ripartizione della spesa a carico di ciascun comune e delle ATS e ASST, prevedendo anche risorse vincolate per il raggiungimento di particolari obiettivi.

Si tratta di un atto, quindi, non meramente consultivo ma di amministrazione attiva in materia di programmazione della rete locale delle unità d'offerta sociali.

Il Piano di Zona per il biennio 2018-2020 si inserisce quindi in un quadro normativo e amministrativo ancora in fase di trasformazione a seguito della L.r. 23/2015 e sue modifiche relative all'evoluzione del Servizio Sociosanitario Lombardo, la quale, apportando anche sostanziali correttivi alla L.r. 3/2008, ha modificato gli assetti del welfare lombardo mutandone il quadro organizzativo e quello delle relazioni istituzionali.

Questo Piano di Zona dovrà tra l'altro ricomprendere nella loro programmazione i nuovi provvedimenti nazionali e regionali per il contrasto alla povertà (Re.I-Reddito di Inclusione), per il sostegno a persone affette da grave disabilità ma prive del sostegno familiare (Dopo di Noi) e per il welfare abitativo: l'integrazione, non solo quella sociosanitaria, deve quindi rimanere uno dei focus della nuova programmazione.

1.4.2 L'Accordo di Programma

Le linee guida regionali sottolineano che, ai sensi dell'art. 18 della l.r. 3/2008, i Comuni attuano il Piano di Zona mediante la sottoscrizione di un Accordo di Programma con la ATS territorialmente competente.

Gli organismi rappresentativi del terzo settore, che hanno partecipato alla elaborazione del Piano di Zona aderiscono, su loro richiesta, all'Accordo di Programma.

I sottoscrittori dell'Accordo di Programma da un lato sono responsabili dell'attuazione delle azioni e degli obiettivi indicati nel documento di piano, al fine dell'efficacia delle policy sociali programmate, dall'altro sono legittimati nella regolazione di diversi rapporti di collaborazione, per implementare un welfare di comunità sostenibile.

L'Accordo di Programma è costituito dai seguenti elementi essenziali:

- finalità e obiettivi;
- indicazione dell'Ente Locale, o sua espressione, è capofila dell'accordo;
- riconoscimento dell'ufficio di piano, quale struttura tecnico-amministrativa di supporto e di coordinamento alla realizzazione delle attività previste nel documento di piano;
- indicazione dei soggetti sottoscrittori e aderenti e l'esplicitazione dei rispettivi impegni;
- strumenti e modalità di collaborazione con il terzo settore;
- modalità di verifica e monitoraggio dell'attuazione dell'accordo di programma;
- durata della programmazione sociale definita dal Piano di Zona (legge 328/2000/2000 e legge 3/2008)

A livello regionale, nel corso dei vari cicli di programmazione, si rileva la tendenza, da parte dei Comuni, per quanto riguarda l'attribuzione di ente capofila, ad optare in alcuni casi per l'azienda speciale consortile o per il consorzio, soprattutto in quei territori in cui c'è stata un'evoluzione della gestione associata dei servizi ed interventi sociali.

Nella fattispecie, l'ente capofila dell'accordo di programma dell'ambito territoriale di Menaggio viene individuato nell'Azienda Sociale Centro Lario e Valli, fino alla naturale scadenza della stessa.

L'accordo di programma è pertanto lo strumento principale con cui i comuni, nella loro forma associata, intervengono sulla rete delle unità d'offerta sociali e sull'esercizio stesso delle loro attribuzioni, con particolare riferimento all'art.13 della LR 3/08.

2 MODELLO DI GOVERNANCE

La governance del Piano di Zona è il sistema delle regole e delle procedure cui gli organi politici e tecnici fanno riferimento per ispirare la propria linea di condotta e adempiere le diverse responsabilità nei confronti dei cittadini. Il modello di governance qui rappresentato è stato rivisto ed adeguato alla luce di oltre 10 anni di gestione associata dei servizi e tenendo presente le norme vigenti, con particolare in particolare alla riforma sociosanitaria conseguente all'approvazione della legge regionale 23/2015 e alle linee guida regionali.

2.1 Il modello di governance dell'ambito territoriale di Menaggio

La governance è quindi il momento in cui regole, norme, risorse economiche e bisogni si mescolano per fare programmazione e produrre servizi e interventi coerenti con i bisogni.

Perché ci sia governance occorrono sia requisiti di merito (un territorio, un organismo politico ed uno tecnico) sia un metodo partecipativo in cui i soggetti pubblici e privati possano lavorare insieme.

Il territorio di riferimento è l'Ambito Sociale. L'organismo politico è l'assemblea di ambito sociale dei sindaci, che approva il documento di Piano e delibera l'accordo di programma che lo rende operativo. L'organismo tecnico è l'Ufficio di Piano che ha il compito di garantire l'erogazione delle azioni (dalla programmazione alla valutazione), di gestire i budget, di amministrare le diverse fonti di finanziamento e di coordinare i sottoscrittori dell'accordo di programma.

Inoltre, l'assemblea dei sindaci, nell'esercitare le funzioni di governance, può affidare la gestione dei servizi di Piano ad un soggetto terzo, quale per esempio un'Azienda Speciale Consortile, come peraltro è avvenuto nell'Ambito di Menaggio dove si sono incardinate all'interno di questo ente strumentale sia le funzioni di Ufficio di Piano sia quelle di carattere gestionale legate alle attività di gestione associata.

Nell'ambito territoriale di Menaggio, infatti, fin dalla nascita dell'Azienda sociale nel 2006, sulla scorta delle linee di indirizzo Regionali per l'attuazione del Piano di Zona 2006-2008 (circolare 9 e 34 del 29.07.2005), l'assemblea dei sindaci ha individuato l'Azienda Sociale Centro Lario e Valli ente capofila dell'accordo di programma per dare attuazione – attraverso la sua struttura tecnico amministrativa – al Piano di Zona.

L'Azienda Sociale Centro Lario e Valli è stata istituita nell'anno 2006 dai 36 Comuni dell'ambito di Menaggio (29 comuni da gennaio 2018) per l'esercizio comune delle funzioni previste dal Piano di Zona.

I Comuni firmatari hanno infatti ritenuto che - in base alla normativa vigente - fosse questo lo strumento più diretto ed efficace che, mantenendo l'esperienza positiva prima realizzata di integrazione territoriale intercomunale, consentisse una riorganizzazione dei servizi alla persona finalizzata ai seguenti obiettivi:

1. maggiore centralità del cittadino utente dei servizi, in termini di flessibilità ed articolazione delle risposte;
2. sviluppo attivo del ruolo del Terzo Settore, sia nella gestione che nella progettazione degli interventi, anche sperimentando nuove forme di collaborazione tra pubblico e privato;
3. sviluppo degli interventi nei confronti di nuovi bisogni sociali;
4. integrazione e cooperazione tra servizi sociali, servizi educativi, servizi per la Formazione Professionale, per la politica abitativa, per le politiche attive del lavoro e più in generale per lo sviluppo locale;
5. mantenimento e qualificazione dell'integrazione socio sanitaria in un'ottica di servizio globale alla persona, con particolare riferimento alle fasce più marginali;
6. consolidamento dell'integrazione territoriale a livello intercomunale per evitare duplicazioni ed ottimizzare risorse finanziarie ed umane e pervenire ad una omogenea diffusione dei servizi e delle attività, con particolare riferimento al loro potenziamento nei comuni di minori dimensioni demografiche;
7. sviluppo dell'informazione e della partecipazione attiva alla realizzazione degli interventi da parte dei cittadini utenti e delle loro associazioni;

8. attivazione e consolidamento delle forme di equa contribuzione da parte degli utenti alle spese gestionali dei singoli servizi.

In questi anni l'ufficio di piano, gestito dall'Azienda Sociale, ha svolto le funzioni previste per legge:

- Supportare il tavolo politico in tutte le fasi del processo programmatico
- Gestire gli atti conseguenti all'approvazione del piano di zona
- Essere responsabile dell'attuazione degli indirizzi e delle scelte del livello politico
- Organizzare e coordinare le fasi del processo di attuazione del piano di zona
- Costruire e governare la rete
- Studiare, elaborare ed effettuare l'istruttoria degli atti
- Coordinare i tavoli tecnici

Posto ed accolto il principio generale in ordine alla separazione tra funzioni di programmazione e funzioni di gestione, è stato un obiettivo del triennio scorso definire in maniera dettagliata:

- di assicurare che la programmazione zonale rimanga univocamente in capo ai soggetti istituzionali deputati (cioè i Comuni riuniti nell'assemblea dei sindaci di ambito sociale, con istituzione di apposita commissione ristretta) e non risponda agli organi societari delle aziende consorziali;
- di preservare con le dovute forme tutte le esperienze positive che hanno consentito negli anni di consolidare gli uffici della programmazione d'ambito, anche nel tessuto ordinamentale delle aziende stesse, accrescendo contestualmente professionalità e metodologie e pratiche operative, in un contesto di chiara distinzione dei ruoli e delle prerogative.

ORGANISMI DI RIFERIMENTO DELLA FUNZIONE DI PROGRAMMAZIONE

2.1.1 Assemblea dei sindaci di ambito sociale

Nel corso del 2015 è stata identificata l'Assemblea dei Sindaci di ambito sociale come organismo politico, quale espressione di continuità rispetto alla programmazione sociosanitaria e ambito dell'integrazione tra politiche sociali e politiche sanitarie, per la quale va definito un regolamento di funzionamento, che farà riferimento alle regole di funzionamento previste per l'assemblea distrettuale dei sindaci (individuata e normata ai sensi dell'art. 9 comma 6° della l.r.11.07.1997, n.31 e delle direttive approvate con dgr. n.41788/1999).

L'Assemblea dei Sindaci di ambito sociale è pertanto l'organismo politico dei Piani di Zona.

L'Assemblea dei Sindaci, nell'ambito delle funzioni alla stessa attribuite dalla normativa regionale in materia:

- individua e sceglie le priorità e gli obiettivi delle politiche locali di carattere sociale;
- verifica la compatibilità tra impegni presi e risorse necessarie;
- delibera in merito all'allocazione delle risorse del Fondo Nazionale Politiche Sociali, Fondo Sociale regionale e del Fondo non autosufficienza;
- governa il processo di integrazione tra i soggetti sottoscrittori e aderenti al Piano di Zona;
- designa e monitora l'attività dell'ente capofila dell'Accordo di programma;
- individua la composizione della commissione ristretta dell'Ufficio di Piano;
- presiede il governo politico del processo di attuazione del Piano di Zona, con l'ausilio della commissione dell'Ufficio di Piano;
- approva il programma triennale del Piano di Zona;
- approva il documento Piano Operativo, quale documento di programmazione annuale;
- approva il report annuale sull'attuazione del Piano Operativo del periodo di riferimento e del Piano di Zona complessivo;
- si avvale dell'Ufficio di Piano quale struttura tecnico-organizzativa di supporto e di coordinamento alla realizzazione delle attività previste, per il tramite della commissione ristretta.

La presidenza dell'Assemblea dei Sindaci è eletta nella prima seduta e definita tramite votazione assembleare: è eletto presidente chi ha ottenuto il maggior numero di voti, tramite scrutinio segreto, secondo il metodo del voto unico e ponderato in rapporto alla consistenza numerica della popolazione rappresentata. L'Assemblea elegge con le stesse modalità il vice-presidente per la sostituzione del presidente, in caso di assenza o impedimento dello stesso.

Il Presidente ed il Vicepresidente restano in carica per il periodo di validità del Piano di Zona e possono essere rieletti.

L'assemblea dei sindaci di ambito sociale si avvale di una struttura tecnica con funzione di ufficio di piano.

2.1.2 Commissione ristretta dell'ufficio di piano

La commissione ristretta dell'Ufficio di Piano è l'organismo che rappresenta l'Assemblea dei Sindaci di Ambito Sociale.

La commissione nell'ambito delle deleghe ricevute:

- monitora sull'attività dell'Ufficio di Piano e sull'esecuzione dell'Accordo di Programma e del relativo Piano di Zona, consultando il responsabile dell'Ufficio di Piano ed il funzionario apicale dell'Ente Capofila;
- istruisce gli atti di competenza assembleare.

La Commissione è individuata dall'Assemblea di Ambito Sociale ed è presieduta dal Presidente dell'Assemblea dei Sindaci di ambito sociale, coadiuvato dal vice presidente e da n.8 sindaci.

La votazione relativa alla nomina dei membri avviene con le stesse modalità previste per la nomina del Presidente dell'Assemblea d'Ambito Sociale, di cui all'art.4.

I membri della Commissione restano in carica per tutta la durata del Piano di Zona e sono rinnovabili.

2.1.3 Ufficio di Piano

L'Ufficio di Piano è la struttura tecnico-amministrativa che opera in pieno raccordo con l'organismo di rappresentanza politica, assicurando il coordinamento degli interventi.

Viene individuato attraverso l'accordo di programma e assume un ruolo di coordinamento, di istruttoria e di gestione del piano.

L'Ufficio di Piano supporta l'organismo politico in tutte le fasi del processo programmatico e in particolare, con la supervisione costante dello stesso:

- gestisce gli atti conseguenti all'approvazione del piano di zona, progettando e valutando i servizi e gli interventi attraverso gli strumenti e le procedure amministrative più adeguate;
- gestisce in base alle indicazioni politiche le risorse finanziarie destinate annualmente al territorio dallo Stato e dalla Regione (quali per esempio: Fondo nazionale politiche sociali – Fondo non autosufficienza – Fondo sociale regionale – Fondo Nazionale Povertà);
- cura i rapporti con i soggetti pubblici e privati del contesto sociale territoriale e ne promuove la comunicazione e lo scambio di informazioni;
- garantisce il costante collegamento tra Azienda Sociale, i Comuni dell'ambito, i servizi dell'ATS e ASST e le realtà della cooperazione sociale e dell'associazionismo;
- svolge l'attività di segreteria organizzativa dell'assemblea dei sindaci di ambito sociale e della commissione ristretta;
- opera congiuntamente all'Azienda Sociale Centro Lario e Valli ed ai rappresentanti del terzo settore del territorio al fine di:
 - confrontarsi sui bisogni rilevati al fine di fornire risposte adeguate e sostenibili, in particolare su situazioni complesse, che richiedono risposte progettuali e non standardizzate;
 - elaborare strumenti uniformi quali cartella sociale, protocolli operativi, stesura di regolamenti, report raccolta dati;
 - collaborare per garantire e rendere efficace il dialogo tra le istituzioni e le rappresentanze dei cittadini e del terzo settore.

L'Ufficio di Piano, presieduto dal Presidente della Commissione ristretta, è gestito da un responsabile individuato dall'Ente Capofila tra i dipendenti dello stesso.

L'Ufficio di Piano si avvale del personale amministrativo dell'Ente Capofila individuato nell'Accordo di Programma per predisporre i documenti e produrre gli atti necessari all'attuazione del Piano di Zona e alla rendicontazione delle attività svolte nei confronti della Regione Lombardia.

Nella sua attività di supporto alla programmazione, il responsabile risponde al Presidente dell'Assemblea dei Sindaci circa gli indirizzi e gli obiettivi di politica sociale e curare l'attuazione di quanto previsto nel Piano di Zona, mentre per la gestione delle attività dell'Ufficio di Piano risponde funzionalmente all'Ente capofila.

Pertanto, per il funzionamento si applicano le procedure e le responsabilità previste nei regolamenti dell'Ente Capofila, all'interno del quale è organicamente inserito per la parte amministrativa e gestionale, rimanendo dipendenti dall'Assemblea dei Sindaci per la parte funzionale di indirizzo politico.

Le linee guida regionali sottolineano come l'Ufficio di Piano diventa sempre più uno strumento essenziale perché può impostare una programmazione radicata nelle problematiche dei diversi territori, dato che dispone dei dati complessivi di un territorio, ne conosce le criticità e le urgenze, e sa quali sono i punti di forza e debolezza della rete di welfare locale.

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

La programmazione zonale acquisisce un nuovo significato: può contribuire positivamente alla ricomposizione tra le diverse istituzioni e tra le azioni svolte dagli attori che operano nel welfare locale, impostando un modello di politiche sociali fondate sull'innovazione, sull'integrazione delle diverse componenti del sistema di welfare nella logica dell'investimento, piuttosto che sul modello dell'assistenza e del "contenimento" di gravi criticità.

Le linee guida proseguono affermando che, a dispetto della restrizione nelle risorse disponibili quale risultato di politiche di bilancio sempre più stringenti, gli Uffici di Piano si trovano a dover gestire le emergenze prodotte da una situazione economico-sociale deterioratasi a causa della perdurante crisi economica. Nonostante le diverse fonti di finanziamento - Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, Fondo Nazionale per la non Autosufficienza, Fondo Sociale Regionale e conferimenti diretti dei Comuni - prevedano una gestione vincolata della spesa, è l'Ufficio di Piano ad avere la capacità di programmare i propri interventi sulla base di una lettura puntuale del bisogno (composta dai dati raccolti direttamente dai comuni, da indicatori da applicare al contesto socio-economico territoriale e dall'esperienza diretta dei servizi sociali sul territorio) e sulla capacità di produrre politiche e azioni sperimentali nel solco dell'innovazione sociale.

Gli Uffici di Piano hanno quindi la possibilità di coordinare ed integrare le politiche sociali prodotte nei comuni e a livello di programmazione zonale, con:

a) le politiche regionali quali ad esempio le misure di Reddito di Autonomia e Inclusion Sociale, come il voucher di autonomia per anziani e disabili, le misure afferenti al Fondo per la non autosufficienza, gli interventi per l'assistenza educativa scolastica, il programma operativo regionale per il sostegno ai disabili gravi privi del sostegno familiare (Dopo di Noi), le nuove politiche abitative regionali concernenti la programmazione dell'offerta abitativa pubblica, coordinata ed integrata con la rete dei servizi sociali e attuata dai Comuni, le politiche di contrasto alla violenza di genere, le progettualità adottate per particolari categorie di popolazione, sostenute con fondi comunitari.

b) le politiche nazionali quali ad esempio il Reddito di Inclusion (1.33/2017), misura diretta al contrasto della povertà che prevede una quota non inferiore al 15% del fondo destinata al rafforzamento dei servizi sociali territoriali.

2.1.1 Tavoli tematici

I tavoli tematici, coordinati dal Responsabile dell'Ufficio di Piano, in collaborazione con i Responsabili d'area, hanno il compito di fornire all'Ufficio di Piano, all'assemblea ed alla Commissione dei Sindaci tutti gli elementi necessari per l'approfondimento delle tematiche specifiche e la concertazione con il terzo settore per l'attuazione dei singoli interventi.

Fotografare il bisogno: è una delle funzioni fondamentali dei tavoli tematici. In particolar modo i tavoli hanno riassunto per ogni area tematica la sintesi delle competenze specifiche dei servizi alla persona, esprimendo il sapere tecnico che stimola e convalida quanto posto in essere in funzione del bisogno locale.

I tavoli tematici che sono stati attivati nell'ambito di Menaggio sono legati alle seguenti aree: anziani – disabili – minori, giovani e servizio territoriale.

Nel corso del biennio si intendono realizzare dei Laboratori di comunità in merito a specifiche tematiche che i tavoli tematici individueranno (si veda apposito capitolo).

ORGANISMI DI RIFERIMENTO DELLA FUNZIONE DI GESTIONE

2.1.2 Assemblea consortile

L'Assemblea Consortile è l'organo di indirizzo, di controllo politico-amministrativo e di raccordo con gli Enti Soci. Essa è composta dai Sindaci di ciascun Ente Consorziato o da loro delegati scelti tra i Consiglieri Comunali e Assessori. Attualmente tutti i comuni dell'ambito di Menaggio aderiscono all'Azienda Consortile.

A ciascun rappresentante degli Enti Soci è assegnata la quota di partecipazione e il voto come fissati nello statuto aziendale.

L'Assemblea Consortile rappresenta unitariamente gli Enti Consorziati e, nell'ambito delle finalità indicate nello Statuto, ha competenze limitatamente ai seguenti atti:

- eleggere, nel proprio seno, nella prima riunione, il Presidente dell'Assemblea e il Vice Presidente;
- nominare e revocare il Presidente e i membri del Consiglio di Amministrazione nei casi previsti dalla legge e dal presente statuto;
- determinare lo scioglimento del Consiglio di Amministrazione;
- nominare il Revisore dei Conti;
- stabilire le indennità, i gettoni di presenza e gli emolumenti degli amministratori e del revisore dei conti;
- determinare gli indirizzi strategici dell'azienda, cui il Consiglio di Amministrazione dovrà attenersi nella gestione, con le modalità di cui al successivo art. 29;
- nominare e revocare i rappresentanti dell'azienda negli enti cui essa partecipa;
- approvare gli atti fondamentali di cui al comma 6 art. 114 del D.Lgs. 267/2000, e in particolare il Piano programma annuale, i contratti di servizio, il Bilancio di Previsione annuale e Triennale, il Conto Consuntivo e il Bilancio d'esercizio e le relative variazioni.
- deliberare inoltre sui seguenti oggetti:
 - o modifiche allo Statuto dell'azienda;
 - o richieste di ammissione di altri Enti all'azienda;
 - o accoglimento di conferimenti di servizi o capitali;
 - o proposta di scioglimento dell'azienda;
 - o proposte di modifiche alla Convenzione;
 - o modifiche dei parametri di determinazione delle quote di ciascun Ente;
 - o Bilancio Sociale;
 - o disciplina delle tariffe poste a carico dell'utenza;
 - o convenzioni, accordi di programma o atti di intesa con le Istituzioni del Servizio Sanitario Nazionale e/o altri Enti Pubblici;
 - o sede dell'azienda e ubicazione dei presidi da essa dipendenti;
 - o revisioni delle quote di partecipazione;
 - o contrazione dei mutui, se non previsti in atti fondamentali dell'Assemblea;

- approvazione e modifica di regolamenti di qualsiasi oggetto e natura, ivi compreso il regolamento sul funzionamento del Consiglio d'Amministrazione, fatta eccezione per quelli di competenza esclusiva del Consiglio di Amministrazione stesso;
- acquisti e alienazioni a qualsiasi titolo di beni immobiliari e le relative permutate.

2.1.3 Consiglio di amministrazione dell'azienda

L'azienda è amministrata da un Consiglio di Amministrazione, nominato dall'Assemblea Consortile.

Il Consiglio d'Amministrazione è composto da sette membri, compreso il Presidente, dei quali almeno 2 in rappresentanza dei comuni inferiori ai 1000 abitanti e almeno 2 in rappresentanza dei comuni superiori ai 3.000 abitanti scelti tra coloro che hanno una specifica e qualificata competenza tecnica ed amministrativa, per studi compiuti e per funzioni disimpegnate presso aziende pubbliche e private o altri enti pubblici. I criteri indicati sono maggiormente dettagliati da specifico atto dell'assemblea

Il Consiglio d'Amministrazione dura in carica tre anni, ed è rieleggibile.

Il Consiglio di Amministrazione elegge nel suo seno un Vice Presidente. Egli collabora con il Presidente e lo sostituisce, ad ogni effetto, in caso di assenza o impedimento temporanei.

L'attività del Consiglio di Amministrazione è collegiale.

Il Consiglio d'Amministrazione deve:

- a) predisporre le proposte di deliberazione dell'Assemblea;
- b) sottoporre all'Assemblea i Piani e Programmi annuali;
- c) deliberare sull'acquisizione di beni mobili che non rientrino nelle competenze di altri organi;
- d) deliberare sulle azioni da promuovere o da sostenere innanzi alle giurisdizioni ordinarie e speciali.

Competono inoltre al CDA:

- a. la nomina del Vicepresidente
- b. la nomina del Direttore;
- c. l'approvazione dei regolamenti e delle disposizioni per la disciplina e il funzionamento delle sedi operative e dei servizi e l'approvazione del regolamento di organizzazione;
- d. il conferimento, su proposta del Direttore, di incarichi di direzione di aree funzionali e di collaborazioni esterne ad alto contenuto di professionalità;
- e. le deliberazioni su lavori e forniture per un importo superiore a quello stabilito nelle linee guida per gli acquisti;
- f. l'apertura di conti correnti bancari e postali, e le richieste di affidamenti di qualsiasi tipo ed importo;
- g. la predisposizione degli atti preparatori, da sottoporre poi all'approvazione dell'Assemblea Consortile;
- h. ogni decisione, su qualunque materia od argomento, di cui il Presidente creda opportuno investirlo;
- i. la definizione del piano tecnico-gestionale, compresa la dotazione organica dei servizi, dei bilanci preventivi e dei relativi business plans;
- j. la definizione delle linee guida inerenti la disciplina dei contratti per l'acquisto di beni e servizi;
- k. la definizione del livello di delega delle funzioni al Direttore;
- l. l'adozione di tutti gli atti ad esso demandati dal presente Statuto ed, in generale, tutti i provvedimenti necessari alla gestione amministrativa dell'AZIENDA, che non siano riservati per Statuto all'Assemblea Consortile, al Presidente e al Direttore.

Il Consiglio di Amministrazione risponde del proprio operato all'Assemblea Consortile.

2.1.4 Direttore

L'incarico di Direttore è stato conferito a tempo determinato.

La scelta del Direttore e la revoca dello stesso può essere operata dal Consiglio di Amministrazione e diviene esecutiva previa ratifica dell'assemblea consortile.

A partire dal 1° novembre 2017 il direttore è la dott.ssa Anna Ronchi.

Il direttore:

- ha la rappresentanza legale dell'Azienda di fronte a terzi e in giudizio;
- sovrintende alla organizzazione e gestione dell'Azienda;

Compete al Direttore, quale organo di gestione dell'Azienda, l'attuazione dei programmi ed il conseguimento degli obiettivi definiti ed assegnati dagli organi di governo dell'Ente nell'ambito dell'incarico dirigenziale ricevuto.

In particolare, il direttore deve:

- a. coadiuvare il Presidente nella predisposizione dei documenti di programmazione;
- b. controllare e verificare il livello di raggiungimento degli obiettivi;
- c. reclutare e gestire le risorse umane dell'Azienda sulla base di quanto previsto dal regolamento di organizzazione e della dotazione organica approvata dal CDA;
- d. partecipare con funzioni consultive alle sedute del CDA;
- e. concludere contratti, disporre spese, assumere impegni fino all'importo massimo stabilito annualmente dal CDA;
- f. emettere mandati, assegni, bonifici;
- g. sorvegliare il buon andamento degli uffici, dei servizi di esattoria e di cassa e in genere di tutta l'amministrazione dell'Ente, sotto ogni riguardo morale e materiale;
- h. sorvegliare la regolare tenuta della contabilità dell'Azienda;
- i. esercitare ogni altra funzione attribuitagli da norme regolamentari o da specifiche deleghe approvate dal CDA.

Il Direttore risponde del proprio operato direttamente al Presidente del Consiglio d'Amministrazione.

2.1.5 Responsabili di servizio

L'organismo di supporto tecnico ed esecutivo dell'Azienda, rappresentato in particolar modo dall'équipe dei responsabili, è il soggetto di supporto alla programmazione, responsabile delle funzioni tecniche, amministrative e della valutazione degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi del piano di zona.

In conseguenza dell'alto livello assegnato alla programmazione zonale, appare fondamentale che la pianificazione sia presidiata attraverso professionalità qualificate e modelli organizzativi che consentano di dare valore a tale funzione. L'équipe dei responsabili deve infatti funzionare efficacemente per garantire un servizio integrato di servizi, attraverso:

- la programmazione, pianificazione e valutazione degli interventi,
- la costruzione e gestione del budget,
- l'amministrazione delle risorse complessivamente assegnate (FNPS, Fondo Sociale Regionale, Fondo Non autosufficienza, quote dei Comuni e di altri eventuali soggetti);
- il coordinamento della partecipazione dei soggetti sottoscrittori e aderenti all'Accordo di Programma.

Tale organismo risponde, inoltre, nei confronti dell'Assemblea dei Sindaci, dell'ATS e ASST e della Regione, della correttezza, attendibilità, puntualità, degli adempimenti previsti rispetto ai debiti informativi regionali.

Di seguito verranno brevemente descritti gli ambiti di competenza e le funzioni dei responsabili impiegati nell'Azienda.

Come già delineato in precedenza, è importante definire il profilo dei responsabili in termini di ruoli e di funzioni cruciali per il buon funzionamento della struttura, tanto nella sua articolazione endogena, quanto nei rapporti con gli attori esterni.

Per quanto attiene alle **funzioni endogene** all'Azienda tali figure:

1) *con funzione di programmazione e gestione*

- partecipano alla definizione degli obiettivi di del servizio in collaborazione con la direzione strategica dell'ente
- sono responsabili del raggiungimento degli obiettivi del servizio
- condividono con la direzione la responsabilità del budget assegnato al servizio, motivandone gli eventuali scostamenti rispetto alle previsioni
- sono responsabili dei procedimenti amministrativi relativi ai servizi
- raccolgono e organizzano i dati relativi ai servizi, utili alla definizione ed all'aggiustamento delle strategie dell'ente

- sono autori principali delle dinamiche di evoluzione del servizio (rispetto alle modifiche organizzative e legislative) e facilitano la comprensione del cambiamento da parte degli operatori
- sono responsabili della definizione omogenea per il servizio creando modalità e strumenti di lavoro (regolamenti, protocolli operativi, modulistica, report)
- individuano i bisogni formativi del servizio

2) *con funzione di coordinamento e supervisione*

- sono responsabili di fare sintesi nei processi decisionali interni al servizio, ossia di essere punto di incontro e intreccio tra le scelte tecniche e le decisioni strategiche
- definiscono le priorità operative nell'organizzazione del servizio con gli operatori di riferimento attraverso un'equipe periodica
- supportano gli operatori nelle fasi critiche e li sostengono nelle scelte operative particolarmente complesse (attraverso per esempio lavoro d'equipe, sostegno individuale e condivisione di azioni)

Per quanto attiene alle **funzioni esterne** al servizio i responsabili:

- rappresentano il servizio e costituiscono la cerniera nei rapporti con i diversi soggetti istituzionali e non
- sono responsabili della costruzione di raccordi, connessioni e relazioni significative con gli altri attori del sistema
- svolgono una funzione consulenziale rivolta ai soggetti del territorio relativa al loro ambito di competenza

2.1.6 Servizio sociale professionale

Il Servizio Sociale Professionale ha come obiettivo dei propri interventi il superamento di situazioni di disagio di persone, famiglie, gruppi e, più in generale, della comunità locale, nonché la promozione delle risorse individuali e di quelle presenti nel territorio.

La figura professionale che si occupa di questo servizio è quella dell'Assistente Sociale che, in quanto **case manager**, attraverso un'attività qualificata di ascolto e analisi della domanda, propone ai cittadini percorsi individualizzati volti al superamento di condizioni di fragilità socio-economica e relazionale; tali percorsi si realizzano attraverso la condivisione e la partecipazione attiva degli interessati, al fine di promuoverne l'autonomia, la capacità di scelta e di assunzione di responsabilità.

Gli interventi del Servizio Sociale Professionale si coordinano e si integrano con quelli della rete dei servizi e possono coinvolgere altre figure professionali (Educatori, Psicologi...).

In funzione della tutela di cittadini non in grado di provvedere autonomamente ai propri bisogni, l'Assistente Sociale collabora con l'Autorità Giudiziaria.

2.2 *Gli organismi di rappresentanza dei sindaci in ambito socio sanitario*

Di seguito si illustra anche il sistema di governance socio-sanitaria finalizzato a garantire l'integrazione tra ATS e i Comuni per lo sviluppo di politiche di welfare territoriale condivise.

I sindaci, infatti, sebbene con funzioni diverse rispetto all'ambito socio assistenziale, sono coinvolti nella definizione delle politiche socio sanitarie, oltre che nella connessione tra la sfera sociale, quella socio sanitaria e sanitaria (D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502, art. 3-quater, comma 4)

La Conferenza dei sindaci e le sue articolazioni sono gli organismi di partecipazione dei Comuni alla programmazione socio sanitaria e all'integrazione tra le prestazioni-funzioni sociali, sanitarie e sociosanitarie, (L.R. 30 dicembre 2009 n. 33, DGR 2 agosto 2016 n. 5507).

Di seguito la presentazione delle funzioni.

<p>CONFERENZA DEI SINDACI</p>	<p>Tutti i sindaci dei Comuni compresi dall'ATS Insubria: Provincia di Como e provincia di Varese (244 + 29 ambito sociale di Menaggio)</p>	<p>Attua l'esercizio delle sue funzioni in un'ottica di indirizzo programmatico per lo sviluppo di politiche di welfare territoriale integrate tra la sfera sociale, di competenza comunale, e quella sociosanitaria e sanitaria, in capo a Regione Lombardia e all'ATS.</p> <p>Ha funzione di proposta sull'organizzazione territoriale dell'attività sociosanitaria e socioassistenziale e sulle linee guida per l'integrazione sociosanitaria.</p> <p>Partecipa alla verifica dello stato di attuazione dei programmi di competenza dell'ATS.</p> <p>Promuove l'integrazione tra funzioni sociali e sanitarie e sociosanitarie, anche favorendo la gestione associata mediante la costituzione di soggetti aventi personalità giuridica.</p> <p>Esprime parere obbligatorio circa la finalizzazione e distribuzione delle risorse finanziarie.</p>
<p>CONSIGLIO DI RAPPRESENTANZA</p>	<p>Formato da cinque componenti tra cui il Presidente e il Vice-presidente della Conferenza dei Sindaci e altri tre membri elettivi in rappresentanza di tutti gli ambiti distrettuali.</p>	<p>Trait d'union tra l'ATS e i nuovi distretti, ovvero tra la Conferenza e le Assemblee dei sindaci di distretto. Sottopone alla Conferenza dei sindaci pareri preventivi provenienti dal territorio sulla programmazione sociosanitaria e la finalizzazione delle risorse.</p>
<p>ASSEMBLEA DEI SINDACI DI DISTRETTO</p>	<p>Composta da tutti i sindaci, o loro delegati, dei Comuni afferenti al distretto.</p> <p>I Distretti dell'ATS Insubria sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distretto Lariano (di cui farà parte l'ambito sociale di Menaggio – al 31.12.2018 6 ambiti distrettuali) • Distretto Sette Laghi (5 ambiti distrettuali) • Distretto Valle Olona (4 ambiti distrettuali) 	<p>Ha il compito prioritario di definire il raccordo e l'integrazione della programmazione sociale territoriale con gli interventi sanitari e sociosanitari programmati dall'ATS ed erogati dall'ASST e dagli erogatori convenzionati.</p> <p>Formula pareri e proposte alla Conferenza dei sindaci, che poi interloquisce con l'ATS, sulla programmazione dei servizi sociosanitari e la finalizzazione/distribuzione delle risorse. Garantisce il coordinamento e l'uniformità territoriale dei singoli piani con la programmazione del distretto.</p>

<p>ASSEMBLEA DEI SINDACI DI AMBITO DISTRETTUALE</p>	<p>Composta dai sindaci, o loro delegati, dei Comuni afferenti agli ambiti distrettuali come definiti dalla L.R. n. 23/2015 e declinati dal PoAS dell'ATS.</p> <p>Di seguito la suddivisione dei distretti negli ambiti territoriali (al 31.12.18).</p> <p>Ad oggi non è ancora stata definita l'organizzazione dei comuni dell'Ambito Sociale di Menaggio</p> <p><u>Distretto Lariano:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Como • Cantù-Mariano • Erba • Lomazzo-Fino • Olgiate • Campione d'Italia <p><u>Distretto Sette Laghi:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Luino • Cittiglio • Arciasate • Varese • Tradate – Azzate – Sesto Calende <p><u>Distretto Valle Olona</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Somma Lombardo • Gallarate • Busto Arsizio – Castellanza • Saronno 	<p>Sviluppa la sua azione principale nell'espressione delle peculiarità territoriali che dovranno essere considerate nella programmazione sociosanitaria.</p> <p>Responsabile della programmazione sociale e dell'approvazione dei piani di zona (L. 328/2000, L.R. 3/2008).</p>
---	--	--

2.3 La cabina di regia a supporto del processo di integrazione sociosanitaria e sociale

La Cabina di Regia prevista dalla L.R. 11 agosto 2015, n. 23 svolge funzioni consultive rispetto alle attività dell'ATS finalizzate all'integrazione delle prestazioni sociosanitarie e sanitarie con quelle sociali di competenza dei Comuni con particolare riferimento agli interventi volti a prevenire l'evoluzione sfavorevole delle condizioni di fragilità ed a garantire risposte adeguate a bisogni complessi di natura sociale e sanitaria, promuovendo le necessarie sinergie ed il raccordo tra le diverse professionalità e competenze istituzionali.

Alla Cabina di Regia, attivata presso il Dipartimento PIPSS dell'ATS e coordinata dal Direttore Socio Sanitario, partecipano i rappresentanti dei Comuni, i responsabili degli Uffici di Piano, il Direttore del Dipartimento PIPSS, i Direttori dei Distretti dell'ATS, i Direttori Socio Sanitari delle ASST, i rappresentanti dei gestori delle Unità d'Offerta/servizi interessati alle tematiche trattate.

Le attività svolte sono finalizzate in particolare all'analisi dei bisogni e individuazione delle risorse disponibili sia in termini di economici che di unità d'offerta, alla promozione e sostegno del lavoro di rete fra i diversi attori del territorio comprese le associazioni del terzo settore e volontariato, all'individuazione di

modelli di intervento per lo sviluppo di un approccio integrato in ordine alla valutazione multidimensionale e alla presa in carico, al monitoraggio dei modelli di intervento integrati attraverso strumenti condivisi, all'istituzione e gestione di tavoli tematici sulle materie di interesse per il territorio.

Alla Cabina di Regia sono inoltre assegnate funzioni consultive inerenti la definizione ed il monitoraggio dei piani di riparto delle risorse economiche derivanti dal Fondo Nazionale Politiche Sociali (FNPS), dal Fondo per la Non Autosufficienza (FNA), dal Fondo Sociale Regionale (FSR) e/o riferite a specifici progetti regionali, attraverso la condivisione e verifica dei criteri di programmazione individuati e delle attività svolte, in relazione ai bisogni del territorio ed in coerenza con le indicazioni normative regionali.

2.4 Rapporti con il terzo settore e altri soggetti territoriali

Continueranno a più livelli, i rapporti con il **Terzo Settore** per la costruzione di un welfare territoriale.

I soggetti di cui all'art. 1 della L. 328/00 potranno esprimere la loro adesione al Piano di zona 2019-2020 quale dimostrazione di condivisione con gli indirizzi di politica sociale assunti con il Piano stesso.

La dichiarazione di adesione, oltre a rappresentare un atto di condivisione dei contenuti e degli obiettivi del Piano, comporta un'espressa volontà a concorrere alla realizzazione degli stessi.

In tal caso gli aderenti potranno partecipare con loro rappresentanti ai Tavoli Tematici, intesi come luogo di confronto tra programmatori istituzionali e realtà sociale, e alle équipes multidisciplinari, luoghi di programmazione e progettazione integrata in relazione ai progetti di vita dei singoli cittadini portatori di bisogno.

L'impegno espresso dalla società civile si inserisca in un ambito di progettazione complessiva – partecipata e consapevole – per rendere maggiormente efficaci ed appropriate le risposte e consentire un adeguato utilizzo delle risorse.

I soggetti del Terzo Settore concorrono, quindi, all'individuazione degli obiettivi dei processi di programmazione locale e partecipano a livello territoriale alla definizione di progetti per servizi ed interventi di cura alla persona.

La partecipazione e adesione agli indirizzi contenuti nel Piano di zona, relativi alla programmazione territoriale, come sempre viene resa possibile anche agli **Istituti Scolastici** del territorio e alle **forze dell'ordine**.

3 PERCORSO DI REALIZZAZIONE DEL PIANO DI ZONA

Il processo di costituzione del sesto Piano di Zona dell'ambito territoriale di Menaggio non ha previsto particolari tappe di realizzazione, poiché, a distanza di oltre un decennio da primo piano locale di programmazione, il territorio ha ormai consolidato le sue competenze programmatiche tali per cui ogni periodo dell'anno vede i soggetti interessati alla programmazione (enti locali – aziende sanitarie e soggetti del terzo settore) impegnati nell'analisi dei bisogni, nella definizione delle priorità di intervento, nella valutazione di ipotesi di azioni, nella progettazione e programmazione di servizi e attività, nella valutazione degli esiti di ciò che già è in essere.

Certamente per la stesura del presente documento l'area di integrazione socio sanitaria è l'area che ha risentito maggiori difficoltà, dato i cambiamenti istituzionali sopramenzionati.

Obiettivo del biennio sarà sicuramente quello di andare a definire dei protocolli operativi specifici che andranno a sistematizzare le tematiche ad essa connesse.

Attenzione importante è stata data alla definizione dei contenuti da inserire come priorità per il prossimo biennio programmatico coerentemente con le esigenze emerse a livello territoriale e con le indicazioni contenute nelle linee regionali di indirizzo.

I tavoli di lavoro che si sono costituiti hanno avuto l'obiettivo di proseguire e migliorare il percorso di "sviluppo di una comunità che si prende cura" delle famiglie e dei minori, dei giovani, delle persone fragili, degli anziani e dei soggetti con disabilità.

Gli incontri svolti nella fase di stesura del presente documento vorrebbero essere l'inizio e/o lo sviluppo di un lavoro di approfondimento di alcune tematiche che "preoccupano" la comunità territoriale nelle sue diverse componenti, istituzionali e informali.

Sono stati previsti incontri differenti, a seconda della tematica che si intendeva approfondire.

Un incontro ha affrontato il tema della comunità che si prende cura delle **persone anziane**, con l'obiettivo di definire le linee di indirizzo (obiettivi e azioni) per le prossime annualità

Nel tavolo di lavoro che ha affrontato il tema della **disabilità** è stato illustrato il lavoro di analisi del bisogno che i soggetti della rete territoriale hanno prodotto negli scorsi anni e si sono analizzate le strategie di azione individuate a fronte dei dati emersi.

Le tematiche afferenti a **minori e famiglia, giovani e soggetti fragili, inclusione sociale** sono invece state affrontate a livello di aree territoriali (Menaggio e Tremezzina – Porlezese e Valle Cavargna – Valle Intelvi) al fine di definire strategie di azione volte allo sviluppo della comunità che si prende cura di queste aree di interesse. In ciascuna zona, proseguendo con le sinergie ad oggi già in essere, ci si è confrontati sulle aree di preoccupazione e sviluppo del territorio che si intendono affrontare nel prossimo biennio.

Come già evidenziato in precedenza, Regione Lombardia da alcuni chiede particolare attenzione alla ricomposizione nel territorio regionale basata:

- sulle priorità conoscitive
- sull'integrazione della spesa
- sull'integrazione dei servizi

Viene chiesto ai territori di:

- *produrre conoscenza sui bisogni*
- *raggiungere una soglia minima di gestione integrata delle risorse*
- *avere livelli definiti di presa in carico minima per interventi selezionati*
- *definire una soglia di utenti trattati con valutazione multidimensionale condivisa*

Avendo l'ambito di Menaggio già raggiunto tali obiettivi nei trienni precedenti (si veda descrizione delle azioni di sistema e dei servizi e degli interventi realizzati nel distretto di Menaggio), nel triennio entrante la programmazione territoriale deve andare in una direzione di miglioramento.

Considerata la complessità del bisogno sociale presente sul territorio, la programmazione del prossimo biennio 2019-2020 avrà come priorità la realizzazione di servizi e di interventi di welfare locale in forma partecipata e integrata, facendo leva su risposte prossime, adeguate, personalizzate e innovative rispetto alle domande del territorio. In particolare, come suggerisce Regione, emerge la necessità di un rafforzamento della presa in carico integrata, valorizzando la rete sociale esistente e coordinando gli interventi e le azioni attraverso un dialogo costante con gli attori che animano il welfare locale, proseguendo nel percorso di ricomposizione delle conoscenze, delle risorse e dei servizi già avviato durante la precedente triennalità, soprattutto alla luce della riorganizzazione istituzionale.

Si è così arrivati a definire i contenuti su cui si dovrà maggiormente lavorare nel prossimo triennio; in particolar modo si è definito che in questo Piano di Zona dovrà essere considerato prioritariamente il miglioramento dei seguenti aspetti, in continuità con quanto già effettivo:

- 1) perseguire l'obiettivo di omogeneità dei criteri di valutazione della qualità delle strutture e degli interventi, degli indicatori di appropriatezza e dei requisiti di accreditamento volontario delle unità di offerta sul territorio dell'Ambito territoriale. L'accreditamento qualitativo volontario è un modo per ampliare la rete, renderla più integrata e pervasiva e al contempo operare per innalzare ulteriormente il livello qualitativo dei servizi erogati e l'efficacia della risposta integrata al bisogno, oltre che per superare le asimmetrie informative esistenti. Sono necessari strumenti come un sistema di valutazione dell'efficacia e della qualità del processo di presa in carico e/o un sistema di valorizzazione degli esiti delle sperimentazioni e una diversa articolazione del sistema di accreditamento e il potenziamento di una filiera dei servizi che realmente prenda in carico i soggetti in un percorso omogeneo e strutturato.
- 2) attivare progetti e percorsi di innovazione sociale, per sperimentare nuovi modelli di intervento ai bisogni emergenti, facendo leva sulla rete sociale e sui principi di personalizzazione, tempestività, temporaneità e corresponsabilità già introdotti nella precedente triennalità. In tale prospettiva il cittadino non è quindi solo utente del welfare, ma egli stesso produttore di welfare e soggetto attivo nella rete dei servizi. Il welfare di comunità può essere lo strumento all'interno del quale "incubare" percorsi di innovazione sociale se ha alla base l'idea dello scambio continuo e costante tra il sistema dell'offerta sociale, le sue reti e le comunità sul territorio.

4 ANALISI DEL TERRITORIO

4.1 Il contesto di riferimento

È un dato incontrovertibile che la struttura delle famiglie sta mutando: aumentano quelle monoparentali e si riducono fortemente le famiglie con più componenti. La stabilizzazione del tasso di prolificità su valori insufficienti al ricambio generazionale, l'estensione progressiva dell'aspettativa di vita, oltre al vantaggio di un benessere (ancora) diffuso, hanno determinato il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione lombarda. L'indice di vecchiaia in Lombardia è pari al 162,2% e le persone con un'età superiore ai 65 anni sono quasi il 25% del totale della popolazione.

Se l'aumento della longevità rappresenta una grande conquista, in quanto testimonia il miglioramento delle condizioni di vita, dall'altro potrebbe trasformarsi in una minaccia per il futuro in termini di costi socio-economici correlati all'assistenza e al benessere degli anziani, specie continuasse con questi ritmi il “**tasso di dipendenza**” ovvero il rapporto tra la quota di popolazione pensionata o ultrasessantacinquenne e la quota di popolazione in età lavorativa risulta oggi pari al 59,8%.

Una dimensione di fragilità particolarmente rilevante è quella riferita alla condizione di non autosufficienza ed alla cronicità, determinata dall'invecchiamento associato a patologie che ne possono limitare l'autonomia funzionale e che richiedono al nucleo familiare la disponibilità di risorse fisiche, psicologiche ed economiche per la necessaria assistenza. La famiglia, nelle diverse fasi del ciclo di vita, può incontrare diverse condizioni di fragilità, non solo determinate da insicurezza economica, lavorativa, relazionale o per grave malattia di un componente, ma anche dalla nascita dei figli, dalla crisi del proprio ruolo educativo e da crisi interne alla coppia. Eventi che rendono la famiglia vulnerabile rispetto alla propria condizione socioeconomica e che ne possono disarticolare la struttura e l'organizzazione.

Sempre più spesso - a fronte di situazioni di non-autosufficienza che richiedono una presa in carico integrata e continuativa del soggetto, della gestione delle fasi post acuzie nei processi di cronicizzazione e comunque nelle situazioni di forte disagio e fragilità sociale - l'attuale rete di offerta socio-sanitaria non esprime risposte sufficientemente appropriate.

Un'altra dimensione di fragilità evidenziata dal Piano è rappresentata dai minori in età evolutiva affetti da forme di disabilità, per la quale si rileva come l'attuale rete di offerta si caratterizzi per l'insufficienza quantitativa della risposta e la distribuzione disomogenea delle strutture riabilitative ospedaliere ed extra-ospedaliere, oltreché da una insufficiente capacità di presa in carico da parte dei Servizi della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza.

4.2 Caratteristiche geo-morfologiche del territorio

Il Distretto di Menaggio comprende 29 comuni (Alta Valle Intelvi, Argegno, Bene Lario, Blessagno, Carlazzo, Cavargna, Centro Valle Intelvi, Cerano Intelvi, Claino con Osteno, Colonno, Corrido, Cusino, Dizzasco, Grandola ed Uniti, Griante, Laino, Menaggio, Pigra, Plesio, Ponna, Porlezza, Sala Comacina, San Bartolomeo Val Cavargna, San Nazzaro Val Cavargna, San Siro, Schignano, Tremezzina, Val Rezzo, Valsolda) dislocati su una superficie complessiva di 345,12 Km².

Ciò che caratterizza tutti i comuni del Distretto di Menaggio è la scarsità della popolazione residente e la sua forte dispersione nel territorio, infatti, la densità abitativa risulta molto modesta (108 abitanti per Km²) e differenziata nelle diverse parti del Distretto; questo dato significativo può essere collegato alla particolare conformazione geo-morfologica della zona, dove la maggior parte del territorio è montano.

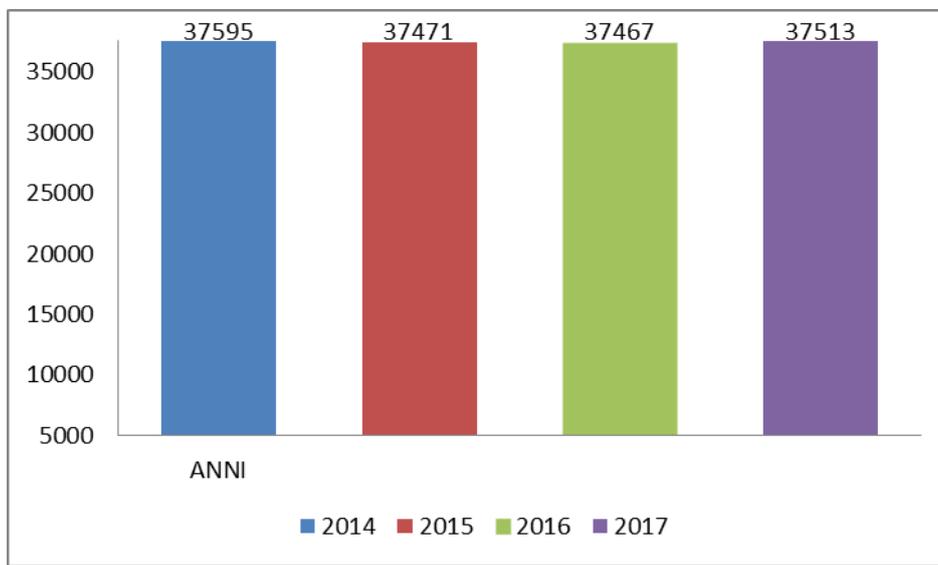
4.3 Analisi demografica

4.3.1 Dati generali sulla popolazione e sulla sua struttura per età

POPOLAZIONE RESIDENTE

Analizzando l'andamento demografico dal 2014 al 2017 nel nostro Distretto, si è osservata una stabilità nell'incremento nella popolazione residente (37.595 nel 2014 - 37.513 nel 2017).

Evoluzione della popolazione residente (2014-2017)



Confrontando i dati della popolazione nei singoli comuni appartenenti al Distretto, come evidenzia la seguente tabella, si può notare come su 29 comuni ben 8 hanno meno di 500 abitanti (il comune con il minor numero di residenti è Val Rezzo con 172 persone); 11 comuni hanno una popolazione compresa fra i 501 ed i 1.000 abitanti e altri 5 comuni hanno un numero di abitanti compresi fra i 1.001 e i 3.000; solamente 5 comuni superano i 3.000 abitanti (il comune con il maggior numero di residenti è Tremezzina con 5.118 abitanti, seguito da Porlezza con 4.959 abitanti).

In questo triennio abbiamo assistito ad altre due fusioni di Comuni che hanno portato alla creazione del Comune di Alta Valle Intelvi (composto da Lanzo Intelvi, Pellio Intelvi e Ramponio Intelvi dal 01/01/2017) e del Comune di Centro Valle Intelvi (composto da Casasco Intelvi, Castiglione Intelvi e San Fedele Intelvi, costituito il 01/01/2018).

Sul nostro territorio si sta assistendo a due fenomeni paralleli, da una parte lo spopolamento che interessa soprattutto i Comuni più piccoli (ma anche Menaggio e Tremezzina hanno accusato una significativa diminuzione della popolazione residente), mentre il nuovo comune di Centro Valle Intelvi ha avuto un importante aumento della popolazione di 134 unità, seguito da Porlezza con 89 unità.

Popolazione residente nei comuni del Distretto di Menaggio al 01/01/2018 (valori assoluti) con variazioni dell'ammontare dei residenti rispetto alla stessa data del 2014. Fonte: ISTAT

COMUNE	31/12/2014	01/01/2018	VARIAZIONI ASSOLUTE
ARREGNO	688	665	-23
BENE LARIO	325	335	10
BLESSAGNO	276	269	-7
CARLAZZO	3130	3162	32
CAVARGNA	228	212	-16
CERANO INTELVI	540	551	11
CLAINO CON OSTENO	549	560	11
COLONNO	518	508	-10
CORRIDO	843	828	-15

CUSINO	231	216	-15	
DIZZASCO	613	622	9	
GRANDOLA	1326	1298	-28	
GRIANTE	633	637	4	
LAINO	513	516	3	
MENAGGIO	3157	3107	-50	
PIGRA	263	244	-19	
PLESIO	846	840	-6	
PONNA INTELVI	258	240	-18	
PORLEZZA	4870	4959	89	
SALA COMACINA	566	538	-28	
S.BARTOLOMEO	1023	1010	-13	
SAN NAZZARO	328	302	-26	
SAN SIRO	1759	1749	-10	
SCHIGNANO	851	841	-10	
TREMEZZINA	5172	5118	-54	
VAL REZZO	175	172	-3	
VALSOLDA	1593	1548	-45	
LANZO	1447	2931	2942	11
PELLIO	1033			
RAMPONIO	451			
CASASCO INTELVI	459	475	3524	134
CASTIGLIONE INTELVI	1149	1217		
SAN FEDELE INTELVI	1782	1832		
37.595		37.513		-82

Le diverse tendenze demografiche, registrate nel nostro territorio, sono date da due indicatori fondamentali, riportati nella tabella precedente:

- il *movimento naturale*, cioè la differenza tra il numero delle nascite e quello dei decessi;
- il *movimento migratorio*, cioè la differenza fra il numero degli immigrati e quello degli emigrati.

Nonostante la presenza di un saldo migratorio positivo, indice di un maggior numero di persone che sono diventate residenti del Comune, rispetto a quelle che, invece, hanno cambiato residenza, con l'aggiunta o meno di un saldo naturale positivo, si assiste a una diminuzione della popolazione residente rispetto al 2014, ma in lieve aumento rispetto alle due annualità precedenti al 2017.

Dato da sottolineare è il saldo naturale negativo che indica un ulteriore decremento delle nascite rispetto all'analisi precedente, si registra infatti la presenza quasi esclusiva di un saldo naturale negativo (solo un paese ha il saldo naturale positivo) che sta ad indicare la minore natalità rispetto alla mortalità.

Movimenti anagrafici (natalità-mortalità) della popolazione residente nei singoli comuni del Distretto (2017)

Fonte: ISTAT: *Tasso di natalità (Nati/Pop.)*1000, Tasso di mortalità (Morti/Pop.)*1000 Saldo naturale (nati-deceduti)*

COMUNE	ABITANTI	NATI	TASSO NATALITA'	MORTI	TASSO MORTALITA'	SALDO NATURALE
ALTA VALLE INTELVI	2942	19	6,46	31	10,54	-12
ARREGNO	665	3	4,51	6	9,02	-3
BENE LARIO	335	0	0,00	2	5,97	-2
BLESSAGNO	269	1	3,72	5	18,59	-4
CARLAZZO	3162	26	8,22	35	11,07	-9
CASASCO INTELVI	475	6	12,63	8	16,84	-2

CASTIGLIONE	1217	7	5,75	8	6,57	-1
CAVARGNA	212	1	4,72	5	23,58	-4
CERANO INTELVI	551	1	1,81	2	3,63	-1
CLAINO CON OSTENO	560	3	5,36	11	19,64	-8
COLONNO	508	6	11,81	1	1,97	5
CORRIDO	828	2	2,42	4	4,83	-2
CUSINO	216	0	0,00	2	9,26	-2
DIZZASCO	622	7	11,25	30	48,23	-23
GRANDOLA	1298	6	4,62	13	10,02	-7
GRIANTE	637	1	1,57	12	18,84	-11
LAINO	516	4	7,75	8	15,50	-4
MENAGGIO	3107	22	7,08	35	11,26	-13
PIGRA	244	0	0,00	6	24,59	-6
PLESIO	840	8	9,52	14	16,67	-6
PONNA	240	0	0,00	4	16,67	-4
PORLEZZA	4959	39	7,86	42	8,47	-3
SALA COMACINA	538	1	1,86	31	57,62	-30
S.BARTOLOMEO	1010	7	6,93	10	9,90	-3
S.FEDELE INTELVI	1832	11	6,00	18	9,83	-7
SAN NAZZARO	302	2	6,62	3	9,93	-1
SAN SIRO	1749	10	5,72	22	12,58	-12
SCHIGNANO	841	4	4,76	13	15,46	-9
TREMEZZINA	5118	42	8,21	51	9,96	-9
VAL REZZO	172	2	11,63	3	17,44	-1
VALSOLDA	1548	4	2,58	22	14,21	-18
37513	245	6,53	457	12,18	-212	

Nel nostro territorio i termini “migrazione” e “immigrazione” vanno utilizzati con particolare attenzione perché spesso si tratta di trasferimenti di residenza fra un Comune e l’altro del Distretto; per questo motivo nella tabella seguente, viene analizzato il movimento migratorio considerando iscritti e cancellati in base ai movimenti da/per altri comuni, da/per l’estero e movimenti per altri motivi.

Movimenti anagrafici (immigrazione-emigrazione) della popolazione residente nei singoli comuni del Distretto (2017)

COMUNE	IMMIGRATI			EMIGRATI			SALDO MIGRATORIO
	iscritti da altri comuni	iscritti dall'estero	altri iscritti	cancellati per altri comuni	cancellati per l'estero	altri cancellati	
ALTA VALLE INTELVI	140	15	3	103	11	1	43
ARPEGNO	21	8	0	20	4	3	2
BENE LARIO	5	4	0	12	0	0	-3
BLESSAGNO	5	0	0	7	0	1	-3
CARLAZZO	83	23	3	82	17	4	6
CASASCO INTELVI	12	3	1	16	2	5	-7
CASTIGLIONE	70	6	5	51	2	12	16
CAVARGNA	2	1	2	6	1	0	-2
CERANO INTELVI	19	5	0	15	6	0	3
CLAINO CON OSTENO	35	1	2	18	0	8	12
COLONNO	16	2	4	12	4	8	-2
CORRIDO	32	3	0	21	2	2	10
CUSINO	9	0	0	8	0	0	1
DIZZASCO	52	9	2	38	8	0	17

GRANDOLA	27	5	0	28	1	2	1
GRIANTE	16	20	6	12	10	3	17
LAINO	39	7	0	8	2	0	36
MENAGGIO	88	50	3	82	26	4	29
PIGRA	3	2	0	5	2	0	-2
PLESIO	13	7	2	22	4	0	-4
PONNA	3	0	0	3	0	0	0
PORLEZZA	179	41	6	123	31	13	59
SALA COMACINA	56	10	0	21	4	0	41
S.BARTOLOMEO	6	6	0	13	3	0	-4
S.FEDELE INTELVI	72	27	6	80	8	5	12
SAN NAZZARO	4	0	0	2	2	0	0
SAN SIRO	47	19	0	39	7	0	20
SCHIGNANO	13	2	0	23	0	0	-8
TREMEZZINA	100	53	8	153	15	24	-31
VAL REZZO	4	0	0	3	1	0	0
VALSOLDA	57	12	0	42	14	0	13

Fonte: demo.istat

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

Dall'analisi della popolazione residente nel Distretto suddivisa per fascia di età è stato possibile valutare l'ammontare complessivo dei minorenni, dei giovani, delle persone in età centrale e di quelle anziane, nonché l'incidenza di queste diverse tipologie di soggetti sul totale dei residenti di ogni singolo comune, oltre che stabilire un rapporto tra le persone minorenni e quelle anziane, che definisce l'indice di vecchiaia. L'età media della popolazione nel nostro territorio (data dalla media delle età di una popolazione, calcolata come il rapporto tra la somma delle età di tutti gli individui e il numero della popolazione residente. Da non confondere con l'aspettativa di vita di una popolazione) è di 46,92.

Età media al 31/12/2017, valori assoluti e percentuali
sulla popolazione totale dei singoli comuni (Fonte: ISTAT)

Anno	0-14 anni	15-64 anni	65+ anni	tot. Residenti	Età media
2017	4766	23475	9272	37513	46,92

Osservando la seguente tabella, si può constatare come il numero complessivo dei minorenni nel nostro Distretto è pari a 6.117 su un totale di 37.513 abitanti, vale a dire che la percentuale dei minori rispetto al totale dei residenti corrisponde al 16,31% (in Lombardia la percentuale è del 17,54%, in Italia del 17,17%). Dato in diminuzione in quanto 31/12/2013 il numero complessivo dei minori era pari a 6298 su un totale di 37.504 abitanti, vale a dire che la percentuale dei minori rispetto al totale dei residenti corrispondeva al 16,79%.

Popolazione minorenni al 31/12/2017, percentuali sulla popolazione totale dei singoli comuni, indice di vecchiaia. (Fonte: ISTAT)

COMUNE	ABITANTI	ETA' 0 - 18	% minori sul territorio
ALTA VALLE	2942	431	14,65%
ARPEGNO	665	102	15,34%
BENE LARIO	335	66	19,70%
BLESSAGNO	269	43	15,99%
CARLAZZO	3162	607	19,20%
CASASCO INTELVI	475	81	17,05%
CASTIGLIONE	1217	254	20,87%

CAVARGNA	212	25	11,79%
CERANO INTELVI	551	96	17,42%
CLAINO CON OSTENO	560	78	13,93%
COLONNO	508	78	15,35%
CORRIDO	828	166	20,05%
CUSINO	216	26	12,04%
DIZZASCO	622	103	16,56%
GRANDOLA	1298	220	16,95%
GRIANTE	637	85	13,34%
LAINO	516	82	15,89%
MENAGGIO	3107	477	15,35%
PIGRA	244	19	7,79%
PLESIO	840	126	15,00%
PONNA	240	27	11,25%
PORLEZZA	4959	927	18,69%
SALA COMACINA	538	70	13,01%
S.BARTOLOMEO	1010	161	15,94%
S.FEDELE INTELVI	1832	331	18,07%
SAN NAZZARO	302	37	12,25%
SAN SIRO	1749	221	12,64%
SCHIGNANO	841	132	15,70%
TREMEZZINA	5118	785	15,34%
VAL REZZO	172	27	15,70%
VALSOLDA	1548	234	15,12%
	37513	6117	16,31%

La successiva indica il numero di residenti, in ogni singolo Comune del Distretto, con un'età compresa tra i 19 e i 64 anni, che ammonta complessivamente in 22.124 persone, corrispondente al 58,98% (in Lombardia la percentuale è del 60,06%, in Italia del 60,26%).

Popolazione per classi di età centrale al 31/12/2017, valori assoluti e percentuali sulla popolazione totale dei singoli comuni (Fonte: ISTAT)

COMUNE	ABITANTI	ETA' 19-64	% adulti sul territorio
ALTA VALLE	2942	1784	60,64%
ARREGNO	665	389	58,50%
BENE LARIO	335	199	59,40%
BLESSAGNO	269	163	60,59%
CARLAZZO	3162	1916	60,59%
CASASCO INTELVI	475	248	52,21%
CASTIGLIONE	1217	725	59,57%
CAVARGNA	212	126	59,43%
CERANO INTELVI	551	326	59,17%
CLAINO CON OSTENO	560	329	58,75%
COLONNO	508	289	56,89%
CORRIDO	828	511	61,71%
CUSINO	216	121	56,02%
DIZZASCO	622	358	57,56%
GRANDOLA	1298	779	60,02%
GRIANTE	637	370	58,08%
LAINO	516	303	58,72%
MENAGGIO	3107	1786	57,48%
PIGRA	244	155	63,52%
PLESIO	840	482	57,38%
PONNA	240	125	52,08%

PORLEZZA	4959	3045	61,40%
SALA COMACINA	538	251	46,65%
S.BARTOLOMEO	1010	606	60,00%
S.FEDELE INTELVI	1832	1103	60,21%
SAN NAZZARO	302	171	56,62%
SAN SIRO	1749	1025	58,60%
SCHIGNANO	841	461	54,82%
TREMEZZINA	5118	2992	58,46%
VAL REZZO	172	106	61,63%
VALSOLDA	1548	880	56,85%
	37513	22124	58,98%

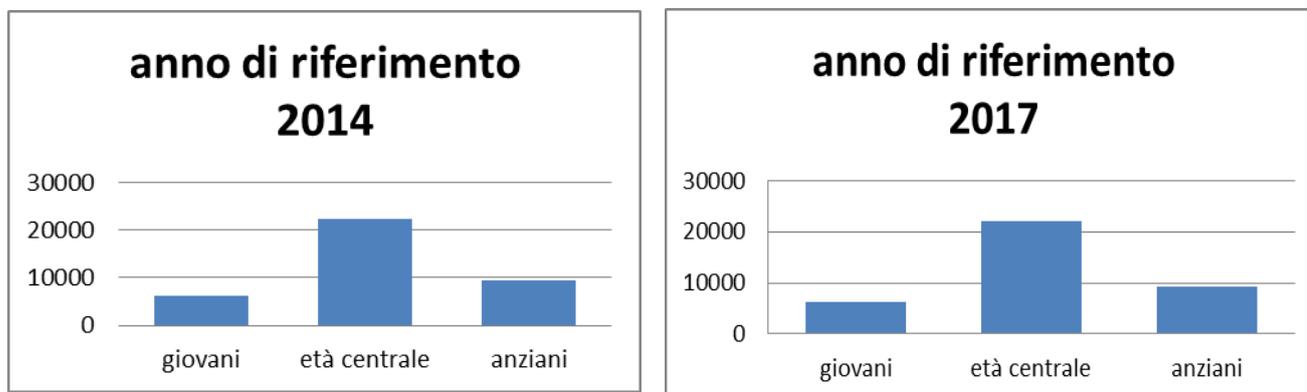
La Tabella successiva mostra i soggetti anziani residenti nel nostro Distretto che risultano pari a 9.272 persone. La percentuale di persone anziane sul totale della popolazione residente, pari al 24,72%; nel 2014 era pari al 25,17% e nel 2010 al 22,13 % (in Lombardia la percentuale è del 22,39%, in Italia del 22,55%).

Popolazione per classi di età anziane al 31/12/2017, valori assoluti e percentuali sulla popolazione totale dei singoli comuni (Fonte: ISTAT)

COMUNE	ABITANTI	ETA' 65 e più	% anziani sul territorio
ALTA VALLE	2942	724	24,61%
ARREGNO	665	174	26,17%
BENE LARIO	335	70	20,90%
BLESSAGNO	269	63	23,42%
CARLAZZO	3162	639	20,21%
CASASCO INTELVI	475	146	30,74%
CASTIGLIONE	1217	238	19,56%
CAVARGNA	212	61	28,77%
CERANO INTELVI	551	129	23,41%
CLAINO CON OSTENO	560	153	27,32%
COLONNO	508	141	27,76%
CORRIDO	828	151	18,24%
CUSINO	216	69	31,94%
DIZZASCO	622	161	25,88%
GRANDOLA	1298	299	23,04%
GRIANTE	637	182	28,57%
LAINO	516	131	25,39%
MENAGGIO	3107	844	27,16%
PIGRA	244	70	28,69%
PLESIO	840	232	27,62%
PONNA	240	91	37,92%
PORLEZZA	4959	987	19,90%
SALA COMACINA	538	217	40,33%
S.BARTOLOMEO	1010	243	24,06%
S.FEDELE INTELVI	1832	398	21,72%
SAN NAZZARO	302	94	31,13%
SAN SIRO	1749	503	28,76%
SCHIGNANO	841	248	29,49%
TREMEZZINA	5118	1341	26,20%
VAL REZZO	172	39	22,67%
VALSOLDA	1548	434	28,04%
	37513	9272	24,72%

Confrontando le tre categorie di persone considerate: minorenni, soggetti in età centrale e anziani si può notare come la percentuale di persone in età centrale residenti risulta sostanzialmente maggiore rispetto a quella dei giovani e degli anziani e di come, nel corso degli anni la percentuale tra le diverse categorie sia rimasta quasi invariata, così come si può osservare dal grafico sottostante.

Confronto categorie di età dal 2014 al 2017



I GIOVANI

Dalla letteratura nazionale in materia di gioventù (e relative ricerche), emerge che con politiche giovanili (o interventi pubblici in materia di gioventù) si intende un approccio duplice, articolato nello sviluppo e nella promozione di due categorie di misure:

- Azioni che hanno i giovani come destinatari diretti dei provvedimenti (quindi persone appartenenti ad una precisa fascia d'età): sono azioni rivolte specificamente ai giovani negli ambiti dell'apprendimento non formale, la partecipazione e il volontariato, l'animazione socioeducativa, la mobilità e l'informazione;
- Azioni di integrazione, basate su un approccio trasversale, intenzionali (di breve e di lungo periodo) in tutti quegli ambiti che influiscono sulla vita dei giovani stessi, in particolare l'istruzione e formazione, lavoro, diritto allo studio, Università, ricerca, casa, giovani coppie, pari opportunità, diversità culturale, trasporti, servizio civile, accesso al credito, l'occupazione e imprenditorialità, salute e benessere, sport, turismo giovanile, la partecipazione civica, associazionismo, rappresentanze ed organizzazioni giovanili, volontariato, l'inclusione sociale, i giovani nel mondo, creatività, arte e cultura.

La trasversalità dell'approccio permette di tener conto delle specificità della condizione di giovane nella fase di programmazione, attuazione e valutazione, in tutti questi settori. Se per questi interventi la fascia d'età dei destinatari è molto ampia (arrivando anche fino ai 40 anni per alcune misure, es. giovani coppie), gli interventi di natura specifica sui giovani, generalmente si concentrano su una fascia dai 13/15 ai 25 anni.

Nel nostro territorio la percentuale di quelli definiti Giovani dalle politiche giovanili (fascia 15-25 anni) è del 10,02% (in Lombardia la percentuale è del 10,3%, in Italia del 10,8%).

Giovani (15-25 anni) al 31/12/2017, percentuali sulla popolazione totale dei singoli comuni (Fonte: ISTAT)

COMUNE	ABITANTI	ETA' 15-25	% adulti sul territorio
ALTA VALLE	2942	279	9,48%
ARREGNO	665	59	8,87%
BENE LARIO	335	41	12,24%
BLESSAGNO	269	27	10,04%
CARLAZZO	3162	345	10,91%
CASASCO INTELVI	475	34	7,16%
CASTIGLIONE	1217	114	9,37%
CAVARGNA	212	19	8,96%
CERANO INTELVI	551	59	10,71%
CLAINO CON OSTENO	560	62	11,07%

COLONNO	508	38	7,48%
CORRIDO	828	90	10,87%
CUSINO	216	18	8,33%
DIZZASCO	622	55	8,84%
GRANDOLA	1298	133	10,25%
GRIANTE	637	77	12,09%
LAINO	516	49	9,50%
MENAGGIO	3107	322	10,36%
PIGRA	244	35	14,34%
PLESIO	840	86	10,24%
PONNA	240	8	3,33%
PORLEZZA	4959	537	10,83%
SALA COMACINA	538	42	7,81%
S.BARTOLOMEO	1010	103	10,20%
S.FEDELE INTELVI	1832	179	9,77%
SAN NAZZARO	302	23	7,62%
SAN SIRO	1749	179	10,23%
SCHIGNANO	841	87	10,34%
TREMEZZINA	5118	523	10,22%
VAL REZZO	172	12	6,98%
VALSOLDA	1548	122	7,88%
	37513	3757	10,02%

INDICI DI VECCHIAIA, DI DIPENDENZA STRUTTURALE, DI RICAMBIO E DI STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE ATTIVA

L'indice di vecchiaia rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione. È il rapporto percentuale tra il numero degli ultrasessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni. Ad esempio, nel 2018 l'indice di vecchiaia per la Lombardia dice che ci sono 162,2 anziani ogni 100 giovani (168,9 in Italia), mentre sul nostro territorio ci sono 194,5 anziani ogni 100 giovani, un indice molto più alto rispetto ai dati regionale e nazionale.

Indice di vecchiaia al 31/12/2017, percentuale sulla popolazione totale dei singoli comuni (Fonte: ISTAT)

COMUNE	ABITANTI	ETA' 65 e più	ETA' 0-14	indice di vecchiaia
ALTA VALLE	2942	724	344	210,5
ARREGNO	665	174	82	212,2
BENE LARIO	335	70	47	148,9
BLESSAGNO	269	63	33	190,9
CARLAZZO	3162	639	486	131,5
CASASCO INTELVI	475	146	63	231,7
CASTIGLIONE	1217	238	197	120,8
CAVARGNA	212	61	18	338,9
CERANO INTELVI	551	129	71	181,7
CLAINO CON OSTENO	560	153	62	246,8
COLONNO	508	141	62	227,4
CORRIDO	828	151	130	116,2
CUSINO	216	69	21	328,6
DIZZASCO	622	161	81	198,8
GRANDOLA	1298	299	162	184,6
GRIANTE	637	182	63	288,9
LAINO	516	131	67	195,5
MENAGGIO	3107	844	361	233,8
PIGRA	244	70	10	700,0
PLESIO	840	232	97	239,2
PONNA	240	91	22	413,6
PORLEZZA	4959	987	737	133,9
SALA COMACINA	538	217	57	380,7

S.BARTOLOMEO	1010	243	121	200,8
S.FEDELE INTELVI	1832	398	261	152,5
SAN NAZZARO	302	94	31	303,2
SAN SIRO	1749	503	165	304,8
SCHIGNANO	841	248	95	261,1
TREMEZZINA	5118	1341	604	222,0
VAL REZZO	172	39	24	162,5
VALSOLDA	1548	434	192	226,0
	37513	9272	4766	194,5

L'indice di dipendenza strutturale rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-64 anni). Ad esempio, teoricamente, in Lombardia nel 2018 ci sono 56,8 individui a carico ogni 100 che lavorano (in Italia 56), mentre nel nostro territorio su 100 persone che lavorano ce ne sono 59,8 a carico.

Indice di dipendenza strutturale al 31/12/2017, valori assoluti e percentuali sulla popolazione totale dei singoli comuni (Fonte: ISTAT)

COMUNE	POPOLAZIONE INATTIVA			POPOLAZIONE ATTIVA	indice di DIPENDENZA STRUTTURALE
	ETA' 65 e più	ETA' 0-14	TOTALE	ETA' 15-64	
ALTA VALLE	724	344	1068	1874	57,0
ARREGNO	174	82	256	409	62,6
BENE LARIO	70	47	117	218	53,7
BLESSAGNO	63	33	96	173	55,5
CARLAZZO	639	486	1125	2037	55,2
CASASCO INTELVI	146	63	209	266	78,6
CASTIGLIONE	238	197	435	782	55,6
CAVARGNA	61	18	79	133	59,4
CERANO INTELVI	129	71	200	351	57,0
CLAINO CON OSTENO	153	62	215	345	62,3
COLONNO	141	62	203	305	66,6
CORRIDO	151	130	281	547	51,4
CUSINO	69	21	90	126	71,4
DIZZASCO	161	81	242	380	63,7
GRANDOLA	299	162	461	837	55,1
GRIANTE	182	63	245	392	62,5
LAINO	131	67	198	318	62,3
MENAGGIO	844	361	1205	1902	63,4
PIGRA	70	10	80	164	48,8
PLESIO	232	97	329	511	64,4
PONNA	91	22	113	127	89,0
PORLEZZA	987	737	1724	3235	53,3
SALA COMACINA	217	57	274	264	103,8
S.BARTOLOMEO	243	121	364	646	56,3
S.FEDELE INTELVI	398	261	659	1173	56,2
SAN NAZZARO	94	31	125	177	70,6
SAN SIRO	503	165	668	1081	61,8
SCHIGNANO	248	95	343	498	68,9
TREMEZZINA	1341	604	1945	3173	61,3
VAL REZZO	39	24	63	109	57,8
VALSOLDA	434	192	626	922	67,9
	9272	4766	14038	23475	59,8

Un'ulteriore analisi meritano gli indici di ricambio della popolazione attiva e l'indice di struttura della popolazione attiva. L'indice di ricambio della popolazione attiva rappresenta il rapporto percentuale tra la

fascia di popolazione che sta per andare in pensione (60-64 anni) e quella che sta per entrare nel mondo del lavoro (15-19 anni). La popolazione attiva è tanto più giovane quanto più l'indicatore è minore di 100. Ad esempio, in Italia nel 2018 l'indice di ricambio è 130,4 e significa che la popolazione in età lavorativa è molto anziana (in Lombardia è del 128,7). Nel nostro territorio è di 131,9, leggermente superiore al dato nazionale; da sottolineare che alcuni comuni hanno un indice di molto superiore al 100, e solo tre comuni hanno un indice minore di 100.

Indice di ricambio di popolazione attiva al 31/12/2017, valori assoluti e percentuali sulla popolazione totale dei singoli comuni (Fonte: ISTAT)

COMUNE	ABITANTI	ETA' 60-64	ETA' 15-19	Indice di ricambio popolazione attiva
ALTA VALLE	2942	183	118	155,1
ARGEGNO	665	38	26	146,2
BENE LARIO	335	24	26	92,3
BLESSAGNO	269	16	14	114,3
CARLAZZO	3162	157	144	109,0
CASASCO INTELVI	475	19	20	95,0
CASTIGLIONE	1217	62	68	91,2
CAVARGNA	212	17	7	242,9
CERANO INTELVI	551	33	30	110,0
CLAINO CON OSTENO	560	49	20	245,0
COLONNO	508	32	20	160,0
CORRIDO	828	50	41	122,0
CUSINO	216	7	7	100,0
DIZZASCO	622	30	26	115,4
GRANDOLA	1298	81	72	112,5
GRIANTE	637	41	35	117,1
LAINO	516	26	21	123,8
MENAGGIO	3107	193	143	135,0
PIGRA	244	21	14	150,0
PLESIO	840	62	40	155,0
PONNA	240	14	2	700,0
PORLEZZA	4959	265	238	111,3
SALA COMACINA	538	29	16	181,3
S.BARTOLOMEO	1010	59	54	109,3
S.FEDELE INTELVI	1832	90	84	107,1
SAN NAZZARO	302	28	9	311,1
SAN SIRO	1749	110	68	161,8
SCHIGNANO	841	56	47	119,1
TREMEZZINA	5118	317	218	145,4
VAL REZZO	172	9	4	225,0
VALSOLDA	1548	107	55	194,5
	37513	2225	1687	131,9

L'indice di struttura della popolazione attiva rappresenta il grado di invecchiamento della popolazione in età lavorativa. È il rapporto percentuale tra la parte di popolazione in età lavorativa più anziana (40-64 anni) e quella più giovane (15-39 anni). In Italia è di 137,2, mentre in Lombardia è di 142,2. Nel nostro territorio è di 147,9 e sta a indicare che nel nostro territorio la popolazione che lavora è per la maggior parte superiore ai 40 anni.

Indice di struttura di popolazione attiva al 31/12/2017, valori assoluti e percentuali sulla popolazione totale dei singoli comuni (Fonte: ISTAT)

COMUNE	ABITANTI	ETA' 40-64	ETA' 15-39	Indice di struttura popolazione attiva
ALTA VALLE	2942	1166	708	164,7
ARGEGNO	665	240	169	142,0
BENE LARIO	335	120	98	122,4

BLESSAGNO	269	110	63	174,6
CARLAZZO	3162	1159	878	132,0
CASASCO INTELVI	475	167	99	168,7
CASTIGLIONE	1217	491	291	168,7
CAVARGNA	212	83	50	166,0
CERANO INTELVI	551	232	119	195,0
CLAINO CON OSTENO	560	195	150	130,0
COLONNO	508	194	111	174,8
CORRIDO	828	332	215	154,4
CUSINO	216	71	55	129,1
DIZZASCO	622	228	152	150,0
GRANDOLA	1298	492	345	142,6
GRIANTE	637	231	161	143,5
LAINO	516	198	120	165,0
MENAGGIO	3107	1130	772	146,4
PIGRA	244	104	60	173,3
PLESIO	840	320	191	167,5
PONNA	240	90	37	243,2
PORLEZZA	4959	1796	1439	124,8
SALA COMACINA	538	173	91	190,1
S.BARTOLOMEO	1010	395	251	157,4
S.FEDELE INTELVI	1832	667	506	131,8
SAN NAZZARO	302	106	71	149,3
SAN SIRO	1749	685	396	173,0
SCHIGNANO	841	300	198	151,5
TREMEZZINA	5118	1914	1259	152,0
VAL REZZO	172	56	53	105,7
VALSOLDA	1548	562	360	156,1
	37513	14007	9468	147,9

LA SITUAZIONE DELLE FAMIGLIE

Dalla Tabella seguente si può constatare come i Comuni che presentano il maggior numero di abitanti mostrano anche il maggior numero di famiglie (come ad esempio Tremezzina che risultava il Comune con più abitanti), rispetto agli altri comuni del territorio. Il numero medio dei componenti per ogni famiglia non varia sostanzialmente fra tutti i 31 comuni.

Numero di famiglie e numero medio dei componenti nei diversi comuni del Distretto

COMUNE	NUMERO DI FAMIGLIE	NUMERO DI CONVIVENZE	TOTALE NUCLEI FAMILIARI	NUMERO MEDIO DI COMPONENTI PER FAMIGLIE
ALTA VALLE	1459	8	1467	2
AREGNO	340	0	340	2
BENE LARIO	142	0	142	2,4
BLESSAGNO	138	0	138	1,9
CARLAZZO	1332	0	1332	2,4
CASASCO INTELVI	227	1	228	2
CASTIGLIONE	541	1	542	2,2
CAVARGNA	107	0	107	2
CERANO INTELVI	257	0	257	2,1
CLAINO CON OSTENO	267	0	267	2,1
COLONNO	251	0	251	2
CORRIDO	336	0	336	2,5
CUSINO	107	0	107	2

DIZZASCO	281	2	283	2
GRANDOLA	571	1	572	2,3
GRIANTE	321	0	321	2
LAINO	250	0	250	2,1
MENAGGIO	1368	7	1375	2,2
PIGRA	132	0	132	1,8
PLESIO	386	0	386	2,2
PONNA	125	0	125	1,9
PORLEZZA	2139	3	2142	2,3
SALA COMACINA	231	1	232	2
S.BARTOLOMEO	424	1	425	2,4
S.FEDELE INTELVI	859	0	859	2,1
SAN NAZZARO	143	0	143	2,1
SAN SIRO	851	0	851	2
SCHIGNANO	412	0	412	2
TREMEZZINA	2333	4	2337	2,2
VAL REZZO	71	0	71	2,4
VALSOLDA	728	3	731	2,1
	17129	32	17161	2,12

Fonte: demo.istat

*NB. **Convivenza:** le convivenze anagrafiche sono conteggiate sulla base del numero di schede di convivenza presenti negli archivi anagrafici. L'articolo 5 del regolamento anagrafico (DPR 223 del 1989) riporta: Agli effetti anagrafici per convivenza s'intende un insieme di persone normalmente coabitanti per motivi religiosi, di cura, di assistenza, militari, di pena, e simili, aventi dimora abituale nello stesso comune. Le persone addette alla convivenza per ragioni di impiego o di lavoro, se vi convivono abitualmente, sono considerate membri della convivenza, purché non costituiscano famiglie a sé stanti. Le persone ospitate anche abitualmente in alberghi, locande, pensioni e simili non costituiscono convivenza anagrafica".*

LA POPOLAZIONE IMMIGRATA PRESENTE NELL'AMBITO

Il fenomeno migratorio comincia ad interessare la provincia di Como a partire dalla metà degli anni '80, in seguito agli arrivi soprattutto di donne filippine e latino-americane che si inseriscono nel mercato del lavoro. In seguito alla sanatoria prevista dalla Legge Martelli, l'immigrazione verso Como assume i tratti dei flussi migratori che caratterizzano un po' tutte le province italiane.

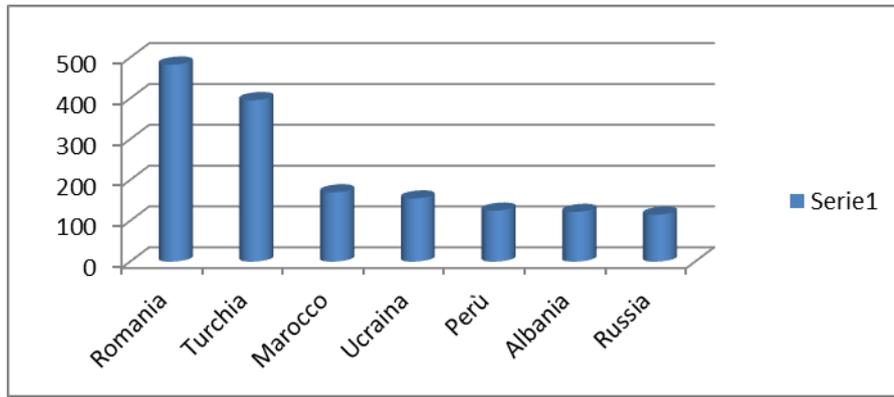
A partire dalla metà degli anni '90, il fenomeno immigratorio comincia a caratterizzarsi per la presenza di nuove tipologie di persone straniere, in seguito ai ricongiungimenti familiari: arrivo di donne e crescita della presenza di minori. Inoltre, da sempre, la provincia di Como è toccata dalle migrazioni di transito, per via della sua particolare posizione geografica confinante con la Svizzera, meta di numerosi immigrati o canale di passaggio verso ulteriori mete del Centro e Nord Europa.

Al 31 dicembre 2017 gli stranieri residenti nel distretto erano pari a 2991 unità.

Dai dati raccolti emerge la presenza cospicua di stranieri presenti rispetto al numero di abitanti per comune; tutto ciò ci permette di comprendere come la convivenza etnica sia un fenomeno che interessa, non solo i grandi centri urbani, ma anche le piccole comunità locali, come la nostra (in alcuni comuni la percentuale si attesta intorno al 15%).

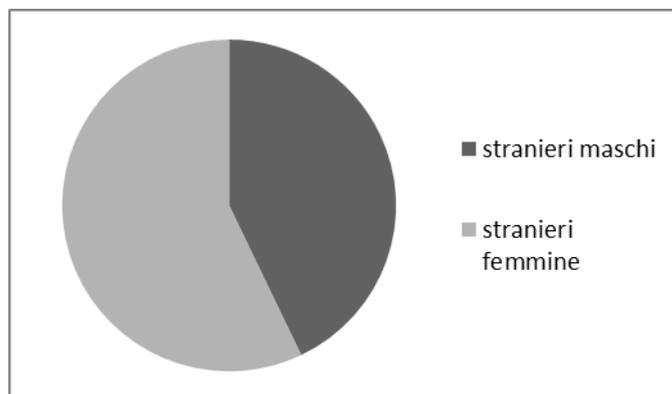
Nel grafico sottostante, sono state prese in considerazione le maggiori nazionalità di stranieri che stanno interessando il nostro territorio. Si può osservare come rumeni, turchi, marocchini e ucraini siano le categorie di stranieri più presenti nel Distretto.

Presenza di stranieri nel Distretto di Menaggio in base alla nazionalità



Numero di stranieri presenti nei Comuni del distretto di Menaggio (fonte ISTAT)

COMUNE	ABITANTI	maschi	femmine	totale cittadini stranieri	% cittadini stranieri
ALTA VALLE	2942	116	155	271	9,21%
ARGEGNO	665	32	42	74	11,13%
BENE LARIO	335	5	8	13	3,88%
BLESSAGNO	269	1	2	3	1,12%
CARLAZZO	3162	81	147	228	7,21%
CASASCO INTELVI	475	16	28	44	9,26%
CASTIGLIONE	1217	42	49	91	7,48%
CAVARGNA	212	1	1	2	0,94%
CERANO INTELVI	551	12	20	32	5,81%
CLAINO CON OSTENO	560	14	20	34	6,07%
COLONNO	508	30	48	78	15,35%
CORRIDO	828	10	19	29	3,50%
CUSINO	216	0	1	1	0,46%
DIZZASCO	622	34	47	81	13,02%
GRANDOLA	1298	34	54	88	6,78%
GRIANTE	637	50	31	81	12,72%
LAINO	516	11	25	36	6,98%
MENAGGIO	3107	136	165	301	9,69%
PIGRA	244	5	7	12	4,92%
PLESIO	840	39	37	76	9,05%
PONNA	240	1	3	4	1,67%
PORLEZZA	4959	187	256	443	8,93%
SALA COMACINA	538	30	33	63	11,71%
S.BARTOLOMEO	1010	1	10	11	1,09%
S.FEDELE INTELVI	1832	124	146	270	14,74%
SAN NAZZARO	302	1	0	1	0,33%
SAN SIRO	1749	31	56	87	4,97%
SCHIGNANO	841	14	12	26	3,09%
TREMEZZINA	5118	192	217	409	7,99%
VAL REZZO	172	0	4	4	2,33%
VALSOLDA	1548	33	65	98	6,33%
	37513	1283	1708	2991	7,97%



I dati relativi al nostro territorio, raccolti nell'anno 2017, indicano la presenza 2991 persone straniere, rispetto alle 3006 del 2013. La percentuale sul totale della popolazione è passata dal 8,02% al 7,97%.

GLI INDICATORI DEL BENESSERE EQUO E SOSTENIBILE

Nel giugno 2018, l'Istat, per la prima volta, pubblica un set di indicatori del Benessere equo e sostenibile nelle 110 province e città metropolitane italiane. Si diffondono 61 indicatori disaggregati al livello provinciale, distinti per sesso quando possibile, generalmente calcolati in serie storica, e aggiornati allo stesso anno di riferimento degli indicatori del rapporto Bes 2017. Abbiamo così per la prima volta la possibilità di avere un quadro, seppur a livello provinciale e non ancora per i singoli comuni, su diverse aree che prima non prese in considerazione dai dati statistici ordinari. Le aree prese in considerazione sono: salute, istruzione e formazione, lavoro e conciliazione tempi di vita, relazioni sociali, sicurezza.

Dominio salute. Ultimo anno disponibile (fonte ISTAT)

	Speranza di vita alla nascita	Mortalità infantile	Mortalità per incidenti stradali (15-34 anni)	Mortalità per tumore (20-64 anni)	Mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (65 anni e più)
	2016	2014	2016	2014	2014
	numero medio di anni	per 1.000 nati vivi	tassi standardizzati per 10.000 residenti	tassi standardizzati per 10.000 residenti	tassi standardizzati per 10.000 residenti
LOMBARDIA	83,2	2,9	0,5	9,0	29,4
Provincia di Como	83,3	3,0	0,3	8,5	25,0
Italia	82,8	2,8	0,7	9,0	27,9

Glossario:

- **Speranza di vita alla nascita:** la speranza di vita alla nascita esprime il numero medio di anni che un neonato può aspettarsi di vivere.
- **Mortalità infantile:** decessi nel primo anno di vita per 1.000 nati vivi residenti.
- **Mortalità per incidenti stradali (15-34 anni):** tassi di mortalità per incidenti stradali standardizzati con la popolazione europea al 2013 all'interno della classe di età 15-34, per 10.000 residenti.
- **Mortalità per tumore (20-64 anni):** tassi di mortalità per tumori (causa iniziale) standardizzati con la popolazione europea al 2013 all'interno della classe di età 20-64 anni, per 10.000 residenti.
- **Mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (65 anni e più):** tassi di mortalità per malattie del sistema nervoso e disturbi psichici e comportamentali (causa iniziale) standardizzati con la popolazione europea al 2013 all'interno della fascia di età 65 anni e più, per 10.000 residenti.

Dominio istruzione e formazione. Ultimo anno disponibile (fonte ISTAT)

	Partecipazione alla scuola dell'infanzia	Persone con almeno il diploma (25-64 anni)	Laureati e altri titoli terziari (25-39 anni)	Passaggio all'università	Giovani che non lavorano e non studiano (Neet)	Partecipazione alla formazione continua	Competenza alfabetica degli studenti	Competenza numerica degli studenti
	2015/2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016/2017	2016/2017
	valori percentuali	valori percentuali	valori percentuali	tasso specifico di coorte	valori percentuali	valori percentuali	punteggio medio	punteggio medio
LOMBARDIA	90,7	63,2	27,8	54,4	16,9	9,3	208,0	209,9
Provincia di Como	93,4	63,0	29,2	51,5	15,1	9,4	209,0	207,4
Italia	92,0	60,1	24,4	50,3	24,3	8,3	198,8	198,3

Glossario:

- **Partecipazione alla scuola dell'infanzia:** percentuale di bambini di 4-5 anni che frequentano la scuola dell'infanzia sul totale dei bambini di 4-5 anni.
- **Persone con almeno il diploma (25-64 anni):** percentuale di persone di 25-64 anni che hanno completato almeno la scuola secondaria di II grado (titolo non inferiore a Isced 3) sul totale delle persone di 25-64 anni.
- **Laureati e altri titoli terziari (25-39 anni):** percentuale di persone di 25-39 anni che hanno conseguito un titolo di livello terziario (Isced 5, 6, 7 o 8) sul totale delle persone di 25-39 anni.
- **Passaggio all'università:** percentuale di neo-diplomati che si iscrive per la prima volta all'università nello stesso anno in cui ha conseguito il diploma di scuola secondaria di II grado (tasso specifico di coorte).
- **Giovani che non lavorano e non studiano (Neet):** percentuale di persone di 15-29 anni né occupate né inserite in un percorso di istruzione o formazione sul totale delle persone di 15-29 anni.
- **Partecipazione alla formazione continua:** percentuale di persone di 25-64 anni che hanno partecipato ad attività di istruzione e formazione nelle 4 settimane precedenti l'intervista sul totale delle persone di 25-64 anni.
- **Competenza alfabetica degli studenti:** punteggio ottenuto nelle prove di competenza alfabetica funzionale degli studenti delle classi II della scuola secondaria di secondo grado (censimento).
- **Competenza numerica degli studenti:** punteggio ottenuto nelle prove di competenza numerica degli studenti delle classi II della scuola secondaria di secondo grado (censimento).

Dominio lavoro e conciliazione dei tempi di vita. Ultimo anno disponibile (fonte ISTAT)

	Tasso di occupazione (20-64 anni)	Tasso di mancata partecipazione al lavoro	Tasso di infortuni mortali e inabilità permanente	Tasso di occupazione giovanile (15-29 anni)	Tasso di mancata partecipazione al lavoro giovanile (15-29 anni)	Giornate retribuite nell'anno (lavoratori dipendenti)
	2016	2016	2015	2016	2016	2016
	valori percentuali	valori percentuali	per 10.000 occupati	valori percentuali	valori percentuali	valori percentuali
LOMBARDIA	71,1	12,3	7,6	38,3	26,0	83,2
Provincia di Como	70,7	12,7	6,9	41,2	22,2	83,4
Italia	61,6	21,6	11,9	29,8	41,7	78,7

Glossario:

- **Tasso di occupazione (20-64 anni):** percentuale di occupati di 20-64 anni sulla popolazione di 20-64 anni.
- **Tasso di mancata partecipazione al lavoro:** percentuale di disoccupati di 15-74 anni + forze di lavoro potenziali di 15-74 anni che non cercano lavoro nelle 4 settimane ma sono disponibili a lavorare sul totale delle forze di lavoro 15-74 anni + forze di lavoro potenziali 15-74 anni che non cercano lavoro nelle 4 settimane ma sono disponibili a lavorare.
- **Tasso di infortuni mortali e inabilità permanente:** numero di infortuni mortali e con inabilità permanente sul totale occupati (al netto delle forze armate) per 10.000.
- **Tasso di occupazione giovanile (15-29 anni):** percentuale di occupati di 15-29 anni sulla popolazione di 15-29 anni.
- **Tasso di mancata partecipazione al lavoro giovanile (15-29 anni):** percentuale di disoccupati di 15-29 anni + forze di lavoro potenziali di 15-29 anni che non cercano lavoro nelle 4 settimane ma sono disponibili a lavorare sul totale delle forze di lavoro 15-29 anni + forze di lavoro potenziali 15-29 anni che non cercano lavoro nelle 4 settimane ma sono disponibili a lavorare.
- **Giornate retribuite nell'anno (lavoratori dipendenti):** rapporto percentuale tra il numero medio di giornate di lavoro effettivamente retribuite nell'anno a un lavoratore dipendente assicurato Inps ed il numero teorico delle giornate retribuite in un anno a un lavoratore dipendente occupato a tempo pieno (312 giorni).

Dominio benessere economico. Ultimo anno disponibile (fonte ISTAT)

	Reddito disponibile per famiglia	Retribuzione media annua dei lavoratori dipendenti	Importo medio annuo delle pensioni	Pensionati con pensione di basso importo	Ammontare medio del patrimonio familiare	Tasso di ingresso in sofferenza dei prestiti bancari alle famiglie
	2012	2016	2015	2015	2012	2016
	euro	euro	euro	valori percentuali	migliaia di euro	valori percentuali
LOMBARDIA	45.808,0	26.494,4	19.078,2	8,1	443,0	1,4
Provincia di Como	36.467,0	23.295,1	17.877,1	10,0	434,0	1,1
Italia	40.191,0	21.714,9	17.684,7	10,7	362,3	1,5

Glossario:

- **Reddito disponibile per famiglia:** rapporto tra la stima del reddito disponibile lordo delle famiglie (in euro) e il numero delle famiglie residenti. Il reddito disponibile lordo corrisponde al complesso dei redditi da lavoro e da capitale, dei proventi delle attività di autoconsumo e dei trasferimenti che affluiscono al settore delle famiglie, al netto delle relative imposte dirette e dei contributi previdenziali e assistenziali.
- **Retribuzione media annua dei lavoratori dipendenti:** rapporto tra la retribuzione totale annua (al lordo Irpef) dei lavoratori dipendenti del settore privato non agricolo assicurati presso l'Inps e il numero dei lavoratori dipendenti (in euro).
- **Importo medio annuo delle pensioni:** rapporto tra l'importo complessivo delle pensioni erogate nell'anno (in euro) e il numero dei pensionati.
- **Pensionati con pensione di basso importo:** percentuale di pensionati che percepiscono una pensione lorda mensile inferiore a 500 euro sul totale dei pensionati.
- **Ammontare medio del patrimonio familiare:** rapporto tra l'ammontare totale del patrimonio delle famiglie (in migliaia di euro) e il numero delle famiglie residenti. Il patrimonio comprende le attività reali (fabbricati, terreni) e finanziarie (depositi bancari e postali, titoli e fondi comuni di investimento, azioni e partecipazioni, riserve tecniche varie).

- **Tasso di ingresso in sofferenza dei prestiti bancari alle famiglie:** rapporto percentuale tra le consistenze delle nuove sofferenze nell'anno (prestiti a soggetti dichiarati insolventi o difficili da recuperare nel corso dell'anno) e lo stock dei prestiti non in sofferenza nell'anno.

Dominio relazioni sociali. Ultimo anno disponibile (fonte ISTAT)

	Organizzazioni non profit	Volontari nelle istituzioni non profit	Scuole con percorsi privi di barriere
	2011	2011	2015
	per 10.000 abitanti	valori percentuali	valori percentuali
LOMBARDIA	47,5	9,4	48,1
Provincia di Como	52,1	10,5	43,7
Italia	50,7	9,2	43,3

Glossario:

- **Organizzazioni non profit:** numero di organizzazioni non profit per 10.000 abitanti.
- **Volontari nelle istituzioni non profit:** rapporto percentuale tra il numero di volontari nelle unità locali delle istituzioni non profit e la popolazione residente di 14 anni o più.
- **Scuole con percorsi privi di barriere:** percentuale di edifici scolastici con accessibilità totale dei percorsi (sia interni che esterni) sul totale degli edifici scolastici.

Dominio sicurezza. Ultimo anno disponibile (fonte ISTAT)

	Omicidi	Altri delitti violenti denunciati	Delitti diffusi denunciati	Mortalità stradale in ambito extraurbano
	2016	2016	2016	2016
	per 100.00 abitanti	per 10.000 abitanti	per 10.000 abitanti	valori percentuali
LOMBARDIA	0,4	17,8	274,8	3,1
Provincia di Como	-	12,4	167,9	2,7
Italia	0,7	17,2	222,5	4,4

Glossario:

- **Omicidi:** numero di omicidi per 100.000 abitanti.
- **Altri delitti violenti denunciati:** numero di delitti violenti denunciati (strage, omicidio preterintenzionale, infanticidio, tentato omicidio, lesioni dolose, sequestro di persona, violenza sessuale, rapina, attentato) sul totale della popolazione per 10.000.
- **Delitti diffusi denunciati:** numero di delitti diffusi denunciati (furti di ogni tipo e rapine in abitazioni) sul totale della popolazione per 10.000.
- **Mortalità stradale in ambito extraurbano:** rapporto percentuale tra il numero dei morti a seguito di incidenti stradali avvenuti su strade extraurbane (statali, regionali, provinciali, comunali) e il numero di incidenti accaduti sulle stesse strade nell'anno.

4.4 Analisi dati ATS Montagna

In questo paragrafo verranno presentati i dati quantitativi fornitici dall'ATS Montagna, ATS di riferimento per il nostro ambito fino al 31.12.2018, relativi alle aree di bisogno socio sanitarie da loro affrontate.

4.4.1 FAMIGLIA

CONSULTORI FAMILIARI

Sul territorio dell'ATS sono presenti 11 Consultori Familiari (CF) a contratto di cui 9 pubblici e due privati Girasole (Pisogne) /Tovini (Breno). A Menaggio è attivo un CF accreditato non a contratto.

I CF offrono prestazioni al singolo, coppia e famiglia attraverso prestazioni dirette individuali e/o di piccolo gruppo (es genitorialità, adozione, menpausa ecc.). Erogano inoltre interventi di promozione e prevenzione rivolti a gruppi omogenei di popolazione (es. alunni/genitori/insegnanti).

Nelle tabelle sottostanti è riportato un quadro comparativo Utenti/Popolazione per gli anni 2015-2016-2017. I dati successivi sono riferiti all'anno 2017

UTENTI
(Persone che hanno ricevuto prestazioni dirette)

	2015			2016			2017		
	M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT
BORMIO	82	838	920	78	685	763	83	678	761
CHIAVENNA	192	1.094	1.286	165	944	1.109	170	1.173	1.343
MENAGGIO	-	-	-	63	1.206	1.269	104	1.276	1.380
MORBEGNO	345	2.209	2.554	340	2.133	2.473	377	2.301	2.678
SONDRIO	371	2.187	2.558	323	2.029	2.352	303	1.931	2.234
TIRANO	139	949	1.088	135	942	1.077	137	1.064	1.201
VAL	1.129	7.277	8.406	1.104	7.939	9.043	1.174	8.423	9.597
BRENO	284	2.389	2.673	187	2.076	2.263	266	2.537	2.803
DARFO	236	2.359	2.595	176	1.900	2.076	232	1.975	2.207
EDOLO	113	1.528	1.641	84	1.359	1.443	136	1.067	1.203
<i>GIRASOLE</i>	84	210	294	83	282	365	132	406	538
<i>TOVINI</i>	73	164	237	93	186	279	103	205	308
VCS	790	6.650	7.440	623	5.803	6.426	869	6.190	7.059
ATS	1.919	13.927	15.846	1.727	13.742	15.469	2.043	14.613	16.656

POPOLAZIONE RAGGIUNTA (Partecipanti ai gruppi di promozione ed educazione alla salute)				COMPLESSIVO POPOLAZIONE RAGGIUNTA
	2015	2016	2017	2017
BORMIO	494	69	524	1.285
CHIAVENNA	524	378	193	1.536
MENAGGIO	-	-		1.380
MORBEGNO	1.284	835	866	3.544
SONDRIO	1.217	995	928	3.162
TIRANO	535	456	456	1.657
VAL	4.054	2.733	2967	12.564
BRENO	305	94	70	2.873
DARFO	305	16		2.207
EDOLO	397	96	55	1.258
GIRASOLE	676	751	771	1.309
TOVINI	681	92	271	579
VCS	2.364	1.049	1167	8.226
ATS	6.418	3.782	4.134	20.790

In questa sezione i dati, relativi agli Utenti in carico nel 2017, vengono analizzati per Consultorio di erogazione e ambito territoriale di residenza.

CF erogatore	RESIDENZA Utenti													
	VCS	BO	CH	DON	ME	MO	SO	TI	BS altro	BG	CO	LC	Altro	TOT
BORMIO		707	1				6	20	3		4	1	19	761
CHIAVENNA		1	1.170			72	7		1	4	30	35	23	1.343
MENAGGIO		1	6	146	1.155	6	1	1		1	23	5	35	1.380
MORBEGNO		2	41	44	3	2.368	71	8		1	5	106	29	2.678
SONDRIO		31	22	8	2	86	1.972	71	1		3	8	30	2.234
TIRANO	6	68	1	2		7	39	1.050		4		2	22	1.201
BRENO	2.756								12	22			13	2.803
DARFO	2.073						1		16	103	2		12	2.207
EDOLO	1.173							10	5	3	1	1	10	1.203
GIRASOLE	393								33	110			2	538
TOVINI	281								1	1			25	308
TOTALE	6.682	810	1.241	200	1.160	2.539	2.097	1.160	72	249	68	158	220	16.656

Utenti per cittadinanza anno 2017

	BO	CH	ME	MO	SO	TI	BR	DA	ED	GIRASOLE	TOVINI	ATS
UE	14	15	42		33	23	85	79	38	1	-	379
ALTRO EU	14	28	73	61	72	31	86	127	33	-	-	525
NORD AFRICA	6	17	28	128	74	29	65	63	13	1	1	425
ALTRO AFRICA	1	15	2	39	53	14	24	20	3	-	-	171
ASIA	-	8	14	17	42	25	5	16	4	-	-	131
CENTRO E SUD AMERICA	5	24	49	28	31	15	20	41	4	1	-	218
ALTRO	-	-	-	1	-	-	2	1	-	-	-	4
TOTALI STRANIERI	40	107	208	323	305	137	287	347	95	3	1	1.853
ITALIANI	721	1.236	1.172	2.355	1.929	1.064	2.516	1.860	1.108	535	307	14.803
TOTALE	761	1.343	1.380	2.678	2.234	1.201	2.803	2.207	1.203	538	308	16.656
% Stranieri	5,3	8,0	15,1	12,1	13,7	11,4	10,2	15,7	7,9	0,6	0,3	11,1

SPERIMENTAZIONI/MISURE

• **Bonus Famiglia report complessivo da maggio 2017 a giugno 2018**

Risorse assegnate da regione € 231.835

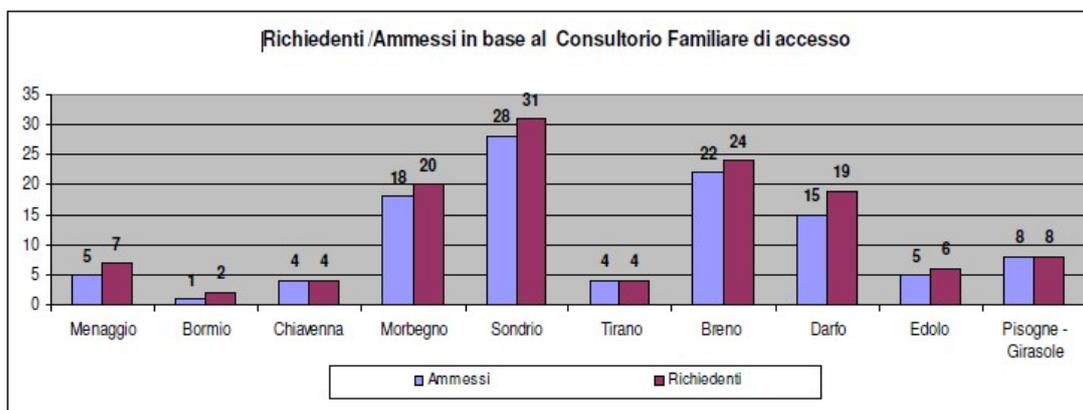
Impegnato al 30 giugno 2018 € 201.600

Residuo € **30.235**

Sintesi Misura Precedente attiva dal 1-06- 2016 al 30-04-2017

Finanziamento € 330.000 Residuo € 84.000

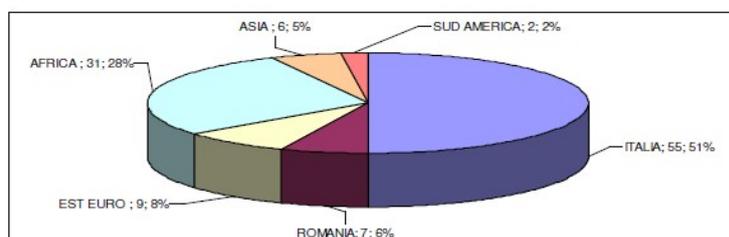
Nuclei ammessi 180 (183 bambini)



Si rileva una distribuzione disomogenea delle risorse rispetto ai dati attesi in base alla popolazione. Gli ambiti di Valcamonica (30% pop.), Sondrio (17% pop.) e Morbegno (14% pop.) presentano una più alta incidenza di fruizione della misura.

RICHIEDENTI PER CITTADINANZA

AMBITO	ITALIA	ROMANIA	EST Europa	AFRICA	ASIA	SUD Amer.	TOTALI
Bormio	2			0	0		2
Chiavenna	2			1	1		4
Dongo	1			0	0		1
Menaggio	2		1	1	1		4
Morbegno	6	2	1	9	0		19
Sondrio	14		3	8	2		27
Tirano	2			1	0		3
Valcamonica	26	5	4	11	2	2	50
TOTALI	55	7	9	31	6	2	110



Bonus Famiglia Report Finale

• Misura 6 Minori in Comunità aggiornamento al 1° semestre 2018

DATI 1° Semestre 2018 per AMBITO SOCIALE

Ambito	N° Utenti	Totale giornate		totale contributo
CHIAVENNA	2	180	€	6.300,00
MENAGGIO	6	567	€	22.122,82
MORBEGNO	11	1.280	€	50.296,40
SONDRIO	8	640	€	22.739,20
VALCAMONICA	12	1.353	€	50.516,34
TOTALE	39	4.020	€	151.974,76

• **Genitori Separati per abbattimento canone di locazione anni 2017 / agosto 2018 ad agosto per ambito di residenza**

ANNO 2017

AMBITO	DOMANDE	BENEFICIARI	EROGATO
BORMIO			
CHIAVENNA			
DONGO			
MENAGGIO	1	1	1.440
MORBEGNO	2	2	1.728
SONDRIO	2	1	1.980
TIRANO			
VALCAMONICA	2	1	1.728
TOTALI	7	5	6.876

ANNO 2018 (fino agosto)

AMBITO	DOMANDE	BENEFICIARI	EROGATO
BORMIO			
CHIAVENNA	1	1	1.080
DONGO	1	1	2.340
MENAGGIO	1	1	1.440
MORBEGNO	1	1	1.440
SONDRIO	2	1	1.080
TIRANO			
VALCAMONICA	8	3	3.492
TOTALI	14	8	10.872

• **Pazienti oncologici (contributo parrucche) dati beneficiari per ambito sociale anno 2017 e 1° semestre 2018**

Questa Misura , avviata nel 2017 e riconfermata per l'anno in corso, prevede un contributo di € 150 per l'acquisto di parrucche da parte di soggetti sottoposti a terapie oncologiche chemioterapiche.

Il contributo può essere richiesto attraverso ASST o gli Enti del terzo settore appositamente autorizzati da regione.

ANNO 2017				
AMBITO di RESIDENZA	BENEFICIARI			IMPORTI
	F	M	TOT	
BORMIO	13		13	€ 1.199,26
CHIAVENNA	8		8	€ 999,24
DONGO			0	
MENAGGIO	4		4	€ 545,16
MORBEGNO	19		19	€ 2.222,04
SONDRIO	29	2	31	€ 3.859,08
TIRANO	9	1	10	€ 1.099,48
VALCAMONICA	21	1	22	€ 3.295,00
TOTALI	103	4	107	€ 13.219,26

1° SEMESTRE 2018				
AMBITO di RESIDENZA	BENEFICIARI			IMPORTI
	F	M	TOT	
BORMIO			0	
CHIAVENNA	4		4	€ 506,24
DONGO			0	
MENAGGIO	1		1	€ 150,00
MORBEGNO	7		7	€ 1.018,05
SONDRIO	7		7	€ 1.023,28
TIRANO	3		3	€ 418,34
VALCAMONICA	7		7	€ 1.050,00
TOTALI	29	0	29	€ 4.165,91

4.4.2 FRAGILITÀ

SPERIMENTAZIONI

• Cure intermedie

Sono rivolte a persone fragili, di qualsiasi età, che necessitano di un periodo di ricovero (60 giorni) per completare il percorso di cura dopo un evento acuto.

Gli utenti vengono ricoverati direttamente dal domicilio o dall'ospedale su richiesta del MMG o del medico Ospedaliero. Gli interventi sono finalizzati al raggiungimento del miglior stato di salute possibile con l'obiettivo di facilitare il rientro al domicilio.

STRUTTURA	COMUNE DI UBICAZIONE	N°posti 2017	UTENTI 2017	N°posti 2018	UTENTI GENNAIO- GIUGNO 2018
NINJ BECCAGUTTI	ESINE	7	39	7	22
LE ALTRE CURE San Michele Società Coop. Sociale	SONDALO	10	77	10	43
Centro di Riabilitazione Post. Acuti RI.PRE. S.A. MORBEGNO	MORBEGNO	12	113	12	62
ARCA-Struttura Intermedia sociosanitaria	CHIAVENNA	6	46	6	23
TOT.		35	275	35	150

• Residenzialità leggera/assistita

È una misura rivolta ad anziani/fragili di età uguale o superiore ai 65 anni con parziale limitazione dell'autonomia che si trovano in condizione di difficoltà e/o isolamento sociale e che necessitano di una soluzione abitativa "protetta". Consiste nell'inserimento in una struttura (RSA, Case Albergo, alloggi protetti per anziani...) dove sono garantite prestazioni sociosanitarie in un ambiente di tipo familiare e/o socializzante.

STRUTTURA	COMUNE DI UBICAZIONE	n°posti 2017	UTENTI 2017	N°posti 2018	UTENTI GENNAIO-GIUGNO 2018
CASA DI VIOLA	SONDRIO	10	12	10	17
CASA DI RIPOSO TALAMONA ONLUS	TALAMONA	4	5	4	5
RSA TOMASO AMBROSETTI	MORBEGNO	10	14	10	17
RSA BAITA SERENA	VALFURVA	1	4	1	2
RSA LINA ERBA istituto minime suore del sacro cuore	PORLEZZA	10	16	10	12
RESIDENZA ANGELO MAJ FONDAZIONE ONLUS	DARFO	1	1	stop 31.03.18	0
RSA FONDAZIONE GIOVAN NINA RIZZIERI	PIANCOGNO	1	1	stop 31.03.18	1
RSA FONDAZIONE ENTE CELERI	BRENO			Da 01.04.18 3	3
TOT.		37	53	38	57

• RSA aperta

La Misura RSA Aperta è rivolta a persone affette da Demenza o ad Anziani non autosufficienti di età uguale o superiore a 75 anni. Prevede interventi di carattere sociosanitario che vengono effettuati sia presso il domicilio della persona che presso le Residenze Sanitarie Assistenziali. Gli interventi, attuati da personale qualificato, sono finalizzati a favorire il mantenimento delle capacità residue evitando e/o ritardando il ricorso al ricovero in una struttura.

Enti Gestori ASST VAL-MAL			
Ente Gestore	COMUNE DI UBICAZIONE	UTENTI 2017: Se 1 utente ha cambiato E.G. viene contato più volte	UTENTI GENNAIO-GIUGNO 2018: Se 1 utente ha cambiato E.G. viene contato più volte
SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE ARDESIA - RSA	VALFURVA	38	27
FONDAZIONE CASA DI RIPOSO COSTANTE PATRIZI - RSA	PONTE IN VALTELLINA	33	28
FONDAZIONE CASA DI RIPOSO TALAMONA - RSA	TALAMONA	0	3
RSA PAOLO PARAVICINI	MORBEGNO	47	57
SAN VINCENZO	GRAVEDONA ED UNITI	17	12
SACRO CUORE 2	DIZZASCO	23	19
LA SAPIENZA	MENAGGIO	10	4
RSA LINA ERBA	PORLEZZA	1	7
RSA RONCAGLIA DI CIVO	CIVO		da 01.04.180
TOT.		169	157

utenti seguiti nel 2017/1°sem 2018 suddivisi per ambito di residenza

AMBITO	UTENTI 2017	UTENTI GENNAIO - GIUGNO 2018
BORMIO	20	16
TIRANO	18	11
SONDRIO	33	28
MORBEGNO	47	60
CHIAVENNA	0	0
MENAGGIO	34	30
DONGO	17	12
VALCAMONICA	322	234
TOT.	491	391

• **Misura B1**

Anno 2017

	UTENTI < 18 aa			UTENTI > =18-64			UTENTI > = 65			Totale		
	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot
BORMIO	4	1	5	1	1	2	4	3	7	9	5	14
CHIAVENNA	3	6	9	4	3	7	0	4	4	7	13	20
MORBEGNO	1	4	5	8	7	15	5	6	11	14	17	31
SONDRIO	14	4	18	10	5	15	12	6	18	36	15	51
TIRANO	2	2	4	2	5	7	4	7	11	8	14	22
DONGO	2	0	2	2	2	4	2	8	10	6	10	16
MENAGGIO	2	0	2	3	1	4	1	6	7	6	7	13
VALCAMONICA	11	4	15	15	11	26	15	33	48	41	48	89
TOT.	39	21	60	45	35	80	43	73	116	127	129	256

Anno 2018

	UTENTI < 18 aa			UTENTI > =18-64			UTENTI > = 65			Totale		
	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot
BORMIO	3	1	4	1	1	2	6	2	8	10	4	14
CHIAVENNA	4	6	10	4	2	6	0	5	5	8	13	21
MORBEGNO	2	4	6	7	7	14	4	9	13	13	20	33
SONDRIO	13	3	16	11	4	15	9	10	19	33	17	50
TIRANO	3	2	5	1	5	6	6	8	14	10	15	25
DONGO	2	0	2	2	2	4	0	7	7	4	9	13
MENAGGIO	2	0	2	2	1	3	1	9	10	5	10	15
VALCAMONICA	11	3	14	13	8	21	15	34	49	39	45	84
TOT.	40	19	59	41	30	71	41	84	125	122	133	255

• **Assistenza domiciliare integrata**

n° di utenti che nel corso del 2017 hanno ricevuto prestazioni in ADI indipendentemente dal profilo assegnato e dalla durata della presa in carico, distinti per ambito di residenza, età e sesso.
I dati non contengono il n° di utenti in Cure palliative seguiti al domicilio dall'ospedale

Ambito	<18-F	<18-M	19-64-F	19-64-M	65-74-F	65-74-M	over75-F	over75-M	TOT.
Bormio	1	0	16	14	10	20	188	83	332
Chiavenna	8	1	27	40	47	37	421	167	748
Dongo	2	1	11	14	13	16	134	71	262
Menaggio	1	2	9	18	24	15	212	115	396
Morbegno	4	1	61	46	68	56	705	316	1257
Sondrio	5	2	85	55	107	88	1042	444	1828
Tirano	0	1	18	19	22	16	239	117	432
Valamonica	2	10	80	92	133	115	1096	499	2027
	23	18	307	298	424	363	4037	1812	7282

STRUTTURE SOCIO SANITARIE

• Centri diurni integrati (CDI)

Per ogni struttura è indicato il n° **posti totali** cioè i «**posti autorizzati**» di questi viene specificato quanti sono «accreditati» e di quanti accreditati viene indicato quanti sono «a contratto» con ATS Montagna Il n° degli utenti e la saturazione sono stati calcolati solo sui **posti a contratto** con ATS.

Se un utente ha frequentato più strutture è stato contato più volte.

	COMUNE DI UBICAZIONE	posti autorizzati	posti accreditati	posti a contratto	UTENTI 2017	SATURAZIONE 2017	UTENTI 1° SEMESTRE 2018	SATURAZIONE 1° SEMESTRE
CDIMADRE MARGHERITA CAIANI	PORLEZZA	30	30	30	37	60.5	27	19.9
CDIIL FOCOLARE	ALTA VALLE INTEVI	30	10	10	16	90.9	15	47.8
TOT.		60	40	40	53		42	

• Residenze sanitarie assistenziali

Anno 2017

STRUTTURA	Comune di ubicazione	P.L. autorizzati	P.L. accreditati	P.L. a contratto
CASA DI RIPOSO FERRIERE E FONDERIE DONGO	DONGO	66	52	52
RSA GIARDINO DEGLI ULIVI	MENAGGIO	60	60	42
RSA IL FOCOLARE	ALTA VALLE INTELVI	42	38	38
RSA IL RONCO	CENTRO VALLE INTELVI	137	137	137
RSA LA SAPIENZA	MENAGGIO	66	43	43
RSA LINAERBA	PORLEZZA	70	70	70
CASA SACRO CUORE	PIANELLO DEL LARIO	52	52	52
RSA SACRO CUORE	DIZZASCO	153	144	144
RSA SACRO CUORE 2	DIZZASCO	20	20	20
RSA SAN VINCENZO	GRAVEDONA ED UNITI	51	51	51
RSA VALLE INTELVI	ALTA VALLE INTELVI	73	73	73
RSA VILLA STEFANIA	SALA COMACINA	123	123	107
TOT.		913	863	829

Utenti 2017



Presidio	Ubicazione Struttura	CL 1	CL 2	CL 3	CL 4	CL 5	CL 6	CL 7	CL 8	Tot Ospiti
RSA VILLA STEFANIA	SALA COMACINA	20	18	41	17	2	3	8	68	177
RSA LINA ERBA	PORLEZZA	43	1	25	2	6	3	5	6	91
FONDAZIONE CASA RIPOSO FERRIERE E FONDER	DONGO	13		53	2	3		27	6	104
RSA IL FOCOLARE	ALTA VALLE INTELVI	17		13		2	2	20	5	59
RSA SACRO CUORE	DIZZASCO	73		42	5	17	22	44	45	248
RSA LA SAPIENZA	MENAGGIO	20	2	42	2	4	1	18	4	93
RSA VALLE INTELVI SRL	ALTA VALLE INTELVI	28		30	2	6	9	16	25	116
RSA GIARDINO DEGLI ULIVI	MENAGGIO	11		42	1	1		21	4	80
RSA SAN VINCENZO	GRAVEDONA ED UNITI	32		60		11	2	26		131
RSA SACRO CUORE 2	DIZZASCO	33		18				4	2	57
CASA SACRO CUORE	PIANELLO DEL LARIO	14		33		4	1	15	2	69
RSA IL RONCO	VALLE INTELVI	106	12	74	2	4	2	7	2	209
TOT		410	33	473	33	80	45	211	169	1434

Utenti RSA in base alla residenza all'ingresso

RSA		N° DI UTENTI PER AMBITO DI RESIDENZA ALL'INGRESSO IN RSA									
AMBITO	N° UDO	BORMIO	TIRANO	SONDRIO	MORB.	CHIAVEN.	DONGO	MENAGG.	BRENO	FUORI ATS	TOTALE ANNO 2017
BORMIO	3	169	2	9	1	2	0	0	0	6	189
TIRANO	5	18	377	121	0	0	0	0	0	3	519
SONDRIO	5	1	8	531	5	1	1	0	0	3	550
MORBEGNO	6	0	3	11	494	46	4	0	0	9	567
CHIAVENNA	1	0	0	0	0	151	0	0	0	0	151
DONGO	3	0	4	21	19	17	152	28	0	63	304
MENAGGIO	9	0	0	8	0	9	30	432	1	650	1130
VALCAMONICA	14	0	1	0	0	0	0	0	1002	283	1286
TOT.	46	188	395	701	519	226	187	460	1003	1017	4696

4.4.3 DISABILITÀ

SPERIMENTAZIONI

- **DGR 392/13 – Il progetto autismo**

Realizzato in collaborazione con Il Centro Autismo dell'Anffas di Sondrio, ha quale finalità quella di garantire interventi a sostegno delle famiglie con persone disabili, con particolare riguardo ai disturbi pervasivi dello sviluppo e dello spettro autistico.

Al 31.12.2017, in specifico, si rileva la presa in carico complessiva di 60 utenti e delle loro famiglie.

Di questi, 52 sono minori e 8 persone in età adulta.

- **DGR 3239/12**

Il Progetto R.A.M.I (Rete Assistenziale Minori Integrata)

Attuato in collaborazione con la Cooperativa Sociale Insieme di Morbegno quale Ente capofila, , ha quale finalità quella di garantire interventi a favore di minori con patologie ad alto impatto sociale, difficoltà di apprendimento e disturbi del comportamento.

Al 31.12.2017, in specifico, si rileva la presa in carico complessiva di 14 minori e delle loro famiglie.

Riabilitazione per minori con disabilità

Proposto dalla Fondazione Rete Sociale Camuna, il progetto prevede due moduli, realizzati l'uno presso la Cooperativa Sol.Co. Camunia a Darfo Boario Terme e l'altro presso la Pia Fondazione a Malegno.

1° MODULO. SPAZIO AUTISMO

Il modulo si rivolge a minori affetti da disturbi dello spettro autistico e costituisce il proseguo di una sperimentazione già avviata nel 2011 e sostenuta dalla Fondazione Cariplo. Ha la finalità di incrementare le abilità di vita del minore e costruire una rete di sostegno socio-educativa attraverso la consulenza alle famiglie, insegnanti e territorio.

Al 31.12.2017, in specifico, si rileva la presa in carico complessiva di 22 minori e delle loro famiglie.

2° MODULO. IL MELOGRANO

Il modulo, avviato nel corso del 2013, è diretto a minori disabili con patologie gravi ad alto impatto sociale. Ha la finalità di promuovere e costruire un percorso di cura che affianchi il minore e la sua famiglia, offrendo laboratori di logopedia, psico-motricità, musicoterapia e terapie psicologiche, nonché attività nei diversi ambiti scolastico, familiare o della comunità in genere.

Al 31.12.2017, in specifico, si rileva la presa in carico complessiva di 17 minori e delle loro famiglie.

Non risultano sperimentazioni in atto nel Medio Alto Lario

LE STRUTTURE SOCIO SANITARIE

- **L'offerta residenziale**

L'offerta residenziale è caratterizzata dalla disponibilità di 255 posti accreditati garantiti da 7 Residenze Sanitarie assistenziali per Disabili (RSD), con 200 posti, e da 6 Comunità Socio Sanitarie (CSS), con 55 posti.

RSD. I posti risultano in rilevante maggioranza a contratto (84%) e il rapporto ogni 10.000 abitanti di età inferiore a 65 anni è pari a 6,46, maggiore rispetto al dato regionale (5,12) e della stessa ATS (6,36) nel 2015. Il numero degli ospiti (171) testimonia, unitamente al bisogno, l'elevatissimo ricorso a dette tipologie d'offerta. L'indice di saturazione complessivo registrato sui posti a contratto è del 100%.

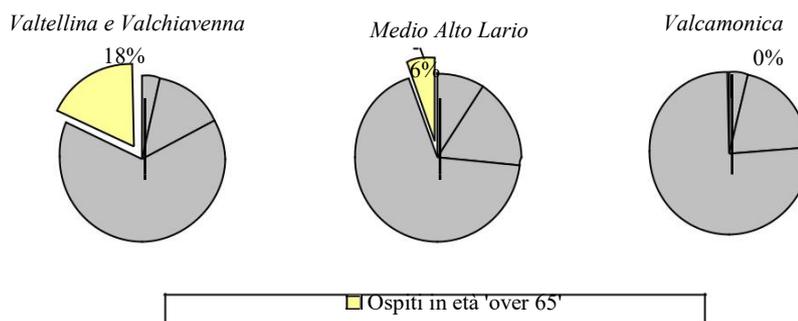
Territorio	Posti autorizzati	Posti accreditati	Posti a contratto	Posti a contratto 10000 ab.<65	Ospiti	% satur. posti
Valtellina e Valchiavenna	107	104	104	7,36	103	99
Medio Alto Lario	80	80	52	12,68	53	100
Valcamonica	16	16	11	1,41	15	100
TOTALE	203	200	167	6,46	171	100

RSD. Posti autorizzati, accreditati, a contratto e ospiti al 31.12.2017 nel territorio dell'ATS della Montagna e livelli di saturazione –
Fonte A.T.S. della Montagna

Si tratta di persone in età compresa tra i 19 e i 75 anni, di cui il 57% di genere maschile e il 43% di genere femminile. La fascia d'età più rappresentata si colloca tra i 46 e i 64 anni (65%). Nessun minore risulta inserito e le persone in età 'over 65' costituiscono il 13% degli ospiti. Da rilevare per incidenza sono gli ospiti in età 'over 65' in Valtellina e Valchiavenna (19, pari al 18%).

Territorio	<=18		19-35		36-45		46-64		=>65		Totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
<i>Valtellina e Valchiavenna</i>			2	2	10	4	34	32	9	10	55	48
<i>Medio Alto Lario</i>			4	1	6	3	20	16	2	1	32	21
<i>Valcamonica</i>			1		4	1	5	4			10	5
TOTALE			7	3	20	8	59	52	11	11	97	74

RSD. Fasce d'età e differenziazione per genere ospiti al 31.12.2017 nel territorio dell'ATS della Montagna – Fonte A.T.S. della Montagna

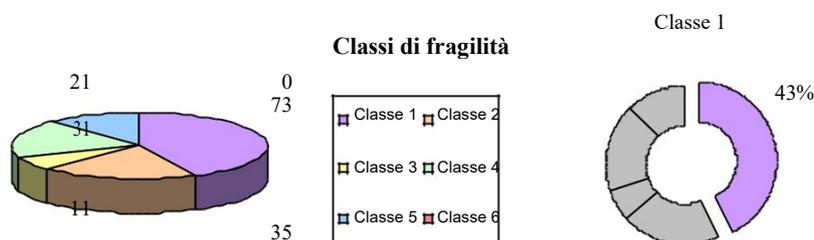


RSD. Ospiti in età 'over 65 anni' al 31.12.2017 in Valtellina e Valchiavenna, Medio Alto Lario e Valcamonica – Fonte A.T.S. della Montagna

La classe di fragilità SIDI maggiormente rilevata è la classe 1, con un valore ed una percentuale decisamente importanti (73, pari al 43%).

Territorio	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5	Classe 6	Totale
<i>Valtellina e Valchiavenna</i>	35	21	8	25	14	0	103
<i>Medio Alto Lario</i>	30	14	2	4	3	0	53
<i>Valcamonica</i>	8	0	1	2	4	0	15
TOTALE	73	35	11	31	21	0	171

RSD. Classi SIDI ospiti al 31.12.2017 nel territorio dell'ATS della Montagna – Fonte A.T.S. della Montagna



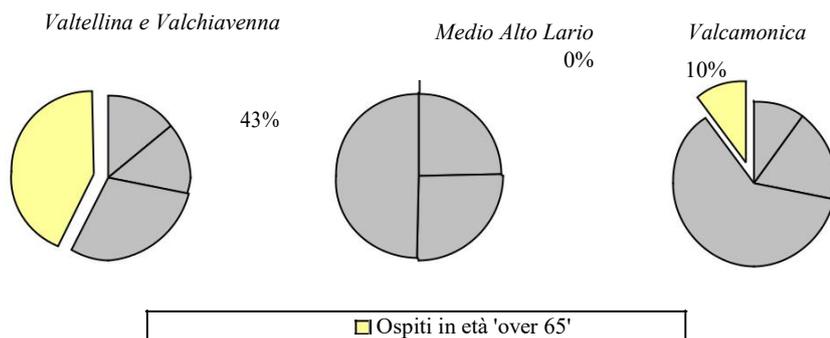
RSD. Classi SIDi e percentuale ospiti in classe 1 al 31.12.2017 nel territorio dell'ATS della Montagna –
Fonte A.T.S. della Montagna

CSS. Tutti i posti risultano a contratto e il rapporto ogni 10.000 abitanti di età inferiore a 65 anni, comprendendo nel dato le Comunità Alloggio, è pari a 4,02. Il valore è superiore rispetto a quello regionale (2,69) e della stessa ATS (3,39) nel 2015. Il numero degli ospiti (54) testimonia, unitamente al bisogno, l'elevatissimo ricorso a dette tipologie d'offerta. L'indice di saturazione complessivo registrato sui posti a contratto è del 98%. Da rilevare è la diversa presenza della risorsa a livello territoriale.

Territorio	Posti autorizzati	Posti accreditati	Posti a contratto	Posti a contratto 10000 ab.<65	Ospiti	% satur. posti
Valtellina e Valchiavenna	7	7	7	1,79	7	100
Medio Alto Lario	8	8	8	8.78	8	100
Valcamonica	40	40	40	5,53	39	98
TOTALE	55	55	55	2,13	54	98

CSS. Posti autorizzati, accreditati, a contratto e ospiti al 31.12.2017 nel territorio dell'ATS della Montagna e livelli di saturazione – Fonte A.T.S. della Montagna

Si tratta di persone in età compresa tra i 22 e i 70 anni, di cui il 46% di genere maschile e il 54% di genere femminile. La fascia d'età più rappresentata si colloca tra i 46 e i 64 anni (56%). Nessun minore risulta inserito e le persone in età 'over 65' costituiscono il 13% degli ospiti. Da rilevare per incidenza sono gli ospiti in età 'over 65' in Valtellina e Valchiavenna (3, pari al 43%).



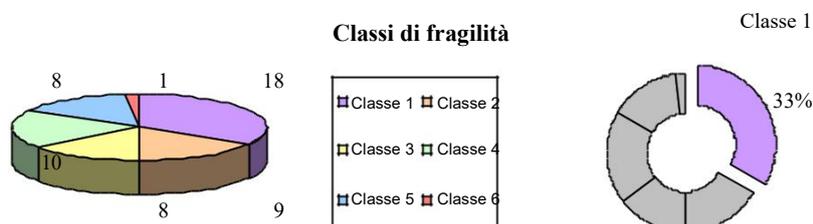
CSS. Ospiti in età 'over 65 anni' al 31.12.2017 in Valtellina e Valchiavenna, Medio Alto Lario e Valcamonica – Fonte A.T.S. della Montagna

La classe di fragilità SIDi maggiormente rilevata è la classe 1, con un valore ed una percentuale decisamente importanti (18, pari al 33%).

Territorio	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5	Classe 6	Totale
Valtellina e Valchiavenna	1	0	2	2	2	0	7
Medio Alto Lario	1	1	2	0	4	0	8
Valcamonica	16	8	4	8	2	1	39
TOTALE	18	9	8	10	8	1*	54

*Utente inserito nel 2013.

CSS. Classi SIDi ospiti al 31.12.2017 nel territorio dell'ATS della Montagna – Fonte A.T.S. della Montagna



CSS. Classi SIDi e percentuale ospiti in classe 1 al 31.12.2017 nel territorio dell'ATS della Montagna –
Fonte A.T.S. della Montagna

Nello specifico, per quanto riguarda il Medio Alto Lario , l'offerta residenziale è caratterizzata dalla disponibilità di 88 posti accreditati garantiti da 3 Residenze Sanitarie assistenziali per Disabili (RSD), con 80 posti, e da una Comunità Socio Sanitaria (CSS), con 8 posti.

RSD. I posti a contratto risultano complessivamente 52 e il rapporto ogni 10.000 abitanti di età inferiore a 65 anni è pari a 12,68, decisamente maggiore rispetto al dato regionale (5,12) e della stessa ATS (6,36) nel 2015. Il numero degli ospiti (53) testimonia, unitamente al bisogno, l'elevatissimo ricorso a dette tipologie d'offerta. L'indice di saturazione complessivo registrato è del 100%.

R.S.D.	Posti autorizzati	Posti accreditati	Posti a contratto	Ospiti	% satur. posti
Grandola				*	
<i>Anffas Residence</i>	24	24	24	25	100
<i>Rosa Blu</i>	28	28	0	0	0
Loveno di Menaggio					
<i>Villa Arché</i>	28	28	28	28	
TOTALE	80	80	52	53*	100

*2 posti sono utilizzati in modo complementare da più ospiti.

RSD. Posti autorizzati, accreditati, a contratto e ospiti al 31.12.2017 in Medio Alto Lario e livelli di saturazione – Fonte A.T.S. della Montagna

Si tratta di persone in età compresa tra i 19 e i 75 anni, di cui il 60% di genere maschile e il 40% di genere femminile. Fascia d'età prevalente è quella tra i 46 e i 64 anni (68%). Nessun minore risulta inserito e le persone in età 'over 65' (3) risultano presenti unicamente presso la struttura di Loveno di Menaggio.

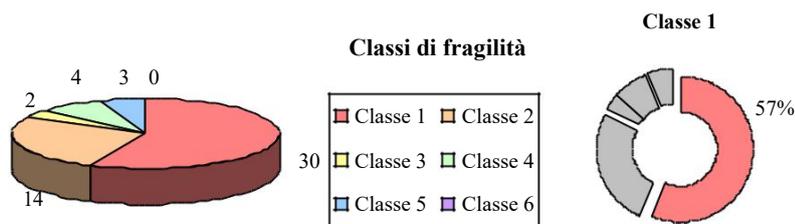
R.S.D.	<=18		19-35		36-45		46-64		=>65		Totale	F
	MF		M	FMFMFMFM								
Grandola												
<i>Anffas Residence</i>	0	0	3	0	4	1	8	9	0	0	15	10
Loveno di Menaggio												
<i>Villa Arché</i>	0	0	1	1	2	2	12	7	2	1	17	11
TOTALE	0	0	4	1	6	3	20	16	2	1	32	21

RSD. Fasce d'età e differenziazione per genere ospiti al 31.12.2017 in Valtellina e Valchiavenna– Fonte A.T.S. della Montagna

La classe di fragilità SIDi maggiormente rilevata è la classe 1, con una percentuale pari al 57%.

R.S.D.	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5	Classe 6	Totale
Grandola	19	6	0	0	0	0	25
<i>Anffas Residence</i>							
Loveno di Menaggio	11	8	2	4	3	0	28
<i>Villa Arché</i>							
Totale	30	14	2	4	3	0	53

RSD. Classi SIDi ospiti al 31.12.2017 in Medio Alto Lario – Fonte A.T.S. della Montagna



RSD. Classi SIDi ospiti al 31.12.2017 ed incidenza della Classe 1 in Medio Alto Lario – Fonte A.T.S. della Montagna

Gli ospiti risultano in maggioranza residenti in Medio Alto Lario (64%). Di interesse è il numero degli ospiti provenienti da altre ATS, presenti in particolare nella struttura di Loveno di Menaggio (15, pari al 54%).

R.S.D.	MAL	Altre ATS	Totale
Grandola			
<i>Anffas Residence</i>	21	4	25
Loveno di Menaggio			
<i>Arché</i>	13	15	28
TOTALE	34	19	53

RSD. Provenienza ospiti al 31.12.2017 in Medio Alto Lario – Fonte A.T.S. della Montagna

CSS. I posti a contratto risultano complessivamente 8 e il rapporto ogni 10.000 abitanti di età inferiore a 65 anni, comprendendo nel dato le Comunità Alloggio, è pari a 8,78. Il valore è decisamente superiore rispetto a quello regionale (2,69) e della stessa ATS (3,39) nel 2015. L'indice di saturazione registrato è del 100%.

C.S.S.	Posti autorizzati	Posti accreditati	Posti a contratto	Ospiti	% satur. posti
Dizzasco Intelvi					
<i>S. Pio</i>	8	8	8	8	100

CSS. Posti autorizzati, accreditati, a contratto e ospiti al 31.12.2017 in Medio Alto Lario e livelli di saturazione – Fonte A.T.S. della Montagna

Si tratta di persone in età compresa tra i 23 e i 61 anni, di cui il 50% di genere maschile e il 50% di genere femminile. Fascia d'età prevalente è quella tra i 46 e i 64 anni (50%). Nessun minore o persona in età 'over 65' risulta inserita.

C.S.S.	<=18		19-35		36-45		46-64		=>65	Totale	F
	MF	M	FM	FM	FM	FM	FM	F			
Dizzasco Intelvi											
<i>S. Pio</i>	0	0	1	1	1	1	2	2	0	0	4

CSS. Fasce d'età e differenziazione per genere ospiti al 31.12.2017 in Medio Alto Lario – Fonte A.T.S. della Montagna

La classe di fragilità SIDi maggiormente rilevata è la classe 5, con una percentuale pari al 50%.

C.S.S.	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5	Classe 6	Totale
Dizzasco Intelvi S. Pio	1	1	2		4	0	8

CSS. Classi SIDI ospiti al 31.12.2017 in Medio Alto Lario – Fonte A.T.S. della Montagna

Tutti gli ospiti risultano provenienti da altre ATS.

• L'offerta semiresidenziale

L'offerta semiresidenziale è caratterizzata dalla disponibilità di 363 posti accreditati garantiti da 8 Centri Diurni per Disabili (CDD). Tutti i posti risultano a contratto e il rapporto ogni 10.000 abitanti di età inferiore a 65 anni è pari a 14,03, maggiore rispetto al dato regionale (8,37) e della stessa ATS (13,82) nel 2015. Il numero degli ospiti (311) testimonia, ad eccezione della realtà di Dubino, una possibilità di inserimento presso le diverse strutture. L'indice di saturazione complessivo registrato sui posti a contratto è dell'85,7%.

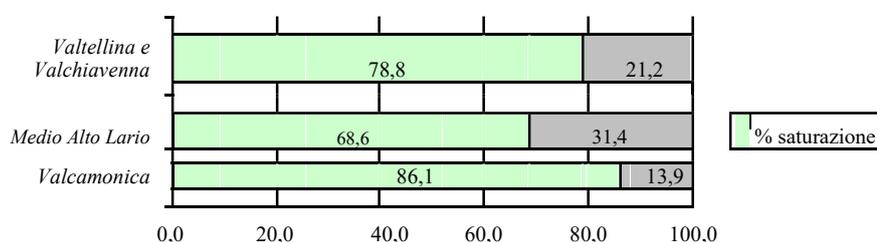
Territorio	Posti autorizzati	Posti accreditati	Posti a contratto	Posti a contratto 10000 ab.	Ospiti	% satur. posti
Valtellina e Valchiavenna	190	187	187	1,03	156	83,4
Medio Alto Lario	72	72	72	1,31	57	79,2
Valcamonica	104	104	104	1,04	98	94,2
TOTALE	366	363	363	1,08	311	85,7

CDD. Posti autorizzati, accreditati, a contratto e ospiti al 31.12.2017 nel territorio dell'ATS della Montagna e livelli di saturazione – Fonte A.T.S. della Montagna

L'indice di saturazione complessivo, calcolato sulle giornate di presenza in carico al Fondo Sanitario Regionale, è del 79,1%. Meritevoli di attenzione sono le differenze registrate a livello di ambiti distrettuali.

Territorio	Posti a contratto	Giornate di presenza teoriche	Giornate di presenza in carico FSR	% satur. giornate di presenza
Valtellina e Valchiavenna	187	43.774	34.481	78,8
Medio Alto Lario	72	18.060	12.384	68,6
Valcamonica	104	24.440	21.053	86,1
TOTALE	363	86.274	68.278	79,1

CDD. Posti a contratto, giornate di presenza e livelli di saturazione nell'anno 2017 nel territorio dell'ATS della Montagna – Fonte A.T.S. della Montagna



CDD. Livelli di saturazione nell'anno 2017 negli ambiti distrettuali dell'ATS della Montagna – Fonte A.T.S. della Montagna

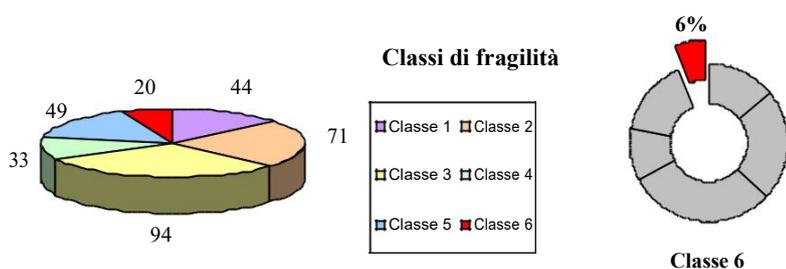
Si tratta di persone in età compresa tra i 15 e i 69 anni, di cui il 51% di genere maschile e il 49% di genere femminile. La fascia d'età più rappresentata si colloca tra i 46 e i 64 anni (38%). A questa seguono le fasce d'età 19-45 anni (30%) e 36-45 (25%). Limitato è il numero dei minori inseriti (11, pari al 4%) e le persone in età 'over 65' costituiscono il 3% degli ospiti (il numero maggiore è registrato in Valcamonica).

Le classi di fragilità SIDI maggiormente rilevate sono la classe 3 (30%) e la classe 2 (23%). Da evidenziare è il numero degli ospiti in classe 6 (20, pari al 6%).

Territorio	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5	Classe 6	Totale
<i>Valtellina e Valchiavenna</i>	19	43	59	11	19	5	156
<i>Medio Alto Lario</i>	8	8	10	8	14	9	57
<i>Valcamonica</i>	17	20	25	14	16	6	98
TOTALE	44	71	94	33	49	20*	311

*Utenti inseriti prima del 2012, ad eccezione di due rispettivamente nel 2013 e 2015.

CDD. Classi SIDI ospiti al 31.12.2017 nel territorio dell'ATS della Montagna – Fonte A.T.S. della Montagna



CDD. Classi SIDI ospiti al 31.12.2017 ed incidenza della Classe 6 nel territorio dell'ATS della Montagna – Fonte A.T.S. della Montagna

Nello specifico, per quanto riguarda il Medio Alto Lago, l'offerta semiresidenziale è caratterizzata dalla disponibilità di 72 posti accreditati garantiti da 3 Centri Diurni per Disabili (CDD). Tutti i posti risultano a contratto e il rapporto ogni 10.000 abitanti di età inferiore a 65 anni è pari a 17,56, decisamente maggiore rispetto al dato regionale (8,37) e della stessa ATS (13,82) nel 2015. Il numero degli ospiti (57) testimonia una possibilità di inserimento presso le diverse strutture. L'indice di saturazione complessivo registrato è del 79%.

C.D.D.	Posti autorizzati	Posti accreditati	Posti a contratto	Ospiti	% satur. posti
Domaso	30	30	30	22	73
Porlezza	30	30	30	27	90
Dizzasco Intelvi Villaggio Europa	12	12	12	8	67
TOTALE	72	72	72	57	79

CDD. Posti autorizzati, accreditati, a contratto e ospiti al 31.12.2017 in Medio Alto Lario e livelli di saturazione – Fonte A.T.S. della Montagna

Si tratta di persone in età compresa tra i 16 e i 68 anni, di cui il 49% di genere maschile e il 51% di genere femminile. La fascia d'età più rappresentata è quella tra 19 e 35 anni (33%), con valori leggermente inferiori per quanto riguarda le fasce d'età 36-45 anni (28%) e 46-64 anni (28%). I minori inseriti sono 4, tutti presso la struttura di Porlezza. Le persone in età 'over 65' risultano 2, entrambe presso il CDD di Domaso.

C.D.D.	<=18		19-35		36-45				46-64		=>65		Totale
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F			
Domaso			2	2	2	6	6	2	1	1	11	11	
Porlezza	4		5	8	4	2		4			13	14	
Dizzasco Intelvi Villaggio Europa			1	1	1	1	2	2			4	4	
TOTALE	4	0	8	11	7	9	8	8	1	1	28	29	

Le classi di fragilità SIDi maggiormente rilevate sono le classi 5 (25%) e 4 (23%). Da registrare è il numero di utenti in classe 6 (9, pari al 16%), presenti presso le strutture di Domaso e di Porlezza.

C.D.D.	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5	Classe 6	Totale
Domaso	2	3	7		5	5	22
Porlezza	6	5	3	5	4	4	27
Dizzasco Intelvi Villaggio Europa	0	0	0	3	5	0	8
TOTALE	8	8	10	8	14	9*	57

*Utenti iscritti prima del 2012, ad eccezione di uno nel 2015.

CDD. Classi SIDi ospiti al 31.12.2017 in Medio Alto Lario – Fonte A.T.S. della Montagna

Dato di interesse è il numero degli utenti provenienti da altri ambiti distrettuali (8, pari al 14%), inseriti presso il CDD Villaggio Europa di Dizzasco Intelvi.

LE STRUTTURE SOCIALI

• L'offerta residenziale

L'offerta residenziale è caratterizzata dalla disponibilità di 49 posti autorizzati garantiti da 7 Comunità Alloggio, di cui una con 5 posti in Valtellina e Valchiavenna diretta ad un'utenza mista. Il rapporto ogni 10.000 abitanti di età inferiore a 65 anni, comprendendo nel dato le Comunità Socio Sanitarie, è pari a 4,02. Il valore è superiore rispetto a quello regionale (2,69) e della stessa ATS (3,39) nel 2015. Da rilevare è la diversa presenza della risorsa a livello territoriale.

Territorio	Posti autorizzati	Posti autorizzati 10000 ab.<65
<i>Valtellina e Valchiavenna</i>	18	1,29
<i>Medio Alto Lario</i>	28	6,82
<i>Valcamonica</i>	3	0,39
TOTALE	49	1,89

CA . Posti autorizzati al 31.12.2017 nel territorio dell'ATS della Montagna – Fonte A.T.S. della Montagna

Risorsa aggiuntiva sono 5 gruppi appartamento in Valcamonica, con 18 posti complessivi, di cui parte destinati alle persone con disabilità. Si tratta, in ogni caso, di persone con bisogni di carattere socio-assistenziale in termini di residenzialità, cura e assistenza.

Nello specifico, per quanto riguarda il Medio Alto Lago, l'offerta residenziale è caratterizzata dalla disponibilità di 28 posti garantiti da tre Comunità Alloggio, due con 10 posti ed una con 8. Il rapporto ogni 10.000 abitanti di età inferiore a 65 anni, comprendendo nel dato la Comunità Socio Sanitaria, è pari a 8,78. Il valore è decisamente superiore rispetto a quello regionale (2,69) e della stessa ATS (3,39) nel 2015.

Struttura	Posti autorizzati
Alta Valle Intelvi	
<i>Comunità S. Vincenzo De Paoli</i>	8
Grandola e uniti	
<i>Comunità Alloggio Disabili</i>	10
Grandola e uniti	
<i>Comunità Alloggio Disabili</i>	10
TOTALE	28

CA Posti autorizzati al 31.12.2017 in Medio Alto Lario – Fonte A.T.S. della Montagna

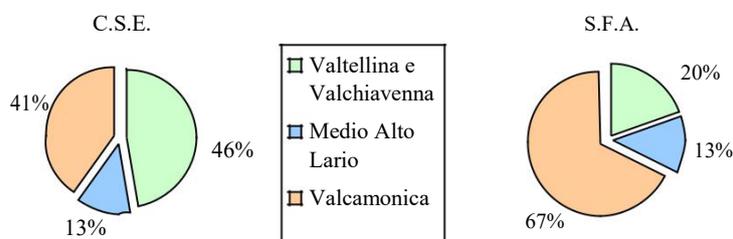
Si tratta, in ogni caso, di posti destinati a persone con bisogni di carattere socio-assistenziale in termini di residenzialità, cura e assistenza.

• L'offerta diurna

L'offerta diurna è caratterizzata dalla disponibilità di 336 posti/progetti autorizzati a 17 Centri e/o Servizi quali, 10 Centri Socio Educativi (CSE), per un totale di 160 posti, e 7 Servizi di Formazione all'Autonomia, con 176 progetti. Risorsa aggiuntiva di tipo sperimentale in Valtellina e Valchiavenna è il Servizio "Spa-H Benessere in Comunità", che prevede una copresenza massima di 15 utenti.

Territorio	CSE	SFA	SPAH	Posti/ progetti	Posti/progetti 10000 ab.<65
Valtellina e Valchiavenna	75	35	15	125	8,93
Medio Alto Lario	20	22	-	42	10,24
Valcamonica	65	119	-	184	23,67
TOTALE	160	176	15	351	13,57

L'offerta diurna al 31.12.2017 nel territorio dell'ATS della Montagna – Fonte A.T.S. della Montagna



CSE E SFA Distribuzione dei posti/progetti autorizzati al 31.12.2017 nel territorio dell'ATS della Montagna – Fonte A.T.S. della Montagna

CSE. Il rapporto ogni 10.000 abitanti di età inferiore a 65 anni è pari a 6,19. Il valore è superiore al dato regionale (5,28) e della stessa ATS (6,09) nel 2015.

SFA. Il rapporto ogni 10.000 abitanti di età inferiore a 65 anni è pari a 6,80. Il valore è superiore al dato regionale (2,90) e della stessa ATS (5,86) nel 2015.

Da annotare è la disomogeneità dell'offerta a livello territoriale. Il riferimento è in particolare ai Servizi di Formazione all'Autonomia, fortemente sviluppati in Valcamonica (119 progetti, pari al 68% dei progetti attivabili nel territorio dell'ATS della Montagna).

Nello specifico, per quanto riguarda il Medio Alto Lago, l'offerta diurna è caratterizzata dalla disponibilità di 42 posti/progetti autorizzati a 3 Centri e/o Servizi quali, 1 Centro Socio Educativo (CSE), con 20 posti, e 2 Servizi di Formazione all'Autonomia, con 22 progetti.

C.S.E.	Posti autorizzati
Tremezzina	20
S.F.A.	Progetti autorizzati
Porlezza	7
Grandola e uniti	15
TOTALE	42

CSE E SFA. Posti autorizzati al 31.12.2017 in Medio Alto Lario – Fonte A.T.S. della Montagna

CSE. Il rapporto ogni 10.000 abitanti di età inferiore a 65 anni è pari a 4,88. Il valore è inferiore al dato regionale (5,28) e della stessa ATS (6,09) nel 2015.

SFA. Il rapporto ogni 10.000 abitanti di età inferiore a 65 anni è pari a 5,37. Il valore è decisamente superiore al dato regionale 2015 (2,90) ed in linea con quello dell' ATS nello stesso anno (5,86).

Le offerte risultano destinate a persone con bisogni prettamente di carattere sociale che necessitano di prestazioni mirate ad un recupero e ad una valorizzazione delle loro competenze e ad una reintegrazione nei rispettivi contesti di appartenenza.

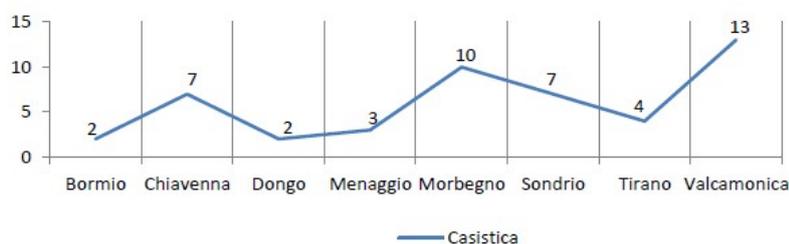
DISABILITÀ SENSORIALE ANNO SCOLASTICO 2017-2018

Gli interventi sono volti a sopperire alle difficoltà nella comunicazione e nella partecipazione che possono incontrare gli studenti nel raggiungimento dei risultati scolastici e formativi a causa di menomazioni visive e uditive.

Nell'anno scolastico 2017-2018, gli studenti con interventi in atto sono stati complessivamente 48. Di questi, 20 con disabilità di tipo visivo, 26 con problematiche di carattere uditivo e 2 con pluridisabilità visive e uditive.

Si tratta in ogni caso di minori:

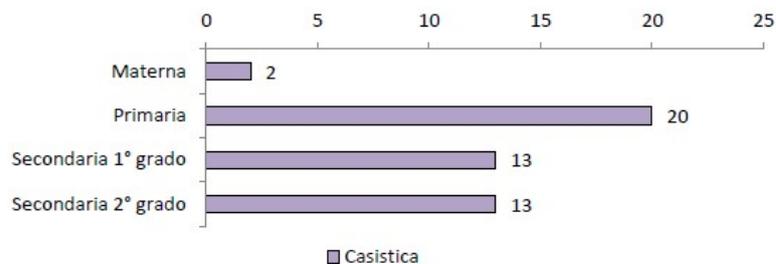
- provenienti da tutti gli ambiti territoriali e, particolarmente, dagli ambiti della Valcamonica (13) e di Morbegno (10).
- di età compresa tra i 3 e i 18 anni e, soprattutto, nella fascia tra i 14 e i 18 anni (18);
- frequentante la scuola nei diversi ordini di grado, con rilevanza maggiore per quanto riguarda la scuola primaria (20);
- con diagnosi prettamente di carattere uditivo (54%) e solo in un limitato numero di casi (4%) con pluridisabilità sensoriale.



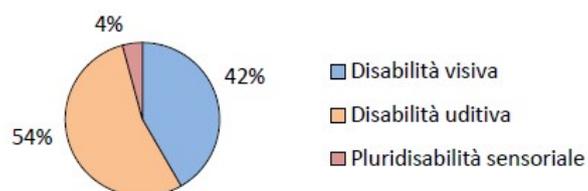
Casistica in carico a.s. 2017-2018 divisa per ambito di residenza

Ambito territoriale	3-5	6-10	11-13	14-18	TOTALE
Bormio			1	1	2
Chiavenna		2	2	3	7
Dongo		1		1	2
Menaggio			2	1	3
Morbegno	2	1	3	4	10
Sondrio		3	2	2	7
Tirano		1	1	2	4
Valcamonica		8	1	4	13
TOTALE	2	16	12	18	48

Casistica in carico a.s. 2017-2018 divisa per fasce d'età e ambito di residenza



Casistica in carico a.s. 2017-2018 divisa per ordine di scuola frequentata



Casistica in carico a.s. 2017-2018 divisa per tipologia di disabilità

4.4.4 DIPENDENZE

PREMESSA

Il Report Osservatorio Dipendenze presenta un quadro complessivo, dell'utenza in carico ai Servizi Ambulatoriali nell'area delle Dipendenze Patologiche afferenti all'ATS della Montagna. L'elaborazione e la sintesi dei dati, effettuate sulla base del flusso AMB-SERT/SMI Regione Lombardia, riportano le caratteristiche dell'utenza, in carico ai Servizi Territoriali, che ha ricevuto una o più prestazioni tariffate.

Si specifica che il numero di utenti afferenti al SERT di Darfo per la domanda "patenti" è stato estrapolato dai dati AMB "alcoldipendenze", utilizzando il criterio "invio Commissione Medica Locale".

ANALISI DEI DATI ANNO 2017

In Tabella 1 emerge che nel corso dell'anno 2017, risultano 1.950 gli utenti che hanno ricevuto una o più prestazioni tariffate da parte dei Servizi Territoriali (SERT e SMI). Di questi 1.950 soggetti, 1.567 (80,3%) risultano afferiti ai SERT e la restante quota di 383 soggetti (19,6%) allo SMI.

TAB. 1 Distribuzione utenza in carico ai servizi di riferimento

DISTRIBUZIONE UTENTI PER SERVIZIO		N°UTENTI 2017	% ATS 2017
BORMIO	ASST VAL	53	2,7%
CHIAVENNA		85	4,40%
MENAGGIO		236	12,2%
MORBEGNO		215	11%
SONDRIO		298	15%
TIRANO		124	6,4%
DARFO	ASST VCS	556	28,6%
PISOEGNE	SERVIZIO MULTIDISCIPLINARE INTEGRATO	383	19,7%
TOTALE		1950	100%

Nella successiva tabella 2 si riscontra che n. 288 utenti, pari al 14,7 % è residente extra ATS e tale fenomeno riguarda in particolare lo SMI sito a Pisogne, ultimo comune sud della Valle Camonica.

TAB.2 Distribuzione utenza per domanda e servizio di riferimento

UTENZA / RESIDENZA 2017	AMBITI TERRITORIALI SOCIALI NELL'ATS DELLA MONTAGNA							AMBITI TERRITORIALI SOCIALI EXTRA ATS					
	BO	CH	MEN	MO	SO	TI	VCS	BG	BS	LC	CO	ALTRO	TOT
BORMIO	29		1	4		15						4	53
CH		68		6	3					3		5	85
MENAGGIO	1	1	192	2	1						30	9	236
MORBEGNO	2	1	1	168	29	1		1		6	1	5	215
SONDRIO	10	3	1	16	244	14		4				6	298
TIRANO	23	1		1	10	83		1	1		1	3	124
DARFO	1						505	27	10			13	556
SMI							225	47	90			21	383
TOTALE	66	74	195	197	287	113	730	80	101	9	32	66	1950
	1662							288					

ANALISI DEI DATI PER TIPO DI DOMANDA

In tabella 3 si evidenzia che le due tipologie di utenza tipiche dei servizi “tossicodipendenti e alcolodipendenti” prevalgono numericamente (1.292/1950) e rappresentano il 66,2% dell'utenza totale. Si rilevano le seguenti peculiarità rispetto ad alcune tipologie di domande:

- **HIV** presente solo presso i Servizi Ambulatoriali per le Dipendenze della Provincia di Sondrio in assenza di Strutture Ospedaliere specializzate in materia;
- **TABAGISMO** presso il SER.T. di Darfo è attiva una offerta dedicata con compartecipazione della spesa da parte dell'utenza; sul territorio VAL l'offerta è a cura del Dipartimento di Prevenzione dell'ATS;
- **RISCHIO** questa tipologia di domanda è utilizzata dallo SMI per le prestazioni erogate a familiari di utenti non in carico ed a consumatori occasionali.

TAB. 3 Distribuzione utenti per servizio di riferimento

UTENTI DISTRIBUZIONE PER DOMANDA E SEDE	BORMIO	CHIAVENNA	MENAGGIO	MORBEGNO	SONDRIO	TIRANO	DARFO B.T	PISOGNE SMI	TOTALE
TOSSICODIPENDENTI	10	38	114	101	133	49	207	152	804
ALCOLDIPENDENTI	28	27	52	58	65	41	139	78	488
PATENTI	6	4	1	6	9	11	105	24	166
GAP	2	4	6	31	9	7	26	7	92
TABAGISTI							63		63
PREFETTURA		6	35	1	2		11	5	60
HIV	2	4		3	56	12			77
ALTRO	5	2	28	15	24	4	5		83
A RISCHIO								117	117
TOTALE	53	85	236	215	298	124	556	383	1950

Grafico - Distribuzione complessiva utenza per tipologia di domanda (percentuale)

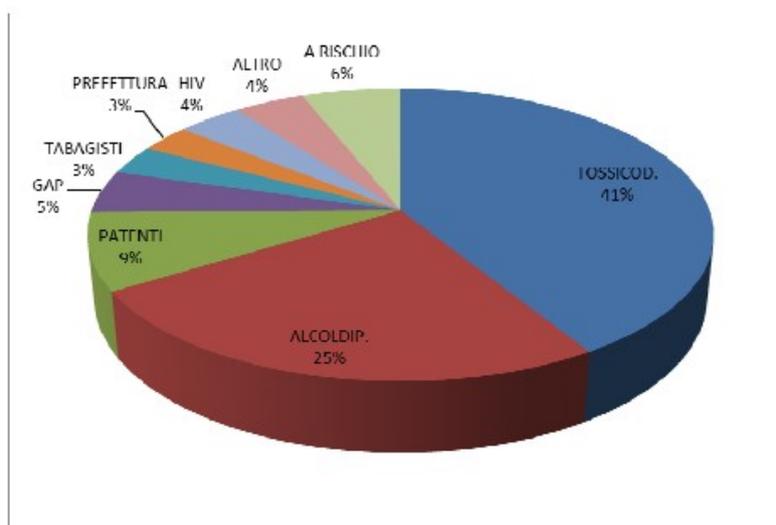
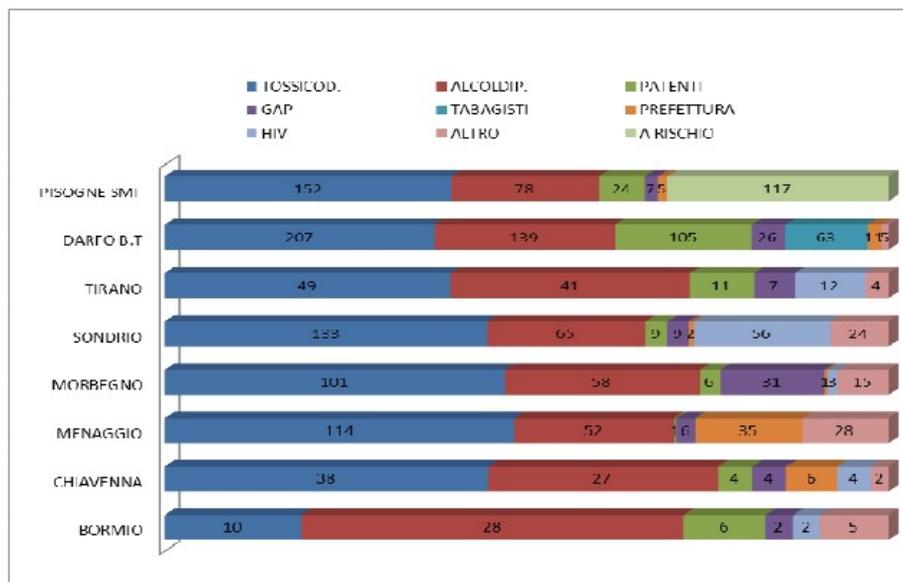


Grafico - Distribuzione domanda per ambito di riferimento



Nella successiva tabella si evidenzia che in tutte le tipologie d'utenza la fascia d'età maggiormente rappresentata è compresa prevalentemente tra i 30 e i 59 anni (72,3%). Da segnalare che la quota maggiore d'utenza si colloca in una età compresa tra i 40 – 49 anni (27,4%).

Distribuzione utenti per domanda e per età

UTENTI DISTRIBUITI PER DOMANDA ED ETÀ	<19	20-29	30-39	40-49	50-59	>60	TOTALE
TOSSICODIP.	27	120	256	244	140	17	804
ALCOLDIP.	2	31	62	129	155	109	488
PATENTI		25	38	48	38	17	166
GAP		8	12	19	32	21	92
TABAGISTI		2	10	20	15	16	63
PREFETTUA	11	31	9	8		1	60
HIV		4	3	24	35	11	77
ALTRO	11	18	21	18	9	6	83
A RISCHIO	24	18	24	26	16	9	117
Totale	75	257	435	536	440	207	1950

Dalla tabella che segue emerge che i nuovi casi in carico sono pari al 27% dell'utenza.

Distribuzione utenti per domanda e presa in carico

UTENTI DISTRIBUITI PER I DOMANDA E PRESA IN CARICO	GIA' IN CARICO	% GIA' IN CARICO	NUOVI	% NUOVI	TOTALE
TOSSICODIPENDENTI	677	84%	127	16%	804
ALCOLDIPENDENTI	401	82%	87	18%	488
PATENTI	84	50,60%	82	50,40%	166
GAP	51	55%	41	45%	92
TABAGISTI	33	52%	30	48%	63
PREFETTUA	14	23%	46	77%	60
HIV	72	93%	5	7%	77
ALTRO	50	60%	33	40%	83
A RISCHIO	41	35%	76	65%	117
Totale	1423	73%	527	27%	1950

Nella tabella si riportano gli esiti dei percorsi svolti dagli utenti in carico ai SERT. Rimane elevato il numero delle prese in carico, il dato relativo al percorso "completato" riguarda il 16,4% dell'utenza presa in carico. Si segnala che il dato relativo agli inserimenti in C.T è ricavabile da flusso FE, pertanto il dato AMB riportato in

tabella è da considerare puramente indicativo e non significativo ai fini degli esiti dei percorsi della presa in carico.

Distribuzione utenti per domanda ed esiti

UTENTI DISTRIBUITI PER DOMANDA ED ESITI	IN CARICO	PERSO DI VISTA	DECEDUTO	COMPLETATO	TRASFERITO	ALTRO	INSERITO IN C.T	TOTALE
TOSSICODIPENDENTI	577	118	7	67	19	15	1	804
ALCOLDIPENDENTI	292	96	4	89	1	5	1	488
PREFETTURA	12	5		41		2		60
GAP	44	33		13	2	2		94
HIV	73		1	1				75
TABAGISMO	28	10		24		1		63
PATENTI	80	21		61		4		166
ALTRO	34	14		34	1			83
A RISCHIO	39	23		36	2	17		117
TOTALE	1179	320	12	366	25	46	2	1950

COMPARAZIONE DATI ANNO 2016/2017

Nella tabella che segue emerge che nel corso dell'anno 2017, 1.950 utenti hanno ricevuto una o più prestazioni per disturbi da uso di sostanze o per altri comportamenti di addiction da parte dei Servizi Territoriali (SERT e SMI) con un incremento pari al 2,3% rispetto all'anno 2016. Di questi 1.950 soggetti, 1.567 (80,3%) risultano in carico ai SERT e la restante quota di 383 soggetti (19,6 %) in carico allo SMI. Rispetto all'anno 2016, si registra un maggior incremento dell'utenza presso i SERT di Menaggio (25,5%) e Morbegno (8%) e presso lo SMI di Pisogne (24,4%).

Distribuzione utenza in carico ai servizi

DISTRIBUZIONE UTENTI PER SERVIZIO	N° UTENTI 2016	% ATS 2016	N° UTENTI 2017	% ATS 2017	Variazione (numero)	Variazione (%)
BORMIO	55	2,9%	53	2,7%	-2	-3,6%
CHIAVENNA	93	4,9%	85	4,40%	-8	-8,6%
MENAGGIO	188	9,9%	236	12,2%	48	25,5%
MORBEGNO	199	10,4%	215	11%	16	8,0%
SONDRIO	319	16,7%	298	15%	-21	-6,6%
TIRANO	130	6,8%	124	6,4%	-6	-4,6%
DARFO	615	32,2%	556	28,6%	-59	-9,6%
PISOGNE	308	16,2%	383	19,7%	75	24,4%
TOTALE	1907	100	1950	100%	43	2,3%

Di seguito si evidenzia che le due tipologie di utenza tipiche dei servizi "tossicodipendenti e alcolodipendenti" prevalgono numericamente (1.292/1950) e rappresentano il 66,2% dell'utenza totale. Tuttavia tale percentuale è inferiore rispetto al 2016 (69%) a causa di una globale riduzione del numero degli alcolisti in carico nell'anno 2017.

Distribuzione utenza per domanda e servizio territoriale

UTENTI DISTRIBUZIONE PER DOMANDA E SEDE	BORMIO		CHIAVENNA		MENAGGIO		MORBEGNO		SONDRIO		TIRANO		DARFO		PISOGNE		TOTALE	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
TOSSICODIPENDENZA	11	10	35	38	121	114	99	101	141	133	60	49	185	207	131	152	783	804
ALCOLDIPENDENZA	26	28	31	27	36	52	53	58	94	65	37	41	171	139	88	78	536	488
PATENTI	7	6	1	4		1	2	6	1	9	3	11	102	105	9	24	125	166
GAP	3	2	10	4	3	6	26	31	10	9	9	7	23	26	10	7	94	92
TABAGISTI													73	63			73	63
PREFETTURA			8	6	15	35	1	1	4	2	2		55	11	10	5	95	60
HIV	2	2	4	4			3	3	53	56	15	12					77	77
ALTRO	6	5	4	2	13	28	15	15	16	24	4	4	6	5			64	83
A RISCHIO															60	117	60	117
TOTALE	55	53	93	85	188	236	199	215	319	298	130	124	615	556	308	383	1907	1950

STRUTTURE RESIDENZIALI PER LE DIPENDENZE

TIPOLOGIA UNITA' DI OFFERTA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	COMUNE UBICAZIONE STRUTTURA	DISTRETTO	AMBITO	N.POSTI AUTORIZZATI	N.POSTI ACCREDITATI	N.POSTI A CONTRATTO	N° OSPITI	di cui nuovi	di cui Residenti ATS	% residenti
SERVIZIO PEDAGOGICO RIABILITATIVO RESIDENZIALE	COMUNITA' ERGOTERAPICA	SONICO (BS)	VCS	VCS	15	12	12	26	11	11	42%
SERVIZIO PER COPPIE, SOGGETTI CON FIGLI, NUCLEI FAMILIARI	COMUNITA' DI CIVIDATE CAMUNO	CIVIDATE CAMUNO (BS)	VCS	VCS	11	11	11	18	6	2	11%
SERVIZIO TERAPEUTICO-RIABILITATIVO RESIDENZIALE CON MODULO DI TRATTAMENTO SPECIALISTICO PER ALCOL E POLIDIPENDENTI	COMUNITA' DI CAPO DI PONTE	CAPO DI PONTE (BS)	VCS	VCS	20	20	20	55	36	3	6%
COMUNITA' PEDAGOGICA RIABILITATIVA RESIDENZIALE	COMUNITA' PEDAGOGICA RIABILITATIVA LA CENTRALINA	MORBEGNO (SO)	VAL	MO	16	16	16	21	9	6	29%
COMUNITA' RESIDENZIALE PER ASSISTENZA A PERSONE DIPENDENTI DA SOSTANZE LECITE E ILLECITE	COMUNITA' TERAPEUTICA RIABILITATIVA IL GABBIANO ONLUS	TIRANO (SO)	VAL	TI	29	29	29	54	25	8	15%
UIDO A BASSA INTENSITA' ASSISTENZIALE	BESSIMO DUE	DARFO BOARIO TERME (BS)	VCS	VCS	8	8	6	12	7	4	33%
UIDO A BASSA INTENSITA' ASSISTENZIALE	UIDO SOCIO SANITARIA A BASSA INTENSITA' ASSISTENZIALE	VILLA DI TIRANO (SO)	VAL	TI	4	4	0				

4.4.5 UNITA' OPERATIVA DI NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

ASSISTITI ANNO 2017	Per Fascia d'età e Servizio				TOTALE	
	Servizio	1-5 anni	6-10 anni	11-13 anni		14 e più anni
Neuropsichiatria Infantile-Morbegno		57	185	101	126	469
Neuropsichiatria Infantile-Chiavenna		29	111	53	41	234
Neuropsichiatria infantile-Sondrio		150	387	249	413	1.199
Neuropsichiatria Infantile-Tirano		39	129	72	116	356
Neuropsichiatria Infantile-Bormio		35	154	57	91	337
Neuropsichiatria Infantile-Livigno		8	33	13	14	68
Neuropsichiatria Infantile-Dongo				1		1
Neuropsichiatria Infantile-Menaggio			4	1		5
Totale complessivo		318	1.003	547	801	2.669

ASSISTITI I° SEMESTRE 2018	Per Fascia d'età e Servizio				TOTALE	
	Servizio	1-5 anni	6-10 anni	11-13 anni		14 e più anni
Neuropsichiatria Infantile-Morbegno		64	145	71	76	356
Neuropsichiatria Infantile-Chiavenna		30	81	31	36	178
Neuropsichiatria infantile-Sondrio		148	254	167	185	754
Neuropsichiatria Infantile-Tirano		57	79	52	86	274

Neuropsichiatria Infantile-Bormio	35	83	25	54	197
Neuropsichiatria Infantile-Livigno	15	24	14	13	66
Neuropsichiatria Infantile-Dongo	6	13	4	3	26
Neuropsichiatria Infantile-Menaggio	46	132	101	90	369
Totale complessivo	401	811	465	543	2.220

5 VALUTAZIONE DEL PIANO DI ZONA 2015/2017

5.1 Premessa

La nuova programmazione non può prescindere dalla valutazione degli obiettivi fissati a livello locale e a livello regionale per la triennalità 2015-2017.

Coerentemente con il passato, alla luce degli esiti delle passate programmazioni e del sistema dei bisogni che si sta affermando nel territorio, gli obiettivi del triennio passato dell'ambito territoriale di Menaggio si sono sviluppati lungo due assi: quello della "continuità e consolidamento" e quello dell' "innovazione": continuità sia rispetto al sistema di governance, sia rispetto alla qualificazione del sistema di offerta; innovazione sia rispetto alla promozione di nuove soluzioni in grado di sostenere e valorizzare la famiglia nei diversi cicli di vita, sia rispetto a interventi di prevenzione che, in un'ottica di lungo periodo, rappresentano la strategia più idonea a fronteggiare attivamente l'ormai continuo affermarsi di condizioni di emergenza e cronicità.

"Continuità" e "innovazione" legate da un comune filo conduttore: l'integrazione tra politiche, ed in particolare tra politiche sociali, socio-sanitarie e politiche sanitarie, ma anche integrazione di prestazioni finalizzata ad assicurare una personalizzazione e una presa in carico complessiva della persona.

5.2 Conoscenze – risorse – servizi

Le linee di indirizzo Regionali 2015-2017 lasciavano autonomia agli ambiti rispetto ai contenuti di merito della programmazione, non indicavano cioè obiettivi di policy da porre, né bisogni prioritari da affrontare, o target di utenza privilegiati da raggiungere e nemmeno, come invece accadeva in passato, modalità di erogazione da privilegiare (es. la famosa vicenda dei buoni o voucher).

Le priorità stabilite dagli indirizzi regionali erano tutte di metodo, ovvero superare la frammentazione che caratterizza l'attuale sistema di welfare perseguendo un obiettivo di ricomposizione su tre dimensioni principali: una ricomposizione delle conoscenze e delle informazioni, per poter meglio orientare le scelte; delle risorse investite ancorché provenienti da fonti differenti e una ricomposizione dei diversi servizi offerti.

A questo scopo Regione suggeriva ad ogni Piano di Zona alcuni indicatori rispetto ad ognuna delle tre dimensioni (conoscenze – risorse – servizi):

- *Conoscenze*: esplicitare quali sono i bisogni su cui si ritiene prioritario sviluppare degli approfondimenti e delle condivisioni di informazioni e conoscenze nel triennio e come tali approfondimenti possono essere apprezzati e verificati (ad esempio: integrazione dei sistemi informativi dei Comuni rispetto a un'area di utenza considerate prioritarie; oppure: integrazione dei sistemi informativi tra Comuni e ATS/ASST rispetto a una o più aree di utenza considerate prioritarie);
- *Risorse*: esplicitare quali sono allo stato attuale i livelli di integrazione delle risorse (quante sono allo stato attuale le risorse gestite in modo integrato e quante in modo separato dai singoli soggetti?) ed esplicitare in quali ambiti si ritiene prioritario perseguire una maggiore integrazione delle risorse:
 - tra Comuni,
 - tra Comuni e ATS/ASST,
 - tra risorse dei Comuni e delle ATS/ASST e risorse detenute dalle famiglie, per armonizzare il sistema di cure formalizzato con l'attuale sistema di cure informali esplicitare quali livelli (%) di integrazione delle risorse sono considerati un obiettivo e in quale orizzonte temporale
- *Servizi*: esplicitare quali servizi si ritiene debbano essere oggetto di criteri, regole, presa in carico e interventi svolti in modo congiunto, per quali target di utenti, con quali obiettivi quantitativi e qualitativi; esplicitare inoltre per quali servizi:
 - si ritiene opportuno integrare gli accessi, in termini di procedure o in termini di spazi fisici
 - è possibile identificare tassi di copertura attuali e attesi, rispetto alla popolazione

Ai comuni infine Regione indicava:

- di gestire in forma associata la quota maggiore possibile di risorse proprie, indicando espressamente che questo sarà elemento valutato nel sistema premiale di cui si è detto prima
- che l'acquisizione di risorse aggiuntive da parte degli uffici di piano grazie ad azioni di **found raising** non comporti alcuna riduzione dei trasferimenti comunali

5.3 Raggiungimento obiettivi di sistema

A fronte di questo mandato regionale, l'ambito di Menaggio aveva definito i seguenti obiettivi di sistema, di cui si esplicheranno in seguito i risultati conseguiti.

5.3.1 CONOSCENZE

OBIETTIVO	ESITO	SINTESI
Rafforzare la comunicazione e l'integrazione della rete, non solo per unificare o semplificare, ma per migliorarne la connettività, rendere funzionali le relazioni tra i diversi servizi ed enti, istituzionali e non, e gli operatori	75%	La dimensione territoriale, la storia di lavoro comune, la volontà dei diversi attori del territorio di collaborare e di integrarsi al fine di offrire delle opportunità reali ai cittadini del territorio hanno fatto sì che la comunicazione e l'integrazione della rete si sia sempre più sviluppata. Non si prevede un raggiungimento al 100% in quanto si ritiene che ci siano ancora degli spazi di miglioramento
Proseguire l'attività con i gruppi di lavoro territoriali (anziani – disabili – giovani – scuole – forze dell'ordine – integrazione socio sanitaria) e preveder l'attivazione di nuovi eventuali gruppi (fragilità sociale) al fine di approfondire le conoscenze rispetto ad eventuali aree di scopertura, quali ad esempio l'ambito dell'informal care	75%	I gruppi di lavoro territoriali hanno svolto un importante lavoro di analisi, programmazione e progettazione territoriale soprattutto riguardo alcune aree tematiche (disabili – anziani – integrazione socio sanitaria). Altre aree sono invece da migliorare e potenziare. Sono stati costituiti i gruppi di lavoro territoriali relativi al tema della fragilità
Integrare i sistemi informativi dell'Azienda Sociale e dell'ATS/ASST rispetto a una o più aree di utenza considerate prioritarie (anziani – famiglie seguite dai consultori familiari)	0%	Il progetto Arnica, promosso dall'ATS Montagna prevedeva il raggiungimento di questo obiettivo. Al momento non realizzato. L'ambito è in fase di implementazione della cartella sociale informatizzata anche in funzione dell'alimentazione di flussi e debiti informativi

5.3.2 RISORSE

OBIETTIVO	ESITO	SINTESI
Mantenere le attuali risorse gestite in modo integrato (più del 75% delle risorse comunali per la spesa sociale) cercando di ricomporre le risorse residuali ancora a capo dei singoli comuni	100%	La ricomposizione delle risorse a livello di ambito sociale ha ormai raggiunto l'obiettivo massimo raggiungibile, A capo dei singoli comuni rimangono solamente risorse residuali.
Mantenere forme di equa contribuzione da parte degli utenti alle spese gestionali dei singoli servizi, anche alla luce della normativa in vigore	100%	A livello di ambito territoriale c'è un regolamento di accesso unico ai servizi, rispondente alla normativa vigente
Proseguire nel coinvolgimento del privato, del privato sociale ed del volontariato sia nella	50%	Il privato, il privato sociale e il volontariato del territorio hanno iniziato a mettere in campo

gestione che nella progettazione degli interventi, anche sperimentando nuove forme di collaborazione tra pubblico e privato.		energie nuove, in un'ottica di ampliamento dell'offerta dei servizi e di risposte ai bisogni del territorio (si veda per esempio Polo integrato La Rosa Blu della Cooperativa Sociale La Rosa Blu – Progetto Youth Bank della Cooperativa Sociale Azalea). La strada da percorrere è ancora in divenire, ma la collaborazione è già fattiva
--	--	---

5.3.3 SERVIZI

OBIETTIVO	ESITO	SINTESI
Mantenere l'integrazione territoriale a livello sovracomunale per evitare duplicazioni ed ottimizzare risorse finanziarie ed umane, pervenendo ad un'omogenea diffusione di servizi ed interventi.	100%	La gestione dei servizi è mantenuta a livello di ambito
Garantire il mantenimento, anche in un'ottica di miglioramento, dei servizi esistenti.	100%	I servizi esistenti sono stati mantenuti
Garantire il coordinamento dei servizi e degli interventi presenti nel territorio.	100%	Il coordinamento a livello di ambito territoriale dei servizi e degli interventi è stato mantenuto
Facilitare ulteriormente l'accesso dei cittadini alle prestazioni e l'accompagnamento delle persone e delle famiglie da un nodo della rete all'altro, in un percorso fluido tra sistemi sanitari, socio-sanitari e sociali, consolidando le modalità uniformi di accesso ai servizi e alle unità d'offerta sociale e socio-sanitarie, anche attraverso il collegamento e la collaborazione tra i servizi socio sanitari territoriali e dell'ambito	75%	Équipe multidisciplinari (anziani e disabili), linee guida tra servizi (ASST e tutela minori), integrazione delle prestazioni socio sanitarie in tema di tutela minori (funzioni psicologiche sanitarie riconosciute all'ambito territoriale) hanno facilitato l'accesso dei cittadini alle prestazioni e l'accompagnamento delle persone e delle famiglie da un nodo della rete all'altro, in un percorso fluido tra sistemi sanitari, socio-sanitari e sociali. Il raggiungimento al 100% dell'obiettivo è ancora in fieri, ma le premesse sono positive. L'auspicio è che il cambiamento istituzionale previsto mantenga i risultati raggiunti.
Sostenere e sviluppare l'integrazione tra le diverse policy (in particolare sanità, scuola, lavoro e casa) in un'ottica di servizio globale alla persona.	75%	L'integrazione tra le diverse policy è stato un'importante obiettivi perseguito nel triennio. In particolare sul fronte sanità, scuola e lavoro i risultati raggiunti sono stati soddisfacenti (tavoli di lavoro integrati, prese in carico congiunte, ecc.). I risultati raggiunti sono sicuramente perfettibili e migliorabili. Il tema casa è sicuramente un obiettivo ancora da affrontare.
Sviluppare gli interventi nei confronti dei nuovi bisogni sociali al fine di garantire il raggiungimento dei livelli essenziali di assistenza.	75%	I livelli essenziali di assistenza vedono una risposta abbastanza adeguata nell'ambito territoriale: segretariato sociale, servizio sociale professionale, servizi di assistenza domiciliare vedono un buono sviluppo nel territorio. Più debole è il pronto intervento, soprattutto in situazioni di fragilità sociale. Inoltre, la possibilità di rispondere a nuovi bisogni, in questi anni è stata facilitata dall'introduzione di finanziamenti ad hoc (vedi

		per esempio REI e PON Inclusionione). Soprattutto riguardo quest'ultima tematica, si ritiene necessario approfondire il lavoro nel prossimo triennio
Promuovere e sostenere le progettualità innovative e la mutualità familiare, non solo per sperimentare nuove modalità gestionali o nuove tipologie di unità d'offerta, ma per valorizzare le reti sociali "naturali" e di prossimità, le comunità locali e l'associazionismo.	25%	Le progettualità innovative e la mutualità familiare volte a valorizzare le reti sociali "naturali" e di prossimità, le comunità locali e l'associazionismo fanno molta fatica a "decollare" in un ambito territoriale in cui le energie in campo non sono molte. Il lavoro di comunità che si imposterà nel prossimo biennio è volto a favorire la crescita, lo sviluppo ed il sostegno di queste realtà ad oggi ancora deboli.
Rendere maggiormente efficienti gli indicatori per la valutazione della qualità dei servizi.	25%	La valutazione della qualità dei servizi è un argomento ancora in fase di costruzione. Un primo livello di customer satisfaction è stato introdotto, ma la definizione di indicatori di esito e di risultato sono ancora da definire
Proseguire con i sistemi di accreditamento per l'erogazione dei servizi da parte di soggetti terzi	75%	Il sistema di accreditamento dei servizi nell'ambito territoriale di Menaggio è attivo ormai da anni, in particolar modo per alcune aree di intervento (anziani e disabili)
Favorire l'informazione e la partecipazione attiva alla realizzazione degli interventi da parte degli utenti e delle loro associazioni.	50%	L'informazione ai cittadini è stata migliorata anche attraverso l'introduzione di un sito internet aziendale. La partecipazione attiva alla realizzazione degli interventi da parte degli utenti e delle loro associazioni è in via di sperimentazione, anche grazie a percorsi formativi che gli operatori hanno effettuato in questo triennio (approccio relazionale).

5.4 Raggiungimento degli obiettivi d'area e realizzazione delle azioni previste

Di seguito verranno descritti gli obiettivi e le azioni che a livello territoriale erano stati indicati per il triennio 2015-2017, analizzando le seguenti aree:

- **Area fragilità sociale**
- **Area anziani**
- **Area disabili**
- **Area minori e famiglia**
- **Area giovani**, suddivisa in:
 - o **Servizi per l'autonomia**
 - o **Politiche giovanili di tipo preventivo**
- **Area stranieri**

5.4.1 Area fragilità sociale

Gli obiettivi previsti in fase di programmazione 2015-17 erano i seguenti:

OBIETTIVO	ESITO	SINTESI
Mantenere la rete tra i diversi soggetti del territorio che si occupano di disagio legato alla salute mentale <ul style="list-style-type: none"> ○ Offrire una risposta efficace ed efficiente ai bisogni del territorio ○ Valutare eventuali bisogni non soddisfatti e successivamente progettare risposte adeguate 	50%	La rete tra i diversi soggetti del territorio che si occupano di disagio legato alla salute mentale ha avuto un po' di difficoltà a lavorare, soprattutto a causa della riorganizzazione del sistema socio sanitario che ha caratterizzato questi anni
Consolidare e monitorare l'applicazione dei protocolli operativi in merito all'erogazione di servizi quali: inserimento lavorativo – assistenza domiciliare, ecc.	50%	Questo obiettivo ha faticato a realizzarsi, soprattutto in un'ottica di definizione protocolli operativi
Sostenere l'inserimento socio-educativo in contesti lavorativi, anche in raccordo con le agenzie del terzo settore, al fine di promuovere interventi mirati in favore delle persone affette da disagio psichico	25%	Questo obiettivo è stato molto parzialmente affrontato. Il triennio entrante vede invece una imputazione di risorse destinate proprio a questo bisogno
Promuovere una maggiore cooperazione tra i servizi esistenti sul territorio	75%	La territorializzazione del Servizio sociale dedicato all'area fragilità, la creazione di gruppi di lavoro territoriali e l'introduzione dell'approccio relazionale ha sicuramente favorito la cooperazione tra i servizi esistenti sul territorio
Coordinare le risorse ed i servizi interni all'azienda, ottimizzando le risorse disponibili.	75%	La riorganizzazione del servizio sociale territoriale ha favorito un processo di migliore utilizzo delle risorse disponibili

Le azioni che erano state previste per facilitare il raggiungimento dei suddetti obiettivi possono così essere sintetizzate:

AZIONI	ESITO	SINTESI
Creazione di gruppi di lavoro territoriali	100%	Nella presa in carico di un soggetto/nucleo familiare che si trova in una situazione di momentanea difficoltà si è ritenuto opportuno che le diverse risorse messe in campo dai diversi soggetti istituzionali o meno siano conosciuti e coordinati al fine di ottimizzare tali risorse e rendere maggiormente funzionali gli interventi messi in campo.
Sviluppo di un approccio relazionale nel processo di presa in carico	75%	Nel triennio si è sviluppata una nuova modalità di presa in carico dei soggetti e dei nuclei familiari basata su un approccio, quello relazionale, che considera la persona/famiglia come una collaboratrice attiva nella costruzione dell'intervento sociale. In tale percorso, l'operatore di riferimento è stato sostenuto da un percorso formativo e di supervisione casistico con docenti dell'Università Cattolica di Milano.

5.4.2 Area anziani

Gli obiettivi previsti in fase di programmazione 2015-17 erano i seguenti:

OBIETTIVO	ESITO	SINTESI
Mantenere una rete tra i diversi soggetti del territorio che si occupano di anziani e di non autosufficienza al fine di offrire una risposta efficace ed efficiente ai bisogni del territorio e valutare eventuali bisogni non soddisfatti e successivamente progettare risposte adeguate	75%	La rete tra i diversi soggetti del territorio che si occupano di anziani e di non autosufficienza è stata mantenuta. Si è faticato a lavorare sulla possibilità di offrire una risposta efficace ed efficiente ai bisogni del territorio e valutare eventuali bisogni non soddisfatti e successivamente progettare risposte adeguate
Potenziare la filiera di servizi creata sul territorio ed erogata attraverso enti privati in modo da renderla il più possibile qualificata, articolata e flessibile così da essere maggiormente rispondente ai bisogni delle persone anziane e delle loro famiglie	75%	La riforma sanitaria e socio sanitaria ha favorito il potenziamento della filiera degli enti erogatori di prestazioni sul territorio così da essere maggiormente rispondente ai bisogni delle persone anziane e delle loro famiglie
Potenziare la rete privata di enti accreditati sul territorio nel reperimento e formazione sul campo del personale dedicato all'assistenza familiare (badanti) per contrastare il mercato nero delle prestazioni e garantire un'assistenza più qualificata, garantita e stabile	25%	L'introduzione della legge regionale in tema di assistenti familiari ha fatto sì che nel territorio si costituisse lo sportello unico di accesso per le assistenti familiari e il registro delle stesse. Allo stato attuale sia sportello che registro non riescono a rispondere pienamente ai bisogni legati al sistema di cura offerto dalle assistenti familiari
Mantenere il canale unico di accesso	75%	I cambiamenti istituzionali in ambito socio sanitario hanno reso un po' difficoltoso in questo triennio il mantenimento del canale unico di accesso ai servizi.
Mantenere l'integrazione socio-sanitaria soprattutto nel caso in cui il bisogno sia contemporaneamente sociale e sanitario, attraverso la valutazione congiunta del bisogni, potenziando il lavoro dell'equipe multidisciplinare.	100%	Nonostante i cambiamenti istituzionali in ambito socio sanitario si è mantenuta l'integrazione socio-sanitaria soprattutto nel caso in cui il bisogno sia contemporaneamente sociale e sanitario, attraverso la valutazione congiunta del bisogni, potenziando il lavoro dell'equipe multidisciplinare..
Conciliare i tempi di lavoro con i tempi di cura delle famiglie con persone anziane	50%	Il potenzialmente del servizio di assistenza domiciliare, l'introduzione di misure di sostegno flessibili per le famiglie ha facilitato in parte la conciliazione dei tempi di lavoro con i tempi di cura delle famiglie con persone anziane
Potenziare la rete della protezione giuridica e la disponibilità dello strumento dell'amministratore di sostegno	75%	Lo strumento dell'amministratore di sostegno è stato molto potenziato in questi anni. Ciò che rimane ancora debole è la rete della protezione giuridica.

Le azioni che erano state previste per facilitare il raggiungimento dei suddetti obiettivi possono così essere sintetizzate:

AZIONI	ESITO	SINTESI
Consolidamento del sistema di accreditamento	100%	Il sistema di accreditamento per l'assistenza al domicilio di soggetti anziani e per l'erogazione di prestazioni a sostegno delle famiglie che si avvalgono di assistente familiare ha mantenuto

		la sua configurazione nel triennio
Consolidamento del protocollo di collaborazione con l'ASL	75%	I cambiamenti istituzionali in ambito socio sanitario hanno reso più difficoltosa la definizione di protocolli di collaborazione formalizzati. È stato comunque mantenuto il coordinamento periodico programmato tra gli operatori e la valutazione multidimensionale dei bisogni. Non è stata effettuata formazione congiunta sul campo.
Sostegno alle azioni innovative promosse da soggetti privati o del privato sociale: <u>RSA aperta</u>	75%	L'integrazione tra servizio territoriale e soggetti erogatori di RSA aperta (azione che prevede l'erogazione di servizi, interventi, prestazioni erogabili da RSA, in una logica di multiservizi, per una presa in carico integrata della persona al proprio domicilio) è stata efficace. Le strutture accreditate per la suddetta funzione sono state: <ul style="list-style-type: none"> o IL FOCOLARE (RSA) LANZO D'INTELVI o SACRO CUORE (RSA) DIZZASCO o LA SAPIENZA (RSA) MENAGGIO o LINA ERBA (RSA) PORLEZZA
Sostegno alle azioni innovative promosse da soggetti privati o del privato sociale: <u>Residenzialità leggera</u>		L'integrazione tra servizio territoriale e l'unico soggetto erogatore di Residenzialità leggera (azione che prevede interventi e prestazioni sociosanitarie rivolte a persone che presentano condizioni di fragilità e necessitano di una soluzione abitativa con caratteristiche di protezione sociosanitaria) è stata efficace. La struttura accreditata per questa misura è: <ul style="list-style-type: none"> o LINA ERBA (unità d'offerta ex DGR n. 3239/12) PORLEZZA

5.4.3 Area disabili

Gli obiettivi previsti in fase di programmazione 2015-17 erano i seguenti:

OBIETTIVO	ESITO	SINTESI
Mantenere la rete dei servizi esistenti in un'ottica di miglioramento	100%	Questo obiettivo è stato raggiunto grazie alla collaborazione, già strutturata all'interno dei protocolli esistenti, dei servizi territoriali.
Mantenere lo strumento dell'equipe multidisciplinare, in un'ottica di integrazione tra i servizi socio-sanitari territoriali ed il terzo settore, al fine di garantire progetti di vita integrati e rispondenti ai bisogni del disabile e della sua famiglia	75%	Questo obiettivo è stato pienamente raggiunto per quanto riguarda le persone disabili in età scolare e in parte raggiunto relativamente al target persone disabili adulte (da potenziare nel prossimo triennio)
Mantenere i tavoli di confronto territoriali al fine valutare eventuali bisogni non soddisfatti e successivamente progettare risposte adeguate	50%	Questo obiettivo è stato in parte realizzato; verrà ulteriormente sviluppato ed implementato nel triennio entrante

Sviluppare il tema della conciliazione dei tempi di lavoro dei genitori e i tempi di cura dei figli disabili	75%	Questo tema è stato in buona parte realizzato all'interno del Piano Territoriale per la Conciliazione dei tempi di vita e di lavoro della rete di conciliazione della Montagna, ex DGR n. 5969/2016
Riorganizzare il sistema dei servizi rivolti ai minori disabili in un'ottica di predisposizione di piani di intervento individuale di tipo psicopedagogico finalizzati a porre le basi per la definizione del Progetto di Vita	50%	Questo obiettivo è stato in parte realizzato all'interno della collaborazione con l'ente gestore del servizio di assistenza scolastica disabili tramite una rivisitazione del servizio stesso.
Promuovere, in collaborazione con i diversi attori del territorio che si occupano di disabilità, il potenziamento a livello territoriale dell'offerta di percorsi riabilitativi rivolti alle persone con disabilità	25%	È stata strutturata un'iniziale collaborazione con gli enti che sul territorio si occupano di percorsi riabilitativi; tale obiettivo dovrà essere ulteriormente sviluppato nel triennio entrante.
Sviluppare, in un'ottica di sperimentazione, percorsi innovativi nella presa in carico dei pazienti post-traumatici	0%	Questo obiettivo non è stato sviluppato nel triennio.
Promuovere, in collaborazione con i diversi attori del territorio che si occupano di disabilità, la programmazione di risposte adeguate relativamente alle fasce di popolazione disabile che ad oggi manifestano bisogni non ancora adeguatamente soddisfatti: Persone con disabilità che, divenendo anziane, presentano bisogni specifici	25%	Questo obiettivo è stato solo in parte affrontato all'interno dei tavoli di confronto territoriali.
Promuovere, in collaborazione con i diversi attori del territorio che si occupano di disabilità, la programmazione di risposte adeguate relativamente alle fasce di popolazione disabile che ad oggi manifestano bisogni non ancora adeguatamente soddisfatti : Dopo di noi: nuclei familiari composti da persone disabili adulte e genitori anziani, i quali, progressivamente, non sono più in grado di occuparsi del proprio figlio e manifestano essi stessi bisogni di cura	75%	Questo obiettivo, grazie alla legge nazionale 11272016 sul Dopo di Noi ed alla collaborazione con il Terzo settore è stato in buona parte sviluppato nel corso del triennio.
Promuovere, in collaborazione con i diversi attori del territorio che si occupano di disabilità, la programmazione di risposte adeguate relativamente alle fasce di popolazione disabile che ad oggi manifestano bisogni non ancora adeguatamente soddisfatti : Persone con disabilità che necessitano di percorsi di inserimento lavorativo protetto come step successivo ai progetti di borsa lavoro e/o tirocinio lavorativo in vista di un possibile accesso al mondo del lavoro	25%	Questo obiettivo è stato parzialmente affrontato nel triennio; si ritiene prioritario sviluppare tale tematica nel triennio entrante con un forte coinvolgimento del terzo settore.
Promuovere, in collaborazione con i diversi attori del territorio che si occupano di disabilità, la programmazione di risposte adeguate relativamente alle fasce di popolazione disabile che ad oggi manifestano bisogni non ancora adeguatamente soddisfatti : persone con disabilità, non collocabili nel	0%	Questo obiettivo non è stato sviluppato nel triennio; il triennio entrante, stante l'emersione di un evidente bisogno in tale direzione, vedrà una ripresa e sviluppo di questa tematica.

<p>circolo mondo del lavoro e per i quali, l'inserimento in laboratori finalizzati al mantenimento delle abilità possedute grazie ad attività mirate in un'ottica occupazionale e non assistenziale, risulta essere di fondamentale importanza per quanto concerne il benessere e la realizzazione personale</p>		
--	--	--

Le azioni che erano state previste per facilitare il raggiungimento dei suddetti obiettivi possono così essere sintetizzate:

AZIONI	ESITO	SINTESI
Riorganizzazione del sistema dei servizi rivolti ai minori disabili	50%	Si prevede la riorganizzazione del sistema dei servizi rivolti ai minori disabili in un'ottica di miglioramento e maggior efficacia dei processi di presa in carico, valutazione e definizione della progettualità. All'interno dell'attuale sistema multidisciplinare di presa in carico del minore disabile e della sua famiglia, emerge la necessità di rafforzare i processi valutativi con particolare riferimento al minore disabile al fine di orientare in modo ancor più efficace le progettualità di Vita e, parallelamente, organizzare risposte appropriate.
Percorsi innovativi a favore di utenti post-traumatici	0%	Nel corso del triennio, all'interno della collaborazione con i soggetti del territorio che si occupano di disabilità, non sono stati strutturati percorsi innovativi nella presa in carico di utenti post-traumatici.
Sostegno alle azioni innovative promosse da soggetti privati o del privato sociale Percorsi riabilitativi per persone con disabilità	25%	In stretta collaborazione con gli enti del territorio che svolgono attività riabilitative e/o percorsi di diagnosi per disturbi dell'apprendimento e delle disabilità intellettive (definizione dei rispettivi ambiti di intervento e sviluppi futuri) è stata fatta una prima ricognizione delle risorse in gioco ed una rilevazione di ulteriori implementazioni/sviluppi relativamente alla presa in carico dal punto di vista sanitario ed i percorsi riabilitativi
Sostegno alle azioni innovative promosse da soggetti privati o del privato sociale: Persone anziane disabili	25%	
Sostegno alle azioni innovative promosse da soggetti privati o del privato sociale: Dopo di noi	75%	L'introduzione della legge nazionale 112/2016 del Dopo di Noi ha permesso di dare avvio a progettualità specifiche in collaborazione con il terzo settore.
Sostegno alle azioni innovative promosse da soggetti privati o del privato sociale: Percorsi di sperimentazione, in ambito protetto, del mondo del lavoro	25%	È stata effettuata, in collaborazione con il terzo settore, una prima ricognizione quantitativa e qualitativa dell'utenza con bisogni sociali a lieve intensità, che potrebbe beneficiare di questo tipo di percorsi. Tale azione dovrà essere sviluppata nel triennio entrante attraverso la messa in

		campo di percorsi che consentano di sperimentare l'ambito produttivo in contesti protetti.
Sostegno alle azioni innovative promosse da soggetti privati o del privato sociale: Laboratori protetti per l'utenza disabile non inseribile nel mondo del lavoro ordinario	0%	Non sono state attuate azioni relativamente a tale tematica.

5.4.4 Area minori e famiglia

Gli obiettivi previsti in fase di programmazione 2015-17 erano i seguenti:

OBIETTIVO	ESITO	SINTESI
Mantenere e consolidare i servizi esistenti.	100%	Nel triennio considerato il Servizio Tutela Minori ha visto il pieno consolidamento dei servizi esistenti.
Sostenere la rete tra i diversi soggetti del territorio che si occupano di minori	75%	Grazie ad un lavoro sovradistrettuale si è maggiormente definita una modalità di lavoro di rete in merito alla collaborazione tra i diversi soggetti istituzionali del territorio che si occupano di minori.
Promuovere una maggiore cooperazione tra i servizi esistenti sul territorio, consolidando un canale comune di informazione tra i diversi servizi territoriali rivolto alle famiglie	50%	Nel triennio si sono gettate le basi per un lavoro di rete territoriale per rispondere ai bisogni emersi dalle famiglie.
Sostenere la famiglia, con una particolare attenzione a quella con figli minori, attraverso interventi di prevenzione del disagio, basati su metodologie di lavoro di rete, sviluppo di comunità, attivazione di reti solidali, potenziamento del sostegno e valorizzazione di una cultura della "genitorialità sociale" (reti familiari, affidi diurni, affido partecipato, auto-aiuto) in un'ottica relazionale	50%	Nel triennio si sono gettate le basi per una presa in carico dei nuclei famigliari basata su un approccio relazionale (partecipazione attiva della famiglia alla co-costruzione di un processo valutativo e di un progetto di recupero), su strumenti legati al lavoro di rete e sull'attivazione di reti solidali.
Coordinare le risorse ed i servizi interni all'azienda, ottimizzando le risorse disponibili	75%	Questo obiettivo è stato raggiunto anche se vi è ancora la necessità di affinare i momenti di passaggio tra i diversi servizi interni all'azienda.
Consolidare e potenziare interventi specifici di tipo preventivo e riparativo per i ragazzi preadolescenti	25%	Il triennio considerato ha visto una riduzione della messa in campo di azioni di tipo preventivo e riparativo legate alla fascia di età preadolescente.
Sviluppare una modalità di presa in carico specifica per le situazioni legate al penale minorile	75%	Questo obiettivo è stato quasi interamente raggiunto grazie al lavoro dell'équipe penale minorile promossa a livello provinciale.
Implementare la rete tra i diversi soggetti del territorio che si occupano di infanzia al fine di: <ul style="list-style-type: none"> ○ Offrire una risposta efficace ed efficiente ai bisogni del territorio ○ Valutare eventuali bisogni non soddisfatti e successivamente progettare risposte adeguate ○ Promuovere e realizzare azioni integrate di sostegno al nucleo familiare volte alla tutela della vita in tutte le sue fasi, con particolare 	25%	Il triennio non ha visto un'implementazione della rete tra i diversi soggetti del territorio che si occupano di infanzia, ma il mantenimento dei servizi in essere (Spazio Bambino) e del sistema di accreditamento dell'unità di offerta per la prima infanzia.

attenzione al tema della conciliazione.		
Definire le linee guida in merito alla segnalazione ed alla presa in carico congiunta di situazioni in stato di disagio	75%	Nel triennio sono state riviste e integrate le linee guida in merito alla segnalazione ed alla presa in carico congiunta di situazioni in stato di disagio già esistenti.

Le azioni che erano state previste per facilitare il raggiungimento dei suddetti obiettivi possono così essere sintetizzate:

AZIONI	ESITO	SINTESI
Consolidamento degli interventi a sostegno del compito educativo	25%	All'interno della presa in carico psico-sociale, tra gli interventi educativi, specificatamente pensati per i nuclei familiari al cui interno vi sono bambini di età compresa tra gli 0 e i 10 anni, il triennio ha visto la scomparsa del Servizio Educativo Familiare (la cui attivazione risale al 2014) ed il mantenimento del Servizio di Assistenza Domiciliare Minori.
Revisione e sviluppo delle <i>“Linee guida per i rapporti tra il servizio tutela minori e famiglia dell’Azienda Sociale Centro Lario e Valli e le istituzioni scolastiche del distretto di Menaggio in presenza di minori che si trovano in situazioni di pregiudizio”</i>	50%	Tale documento sottoscritto tra i servizi e le istituzioni scolastiche del territorio nell’anno 2009, è stato rivisto e aggiornato. L’integrazione principale vede l’inserimento delle scuole secondarie di secondo grado, precedentemente escluse (allargando il contenuto alle modalità operative e di integrazione tra servizi e scuole nel caso di minori autori di reato). È mancato in tale triennio la condivisione di tale documento con le scuole e con il personale interno alle stesse.
Consolidamento e potenziamento degli interventi di tipo preventivo e riparativo rivolti alla fascia preadolescenziale	25%	Il triennio ha visto il ridimensionamento di azioni specifiche tarate sulla fascia evolutiva preadolescenziale (con il mantenimento di uno Spazio dopo la scuola e del Servizio di Formazione all’autonomia minori).
Sviluppo di un approccio relazionale nel processo di presa in carico	75%	I servizi interni all’azienda che si occupano di minori hanno sviluppato una nuova modalità di presa in carico dei nuclei familiari basata su un approccio, quello relazionale, che considera la famiglia come una collaboratrice attiva nella costruzione dell’intervento sociale. I genitori, sotto quest’ottica, sono maggiormente propensi ad assumere un atteggiamento più positivo e di migliore collaborazione quando si sentono realmente aiutati a superare le loro difficoltà e quando vedono che gli operatori considerano positivamente il loro ruolo di cura, seppur limitato, nella vita del bambino (<i>Neander e Skott, 2006</i>). Atteggiamento di fiducia che va esteso anche a tutte quelle persone che si dimostrano interessate a sostenere la famiglia. L’operatore, in sostanza, deve partire dalle relazioni, che sono il tessuto concreto della vita familiare, osservando tutti gli scambi relazionali che sono insiti all’interno/esterno del nucleo, favorendo la creazione, intorno al bambino, di

		una rete di rapporti supportivi da parte di adulti capaci, che siano in grado di offrire un aiuto a lui e alla sua famiglia.
Équipe penale minorile	75%	I minori sottoposti a provvedimento penale hanno una diversa modalità di presa in carico rispetto all'apertura di un procedimento civile o amministrativo a capo di un nucleo familiare. Per tale ragione è stata creata un'équipe con gli operatori che sono già coinvolti nella presa in carico di questa tipologia di soggetti e altri specificatamente formati sul tema, creando delle modalità e degli strumenti operativi maggiormente strutturati. Continua il tavolo provinciale di lavoro sul tema del penale minorile coinvolgendo non solo i servizi sociali ma anche tutti quei soggetti che a vario titolo intervengono nella presa in carico di minori autori di reati penali (es. USSM) al fine di creare delle modalità operative condivise ed integrate, una volta definiti compiti e funzioni.
Sostegno alle azioni innovative promosse da soggetti privati o del privato sociale <u>Servizio di formazione all'autonomia minori (SFA minori)</u>	25%	Tali azioni promosse da soggetti privati o del privato sociale sono terminate nel triennio.
Sostegno alle azioni innovative promosse da soggetti privati o del privato sociale <u>Spazio dopo la scuola</u>	25%	Tali azioni promosse da soggetti privati o del privato sociale sono terminate nel triennio.
Sostegno alle azioni innovative promosse da soggetti privati o del privato sociale <u>Spazio neutro</u>	25%	Il triennio ha visto il mantenimento dello Spazio Neutro aziendale e la sospensione dello spazio offerto dal privato sociale.
Sostegno alle azioni innovative promosse da soggetti privati o del privato sociale <u>Gruppo affido</u>	75%	Questo obiettivo è stato quasi interamente raggiunto grazie alla collaborazione tra il servizio sociale e il Gruppo delle famiglie affidatarie.

5.4.5 Area giovani

5.4.5.1 Servizi per l'autonomia

Gli obiettivi previsti in fase di programmazione 2015-17 erano i seguenti:

OBIETTIVO	ESITO	SINTESI
Potenziare i percorsi di supporto all'autonomia dei giovani in condizioni di elevato disagio	25%	Questo obiettivo è stato solo parzialmente raggiunto, in quanto il triennio non ha visto un potenziamento dei percorsi di supporto all'autonomia dei giovani in condizioni di elevato disagio ma la chiusura nel corso del 2017 del Servizio Autonomia in vista di una riorganizzazione aziendale.
Lavorare in continuità con i servizi interni all'Azienda e con i servizi territoriali	50%	Nel periodo di esistenza del servizio preposto alla presa in carico dei soggetti giovani si è lavorato in continuità con i servizi interni all'Azienda e con i servizi territoriali

Migliorare la condivisione e il confronto tra gli operatori coinvolti (comunità e servizi) per ripensare i percorsi di passaggio dei giovani tra le realtà di accoglienza e i contesti di vita.	50%	Tale obiettivo è stato parzialmente raggiunto anche se la fase di reinserimento territoriale del giovane dopo un percorso comunitario deve essere ulteriormente migliorato.
---	-----	---

Le azioni che erano state previste per facilitare il raggiungimento dei suddetti obiettivi possono così essere sintetizzate:

AZIONI	ESITO	SINTESI
Riorganizzazione del servizio autonomia e potenziamento dei percorsi del servizio formazione all'autonomia	25%	La riorganizzazione del servizio autonomia ha visto la sperimentazione della figura professionale dello psicologo in qualità di psicoeducatore, con il fine di intervenire nei percorsi di formazione all'autonomia in condizione di prossimità con il giovane, solo per una annualità prima della chiusura del Servizio Autonomia.
Sostegno alle azioni innovative promosse da soggetti privati o del privato sociale <u>Alloggi per l'autonomia</u>	0%	Tale obiettivo non è stato raggiunto in quanto i soggetti privati o del privato sociale hanno attivato un'unità di offerta (Alloggi per l'autonomia) non spendibile per i bisogni dell'utenza del momento e per i criteri di accesso all'unità.

5.4.5.2 Politiche giovanili di tipo preventivo

Gli obiettivi previsti in fase di programmazione 2015-17 erano i seguenti:

OBIETTIVO	ESITO	SINTESI
Mantenere e consolidare i servizi esistenti	100%	Nel triennio gli spazi giovani di Tremezzina e Porlezza hanno continuato le proprie attività mantenendo le giornate di apertura previste.
Sensibilizzare la popolazione target rispetto a nuove tematiche in ottica di prevenzione	80%	Sono stati organizzati gruppi di lavoro con i giovani, interventi e manifestazioni in modo particolare riguardanti le tematiche: gioco d'azzardo patologico e cyberbullismo. In ottica preventiva sono diversi gli aspetti che andrebbero ancora trattati
Facilitare l'imprenditoria giovanile in rapporto con il territorio	10%	Solo un piccolo gruppo di giovani ha partecipato all'azione del progetto "Politiche giovanili seconda annualità" riguardante l'imprenditoria giovanile. Il target frequentante gli spazi viene maggiormente coinvolto in ottica preventiva e aggregativa.
Ottimizzare le risorse disponibili nel territorio, anche a livello provinciale, attraverso il consolidamento del lavoro di rete	80%	Nel corso del biennio 2015/2016 si è sviluppata una forte rete a livello provinciale ed extraprovinciale che ha dato origine alle iniziative promosse dal tavolo denominato De.Com.
Favorire il protagonismo giovanile	70%	Tutte le azioni realizzate all'interno degli spazi sono volte a favorire il protagonismo giovanile. I giovani sono stati protagonisti anche nell'ideazione e nella realizzazione delle

		manifestazioni.
Sensibilizzare all'associazionismo giovanile	25%	Attraverso la collaborazione con il terzo settore è stato costituito un gruppo di giovani under 25 per la valorizzazione di progetti territoriali.
Favorire l'acquisizione di competenze specifiche	80%	I laboratori organizzati all'interno degli spazi hanno puntato sull'acquisizione di competenze, soprattutto digitali, multimediali.

Le azioni che erano state previste per facilitare il raggiungimento dei suddetti obiettivi possono così essere sintetizzate:

AZIONI	ESITO	SINTESI
Consolidare le politiche giovanili territoriali		<p>Si è ritenuto opportuno implementare gli interventi, all'interno degli Spazi Giovani, in ottica di cittadinanza attiva e occupazione giovanile. Pertanto si è ampliato lo sguardo verso la formazione di competenze specifiche che i giovani possono spendere in ambito lavorativo. È stata posta attenzione verso i nuovi media e verso la comunicazione, intesa in senso classico e digitale.</p> <p>La continuità di un lavoro in rete, con altri enti pubblici e privati, a livello provinciale è stata un'importante forma di confronto e di crescita per il territorio e per i giovani residenti nel distretto di Menaggio. Nonostante ciò solo un piccolo gruppo di giovani ha partecipato all'azione del progetto "Politiche giovanili seconda annualità" riguardante l'imprenditoria giovanile.</p>
Progetto di prevenzione e contrasto alle forme di dipendenza dal gioco di azzardo lecito		<p>Per quanto riguarda la tematica GAP è stata data importanza all'informazione e alla riflessione critica su una tematica di forte attualità e di interesse sociale.</p> <p>L'Azienda Sociale ha ritenuto opportuno presentare la propria manifestazione di interesse al bando finalizzato alle azioni di prevenzione e contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico emanato da Regione Lombardia.</p> <p>Pertanto il progetto inerente il bando, oltre alla riflessione critica, ha voluto stimolare il protagonismo giovanile nei confronti di questa tematica attraverso attività concrete e occasioni di divertimento sano, e rafforzare un lavoro di rete nel territorio, che ha visto coinvolti: gli Spazi Giovani di Porlezza e Tremezzina, i comuni, le scuole, le associazioni sportive e culturali, gli oratori e, solo in parte l'ATS.</p>

5.4.6 Area stranieri

Gli obiettivi previsti in fase di programmazione 2015-17 erano i seguenti:

OBIETTIVO	ESITO	SINTESI
Sostenere e facilitare l'acquisizione delle conoscenze di base della lingua italiana come L2	25%	Il servizio è stato interrotto a dicembre 2015 per mancanza di finanziamenti.
Favorire il senso di appartenenza alla classe. - Facilitare la comunicazione tra i pari e con gli insegnanti	25%	Il servizio è stato interrotto a dicembre 2015 per mancanza di finanziamenti.
Stimolare l'alunno a sentirsi e ad essere sempre più competente nella lingua italiana.	25%	Il servizio è stato interrotto a dicembre 2015 per mancanza di finanziamenti.
Facilitare l'acquisizione di un linguaggio specifico e di un metodo di studio.	25%	Il servizio è stato interrotto a dicembre 2015 per mancanza di finanziamenti.
Stimolare il lavoro autonomo dell'alunno.	25%	Il servizio è stato interrotto a dicembre 2015 per mancanza di finanziamenti.
Favorire la comprensione e il rispetto di regole nei confronti di se stesso, degli altri e dell'ambiente, la conoscenza e la pratica di diritti e di doveri e il principio di uguaglianza.	25%	Il servizio è stato interrotto a dicembre 2015 per mancanza di finanziamenti.
Favorire il successo formativo di ogni alunno attraverso la realizzazione di un ambiente positivo e collaborativo. – sviluppare le potenzialità degli alunni. – prevenire e contrastare la dispersione scolastica.	25%	Il servizio è stato interrotto a dicembre 2015 per mancanza di finanziamenti.
Favorire la conoscenza del sistema scolastico italiano da parte delle famiglie straniere	25%	Il servizio è stato interrotto a dicembre 2015 per mancanza di finanziamenti.
Sostenere la partecipazione e la collaborazione scuola-famiglia	25%	Il servizio è stato interrotto a dicembre 2015 per mancanza di finanziamenti.

Le azioni che erano state previste per facilitare il raggiungimento dei suddetti obiettivi possono così essere sintetizzate:

AZIONI	ESITO	SINTESI
Mantenere e consolidare il servizio di facilitazione linguistica e culturale nelle scuole	25%	Si prevedeva di mantenere e consolidare il servizio di facilitazione linguistica e culturale nelle scuole, ma tale servizio è stato interrotto a dicembre 2015 per mancanza di finanziamenti.

5.5 Azioni di innovative e/o di sistema intraprese nel corso degli anni 2015 – 2016 – 2017

Accanto alle azioni di sistema e d'area sopra enunciate, già previste in fase di stesura del Piano di Zona 2015-2017, vi sono state nel triennio alcune azioni di sistema che vale la pena sintetizzare, in quanto hanno portato al raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano, ma anche di alcuni obiettivi che sono emersi nel corso del triennio.

5.5.1 ANNO 2015

DGR 2942/2014"INTERVENTI A SOSTEGNO DELLA FAMIGLIA E DEI SUOI COMPONENTI FRAGILI AI SENSI DELLA DGR 116/2013: SECONDO PROVVEDIMENTO ATTUATIVO-CONFERMA MISURE AVVIATE NEL 2014 E AZIONI MIGLIORATIVE"

Tale misura prevedeva il riconoscimento economico su fondo sociosanitario quale remunerazione delle prestazioni sociosanitarie, interventi di carattere educativo, di assistenza alla persona e di accompagnamento nelle fasi processuali, per i minori accolti nelle strutture residenziali, a seguito di provvedimento dell'Autorità Giudiziaria Minorile, in quanto vittime di abuso, violenza e/o maltrattamento.

CONTRASTO, PREVENZIONE DELLA VIOLENZA SULLE DONNE E PROTEZIONE DELLE VITTIME DI VIOLENZA

A seguito della progetto regionale dal titolo "Una rete per dire BASTA, il servizio ha assunto il titolo di "antenna territoriale" (accanto al Servizio Sociale di Lomazzo) con un ruolo di consulenza, informazione e accompagnamento agli operatori degli altri servizi sociali che entrano in contatto con donne vittime di violenza, potenziando così il centro antiviolenza già operativo a livello provinciale. Progetto che ha permesso di introdurre, nella presa in carico della persona, accanto alla figura dell'assistente sociale anche quella dello psicologo (la cui integrazione verrà nel prossimo triennio maggiormente strutturata).

L'anno 2015, ha visto la sottoscrizione del "*Rinnovo del protocollo d'intesa per la promozione di strategie condivise e di azioni integrate, finalizzate alla prevenzione ed al contrasto del fenomeno della violenza contro le donne*", protocollo inizialmente sottoscritto nel 2009 dai diversi attori che costituiscono la rete di protezione in merito a tale fenomeno.

LABORATORI LINGUISTICO CULTURALI

A seguito di una rilevazione dati e una mappatura, avvenuta nel periodo luglio-ottobre 2014, da parte della Dott.ssa Arianna Dell'Era e del Dott. Andrea Caldarini, al fine di giungere alla elaborazione ed alla raffigurazione della realtà legata alla comunità straniera presente sul territorio del Distretto di Menaggio, sono stati riattivati i Laboratori Linguistico-Culturali all'interno degli istituti scolastici del distretto.

I dati raccolti hanno permesso di effettuare una prima considerazione sulla presenza di specifiche comunità straniere nel Distretto, nonché un primo approfondimento sulla dimensione culturale di origine e gli stili di vita che le caratterizzano.

Nello specifico sono stati prodotti report finali con elementi oggettivi sulla situazione distrettuale, specifici per ambito di rilevazione (paesi del distretto, Istituti scolastici, terzo settore, Centro per l'Impiego): presenza delle comunità straniere, nazionalità di origine, dati numerici di rilievo, primi approfondimenti (adulti e minori presenti, nuclei familiari, generazioni familiari...)

Sono stati dedicati spazi di riflessione sugli elementi sensibili raccolti, legati alla popolazione straniera ed alla sua storia migratoria, tanto da porsi e proporsi sempre maggiori traguardi da raggiungere e temi da approfondire per l'immediato futuro, per poter elaborare, con minuzia di particolari, strumenti di rilevazione dati ben definiti e circoscritti, al fine di non tralasciare elementi di rilievo.

L'intervento di facilitazione linguistica e culturale è stato svolto da un'educatrice per 25 ore settimanali all'interno dei seguenti istituti:

- Istituto Comprensivo di Porlezza;

- Istituto Comprensivo di Tremezzina;
- Istituto Comprensivo di Menaggio;
- Istituto Comprensivo di San Fedele;
- I.I.S.S. Vanoni di Menaggio.

POLITICHE GIOVANILI

L'Azienda Sociale Centro Lario e Valli nel 2015 ha partecipato, per conto del Comune di Tremezzina, al bando per lo sviluppo e il consolidamento di azioni di prevenzione e contrasto alle forme di dipendenza dal gioco d'azzardo lecito – l.r. 8/2013. L'azione di progettazione ha avuto inizio durante il periodo marzo/aprile e ha visto il coinvolgimento di vari enti quali il dipartimento Dipendenze dell'Asl di Como e l'I.I.S.S. E. Vanoni (Menaggio-Porlezza).

L'approvazione da parte di Regione Lombardia è avvenuta nel mese di giugno e il progetto "Gioco Ir-responsabile: non farti bluffare!" ha avuto avvio nel mese di settembre. La scadenza prevista è giugno 2016.

Il progetto è costituito da diverse azioni:

- Mappatura dei bar/pub aventi apparecchiature AWP e VLT all'interno del Distretto di Menaggio. Alla fine del progetto sarà a disposizione delle Amministrazioni Comunali una mappa georeferenziata che potrà essere inserita all'interno dei loro siti istituzionali
- Incontri di informazione e prevenzione per lo sviluppo di un pensiero critico sul gioco d'azzardo rivolti ai target più a rischio (giovani e anziani)
- Realizzazione di due cortometraggi (realizzati dai gruppi di lavoro formati) da utilizzare all'interno degli eventi pubblici informativi
- Realizzazione di tre cineforum aperti a tutta la popolazione (Tremezzina, Porlezza, San Fedele)
- Realizzazione di un percorso formativo per un gruppo di studenti selezionati (peer education) presso l'I.I.S.S. Vanoni, che coinvolgeranno altri ragazzi coetanei e più piccoli, nella diffusione delle nuove conoscenze acquisite sul gioco d'azzardo.
- Realizzazione di tre cineforum all'interno del Distretto di Menaggio.

SERVIZIO FORMAZIONE ALL'AUTONOMIA DISABILI

A partire dall'anno 2015 il servizio Verso L'Autonomia per persone disabili si è strutturato come unità d'offerta sociale denominato Servizio di Formazione all'Autonomia per persone disabili (SFA DISABILI).

Il Servizio di Formazione all'Autonomia (SFA) è un servizio sociale territoriale rivolto a persone disabili che, per le loro caratteristiche, non necessitano di servizi ad alta protezione, ma di interventi a supporto e sviluppo di abilità utili a creare consapevolezza, autodeterminazione, autostima e maggiori autonomie spendibili per il proprio futuro, nell'ambito del contesto familiare, sociale, professionale. E' caratterizzato dall'offerta di percorsi socio educativi e socio formativi individualizzati, ben determinati temporalmente e condivisi con la famiglia.

La finalità del servizio è favorire l'inclusione sociale della persona potenziando o sviluppando le sue autonomie personali. Il servizio contribuisce inoltre all'acquisizione di prerequisiti di autonomia utili all'inserimento professionale che dovrà avvenire in raccordo con i servizi deputati all'inserimento lavorativo.

Lo SFA accoglie persone disabili di età compresa tra i 16 e i 35 anni e/o persone di età anche superiore ai 35 anni con esiti da trauma o da patologie invalidanti che necessitano di un Progetto Educativo Individualizzato.

Lo Sfa ha due sedi operative, le quali possiedono i requisiti previsti dalle norme vigenti in materia di civile abitazione nonché quelle relative all'eliminazione delle barriere architettoniche.

1. presso la sede dell'Azienda Sociale Centro Lario e Valli in Via Porlezza, 10 a Porlezza (CO);
2. presso la sede dello Spazio Giovani sito nel polo scolastico in Via alla Ferrovia, 7C a Porlezza (CO);

L'attività può essere svolta anche in contesti e luoghi diversi dalla sede operativa principale.

TAVOLI DI RETE FRAGILITÀ

A partire dall'attuale periodo storico di forte crisi economica che ha investito anche nuove fasce di popolazione ed aumentato in modo esponenziale la domanda del cittadino, l'Azienda Sociale Centro Lario e

Valli del distretto di Menaggio, come Servizio di Fragilità Individuale e Familiare, ha proposto alle diverse associazioni del territorio e ai soggetti referenti del terzo settore un momento di condivisione e di riflessione sulla costruzione di un lavoro di rete che appare necessario per affrontare le problematiche sociali riportate dai cittadini.

Sempre più oggi lavorare nel sociale in un'ottica di "welfare "plurale", significa, quindi, evidenziare il valore della partecipazione dei cittadini, dei soggetti privati, del terzo settore, delle parti sociali, e la promozione della solidarietà sociale, riducendo il senso di estraneità e passività.

La situazione di disagio socio-economico non riguarda solamente il singolo cittadino in difficoltà ma l'intera comunità. Alla luce di ciò si pensa che la comunità ed il lavoro di rete, che il *Progettare socialmente insieme* possa essere una strategia differente all'intervento assistenzialistico ed un'azione innovativa.

Con questa motivazione si è iniziato ad impostare un lavoro di rete che ha portato alla costituzione di due gruppi:

- il gruppo istituzionale con i soggetti referenti del terzo settore con incontri periodici al fine di un monitoraggio e per condividere una progettualità comune;
- gruppi di lavoro che si costituiscono sulla base di una preoccupazione comune sulla persona/famiglia con una partecipazione all'incontro con gli interessati in prima persona.

DGR 7060/2015 – AVVISO PUBBLICO PER INTERVENTI PSICO-SOCIO-EDUCATIVI A FAMIGLIE CON ADOLESCENTI IN DIFFICOLTÀ PER FAVORIRE PROCESSI DI INCLUSIONE SOCIALE E DI CONTRASTO ALLA POVERTÀ

Nel corso del 2015, l'Azienda Sociale Centro Lario e Valli è diventata ente erogatore delle prestazioni previste dalla DGR 7060/2015. Tali interventi si pongono come risposta alle difficoltà e alle problematiche di rischio educativo e di disagio sociale delle famiglie con giovani e adolescenti di età compresa tra i 13 e i 25 anni. La misura prevede l'emissione ai soggetti fruitori di tre tipologie di voucher in funzione dei livelli di intensità del bisogno (bassa-media-alta).

La valutazione del bisogno viene effettuato da un'équipe multidisciplinare in capo all'ATS dell'Insubria e successivamente validata da Regione Lombardia.

5.5.2 ANNO 2016

RINNOVO AZIENDA

Nel corso dell'anno 2016 si è proceduto alla proroga dell'Azienda Sociale Centro Lario e Valli, prima per 6 mesi (fino a luglio 2016), al fine di dare modo ad un'apposita commissione di sindaci di predisporre un'ipotesi di riorganizzazione dell'Azienda Sociale stessa, poi per 10 anni (fino a gennaio 2026).

In particolar modo, la commissione ha presentato al consiglio di amministrazione e all'assemblea consortile dell'Azienda Sociale Centro Lario e Valli una proposta di riorganizzazione dei servizi obbligatori gestiti dalla stessa, che si è attuata nel corso del 2016:

RIORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE

Dal 19 settembre 2016 l'Azienda Sociale Centro Lario e Valli ha riorganizzato il Servizio Sociale Professionale attivando il Servizio Sociale Territoriale che include i servizi di "base": Segretariato Sociale, Area Anziani, Area Fragilità Individuale e Area Fragilità Familiare.

Il Servizio Sociale Professionale è stato strutturato nel seguente modo:

- **Servizio Sociale Territoriale**: La funzione principale attribuita a questo servizio è quello di assicurare una prima fase di accoglienza attraverso il segretariato sociale ed una presa in carico delle persone **anziane, fragili** e delle **famiglie** attraverso un sistema integrato di interventi volti a garantire la qualità e il benessere delle persone favorendo una maggior prossimità ai bisogni, non solo dell'individuo, ma anche del territorio.

Il Servizio è organizzato in 3 diverse aree territoriali:

Zona A: Porlezese e Val Cavargna (a.s. Laura Mazza)

Zona B: Val Menaggio e Tremezzina (a.s. Laura Paniga)

Zona C: Valle Intelvi

- **Servizio Sociale Specialistico:** Prevede una presa in carico della persona rispetto al Servizio Disabili, Affidi, Adozioni, Autonomia, Tutela minori e famiglia. Le Assistenti Sociali del Servizio Sociale Specialistico ricevono presso le sedi degli sportelli presenti nelle 3 zone.

DGR 7060/2015 – AVVISO PUBBLICO PER INTERVENTI PSICO-SOCIO-EDUCATIVI A FAMIGLIE CON ADOLESCENTI IN DIFFICOLTÀ PER FAVORIRE PROCESSI DI INCLUSIONE SOCIALE E DI CONTRASTO ALLA POVERTÀ

Nel corso del 2016, l'Azienda Sociale Centro Lario e Valli in qualità di ente erogatore delle prestazioni previste dalla DGR 7060/2015, ha accolto i voucher assegnati a ragazzi del territorio stilando e attivando per ciascuno un progetto educativo personalizzato coerente con la finalità e l'entità del voucher assegnata dall'équipe multidisciplinare in capo all'ATS dell'Insubria e successivamente validata da Regione Lombardia.

Gli interventi proposti sono stati proposti come risposta alle difficoltà e alle problematiche di rischio educativo e di disagio sociale delle famiglie con giovani e adolescenti di età compresa tra i 13 e i 25 anni.

PROGETTO SPERIMENTALE “UNA FAMIGLIA PER UNA FAMIGLIA”

Nel corso del 2016, l'Azienda Sociale Centro Lario e Valli ha aderito al gruppo tecnico provinciale per la seconda sperimentazione dell'affiancamento familiare promosso dalla Fondazione delle comunità comasche e dalla Fondazione Paideia di Torino.

La sperimentazione permetterà nel corso del 2017 e del 2018 di formare gli operatori dei servizi territoriali circa questa forma innovativa di intervento sociale, di sensibilizzare la popolazione rispetto alle tematiche dell'accoglienza e della solidarietà tra famiglie, di rafforzare la rete esistente tra i servizi e le realtà associative e di volontariato del territorio e di attivare in via sperimentale delle esperienze di affiancamento familiare sotto la guida dei formatori della Fondazione Paideia.

Valutati gli esiti della sperimentazione sarà possibile valutare l'opportunità di inserire l'affiancamento familiare tra gli strumenti di politica sociale.

REDDITO AUTONOMIA A FAVORE DI ANZIANI E DISABILI

Nell'anno 2016 l'Azienda Sociale Centro Lario e Valli è stata ente capofila per la realizzazione e la verifica degli interventi multidimensionali, previsti dalla DGR 4152 del 8.10. 2015, volti all'attivazione di interventi finalizzati a:

- Garantire alle persone anziane, in condizione di vulnerabilità socio economica, la possibilità di permanere al domicilio consolidando o sviluppando i livelli di relazioni sociali e di capacità di cura di sé e dell'ambiente domestico mediante l'attivazione di voucher che garantiscano l'integrazione/implementazione dell'attuale rete dei servizi, in ottica di risposta flessibile e modulabile costruita sul bisogno individuale della persona
I percorsi di autonomia sono stati realizzati presso servizi della rete territoriale delle UdO sociali a ciò dedicate e cioè il Centro Diurno Integrato (CDI) e il Centro Diurno (CD).
- Implementare, in disabili giovani ed adulti, le competenze e le abilità finalizzate :
 - all'inclusione sociale;
 - allo sviluppo dell'autonomia personale mediante percorsi di potenziamento delle capacità funzionali e relazionali.

I percorsi di autonomia sono stati realizzati presso i servizi della rete territoriale delle UdO sociali a ciò dedicate e cioè il Centro Socio Educativo (CSE) e il Servizio di Formazione all'Autonomia (SFA).

5.5.3 ANNO 2017

SERVIZIO SOCIALE TERRITORIALE

L'anno 2017 è stato l'anno di svolta rispetto all'organizzazione del Servizio Sociale nell'ambito di Menaggio, con la messa a regime del **Servizio Sociale Territoriale** (di seguito SST).

L'assunto base dal quale è partita l'idea di riorganizzazione del Servizio Sociale trova le sue fondamenta nell'idea che la dimensione di ambito ormai sia diventata quella che caratterizza le politiche sociali e socio-sanitarie sul nostro territorio e sembra la più adeguata per garantire unitarietà e omogeneità nell'organizzazione e nella gestione del Servizio, ma è chiaro che le attività rivolte ai cittadini devono rimanere saldamente ancorate ai contesti territoriali per garantire la prossimità al territorio e la possibilità di integrazione del Servizio Sociale Territoriale con l'ambito e i diversi attori locali.

Ciò che davvero può portare a innovare il SST è infatti proprio il legame con la comunità di appartenenza e la sua capacità di riconoscere e attivare le risorse di relazioni, persone, organizzazioni ivi presenti per sviluppare empowerment dei soggetti e delle famiglie, rafforzandone le singole competenze in seno ad una comunità allargata, anche al fine di contrastare l'individualismo che caratterizza la nostra società.

La centralità della comunità quale referente privilegiato del Servizio sociale, comunità intesa come singoli cittadini, famiglie, amministrazioni comunali, pluralità di organizzazioni formali e informali che abitano un dato territorio e che, considerati nell'intreccio delle relazioni che sviluppano gli uni con gli altri, rappresentano i referenti privilegiati del SST sia per quanto riguarda l'accompagnamento delle situazioni personali e familiari fragili, sia per la progettazione di interventi di prevenzione, promozione sociale, empowerment della comunità.

Il mandato principale dato al SST è stato quello di sviluppare un approccio organizzativo e procedure operative che favoriscano un funzionamento più dinamico, integrato con il territorio e meno ancorato a procedure amministrative e pratiche professionali rigide. Si è voluto orientare l'azione di servizio sociale al risultato, adottando criteri d'intervento appropriati rispetto alla natura e alla gravità dei problemi da affrontare anche in una logica di maggiore flessibilità organizzativa.

Quello che è stato chiesto è in sostanza di "spostare l'attenzione, che solitamente è concentrata sulle carenze e le disfunzioni, sulla messa in evidenza di quello che non c'è o non è come dovrebbe essere, verso una ricerca paziente ed insistente delle relazioni che costituiscono o possono costituire risorse".

TAVOLI TERRITORIALI

L'approccio integrato alle politiche parte certamente dalla programmazione ma richiede di ampliare e diffondere tra gli attori territoriali la conoscenza dei servizi esistenti e la disponibilità di risorse, di diversa natura, pubbliche e private, formali ed informali, attivabili dai cittadini per far fronte alle proprie esigenze. Richiede altresì di creare collegamenti e processi integrati tra i diversi nodi di questa fitta rete, processi di comunicazione e scambio informativo, di co-progettazione, di co-gestione o realizzazione di attività indipendenti che tuttavia si integrino rispetto agli obiettivi da sostenere.

In questo contesto il SST rappresenta un nodo strategico del territorio per quanto attiene alle politiche sociali, socio-sanitarie e del lavoro deve pertanto essere ripensato come punto qualificato della rete di servizi che, orientato a rispondere alla propria missione, si pone in relazione con gli altri attori del territorio (ASST – ATS – Medici di Medicina Generale (MMG) – Pediatri di Libera elta (PLS) e altri professionisti di area sanitaria – Servizi per l'Impiego – Forze dell'Ordine – Organizzazioni del Terzo Settore – soggetti privati, non compresi nelle Organizzazioni del Terzo Settore – Associazioni di volontariato o di promozione sociale – Sindacati), promuovendo Tavoli Territoriali di lavoro e programmazione.

Nella logica di sostenere un approccio inclusivo degli attori della comunità, il SST attiva percorsi di confronto, scambio ed integrazione con tutti i diversi soggetti che partecipano alla promozione del benessere del territorio.

La costruzione di legami con tutti i suddetti attori richiede un impegno specifico dedicato alla cura delle relazioni con i soggetti che le rappresentano e vi operano e, laddove il territorio mostri una debolezza rispetto a tali opportunità, il SST svolge il compito di promuovere la creazione di reti associative e di legami stabili tra i cittadini, orientati a favorire i processi di coesione sociale e di inclusione.

Si tratta di una parte del lavoro del SST che deve essere progettato e realizzato anche a prescindere dal lavoro sulle singole situazioni, poiché soltanto se tali legami sono ricercati, mantenuti e sviluppati sarà

possibile attivarli con maggiore facilità nel momento in cui sia opportuno promuovere interventi orientati a ridurre i rischi di alcune fasce della popolazione piuttosto che a supportare alcune specifiche situazioni di fragilità.

CARTELLA SOCIALE INFORMATIZZATA

Al fine di attivare i processi e le azioni per l'adozione della Cartella Sociale Informatizzata secondo le Linee guida regionali sono stati definiti i seguenti obiettivi da realizzare nel periodo 06.12.2016 – 31.10.2017:

- 1) **Definizione capitolato:** nel mese di giugno l'Azienda Sociale Centro Lario e Valli ha predisposto un capitolato per l'affidamento della fornitura della cartella sociale informatizzata e della relativa formazione ed assistenza
- 2) **Bando di gara:** nel mese di giugno l'Azienda Sociale Centro Lario e Valli ha lanciato su Mercato Elettronico della PA (acquistinretepa.it) una richiesta di offerta per la fornitura della cartella sociale informatizzata e della relativa formazione ed assistenza
- 3) **Aggiudicazione della gara:** nel mese di luglio l'Azienda Sociale Centro Lario e Valli ha aggiudicato la gara, affidando la fornitura della cartella sociale informatizzata e della relativa formazione ed assistenza a PA DIGITALE SPA
- 4) **Definizione planning** per implementazione cartella sociale informatizzata nel Servizio Sociale Territoriale (Segretariato Sociale – Anziani – Fragilità), nel Servizio Disabili e nel Servizio Minori: nei mesi di settembre/ottobre l'Azienda Sociale Centro Lario e Valli con PA DIGITALE SPA definiranno un planning di azioni che vedrà l'attivazione definitiva della cartella sociale informatizzata a partire da gennaio 2018.

SPORTELLI PER L'ASSISTENZA FAMILIARE

A partire dal mese di maggio 2017 l'Azienda Sociale Centro Lario e Valli ha previsto che gli sportelli di ricevimento del Servizio Sociale Territoriale, gestiti in forma diretta, formalmente sono diventati anche Sportelli di assistenza familiare.

Lo Sportello per l'assistenza familiare viene infatti inteso come servizio di front office alle famiglie, che sono alla ricerca di un assistente familiare, ed alle/ai lavoratrici/lavoratori, che desiderano trovare impiego come assistenti familiari, erogato nelle seguenti aree di prestazione: informazione e orientamento, consulenza e supporto.

Tali aree di prestazione rientrano nel più ampio lavoro di segretariato sociale, di presa in carico e di case management del Servizio Sociale Territoriale

Pertanto, l'ambito di Menaggio ha integrato le attività degli Sportelli per l'assistenza familiare nel contesto delle risorse già presenti nel territorio per l'accesso ai servizi ed agli interventi da parte delle persone fragili e delle loro famiglie.

Gli sportelli di Servizio Sociale Territoriale, quindi, oltre all'obiettivo generale di offrire alle persone in condizione di fragilità, di non autosufficienza e alle loro famiglie, che necessitano di assistenza a domicilio, servizi qualificati, informazione e consulenza, perseguono anche i seguenti obiettivi specifici:

- offrire alle persone in condizione di fragilità, non autosufficienza e alle loro famiglie, che necessitano di servizi di assistenza al domicilio, e alle lavoratrici/ai lavoratori, disponibili a trovare un impiego come assistenti familiari, servizi qualificati di assistenza, informazione e consulenza per l'incontro tra domanda e offerta di lavoro e garantire un supporto nella gestione dei diversi aspetti inerenti l'attivazione e lo svolgimento di un rapporto di lavoro, con la massima trasparenza circa i contenuti e le condizioni di erogazione dei servizi offerti;
- favorire lo sviluppo di forme contrattuali e condizioni lavorative regolari a tutela sia delle famiglie, sia delle/dei lavoratrici/lavoratori interessate/i, in collaborazione con gli enti territoriali preposti;
- favorire la promozione della crescita professionale degli/delle assistenti familiari attraverso la valorizzazione e il riconoscimento della loro esperienza professionale e delle competenze e conoscenze possedute, in accordo con le linee guida regionali.

Gli Sportelli, come previsto dalla normativa regionale, svolgono quindi le seguenti attività:

a supporto della persona in condizione di fragilità, di non autosufficienza (totale o parziale – permanente o temporanea) e della sua famiglia:

- informazione/orientamento verso la rete dei servizi sociali e sociosanitari territoriali e/o verso l'assistenza a domicilio con assistente familiare;
- ascolto e valutazione del bisogno di assistenza familiare;
- assistenza per la ricerca e l'individuazione di un assistente familiare, tra quelli iscritti al registro, con competenze ed esperienze adeguate ai bisogni di assistenza;
- informazione sui soggetti competenti per l'assistenza nel disbrigo delle pratiche per l'assunzione o regolarizzazione contrattuale dell'assistente familiare (es. informazioni in merito al contratto di lavoro domestico, rilascio preventivo spesa, preparazione pratiche di assunzione, elementi di prevenzione attiva attinenti la tutela della salute sia del lavoratore sia dell'assistito, gestione fiscale del rapporto lavorativo, ecc.);
- aiuto nell'individuazione di un assistente familiare per sostituzione ad es. in caso di ferie, malattia, ecc.;
- a supporto delle persone disponibili a lavorare come assistenti familiari:
 - informazione per l'iscrizione al Registro territoriale degli assistenti familiari;
 - informazione in merito ai corsi regionali di formazione per assistente familiare;
 - assistenza per l'individuazione della persona/famiglia che necessita del servizio di assistenza familiare;
 - informazione sui soggetti competenti per l'assistenza nel disbrigo delle pratiche per l'assunzione o regolarizzazione contrattuale (es. informazioni in merito al contratto di lavoro domestico, rilascio preventivo spesa, preparazione pratiche di assunzione, elementi di prevenzione attiva attinenti la tutela della salute sia del lavoratore sia dell'assistito, gestione fiscale del rapporto lavorativo, ecc.).

Gli Sportelli di assistenza familiare raccolgono altresì le iscrizioni degli assistenti familiari e le relative informazioni per alimentare il Registro di Ambito degli Assistenti familiari.

REGISTRO TERRITORIALE DEGLI ASSISTENTI FAMILIARI

A partire dal mese di giugno 2017 l'Azienda Sociale Centro Lario e Valli, in ottemperanza della normativa vigente, ha previsto l'istituzione del Registro territoriale degli Assistenti familiari.

Tale strumento ha la duplice finalità: da un lato, qualificare e supportare il lavoro di assistenza e cura dell'assistente familiare in favore delle persone fragili che necessitano di assistenza a domicilio e/o non autosufficienti, dall'altro, favorire l'incontro tra domanda e offerta di lavoro nell'ambito dell'assistenza familiare evidenziando l'offerta territoriale qualificata di lavoratrici/lavoratori.

Il Registro degli Assistenti familiari raccoglie i nominativi delle lavoratrici/dei lavoratori che, in possesso degli adeguati requisiti - di cui all'art 7 della l.r. n. 15/2015 - intendono proporsi alle famiglie come assistenti familiari per l'attività di cura e assistenza.

Il Registro territoriale degli Assistenti familiari viene implementato dalla rete degli Sportelli presenti nel territorio con la trasmissione delle iscrizioni e delle relative informazioni necessarie, secondo apposita regolamentazione.

Il Registro è uno strumento dinamico a disposizione degli operatori della rete degli Sportelli territoriali e delle famiglie. Per mantenere il suo costante aggiornamento, gli Sportelli implementano il Registro con le iscrizioni e le relative informazioni, nonché con qualunque variazione intervenuta (es. disponibilità, cancellazione, frequenza da parte dell'assistente familiare di corso formativo regionale, ecc.).

SPAZI INFORMATIVI A SUPPORTO DELLE POLITICHE DELLA FAMIGLIA

A partire dal mese di luglio 2017 l'Azienda Sociale Centro Lario e Valli, ente capofila dell'Ambito territoriale di Menaggio, ha previsto che gli sportelli di ricevimento del Servizio Sociale Territoriale, gestiti in forma diretta, formalmente siano anche "Spazi Informativi a supporto delle politiche della famiglia".

Lo Sportello Territoriale verrà quindi inteso anche come Spazio Informativo per:

- Supporto alle famiglie per la presentazione della domanda per ottenere il Bonus famiglia
- Raccordo con la rete dei consultori per la stesura dei progetti personalizzati relativi al Bonus famiglia
- Offrire risposte ai bisogni delle famiglie dei suoi componenti, con attenzione particolare alla natalità.

Tali aree di prestazione rientrano nel più ampio lavoro di segretariato sociale, di presa in carico e di case management del Servizio Sociale Territoriale

Pertanto, l'ambito di Menaggio integrerà le attività degli Spazi informativi nel contesto delle risorse già presenti nel territorio per l'accesso ai servizi ed agli interventi da parte delle persone fragili e delle loro famiglie.

Gli Sportelli garantiscono altresì i raccordi con le associazioni familiari presenti nel territorio.

DAL SIA AL REI

La Legge di Stabilità 2016 (L. n. 208 del 28 dicembre 2015) ha istituito per la prima volta in Italia un apposito Fondo per la Lotta alla Povertà e all'Esclusione Sociale nell'ambito di un Piano Nazionale di contrasto alla povertà che ha come obiettivo l'introduzione entro il 2018 di uno schema di Reddito Minimo su tutto il territorio nazionale.

Nell'attesa della nuova misura è **stato operativo dal 2 settembre 2016 fino al 30 novembre il SIA (Sostegno all'Inclusione Attiva)**, uno schema transitorio, erogato a livello nazionale, e rivolto ad alcune categorie familiari in condizioni economiche molto deprivate. In particolar modo nel 2017 il Servizio Sociale Territoriale si è dovuto occupare di questa nuova misura di sostegno al reddito.

Si è trattato di un sussidio economico sotto forma di carta pre-pagata, di entità variabile tra gli 80 euro e i 400 euro mensili, rivolto alle famiglie con soglia ISEE (indicatore della condizione economica equivalente) al di sotto di 3.000 euro, con almeno un figlio minorenni o disabile o alle donne in stato di gravidanza accertata.

Per accedere alla misura, occorre essere cittadini italiani o comunitari o avere un permesso di soggiorno di lunga durata; essere residenti in Italia da almeno 2 anni; non bisogna beneficiare di altri trattamenti assistenziali o indennitari rilevanti (di ammontare superiore ai € 600 mensili), né di altre prestazioni di sostegno al reddito per disoccupati (NASPI o ASDI).

Soprattutto, per accedere al beneficio il nucleo familiare del richiedente doveva ottenere un punteggio relativo alla valutazione multidimensionale del bisogno uguale o superiore a 45. Si trattava di una valutazione che tiene conto contemporaneamente dei carichi familiari, della situazione economica e della situazione lavorativa, privilegiando quindi situazioni multiproblematiche e molto compromesse, caratterizzate ad esempio da famiglie numerose con figli piccoli, in cui vi è un solo genitore ed in cui sono presenti persone con disabilità grave o non autosufficienti.

A partire dal 1° dicembre 2017 è stato invece introdotto il REI (reddito per l'inclusione attiva).

La misura vuole essere, perlomeno in prospettiva, universalistica, cioè rivolta a tutti i poveri assoluti, ma anche condizionata alla prova dei mezzi e all'adesione ad un progetto personalizzato di inclusione sociale e/o lavorativa. Potranno ricevere il Reddito di Inclusione i cittadini italiani e comunitari, gli stranieri con permesso di soggiorno e i titolari di protezione internazionale (es. asilo politico) residenti in Italia da più di due anni. In sede di prima applicazione sono prioritariamente ammessi al REI i nuclei con figli minorenni, disabili (anche se maggiorenni), e donne in stato di gravidanza, attuali beneficiari del SIA, e nuclei con componenti disoccupati ultra cinquantacinquenni, attuali destinatari dell'Asdi.

Il beneficio economico sarà concesso, sotto forma di carta di pagamento elettronica, per un periodo continuativo non superiore a 18 mesi e sarà necessario che trascorrono almeno 6 mesi dall'ultima erogazione prima di poterlo richiedere nuovamente.

Così come è avvenuto per il SIA la definizione dei progetti di inclusione sociale e/o lavorativa dei componenti dei nuclei familiari beneficiari è demandata al Servizio Sociale Territoriale, in raccordo con la rete dei servizi territoriali, socio-sanitari, del lavoro, dell'istruzione e delle organizzazioni di terzo settore.

REDDITO AUTONOMIA A FAVORE DI ANZIANI E DISABILI

Nell'anno 2017 l'Azienda Sociale Centro Lario e Valli è stata ente capofila per la realizzazione e la verifica degli interventi multidimensionali, previsti dalla DGR 5672/2016, volti all'attivazione di interventi finalizzati a:

- Garantire alle persone anziane, in condizione di vulnerabilità socio economica, la possibilità di permanere al domicilio consolidando o sviluppando i livelli di relazioni sociali e di capacità di cura di sé e dell'ambiente domestico mediante l'attivazione di voucher che garantiscano l'integrazione/implementazione dell'attuale rete dei servizi, in ottica di risposta flessibile e modulabile costruita sul bisogno individuale della persona

I percorsi di autonomia sono stati realizzati presso servizi della rete territoriale delle UdO sociali a ciò dedicate e cioè il Centro Diurno Integrato (CDI) e il Centro Diurno (CD).

- Implementare, in disabili giovani ed adulti, le competenze e le abilità finalizzate :
 - all'inclusione sociale;
 - allo sviluppo dell'autonomia personale mediante percorsi di potenziamento delle capacità funzionali e relazionali.

I percorsi di autonomia sono stati realizzati presso i servizi della rete territoriale delle UdO sociali a ciò dedicate e cioè il Centro Socio Educativo (CSE) e il Servizio di Formazione all'Autonomia (SFA).

PRESTAZIONI PSICOLOGICHE – SERVIZIO TUTELA MINORI E FAMIGLIA

Partendo dalla legge regionale n. 23 del 11/08/2015 e dall'emanazione delle linee guida per la tutela dei minori (DGR n.4821 del 15/02/2016), Regione Lombardia ha posto tra i suoi obiettivi prioritari l'integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale tra i servizi offerti dall'ASST, dagli Uffici di Piano e dal Terzo Settore, evidenziando la necessità che, al fine di garantire ai minori le tutele di cui hanno diritto, i servizi deputati all'erogazione delle complessive prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali operino in completa sinergia e integrazione.

Tale integrazione è parte fondamentale della presa in carico dei minori segnalati al Servizio Tutela Minori territoriale qualora tale processo veda la necessità dell'attivazione di un percorso presso i servizi specialistici e consultoriali dell'ASST, sia nella fase di valutazione sia nella successiva fase di intervento.

All'interno di una presa in carico integrata e globale, si intersecano prestazioni di tipo sociale e prestazioni a carattere sociosanitario e sanitario (valutazione psicodiagnostica e psicoterapia). Le prime di competenza dei comuni ed erogate dal Servizio Tutela Minori, le seconde a carico del Servizio Sanitario Nazionale (così come previsto dal D.P.C.M. 14/02/2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie"; dal D.P.C.M. 29/11/2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" e dalla D.G.R. n.4821 del 15/02/2016 "Approvazione delle «Linee guida per la promozione dei diritti e delle azioni di tutela dei minori con la loro famiglia) ed erogate dai servizi specialistici e consultoriali dell'ASST.

Nel 2016, la ASST, al fine di dare attuazione al processo di presa in carico integrata e globale dei minori sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria, ha proposto a Regione Lombardia un progetto sperimentale, condiviso con la ATS della Montagna, competente per territorio - *"Progetto per la presa in carico integrata dei minori interessati da provvedimenti dell'A.G. nel territorio dell'A.T.S. della Montagna, Distretto Valtellina e Alto Lario"*.

Tale progetto, attraverso un protocollo operativo di collaborazione inter istituzionale sottoscritto fra la ASST e i diversi Uffici di Piano, ha visto l'internalizzazione di quelle prestazioni sociosanitarie e sanitarie precedentemente erogate da servizi esterni; nello specifico se prima la valutazione psicodiagnostica e la psicoterapia venivano fornite dal Servizio di Psicologia dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna e dall'U.O.N.P.I.A. (U. O. di Neuropsichiatria Infantile) ciascuno per la parte di loro competenza, dal 2017, a livello sperimentale, tali azioni sono erogate dal Servizio Tutela Minori con conseguente rendicontazione e copertura economica da parte delle ASST.

Nel caso di situazioni multiproblematiche che prevedono l'intervento di servizi specialistici, le prestazioni a favore del minore e della sua famiglia saranno erogate dalla ASST attraverso i propri servizi (consultori familiari, centri psicosociali, Unità di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, servizi ambulatoriali per le dipendenze).

LINEE GUIDA SERVIZIO TUTELA MINORI E SERVIZI SPECIALISTICI

Nel 2017 un gruppo di lavoro, coordinato dalla ATS della Montagna, ha elaborato delle linee guida in merito ai rapporti tra i servizi specialistici della ASST (consultori familiari, centri psicosociali, Unità di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, servizi ambulatoriali per le dipendenze) e i servizi tutela minori dei diversi ambiti distrettuali nella gestione di interventi a favore di famiglie con minori la cui tutela e protezione è sancita dall'Autorità Giudiziaria e di minori in situazioni di pregiudizio.

L'obiettivo prioritario è quello di rendere armonici ed efficaci gli interventi di competenza dei diversi Servizi, nell'ottica di rafforzamento del processo di integrazione e di corresponsabilità nel percorso di TM.

COMUNICAZIONE – SITO AZIENDALE

Nel corso degli anni, i siti web delle Pubbliche Amministrazioni hanno acquisito una sempre maggiore importanza, diventando, di fatto, il principale front office di ogni Ente. Man mano che l'evoluzione del Web ha rivoluzionato la vita degli individui e delle imprese, sono stati emanati provvedimenti che hanno reso i siti uno snodo di centrale importanza nella vita dell'Ente: dalla Legge n. 4/2004 sull'accessibilità, al Codice dell'Amministrazione Digitale, alla Legge n. 69/2009 che ha addirittura previsto il c.d. "Albo on line", alla legge sulla Trasparenza (decreto legislativo del 14 marzo 2013/33), fino alla realizzazione delle Linee Guida per i siti web della pubblica amministrazione sviluppate dall'Agenzia per l'Italia Digitale. La realizzazione di un sito Web pubblico deve quindi rispondere a precisi requisiti, individuati normativamente, che hanno lo scopo di assicurare che la pubblicazione da parte dell'Amministrazione di informazioni e documenti, nonché l'offerta di servizi on line, garantisca la certezza istituzionale e l'attualità delle relative informazioni. Per quanto riguarda l'Azienda Sociale, pur non avendo tutti i vincoli stabiliti dalle varie normative, si è pensato di realizzare un sito che avesse i parametri fondamentali delle Pubbliche Amministrazioni (Trasparenza, offerta dei servizi, accessibilità...).

I primi mesi del 2017 sono stati quindi dedicati alla ricerca di materiale, normative e indicazioni per capire come andava strutturato correttamente il sito. E' seguito poi un grande lavoro di recupero di tutte le informazioni da inserire all'interno di quest'ultimo, riguardanti la totalità dei servizi che l'Azienda Sociale Centro Lario e Valli offre ai suoi utenti. I responsabili che si sono dedicati a questo lungo lavoro di ricerca sono stati il dott. Andrea Caldarini e la dott.ssa Alessia Lanfranconi.

E' stato poi indetto un avviso ad evidenza pubblica per il servizio di realizzazione del portale. Maggioli Spa è stata la ditta aggiudicataria del servizio, che ha portato alla costruzione del portale aziendale www.aziendasocialeclv.it, sito ufficiale dell'Azienda Sociale Centro Lario e Valli.

Il sito, vera e propria vetrina dei servizi forniti dall'Azienda, ha lo scopo principale di facilitare la conoscenza e l'accesso a questi ultimi da parte dell'utenza.

Offre, inoltre, una sezione dedicata alla trasparenza, intesa come accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

5.6 Azioni di sistema svolte dall'Ufficio di Piano nel corso dell'anno 2015 – 2016 – 2017

COSTITUZIONE DELL'ASSEMBLEA DEI SINDACI DI AMBITO SOCIALE

Nel mese di giugno 2015 è stata istituita l'assemblea dei sindaci di ambito sociale come organismo politico deputato all'assolvimento degli adempimenti regionali demandati all'assemblea distrettuale dei sindaci.

L'Assemblea dei Sindaci di ambito sociale è composta da tutti i Sindaci dei comuni compresi nel territorio dell'ambito sociale.

DEFINIZIONE DELLE FUNZIONI DI ASSEMBLEA DEI SINDACI DI AMBITO SOCIALE, COMMISSIONE RISTRETTA DEI SINDACI E UFFICIO DI PIANO

L'assemblea dei sindaci di ambito sociale ha approvato il "Regolamento di funzionamento dell'assemblea dei sindaci di ambito sociale di Menaggio, della commissione ristretta e dell'ufficio di piano".

FONDO NAZIONALE POLITICHE SOCIALI

L'Ambito di Menaggio ha programmato le risorse assegnate con il diversi provvedimenti relativi al Fondo Nazionale Politiche Sociali.

Ha inoltre presentato la richiesta di premialità, a valere sul F.N.P.S. 2016 per lo sviluppo della Cartella Sociale Informatizzata, così come definito nell'Allegato A "Criterio premiale: attuazione Linee Guida regionali sulla Cartella Sociale Informatizzata", parte integrante e sostanziale del provvedimento 5839/2016.

FONDO SOCIALE REGIONALE

Come già avvenuto gli scorsi anni, nel triennio terminato l'Ambito territoriale di Menaggio ha proceduto con la definizione dei criteri di utilizzo dei finanziamenti derivanti dal **Fondo Sociale Regionale**, coerentemente agli obiettivi, alle priorità ed agli interventi individuati nel PdZ, e del piano di assegnazione dei contributi.

FONDO NON AUTOSUFFICIENZA – MISURA B2

L'ambito territoriale di Menaggio ha predisposto il Piano di utilizzo del Fondo Non Autosufficienza in base alle DGR regionali.

In particolar modo si sono previsti interventi di sostegno e supporto alla persona e alla sua famiglia per garantire la possibilità di permanenza della persona fragile al proprio domicilio e nel suo contesto di vita.

EMERGENZA ABITATIVA

L'ambito territoriale di Menaggio, nell'anno 2017, ha predisposto un bando per l'attuazione degli interventi volti al contenimento dell'emergenza abitativa e azioni volte al sostegno del mantenimento dell'abitazione in locazione. Tale bando si situa all'interno di un processo che Regione Lombardia intende promuovere, realizzando iniziative che coinvolgono i Piani di Zona, i Comuni, le istituzioni e i soggetti territoriali diversi in chiave di integrazione delle politiche di welfare, a sostegno delle famiglie per il mantenimento dell'abitazione in locazione o per la ricerca di nuove soluzioni, abitative temporanee, volte al contenimento dell'emergenza abitativa.

In particolar modo, l'ambito territoriale di Menaggio, con ente capofila l'Azienda Sociale Centro Lario e Valli, ha aderito alla MISURA 2 intesa ad alleviare il disagio delle famiglie che si trovano in difficoltà nel pagamento del canone di locazione (morosità incolpevole iniziale senza sfratto in corso), soprattutto a causa della crescente precarietà del lavoro o di precarie condizioni economiche derivanti da episodi imprevisti.

Nello specifico si è previsto l'erogazione di un contributo al proprietario, a condizione che si impegni a non effettuare lo sfratto per morosità per almeno 12 mesi, a partire dalla data della domanda di contributo, e sia disponibile a non aumentare il canone di locazione per 12 mesi.

PON INCLUSIONE

L'Ufficio di Piano nel corso dell'anno 2016-17 ha predisposto un progetto di intervento a valere sul Fondo Sociale Europeo, programmazione 2014-2020 PON Inclusionione, proposte per il sostegno dell'inclusione attiva. Per la prima volta il Governo ha stabilito lo stanziamento di specifiche risorse del PON Inclusionione al fine di rafforzare i servizi territoriali per la gestione della misura SIA/REI

In particolar modo tale progetto, che si realizzerà nel corso degli anni 2018-2019, prevede:

Azioni volte all'inclusione attiva al lavoro (1): si realizzeranno in collaborazione con la rete di servizi territoriali competenti (SSP, con funzione di case manager, Centri per l'impiego, altri servizi specialistici). Nella fase di assessment dovranno fornire strumenti di valutazione dell'occupabilità, analizzando dimensioni inerenti al funzionamento del soggetto, sotto il profilo psico-sociale. Nella fase di progettazione si dovranno individuare delle azioni finalizzate all'inserimento lavorativo, mediante ricerca attiva di lavoro e attivazione di progetti di formazione o inclusione lavorativa, utilizzando gli strumenti regionali e territoriali disponibili. Qualora il soggetto rientri in una condizione di particolare vulnerabilità, i progetti dovranno prevedere delle azioni che facilitino l'accesso a servizi e prestazioni sociali.

Azioni volte all'inclusione sociale di giovani e adulti (2): prevedranno azioni di supporto a soggetti con particolari fragilità e bisogni ovvero a soggetti inseriti in nuclei in cui vi siano bisogni complessi (disabilità o c.d. famiglie negligenti), integrando l'analisi della loro condizione con un'analisi complessiva dei bisogni del nucleo di appartenenza, con il coinvolgimento della rete territoriale. La progettazione, in questo caso, sarà volta al sostegno della persona fragile o alla realizzazione di azioni e interventi che favoriscano il benessere del soggetto fragile del nucleo familiare di riferimento (disabile o minore), al fine di creare fattori soggettivi e ambientali che possano influenzare e sostenere il percorso di inserimento lavorativo dell'utente beneficiario del SIA.

Altre azioni di potenziamento dei servizi di segretariato sociale e dei servizi per la presa in carico prevedono un ampliamento della strumentazione informatica, in particolar modo l'implementazione della cartella sociale informatizzata, a livello di ambito territoriale e in raccordo con gli altri data base informatici utilizzati dal servizio sociale.

UNITÀ DI VALUTAZIONE DEL SISTEMA DI OFFERTA SOCIALE

L'Ufficio di Piano svolge la funzione di Unità di valutazione delle unità d'offerta sociali dell'ambito territoriale.

Per avviare una Unità d'Offerta Sociale, gli interessati devono presentare la **Comunicazione Preventiva di Esercizio (CPE)**, corredata dalla eventuale documentazione prevista.

La CPE è una autocertificazione con la quale il gestore attesta il possesso di tutti i requisiti previsti dalla normativa vigente; sostituisce a tutti gli effetti il precedente regime legato all'Autorizzazione al Funzionamento: pertanto, il gestore, una volta depositata la CPE, può aprire l'Unità d'Offerta Sociale senza dover aspettare riscontri dalle autorità preposte.

Per i gestori che intendono aprire una Unità d'Offerta Sociale nei comuni DELL'Ambito territoriale di Menaggio, **la CPE va presentata direttamente all'Ufficio di Piano dell'ambito territoriale di Menaggio, presso l'Azienda Sociale Centro Lario e Valli** (e per conoscenza al Comune in cui ha sede il servizio).

ACCREDITAMENTO DELLE UNITÀ DI OFFERTA SOCIALI

L'Azienda Sociale nel corso del triennio ha proseguito l'attivazione di un sistema di accreditamento rivolto alle unità di offerta sociali presenti nel territorio dell'ambito.

In particolare è stato mantenuto l'accREDITAMENTO per i servizi prima infanzia (asili nido, micro nidi e centri prima infanzia).

ANALISI DISABILITÀ – fascia 0-18 anni

Nel corso dell'anno 2017 è stata elaborata un'analisi quantitativa e qualitativa della popolazione disabile in fascia d'età 0-18 con una presa in carico da parte del Servizio Specialistico Disabili al fine di poter realizzare una riorganizzazione del sistema dei servizi rivolti ai minori disabili in un'ottica di miglioramento e maggior efficacia dei processi di presa in carico, valutazione e definizione della progettualità. All'interno dell'attuale sistema multidisciplinare di presa in carico del minore disabile e della sua famiglia, emerge la necessità di rafforzare i processi valutativi con particolare riferimento al minore disabile al fine di orientare in modo ancor più efficace le progettualità di Vita e, parallelamente, organizzare risposte appropriate.

DOPO DI NOI

La legge n. 112/2016 "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare" disciplina le misure di assistenza, cura e protezione delle persone con disabilità grave non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità, prive di sostegno familiare in quanto mancanti di entrambi i genitori o perché gli stessi non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale, nonché in vista del venir meno del sostegno familiare.

Con successivo Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali sono stati declinati i beneficiari e gli interventi sostenibili con le risorse del Fondo dedicato, nonché le risorse attribuite alle Regioni.

Con la DGR 6674/2017 viene approvato il Programma operativo regionale che i declina i vari tipi di interventi da realizzarsi attraverso gli ambiti territoriali. Il successivo decreto 8196/2017 definisce il riparto agli ambiti territoriali.

Per quanto riguarda l'annualità 2016, le risorse destinate all'Ambito di Menaggio sono pari a **54.915,00€**.

Rispetto alle indicazioni contenute nel piano regionale, l'ambito di Menaggio, stante il confronto all'interno dei tavoli preposti, nella definizione del piano economico ha definito le percentuali destinate agli interventi strutturali e gestionali all'interno del Piano Operativo Locale.

L'Azienda Sociale Centro Lario e Valli, nell'anno 2017, ha predisposto un primo bando con scadenza 31 ottobre 2017, per l'attivazione di progetti volti a sostenere persone disabili gravi prive del sostegno familiare

o in previsione del venire meno dello stesso, anche attraverso lo sviluppo di specifiche autonomie e percorsi di de-istituzionalizzazione

FONDO CONCILIAZIONE

Nel corso del biennio 2015-16, l'Azienda Sociale Centro Lario e Valli, ai sensi della D.G.R. n. 4221 del 25 ottobre 2012, ha proseguito l'attività di sportello dedicato ai genitori che desiderano avere informazioni circa le iniziative promosse da Regione Lombardia relative ai servizi e progetti in tema di conciliazione famiglia-lavoro, tale sportello (*STER- servizio territoriale aderente alla rete*) è stato accreditato per il ricevimento delle domande e per l'espletamento delle pratiche finalizzate all'assegnazione delle misure della dote conciliazione e del voucher conciliazione.

Il servizio ha inoltre partecipato aderito all'alleanza locale conciliazione, diventando partner del progetto "3G – tre generazioni a confronto", partecipando inoltre a diversi tavoli istituzionali previsti e promossi da Regione Lombardia per l'attuazione delle sopracitate misure.

Nell'ambito del Piano Territoriale per la Conciliazione dei tempi di vita e di lavoro della rete di conciliazione della Montagna, ex DGR n. 5969/2016 (biennio 2017-2018), l'Alleanza Locale di Conciliazione, con ente capofila l'Azienda Sociale Centro Lario e Valli e partner la Cooperativa Sociale Azalea e Anffas Onlus Centro Lario e Valli, ha definito il progetto "Valore al Tempo". Esso prevede l'assegnazione e l'erogazione di buoni a favore di famiglie con almeno un genitore lavoratore e un figlio con disabilità inserito in strutture (RSD, centri di riabilitazione...) collocate fuori distretto, che periodicamente effettuano servizi di trasporto per il rientro del proprio figlio al domicilio; i buoni danno alle famiglie la possibilità di garantire il trasporto presso le suddette strutture o in modo autonomo o attraverso i servizi erogati dai soggetti aderenti all'Alleanza Locale di Conciliazione.

5.7 Quadro delle risorse

Dovendo la valutazione rilevare il cambiamento che la programmazione e pianificazione delle politiche sociali ha prodotto sul territorio distrettuale, un aspetto importante da analizzare è dato dall'analisi delle risorse messe in campo nel triennio.

Delle due fondamentali – quella economica e quella professionale – la prima è costituita dai trasferimenti delle risorse pubbliche (comuni consorziati, Stato, Regione, Provincia) e dalle entrate degli utenti previste su alcune prestazioni. La seconda è costituita dal patrimonio del sapere professionale e di esperienze di tutti gli operatori che lavorano per l'Azienda.

Le seguenti tabelle intendono mostrare l'evoluzione nell'ambito delle risorse economiche che si è avuto negli anni di gestione associata.

Tabella 1: comparazione dei costi anni 2006 – 2007 – 2008 – 2009 – 2010 – 2011 – 2012 – 2013 – 2014 – 2015 – 2016 – 2017

	2011	2012	2013	2014	2015
Area gestionale e ufficio di Piano (direttore, consiglio di amministrazione, responsabile gestionale, responsabili servizi, personale amministrativo e contabile, consulenze, ecc.)	445.651,00 €	406.266,00 €	€ 383.991,03	€ 374.848,86	€ 396.978,39
Servizio Sociale Professionale	216.158,00 €	215.435,00 €	€ 228.946,88	€ 223.297,00	€ 268.113,56
Spese di gestione (utenze, materiale di consumo, assicurazione, ecc)	137.542,00 €	136.100,00 €	€ 174.439,97	€ 149.010,13	€ 191.866,06
Servizi Area anziani	270.193,00 €	195.224,00 €	€ 151.981,07	€ 178.183,42	€ 189.604,06
Servizi Area minori	930.510,00 €	734.003,00 €	€ 604.237,69	€ 601.384,26	€ 623.777,74
Servizi Area disabili	782.312,00 €	787.005,00 €	€ 842.544,44	€ 752.476,99	€ 781.431,11
Servizi Area stranieri	- €	- €	€ -	€ 9.023,68	€ 22.165,73
Servizi Area fragilità sociale	23.243,00 €	12.873,00 €	€ 23.110,53	€ 167.262,65	€ 120.571,25
Servizi diversi	60.476,00 €	105.792,00 €	€ 65.987,50	€ 113.162,33	€ 19.571,06
Servizi in vendita	334.738,00 €	312.496,00 €	€ 302.566,74	€ 230.590,49	€ 233.340,65
	3.200.823,00 €	2.905.194,00 €	€ 2.777.805,85	€ 2.799.239,81	€ 2.847.419,61

	2016	2017
Area gestionale e ufficio di Piano (direttore, consiglio di amministrazione, responsabile ufficio di piano, responsabili servizi, personale amministrativo e contabile, consulenze, ecc.)	420.475,64 €	394.156,05 €
Servizio Sociale Professionale	289.276,00 €	266.419,17 €
Spese di gestione (utenze, materiale di consumo, assicurazione, ecc)	230.046,33 €	140.177,30 €
Servizi Area anziani	260.571,69 €	270.413,40 €
Servizi Area minori	505.519,53 €	526.750,31 €
Servizi Area disabili	835.028,47 €	957.522,28 €
Servizi Area stranieri	- €	- €
Servizi Area fragilità sociale	119.143,19 €	111.783,60 €
Servizi diversi		
Servizi in vendita	235.513,03 €	275.503,83 €
	2.895.573,88 €	2.942.725,94 €

Grafico 1: comparazione dei costi anni 2006 – 2007 – 2008 – 2009 – 2010 – 2011 – 2012 – 2013 – 2014 – 2015 – 2016 - 2017

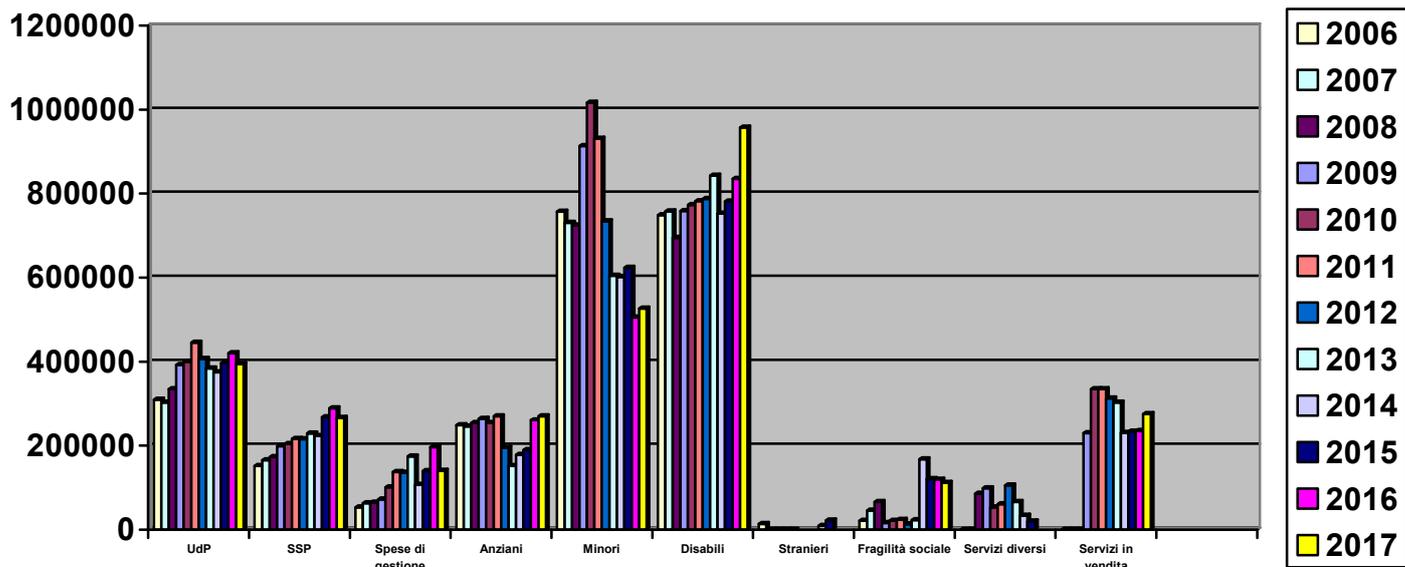


Grafico 2: comparazione dei costi – anno 2006

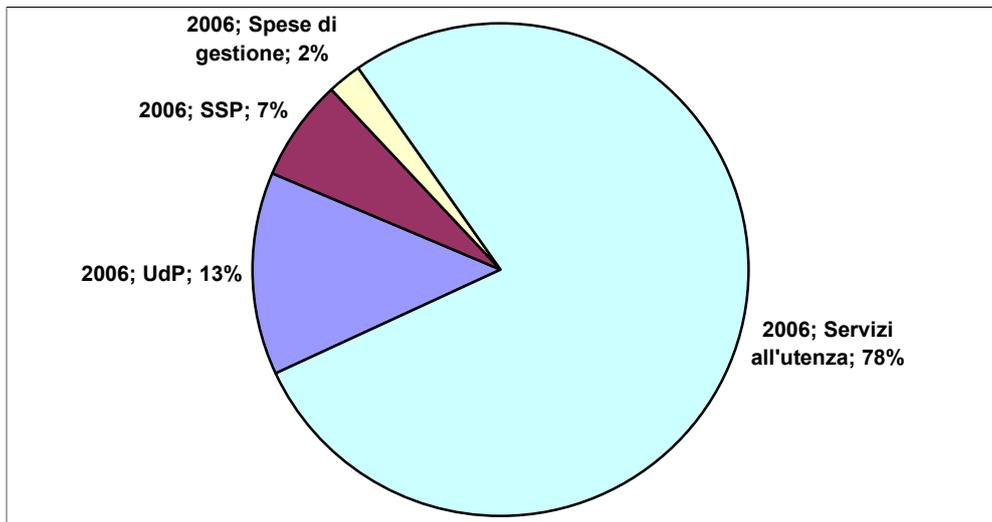


Grafico 3: comparazione dei costi – anno 2007

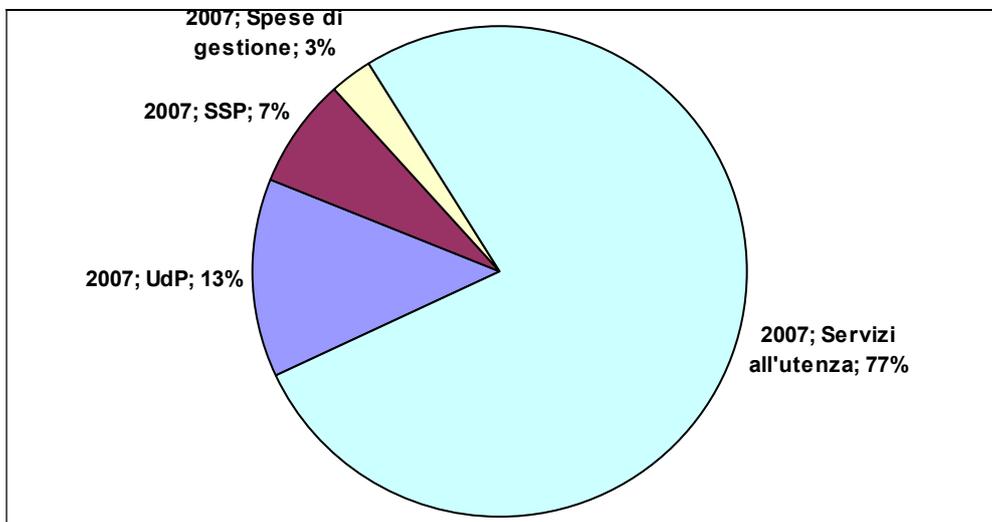


Grafico 4: comparazione dei costi – anno 2008

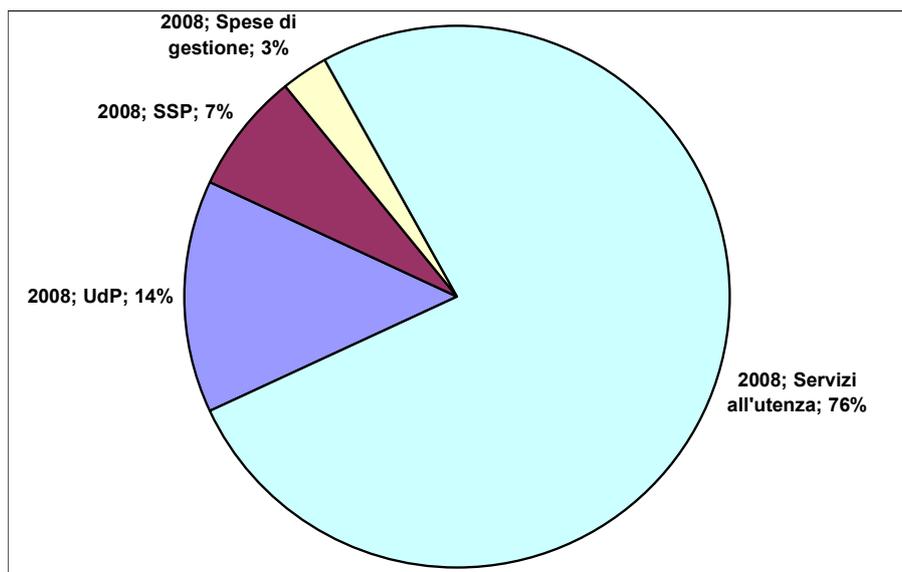


Grafico 5: comparazione dei costi – anno 2009

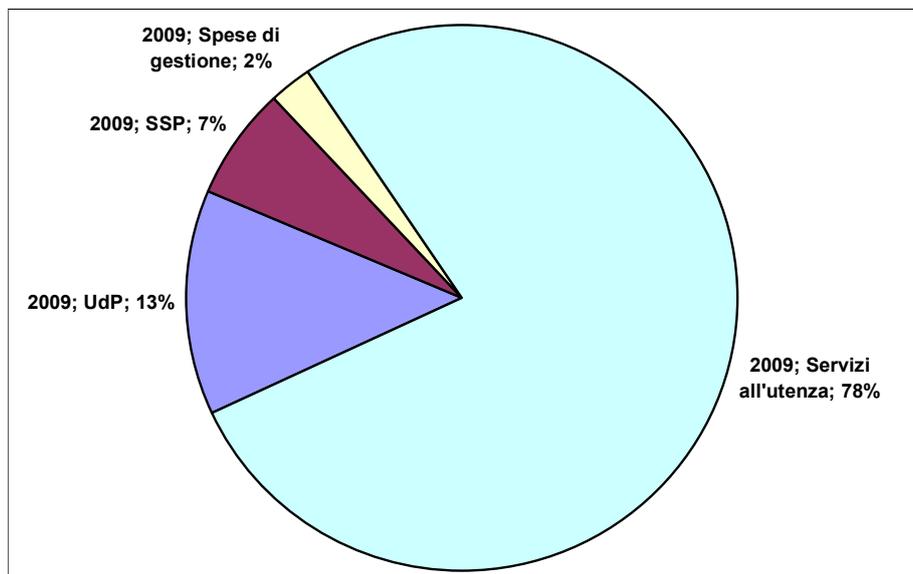


Grafico 6: comparazione dei costi – anno 2010

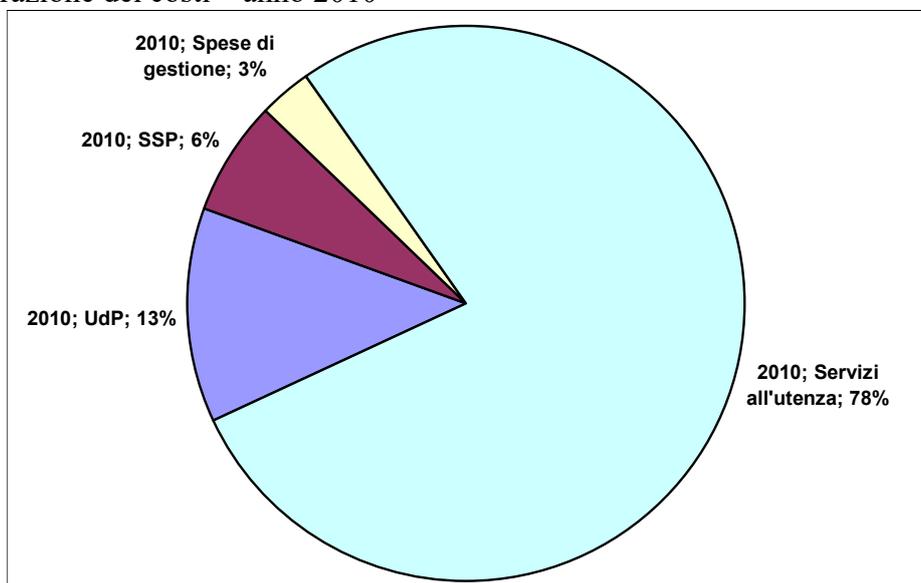


Grafico 7: comparazione dei costi – anno 2011

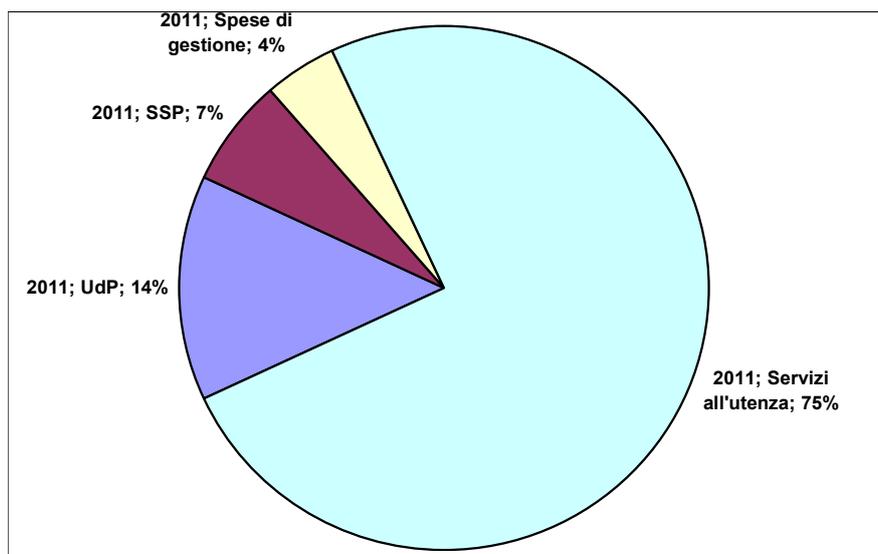


Grafico 8: comparazione dei costi – anno 2012

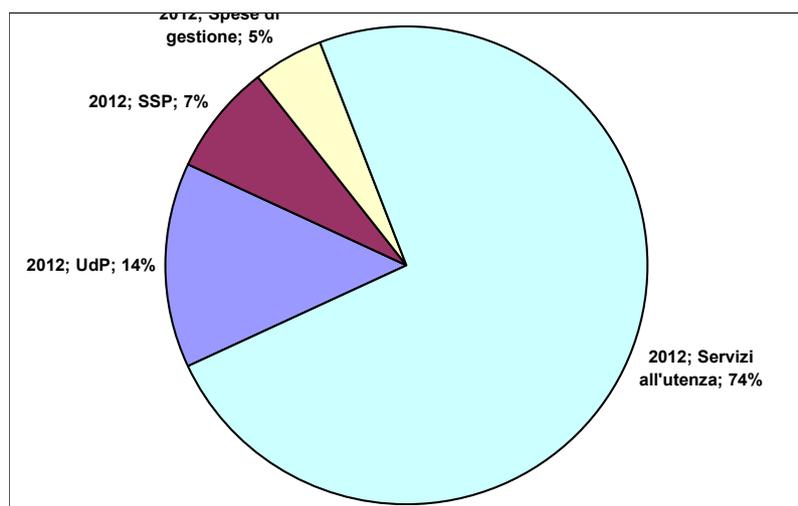


Grafico 9: comparazione dei costi – anno 2013

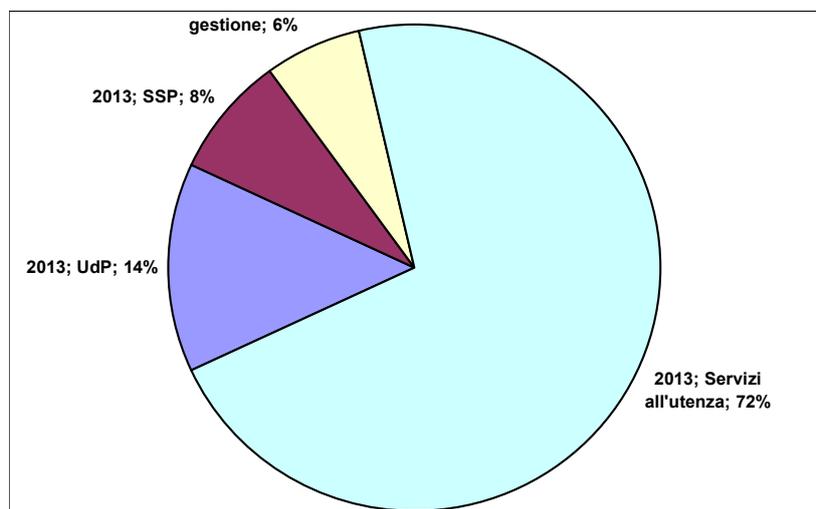


Grafico 10: comparazione dei costi – anno 2014

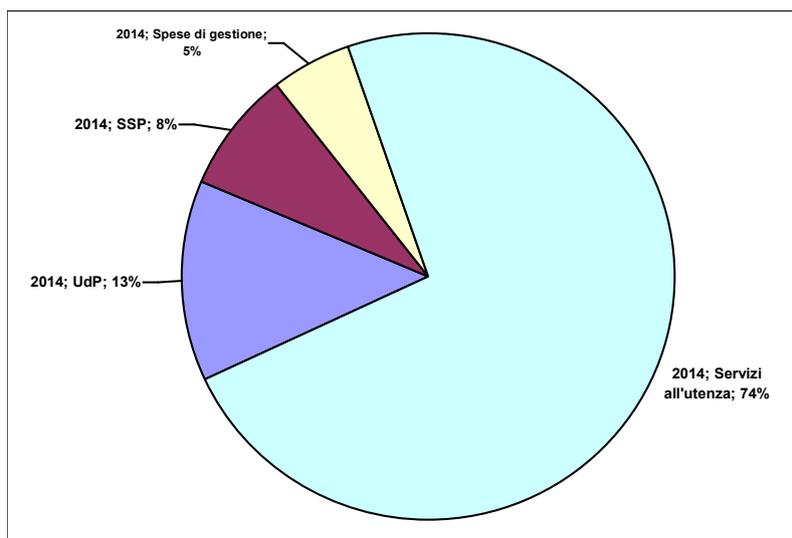


Grafico 11: comparazione dei costi – anno 2015

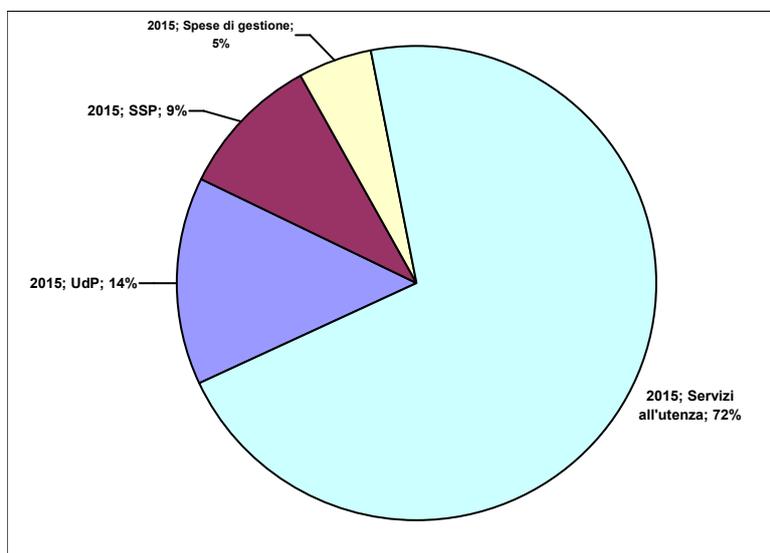


Grafico 12: comparazione dei costi – anno 2016

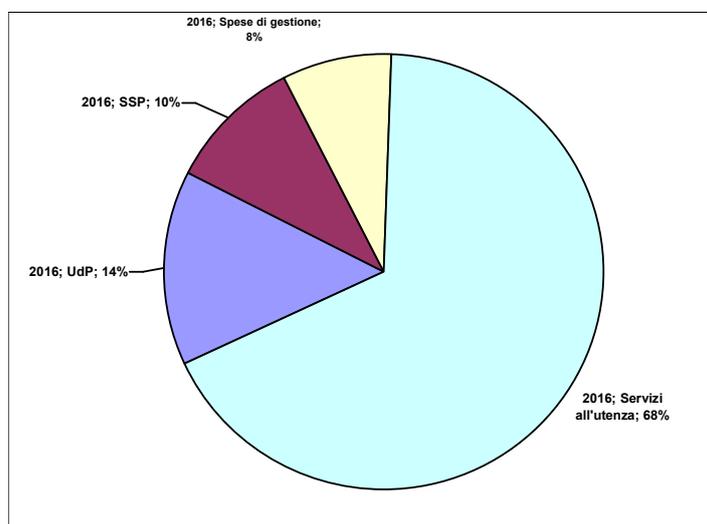
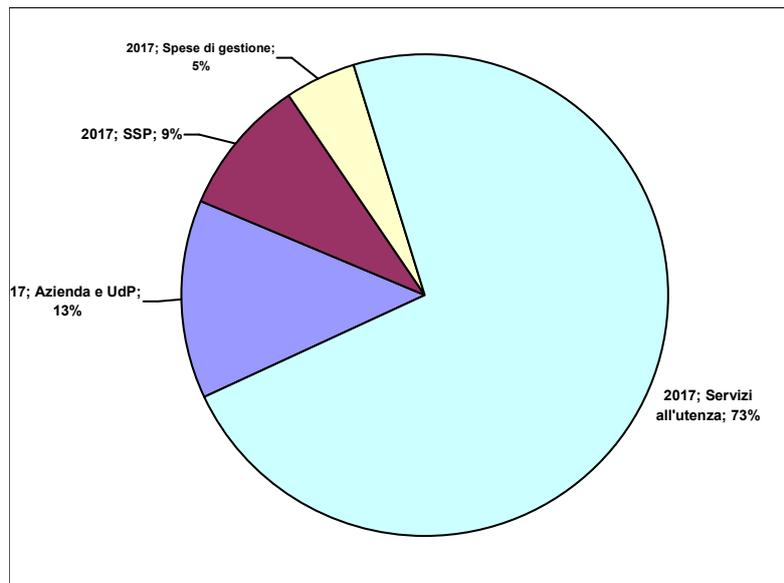


Grafico 13: comparazione dei costi – anno 2017



L'ambito di Menaggio, attraverso l'azienda sociale spende mediamente il 18% per la programmazione congiunta dei servizi (13% per l'ufficio di piano e 5% per la gestione dell'azienda) e l'82% per la gestione e l'offerta congiunta dei servizi (73% servizi all'utenza e 9% servizio sociale professionale), in media con gli altri ambiti della Lombardia ci si attestano anch'essi intorno al 22%, della spesa sociale per la programmazione congiunta dei servizi, a fronte però di una spesa per la gestione congiunta pari al 21% della spesa totale; la restante parte (pari al 67%) viene gestita in forma singola dai comuni (dati Regionali anno 2012).

Tabella 2: comparazione delle entrate anni 2006 – 2007 – 2008 – 2009 – 2010 – 2011 – 2012 – 2013 – 2014 – 2015 – 2016 – 2017

	2006	2007	2008	2009	2010
Fondo Sanitario Regionale	187.633,00 €	187.633,00 €	187.987,00 €	189.000,00 €	266.678,00 €
Fondo Sociale Regionale	179.563,00 €	232.553,92 €	284.697,93 €	276.661,00 €	205.448,00 €
Fondo indistinto (ex legge 328/00) + finanziamenti regionali diversi	312.015,86 €	339.714,79 €	378.260,81 €	441.902,70 €	374.184,30 €
Leggi di settore (legge 45/99 - legge 285/97 - legge 162/98)	140.275,89 €	- €	- €	- €	- €
Contributi diversi (es. Amministrazione provinciale)	37.056,35 €	23.970,00 €	28.553,03 €	95.783,68 €	88.671,23 €
Utenti	179.268,49 €	160.057,68 €	258.068,90 €	327.781,60 €	431.911,55 €
Comunità Montane	- €	- €	- €	- €	- €
Fondo di solidarietà	558.999,00 €	587.040,00 €	554.683,11 €	631.380,00 €	706.878,90 €
Comuni con utenza	712.438,61 €	780.688,85 €	750.678,79 €	946.139,38 €	919.469,36 €
Entrate diverse	- €	- €	45.461,15 €	- €	- €
Entrate da vendite	- €	- €	- €	35.792,89 €	165.115,84 €
	2.307.250,20 €	2.311.658,24 €	2.488.390,72 €	2.944.441,25 €	3.158.357,18 €

	2011	2012	2013	2014	2015
Fondo Sanitario Regionale	177.000,00 €	200.500,00 €	207.893,54 €	207.047,00 €	216.973,50 €
Fondo Sociale Regionale	218.655,00 €	301.521,00 €	314.651,50 €	187.299,00 €	180.689,00 €
Fondo indistinto (ex legge 328/00) + finanziamenti regionali diversi	484.237,00 €	134.543,00 €	63.259,61 €	376.659,46 €	293.381,11 €
Leggi di settore (legge 45/99 - legge 285/97 - legge 162/98)	- €	- €	- €	- €	- €
Contributi diversi (es. Amministrazione provinciale)	190.494,00 €	237.899,00 €	180.515,54 €	85.252,00 €	152.918,98 €
Utenti	436.566,00 €	408.954,00 €	388.279,91 €	388.866,78 €	422.724,05 €
Comunità Montane	- €	- €	- €	- €	- €
Fondo di solidarietà	703.743,00 €	638.214,00 €	639.540,00 €	639.115,00 €	674.478,00 €
Comuni con utenza	950.046,00 €	944.053,00 €	945.824,00 €	806.806,23 €	849.386,35 €
Entrate diverse	- €	- €	6.763,95 €	- €	- €
Entrate da vendite	40.081,00 €	39.513,00 €	31.077,53 €	108.668,78 €	56.916,93 €
	3.200.822,00 €	2.905.197,00 €	2.777.805,58 €	2.799.714,25 €	2.847.467,92 €

	2016	2017
Fondo Sanitario Regionale	258.792,00 €	283.384,00 €
Fondo Sociale Regionale	191.241,00 €	166.978,00 €
Fondi nazionali e regionali	362.685,00 €	291.014,00 €
Contributi diversi (comuni fuori distretto, Fondazione Comasca, ecc.)	133.024,00 €	76.125,00 €
Utenti	400.104,00 €	417.639,00 €
Fondo di solidarietà	637.007,00 €	636.940,00 €
Comuni con utenza	843.201,00 €	961.485,00 €
Entrate diverse	- €	- €
Entrate da vendite	67.441,00 €	109.160,00 €
	2.893.495,00 €	2.942.725,00 €

Grafico 13: comparazione delle entrate anni 2006 – 2007 – 2008 – 2009 – 2010 – 2011 – 2012 – 2013 – 2014 – 2015 – 2016 – 2017

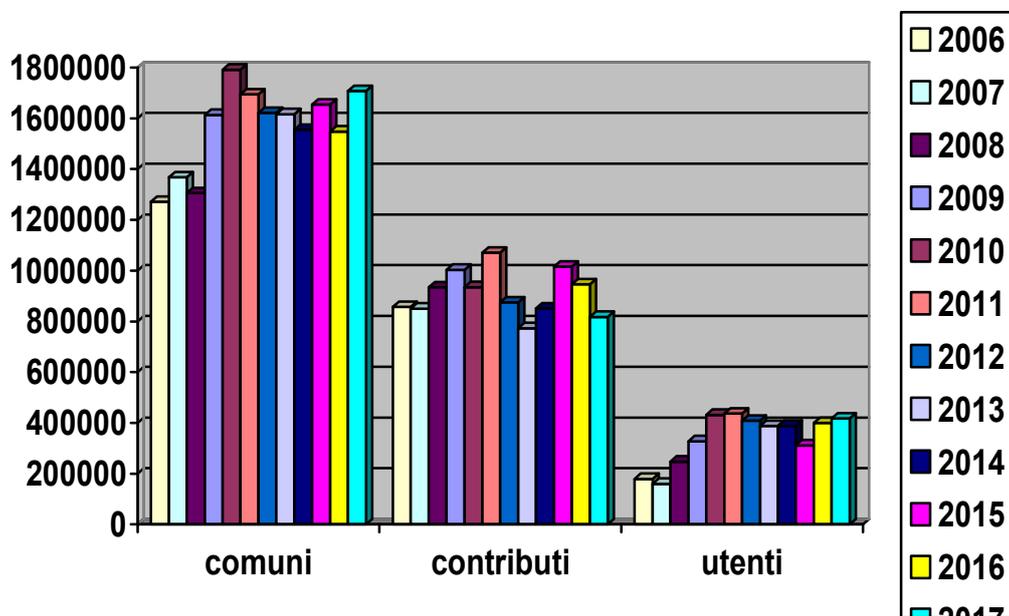


Grafico 14 comparazione delle entrate anni 2006 – 2007 – 2008 – 2009 – 2010 – 2011 – 2012 – 2013 – 2014 – 2015 – 2016 – 2017

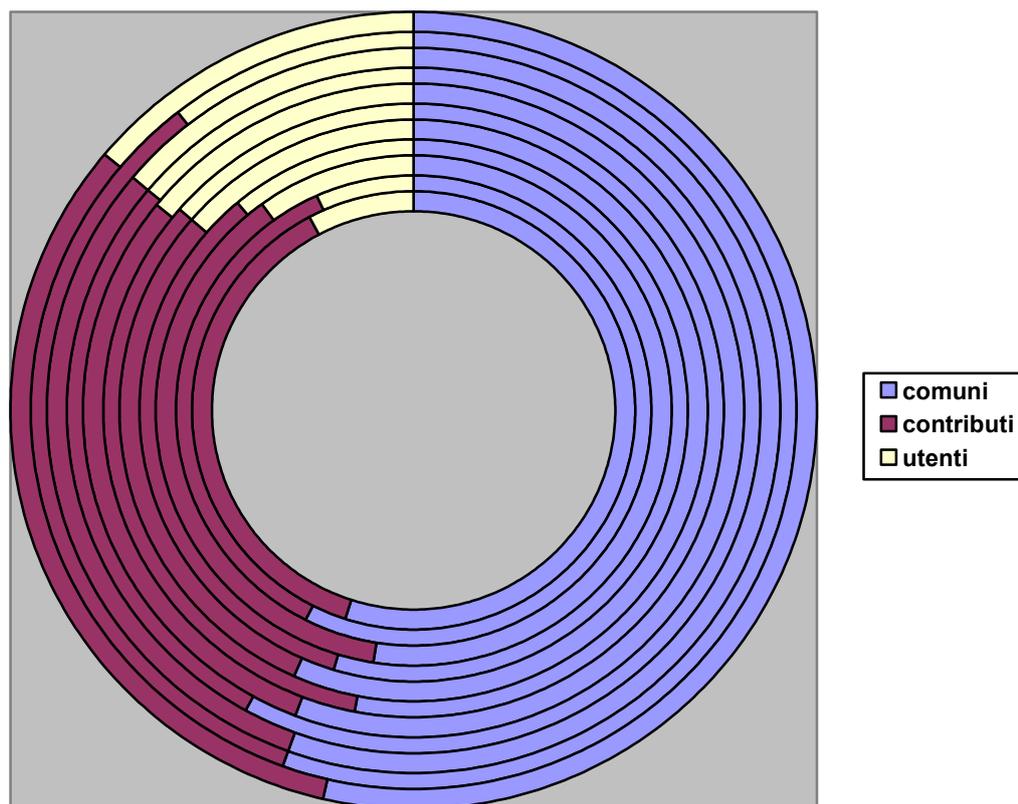


Tabella 3: comparazione della spesa media pro-abitante a carico dei comuni anni 2006 – 2007 – 2008 – 2009 – 2010 – 2011 – 2012 – 2013 – 2014 – 2015 – 2016 – 2017

	2006	2007	2008	2009	2010
numero abitanti	36.657	36.637	37.073	37.213	37.401
spesa sostenuta dai comuni	€ 1.263.918,25	€ 1.346.217,62	€ 1.261.773,11	€ 1.453.704,74	€ 1.614.314,33
QUOTA PRO/ABITANTE	€ 34,48	€ 36,74	€ 34,03	€ 39,06	€ 43,16

	2011	2012	2013	2014	2015
numero abitanti	37.533	37.542	37.620	37.595	37.461
spesa sostenuta dai comuni	€ 1.490.761,00	€ 1.447.769,04	€ 1.454.451,20	€ 1.446.046,28	€ 1.523.864,35
QUOTA PRO/ABITANTE	€ 39,72	€ 38,56	€ 38,66	€ 38,46	€ 40,68

	2016	2017
numero abitanti	37.471	37.467
spesa sostenuta dai comuni	€ 1.480.208,00	€ 1.598.424,00
QUOTA PRO/ABITANTE	€ 39,50	€ 42,66

Dai dati di Regione Lombardia riferiti all'anno 2012, si evince che la Spesa sociale dei Comuni del territorio in un Ambito medio in Regione è di circa € 104.

- Ambito spesa maggiore: € 196 (escluso Milano).

- Ambito spesa minore: € 28

L'ambito di Menaggio nell'analisi effettuata da Regione si situa al penultimo posto in Lombardia in quanto a spesa sociale pro capite. Viene quindi pienamente confermato il trend regionale in base al quale maggiore è la programmazione congiunta, più bassa è la spesa sociale:

- Ambiti con spesa sociale minore di 70 € co-programmano in media tra il 40 e il 30% del totale;
- Ambiti con spesa sociale maggiore di 130 € co-programmano in media tra il 5 e il 3%.

L'ambito di Menaggio co-programma più del 75% della spesa sociale.

Appare inoltre utile comparare le risorse economiche investite con l'utenza raggiunta dal segretariato sociale e dal servizio sociale professionale:

SERVIZIO SOCIALE TERRITORIALE

	2015		TOTALE	UTENTI IN CARICO (CARTELLE APERTE)
	Utenti a cui è stato erogato un servizio	Utenti a cui non è stato erogato un servizio		
Segretariato Sociale	-	130	130	
Anziani	54	72	126	271
Fragilità Individuale	29	77	106	
Fragilità Familiare	4	35	39	
	2016		TOTALE	UTENTI IN CARICO (CARTELLE APERTE)
	Utenti a cui è stato erogato un servizio	Utenti a cui non è stato erogato un servizio		
Segretariato Sociale	-	121	121	
Anziani	63	80	143	291
Fragilità Individuale	40	53	93	
Fragilità Familiare	4	51	55	
	2017		TOTALE	UTENTI IN CARICO (CARTELLE APERTE)
	Utenti a cui è stato erogato un servizio	Utenti a cui non è stato erogato un servizio		
Segretariato Sociale	-	180	180	
Anziani	84	59	143	308
Fragilità Individuale	35	86	121	
Fragilità Familiare	4	40	44	

AREA ANZIANI

**Raffronto numero utenti in carico anni
2009 – 2010 – 2011 - 2012 - 2013 – 2014 (dal 2015 i dati sono raccolti nel servizio territoriale)**

	2011	2012	2013	2014
Utenti a cui è stato erogato un servizio	73	66	54	59
utenti in carico a cui non è stato erogato un servizio	133	92	81	64

AREA DISABILI

**Raffronto numero utenti in carico anni
2006 – 2007 – 2008 – 2009 – 2010 – 2011 - 2012 - 2013 – 2014 – 2015 – 2016 – 2017**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
**Utenti a cui è stato erogato un servizio	68	72	73	85	109	121	124	97	95	116	105	128
utenti in carico a cui non è stato erogato un servizio	*	*	*	*	26	25	33	45	54	53	64	61

* solo a partire dall'anno 2010 sono stati conteggiati gli utenti a cui non è stato erogato un servizio

SERVIZIO TUTELA MINORI E FAMIGLIA

**Raffronto numero utenti in carico anni
2009 – 2010 – 2011 – 2012 – 2013 – 2014 – 2015 – 2016 – 2017**

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
N. utenti a cui è stato erogato un servizio	67	48	46	47	34	39	46	40	47
N. utenti a cui non è stato erogato un servizio	101	118	124	89	102	93	105	98	146
N. utenti complessivi	168	166	170	136	136	132	151	138	193

**Raffronto servizi attivati anni
2009 – 2010 – 2011 – 2012 – 2013 – 2014 – 2015 – 2016 – 2017**

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Servizio di Assistenza Domiciliare (ADM)	32	17	15	16	6	4	6	9	10
Servizio Educativo Familiare	-	-	-	-	-	4	9	-	-

Spazio Neutro	-	-	-	-	-	3	3	4	6
Spazio dopo la scuola	-	-	-	7	5	4	-	7	7
Servizio Formazione all'autonomia minori	-	-	-	-	1	2	4	8	4
Inserimenti in comunità	27	24	24	18	16	15	18	13	17
Affidamento Familiare	8	7	7	6	7	7	6	8	10
Totale servizi attivati	67	48	46	47	34	39	46	49	54

Raffronto servizi attivati anni 2009 – 2016 utenti in carico (servizio Autonomia)

SERVIZIO AUTONOMIA	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
utenti in carico con servizi attivi	2	3	6	9	17	9	9	12
utenti in carico senza servizi attivi	8	21	19	19	8	27	25	26
TOTALE UTENTI IN CARICO	10	24	25	28	25	36	34	38

Nell'anno 2017 gli utenti del Servizio Autonomia sono passati al Servizio Tutela Minori e al Servizio Territoriale.

Un dettaglio approfondito dei servizi realizzati nel corso del triennio, con la descrizione di obiettivi, organizzazione, utenza raggiunta è raccolto nelle Relazioni valutative servizi accompagnatoria al bilancio consuntivo dell'Azienda Sociale Centro Lario e Valli anni 2015 – 2016 – 2017.

6 GLI AMBITI DI INTEGRAZIONE

6.1 Premessa

Il presente capitolo intende definire gli ambiti di integrazione che il territorio intende sviluppare nel biennio sia di tipo socio sanitario, sia di integrazione con altre politiche (istruzione, del lavoro e della casa), sia di integrazione con gli altri ambiti territoriali, rappresentando così la volontà da parte dei territori di agire il proprio ruolo di programmatori in una cornice comune, con macro-obiettivi condivisi, con un metodo di lavoro definito, e con luoghi strutturati.

La programmazione condivisa comporta l'individuazione di un linguaggio comune, la condivisione di dati e informazioni, l'analisi congiunta dei bisogni.

L'integrazione sociosanitaria è però l'area principale da cui partire e su cui impegnarsi in una programmazione comune, anche in virtù della necessità di relazionarsi con un interlocutore unico come l'ATS (che, ai sensi della L.R. 23/2015 e delle contestuali modifiche alla L.R. 3/2008, assume la titolarità sull'integrazione sociosanitaria).

L'obiettivo è quindi quello di individuare dei macro-obiettivi, sia nel metodo che nel merito della programmazione.

Sicuramente il cambiamento di ATS di appartenenza e di ambiti territoriali di riferimento farà sì che il processo sopradelineato sia un po' più difficoltoso di quanto ci si auspicava in un recente passato, nel momento in cui erano già stati delineati, con il precedente territorio di riferimento, delle linee di indirizzo e di azione comuni.

Sicuramente il 2019 segnerà l'anno di svolta e di cambiamento circa l'assetto territoriale, con la definizione di linee comuni e di protocolli di azione con i nuovi interlocutori della programmazione integrata (ATS Insubria – ASST Lariana – ambiti territoriali della provincia di Como).

6.2 Integrazione socio – sanitaria

6.2.1 PRINCIPI DI RIFERIMENTO

La programmazione comune in area sociosanitaria tiene conto di alcuni principi di riferimento, che costituiscono le fondamenta su cui costruire il lavoro comune da portare avanti nel triennio:

- **Analisi dei bisogni:** è il punto di partenza dell'attività programmatoria, da intendersi come fase di lavoro propedeutica alla definizione delle linee di lavoro e delle priorità, per ogni tematica. In questo senso sarà importante utilizzare strumenti come l'anagrafe delle fragilità, il documento di analisi dei bisogni dell'ATS, i dati sulla spesa sociale dei Comuni: strumenti in parte ancora in costruzione, che nel corso del triennio si intende completare integrando dati di area sanitaria, sociosanitaria e sociale;
- L'integrazione sociosanitaria deve essere frutto di un **lavoro comune** a monte, in cui gli Ambiti e l'ATS (oltre che altri soggetti coinvolti) condividono fin dall'inizio un'area di bisogno e la linea di lavoro, centrandola sui bisogni del cittadino. È importante superare una modalità di lavoro basata sulle competenze istituzionali, in cui il partner viene visto come risorsa da coinvolgere a lavori avviati;
- **Coinvolgimento degli altri attori del welfare locale**, a partire dalle ASST, ma anche gli enti erogatori, il mondo dell'associazionismo e del terzo settore, le organizzazioni sindacali e le associazioni di categoria; la costruzione ed il mantenimento di una rete di welfare territoriale rappresenta un valore aggiunto da perseguire, sulla base delle buone prassi già esistenti sul territorio;
- Necessità di raccordarsi con il **livello programmatorio regionale**, dialogando con l'assessorato e ANCI;
- Il tema della "**ricomposizione**", posto nelle precedenti linee guida regionali (DGR 2941/2014) e richiamato con forza nella DGR 7631/2017, è uno dei principi su cui modellare le attività svolte dagli Ambiti e dall'ATS nell'integrazione sociosanitaria, orientando le attività degli Ambiti e dell'ATS alla condivisione di informazioni e dati, alla messa a disposizione di strumenti e risorse in ottica di budget di

cura, al coinvolgimento della rete dei servizi per favorire la presa in carico integrata e la continuità assistenziale.

- Il **mantenimento dei livelli raggiunti nella precedente triennalità** sia in ottica di integrazione raggiunta, sia di servizi erogati a livello territoriale con il passaggio da ASL e Azienda Ospedaliera a ATS e ASST.

6.2.2 OBIETTIVI DI PROGRAMMAZIONE

Di seguito si indicano i temi in base ai quali si individueranno gli obiettivi del biennio. I temi sono suddivisi per aree di ricomposizione, come indicato dalla DGR 7631/2017.

Ricomposizione dei servizi

- Rafforzare la presa in carico integrata attraverso il miglioramento del raccordo tra i molteplici attori territoriali (sociale, sociosanitario, sanitario, educativo);
- Costruzione e perfezionamento dei presidi territoriali (POT e soprattutto PreSST), valorizzazione dell'integrazione con i servizi di area sociale, per rendere concreta la presa in carico integrata, la territorializzazione dei servizi e la modularità dell'assistenza;
- promozione di soluzioni organizzative integrate tra le ASST, che possano garantire servizi capillari e adeguati alle esigenze dei cittadini, al di là dei confini territoriali;
- particolare attenzione per i servizi sanitari e sociosanitari territoriali (consultori, area salute mentale ecc.);
- attuazione di piani integrati di promozione della salute.

Ricomposizione delle risorse

Si richiama la necessità di conoscere le risorse disponibili e presenti sul territorio (indipendentemente dalla loro origine), al fine di agevolare e ottimizzare gli interventi sociosanitari e sociali a beneficio dei cittadini e delle famiglie. Anche attraverso la condivisione delle informazioni e la costruzione comune di percorsi di assistenza e cura, si intende utilizzare le varie risorse (servizi, misure regionali e nazionali, progettualità ecc.) come strumenti che concorrono ad un'unica strategia di presa in carico della persona.

Questo lavoro è demandato al livello territoriale, anche in considerazione che la DGR 7631/2017 indica l'Ufficio di Piano quale soggetto che può *“contribuire a ricomporre la frammentazione del welfare locale intervenendo sull'offerta [...] Nonostante le diverse fonti di finanziamento (FNPS, FNA, FSR e conferimenti diretti dei Comuni) prevedano una gestione vincolata della spesa, è l'Ufficio di Piano ad avere la capacità di programmare i propri interventi sulla base di una lettura puntuale del bisogno [...] Questa gestione è sempre più importante perché il territorio si trova a governare misure e fonti di finanziamento differenti, provenienti da diversi livelli di governo, da integrare sul territorio”*.

In ogni caso, ci auspica che il tavolo ATS-Ambiti e la Cabina di regia possano svolgere un ruolo di accompagnamento e supporto ai territori in questo obiettivo, promuovendo riflessioni comuni e diffusione di buone prassi.

Ricomposizione della conoscenza

- Sviluppare modalità di rilevazione delle informazioni inerenti i bisogni, la domanda, gli utenti e le risorse del territorio, a supporto dei processi decisionali e per favorire la presa in carico integrata e potenziare la capacità di risposta in ottica di rete;
- condivisione delle informazioni tra ATS e Comuni/Ambiti, anche attraverso strumenti come la cartella sociale informatizzata e la sua interoperabilità con i sistemi informativi del settore sanitario;
- sviluppo della cartella sociale informatizzata anche in funzione dell'alimentazione di flussi e debiti informativi;
- analisi degli effetti sulla cittadinanza della fruizione dei servizi sanitari a seguito della riorganizzazione territoriale (cambiamento di ATS);
- elaborazione costante di un documento di analisi dei bisogni dell'ATS, e progressiva integrazione dei dati e delle elaborazioni in esso contenute con dati ed elaborazioni relativi all'area sociale.

6.2.3 L'INTEGRAZIONE CON ATS INSUBRIA

ANALISI DI CONTESTO ATS INSUBRIA

La popolazione complessiva dell'ATS ammonta a 1.435.442 persone (dati 2017), con una distribuzione così ripartita: Distretto ASST Sette Laghi 449.875 (31,3%), Distretto ASST Valle Olona 440.168 (30,6%), Distretto ASST Lariana 545.399 (38,0%). Sul totale dei residenti, 200.044 (13,8%) ha meno di 15 anni, 911.725 (63,5%) sono in età lavorativa compresa tra 15 e 64 anni e 325.307 (22,7%) superano i 64 anni (nel 2016 erano 22,3%).

L'indice di invecchiamento nell'ATS Insubria è risultato nel 2016 di 22,3, valore superiore ai dati lombardo e nazionale. L'indice è diverso a livello territoriale: Distretti ASST Sette Laghi 23,2, ASST Valle Olona 22,3, ASST Lariana 21,7. Gli Ambiti Distrettuali di Campione, Varese, Como e Busto Arsizio ospitano le popolazioni più vecchie, in generale si evidenzia per i centri urbani più popolosi un maggior invecchiamento. L'indice di vecchiaia dell'ATS è 160; risulta superiore a quello regionale (155,7) ed inferiore a quello nazionale (161,4) (Istat 2016).

L'indice di dipendenza in questa ATS risulta 56,9 ogni 100 residenti produttivi: l'indice è più elevato negli Ambiti Distrettuali di Varese, Como e Busto Arsizio.

Nel 2017 nell'ambito territoriale ATS Insubria la popolazione invalida al 100% che percepisce l'indennità di accompagnamento è di 23.716 persone, di cui 8.368 maschi e 15.348 femmine; 15.902 superano i 74 anni e 650 sono fra 0 e i 17 anni. Fra i minorenni sono preponderanti i maschi (402 m e 248 femmine), fra la popolazione anziana i maschi sono 5.238 e le femmine 12.954.

Se si considera la popolazione riconosciuta invalida al 100% anche senza l'assegno di accompagnamento i soggetti non autosufficienti sono 45.850. Fra i minorenni il totale dei soggetti non autosufficienti (100% con o senza indennità di accompagnamento) è di 1.719 persone.

Dai dati a disposizione si può notare che la popolazione non autosufficiente è in leggero costante aumento, più precisamente lo sono gli anziani e in particolare i maschi, mentre si registra un lievissimo calo dei minorenni e un aumento più contenuto delle femmine anziane.

La domanda di servizi di assistenza sociale e socio - sanitaria segue l'incremento che si registra in tutta la regione. La richiesta di servizi e la fragilità economica delle famiglie costituiscono la base del bisogno a cui con il Fondo nazionale non autosufficiente si vuole rispondere nel modo più razionale e secondo la logica del "budget di cura", quindi la valutazione dei bisogni nel modo più personalizzato possibile (compatibilmente con le risorse a disposizione degli Ambiti Distrettuali e delle rispettive ASST) e l'erogazione di misure complementari, non sovrapposte, tali da essere appropriate e mirate.

L'analisi dei dati soprariportata si riferisce alla configurazione di ATS Insubria prima dell'accorpamento dell'ambito territoriale di Menaggio.

I dati di contesto riferiti a tale ambito sono già stati approfonditi nei capitoli precedenti, relativi all'analisi del bisogno territoriale.

RUOLO DELLA DIREZIONE SOCIOSANITARIA DELL'ATS INSUBRIA

La Direzione Sociosanitaria dell'ATS, in particolare nelle sue articolazioni afferenti al Dipartimento PIPSS, svolge un ruolo di regia su molte attività di carattere sociale per rispondere a bisogni che sono contemporaneamente sociosanitari e sociali e con la finalità di prevenire l'evoluzione della fragilità sociale in fragilità sociosanitaria e/o sanitaria.

In linea generale si tratta di tutte le funzioni che necessitano di una presa in carico integrata rispondendo a situazioni di vulnerabilità e fragilità. La l.r. 23/2015 ha ribadito la piena titolarità delle funzioni e delle competenze in ambito sociale in capo ai Comuni, attraverso la programmazione zonale espressa dal Piano di Zona.

La presa in carico sociosanitaria e assistenziale

L'evoluzione del sistema sanitario, iniziata con la Legge Regionale dell'11 agosto 2015, n. 23, sancisce tra le sue finalità, con l'art. 3, quella di "promuovere, in particolare, l'integrazione dei servizi sanitario, sociosanitario e sociale, favorendo la realizzazione di reti sussidiarie di supporto che intervengono in

presenza di fragilità sanitarie, sociali e socioeconomiche; le reti sono finalizzate a tutelare il benessere di tutti i componenti della famiglia, anche in presenza di problematiche assistenziali derivanti da non autosufficienza e da patologie cronico – degenerative”.

Per dare piena attuazione al disposto della L.R. 23/2015, il Sistema Sociosanitario Lombardo si è sviluppato nella direzione della presa in carico globale dell’individuo e della famiglia e della presa in carico “attiva” della fragilità e della cronicità.

La presa in carico presuppone un modello che superi l’attuale frammentazione del sistema, perseguendo nei fatti l’integrazione socio – sanitaria – assistenziale e garantendo la dovuta continuità all’interno del percorso di cura e assistenza tra i diversi attori erogatori di servizi. Gli elementi fondamentali del modello di integrazione socio – sanitaria – assistenziale sono:

- la valutazione multidimensionale del bisogno;
- l’unitarietà dell’intervento e del percorso assistenziale;
- il progetto personalizzato;

La presa in carico attiva della fragilità e della cronicità si sviluppa nella gestione della stessa ancor prima del verificarsi di momenti di acuzie, individuando idonei percorsi sociosanitari – assistenziali, definiti, monitorati e con porte di accesso caratterizzate da prossimità all’utenza e conseguente facilità di accesso ai servizi.

STRUMENTI PER L’ATTUAZIONE DELLA INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA E ASSISTENZIALE

Per la concreta attuazione delle suddette linee di indirizzo, si sottoscriverà il “Protocollo d’Intesa per la condivisione di un percorso attuativo in tema di elaborazione di modelli di presa in carico” tra ATS Insubria, ASST Lariana, ASST Sette Laghi, ASST Valle Olona e gli Uffici di Piano degli Ambiti Distrettuali . In tale protocollo, che si richiama, le Parti convengono nel rafforzare la collaborazione istituzionale per migliorare, coordinare e sostenere lo sviluppo di modelli di presa in carico della persona con fragilità e per lo svolgimento di attività di interesse comune con lo sviluppo di ulteriori percorsi e strumenti operativi a supporto delle indicazioni che Regione Lombardia potrà introdurre in materia di fragilità e di cronicità.

Gli strumenti adottati per l’attuazione della presa in carico sociosanitaria e assistenziale integrata sono:

- la **Cabina di Regia** per la condivisione di problematiche più generali (ATS – ASST – Ambiti Distrettuali) e la definizione di indirizzi attuativi della politica socio – sanitaria regionale. La Cabina di Regia è l’organo tecnico operativo con funzioni consultive rispetto alle attività del Dipartimento PIPSS ed è così composta:
 - Direttore Socio Sanitario dell’ATS Insubria,
 - Direttore del Dipartimento PIPSS
 - Direttori Socio Sanitari delle ASST Lariana, ASST Sette Laghi e ASST Valle Olona
 - Responsabili dei Distretti ATS
 - Dirigenti del Dipartimento PIPSS, UOS Coordinamento Territoriale Varese e Como
 - Responsabili degli Uffici di Piano degli Ambiti Distrettuali
- i **Tavoli Tecnici Distrettuali** (Ambiti Distrettuali, ATS e ASST per le tematiche di rispettiva competenza) per lo scambio di prassi e soluzioni operative rispetto all’attuazione dei programmi e delle progettualità in fase di realizzazione nonché per lo scambio di informazioni in merito alle criticità che intervengono. il Tavolo Tecnico Distrettuale si configura infatti come un’articolazione tecnico – operativa territoriale della Cabina di Regia, la cui opera di ricomposizione delle conoscenze, delle risorse e dei servizi necessita di una forte declinazione locale dei percorsi di assistenza socio sanitaria.
- **Scambio di informazioni** rispetto all’utenza (in particolare utenza fragile) e ai relativi bisogni espressi, attraverso sistematici momenti di confronto e l’utilizzo di **data base e applicativi funzionali**. I momenti di confronto trovano realizzazione con modalità proprie di ogni realtà distrettuale e conseguenti all’operatività delle singole ASST rispetto all’area della fragilità.
- **Sviluppo di strumenti di valutazione congiunta** come già realizzato per procedimenti che prevedono la collaborazione fra operatori ASST e degli Ambiti Distrettuali.

- **Attuazione di eventi formativi condivisi** sulle tematiche ritenute strategiche.

ACCOMPAGNAMENTO E MONITORAGGIO QUALI – QUANTITATIVO ALLA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI DI INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA DEI PIANI DI ZONA

Alla luce del processo attuativo della Legge regionale 23 / 2015 e in particolare della graduale presa in carico dei pazienti cronici da parte dei soggetti erogatori accreditati, **nonché in considerazione della sempre maggiore evidenza della necessità di una presa in carico integrata (sanitaria, sociosanitaria e sociale) delle persone fragili e delle loro famiglie**, si rende necessario predisporre strumenti per la rilevazione del grado di copertura da parte dei servizi territoriali rispetto ai bisogni della popolazione fragile, della completezza e tempestività delle risposte che vengono date e della misura in cui i servizi dedicati al settore siano appropriati, non si sovrappongano fra loro e riescano a coprire bisogni altrimenti non soddisfatti attraverso altri attori della rete, come gli erogatori privati, le associazioni e le famiglie stesse.

Con questa finalità si prevede di **assegnare ai tavoli tecnici distrettuali**, all'interno della cornice normativa regionale e con la funzione di coordinamento che la Cabina di Regia potrà svolgere, **il ruolo di raccogliere elementi, dati, criticità e proposte operative che rendano concretamente realizzati i percorsi di integrazione** della presa in carico sociosanitaria con quella sociale, nel rispetto delle specificità territoriali e delle modalità di collaborazione che in ogni Ambito possono essere programmate e attuate.

I tavoli tecnici potranno elaborare anche indicatori e avvalersi di flussi informativi per il monitoraggio dell'attuazione delle prassi di integrazione.

La gestione e l'utilizzo dei finanziamenti regionali e nazionali per la presa in carico e il sostegno delle famiglie rispetto ai bisogni della popolazione fragile dovrà adottare in modo progressivamente più sistematico la logica del **"budget di cura"**, in modo che ogni persona fragile venga presa in carico con un progetto individualizzato, commisurato alle risorse disponibili, sostenibile e tale da rispondere alle esigenze sociosanitarie e sociali.

Nella consapevolezza che questi **obiettivi non potranno essere che oggetto di un processo graduale** e in parte disomogeneo dal punto di vista territoriale, si prevede che i tavoli tecnici possano promuovere una graduale diffusione delle soluzioni più efficaci, **contribuire alla omogeneizzazione della gestione dei servizi e soprattutto delle condizioni di accesso alle prestazioni nei diversi Ambiti territoriali**.

6.3 Integrazione con le politiche abitative

La casa è un bene particolare perché è il luogo dell'intimità, delle relazioni primarie, dell'identità.

Intorno alla casa si costruisce la propria condizione sociale, da lì si muove per affrontare la vita.

La crisi occupazionale ha messo in difficoltà molte persone e famiglie ma anche molti proprietari compressi tra una legittima aspettativa e il dispiacere di sfrattare gli inquilini morosi. Viviamo in un territorio che ha il paradosso di una grande presenza di alloggi invenduti o non affittati e centinaia di persone che non trovano alloggi accessibili.

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

La programmazione dell'offerta abitativa pubblica e sociale è la modalità attraverso la quale si realizza il sistema regionale dei servizi abitativi di cui all'articolo 1 della l.r.16/2016. L'ambito territoriale di riferimento della programmazione coincide con l'ambito territoriale del piano di zona.

Gli strumenti della programmazione dell'offerta abitativa pubblica e sociale di competenza dei Comuni, previsti da Regione Lombardia, sono:

- a) il piano triennale dell'offerta dei servizi abitativi pubblici e sociali;
- b) il piano annuale dell'offerta dei servizi abitativi pubblici e sociali.

Il **piano triennale** dell'offerta dei servizi abitativi pubblici e sociali persegue l'obiettivo prioritario dell'integrazione delle politiche abitative con le politiche territoriali e di rigenerazione urbana, le politiche sociali, le politiche dell'istruzione e del lavoro dei Comuni appartenenti all'ambito territoriale di riferimento. A tal fine, il piano si integra con le politiche territoriali previste dai piani di governo del territorio (PGT) dei Comuni appartenenti all'ambito e, in particolare, con le disposizioni contenute nei documenti di piano e nei piani dei servizi, nonché con il corrispondente piano di zona in relazione alle politiche sociali.

Il Piano triennale dell'offerta dei servizi abitativi pubblici e sociali:

- a) definisce il quadro conoscitivo del territorio ricompreso nell'ambito territoriale di riferimento, attraverso un'analisi sistemica dei suoi caratteri, funzionale alla predisposizione di strategie adeguate alle esigenze ed alle diverse realtà e al rapido evolversi delle dinamiche territoriali;
- b) definisce il quadro ricognitivo e programmatico dell'offerta abitativa, sulla base dell'indagine sul sistema socio-economico e demografico della popolazione anche attraverso l'analisi delle dinamiche e caratteristiche della popolazione, delle forme di organizzazione sociale, delle specificità culturali e tradizionali, degli stili di vita della popolazione, del sistema dei servizi, delle criticità, delle potenzialità del territorio e delle opportunità che si intendono sviluppare;
- c) determina il fabbisogno abitativo primario da soddisfare;
- d) definisce la consistenza del patrimonio immobiliare destinato ai servizi abitativi pubblici e sociali, rilevato attraverso l'anagrafe regionale del patrimonio, e quantifica le unità abitative destinate ai servizi abitativi pubblici e sociali prevedibilmente disponibili nel triennio di riferimento, considerando il normale avvicendamento dei nuclei familiari e la prevista conclusione dei lavori riguardanti le unità abitative ricomprese in piani e programmi di nuova edificazione, ristrutturazione, recupero o riqualificazione;
- e) individua le strategie e gli obiettivi di sviluppo dell'offerta dei servizi abitativi pubblici e sociali, nel rispetto degli indirizzi strategici per lo sviluppo delle politiche abitative definiti dal piano regionale dei servizi abitativi di cui all'articolo 2, comma 3, della l.r.16/2016, tenuto conto dei programmi per l'alienazione e la valorizzazione del patrimonio abitativo pubblico di cui all'articolo 28 della medesima l.r.16/2016;
- f) definisce le linee d'azione per il contenimento del disagio abitativo e per il contrasto dell'emergenza abitativa, ai sensi dell'articolo 23, comma 13, della l.r.16/2016;
- g) definisce le linee d'azione per sostenere l'accesso e il mantenimento dell'abitazione in attuazione delle disposizioni di cui al titolo V della l.r.16/2016.

Al fine della predisposizione del piano triennale dell'offerta dei servizi abitativi pubblici e sociali, l'assemblea dei sindaci designa un ente capofila individuato tra i Comuni dell'ambito territoriale di riferimento. Il piano triennale è approvato, su proposta del Comune capofila, sentita l'Aler territorialmente competente.

Il **piano annuale** dell'offerta dei servizi abitativi pubblici e sociali è lo strumento deputato all'aggiornamento e all'attuazione del piano triennale di cui all'articolo 3.

Al fine di predisporre il piano annuale, il Comune capofila di cui all'articolo 3, comma 3, avvia, entro il 31 ottobre di ciascun anno, la ricognizione delle unità abitative destinate ai servizi abitativi pubblici e sociali che si prevede di assegnare nel corso dell'anno solare successivo. La ricognizione è effettuata attraverso la piattaforma informatica regionale che costituisce lo strumento per la gestione delle procedure di assegnazione delle unità abitative destinate ai servizi abitativi pubblici.

Il piano annuale dell'offerta dei servizi abitativi pubblici e sociali:

- a) definisce la consistenza aggiornata del patrimonio immobiliare destinato ai servizi abitativi pubblici e sociali, rilevato attraverso l'anagrafe regionale del patrimonio;
- b) individua le unità abitative destinate, rispettivamente, ai servizi abitativi pubblici e ai servizi abitativi sociali prevedibilmente assegnabili nell'anno, con particolare riferimento:
 - 1) alle unità abitative destinate ai servizi abitativi pubblici e sociali che si rendono disponibili nel corso dell'anno per effetto del normale avvicendamento dei nuclei familiari;
 - 2) alle unità abitative destinate ai servizi abitativi pubblici non assegnabili per carenza di manutenzione di cui all'articolo 10;

- 3) alle unità abitative destinate ai servizi abitativi pubblici e sociali che si rendono disponibili nel corso dell'anno in quanto previste in piani e programmi di nuova edificazione, ristrutturazione, recupero o riqualificazione, attuativi del piano regionale dei servizi abitativi di cui all'articolo 2, comma 3, della l.r.16/2016;
 - 4) alle unità abitative conferite da soggetti privati e destinate ai servizi abitativi pubblici e sociali;
- c) stabilisce, per ciascun Comune, l'eventuale soglia percentuale eccedente il 20 per cento per l'assegnazione ai nuclei familiari in condizioni di indigenza delle unità abitative di proprietà comunale, ai sensi dell'articolo 23, comma 3, ultimo periodo, della l.r.16/2016;
 - d) determina, per ciascun Comune, la quota percentuale spettante, in sede di assegnazione, a ciascuna delle categorie di cui all'articolo 14 nonché alle eventuali ulteriori categorie di particolare rilevanza sociale, individuate in base ad un'adeguata motivazione;
 - e) determina le unità abitative da destinare ai servizi abitativi transitori, ai sensi dell'articolo 23, comma 13, della l.r.16/2016;
 - f) definisce le misure per sostenere l'accesso ed il mantenimento dell'abitazione previste dalle disposizioni del Titolo V della l.r.16/2016;
 - g) quantifica le unità abitative assegnate nell'anno precedente.

Il piano annuale dell'offerta dei servizi abitativi pubblici e sociali è approvato dall'assemblea dei sindaci, su proposta del Comune capofila, sentita l'Aler territorialmente competente.

Entrambi i piani dovranno essere fortemente integrati e interconnessi con quanto previsto nel Piano di Zona del territorio di riferimento.

Allo stato attuale l'ambito di Menaggio è in attesa di definire il comune capofila che provvederà ad adempiere a quanto previsto dalla normativa vigente.

6.4 Integrazione con le politiche del lavoro

Il lavoro è un'altra delle condizioni indispensabili per la coesione sociale. I tavoli di lavoro territoriali, avviati nello scorso triennio, insieme al neonato Servizio Inclusione Sociale, saranno un luogo di riferimento per capire quali dinamiche istituzionali possono essere messe in moto a livello locale per favorire forme di occupazione. In termini di politiche sociali verranno ripresi i temi affrontati in questi mesi in preparazione del Piano di Zona, confermando l'impegno anche economico della programmazione a tutela delle fasce più esposte al rischio di esclusione sociale, sostenendo una programmazione integrata delle politiche sociali con quelle della formazione e del lavoro.

Su questi temi, attraverso il coinvolgimento di tutti i soggetti che operano nel settore, a seguito del confronto avviato nella fase preliminare al Piano di Zona verranno avviate le azioni progettuali descritte nei capitoli specifici.

6.5 Integrazione con gli altri ambiti sociali

Il triennio appena terminato ha visto l'integrazione dell'ambito territoriale di Menaggio in merito ad alcuni aspetti residuali con gli ambiti della Provincia di Como, mentre rispetto ad alcune aree con gli ambiti sociali afferenti all' ASST Valtellina e Medio Alto Lario.

Nello specifico, nell'ultimo triennio il coordinamento con gli uffici di Piano, cui siedono i responsabili e o coordinatori degli Ambiti territoriali, è avvenuto con gli ambiti dell' ASST Valtellina e Medio Alto Lario.

Questo legato al fatto che si aveva la consapevolezza che il livello territoriale di ambito ATS fosse uno dei luoghi d'elezione per una programmazione sempre più rispondente ai bisogni e per una sempre maggiore integrazione tra i vari livelli istituzionali e tra le varie politiche -in primis quelle sociali e quelle sanitarie-, pur nella salvaguardia delle peculiarità territoriali.

La complessità del governo dell'attuale sistema di welfare, rende necessaria la definizione di strategie programmatiche condivise per individuare nuovi modelli operativi atti a dare risposte sempre più adeguate ai

bisogni, garantire l'accesso alla rete dei servizi, migliorare la qualità degli interventi ed ottimizzare le risorse economico finanziarie.

Questo lavoro di rete, condotto attraverso tavoli tecnici e gruppi di studio, pur con la fatica di aver modificato territorio di riferimento (fino alla riforma sanitaria il coordinamento uffici di Piano era con gli ambiti della Provincia di Como), ha consentito in questi anni di costruire collaborazioni, condividere processi e metodologie, effettuare un'analisi delle priorità del territorio ASST Valtellina e Medio Alto Lario, svolgendo un ruolo rilevante nella definizione del posizionamento strategico degli Ambiti territoriali rispetto ad alcune tematiche di elevata integrazione socio-sanitaria e nel coordinamento di progettazioni sovra-ambito (dalla partecipazione a bandi regionali e nazionali, alla definizione di atti d'intesa e protocolli operativi).

Si citano per esempio:

- **Piano Regionale Dopo di noi e attuazione territoriale**
- **Piano per la conciliazione e relative progettualità**
- **Convenzione con i servizi dell'ASST Valtellina e Alto Lario in materia di tutela dei minori sottoposti a provvedimento dell'autorità giudiziaria**
- **Linee guida per la collaborazione tra i servizi specialisti dell'ASST Valtellina e Alto Lario e il servizio tutela minori**
- **Progettazione FAMI**

Il prossimo biennio dovrà invece vedere un ritorno ad un coordinamento con gli ambiti della Provincia di Como, afferenti all'ATS Insubria e all'ASST Lariana.

Con tali ambiti nel triennio trascorso si sono continuati a condividere le seguenti tematiche:

- **La gestione del minore autore di reato**

Nell'arco del triennio è stato consolidato del Nucleo Specialistico Penale Minorile discendente dal Progetto "Prova a prendermi", che dal 2016 interviene a favore degli AT della Provincia di Como allo scopo di:

- promuovere la presa in carico del minore autore di reato fin da subito dopo la commissione dello stesso, parallelamente allo svolgimento delle indagini preliminari eseguite dalla procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni;
- attivare interventi in ottica preventiva, con una presa in carico di quei minorenni che manifestano comportamenti a rischio di sviluppare una evoluzione deviante;
- promuovere politiche inclusive attraverso il potenziamento delle risorse del territorio.

- **La violenza, il maltrattamento e l'abuso**

Provincia di Como, Prefettura, Questura, Comando Provinciale di Carabinieri, Uffici di Piano degli Ambiti territoriali, ospedali pubblici e privati del territorio, Ufficio Scolastico Provinciale, Azienda Sanitaria Locale (ora ATS), Associazione Telefono Donna, Caritas di Como, Cantù, Mariano ed Erba, Associazione InfraMente di Como, Centro di Aiuto alla Vita di Como, Comuni di Como e di Mariano Comense e il Consultorio Icarus di Como sono i sottoscrittori del "Protocollo Interistituzionale per la promozione di azioni integrate contro la violenza sulle donne".

Il Protocollo prevede delle linee guida operative e delle schede di monitoraggio del fenomeno, strumento operativo è il Tavolo tecnico di coordinamento provinciale che vede la presenza dei referenti di ciascun soggetto firmatario.

La rete conta su: un numero verde provinciale, una sportello con apertura giornaliera, una consulenza psicologica e legale, un collocamento di pronto intervento per 4 posti letto e 2 appartamenti di seconda accoglienza.

- **Inserimenti lavorativi di soggetti in fragilità sociale**

Con la costituzione negli Ambiti Territoriali dei servizi per l'inserimento lavorativo (SIL) si è sempre più resa evidente l'importanza strategica di questo servizio e del modello di intervento adottato che favorisce la connessione tra il sistema dei servizi sociali e il mondo delle imprese.

Dal 2012 si è costituito il coordinamento dei SIL del territorio provinciale con l'obiettivo di condividere la tipologia di utenza, gli strumenti utilizzati, i percorsi proposti, le modalità di contatto con le aziende.

7 GLI OBIETTIVI DELLA PROGRAMMAZIONE E L'ACCESSO ALLE PREMIALITÀ PREVISTE DALLA DGR7631/2017

Al fine di sostenere i Comuni nello sviluppo degli obiettivi di welfare indicati nelle Linee guida, Regione Lombardia ha finalizzato la quota di € 3.660.000,00 del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali alla realizzazione della programmazione zonale. In particolare, si prevede l'erogazione di **una quota premiale ai Comuni che si associno in una programmazione zonale secondo una dimensione di Ambito distrettuale** così come previsto dalla l.r. 23/2015 e dai POAS delle ATS territorialmente competenti.

La quota premiale viene erogata all'Ente capofila, a beneficio dello sviluppo e del consolidamento della capacità di tutti i comuni dell'ambito nel programmare e attuare gli obiettivi indicati dalle presenti linee guida.

7.1 Primo livello di premialità

L'erogazione della quota premiale è finalizzata a sviluppare l'aggregazione zonale e il raggiungimento della nuova dimensione di Ambito ex l.r. 23/2015.

Il valore della quota premiale è correlata alla tempistica con cui si raggiunge la nuova dimensione d'Ambito, con la presunzione che serva una necessaria tempistica per adeguarsi ed implementare al meglio la nuova programmazione zonale.

La premialità è riconosciuta anche per tutti i territori che già da ora rispettano i parametri fissati dall'art. 7) bis della legge 23/2015; questo è il caso dell'ambito territoriale di Menaggio.

L'ambito di Menaggio, alla luce della riorganizzazione territoriale intervenuta a cavallo dell'anno 2018 e 2019, ha chiesto a Regione Lombardia, in deroga, **una proroga tecnica al 31.03.2019** per la sottoscrizione dell'accordo di programma, in cui viene approvato il Piano di Zona, tra i comuni appartenenti all'ambito, l'Azienda Sociale Centro Lario e Valli e ATS Insubria, chiedendo di poter comunque accedere alla quota premiale prevista per gli ambiti che avessero firmato il nuovo accordo di programma di ambito entro il 31.12.2018 pari a 20.000,00 €.

7.2 Secondo livello di premialità

L'erogazione della quota premiale di secondo livello è vincolata al conseguimento del primo livello di premialità.

La quota premiale di secondo livello è vincolata all'indicazione nella nuova programmazione e allo sviluppo di **almeno un obiettivo strategico** di interesse per il nuovo Ambito territoriale di riferimento. I comuni potranno quindi scegliere di raggiungere le seguenti tipologie di obiettivo strategico (uno per tipologia):

Obiettivo strategico 1 – Progettualità tese alla definizione dei requisiti di accesso/compartecipazione ai servizi e agli interventi, attraverso strumenti quali: uniformità dei regolamenti, dei criteri di accesso, delle soglie ISEE, il fattore famiglia, ecc.;

L'ambito territoriale di Menaggio, grazie alla gestione associata dei servizi, almeno dall'anno 2006 vede l'applicazione di criteri omogenei a livello di ambito relativi ai requisiti di accesso/compartecipazione ai servizi e agli interventi. In particolare sono presenti:

- regolamenti omogenei sui servizi/interventi sociali
- regolamento dei criteri di accesso
- regolamento delle soglie ISEE
- criteri di compartecipazione degli Enti coinvolti alla spesa per la copertura dei costi

Nel 2019 si intende rivedere il regolamento di compartecipazione degli utenti al costo dei servizi.

Obiettivo strategico 2 – Progettualità tese alla definizione di requisiti, parametri e indicatori comuni per la valutazione della qualità e dell’appropriatezza delle strutture e dei servizi, attraverso strumenti, anche sperimentali, che portino all’omogeneità dei criteri di valutazione (es. bandi condivisi, indicatori di risultato ecc.)

La gestione associata dei servizi a livello di ambito territoriale ha altresì fatto sì che, fin dal 2006, sia stata prevista a livello di ambito un’omogeneità dei criteri di valutazione.

In particolar modo l’ambito di Menaggio prevede:

- una definizione omogenea di standard e di indicatori di misurazione degli stessi e di un sistema di customer satisfaction per l’utente e i suoi familiari (questionari e report di analisi)
- presenza di un sistema di accreditamento di Ambito di alcuni servizi/interventi sociali articolato per tipologia di intervento:
 - *Patto di accreditamento per l’assistenza a domicilio di soggetti anziani, l’erogazione di prestazioni a sostegno delle famiglie che si avvalgono di assistente familiare e l’erogazione di interventi volti a migliorare la qualità della vita delle famiglie e delle persone anziane con limitazione dell’autonomia*
 - *Patto di accreditamento per l’assistenza a domicilio di soggetti destinatari del voucher sociale disabili*
 - *Patto di accreditamento per l’effettuazione del servizio di trasporto scolastico disabili voucherizzato”*
 - *Patto di accreditamento servizi prima infanzia*

Nel 2019 si prevede di rivedere alcuni dei suddetti patti di accreditamento.

Obiettivo strategico 3 – Progettualità tese all’innovazione sociale (nuovi servizi, modalità innovative di risposta al bisogno, percorsi innovativi di presa in carico, ecc.) anche grazie a percorsi di co-progettazione e di partnership pubblico/privato con il Terzo Settore.

Lo sviluppo di **Laboratori di comunità**, che verranno descritti nel successivo capitolo, porteranno nel corso del biennio alla definizione di progettualità tese all’innovazione sociale (nuovi servizi, modalità innovative di risposta al bisogno, percorsi innovativi di presa in carico, ecc.).

Allo stato attuale, un’azione che sicuramente può essere definita innovativa è legata all’Area disabili e nello specifico alla **modalità di presa in carico del soggetto disabile**, mediante le sinergie attuate a livello di rete territoriale, che vede coinvolti i soggetti, pubblici e privati, che a diverso titolo si occupano di disabilità. Questa rete, inoltre, nel triennio precedente, ha predisposto una dettagliata analisi della situazione dei minori e degli adulti disabili del territorio. Base di partenza necessaria per predisporre linee di azione innovative di risposta ai bisogni del territorio.

8 SVILUPPO DI UNA COMUNITÀ CHE SI PRENDE CURA: BISOGNI – OBIETTIVI – AZIONI

8.1 Il contesto di riferimento

Dall'analisi dei bisogni che costantemente a livello territoriale attraverso il lavoro dell'Ufficio di Piano e attraverso gli studi condotti dai soggetti appartenenti ai diversi tavoli tematici presenti a livello territoriale, anche in riferimento all'analisi demografica sopra riportata, non si può che affermare che il contesto territoriale del Distretto di Menaggio poco si discosta in termini di bisogni da ciò che è il contesto territoriale lombardo.

.... Anziani

Il contesto epidemiologico in cui ci troviamo vede sempre più crescere il peso degli anziani, della cronicità, degli stranieri e delle patologie stabilizzate dalla medicina, ma necessitanti di un sostegno assistenziale. In particolare, come nel triennio precedente, i dati relativi all'incidenza della popolazione anziana denotano una situazione peculiare rispetto al resto della Lombardia e alla media nazionale. Ciò causa un conseguente aumento di richieste di aiuto e un prolungamento dei percorsi di cura: tali fenomeni sono confermati dai dati relativi al profilo dell'utenza del servizio sociale a favore degli anziani che vedono una prevalenza di ultra ottantenni in una condizione di parziale e totale non autosufficienza, il cui trend segnala un progressivo e costante aumento.

Leggendo il trend demografico è facile prevedere come nei prossimi decenni si assisterà ad un ulteriore aumento del peso relativo ed assoluto della popolazione anziana dovuto, sia all'aumento della speranza di vita (non solo alla nascita, ma anche alle età avanzate), che allo "slittamento verso l'alto" (ossia all'invecchiamento) delle coorti assai numerose che, oggi, si trovano nelle classi di età centrali. In tale contesto si assisterà sempre di più all'aumento di cittadini portatori di patologie croniche (sia mono che pluripatologici).

... Povertà

Per quanto attiene invece alla sfera della povertà, come in generale in tutta la Lombardia, le caratteristiche del tessuto economico e sociale e la presenza di un pluralismo sociale che tradizionalmente si fa carico delle situazioni più difficili concorrendo con un significativo apporto di risorse private all'impegno pubblico, hanno fatto sì che, nonostante la grave crisi, ci sia stata una sostanziale tenuta, offrendo sempre opportunità di impiego e aiuto anche in contesti caratterizzati da grave difficoltà.

In altre parole, l'attuazione di misure di contrasto alla povertà in questo ambito non può prescindere da un contesto fortemente differenziato rispetto al quadro nazionale e richiede l'elaborazione di una strategia ad hoc fortemente incentrata su politiche attive, che mettano le persone e le loro famiglie nelle condizioni di fuoriuscire da condizioni di marginalità e povertà.

Le prime sperimentazioni in Regione Lombardia, ed anche nello specifico nell'Ambito territoriale di Menaggio, di strumenti statali di contrasto alla povertà, le evidenze emerse in sede di monitoraggio e la conseguente adozione di policy specifiche mostrano la specialità di un contesto territoriale che richiede particolare attenzione nell'attuazione misure di contrasto alla povertà indifferenziata. Tanto rispetto all'approccio definito a livello comunitario, quanto a quello definito a livello statale, presenta tratti di specialità che richiedono in particolare interventi volti a contrastare quelle situazioni personali e/o familiari a rischio di scivolamento in condizioni di povertà, richiedendo l'elaborazione di una strategia ad hoc fortemente incentrata su politiche attive, che mettano le persone e le loro famiglie nelle condizioni di fuoriuscire da condizioni di marginalità e povertà.

Lo sviluppo delle politiche di contrasto alla povertà si innerva nella rete degli interventi e servizi sociali presenti, con lo scopo di contrastare e ridurre il rischio dello scivolamento nella povertà di fasce crescenti di

popolazione, promuovendo la coesione e l'inclusione sociale, con specifico riferimento alle situazioni di vulnerabilità economica e sociale e alle nuove forme di povertà.

Il bisogno sociale emergente è articolato, comprendendo situazioni di vulnerabilità socio-economica e povertà sociale, che interessano soggetti con caratteristiche diverse dal passato, per i quali si sommano fattori di diversa natura: isolamento sociale, perdita del lavoro, disabilità acquisite. Si tratta di gruppi per i quali le risposte tradizionali non sono sufficienti, oppure non sono adatte, motivando resistenze delle persone a rivolgersi ai servizi e creando fenomeni di autoesclusione rispetto alle opportunità di aiuto. A tali gruppi si somma l'incidenza del fenomeno migratorio che produce sacche di povertà con bisogni e modalità di fruizione delle iniziative di aiuto molto eterogenei.

... *Minori*

In questi anni si è avviato un'azione complessiva di riordino dei servizi con l'obiettivo di collocare la famiglia al "centro" delle politiche di welfare, attraverso una rinnovata attenzione alle modalità di realizzazione e promozione degli interventi a sostegno della cura dei figli, delle relazioni familiari e dello sviluppo di competenze genitoriali. Nella prospettiva di rinnovamento è stato considerato in particolare il ruolo dei servizi che sono chiamati a intervenire nei momenti di maggiore fragilità familiare rispetto ai bisogni di cura, sostegno, protezione e tutela dei minori. Una rinnovata consapevolezza della centralità della famiglia ha reso sempre più urgente comprendere e valorizzare il paradigma relazionale che 'legge' gli individui come soggetti costituiti dai loro reciproci legami. Si ritiene infatti che nell'attuale contesto culturale e sociale non è più sufficiente ricondurre l'organizzazione e la realizzazione degli interventi di "tutela" dei minori alla sola applicazione degli istituti giuridici di protezione e rappresentanza dei minori. La tematica della tutela dei minori richiede di essere affrontata sempre di più nella sua reale complessità relazionale integrando tra di loro le dimensioni sociale, educativa e psicologica, orientando i servizi verso l'adozione di modelli di reale presa in carico che siano in grado di porre al centro i bisogni dei minori e considerino la famiglia l'interlocutore privilegiato nel perseguimento del loro benessere.

Le difficoltà familiari possono essere intese in senso ampio e conseguenti ad una serie di eventi: mancanza di uno o entrambi i genitori a causa di separazione/divorzio o della morte di uno di essi, carenza nelle competenze parentali, elevata conflittualità fra i coniugi, problemi di ordine materiale e psicologico, e possono anche essere determinate da più situazioni problematiche contemporaneamente presenti (famiglie multiproblematiche).

La ricomposizione tra bisogni e risposte viene interpretata come l'esito di una visione globale della famiglia, non intendendo il minore come elemento separato dai legami che lo costituiscono nella sua identità. A tal fine si ritiene che la funzione di "tutela del minore" sia orientata a sostenere la famiglia per salvaguardare i bisogni del minore. Prassi ed interventi che mantengono la famiglia in una condizione passiva, tendenzialmente o palesemente stigmatizzata, impediscono al sistema familiare di essere messo nelle condizioni di far emergere le proprie potenzialità adeguatamente sostenute. La "tutela dei minori", quindi, si concretizza in un'azione a sostegno della famiglia nei suoi compiti di cura dei figli, tramite interventi precoci e preventivi, già dalla gravidanza, privilegiando programmi di "offerta attiva" verso le situazioni che maggiormente necessitano di sostegno (es. giovani genitori, madri depresse, situazione di isolamento sociale, ecc).

In tale prospettiva si cerca di considerare globalmente gli interventi rivolti alla famiglia, ricomprendendo sia quelli di tipo preventivo/promozionale, sia quelli di tipo "riparativo", ricomponendo gli stessi e i sistemi di welfare che li offrono (sanitario, sociale, sociosanitario, ecc.) in una dimensione realmente integrata, che assuma la famiglia come soggetto attivo e titolato alla costruzione degli interventi.

Appare sempre più indispensabile uscire dalla settorializzazione dei diversi servizi, solo formalmente integrati, che produce saperi operativi autoreferenziali, lontani dal punto di vista dei soggetti destinatari degli interventi.

La base di partenza vede quindi la funzione di "tutela dei minori" come compito comunitario, al di là e oltre le mere competenze istituzionali.

.... *Giovani*

La popolazione giovanile all'interno del territorio, così come in tutta la Nazione, sta vivendo un forte cambiamento che necessita un'attenta riflessione. Tra i giovani (e non solo) sono sempre più diffuse vecchie e nuove dipendenze: alcol associato all'utilizzo di altre sostanze stupefacenti, gioco d'azzardo patologico, Internet addiction disorder (IAD)... Tale dipendenze portano, inevitabilmente, a delle conseguenze per l'individuo e per le sue relazioni familiari, sentimentali, lavorative o scolastiche. Proprio per questo motivo attivare interventi in ottica preventiva risulta più che mai fondamentale. Crediamo che i laboratori realizzati all'interno degli spazi giovani e le attività di formazione possano essere strumenti importanti da dare alle nuove generazioni e ai genitori per aiutarli a conoscere e a sviluppare un senso critico.

Non solo vecchie e nuove dipendenze stanno dilagando all'interno della società attuale, ma anche un senso di apatia e disinteresse che porta i giovani a distaccarsi dalla realtà e a non investire più in loro stessi e per il loro futuro. Un dato fondamentale è legato all'abbandono scolastico: Como è la seconda provincia per livello di abbandono scolastico in Lombardia. Sono il 14,3% i giovani che abbandonano prematuramente gli studi, contro una media regionale del 12%. Il dato è allarmante se si considera che "La Strategia Europa 2020" ha come obiettivo la riduzione a meno del 10 % di giovani di età compresa fra 18 e 24 anni che abbandonano prematuramente l'istruzione o la formazione. Inoltre la Raccomandazione del Consiglio Europeo sprona le Nazioni, e soprattutto l'Italia, ad orientarsi verso un apprendimento permanente che metta al centro l'individuo, puntando sullo sviluppo di competenze. Considerando questo contesto è evidente che le politiche giovanili territoriali debbano promuovere iniziative atte a favorire il protagonismo giovanile attraverso lo sviluppo di abilità sociali e competenze chiave, ripartendo dal concetto di "cittadinanza attiva", offrendo occasioni e spazi di socializzazione tra pari e momenti laboratoriali maggiormente legati ad una crescita culturale e professionale della persona.

Una maggior consapevolezza del proprio territorio, con i limiti, ma soprattutto con le risorse che offre e che mette in campo può portare il giovane a rinnovare una fiducia in quella realtà che attualmente appare lontana. E ciò rappresenta un punto di partenza per dare una svolta a ciò che viene definito "disagio giovanile". Si tratta di dare "voce" ai giovani, dando loro fiducia, accompagnandoli nell'organizzazione di iniziative, eventi, percorsi formativi, in ottica "peer to peer".

... *Disabili*

Per quanto riguarda la popolazione disabile, a fronte di un giudizio complessivamente positivo sulla rete dei servizi esistenti e sulle politiche regionali a favore delle persone con disabilità e delle loro famiglie, emerge da queste ultime l'esigenza di ottenere maggiori informazioni sull'offerta esistente e la richiesta di essere meglio orientate all'interno della rete. Le persone e le famiglie chiedono di essere accolte, inserite e accompagnate, soprattutto in concomitanza con i passaggi da una fase all'altra della vita: dalla diagnosi alla riabilitazione, dal periodo scolastico al dopo scuola, dall'età adulta a quella anziana.

La mancanza di interrelazione tra le istituzioni e tra i diversi servizi – e la conseguente frammentazione degli interventi – gravano innanzitutto sulle famiglie; ne consegue che le persone con disabilità e i loro congiunti si sentono soli pur investendo molte risorse, lungo l'intero ciclo di vita, in percorsi che permettono di aumentare la propria qualità della vita

Sulla base del principio della centralità della persona – adottato da Regione Lombardia come fondamento della propria azione politica e di governo – il sistema dei servizi è chiamato a riconoscere la dimensione soggettiva del benessere e a favorire il coinvolgimento diretto e attivo della persona e della sua famiglia nel processo di costruzione della risposta al bisogno.

È indispensabile che l'organizzazione dei servizi evolva sempre più verso un modello strutturato in funzione delle necessità della persona, basato sulla «presa in carico» del soggetto, intesa non come una mera somma di prestazioni (di servizi), ma come un unico processo, ininterrotto e condiviso, di ascolto della domanda, orientato ad assicurare la continuità e la qualità delle risposte.

Tale cambiamento di approccio richiede un'evoluzione culturale e deve arrivare a incidere concretamente sulla programmazione dei servizi, innovandola in profondità.

Per raggiungere questo obiettivo si prevede, in primo luogo, di rafforzare un modello di **accompagnamento lungo l'intero arco della vita** che favorisca il godimento di tutte le libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità e «garantisca il rispetto per la loro intrinseca dignità»; in particolare è necessario porre l'attenzione sulla **diagnosi precoce** e una tempestiva presa in carico globale, che assicuri un **accompagnamento della famiglia** fin dai primi momenti.

È necessario, pertanto, creare un circolo virtuoso che parta dall'ascolto della domanda e che offra unitarietà e continuità nella risposta, eliminando la frammentazione del sistema dei servizi. Tale obiettivo è raggiungibile solo mediante il coinvolgimento diretto e la collaborazione di tutti i soggetti implicati: famiglie, terzo settore, istituzioni, rappresentanze delle parti sociali e del mondo imprenditoriale, ecc.

... Fonti di finanziamento

Rispetto al contesto economico occorre premettere che **la spesa sociale è sostanzialmente a carico delle risorse comunali e solo in via residuale finanziata attraverso fondi statali/regionali e dalle rette a carico degli utenti.**

Ciò pone particolari problematiche nella costante situazione di restrizione delle risorse economiche che gli enti pubblici, e non solo, stanno affrontando.

Da una prima analisi si evidenzia comunque come rimangono, anche in questo triennio, ancora alcuni elementi nodali:

- Le quote sanitarie riconosciute per i servizi socio sanitari e sanitari, afferibili alla sfera inerente all'integrazione socio sanitaria sono percentualmente spesso molto inferiori alle percentuali di copertura previste dai LEA nazionali.
- Se spostiamo l'analisi sulle famiglie multiproblematiche con minori si evidenzia che a fronte di una presa in carico talvolta integrata nell'ambito della valutazione, non corrisponde un sistema di offerta adeguato afferibile sia all'ambito sociale sia all'ambito socio sanitario: infatti le comunità di accoglienza non sono adeguatamente differenziate rispetto alle tipologie di risposta e alle afferenze sociali, socio sanitarie e sanitarie (oggi esiste solo l'offerta educativa o terapeutica). Inoltre accade molto spesso che a causa della mancanza di disponibilità di posti in ambito terapeutico, si ripieghi su inserimenti in comunità educative con un conseguente spostamento della spesa dal socio sanitario al sociale. Per poter contenere, laddove possibile, gli inserimenti in comunità sono state avviate delle risposte diurne e territoriali: ciò ha comportato per i servizi sociali la necessità di trattare, soprattutto laddove non vi siano strutture diurne a carattere sanitario, anche i casi di minori con sofferenze psichiche, sostenendo quindi la spesa correlata.
- Anche per quanto attiene agli inserimenti in strutture residenziali di persone anziane (RSA) è stata definita la quota sanitaria che stabilisce quote differenziate e fisse di compartecipazione sanitaria. La percentuale di spesa a carico di famiglie/Comuni risulta essere superiore alla percentuale del 50% fissata dai LEA nazionali ed è sulla quota sociale che ricadono gli aumenti delle rette delle strutture causando un costante aumento della spesa sociale. In tal senso si registrano segnali di difficoltà da parte delle famiglie nel sostenere i costi relativi alla cura delle persone fragili (sia rispetto alla residenzialità che alla domiciliarità).
- Più in generale si ritiene meritevole di attenzione il fatto che l'ambito di intervento del servizio sociale si sta sempre più spostando verso la gravità in ragione degli elementi afferibili al contesto demografico ed epidemiologico già richiamati, nonché alla de-istituzionalizzazione e de-ospedalizzazione dei pazienti e alla restrizione delle risorse disponibili. Ciò colloca prevalentemente le politiche sociali in un livello di gravità, a confine con l'ambito sanitario e rivolte a specifiche fasce di popolazione e categorie di bisogni, a scapito della prevenzione e degli interventi a supporto delle famiglie (con particolare riferimento alle difficoltà legate alla crisi economica).

Sulla base di tali considerazioni si ritiene opportuno avviare percorsi di analisi e di approfondimento volti a meglio conoscere il contesto di spesa e di intervento al fine di costruire iniziative sperimentali condivise tra Ambiti territoriali e ASST a sostegno dell'innovazione e del miglioramento del sistema di intervento sociale e socio sanitario.

oooooooooooooooooooo

Nei documenti regionali si evidenziano i rilevanti, rapidi e profondi cambiamenti ancora in atto nella struttura sociale della comunità lombarda (crisi economica senza precedenti, indebolimento dei valori educativi, basso indice di natalità, progressivo invecchiamento della popolazione e cronicizzazione delle malattie) **che favoriscono l'aumento delle condizioni di "fragilità" della popolazione e l'emergere di bisogni più articolati e complessi, sia individuali, sia famigliari, a fronte dei quali è necessario e sempre più urgente un ripensamento della rete sociale e socio sanitaria.**

Per il legislatore regionale bisogna avviare una fase elaborativa capace di mettere sempre più al centro la persona e la famiglia nella prospettiva di garantire interventi flessibili ed efficaci, orientati nella rete integrata di servizi sociali e socio-sanitari, che le sostengano in un ruolo attivo di costruzione del proprio percorso di vita.

Il contesto socio-economico lombardo risulta più complesso, e per quanto più dinamico che altrove, molto più incerto rispetto al passato, **caratterizzato** com'è dalla **frammentazione delle decisioni, delle risorse e degli interventi** (Stato, Inps, Regioni, Enti Locali, Famiglie...), oltre che interessato da una serie di profonde trasformazioni nella sua struttura demografica, relazionale, economica e sociale.

Questi nuovi bisogni evidenziati, queste diverse dimensioni complesse di fragilità e tutte le profonde trasformazioni strutturali della società e della famiglia, richiedono di rivedere le modalità di approccio e di pensare a nuovi modelli di intervento. Inoltre impongono sempre più un approccio multidisciplinare, dinamico ed olistico nella direzione del "prendersi cura" della famiglia, che deve essere posta al centro del sistema dei servizi, in tutte le fasi della vita.

Anche in questo Piano , gli obiettivi sottesi alle azioni devono quindi basarsi sempre più sullo sviluppo e il sostegno della capacità dei servizi in rete di "prendersi cura" complessivamente delle persone e delle famiglie, e non solo di "curarle" al bisogno. Infatti l'obiettivo comune è quello di sviluppare strumenti di lettura e di valutazione del bisogno in tutte le sue dimensioni, tenendo conto dei contesti familiare e socio ambientale e allestendo soluzioni adeguate nel rispetto della dignità personale e delle capacità relazionali.

Questo dovrebbe essere il contesto "moderno" della "presa in carico" territoriale della persona fragile. Un sistema che favorisca un'elevata soglia d'integrazione tra i diversi servizi sociali, sociosanitari e sanitari e che possa garantire l'unitarietà delle prestazioni e la continuità tra le azioni di cura e assistenza.

Ciò che viene evidenziato come criticità non è la mancanza assoluta o parziale di un sistema di interventi dei servizi sociali e socio-sanitari o della diffusione della rete - o della qualità di entrambi - ma l'insieme le carenze di sistema e di rete, in relazione all'effettivo prendersi cura delle persone e delle famiglie, accompagnando, agevolando e semplificando i percorsi da loro liberamente scelti per soddisfare i bisogni espressi.

Risulta infatti determinante, nel principio del "prendersi cura", la possibilità che il cittadino venga adeguatamente informato e accompagnato in tutte le fasi del percorso, senza soluzione di continuità ed evitando "vuoti" assistenziali che si ripercuotono negativamente sul sistema, nel suo insieme, anche in termini di ricorsi inappropriati ai servizi.

È per questo che tra le priorità, anche per il triennio 2018-20, possono essere declinate nei seguenti macroobiettivi:

- il rafforzamento della comunicazione e l'integrazione della rete, non solo per unificare o semplificare, ma per migliorarne la connettività, rendere funzionali le relazioni tra i diversi servizi ed enti, istituzionali e non, e gli operatori,

- favorire il miglioramento dell'accesso alle prestazioni e l'accompagnamento delle persone e delle famiglie da un nodo della rete all'altro, in un percorso fluido tra sistemi sanitari, socio-sanitari e sociali;
- il consolidamento delle modalità uniformi di accesso ai servizi e alle unità d'offerta sociale e socio-sanitarie, anche attraverso il collegamento e la collaborazione tra i servizi territoriali delle ASST e degli Ambiti territoriali;
- la promozione e il sostegno delle progettualità innovative e della mutualità familiare, non solo per sperimentare nuove modalità gestionali o nuove tipologie di unità d'offerta, ma per valorizzare le reti sociali "naturali" e di prossimità, le comunità locali e l'associazionismo.

Sul fronte dell'offerta sociale, invece, come già sottolineato nei precedenti Piani di Zona, il Distretto di Menaggio tende a discostarsi in parte dal trend che investe Regione Lombardia, o meglio, ad essere un po' in ritardo rispetto a fenomeni che stanno investendo altri territori regionali.

Infatti se a livello Regionale si sta assistendo all'emergere di nuovi fenomeni fortemente orientati a proporre nuovi assetti organizzativi per un moderno sistema di welfare, il territorio del Distretto di Menaggio vede ancora una fatica in tal senso, soprattutto per quanto riguarda il fenomeno dell'impresa sociale.

Il contesto regionale è infatti fortemente influenzato positivamente da un nuovo soggetto imprenditoriale: **la cooperazione sociale**. Nell'ultimo decennio, il terzo settore è cresciuto esponenzialmente sia in termini quantitativi che di immagine e credibilità e si assiste al moltiplicarsi di interventi tendenti a dimostrare, in modo convergente, come il settore non profit, anche a causa alla profonda crisi in atto, possa oggi beneficiare di un nuovo impulso per una sua più ampia diffusione nel sistema economico. L'ambito territoriale di Menaggio sta invece assistendo a questo fenomeno di crescita solo nell'ultimo periodo, anche grazie alla spinta propositiva che gli enti locali, attraverso l'Ufficio di Piano, hanno messo in atto, in un sistema di imprenditorialità di rete.

Il triennio che verrà avrà quindi come obiettivo quello di rafforzare le funzioni ed il ruolo di questo soggetto che risulta essere imprescindibile nella costruzione del nuovo sistema di welfare.

8.2 Il sistema

8.2.1 BISOGNI DI SISTEMA

I bisogni di sistema, in linea con la precedente programmazione triennale, possono essere così sintetizzati:

- mantenimento e consolidamento dei servizi esistenti;
- miglioramento del coordinamento e integrazione dei servizi e delle risorse esistenti nel territorio;
- necessità di erogazione di servizi sociali il più possibile accessibili al cittadino;
- aumento della presa in carico dell'utenza con maggiore fragilità sociale;
- miglioramento della mappatura delle prestazioni erogate e dei servizi presenti sul territorio;
- maggiore informazione al cittadino rispetto ai servizi presenti;
- formazione continua del personale operante nei diversi servizi erogati.

8.2.2 OBIETTIVI DI SISTEMA

Continuità/consolidamento e innovazione

Coerentemente con il passato, alla luce degli esiti delle passate programmazioni e del sistema dei bisogni che si sta affermando nel territorio, gli obiettivi per il prossimo biennio dell'Ambito territoriale di Menaggio si sviluppano lungo due assi: quello della "continuità e consolidamento" e quello dell' "innovazione": continuità sia rispetto al sistema di governance, sia rispetto alla qualificazione del sistema di offerta; innovazione sia rispetto alla promozione di nuove soluzioni in grado di sostenere e valorizzare la famiglia nei diversi cicli di vita, sia rispetto a interventi di prevenzione che, in un'ottica di lungo periodo,

rappresentano la strategia più idonea a fronteggiare attivamente l'ormai continuo affermarsi di condizioni di emergenza e cronicità.

“Continuità” e “innovazione” legate da un comune filo conduttore: l'integrazione tra politiche, ed in particolare tra politiche sociali, socio-sanitarie e politiche sanitarie, ma anche integrazione di prestazioni finalizzata ad assicurare una personalizzazione e una presa in carico complessiva della persona.

Conoscenza

- Rafforzare la comunicazione e l'integrazione della rete, non solo per unificare o semplificare, ma per migliorarne la connettività, rendere funzionali le relazioni tra i diversi servizi ed enti, istituzionali e non, e gli operatori
- Proseguire l'attività con i gruppi di lavoro territoriali (anziani – disabili – giovani – scuole – forze dell'ordine – integrazione socio sanitaria) al fine di approfondire le conoscenze rispetto ad eventuali aree di scopertura
- Integrare i sistemi informativi dell'Azienda Sociale e dell'ASST rispetto a una o più aree di utenza considerate prioritarie (anziani – famiglie seguite dai consultori familiari)

Risorse

- Mantenere le attuali risorse gestite in modo integrato (più del 75% delle risorse comunali per la spesa sociale) cercando di ricomporre le risorse residuali ancora a capo dei singoli comuni
- Mantenere forme di equa contribuzione da parte degli utenti alle spese gestionali dei singoli servizi, anche alla luce della normativa in vigore
- Proseguire nel coinvolgimento del privato, del privato sociale ed del volontariato sia nella gestione che nella progettazione degli interventi, anche sperimentando nuove forme di collaborazione tra pubblico e privato.

Servizi

- Mantenere l'integrazione territoriale a livello sovracomunale per evitare duplicazioni ed ottimizzare risorse finanziarie ed umane, pervenendo ad un'omogenea diffusione di servizi ed interventi.
- Garantire il mantenimento, anche in un'ottica di miglioramento, dei servizi esistenti.
- Garantire il coordinamento dei servizi e degli interventi presenti nel territorio.
- Facilitare ulteriormente l'accesso dei cittadini alle prestazioni e l'accompagnamento delle persone e delle famiglie da un nodo della rete all'altro, in un percorso fluido tra sistemi sanitari, socio-sanitari e sociali, consolidando le modalità uniformi di accesso ai servizi e alle unità d'offerta sociale e socio-sanitarie, anche attraverso il collegamento e la collaborazione tra i servizi territoriali dell'ASST e dell'ambito
- Sostenere e sviluppare l'integrazione tra le diverse policy (in particolare sanità, scuola, lavoro e casa) in un'ottica di servizio globale alla persona.
- Sviluppare gli interventi nei confronti dei nuovi bisogni sociali al fine di garantire il raggiungimento dei livelli essenziali di assistenza.

- Promuovere e sostenere le progettualità innovative e la mutualità familiare, non solo per sperimentare nuove modalità gestionali o nuove tipologie di unità d'offerta, ma per valorizzare le reti sociali "naturali" e di prossimità, le comunità locali e l'associazionismo.
- Rendere maggiormente efficienti gli indicatori per la valutazione della qualità dei servizi.
- Proseguire con i sistemi di accreditamento per l'erogazione dei servizi da parte di soggetti terzi.
- Favorire l'informazione e la partecipazione attiva alla realizzazione degli interventi da parte degli utenti e delle loro associazioni.

8.2.3 AZIONI E INTERVENTI DI SISTEMA

In continuità con le triennali precedenti, il presente Piano di Zona ha come obiettivo il consolidamento dei servizi esistenti ed una maggiore visibilità e fruibilità degli stessi.

Pertanto in primo luogo si definisce di riconfermare l'implementazione di tutti i servizi attualmente presenti nel territorio e precedentemente descritti.

Tra le azioni innovative previste per il prossimo triennio, di seguito descritte, si ritiene importante sottolineare come alcune di esse vadano in una direzione di sperimentazione; si tratta infatti di iniziative che intendono attivare risorse del territorio, ossia che metteranno in sinergia l'ente locale con gli altri attori del territorio in modo integrato e condiviso, per non disperdere le risorse in interventi frammentati, e per presidiare tutte le possibilità di generare risorse nelle reti, sia tra attori pubblici, sia con tutti gli altri attori dei territori, dando inoltre delle risposte maggiormente innovative e flessibili ai cittadini.

A livello territoriale, ormai da tempo, si sta andando verso un sistema di welfare sempre più orientato alla domanda e modellato sui bisogni della persona e della famiglia, con la promozione di una sussidiarietà circolare finalizzata a dare risposte appropriate e mirate ai bisogni, attraverso la realizzazione di nuove forme di collaborazione tra gli enti profit, non profit e pubblica amministrazione che consentano di reperire nuove risorse per lo sviluppo del sistema e dei soggetti del Terzo settore.

I cambiamenti in corso suggeriscono, a tutti i livelli di governo e segnatamente a quelli titolari delle relative funzioni amministrative, di innovare e sperimentare recependo il patrimonio di esperienza che è presente e attivo sul proprio territorio e valorizzando le reti del privato sociale che si vanno strutturando.

È quindi indispensabile rinsaldare quell'alleanza strategica con il privato sociale e con il privato profit cosicché amministrazioni pubbliche e terzo settore concorrano responsabilmente, ciascuno secondo i propri compiti, funzioni e autonomia e preservando le proprie specificità, nell'attuazione delle politiche per il bene comune.

Si punta quindi alla valorizzazione del terzo settore, nell'ambito della gestione, della sperimentazione e della promozione dei servizi alla persona, in particolar modo attraverso forme di regolazione delle reti locali composte da attori diversi (enti locali, aziende sanitarie, terzo settore, ma anche soggetti *for profit*).

Il principio della sussidiarietà orizzontale ha trovato nella legge regionale 12 marzo 2008, n.3 la sua più ampia espressione, interessando anche i livelli della programmazione, progettazione e realizzazione della rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie.

In questo quadro si ritiene fondamentale il valore dell'attività esercitata dai soggetti del terzo settore, quali gestori di unità d'offerta, erogatori di servizi alla persona e promotori di attività innovative.

Ed è proprio nella materia delle collaborazioni tra terzo settore e pubblica amministrazione (e parti sociali) che possono già trovare concrete attuazioni prime forme di sperimentazioni di sussidiarietà circolare, caratterizzate dalla partecipazione attiva dei diversi ruoli della pubblica amministrazione, dei soggetti non profit e dei soggetti profit, come auspicato anche da Regione Lombardia nella DGR 1353/2011.

All'interno di questo quadro di insieme si situano le azioni e gli interventi innovativi previsti per il biennio 2019-2020.

Nello specifico le azioni di sistema che si intendono consolidare ed alle quali si vuole dare maggiore continuità ed attenzione sono di seguito enucleate.

RIORGANIZZAZIONE SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE

A partire dall'anno 2017 si è iniziato un graduale processo di riorganizzazione del Servizio Sociale Professionale.

L'assunto base dal quale è partita l'idea di riorganizzazione del Servizio Sociale trova le sue fondamenta nell'idea che la dimensione di ambito ormai sia diventata quella che caratterizza le politiche sociali e socio-sanitarie sul nostro territorio e sembra la più adeguata per garantire unitarietà e omogeneità nell'organizzazione e nella gestione del Servizio, ma è chiaro che le attività rivolte ai cittadini devono rimanere saldamente ancorate ai contesti territoriali per garantire la prossimità al territorio e la possibilità di integrazione del Servizio Sociale Territoriale con l'ambito e i diversi attori locali.

Ciò che davvero può portare a innovare il SST è infatti proprio il legame con la comunità di appartenenza e la sua capacità di riconoscere e attivare le risorse di relazioni, persone, organizzazioni ivi presenti per sviluppare empowerment dei soggetti e delle famiglie, rafforzandone le singole competenze in seno ad una comunità allargata, anche al fine di contrastare l'individualismo che caratterizza la nostra società.

La centralità della comunità quale referente privilegiato del Servizio sociale, comunità intesa come singoli cittadini, famiglie, amministrazioni comunali, pluralità di organizzazioni formali e informali che abitano un dato territorio e che, considerati nell'intreccio delle relazioni che sviluppano gli uni con gli altri, rappresentano i referenti privilegiati del SST sia per quanto riguarda l'accompagnamento delle situazioni personali e familiari fragili, sia per la progettazione di interventi di prevenzione, promozione sociale, empowerment della comunità.

Il mandato principale dato al SSP è stato quello di sviluppare un approccio organizzativo e procedure operative che favoriscano un funzionamento più dinamico, integrato con il territorio e meno ancorato a procedure amministrative e pratiche professionali rigide. Si è voluto orientare l'azione di servizio sociale al risultato, adottando criteri d'intervento appropriati rispetto alla natura e alla gravità dei problemi da affrontare anche in una logica di maggiore flessibilità organizzativa.

Quello che è stato chiesto è in sostanza di "spostare l'attenzione, che solitamente è concentrata sulle carenze e le disfunzioni, sulla messa in evidenza di quello che non c'è o non è come dovrebbe essere, verso una ricerca paziente ed insistente delle relazioni che costituiscono o possono costituire risorse".

Dapprima, nel 2017, si è proceduto con una riorganizzazione del **Servizio Sociale Territoriale**, che vede la presenza di:

- 1 Responsabile del SST
- 3 Assistenti sociali (una per area territoriale, con funzione di Segretariato Sociale e di Servizio Sociale Professionale per l'area anziani e fragilità sociale)

Il Servizio Sociale Territoriale ha lo scopo di promuovere il benessere della comunità attraverso azioni di prevenzione e di promozione sociale e di accompagnare le persone nei momenti di fragilità per favorire l'autonomia e l'integrazione sociale. Il SST partecipa attivamente alla promozione della salute e del benessere dei cittadini del territorio, alla tutela della persona e al rispetto dei diritti, attraverso un complesso di interventi finalizzati a garantire l'accesso al sistema integrato di interventi e servizi sociali, la valutazione, la ricerca, il counselling, la progettazione e l'accompagnamento in favore di persone singole, di famiglie, di gruppi e di comunità, il sostegno e il recupero di situazioni di bisogno e la promozione di nuove risorse sociali nonché a realizzare interventi per la promozione e lo sviluppo del capitale sociale della comunità.

Garantisce altresì l'accesso al sistema dei servizi socio-sanitari, laddove previsto, in stretto raccordo con ASST e ATS.

Quest'ampia definizione del SST trova le sue radici proprio nella centralità della comunità quale referente privilegiato del servizio sociale, comunità intesa come singoli cittadini, famiglie, pluralità di organizzazioni formali e informali che abitano un determinato territorio e che, considerati nell'intreccio di relazioni che sviluppano gli uni con gli altri, rappresentano i referenti privilegiati del Servizio Sociale Territoriale sia per

quanto riguarda l'accompagnamento delle situazioni personali e familiari fragili, sia per la progettazione di interventi di prevenzione, promozione sociale, empowerment della comunità.

Sulla scorta di questi assunti teorici di riferimento, nel 2018 si è proceduto altresì con una riorganizzazione a livello territoriale del **Servizio Tutela Minori e Famiglia**, il quale ad oggi vede una organizzazione così definita:

- 1 Responsabile del Servizio Tutela minori e famiglia
- 3 Assistenti sociali (una per area territoriale)
- 2 psicologhe che svolgono azioni trasversali

Il Servizio Sociale Tutela Minori e Famiglia svolge due funzioni principali, strettamente integrate fra loro:

- Funzioni di assistenza, di sostegno e di aiuto alle famiglie
- Funzioni relative alla vigilanza, protezione e tutela dei minori di fronte a difficoltà e carenze nella gestione del ruolo genitoriale, che devono essere attivate in presenza di fattori di rischio evolutivo del minore anche in assenza di una richiesta diretta della famiglia.

Queste due principali competenze e funzioni del servizio sociale vengono esercitate in maniera integrata con la finalità di aiutare la famiglia a attivare processi di cambiamento per garantire al minore il diritto di crescere serenamente nella propria famiglia.

Inoltre, come già precedentemente sottolineato, una rinnovata consapevolezza della centralità della famiglia ha reso sempre più urgente comprendere e valorizzare il paradigma relazionale che 'legge' gli individui come soggetti costituiti dai loro reciproci legami. Si ritiene infatti che nell'attuale contesto culturale e sociale non è più sufficiente ricondurre l'organizzazione e la realizzazione degli interventi di "tutela" dei minori alla sola applicazione degli istituti giuridici di protezione e rappresentanza dei minori. La tematica della tutela dei minori richiede di essere affrontata sempre di più nella sua reale complessità relazionale integrando tra di loro le dimensioni sociale, educativa e psicologica, orientando i servizi verso l'adozione di modelli di reale presa in carico che siano in grado di porre al centro i bisogni dei minori e considerino la famiglia l'interlocutore privilegiato nel perseguimento del loro benessere.

La "vicinanza" con il territorio ha assunto quindi una importanza rilevante.

Il terzo step di riorganizzazione del servizio sociale professionale è previsto nell'anno 2019, con l'istituzione e la formalizzazione del **Servizio Inclusione**, come previsto anche nel Piano territoriale povertà.

Il Servizio Inclusione ha come finalità la presa in carico in favore di una persona o di un nucleo familiare in risposta a bisogni complessi che richiedono interventi personalizzati di valutazione, consulenza, orientamento, attivazione di prestazioni sociali, nonché attivazione di interventi di rete con altre risorse o servizi pubblici e privati del territorio, al fine di indentificare percorsi di accompagnamento all'autonomia, all'empowerment e all'inclusione sociale. Ha la finalità di rafforzare l'efficacia e l'efficienza della gestione e di agevolare la programmazione e la gestione integrata degli interventi e dei servizi sociali con quelle di altri enti od organismi competenti per l'inserimento lavorativo, l'istruzione e la formazione, le politiche abitative e la salute.

Il Servizio inclusione vede la presenza di:

- 1 Responsabile del Servizio Tutela minori e famiglia
- 1 una psicologa con la funzione di tutor d'inclusione (a valere sul fondo PON inclusione avviso 3/2016)
- 1 Assistente sociale

Il responsabile del SI lavora ha la funzione di promozione e regia di accordi di collaborazione in rete con le amministrazioni competenti sul territorio in materia di servizi per l'impiego, tutela della salute e istruzione, nonché con soggetti privati territoriali attivi nel mercato del lavoro e disponibili nell'ambito degli interventi di contrasto alla povertà, con particolare riferimento agli enti non profit, in una logica che superi l'attuale frammentazione. Inoltre, ha il compito di "prendere in carico l'équipe", sia come gruppo sia come singoli professionisti.

Il tutor d'inclusione che svolge le attività di assessment volto a fornire strumenti di valutazione dell'occupabilità per ciascun utente che ha già effettuato un pre assessment con l'assistente sociale di riferimento, al fine di attivare interventi per l'inclusione attiva al lavoro o l'inclusione sociale. L'obiettivo è la realizzazione di azioni volte all'inserimento lavorativo, oppure interventi di supporto a soggetti con particolari fragilità e bisogni ovvero a soggetti inseriti in nuclei in cui vi siano bisogni complessi. I progetti possono prevedere ove necessario l'attivazione di Tirocini Riabilitativo-Risocializzanti o l'attivazione del

Sistema Dotale in collaborazione con il Collocamento Mirato e agli Enti accreditati per il lavoro. Infine il SI attiva, dove opportuno, azioni di supporto ai soggetti con particolari fragilità e bisogni ovvero a soggetti inseriti in nuclei in cui vi siano bisogni complessi (disabilità o c.d. famiglie negligenti), integrando l'analisi della loro condizione con un'analisi complessiva dei bisogni del nucleo di appartenenza, con il coinvolgimento della rete territoriale. La progettazione, in questo caso, sarà volta al sostegno della persona fragile o alla realizzazione di azioni e interventi che favoriscano il benessere del soggetto fragile del nucleo familiare di riferimento (disabile o minore), al fine di creare fattori soggettivi e ambientali che possano influenzare e sostenere il percorso di inserimento lavorativo dell'utente beneficiario del REI.

Lo sviluppo delle modalità di presa in carico a valere sul fondo povertà invece ha imposto la riorganizzazione della presa in carico da parte dell'assistente sociale dei soggetti in condizione di povertà, e al fine di potenziare la sinergia tra il SST e il Servizio Inclusine.

Si è quindi ritenuto opportuno il rafforzamento di quest'ultima equipe con l'introduzione di un assistente sociale dedicato, individuato tra le figure con un'attitudine ed una competenza specifica in materia di inclusione sociale. Tale figura sarà chiamata a promuovere la coesione e l'inclusine sociale dei beneficiari REI e dei nuclei familiari con bisogni complessi a rischio di scivolamento nella povertà, svolgendo la funzione di Case manager, referente del soggetto/nucleo familiare e della rete di attori attivati in risposta ai bisogni complessi, potenziando l'attività di progettazione integrata, la sinergia tra gli interventi e le azioni messe in campo da attori diversi sul singolo caso, il monitoraggio dell'andamento dei singoli progetti (tempistiche, raggiungimento obiettivi, lavoro in equipe), garantendo la circolarità delle informazioni necessarie a tutti gli operatori coinvolti e coordinandone gli interventi (es. psicologo, mediatore, operatore Sert, operatore coop tipo B...), infine con la funzione di presidiare i progetti di inserimento lavorativo o tirocini riabilitativi risocializzanti svolgendo attività di formazione/consulenza agli enti ospitanti

Da ultimo occorrerà analizzare il **Servizio Disabili** e valutare in termini di efficacia ed efficienza il suo funzionamento e se vi siano eventuali azioni riorganizzative da metter in campo per un efficientamento del servizio stesso. Nel corso del triennio precedente tale servizio ha rivolto la sua attenzione all'organizzazione ed al consolidamento di un rete territoriale volta alla presa in carico precoce ed integrata del soggetto disabile. Attualmente occorre valutare il funzionamento interno di tale servizio, alla luce delle azioni che sono state e che verranno messe in capo nel biennio di programmazione entrante.

CARTELLA SOCIALE INFORMATIZZATA

Considerato che Regione Lombardia già nel 2016 ha espresso la volontà di assicurare l'uniformità di realizzazione, sviluppo e utilizzo delle Cartelle Sociali Informatizzate, attraverso la definizione di elementi informativi comuni, che consentano lo sviluppo di soluzioni omogenee sul territorio lombardo, anche al fine di agevolare l'assolvimento da parte degli Enti Locali dei debiti informativi regionali e nazionali, il biennio 2019-2020 vedrà la realizzazione per tutti i servizi afferenti all'Azienda della Cartella Sociale Informatizzata.

Nell'anno 2018 la CSI è stata introdotta nel Servizio Disabili e nel Servizio Sociale Territoriale, incontrando notevoli difficoltà di implementazione.

Per CSI si intende una soluzione informatica in grado di fornire funzioni sia a livello professionale-operativo agli assistenti sociali/operatori, sia a livello amministrativo-gestionale agli Enti che devono programmare e coordinare gli interventi sociali.

La CSI deve permettere a tutti i professionisti di documentare chiaramente ogni fase ed evento del percorso socio-assistenziale in cui si articola il servizio sociale erogato; a tale scopo essa deve essere strutturata in modo tale da consentire:

1. l'automazione di procedure uniformate
2. la gestione delle informazioni a livello di assistito e di rete di relazioni
3. la collaborazione fra i diversi attori attraverso l'integrazione della documentazione professionale e interprofessionale
4. l'interscambio di dati con soggetti esterni
5. l'analisi dei dati, sia puntuali che aggregati, per la produzione di reportistica direzionale ai fini del miglioramento dei servizi erogati, di governo del sistema e di supporto alle decisioni strategiche

LABORATORI TERRITORIALI DI COMUNITÀ PERMANENTI

La comunità locale o territoriale può essere definita come un sistema, delimitato da confini geografico-amministrativi, in cui le diverse parti (gruppi formali, informali, istituzioni, cittadini) interagiscono definendosi reciprocamente e determinando la qualità della vita in essa *possibile e desiderabile*. Ogni intervento si trova a fare i conti con le possibilità che apre o richiude per i soggetti della comunità. Non solo, la relazione fra le diverse tipologie di intervento (prevenzione, recupero, assistenza, sviluppo) contribuisce a connotare la routine quotidiana attribuendo *significati e valore* alla stessa Comunità.

Ed ecco che per le persone la comunità può assumere il significato di un contenitore, un luogo da cui fuggire, una risorsa da valorizzare, un'organizzazione efficiente, un soggetto da educare, un soggetto collettivo.

In questo scenario enti pubblici e realtà del territorio che si *preoccupano* della crescita, dello sviluppo delle competenze o delle potenzialità dei diversi soggetti, interagiscono con i processi di riconoscimento e accrescimento del potere. Ma a chi è permesso divenire soggetto di empowerment e chi si preoccupa dell'empowerment della comunità?

A partire da questi interrogativi, si intendono realizzare dei **Laboratori di comunità permanenti**, uno o più laboratori per ciascuna area territoriale. Obiettivo è lo “**sviluppo di una comunità che si prende cura**” delle famiglie e dei minori, dei giovani, delle persone fragili, degli anziani e dei soggetti con disabilità.

Questi Laboratori vorrebbero sviluppare un lavoro di approfondimento di alcune tematiche che “preoccupano” la comunità territoriale nelle sue diverse componenti, istituzionali e informali.

Cosa è un laboratorio? Il termine laboratorio è impiegato con significati molto diversi in una pluralità di contesti: si parla di laboratori nell'ambito del lavoro, della ricerca, della formazione, della partecipazione, dei servizi. Pur con significati diversi, in tutti i contesti quando si parla di laboratorio in genere si descrive un **luogo** e un **processo**.

In tutti i laboratori uno o più soggetti compiono delle azioni, finalizzate ad un obiettivo specifico – ricerca, produzione, apprendimento, espressività, partecipazione, ecc. – con un'organizzazione definita e con strumenti e tecnologie appropriate.

In sostanza il termine laboratorio indica un'attività organizzata, più o meno complessa in funzione di uno scopo.

Tali laboratori potranno avere diverse funzioni: generare domande che possono aprire nuovi orizzonti, mettere in discussione ciò che è acquisito per certo e permettere di esplorare territori sconosciuti.

Questi modi di intendere la funzione dell'esperienza non sono alternativi, possono essere complementari, ma sicuramente differenti e la differenza non è di poco conto: è la differenza che c'è fra una visita o un esperimento guidato e un percorso di esplorazione.

Nella visita guidata, come nell'esperimento guidato, c'è un soggetto che conosce il percorso o l'esperimento e che guida gli altri dando indicazioni precise. Chi è guidato non ha responsabilità di scelta, né deve prendere decisioni. Deve seguire le indicazioni. E se lo fa correttamente, l'esperimento riuscirà e la visita sarà completata nel tempo previsto. La guida spiega, illustra, fornisce informazioni, risponde alle domande, soddisfa le curiosità. Molti laboratori funzionano in questo modo. Non c'è spazio per l'assunzione di responsabilità, per il rischio, per la scommessa e, alla fine, non c'è vero spazio per la partecipazione attiva né, tanto meno per il conflitto.

Ma c'è un modo diverso di vedere l'esperienza, alternativo o complementare a questo: un modo che assegna all'esperienza non la funzione di confermare/confutare, ma quello di generare domande e avere la possibilità di mettere in discussione per giungere a delineare nuovi scenari e nuovi modi di spiegare le cose. Non c'è una soluzione di cui provare o dimostrare la validità; c'è da scoprire quali domande farsi, sia sul piano individuale e molto di più su quello collettivo. Le domande pertanto non sono date da un soggetto esterno che le ha pensate prima e le propone e, di conseguenza, neanche le risposte. Il laboratorio diviene pertanto

un'importante occasione di **ricerca-azione partecipata** dalla quale si originano le domande, la motivazione ad apprendere e attraverso la quale si trovano insieme le risposte. Si sa da dove si parte, si sa la meta che si vuole raggiungere, ma rimangono molte incognite che riguardano il percorso e ciò che si potrà effettivamente scoprire via, via, ma anche la forma e il colore che prenderanno le relazioni fra i compagni di strada. Perché ciò che si trova in un percorso di esplorazione non dipende solo da ciò che c'è nell'ambiente, ma anche dagli esploratori: da ciò che cercano e che sono in grado di vedere, dagli strumenti di lettura/osservazione di cui dispongono, dalla passione con cui lo fanno e dal gruppo che sono, dalle relazioni che hanno. Meta e compagni di strada divengono elementi che compongono un'unità inscindibile. Una comunità, appunto, che è in grado di costruire significati che divengono pregnanti per le persone.

Questo secondo modo di intendere il termine Laboratorio è quello che si vorrebbe sviluppare nei nostri territori.

Perché definire questi laboratori di comunità? Il laboratorio si definisce di comunità per due principali ragioni: la prima perché nell'obiettivo è esplicitata l'intenzione di esplorare/comprendere le dinamiche della comunità. La seconda è perché i partecipanti sono una comunità, ancorché a termine, che vive, che sperimenta, che apprende studiando se stessa. Una comunità soggetto e oggetto della ricerca. La comunità è un metodo è un contenuto. E il contesto e il contenitore nel quale i soggetti individuali costruiscono la loro esperienza e nel quale si confrontano con le sfide del cambiamento. Ma è anche il soggetto collettivo che dà forma e dà significato alle azioni individuali.

Innanzitutto per comunità intendiamo un insieme di soggetti che condividono qualcosa come ad esempio cultura/identità, territorio, progetto, origine, risorse, regole... insomma qualcosa di significativo per loro, che nel bene e nel male, li rende interdipendenti e li tiene uniti. La comunità è quindi una condizione, uno stato, ma anche un divenire, un processo, un cammino fatto insieme verso mete comuni. Per comunità intendiamo anche delle relazioni specifiche che sono caratterizzate da vicinanza.

Le dimensioni che il laboratorio intende studiare, esplorare, comprendere hanno come contesto e come soggetto la comunità. Della comunità si tratta di comprendere le dinamiche. Ma le dinamiche sono il prodotto delle azioni e delle interazioni dei soggetti che divengono a loro volta oggetto di analisi.

Sotto questo punto di vista il laboratorio di comunità è un'esperienza di **Ricerca Azione Partecipata** sul e di cambiamento sociale, di un cambiamento che si produce insieme e al quale insieme si dà un significato.

Conoscere la comunità, sapersi calare nella dinamica delle relazioni sociali senza farsene risucchiare, rigenerare fiducia, promuovere la partecipazione, mettere le conoscenze di tecnici in rapporto dialettico con i saperi della comunità senza svalutarli, capire su cosa fare leva per promuovere le competenze sociali e politiche, sono saperi centrali per affrontare problemi e bisogni con gruppi di cittadini, come gli adolescenti, le famiglie, gli anziani, i lavoratori, gli immigrati... Poiché coloro che fino ad oggi sono stati considerati destinatari degli interventi divengono partner e portatori di interesse che mettono in campo le loro competenze per promuovere il benessere: la costruzione e la cura delle relazioni nell'ambito comunitario per ricercare e motivare le competenze presenti divengono quindi obiettivi del lavoro. Per fare questo occorre superare la visione un po' auto-riferita che basta avere le idee giuste perché queste si facciano strada. Chi si occupa di promozione della benessere è obbligato oggi a riconsiderare e ridefinire il proprio ruolo e svolgere diverse e molteplici funzioni a seconda delle situazioni: non solo educatore e promotore di processi cambiamenti, ma anche procacciatore e mediatore di risorse, facilitatore di gruppi e comunità territoriali, promotore di collaborazioni inter-settoriali con il pubblico, il privato e la società civile.

Dai primi incontri territoriali che si sono avuti, è emersa la volontà di incominciare i seguenti Laboratori di comunità:

1) ZONA A – PORLEZZA E VALLE CAVARGNA

Dai momenti di incontro in questo territorio è emersa l'esigenza di dare nuovi stimoli alla comunità territoriale, cercando di costruire nei cittadini un nuovo concetto di solidarietà e di bene comune verso le persone del proprio territorio. Questo a partire dal tema dell'**accoglienza**, in un'ottica di sostegno alla famiglia, con una particolare attenzione a quella con figli minori, attraverso interventi di prevenzione del

disagio, basati su metodologie di lavoro di rete, sviluppo di comunità, attivazione di reti solidali, potenziamento del sostegno e valorizzazione di una cultura della “genitorialità sociale” (reti familiari, affidi diurni, affido partecipato, auto-aiuto) in un’ottica relazionale

2) ZONA B –MENAGGIO E TREMEZZINA

In questo territorio si è posta l’attenzione su due aree di intervento:

- a) Sviluppo di azioni volte alla valutazione e/o al supporto all’**occupabilità**, sperimentando modelli innovativi di intervento, con l’obiettivo di:
 - costituire un servizio che promuova e coordini la rete territoriale di soggetti disposti a offrire occasioni di occupabilità a soggetti fragili
 - sviluppare nuovi canali di occupabilità e, magari anche, di occupazione
- b) Potenziamento e consolidamento degli interventi di tipo preventivo e riparativo rivolti alla **fascia preadolescenziale**, in un’ottica di rete territoriale

3) ZONA C – VALLE INTELVI

In Valle d’Intelvi si intende valorizzare e potenziare la rete con i diversi soggetti del territorio che hanno come target del loro operato i **giovani**. In particolar modo si ritiene utile costruire un canale comune di informazione rivolto ai giovani, che coinvolga i vari attori territoriali, collaborando con i Comuni, le associazioni culturali e sportive del territorio per l’organizzazione di eventi, manifestazioni, mostre e incontri e coinvolgendo la popolazione residente nel territorio attraverso serate specifiche

8.3 Le aree specifiche

I tavoli di lavoro che si sono costituiti hanno avuto l’obiettivo di proseguire e migliorare il percorso di “sviluppo di una comunità che si prende cura” delle famiglie e dei minori, dei giovani, delle persone fragili, degli anziani e dei soggetti con disabilità.

Gli incontri svolti nella fase di stesura del presente documento vorrebbero essere l’inizio e/o lo sviluppo di un lavoro di approfondimento di alcune tematiche che “preoccupano” la comunità territoriale nelle sue diverse componenti, istituzionali e informali.

Quanto qui delineato deriva dai lavori svolti durante questi momenti di incontro.

AREA ANZIANI

BISOGNI	OBIETTIVI	AZIONI
<p>Necessità/bisogno di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favorire la permanenza al domicilio delle persone non autosufficienti per cause legate all'età limitando o ritardando il ricorso al ricovero in strutture di tipo residenziale • Disporre di una ricca filiera di servizi a sostegno della domiciliarità con un spostamento dell'offerta dal pubblico al privato sociale un'offerta • Sostenere la qualificazione del lavoro degli assistenti familiari, affinché questi ultimi possano acquisire una buona capacità di gestione del carico assistenziale; • Promuovere un mercato regolare per il lavoro di cura • Promuovere la rete di protezione giuridica per le persone fragili, favorendo e sostenendo la presenza di amministratori di sostegno competenti nello svolgimento delle loro funzioni • Potenziare l'integrazione dei servizi sociosanitari del territorio, con particolare attenzione alla presa in carico dei soggetti cronici e/o affetti da demenza 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantenere una rete tra i diversi soggetti del territorio che si occupano di anziani e di non autosufficienza al fine di offrire una risposta efficace ed efficiente ai bisogni del territorio e valutare eventuali bisogni non soddisfatti e successivamente progettare risposte adeguate • Potenziare la filiera di servizi creata sul territorio ed erogata attraverso enti privati in modo da renderla il più possibile qualificata, articolata e flessibile così da essere maggiormente rispondente ai bisogni delle persone anziane e delle loro famiglie • Potenziare la rete privata di enti accreditati sul territorio nel reperimento e formazione sul campo del personale dedicato all'assistenza familiare (badanti) per contrastare il mercato nero delle prestazioni e garantire un'assistenza più qualificata, garantita e stabile • Mantenere il canale unico di accesso • Mantenere l'integrazione socio-sanitaria soprattutto nel caso in cui il bisogno sia contemporaneamente sociale e sanitario, attraverso la valutazione congiunta del bisogni, potenziando il lavoro dell'equipe multidisciplinare. • Conciliare i tempi di lavoro con i tempi di cura delle famiglie con persone anziane 	<p><u>CONSOLIDAMENTO DEL SISTEMA DI ACCREDITAMENTO</u></p> <p>Consolidare ulteriormente il sistema di accreditamento per l'assistenza al domicilio di soggetti anziani e per l'erogazione di prestazioni a sostegno delle famiglie che si avvalgono di assistente familiare.</p> <p><u>DEFINIZIONE DI UN PROTOCOLLO DI COLLABORAZIONE CON ASST</u></p> <p>Vista la riorganizzazione del sistema territoriale socio sanitario, si ritiene imporrante definire dei protocolli operativi con ASST, al fine di proseguire il lavoro di integrazione sviluppatosi negli anni, che prevedevano:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ coordinamento periodico programmato tra gli operatori ▪ formulazione dei budget di cura integrati ▪ valutazione multidimensionale dei bisogni ▪ formazione congiunta sul campo <p><u>SOSTEGNO ALLE AZIONI INNOVATIVE PROMOSSE DAI SOGGETTI DA SOGGETTI PRIVATI O DEL PRIVATO SOCIALE</u> (si vedano documenti allegati)</p> <p>➤ RSA APERTA: l'azione prevede l'erogazione di servizi, interventi, prestazioni erogabili da RSA, in una logica di multiservizi, per una presa in carico integrata della persona al proprio domicilio.</p>

	<ul style="list-style-type: none">• Potenziare la rete della protezione giuridica e la disponibilità dello strumento dell'amministratore di sostegno	<p>➤ RESIDENZIALITÀ ASSISTITA: l'azione prevede interventi e prestazioni sociosanitarie rivolte a persone che presentano condizioni di fragilità e necessitano di una soluzione abitativa con caratteristiche di protezione sociosanitaria.</p> <p><u>PROMUOVERE FORME ALTERNATIVE ALL'ASSISTENZA DOMICILIARE UTILI PER PERMETTERE LA PERMANENZA A DOMICILIO DEI SOGGETTI ANZIANI</u></p> <p>Promuovere sinergie affinché la rete territoriale implementi azioni quali: il trasporto sociale a favore di soggetti anziani e il servizio pasti a domicilio</p> <p><u>SVILUPPARE MAGGIORMENTE LE AZIONI LEGATE ALLO SPORTELLO ASSISTENTI FAMILIARI ED AL REGISTRO ASSISTENTI FAMILIARI</u></p>
--	--	---

AREA DISABILI

BISOGNI	OBIETTIVI	AZIONI
<ul style="list-style-type: none"> • Ridefinire la presa in carico (fase osservativa/valutativa e fase di progettualità) dei ragazzi disabili in età scolare, rivisitando, in alcuni casi, la strutturazione del servizio di assistenza educativa scolastica • Disporre, a livello territoriale, di un'offerta potenziata per quanto riguarda i percorsi riabilitativi rivolti alle persone con disabilità • Disporre di contesti e realtà in cui accogliere: <ul style="list-style-type: none"> – persone disabili non collocabili nel mondo lavorativo ordinario, ossia persone che, pur in possesso di competenze cognitive e relazionali sufficientemente adeguate, non raggiungono un livello di professionalizzazione tale da consentirgli l'ingresso nel mercato del lavoro ma che, allo stesso tempo, potrebbero trarre beneficio dall'inserimento in realtà protette produttive, anche a carattere sperimentale (ad esempio, laboratori produttivi che riproducano le caratteristiche di un ambiente lavorativo mantenendo un sufficiente grado di protezione); – persone disabili non immediatamente collocabili e/o che richiedono una valutazione delle competenze. Per questo target, in relazione alle singole progettualità individualizzate, è necessario prevedere: <ul style="list-style-type: none"> ○ progettualità all'interno di servizi di 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantenere la rete dei servizi esistenti in un'ottica di miglioramento • Mantenere i tavoli di confronto territoriali al fine valutare eventuali bisogni non soddisfatti e successivamente progettare risposte adeguate • Consolidare il sistema di servizi ed i percorsi di presa in carico rivolti ai minori con disabilità • Mantenere lo strumento dell'equipe multidisciplinare, in un'ottica di integrazione tra i servizi socio-sanitari territoriali ed il terzo settore, al fine di garantire progetti di vita integrati e rispondenti ai bisogno del disabile e della sua famiglia • Sviluppare il tema della conciliazione dei tempi di lavoro dei genitori e i tempi di cura dei figli disabili • Migliorare la presa in carico dei ragazzi disabili in età scolare al fine di sviluppare un adeguato processo di osservazione e valutazione e di realizzare una progettualità il più aderente possibile al bisogno educativo specifico • Promuovere, in collaborazione con i diversi attori del territorio che si occupano di disabilità, il potenziamento a livello territoriale dell'offerta di percorsi riabilitativi rivolti alle persone con disabilità 	<p style="text-align: center;"><u>RIORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DEI SERVIZI RIVOLTI AI MINORI DISABILI</u></p> <p>Si prevede la riorganizzazione del sistema dei servizi rivolti ai minori disabili in un'ottica di miglioramento e maggior efficacia dei processi di presa in carico, valutazione e definizione della progettualità. All'interno dell'attuale sistema multidisciplinare di presa in carico del minore disabile e della sua famiglia, emerge la necessità di rafforzare i processi valutativi con particolare riferimento al minore disabile al fine di orientare in modo ancor più efficace le progettualità di Vita e, parallelamente, organizzare risposte appropriate.</p> <p style="text-align: center;"><u>PERCORSI INNOVATIVI A FAVORE DI UTENTI POST – TRAUMATICI</u></p> <p>Si prevede la strutturazione, in un'ottica di sperimentazione territoriale, di percorsi innovativi nella presa in carico di utenti post-traumatici, in collaborazione con i soggetti del territorio che si occupano di disabilità</p> <p style="text-align: center;"><u>ACCOMPAGNARE I SOGGETTI DEL TERZO SETTORE AFFINCHÉ SVILUPPINO CONTESTI E REALTÀ IN CUI ACCOGLIERE:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – persone disabili non collocabili nel mondo lavorativo ordinario – persone disabili non immediatamente collocabili e/o che richiedono una valutazione delle

<p>formazione all'autonomia (SFA), qualora sia necessario un percorso di osservazione e/o di acquisizione di prerequisiti utili all'inserimento professionale; tale servizio potrebbe prevedere l'affiancamento educativo nella fase di inserimento in sede lavorativa fino al raggiungimento della completa autonomia.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ attivazione di strumenti quali dote disabili o tirocini riabilitativo risocializzanti (TRR) qualora la persona, acquisiti i prerequisiti fondamentali per il mondo produttivo, debba sperimentarsi in percorsi all'interno di ambienti lavorativi (azienda e cooperative di tipo B) ○ inserimento/assunzione all'interno di cooperative di tipo B <p>– persone collocabili che hanno terminato positivamente percorsi di rafforzamento dei prerequisiti lavorativi e sperimentazione dell'ambito lavorativo attraverso gli strumenti previsti dalla normativa (TRR, DOTE...). In queste situazioni si rende necessario sensibilizzare nuove piccole/medie imprese all'interno delle quali poter svolgere percorsi propedeutici all'inserimento lavorativo, destinati non solo alle persone con disabilità, ma anche a persone in situazione di evidente fragilità.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disporre di percorsi innovativi nella presa in carico dei pazienti post-traumatici che ad oggi non ricevono una risposta efficace 	<ul style="list-style-type: none"> • Sviluppare, in un'ottica di sperimentazione, percorsi innovativi nella presa in carico dei pazienti post-traumatici • Promuovere, in collaborazione con i diversi attori del territorio che si occupano di disabilità, la programmazione di risposte adeguate relativamente alle fasce di popolazione disabile che ad oggi manifestano bisogni non ancora adeguatamente soddisfatti, come declinato nell'analisi dei bisogni 	<p>competenze</p> <p>– persone disabili collocabili che hanno terminato positivamente percorsi propedeutici all'inserimento lavorativo</p>
--	--	--

AREA MALTRATTAMENTO FEMMINILE

BISOGNI	OBIETTIVI	AZIONI
<ul style="list-style-type: none">• Garantire una rete di protezione a favore delle donne vittime di violenza	<ul style="list-style-type: none">• Promuovere una maggiore cooperazione tra i servizi esistenti sul territorio• Mantenere la rete tra i diversi soggetti del territorio che si occupano di femminile al fine di:<ul style="list-style-type: none">➤ Offrire una risposta efficace ed efficiente ai bisogni della donna➤ Valutare eventuali bisogni non soddisfatti e successivamente progettare risposte adeguate	<p><u>RIVEDERE E ATTUALIZZARE LE LINEE GUIDA OPERATIVE TERRITORIALI IN MATERIA DI VIOLENZA/MALTRATTAMENTI NEI CONFRONTI DI DONNE</u></p>

AREA FRAGILITÀ TERRITORIALE

BISOGNI	OBIETTIVI	AZIONI
<ul style="list-style-type: none"> • Consolidare l'integrazione socio-sanitaria al fine di far fronte alla diverse problematicità di queste tipologie di utenza, coniugando l'area prettamente sanitaria con quella di pertinenza sociale • Ottimizzare le risorse disponibili nel territorio attraverso il consolidamento del lavoro di rete • Consolidare l'integrazione interna tra i servizi 	<ul style="list-style-type: none"> • Promuovere una maggiore cooperazione tra i servizi esistenti sul territorio • Coordinare le risorse ed i servizi interni all'azienda, ottimizzando le risorse disponibili. • Mantenere la rete tra i diversi soggetti del territorio che si occupano di disagio legato alla salute mentale ed alle dipendenze: <ul style="list-style-type: none"> ○ Offrire una risposta efficace ed efficiente ai bisogni del territorio ○ Valutare eventuali bisogni non soddisfatti e successivamente progettare risposte adeguate 	<p><u>CREAZIONE DI PROTOCOLLI OPERATIVI CON I SERVIZI AZIENDALI E CON I ALTRI SERVIZI TERRITORIALI</u></p> <p>In particolar modo si ritiene necessario definire dei protocolli operativi con il Servizio Inclusione Sociale, con il Servizio Tutela Minori, data la riorganizzazione dello stesso, e con i servizi ASST, alla luce della nuova organizzazione territoriale (DSM – SerT – Consultorio Familiare)</p> <p><u>MANTENIMENTO DEI TAVOLI DI RETE TERRITORIALI</u></p> <p>Nella presa in carico di un soggetto/nucleo familiare che si trova in una situazione di momentanea difficoltà è opportuno che le risorse messe in campo dai diversi soggetti istituzionali o meno siano conosciuti e coordinati al fine di ottimizzare tali risorse e rendere maggiormente funzionali gli interventi messi in campo.</p> <p><u>UTILIZZO DELL'APPROCCIO RELAZIONALE PER LA PRESA IN CARICO</u></p> <p>Il servizio di Fragilità Sociale intende proseguire con la modalità già sperimentata di presa in carico dei soggetti e dei nuclei famigliari basata sull'approccio relazionale, che considera la persona/famiglia come una collaboratrice attiva nella costruzione dell'intervento sociale.</p>

AREA INCLUSIONE SOCIALE (POVERTÀ – LAVORO – STRANIERI)

BISOGNI	OBIETTIVI	AZIONI
<ul style="list-style-type: none"> • Garantire una presa in carico adeguata ai soggetti beneficiari del reddito di cittadinanza • Bisogno dei soggetti fragili di essere valutati e accompagnati in un percorso di occupabilità • Avere una rete territoriale di soggetti disposti a offrire occasioni di occupabilità a soggetti fragili • Mancanza di strumenti e opportunità flessibili e mirate all'inclusione lavorativa di soggetti fragili • Consolidare l'integrazione interna tra i servizi • Qualificare il sistema scolastico in contesti multiculturali, anche attraverso azioni di contrasto alla dispersione scolastica • Promuovere l'accesso ai servizi per l'integrazione di persone straniere 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementare un servizio che garantisca una presa in carico adeguata ai soggetti beneficiari del reddito di cittadinanza • Promuovere una maggiore cooperazione tra i servizi esistenti sul territorio • Coordinare le risorse ed i servizi interni all'azienda, ottimizzando le risorse disponibili • Promuovere e coordinare una rete territoriale di soggetti disposti a offrire occasioni di occupabilità a soggetti fragili. • Sviluppare delle azioni specifiche per garantire una adeguata valutazione e/o supporto all'occupabilità • Favorire l'inclusione scolastica delle persone straniere • Favorire l'accesso servizi per l'integrazione di persone straniere 	<p style="text-align: center;"><u>PRESA IN CARICO DEI SOGGETTI BENEFICIARI DEL REDDITO DI CITTADINANZA</u></p> <p>I beneficiari del Reddito di Cittadinanza, che presentano un bisogno complesso, saranno presi in carico dal Servizio Inclusione che procederà ad una valutazione multidimensionale, effettuata da assistente sociale e psicologo, del nucleo familiare al fine di avviare il percorso di attivazione sociale e lavorativa coinvolgendo, oltre ai servizi per l'impiego, altri enti territoriali competenti. La valutazione multidimensionale sarà composta da un'analisi preliminare e da un quadro di analisi approfondito che mettono in luce bisogni e punti di forza della famiglia al fine di condividere con la famiglia gli interventi e gli impegni necessari a garantire il percorso di fuoriuscita dalla povertà che verranno sottoscritti con il Patto per l'inclusione sociale.</p> <p style="text-align: center;"><u>SVILUPPO DI AZIONI VOLTE ALLA VALUTAZIONE E/O AL SUPPORTO ALL'OCCUPABILITÀ</u> limitatamente alle competenze che la normativa attribuisce ai servizi sociali</p> <p>Si intende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • costituire un servizio che promuova e coordini la rete territoriale di soggetti disposti a offrire occasioni di occupabilità a soggetti fragili. • accompagnare i soggetti in carico ai Servizi

Territoriali e Specialistici dell'Azienda che necessitano di valutazione e/o supporto all'occupabilità, attraverso azioni mirate svolte dagli operatori del S.I. avvalendosi di strumenti e competenze specifiche in tale ambito

REALIZZAZIONE DI INTERVENTI DI RETE VOLTI ALL'INCLUSIONE SOCIALE DI STRANIERI

Si intendono realizzare azioni volte a :

- **Qualificare il sistema scolastico in contesti multiculturali, anche attraverso azioni di contrasto alla dispersione scolastica, attraverso:**
 - realizzazione di laboratori linguistico-culturali negli istituti scolastici dell'Ambito di Menaggio
 - servizi extrascolastici rivolti ai minori stranieri dell'Ambito di Menaggio.
- **Promuovere l'accesso ai servizi per l'integrazione, attraverso:**
 - la costituzione di un servizio di Mediazione linguistico culturale
 - il supporto alle azioni promosse dal CPIA di Como sul territorio.

AREA MINORI E FAMIGLIA

BISOGNI	OBIETTIVI	AZIONI
<ul style="list-style-type: none"> • Sostenere la famiglia nel proprio compito educativo • Favorire la presa in carico precoce delle situazioni di disagio • Consolidare l'integrazione socio-sanitaria al fine di far fronte alla diverse problematicità di queste tipologie di utenza, coniugando l'area prettamente sanitaria con quella di pertinenza sociale • Ottimizzare le risorse disponibili nel territorio attraverso il consolidamento del lavoro di rete • Garantire l'unitarietà della presa in carico dei nuclei famigliari sottoposti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria • Valorizzare una cultura della "genitorialità sociale" • Consolidare l'integrazione interna tra i servizi • Sostenere nella crescita i minori appartenenti alla fascia d'età 10-18 • Consolidare il tema del penale minorile 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantenere e consolidare i servizi esistenti • Sostenere la rete tra i diversi soggetti del territorio che si occupano di minori • Confermare e consolidare i protocolli e le convenzioni in essere atti a favorire un processo di presa in carico integrato • Promuovere una maggiore cooperazione tra i servizi esistenti sul territorio • Sostenere la famiglia, con una particolare attenzione a quella con figli minori, attraverso interventi di prevenzione del disagio, basati su metodologie di lavoro di rete, sviluppo di comunità, attivazione di reti solidali, potenziamento del sostegno e valorizzazione di una cultura della "genitorialità sociale" (reti familiari, affidi diurni, affido partecipato, auto-aiuto) in un'ottica relazionale • Coordinare le risorse ed i servizi interni all'azienda, ottimizzando le risorse disponibili • Consolidare e potenziare interventi specifici di tipo preventivo e riparativo per i ragazzi preadolescenti • Sviluppare una modalità di presa in carico specifica per le situazioni legate al penale minorile. 	<p style="text-align: center;"><u>UTILIZZO DELL'APPROCCIO RELAZIONALE PER LA PRESA IN CARICO</u></p> <p>Il servizio Tutela minori e famiglia intende proseguire con la modalità già sperimentata di presa in carico dei soggetti e dei nuclei famigliari basata sull'approccio relazionale, che considera la persona/famiglia come una collaboratrice attiva nella costruzione dell'intervento sociale.</p> <p style="text-align: center;"><u>IMPLEMENTAZIONE DELLE AZIONI PREVISTE DALLA CONVENZIONE CON I SERVIZI DELL'ASST IN MATERIA DI TUTELA DEI MINORI SOTTOPOSTI A PROVVEDIMENTO DELL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA</u></p> <p>Al fine di garantire l'unitarietà della presa in carico dei nuclei famigliari sottoposti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria, tale convenzione, sottoscritta fino allo scorso anno con ASST Valtellina e Medio Lario, prevedeva che le prestazioni sanitarie di psicologie, previste dalle linee guida per la tutela dei minori DGR n.4821 del 15.02.2016, fossero garantite dall'ente gestore dell'Ufficio di Piano attraverso il proprio servizio tutela minori. Dal 2019 si intende dare continuità alle azioni previste.</p> <p style="text-align: center;"><u>IMPLEMENTAZIONE DEGLI STRUMENTI OPERATIVI E DELLE MODALITÀ DI COLLABORAZIONE PREVISTI DALLE</u></p>

- Implementare la rete tra i diversi soggetti del territorio che si occupano di infanzia al fine di:
 - Offrire una risposta efficace ed efficiente ai bisogni del territorio
 - Valutare eventuali bisogni non soddisfatti e successivamente progettare risposte adeguate
 - Promuovere e realizzare azioni integrate di sostegno al nucleo familiare volte alla tutela della vita in tutte le sue fasi, con particolare attenzione al tema della conciliazione.
- Definire le linee guida in merito alla segnalazione ed alla presa in carico congiunta di situazioni in stato di disagio

LINEE GUIDA PER LA COLLABORAZIONE TRA I SERVIZI SPECIALISTICI DELL'ASST E IL SERVIZIO TUTELA MINORI

Al fine di integrare gli interventi a favore dei minori e delle loro famiglie tra i diversi servizi coinvolti, tali linee guida, sottoscritte fino allo scorso anno con ASST Valtellina e Medio Lario, prevedevano degli strumenti operativi e delle modalità di collaborazione consolidati. Dal 2019 si intende dare continuità alle modalità definite in tale protocollo.

REVISIONE E SVILUPPO DELLE "LINEE GUIDA PER I RAPPORTI TRA IL SERVIZIO TUTELA MINORI E FAMIGLIA DELL'AZIENDA SOCIALE CENTRO LARIO E VALLI E LE ISTITUZIONI SCOLASTICHE DEL DISTRETTO DI MENAGGIO IN PRESENZA DI MINORI CHE SI TROVANO IN SITUAZIONI DI PREGIUDIZIO"

Tale documento sottoscritto tra i servizi e le istituzioni scolastiche del territorio nell'anno 2009, necessita di una revisione a fronte di un'esperienza consolidata di integrazione tra le parti, per valutare punti di forza e di debolezza di queste linee guida. In tale documento verranno inserite anche le scuole secondarie di secondo grado, precedentemente escluse (allargando il contenuto alle modalità operative e di integrazione tra servizi e scuole nel caso di minori autori di reato).

POTENZIAMENTO DEGLI INTERVENTI DI TIPO PREVENTIVO E RIPARATIVO RIVOLTI ALLA FASCIA

PREADOLESCENZIALE

La presa in carico di soggetti preadolescenti può prevedere l'attivazione di specifici interventi tarati su questa specifica fascia evolutiva: Spazio dopo la scuola e Servizio di Formazione all'autonomia minori. Appare opportuno, a seguito di un'analisi del bisogno, consolidare e potenziare tali interventi.

ÈQUIPE PENALE MINORILE

I minori sottoposti a provvedimento penale hanno una diversa modalità di presa in carico rispetto all'apertura di un procedimento civile o amministrativo a capo di un nucleo familiare. Per tale ragione appare opportuno mantenere l'équipe con gli operatori che sono già coinvolti nella presa in carico di questa tipologia di soggetti, attraverso modalità e strumenti operativi maggiormente strutturati.

AZIONI VOLTE ALLA SENSIBILIZZAZIONE TERRITORIALE SUL TEMA DELL'ACCOGLIENZA DI MINORI E FAMIGLIE IN CONDIZIONE DI DISAGIO

Si pensa di sviluppare delle azioni territoriali che coinvolgano le diverse realtà esistenti già sensibili al tema dell'accoglienza al fine di sviluppare un modello di reti solidali, valorizzando una cultura di genitorialità sociale

AREA POLITICHE GIOVANILI DI TIPO PREVENTIVO

BISOGNI	OBIETTIVI	AZIONI
<ul style="list-style-type: none"> • Necessità di far sentire i giovani protagonisti del proprio territorio • Necessità di sviluppare competenze relative ai social network e in generale all'uso consapevole di internet, al fine di prevenire e contrastare fenomeni di cyberbullismo, ludopatie, dipendenza da internet • Necessità di stimolare interessi e competenze critiche relative alle arti in generale, favorendo la creatività anche attraverso l'uso dei media di produzione e diffusione delle immagini e dei suoni • Necessità di stimolare una conoscenza approfondita del patrimonio culturale e ambientale del territorio, al fine di sviluppare abilità e conoscenze che possano far acquisire competenze spendibili nel mondo del lavoro 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantenere e consolidare i servizi esistenti • Favorire il protagonismo giovanile • Portare i giovani ad essere maggiormente consapevoli in merito all'utilizzo di internet e social network, diminuendo i fenomeni di cyberbullismo e dipendenze • Rendere i giovani maggiormente consapevoli delle proprie competenze e attitudini, al fine di un inserimento positivo all'interno del contesto territoriale 	<p><u>SVILUPPARE GLI SPAZI AGGREGATIVI GIÀ ESISTENTI COME LUOGHI DI REGIA PER L'ORGANIZZAZIONE DELLE INIZIATIVE TERRITORIALI</u></p> <p>Nello specifico si intende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promuovere azioni di sensibilizzazione in merito all'uso e all'abuso di sostanze, ma anche in merito alle dipendenze denominate "senza sostanze" - Utilizzare il canale video per la realizzazione di corti, interviste e documentari, in cui i ragazzi siano i protagonisti di tutte le fasi di lavorazione: stesura, sceneggiatura, realizzazione e montaggio - Implementare le iniziative di formazione rivolte al modo giovanile <p><u>VALORIZZARE E POTENZIARE LA RETE CON I DIVERSI SOGGETTI DEL TERRITORIO CHE HANNO COME TARGET DEL LORO OPERATO I GIOVANI</u></p> <p>In particolar modo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Collaborando con i Comuni, le associazioni culturali e sportive del territorio per l'organizzazione di eventi, manifestazioni, mostre e incontri - Coinvolgendo la popolazione residente nel territorio attraverso serate specifiche - Costituendo un canale comune di informazione rivolto ai giovani, che coinvolga i vari attori territoriali

9 SISTEMA DI VALUTAZIONE

9.1 *Permessa*

Come già precedentemente detto, la realizzazione del Piano di Zona comporta sicuramente la necessità per gli enti locali, ma anche per la Regione, la Provincia, le associazioni di utenti, i sindacati, l'associazionismo, le imprese sociali, di individuare gli strumenti per la valutazione dei risultati ottenuti con il ricorso a questa nuova modalità di programmazione interistituzionale.

Nella valutazione del Piano da parte di questi soggetti, del resto, possono scontrarsi interessi assai diversi: coesistono necessità di controllo della spesa da parte delle Regioni, di presidio di determinate politiche sociali da parte di soggetti che esercitano funzioni di *advocacy*, di raccolta dati da parte di chi gestisce il sistema informativo, ecc.

Il problema della valutazione è quindi strettamente connesso al tipo di soggetto valutatore, ed è fuorviante pensare di introdurre un solo strumento di valutazione, lo "strumento ufficiale per la valutazione del Piano", mentre appare ben più utile ragionare in termini di pluralità di strumenti e soprattutto di pluralità approcci, ecco perchè si parla di sistema di valutazione.

Facendo riferimento al fine del Piano di zona, chiamato a definire le politiche sociali integrate sul territorio, si potrebbe essere indotti a pensare che la valutazione debba riguardare solo i risultati in termini di impatto sociale delle politiche definite con il Piano di zona; la presenza di diversi soggetti interessati alla valutazione, tuttavia, rende preferibile assumere un approccio più articolato che tenga in considerazione le diverse esigenze concorrenti nel processo di valutazione.

9.2 *Come, cosa, perché valutare*

Per valutazione intendiamo qui un'attività tesa alla produzione sistematica di informazioni per misurare, analizzare e confrontare le azioni progettuali con l'intento di migliorarle.

Ipotizziamo di costruire la valutazione su modalità diverse di approccio:

A) VALUTARE PER SCEGLIERE (TRA ALTERNATIVE)

La sfida cognitiva di questo tipo di valutazione consiste nel costruire un sistema che permetta di razionalizzare e, in ultima istanza, legittimare il processo decisionale, attraverso il quale saranno riconosciuti meriti, opportunità e bisogni e sarà operata la scelta prevista. In altri termini si tenta di rispondere alla domanda: "quale tra gli n° oggetti analizzati si adatta meglio alle intenzioni progettuali?"

B) VALUTARE PER GESTIRE (ORGANIZZAZIONI)

Occorre misurare ciò che l'organizzazione ha prodotto e confrontarlo con ciò che l'organizzazione avrebbe dovuto (o potuto) produrre. Si parla di valutazione della performance per far riferimento all'insieme di tutte le caratteristiche che descrivono l'operato dell'organizzazione: costi di produzione, volume di attività, qualità delle prestazioni, impiego delle risorse umane. La domanda che motiva questa forma di valutazione è: "quanto bene una determinata organizzazione (o parte di essa) sta svolgendo il compito che le è stato affidato?"

C) VALUTARE PER RENDERE CONTO (A SOGGETTI ESTERNI)

Il concetto si riferisce ad un'idea di trasparenza e di valenza comunicativa. Dalle informazioni raccolte si offre a soggetti esterni un'idea complessiva delle strategie d'intervento adottate dall'organizzazione, delle motivazioni che stanno dietro a tali strategie, delle attività realizzate e dei risultati conseguiti. La domanda rilevante è: "ciò che è stato fatto dall'organizzazione riesce ad adempiere agli impegni assunti?"

D) VALUTARE PER APPRENDERE (L'UTILITÀ DELLE SOLUZIONI ADOTTATE)

Questo approccio ha una forte valenza retrospettiva, ovvero analizza decisioni ed attività del passato. E' volto essenzialmente a far imparare qualcosa di nuovo sull'utilità degli interventi sociali. Una conoscenza che assume valore al di fuori dei ristretti ambiti nei quali la valutazione è stata concepita perché riguarda i processi d'implementazione e gli effetti conseguiti.

Il passaggio delicato è misurare il peso degli atteggiamenti e i modi di pensare dei singoli attori coinvolti nella messa in opera dell'intervento. Essi, decidendo di percorrere alcuni sentieri attuativi e non altri, possono determinare l'efficacia progettuale e il suo proseguo futuro.

Inoltre occorre rilevare i cambiamenti prodotti come effetti raggiunti dall'azione progettuale, cioè in altri termini ricostruire ciò che sarebbe successo a coloro che sono stati oggetto dell'azione, se non lo fossero stati.

E) VALUTARE PER MOTIVARE (UNA COLLETTIVITÀ VERSO LO SCOPO COMUNE)

Lo scopo è inserito all'interno di un processo dialogico e di riflessione collettiva più ampio, che prevede numerose interazioni e scambi con la comunità di attori a vario titolo coinvolti nell'intervento. L'ambizione consiste nel suscitare tra gli attori un misto di partecipazione e motivazione derivante da una maggiore conoscenza dei fatti e finalizzato al raggiungimento di una finalità comune. Dunque: "come è possibile motivare la collettività a far proprio l'intervento e a muoversi verso una comune direzione di cambiamento?".

Non esiste un modo univoco di concepire la valutazione. E' sempre necessario distinguere e chiarire la valutazione di cui si ha bisogno sulla base delle domande alle quali si vuol dare risposta.

9.3 Valutazione come processo partecipato

Il sistema di valutazione del quinto Piano di Zona dell'Ambito territoriale di Menaggio, come nei trienni precedenti, è finalizzato a presidiare il monitoraggio è l'esame sistematico e continuo dello stato di avanzamento dell'iniziativa progettuale singola che si svolge durante l'attuazione del Piano.

Il monitoraggio comporta:

- raccolta e analisi delle informazioni;
- predisposizione di rapporti (report) periodici di monitoraggio.

In quanto tale il monitoraggio presuppone una fase di ricerca delle informazioni che si attua sulla base di un panel di indicatori di tipo quantitativo e qualitativo.

Il monitoraggio rappresenta uno strumento di lavoro che sarà costruito in modo partecipato e, dovendo necessariamente passare per la definizione di un vocabolario comune a tutti i soggetti, faciliterà il coordinamento, orizzontale e verticale e l'integrazione delle reti sia a livello pubblico sia a livello privato.

La valutazione nel Piano di Zona è in grado di innescare una crescita di consapevolezza degli attori del territorio, sui processi a cui prendono parte. In questo senso anche la valutazione si caratterizza come atto partecipato e collegiale, non specifico e individuale e per questo in grado di promuovere azioni a partire dalla condivisione dei linguaggi. È un evento puntuale, realizzato in un momento ben preciso e definito della vita del progetto, in particolare ex ante, in itinere ed ex post.

Il monitoraggio e la valutazione si realizzeranno in tre fasi consequenziali:

FASE 1 o pre-monitoraggio a cui corrisponde la valutazione ex ante: Questa fase è finalizzata a verificare la coerenza delle azioni (tipologia, modalità, strumenti, tempi etc.) che si intendono realizzare con gli obiettivi che il Piano si è proposto di raggiungere. I destinatari del premonitoraggio sono da individuare tra i diversi livelli di responsabilità istituzionale e i singoli responsabili delle azioni/servizi/sperimentazioni. I risultati ottenuti dalla valutazione ex ante, raccolti in una scheda (report), consentiranno di definire gli indicatori, qualitativi e quantitativi, sulla base dei quali sarà possibile avviare la seconda fase di monitoraggio.

FASE 2: le azioni di monitoraggio per la valutazione in itinere: Sulla base degli indicatori precedentemente individuati vengono predisposti gli strumenti e decise le modalità di raccolta dei dati (rilevazioni, questionari, osservazioni dirette, interviste, discussioni di gruppo/focus group etc.). L'attenzione sarà rivolta sia alle informazioni di tipo descrittivo, sia ai processi attivati. I destinatari del monitoraggio per la valutazione in itinere sono tutti gli stakeholders del progetto a partire dagli operatori, gli utenti-partecipanti alla sperimentazione, le associazioni partner, la rete degli enti e delle istituzioni pubbliche e private coinvolte etc...

I risultati ottenuti, adeguatamente sistematizzati, consentiranno la verifica delle prassi adottate, ne misureranno la coerenza o gli eventuali scostamenti rispetto agli obiettivi iniziali e ai risultati attesi, evidenzieranno le soluzioni migliori per dare risposte di maggiore efficacia, registreranno l'insorgere di effetti problematici non previsti.

FASE 3: la valutazione ex post: Il processo di monitoraggio si conclude con la stesura di un report conclusivo che rende conto dei risultati e degli impatti rispetto agli obiettivi iniziali. Nel caso del quinto Piano di zona la valutazione dei risultati ex post è destinata in modo particolare a fare emergere le opportunità di capitalizzazione dell'esperienza progettuale, in altri termini la possibilità concreta che il territorio nelle sue molteplici articolazioni assuma come "buone pratiche" quelle che si sono dimostrate migliori e che si possano riprodurre anche in altri contesti.

10 PIANO DI FINANZIAMENTO

10.1 Premessa

La programmazione del Piano di Zona e l'attuazione degli obiettivi e delle azioni previste è sostenuta da diversi canali di finanziamento che concorrono alla copertura dei costi:

- Fondo Nazionale Politiche Sociali
- Fondo Sociale Regionale
- Fondo Povertà
- Risorse Autonome dei Comuni
- Altre risorse (assegnazioni a seguito di intese a livello nazionale; concorso alla spesa da parte dell'utenza, finanziamenti da altri enti, ecc.)

La programmazione economica-finanziaria rappresenta la traduzione in termini "contabili" delle azioni previste nei piani: nel Distretto di Menaggio la programmazione associata contempla pressoché ogni ambito di bisogno e di intervento, pertanto la quota delle risorse autonome dei comuni a cofinanziamento del Piano è praticamente la medesima della spesa sociale dei comuni.

In merito alla gestione delle risorse di derivazione nazionale e regionale si sottolinea che:

- il Fondo Nazionale Politiche Sociali è finalizzato prevalentemente a sostenere e sviluppare la realizzazione di progetti/interventi, le azioni di programmazione e coordinamento svolte attraverso gli Uffici di Piano, nonché i costi derivanti da forme di gestione associata che rappresentano tutti i comuni dell'ambito;
- il Fondo Sociale Regionale è finalizzato al cofinanziamento delle unità di offerta afferenti alle aree minori, disabili, anziani ed integrazione lavorativa. Il Fondo Sociale Regionale, pur costituendo una risorsa economica di fatto erogata agli enti gestori pubblici e privati situati nell'ambito distrettuale, rientra nel sistema di budget unico, in quanto il suo utilizzo deve essere deciso e gestito localmente all'interno di una unitarietà di scopi rispetto agli obiettivi e agli interventi definiti dalla programmazione associata;
- le risorse autonome dei comuni rappresentano l'effettivo impegno alla programmazione associata e all'attuazione della rete locale delle unità di offerta sociali; Fondo Nazionale Politiche Sociali e Fondo Sociale Regionale costituiscono in tal senso risorse aggiuntive e non sostitutive di quelle comunali.

Anche per il biennio 2019-2020 è essere istituito a livello di distretto un **fondo di solidarietà**, sia in attuazione dell'art. 4 comma 4 della l.r.34/2004, sia per rispondere ai bisogni locali. Il Piano prevede la destinazione del Fondo di Solidarietà per tipologia di intervento; le modalità di accesso da parte dei comuni; le modalità di utilizzo e, annualmente, la dotazione finanziaria.

Coerentemente con gli indirizzi normativi, le risorse del Fondo Nazionale Politiche Sociali e del Fondo Sociale Regionale non sono destinate a singoli comuni, ma sono assegnate all'Azienda Sociale, che cura la gestione dei fondi secondo criteri di massima trasparenza.