

# PIANO DI ZONA 2018 – 2020 Ambito 11 GARDA

BEDIZZOLE

CALVAGESE DELLA RIVIERA

DESENZANO DEL GARDA

GARDONE RIVIERA

GARGNANO

LIMONE SUL GARDA

LONATO DEL GARDA

MAGASA

MANERBA DEL GARDA

MONIGA DEL GARDA

PADENGHE SUL GARDA

POLPENAZZE DEL GARDA

POZZOLENGO

PUEGNAGO DEL GARDA

SALO'

SAN FELICE DEL BENACO

SIRMIONE

SOIANO DEL LAGO

TIGNALE

TOSCOLANO MADERNO

TREMOSINE SUL GARDA

VALVESTINO

AZIENDA SPECIALE CONSORTILE GARDA SOCIALE



---

**INDICE**
**CAPITOLO 1 – LE POLITICHE SOCIALI SOVRA TERRITORIALI**

1. INTEGRAZIONE SANITARIA SOCIO SANITARIA E SOCIALE	1
1.1 <i>Il contesto territoriale e demografico</i>	1
1.2 <i>Le patologie croniche</i>	8
2. RETE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI E SOCIALI	9
2.1 <i>Rete unità di offerta sociale</i>	9
2.2 <i>Rete unità di offerta socio sanitaria</i>	10
3. VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE INTEGRATA	14
4. AREA FRAGILITÀ	16
4.1 <i>Non autosufficienza</i>	16
4.2 <i>Integrazione scolastica</i>	26
4.3 <i>Protezione giuridica</i>	29
5. AREA DIPENDENZE – SALUTE MENTALE – PROMOZIONE DELLA SALUTE	31
5.1 <i>Dipendenze</i>	31
5.2 <i>Salute mentale</i>	37
5.3 <i>Promozione della salute</i>	45
6. MINORI E FAMIGLIA	49
6.1 <i>Donne e violenza di genere</i>	51
6.2 <i>Tutela minori</i>	53
7. CONCILIAZIONE VITA – LAVORO	56
8. CARTELLA SOCIALE INFORMATIZZATA	60
9. LE POLITICHE SOVRADISTRETTUALI (COORDINAMENTO PROVINCIALE UFFICI DI PIANO)	62
9.1 <i>Politiche abitative</i>	66
9.2 <i>Politiche sociali del lavoro</i>	70
9.3 <i>Nuove povertà e inclusione sociale</i>	74

## CAPITOLO 2 – LE POLITICHE SOCIALI LOCALI E I PROCESSI DI COMUNITÀ

1. ANALISI DEL CONTESTO	81
1.1 Geografia	81
1.2 Demografia	82
1.3 Esiti Del Triennio Di Programmazione 2015/2017	91
2. RISORSE	100
3. PROSPETTIVE	102
4. STRUMENTI	104
5. OBIETTIVI STRATEGICI	105
6. ORGANI DI GOVERNO	110
7. LE POLITICHE LOCALI	113
7.1 Politiche Familiari	113
7.2 Politiche Abitative	137
7.3 Politiche Lavorative	140
7.4 Politiche Di Inclusione Sociale E Contrasto Alle Povertà	146

## CAPITOLO 1 – LE POLITICHE SOCIALI SOVRA TERRITORIALI

### 1. INTEGRAZIONE SANITARIA SOCIOSANITARIA E SOCIALE

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

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

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

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

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

#### *1.1 Il contesto territoriale e demografico*

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

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

Al 31/12/2017 il numero di assistiti era 1.177.365, di cui l'1,57% non residente. A questi vanno aggiunte 22.530 persone in carico solo per un periodo limitato nel corso del 2017 poiché decedute (N=10.551) o emigrate nel corso dell'anno. La piramide demografica ([Figura 2](#)) evidenzia una maggior numerosità di femmine

(50,6%) in virtù di una loro maggior presenza nelle fasce oltre i 60 anni: tra le classi sotto i 50 anni risultano inferiori del 5,2% rispetto ai maschi, la percentuale dei sessi è simile tra i 50enni; il rapporto si inverte dopo i 60 anni, aumentando progressivamente. Infatti, le femmine oltre gli 80 anni sono circa il doppio dei maschi (48.008 vs 25.257). L'età media della popolazione a dicembre 2017 era di 44,1 anni, più elevata nelle femmine (45,5) che nei maschi (42,7), inferiore rispetto a quella nazionale (44,9 anni) e regionale (44,8 anni).

Figura 1: densità abitativa ATS Brescia nel 2017

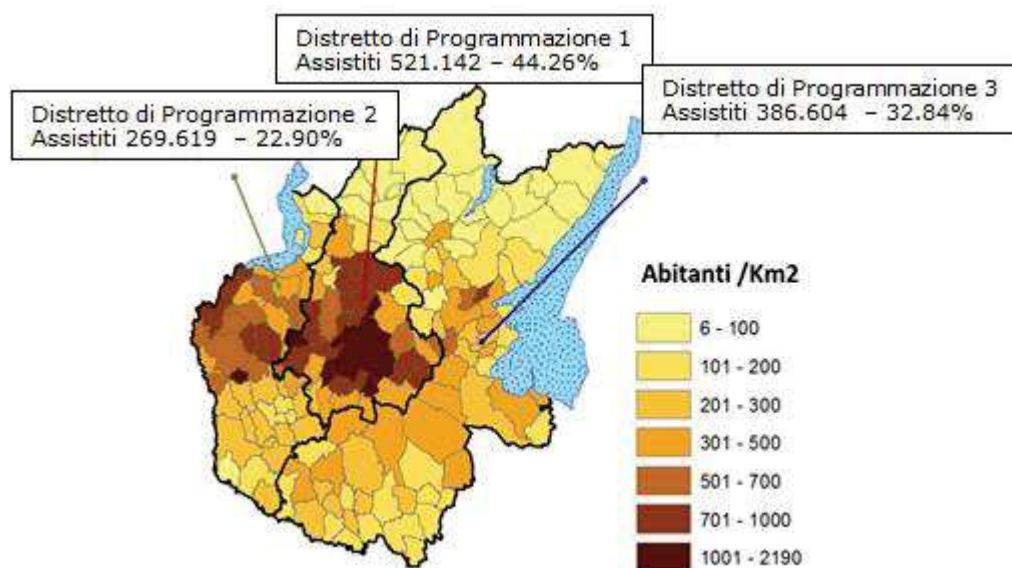
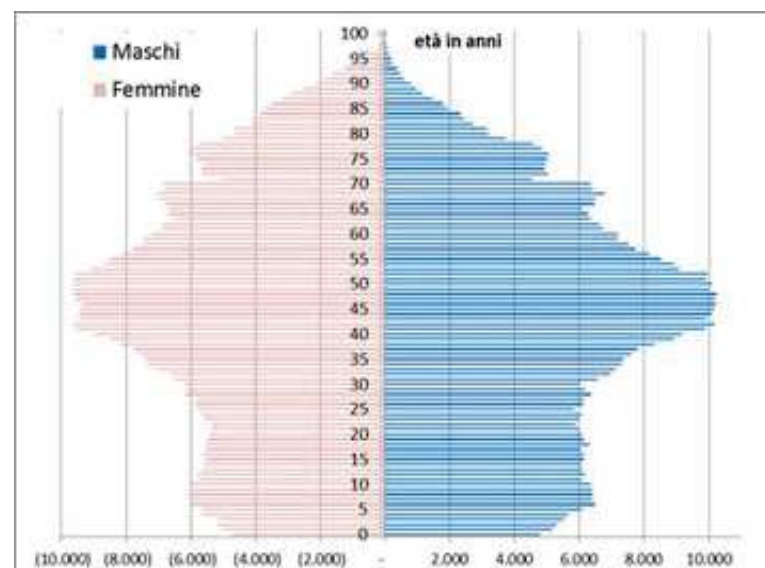


Figura 2: Piramide demografica ATS Brescia nel 2017



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

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

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

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

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

\* N° morti ultimi 12 mesi solo in base ai dati anagrafici

<sup>§</sup> **Indice di vecchiaia** = [popolazione con età superiore a 65 anni/popolazione con età inferiore a 15 anni]\*100

<sup>\$</sup> **Tasso natalità** = [numero di nati vivi /popolazione nello stesso periodo] \*1.000

<sup>£</sup> **Tasso fecondità grezzo** = [numero di nati vivi da donne in età feconda (15-49 anni)/ popolazione femminile in età feconda] \*1.000

<sup>&</sup> **Tasso grezzo di mortalità** = [numero di morti in una popolazione/popolazione nello stesso periodo] \*1.000

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

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

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

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



Tasso di crescita naturale		-2,9	0,6	0,3	-1,5	-1,8	0,6	2,0	-0,8	-0,6	0,9	-2,4	-2,5
Stranieri	N.	39.721	11.229	11.628	12.823	4.593	7.511	17.236	8.764	18.627	10.581	16.548	9.725
	%	18,8	11,3	11,7	11,2	8,4	12,7	17,6	15,5	15,8	15,9	13,3	12,8
Donne 15-49 anni	N.	42.939	21.751	21.163	23.694	11.444	12.512	21.379	12.083	25.156	14.761	26.644	15.735

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

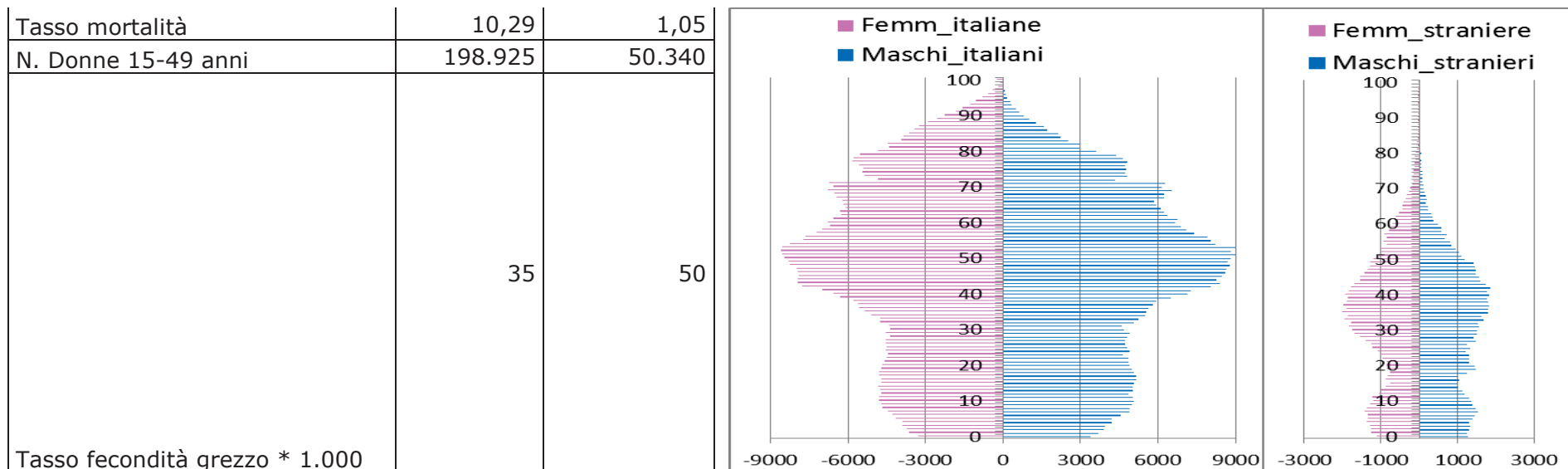
Alcune delle variazioni demografiche registrate negli ultimi anni sono da ascrivere ai mutamenti della popolazione straniera. Nel 2017 gli stranieri assistiti sul territorio di ATS Brescia (esclusi coloro senza permesso di soggiorno) rappresentavano il 14,4% del totale, una percentuale quasi doppia rispetto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

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

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

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

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



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

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

La popolazione straniera negli Ambiti Distrettuali presenta alcune differenze:

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

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

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

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

## 1.2 Le patologie croniche

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

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

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

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

## 2. RETE DEI SERVIZI SOCIOSANITARI E SOCIALI

### 2.1 Rete unità di offerta sociale

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

## 2.2 Rete unità di offerta sociosanitaria

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

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

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



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

## OBIETTIVI E AZIONI PER L'INTEGRAZIONE SANITARIA SOCIOSANITARIA E SOCIALE

### 3 Valutazione multidimensionale integrata

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

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

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

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

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

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

### ELEMENTI DI PROGRAMMAZIONE 2018-2020

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

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

## 4. AREA FRAGILITA'

### 4.1 Non autosufficienza

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

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

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

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

AMBITI DISTRETTUALI	Persone inserite in UdO Area Disabilità (Teste)	CDD	Classificazione SIDi persone inserite				
			Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5
1	264	128	25	41	34	17	11
2	86	60	16	15	16	7	6
3	88	67	14	7	25	11	10
4	113	66	9	18	18	10	11
5	42	31	7	3	12	7	2
6	31	20	3	3	12	0	2
7	34	24	4	10	8	2	0
8	40	30	9	8	8	3	2
9	193	75	15	14	24	9	13
10	57	35	8	3	15	6	3
11	120	71	27	9	17	6	12
12	80	46	17	9	18	0	2
<i>residenti Fuori ATS</i>	96	3	1	0	2	0	0
	<b>Totale</b>	<b>CDD</b>	<b>Classe 1</b>	<b>Classe 2</b>	<b>Classe 3</b>	<b>Classe 4</b>	<b>Classe 5</b>
<b>Persone inserite in UdO (teste)</b>	1244	656	155	140	209	78	74

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Nell'ambito dei bisogni emergenti:

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

## ELEMENTI DI PROGRAMMAZIONE 2018-2020

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

## 4.2 Integrazione scolastica

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

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

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

Con la sottoscrizione dell'Accordo a livello provinciale venivano sottolineate la valenza attribuita alla pluralità dei punti di vista e la ricerca di efficaci modalità di condivisione e comunicazione tra tutte le parti, per permettere il superamento degli specialismi e la frammentazione degli interventi. A fine 2016 da una consultazione di tutti i soggetti coinvolti nel garantire interventi per l'integrazione scolastica, per evidenziare punti forza e criticità in vista di una revisione dell'Accordo, veniva sottolineata l'importanza dello stesso come *strumento di lavoro* e di *accompagnamento* nella programmazione di processi per l'integrazione ma nello stesso tempo la necessità di rafforzare un confronto a livello di singolo Ambito attivando tavoli di lavoro locali sull'integrazione e favorire una applicazione omogenea dell'Accordo su tutto il territorio.

Di fatto si è ritenuto di rinviare la revisione dell'Accordo Provinciale in attesa dei Decreti attuativi in particolare del Dec.leg.66/17 "Norme per la promozione dell'inclusione scolastica degli studenti con disabilità".

In tale Decreto, così come nella DGR 6832 del 30.06.2017 "Approvazione Linee Guida per lo svolgimento dei servizi di supporto dell'inclusione scolastica degli studenti con disabilità", viene ribadito che l'inclusione scolastica è attuata attraverso la definizione e la condivisione del PEI quale parte integrante del Progetto Individuale (art.14 della L. 328/2000), in capo al Comune. Sono state inoltre definite le competenze in capo a Regione in relazione alla scuola superiore e ai disabili sensoriali, con il coinvolgimento dei Comuni e dell'ATS.

Ne consegue per il prossimo triennio l'importanza di proseguire un lavoro di confronto tra tutte le realtà istituzionali tenendo presenti i diversi e molteplici approcci possibili, all'interno di una rete i cui nodi sono strettamente collegati.

In particolare l'obiettivo è pervenire ad un nuovo Accordo Provinciale ridefinendo compiti e modalità di interazione tra le istituzioni oltre che condividere criteri per l'assegnazione delle risorse in particolare di competenza dei Comuni

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

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

## ELEMENTI DI PROGRAMMAZIONE 2018-2020

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



### 4.3 Protezione giuridica

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

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

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

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

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

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

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

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

Al Gruppo di Coordinamento sono affidate le seguenti funzioni:

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

## ELEMENTI DI PROGRAMMAZIONE 2018-2020

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

## 5. AREA DIPENDENZE – SALUTE MENTALE – PROMOZIONE DELLA SALUTE

### 5.1 Dipendenze

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

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

La rete di offerta delle Dipendenze comprende, inoltre:

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

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

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

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

Le Comunità Terapeutiche sono diversificate in modo da offrire una gamma il più articolata possibile, rivolta alle necessità delle persone che vi accedono. Ai Sensi della Dgr. n.12621/2003, i Servizi presenti sul territorio vengono ricondotti alle seguenti tipologie di funzionamento:

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

realizzano in modo esclusivo, sia in unità d'offerta con moduli specifici. La durata del trattamento specialistico non supera un arco di tempo di 18 mesi.

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

- Servizi di trattamento specialistico per coppie, soggetti con figli, nuclei familiari: accolgono persone dipendenti per le quali è prevista la convivenza comunitaria con i propri figli e/o con i propri partners. Questo tipologia di Servizi è residenziale.
  - Servizi di trattamento specialistico per pazienti in comorbidità psichiatrica: accolgono persone tossicodipendenti e alcolodipendenti che presentano anche disturbi psichiatrici, sulla base di un'apposita certificazione rilasciata dal SerT/NOA/SMI in accordo con i Servizi della Psichiatria.
  - Servizi di trattamento specialistico per alcol e polidipendenti: accolgono persone dipendenti da alcol e da altre sostanze. Questa tipologia di servizi è residenziale.
- Unità d'offerta residenziali a bassa intensità assistenziale: unità d'offerta sociosanitarie rivolte a persone con problemi di tossico e alcol dipendenza con pregressi pluriennali percorsi terapeutici ambulatoriali o residenziali, difficoltà di reinserimento sociale, abitativo, relazionale, comorbidità. Si tratta di una unità d'offerta rivolta a utenti stabilizzati, ovvero non in una fase attiva di dipendenza, la quale propone una serie di attività e prestazioni finalizzate al raggiungimento del massimo grado di autonomia possibile.

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

Struttura	Ente gestore	Sede	Tipologia Utente	Servizi	Posti
Comunità Terapeutica Femminile di Adro	Cooperativa di Bessimo	Adro	Femminile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	10
				Servizio comorbidità psichiatrica residenziale	5
Comunità Terapeutica di Paitone	Cooperativa di Bessimo	Paitone	Femminile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	16
				Servizio alcol e polidipendenti	7
Comunità di Manerbio	Cooperativa di Bessimo	Manerbio	Maschile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	19
				Servizio alcol e polidipendenti	6
Comunità Terapeutica Maschile "Bessimo" Orzinuovi	Cooperativa di Bessimo	Orzinuovi	Maschile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	12
				Servizio alcol e polidipendenti	6
Comunità Terapeutica Villa Bina	Cooperativa di Bessimo	Gottolengo	Femminile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	17
				Servizio alcol e polidipendenti	6
Comunità di Ponteviso	Cooperativa di Bessimo	Ponteviso	Coppie	Servizio coppie soggetti con figli nuclei familiari	24
Comunità Il Calabrone Brescia	Cooperativa Il Calabrone	Brescia	Maschile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	18
Comunità Il Calabrone Collebeato	Cooperativa Il Calabrone	Collebeato	Maschile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	20
Comunità Exodus	Fondazione Exodus	Lonato d/ Garda	Maschile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	15
				Servizio comorbidità psichiatrica residenziale	2

La Farnia	Comunità Fraternità-Cooperativa Sociale	Ospitaletto	Maschile	Servizio comorbidità psichiatrica residenziale	10
Il Platano	Comunità Fraternità-Cooperativa Sociale	Ospitaletto	Maschile	Servizio comorbidità psichiatrica residenziale	15
Il Frassino	Comunità Fraternità-Cooperativa Sociale	Travagliato	Maschile	Servizio pedagogico riabilitativo residenziale	10
				Servizio alcol e polidipendenti	5
Comunità Residenziale	GAIA Società Cooperativa Sociale	Lumezzane	Maschile	Servizio pedagogico riabilitativo residenziale	8
Comunità Semiresidenziale	GAIA Società Cooperativa Sociale	Lumezzane	Mista	Servizio pedagogico riabilitativo semiresidenziale	12
Comunità Donatello	Coop Il Mago di OZ	Brescia	Maschile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	29
Comunità Carebbio	Carebbio - Società Cooperativa Sociale	Sale Marasino	Maschile	Servizio pedagogico riabilitativo residenziale	9
Comunità Aperta S. Luigi	Cooperativa Sociale Comunità Aperta San Luigi	Visano	Maschile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	25
				Servizio comorbidità psichiatrica residenziale	4
Comunità Terapeutica Ai Rucc e dintorni	Società Cooperativa Sociale	Vobarno	Maschile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	12
Comunità Pinocchio	Pinocchio Società Cooperativa Sociale	Rodengo Saiano	Maschile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	22
				Servizio alcol e polidipendenti	4
				Servizio comorbidità psichiatrica residenziale	3
Casa San Giuseppe	Cooperativa Con- Tatto	Brescia	Maschile	Servizio a bassa intensità residenziale	8

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

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

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

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

- Tossicodipendenti
- Alcolodipendenti
- Tabagisti
- Giocatori Problematici o Patologici (GAP)

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

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

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

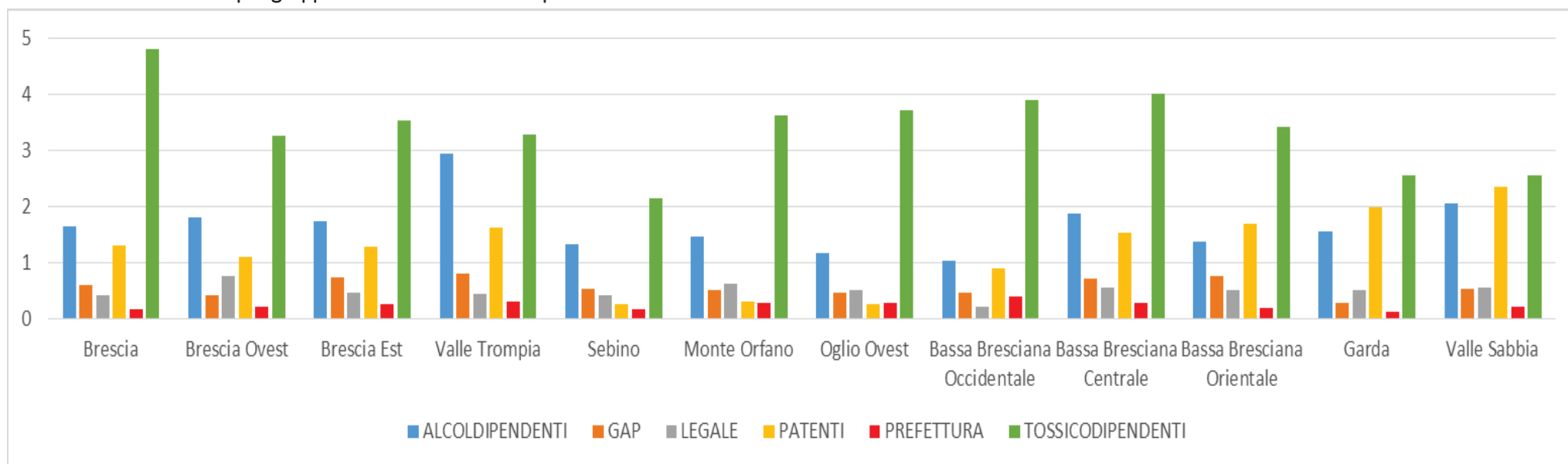
Tabella 3– Distribuzione utenza servizi ambulatoriali - Dati ATS Brescia

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

Il totale per singola categoria è diverso dalla somma degli utenti in quanto una persona può essere seguita, in momenti diversi dell'anno, da servizi diversi. La distribuzione per Ambito Distrettuale (Grafico 1) evidenzia:

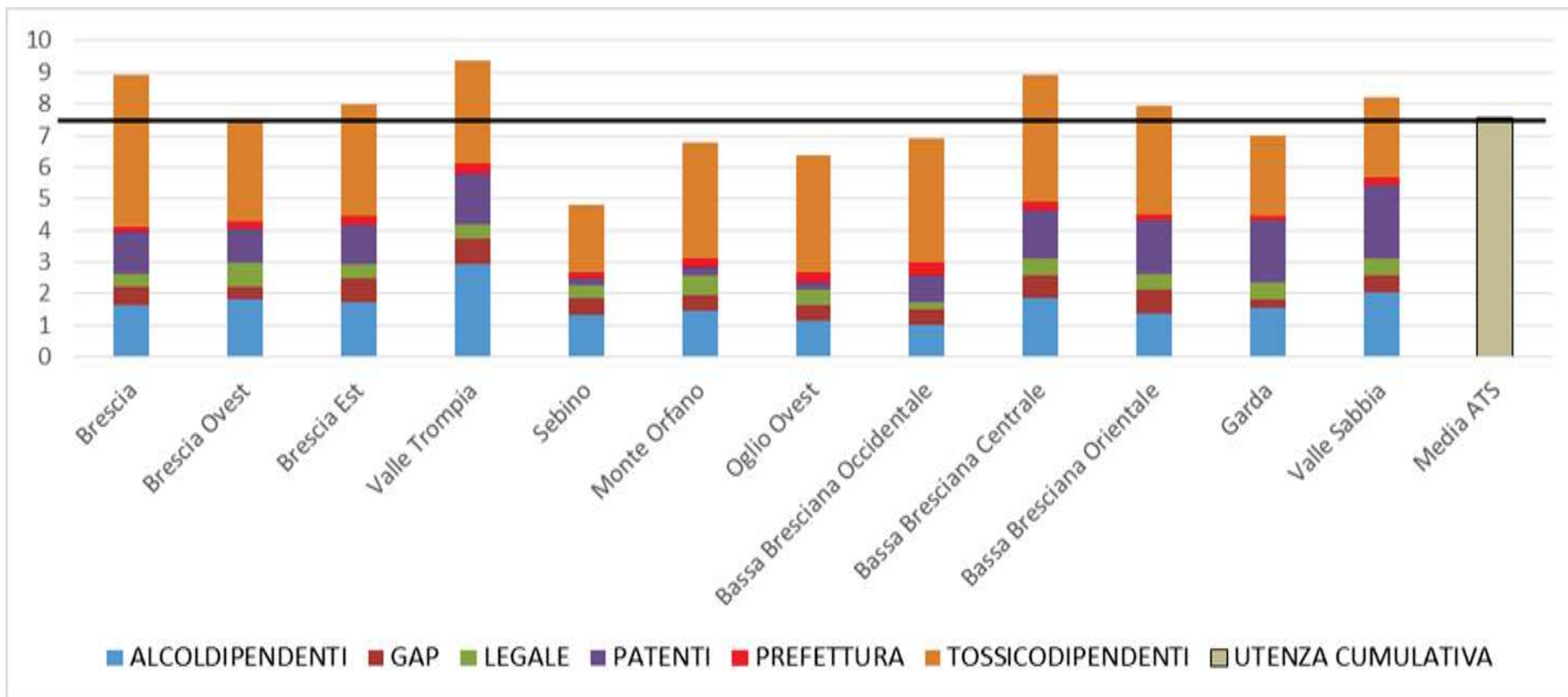
- un'elevata prevalenza di utenza con Disturbi da Uso di Sostanze nell'Ambito 1 Brescia, mentre la prevalenza più bassa si registra nell'Ambito 5 Sebino
- nell'Ambito 4 Valle Trompia si registra un'elevata prevalenza di utenza seguita per Disturbi da Uso di Alcol
- i territori dell'Ambito 12 Valle Sabbia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

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



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

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





## 5.2 Salute mentale

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

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

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

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

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

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

denominata “altri consumatori senza diagnosi”, comprende i soggetti che nel corso dell’anno hanno avuto almeno 2 ricette di farmaci specifici o almeno 2 prestazioni ambulatoriali specifiche.

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

<b>Disturbi psichici e comportamentali (F00-F99)</b>	N	% relativa	Prevalenza % / popolazione
Disturbi psichici di natura organica, compresi quelli sintomatici (F00-F09)	10.14 2	10,1%	0,8%
Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive (F10-F19)	7.889	7,8%	0,7%
Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti (F20-F29)	6.581	6,5%	0,5%
Disturbi dell’umore [affettivi] (F30-F39)	20.90 9	20,7%	1,7%
Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi (F40-F48)	20.20 7	20,0%	1,7%
Sindromi comportamentali associate a disfunzioni fisiologiche e a fattori fisici (F50-F59)	947	0,9%	0,1%
Disturbi della personalità e del comportamento nell’adulto (F60-F69)	4.209	4,2%	0,4%
Ritardo mentale (F70-F79)	5.583	5,5%	0,5%
Disturbi dello sviluppo psicologico (F80-F89)	7.133	7,1%	0,6%
Disturbi comportamentali e della sfera emozionale con esordio abituale nell’infanzia e nell’adolescenza (F90-F98)	3.943	3,9%	0,3%
Disturbo mentale non specificato (F99)	2.099	2,1%	0,2%
Altri consumatori	37.91 6	37,6%	3,2%
<b>TOTALE</b>	<b>100.8 65</b>	<b>100,0 %</b>	<b>8,4%</b>

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

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

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

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

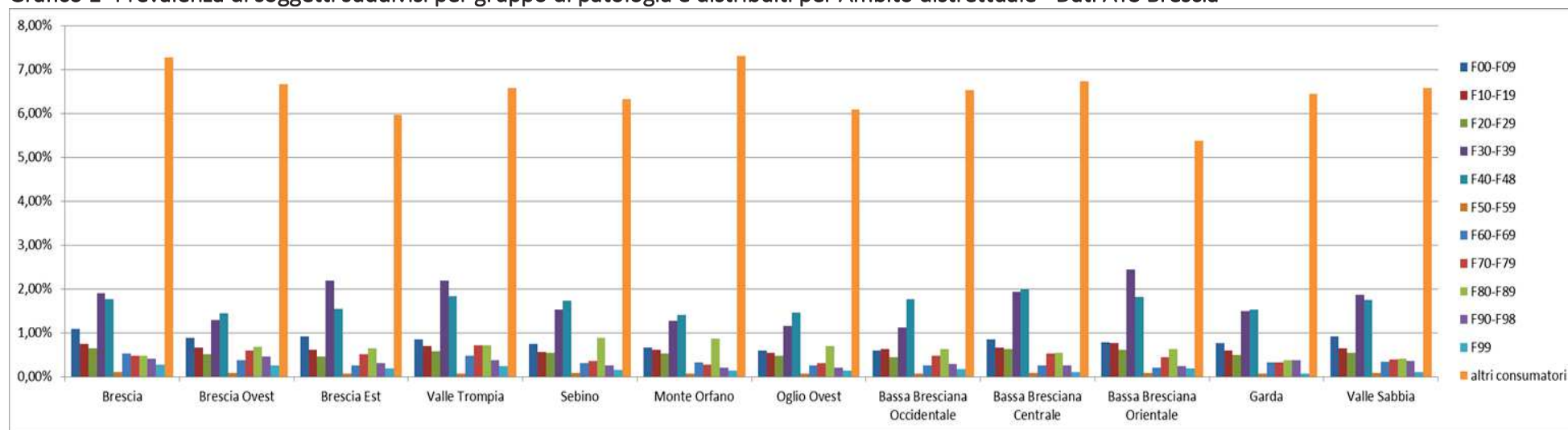
In Tabella vengono riportati i soggetti con una diagnosi di patologia psichiatrica, ovvero un codice ICD10 "Disturbi psichici e comportamentali (F00-F99)", suddivisi per gruppo di patologia e distribuiti per Ambito distrettuale. Il Grafico 1 ne riporta la prevalenza.

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

	<b>AMBITO DISTRETTUALE</b>											
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>
F00-F09	2.346	898	931	977	412	405	603	339	1.028	528	972	703
F10-F19	1.614	670	617	805	312	370	538	366	809	522	767	499
F20-F29	1.378	519	457	659	304	312	472	257	754	413	634	422
F30-F39	4.112	1.307	2.199	2.528	844	774	1.147	649	2.336	1.660	1.906	1.447
F40-F48	3.823	1.469	1.571	2.124	963	855	1.456	1.026	2.383	1.241	1.936	1.360
F50-F59	211	76	71	72	48	42	70	42	99	62	87	67

F60-F69	1.145	373	256	551	171	202	247	150	296	138	419	261
F70-F79	1.014	601	520	831	203	168	307	277	644	300	419	299
F80-F89	1.040	686	644	827	489	523	696	365	654	425	477	307
F90-F98	884	456	303	437	140	120	213	166	310	159	475	280
F99	585	259	191	264	87	79	129	99	124	122	75	85
altri consumatori	15.755	6.748	6.025	7.643	3.524	4.421	6.071	3.781	8.112	3.663	8.198	5.103

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



Il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD) è una struttura gestionale e funzionale deputata alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi mentali e di dipendenza. Il DSMD assume come principio ispiratore il 'prendersi cura della persona' creando una rete di servizi in grado di realizzare percorsi di cura integrati fra l'ospedale, il territorio, i servizi sociosanitari e sociali. Il DSMD garantisce interventi appropriati ed efficaci, secondo standard di qualità accreditati, in grado di cogliere i bisogni differenziati degli utenti, intervenendo con equipe formate, coinvolgendo attivamente e motivando l'utente nelle fasi di pianificazione e attuazione al proprio percorso di cura. Il DSMD inoltre promuove tutte le azioni necessarie a combattere lo stigma ed a tutelare i pieni diritti dei cittadini affetti da disturbi mentali e di dipendenza. La presenza, all'interno del DSMD, di strutture

territoriali (CPS), ospedaliere (SPDC), Residenziali riabilitative e assistenziali a diverse intensità (CRA, CRM, CPA, CPM, RL) e semiresidenziali (CD) consente di seguire la persona con disturbi mentali in modo continuo, organico e integrato, rispondendo ai diversi bisogni che possono configurarsi.

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

### Tipologia dei Servizi

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

- Centro Diurno (CD): struttura semiresidenziale con funzioni riabilitative. Si svolgono numerosissime attività, individuali e di gruppo, interne ed esterne al CD, volte al conseguimento di maggiori abilità e al miglioramento del funzionamento del paziente.

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

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

Le principali aree di intervento sono:

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

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

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

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

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

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

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

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

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



### 5.3 Promozione della salute

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sono 105 i plessi di scuola primaria con attivi pedibus che coinvolgono direttamente 5574 studenti e 1844 volontari attivi; 35 Istituti Comprensivi con 49 plessi partecipano al programma regionale "Life Skills Training" per un totale di 350 classi interessate, tra prime, seconde e terze per un totale di

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

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

Per ridurre l'abitudine tabagica nella popolazione generale è attiva la collaborazione con le ASST (Consultori Familiari, Ambulatori certificativi e vaccinali, alcune Divisioni Mediche del Presidio Ospedaliero Spedali Civili), con i Medici competenti delle Aziende aderenti al progetto WHP e con i Farmacisti per l'utilizzo del Minimal Advice individuato dalla letteratura come strumento efficace per la prevenzione del tabagismo accompagnato, per tutti gli interessati alla disassuefazione, da informazioni utili all'accesso ai Centri per il Trattamento del Tabagismo (CTT). L'esperienza che, nell'ultimo triennio, ha permesso un coinvolgimento in modo omogeneo su tutto il territorio di competenza di ATS, degli Enti Locali, delle ASST attraverso i Servizi specialistici, i Servizi del Privato accreditato e gli Enti del Terzo Settore è rappresentata dalla Rete del Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) che ha visto protagonisti i Comuni che hanno beneficiato di finanziamenti regionali a seguito di bandi della D.G. Territorio, urbanistica, difesa del suolo e Città Metropolitana. A seguito del D.d.u.o n.6426 del 31 maggio 2017, sono in totale 13 le progettualità attivate dagli Enti Locali/Comunità Montane sul territorio dell'ATS di Brescia di cui 9 rifinanziate e 4 di nuovo finanziamento: 4 progetti vedono attiva la partnership di ATS. ATS ha svolto un ruolo di raccordo in rete per tutte le progettualità.

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

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

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

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

## ELEMENTI DI PROGRAMMAZIONE 2018-2020

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

## 6. MINORI E FAMIGLIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 6.1 Donne e violenze di genere

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

Nella tabella sottostante, i dati relativi alle segnalazione da parte dei Pronto soccorso ai Consulteri Familiari

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

**Donne vittime di violenza -  
Segnalazione dei Pronto Soccorso ai Consultori Familiari  
Anno 2017**

<b>Pronto Soccorso</b>	<b>Senza richiesta di presa in carico</b>	<b>Con richiesta di presa in carico</b>	<b>Totale</b>
Iseo	19	14	33
Chiari	21	25	46
<b>Totale ASST</b>	<b>40</b>	<b>39</b>	<b>79</b>
Montichiari	15	10	25
Manerbio	16	31	47
Desenzano	23	19	42
Gavardo	30	28	58
<b>Totale ASST</b>	<b>84</b>	<b>88</b>	<b>172</b>
<b>Totale Complessivo</b>	<b>253</b>	<b>199</b>	<b>452</b>



## 6.2 Tutela minori

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

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

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

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

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

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

## ELEMENTI DI PROGRAMMAZIONE 2018-2020

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

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

## 7. CONCILIAZIONE VITA E LAVORO

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

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

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

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

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

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

## RISULTATI TRIENNALITÀ PRECEDENTE 2014-2016

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

## ELEMENTI DI PROGRAMMAZIONE 2018-2020

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

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

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

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

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

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

realizzando il pieno coinvolgimento dei 12 Ambiti distrettuali.

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

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

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

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

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

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

## 8. CARTELLA SOCIALE INFORMATIZZATA

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

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

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

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

### ELEMENTI DI PROGRAMMAZIONE 2018-2020

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



Adeguamento delle estrazioni dei dati per i flussi informativi finalizzati alle rendicontazioni richieste da Regione Lombardia					Documentazione di adeguamento delle soluzioni SWH adottate in ottemperanza alle indicazioni regionali		
--	--	--	--	--	---	--	--

---

## *9 LE POLITICHE SOVRADISTRETTUALI (COORDINAMENTO PROVINCIALE UFFICI DI PIANO ATS DI BRESCIA)*

---

Nel riprendere oggi i contenuti del Piano di Zona 2015/2017 relativamente alla parte riferita alle politiche sociali sovra-distrettuali la prima impressione che ne deriva – come del resto avviene anche rispetto ad altri temi importanti presenti nel documento - è un certo stupore e subito dopo una certa soddisfazione nel verificare come alcune letture, interpretazioni, preoccupazioni, auspici lì indicati trovino, a distanza di tre anni da quando sono state scritte, una sorta di conferma o di condivisione anche da parte di altri livelli di programmazione. Indirettamente tale soddisfazione è accompagnata dalla conferma espressa dai fatti che effettivamente l'Ufficio di Piano – il Coordinamento degli Uffici di Piano – sono luoghi di corretta lettura e interpretazione dei fenomeni sociali del nostro territorio, ma anche strumenti di “presidio” delle politiche sociali, delle novità, dei cambiamenti, delle differenze, viste però in una logica di ricomposizione, riconnessione, condivisione.

Per comprendere correttamente quanto sopra richiamato è necessario ricordare come già a partire dal Piano di Zona 2012/2014 e poi confermato nel Piano di Zona 2015/2017, in modo condiviso e omogeneo, tutti i dodici Ambiti distrettuali dell'ex ASL di Brescia, oggi ATS, hanno previsto nella propria programmazione una sezione specifica dedicata alle politiche sovra distrettuali, politiche che hanno tratto il loro fondamento e presupposto nell'operatività del Coordinamento provinciale degli Uffici di Piano (di seguito definito sinteticamente “Coordinamento”), costituito dai Responsabili/Coordinatori dei dodici Uffici di Piano degli Ambiti Distrettuali appartenenti al territorio dell'ATS di Brescia.

Come già scritto, le motivazioni che negli anni hanno portato alla nascita del Coordinamento degli Uffici di Piano sono da ascrivere alla necessità e utilità, riconosciuta da tutti i territori, di disporre di un luogo “(o meglio di uno spazio mentale)” di incontro, confronto, sintesi, approfondimento, valutazione, limatura delle differenze, supporto e decisione tecnica, nell'ambito del quale affrontare in modo coordinato le difficoltà e le novità che la partita dei Piani di Zona ha certamente portato nei territori, compresa la necessità e l'utilità di definire delle politiche sovra-distrettuali.

Negli anni tale organismo si è fortemente radicato nella realtà bresciana e ha lavorato in modo costante rispetto ai vari temi che la Regione Lombardia o l'ASL/ATS o i soggetti del territorio hanno posto nel tempo, anticipando di fatto la costituzione della Cabina di Regia, prevista dalla Regione Lombardia a partire dal 2013, anche se di fatto quest'ultimo organismo si occupa prioritariamente di tematiche di carattere più propriamente socio sanitarie.

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

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

Proprio per tale consuetudine di lavoro integrato, per la riconoscibilità, per la capacità di ricercare soluzioni condivise ma anche per il “RI - CONOSCIMENTO che comunque vari attori del territorio (il mondo dell’associazionismo, della cooperazione, del sindacato, ecc.) esprimono nei confronti del Coordinamento, è stato possibile mantenere attivo il lavoro integrato con ATS (che ha di fatto sostituito l’ex ASL nei rapporti con il Coordinamento), fin dai primi passaggi che hanno accompagnato l’ applicazione della riforma socio sanitaria lombarda, trovandosi di fatto ad essere quasi inevitabilmente, all’interno del processo di cambiamento istituzionale ed organizzativo in atto, uno degli elementi di maggiore stabilità del sistema.

L’interlocuzione con ATS si è mantenuta costante, al di là delle difficoltà di capire fino in fondo - e soprattutto nella gestione quotidiana - la nuova funzione attribuita dalla legge regionale all’Agenzia di Tutela della Salute.

Tale processo ha richiesto un po’ di tempo e vari passaggi anche organizzativi, ma oggi di fatto anche il processo della nuova programmazione zonale, che conferma come obiettivo prioritario da consolidare l’integrazione socio sanitaria tra ATS, ASST e Ambiti Distrettuali (obiettivo testimoniato anche dal ruolo attribuito alla Cabina di Regia a livello regionale), è stato da subito gestito in modo coordinato, non solo tra i dodici ambiti distrettuali, ma anche con l’ATS, in particolare con il Dipartimento PIPPS.

Nello stesso tempo tuttavia va segnalato che benché l’integrazione socio sanitaria sia una partita fondamentale della programmazione, restano da affrontare sia in termini programmatori che operativi questioni e problemi che attengono più alla sfera specificamente sociale (povertà, lavoro, casa, rapporti economici con i cittadini fruitori delle prestazioni, assistenza scolastica agli alunni disabili, applicazione D. Lgs. 117/2017 per quanto riguarda la partita della co-programmazione, co-progettazione e accreditamento con il terzo settore, ecc.), per fonteggiare i quali è opportuno confermare comunque il Coordinamento provinciale degli Uffici di Piano quale soggetto della governance del Piano di Zona, con funzione di organo tecnico che opera anche all’interno della Cabina di Regia per le specifiche attività poste in capo a detto soggetto, Coordinamento al quale sono attribuite le seguenti funzioni:

elaborazione e proposizione rispetto a varie tematiche afferenti al contesto sociale e in particolare alla programmazione e gestione degli interventi e Servizi Sociali;

garantire momenti di confronto e di approfondimento delle varie tematiche connesse alla gestione degli interventi e Servizi Sociali;

svolgere in generale una funzione di supporto e di istruttoria relativamente a temi e problemi che gli Amministratori locali ritengano opportuno approfondire ed istruire;

condividere sul piano tecnico modalità di organizzazione e di gestione concreta di azioni, interventi e Progetti nell’ottica di addivenire, quando opportuno, ad una maggiore omogeneità progettuale ed operativa;

coordinare e sostenere, come avvenuto in fase di preparazione del Piano di Zona 2015/2017, gruppi di lavoro anche con altri soggetti del territorio ritenuti comunque significativi per la funzione svolta a livello territoriale e per il possibile apporto in termini di conoscenze, informazioni, opportunità, relazioni che gli stessi rappresentano/esprimono, anche per dare “corpo” ad alcuni degli obiettivi descritti nel proseguito del Piano di Zona, la cui

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

A partire da questa premessa necessaria, che oltre a rappresentare sinteticamente la storia organizzativa e operativa che caratterizza il territorio bresciano consente di inquadrare più correttamente anche l'operatività dell'oggi, si ritiene necessario richiamare l'attenzione su alcune questioni di particolare rilievo/criticità riferite all'attuale programmazione che devono essere esplicitate proprio in una dimensione sovra-distrettuale:

- una prima questione attiene alla governance del Piano di Zona, così come delineata da Regione Lombardia all'interno delle Linee Guida di cui alla DGR X/7631 del 28 dicembre 2017 e in particolare alla struttura dei nuovi Ambiti Distrettuali, così come delineati dalla L.R. 23/2015 e dal P.O.A.S. di ATS Brescia.

Proprio per le ragioni sopra richiamate e alla luce del percorso che ha accompagnato la storia degli ultimi anni, l'assetto attuale degli Uffici di Piano di ATS Brescia risulta coerente e addirittura ha anticipato la legge regionale, nella misura in cui esiste da molti anni, attraverso il Coordinamento degli Uffici di Piano e la Cabina di Regia, una forte azione di coordinamento tra tutti i territori che dà una risposta concreta e operativa al bisogno di ricomposizione e di riduzione della frammentazione che negli anni è stato più volte visto dal legislatore regionale come un grosso problema da risolvere.

Quindi l'esperienza concreta degli uffici di piano bresciani valorizza e potenzia i rapporti di collaborazione sovra zonale che nel corso degli anni si sono andati formando, con l'obiettivo di rafforzare e omogeneizzare aspetti fondamentali dei servizi in territori simili per caratteristiche socio/economiche (territorio che riguarda tutti i dodici uffici di piano) e contigui in termini di confini territoriali/amministrativi (gli uffici di Piano di ATS Brescia e non solo quelli afferenti ad una singola ASST) al di là di uno specifico processo di ridefinizione dei confini dei singoli ambiti, che risulterebbe addirittura riduttivo rispetto alla realtà già in essere;

- in coerenza con quanto sopra, una seconda questione cruciale, emersa in modo ancora più netto durante il percorso di costruzione del piano di zona attiene al rapporto e al ruolo tra Uffici di Piano e ASST. Come sopra detto, mentre il rapporto con ATS si è mantenuto costante anche dopo l'entrata in vigore della L.R. 23/2015, molto più complesso e tortuoso è stato ed è il rapporto con le ASST.

In questo processo specifico che ha visto gli uffici di piano bresciani particolarmente attivi, è emerso in modo unanime e diffuso da parte di tutti i territori una forte preoccupazione rispetto al rapporto con ASST. Se infatti sono ancora forti e importanti le relazioni di tipo operativo tra i diversi professionisti che fino a poco tempo fa collaboravano insieme, pur appartenendo all'ex ASL e ai comuni/UDP attraverso il "contenitore" del Distretto Socio Sanitario, ancora oggi sono molto più incerte e confuse le collaborazioni formali.

Durante i vari incontri sia locali (dei singoli UDP), che di Coordinamento, sono emerse delle criticità forti che attengono per esempio a carenze di risorse (soprattutto di personale) in aree particolarmente cruciali (Neuro Psichiatria Infantile, continuità assistenziale, passaggio dall'Ospedale al territorio, Salute mentale, tutela minori, ecc.) per i cittadini.

Nonostante le preoccupazioni espresse in varie occasioni anche su questi temi, il rapporto con ASST è generalmente distante e rende di fatto impraticabile la ricerca attiva di soluzioni.

Per questa ragione si riterrebbe importante e sempre più necessario che ATS – che governa di fatto le risorse socio sanitarie e sanitarie- affiancasse gli Uffici di Piano nella ricerca di risposte possibili da parte delle ASST bresciane per affrontare i problemi sopra detti, anche passando - con le modalità e le strategie più opportune - da un'eventuale rinegoziazione dei budget destinati alle specifiche attività (Tutela minori, NPI, ...) e sostenendo con gli Uffici di piano la necessità di mantenere dei livelli minimi di omogeneità delle prestazioni che consentirebbero di dare risposte certe ai cittadini a prescindere dal territorio di riferimento, un po' come avviene in ambito sociale attraverso il lavoro del Coordinamento degli UdP:

- si sottolineano infine alcune partite specificamente sociali rispetto alle quali è cruciale una visione sovra-zonale, alcune delle quali vengono poi declinate nel proseguo del Piano di zona (Lavoro, casa, povertà), mentre altre sono solo accennate ma troveranno sviluppo specifico nel triennio di validità del nuovo Piano di Zona.

Si tratta in particolare:

- dell'attuazione della L.R. 16/2016 "Disciplina regionale dei servizi abitativi" e del Regolamento regionale n. 4/2017 "Disciplina della programmazione dell'offerta abitativa pubblica e sociale e dell'accesso e permanenza nei servizi abitativi pubblici in attuazione di quanto disposto dall'art. 23 della l.r. 8 luglio 2016, n. 16 "disciplina regionale dei servizi abitativi " - (a seguito di parere della commissione consiliare) che già oggi sta vedendo una forte azione di coordinamento tra i 12 Ambiti Distrettuali soprattutto nel rapporto con Aler Brescia e con alcune realtà provinciali (Sindacati degli inquilini, associazioni di categoria dei proprietari, Cooperazione, ecc.);

- della partita connessa all'assistenza scolastica a favore degli studenti frequentanti la scuola secondaria di secondo grado. Molta attenzione è infatti posta rispetto ai disabili sensoriali, ma la platea degli studenti disabili non sensoriali è certamente molto più numerosa e presenta dei profili di indubbia complessità, in quanto chiama in causa vari soggetti, compresi gli Istituti di istruzione superiore e i Centri professionali e un volume di risorse ben più elevato;

- infine nel triennio andrà certamente approfondita, sperimentata e sviluppata la partita della collaborazione con il terzo settore, connessa al D. Lgs. 117/2017, in particolare per quanto riguarda l'accreditamento, la co-programmazione, la co-progettazione. Proprio perché i rapporti con il terzo settore si muovono anche sulla dimensione del rapporto con il Coordinamento degli Uffici di Piano e le rappresentanze provinciali delle diverse realtà, su questi temi sarà necessario mantenere un approccio coordinato che consenta di elaborare e mettere a disposizione di tutti quello che verrà elaborato e condiviso, in un'ottica generativa, di sostegno reciproco, di crescita anche delle professionalità, che si arricchiscono nella misura in cui si confrontano con altri approcci e altre competenze.

A fronte di quanto sopra e in coerenza con la storia di questi anni, si ritiene che la prospettiva di lavoro qui delineata ponga in capo all'Ufficio di Piano (come soggetto che anche la Regione, nelle linee di indirizzo, valorizza come soggetto strategico che presidia la funzione di integrazione tra i diversi soggetti del welfare, di promotore di connessioni e opportunità) la responsabilità di dare concretamente corpo agli obiettivi indicati e di gestire le varie questioni aperte, in una logica collaborativa e dinamica, agendo secondo modalità che dovranno essere individuare e presidiate per mantenere fede, sul piano ovviamente tecnico, agli impegni assunti anche con i vari soggetti che in questa partita sono stati coinvolti.

## 9.1 Politiche abitative

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

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

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

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

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

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

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

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

Relativamente alla domanda si rileva:

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

## **1. QUESTIONI APERTE**

1. Si auspica l'aggiornamento della lista dei comuni ad alta tensione abitativa, a livello nazionale, e a crescente fabbisogno abitativo, a livello regionale, e ciò per consentire un ampliamento degli enti locali beneficiari delle risorse per la mobilità abitativa e la morosità incolpevole oltre che allargare la fruibilità del regime fiscale di cedolare secca;
2. si auspica il consolidamento di interventi che vedano coinvolti gli ambiti, in analogia a quanto previsto dalla dgr 6465/2017, e che con adeguati trasferimenti consentano di sostenere la locazione senza necessariamente dover rinegoziare il canone;
3. si intende promuovere nei Comuni della Provincia l'adozione delle misure necessarie per dare corso all'accordo territoriale per la definizione del contratto agevolato relativo alle locazioni di immobili ad uso abitativo in attuazione dell'art.2 comma 3 della L.431/98 e del d. m. 30/12/2002;
4. si ritiene importante valorizzare il patrimonio abitativo degli enti locali oggi non utilizzato per carenze manutentive;

5. si ritiene indispensabile un capillare lavoro di raccordo tra l'ALER (proprietaria di circa i 2/3 degli alloggi abitativi pubblici) e gli ambiti nel dare attuazione a quanto previsto dal r.r. 4/2017;
6. si ritiene prioritario realizzare un'adeguata analisi dei bisogni e delle risorse esistenti in grado di orientare strategie e azioni propedeutiche alla definizione dei Piani Triennali dell'Offerta Abitativa.

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

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

Titolo obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
Promuovere tavoli e piani annuali e triennali dell'offerta dei servizi abitativi pubblici e sociali	Creazione raccordi tecnico-operativi per la prima implementazione dei Piani annuali e triennali dell'offerta dei servizi abitativi pubblici e sociali	Risorse umane degli enti capofila e territoriali e dell'ALER	Riunioni periodiche  Predisposizione di una road map condivisa per i comuni	Avvio effettivo tavolo  % dei comuni coinvolti sul totale	si/no  si/no	Avvio lavoro entro 31 luglio 2018



<p>Promuovere nei Comuni della Provincia l'adozione delle misure necessarie per dare corso all'accordo territoriale per la definizione del contratto agevolato</p>	<p>Costituzione di un apposito tavolo con rappresentanti degli ambiti, dei sindacati degli inquilini e le associazioni dei proprietari</p> <p>Diffusione di conoscenza e informazione nei singoli ambiti</p> <p>Individuazione di una sede dove le Associazioni degli inquilini e dei proprietari possano certificare la congruità del canone</p>	<p>Personale degli ambiti</p> <p>Referenti di Sunia e Sicut</p> <p>Referenti di Appe</p>	<p>Riunioni e Incontri collegiali e nei singoli territori</p> <p>Bozze di provvedimenti attuativi delle misure</p>	<p>Diffusione negli ambiti delle informazioni propedeutiche alla misura</p> <p>Avvio sede</p>	<p>Almeno il 50% degli ambiti</p> <p>si/no</p>	<p>Da avviare entro il 31 dicembre 2018</p> <p>Da realizzare dal secondo anno</p>
<p>Condividere buone prassi/pratiche in materia di politiche abitative</p>	<p>Costituzione di un tavolo di lavoro che consenta di condividere e diffondere le buone prassi in materia di politiche abitative indirette (sussidi, incentivi e politiche fiscali) e di condividere le buone pratiche degli enti locali nell'attuazione degli interventi fino ad oggi programmati per la mobilità abitativa e morosità incolpevole</p>	<p>Risorse umane degli ambiti</p>	<p>Predisposizione di documenti di approfondimento e sintesi</p>	<p>Avvio tavolo di lavoro</p>	<p>si/no</p>	<p>Entro il 31 dicembre 2018</p>

## 9.2 Politiche sociali del lavoro

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

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

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

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

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

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

La tabella sotto riportata ne fotografa l'attuale assetto.

AMBITO DISTRETTUALE	SERVIZIO Integrazione Lavorativa	SERVIZI per svantaggio non certificato	INTERVENTI Giovani e Lavoro	MODALITA' DI GESTIONE
N. 1 Brescia e Collebeato	SIL	Cento leve e dote Comune		Accreditamento per l'erogazione di voucher inserimento lavorativo
N. 2 Brescia Ovest	SIL e percorsi svantaggio non certificato			Gestione Associata ACB fino al 31/12/2018
N. 3 Brescia Est	SIL	Go for Work – Servizi al Lavoro		Azienda Speciale Consortile
N. 4 Valle Trompia	SIL			Gestione Associata ACB

		Progetto "ZeroOttanta" Inserimento Lavorativo	WORK UP	Gestione CIVITAS e accreditamento con Agenzia Consorzio Valli
<b>N. 5 Iseo</b>	SIL e percorsi svantaggio non certificato			Gestione Associata ACB fino al 2020
<b>N. 6 Montorfano</b>	SIL e percorsi svantaggio non certificato			Gestione Associata ACB fino al 2020
<b>N. 7 Chiari</b>	SIL e percorsi svantaggio non certificato			Coordinamento Comune di Chiari, collaborazione agenzie accreditate e Consorzio In Rete
<b>N. 8 Bassa Bresciana Occidentale</b>	SIL e percorsi svantaggio non certificato			Gestione Associata ACB fino al 2020
<b>N. 9 Bassa Bresciana Centrale</b>	SIL e percorsi svantaggio non certificato			Gestione Associata ACB fino al 2020
<b>N. 10 Bassa Bresciana Orientale</b>	SIL e percorsi svantaggio non certificato			Gestione Associata ACB fino al 2020
<b>N. 11 Garda</b>	NIL	Svantaggio non certificato Agenzia accreditata		Gestione tramite Azienda Speciale Consortile Garda Sociale
<b>N. 12 Valle Sabbia</b>	SIL	Svantaggio non certificato		Gestione tramite Azienda Speciale Valle Sabbia Solidale Agenzia Accreditata

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

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

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

### **3. QUESTIONI APERTE**

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

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

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

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

## 9.3 Nuove povertà e inclusione sociale

### 1. ESITI DELLA PROGRAMMAZIONE 2015/2017

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

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

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

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

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

### 2. LA SITUAZIONE ATTUALE

Anche se molto timidamente, si deve oggi realisticamente riconoscere che, a partire dalla fine del 2016 i servizi hanno potuto rilevare, rispetto agli ultimi anni, qualche lieve accenno di miglioramento delle condizioni di difficoltà delle famiglie: le condizioni di lavoro e di occupabilità (condizione che per tutti

o quanto meno per la maggior parte dei nuovi poveri, soprattutto quelli che tradizionalmente non si rivolgevano ai servizi sociali, può rappresentare la soluzione ai loro problemi o comunque un valido aiuto ad affrontarli), sono lievemente migliorate, nel senso che, pur in una condizione di forte precarietà (lavori a tempo, a chiamata, a tempo determinato, ecc.), qualche risposta in più rispetto al passato triennio c'è stata.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Quale che sarà il futuro del Rel, pare indubbio che in ogni caso si disporrà nel prossimo futuro di una misura nazionale di contrasto alla povertà con la quale gli enti locali dovranno destreggiarsi e confrontarsi e che probabilmente integrerà e potrà anche sostituire alcune misure di sostegno finora messe

in atto dalle Amministrazioni Comunali e addirittura da Regione Lombardia che dovrà predisporre a brevissimo il Piano per la povertà, previsto dal D.Lgs. 147/2017.

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

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

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

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

da una parte certamente per la poca connessione tra soggetti istituzionali chiamati ad operare in questo ambito specifico;

dall'altra pesa comunque la crisi del mondo del lavoro che certamente è ancora ben presente e che richiede, come sopra detto, competenze e caratteristiche non così ordinariamente diffuse nella popolazione che è alla ricerca del lavoro;

dall'altra ancora bisogna avere chiara la tipologia di destinatari. Di fatto una buona percentuale di richiedenti le due misure sopradette è stato costituito (in fase di prime richieste almeno), da persone e da famiglie ben conosciute dai servizi, per molte delle quali sono già stati messi in campo dai servizi comunali innumerevoli progetti, sostegni, proposte, spesso organizzati secondo la logica indicata dal Rel (progetto personalizzato, condiviso, accompagnato, a termine, con il coinvolgimento di altri interlocutori del territorio quali associazioni, servizi specialistici, ecc.), che hanno avuto però scarsi risultati, soprattutto sul versante del reinserimento lavorativo.

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

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

se il soggetto vulnerabile che accede spontaneamente ai servizi al quale, opportunamente informato, può essere assicurato tramite il Rel un percorso di riqualificazione professionale, piuttosto che di formazione specifica, piuttosto che un sollievo nel pagamento di alcune spese vive (affitto, utenze, mensa, ecc.), in modo tale che possa superare una fase critica della vita e proseguire in autonomia e con più opportunità per emanciparsi dalla situazione di vulnerabilità ad una condizione di autonomia e di maggiore stabilità;



se invece si tratti di soggetti che, pur vivendo queste condizioni di bisogno, non vogliono avere nulla a che fare con il mondo dei servizi sociali, troppo dignitosi per chiedere aiuto all'ente locale e quindi che quasi si autoescludono da questa opportunità di aiuto.

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

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

### 3. QUESTIONI APERTE

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

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

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

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

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

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

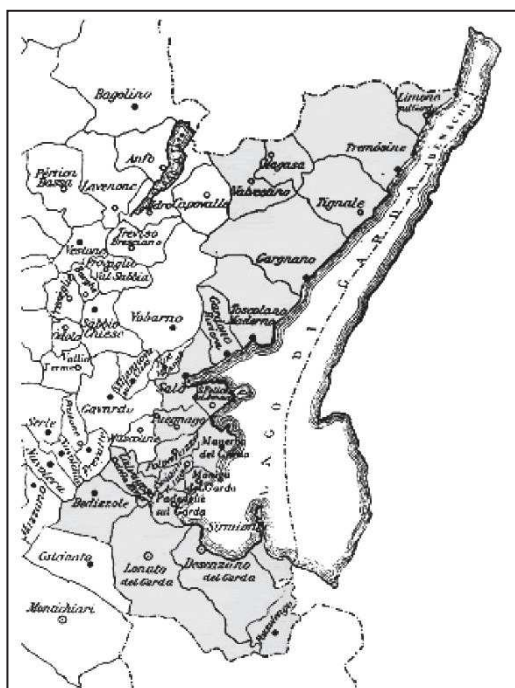
conoscere i soggetti vulnerabili	- Monitoraggio dell'esito delle diverse misure anche in collaborazione con le realtà locali per costruire una sorta di "identità" del soggetto vulnerabile	Cooperative, associazioni, ecc. Formatori/coaching.	Report di rilevazione e analisi dei casi.	Produzione strumenti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

# 1. ANALISI DEL CONTESTO

## 1.1 Geografia

L'Ambito 11 Garda si compone di 22 Comuni che costituiscono la sponda gardesana bresciana e i relativi territori dell'entroterra<sup>1</sup> con una superficie complessiva di circa 700 km<sup>2</sup>. Nel territorio sono presenti Comuni con poche centinaia di abitanti (Magasa) e centri con una popolazione di quasi 30.000 (Desenzano del Garda). La prevalenza dei Comuni (12/22) si attesta su una popolazione media compresa tra i 2.000 e i 10.000. Dal punto di vista paesaggistico, il territorio vanta un ingente patrimonio in termini di risorse naturali, storico-artistiche ed enogastronomiche riconosciute a livello internazionale.

Il valore del contesto è confermato dai turisti, la cui presenza è significativa per l'economia locale. A fronte dell'eterogeneità e dell'estensione del territorio, al fine di programmare e gestire le politiche sociali in modo più attento e puntuale sono state individuate quattro macro aree di riferimento:



### Area alto Garda (n. 9 Comuni)

Gardone Riviera, Gargnano, Limone s/Garda, Magasa, Salò, Tignale, Toscolano Maderno, Tremosine s/Garda, Valvestino.

### Area Valtenesi (n. 7 Comuni)

Manerba d/Garda, Moniga d/Garda, Padenghe s/Garda, Polpenazze d/Garda, Puegnago d/Garda, San Felice d/Benaco, Soiano d/Lago.

### Area medio Lago (n. 3 Comuni)

Bedizzole, Calvagese d/Riviera, Lonato d/Garda.

### Area basso Garda (n. 3 Comuni)

Desenzano d/Garda, Pozzolengo, Sirmione.

<sup>1</sup> Bedizzole, Calvagese della Riviera, Desenzano del Garda, Gardone Riviera, Gargnano, Limone sul Garda, Lonato del Garda, Magasa, Manerba del Garda, Moniga del Garda, Padenghe sul Garda, Polpenazze del Garda, Pozzolengo, Puegnago del Garda, Salò, San Felice del Benaco, Sirmione, Soiano del Lago, Tignale, Toscolano Maderno, Tremosine del Garda, Valvestino.

---

## 1.2 Demografia

---

L'andamento demografico rilevato dall'avvento del primo Piano di Zona ad oggi mostra un incremento costante della popolazione residente. Nel 2004 il numero si attestava su 111.610 abitanti il dato più recente pari a 125.522 mostra un aumento percentuale complessivo del 12%.

Dalla comparazione dei dati attuali con quelli relativi alla precedente triennalità di programmazione e in linea con i dati nazionali emerge un'inflexione della fascia riferita alla prima infanzia (- 8%) determinata da un'evidente diminuzione della natalità ed un aumento della popolazione anziana (+ 4%).

Il tasso di invecchiamento della popolazione residente aggiornato risulta pari al 157,66%.

Anche per il dato inerente la popolazione straniera residente si registra un leggero decremento (- 2%), dovuto in parte alla diminuzione dei flussi migratori e in parte all'acquisizione della cittadinanza italiana da parte di cittadini provenienti da paesi terzi.

Di seguito le tabelle relative alla popolazione totale residente rilevata al 01.01.2017 (Fonte ISTAT: <http://demo.istat.it>) e per classi di età o categorie: infanzia, minori, giovani, adulti, anziani e stranieri.

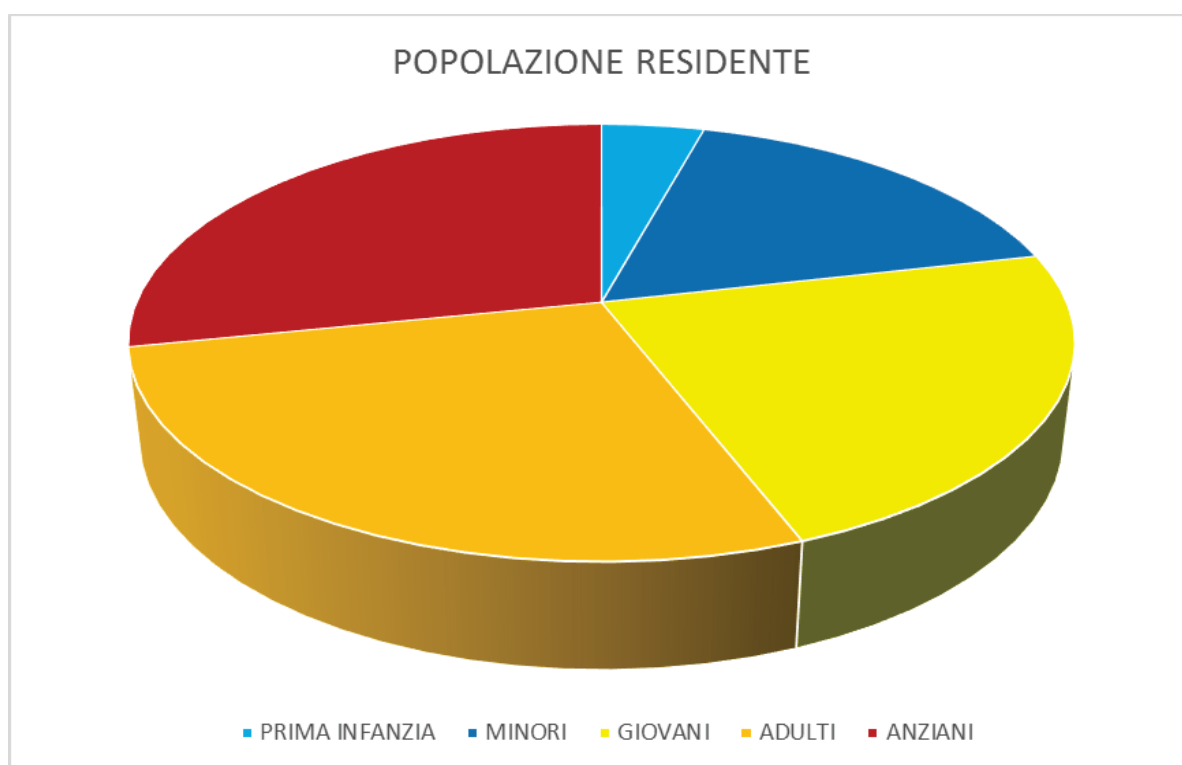


Fig.1 distribuzione popolazione residente per target.

tabella 1 – distribuzione degli abitanti totali residenti al 01.01.2017

COMUNI	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
BEDIZZOLE	6.085	6.252	12.337
CALVAGESE D/R	1.748	1.821	3.569
DESENZANO D/G	13.602	15254	28.856
GARDONE RIVIERA	1.279	1.373	2.652
GARGNANO	1.376	1.502	2.878
LIMONE S/G	562	602	1.164
LONATO D/G	8.054	8.253	16.307
MAGASA	73	60	133
MANERBA D/G	2.664	2.644	5.308
MONIGA D/G	1.265	1.279	2.544
PADENGHE S/G	2188	2.355	4543
POLPENAZZE D/G	1.278	1.345	2.623
POZZOLENGO	1.780	1.757	3.537
PUEGNAGO D/G	1.678	1.728	3.406
SALO'	4.927	5.707	10.634
SAN FELICE D/B	1.664	1.749	3.413

SIRMIONE	3.944	4.273	8.217
SOIANO D/L	942	953	1.895
TIGNALE	582	650	1.232
TOSCOLANO MADERNO	3.806	4.163	7969
TREMOSINE S/G	1.068	1.051	2.119
VALVESTINO	91	95	186
<b>TOTALE POPOLAZIONE AL 01/01/2017</b>	<b>60.656</b>	<b>64.866</b>	<b>125.522</b>
variazione % sul triennio precedente	+1,46%	+1,19%	+1,32%
<b>TOTALE POPOLAZIONE AL 01/01/2014</b>	<b>59.781</b>	<b>64.101</b>	<b>123.882</b>
variazione% sul triennio precedente	+1,12%	+1,04%	+1,08%
<b>TOTALE POPOLAZIONE AL 01/01/2011</b>	<b>59.119</b>	<b>63.441</b>	<b>122.560</b>



## INFANZIA

tabella 2 – 0/3 anni residenti al 01.01.2017 pari al 3,24 % della popolazione totale

COMUNI	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
BEDIZZOLE	253	247	500
CALVAGESE D/R	76	75	151
DESENZANO D/G	445	447	892
GARDONE RIVIERA	33	27	60
GARGNANO	36	28	64
LIMONE S/G	19	22	41
LONATO D/G	332	289	621
MAGASA	1	0	1
MANERBA D/G	95	85	180
MONIGA D/G	39	38	77
PADENGHE S/G	77	73	150
POLPENAZZE D/G	47	37	84
POZZOLENGO	56	58	114
PUEGNAGO D/G	45	49	94
SALO'	144	140	284
SAN FELICE D/B	58	41	99
SIRMIONE	142	145	287
SOIANO D/L	22	32	54
TIGNALE	10	14	24
TOSCOLANO MADERNO	117	95	212
TREMOSINE S/G	36	40	76
VALVESTINO	0	0	0
<b>TOTALE</b>	<b>2.083</b>	<b>1.982</b>	<b>4.065</b>

## MINORI

tabella 3 – 4/17 anni residenti al 01.01.2017 pari al 13,60 % della popolazione totale

COMUNI	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
BEDIZZOLE	923	914	1.837
CALVAGESE D/R	297	292	589
DESENZANO D/G	1.999	1.809	3.808
GARDONE RIVIERA	154	156	310
GARGNANO	148	147	295
LIMONE S/G	85	83	168
LONATO D/G	1.188	1.169	2.357
MAGASA	2	3	5
MANERBA D/G	390	368	758
MONIGA D/G	157	162	319
PADENGHE S/G	288	299	587
POLPENAZZE D/G	164	162	326
POZZOLENGO	278	235	513
PUEGNAGO D/G	251	194	445
SALO'	645	630	1.275
SAN FELICE D/B	221	217	438
SIRMIONE	518	482	1.000
SOIANO D/L	128	129	257
TIGNALE	73	63	136
TOSCOLANO MADERNO	490	455	945
TREMOSINE S/G	139	135	274
VALVESTINO	14	14	28
<b>TOTALE</b>	<b>8.552</b>	<b>8.118</b>	<b>16.670</b>

## GIOVANI

tabella 4 – 18/35 anni residenti al 01.01.2017 pari al 17,67 % della popolazione totale

COMUNI	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
BEDIZZOLE	1.196	1.183	2.379
CALVAGESE D/R	293	308	601
DESENZANO D/G	2.438	2.604	5.042
GARDONE RIVIERA	221	202	423
GARGNANO	232	189	421
LIMONE S/G	100	101	201
LONATO D/G	1.571	1.578	3.149
MAGASA	8	5	13
MANERBA D/G	464	457	921
MONIGA D/G	249	217	466
PADENGHE S/G	363	402	765
POLPENAZZE D/G	190	245	435
POZZOLENGO	327	325	652
PUEGNAGO D/G	295	340	635
SALO'	827	879	1706
SAN FELICE D/B	286	286	572
SIRMIONE	755	818	1573
SOIANO D/L	166	141	307
TIGNALE	101	99	200
TOSCOLANO MADERNO	625	672	1297
TREMOSINE S/G	209	186	395
VALVESTINO	15	16	31
<b>TOTALE</b>	<b>10.931</b>	<b>11.253</b>	<b>22.184</b>

## ADULTI

tabella 5 – 36/64 anni residenti al 01.01.2017 pari al 21,30 % della popolazione totale

COMUNI	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
BEDIZZOLE	2,734	2,668	5,402
CALVAGESE D/R	818	815	1633
DESENZANO D/G	6,014	6,561	12,575
GARDONE RIVIERA	221	202	423
GARGNANO	232	189	421
LIMONE S/G	100	101	201
LONATO D/G	1,571	1,578	3,149
MAGASA	8	5	13
MANERBA D/G	464	457	921
MONIGA D/G	249	217	466
PADENGHE S/G	363	402	765
POLPENAZZE D/G	190	245	435
POZZOLENGO	327	325	652
PUEGNAGO D/G	295	340	635
SALO'	827	879	1706
SAN FELICE D/B	286	286	572
SIRMIONE	755	818	1573
SOIANO D/L	166	141	307
TIGNALE	101	99	200
TOSCOLANO MADERNO	625	672	1297
TREMOSINE S/G	209	186	395
VALVESTINO	15	16	31
<b>TOTALE</b>	<b>16,570</b>	<b>13,719</b>	<b>26.737</b>

## ANZIANI

tabella 6 - oltre i 65 anni residenti al 01.01.2017 pari al 21,86 % della popolazione totale

COMUNI	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
BEDIZZOLE	979	1.240	2.219
CALVAGESE D/R	264	331	595
DESENZANO D/G	2.706	3.833	6.539
GARDONE RIVIERA	311	409	720
GARGNANO	378	538	914
LIMONE S/G	111	141	252
LONATO D/G	1.322	1.684	3,006
MAGASA	19	19	38
MANERBA D/G	440	536	976
MONIGA D/G	213	265	478
PADENGHE S/G	449	507	956
POLPENAZZE D/G	234	286	520
POZZOLENGO	339	381	720
PUEGNAGO D/G	337	387	724
SALO'	1.152	1.759	2.911
SAN FELICE D/B	329	462	791
SIRMIONE	731	961	1.692
SOIANO D/L	177	192	369
TIGNALE	154	208	362
TOSCOLANO MADERNO	866	1.237	2.103
TREMOSINE S/G	223	260	483
VALVESTINO	36	46	82
<b>TOTALE</b>	<b>11.770</b>	<b>15.682</b>	<b>27.450</b>

## STRANIERI

tabella 7 – stranieri residenti al 01.01.2017 pari al 11,73 % della popolazione totale

COMUNI	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
BEDIZZOLE	703	812	1.515
CALVAGESE D/R	163	185	348
DESENZANO D/G	1.583	2.339	3.922
GARDONE RIVIERA	112	145	257
GARGNANO	112	174	286
LIMONE S/G	75	88	163
LONATO D/G	821	995	1.816
MAGASA	0	0	0
MANERBA D/G	298	368	666
MONIGA D/G	126	185	311
PADENGHE S/G	172	272	444
POLPENAZZE D/G	79	115	194
POZZOLENGO	130	164	294
PUEGNAGO D/G	116	145	261
SALO'	436	559	995
SAN FELICE D/B	140	162	302
SIRMIONE	484	633	1.117
SOIANO D/L	95	116	211
TIGNALE	56	78	134
TOSCOLANO MADERNO	476	586	1.062
TREMOSINE S/G	198	221	419
VALVESTINO	1	0	1
<b>TOTALE</b>	<b>6.376</b>	<b>8.342</b>	<b>14.718</b>

---

*1.3 Esiti Del Triennio Di Programmazione 2015/2017*

---

AREA	Obiettivo	Interventi/progetti/ servizi	Risorse	Azioni realizzate	Risultato raggiunto
<b>MINORI E FAMIGLIA</b>	<b>Aumentare il livello di integrazione del Servizio Tutela Minori con la rete territoriale (sociale e socio-sanitaria)</b>	<p>Revisione Protocollo con ASL (DGD 6) ora ASST del GARDA per la gestione dei rapporti socio-sanitari (consultori ASST e accreditati);</p> <p>Creazione Carta del Servizio Tutela Minori</p>	Incontri di definizione	<p>Incontri di definizione di procedure condivise.</p> <p>In corso la revisione del Protocollo con ASST GARDA e consultorio accreditato.</p> <p>Acquisizione di strumenti condivisi di gestione degli interventi (es. ADM).</p> <p>In elaborazione aggiornamento Carta dei Servizi</p>	SI

	<p><b>Creazione di un sistema di servizi/interventi di protezione dei minori e di supporto alle famiglie</b></p>	<p>Progetti di gestione servizi CE - CPI - AA – ADM -IP</p> <p>Implementare la filiera di interventi prevenzione-protezione</p> <p>Attivazione interventi Intermedi</p>	<p>Tavoli di co-progettazione</p>	<p>Attuazione Direzione tecnico Organizzativa di co-progettazione.</p> <p>Sperimentazione CPI Spazio emergenza.</p> <p>In corso evoluzione servizio ADM.</p> <p>Attivazione di n. 2 spazi neutri (Desenzano e Salò).</p> <p>Allo studio l'evoluzione del progetto Affidò in servizio.</p> <p>In corso la realizzazione di alloggi di implementazione</p>	<p>SI</p>
	<p><b>Sperimentazione di servizi innovativi residenziali e/o diurni sostenibili e adeguati ai bisogni</b></p>		<p>Ufficio di Piano</p> <p>Operatori dei Servizio tutela minori e del Servizio sociale</p> <p>Enti gestori dei servizi, terzo settore</p>	<p>Comunità educative a gestione mista per genere ed età (più vicine alla dimensione familiare).</p> <p>Progetti di accompagnamento o rivolti ad adolescenti (anche a rischio) per lo sviluppo di competenze diverse.</p>	<p>SI</p>



	<p><b>Favorire il benessere dei minori e delle famiglie</b></p>	<p>Sostenere la genitorialità (supporto educativo/psicologico)</p> <p>Attivare spazi dedicati alla famiglia (relazione, ludici)</p> <p>Coordinare le attività rivolte alle famiglie immigrate</p>	<p>UdP, Comuni, sistema scolastico, altre agenzie educative, sistema cultura, terzo settore,</p>	<p>Interventi educativi sperimentali (revisione servizio ADM)</p> <p>Estensione sperimentazione Affidato leggero.</p> <p>Interventi sperimentali di counseling interculturale per minori e famiglie</p>	<p>SI</p>
	<p><b>Creazione di un piano di servizi e interventi di prevenzione e di promozione rivolti a minori e famiglie</b></p>	<p>Coordinare i progetti di prevenzione</p> <p>Individuazione di spazi aggregativo socializzanti</p> <p>Innovare le azioni di prevenzione coordinate (scuola, famiglia, agenzie educativo-culturali, territorio)</p>	<p>Tavoli di co-progettazione</p>	<p>Azioni coordinate e continuative di prevenzione promosse territorialmente con i servizi e la rete scolastica (progetto Futuri possibili).</p> <p>Attività in favore degli adolescenti, (anche a rischio) mediante interventi di educativa di strada (area basso lago).</p> <p>Interventi di coinvolgimento e attivazione della comunità con il coinvolgimento di genitori e insegnanti e delle agenzie educative (l'mperfect)</p>	<p>SI</p>

<b>CONTRASTO ALLA POVERTÀ</b>	<p>Ottimizzare il sistema di istituzioni e servizi non profit, in riferimento al servizio NIL e azioni in capo al fondo Estrema Povertà</p>	<p>Creare connessioni tra aziende per rafforzare mercato interno</p> <p>Attivare bilanci competenze di persone che ricevono sussidi</p> <p>Rafforzare collaborazioni e integrazione tra enti</p> <p>Ampliare le alleanze terzo settore /profit</p>	<p>Ufficio di Piano, Gruppi di progetto, Comuni, NIL, agenzia lavoro, terzo settore</p>	<p>Implementazione del NIL mediante personale dedicato alla certificazione delle competenze</p> <p>Collaborazione e integrazione tra enti nella gestione dei progetti SIA - REI tra enti: Comuni, NIL, Centri per l'Impiego, INPS.</p> <p>Costituzione di una rete di contrasto alla povertà delle associazioni locali</p>	SI
<b>DONNE VITTIME DI VIOLENZA</b>	<p>Formazione prevenzione e sensibilizzazione</p>	<p>Rafforzare collaborazione e integrazione tra diversi enti/soggetti coinvolti</p> <p>Ampliare le alleanze anche con le organizzazioni del terzo settore (associazioni, cooperative...)</p>	<p>Ufficio di Piano, Comuni, Consulitori, Aziende Ospedaliere (pronto soccorso) sistema sicurezza (forze ordine), centri antiviolenza, servizi educativi (famiglie, comunità) sistema scolastico, terzo settore.</p>	<p>PROTOCOLLO RETE ANTIVIOLENZA AMBITO GARDA per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere e assistita.</p> <p>Attivazione del gruppo tecnico-operativo di rete Tessere legami.</p> <p>Protocollo d'Intesa ATS e AMBITO per l'accoglienza e la presa in carico delle donne vittime di violenza (pronto soccorso-consultori).</p>	SI

	<b>Emergenza</b>	<p>Rafforzare collaborazione tra diversi enti/soggetti per favorire una presa in carico integrata</p> <p>Potenziare la rete territoriale in collaborazione con le organizzazioni del terzo settore (associazioni, coop.)</p>	<p>Ufficio di Piano, Comuni, Consultori, Aziende Ospedaliere (pronto soccorso), forze dell'ordine, centri antiviolenza CPI, terzo settore.</p>	<p>Sperimentazione di <i>spazi emergenza</i> per il collocamento delle donne vittime di violenza.</p> <p>Collaborazione con H24 della Rete di Brescia.</p> <p>Consolidamento Fondo solidarietà donne vittime di violenza.</p>	SI
	<b>Cura e accompagnamento</b>	<p>Coordinare le risorse territoriali (servizi, spazi...)</p> <p>Rafforzare collaborazione e l'integrazione tra diversi enti</p> <p>Costruire percorsi di accompagnamento in collaborazione con la rete dei servizi e il terzo settore (associazioni, coop. ...)</p>	<p>Ufficio di Piano, Comuni Consultori ASL/privati accreditati, centri antiviolenza, servizi educativi e scolastici, terzo settore.</p>	<p>Implementazione della filiera territoriale mediante il recupero di immobili pubblici destinati all'autonomia delle donne vittime di violenza.</p> <p>Ampliamento della rete di collaborazioni con associazioni e terzo settore.</p>	SI
<b>POLITICHE DEL LAVORO</b>	<b>Progettare percorsi formativi e inserimenti temporanei in attesa di collocamento - NIL destinati ad altro svantaggio non certificato</b>	<p>Sviluppo potenzialità connesse all'accREDITamento</p> <p>Agenzia servizio al Lavoro</p> <p>Formazione</p>	<p>Risorse umane</p> <p>NIL / Agenzia servizio al lavoro Comuni</p> <p>Terzo settore</p>	<p>Promozione e attivazione misure promosse da Regione Lombardia (Dote lavoro, PIL, Garanzia Giovani, tirocini).</p> <p>Servizio di certificazione delle competenze.</p>	SI

	<b>Creare profili professionali in linea con il mercato locale</b>	<p>Rilevare i bisogni formativi del mercato territoriale;</p> <p>Programmare percorsi territoriali di formazione continua e/o professionalizzante;</p> <p>Erogare un piano di offerta formativa di ambito territoriale in linea con le esigenze delle aziende locali</p> <p>Avviare esperienze scuola-lavoro.</p>	Risorse umane dei soggetti coinvolti	<p>Difficoltà nell'allineamento dei programmi formativi con i profili richiesti dal mercato.</p> <p>Scarsa propensione dei soggetti deputati (enti formativi, aziende, scuole...) nel definire priorità e collaborazioni.</p>	NO
	<b>Promuovere connessioni tra istituzioni territoriali for profit locale e Terzo Settore</b>	<p>Creare connessioni tra domanda e offerta [prodotti, servizi, personale]</p> <p>Connettere aziende e start up locali</p> <p>Progettare proposte formative in linea con le neonate esigenze aziendali</p>	Risorse umane dei soggetti coinvolti	Ridotta capacità di attrazione delle aziende e di coinvolgimento delle associazioni di categoria.	NO
<b>POLITICHE ABITATIVE</b>	<b>Piani di intervento per la sperimentazione di progetti locali per soluzioni alternative al tema dell'abitare</b>	<p>Definizione di piani di intervento territoriali concertati (tecnico-politici)</p> <p>Sperimentare progetti innovativi replicabili</p>	<p>Risorse umane rappresentate degli interlocutori coinvolti</p> <p>Rete pubblico privata</p>	<p>Progetti innovativi di Housing sociale (Bedizzole e Desenzano)</p> <p>Sperimentazione territoriale coordinata delle misure previste dal Fondo emergenza Abitativa.</p>	SI

<b>POLITICHE GIOVANILI</b>	<b>Piano di interventi della rete territoriale</b>	Definizione di piani di intervento territoriali concertati (tecnico-politici)  Sperimentare progetti innovativi replicabili	Risorse umane rappresentative degli interlocutori coinvolti  Rete pubblico privata	Piano Politiche Giovanili Garda - Valle Sabbia	SI
	<b>Sostenere i Giovani facilitandone l'ingresso nel mondo del lavoro</b>	Promuovere servizi di orientamento e di sviluppo competenze  Sostenere progetti di riduzione della dispersione scolastica  Realizzare laboratori scolastici di avvicinamento al lavoro	Servizi al lavoro  Gruppi di progetto Associazioni di categoria  Enti locali, imprese, terzo settore	Garanzia Giovani  Laboratori scolastici di orientamento e prevenzione della dispersione scolastica.	NO
	<b>Sostenere la mobilità giovanile</b>	Promuovere esperienze di mobilità internazionale a scopo formativo	Risorse umane rappresentative degli interlocutori coinvolti	Scarsa presenza sul territorio di soggetti promotori di iniziative	NO
<b>DISAGIO ADULTO</b>	<b>Sostenere forme di intervento "leggere" per favorire l'accompagnamento e l'inclusione sociale della persona</b>	Sperimentare progetti di comunità per l'inclusione di persone con disagio psichico  Incentivare azioni di rete tra le realtà del territorio  Promuovere iniziative socializzazione. e valorizzazione delle competenze  Incentivare gruppi mutuo aiuto famigliari e utenti	Incontri di progettazione	GAP progetto territoriale di prevenzione (Il rosso e il nero)  Gruppi di Auto Mutuo Aiuto.	SI

	<b>Accrescere l'integrazione tra i servizi territoriali nella presa in carico della persona e della famiglia</b>	<p>Definizione protocolli operativi relativi alla presa in carico delle famiglie della persona;</p> <p>Adozione di buone prassi operative per presa in carico integrata di persone con doppia diagnosi correlata a dipendenza o con grave disabilità.</p>	Incontri di progettazione	I nuovi assetti organizzativi, impressi con la riforma sanitaria hanno rallentato e in parte interrotto la fase di definizione di nuovi protocolli operativi.	NO
<b>ANZIANI E DISABILI</b>	<b>Migliorare la rete di offerta a sostegno della domiciliarità</b>	<p>Coordinare gli interventi già attivi (integrazione socio-sanitaria);</p> <p>Individuare risposte alternative di intensità variabile, anche attraverso reti informali;</p> <p>Personalizzare gli interventi supportando le situazioni più gravi per prevenirne l'istituzionalizzazione Implementazione dei servizi domiciliari, con voucher ad intensità variabile.</p>	<p>Ufficio di Piano, Comuni,  ASL (UCAM – EOH), AOD (CPS – NPIA), terzo settore</p>	<p>Implementazione della rete territoriale in termini di integrazione socio-sanitaria (FNA-misura B1 e B2)</p> <p>Consolidamento del Progetto individualizzato</p> <p>Formazione alla rete territoriale per migliorare l'accompagnamento e il sostegno alla persona con disabilità</p> <p>Progetti personalizzati sperimentali DOPO DI NOI</p>	SI

	<p><b>Facilitare l'accesso alla rete dei servizi dei cittadini più fragili</b></p>	<p>Rafforzare collaborazione e l'integrazione tra enti/soggetti (anche terzo settore...)</p> <p>Creare risposte alternative al "doppio servizio" per garantire nuovi accessi alle strutture diurne di persone in lista di attesa.</p> <p>Tendere all'estensione dei servizi informativi e di supporto ai cittadini (es. Sportello Volontaria Giurisdizione).</p>	<p>Ufficio di Piano, Comuni.</p> <p>ASL (UCAM – EOH), AOD (CPS – NPJA), terzo settore.</p>	<p>Attivazione Gruppo tecnico operativo Disabilità (AMBITO/COMUNI/ASST/TERZO SETTORE)</p> <p>Rimodulazione coordinata della rete dei servizi nella risposta ai bisogni della persona con disabilità (es. servizio unico).</p> <p>Estensione Sportello territoriale di Volontaria giurisdizione (Alto Garda e Valtenesi)</p> <p>Adozione Linee guida ISEE di Ambito.</p> <p>Adozione Linee guida ATS protezione giuridica.</p>	<p>SI</p>
--	--	--	--	---	-----------

## 2. Risorse

Il quadro complessivo delle risorse disponibili nel triennio scorso, è riepilogato nella tabella che segue:

<b>RISORSE TRASFERITE PER IL PIANO DI ZONA</b>	<b>2017</b>	<b>2016</b>	<b>2015</b>
Fondo Nazionale Politiche Sociali FNPS	451.190,78	459.400,07	458.989,00
Fondo non Autosufficienze FNA	302.216,00	302.908,00	375.760,00
Fondo integrativo FNA per Assistenti familiari	8.707,00	8.707,00	–
Fondo Sociale Regionale FSR	651.872,00	650.772,00	701.565,00
Fondo regionale funzioni vigilanza	7.976,00	7.962,00	9.248,00
Compartecipazione Comuni Ambito 11	474.876,00	469.876,32	468.090,00
<b>Totale</b>	<b>1.896.837,78</b>	<b>1.899.625,39</b>	<b>2.013.652,00</b>
Fondo politiche delle famiglie (2016-2017)	19.416,93	–	-
Fondo DOPO DI NOI	189.029,00	-	-
Fondo EMERGENZA ABITATIVA	124.045,00	–	–
Reddito autonomia – ANZIANI e DISABILI	14.400,00	–	–
<b>TOTALE</b>	<b>2.243.728,71</b>	<b>1.899.625,39</b>	<b>2.013.652,43</b>
<b>totale risorse assegnate nel triennio 2015-2017</b>	<b>6.157.006,53</b>		
<b>totale risorse assegnate nel triennio 2012-2014</b>	<b>6.079.914,00</b>		
<b>totale risorse assegnate nel triennio 2009 -2011</b>	<b>8.286.224,00</b>		

Le risorse assegnate nel triennio precedente confermano i valori del triennio 2012/2014, pur evidenziando nell'ultimo periodo una maggiore diversificazione nella destinazione dei fondi.

La programmazione sociale per il triennio 2018/2020 si attesta quindi sui valori medi del 2012 – 2017, ed in particolare in riferimento ai *fondi storici* trasferiti agli ambiti per la gestione sociale:

*Fondo Nazionale Politiche Sociali* finalizzato a sostenere e sviluppare le azioni di programmazione e coordinamento territoriale svolte attraverso l'Ufficio di Piano, nonché i costi derivanti da forme di gestione associata.

*Fondo per la Non autosufficienza* teso a sostenere la realizzazione di interventi/servizi nell'ambito dell'offerta integrata socio-sanitaria per garantire i livelli essenziali delle prestazioni assistenziali a favore di persone non autosufficienti.

*Fondo Sociale Regionale* finalizzato a sostenere l'unità di offerta sociale territoriale, mediante il cofinanziamento dei servizi.



*Risorse autonome dei Comuni* tese a sostenere la programmazione associata e l'attuazione della rete delle unità di offerta sociali.

Resta inteso che per favorire l'efficacia delle azioni promosse è opportuno che:

- i Comuni tendano al trasferimento progressivo di quote volte a *forme di gestione associata*;
- le risorse regionali tendano ad essere trasferite come *quota indistinta* correlata ad obiettivi di risultato condivisi e negoziati con l'ambito.

Anche per il presente triennio si conferma l'indirizzo generale di destinare almeno il 35% delle risorse trasferite alla costruzione di processi di innovazione della rete avviato con la co-progettazione e di interventi con i programmi di prevenzione e promozione sociale e culturale.

Nel corso del triennio il reperimento delle risorse dedicate alla programmazione territoriale dovrà essere affidato inoltre alle seguenti condotte attive:

- attrarre altre risorse finanziarie provenienti da altri soggetti pubblici o privati (fondi europei, organizzazioni private, fund raising);
- promuovere forme di gestione associata per favorire economie di scala a livello locale;
- definire forme di compartecipazione alla spesa sociale da parte dei beneficiari di alcuni servizi/interventi,
- assumere la co-progettazione come strumento principale per la gestione del sistema di azioni territoriali;
- tendere all'adozione di linee di indirizzo comuni e di regolamenti di Ambito;
- attivare e promuovere alleanze pubblico private (es. welfare aziendale);
- promuovere aggregazioni sovra – ambito per favorire la realizzazione di economie di scala sui servizi associati.

---

### 3. Prospettive

---

In ottemperanza alle linee di indirizzo regionali e in continuità con quanto perseguito nelle precedenti programmazioni si proseguirà il processo di ri-composizione:

- ✓ **delle informazioni e delle conoscenze** *che sappia sviluppare una visione organica volta a programmare in modo interagente le diverse policy;*
- ✓ **delle risorse e degli strumenti** *per essere più precoci, duttili ed efficaci, nell'intercettare i bisogni e progettare processi di aiuto;*
- ✓ **dei servizi e degli interventi** *per rispondere in modo più efficace alle persone e alle famiglie facilitando i percorsi di accesso ai servizi e implementando la filiera colmando le zone d'ombra ed evitando duplicazioni.*

Pensare allo sviluppo del welfare locale implica un cambio di prospettiva e la modifica dei paradigmi di riferimento, affinché si generino nuove connessioni e si moltiplichino gli sguardi tra le diverse politiche locali dentro un quadro più organico e diffuso di comunità.

Alla luce delle trasformazioni introdotte con la recente normativa regionale governare il sistema locale - nella sua complessa articolazione - richiede ulteriori sforzi affinché il processo di ri-organizzazione e di integrazione tra i diversi livelli si compia e si consolidi.

Far convergere le forze e gli assetti nell'attuale compagine, tanto articolata, richiede il rafforzamento delle relazioni esistenti e lo sviluppo di nuovi livelli di integrazione tra i molteplici attori della rete territoriale pubblico privata.

Il welfare locale è chiamato ad assumere una visione sempre più sistemica e proattiva che sappia promuovere programmi integrati e trasversali alle diverse politiche (casa, lavoro, contrasto povertà...) e per sviluppare processi volti all'inclusione sociale.

L'obiettivo strategico generale della presente programmazione è rappresentato dal processo di ricomposizione delle politiche sociali locali (famiglia, casa, lavoro, contrasto povertà) e di integrazione con le altre politiche territoriali.

La **ricomposizione delle conoscenze** e delle informazioni sarà ordinata alla creazione di un *sistema di lettura e analisi degli interventi che coinvolge i diversi interlocutori locali.*

La **ricomposizione delle risorse** sarà tesa sempre più verso una gestione delle risorse *programmate e gestite a livello aggregato* rispetto a quelle gestite singolarmente dai comuni.

La **ricomposizione dei servizi** e degli interventi sarà orientata ad uniformare *le modalità di accesso ai servizi* e agli interventi erogati dai comuni del territorio.

DIMENSIONI	STRATEGIE	OBIETTIVI
<b>CONOSCENZE E INFORMAZIONI</b>	Ottica sistemica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- uniformità del metodo di raccolta e analisi dei dati;</li> <li>- rilevazione dei bisogni/problemi/domanda;</li> <li>- monitoraggio del contesto (servizi/ interventi, risorse/strumenti) in chiave intersettoriale;</li> </ul>
<b>RISORSE E STRUMENTI</b>	Posizionamento ed evoluzione dei singoli enti nel territorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- quantificazione delle risorse e dei soggetti che le erogano;</li> <li>- formazione e piani congiunti a favore degli operatori del territorio;</li> <li>- analisi delle modalità di accesso alle risorse.</li> <li>- cartella sociale informatizzata</li> <li>- modalità di accesso a fondi pubblici e privati</li> <li>- gestione associata delle risorse mediante l'azienda speciale come stazione appaltante di ambito</li> </ul>
<b>SERVIZI E INTERVENTI</b>	Equità e omogeneità	<ul style="list-style-type: none"> <li>- regolamenti territoriali con criteri di accesso uniformi;</li> <li>- implementazione delle gestioni associate;</li> <li>- applicazione di livelli omogenei minimi e massimi di compartecipazione e di sostegno;</li> <li>- estensione delle forme di solidarietà fra enti;</li> <li>- sistemi valutazione congiunti.</li> </ul>

---

## 4. Strumenti

---

### *Valutazione e monitoraggio*

In considerazione del processo di trasformazione continua delle politiche sociali si rende ancora più urgente lo sviluppo di un sistema di monitoraggio per la messa in rete delle pratiche più efficaci, efficienti e innovative, nonché di un sistema di valutazione delle politiche di investimento sociale che permetta di verificarne gli esiti complessivi, diretti e indiretti, sia di breve che di medio termine per rivedere, correggere, potenziare e ri-programmare.

### *Informazione e comunicazione*

Considerata l'importanza di connettere le informazioni gestite all'interno dei servizi della rete territoriale, vista altresì la necessità di una comunicazione chiara e puntuale delle informazioni verso l'esterno, per favorire la fruibilità e l'accesso ai servizi da parte dei cittadini, si ritiene necessaria la costruzione di un sistema informativo integrato che permetta di monitorare, valutare, elaborare e comunicare.

L'avvio del percorso di implementazione della piattaforma condivisa (gestita da ATS di Brescia) per l'utilizzo della Cartella Sociale Informatizzata (CSI), secondo il percorso delineato da Regione Lombardia (DGR n.X/5499-2 agosto 2016) rappresenta un primo passo, già intrapreso, nella direzione delineata.

Si prevede altresì l'innovazione e l'implementazione della piattaforma informativa locale (Ambito-AZIENDA).

Attraverso tali strumenti si anticipano i processi di semplificazione e innovazione informativi e documentali previsti per le pubbliche amministrazioni (dematerializzazione e digitalizzazione).

### *Formazione e conoscenza*

Alla luce dell'evoluzione repentina dei cambiamenti sociali, nonché della complessità delle situazioni che richiedono competenze e conoscenze sempre nuove, si ritiene di promuovere un piano formativo ambitoriale (annuale e triennale) – in linea con gli obiettivi della programmazione locale del Piano di Zona 2018/2020 – rivolto ad operatori sociali e socio-assistenziali al fine di favorire il confronto e la condivisione di buone pratiche.

La formazione degli operatori è un elemento fondamentale per supportare la programmazione sociale e accompagnare i processi di sviluppo locale.

---

## 5. Obiettivi strategici

---

Alla luce degli incentivi previsti da regione mediante l'assegnazione di quote premiali per il raggiungimento di obiettivi strategici di sviluppo e potenziamento di politiche sociali integrate nei modelli di governance, nelle azioni e nelle reti, si indicano di seguito gli obiettivi strategici volti allo sviluppo delle politiche sociali per il triennio 2018-2020.

### 1. Obiettivo strategico

#### **IMPLEMENTAZIONE DELLE LINEE GUIDA PER LA DEFINIZIONE DELLE REGOLE E DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SOCIALI E SOCIOSANITARIE E DEL SISTEMA DI COMPARTECIPAZIONE AL COSTO DEGLI INTERVENTI**

Viste le *Linee guida per la definizione delle regole e di accesso alle prestazioni sociali e sociosanitarie e del sistema di compartecipazione al costo degli interventi* approvate dall'Assemblea dei Sindaci con delibera n. 8 del 23.11.2015 (e attualmente vigenti);

Considerata la concessione all'applicazione incrementale e progressiva dei criteri di accesso ai servizi accordata ai Comuni dell'Ambito per raggiungere gli obiettivi condivisi e concertati;

Viste alcune osservazioni presentate dai rappresentanti delle associazioni di famigliari delle persone con disabilità che accedono ai servizi del territorio;

Preso atto delle disposizioni normative, successive all'approvazione del documento, in materia di ISEE e altresì quelle inerenti la gestione di nuove misure attribuite agli Ambiti;

Si ritiene indispensabile raggiungere i seguenti obiettivi specifici:

- valutare gli aspetti da implementare, integrare ed eventualmente revisionare per favorire una maggiore omogeneità e uniformità;
- definizione di livelli minimi e massimi di costo da estendere ad altri servizi per favorire una maggiore equità nell'accesso alle prestazioni;
- elaborare un sistema di monitoraggio e valutazione che includa strumenti di verifica del livello di applicazione e di implementazione raggiunto nel territorio nel triennio del presente piano di zona;
- promuovere incontri di confronto con gli ambiti afferenti al Distretto Programmatorio 3 allo scopo di valutare possibili convergenze volte allo studio di un documento unico distrettuale condiviso.

OBIETTIVO GENERALE	<b>IMPLEMENTAZIONE DELLE LINEE GUIDA PER LA DEFINIZIONE DELLE REGOLE E DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SOCIALI E SOCIO SANITARIE E DEL SISTEMA DI COMPARTECIPAZIONE AL COSTO DEGLI INTERVENTI</b>
OBIETTIVI SPECIFICI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- valutare gli aspetti da implementare, integrare ed eventualmente revisionare per favorire una maggiore omogeneità e uniformità;</li> <li>- definizione di livelli minimi e massimi di costo da estendere ad altri servizi per favorire una maggiore equità nell'accesso alle prestazioni;</li> <li>- elaborare un sistema di monitoraggio e valutazione che includa strumenti di verifica del livello di applicazione e di implementazione raggiunto nel territorio nel triennio del presente piano di zona;</li> <li>- promuovere incontri di confronto con gli ambiti afferenti al Distretto Programmatorio 3 allo scopo di valutare possibili convergenze volte all'elaborazione di un documento unico distrettuale condiviso.</li> </ul>
RISORSE IMPIEGATE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ufficio di Piano, attori locali portatori di interesse.</li> </ul>
STRUMENTI UTILIZZATI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rilevazione dati</li> <li>- Simulazioni e proiezioni</li> <li>- Monitoraggio</li> </ul>
TEMPISTICA	Entro il 2020

## 2. Obiettivo strategico

### DEFINIZIONE DI INDICATORI DI QUALITA' DEI SERVIZI SOCIALI E SOCIO-ASSISTENZIALI E DELLE RELATIVE PRESTAZIONI PER LA COSTITUZIONE DI NUOVO SISTEMA OMOGENEO DI AFFIDAMENTO AL TERZO SETTORE

Vista l'imminente scadenza del *Bando per la costituzione di un sistema di accreditamento con liste fornitori per interventi socio-assistenziali anche attraverso voucher sociale per il periodo 01.03.2016 – 31.12.2018*;

Considerata l'importanza di giungere ad un maggiore uniformità misurabile in termini di qualità dei servizi e delle prestazioni erogate dal terzo settore che opera nel territorio;

Si ritiene indispensabile raggiungere i seguenti obiettivi specifici:

- estendere l'applicazione dello strumento di affidamento anche ad altri servizi/interventi/progettualità;
- sviluppare un sistema omogeneo sperimentale di valutazione dei servizi e delle prestazioni – con indicatori di qualità – volti alla soddisfazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali e socio assistenziali;
- definire strumenti di monitoraggio del processo di attuazione del sistema di valutazione per la rilevazione della congruità tra obiettivi stabiliti ed esiti raggiunti;
- implementare il ruolo e le funzioni di stazione appaltante dell'Azienda Speciale;
- promuovere incontri di confronto con gli ambiti afferenti al Distretto Programmatorio 3 allo scopo di valutare possibili convergenze volte all'individuazione di strategie comuni.

OBIETTIVO GENERALE	<b>DEFINIZIONE DI INDICATORI DI QUALITA' DEI SERVIZI SOCIALI E SOCIO-ASSISTENZIALI E DELLE RELATIVE PRESTAZIONI PER LA COSTITUZIONE DI NUOVO SISTEMA OMOGENEO DI AFFIDAMENTO AL TERZO SETTORE</b>
OBIETTIVI SPECIFICI	<ul style="list-style-type: none"><li>- estendere l'applicazione dello strumento di affidamento anche ad altri servizi/interventi/progettualità;</li><li>- sviluppare un sistema omogeneo sperimentale di</li></ul>

	<p>valutazione dei servizi e delle prestazioni – con indicatori di qualità – volti alla soddisfazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali e socio assistenziali;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- definire strumenti di monitoraggio del processo di attuazione del sistema di valutazione per la rilevazione della congruità tra obiettivi stabiliti ed esiti raggiunti;</li> <li>- implementare il ruolo e le funzioni di stazione appaltante dell’Azienda Speciale;</li> <li>- promuovere incontri di confronto con gli ambiti afferenti al Distretto Programmatorio 3 allo scopo di valutare possibili convergenze volte all’individuazione di strategie comuni.</li> </ul>
RISORSE IMPIEGATE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ufficio di Piano e Azienda Speciale</li> </ul>
TEMPISTICA	Entro il 2019

### 3. Obiettivo strategico

#### SVILUPPARE IL MODELLO DELLA CO-PROGETTAZIONE, SPERIMENTATO NELL’AREA MINORI E FAMIGLIA, INCLUDENDO ALTRE POLITICHE SOCIALI DEL PIANO DI ZONA

Vista la prossima scadenza del *Bando di indizione di istruttoria pubblica finalizzata all’individuazione di soggetti del terzo settore disponibili alla co-progettazione e gestione di interventi per la realizzazione di un sistema integrato per la protezione del minore e della famiglia (31.03.2019)*;

Considerato il lavoro condiviso e cogestito che ha permesso una visione sistemica nella lettura dei bisogni e nella creazione di azioni e di modalità di risposta innovative, su un piano di corresponsabilità pubblico privata;

Visto il valore aggiunto della coprogettazione nei processi di contaminazione tra organizzazioni attraverso lo scambio di saperi, competenze e pratiche di sviluppo;

Si ritiene indispensabile raggiungere i seguenti obiettivi specifici:

- estendere la co progettazione ad altre aree delle politiche sociali territoriali del Piano di Zona;
- implementare e qualificare le azioni di monitoraggio del processo avviato e di valutazione dei progetti e degli interventi e dei servizi;



- ampliare e diversificare la rete di partenariato prevedendo il coinvolgimento di nuovi soggetti del terzo settore (volontariato e associazionismo locale).
- incrementare i tempi di realizzazione del processo ovvero la durata della co-progettazione (superiore almeno a 3 anni).

<b>OBIETTIVO GENERALE</b>	<b>SVILUPPARE IL MODELLO DELLA CO-PROGETTAZIONE, SPERIMENTATO NELL'AREA MINORI E FAMIGLIA, INCLUDENDO ALTRE POLITICHE SOCIALI DEL PIANO DI ZONA</b>
<b>OBIETTIVI SPECIFICI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- estendere la co progettazione ad altre aree delle politiche sociali territoriali del Piano di Zona;</li> <li>- implementare e qualificare le azioni di monitoraggio del processo avviato e di valutazione dei progetti degli interventi e dei servizi;</li> <li>- ampliare la rete di partenariato prevedendo il coinvolgimento di nuovi soggetti del terzo settore (volontariato e associazionismo locale).</li> <li>- incrementare i tempi di realizzazione ovvero la durata della co-progettazione (superiore almeno a 3 anni).</li> </ul>
<b>RISORSE IMPIEGATE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Azienda Speciale, Direzione Tecnico Organizzativa, Ufficio di Piano, Terzo settore.</li> </ul>
<b>TEMPISTICA</b>	Entro il 2019

Per ciascun obiettivo strategico sarà redatto uno specifico progetto tecnico, secondo il format incluso nelle Linee Guida regionali.

---

## 6. Organi di Governo

---

La *Conferenza* e il *Consiglio di rappresentanza dei Sindaci* sono un organismi istituzionali a cui sono affidate le competenze in ordine all'integrazione delle funzioni sanitarie e sociali, così come definito dalla normativa.

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

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

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

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

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

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

Le funzioni in capo al Coordinamento sono le seguenti:

- garantire attività di consulenza ai componenti della Conferenza dei Sindaci e ai Presidenti e, più in generale, ai componenti delle Assemblee Distrettuali relativamente ai vari temi di ordine sociale ed in relazione a tematiche inerenti l'integrazione socio-sanitaria, anche sottoposti all'attenzione della Conferenza dei Sindaci/Consiglio di Rappresentanza, che la stessa Conferenza individua come opportune da approfondire;
- svolgere una funzione di elaborazione e di proposta rispetto a varie tematiche afferenti al contesto sociale e in particolare alla programmazione e gestione degli interventi e Servizi Sociali;

- formulare idonea proposta programmatica per la realizzazione dei programmi e progetti previsti dal Piano di Zona;
- monitorare e verificare i programmi e i progetti;
- garantire momenti di confronto e di approfondimento delle varie tematiche connesse alla gestione degli interventi e dei Servizi Sociali;
- svolgere in generale una funzione di supporto e di istruttoria relativamente a temi e problemi che gli Amministratori locali ritengano opportuno approfondire ed istruire;
- condividere sul piano tecnico modalità organizzative e di gestione concreta di azioni, interventi e Progetti nell'ottica di promuovere e realizzare, quando opportuno, una maggiore omogeneità progettuale ed operativa.

L'ATS di Brescia con Decreto 752 del 22.12.2017 ha attivato la Cabina di regia di cui all'art 6, comma 6 lett. f), della L.R. n. 23/2015 e con successivo Decreto 126 del 9.03.2018 il Tavolo tecnico della Cabina di Regia.

La dgr 2941/2014 assegna alla Cabina di regia un ruolo di governance a supporto del processo di integrazione sociosanitaria e sociale e ciò in continuità con quanto già previsto nei precedenti provvedimenti regionali.

La cabina di regia ha i seguenti compiti:

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

L'attività di coordinamento della Cabina di regia e del relativo Tavolo Tecnico sono in capo all'ATS.

Gli ambiti distrettuali partecipano alla cabina di regia per il tramite dei componenti del coordinamento degli uffici di piano.

*L'ufficio di piano*, come previsto dalle linee guida regionali, è lo strumento che apporta valore al welfare, a condizione che costituiscano per gli enti e per il territorio in cui operano una possibilità per ricomporre e integrare le conoscenze, le risorse finanziarie e le decisioni. L'Ufficio di Piano svolge le seguenti funzioni:

- supporto all'Assemblea dei Sindaci nelle fasi del processo programmatico;
- gestione degli atti conseguenti all'approvazione del Piano di Zona;
- attuazione degli indirizzi e delle scelte del livello politico;
- organizzazione e coordinamento delle fasi del processo di attuazione del PdZ;
- coordinamento dei rapporti con i diversi soggetti della rete;

- definizione e gestione del budget;
- predisposizione di proposte per progetti innovativi;
- studio, elaborazione e istruttoria degli atti;
- monitoraggio e verifica delle azioni;
- consulenza all'organo politico;
- governo del sistema informativo;

L' Ufficio di Piano è composto da una Responsabile con compiti di coordinamento individuata dall'Azienda Speciale e da assistenti sociali nominate dalle subaree:

- 1 rappresentante individuata dai Comuni del basso lago (Desenzano del Garda, Pozzolengo, Sirmione);
- 2 rappresentanti individuate dai Comuni del medio lago (Bedizzole, Calvagese, Lonato del Garda);
- 1 rappresentante individuata dai Comuni della Valtenesi (Manerba del Garda, Moniga del Garda, Padenghe sul Garda, Polpenazze del Garda, Puegnago del Garda, San Felice del Benaco, Soiano del Lago);
- 1 rappresentante individuata dai Comuni dell'alto lago (Gardone Riviera, Gargnano, Limone sul Garda, Magasa, Salò, Tignale, Toscolano Maderno, Tremosine sul Garda, Valvestino).

L'UdP nello svolgimento delle proprie funzioni può avvalersi della consulenza di professionisti esterni.

*L'ATS di Brescia* sottoscrive con i Comuni dell'ambito distrettuale l'accordo di programma che dà attuazione al Piano Sociale di Zona. Nello specifico le Linee di indirizzo per la programmazione sociale locale assegnano alle ATS il compito di integrare le politiche e gli interventi in area sanitaria e sociale e di garantire uniformità nell'attuazione degli indirizzi regionali e nell'accesso ai servizi da parte dei cittadini.

#### ORGANISMI DI CONSULTAZIONE TERRITORIALE

Il Piano di Zona individua nella co-progettazione lo strumento principe per la regolazione dei rapporti con il terzo settore e per la gestione della rete dei servizi.

*I Tavoli di co-progettazione* rappresentano il luogo ove le istanze dei soggetti portatori di interessi si confrontano in modo diretto e continuativo, costruttivo e dinamico, generando strategie di co-costruzione del sistema territoriale di interventi.

*Il Terzo Settore* saranno coinvolti e consultati durante il processo di attuazione del Piano di Zona. La consultazione locale del terzo settore (e/o soggetti profit) contribuisce a definire gli obiettivi strategici della co-progettazione e laddove non adottata coadiuva l'Ufficio di Piano nella rilevazione dei bisogni, nell'individuazione delle priorità e degli obiettivi previsti dalla programmazione del presente Piano di Zona.

## 7. LE POLITICHE LOCALI

### *7.1 Politiche familiari*

Le politiche familiari rappresentano il centro delle politiche sociali, intese non solo come politiche assistenziali (dirette a sanare o contenere le situazioni di bisogno) o sostitutive, ma anche come politiche promozionali, aventi l'obiettivo di promuovere il benessere della famiglia e di tutti i suoi componenti. Accanto all'obiettivo di tutelare e proteggere la famiglia e i suoi componenti vi è quello altrettanto importante di incentivare e abilitare le famiglie.

La famiglia - universalmente definita come la cellula fondamentale della società - è sempre più attraversata da trasformazioni e cambiamenti che rendono difficile una lettura dei diversi bisogni e delle possibili risorse che si potrebbero attivare. Le strutture sociali di contro si muovono più lentamente e faticano a tenere il passo nell'evoluzione dei servizi e degli interventi. Inoltre i programmi e le azioni promosse in favore della famiglia spesso non sono in grado di rappresentare la dinamica e le modificazioni dei rapporti familiari che avvengono nel corso della vita.

Non aiuta un mancato "quadro organico" e di medio termine di politiche nazionali rivolte alla famiglia, cioè aventi la famiglia come destinatario e come soggetto degli interventi. Prevalgono interventi frammentati e di breve periodo, di corto raggio, volti a risolvere alcuni specifici problemi delle famiglie senza una considerazione complessiva del ruolo che esse svolgono nella società.

Le politiche e i servizi territoriali a supporto delle famiglie devono tuttavia saper rispondere con regolarità e prontezza a pressanti e continui bisogni sociali quali le nuove povertà, l'esclusione sociale, la disoccupazione, le disabilità, l'invecchiamento, la non autosufficienza. Quando parliamo di politiche per la famiglia ci riferiamo al sostegno di tutti i suoi componenti nell'articolata e complessa rete sociale.

Occorre pensare a politiche che favoriscano non solo la protezione dei soggetti, ma anche la promozione della famiglia come soggetto sociale di primario interesse pubblico per la rilevanza delle funzioni sociali che svolge, in particolare ai fini della coesione sociale.

Per programmare le politiche familiari locali è necessario sviluppare una strategia organica in cui siano fissati obiettivi multipli e interconnessi di medio periodo attraverso l'elaborazione di proposte concrete e sostenibili per le famiglie.

Le politiche per la famiglia richiedono sempre più uno sguardo che sappia leggere i diversi bisogni espressi dalle persone come singole e nel loro insieme come famiglia.

Tendere ad un welfare dialogico relazionale riteniamo possa essere la strada da praticare per avviare processi partecipativi di riattivazione delle risorse presenti nei diversi contesti di vita delle persone favorendo l'efficace gestione delle situazioni più complesse. Gli interventi orientati al "fare insieme precoce" sono in grado di intercettare preventivamente quelle zone d'ombra tra normalità e disagio conclamato che costituiscono il preludio delle fragilità sociali.

Obiettivo generale: sviluppare un sistema organico di interventi territoriali diffusi intersettoriali e multilivello in grado di sostenere le famiglie e accompagnare le persone più fragili nel proprio contesto di vita con il coinvolgimento delle comunità di appartenenza.

### Sostenere lo sviluppo e l'innovazione del sistema di protezione e di accompagnamento ai minori e alle famiglie per favorire l'inclusione sociale diffusa

La rete territoriale dei servizi e degli interventi rivolti ai minori è stata ed è oggetto di particolare attenzione all'interno delle politiche locali.

A partire dall'anno 2004 i Comuni dell'ambito affidarono la gestione del servizio Tutela Minori all'organismo strumentale per il Piano di Zona (precedentemente Fondazione Servizi Integrati Gardesani attualmente Azienda Speciale Consortile Garda Sociale). Il servizio si avvale di un'équipe integrata, composta per la parte sociale da una responsabile e da cinque assistenti sociali, e per la parte psicologica da operatori dei Consultori (ASST/privato accreditato).

L'attuale assetto organizzativo del servizio Tutela Minori e del funzionamento dell'équipe psicosociale, permette di realizzare attività di tipo valutativo e di supporto/monitoraggio ai nuclei famigliari seguiti, senza tuttavia rendere disponibili interventi psicologici o psicoterapici continuativi di accompagnamento.

Si rileva purtroppo che le diverse caratteristiche organizzative e di funzionamento dei servizi territoriali e delle istituzioni coinvolte nella presa in carico di minori e famiglie sono tali da impedire di fatto il raggiungimento dell'auspicata integrazione.

Nel corso degli anni si è assistito all'incremento quantitativo di minori, e dei relativi nuclei familiari, interessati da provvedimento dell'Autorità Giudiziaria e parimenti ad una maggiore complessità nell'approccio a tali sistemi, data sia dalla struttura familiare (a titolo esemplificativo: nuclei familiari ricostituiti, nuclei monogenitoriali) sia dalla sostenibilità dei percorsi prescritti a loro supporto. Tra i vari interventi richiesti, si rilevano in misura crescente le attivazioni di incontri protetti/facilitanti, ossia incontri finalizzati, tramite la presenza di un operatore terzo, alla protezione del minore nell'incontro con i genitori/parenti o alla facilitazione/ricostruzione della relazione tra il minore e i genitori/parenti.

Nelle recenti Linee guida per la promozione dei diritti e delle azioni di tutela dei minori con la loro famiglia emanate nel 2016 da Regione è evidenziata l'importanza della valutazione psicologica nell'indagine sociale di rilevazione del disagio psicosociale familiare e di rischio per il minore. E ancora è raccomandato che nel progetto di tutela del minore siano attivati "tutti quegli interventi, educativi, psicologici, sociali, necessari o disposti, prevedendo anche eventuali forme di compartecipazione ai costi, da parte delle famiglie".

Tuttavia le numerose richieste di percorsi di psicoterapia per minori che pervengono al Servizio Tutela Minori dall'Autorità Giudiziaria non vengono nella prevalenza dei casi ottemperate, poiché la rete di servizi preposti non risulta in grado di supportare l'elevato numero di domande.

A fronte dell'esperienza avviata dall'Azienda Speciale (ex Fondazione) e dai Comuni nel 2013 di gestire alcune comunità educative per minori presenti nel territorio furono riscontrati problemi legati alle modalità di conduzione della struttura residenziale che chiedevano di essere ripensate e difficoltà

nell'accompagnamento delle situazioni cui la rete di servizi e di risposte, frammentate e poco coordinate, non riusciva a dare adeguate risposte.

L'idea di creare un sistema organizzato e interagente di servizi e interventi intorno all'area minori e famiglia si concretizzò durante la precedente triennalità (nel 2015) e prese la forma della co-progettazione che ebbe come oggetto "La gestione di interventi per la realizzazione di un sistema integrato di protezione del minore e della famiglia".

Nel corso della co-progettazione sono stati aperti dei tavoli dedicati di "progettazione partecipata" di studio e di monitoraggio sull'esistente. Dal confronto tra gli operatori (tutela minori e i servizi e delle comunità educative per minori) sono emersi alcuni nodi che la filiera di servizi e gli interventi convenzionali esistenti non riusciva a sciogliere. Ciò anche a fronte dell'aumento di situazioni sempre più complesse che riguardavano nello specifico la fascia degli adolescenti che richiedevano sempre più progetti personalizzati.

Il solo approccio di natura educativa delle comunità minori nel tempo ha mostrato i propri limiti, soprattutto a fronte dell'aumento di minori che presentano fragilità importanti e per i quali si rendono necessari approcci integrati di tipo psico-educativo e psicoterapico.

Anche per il Servizio Tutela Minori potersi avvalere di un'équipe psico-educativa integrata per il sostegno dei minori seguiti (soprattutto nelle situazioni più complesse) potrebbe rappresentare un valido supporto per il processo evolutivo del minore e della sua famiglia.

A fronte di un investimento di risorse continuativo da parte dei Comuni per interventi educativi domiciliari rivolti ai minori si rileva una particolare criticità riscontrata nell'ambito dei percorsi rivolti agli adolescenti (fascia 15-18 anni) cui i servizi standard attivi nel territorio (ADM, educativa di strada, ecc.) non sembrano in grado di rispondere in maniera incisiva al crescente bisogno di accompagnamento educativo.

Tabella 1 - dati riferiti ai servizi/interventi rivolti a minori e relativa spesa sostenuta - 2014/2017

Servizio	Anno 2014		Anno 2015		Anno 2016		Anno 2017	
	n.casi	Spesa sociale	n.casi	Spesa sociale	n.casi	Spesa sociale	n.casi	Spesa sociale
ADM	117	319.830,00	110	291.306,00	115	239.423,00	131	266.495,48
AFFIDI	28	72.530,00	29	92.704,00	29	85.759,00	27	69.300,00
CAM	33	435.020,00	37	548.456,00	31	592.087,47	39	633.796,05
TUTELA	461	173.177,00	485	199.533,90	523	222.976,43	528	251.946,74
IP	31	31.000,00	36	26.358,86	26	25.484,35	31	30.000,00
<b>totale</b>		<b>1.031.557,00</b>		<b>1.158.358,76</b>		<b>1.165.730,25</b>		<b>1.251.538,27</b>

Il contesto sociale territoriale è caratterizzato da una comunità poco attiva e da una ridotta propensione a investire nel futuro individuale e collettivo (specialmente nella popolazione più giovane). La crescente dispersione scolastica, la mancanza di figure di riferimento adulte (leader) e di spazi attrattivi e aggregativi per i giovani, ha portato ad interrogarsi sempre più rispetto alla possibilità di trovare nuove risposte e di riorganizzare i servizi esistenti in funzione dei nuovi bisogni.

Queste emergenze riconducono al tema della prevenzione che deve essere sempre più orientata e selettiva, diffusa e flessibile.

Nel tentativo di rispondere ai nuovi bisogni in seno alla co-progettazione sono nate alcune nuove idee che hanno condotto alla sperimentazione di micro azioni promosse in collaborazione con il terzo settore.

Nel lavoro di ripensamento dell'esistente avviato con la co-progettazione si ritiene necessario:

- riqualificare e coordinare la rete della filiera territoriale dei servizi rivolti ai minori e alle famiglie e di mettere a sistema le buone pratiche esperite;
- promuovere l'attivazione di progettualità diffuse volte ad innovare e arricchire la filiera di interventi di prevenzione e di accompagnamento ai minori e alle famiglie.

TITOLO OBIETTIVO	<b>Aumentare il livello di integrazione dei servizi sociali territoriali (Servizio Tutela Minori e Servizio sociale professionale) con le agenzie presenti sul territorio (scuole, forze dell'ordine e consultori) per favorire interventi di prevenzione più coordinati e rispondenti al bisogno rilevato/espresso dai minori e dalle famiglie</b>
INTERVENTI/AZIONI DI SISTEMA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stesura di linee guida/prassi operative condivise</li> <li>- Incontri di confronto per il consolidamento delle pratiche operative condivise</li> </ul>
RISORSE IMPIEGATE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ufficio di piano, Responsabili servizi sociali comunali, Tutela minori, Terzo settore, ASST, Enti accreditati</li> </ul>
STRUMENTI UTILIZZATI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tavoli tecnici, Tavoli interistituzionali, Accordi/protocolli, Linee guida</li> </ul>
INDICATORI DI ESITO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- n. di protocolli</li> <li>- accordi</li> <li>- % di progetti sperimentali attivati</li> <li>- n. di enti/agenzie del territorio coinvolte</li> </ul>
STRUMENTI DI VALUTAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quantitativi e qualitativi</li> </ul>
TEMPISTICA	Triennio 2018-2020



TITOLO OBIETTIVO	<b>Sviluppare il sistema di servizi-interventi di protezione dei minori e di accompagnamento alle famiglie teso a favorire anche processi di partecipazione attiva della rete locale (non convenzionale) e di maggiore coinvolgimento delle famiglie e della comunità</b>
INTERVENTI/AZIONI DI SISTEMA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Integrare l'offerta di interventi sociosanitari (servizio psicoterapia) rivolti a minori seguiti dal Servizio Tutela Minori</li> <li>- Sperimentare percorsi psico-educativi rivolti agli ospiti delle Comunità Educative;</li> <li>- Favorire la partecipazione attiva dei minori e delle famiglie nel processo di elaborazione dei bisogni attraverso "Riunioni di Famiglia" (family group conference)</li> </ul>
RISORSE IMPIEGATE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ufficio di piano, Responsabili servizi sociali comunali, Équipe progetto, Tutela minori, Terzo settore, Risorse umane e strutturali, Altri soggetti (comunità territorio)</li> </ul>
STRUMENTI UTILIZZATI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tavoli di co-progettazione, Monitoraggio attività, Studi di fattibilità, Accordi territoriali, Modelli operativi (family group conference)</li> </ul>
INDICATORI DI ESITO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- n. di percorsi educativi attivati</li> <li>- n. di percorsi psicoterapici attivati</li> <li>- n. di progetti sperimentali attivati</li> <li>- n. di famiglie attivate (riunioni di famiglia)</li> <li>- n. di persone e operatori coinvolti nelle riunioni di famiglia</li> </ul>
STRUMENTI DI VALUTAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quantitativi e qualitativi</li> </ul>
TEMPISTICA	Triennio 2018-2020

<b>TITOLO OBIETTIVO</b>	<b>Integrare e innovare la filiera dei servizi e degli interventi con forme più flessibili e personalizzate di accompagnamento all'autonomia e con un approccio che favorisca lo sviluppo di reti educanti territoriali</b>
<b>INTERVENTI/AZIONI DI SISTEMA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Attivare alloggi per l'accompagnamento all'autonomia per diciassetenni e neomaggiorenni diffusi nel territorio ed inseriti nella comunità locale superando l'istituzionalizzazione delle comunità educative</li> <li>- Implementare alloggi per l'accompagnamento all'autonomia per i nuclei madre con figli diffusi nel territorio ed inseriti nella comunità locale</li> <li>- Sviluppare progetti diffusi per attività educativa (individuale e di gruppo) con il coinvolgimento di attori formati non convenzionali</li> <li>- Sperimentazione di percorsi educativi (individuali/gruppo) con il coinvolgimento di attori non convenzionali ("comunità educante")</li> <li>- Valorizzare e innovare le realtà esistenti (CAG, doposcuola e punti giovani)</li> </ul>
<b>RISORSE IMPIEGATE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ufficio di piano, Responsabili servizi sociali comunali, Équipe progetto, Tutela minori, Terzo settore, Risorse umane e strutturali</li> </ul>
<b>STRUMENTI UTILIZZATI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tavoli di co-progettazione, Mappatura servizi, Studi di fattibilità</li> </ul>
<b>INDICATORI DI ESITO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % di progetti di accoglienza avviati</li> <li>- % di progetti sperimentali attivati</li> <li>- n. di realtà/soggetti coinvolti</li> </ul>
<b>STRUMENTI DI VALUTAZIONE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quantitativi e qualitativi</li> </ul>
<b>TEMPISTICA</b>	Triennio 2018-2020

Con l'avvio della co-progettazione anche gli interventi di prevenzione rivolti a minori e alle famiglie (attivi nel territorio a partire dalla ex legge 285) sono stati ripensati e organizzati in forma coordinate e secondo un modello incrementale che ha visto sempre più la partecipazione attiva dei diversi interlocutori coinvolti. Dall'anno 2015 è stato promosso un sistema di interventi (tutt'ora in corso) volti a ridurre il disagio sociale e favorire il benessere a scuola che ha visto la partecipazione attiva dei sette istituti comprensivi dell'ambito. Ad integrazione sono state previste azioni di coinvolgimento del mondo adulto mediante un programma di interventi volti all'attivazione delle famiglie e della comunità (progetto Futuri Possibili – l'imperfect).

TITOLO OBIETTIVO	<b>Riqualificare e innovare la filiera dei servizi e di interventi di prevenzione e promozionali di accompagnamento dei minori e delle famiglie</b>
INTERVENTI/AZIONI DI SISTEMA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consolidare percorsi di prevenzione volti a rafforzare le competenze personali e relazionali dei minori favorendone il successo scolastico e il benessere a scuola</li> <li>- Sviluppare percorsi di attivazione delle famiglie e degli adulti (comunità educante)</li> </ul>
RISORSE IMPIEGATE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ufficio di piano, Responsabili servizi sociali comunali, Tutela minori, Terzo settore, Rete scolastica territoriale, Parrocchie</li> </ul>
STRUMENTI UTILIZZATI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incontri tecnici, Tavoli di coprogettazione, Gruppi di lavoro su specifiche tematiche, Laboratori tematici, Seminari studio</li> </ul>
INDICATORI DI ESITO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- n. di scuole coinvolte</li> <li>- n. di percorsi attivati</li> <li>- % di alunni raggiunti</li> <li>- n. di famiglie e adulti coinvolti (genitori, insegnanti e personale scolastico)</li> </ul>
STRUMENTI DI VALUTAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quantitativi e qualitativi</li> </ul>
TEMPISTICA	Triennio 2018-2020

TITOLO OBIETTIVO	<b>Promuovere progetti rivolti ad adolescenti e pre-adolescenti per lo sviluppo di competenze relazionali e la valorizzazione di risorse personali</b>
INTERVENTI/AZIONI DI SISTEMA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sviluppare percorsi educativi di accompagnamento al gruppo di pari</li> <li>- Laboratori esperienziali</li> <li>- Diffondere buone pratiche</li> </ul>
RISORSE IMPIEGATE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ufficio di piano, Responsabili servizi sociali comunali, Tutela minori, Terzo settore, Associazioni, Altri soggetti territoriali non convenzionati</li> </ul>

<b>STRUMENTI UTILIZZATI</b>	- Incontri tecnici, Progetti
<b>INDICATORI DI ESITO</b>	- % di situazioni seguite - n. adolescenti coinvolti - n. di enti/soggetti attivati nella rete territoriale
<b>STRUMENTI DI VALUTAZIONE</b>	- Quantitativi e qualitativi
<b>TEMPISTICA</b>	Triennio 2018-2020

Anche alla luce degli orientamenti normativi che sottolineano sempre più il diritto del minore di vivere nella propria famiglia e, laddove si renda necessario l'allontanamento dalla famiglia di origine, l'affidamento a famiglia in luogo del collocamento in struttura, si ritiene che l'esperienza maturata nel territorio (dal 2006) con le progettualità dedicate all'affido debba consolidarsi in forma di servizio territoriale.

I dati mostrano che nel precedente triennio vi è stato un incremento dei minori affidati a famiglie (circa il 50% dei minori allontanati nel 2017).

L'obiettivo è di tendere all'incremento del numero di affidi a famiglie, rendendolo la scelta prevalente, in quanto la più adeguata ai bisogni del minore.

tabella 2 - consuntivo minori in affido ex circ. 4 triennio 2015/2017

<b>anno</b>	<b>totale</b>	<b>famiglia</b>	<b>comunità</b>
2015	41	25	36
2016	43	15	28
2017	59	30	29

Tuttavia per sostenere i minori in affido, nonché gestire l'intero percorso di accompagnamento alle coppie affidatarie, inclusa la fase di valutazione di idoneità, risulta necessario dotarsi di una équipe multi professionale dedicata dentro un servizio strutturato.

Nel presente triennio di programmazione si intende avviare un servizio in forma sperimentale per giungere alla messa a sistema dello stesso entro il 2020.

Nel 2011 il Comune di Desenzano del Garda ha avviato la sperimentazione dell'affido leggero in collaborazione con un'associazione attiva nel territorio. Nel tempo anche altri Comuni hanno aderito all'iniziativa. Nel 2017 gli affidi leggeri attivati sono stati 14. Nel corso della presente programmazione

visti gli esiti positivi in termini di risposta ai bisogni delle famiglie si ritiene di diffondere promuovere la diffusione del modello anche ad altri comuni dell'Ambito.

Obiettivo generale rimane la promozione dell'empowerment della famiglia, che per manifestarsi necessita di una rete di supporti che vanno dai sostegni specialistici nei momenti di crisi e di fragilità, ai servizi di supporto alle responsabilità genitoriali.

Pertanto si intende:

- continuare il processo di consolidamento e di diffusione dell'istituto dell'affido familiare nel territorio per rispondere in modo più strutturato ai bisogni rilevati e per fornire un accompagnamento adeguato e qualificato alle coppie o ai single che intendono intraprendere il percorso dell'affidamento familiare, nell'ottica di sostenere e tutelare i diritti dei minori (in stretta connessione con il servizio Tutela Minori e i Servizi Sociali Professionali).
- promuovere l'affido familiare valorizzando le diverse tipologie di accoglienza incluso l'affido leggero (a famiglie e singoli), con il coinvolgimento dell'associazionismo attivo nel territorio.

<b>TITOLO OBIETTIVO</b>	<b>Consolidare, qualificare e diffondere l'istituto dell'affido familiare nel territorio mediante la sperimentazione di un servizio territoriale</b>
<b>INTERVENTI/AZIONI DI SISTEMA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Attivazione del servizio</li> <li>- Costituzione dell' équipe multi professionale</li> <li>- Consolidamento del raccordo con la rete provinciale per l'affido</li> </ul>
<b>RISORSE IMPIEGATE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ufficio di piano, Responsabili servizi sociali comunali, Équipe servizio, Tutela minori, Terzo settore</li> </ul>
<b>STRUMENTI UTILIZZATI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incontri tecnici, Banca dati, Regolamento servizio</li> </ul>
<b>INDICATORI DI ESITO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Attivazione Servizio Affidato</li> <li>- n. di percorsi attivati</li> <li>- n. di minori/genitori coinvolti</li> <li>- % di raccordo con la rete di affido provinciale</li> </ul>
<b>STRUMENTI DI VALUTAZIONE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quantitativi e qualitativi</li> </ul>
<b>TEMPISTICA</b>	Entro il 2019

<b>TITOLO OBIETTIVO</b>	<b>Promuovere l'affido familiare valorizzando le diverse tipologie di accoglienza incluso l'affido leggero (a famiglie e singoli), con il coinvolgimento delle associazioni attive nel territorio</b>
<b>INTERVENTI/AZIONI DI SISTEMA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementazione dell'afido leggero</li> <li>- Diffusione di buone pratiche</li> </ul>
<b>RISORSE IMPIEGATE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ufficio di piano, Responsabili servizi sociali comunali, Tutela minori, Terzo settore</li> </ul>
<b>STRUMENTI UTILIZZATI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incontri tecnici,</li> <li>- Accordi territoriali</li> <li>- Formazione</li> </ul>
<b>INDICATORI DI ESITO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % di incremento dei minori in affido</li> <li>- % di famiglie coinvolte</li> <li>- n. di accordi/collaborazioni terzo settore rete affido</li> </ul>
<b>STRUMENTI DI VALUTAZIONE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quantitativi e qualitativi</li> </ul>
<b>TEMPISTICA</b>	Triennio 2018-2020

### Coordinare e implementare la rete di prevenzione e contrasto della violenza di genere e assistita

La violenza domestica di genere e assistita è un fenomeno che viene intercettato sempre più spesso dai servizi territoriali (pronto soccorso, servizio tutela minori, consultori, servizi sociali, forze dell'ordine). Gli atti di violenza fisica o psicologica agiti dagli uomini contro le donne costituiscono reato e rappresentano un problema legato all'incolumità della donna, nonché una gravissima forma di discriminazione dei diritti fondamentali della persona. Le conseguenze di tali azioni non sono solamente danni fisici e psichici per la vittima, ma costi socio economici che si ripercuotono sull'intera società. Pur nella positività delle azioni e nelle prassi operative che si sono concretizzate negli anni, è emersa anche la frammentarietà delle stesse, conseguente alla diversità dei soggetti, delle culture, delle realtà organizzative e degli approcci metodologici. La ricomposizione della frammentarietà, attraverso una regia di rete che valorizzi le diverse risorse, si è posto negli anni come un obiettivo fondamentale per garantire la sostenibilità e l'efficacia dei percorsi di aiuto, sostegno e accompagnamento.

Nel territorio di Brescia e provincia il Centro Antiviolenza Casa delle Donne Onlus (attivo dal 1989) dalle origini ad oggi, ha seguito un numero sempre crescente di donne vittime della violenza di genere. Il fenomeno interessa donne di ogni età (italiane e straniere), anche se con un'incidenza maggiore per le fasce 28-37 anni e 38-47 anni, in prevalenza senza reddito o con reddito medio-basso. I maltrattanti sono persone vicine alla vittima: il coniuge, il fidanzato o il convivente.

tabella n. 1 – dati centro antiviolenza – Casa

<b>CENTRO ANTIVIOLENZA - CASA DELLE DONNE di BRESCIADI BRESCIA</b>									
<b>Anno</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>TOTALE</b>
Italiana	122	146	185	229	243	275	369	437	<b>2006</b>
U.E.	12	10	51	16	29	18	26	29	<b>191</b>
Extra U.E.	67	49	58	110	91	112	165	176	<b>828</b>
<b>Totale</b>	<b>201</b>	<b>205</b>	<b>294</b>	<b>355</b>	<b>363</b>	<b>405</b>	<b>560</b>	<b>642</b>	

Le donne vittime di violenza, residenti nei Comuni del territorio della rete, che si rivolgono alle strutture ospedaliere, alle FFOO o al Centro Antiviolenza chiedendo protezione sono in costante aumento, tuttavia si rileva spesso la difficoltà nel coinvolgimento del Comune di appartenenza laddove la richiesta di collocamento in struttura riguardi esclusivamente la donna, ovvero ogni qualvolta non vi sia la presenza di figlie/i minorenni da porre in protezione.

Nel 2011 i 12 Ambiti sociali territoriali dell'ASL di Brescia hanno sottoscritto un Protocollo di definizione delle competenze sociali (Comuni/Ambito e ASL) e di attribuzione degli oneri in carico ai Comuni, laddove il pronto soccorso preveda il ricorso a Centri di Pronto Intervento (CPI). L'Ambito 11 (del Garda nel 2011 ha istituito un Fondo di solidarietà (attivo), che prevede la copertura degli oneri relativi ai primi 5 giorni di permanenza nel CPI della donna e dei figli minori. Dal 2013 l'ente strumentale dei comuni del Garda - oggi Azienda Speciale Consortile Garda Sociale - gestisce la struttura di Croce Rossa Casa della Fraternità con il Centro di Pronto Intervento di Salò e gli Alloggi per l'Autonomia. Grazie a questa struttura, il territorio gardesano ha avuto modo di intercettare direttamente il fenomeno della violenza sulle donne e di rilevare, unitamente ai dati riferiti all'accoglienza ospedaliera dei Pronto soccorsi di Desenzano e di Gavardo, un incremento delle situazioni seguite dai diversi servizi.

dati rilevati dal C.P.I (Centro Pronto Intervento Fior di Loto) di Salò.

<b>CENTRO PRONTO INTERVENTO - SALO'</b>									
<b>Anno</b>				<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>TOTALE</b>
Accolte	-	-	-	10	8	11	15	18	<b>62</b>
Con figli	-	-	-	8	7	6	12	13	<b>46</b>
Denuncia	-	-	-	6	5	10	12	12	<b>45</b>
Italiane	-	-	-	0	1	3	3	3	<b>10</b>
Straniere	-	-	-	10	7	8	10	15	<b>50</b>
Ambito 9	-	-	-	0	0	1	2	0	<b>3</b>
Ambito 11	-	-	-	4	2	3	5	4	<b>18</b>
Ambito 12	-	-	-	1	2	2	3	6	<b>14</b>
Altri ambiti	-	-	-	5	4	8	5	8	<b>30</b>
<b>Totale</b>				<b>10</b>	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>15</b>	<b>18</b>	

Nel 2015 l'Ambito 11 del Garda ha attivato un Tavolo di lavoro tematico interistituzionale *Tessere legami*, allo scopo di monitorare e affrontare la tematica della violenza di genere, coordinando maggiormente i servizi anche attraverso azioni di prevenzione e contrasto, nonché di promozione della cultura del rispetto e della parità. Il tavolo tematico è divenuto luogo di un costante confronto e di un'intensa esperienza comune di condivisione e messa a punto di buone pratiche.

Conseguentemente al lavoro di confronto del tavolo tematico vi è stata la definizione di un Protocollo di intesa per la creazione di una rete territoriale di prevenzione e di contrasto alla violenza sulle donne e sui minori, deliberato dall'Assemblea dei Sindaci e sottoscritto dai soggetti partecipanti nel novembre 2015.

Nel 2017 è stato avviato un processo di condivisione tra gli ambiti facenti parte il Distretto Programmatorio 3 che ha portato all'ampliamento del Protocollo Gardesano e alla costituzione della Rete Antiviolenza del Garda, formalizzata tramite un Protocollo, che vede il Comune di Desenzano del Garda come capofila, e coinvolge gli Ambiti territoriali 9 Bassa Bresciana Centrale, 10 Bassa Bresciana Orientale, 11 Garda e 12 Valle Sabbia (76 Comuni – con una popolazione pari a 383.844) e altri soggetti istituzionali e del Terzo settore.

Gli obiettivi e le azioni prioritarie indicate nel progetto di costituzione della rete antiviolenza finanziato da Regione Lombardia sono:

1. Prevenire il fenomeno della violenza di genere e assistita attraverso l'informazione e la sensibilizzazione della comunità;

- pubblicazioni su testate locali e network per presentare la rete e il progetto
- campagne informative in luoghi formali e informali (prevenzione universale)
- diffusione di materiale informativo in luoghi strategici: palestre, saloni di bellezza, commercianti, pubblici esercizi, multisale, centri commerciali, mercati locali...
- percorsi di prevenzione e conoscenza rivolti a target specifici di popolazione in ambito educativo e culturale (scuole, biblioteche, associazioni ...).

La campagna divulgativa sul territorio è finalizzata da un lato a sensibilizzare la comunità sul tema e dall'altro ad informare le donne assoggettate alla violenza sulle possibili risorse disponibili e attivabili cui far riferimento nel territorio della Rete.

2. Promuovere programmi formativi interdisciplinari e congiunti: rivolti a operatori territoriali di servizi diversi, che a vario titolo intercettano il fenomeno. In particolare dei settori: sanitario, sociale, educativo e della sicurezza. (es. strumento S.A.R.A. plus per la prima valutazione del rischio).

3. Sviluppare la gestione di percorsi individualizzati rivolto alle donne vittime di violenza attraverso personale competente e spazi adeguati. Le azioni sono gestite dal Centro Antiviolenza che è il soggetto titolare della presa in carico delle donne vittime di violenza, così come previsto dal Piano regionale:

- costituzione di una équipe multidisciplinare (avvocata, psicologa) per la presa in carico e



l'elaborazione di progetti individualizzati, che opera in raccordo con i servizi sociali coinvolti.

- attivazione di una linea telefonica dedicata con segreteria per emergenze 24/h g. per 7 gg.;
- accoglienza da parte di una operatrice qualificata della richiesta di aiuto da parte della donna
- attivazione di interventi di mediazione linguistico culturale dove necessario
- accompagnamento da parte del Centro Antiviolenza delle donne e dei/delle eventuali figli/e offrendo, se richiesta e/o necessaria, l'immediata accoglienza presso una struttura protetta.
- allestimento spazi territoriali a supporto della sede centrale del Centro Antiviolenza.

Sono state previste attività di monitoraggio su due livelli: a) Istituzionale di governo rappresentato dal Tavolo RETE ANTIVIOLENZA GARDA con i componenti della Rete; b) tecnico operativo di condivisione Tavolo TESSERE LEGAMI, composto da soggetti operativi rappresentativi dei servizi e dei territori coinvolti. Saranno inoltre promossi incontri congiunti per la condivisione di indirizzi e orientamenti progettuali nuovi o di elementi che dovessero modificare l'originario assetto.

<b>TITOLO OBIETTIVO</b>	<b>Prevenire il fenomeno della violenza di genere e assistita attraverso l'informazione e la sensibilizzazione della comunità</b>
<b>INTERVENTI/AZIONI DI SISTEMA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informative mirate e selettive</li> <li>- Campagne informative in luoghi formali e informali (prevenzione universale)</li> <li>- Pubblicazioni su testate locali e network rete e il progetto</li> <li>- Diffusione di materiale informativo in luoghi strategici: palestre, saloni di bellezza, commercianti, pubblici esercizi, multisale, centri commerciali, mercati locali....</li> <li>- Percorsi informativi di conoscenza e prevenzione a valenza educativa e culturale</li> </ul>
<b>RISORSE IMPIEGATE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambito –UdP, Responsabili di servizi pubblici e del terzo settore, rete scolastica, rete bibliotecaria, altri portatori di interesse (associazioni)</li> </ul>
<b>STRUMENTI UTILIZZATI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Progettazione, Comunicazione</li> </ul>
<b>INDICATORI DI ESITO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- n. iniziative organizzate</li> <li>- n. soggetti significativi raggiunti</li> </ul>
<b>STRUMENTI DI VALUTAZIONE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- si/no</li> </ul>
<b>TEMPISTICA</b>	Triennio 2018-2020

TITOLO OBIETTIVO	<b>Promuovere programmi formativi interdisciplinari e congiunti</b>
INTERVENTI/AZIONI DI SISTEMA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percorsi formativi congiunti a cui partecipano gli operatori dei vari servizi/enti coinvolti nei settori sociale, sanitario, educativo, della sicurezza</li> </ul>
RISORSE IMPIEGATE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ufficio di piano, responsabili di servizi pubblici e del terzo settore, Centro anti violenza, ASST Garda, Forze dell'ordine, terzo settore, altri portatori di interesse (associazioni)</li> </ul>
STRUMENTI UTILIZZATI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programma di lavoro di pianificazione, Gruppi di progettazione e monitoraggio, Percorsi di formazione rivolti a categorie specifiche (gestori bar, palestre, parrucchiere, estetiste)</li> </ul>
INDICATORI DI ESITO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- n. percorsi di formazione avviati</li> <li>- n. operatori coinvolti</li> <li>- % appartenenza degli operatori coinvolti</li> </ul>
STRUMENTI DI VALUTAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- si/no</li> </ul>
TEMPISTICA	Triennio 2018-2020

TITOLO OBIETTIVO	<b>Sviluppare la gestione di percorsi individualizzati rivolto alle donne vittime di violenza attraverso personale competente e spazi adeguati</b>
INTERVENTI/AZIONI DI SISTEMA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Costituzione equipe multidisciplinare, Adeguamento spazi dedicati, Accompagnamento, Progetti di accompagnamento</li> </ul>
RISORSE IMPIEGATE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ufficio di piano, Assistenti sociali Comuni, Centro anti violenza, ASST Garda, terzo settore, altri portatori di interesse (associazioni)</li> </ul>
STRUMENTI UTILIZZATI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programma di lavoro di pianificazione, Gruppi di progettazione e monitoraggio, Percorsi di formazione rivolti a categorie specifiche (gestori bar, palestre, parrucchiere, estetiste)</li> </ul>
INDICATORI DI ESITO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- n. donne seguite dall'équipe CdA;</li> <li>- n. verifiche condivise sulle situazioni</li> <li>- n. accoglienze attivate</li> <li>- n. accoglienze concluse</li> <li>- n. accoglienze interrotte</li> <li>- n. progetti avviati</li> <li>- n. donne che hanno concluso il progetto</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- n. donne che hanno interrotto il progetto</li> <li>- n. progetti conclusi con esito positivo</li> <li>- n. progetti conclusi con esito negativo</li> </ul>
STRUMENTI DI VALUTAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- si/no</li> </ul>
TEMPISTICA	Triennio 2018-2020

### *Favorire l'inclusione sociale dei minori e delle famiglie provenienti da paesi terzi*

I dati di contesto ci mostrano che gli stranieri residenti al 1° gennaio 2017 (quindi dato relativo all'anno 2016) sono 14.718 con un'incidenza sul totale dei residenti pari al 11,7 % (-2% rispetto all'anno precedente imputabile a livello macro ad una crescente naturalizzazione dei cittadini che hanno maturato lo status di cittadini italiani).

Rispetto alla distribuzione territoriale in provincia di Brescia si evidenzia una diminuzione diffusa che vede l'Ambito del Garda al 3° posto (dopo distretti Valle Trompia, Bassa Bresciana Occidentale) per diminuzione della popolazione straniera.

L'incidenza della popolazione straniera sulla popolazione complessiva nell'Ambito 11 (11,7%) risulta superiore alla media lombarda (11,4%), con un picco del 13,6% nel comune di Desenzano da solo che vede la presenza di 3.922 cittadini stranieri, posizionandosi al 4° posto tra i comuni maggiormente popolosi (dopo Brescia, Montichiari e Rovato).

La maggior parte dei dati successivi è riferita all'intera provincia di Brescia ma immaginando che l'Ambito 11 sia uno spaccato più piccolo di un territorio più vasto e considerando un margine di eccezionalità derivante dalla specificità del territorio a vocazione turistica, si può dichiarare che gli stessi trend che interessano il livello provinciale possano valere per il territorio gardesano.

In sintesi le caratteristiche della popolazione straniera presente in provincia di Brescia non hanno subito modificazioni consistenti, ma si stanno consolidando alcuni trend già noti a partire dal 2014 come:

- la riduzione della popolazione straniera nel suo complesso;
- la crescita delle acquisizioni di cittadinanza;
- la prevalenza della motivazione familiare (ricongiungimenti) rispetto a quella economica per i nuovi ingressi;
- la crescita del contingente di stranieri con un'anzianità di presenza sul territorio superiore ai 10 anni;
- la riduzione della mobilità territoriale da e verso altre province italiane.

La condizione generale media della popolazione straniera sta migliorando, come testimonia la buona prestazione dell'indice di integrazione elaborato da ISMU, che fa avanzare Brescia dalla 7° alla 2° posizione nella classifica delle province lombarde." (p. 76-77)

(Fonte Annuario CIRMIB 2017 a cura di Maddalena Colombo. I dati statistici sono tratti da fonti ISTAT o ORIM – Osservatorio Regionale per l'Integrazione e la Multietnicità).

Per quanto riguarda la popolazione scolastica (dati UST - Ufficio Territoriale Scolastico, in particolare CIT – Centro Intercultura territoriale Garda Valle Sabbia) si rileva una consistente presenza di popolazione straniera negli Istituti Comprensivi dell’Ambito 11: I.C. Desenzano 1: 23,13%, I.C. Desenzano 2: 22%, I.C. Bedizzole: 23,16%, I.C. Lonato: 16,88%, I.C. Gargano: 18,80%, I.C. Salò: 13%, I.C. Valtenesi: 12.6%.

Decisamente più ridotta la presenza negli istituti superiori: I.P.S.E.O.A. “De Medici” Gardone – Desenzano: 9,75%, I.I.S. “Bazoli – Polo” – Desenzano: 16,9%, I.I.S. “Battisti” – Salò: 21,5%, I.I.S. “Cerebotani” – Lonato: 12,98%, Liceo “Bagatta” – Desenzano: 5,7%, Liceo “Fermi” – Salò: 1,5%, C.F.P. “Zanardelli” – Desenzano: 34%.

Nell’anno 2016 - alla luce della significativa presenza di persone immigrate presenti nel territorio - l’Ambito ha manifestato l’interesse ad aderire in qualità di partner all’AVVISO 1/2016 per la realizzazione dei Piani d’intervento regionali per l’integrazione dei cittadini di paesi terzi “MISURA PER MISURA – Atto secondo integrazione tra reti e servizi” promosso da Regione Lombardia a valere sul FAMI (Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione) 2014-2020.

A partire dall’esperienza sviluppata prima con fondi derivanti dall’ex legge 40 e successivamente con progettualità specifiche è stato presentato un progetto (avviato nel gennaio 2018 e attualmente in corso) finalizzato al perseguimento dei seguenti obiettivi:

1. *qualificazione, consolidamento e integrazione della rete locale per sviluppo di un sistema integrato dei servizi territoriali per il sostegno e l’inclusione delle persone immigrate:*
  - sportelli informativi territoriali per immigrati (n. 3) di informazione/supporto (a cittadini e servizi) pratiche amministrative, orientamento per accesso ai servizi, raccordo con i servizi comunali (anagrafe, servizi sociali, ...) e territoriali.
  - servizio di mediazione interculturale per servizi sociali, tutela minori, scuole (rete scolastica IC), comunità minori, centro di pronto intervento (donne maltrattate e minori), per rafforzare le competenze e favorire l’inclusione delle persone immigrate presenti nel territorio.
2. *sperimentazione, sviluppo e innovazione dei processi di accompagnamento per prevenire il disagio e favorire l’inclusione dei minori e delle famiglie immigrate*
  - équipe multidisciplinare interculturale per l’attivazione di percorsi di accompagnamento volti a prevenire il disagio e a favorire l’inclusione dei minori immigrati, anche attraverso il successo formativo, nella scuola e nella comunità con il coinvolgimento della Scuola, della Famiglia e del Comune.
  - agente di rete per favorire la partecipazione attiva delle persone immigrati nella comunità locale, attraverso il coinvolgimento di singoli e associazioni (volontariato, sportive, culturali...) incluse quelle di immigrati, agenzie educative, imprese sociali e realtà profit con lo scopo di sviluppare connessioni e relazioni, su precisi obiettivi condivisi e di interesse comune.
3. *Comunicazione, informazione e sensibilizzazione*
  - Materiale informativo cartaceo sui servizi della rete territoriale sui temi casa/lavoro/servizi socio-sanitari nelle lingue veicolari prevalenti.

- Incontri/seminari per promuovere e diffondere la cultura della buona accoglienza (almeno 3) in raccordo e collaborazione con il sistema bibliotecario con l'obiettivo di informare, sensibilizzare la comunità locale e promuovere la cultura della buona accoglienza (delle persone straniere immigrate e dei richiedenti asilo).

L'esperienza intrapresa ha permesso la sperimentazione di una metodologia *inclusiva e circolare*, che ha favorito l'efficacia degli interventi, e il raccordo tra le istituzioni scolastiche e i servizi sociali che hanno incrementato il confronto e le integrazioni sulle progettualità rivolte ai minori e alle famiglie immigrate seguite e accompagnate in una logica collaborativa e sinergica.

Un approccio maggiormente inclusivo è un approccio che non può prescindere dal coinvolgimento della comunità in un mondo che si pone come circolare e non lineare, soprattutto laddove è richiesta maggiore flessibilità ad accogliere le interferenze, le variazioni, il cambiamento sempre in atto quando si incontrano culture altre.

Alla luce dell'Avviso pubblico multi-azione n. 1/2018 per la presentazione di progetti da finanziare a valere sul Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione (FAMI) 2014-2020 – OS2 Integrazione/Migrazione legale - ON2 Integrazione - per il consolidamento dei Piani d'intervento regionali per l'integrazione dei cittadini di paesi terzi. IMPACT: Integrazione dei Migranti con Politiche e Azioni Coprogettate sul Territorio. L'Ambito ha presentato una 2° progettualità volta a dare continuità ai percorsi di accompagnamento e integrazione promossi nel territorio, per aumentare l'inclusione delle persone e delle famiglie provenienti da paesi terzi.

TITOLO OBIETTIVO	<b>Aumentare il successo formativo e scolastico degli studenti di origine straniera, solitamente più soggetti a insuccesso scolastico e conseguente abbandono, riducendo la dispersione scolastica</b>
INTERVENTI/AZIONI DI SISTEMA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mediazione interculturale</li> <li>- Équipe multidisciplinare</li> <li>- Laboratori scolastici</li> </ul>
RISORSE IMPIEGATE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambito- Udp, Responsabili Assistenti sociali Comuni, Équipe progetto, Tutela minori, Terzo settore, Rete scolastica</li> </ul>
STRUMENTI UTILIZZATI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tavoli tecnici,</li> <li>- Tavoli interistituzionali,</li> <li>- Accordi/protocolli</li> <li>- Monitoraggio</li> </ul>

INDICATORI DI ESITO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % di riduzione della dispersione scolastica</li> <li>- % di progetti sperimentali attivati</li> <li>- n. di enti/agenzie del territorio coinvolte</li> </ul>
STRUMENTI DI VALUTAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quantitativi e qualitativi</li> </ul>
TEMPISTICA	Triennio 2018-2020

TITOLO OBIETTIVO	<b>Incrementare l'accesso e l'integrazione dei servizi per l'inclusione sociale delle persone immigrate presenti sul territorio</b>
INTERVENTI/AZIONI DI SISTEMA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sportelli informativi</li> <li>- Formazione operatori sociali e dei servizi comunali</li> </ul>
RISORSE IMPIEGATE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambito- Udp, Responsabili Assistenti sociali Comuni, Équipe progetto, Tutela minori, Terzo settore, Rete scolastica</li> </ul>
STRUMENTI UTILIZZATI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tavoli tecnici, Tavoli interistituzionali</li> </ul>
INDICATORI DI ESITO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % incremento di accessi agli sportelli</li> <li>- % di progetti sperimentali attivati</li> <li>- n. di enti/agenzie del territorio coinvolte</li> </ul>
STRUMENTI DI VALUTAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quantitativi e qualitativi</li> </ul>
TEMPISTICA	Triennio 2018-2020

TITOLO OBIETTIVO	<b>Sviluppare opportunità per favorire l'incontro informale e stimolare la partecipazione attiva dei migranti alla vita economica, sociale e culturale delle comunità locali</b>
INTERVENTI/AZIONI DI SISTEMA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agente di rete, Mappatura territorio, Iniziative</li> </ul>
RISORSE IMPIEGATE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambito- Udp, Responsabili Assistenti sociali Comuni, Terzo settore, Associazioni, Rete scolastica</li> </ul>

<b>STRUMENTI UTILIZZATI</b>	- Consulte, Incontri, Sondaggi /Inchieste, Strumenti informativi
<b>INDICATORI DI ESITO</b>	- % di associazioni di migranti coinvolte - n. di enti/organizzazioni locali coinvolte - numero di iniziative condivise e promosse
<b>STRUMENTI DI VALUTAZIONE</b>	- Quantitativi e qualitativi
<b>TEMPISTICA</b>	Entro il 2020

### Favorire l'inclusione sociale delle persone con disabilità promuovendo progetti di vita indipendente

Con la ratifica della Convenzione ONU sui diritti delle Persone con Disabilità (Legge 18 del 2009) vi è stato un passaggio epocale per le persone con disabilità. Si è passati da un approccio che poneva l'accento sulle limitazioni/mancanze ad una visione della condizione di disabilità basata sul rispetto dei diritti umani, tesa a valorizzare le diversità – di genere, di cultura, di lingua, di condizione psico-fisica e così via – e a considerare la condizione di disabilità non come derivante da qualità soggettive delle persone, bensì dalla relazione tra le caratteristiche delle persone e le modalità attraverso le quali la società organizza l'accesso ed il godimento di diritti, beni e servizi.

A livello nazionale un significativo passo avanti si è avuto con l'adozione del Primo Programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità (decreto del Presidente della Repubblica 4/10/2013 G.U. n. 303 del 28/12/2013) che ha aperto un nuovo scenario di riferimento politico e programmatico sul tema, cui soltanto lo scorso anno ha fatto seguito l'adozione del Secondo Programma di Azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità (decreto del Presidente della Repubblica 12/10/2017 G.U. n. 289 del 12/12/2017).

Importante evoluzione normativa è stata introdotta dalla recente Legge n.112/2016 sul "Dopo di noi", che ha rappresentato un passaggio fondamentale verso la deistituzionalizzazione e la costruzione di percorsi di autonomia delle persone con disabilità grave, in specifico nella fase della vita che vede il venir meno dei loro familiari.

Il sistema degli interventi locali rivolti alle persone con disabilità è stato negli anni volto all'implementazione e al consolidamento della rete di servizi di tipo diurno e residenziale. Nel precedente documento programmatico si segnalava come criticità la difficoltà di accesso ai servizi (diurni e residenziali) determinata dalla saturazione dei posti disponibili. Tuttavia i recenti

orientamenti hanno cambiato lo scenario: centrato sulla domanda della persona (anziché sull'offerta), intesa come aspettativa della persona con disabilità, di una migliore qualità della vita. La nuova prospettiva implica un coinvolgimento diretto della persona e della sua famiglia, che diventano promotori del progetto di vita, indipendentemente dalle limitazioni. Corollario del un nuovo approccio alla condizione di disabilità è allora il ri-orientamento dei servizi verso l'inclusione sociale. E' proprio in questa direzione che si inseriscono i progetti attivati a seguito dell'emanazione della Legge n. 112 "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare" e della DGR X/6674 del 2017 "Programma operativo per la realizzazione degli interventi a favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare" comunemente chiamata DOPO DI NOI.

A livello territoriale le istanze presentate e finanziate sugli avvisi Dopo di Noi (risorse 2016) sono state 40, per un valore di euro 188.400, destinate ad interventi di tipo gestionale finalizzati a percorsi di accompagnamento verso l'autonomia propedeutici all'emancipazione dal nucleo familiare.

Nel prossimo triennio l'obiettivo prioritario sarà quello di promuovere percorsi accompagnamento alla vita indipendente, volti a raggiungere la massima autonomia possibile, della persona disabile mantenendo la persona nel proprio contesto familiare e di vita.

L' Ambito nel precedente triennio ha promosso una formazione specifica sui temi del dopo di noi e della vita indipendente, rivolta agli operatori dei servizi territoriali. Dall'esperienza è emerso il bisogno di un confronto ravvicinato e costante rispetto allo sviluppo di modelli e strumenti che possano favorire lo sviluppo di una cultura più inclusiva.

Considerata l'importanza di acquisire nuove competenze e di innovare modelli e strumenti operativi per il prossimo triennio si intende promuovere un programma operativo propedeutico mediante:

1. azioni formative rivolte agli operatori dei servizi sociali e del terzo settore locale volte a sviluppare l'approccio multi disciplinare e l'integrazione dei diversi profili professionali, inclusa l'acquisizione di conoscenze e competenze dei "case manager";
2. azioni di accompagnamento alle famiglie (in particolare i genitori di minori con disabilità) con percorsi dedicati;
3. azioni informative e di sensibilizzazione della comunità territoriale.

Si ritiene indispensabile preparare e accompagnare il processo evolutivo territoriale volto all'inclusione sociale, attraverso un progetto personale alla cui elaborazione partecipino principalmente la persona con disabilità, la sua famiglia e la comunità.

Obiettivi generali:

1. Promuovere l'inclusione delle persone con disabilità attraverso la condivisione e diffusione di strumenti di progettazione personale (Progetto di vita articolo 14 della legge 328/2000) che preveda l'integrazione di misure, sostegni, servizi, prestazioni e trasferimenti in grado di supportare la persona con disabilità;



2. Favorire la sperimentazione modelli di “budget personalizzati” (budget di cura, budget di salute) che consentano la definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a restituire alla persona un funzionamento sociale adeguato, attraverso un progetto personale alla cui elaborazione partecipino principalmente la persona con disabilità, la sua famiglia e la sua comunità, ottimizzando l’uso integrato delle risorse diffuse in una logica non prestazionale e frammentata;
3. Promuovere percorsi volti all’abitare in autonomia ovvero di quell’insieme di attività destinate a fornire risposte ai bisogni e/o a promuovere forme di sostegno alle persone con disabilità nel corso della loro vita per quel che concerne l’autonomia, le relazioni sociali, l’accesso alle opportunità offerte dal territorio, l’esercizio dei propri diritti.

<b>TITOLO OBIETTIVO</b>	<b>Accompagnare la rete territoriale attraverso un programma operativo formativo per favorire processi di inclusione sociale delle persone con disabilità</b>
<b>INTERVENTI/AZIONI DI SISTEMA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sostenere gli operatori sociali e socio-assistenziali mediante percorsi formativi volti a sviluppare l’approccio multi disciplinare e l’integrazione dei diversi profili professionali;</li> <li>- Rafforzare le conoscenze e competenze dei “case manager”;</li> <li>- Sostenere e accompagnare le famiglie (in particolare i genitori di minori con disabilità) con percorsi dedicati;</li> <li>- Promuovere azioni informative e di sensibilizzazione della comunità territoriale.</li> </ul>
<b>RISORSE IMPIEGATE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambito- Udp, Responsabili Assistenti sociali (case manager), Équipe progetto, EOH, Terzo settore, associazioni di familiari</li> </ul>
<b>STRUMENTI UTILIZZATI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gruppi di lavoro</li> <li>- Moduli formativi</li> <li>- Seminari</li> <li>- Incontri</li> </ul>
<b>INDICATORI DI ESITO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- n. di operatori coinvolti</li> </ul>
<b>STRUMENTI DI VALUTAZIONE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- n. di enti coinvolti</li> <li>- n. di operatori raggiunti</li> <li>- n. di percorsi formativi attivati</li> <li>- n. di famiglie coinvolte</li> <li>- n. di iniziative</li> </ul>

<b>TEMPISTICA</b>	Triennio 2018-2020

<b>TITOLO OBIETTIVO</b>	<b>Promuovere l'inclusione sociale della persona con disabilità attraverso la condivisione e diffusione di strumenti di progettazione personale (Progetto di vita)</b>
<b>INTERVENTI/AZIONI DI SISTEMA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promuovere il confronto con i servizi territoriali, il terzo settore per lo sviluppo di strumenti operativi per migliorare e qualificare i progetti di vita delle persone con disabilità;</li> <li>- Sostenere con progetti personalizzati la persona disabile nel contesto di vita per prevenirne l'istituzionalizzazione;</li> <li>- Consolidare i progetti individuali "Dopo di noi";</li> <li>- Sperimentare micro progetti di vita indipendente anche attraverso progetti di inclusione sociale e lavorativa;</li> <li>- Sperimentare progetti sostenibili attraverso lo strumento del budget personalizzato di cura e di salute;</li> </ul>
<b>RISORSE IMPIEGATE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambito- Udp, Responsabili Assistenti sociali (case manager), Équipe progetto, EOH, Terzo settore, associazioni di familiari</li> </ul>
<b>STRUMENTI UTILIZZATI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tavoli tecnici,</li> <li>- Tavoli interistituzionali</li> </ul>
<b>INDICATORI DI ESITO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- n. di tavoli di tecnici</li> <li>- n. di modalità e strumenti condivisi</li> <li>- n. di progetti di vita indipendente attivati</li> <li>- % di progetti Dopo di noi</li> </ul>
<b>STRUMENTI DI VALUTAZIONE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quantitativi e qualitativi</li> </ul>
<b>TEMPISTICA</b>	Triennio 2018-2020

## Favorire il consolidamento della rete di servizi e degli interventi rivolti alle persone anziane

Le politiche rivolte alle persone anziane non autosufficienti sviluppate negli ultimi decenni hanno dovuto confrontarsi con un incremento demografico significativo.

Il numero di anziani ha subito un costante aumento che ha portato questa fascia di popolazione alla quota di 27450 unità nel 2017, pari al 21,86% della popolazione residente. Dalla comparazione dei dati attuali con quelli relativi alla precedente triennalità di programmazione si denota un aumento della popolazione anziana (+ 4%).

Il correlato tasso di invecchiamento della popolazione si attesta circa al 160%.

La filiera degli interventi rivolti alle persone anziane è storicamente la più consolidata, con una pluralità di servizi di prevenzione e di cura, che riguardano la domiciliarità, la semiresidenzialità e la residenzialità, in raccordo con gli interventi sanitari.

L'offerta dei servizi attivi nei singoli comuni (SAD, pasti a domicilio, telesoccorso....) - rafforzata dalle risorse provenienti dal Fondo Non Autosufficienza (utilizzato per buoni sociali e voucher) – negli anni è stato in grado di rispondere in modo soddisfacente alla domanda assistenziale espressa dalle persone anziane.

Il servizio SAD attivo in ogni Comune dell'ambito ha visto un incremento costante della domanda di assistenza.

tabella 1 - consuntivo Comuni ex circ. 4 triennio 2014/2016

anno	numero anziani	spesa di gestione
2014	302	810.129,11
2015	454	737.962,99
2016	447	690718,10

Anche la domanda di interventi (Fondo Non Autosufficienza) erogati ad anziani non autosufficienti con il Buono sociale è passata da 48 istanze finanziate nell'anno 2015 alle 57 istanze del 2016 per poi arrivare alle 69 del 2017 . Si precisa che per la prima volta nell'anno 2017 non è stato possibile soddisfare l'intera domanda per insufficienza di risorse (n. 5 domande accolte ma non finanziate).

Le dinamiche demografiche degli ultimi anni hanno portato ad un ripensamento dell'intero sistema assistenziale rivolto agli anziani ed alle loro famiglie, al fine di valutare la compatibilità economica dei modelli organizzativi storicamente affermati, per proporre nuove soluzioni abitative nel contesto della residenzialità leggera.

La Comunità Residenziali per Anziani rappresenta una soluzione che ben si adatta al numero crescente di domande di persone anziane che presentano livelli di relativa compromissione dell'autonomia ed un quadro complessivo valorizzabile in contesti di vita comunitaria, se opportunamente organizzati in apposite strutture, anche con la finalità di soddisfare il bisogno di

inserimento in un contesto capace di salvaguardare abilità funzionali, qualità di vita, oltre che di rispondere alla carenza/assenza di supporto familiare.

Elemento di interesse nella presente disamina è l'attivazione prima sperimentale e poi messa a sistema delle Comunità Residenziali per Anziani. Nel territorio sono attive 5 Comunità Residenziali per Anziani ubicate nei Comuni di Pozzolengo, Desenzano del Garda, Polpenazze, Manerba, Bedizzole, i cui posti complessivi sono 141.

La necessità di ricomporre la rete territoriale dei servizi, raccordando i molteplici livelli assume un ruolo rilevante non solo in riferimento al settore socio-sanitario. Da un lato si pone l'esigenza di ripensare ai servizi/interventi, affinché siano più coerenti ai bisogni e alla domanda espressa, dall'altro emerge la necessità di una maggiore integrazione tra interventi (domiciliari e territoriali, diurni e residenziali).

<b>TITOLO OBIETTIVO</b>	<b>Consolidare la rete di servizi coordinando e integrando maggiormente la filiera di interventi territoriali per sostenere la persona anziana e la sua famiglia</b>
<b>INTERVENTI/AZIONI DI SISTEMA</b>	- Incontri di confronto per il condividere prassi operative/protocolli
<b>RISORSE IMPIEGATE</b>	- Ufficio di piano, Responsabili servizi sociali comunali, Servizi territoriali, Terzo settore, ASST, Enti accreditati
<b>STRUMENTI UTILIZZATI</b>	- Tavoli tecnici, Accordi
<b>INDICATORI DI ESITO</b>	- n. di incontri - n. di prassi condivise
<b>STRUMENTI DI VALUTAZIONE</b>	- Quantitativi qualitativi
<b>TEMPISTICA</b>	Triennio 2018-2020

---

## 7.2 Politiche abitative

---

Pianificare in prospettiva le politiche abitative significa ripensare ad una questione classica, in continua evoluzione: l'accesso alla casa. Rispetto al recente passato le persone sono più mobili (per ragioni lavorative e assetti familiari più dinamici) e spesso possono accedere solo ad immobili in locazione, anziché di proprietà.

La storia recente di cristallizzazione economica ci mostra sempre più una fascia crescente di persone e di famiglie che sono scivolate in una condizione di fragilità sociale, che ha toccato i diversi aspetti della vita incluso quello abitativo. L'incremento di situazioni di povertà abitativa (sfratti, morosità, immobili all'asta) dimostra che l'emergenza abitativa tocca ormai una vasta parte della società e non riguarda più soltanto le famiglie tradizionalmente più deboli.

Il tema dell'abitare sociale è sempre più al centro delle politiche territoriali che vedono il coinvolgimento del pubblico e del privato e del terzo settore. Oltre alle soluzioni abitative permanenti e temporanee tradizionali è necessario cercare nuove risposte diverse e più coordinate a livello locale.

Interrogarsi sull'abitare sociale e sui servizi abitativi necessita la prefigurazione di una varietà di azioni, lungo un asse in cui si integrano competenze diverse che implicano responsabilità pubblica, attivazione sociale e capacità individuale.

La riflessione attorno alle politiche abitative si concentra maggiormente attorno ai comuni più popolosi, dove la presenza di aree ad alta densità abitativa aumenta il grado di complessità e le criticità correlate.

Per le situazioni di maggiore fragilità ed urgenza il ricorso all'housing sociale risulta in buona parte la scelta più adeguata. L' housing sociale oltre alla soluzione alloggiativa permette di organizzare interventi personalizzati di accompagnamento educativo e/o assistenziale volti alla riacquisizione dell'autonomia da parte della persona e della famiglia.

Nel territorio sono presenti appartamenti adibiti a forme di housing sociale temporaneo per nuclei in difficoltà, gli stessi si concentrano prevalentemente nel basso lago dove vi è un maggiore concentrazione abitativa (Bedizzole, Desenzano, Lonato).

Con l'avvento della Legge Regionale 16/2016 Disciplina regionale dei servizi abitativi si è aperto un nuovo capitolo per quanto concerne il governo delle politiche abitative. La recente normativa – perfezionata dal Regolamento 4 / 2017 Disciplina della Programmazione dell'offerta abitativa pubblica e sociale - introduce infatti un nuovo paradigma che si configura come nella gestione delle politiche abitative che vede l'integrazione dell'offerta abitativa pubblica, sociale e privata, mediante il coinvolgimento diretto degli Ambiti territoriali che - insieme ai Comuni e ad Aler - sono chiamati a programmare in modo coordinato e integrato la rete dei servizi territoriali a livello locale.

Nell'anno 2017, a seguito dalle disposizioni introdotte con la nuova normativa e delle risorse derivanti dalla D.G.R. n. X/6465 sono state promosse alcune misure volte al contenimento

dell'emergenza abitativa e al mantenimento dell'alloggio in locazione, mediante il sostegno economico alle persone e alle famiglie più fragili e maggiormente a rischio. La programmazione e la gestione degli interventi e delle risorse in forma ambitoriale ha permesso una lettura più organica e articolata del problema affinando la capacità del territorio di intercettare ed intervenire in modo omogeneo a livello territoriale sui diversi bisogni delle famiglie in difficoltà. L'analisi dei dati raccolti ha evidenziato una netta prevalenza di situazioni riguardanti nuclei familiari vulnerabili o in situazione di disagio economico grave con alloggio in locazione (con solo reddito da pensione n. 40 e per morosità incolpevole ridotta n. 30). Limitate invece le richieste di intervento di famiglie con alloggio di proprietà all'asta a seguito di pignoramento per mancato pagamento delle rate di mutuo (n. 2).

Dall'analisi del contesto locale si rileva:

1. aumento delle persone/famiglie che risultano impossibilitate a sostenere un canone di locazione (anziani, famiglie numerose, immigrati,...);
2. persone e famiglie in condizione di vulnerabilità importanti per le quali risulta necessario ricorrere a soluzioni abitative protette (housing sociale).

Obiettivi prioritari

- pianificazione territoriale coordinata dell'offerta abitativa pubblica, privata e sociale;
- attivazione di progettualità e misure dedicate volte al contenimento dell'emergenza abitativa dei nuclei familiari (in particolare quelli più fragili);
- innovazione della filiera abitativa mediante lo sviluppo di buone pratiche relative al tema dell'abitare (co-housing e housing sociale).
- 

<b>TITOLO OBIETTIVO</b>	<b>Pianificazione e consolidamento della rete territoriale dell'offerta abitativa pubblica, privata e sociale</b>
<b>INTERVENTI/AZIONI DI SISTEMA</b>	- Piano triennale ed annuale
<b>RISORSE IMPIEGATE</b>	- Ufficio di piano, Responsabili dei comuni, Aler, Terzo settore, altri enti
<b>STRUMENTI UTILIZZATI</b>	- Incontri tecnici, Accordi territoriali, Digitali
<b>INDICATORI DI ESITO</b>	- % di coinvolgimento degli enti
<b>STRUMENTI DI VALUTAZIONE</b>	- si/no
<b>TEMPISTICA</b>	Entro il 2019

TITOLO OBIETTIVO	<b>Implementazione di progettualità e misure volte al contenimento dell'emergenza abitativa</b>
INTERVENTI/AZIONI DI SISTEMA	- Risorse umane rappresentative degli interlocutori coinvolti, Rete pubblico privata
RISORSE IMPIEGATE	- Ufficio di Piano, Responsabili Comuni, Aler, Terzo settore, Locatori
STRUMENTI UTILIZZATI	- Incontri tecnici territoriali, Documenti informativi , Documenti attuativi
INDICATORI DI ESITO	- Aumento % di situazioni - Numero di progetti attivati - Numero misure attivate
STRUMENTI DI VALUTAZIONE	- si/no
TEMPISTICA	2018-2020

TITOLO OBIETTIVO	<b>Innovazione della filiera abitativa mediante lo sviluppo di buone pratiche relative al tema dell'abitare</b>
INTERVENTI/AZIONI DI SISTEMA	- Risorse umane rappresentative degli interlocutori coinvolti
RISORSE IMPIEGATE	- Ambito Udp Responsabili Comuni, Terzo settore, Altri soggetti/enti
STRUMENTI UTILIZZATI	- Incontri tecnici, Documenti progettuali
INDICATORI DI ESITO	- n di progetti e soluzioni avviate - % di diffusione
STRUMENTI DI VALUTAZIONE	- Quantitativi e qualitativi
TEMPISTICA	- Triennio 2018-2020

---

### 7.3 Politiche del lavoro

---

Per politiche del lavoro si intendono le diverse iniziative messe in campo dalle istituzioni per promuovere l'occupazione e favorire l'inserimento lavorativo di persone in situazione di svantaggio.

La gestione del servizio per il lavoro territoriale denominato Nucleo di Integrazione Lavorativa (gestito in forma associata dall'anno 2010) è stata affidata dai Comuni dell'Ambito all'organismo strumentale istituito per la conduzione del Piano di Zona (precedentemente Fondazione Servizi Integrati Gardesani attualmente dall'Azienda Speciale Consortile Garda Sociale).

Il servizio si avvale di un'équipe composta da una responsabile (psicologa e psicoterapeuta) e da tre educatrici professionali. Dall'anno 2014 il servizio è stato accreditato come Agenzia per il Lavoro.

*n. di persone assegnate al servizio triennio 2015/2017*

Anno	Totale	Segnalazioni	Tirocini nuovi	Tirocini rinnovi	Nuove collocazioni	Monitoraggi post assunzione	Dimissioni
2015	291	102	9	34	36	71	64
2016	297	95	8	24	45	81	93
2017	261	87	6	25	35	62	63

Da un paio d'anni il servizio si occupa anche di persone con svantaggio sociale non certificato, sempre in seguito a segnalazione da parte dei comuni.

anno	Totale in carico	tirocini	Nuove collocazioni	Doti con reddito di autonomia	Monitoraggi post assunzione
2016	59	8	5	11	5
2017	93	10	5	16	5

Con l'avvio del REI la progettazione degli interventi riguardanti l'asse lavoro è completamente in carico all'agenzia per il lavoro dell'Azienda Speciale Consortile Garda Sociale. Agenzia che collabora con l'équipe REI per monitorare l'andamento della progettualità.

Dall'analisi dei dati si evince che le azioni di contrasto alla disoccupazione sperimentate in questi anni nel territorio necessitano di essere implementate e anche per il prossimo triennio indirizzate verso le seguenti direttrici:



1. accompagnamento all'integrazione lavorativa di persone con invalidità o certificato di svantaggio
2. incrementare l'attivazione di percorsi di re-inserimento lavorativo per persone disoccupate non svantaggiati
3. attivazione di percorsi di re-inserimento lavorativo di persone disoccupate di lungo periodo che manifestano aspetti problematici (oltre a quelli economici)
4. formazione per lo sviluppo dei pre-requisiti necessari per poter ipotizzare un'integrazione lavorativa

Le azioni dirette rivolte all'utenza, sviluppate soprattutto nell'ultimo anno, mirano al rafforzamento di percorsi per la preparazione al lavoro.

Una delle finalità è di aiutare i soggetti partecipanti a riflettere sulle modalità messe in atto dal servizio NIL per promuovere l'inserimento nel mondo del lavoro.

In particolare si è sviluppato un progetto volto a promuovere degli spazi di riflessione di gruppo su tematiche che riguardano il lavoro:

1. migliorare le capacità della persona ad inserirsi nel mercato del lavoro;
2. aggiornare e consolidare le conoscenze/competenze individuali per renderle più adeguate e compatibili con le esigenze del mercato;
3. fornire occasioni di confronto /scambio attraverso autoformazione e lavoro di gruppo

Le politiche di inclusione emergenti a livello nazionale (REI) confermano l'importanza di avere una visione d'insieme tra le diverse risorse attivabili al fine di costruire percorsi sempre meno assistenziali e sempre più mirati all'autonomia. L'Azienda Garda Sociale ha ritenuto fondamentale coinvolgere la propria Agenzia per il Lavoro, operante da anni sul territorio quindi con una profonda conoscenza del tessuto economico lavorativo della realtà gardesana, per lo sviluppo di nuovi percorsi legati all'attivazione del REI.

Pensare a strategie che favoriscano l'inclusione lavorativa significa – a partire dai problemi - saper costruire percorsi di accompagnamento alla persona che favoriscano la ri-attivazione delle risorse individuali, anche mediante il coinvolgimento di interlocutori e di risorse territoriali diverse.

E' necessario saper vedere le risorse e le opportunità che un territorio può esprimere per affrontare i problemi espressi dalle persone e dalle famiglie.

Lo sviluppo sociale si genera attraverso la crescita individuale di ogni persona che per realizzarsi implica il raggiungimento dell'autonomia economica.

Le priorità del programma di implementazione delle politiche del lavoro saranno finalizzate a:

- favorire l'inserimento lavorativo di persone con situazioni di svantaggio non certificato;
- accompagnare i disoccupati di lungo periodo che manifestano aspetti problematici oltre a quelli economici per facilitare l'avvicinamento al mondo del lavoro, iniziando in particolare

con percorsi formativi che li aiutino a riflettere sulle cause che hanno portato ad anni di inattività lavorativa, evitando di darsi facili spiegazioni (crisi economica);

- accompagnare i giovani con progettualità volte allo sviluppo di competenze per favorirne l'ingresso nel mondo del lavoro;
- ampliare degli strumenti di supporto e di sviluppo delle competenze per accompagnare l'inserimento nel mondo del lavoro (gruppi di formazione dedicati);
- sviluppare piani e misure per favorire la conciliazione lavoro-famiglia.

1) Favorire l'inserimento lavorativo di persone con invalidità o svantaggio che abbiano assenti o scarse esperienze lavorative, attraverso un accompagnamento personale e professionale che faciliti l'assunzione del ruolo di lavoratore:

- analisi delle competenze personali e professionali che permettano d'individuare un percorso personalizzato d'inserimento nel mondo del lavoro;
- promuovere processi di apprendimento di nuove capacità professionali e relazionali che favoriscano l'ingresso nel mondo del lavoro;
- favorire la crescita personale e l'acquisizione di competenze più in linea con la domanda espressa dal mondo del lavoro;
- supportare la fase di inserimento con un affiancamento intenso in azienda di un educatore professionale;
- attivare azioni di coaching individuale e/o di gruppo al fine di fornire strumenti di lettura delle capacità/competenze personali e di conoscenza del contesto aziendale/lavorativo.

2) Favorire il re-inserimento di persone disoccupate di breve o lungo periodo mediante progetti individualizzati che -a partire dalla valutazione delle competenze professionali acquisite nel percorso lavorativo precedente ma soprattutto dalle modalità relazionali messe in campo- sappiano accompagnare la persona nello sviluppo di nuove competenze/abilità, analoghe a quelle richieste dal mercato del lavoro:

- attività di coaching individuale e di gruppo al fine di fornire strumenti di lettura delle proprie capacità/competenze (soprattutto di tipo relazionale) e di conoscenza del contesto aziendale/lavorativo
- offrire opportunità di riqualifica professionale per acquisire competenze conformi a quelle richieste del mondo del lavoro anche attraverso percorsi formativi.

3) Favorire l'avvicinamento dei giovani al mondo del lavoro con percorsi di accompagnamento volti a compensare le limitate esperienze e a sostenerli sul piano personale ed emotivo.

Attraverso tali percorsi si intendono intercettare in particolare quei giovani che hanno interrotto il percorso formativo oppure che hanno concluso percorsi scolastici poco spendibili (per caratteristiche individuali o per le diverse richieste provenienti dal mondo del lavoro).

Il percorso professionalizzante si svilupperà in azioni che favoriscano la conoscenza del mondo del lavoro e l'acquisizione di competenze trasversali, sia professionali sia relazionali, che favoriscano l'inserimento lavorativo ma soprattutto l'integrazione nel tessuto sociale aziendale.

Il percorso di massima individuato prevede:

- accompagnamento della persona e della famiglia rispetto a potenzialità ed aspettative.
- individuazione preliminare di aziende disponibili.
- attività di coaching individuale e di gruppo al fine di fornire strumenti di lettura delle proprie capacità/competenze e di conoscenza del contesto aziendale/lavorativo.

4) Sviluppare percorsi di reinserimento lavorativo di disoccupati di lungo periodo che manifestano aspetti problematici oltre a quelli economici.

- Valutazione da parte della psicoterapeuta dell'équipe delle fragilità individuali per poter indirizzare le persone verso servizi o percorsi di sostegno indispensabili per poter pensare ad un intervento lavorativo.
- Attività di coaching individuale per accompagnare la persona verso una maggiore consapevolezza delle potenzialità, dei limiti e delle aspettative.
- Progettazione e accompagnamento integrato con altri servizi per rispondere in modo coordinato alle problematiche rilevate.

TITOLO OBIETTIVO	<b>Favorire l'inserimento lavorativo di persone con invalidità o svantaggio che abbiano assenti o scarse esperienze lavorative</b>
INTERVENTI/AZIONI DI SISTEMA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Progetti individualizzati</li> <li>- Sviluppo competenze relazionali</li> <li>- Formazione</li> <li>- Gruppi di coaching individuale e di gruppo</li> </ul>
RISORSE IMPIEGATE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ufficio di Piano, NIL, Responsabili servizi, Altri servizio coinvolti, Terzo settore</li> </ul>
STRUMENTI UTILIZZATI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tirocini</li> <li>- Doti lavoro</li> </ul>
INDICATORI DI ESITO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Numero di segnalazione</li> <li>- Numero di tirocini</li> <li>- Numero di assunti</li> <li>- Numero di percorsi avviati</li> <li>- Numero di incontri di monitoraggio</li> </ul>
STRUMENTI DI VALUTAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoraggio esiti, Sistema qualità</li> </ul>
TEMPISTICA	Triennio 2018-2020

TITOLO OBIETTIVO	<b>Favorire il re-inserimento di persone disoccupate di breve o lungo periodo</b>
INTERVENTI/AZIONI DI SISTEMA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Progetti individualizzati</li> <li>- Valutazione e sviluppo competenze</li> <li>- Formazione</li> <li>- Gruppi di coaching individuale e di gruppo</li> </ul>
RISORSE IMPIEGATE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ufficio di Piano, NIL, Altri servizi coinvolti, Comuni, Terzo settore</li> </ul>
STRUMENTI UTILIZZATI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tirocini</li> <li>- Doti lavoro</li> </ul>
INDICATORI DI ESITO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Numero segnalazioni</li> <li>- Numero tirocini</li> <li>- Numero doti lavoro attivate</li> <li>- Numero assunti</li> <li>- Numero incontri di monitoraggio</li> </ul>
STRUMENTI DI VALUTAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoraggio esiti, Sistema qualità</li> </ul>
TEMPISTICA	Triennio 2018-2020

TITOLO OBIETTIVO	<b>Favorire l'avvicinamento dei giovani al mondo del lavoro con percorsi di accompagnamento volti a compensare le limitate esperienze e a sostenerli sul piano personale ed emotivo</b>
INTERVENTI/AZIONI DI SISTEMA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Progetti individualizzati</li> <li>- Valutazione e sviluppo competenze</li> <li>- Formazione</li> <li>- Gruppi di coaching individuale e di gruppo</li> </ul>
RISORSE IMPIEGATE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ufficio di Piano, NIL, Altri servizi coinvolti, Comuni, Terzo settore</li> </ul>
STRUMENTI UTILIZZATI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tirocini</li> <li>- Garanzia giovani</li> </ul>

INDICATORI DI ESITO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Numero segnalazioni</li> <li>- Numero tirocini</li> <li>- Numero misure attivate</li> <li>- Numero assunti</li> <li>- Numero incontri di monitoraggio</li> </ul>
STRUMENTI DI VALUTAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoraggio esiti, Sistema qualità</li> </ul>
TEMPISTICA	Triennio 2018-2020

TITOLO OBIETTIVO	<b>Sviluppare percorsi di reinserimento lavorativo di disoccupati di lungo periodo che manifestano aspetti problematici oltre a quelli economici</b>
INTERVENTI/AZIONI DI SISTEMA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Progetti individualizzati</li> <li>- Valutazione e sviluppo competenze</li> <li>- Formazione</li> <li>- Gruppi di coaching individuale e di gruppo</li> </ul>
RISORSE IMPIEGATE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ufficio di Piano, NIL, Assistenti sociali Comuni, Altri servizi coinvolti, Terzo settore</li> </ul>
STRUMENTI UTILIZZATI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Numero segnalazioni</li> <li>- Numero tirocini</li> <li>- Numero misure attivate</li> <li>- Numero assunti</li> <li>- Numero incontri di monitoraggio</li> </ul>
INDICATORI DI ESITO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incremento dello sviluppo di autonomie che rendano maggiormente spendibili le persone in ambito lavorativo</li> </ul>
STRUMENTI DI VALUTAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistema qualità</li> </ul>
TEMPISTICA	Triennio 2018-2020

---

#### *7.4 Politiche di inclusione sociale e di contrasto alla povertà*

---

La povertà è un fenomeno sociale complesso che dipende da diversi fattori. Non esiste una sola povertà, bensì “le povertà”. Esse non sono legate alla sola mancanza di reddito ma sono anche strettamente connesse con l’accesso alle opportunità e, quindi, con la possibilità di partecipare pienamente alla vita economica e sociale del Paese. La crisi economica, la disoccupazione, la precarizzazione dei rapporti di lavoro e la contrazione dei consumi, hanno esposto sempre più persone ad una condizione di vulnerabilità e fragilità sociale mettendo in luce il diffondersi di “nuove povertà”, diverse da quella del passato poiché non più residuali e in qualche modo attemporali. Occorre, quindi, distinguere tra vecchie e nuove povertà. In passato, infatti, la definizione di povertà era esclusivamente legata a carenze di risorse economiche. Oggi, con un tessuto societario molto più complesso, per povertà s’intende l’impossibilità delle persone a partecipare alla vita sociale con la conseguente esclusione dalla società. Ciò, inevitabilmente, provoca il passaggio da inclusione ad esclusione sociale. Il rapporto sulla Povertà in Italia mostra una situazione generale che - a partire dal 2008 - è significativamente peggiorata. Sono l’11,1% le famiglie definite relativamente povere, il 5,2% quelle povere in termini assoluti e il 7,6% della popolazione è stata classificata “quasi povera”. Questi valori mostrano come la crisi della società salariale moderna, abbia indebolito le politiche sociali moltiplicando la vulnerabilità, allargando le fasce sociali soggette a rischio. In particolare appare evidente come si sia dilatata la zona di vulnerabilità, che si è allargata coinvolgendo persone che fino ad un determinato momento godevano di una stabile vita sociale e professionale e che sono progressivamente scivolati in situazioni di precarietà, disoccupazione, emarginazione. Le esigenze di competitività, di concorrenza e la riduzione delle possibilità di impiego che caratterizzano lo scenario sociale contemporaneo tendono, infatti, ad invalidare molte persone che sono condannate ad una precarietà permanente e ad una insicurezza “perpetua” in assenza di un mercato del lavoro organizzato e funzionalmente poco orientato anche alle politiche attive. L’esclusione sociale rischia quindi di diventare un processo che coinvolge non più solamente coloro che si collocano ai livelli più bassi della stratificazione sociale, ma anche le persone che erano state fino ad ora inserite nel circuito del lavoro e del consumo e che si trovano ora prive di supporti e strumenti, di appartenenza e di legami sociali. Ciò che era impensabile un tempo non è solo probabile ma possibile: si può vivere una condizione di povertà pur avendo una casa ed un lavoro.

A partire dai primi anni della crisi, nel panorama delle misure di contrasto alla povertà, figuravano strumenti quali: la vecchia Carta Acquisti, introdotta con D.l. 112/2008, la Nuova Carta Acquisti (misura sperimentale introdotta con la legge 10/2011) sino ad interventi volti a supportare il reddito delle famiglie quali: a) il bonus di 80 euro; b) il bonus bebè; c) il bonus per le famiglie numerose; d) l’assegno di disoccupazione.

E' però nel 2014 che si costituisce in Italia, su iniziativa di Acli e di Caritas Italiana, l'Alleanza contro la Povertà in Italia, un cartello di soggetti che mette insieme associazioni, terzo settore, sindacati (ma anche comuni e regioni) uniti dal comune obiettivo di promuovere il rafforzamento delle politiche di lotta alla povertà. Nel perseguire questo obiettivo, l'Alleanza ha condotto un insieme di varie condotte quali; azioni di sensibilizzazione dell'opinione pubblica, confronto con le forze politiche e con le istituzioni competenti (Governo, Parlamento, etc.), elaborazione di una proposta di riforma, per l'introduzione del Reddito d'Inclusione Sociale (Reis).

A seguito del lavoro condotto dall'Alleanza contro la Povertà in Italia, nel settembre 2016 viene avviata la misura SIA, Sostegno per l'Inclusione Attiva. Tale misura comportava l'erogazione di un beneficio economico (Carta SIA) alle famiglie in condizione di povertà nelle quali vi fosse almeno un componente fragile (minore, disabile, ecc.). Per godere del beneficio, il nucleo familiare del richiedente doveva aderire ad un progetto personalizzato di attivazione sociale e lavorativa sostenuto da una rete integrata di interventi, individuati dai servizi sociali dei Comuni (coordinati a livello di Ambito), in rete con gli altri servizi del territorio (i centri per l'impiego, i servizi sanitari, le scuole, ecc.) e con i soggetti del terzo settore, le parti sociali e la comunità. Il progetto - costruito sulla base di una valutazione globale delle problematiche e dei bisogni con il nucleo familiare confluiva in un patto tra servizi e famiglie che implicava assunzione di impegni e responsabilità. Le attività potevano riguardare i contatti con i servizi, la ricerca attiva di lavoro, l'adesione a progetti di formazione, la frequenza e l'impegno scolastico, la prevenzione e la tutela della salute. L'obiettivo principale era aiutare le famiglie a superare la condizione di povertà e riconquistare gradualmente l'autonomia.

Per assicurare un accompagnamento integrato e multidimensionale del nucleo, i Comuni/Ambiti dovevano: garantire adeguate professionalità; rafforzare la capacità di operare in rete con altri soggetti pubblici, privati e del terzo settore; ripensare il modello organizzativo dei servizi e attivare misure rivolte ai componenti dei nuclei familiari beneficiari del sostegno economico (quali la formazione, i tirocini, le borse lavoro, le misure di accompagnamento sociale). Per sostenere i territori nel processo di attuazione del SIA il Ministero del lavoro e delle politiche sociali ha emanato l'Avviso pubblico n. 3/2016 per la presentazione di progetti a valere sul PON Inclusione - Fondo Sociale Europeo, programmazione 2014-2020.

L'Ambito 11 del Garda ha presentato un progetto pluriennale per un valore complessivo assegnato pari ad € 219.032,00. Gli assi attivati: A. Rafforzamento dei servizi sociali (€ 205.800,00) e C. Promozione di accordi di collaborazione in rete (€ 13.232,00).

Gli obiettivi perseguiti:

1. Rafforzare le funzioni di coordinamento interno di progetto favorendo il raccordo tra i poli attivatori della misura (Assistenti sociali dei Comuni in qualità di case management per pre-assessment, assessment, monitoraggio e valutazione dei progetti individualizzati) e le risorse rese disponibili dalla rete dei servizi e dal finanziamento dedicato.
2. Rafforzare la funzione di accompagnamento individualizzato delle persone e delle famiglie beneficiarie in raccordo con project manager e case manager.
3. Rafforzare la funzione di inserimento lavorativo a favore dei beneficiari della misura, in raccordo con project manager e case manager, incentivando e ampliando il campo d'azione del NIL verso soggetti con svantaggio non certificato quali i beneficiari della misura.

4. Rafforzare il raccordo tra la rete progettuale e i soggetti istituzionali, for profit e non profit in grado di effettuare messe alla prova sotto forma di lavori socialmente utili, tirocini, borse lavoro, stipule di contratti a tempo determinato e indeterminato.
5. Promuovere la formazione degli operatori della rete locale e dei diversi enti pubblici coinvolti.

L'équipe PON/SIA/REI è costituita da un'assistente sociale, un'educatrice professionale (Asse Lavoro) e un'educatrice professionale (Asse Famiglia).

Il SIA ha rappresentato una "misura ponte" (decreto legislativo 15/09/2017, n. 147) confluita e sostituita dalla misura REI (Reddito di Inclusione).

Il Reddito di Inclusione REI rappresenta il primo strumento a carattere universale e permanente di contrasto alla povertà. Si tratta di programma di inclusione sociale e lavorativa finalizzato alla valorizzazione delle risorse familiari e al recupero dell'autonomia delle situazioni più vulnerabili mediante l'assegnazione di un sussidio economico.

L'obiettivo generale della misura è quello di migliorare le competenze, sviluppare le capacità e favorire l'occupabilità delle persone coinvolte, fornendo loro gli strumenti per fronteggiare il disagio, rinsaldare i legami sociali e riconquistare l'autonomia.

Il REI si compone di due parti: il beneficio economico erogato attraverso la carta elettronica di pagamento (Carta REI); e il progetto personalizzato di attivazione e di inclusione sociale e lavorativa volto al superamento della condizione di povertà.

Il Progetto viene predisposto dai servizi sociali del Comune, che operano in rete con i servizi per l'impiego, i servizi sanitari e le scuole, nonché con soggetti privati attivi nell'ambito degli interventi di contrasto alla povertà, in particolare enti non profit.

Il Progetto riguarda l'intero nucleo familiare e prevede specifici impegni che vengono opportunamente identificati da operatori e servizi competenti, sulla base della valutazione dei bisogni e del grado di vulnerabilità (condizioni personali e sociali, situazione economica e lavorativa, abitativa e relazionale).

I requisiti legati alla composizione del nucleo familiare saranno aboliti dal 1° luglio 2018 per effetto della Legge di Bilancio 2018. Il reddito di inclusione diventerà l'assegno universale contro la povertà in Italia, in quanto richiedibile esclusivamente sulla base esclusivamente dei nuovi requisiti economici in base all'ISEE e all'ISRE (Indice della Situazione Reddittuale).

Dal 1° monitoraggio trimestrale 2018 sul REI emerge che su 328 domande presentate ne sono state attivate 73 (circa il 22%) di cui:

- domande asse lavoro n. 39
- domande asse famiglia n. 20
- domande asse lavoro e famiglia n. 14.

L'obiettivo generale rimane favorire l'inclusione sociale delle persone e delle famiglie attraverso percorsi volti a contrastare la povertà e a fronteggiare il disagio sociale.

- Implementazione e integrazione della rete di soggetti territoriali (istituzioni, terzo settore, profit) per il rafforzamento delle misure di sostegno al reddito (REI).
- Potenziamento della attività di contrasto alle emergenze sociali attraverso un accompagnamento globale e integrato della persona in difficoltà e della sua famiglia



(privilegiando quelle con la presenza di minori). Rafforzando le attività di ascolto e la creazione di legami sociali, oltre che il tradizionale supporto materiale nelle aree di criticità (povertà alimentare, disagio abitativo, diritto allo studio, ecc.).

<b>TITOLO OBIETTIVO</b>	<b>Implementare e consolidare il sistema istituzioni/servizi/terzo settore in riferimento alle nuove misure di contrasto alle povertà e di sostegno al reddito (REI)</b>
<b>INTERVENTI/AZIONI DI SISTEMA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordinamento, e integrazione e ampliamento della rete</li> <li>- Creazione di nuove connessioni fra i diversi attori équipe REI, INPS, Comuni, NIL, ecc.)</li> <li>- Sviluppare capacità di lavoro “con e per progetti”</li> <li>- Attivare risorse e/o competenze personali che ricevono benefici economici e non</li> </ul>
<b>RISORSE IMPIEGATE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambito – Udp, Responsabili servizi sociali Comunali, NIL, Centri per l’impiego, Terzo settore, INPS, Altri soggetti</li> </ul>
<b>STRUMENTI UTILIZZATI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tirocini</li> <li>- Doti lavoro</li> </ul>
<b>INDICATORI DI ESITO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- numero di accordi raggiunti,</li> <li>- numero di soggetti coinvolti</li> <li>- numero di documenti/procedure condivise</li> </ul>
<b>STRUMENTI DI VALUTAZIONE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quantitativi qualitativi</li> </ul>
<b>TEMPISTICA</b>	Triennio 2018-2020

<b>TITOLO OBIETTIVO</b>	<b>Potenziamento delle attività di contrasto alle emergenze sociali attraverso progetti integrati di accompagnamento della persona in difficoltà e della famiglia</b>
<b>INTERVENTI/AZIONI DI SISTEMA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sviluppare nuove alleanze e le connessioni con terzo settore/profit</li> <li>- Implementazione misure</li> <li>- Diffusione di buone pratiche</li> </ul>

<b>RISORSE IMPIEGATE</b>	- Ufficio di piano, Responsabili servizi sociali Comunali, NIL, Centri per l'impiego, Terzo settore
<b>STRUMENTI UTILIZZATI</b>	- Incontri tecnici, Accordi territoriali
<b>INDICATORI DI ESITO</b>	- Numero di progetti attivati - numero del n. di persone/famiglie coinvolte
<b>STRUMENTI DI VALUTAZIONE</b>	- Quantitativi qualitativi
<b>TEMPISTICA</b>	Triennio 2018-2020

Nel territorio è stata sviluppata negli anni una progettualità locale volta al contrasto della povertà. Per oltre dieci anni (2003-2013) furono attivati interventi in favore delle persone in situazione di povertà estrema e senza fissa dimora (art. 28 L. 328/2000) confluiti in anni più recenti in azioni di contrasto alle nuove povertà in stretta collaborazione con le associazioni locali (n. 15) che storicamente sono impegnate nel sostegno alle famiglie più fragili. Alla luce delle nuove misure e del fenomeno delle nuove povertà che ha toccato significativamente anche il territorio gardesano (seppur i Comuni dell'ambito del Garda si attestino tra quelli con i redditi medio alti più alti della provincia di Brescia) è necessario ripensare alle politiche in termini di prevenzione oltre che di contrasto alla povertà. Un contenimento del fenomeno può essere dato anche dall'introduzione di un'economia circolare applicata al contesto locale basata su micro condotte diffuse e coordinate. Si ritiene che unitamente alle misure di intervento mirate sia opportuno incoraggiare esperienze di riduzione dello spreco, di recupero e di valorizzazione e redistribuzione delle risorse. L'idea è quella di sperimentare un sistema di azioni coordinate che coinvolgano interlocutori diversi (privato sociale, servizi pubblici, privato profit) attorno al tema della povertà e della marginalità, per aggregare esperienze diverse già in parte attive sul territorio e al contempo sollecitare l'attivazione di interlocutori tendenzialmente poco coinvolti nei processi di risposta alle problematiche sociali (GDO, commercianti, ecc).

Gli obiettivi prioritari per il contrasto della povertà relativi al triennio 2018-2020 sono:

a. Implementare e organizzare azioni di contrasto alla povertà, acuita dall'andamento attuale del contesto caratterizzato da una sempre più estesa forbice sociale dei redditi, con lo sviluppo di risposte locali di sostegno alle famiglie, anche mediante percorsi di accompagnamento all'acquisizione di competenze sul tema della gestione delle risorse familiari e sociali, in sinergia con i servizi sociali e le associazioni del territorio attive sul tema.

b. Promuovere e consolidare un lavoro di rete e di conoscenza del territorio, che mobiliti risorse umane, materiali, di competenza, in un'ottica di condivisione e diffusione del beneficio comune (grande distribuzione, istituti scolastici, mense, associazioni e cooperative, cittadini), lanciando sul territorio l'approccio al tema della riduzione dello spreco come processo corresponsabile di equità sociale.

TITOLO OBIETTIVO	<b>Sviluppo e potenziamento della rete territoriale interna di GDO e commercianti che possono donare, coordinato alla rete di associazioni che possono ritirare</b>
INTERVENTI/AZIONI DI SISTEMA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordinamento e integrazione rete</li> <li>- Azioni di reclutamento donatori (GDO)</li> <li>- Organizzazione gestione della distribuzione</li> </ul>
RISORSE IMPIEGATE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ufficio di Piano, Assistenti sociali Comuni, NIL, Terzo settore, Associazioni, Privato profit</li> </ul>
STRUMENTI UTILIZZATI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incontri e documenti tecnici</li> <li>- Accordi territoriali</li> </ul>
INDICATORI DI ESITO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- n. di accordi raggiunti</li> <li>- n. di GDO coinvolte</li> <li>- n. di associazioni coinvolte</li> </ul>
STRUMENTI DI VALUTAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quantitativi qualitativi</li> </ul>
TEMPISTICA	Triennio 2018-2020

TITOLO OBIETTIVO	<b>Sperimentazione di percorsi di accompagnamento formativo sul tema della gestione delle risorse familiari e sociali (sprechi, riuso, riciclo, gestione economica) destinato a beneficiari del REI</b>
INTERVENTI/AZIONI DI SISTEMA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programmazione percorsi di gruppo</li> <li>- Azioni formativo-esperienziali di accompagnamento beneficiari REI</li> </ul>
RISORSE IMPIEGATE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ufficio di Piano, Assistenti sociali Comuni, NIL , Terzo settore, Associazioni</li> </ul>
STRUMENTI UTILIZZATI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incontri tecnici, Lavoro di gruppo</li> </ul>
INDICATORI DI ESITO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- numero di soggetti raggiunti</li> <li>- numero di associazioni coinvolte</li> </ul>
STRUMENTI DI VALUTAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quantitativi qualitativi</li> </ul>
TEMPISTICA	Triennio 2018-2020