

PIANO DI ZONA 2012 - 2014

AMBITO distrettuale 11 GARDA

COMUNI di:

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,
TREMOSINE, TOSCOLANO
MADERNO, VALVESTINO.

indice

INTRODUZIONE

1. Analisi del contesto	p. 2
2. Risorse	p. 8
3. Priorità	p. 10
4. Obiettivi strategici	p. 10
5. Governance	p. 12

CAPITOLO I

Le politiche e i processi distrettuali

PREMESSA

1. MINORI	p. 15
a. la rete dei servizi	p. 15
b. i minori e la famiglia	p. 23
c. i minori nella comunità	p. 26
2. DISABILI	p. 28
a. la rete dei servizi	p. 29
b. i disabili e la famiglia	p. 34
c. i disabili nella comunità	p. 35
3. DISAGIO ADULTO (o adulti in difficoltà)	p. 36
a. la rete dei servizi	p. 36
b. il disagio e la famiglia	p. 39
c. il disagio adulto nella comunità	p. 40
4. ANZIANI	p. 43
a. la rete dei servizi	p. 45
b. gli anziani e la famiglia	p. 50
c. gli anziani nella comunità	p. 51
5. CONCILIAZIONE FAMIGLIA-LAVORO	p. 52

CAPITOLO II

Le politiche e i processi sovra distrettuali

PREMESSA

I	COORDINAMENTO PROVINCIALE UFFICI DI PIANO	p. 54
II	AREA POLITICHE DI CONCILIAZIONE	p. 57
III	AREA INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	p. 59
IV	AREA MINORI	p. 65
V	AREA DISABILITÀ	p. 68
VI	AREA PENALE	p. 71
VII	AREA POLITICHE GIOVANILI	p. 73
	CONCLUSIONI	p. 74

Allegati

1. *“Protocollo operativo di applicazione delle linee guida regionali in materia di collaborazione con il Terzo settore per la programmazione dei Piani di Zona 2012-2014.”*

Piano di Zona 2012-2014

Ambito distrettuale 11 – Garda

Introduzione

La scrittura della quarta edizione del piano triennale di programmazione si verifica in un momento storico caratterizzato da una crisi generale, economica sociale e culturale, che ci pone nella condizione di ripensare e rimodulare un sistema messo a punto e consolidato negli anni, e che ha rappresentato un riferimento certo e solido in campo sociale.

La presa di coscienza dell'insicurezza ha portato all'idea di un futuro possibile ma incerto, che si fatica ad immaginare nell'accelerazione continua dei processi complessi e aleatori del nostro tempo.

Il nuovo sistema di welfare si inserisce allora in un contesto di continuo cambiamento, dentro una società divenuta "liquida" caratterizzata da insicurezza, instabilità e paura. La definizione del presente programma, prendendo l'avvio da tali assunti, non potrà che avanzare con un flusso mutevole, sospinto, di volta in volta, da sollecitazioni innovative interne o modificato da cause/eventi esterni.

E' allora necessario imparare ad affrontare e gestire l'incertezza, poiché non è possibile procedere per passaggi lineari, bensì in un accavallarsi di processi contrastanti, con rischi e insicurezze, che comportano evoluzioni e involuzioni, progressi e regressioni, arresti e riprese.

Vi sono dunque due viatici per affrontare l'incertezza dell'azione: la consapevolezza del rischio/opportunità che ogni decisione comporta e il ricorso alla strategia.

Sarà allora auspicabile far precedere il *pensiero strategico* all'azione e alla scelta, e prima ancora al programma che si intende adottare. Attraverso la *strategia* si elabora uno scenario d'azione in cui vengono prese in esame certezze e incertezze della situazione, probabilità ed improbabilità. Lo scenario può e deve essere modificato in relazione alle informazioni raccolte, alle situazioni, agli ostacoli o alle sorti favorevoli incontrate strada facendo.

Il nuovo orizzonte dovrà essere supportato da elementi strategici tali da poter permettere, se necessario, virate ed inversioni di rotta per evitare inutili dispersioni di energie/risorse/tempo.

La strategia impone l'adozione di piccole sequenze di programma, fluide, flessibili, leggere, pronte a trasformarsi, ad effettuare "compromessi", privilegiando talvolta l'audacia talvolta la prudenza.

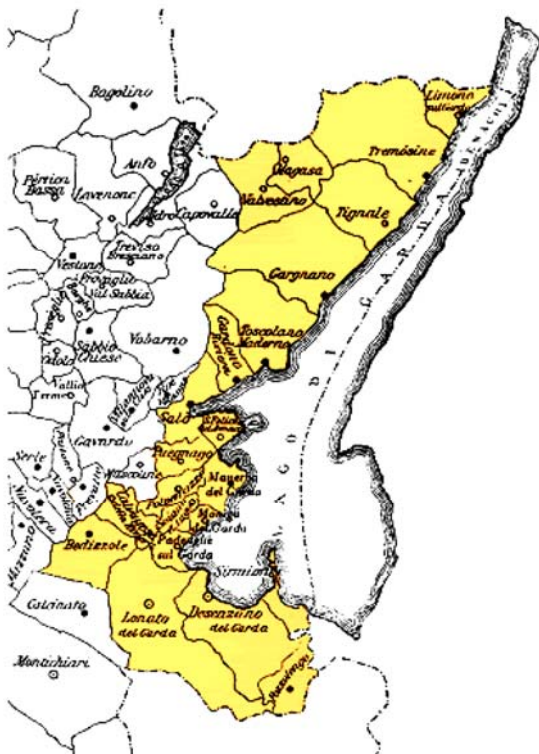
La rinuncia al migliore dei mondi non è per nulla la rinuncia a un mondo migliore. (E. Morin)

1. Analisi contesto

L'ambito distrettuale è costituito da 22 Comuni: 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, Valvestino.

L'Ambito n. 11 del Garda occupa una superficie di 717,77 Km², con una densità di popolazione pari a 122.560 unità.

Il territorio in prevalenza eterogeneo, per la configurazione geografica dei contesti ambientali, è caratterizzato da alcune zone più omogenee per aspetti morfologici, storici ed economici.



Allo scopo quindi di conservare le specificità nella rilevazione dei bisogni e favorire percorsi sovra comunali condivisi sono state individuate quattro aree geografiche di appartenenza:

Area Alto Garda (n. 9 Comuni) Gardone Riviera, Gargnano, Limone sul Garda, Magasa, Salò, Tignale, Toscolano Maderno, Tremosine, Valvestino.

Area Valtenesi (n. 8 Comuni) Calvagese della Riviera, Manerba del Garda, Moniga del Garda, Padenghe sul Garda, Polpenazze del Garda, Puegnago del Garda, San Felice del Benaco, Soiano del Lago.

Area medio Lago (n. 2 Comuni) Bedizzole, Lonato del Garda.

Area basso Lago (n. 3 Comuni) Desenzano del Garda, Pozzolengo, Sirmione.

A livello locale si rileva, in linea con i dati di Regione Lombardia, una rapida e profonda *evoluzione delle esigenze* e insieme l'avvento di *nuove fragilità* quali: invecchiamento della popolazione, impoverimento e disgregazione delle famiglie, incremento dei care giver informali, precarietà del lavoro. Difficoltà queste che investono, con intensità e gradi differenti, la persona, la famiglia e l'intera società civile, in un momento di crisi che lascia ben poco spazio alle attese e che impone da subito assunzione di impegno e di responsabilità da parte di ciascuna persona.

All'accrescersi e al diversificarsi dei bisogni si aggiunge la radicale contrazione delle risorse, che si innesta in una situazione già complessa e di difficile gestione per chi governa. Appare dunque evidente l'insostenibilità del sistema di welfare che è stato un solido riferimento per oltre un decennio.

La lettura del contesto prende avvio dall'analisi dei dati riferiti alla popolazione che in questo territorio risiede. Si è ritenuto pertanto opportuno procedere per gradi secondo un ordine progressivo che favorisca la messa a fuoco degli aspetti demografici oggetto di particolare interesse per la futura programmazione.

Considerata la rapidità con la quale le informazioni divengono obsolete, si è ritenuto importante fondare l'analisi sui dati disponibili più recenti, pertanto ci si è avvalsi delle tabelle demografiche estratte dal sito <http://demo.istat.it>, aggiornate al 01/01/2011.

tabella 1 – distribuzione della popolazione totale residente al 01.01.2011

COMUNI	maschi	femmine	popolazione totale
BEDIZZOLE	5.898	6.039	11.937
CALVAGESE D/R	1.766	1.735	3.501
DESENZANO D/G	12.748	14.481	27.229
GARDONE RIVIERA	1.317	1.440	2.757
GARGNANO	1.421	1.629	3.050
LIMONE S/G	574	590	1.164
LONATO D/G	7.820	7.924	15.744
MAGASA	76	76	152
MANERBA D/G	2.473	2.512	4.985
MONIGA D/G	1.205	1.252	2.457
PADENGHE S/G	2.088	2.262	4.350
POLPENAZZE D/G	1.275	1.297	2.572
POZZOLENGO	1.715	1.721	3.436
PUEGNAGO D/G	1.616	1.642	3.258
SALO'	4.995	5.745	10.740
SAN FELICE D/B	1.636	1.788	3.424
SIRMIONE	3.945	4.205	8.150
SOIANO D/L	925	938	1.863
TIGNALE	620	692	1.312
TREMOSINE	1.083	1.071	2.154
TOSCOLANO MADERNO	3.816	4.295	8.111
VALVESTINO	107	107	214
TOTALE	59.119	63.441	122.560

La popolazione totale residente rispetto a quella registrata al 01/01/2009 (120.029) ha subito un incremento pari al 2,11%.

In particolare nei Comuni di Bedizzole, Limone del Garda, Manerba del Garda, Moniga del Garda, Soiano del Lago, nella parte del medio lago, si osserva un incremento superiore al 3%. Nei Comuni di Calvagese della Riviera, Lonato del Garda, Pozzolengo, Puegnago del Garda, San Felice del Benaco, Sirmione, Toscolano Maderno si rileva invece un aumento della popolazione maggiore al 2%.

La prevalenza dei Comuni presenta una popolazione inferiore a 5.000 abitanti (n. 16), mentre in soli quattro è stata superata la soglia dei 10.000 abitanti (Salò, Bedizzole, Lonato del Garda e Desenzano del Garda che si riconferma il più popoloso dell'ambito e della Provincia di Brescia).

Dal confronto dei dati riferiti alle precedenti annualità si osserva il consolidamento del processo demografico espansivo della zona del medio/basso lago e altresì della Valtenesi, mentre per la realtà montana dell'Alto lago si rileva una situazione stazionaria, determinata da ragioni storico ambientali, non disgiunta da taluni processi regressivi.

CLASSI DI ETA'

Nei seguenti prospetti sono riportati i dati riferiti alla popolazione residente, suddivisa per genere, tipologie e classi d'età, secondo la seguente ripartizione:

prima infanzia - 0/2 anni

minori - 3/17 anni

adulti - 18/64 anni

anziani - oltre i 65 anni.

tabella 2 – prima infanzia - popolazione 0/2 anni residente al 01.01.2011

COMUNI	maschi	femmine	popolazione totale
BEDIZZOLE	212	234	446
CALVAGESE D/R	73	68	141
DESENZANO D/G	404	358	762
GARDONE RIVIERA	33	32	65
GARGNANO	23	38	61
LIMONE S/G	24	20	44
LONATO D/G	274	245	519
MAGASA	0	2	2
MANERBA D/G	80	65	145
MONIGA D/G	32	44	76
PADENGHE S/G	57	69	126
POLPENAZZE D/G	27	37	64
POZZOLENGO	63	45	108
PUEGNAGO D/G	49	35	84
SALO'	140	136	276
SAN FELICE D/B	37	35	72
SIRMIONE	129	111	240
SOIANO D/L	31	33	64
TIGNALE	9	15	24
TREMOSINE	39	25	64
TOSCOLANO MADERNO	106	87	193
VALVESTINO	1	0	1
TOTALE	1.843	1.734	3.577

I minori da 0-2 anni costituiscono il 2,92% dell'intera popolazione.

La comparazione dei suddetti dati con quelli relativi al 01/01/2009 (3.567) mostra un incremento pari al 0,28%.

tabella 3 - minori - popolazione 3/17 anni residente al 01.01.2011

COMUNI	maschi	femmine	popolazione totale
BEDIZZOLE	937	946	1.883
CALVAGESE D/R	289	279	568
DESENZANO D/G	1.932	1.805	3.737
GARDONE RIVIERA	194	171	365
GARGNANO	175	167	342
LIMONE S/G	86	74	160
LONATO D/G	1.272	1.202	2.474
MAGASA	6	2	8
MANERBA D/G	372	324	696
MONIGA D/G	152	152	304
PADENGHE S/G	270	301	571
POLPENAZZE D/G	191	175	366
POZZOLENGO	282	235	517
PUEGNAGO D/G	257	244	501
SALO'	661	658	1.319
SAN FELICE D/B	245	245	490
SIRMIONE	573	544	1.117
SOIANO D/L	133	113	246
TIGNALE	91	85	176
TREMOSINE	140	150	290
TOSCOLANO MADERNO	510	527	1.037
VALVESTINO	9	8	17
TOTALE	8.777	8.407	17.184

I minori da 3-17 anni costituiscono il 14,02% dell'intera popolazione.

La comparazione dei suddetti dati con quelli relativi al 01/01/2009 (16.500) mostra un incremento pari al 4,14%.

tabella 4 - adulti - 18/ 64 anni residente al 01.01.2011

COMUNI	maschi	femmine	popolazione totale
BEDIZZOLE	3.953	3.756	7.709
CALVAGESE D/R	1.173	1.082	2.255
DESENZANO D/G	8.049	8.790	16.839
GARDONE RIVIERA	809	837	1.646
GARGNANO	891	892	1.783
LIMONE S/G	357	373	730
LONATO D/G	5.167	5.030	10.197
MAGASA	51	28	79
MANERBA D/G	1.672	1.636	3.308
MONIGA D/G	856	828	1.684
PADENGHE S/G	1.397	1.452	2.849
POLPENAZZE D/G	857	852	1.709

POZZOLENGO	1.082	1.064	2.146
PUEGNAGO D/G	1.047	1.060	2.107
SALO'	3.129	3.285	6.414
SAN FELICE D/B	1.067	1.045	2.112
SIRMIONE	2.652	2.715	5.367
SOIANO D/L	613	638	1.251
TIGNALE	382	378	760
TREMOSINE	714	632	1.346
TOSCOLANO MADERNO	2.369	2.450	4.819
VALVESTINO	59	53	112
TOTALE	38.346	38.876	77.222

La popolazione adulta da 18-64 anni costituisce il 63,01% dell'intera popolazione.

La comparazione dei suddetti dati con quelli relativi al 01/01/2009 (76.112) mostra un incremento pari al 1,45%.

tabella 5 – anziani - popolazione oltre i 65 anni residente al 01.01.2011

COMUNI	maschi	femmine	popolazione totale
BEDIZZOLE	796	1.103	1.899
CALVAGESE D/R	231	306	537
DESENZANO D/G	2.363	3.528	5.891
GARDONE RIVIERA	281	400	681
GARGNANO	332	532	864
LIMONE S/G	107	123	230
LONATO D/G	1.107	1.447	2.554
MAGASA	19	44	63
MANERBA D/G	349	487	836
MONIGA D/G	165	228	393
PADENGHE S/G	364	440	804
POLPENAZZE D/G	200	233	433
POZZOLENGO	288	377	665
PUEGNAGO D/G	263	303	566
SALO'	1.065	1.666	2.731
SAN FELICE D/B	287	463	750
SIRMIONE	591	835	1.426
SOIANO D/L	148	154	302
TIGNALE	138	214	352
TREMOSINE	190	264	454
TOSCOLANO MADERNO	831	1.231	2.062
VALVESTINO	38	46	84
TOTALE	10.153	14.424	24.577

La popolazione anziana ultra sessantacinquenne costituisce il 20,05% dell'intera popolazione.

La comparazione dei suddetti dati con quelli relativi al 01/01/2009 (23.850) mostra un incremento pari al 3,05%.

Rapportando le suddette risultanze ai dati relativi ai minori (0-17 anni), che rappresentano il 16,94% della popolazione totale, è possibile osservare come la popolazione anziana risulti prevalente nella misura del 3,11%.

NUCLEI FAMILIARI

I nuclei familiari rappresentano i tasselli che costituiscono la comunità locale e il luogo in cui si concentrano opportunità e bisogni, risorse e fragilità, per tale ragione si è ritenuto di particolare interesse rilevarne l'entità.

tabella 6 - nuclei familiari - popolazione residente al 01.01.2011

COMUNI	nuclei familiari
BEDIZZOLE	4.769
CALVAGESE D/R	1.419
DESENZANO D/G	12.661
GARDONE RIVIERA	1.403
GARGNANO	1.498
LIMONE S/G	502
LONATO D/G	6.558
MAGASA	89
MANERBA D/G	2.509
MONIGA D/G	1.212
PADENGHE S/G	2.105
POLPENAZZE D/G	1.173
POZZOLENGO	1.340
PUEGNAGO D/G	1.398
SALO'	5.000
SAN FELICE D/B	1.555
SIRMIONE	4.006
SOIANO D/L	943
TIGNALE	618
TREMOSINE	957
TOSCOLANO MADERNO	3.881
VALVESTINO	119
TOTALE	55.715

La comparazione dei suddetti dati con quelli relativi al 01/01/2009 (54.844) mostra un incremento pari al 1,58%.

POPOLAZIONE STRANIERA

La presenza di cittadini immigrati nel territorio è un fatto consolidato, soprattutto laddove vi è un concentrazione di infrastrutture, di opportunità di impiego - legate essenzialmente alle strutture ricettive - nonché di servizi che favoriscono la mobilità.

Tale premessa trova conferma nei dati che indicano una maggiore consistenza numerica di stranieri nei Comuni ove è prevalente l'attività turistica.

tabella 7 – stranieri - popolazione residente al 01.01.2011

COMUNI	maschi	femmine	popolazione totale
BEDIZZOLE	751	793	1.544
CALVAGESE D/R	202	205	407
DESENZANO D/G	1354	1907	3.261
GARDONE RIVIERA	139	174	313
GARGNANO	134	191	325
LIMONE S/G	77	90	167
LONATO D/G	1035	946	1.981
MAGASA	0	0	0
MANERBA D/G	284	302	586
MONIGA D/G	178	204	382
PADENGHE S/G	190	278	468
POLPENAZZE D/G	85	113	198
POZZOLENGO	121	152	273
PUEGNAGO D/G	94	105	199
SALO'	532	590	1.122
SAN FELICE D/B	146	153	299
SIRMIONE	526	690	1.216
SOIANO D/L	114	126	240
TIGNALE	71	82	153
TREMOSINE	223	228	451
TOSCOLANO MADERNO	455	563	1.018
VALVESTINO	0	0	0
TOTALE	6.711	7.892	14.603

La popolazione straniera costituisce l'11,91% della popolazione residente nei Comuni dell'Ambito.

I Comuni nei quali si rileva una forte *incidenza* di persone straniere, rispetto alla popolazione residente, sono: Tremosine (20,93%), Moniga del Garda (15,54%), Sirmione (14,92%), Limone del Garda (14,34%).

La comparazione dei suddetti dati con quelli relativi al 01/01/2009 (12.498) mostra un incremento complessivo sulla popolazione totale pari al 16,84%.

I Comuni nei quali si è registrato un maggior *incremento* (dal 2009 al 2011) sono: San Felice del Benaco (24,06%), Soiano del Lago (20,60%), Gardone Riviera (15,49%), Sirmione (15,04%), Bedizzole (14,54%).

2. Risorse

Il quadro complessivo delle risorse assegnate nel periodo 2009 - 2011, appare condizionato da:

1. una flessione (peraltro contenuta) delle risorse disponibili;
2. una evidente modificazione nella destinazione dei fondi assegnati.

Per l'Ambito 11 tale situazione è riassunta nella tabella successiva:

RISORSE ASSEGNATE	2011	2010	2009
Fondo Nazionale Politiche Sociali FNPS (incluso fondo riequilibrio)	528.366,00	465.088,00	999.493,00
Fondo Sociale Regionale FSR	839.769,00	1.050.030,00	1.017.716,00
Fondo non Autosufficienze FNA	593.382,00	542.937,00	280.199,00
Compartecipazione Comuni Ambito	576.333,00	557.441,00	525.976,00
Fondo Triennale Nidi	154.747,00	154.746,00	-
totale	2.692.598,00	2.770.242,00	2.823.384,00

Risulta evidente come le risorse a destinazione più generale (FNPS, FSR) abbiano subito una contrazione assai marcata (oltre 2 milioni di Euro nel 2009; meno di 1,4 milioni nel 2011), mentre consistenti risorse sono state collocate su progetti di intervento temporalmente delimitati: il fondo triennale nidi, istituito nel 2010, andrà ad esaurirsi nel 2012; il Fondo per le non Autosufficienze, quasi raddoppiato nella sua consistenza fra il 2009 ed il 2011 (da 280 mila Euro a 593 mila Euro), sarà totalmente azzerato già a partire dal 2012. Sono attese risorse, sempre per il 2012, per il finanziamento di interventi di conciliazione famiglia - tempi di lavoro.

Tutto ciò contribuisce a rafforzare la connotazione "temporanea" di molti interventi in ambito sociale, la cui attivazione - come la successiva sospensione - dipenderà dalle scelte di Enti superiori (Stato, Regione, Provincia). La realizzazione di nuove azioni sul territorio sarà quindi assoggettata alla partecipazione a "bandi", pubblici o privati, riferiti peraltro ad attività specifiche e non più alla generalità delle azioni.

Il quadro delle risorse per il 2012, in parte ancora provvisorio, si presenta in questi termini:

Fondo Nazionale Politiche Sociali	Fondo Sociale Regionale	Piano Triennale Nidi	Fondo non Autosufficienze	Compartecipazione Comuni	Totale
Riduzione 55%	Riduzione 40%	Costante	Azzerato	Costante	
EFFETTIVO	ATTESO	EFFETTIVO	EFFETTIVO	ATTESO	
246.412	504.000	154.747	0	576.000	1.479.747

Ne consegue che il sovvenzionamento degli interventi di tipo continuativo sarà sempre più affidato alle sole risorse comunali, pur con tutte le variabili che le stesse subiscono in questi anni.

Nel corso del triennio quindi il reperimento delle risorse necessarie alla programmazione territoriale di ambito dovrà essere affidato ad una serie di condotte attive volte a:

- selezionare e partecipare a bandi di finanziamento pubblici (nazionali ed europei) e privati;
- proporre l'aggregazione di servizi al fine di valorizzare più ampie economie di scala nella gestione dei servizi sociali;
- definire forme di compartecipazione alla spesa sociale da parte dei beneficiari di servizi/interventi (incontri protetti, mediazione familiare, sostegno genitoriale...), in considerazione anche degli eventuali sviluppi normativi a livello nazionale e regionale (“fattore famiglia” e revisione dell’ISEE);
- determinare ordini di priorità più rigorosi per l’erogazione dei servizi;
- individuare forme di co - progettazione con il terzo settore;
- attivare e promuovere nuove alleanze per la costruzione di percorsi di welfare aziendale.

3.Priorità

Il pensiero sotteso alla redazione di questo documento è il frutto di una riflessione più profonda, di tipo antropologico, che individua quali *radici* su cui fondare la costruzione/concezione di un nuovo sistema sociale e culturale:

- ✓ **la responsabilità individuale**
dalla capacità di autodeterminazione all’esercizio della libera scelta
- ✓ **la centralità della famiglia**
dal nucleo sociale primario al sistema collettivo di relazioni
- ✓ **lo sviluppo delle relazioni nella comunità**
dal principio di corresponsabilità al senso di appartenenza.

4.Obiettivi strategici

Per tracciare un percorso è necessario innanzi tutto avere chiaro il luogo da cui si parte e la meta che si intende raggiungere. La creazione di condizioni favorevoli alla qualità della vita delle persone che vivono nel territorio, rimane l’obiettivo principe e il fine ultimo della presente programmazione. Tuttavia considerate le incertezze, gli eventuali imprevisti e la durata pluriennale del programma, si ritiene fondamentale individuare un decalogo di obiettivi generali di riferimento:

1. **integrazione e coordinamento** delle politiche sociali a livello locale;
2. **razionalizzazione, ottimizzazione e semplificazione** per liberare risorse (economiche, umane, strumentali - mediante ad esempio le gestioni associate);
3. **superamento di logiche organizzative settoriali di frammentazione** e duplicazione di interventi, anche per una presa in carico unitaria della persona;

4. **mantenimento e consolidamento** di servizi e interventi essenziali di base;
5. **evoluzione, rimodulazione e trasformazione** dei servizi per rispondere in modo più adeguato e diversificato ai bisogni di ciascuna persona;
6. **individuazione di risorse alternative** sia economiche sia strumentali;
7. **innovazione e sperimentazione** di nuove forme di azione;
8. **attuazione di scelte/azioni coerenti e sostenibili** nel tempo;
9. **ricomposizione e connessione di saperi/conoscenze** tra soggetti territoriali diversi;
10. **promozione e attivazione di alleanze** con interlocutori nuovi.

Inoltre rilevata l'importanza della valutazione quale strumento di verifica ma soprattutto di apprendimento continuo, si ritiene indispensabile procedere alla costruzione di **sistemi di valutazione** (indicatori di risultato) secondo criteri oggettivi, omogenei e codificati di:

efficacia (misura il raggiungimento degli obiettivi),

efficienza (misura il rapporto tra risorse impiegate ed effetti raggiunti),

pertinenza (misura la relazione tra fabbisogni e interventi)

economicità (misura il rapporto tra le risorse economiche utilizzate - in momenti e/o soggetti diversi - a parità di risultato).

Altro aspetto di particolare rilevanza riguarda l'informazione e la diffusione di notizie a livello locale. Nel triennio 2012/2014 si porterà a compimento il processo di creazione del **network informativo** territoriale all'interno del quale saranno rese disponibili, con profili e livelli differenziati di accesso, le informazioni/notizie inerenti i servizi alla persona, sia in formato cartaceo sia in forma elettronica (canale informatico attraverso il portale distrettuale).

Per il pieno raggiungimento di tale obiettivo si auspica il consolidamento del *servizio di segretariato sociale* e il raccordo con il terzo settore presente nel territorio.

L'incertezza delle risorse economiche pone nella condizione di pianificare secondo un **indirizzo generale di programmazione**, che preveda di norma l'assegnazione del 70% delle risorse per il mantenimento dei servizi preesistenti e il rispetto dei livelli essenziali di risposta/assistenza e di riservare la destinazione del restante 30% alla costruzione di processi gradualmente di sviluppo di servizi prioritari, alla promozione di interventi di prevenzione e promozione sociale e culturale, all'attivazione delle risorse e allo sviluppo di opportunità con il concorso di più soggetti e attori sociali.

Perché si realizzi un sistema organico è necessario operare in sinergia con i diversi ambiti: sociale, sanitario, economico, ambientale, culturale, attraverso **politiche integrate**, che sappiano coniugare

aspetti differenti e realizzare azioni congiunte di intervento, allo scopo di tutelare la collettività, e favorire la coesione sociale e lo sviluppo della comunità.

5. Governance

La Governance degli organi dell'ambito è delineata nel rispetto della legislazione nazionale e regionale.

Comuni

Titolari della programmazione locale, promuovono interventi in sinergia con le azioni previste dal Piano di Zona, in una logica di integrazione e condivisione con gli attori territoriali, e in una strategia di alleanze. Assolvono al debito informativo nei confronti dell'ente capofila e della Fondazione.

Collaborano e partecipano alla realizzazione delle azioni previste dal Piano di Zona.

Governano il processo di pianificazione comunale coerentemente con i contenuti del Piano di Zona.

Assicurano ai propri rappresentanti, componenti dell'Ufficio di Piano, adeguato riconoscimento dei tempi di lavoro necessari all'assolvimento delle competenze in carico a tale organismo tecnico.

Garantiscono la disponibilità di sedi, strutture e strumenti per la realizzazione di specifici progetti che prevedono l'attività nelle strutture comunali.

Ente Capozona

Ente, necessariamente pubblico, che regola in via amministrativa i rapporti anche economici ed adempie ai debiti informativi con la Regione e con l'Azienda Sanitaria Locale. E' individuato dai Comuni partecipanti. Le Comunità Montane possono ricoprire il ruolo di enti capofila.

Delibera le decisioni assunte dagli organi politici distrettuali per l'attuazione delle azioni previste dal Piano di Zona. Assicura lo svolgimento delle procedure tecniche, amministrative e contabili per la realizzazione dei progetti esecutivi di propria competenza. Assolve al debito informativo previsto dalle normative.

ORGANISMI POLITICI

Assemblea dei Sindaci

E' l'organismo di rappresentanza politica del Piano di Zona e viene costituita ai sensi dell'art. 6 della legge regionale 31/97 e della D.G.R. VI/41788. I Comuni, attraverso l'Assemblea Distrettuale dei Sindaci, possono formulare proposte e pareri alla Conferenza dei Sindaci, in ordine alle linee di indirizzo e di programmazione dei servizi socio-sanitari ed esprimere il proprio parere sulla finalizzazione e sulla distribuzione territoriale delle risorse finanziarie. Approva il Piano di Zona, elegge al proprio interno il Presidente ed individua l'Ente capofila.

Tavolo di Programmazione zonale permanente

E' un Organo previsto ed istituito a livello distrettuale (attraverso la "Convenzione per la creazione del Tavolo Zonale", allegata all'"Accordo di programma per l'attuazione del Piano di Zona"), coincidente per composizione con l'Assemblea dei Sindaci, ma che si differenzia da questa per le diverse modalità di funzionamento (in genere più semplificate). Al Tavolo zonale sono affidati compiti decisionali, di indirizzo e di controllo. Individua gli obiettivi e definisce le priorità di sviluppo delle politiche locali, verifica la compatibilità impegni/risorse e delibera in merito all'allocazione delle risorse. Gestisce e valuta progetti e azioni riguardanti la politica sociale del territorio.

Governa il processo politico per l'attuazione del Piano di Zona.

Tavolo Politico Ristretto

E' un organo previsto ed istituito a livello distrettuale (sempre attraverso la "Convenzione per la creazione del Tavolo Zonale"). E' organismo politico-esecutivo, composto dall'ente capofila e dagli amministratori delegati dai Sindaci dell'Ambito, cui sono affidati compiti operativi, decisionali, di indirizzo e di verifica. Valuta gli indirizzi tecnici dell'Ufficio di Piano e redige proposte per il Tavolo Zonale permanente di programmazione.

ORGANISMI TECNICI

Ufficio di Piano

Organismo tecnico-operativo di supporto e consulenza agli organi politici.

In ottemperanza agli indirizzi politici, redige proposte, organizza e coordina le fasi del processo, monitora e verifica le azioni di attuazione del Piano di Zona e governa il sistema informativo.

L'Ufficio di Piano, quale organismo privilegiato per la costruzione della rete, è chiamato a divenire sempre più un organismo interattivo, ovvero una sorta di "regia mobile" emanazione degli indirizzi politici. Interlocutore primario con il compito di rafforzare le relazioni con gli attori del territorio e le istituzioni del privato sociale e del terzo settore.

ORGANISMI OPERATIVO-GESTIONALI

Fondazione Servizi Integrati Gardesani

La Fondazione Servizi Integrati Gardesani è un ente operativo – gestionale, che opera per conto dell'ente capofila e dei Comuni dell'Ambito, attraverso la propria struttura tecnico-amministrativa, affinché siano adottati i provvedimenti necessari all'attuazione delle decisioni deliberate dagli organismi politici. E' assegnatario del compito di attuazione del "Piano di Zona" a mezzo di un contratto di servizio che lo lega all'Ente capofila.

Assemblea dei Fondatori

E' l'organo di indirizzo politico della Fondazione, coincidente per costruzione con l'Assemblea dei Sindaci/Tavolo Zonale Permanente di Programmazione.

Consiglio di Amministrazione

E' l'organo politico esecutivo della Fondazione coincidente con il Tavolo Politico Ristretto.

Presidente della Fondazione

E' l'organo esecutivo della Fondazione, coincidente con il Presidente del Tavolo Politico Ristretto.

ORGANISMI DI CONSULTAZIONE TERRITORIALE

Tavoli tematici

Anche gli organismi di consultazione locale saranno ripensati alla luce delle quattro grandi aree di interesse e di progettazione individuate per la programmazione del presente Piano di Zona, ovvero:

ANZIANI – DISABILI – MINORI – DISAGIO ADULTO.

*Si prevedono inoltre **altri spazi di confronto** e approfondimento collaterali, finalizzati alla risoluzione di specifici problemi, alla definizione di precise azioni e alla costruzione di percorsi condivisi di co-progettazione con il concorso di attori sociali diversi (pubblici e privati) che, di volta in volta, si riterrà opportuno coinvolgere.*

Tavolo locale di consultazione del Terzo Settore

Il Tavolo locale di consultazione del Terzo Settore, istituito nell'anno 2008, rappresenta l'organismo di raccordo della rete territoriale del terzo settore. Risulta tuttavia necessario "ristrutturare" il rapporto tra Terzo settore e Piano di Zona al fine di realizzare un processo di attivo coinvolgimento. Pertanto, in raccordo con il "Protocollo operativo di applicazione delle linee guida regionali in materia di collaborazione con il Terzo settore per la programmazione dei Piani di Zona 2012/2014" (allegato al presente documento) a livello distrettuale si ritiene opportuno prevedere:

- *maggiore coinvolgimento del terzo settore nell'analisi dei bisogni all'interno dei tavoli tecnici di area, nella definizione delle priorità e nella realizzazione coordinata e condivisa di azioni/interventi/progetti;*
- *coinvolgimento attivo del terzo settore nell'attività documentale del servizio di segretariato sociale (predisposizione materiale informativo di base per fornire ai cittadini notizie, riferimenti, accesso ai servizi,);*
- *avvio di azioni di co-progettazione innovative e sperimentali in aree e servizi specifici;*
- *condivisione della sostenibilità dei servizi relativamente a criteri/priorità di accesso.*

CAPITOLO I

Le politiche e i processi distrettuali

Le politiche sociali distrettuali sono state pensate secondo quattro macro aree di programmazione/azione: MINORI – DISABILI – DISAGIO ADULTO – ANZIANI.

Ciascun gruppo è stato suddiviso in tre paragrafi, ciascuno riferito ad un contesto considerato prioritario per la pianificazione degli interventi: la *rete dei servizi* presenti nel territorio, la *famiglia*, sia in termini preventivi - con particolare attenzione ai nuclei fragili - sia in termini di promozione; la *comunità*, intesa sia come tutela del singolo e di protezione della collettività, sia nel senso di attivazione di risorse e sviluppo di opportunità.

1. MINORI

I servizi e gli interventi ricompresi nell'area minori si rivolgono prioritariamente alla famiglia, con particolare riguardo ai nuclei fragili e in difficoltà, con l'obiettivo di sostenerla e di prevenire l'esplosione di criticità, fattori di rischio e vere e proprie situazioni pregiudizievoli per il benessere dei minori.

A fronte della crescente complessità delle situazioni in carico e della pluralità di soggetti impegnati, istituzionalmente e non, nella tutela dell'infanzia e nella prevenzione del disagio giovanile, risulta indispensabile integrare e coordinare le esigue risorse disponibili, chiarendo e ridefinendo, laddove necessario, i rispettivi ruoli.

Per promuovere oggi azioni in favore della famiglia, diventa, altresì, importante superare gli schemi tradizionali per sviluppare risposte alternative ai bisogni emergenti, in considerazione del mutato contesto socio-economico di riferimento.

a. la rete dei servizi

SEGRETARIATO SOCIALE

Il Segretariato Sociale, o porta unitaria di accesso sociale è tra le prestazioni ritenute fondamentali per garantire l'accesso alla rete dei servizi sociali e sociosanitari.

Al "segretariato sociale" la *Legge n° 328/2000* riconosce la funzione di servizio essenziale finalizzato a promuovere l'esigibilità dei diritti di cittadinanza sociale, attraverso "informazione e consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e per promuovere iniziative di auto aiuto". Inoltre la *Legge Regionale 3/2008*, prevede che i Comuni, in forma singola o associata, d'intesa con le ASL, anche in collaborazione con gli altri soggetti organizzino una attività di segretariato sociale finalizzata alla presa in carico della persona, con lo scopo di: garantire e facilitare l'unitarietà di accesso alla rete delle unità di

offerta sociali e sociosanitarie; orientare il cittadino all'interno della rete e fornire adeguate informazioni sulle modalità di accesso e sui relativi costi; assicurare competenza nell'ascolto e nella valutazione dei bisogni; segnalare le situazioni complesse ai competenti uffici del Comune e dell'ASL e alle unità di offerta, affinché sia assicurata la presa in carico della persona secondo criteri di integrazione e di continuità assistenziale.

SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE DI BASE

Il Servizio Sociale Professionale di base rappresenta l'interlocutore primario dei cittadini e l'anello di congiunzione per l'accesso alla rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie.

Il servizio è presente in ciascun Comune dell'Ambito, seppur con modalità di gestione diverse.

SERVIZIO TUTELA MINORI

A seguito della cessazione da parte dell'ASL delle funzioni sociali relative alla gestione di minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria, i Comuni del Distretto 11 del Garda (a decorrere dall'anno 2004) hanno delegato l'ente capofila, per la gestione del Servizio Tutela Minori.

Le funzioni operativo-gestionali sono state affidate con delega alla Fondazione Servizi Integrati Gardesani.

Il servizio è gestito mediante un'équipe integrata, composta per la parte sociale da quattro assistenti sociali e da una coordinatrice (afferenti alla Fondazione) e per la funzione psicologica da operatori dell'ASL.

Nei primi mesi dell'anno 2012, a seguito di processi di riorganizzazione dell'ASL, parte delle funzioni psicologiche sono state affidate al consultorio accreditato "Nodi", ossia quelle relative ai minori residenti nei Comuni della Valtenesi, ad eccezione del Comune di San Felice del Benaco che per contiguità è rimasto ancorato al consultorio di Salò.

Tale provvedimento rende più complessa l'operatività delle assistenti sociali, poiché la presa in carico psico-sociale implica la gestione di relazioni con interlocutori appartenenti ad enti diversi.

Pertanto a fronte dell'accrescersi delle situazioni in carico al servizio, nonché dell'articolata modalità organizzativa, è opportuno prevedere momenti di confronto tra i diversi soggetti coinvolti, allo scopo di individuare nuove forme di collaborazione e di gestione del sistema.

tabella 1 – minori in carico al servizio triennio 2009/2011

ANNO	totale	maschi	femmine	% stranieri	di cui nuovi	di cui chiusi
2009	337	163	174	15,13	72	44
2010	387	187	200	15,50	94	113
2011	379	195	184	17,41	104	97

I minori non accompagnati sul totale dei minori in carico al servizio, rappresentano una percentuale inferiore al 1,5%.

tabella 2 – minori in affido triennio 2009/2011

ANNO	totale	famiglia	comunità
2009	58	36	22
2010	69	43	26
2011	45	23	22

I minori stranieri in affido nell'anno 2011 rappresentano una percentuale pari al 26,66%.

Gli obiettivi nel triennio 2012/2014:

- rafforzamento della rete e maggior integrazione con i servizi sociali dei Comuni;
- budgetizzazione dei costi;
- introduzione di nuovi strumenti di verifica e di valutazione.

INCONTRI PROTETTI

L'intervento degli *incontri protetti*, attivo da oltre un triennio quale supporto al servizio Tutela Minori, rappresenta uno strumento volto a favorire la cogenitorialità, a tutela di un armonioso sviluppo dei bambini e degli adolescenti. Particolarmente critica risulta la carenza di spazi dedicati per lo svolgimento del servizio, si ritiene pertanto prioritaria l'individuazione di uno o più luoghi da destinare all'uso di "spazio neutro. Nel corso dell'anno 2011 sono stati attivati interventi protetti in favore di 21 minori, per un totale di 1.715 ore, con un incremento del 6% sull'anno precedente.

AREA MATERNO INFANTILE ASL BRESCIA - DGD N. 6 DI SALÒ

Nel territorio sono presenti n. 3 consultori familiari, di cui n. 2 pubblici gestiti dall'ASL (sedi di Salò e Desenzano d/Garda) e n. 1 privato accreditato. Quest'ultimo, gestito da un soggetto del terzo settore (Cooperativa Area), è stato attivato nel corso dell'anno 2010 con sede presso il Comune di Manerba d/Garda.

tabella 3 – utenza consultori territoriali biennio 2009/2011

CONSULTORI FAMILIARI	2009		2010	
	utenza	% stranieri	utenza	% stranieri
Consutorio familiare - Salò	1.267	16%	1.163	19,50%
Consutorio familiare – Desenzano d/G	1.210		1.382	

SERVIZI DIURNI

SERVIZI PRIMA INFANZIA

La mappatura dei servizi rivolti alla prima infanzia evidenzia la presenza di sole 5 realtà pubbliche gestite direttamente dagli enti locali (con una capacità ricettiva complessiva di 191 posti), a fronte di molteplici realtà gestite prevalentemente da privati (n. 28), che nel complesso dispongono di 506 posti.

L'insieme dei servizi risulta ben distribuito sul territorio distrettuale e in grado di rispondere al fabbisogno in modo soddisfacente.

Il **PIANO TRIENNALE NIDI 2010-2012 (DGR 11152 del 3 febbraio 2010)** ha quale obiettivo primario la riduzione del fabbisogno di posti, mediante l'incremento dell'offerta pubblica di servizi per la prima infanzia, da realizzarsi attraverso l'acquisto di posti dal sistema privato. Tale misura ha rappresentato un'opportunità per il territorio, sia in termini di scelta per le famiglie interessate al servizio, sia per incrementare l'offerta pubblica ed evadere eventuali liste d'attesa.

Nella prima annualità (2010/2011) i Comuni di Salò, Manerba d/G e Moniga d/G hanno stipulato apposita convenzione con due nidi privati per l'acquisto di 19 posti, di cui 14 occupati, raggiungendo un abbattimento del 50% sulla retta di frequenza full time. Il secondo anno educativo (2011/2012), al fine di valorizzare la rete territoriale dei servizi rivolti alla prima infanzia, nonché di facilitare l'occupazione dei posti convenzionati è stata conferita la titolarità per l'acquisto all'Ambito distrettuale, il quale ha provveduto all'acquisto di 102 posti da undici enti privati accreditati, ottenendo per le famiglie una riduzione del 40% sulla retta di frequenza full time.

n.	tipologia	denominazione	comune	ente gestore	posti autorizzati
1	MICRONIDO	IL GIARDINO DELL'INFANZIA	BEDIZZOLE	SOGGETTO PROFIT	10
2	MICRONIDO	MICRO NIDO COCCINELLA	LONATO D/G	COOPERATIVA SOCIALE	10
3	MICRONIDO	LA PRIMULA	SALO'	ASSOCIAZIONE	10
4	MICRONIDO	ASILO NIDO BENAMATI BIANCHI	TOSCOLANO MADERNO	ASSOCIAZIONE	10
5	MICRONIDO	L'OFFICINA DELLE CICOGNE	PUEGNAGO D/G	ASSOCIAZIONE	9
6	NIDO	FONDAZIONE SCUOLA DELL'INFANZIA "M. BIOLCHI"	POZZOLENGO	FONDAZIONE	24
7	NIDO	ASILO NIDO M. SCHIANNINI ANGELA VOLPI	BEDIZZOLE	ASSOCIAZIONE	40
8	NIDO	ASILO NIDO FONDAZIONE FRANCESCO CONTER	CALVAGESE DELLA RIVIERA	FONDAZIONE	24
9	NIDO	ASILO NIDO POLLICINO	DESENZANO D/G	ENTE LOCALE	60
10	NIDO	ASILO NIDO IL CUCCIOLO	DESENZANO D/G	ENTE LOCALE	50
11	NIDO	ASILO NIDO BABY WORLD	DESENZANO D/G	SOGGETTO PROFIT	24

12	NIDO	ASILO NIDO INFANTILE GARDONE RIVIERA	GARDONE RIVIERA	ASSOCIAZIONE	24
13	NIDO	ASILO NIDO LA CHIOCCIA	LIMONE S/G	ENTE LOCALE	16
14	NIDO	ASILO NIDO L'ISOLA FELICE	LONATO D/G	SOGGETTO PROFIT	15
15	NIDO	NIDO PAOLA DI ROSA	LONATO D/G	ENTE RELIGIOSO	30
16	NIDO	ASILO NIDO IL PICCOLO PRINCIPE	MANERBA D/G	ENTE LOCALE	29
17	NIDO	ASILO NIDO L'AQUILONE	PUEGNAGO D/G	SOGGETTO PROFIT	19
18	NIDO	ASILO NIDO "KIDDIE KOLLEGE"	MONIGA D/G	SOGGETTO PROFIT	40
19	NIDO	ASILO NIDO "GIRASOLE" ZINELLI PERDONI	PADENGHE D/G	ASSOCIAZIONE	20
20	NIDO	ASILO NIDO COCCINELLA FONDAZIONE MAFFIZZOLI	POLPENAZZE D/G	FONDAZIONE	16
21	NIDO	ASILO NIDO COMUNALE	SALO'	ENTE LOCALE	36
22	NIDO	ASILO NIDO L'ALVEARE	SALO'	SOGGETTO PROFIT	14
23	NIDO	IL CANTASTORIE	SALO'	SOGGETTO PROFIT	36
24	NIDO	ASILO NIDO GULLIVER	SAN FELICE DEL BENACO	COOPERATIVA SOCIALE	20
25	NIDO	ASILO NIDO SAN SALVATORE	SIRMIONE	ASSOCIAZIONE	14
26	NIDO	ASILO NIDO SCUOLA PER L'INFANZIA S. ORSOLA	SIRMIONE	ASSOCIAZIONE	40
27	NIDO	ASILO NIDO DI GAINO	TOSCOLANO MADERNO	COOPERATIVA SOCIALE	14
28	NIDO - AZIENDALE	ASILO NIDO SAN GIOVANNI	DESENZANO D/G	COOPERATIVA SOCIALE	18
29	NIDO FAMIGLIA	7 NANI 1	DESENZANO D/G	ASSOCIAZIONE	5
30	NIDO FAMIGLIA	7 NANI 2	DESENZANO D/G	ASSOCIAZIONE	5
31	NIDO FAMIGLIA	7 NANI 3	DESENZANO D/G	ASSOCIAZIONE	5
32	NIDO FAMIGLIA	IL PARCO DEI CUCCIOLI	DESENZANO D/G	ASSOCIAZIONE	5
33	NIDO FAMIGLIA	NIDO FAMIGLIA "IL NIDO"	LONATO D/G	ASSOCIAZIONE	5
					697

SERVIZI RESIDENZIALI

Le Comunità educative accolgono minori nell'ambito di progetti formulati dal Servizio Sociale, per lo più in esecuzione di provvedimenti dell'autorità giudiziaria. Nel territorio dell'Ambito sono due le realtà attive: la Comunità Famiglia "Rama Dan" di Desenzano d/G, che accoglie prioritariamente maschi adolescenti e le Comunità educative gestite dalla Croce Rossa Italiana, ubicate in Salò, esclusivamente femminili. Alcuni alloggi per l'autonomia gestiti a Salò dalla Croce Rossa Italiana costituiscono un'importante risorsa per progetti di emancipazioni rivolti a giovani adulti, tra cui madri con bambino.

COMUNITÀ FAMIGLIA

n.	denominazione	ente gestore	sede	capacità ricettiva
1	A.S.D.S. RAMA DAN	ASSOCIAZIONE FAMIGLIE	Desenzano d/G	4
				4

COMUNITÀ EDUCATIVE PER MINORI

n°	denominazione	ente gestore	sede struttura	capacità ricettiva
1	IL BUCANEVE	CROCE ROSSA ITALIANA Comitato Provinciale di Brescia	Salò	9
2	FIOR DI LOTO*	CROCE ROSSA ITALIANA Comitato Provinciale di Brescia	Salò	7
3	LA PALMA	CROCE ROSSA ITALIANA Comitato Provinciale di Brescia	Salò	9
4	LA GINESTRA	CROCE ROSSA ITALIANA Comitato Provinciale di Brescia	Salò	9
				34

*anche C.P.I.

ALLOGGI PER L'AUTONOMIA

n°	denominazione	ente gestore	sede struttura	capacità ricettiva
1	LA GENZIANELLA 1*	CROCE ROSSA ITALIANA Comitato Provinciale di Brescia	Salò	3 posti (5 se destinato a mamma- bambino)
2	LA GENZIANELLA 2	CROCE ROSSA ITALIANA Comitato Provinciale di Brescia	Salò	5
3	LA GENZIANELLA 3	CROCE ROSSA ITALIANA Comitato Provinciale di Brescia	Salò	5
				13/15

*Pronto intervento mamma-bambino

SERVIZI EDUCATIVI

CENTRO DI AGGREGAZIONE GIOVANILE (CAG)

n°	denominazione	ente gestore	sede struttura	capacità ricettiva
1	CAG DON MILANI	COMUNE	Desenzano d/Garda (loc. Rivoltella)	90
2	CAG DI DESENZANO	COMUNE	Desenzano d/Garda	90
3	CAG TOSCOLANO MADERNO	COMUNE	Toscolano Maderno	70
				250

Oltre ai Centri di Aggregazione Giovanile accreditati, il territorio è ricco di opportunità aggregative rivolte ai minori per il periodo scolastico. Si tratta di forme non codificate come CAG, ma ad essi assimilabili per le finalità educativo - socializzanti e/o di supporto all'attività scolastica, utili anche per l'integrazione e la socializzazione di minori immigrati. Tali forme di servizi sono presenti nella prevalenza dei Comuni del territorio, con modalità di funzionamento diverse e attività differenziate in base alla fascia d'età cui si rivolgono e agli obiettivi specifici perseguiti.

CENTRO RICREATIVO DIURNO (CRD)

Numerosi e frequentati, i Centri Ricreativi Diurni territoriali si occupano dell'animazione dei ragazzi nel periodo estivo, con attività ludico-ricreative tra cui laboratori teatrali, uscite in piscina, escursioni sul territorio. Nella maggioranza dei casi sono attivi per l'intera giornata e comprendono servizio mensa, trasporto e ingressi in piscina.

n.	denominazione	ente gestore	sede	capacità ricettiva
1	CRD (Insieme)	COMUNE	Bedizzole	20
2	CRD (giorni felici)	COMUNE	Bedizzole	100
3	GRESt (battibaleno)	PARROCCHIA S.STEFANO P.M.	Bedizzole	99
4	CRD	SCUOLA DELL'INFANZIA A.VOLPI	Bedizzole	100
5	CRD	COMUNE	Limone s/G	50
6	CRD	COMUNE	Gardone Riviera	70
7	CRD	COMUNE	Lonato d/G	80
8	CRD	COMUNE	Lonato d/G (loc. Centenaro)	60
9	CRD	COMUNE	Desenzano d/G	100
10	CRD	COMUNE	Desenzano d/G	80
11	CRD	PARROCCHIA SAN LORENZO- Carzago d/R	Calvagese d/R	100
12	CRED (in d'e)	PARROCCHIA S.MARIA ANNUNZIATA	Salò	200
13	CRD	COMUNE	Salò	100
14	BaBy GRESt	FOND.NE PER INFANZIA CONTER	Calvagese d/R	50
15	CRED	FONDAZIONE ASILO INFANTILE "Don Angelo Merici"	Manerba d/G	60
16	CRD (battibaleno)	ORATORIO MANO NEL VERDE	Manerba d/G	100
17	CRD (Play Sport)	COMUNE	Padenghe d/G	100
18	CRD "il giardino del bruco pittore"	PROGETTO GENITORI GARGNANO	Gargnano	27
19	GRESt ("battibaleno")	PARROCCHIA (SAN MARTINO) SAN PIER D'AGRINO	Gargnano	70
20	CRED	COMUNE	Sirmione	70
21	CRED	COMUNE	Toscolano Maderno	65
22	CRD	COMUNE	Puegnago d/G	50
23	CRED	COMUNE	San Felice d/B	100
24	CRD	COMUNE	San Felice d/B	30
25	BABY CRED (Babylandia)	COMUNE	Soiano del Lago	30
26	CRD	CIRCOLO NOI PADENGHE	Padenghe d/G	100
				2.011

SERVIZI DOMICILIARI

SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE MINORI (ADM)

Il servizio è attivabile in tutti i Comuni dell'ambito distrettuale.

L'accreditamento degli Enti interessati a prestare il servizio nei Comuni del territorio è demandato all'ente operativo - gestionale Fondazione Servizi Integrati Gardesani.

tabella 4 - consuntivo Comuni ex circ. 4 triennio 2009/2011

anno	numero minori	spesa di gestione
2008	51	183.538,38
2009	77	217.842,07
2010	82	258.975,29

SERVIZI SCOLASTICI FORMATIVI E INFORMATIVI

ISTITUZIONI SCOLASTICHE

	tipologia	numero totale	numero statali	numero paritarie
1	scuole infanzia	43	15	28
2	scuole primarie	29	25	4
3	secondarie di I	18	15	3
4	secondarie di II	9	7	2

CENTRI FORMATIVI

	DENOMINAZIONE	sede
1	Centro di Formazione Provinciale "Giuseppe Zanardelli"	Desenzano d/Garda (loc. Rivoltella)
2	Consorzio Garda Formazione	Toscolano Maderno

CENTRI PER L'IMPIEGO

	DENOMINAZIONE	sede
1	Centro per l'Impiego di Desenzano del Garda	Desenzano d/G (loc. Rivoltella)
2	Centro per l'Impiego di Salò	Salò

RETE INFORMAGIOVANI

La Rete Informagiovani territoriale si compone di cinque punti (presenza almeno settimanale di un operatore con formazione specifica) e due spazi (presenza di un espositore dedicato con materiale informativo), la maggior parte degli aderisce alla Rete Informagiovani Bresciana e al Centro territoriale del Garda, avente sede in Desenzano del Garda.

La Fondazione Servizi Integrati Gardesani sta promuovendo, mediante il supporto della Provincia, un progetto volto al miglioramento della rete informativa dei servizi rivolti ai giovani e agli adulti.

	Comuni	Servizi
1	BEDIZZOLE	Spazio
2	DESENZANO D/GARDA	CENTRO
3	LONATO D/GARDA	PUNTO
4	PADENGHE D/GARDA	PUNTO
5	SALO'	PUNTO
6	SAN FELICE D/BENACO	PUNTO
7	SIRMIONE	PUNTO
8	TOSCOLANO MADERNO	Spazio

b. i minori e la famiglia (prevenzione e sostegno)

La famiglia, come già detto, è al centro delle politiche territoriali rivolte ai minori nelle diverse fasi della loro crescita. Particolare attenzione viene posta ai nuclei familiari più fragili, alle situazioni di disagio, socio-economico, ai genitori in difficoltà.

Ciascun Comune garantisce il sostegno alla famiglia mediante il proprio Servizio Sociale Professionale; i servizi educativi diurni e domiciliari; la consulenza psico-pedagogica nell'ambito di appositi spazi dedicati ai genitori presso le Scuole o il Servizio Sociale comunale (Sportello genitori); il servizio di mediazione familiare gestito in forma associata. Nelle situazioni più complesse collabora con l'équipe del Consultorio familiare, con la Scuola, con l'Oratorio o il Centro di ascolto Parrocchiale e con ogni altro soggetto coinvolto nella rete di aiuto, effettuando una presa in carico il più possibile attenta alle diverse risorse presenti sul territorio, cercando di coordinarle in un intervento integrato.

La crescente disgregazione dei nuclei familiari induce a riflettere sulla possibilità di trovare soluzioni che aiutino non solo a mediare conflitti, ma anche ad individuare risposte alternative, mediante la sperimentazione di servizi "diversi" che possano supportare la famiglia:

- spazi dedicati in cui favorire l'incontro fra le famiglie e per le famiglie, anche in presenza di esperti che sostengano la funzione genitoriale con informazione, orientamento, consulenza specifica;
- consolidamento del servizio territoriale per l'affido familiare e regolamentazione di misure territorialmente uniformi per il sostegno economico alle famiglie affidatarie;
- promozione di una rete di famiglie di appoggio per sperimentazione dell'affido lieve;
- possibilità di affidi diurni e/o temporanei per sostenere genitori in difficoltà;
- spazi neutri per incontri protetti;
- servizi aggregativi/ricreativi diurni per minori; soluzioni diurne e residenziali per adolescenti.

FONDO SOLIDARIETÀ DONNE VITTIME DI VIOLENZA

Considerato il documento “Accoglienza Ospedaliera di donne vittime di violenza” del 2008 e la conseguente sottoscrizione del Protocollo “Donne vittime di violenza” tra ASL e Ambito distrettuale nell’anno 2011, che definisce l’impegno delle parti (Comuni/Ambito e ASL) relativamente alla presa in carico di donne vittime di violenza, per le quali il Pronto Soccorso preveda il ricorso a Centri di Pronto Intervento con relativi oneri a carico dei Comuni, l’Ambito 11 ha ritenuto opportuno provvedere alla costituzione di un Fondo di solidarietà dedicato. Il fondo prevede la copertura degli oneri relativi ai primi 5 giorni di permanenza in struttura della donna e degli eventuali minori che l’accompagnino.

Inoltre è stato istituito un fondo sovra distrettuale (legge 40/98) per intervenire nelle situazioni inerenti le donne maltrattate straniere non residenti, che prevede la copertura degli oneri relativi all’inserimento per i primi 5 giorni presso strutture protette di pronto intervento.

Si evidenzia che nell’anno 2011 il Pronto Soccorso di Desenzano del Garda ha ricevuto 37 segnalazioni di donne residenti nell’ambito, 20 delle quali sono state prese in carico.

1. FINALITÀ OBIETTIVI SPECIFICI	<i>Sostegno alla famiglia e supporto alla genitorialità, con particolare riguardo alle situazioni di fragilità e disagio</i>
AZIONI	<i>1. individuazione di soluzioni articolate che possano sostenere efficacemente le famiglie in difficoltà e supportarle nell’esercizio della funzione genitoriale, mediante collaborazione tra servizi pubblici, istituzioni, privato sociale; 2. ridefinizione del ruolo dei Servizi coinvolti, con particolare attenzione al Servizio sociale comunale e ai Consulenti familiari; 3. rinegoziazione dei rapporti con i professionisti operanti nel territorio e con i soggetti del terzo settore allo scopo di avviare processi di co-progettazione e compartecipazione alle azioni;</i>
TITOLARITA’ INTERVENTO	<i>Ambito distrettuale Comuni</i>
RISORSE IMPIEGATE	<i>Fondo Nazionale Politiche Sociali (finanziamento ex Leggi di settore), compartecipazione Comuni, Servizio sociale professionale Comuni, professionisti accreditati (compartecipazione in co-progettazione); Cooperative (progetti ex leggi di settore) fondi della Scuola (coinvolgimento insegnanti) fondi ASL (partecipazione del personale)</i>
SOGGETTI COINVOLTI	<i>Ufficio di Piano Scuole Professionisti accreditati Cooperative (gestiscono progetti ex leggi di settore) ASL - équipe educazione alla salute,</i>

	<i>Consultori familiari (ASL e privati accreditati)</i>
TEMPI	<i>Entro il primo biennio di validità del Piano</i>
INDICATORI DI ATTIVITA'	<i>Costituzione gruppo di lavoro che coinvolga i Comuni, i professionisti accreditati, le Cooperative (progetti ex leggi di settore), le Scuole, l'équipe di educazione alla salute e i Consultori familiari.</i>
INDICATORI DI RISULTATO	<i>Definizione di linee guida operative e di strumenti per il sostegno alla famiglia e il supporto alla genitorialità</i>

2. FINALITÀ OBIETTIVI SPECIFICI	<i>Riconoscimento e consolidamento del Servizio AFFIDO</i>
AZIONI	<ol style="list-style-type: none"> <i>1. Consolidamento del servizio distrettuale riconosciuto istituzionalmente sul territorio come risorsa diretta alle famiglie affidatarie e come risorsa indiretta ai Servizi Sociali professionali e al Servizio Tutela Minori, allo scopo di qualificare e valorizzare l'istituto dell'affido familiare;</i> <i>2. Regolamentazione di misure territorialmente omogenee per il sostegno economico alle famiglie affidatarie</i>
TITOLARITA' INTERVENTO	<i>Ambito distrettuale Comuni</i>
RISORSE IMPIEGATE	<i>Fondo Nazionale Politiche Sociali Fondo Progetto provinciale Fondazione Cariplo</i>
SOGGETTI COINVOLTI	<i>Ufficio di Piano Servizio Sociale professionale Servizio Tutela Minori</i>
TEMPI	<i>Entro il primo biennio di validità del Piano</i>
INDICATORI DI ATTIVITA'	<i>Costituzione Gruppo di Lavoro</i>
INDICATORI DI RISULTATO	<ol style="list-style-type: none"> <i>1. incremento del numero di affidi rispetto al collocamento in comunità</i> <i>2. uniformità territoriale nel sostegno economico alla famiglia affidataria</i>

c. i minori nella comunità (promozione)

Nell'ambito della promozione delle politiche giovanili, va evidenziato l'imperativo categorico imposto dalla Regione circa il coordinamento e l'integrazione delle politiche pubbliche. Svariate sono le iniziative sociali, culturali, educative che si rivolgono ai giovani, organizzate da enti pubblici, scuole, oratori, privato sociale. La capacità dei diversi livelli pubblici/privati di coordinarsi, attivando sinergie e collaborazioni, diventa fondamentale per non disperdere le risorse e per promuovere un sistema aperto, in cui i giovani possano trovare un proprio ruolo, anche mediante forme di partecipazione e di cittadinanza attiva.

Le associazioni di volontariato, i gruppi/associazioni di genitori, le realtà associative in campo culturale, sportivo ed ambientale rappresentano una grande ricchezza territoriale, e possono interagire e fare sistema nella promozione del benessere della comunità ed in particolare sviluppare azioni in favore della salute di bambini, adolescenti e giovani.

L'ASL di Brescia predispone annualmente un documento programmatico per le azioni di promozione della salute, i cui interventi sono resi possibili grazie alla collaborazione con i diversi soggetti del territorio. I dati scientifici mostrano, infatti come i cambiamenti del comportamento più duraturi sono frutto di azioni di rete e di interventi effettuati a più livelli.

Gli obiettivi prioritari del piano sono: accrescere il benessere nella sua accezione più ampia, promuovere stili di vita sani in tutte le fasce d'età, contrastare l'abuso di sostanze nell'adolescenza e nei giovani, con particolare attenzione a ciascun contesto di vita quotidiana, dalla scuola al luogo di lavoro al tempo libero.

In alcune scuole del territorio viene proposto da alcuni anni un programma socio-sanitario integrato inerente affettività e sessualità rivolto ai ragazzi della scuola secondaria di primo grado. Operatori sanitari dell'ASL e psicopedagogisti incaricati dall'Ambito e dai Comuni (progetti 285/97) hanno strutturato e sperimentato un modello di intervento che integra aspetti sanitari e sociali, con incontri talvolta gestiti singolarmente e altri in compresenza.

Allo scopo di dare maggiore evidenza ed efficacia alle azioni territoriali, è importante coordinare la programmazione prevista dal Piano di Promozione Salute con le azioni del Piano di Zona.

1. FINALITÀ OBIETTIVI SPECIFICI	<i>Integrazione territoriale dei servizi scolastici e formativi con le aziende, i centri per l'impiego e la rete informagiovani</i>
AZIONI	<ol style="list-style-type: none"><i>1. raccordare la rete dei servizi scolastici e formativi con le aziende, i centri per l'impiego e il servizio informagiovani (aggiornamento, consulenza, elaborazione e trasferimento dati di rilevanza territoriale)</i><i>2. definire, attraverso idoneo strumento, un'intesa che consenta di programmare e coordinare le politiche attive del lavoro mediante: interventi per casi di crisi occupazionale percorsi di qualificazione e riqualificazione dei lavoratori esclusi dal</i>

	<i>ciruito del lavoro confronto con agenzie del lavoro e centri per l'impiego provinciale per rilevare le esigenze delle aziende locali ed indirizzare risorse sulla formazione specifica</i>
TITOLARITA' INTERVENTO	<i>Ambito distrettuale Comuni</i>
RISORSE IMPIEGATE	<i>Ufficio di Piano Fondi Provincia Fondi Scuole Quote compartecipazione Comuni</i>
SOGGETTI COINVOLTI	<i>Comuni Provincia Scuole Centri formativi Centri impiego Informagiovani</i>
TEMPI	<i>Entro il primo biennio di validità del Piano</i>
INDICATORI DI ATTIVITA' E DI RISULTATO	<i>Accordo di intesa territoriale tra soggetti coinvolti n. di azioni integrate attivate</i>

2. FINALITÀ OBIETTIVI SPECIFICI	<i>Coordinamento e integrazione delle politiche giovanili e degli interventi e servizi rivolti ai giovani per attivazione di sinergie e nuove collaborazioni</i>
AZIONI	<i>1. rilevazione degli interventi relativi alle politiche giovanili promossi e in atto nel territorio; 2. coordinamento territoriali in ottemperanza alle linee di indirizzo regionali per le politiche giovanili ; 3. mappatura dei servizi e degli interventi rivolti ai giovani organizzati da enti pubblici, Scuole, enti formativi, privato sociale, associazioni, ecc.; 4. attivazione di nuove sinergie e collaborazioni.</i>
TITOLARITA' INTERVENTO	<i>Ambito distrettuale Comuni</i>
RISORSE IMPIEGATE	<i>Ufficio di Piano Servizio Sociale professionale</i>
SOGGETTI COINVOLTI	<i>Comuni Scuole</i>

	<i>Cooperative sociali Associazioni di volontariato, di genitori, culturali, sportive, ambientali, ecc.</i>
TEMPI	<i>Triennio di validità del piano</i>
INDICATORI DI ATTIVITA'	<i>Costituzione gruppo di lavoro Coordinamento di risorse, tempi e azioni/eventi/ iniziative a livello locale Attivazione sinergie e collaborazioni</i>
INDICATORI DI RISULTATO	<i>Maggiore fruibilità per i giovani del territorio di fruire alle iniziative/attività indette a livello locale</i>

2. DISABILI

L'area della disabilità, nell'ambito della programmazione dei servizi territoriali, ha sempre occupato un ampio spazio, segnale di un particolare interesse e di una precisa sensibilità in questo settore.

In questo triennio, si intende tuttavia abbandonare l'idea del *puro assistenzialismo*, per dare spazio alla diffusione e promozione di una reale integrazione delle persone disabili nella nostra società, nella consapevolezza che solo in questo modo sarà possibile una maggiore crescita per i singoli e per tutta la comunità.

Obiettivo prioritario e trasversale ad ogni singolo intervento è il superamento della cultura dell'handicap e della discriminazione in nome della cultura della normalità, secondo la quale la diversità di ogni essere umano rappresenta una condizione naturale, quindi risorsa positiva, patrimonio di cultura, capacità, attitudine da valorizzare.

L'analisi delle caratteristiche della popolazione, che chiede di accedere ai servizi o che è già in carico agli stessi, consente di effettuare stime sufficientemente significative ai fini della programmazione strategica della rete dei servizi. In particolare nell'ASL di Brescia è attivo un sistema informativo dedicato in cui vengono registrate tutte le informazioni relative alle persone che accedono ai servizi della rete per la non autosufficienza. Contestualmente sono state attivate équipe multidisciplinari (EOH) attraverso le quali viene effettuata una valutazione multidimensionale individualizzata per ogni intervento.

Dai dati forniti dall'ASL di Brescia, si osserva un incremento di fragilità riferite all'area della disabilità. Delle persone in carico alle EOH, con età superiore ai 18 anni, il 54% presenta patologie plurime con conseguente necessità di interventi multipli e livelli di assistenza importanti, mentre il 46% presenta una sola patologia, di cui il ¾ con disabilità intellettiva/psichica. Ne consegue una forte pressione della domanda rispetto all'offerta di servizi esistenti, in particolare residenziali.

Nel territorio dell'ASL di Brescia è presente una ricca rete di unità d'offerta residenziali, 6 RSD (382 posti accreditati) 20 CSS (200 posti accreditati), tuttavia le strutture sono sature.

Nell'area disabilità si evidenzia pertanto un bisogno impellente di sperimentare nuove forme di residenzialità con livelli di protezione diversificati.

a. la rete dei servizi

SEGRETARIATO SOCIALE

(si rinvia alla pag. 14)

SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE DI BASE

(si rinvia alla pag. 15)

NUCLEO INTEGRAZIONE LAVORATIVA (NIL)

Il servizio NIL (delegato dai Comuni all'ASL fino al 31/12/2009) a decorrere dall'anno 2010 è gestito in forma associata a livello distrettuale dai Comuni dell'Ambito, che hanno delegato la Fondazione Servizi Integrati Gardesani per la gestione operativa del servizio, in associazione di scopo con il Consorzio Garda Formazione.

Il NIL si occupa di progetti di inserimento e dell'integrazione lavorativa su segnalazione dei servizi comunali o specialistici, laddove vi sia uno svantaggio certificato. Il servizio rappresenta uno strumento importante per il raggiungimento dell'autonomia di persone fragili e per la realizzazione di percorsi di inclusione sociale.

tabella 1 – persone in carico al servizio biennio 2010/2011

ANNO	totale	n. segnalazioni	n. tirocini	n. collocate	n. monitoraggi	n. dimesse
2010	224	59	42	36	55	48
2011	242	101	44	31	57	59

Gli obiettivi nel triennio 2012/2014:

- rafforzamento della rete e maggior integrazione con i servizi sociali dei Comuni;
- budgetizzazione dei costi;
- introduzione di nuovi strumenti di verifica e di valutazione;
- ampliamento del servizio a persone prive di certificazione, non rientranti in situazioni di svantaggio previste dalla legge, ma che evidenziano particolari fragilità.

AREA DISABILITÀ ASL BRESCIA - DGD N. 6 DI SALÒ

tabella 2 – utenza in carico al servizio E.O.H. distinta per Comune di residenza e fascia d'età consuntivo 2011

AMBITO 11 GARDA		Distribuzione per fasce di età								
COMUNI	Totale	0-3	3-6	6-11	11-14	14-16	16-18	18-35	36-65	Oltre 65
BEDIZZOLE	32	0	0	3	2	0	2	16	9	0
CALVAGESE DELLA RIVIERA	15	0	0	2	1	2	0	3	5	2
DESENZANO DEL GARDA	101	0	4	18	12	4	13	21	27	2
GARDONE RIVIERA	10	0	1	1	1	1	0	3	3	0
GARGNANO	10	0	0	0	1	0	0	3	6	0
LONATO	41	0	1	4	5	4	2	13	12	0
MANERBA DEL GARDA	9	0	0	0	3	1	3	1	1	0
MONIGA DEL GARDA	4	0	0	1	1	0	0	2	0	0
PADENGHE SUL GARDA	14	0	0	4	2	1	0	1	5	1
POLPENAZZE DEL GARDA	7	0	0	1	1	1	0	2	2	0
POZZOLENGO	10	0	0	1	1	0	0	4	4	0
PUEGNAGO DEL GARDA	9	0	0	1	1	2	0	2	3	0
SALO'	40	0	0	5	9	2	1	9	13	1
SAN FELICE DEL BENACO	15	0	0	0	3	1	0	8	2	1
SIRMIONE	21	0	0	3	2	2	4	4	5	1
SOIANO DEL LAGO	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
TIGNALE	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1
TOSCOLANO-MADERNO	42	1	0	11	7	3	1	9	9	1
TREMOSINE	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0
VALVESTINO	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0

		Distribuzione per fasce di età								
COMUNI	Totale	0-3	3-6	6-11	11-14	14-16	16-18	18-35	36-65	Oltre i 65
Totali	388	1	6	55	52	25	26	103	110	10

CSH/NSH – COORDINAMENTO E NUCLEO SERVIZI HANDICAP

Nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria, è stato attivato a livello territoriale un servizio integrato di valutazione e orientamento dell'utenza per l'accesso ai servizi dell'area disabilità e la programmazione della rete dei servizi. Tale servizio, costituito dall'operatore del servizio disabilità dell'ASL (Nucleo Servizi Handicap - ASL di Brescia – DGD n. 6) per la competenza relativa alle valutazioni ed agli inserimenti in

servizi socio-sanitari e dall'assistente sociale, incaricata da parte della Fondazione Servizi Integrati Gardesani, (Centro Servizi Handicap AMBITO 11 del Garda) per quanto concerne gli inserimenti in servizi socio-assistenziali, è regolato da un protocollo operativo sottoscritto nel 2010 dall'ASL ed approvato dai Comuni dell'Ambito. Nel protocollo sono precisate le competenze di ciascun Ente e le modalità di collaborazione ed integrazione operativa tra i Comuni o l'Ambito distrettuale e l'ASL per la valutazione e l'orientamento delle richieste di inserimento nella rete dei servizi disabilità, nonché per l'analisi congiunta del bisogno e per la programmazione integrata della rete dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali.

tabella 3 – inserimenti nelle unità di offerta sociale triennio 2009/2011

DSS 11	2009	2010	2011
CSS	0	2	1
RSD	2	1	2
CDD	4	6	6
SFA	1	2	0
CSE	5	3	0
TOTALI	12	14	9

SPORTELLO PER LA PROTEZIONE GIURIDICA

La Regione Lombardia, nella Legge Quadro nel campo dell'assistenza sociale e sociosanitaria (L. R. n. 3/2008), ha demandato alle ASL compiti specifici nell'ambito della protezione giuridica.

L'ASL di Brescia, in accordo con i Comuni e gli Ambiti territoriali, ha attivato un Ufficio di coordinamento, consulenza e promozione per favorire l'adozione di modalità condivise e appropriate relative all'attività di protezione giuridica.

Inoltre l'ASL di Brescia ha richiesto ad ogni territorio di provvedere alla costituzione di un Ufficio di Protezione giuridica di Ambito, quale spazio dedicato per la promozione della cultura per la protezione giuridica delle persone fragili.

L'Ambito distrettuale 11 ha ritenuto opportuno di affidare il ruolo, per la sensibilizzazione ed il coordinamento delle attività locali, all'assistente sociale referente del Centro Servizi Handicap, che già opera in sinergia con il servizio Nucleo Servizi Handicap dell'ASL – DGD n. 6 SALO'.

Obiettivi dell'Ufficio di protezione giuridica di Ambito:

- sviluppare riflessioni sui problemi specifici e sulla loro risoluzione,
- attivare processi di condivisione e sinergie a livello territoriale,
- sviluppare responsabilità civile e relazioni di aiuto reciproco,

- coordinare e promuovere le attività svolte localmente, oltre alla raccolta dei dati, alla produzione di materiale informativo, alla diffusione di informazioni, in raccordo con l'Ufficio Protezione Giuridica dell'ASL di Brescia.

Dai dati relativi al consuntivo 2010 presentati dall'Ufficio di Protezione Giuridica (UPG) dell'ASL di Brescia si rileva che attraverso i Servizi Sociali dei Comuni dell'Ambito sono stati avviati n. 50 procedimenti e nominati n. 28 Amministratori di Sostegno.

SERVIZIO DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE E DELL'ADOLESCENZA (NPIA)

Il servizio di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza, in capo all'Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda, è un servizio interdistrettuale con due sedi sul territorio del Distretto 11 (Lonato del Garda e Salò – cui afferiscono anche utenti del Distretto 12). Il servizio NPIA si occupa di **psicopatologia dello sviluppo**, mediante attività di tipo diagnostico sullo sviluppo neuropsichico in età evolutiva (0-18 anni), sui disturbi dell'apprendimento, del comportamento o di tipo "misto" (più disturbi associati). Il servizio svolge inoltre attività di tipo riabilitativo.

In relazione all'incremento costante delle situazioni in carico al servizio diventa di particolare urgenza, un ripensamento territoriale congiunto, che preveda il coinvolgimento dei servizi e dei soggetti a vario titolo coinvolti, al fine di promuovere interventi adeguati e sostenibili in ambito scolastico e sociale.

SERVIZI DOMICILIARI E TERRITORIALI

SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE DISABILI (SADH)

Il servizio è presente ovvero attivabile in tutti i Comuni dell'ambito distrettuale.

tabella 4 - consuntivo Comuni ex circ. 4 triennio 2009/2011

anno	numero disabili	spesa di gestione
2008	63	168.703,99
2009	73	156.938,20
2010	85	143.225,21

INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE CON HANDICAP DI PARTICOLARE GRAVITÀ AI SENSI DELLA LEGGE N. 162/98

I progetti di sostegno a disabili gravi per la realizzazione di percorsi di vita indipendente e per supportare la permanenza presso il domicilio sono considerati prioritari nella programmazione territoriale. Il contributo economico per la realizzazione dell'intervento individualizzato, erogato nella misura massima del 70%, prevede sempre la compartecipazione del 30% da parte del Comune/beneficiario.

SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE DISABILI (SEDH)

L'intervento, che si intende garantire per l'anno 2012, viene realizzato mediante l'erogazione di voucher, quale sostegno di tipo educativo rivolto a persone disabili (con età inferiore ai 45 anni di età) e alle loro famiglie. I progetti individualizzati e/o di gruppo hanno lo scopo di sostenere la persona nello svolgimento delle proprie attività quotidiane, garantire l'apporto necessario al soddisfacimento dei bisogni materiali (autonomia personale, spostamenti, attivazione di funzioni prassiche, comunicazione,...), nonché di stimolare il raggiungimento di autonomie personali e sociali e/o il mantenimento delle abilità residue, attraverso l'individuazione del contesto educativo/aggregativo confacente all'inserimento sociale.

SERVIZIO AD PERSONAM

Il Servizio di Assistenza alla Persona è finalizzato a favorire l'integrazione scolastica di persone con disabilità, inserite in ogni scuola di ordine e grado (scuole dell'infanzia, scuole primarie e secondarie), attraverso la programmazione coordinata con i servizi scolastici, sanitari, sociali e la famiglia. La Fondazione ha attivato un bando aperto triennale (2012/2014) per l'accreditamento di soggetti del Terzo Settore, competenti per lo svolgimento del servizio.

La richiesta di attivazione dell'intervento viene presentata dall'Assistente Sociale direttamente all'ente accreditato prescelto, il cui costo è interamente a carico dell'Amministrazione Comunale.

Al fine di ottimizzare le risorse a fronte di un bisogno crescente, si proporrà un confronto con Ufficio Scolastico Provinciale (USP), Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza NPIA e ASL, per valutare modalità di intervento alternative, soprattutto laddove si debbano fronteggiare situazioni che riguardano la sfera dei disturbi del comportamento. Si rende dunque necessaria l'individuazione di forme diversificate, che garantiscano risposte adeguate, sempre meno standardizzate, ma più personalizzate.

SERVIZI SEMIRESIDENZIALI

CENTRI SOCIO EDUCATIVI (CSE)

n°	denominazione struttura	ente gestore	sede struttura	posti autorizzati	posti accreditati
1	CSE Anffas	ANFFAS Onlus Desenzano	Desenzano d/Garda (loc. Rivoltella)	18	18
				18	18

CENTRI DIURNI PER DISABILI (CDD)

n°	denominazione struttura	denominazione ente gestore	sede struttura	posti autorizzati	posti accreditati
1	CDD Anffas	ANFFAS Onlus Desenzano	Desenzano d/Garda (loc. Rivoltella)	30	30
2	CDD Anffas	ANFFAS Onlus Desenzano	Desenzano d/Garda (loc. Rivoltella)	25	25
3	CDD Villa dalla Rosa	Fo.B.A.P. ANFFAS - onlus	Toscolano Maderno	30	30
				85	85

SERVIZI RESIDENZIALI

COMUNITÀ ALLOGGIO DISABILI (CSS/CAH)

n°	denominazione struttura	denominazione ente gestore	sede struttura	posti autorizzati	posti accreditati
1	Comunità Alloggio Irene Avanzini	Fo.B.A.P. ANFFAS - onlus	Toscolano Maderno	10	10
2	CSS Galgala	Associazione Comunità Mamrè Onlus	Desenzano d/Garda	10	10
				20	20

RESIDENZE SANITARIE DISABILI (RSD)

n°	denominazione struttura	ente gestore	sede struttura	posti autorizzati	posti accreditati
1	RSD Villa Zanardelli	Fo.B.A.P. ANFFAS - onlus	Toscolano Maderno	29	28
2	RSD (apertura 2012)	R.S.A. Bedizzole	Bedizzole	16	0
				45	28

b. i disabili e la famiglia

Sostenere la persona con disabilità e la sua famiglia significa lavorare nel contesto di vita, al fine di garantire il maggior benessere possibile per entrambe. La presenza degli operatori dei servizi preposti, nonché l'attivazione di interventi già citati in favore dell'utente, hanno infatti la duplice funzione di aiutare la persona, e di sgravare i care giver.

Anche gli spazi di scambio e i luoghi di informazione diventano momenti determinanti per la famiglia.

Un esempio realizzatosi nel territorio è rappresentato dallo Sportello "SAI?" promosso e gestito dall'Associazione Anffas di Desenzano del Garda, divenuto un riferimento importante per le famiglie, quale supporto informativo e di promozione e tutela dei familiari.

FONDO SOLIDARIETÀ RETTE DISABILI

Il fondo costituisce un intervento storico che gli amministratori hanno inteso mantenere allo scopo di far fronte all'onere delle rette dei servizi per disabili.

Nel 2011 è stato definito un Regolamento per la costituzione e l'assegnazione del fondo. La costituzione del fondo prevede una quota procapite che tutti i Comuni versano sulla base del numero di abitanti. I criteri di ripartizione del fondo applicati - numero di disabili residenti in ciascun Comune, tipo di servizio frequentato (diurno, residenziale,..), ubicazione (ambito, asl, regione...), retta (carico dell'Ente o dell'utente) - hanno permesso una distribuzione equa e imparziale sul territorio. L'obiettivo prioritario rimane infatti sostenere tutte le famiglie, attraverso la calmierazione delle le rette di "tutti" i disabili residenti nell'ambito, siano loro inseriti nei servizi distrettuali o fuori distretto.

Ritenuta pertanto un'azione di particolare rilevanza si intende procedere in termini di consolidamento/mantenimento.

SOSTEGNO ALLE ATTIVITÀ PER IL TEMPO LIBERO E ALLA CREAZIONE DI GRUPPI DI FAMILIARI

Le attività per il tempo libero, in quanto prevalentemente informali, sono un luogo privilegiato per l'integrazione della persona disabile nel gruppo. Pertanto saranno sostenute tutte le proposte non esclusive, riservate o stigmatizzanti, bensì quelle iniziative in grado di generare processi di inclusione sociale e coinvolgere persone e famiglie interessate o meno dal problema della disabilità.

Saranno inoltre incentivati gruppi di auto mutuo aiuto tra familiari, come occasione di conoscenza, scambio e confronto, anche a livello sovra comunale.

FINALITÀ OBIETTIVI SPECIFICI	<i>Sperimentazione di proposte di residenzialità leggera</i>
AZIONI	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Sostegno ad iniziative per la realizzazione di una struttura per il sollievo</i> - <i>Valorizzazione di progetti che prevedano percorsi di autonomia (in un'ottica anti istituzionalizzazione) e di sollievo alle famiglie</i>
TITOLARITA' INTERVENTO	<i>Ambito distrettuale Comuni</i>
SOGGETTI COINVOLTI	<i>ASL – Equipe Operativa Handicap Famiglie Terzo settore (Associazione Il Faro, Cooperative)</i>
TEMPI	<i>Nel triennio di validità del piano</i>
INDICATORI DI ATTIVITA' E DI RISULTATO	<i>n. inserimenti in progetti di sollievo n. utenti con progetti di autonomia, alternativi all'istituzionalizzazione n. richieste ritirate per ricoveri in struttura capacità di gestione del progetto da parte del Terzo settore</i>

c. i disabili nella comunità

Come anticipato nella parte introduttiva, l'obiettivo primario dell'inclusione passa dalla sensibilizzazione del territorio e dalla sua partecipazione ad un processo di inclusione sociale: se la diversità è spesso causa di emarginazione, significa che è necessario promuovere percorsi di sensibilizzazione, a partire dai bambini e dai giovani fino al mondo adulto. Per raggiungere questo

importante obiettivo sarà necessario valorizzare le risorse già attive sul tema: associazioni di familiari, gruppi di auto mutuo aiuto, singole iniziative.

FINALITÀ OBIETTIVI SPECIFICI	<i>Sensibilizzazione della comunità e del territorio</i>
AZIONI	<ul style="list-style-type: none"> - <i>sensibilizzazione di adolescenti e giovani mediante la promozione di attività in favore dell'integrazione di ragazzi disabili, anche attraverso il supporto dell'associazione AMA</i> - <i>valorizzazione delle realtà di volontariato, coinvolgimento delle associazioni e delle famiglie (Il Faro, Acquaviva, ...)</i> - <i>attività di raccordo tra bisogni e risorse</i>
TITOLARITA' INTERVENTO	<i>Ambito distrettuale Comuni</i>
SOGGETTI COINVOLTI	<i>Terzo settore (associazioni singole, associazione AMA ecc.)</i>
TEMPI	<i>Nel triennio di validità del piano</i>
INDICATORI DI ATTIVITA' E DI RISULTATO	<ul style="list-style-type: none"> <i>n. gruppi attivati</i> <i>n. iniziative promosse</i>

3. DISAGIO ADULTO (o adulti in difficoltà)

L'area del disagio adulto comprende diversi ambiti: la salute mentale, le dipendenze, l'emarginazione e le nuove povertà causate da difficoltà economiche, in particolare legate alla precarietà e/o alla perdita del lavoro.

In questa sezione si è ritenuto di dare spazio anche ad alcune azioni volte all'inclusione delle persone straniere, per quanto concerne le azioni di supporto per favorire il superamento di eventuali difficoltà connesse all'integrazione nel tessuto sociale di minori e famiglie provenienti da altre nazioni.

I bisogni in questo settore sono in costante aumento e pertanto la linea che si intende adottare nel prossimo triennio, sarà sia in termini di prevenzione e di riduzione del disagio adulto nelle sue varie forme, sia in termini di promozione di interventi di comunità, finalizzati a mobilitare e attivare il territorio in virtù del principio di sussidiarietà.

a. la rete dei servizi

SEGRETARIATO SOCIALE

(si rinvia alla pag. 14)

SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE DI BASE

(si rinvia alla pag. 15)

NIL – NUCLEO INTEGRAZIONE LAVORATIVA

(si rinvia all'area disabili - pag. 27)

SPORTELLO DI PROTEZIONE GIURIDICA

(si rinvia all'area disabili - pag. 28)

AZIENDA OSPEDALIERA DI DESENZANO D/GARDA – DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Le rete dei servizi relativi all'area psichiatrica è di competenza dell'Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda e in capo al Dipartimento di Salute Mentale. Nel rispetto delle procedure definite dall'Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale dell'ASL di Brescia e del Dipartimento di Salute Mentale.

I servizi presenti nel territorio, con valenza interdistrettuale – ambiti 11 Garda e 12 Valle Sabbia, afferiscono all'Unità Operativa di Psichiatria (U.O.P.) n. 21 di Salò.

SERVIZI OSPEDALIERI E RESIDENZIALI

SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA (S.P.D.C.) Gavardo

COMUNITÀ RIABILITATIVA AD ALTA ASSISTENZA (C.R.A.) Lonato del Garda

COMUNITÀ PROTETTA AD ALTA PROTEZIONE (C.P.A.) Salò

SERVIZI TERRITORIALI

CENTRI PSICO SOCIALI (C.P.S.) – sedi di Salò – Lonato del Garda

AMBULATORI PERIFERICI – sedi di Gargnano - Manerba del Garda - Desenzano del Garda

SERVIZIO TERRITORIALE PER LE DIPENDENZE (SER.T.) - ASL BRESCIA E DGD N. 6 DI SALÒ

Il Servizio Territoriale per le Dipendenze (Ser.T.) territoriale è ubicato presso il Comune di Salò. Il servizio si occupa di prevenzione, cura e riabilitazione, allo scopo di prevenire la diffusione dell'uso ed abuso di sostanze legali ed illegali e di intervenire a favore della salute psico-fisica delle persone che presentano problemi di dipendenza e delle loro famiglie.

Dai dati relativi all'Ambito 11, comunicati dal Dipartimento Dipendenze dell'ASL di Brescia, si rileva un'incidenza di casi in carico nell'anno 2010 pari al 2,92% (rif. popolazione 18-65 -/1000 ab.), valore tra i più bassi nella media di quelli registrati nei 12 ambiti dell'ASL di Brescia.

Quanto esposto depone in favore di un fenomeno complesso ed articolato, che mostra:

- la discrepanza tra la “punta dell’iceberg” di coloro che esprimono un sintomo per cui è richiesto l’intervento del sistema socio-sanitario e la diffusione dell’ uso e consumo che non richiede interventi, ma non per questo esente da rischi;
- la cosiddetta “normalizzazione dei consumi”: l’uso/abuso di sostanze, rispetto al passato, sembra essere un’esperienza condivisa da diverse fasce di popolazione ed è uscito dai confini circoscritti della dimensione giovanile o della marginalità per diventare un’esperienza possibile per la cosiddetta “popolazione generale”.

A fronte di queste evidenze risulta particolarmente importante che l’attività di prevenzione non sia considerata come settoriale e limitata alla realizzazione di interventi e progetti specifici, ma all’interno di politiche sociali di sostegno ai fattori protettivi, efficaci nel ridurre lo sviluppo di comportamenti a rischio e disadattivi, in un processo che coinvolge e valorizza in modo sinergico, le risorse umane, professionali, tecniche, organizzative e sociali del sistema territoriale.

E’ importante che anche “*la prevenzione*” rientri in un discorso strategico di più ampio respiro, di promozione di fattori tutelanti la **salute della comunità**, anche attraverso la partecipazione e la mobilitazione delle risorse e della capacità presenti all’interno del contesto specifico.

L’ambito distrettuale auspica una maggiore integrazione con il Dipartimento Dipendenze, e con gli operatori del Ser.T. territoriale, allo scopo di coordinare e sviluppare il processo di messa in rete delle risorse territoriali, di diffusione di informazioni utili a rendere l’azione preventiva territoriale più rispondente alle caratteristiche presenti del fenomeno, di condivisione di percorsi volti ad individuare metodologie di lavoro efficaci, di consulenza nella programmazione, progettazione e realizzazione di iniziative rivolte a giovani ed adulti.

Le azioni di prevenzione territoriale svolte in ambito scolastico si esplicano mediante interventi informativi di sensibilizzazione e formazione, rivolti sia ad adolescenti e giovani sia ad adulti con ruolo educativo.

RETE SPORTELLI STRANIERI

Nel territorio sono presenti n. 7 sportelli informativi per immigrati presso i Comuni di Bedizzole, Desenzano d/G, Gargnano, Lonato d/G, Padenghe d/G, Salò, Sirmione.

L’attività degli sportelli informativi per immigrati dell’Ambito 11 del Garda , punti decentrati della Questura, si traduce in interventi volti a facilitare il disbrigo delle pratiche amministrative sul territorio (permessi di soggiorno, carte di soggiorno, ricongiungimenti familiari), quale presupposto per assicurare la regolarità delle persone immigrate. Sono previste inoltre azioni di integrazione con i servizi comunali, i servizi sociali e l’anagrafe ed informazioni generali sui servizi esistenti (sia pubblici che privati).

b. il disagio adulto e la famiglia

Il disagio sociale, consiste in varie forme di inadeguatezza che la persona esperisce rispetto al sistema sociale in cui vive, e che la portano a uno stato di sofferenza o all'assenza di benessere.

Quando il componente di una famiglia vive un'esperienza di forte disagio, di riflesso è la famiglia stessa a soffrirne. Il rischio maggiore è che la preoccupazione e i timori che ne conseguono, producano uno stato di confusione e di chiusura verso il mondo esterno. A rendere la situazione più complessa vi sono aspetti legati alla mancanza di conoscenza e/o alla difficoltà connessa alla presa di coscienza.

Nel processo di aiuto i primi interlocutori sono: la persona in difficoltà e la sua famiglia. Per questo sostenere il protagonismo della famiglia è determinante per attivare processi evolutivi/risolutivi. La famiglia va supportata, affinché diventi risorsa per il soggetto fragile e riesca ad avviare processi di riadattamento "resilienza" e individuare vie di cambiamento.

1. FINALITÀ OBIETTIVI SPECIFICI	<i>Interventi di sostegno alle famiglie che, per improvvisi eventi legati alla crisi e alla precarietà del lavoro, si trovino in situazioni di grave difficoltà economica e sociale</i>
AZIONI	<ul style="list-style-type: none">- <i>rimodulare la risposta dei Servizi Sociali, mediante strumenti e risorse territoriali</i>- <i>sostenere le associazioni di volontariato;</i>- <i>raccordo con centri per l'impiego e istituti formativi</i>- <i>attivazione di reti familiari e di comunità</i>- <i>fondo pronto intervento per rispondere a situazioni di emergenza (sfratti, perdita alloggio, difficoltà abitative...)</i>- <i>sperimentazione di formule flessibili di accesso a beni di prima necessità attraverso specifici accordi con la grande distribuzione alimentare;</i>- <i>consulenza finanziaria gratuita (fondazione "Beato Giuseppe Tovini") per operatori e utenti</i>- <i>housing sociale quale supporto ai nuclei familiari in situazione di sfratto o urgenza abitativa</i>- <i>interventi sperimentali di sostegno ed accompagnamento alle famiglie nella gestione del reddito (microcredito)</i>
TITOLARITA' INTERVENTO	<i>Ambito distrettuale Comune</i>
SOGGETTI COINVOLTI	<i>Centro Aiuto alla Vita Caritas parrocchiali Consorzi di cooperative sociali Associazione di volontariato Centri per l'impiego Centri formativi Terzo settore</i>

TEMPI	<i>Nel triennio di validità del piano</i>
INDICATORI DI ATTIVITA' E DI RISULTATO	<i>n. utenti raggiunti</i> <i>n. interventi erogati</i> <i>n. associazioni coinvolte</i>

c. il disagio adulto nella comunità

Fare lavoro sociale di comunità significa promuovere iniziative orientate a una collettività, anziché a singoli utenti o nuclei familiari. Lavorare con la singola persona e sulla specifica situazione non può più essere oggi l'unico modello di aiuto praticabile. Sarebbe importante riuscire a sviluppare il senso di appartenenza e di reciprocità affinché le comunità divengano più accoglienti, e sempre più in grado di affrontare le problematiche presenti al loro interno. Perché ciò si realizzi sarà necessario far *crescere* il territorio attraverso iniziative di sensibilizzazione, dall'avvio di gruppi di auto mutuo aiuto all'organizzazione di tavoli di lavoro per una programmazione partecipata dei servizi, all'attivazione di reti di prossimità, ad azioni per far crescere il senso della comunità, anche fra persone appartenenti a culture diverse. Il ruolo degli operatori sociali di comunità (assistenti sociali, educatori professionali, psicologi, animatori o persone attive nell'ambito del volontariato) consiste allora nel promuovere e sostenere le persone che vivono in un territorio, affinché imparino a condividere un *problema esistenziale comune* e ad attivare risorse collettive per l'inclusione e la coesione sociale, mediante azioni/progetti partecipati.

All'interno dei progetti esistenziali l'abitare occupa uno spazio importante: luogo di vita, di affetti, di quotidianità, talora anche di problemi. La progettazione sociale classica ha individuato quale soluzione abitativa alle situazioni di forte disagio l'inserimento in comunità. Con finalità diverse (terapeutiche, educative, riabilitative) si è investito nel tempo sulla forma di convivenza con altre persone in strutture protette. Tale soluzione rappresenta per gli ospiti un'esperienza "totale", in cui la relazione si realizza in una situazione di vita organizzata e tutelata ma nel distacco dalla quotidianità e dalla società.

Per ragioni che vanno dal merito progettuale alla sostenibilità (in termini di risorse ma anche di senso) le soluzioni comunitarie tradizionalmente intese stanno vivendo un periodo di crisi. Diventa allora utile pensare a nuove soluzioni di residenzialità possibile, che definiamo "*leggera*" in quanto contempla una minore presenza dell'intervento educativo rispetto all'esperienza comunitaria.

Riteniamo allora importante formulare ipotesi per un abitare che mantenga da un lato un contesto parzialmente protetto, attraverso la convivenza con altre persone, la prova di autonomia e di consolidamento delle capacità, sperimentando dall'altro una diversa presenza degli operatori, meno capillare ma garantita come disponibilità ad intervenire laddove vi siano momenti di bisogno o difficoltà.

1. FINALITÀ OBIETTIVI SPECIFICI	Sostenere l'inclusione sociale di soggetti fragili con disagio psichico
AZIONI	<ul style="list-style-type: none"> - sensibilizzare la comunità locale sul tema della salute mentale - sperimentazione di progetti di comunità per l'inclusione sociale di persone con disagio psichico - incentivazione delle azioni di rete tra i diversi soggetti territoriali - housing sociale per accompagnare l'autonomia di persone provenienti da percorsi riabilitativi in strutture residenziali - promozione di iniziative a carattere socializzante rivolte a gruppi segnalati dai servizi specialistici - sperimentazione di gruppi di mutuo aiuto rivolti ai famigliari e utenti (es. UFE) - collaborazione e promozione di iniziative formative, ricreative ed educative promosse da associazioni territoriali
TITOLARITA' INTERVENTO	<i>Ambito distrettuale Dipartimento di Salute Mentale AOD Comuni</i>
RISORSE IMPIEGATE	<i>Immobili dedicati Assistenza domiciliare e/o educativa Terzo settore</i>
SOGGETTI COINVOLTI	<i>Servizi territoriali specialistici Servizi sociali Comunali Terzo settore Associazionismo (AMA, Chiaro del Bosco, Il Faro,...)</i>
TEMPI	<i>Nel triennio di validità del piano.</i>
INDICATORI DI ATTIVITA' E DI RISULTATO	<i>n. utenti coinvolti in percorsi sperimentali n. iniziative promosse n. gruppi di auto mutuo aiuto attivati</i>

2. FINALITÀ OBIETTIVI SPECIFICI	Promuovere il sostegno alle persone in situazioni di povertà estrema
AZIONI	<ul style="list-style-type: none"> - accoglienza del disagio della persona in condizioni di emarginazione sociale e/o economica - facilitazione all'accesso delle risorse e individuazione di risposte idonee e sostenibili - raccordo con il Terzo Settore e le Associazioni di volontariato - sostegno alle associazioni territoriali

TITOLARITA' INTERVENTO	<i>Ambito distrettuale Comuni</i>
SOGGETTI COINVOLTI	<i>Centro Aiuto alla Vita Caritas parrocchiali Consorzi Cooperative sociali Associazioni di volontariato</i>
TEMPI	<i>Nel triennio di validità del piano</i>
INDICATORI DI ATTIVITA' E DI RISULTATO	<i>n. utenti raggiunti n. interventi erogati n. associazioni coinvolte</i>

3. FINALITÀ OBIETTIVI SPECIFICI	<i>Azioni integrate di tipo educativo e di prevenzione dalle forme di dipendenza</i>
AZIONI	<ul style="list-style-type: none"> - <i>informare e sensibilizzare sulle nuove forme di dipendenza (gioco d'azzardo, internet, acquisti compulsivi, ecc.)</i> - <i>interventi educativi e di prevenzione rivolti a minori e giovani</i> - <i>promozione di interventi integrati tra i diversi soggetti istituzionali</i> - <i>consolidamento e sviluppo di gruppi di mutuo aiuto per utenti e familiari</i> - <i>coordinare e integrare servizi e soggetti del terzo settore che operano in termini di prevenzione</i>
TITOLARITA' INTERVENTO	<i>Ambito distrettuale Comuni</i>
SOGGETTI COINVOLTI	<i>ASL – servizi specialistici territoriali (Ser.T) Associazioni (Acat, ...) Terzo settore</i>
TEMPI	<i>Nel triennio di validità del piano</i>
INDICATORI DI ATTIVITA' E DI RISULTATO	<i>n. iniziative promosse n. incontri di gruppi di mutuo aiuto n. enti/servizi coinvolti</i>

4. FINALITÀ OBIETTIVI SPECIFICI	<i>Favorire l'inclusione sociale nel territorio di persone immigrate</i>
AZIONI	<ul style="list-style-type: none"> - <i>consolidamento delle attività degli sportelli informativi per la regolarizzazione della permanenza sul territorio</i> - <i>convenzioni o accordi di collaborazione con patronati</i> - <i>interventi di alfabetizzazione per adulti e sperimentazione di nuove forme di collaborazione</i> - <i>interventi di mediazione culturale e facilitazione linguistica, etnoclinica e etnopsichiatria</i> - <i>interventi di housing sociale</i> - <i>integrazione socio-sanitaria con le azioni promosse dall'ASL (prevenzione incidenti domestici, consultorio...)</i> - <i>sostenere il rimpatrio assistito (progetto NIRVA) laddove richiesto</i>
TITOLARITA' INTERVENTO	<i>Ambito distrettuale Comuni</i>
SOGGETTI COINVOLTI	<i>ASL – servizi territoriali Associazioni volontariato Terzo settore Scuole Patronati</i>
TEMPI	<i>Nel triennio di validità del piano</i>
INDICATORI DI ATTIVITA' E DI RISULTATO	<ul style="list-style-type: none"> <i>n. di accordi con enti</i> <i>n. pratiche effettuate</i> <i>n. mediazioni culturali attivate</i> <i>n. frequentanti corsi di alfabetizzazione</i> <i>n. interventi housing sociale</i>

5. ANZIANI

Cosa vuol dire essere anziani in questo tempo? Nell'era post-moderna i progressi della medicina e il miglioramento delle condizioni socio-economiche hanno abbattuto le cause di morte precoce, contribuendo all'invecchiamento, anche in buona salute, della popolazione.

La vecchiaia, dunque, è diventata una lunga fase della vita: una "terza età" in cui si può essere attivi e possessori del proprio tempo e una "quarta età" che è quella della dipendenza. Il passaggio dall'una all'altra dipende dalle condizioni specifiche degli individui e dalle politiche sociali. Il tema acquista particolare rilevanza in Italia, secondo paese al mondo, dopo il Giappone, per invecchiamento della popolazione.

La persona anziana tuttavia, nel processo di invecchiamento, si trova spesso a dover affrontare fragilità plurime di carattere: sociale (isolamento, perdita di ruolo, solitudine...), economico (diminuzione del reddito), abitativo ed ambientale (barriere architettoniche, trasporti inadeguati, mancanza di spazi di aggregazione, abitazioni poco consone), funzionale (perdita progressiva dell'autonomia, non autosufficienza), cognitivo (perdita della memoria, patologie invalidanti).

Il graduale e progressivo invecchiamento della popolazione trova riscontro a livello locale, dove la popolazione anziana dall'anno 2009 al 2011 ha subito un incremento pari al 3,05% e rappresenta il 20,05% della popolazione totale, in rapporto al 2,92% della prima infanzia (0-2).

Anche nella presente programmazione territoriale, s'intende riservare particolare attenzione ai bisogni legati alla terza età e all'importanza di garantire risposte fondate sulla domanda, diversificate e flessibili.

Al cuore della presente progettazione locale il consolidamento degli interventi tesi a sostenere la persona anziana fragile nella permanenza in famiglia e a supportare l'anziana attiva nella comunità di appartenenza.

Allo scopo di salvaguardare:

- **il valore umano** sostenere le autonomie e le abilità per favorire la domiciliarità.
- **Il valore sociale** mantenimento del legame con i luoghi e le persone del territorio di appartenenza, attraverso la connessione con i servizi e la rete di volontariato.
- **Il valore economico** integrazione delle risorse e valorizzazione della rete di servizi e soggetti attivi (familiari, vicinato, volontariato, medico di medicina generale...).

Attraverso risposte personalizzate ai bisogni, in un'ottica di fattiva di collaborazione tra i diversi attori territoriali della rete, mediante l'integrazione socio-sanitaria, laddove possibile, l'accorpamento delle risorse per obiettivi comuni e condivisi.

Macro obiettivi per il triennio 2012/2014:

- sostenere il mantenimento della qualità della vita e della *vita attiva*
- favorire la permanenza nella propria dimora e tra i propri affetti
- promuovere e coordinare interventi di comunità per favorire le relazioni (socializzazione, aggregazione...)
- potenziare i raccordi nella rete dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari

- congiungere le risorse informali del territorio (volontariato, associazioni,...).

a. la rete dei servizi

SEGRETARIATO SOCIALE

(si rinvia alla pag. 14)

SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE DI BASE

(si rinvia alla pag. 15)

AREA ANZIANI E CURE DOMICILIARI ASL BRESCIA - DGD N. 6 DI SALÒ

Come sostenere la persona anziana al domicilio laddove vi sia una importante compromissione dell'autosufficienza?

Nei distretti dell'ASL di Brescia è presente un'équipe multidisciplinare (UCAM) ed è attivo un sistema informativo dedicato, per la registrazione delle informazioni relative alle persone che accedono ai servizi della rete per la non autosufficienza.

Per l'area anziani si è particolarmente sviluppato il sistema delle cure domiciliari quale risposta prioritaria ai bisogni delle persone con compromissione dell'autonomia. Da un'analisi dei dati relativi alle persone in carico al servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) dell'ASL di Brescia si rileva che (triennio 2008/2010): i $\frac{3}{4}$ superano i 74 anni di età e le donne sono più del doppio rispetto agli uomini.

Il raffronto tra persone in cure domiciliari e ospiti di RSA evidenzia un grado di dipendenza da moderata a completa in entrambe i gruppi, nella deambulazione, nell'alimentazione e nell'igiene personale. Risulta quindi evidente che il grado di dipendenza nelle principali attività quotidiane non è un fattore discriminante per la possibile gestione a domicilio del persona fragile.

Se al domicilio la patologia più frequentemente riscontrata è relativa al sistema motorio in RSA i disturbi più frequenti sono quelli psichiatrico - comportamentali. Si rileva infatti che sono proprio i disturbi psichiatrico - comportamentali a rompere l'equilibrio familiare sino a compromettere le capacità assistenziali del caregiver, facendo ricorrere alla residenzialità. Sempre dai dati riferiti dall'ASL di Brescia le persone che si occupano dell'assistenza di famigliari per più di $\frac{3}{4}$ sono donne (figlie, mogli, sorelle, nuore).

CENTRO PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE

A seguito della sottoscrizione del protocollo operativo di funzionamento dei CeAD Centro per l'Assistenza Domiciliare (25.02.2010) è stato attivato nel territorio un nuovo processo di integrazione socio-sanitaria, allo scopo di favorire e razionalizzare gli interventi a favore della domiciliarità, con particolare riguardo alle persone anziane e in condizione di disabilità.

Il CeAD si configura quale organismo di coordinamento ed integrazione delle unità di offerta domiciliari, le cui funzioni sono assicurate dal personale dell'ASL e del Comune.

La gestione operativa delle situazioni complesse è invece affidata all'équipe operativa di base.

Obiettivi del triennio 2012-2014

- consolidamento del CeAD con il conseguente aumento del numero di casi condivisi, gestiti sia dagli operatori ASL sia dagli operatori dei Comuni.
- gestione dei casi complessi attraverso équipe multidisciplinare integrata;
- stabilizzazione della piattaforma informatica.

SERVIZI DOMICILIARI

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

tabella 1 – numero di interventi distinti per tipologie triennio 2009/2011

Tipologie di intervento	N. Pazienti 2009	N. Pazienti 2010	N. Pazienti 2011*
Assistenza estemporanea	1008	1025	932
ADI	610	659	441
Credit/Voucher**	1792	2073	
TOTALE	3410	3757	1373

* anno 2011 i dati si riferiscono al periodo 01.01.2011 - 14.10.2011

**voucher e credit insieme poiché difficile scorporarli (95% circa della somma sono credit)

A seguito della riduzione dei fondi destinati alle prestazioni credit/voucher è possibile ipotizzare una diminuzione di tali prestazioni rispetto al 2010 ed un probabile incremento delle prestazioni di Assistenza estemporanea ed ADI.

SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE (SAD)

Il servizio è presente, ovvero attivabile in tutti i Comuni dell'ambito distrettuale. Il servizio spesso prevede l'integrazione di interventi complementari quali: pasti a domicilio, trasporto, mensa e lavanderia.

tabella 2 - consuntivo Comuni ex circ. 4 triennio 2009/2011

anno	numero anziani	spesa di gestione
2008	561	1.586.116,87
2009	581	918.280,23
2010	583	956.414,41

TELESOCORSO

Il servizio di telesoccorso è presente nella quasi totalità dei Comuni dell'Ambito.

Nella prevalenza dei Comuni il servizio è gestito da un soggetto territoriale di volontariato (Volontari del Garda) mentre nei restanti casi il servizio è in appalto/convenzione a società private extraterritoriali.

Si ribadisce l'importanza di un servizio di supporto alla persona e alla sua famiglia, per favorire percorsi di vita indipendente e autonomia, soprattutto nelle situazioni di particolare isolamento (località maggiormente lontane dai servizi o dislocate in territori montani).

SERVIZI SEMIRESIDENZIALI

CENTRI DIURNI INTEGRATI (CDI)

n°	denominazione struttura	ente gestore	sede struttura	posti accreditati	posti autorizzati
1	CDI CONTARELLI	FONDAZIONE RSA CASA DI RIPOSO DI SALO' " Residenza gli Ulivi"	Salò	20	20
2	CDI c/o CASA DI RIPOSO PIA OPERA S.ANGELA MERICI Onlus	FONDAZIONE S.ANGELA MERICI Onlus	Desenzano d/Garda	15	15
3	CDI Bedizzole	CASA DI SOGGIORNO PER ANZIANI onlus BEDIZZOLE	Bedizzole	20	15
				55	50

SERVIZI RESIDENZIALI

RESIDENZE SOCIO ASSISTENZIALI (RSA)

n°	denominazione	sede struttura	posti letto accreditati	posti Alzheimer accreditati
1	CASA DI SOGGIORNO PER ANZIANI onlus	Bedizzole	110	15
2	FONDAZIONE S.ANGELA MERICI Onlus	Desenzano d/Garda	166	20
3	VILLA DE ASMUNDIS	Desenzano d/Garda	21	0
4	FONDAZIONE CASA DI RIPOSO FELTRINELLI Onlus	Gargnano	50	0
5	FONDAZIONE MADONNA DEL CORLO Onlus	Lonato d/Garda	62	0
6	FONDAZIONE F. LLI BERETTA S. GIUSEPPE PER LA VALTENESI onlus	Padenghe d/Garda	30 (e 30 autorizzati)	0
7	FONDAZIONE RSA CASA DI RIPOSO DI SALO' RESIDENZA DEGLI ULIVI	Salò	120	20
8	CASA DI RIPOSO PER ANZIANI DI TIGNALE	Tignale	41	0
9	FONDAZIONE G.B. BIANCHI onlus	Toscolano Maderno	80	0
			680	55

La Residenza Sanitaria Assistita "Fondazione F.lli Beretta S. Giuseppe per la Valtenesi Onlus", struttura nata nel novembre 2011 dalla fusione di due realtà preesistenti, la Fondazione f.lli Beretta di Padenghe d/G la Fondazione Casa di Riposo S. Giuseppe di Polpenazze d/G.

Posti sollievo riservati dalle RSA del territorio: 9 Desenzano d/Garda – 9 Salò – 8 Bedizzole – 4 Toscolano Maderno.

Presso il Comune di Bedizzole, nell'area di proprietà dell'RSA sono ubicati 7 mini alloggi per 14 anziani.

CASE ALBERGO

n°	denominazione	sede struttura	capacità ricettiva
1	CASA ALBERGO S. ANGELA MERICI	Desenzano d/Garda	27
2	CASA ALBERGO BRAVI	Gardone Riviera (loc. San Michele)	66
3	CASA ALBERGO LE FARFALLE***	Manerba d/Garda	10
4	CASA ALBERGO COZZATI/GIRARDI	Tremosine	18
			121

***La struttura dispone di ulteriori 30 posti autorizzati per sperimentazione socio-sanitaria turismo di sollievo.

ALLOGGI PROTETTI

n°	denominazione	sede struttura	n. alloggi
1	CASA DI SOGGIORNO VILLA OCEANO"	Sirmione (loc. Lugana)	6
			6

" La struttura, attiva dal 2011, comprende 6 unità abitative protette.

RICOVERI DI SOLLIEVO

I posti letto dedicati ai ricoveri di sollievo (generalmente della durata di un mese), gestiti dal Servizio Anziani e Cure Domiciliari dell'ASL – DGD n. 6 di Salò per il nostro Distretto sono 4: 2 presso la RSA di Salò e 2 presso la RSA di Desenzano del Garda. Tale intervento rappresenta una risorsa fondamentale per i familiari che assistono al domicilio l'anziano non autosufficiente o per coloro che improvvisamente hanno avuto un declino sanitario.

SERVIZIO DISTRETTUALE DI ASSISTENZA RESIDENZIALE (SDAR) SDAR

Il Servizio Distrettuale di Assistenza Residenziale (SDAR) è stato attivato nel mese di maggio 2010 presso la Struttura Sanitaria privata Villa Gemma di Gardone Riviera, correlato al sistema delle cure primarie, presidiato e coordinato dalla Direzione Gestionale Distrettuale n. 6 di Salò.

Lo SDAR si configura come un servizio innovativo di assistenza residenziale temporanea che, valorizzando le cure primarie, completa la gamma dei servizi della rete sanitario assistenziale, occupando lo spazio intermedio tra l'ospedalizzazione tradizionale, ordinaria o a ciclo diurno, e le cure domiciliari.

Per il servizio sono riservati n. 6 posti letto e i servizi alberghieri, assistenziali e sanitari della Struttura Sanitaria privata Villa Gemma di Gardone Riviera. Il servizio, con valenza sovra distrettuale e destinato ai

cittadini degli Ambiti 11 e 12, in particolare ad anziani e malati fragili, con insorgenza o aggravamento di problematiche cliniche acute o subacute, o in fase di dimissione ospedaliera, che necessitino di supporto clinico terapeutico assistenziale di intensità non gestibile al domicilio, ossia di pazienti che a giudizio del Medico curante necessitano di una protezione sanitaria di tipo ospedaliero ma non di un'assistenza di alta tecnologia od elevata intensità proprie di un Ospedale per acuti.

I ricoveri, di norma di durata compresa tra 7 e 20 giorni previa autorizzazione preventiva dell'UCAM distrettuale, possono essere protratti sino ad un massimo di 45 giorni.

SERVIZI INTEGRATIVI

CENTRI DIURNI ANZIANI

n°	denominazione	ente gestore	sede struttura	capacità ricettiva
1	CENTRO ANNUNCIATA	COMUNE	Desenzano d/Garda	100
2	CENTRO RIVOLTELLA	COMUNE	Desenzano d/Garda	90
3	CENTRO TREVISANI	COMUNE	Gardone Riviera	20
4	CENTRO DUE PINI	COMUNE	Salò	100
5	CENTRO COMUNALE	COMUNE	Toscolano Maderno	40
6	CASA DI SOGGIORNO VILLA OCEANO	COOP. SOC. NOI INSIEME A LORO	Sirmione (loc. Lugana)	40
				390

I centri diurni anziani, ovvero servizi autorizzati facenti parte l'unità di offerta sociale territoriale, che forniscono un servizio di assistenza a carattere integrativo e di sostegno alla vita domestica e di relazione. Questi centri si propongono di assicurare agli anziani effettive possibilità di vita autonoma e sociale favorendo il rapporto di comunicazione interpersonale e le attività ricreative e culturali (PSSA 1988). Nel territorio ne sono presenti complessivamente 6, di cui 5 gestiti dai Comuni e uno di recente attivazione (fine anno 2011) gestiti da una cooperativa sociale.

Si evidenzia che nel corso dell'anno 2011 3 Centri Diurni Anziani, autorizzati dal 1994 e ubicati nei Comuni di Manerba d/G, Moniga d/G e Polpenazze d/G hanno cessato la loro attività.

Nella quasi totalità dei Comuni dell'Ambito sono presenti altre tipologie di servizi/interventi ricreativi/aggregativi - centri sociali anziani, soggiorni climatici, percorsi culturali, corsi di ginnastica dolce - rivolti alla popolazione anziana con finalità socializzanti.

Tali interventi, gestiti con forme e modalità diversificate, sono spesso connessi al Comune di ubicazione, il quale ne promuove e sostiene le attività mediante la messa a disposizione degli spazi, il pagamento delle utenze, e la contribuzione economica sulle attività.

b. gli anziani e la famiglia

Grande importanza riveste il ruolo della famiglia rispetto all'accudimento della persona anziana. Infatti rappresenta il primo interlocutore dei servizi presenti sul territorio con cui condividere modalità e tempi di intervento, con cui verificare i risultati raggiunti. Quindi la famiglia è una risorsa ma anche la destinataria di interventi specifici volti a sostenerla nei momenti di difficoltà. In quest'ottica risulta molto importante promuovere la realizzazione di gruppi formativi relativi all'assistenza diretta del familiare in collaborazione con il Servizio Anziani dell'ASL; favorire la conoscenza dei servizi semiresidenziali presenti sul territorio a sostegno della famiglia; mantenere un collegamento stretto tra i servizi di fronte all'urgenza socio-sanitaria; garantire servizi domiciliari immediati e tempestivi.

1. FINALITÀ OBIETTIVI SPECIFICI	<i>Telesoccorso: implementazione e raccordo della rete territoriale</i>
AZIONI	<ul style="list-style-type: none">- <i>coordinare e uniformare la rete dei servizi</i>- <i>favorire l'estensione della copertura del servizio</i>- <i>tendere ad una maggiore equità ed economicità del servizio</i>- <i>ottimizzare il servizio mediante gestione associate e coinvolgimento di realtà presenti sul territorio</i>- <i>gestire servizi aggiuntivi/complementari/integrativi (trasporto gratuito con ambulanza, piccoli interventi domestici (idraulico, elettricista, ecc.)</i>
TITOLARITA' INTERVENTO	<i>Ambito distrettuale Comuni</i>
SOGGETTI COINVOLTI	<i>Ente/i gestore/i</i>
TEMPI	<i>Nel triennio di validità del piano</i>

2. FINALITÀ OBIETTIVI SPECIFICI	<i>Sostenere la permanenza in famiglia di persone anziane fragili</i>
AZIONI	<ul style="list-style-type: none">- <i>coinvolgimento della rete di volontariato</i>- <i>attivazione sperimentale di reti di vicinato e di prossimità</i>- <i>coordinamento della rete di offerta sociale e socio-sanitaria</i>
TITOLARITA' INTERVENTO	<i>Ambito distrettuale Comuni</i>
SOGGETTI COINVOLTI	<i>ASL – DGD n. 6</i>

	<i>Terzo settore Associazioni di volontariato</i>
TEMPI	<i>Nel triennio di validità del piano</i>
INDICATORI DI ATTIVITA' E DI RISULTATO	<i>n. interventi sperimentali attivati n. soggetti coinvolti (enti, terzo settore)</i>

c. gli anziani nella comunità

Sul territorio si rileva la presenza di una considerevole rete di associazioni che operano in favore delle persone anziane. Accanto ad associazioni affiliate ad organizzazioni nazionali e regionali si evidenzia la presenza capillare di piccoli gruppi locali, risorsa fortemente ancorata al tessuto sociale.

Regione Lombardia sostiene il progetto *Filo d'Argento* dell'associazione nazionale AUSER, che prevede un Servizio di Telefonia Sociale rivolto a persone anziane. AUSER è presente in 8 Comuni dell'Ambito di cui 4 hanno attivato l'intervento Filo d'Argento.

Pertanto si ritiene di fondamentale importanza la valorizzazione dei gruppi di volontariato locali, attraverso lo sviluppo di nuove collaborazioni tra associazioni e i enti locali.

FINALITÀ OBIETTIVI SPECIFICI	<i>Favorire la presenza attiva di anziani nella comunità</i>
AZIONI	<ul style="list-style-type: none"> - <i>coinvolgimento della rete di volontariato</i> - <i>promozione e sostegno di iniziative socializzanti</i> - <i>coordinamento della rete di offerta dei servizi alla persona</i>
TITOLARITA' INTERVENTO	<i>Ambito distrettuale Comuni</i>
SOGGETTI COINVOLTI	<i>Terzo settore Associazioni di volontariato</i>
TEMPI	<i>Nel triennio di validità del piano</i>
INDICATORI DI ATTIVITA' E DI RISULTATO'	<i>n. iniziative attivate n. soggetti coinvolti (enti, terzo settore)</i>

FINALITÀ OBIETTIVI SPECIFICI	Modello Unico di Accesso e omogeneizzazione delle procedure per l'inserimento nelle Residenze Socio Assistenziali
AZIONI	<ul style="list-style-type: none"> - uniformare la modulistica di ingresso - coordinare, snellire e omogeneizzare le procedure - facilitare il ruolo dei diversi interlocutori (famiglie, medici,...)
TITOLARITA' INTERVENTO	<i>Ambito distrettuale Comuni</i>
SOGGETTI COINVOLTI	<i>RSA distrettuali Medici Medicina Generale</i>
TEMPI	<i>2012 attivazione – 2013/2014 consolidamento</i>

5. POLITICHE CONCILIAZIONE FAMIGLIA-LAVORO

Considerata la DGR 381/2010, l'Accordo Territoriale per la Conciliazione (siglato il 27/01/2012) e il Piano di Azione per la realizzazione della rete di conciliazione provinciale, a livello locale sono state avviate riflessioni e momenti di concertazione allo scopo di individuare i bisogni, identificare i soggetti da coinvolgere e le eventuali opportunità da sviluppare.

Rispetto alle azioni rivolte alla famiglia nella poliedricità dei bisogni e delle risorse in seno alla comunità è opportuno dedicare uno spazio al tema orizzontale e trasversale delle politiche di Conciliazione famiglia – lavoro nei tempi di vita della persona.

La famiglia infatti costituisce il perno intorno al quale ruota la comunità locale ed è la destinataria dei principali interventi.

Per favorire la conciliazione tra famiglia e lavoro e per migliorare il benessere della stessa, favorendo sia una maggior condivisione dei compiti di cura sia una migliore gestione dei tempi di vita, è fondamentale progettare piani di intervento rivolti a famiglie con minori, ma anche a nuclei in cui sono presenti familiari con fragilità e bisogni di tipo assistenziale (anziani, disabili...).

Il bisogno di conciliare l'attività lavorativa con gli impegni legati alla cura all'interno della famiglia riguarda in buona parte le donne, poiché generalmente il ruolo assistenziale è loro affidato.

Al cuore degli interventi di conciliazione l'implementazione di servizi e/o interventi che coinvolgano:

la famiglia: sostenendo la partecipazione al mercato del lavoro delle lavoratrici/lavoratori (con compiti di cura familiare), sostenere la maternità e la conciliazione tra maternità e lavoro, rafforzare i servizi educativi di accoglienza per minori anche attraverso il coinvolgimento del terzo settore;

la comunità ed il territorio: costruzione di una rete territoriale per la conciliazione, sensibilizzazione della cittadinanza e delle imprese per diffondere la cultura della conciliazione e la valorizzazione dei servizi, l'individuazione e il reperimento sul territorio di altre risorse per nuove progettualità;

le imprese ed il lavoro: aumentare le competenze delle aziende per favorire la sperimentazione di nuovi modelli gestionali ed organizzativi (flessibilità oraria, voucher conciliativi aziendali, telelavoro).

I servizi e la Pubblica Amministrazione: valorizzare e aumentare la visibilità e la fruibilità dei servizi per la conciliazione, rafforzare e consolidare la partnership con il privato.

CAPITOLO II

Le politiche e i processi sovra distrettuali

Unitamente alle attività promosse e gestite a livello territoriale saranno parimenti condotte in forma coesa e coordinata le politiche sovra distrettuali.

Sette le macro aree di intervento e le relative azioni delineate a livello sovra distrettuale per il raggiungimento degli obiettivi condivisi, dai dodici ambiti, per il prossimo triennio.

I. COORDINAMENTO PROVINCIALE DEGLI UFFICI DI PIANO DELL'ASL DI BRESCIA

Nel precedente Piano di Zona (il terzo dall'avvio della gestione sovra comunale in ambito sociale), per la prima volta in modo condiviso e omogeneo, tutti i dodici Ambiti distrettuali dell'ASL di Brescia, hanno inserito un "capitolo" o un "paragrafo" dedicato alle politiche sovra distrettuali, politiche che traggono il loro fondamento e presupposto nell'operatività del Coordinamento provinciale degli Uffici di Piano (di seguito definito sinteticamente "Coordinamento"), costituito dai Responsabili dei dodici Uffici di Piano degli Ambiti Distrettuali appartenenti al territorio dell'ASL di Brescia.

Sinteticamente, le motivazioni che hanno portato alla nascita del Coordinamento 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, riduzione delle differenze, supporto e decisione tecnica, dentro il quale affrontare in modo coordinato le difficoltà e le novità che l'impegno dei Piani di Zona ha certamente portato nei territori (si veda, quale esempio, la definizione di politiche sovra distrettuali).

Nell'ultimo triennio tale organismo si è ulteriormente radicato e lavorando con costanza rispetto ai diversi temi che la Regione Lombardia o l'ASL o i soggetti del territorio hanno posto nel tempo.

A titolo esemplificativo, nel corso del triennio 2009 - 2011 il Coordinamento si è incontrato in media 11 volte ogni anno (con una frequenza di circa 1 volta al mese), ed ha operato rispetto a varie questioni: l'accreditamento dei servizi (in particolare quelli per la prima infanzia), la gestione del Piano Nidi, la gestione coordinata del Fondo Sociale Regionale – in particolare per le unità di offerta a valenza sovra distrettuale -, le tematiche inerenti la conciliazione, il servizio per gli inserimenti lavorativi, il Piano formativo provinciale, i rapporti con il Terzo Settore.

Tale coordinamento operativo ha consentito il contenimento delle disomogeneità sul territorio bresciano, già di per sé così eterogeneo per caratteristiche geografiche (presenza di valli montane come la Valle Trompia e la Valle Sabbia, di laghi - Sebino e Garda), per caratteristiche economico-produttive (insediamenti industriali e artigianali significativi, presenza di imprenditoria specifica), per caratteristiche demografiche (a titolo di esempio si segnala l'elevata presenza di stranieri che connota Brescia come una tra le tre province con la più alta percentuale di stranieri presente), favorendo la costruzione di prassi di lavoro ("buone prassi"), ma nel contempo, pur con tanta fatica organizzativa, facilitando la diffusione di cultura e conoscenza in ambito sociale, ha permesso di cogliere prontamente i mutamenti sociali, aiutando i vari attori ad affrontarli.

Proprio per tale consuetudine di lavoro integrato, anche l'impegno previsto dalla nuova programmazione zonale è stato da subito gestito in modo coordinato, non solo tra i dodici ambiti distrettuali, ma anche con l'ASL, in particolare con la Direzione Sociale e il servizio Sviluppo piani di zona.

Le novità più significative che accompagnano la presente stagione di programmazione, prima fra tutte la fortissima riduzione delle risorse a disposizione, ma non solo, rappresentano una nuova sollecitazione a sfruttare appieno lo strumento del Coordinamento provinciale: le nuove Linee Guida regionali disegnano un nuovo welfare, dentro il quale cambia radicalmente il ruolo e la funzione degli Uffici di Piano. Nel contempo tuttavia le Linee Guida lasciano quasi di intravedere la prossima direzione verso la quale è orientata la programmazione sociale, ovvero quella della sperimentazione sovra distrettuale *"la proposta rivolta agli enti locali implica un riorientamento del focus, delle priorità e delle competenze, dall'attività di offerta di prestazioni (in proprio, o acquistate), all'iniziativa di promozione di condizioni di creazione di valore e reciproco beneficio tra gli attori del territorio. Regione Lombardia, nell'arco del prossimo triennio di programmazione, condividerà iniziative di innovazione con quegli ambiti territoriali che propongano progetti sperimentali consistenti, che si candidino ad attivare risorse del proprio territorio e che possano essere oggetto di contaminazione negli altri contesti territoriali della Lombardia.*

Laddove l'ambito di innovazione sia di forte interesse regionale, Regione Lombardia avvierà con gli enti capofila dell'accordo un percorso di accompagnamento e di negoziazione.

Le sperimentazioni territoriali costituiscono infatti un banco di prova per sviluppare conoscenza e nuove forme di intervento. Le iniziative realizzate, potenzialmente condivisibili con altri contesti territoriali, saranno di particolare interesse regionale, rispetto a quelle il cui sviluppo si limiterà ad uno specifico ambito territoriale.

In effetti già in questa fase la Regione sollecita collaborazioni sovra ambito. Parlando del prossimo Piano di Zona, le Linee Guida individuano nel *territorio di riferimento quello coincidente con il distretto sociosanitario, con facoltà di aggregazione tra distretti afferenti alla stessa Azienda sanitaria locale.*

Laddove si verificano condizioni favorevoli in termini di gestione delle unità di offerta sociali, di accesso ai servizi da parte dei cittadini e di caratteristiche territoriali comuni a più ambiti, si ritiene strategico pensare ad una programmazione sociale territoriale rivolta a più distretti e quindi sottoscrivere Accordi di Programma sovra distrettuali.

Regione Lombardia incentiva la sperimentazione di una programmazione sociale condivisa tra più ambiti afferenti alla stessa Azienda sanitaria locale.

In quest'ottica si ritiene strategico **confermare** il Coordinamento provinciale degli Uffici di Piano quale soggetto della governance del Piano di Zona, con funzione di organo tecnico, il cui ruolo, già previsto nel Regolamento approvato dalle Assemblee Distrettuali dei Sindaci dei dodici ambiti e successivamente ratificato dalla Conferenza provinciale dei Sindaci, nella forma del Consiglio di Rappresentanza (seduta del 19 maggio 2008), è il seguente:

- 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 proposizione rispetto a varie tematiche afferenti al contesto sociale e in particolare alla programmazione e gestione degli interventi e Servizi Sociali;
- formulare idonea proposta di pianificazione per la realizzazione di programmi e progetti previsti dal Piano Sociale di Zona;
- monitorare e verificare i programmi/progetti;
- 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.

ATTIVITÀ SOVRA DISTRETTUALI PREVISTE

Per il triennio di validità del Piano di Zona 2012 – 2014, l'attività sovra distrettuale che verrà assicurata attraverso il Coordinamento provinciale degli Uffici di Piano, può essere così sintetizzata:

- 1) **Consolidamento** della funzione di supporto gestionale/organizzativo del Coordinamento degli Uffici di Piano.
- 2) **Accreditamento sovra zonale delle unità d’offerta sociale ad utenza sovra distrettuale.**
- 3) **Condivisione criteri assegnazione Fondo Sociale Regionale:** a conferma di quanto già avviene da alcuni anni, si conferma il ruolo del Coordinamento Provinciale nella condivisione di comportamenti omogenei da parte degli Ambiti Distrettuali nelle relazioni con gli Enti Gestori delle diverse unità di offerta sociale, mediante la definizione di criteri condivisi e applicati da tutti gli ambiti per la determinazione dell’entità dei contributi da assegnare ai diversi Enti Gestori (es. quale tipologia/indicatore di spesa valorizzare/riconoscere ai fini della determinazione dell’eventuale contributo).
- 4) **Altri temi di interesse del Coordinamento provinciale da sviluppare nell’arco del triennio:**
 - confronto, scambio e progettazione di scenari innovativi di sviluppo delle politiche sociali nel territorio provinciale, relativamente alle diverse aree di intervento e alle tematiche trasversali dell’integrazione socio-sanitaria, dell’accesso alla rete dei servizi e delle prestazioni;
 - interlocuzione con soggetti terzi che intervengono sul bacino sovra territoriale, istituzionali e non (oltre all’ASL, Organizzazioni grandi del III settore, amministrazione provinciale, Organismi associativi di rappresentanza di Enti Gestori privati delle diverse unità di offerta, ecc.), anche attraverso la definizione di strumenti di concertazione condivisi;
 - definizione di percorsi di formazione sovra distrettuale.

II. AREA POLITICHE DI CONCILIAZIONE

Considerata la DGR 381/2010, l’Accordo Territoriale per la Conciliazione (27/01/2011), nonché la predisposizione del Piano di Azione, nel quale sono state definite le linee progettuali per la realizzazione della rete di conciliazione provinciale, i dodici ambiti, di concerto con la Direzione Sociale dell’ASL di Brescia, hanno individuato quale possibile percorso sostenibile di attuazione locale il seguente modello.

FINALITÀ OBIETTIVI SPECIFICI	<p><i>Sostenere, incentivare e sviluppare la conciliazione famiglia e lavoro attraverso azioni integrate tra sistema impresa e sistema di welfare locale:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>favorire lo sviluppo sociale attraverso il welfare aziendale</i> - <i>sviluppare modelli di welfare integrati – dove welfare aziendale e welfare territoriale si intreccino e si accrescano reciprocamente – al fine di favorire lo sviluppo sociale e promuovere la conciliazione famiglia – lavoro</i> - <i>sostenere sperimentazioni di percorsi di welfare aziendale innovativi che possano contribuire a sviluppare azioni e interventi di conciliazione a livello territoriale</i>
AZIONI	<p><i>Si supporterà lo sviluppo di percorsi di welfare aziendale e di welfare territoriale, contribuendo a programmi integrati di servizi e interventi</i></p>

	<p><i>assistenziali a favore dei dipendenti, delle loro famiglie e del territorio, ad azioni di adeguamento dei modelli organizzativi aziendali per favorire orari flessibili, potenziamento del part-time, telelavoro, ecc.</i></p> <p><i>Ad esempio:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>servizi aziendali per l'infanzia</i> - <i>servizi aziendali di supporto all'attività scolastica per i figli dei propri dipendenti (dopo scuola, centri estivi)</i> - <i>servizi aziendali per liberare tempo (lavanderia, spesa a domicilio, maggiordomo aziendale)</i> - <i>servizi di trasporto, accompagnamento e assistenza domiciliare integrativa a favore di anziani/disabili a carico</i> <p><i>La sperimentazione sovra distrettuale avrà una ricaduta operativa e una concretizzazione all'interno dei 12 Ambiti distrettuali dell'ASL di Brescia o all'interno di macroaree aggregate</i></p>
TITOLARITA' INTERVENTO	<i>Ente capofila identificato dagli Ambiti distrettuali</i>
RISORSE IMPIEGATE	<p><i>Gruppo di progetto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Responsabili degli UdP</i> - <i>Direzione Sociale dell'ASL di Brescia</i>
SOGGETTI COINVOLTI	<i>Tavolo politico istituzionale in materia di conciliazione</i>
TEMPI	<p><i>Nella prima annualità dei PdZ 2012-2014 saranno definite:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>1. consolidamento e sviluppo di attività finalizzate a promuovere nei territori azioni di conciliazione</i> <i>2. articolazione delle azioni in riferimento a ciascun Ambito</i> <i>3. enti coinvolti nella realizzazione del progetto (Terzo Settore, PMI, Comuni, ecc.)</i> <i>4. partnership</i> <i>5. quota di cofinanziamento messa a disposizione dagli enti coinvolti</i> <p><i>Nella seconda e terza annualità dei PdZ 2012-2014 saranno realizzate le azioni previste con la promozione di erogazione di servizi di welfare aziendale e di welfare territoriale, e con l'adeguamento dei modelli organizzativi aziendali e delle iniziative di semplificazione e facilitazione all'accesso dei servizi e della modernizzazione dell'informazione</i></p>
INDICATORI DI ATTIVITA'	<p><i>n. incontri gruppo di progetto per anno</i></p> <p><i>n. Ambiti presso i quali vengono attivate le azioni previste</i></p>
INDICATORI DI RISULTATO	<p><i>n. azioni effettivamente attivate rispetto alle previste</i></p> <p><i>n. soggetti istituzionali/terzo settore/PMI coinvolti in partnership nel progetto</i></p>

III. AREA INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Nelle linee di indirizzo per la programmazione dei piani di zona – 3° triennio (2009-2011) approvate con D.G.R. VIII/8551 del 3 dicembre 2008 sono stati definiti alcuni paradigmi per la programmazione, tra cui viene ribadita l'esigenza di sviluppare e potenziare l'**integrazione sociale e socio sanitaria**.

“La nuova programmazione del triennio 2009-2011, si afferma, dovrà essere guidata dal concetto di “integrazione”, ai suoi diversi livelli:

- *integrazione istituzionale, che si basa sulla necessità di promuovere collaborazioni tra enti ed istituzioni diverse, in particolare tra Comuni, ASL, Terzo Settore;*
- *integrazione operativo - funzionale, che richiede capacità di lavorare secondo una logica progettuale e di incontro nel processo operativo di più operatori e di più professionalità;*
- *integrazione socio sanitaria, attraverso una programmazione coordinata con le politiche sanitarie e che costituisce il reale obiettivo di una presa in carico unitaria dei bisogni e della persona. In particolare, l'integrazione socio sanitaria (obiettivo rinforzato anche dalla disposizione di legge che prevede la sottoscrizione degli accordi di programma da parte dell'ASL) dovrà riguardare gli interventi di continuità assistenziale, il raccordo tra titoli sociali e titoli socio sanitari e in generale gli interventi di tipo domiciliare, quelli a sostegno della genitorialità e la tutela minori, gli interventi e i progetti in area salute mentale, dipendenze e promozione di sani stili di vita.*

L'integrazione in ambito socio sanitario dovrà realizzarsi a partire da quanto esplicitamente previsto dall'art. 3 del DPCM 14 febbraio 2001 “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”, riguardare sia le funzioni di presa in carico rispetto a bisogni espressi, sia le funzioni di prevenzione e promozione della salute, intesa nella sua accezione più ampia e globale, e dal DPCM 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”

Appare opportuno, come già ricordato, l'accordo di programma preveda la sottoscrizione, almeno per le aree di maggiore criticità, di protocolli operativi per la regolazione delle rispettive competenze e per modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie da parte dell'ASL all'interno delle funzioni di competenza degli Enti Locali. In ogni caso, sia per la tutela minori, sia per le altre aree di intervento che prevedono l'integrazione socio sanitaria, dovranno essere praticati momenti valutativi interdisciplinari funzionali all'individuazione di percorsi che favoriscono l'utilizzo integrato delle risorse e la presa in carico della persona considerata nella sua unitarietà e realizzino metodologie, prassi operative, organizzative e procedurali condivise ed omogenee”.

A seguito del “Recepimento Piani di Zona Triennio 2009-2011 e conseguente sottoscrizione Accordi di Programma” con deliberazioni n. 192 del 31.03.2009 e n. 205 del 07.04.2009 sono state identificate con le Direzioni Gestionali Distrettuali e con i Responsabili degli Uffici di Piano, le azioni/progetti di integrazione da realizzare nel triennio nelle aree di riferimento:

- 1) Minori e famiglia,
- 2) Anziani,
- 3) Disabilità,
- 4) Emarginazione – Immigrazione,
- 5) Dipendenze,
- 6) Salute mentale.

Il lavoro, frutto di un confronto aperto e continuo, si è coniugato in maniera diversa in riferimento a ciascun distretto/ambito, proprio per le specificità di ciascun territorio e del lavoro progressivo realizzato dagli operatori dell'ASL e degli Ambiti.

Tra le azioni più significative di integrazione sociosanitaria avviate presso i dodici Distretti/Ambiti dell'ASL di Brescia sono state realizzate nel triennio 2009-2011 le seguenti:

1. AZIONI DI INTEGRAZIONE REALIZZATE NEL TRIENNIO 2009- 2011

Nel triennio sono state identificate le seguenti azioni di integrazione da avviare e sviluppare nei dodici distretti/ambiti, in particolare:

- AREA ANZIANI: stipula del protocollo d'intesa per il funzionamento del CeAD

L'avvio e lo sviluppo dei CeAD ha indubbiamente costituito un'occasione importante per trovare omogeneità soprattutto nell'area della domiciliarità. Un gruppo di lavoro congiunto di operatori dei distretti e degli ambiti ha definito un protocollo operativo di funzionamento dei CeAD. In data 20.04.2010 il Gruppo di lavoro CeAD ha valutato le modalità da sviluppare per l'individuazione dei servizi di prossimità, legati ai casi complessi. Sono state inoltre definite le modalità di collaborazione, gli strumenti di lavoro, la definizione del caso complesso, la Customer Satisfaction e le modalità di somministrazione, il sistema di rilevazione dei dati attività CeAD di ASL/Ambiti e la scheda di raccolta dati, le iniziative formative e accordi su definizione del PAI unico e su modalità e tempi di avvio informatico della piattaforma informatica.

- AREA DISABILI: sperimentazione linee operative del Nucleo Servizi Handicap di Ambito; condivisione nuovo assetto organizzativo del NIL (Nucleo Inserimenti Lavorativi), modalità di segnalazione e di raccordo con UOI Disabilità dell'ASL, NIL, UDP e Servizi sociali comunali; promozione dell'Ufficio di Protezione Giuridica.

A seguito della dismissione dell'affidamento da parte dei Comuni all'ASL della gestione delle attività riferite alle Unità di Offerta socio-assistenziali dei Nuclei Servizi Handicap e delle competenze in ottemperanza alla L. R. 3/2008, è stato avviato un confronto nei singoli Ambiti Distrettuali con gli Uffici di Piano al fine di individuare un nuovo assetto organizzativo/operativo che lavori in modo integrato per l'analisi congiunta del bisogno e l'orientamento delle persone disabili nella rete dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari.

- AREA MINORI E FAMIGLIA: miglioramento comunicazione tra gli attori coinvolti per il servizio di tutela minori.

Il Protocollo per la Tutela Minori, attivo già dal 2004, prevede la costituzione di équipe integrate tra gli psicologi dell'ASL e gli assistenti sociali degli Ambiti per la definizione di un progetto specifico per il

minore che favorisca la sua tutela e, se possibile, il superamento degli elementi di pregiudizio esistenti e la costruzione di percorsi di cambiamento per la famiglia al fine della riappropriazione di una funzione educativa e relazionale adeguata ed equilibrata. La titolarità della tutela dei minori è in carico ai Comuni; è compito dei Responsabili di servizio, individuati dall'Ente titolare, trasmettere i provvedimenti e le varie comunicazioni all'équipe per la presa in carico. Gli psicologi del Servizio Tutela Minori dell'ASL effettuano esclusivamente prestazioni sanitarie (valutazione diagnostica, sostegno individuale e familiare), mentre gli assistenti sociali dei Comuni e quelle dell'Ente titolare, sono referenti del progetto e attivano prestazioni assistenziali e sociali a favore dei minori e della famiglia. Insieme definiscono e condividono il progetto individualizzato.

Il coordinamento, a livello distrettuale, della suddetta équipe è affidato a due referenti tecnici, individuati rispettivamente dall'ASL (Referente di area) e dall'Ente titolare, che mantengono stretti contatti tra di loro al fine di garantire l'organizzazione ed il funzionamento dell'équipe; particolare attenzione è data all'organizzazione di incontri dell'équipe finalizzati a favorire il confronto tra le diverse figure professionali, ad individuare criteri e modalità di lavoro condivise.

- Realizzazione Piano di Intervento 2010 e 2011 per persone in esecuzione penale, ai sensi della legge 8/2005; il Piano, oltre che con le istituzioni giudiziarie, gli Istituti Penitenziari, e gli enti gestori dei macroprogetti attivi sul territorio dell'ASL, è stato condiviso con gli Uffici di Piano; infatti nel gruppo interistituzionale sono presenti due responsabili degli Uffici di Piano.

Con la deliberazione n. 543 del 13.10.2009 e n. 399 del 07.07.2011 sono stati approvati rispettivamente i Piani di intervento 2010 e 2011.

- Sottoscrizione protocollo "Donne vittime di violenza" tra ASL e Ambiti distrettuali (approvazione Conferenza dei sindaci del 13 gennaio 2011).

In riferimento al documento "Accoglienza Ospedaliera di donne vittime di violenza" del dicembre 2008, redatto a cura del gruppo di lavoro coordinato dal Direttore Sanitario dell'ASL di Brescia, e costituito dai rappresentanti delle strutture di ricovero e cura dotate di Pronto Soccorso, dal Direttore Sociale e da rappresentanti dei competenti servizi dell'ASL, che ha come obiettivi:

- definire e governare un percorso che garantisca continuità assistenziale e che preveda tempestività di attivazione di un progetto di presa in carico territoriale finalizzato al superamento del trauma;
- evitare alla donna vittima di violenza passaggi ridondanti, inutili e dolorosi a più reparti o più professionisti;
- fornire riferimenti chiari ed univoci a tutti gli attori del percorso, circa fasi, tempi, modalità, responsabilità, tipologia prelievi ed esami diagnostici;

- fornire riferimenti chiari ed univoci a tutti gli attori del percorso rispetto agli obblighi formativi e legislativi (es. obbligo di denuncia di reato per pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio ai sensi dell'art. 331 del Codice di Procedura Penale);
- fornire informazioni al fine di garantire un setting idoneo ed appropriato per l'esecuzione della visita, dell'ascolto e dell'accompagnamento in tutte le fasi del percorso;
- garantire l'informazione sulla necessità di follow up infettivologici e di controllo clinico.

E in considerazione:

- della necessità per le donne che si presentano al Pronto Soccorso di una presa in carico multidisciplinare che può essere assicurata dal Consultori Familiari accreditati;
- del fatto che il progetto di intervento venga predisposto ed attuato in sinergia con le realtà, pubbliche e private, coinvolte nella singola situazione;
- della tutela della donna per la quale può essere necessario un allontanamento dal nucleo familiare ed il ricorso ai Centri di Pronto Intervento.
- della scelta di ricorrere ai Centri di Pronto Intervento definita dagli operatori del Pronto Soccorso oppure dalle assistenti sociali dei Consultori accreditati in relazione ai bisogni della donna;

In data 13 gennaio 2011 è stato sottoscritto dal Consiglio di rappresentanza dei sindaci e successivamente dalle dodici Assemblee distrettuali dei sindaci il protocollo tra ASL e Ambiti distrettuali che regola l'impegno dei comuni/Ambiti a farsi carico degli oneri relativi ai primi 4-5 giorni di permanenza presso i Centri di Pronto Intervento.

- Sottoscrizione protocollo per la realizzazione dell'interfaccia informatica – banca dati tra ASL e Ambiti territoriali (approvazione Conferenza dei sindaci del 13 gennaio 2011)

L'esigenza di fornire gli operatori dell'ASL e degli Ambiti di uno strumento informatico per lo scambio dei dati relativi alle singole persone in carico e agli interventi messi in campo a favore delle stesse, ha portato alla realizzazione di un progetto denominato "Banca dati- interfaccia informatica". In una prima fase il progetto è stato circoscritto all'area della domiciliarità e agli utenti CeAD e poi verrà esteso alle altre aree (minori, disabili, emarginazione, ecc.).

- Sottoscrizione protocolli per l'area della disabilità a livello distrettuale e per l'intera ASL

Nel corso del triennio sono stati promossi incontri tra referenti di area e operatori ASL e responsabili/operatori degli UdP finalizzati a rivedere le procedure in atto e a identificare nuovi protocolli di collaborazione. Sono stati scelti Ambiti dove aprire i cantieri di confronto, con l'obiettivo, una volta definito il protocollo o il documento, di estenderlo successivamente a tutti gli altri territori. Il lavoro ha trovato compimento con la definizione dei seguenti protocolli o accordi di collaborazione, redatti e approvati nel 2011:

Area di intervento	Azioni	Territorio
Continuità assistenziale per persone con disabilità	Definizione in un ambito territoriale di un protocollo di azione interistituzione e con il coinvolgimento del Terzo Settore locale	Ambito n. 4 Valle Trompia (approvato dalla Assemblea Sindaci)
Sostegno alla vita indipendente di persone con gravi disabilità	Definizione in un ambito territoriale di linee guida per la predisposizione di progetti di vita indipendente di persone con gravi disabilità	Ambito n. 9 Bassa Bresciana Centrale (approvato dalla Assemblea Sindaci 21/11/2011)
Integrazione Scolastica e Sociale degli alunni con deficit visivo	Condivisione di un percorso operativo e definizione di un protocollo d'intesa tra Associazioni e istituzioni per l'assistenza specialistica agli alunni con deficit visivo a sostegno della integrazione scolastica	Per tutta l'ASL
Definizione e presa in carico di progetti integrati per persone in condizione di disabilità	Protocollo d'Intesa tra DGD n. 1 e Ambito 1 per la presa in carico di progetti integrati di assistenza e sostegno per persone in condizione di disabilità	DGD 1 - Ambito 1 Brescia (sottoscritto in data 25/05/2011)

- Sottoscrizione in data 27.01.2011 da parte dei soggetti promotori e gestori (Regione Lombardia, ASL di Brescia, Provincia di Brescia, Comune di Brescia, Ambiti Territoriali dell'ASL di Brescia, CCIAA di Brescia, Associazione Comuni Bresciani, Consigliera Provinciale di Parità) dell'Accordo di collaborazione per la realizzazione della rete territoriale per la conciliazione.

Dalla sottoscrizione dell'Accordo di collaborazione si è proceduto alla definizione del Piano di intervento 2011 in materia di conciliazione. Elemento significativo di integrazione è dato dal fatto che i dodici Ambiti territoriali sono presenti al Tavolo di indirizzo politico/istituzionale nella persona dei Presidenti delle Assemblee distrettuali dei sindaci, mentre i responsabili degli Uffici di Piano sono costantemente informati delle misure attivate (Dote conciliazione servizi alla persona, Dote Premialità assunzione, bandi per progetti di rete territoriale).

2) AZIONI DI INTEGRAZIONE PER IL TRIENNIO 2012-2014

Le linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2012-2014 (D.G.R. n. IX/2505 del 16 novembre 2011), sottolineano ulteriormente l'esigenza di potenziare i livelli di integrazione delle politiche territoriali; infatti viene precisato che *"coordinare ed integrare le politiche pubbliche è diventato un imperativo categorico per tutti i governi, siano essi locali, nazionali o sovranazionali. L'integrazione ed il coordinamento delle politiche costituiscono oggi il tratto distintivo di una specifica politica istituzionale. In questo quadro – oltre alla necessaria integrazione sociosanitaria – emerge l'urgenza di agire affinché i diversi strumenti di programmazione si parlino ed interagiscano a livello territoriale e che il Piano di Zona si coordini con gli altri strumenti di programmazione quali il Piano di Governo del Territorio, il Piano territoriale degli orari dei servizi, le Linee di indirizzo per le politiche giovanili, i Piani integrati locali di*

promozione della salute, gli Accordi Quadro per lo Sviluppo Territoriale (AQST), i Patti territoriali per l'occupazione".

Alla luce degli indirizzi previsti dalla D.G.R. n. IX/2505 del 16 novembre 2011, si svilupperanno nel triennio le seguenti azioni di integrazione sociosanitaria e sociale:

a) Potenziamento della attività dei CeAD

Un obiettivo del triennio 2012-2014 è il potenziamento dei CeAD operanti a pieno regime con il conseguente aumento del numero di casi condivisi, gestiti sia dagli operatori ASL sia dagli operatori dei comuni o dell'ambito.

Tra le azioni specifiche:

- gestione dei casi complessi attraverso équipe multidisciplinare integrata;
- l'estensione della piattaforma informatica ad altri Ambiti, oltre quelli che già la stanno utilizzando;
- la sperimentazione di percorsi dedicati a livello domiciliare, ad esempio per pazienti affetti da demenza, che contemplino momenti formativi sia per gli operatori sia per i familiari e l'introduzione di particolari interventi personalizzati.

b) Prevenzione e promozione della salute:

- collaborazione nella realizzazione dei **Piani locali di promozione della salute**;
- fare rete e sinergia nella realizzazione di **progetti di prevenzione locale per le dipendenze** e educazione alla salute nelle scuole, seguendo le linee guida regionali. Lo sviluppo di maggiori raccordi tra Dipartimento Dipendenze e Ambiti territoriali ha la duplice finalità di condividere dati di conoscenza di andamento del fenomeno per calibrare gli interventi sulle caratteristiche dei destinatari in relazione all'uso/abuso di sostanze e di armonizzare le offerte formative favorendo di muoversi in un'ottica di sistema (progetto di comunità) e promuovendo la diffusione delle pratiche di intervento più efficaci.
- sviluppo di progetti di integrazione nell'area materno - infantile (es. HOME VISITING).

c) Estensione di alcuni protocolli di collaborazione e integrazione sottoscritti e sperimentati solo in alcuni territori (area disabilità); estensione delle linee guida per la predisposizione di progetti di vita indipendente di persone con gravi disabilità; condivisione con gli Ambiti del protocollo di azione interistituzione e di coinvolgimento del Terzo Settore locale **sulla Continuità assistenziale per persone con disabilità.**

d) potenziamento della collaborazione con gli Ambiti in materia di protezione giuridica:

identificazione di un punto di riferimento in ciascun Ambito in collegamento con l'Ufficio ASL per consulenze brevi e per organizzazione iniziative sul territorio.

e) Tutela Minori: verifica dei protocolli e delle modalità operative relative al funzionamento delle équipes integrate tra ASL e Ambiti.

f) Salute mentale: definizione protocolli di integrazione tra ASL, AO e Uffici di Piano.

g) Telefonia sociale: consolidare e potenziare la telefonia sociale messa a disposizione da AUSER Lombardia per rafforzare non solo la rete a sostegno della domiciliarità e l'attività di contrasto alla solitudine, ma altresì per produrre una razionalizzazione delle risorse e degli interventi a livello locale. Tra le azioni: l'attivazione di un telefono amico gratuito (N. Verde 800-995988, attivo 24 H 365 giorni all'anno) per informazioni e orientamenti sui servizi e sulle risorse esistenti per gli anziani e la famiglia; aiuti diretti alla persona attraverso la domiciliarità leggera e tutte le forme di accompagnamento; la compagnia telefonica; l'attuazione di interventi di "soccorso sociale" a supporto e aiuto delle persone anziane, finalizzati ad una prima risposta al bisogno, attivando gli interventi dei servizi pubblici presenti sul territorio, delle reti parentali-amicali dell'anziano, di forme di auto-aiuto e del volontariato.

IV. AREA MINORI

Gli interventi inerenti l'area minori, con particolare riferimento alle situazioni di disagio, coinvolgono una pluralità di soggetti (enti, istituzioni, organizzazioni del no profit), la cui necessità di coordinamento, se non proprio di stretta integrazione, è indispensabile al fine di non disperdere le già esigue risposte sia in termini professionali sia finanziari.

CRITICITA'

Le principali criticità rilevate nell'area sono:

1. 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 coinvolgono più servizi e più territori. Sono in aumento le situazioni in carico, sia su mandato del T.O. che del T.M. che interessano più ambiti, in relazione alla residenza dei genitori dei minori in carico;
2. il costo elevato dei collocamenti dei minori presso i servizi residenziali che diventa sempre più difficilmente sostenibile a fronte del presente contrarsi delle risorse economiche dei comuni;
3. una ampia fascia di situazioni di disagio di minori e delle loro famiglie è poco o insufficientemente presidiata: si tratta di quelle situazioni di "pre-tutela" ove si possono rilevare quegli elementi di comportamento e di distorsione delle relazioni familiari che, spesso in concomitanza con un elemento scatenante, possono deteriorarsi e portare a situazioni di grave pregiudizio per i minori con la conseguente segnalazione all'Autorità giudiziaria;

4. la necessità di ridefinire il ruolo dei consultori familiari (pubblici e privati) che sono presenti nei diversi territori sia in termini di risorse effettivamente disponibili che di prospettive organizzative/operative.

ELEMENTI DI PROGETTAZIONE

Le problematiche relative agli interventi di tutela dei minori hanno tratti comuni a tutti gli ambiti territoriali, pur nella loro peculiarità organizzativa. Opportunamente da qualche anno è stato costituito un *coordinamento dei servizi tutela*, quale organo tecnico professionale finalizzato a condividere buone prassi e linee guida organizzative per i diversi servizi. Grazie a tale organismo tecnico sono state valutate e definite buone prassi in relazione ai rapporti di collaborazione con l’Autorità Giudiziaria e con i servizi del territorio.

Rimane da valorizzare ulteriormente l’obiettivo che prevede la costruzione di linee guida comuni in particolar modo nella gestione degli interventi di tutela dei minori.

Il ruolo del Terzo Settore in tale area di intervento è fondamentale, sia in quanto gestore di servizi/unità d’offerta sociali che di progetti (es. i progetti ex L.285/97 attualmente attivi in tutti gli ambiti territoriali). E’ quindi indispensabile definire uno spazio di riflessione e di progettazione comune tra gli ambiti e tali soggetti.

1. FINALITÀ OBIETTIVI SPECIFICI	<i>Servizi tutela minori: definizione buone prassi sovra distrettuali condivise</i>
AZIONI	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Consolidamento del Gruppo di coordinamento provinciale servizi tutela quale momento di condivisione e di progettazione tecnico-operativa e di supporto al Coordinamento provinciale degli Uffici di piano</i> 2. <i>Definire attraverso protocolli, atti di indirizzo i rapporti con i diversi soggetti coinvolti nelle azioni connesse con la tutela dei minori sottoposti a provvedimenti dell’Autorità giudiziaria, in particolar modo il T.M., il T.O., l’USSM, gli avvocati, i servizi specialistici territoriali (NPI, SerT, CPS,...)</i> 3. <i>Definizione e regolamentazione degli “incontri protetti” previsti dal T.O. e dal T.M.</i>
TITOLARITA’ INTERVENTO SOGGETTI COINVOLTI	<i>Gruppo di coordinamento provinciale servizi tutela/ Autorità Giudiziaria, Servizi territoriali</i>
TEMPI	<i>Entro il triennio di validità del piano</i>
INDICATORI DI RISULTATO E DI VERIFICA	<i>Approvazione accordi/protocolli formali Definizione di linee guida operative sovra-ambito</i>

2. FINALITÀ OBIETTIVI SPECIFICI	Progetto AFFIDO
AZIONI	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Presentazione e sperimentazione progetto provinciale Fondazione CARIPLO</i> 2. <i>Implementazione del progetto nei diversi ambiti in raccordo con i servizi/i progetti già in essere in ciascun territorio</i>
TITOLARITA' INTERVENTO SOGGETTI COINVOLTI	<i>Provincia di Brescia/Ambiti distrettuali ASL, Terzo settore</i>
TEMPI	<i>Due anni dall'avvio del progetto provinciale</i>
INDICATORI DI RISULTATO E DI VERIFICA	<i>Incremento del numero di affidi rispetto al collocamento in comunità Miglioramento dell'attività di sostegno alle famiglie affidatarie e alle famiglie di origine</i>

3. FINALITÀ OBIETTIVI SPECIFICI	Definizione e sperimentazioni di nuovi servizi residenziali economicamente sostenibili
AZIONI	<p><i>Progettare e promuovere, nell'ambito di quanto previsto dall'art. 13 della L. R. n. 3/2008, nuovi modelli gestionali per le comunità di accoglienza per i minori, tenendo conto del mutato contesto sociale ed economico di riferimento.</i></p> <p><i>E' fondamentale a questo scopo rinegoziare, al fine di una co-progettazione, i rapporti con i soggetti gestori dei servizi residenziali. Un'attenzione particolare va posta, oltre che alla sostenibilità economica dei nuovi modelli gestionali, alla necessità di costruire reti di supporto, rivolte ai minori in condizione di disagio/pregiudizio e alle loro famigli, e maggiormente efficaci</i></p>
TITOLARITA' INTERVENTO SOGGETTI COINVOLTI	<i>Coordinamento Uffici di piano/Ambiti Enti gestori servizi residenziali, Terzo settore, ASL, Regione Lombardia</i>
TEMPI	<i>Entro il primo biennio di validità del Piano</i>
INDICATORI DI RISULTATO E DI VERIFICA	<i>Progettazione e prima sperimentazione di un modello gestionale Approvazione formale requisiti nuova unità d'offerta per presentazione alla Regione</i>

4. FINALITÀ OBIETTIVI SPECIFICI	Attenzione alle situazioni di fragilità e di disagio
AZIONI	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Progettare ed avviare linee guida per piani di intervento a favore delle situazioni familiari in particolare condizione di disagio anticipandone in qualche modo la presa in carico al fine di evitare la deriva di tali situazioni a condizioni di pregiudizio per i minori e quindi la necessaria segnalazione all’Autorità Giudiziaria</i> 2. <i>Valutazione e sperimentazione di équipe multi professionali dedicate (équipe “pre-tutela”) interne o ad integrazione degli attuali servizi presenti nei diversi ambiti</i>
TITOLARITA’ INTERVENTO SOGETTI COINVOLTI	<i>Ambiti territoriali (coordinamento e singoli Uffici di Piano)</i> ASL (consultori familiari), Servizi specialistici territoriali, Terzo Settore
TEMPI	<i>Entro il triennio di validità del piano</i>
INDICATORI DI RISULTATO E DI VERIFICA	<i>Definizione di linee guida operative sovra-ambito</i>

Legenda: rosso titolari, nero soggetti coinvolti

V. AREA DISABILITÀ

Cos’è la disabilità oggi?

E’ del tutto condivisibile la premessa al Piano di intervento locale sulla disabilità 2011/2012 a cura del Dipartimento ASSI – UO disabilità dell’ASL di Brescia, presentato al Consiglio di rappresentanza dei Sindaci il 15.12.2012 che inizia con le seguenti osservazioni:

“La disabilità oggi è una condizione che caratterizza la vita di persone di tutte le età, che presentano disabilità diverse e con risorse diverse, persone nate con deficit specifici o che si ritrovano ad essere disabili in età adulta dopo traumi importanti o in età anziana caratterizzata spesso da patologie croniche, anche fortemente invalidanti.

In passato quando si parlava di disabilità ci si riferiva in particolare all’età evolutiva, oggi parliamo di persone con disabilità da 0 a 65 anni, ma anche di persone sempre più anziane. Questo in parte per il prolungarsi della vita della persona disabile grazie anche ai progressi della medicina, in parte perché purtroppo sono sempre di più le persone adulte che diventano disabili a seguito di incidenti gravi. Inoltre la disabilità è una condizione determinata da esiti di patologie e/o eventi acuti frequenti in età anziana, specialmente per gli over 75, che compromette il loro livello di autonomia...

Da un’attenta lettura di cosa si intende oggi per disabilità appare evidente come si tratti di una condizione che non solo è mutata in termini per così dire qualitativi, facendo registrare una significativa

differenziazione delle caratteristiche patologiche e del tipo di bisogno/offerta socio- assistenziale- sanitaria, ma che interessa un numero di persone in aumento esponenziale.

Questo dato quantitativo, aggiunto alla contingenza economica attuale che non consente una moltiplicazione proporzionale di servizi, e all'esigenza di risposte sempre più diversificate impone l'individuazione in modo chiaro di obiettivi prioritari e delle conseguenti azioni da mettere in campo per affrontare le problematiche della disabilità.

Di seguito si riportano nel dettaglio gli interventi che si intendono trattare a livello provinciale per quanto attiene a questa specifica area di bisogno.

MACRO OBIETTIVO → perseguire il benessere psico fisico e l'integrazione della persona disabile all'interno di un sistema di servizi sostenibile nel tempo.

1. FINALITÀ OBIETTIVI SPECIFICI	<i>Rendere omogenee e coordinate le politiche sulla disabilità</i>
AZIONI	1. <i>attività di informazione diffusa e uniforme (segretariato sociale, sportello territoriale di protezione giuridica)</i>
	2. <i>approvazione dei criteri di accreditamento delle unità d'offerta sociali</i>
	3. <i>regolamentare i criteri e le modalità di compartecipazione degli utenti al costo dei servizi</i>
INDICATORI DI ATTIVITÀ	1.1 <i>attivazione sportello di protezione giuridica</i>
	2.2 <i>pubblicazione bando di accreditamento</i>
	3.3 <i>approvazione regolamento provinciale</i>
INDICATORI DI RISULTATO	1.1.1 <i>numero di accessi allo sportello/pratiche</i>
	1.1.2 <i>tempi medi di risposta</i>
	1.1.3 <i>questionario di soddisfazione utenti</i>
	2.2.1 <i>numero di enti accreditati</i>
	3.3.1 <i>numero di enti che applicano il regolamento</i>
TITOLARITA' INTERVENTO SOGETTI COINVOLTI	<i>1. Coordinamento Uffici di Piano/Ambito distrettuale Comuni</i>
	<i>2. Ambito distrettuale Coordinamento Uffici di Piano</i>
	<i>3. Conferenza dei Sindaci Coordinamento Uffici di Piano/Ambiti distrettuali/Provincia</i>

TEMPI	<i>Triennio di validità del piano</i>
-------	---------------------------------------

Legenda: rosso titolari, nero soggetti coinvolti

2. FINALITÀ OBIETTIVI SPECIFICI	<i>Razionalizzare le risorse disponibili</i>
AZIONI	<p><i>1. monitorare/rivalutare i servizi socio assistenziali diurni e residenziali e i relativi utenti (già inseriti) per verificare l'appropriatezza degli stessi in rapporto alle caratteristiche dell'utente, in sinergia con Enti gestori e ASL</i></p> <p><i>2. analizzare il servizio di assistenza ad personam scolastica in sinergia con NPI/EOH/Scuole/terzo settore per ottimizzare le risorse e per raccogliere dati utili per la programmazione dei servizi diurni</i></p> <p><i>3. sollecitare, su confronto con U.S.P., N.P.I e ASL, azioni sinergiche di supporto e formazione a favore dei docenti di sostegno e non, al fine di fronteggiare i casi di disturbo del comportamento attraverso strumenti anche diversi dalla figura dell'assistenza ad personam</i></p> <p><i>4. sostenere sperimentazioni e progetti specifici promossi dai servizi esistenti volti alla socializzazione, a percorsi di autonomia del disabile nonché di sollievo alle famiglie</i></p> <p><i>5. definire una rete sovra distrettuale e interistituzionale (Comuni, ASL, A.O., Terzo settore) ove rendere possibile il confronto e la condivisione di esperienze ai fini di sperimentare risposte idonee ai bisogni della persona disabile con forme di "servizio leggero" e flessibile</i></p>
INDICATORI DI ATTIVITÀ	<p><i>1.1 costituzione gruppi di lavoro con componenti Uffici di Piano, enti gestori, ASL</i> <i>1.2 creazione data base provinciale</i></p> <p><i>2.1 costituzione gruppi di lavoro con componenti Uffici di Piano, USP, NPIA, ASL</i> <i>2.2 creazione data base provinciale</i></p> <p><i>3.1 costituzione gruppi di lavoro con componenti Uffici di Piano, USP, NPIA, ASL e soggetti terzo settore</i> <i>3.2 sperimentazione interventi mirati per tipologie di disturbi del comportamento, anche attraverso percorsi formativi misti insegnanti/assistenti</i></p> <p><i>4.1 predisposizione di linee guida per i progetti individualizzati</i> <i>4.2 sperimentazione delle linee guida su casi complessi</i></p> <p><i>5.1 costituzione di gruppi di lavoro con componenti Uffici di Piano, enti gestori e terzo settore</i> <i>5.2 progettazione moduli di servizio/intervento sperimentali e più aderenti ai bisogni dei singoli utenti, nella logica della progettazione individualizzata</i></p>
INDICATORI DI RISULTATO	<p><i>1.1.1 approvazione linee di indirizzo per la definizione dell'appropriatezza dei servizi</i> <i>1.1.2 condivisione da parte dei distretti dei dati in software unici (ASL) –</i></p>

	<i>livello di mobilità degli utenti da un servizio all'altro</i>
	2.1.1 <i>superamento dove possibile del rapporto uno a uno</i> 2.1.2 <i>data base aggiornato relativo al fabbisogno servizi diurni</i>
	3.1.1 <i>professionalizzazione del personale</i> 3.1.2 <i>creazione di équipe di studio per tipologie di disturbo</i>
	4.1.1 <i>approvazione delle linee guida a livello di Ambito distrettuale</i> 4.1.2 <i>numero di progetti individualizzati attivati</i>
	5.1.1 <i>approvazione linee di indirizzo per la definizione di moduli di servizio</i> 5.1.2 <i>numero di moduli attivati</i> 5.1.3 <i>questionari di soddisfazione utenti</i>
TITOLARITA' INTERVENTO SOGGETTI COINVOLTI	1. <i>Coordinamento Uffici di Piano - Ambiti distrettuali</i> <i>Comuni, Enti gestori, ASL</i>
	2. <i>Coordinamento Uffici di Piano - Ambiti distrettuali</i> <i>Comuni, NPIA, ASL, USP, Terzo settore, Provincia</i>
	3. <i>Coordinamento Uffici di Piano - Ambiti distrettuali</i> <i>NPIA, ASL, USP</i>
	4. <i>Coordinamento Uffici di Piano - Ambiti distrettuali</i> <i>enti gestori</i>
	5. <i>Coordinamento Uffici di Piano - Ambiti distrettuali</i> <i>enti gestori, ASL, Regione Lombardia</i>
TEMPI	<i>Triennio di validità del piano</i>

Legenda: rosso titolari, nero soggetti coinvolti

VI. AREA PENALE

Gli interventi in area penale, relative sia agli adulti sia ai minori, sono caratterizzati da una elevata complessità determinata da:

- molteplicità dei soggetti coinvolti;
- necessità di integrazione di politiche diverse: sanitarie, socio-sanitarie, sociali, abitative, formative, lavorative, immigratorie;
- ampiezza dei territori di riferimento;
- problematiche molteplici di cui sono portatrici le persone interessate.

In questo contesto, già nei precedenti Piani, era stato individuato il livello sovra distrettuale come ambito della programmazione degli interventi.

Inoltre sia nel quadro della progettazione della L. R. 8/2005 sia nella realizzazione dei patti di rete sono stati individuati come territori di riferimento i dodici ambiti dell'ASL di Brescia.

In considerazioni di questi elementi si intende procedere con le seguenti azioni:

1. FINALITÀ OBIETTIVI SPECIFICI	<i>Creare un sistema di connessioni più efficace tra tutti i soggetti coinvolti</i>
AZIONI	<p><i>a) Individuare il gruppo interistituzionale attivo presso l'ASL (LR 8/2005) quale luogo per:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>- l'analisi dei bisogni e la definizione delle proposte delle priorità di intervento;</i> <i>- la valutazione dei risultati dei progetti/iniziative attivati;</i> <p><i>b) strutturare e sistematizzare le modalità di informazioni tra il gruppo interistituzionale e il livello territoriale;</i></p>
SOGGETTI COINVOLTI	<i>ASL con funzioni di coordinamento, Responsabili Uffici di Piano, Istituti penitenziari, UEPE, USSM, enti gestori di interventi in materia di prevenzione e recupero delle persone in esecuzione penale</i>
TEMPI	<i>Triennio di validità del piano</i>
INDICATORI DI RISULTATO	<p><i>a) definizione condivisa di un piano integrato di interventi a livello sovra distrettuale</i></p> <p><i>b) definizione di modalità e strumenti per i passaggi di informazione</i></p>

2. FINALITÀ OBIETTIVI SPECIFICI	<i>Sostenere il reinserimento sociale delle persone in uscita dal carcere</i>
AZIONI	<ul style="list-style-type: none"> <i>- Attivazione di interventi di housing sociale, anche con interventi complementari a sostegno dello stesso, e di percorsi di inserimento lavorativo uniformando le azioni specifiche a quelle previste per tutte le categorie di persone in condizioni di fragilità sociale che hanno problemi di reinserimento, nella logica delle pari opportunità e nel rispetto della programmazione locale e delle risorse disponibili</i> <i>- Sensibilizzazione delle comunità locali, delle amministrazioni pubbliche e delle realtà del terzo settore affinché possano essere ampliate le opportunità abitative di housing sociale e attivati borse lavoro, tirocini lavorativi a favore di persone in esecuzione penale</i>

SOGGETTI COINVOLTI	<i>Enti locali, Ambiti, soggetti del terzo settore</i>
TEMPI	<i>Triennio di validità del piano</i>
INDICATORI DI RISULTATO	<i>Sviluppo e mantenimento degli interventi in atto realizzati dai macroprogetti finanziati con il Piano di interventi 2010 e 2011, ai sensi della legge 8/2005.</i>

VII. AREA POLITICHE GIOVANILI

Le Politiche Giovanili avviate all'interno della programmazione distrettuale, negli anni precedenti, sono state gestite autonomamente da ciascun ambito. Unico elemento di raccordo la comunanza degli interventi promossi e realizzati con le leggi di settore 285/97 e 45/99. I progetti attuati ai sensi della L. 285/97 sono stati essenzialmente interventi di sostegno alla genitorialità e sui temi dell'affettività/sexualità, mentre le azioni legge 45/99 sono state orientate ad interventi di prevenzione all'utilizzo di sostanze o di atteggiamenti devianti e a rischio. Non si è mai raggiunta la condivisione degli indirizzi progettuali sovra distrettuali, unico elemento comune la progressiva diminuzione di interventi/risorse destinati a tali azioni.

Alcuni distretti (sei) sono stati coinvolti nel progetto Fuori Classe, promosso da Regione Lombardia e coordinato sul territorio della provincia di Brescia da Confcooperative. Il progetto, rivolto a ragazzi di età compresa tra i 16 e i 30 anni, aveva quale obiettivo la promozione e la valorizzazione delle cosiddette "competenze alla vita" - il lavoro, le forme partecipazione positiva dei giovani e i luoghi di aggregazione attiva -. Scopo del progetto: sviluppare la creatività e la capacità di organizzare eventi artistici, anche dall'incontro con esperienze internazionali. Alla luce del progetto con valenza provinciale è emersa l'importanza di procedere secondo linee comuni, ma altresì la necessità di declinare le azioni a livello locale.

Pertanto, in riferimento alla DGR 2508/2011 "Linee di indirizzo per una nuova governance delle politiche giovanili in Regione Lombardia 2012-2015", si ritiene opportuno procedere nella condivisione degli obiettivi generali, secondo programmazioni locali differenziate ma non frammentate.

FINALITÀ OBIETTIVI SPECIFICI	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>definizione di modelli di governance che rafforzino lo sviluppo di reti tra istituzioni locali, attori del privato sociale e organismi della società civile</i> 2. <i>garantire la stabilizzazione di un sistema di programmazione</i> 3. <i>definizione di obiettivi comuni legati alla sfera dell'agio, promozione di percorsi rivolti all'adulità e di autonomia</i>
---------------------------------	---

AZIONI	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>creazione di reti tra i vari attori</i> 1. <i>creazione di sinergie tra i vari assessorati sport, cultura.</i> 2. <i>interventi nella sfera dell'agio</i>
TITOLARITÀ INTERVENTO E FORME DI GESTIONE	<i>Ambito distrettuale o unione di Distretti</i>
SOGGETTI COINVOLTI	<ul style="list-style-type: none"> - <i>ASL</i> - <i>COOPERATIVE SOCIALI</i> - <i>ORATORI</i> - <i>INFORMAGIOVANI</i> - <i>ISTITUTI SCOLASTICI</i>
DESTINATARI	<i>Giovani di età compresa tra i 14 e i 30 anni</i>
RISORSE IMPIEGATE INDICATORI DI ATTIVITÀ	<i>Risorse locali</i> <i>Risorse provenienti da progettazioni ad hoc</i>

Conclusioni

Il 2012 costituirà l'anno dell'**osservazione conoscitiva** e delle **scelte**, periodo di *transizione* e passaggio da uno scenario conosciuto e consolidato verso una prospettiva nuova e incerta.

Il biennio 2013/2014 rappresenterà il tempo dell'*approdo*, dell'**apprendimento** e delle **sperimentazioni** e, auspichiamo, della crescita.

E per finire ci affidiamo al pensiero di Albert Bandura che prefigurando un futuro diverso scrive:

“La forza delle famiglie, delle comunità, delle organizzazioni, delle istituzioni sociali e persino delle nazioni risiede in parte nel senso di efficacia collettiva delle persone, cioè nella fiducia di poter risolvere i problemi attuali e migliorare la propria vita attraverso uno sforzo comune. “



**Protocollo operativo
di applicazione delle linee guida regionali
in materia di collaborazione con il Terzo settore per la programmazione dei Piani
di Zona 2012-2014**

In riferimento a quanto previsto dagli indirizzi di programmazione previsti dalle D.G.R. IX/937 dell'1.12.2011, ad oggetto: *"Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2011"*, la Direzione Sociale dell'ASL di Brescia, i responsabili degli Uffici di Piano degli Ambiti distrettuali e i componenti del Tavolo di Consultazione del Terzo Settore presso l'ASL di Brescia, hanno condiviso in incontri appositamente dedicati le linee di indirizzo relative alla integrazione socio sanitaria e allo sviluppo della collaborazione tra ASL, Piani di Zona e le realtà del Terzo Settore, che di seguito vengono presentate. Il presente protocollo può costituire una piattaforma omogenea e un documento base da inserire nei Piani di Zona 2012-2014.

Le regole di sistema regionali pongono come obiettivi quelli di "favorire il coinvolgimento del Terzo Settore sin dalla fase di programmazione in modo complementare ed integrato con l'area sociale" e la "promozione dell'adesione del Terzo Settore all'Accordo di Programma per il Piano di Zona e ad accordi mirati tra i Comuni che valorizzino sempre di più l'apporto e la partecipazione dei soggetti del privato sociale nelle politiche a sostegno della famiglia".

1. Il quadro normativo regionale

Nella legge regionale n. 3 del 2008 il rapporto con il Terzo settore è qualificato in dieci differenti modalità: la consultazione, la collaborazione, la programmazione (partecipata), la progettazione, la realizzazione della rete delle unità d'offerta, di iniziative sperimentali, innovative e di formazione, la promozione, l'adesione, l'affidamento di servizi, lo svolgimento di attività sociali e assistenziali (anche al di fuori della rete).

Il Terzo settore è individuato pertanto come interlocutore privilegiato con il quale coordinare azioni di pianificazione e programmazione che assumono maggiore incidenza se praticate a livello locale con conseguente maggiore aderenza ai bisogni ed ai modelli culturali della società civile.

Nella bozza degli indirizzi per la definizione dei Piani di Zona 2012-2014 vengono ulteriormente specificate le diverse forme di collaborazione con i soggetti del Terzo settore che riguardano in particolare:

- la coprogettazione;
- la sperimentazione di nuovi servizi;
- la sperimentazione di nuove modalità gestionali.

2. Lo scenario sociale

La spinta crescente dei bisogni sociali richiede una capacità di riforma dei tradizionali strumenti del welfare locale al fine di adeguarli alle necessità indotte dal cambiamento. Al centro dei mutamenti vi sono temi quali il cambiamento delle abitudini, degli stili di vita delle famiglie e delle comunità, il manifestarsi di nuove forme di povertà, il graduale processo di integrazione dei cittadini immigrati, la profonda trasformazione della struttura e della dinamica demografica della popolazione, il miglioramento della speranza di vita delle persone anziane, nonché la limitatezza delle risorse economiche per lo sviluppo delle politiche sociali locali. La rilevanza dei problemi sociali, oggi ulteriormente amplificate dagli effetti della crisi economica, e la riduzione dei fondi economici pubblici a sostegno di nuove iniziative e servizi sociali, richiedono l'adozione di modelli organizzativi che comportino una significativa integrazione sovra comunale, l'assunzione di un ruolo programmatore forte da parte del soggetto pubblico e l'apertura a relazioni comunitarie con il mondo del non profit, riconoscendo ad ogni attore un proprio compito specifico, ma orientato ad una comune responsabilità sociale.

3. La programmazione sociale territoriale

Il decennio di attivazione dei Piani di Zona ha permesso di dotare i territori di un solido, omogeneo e coerente progetto politico sociale, processo che può ulteriormente consolidarsi e rafforzarsi con l'avvio dei nuovi Piani di Zona 2012-2014.

Lo sviluppo ed il potenziamento della programmazione sociale a livello locale richiede l'integrazione di una molteplicità di soggetti e la strutturazione di una rete sempre più solida e coesa tra i vari attori istituzionali. L'integrazione ed il coordinamento delle politiche costituiscono il tratto distintivo delle politiche istituzionali a livello territoriale, in particolare l'integrazione tra gli interventi delle reti socio-sanitaria e sociale.

Per il raggiungimento di questi importanti obiettivi è necessario che i processi di riforma introdotti nell'ultimo decennio nel campo delle politiche sociali e socio sanitarie trovino continuità e sviluppo lungo alcune direttrici istituzionali ed organizzative di seguito proposte.

1. *Contestualizzazione e pianificazione delle politiche sociali locali prendendo sempre più a riferimento un perimetro politico-amministrativo sovra comunale.* Questo assunto richiede un investimento da parte dei Comuni orientato alla *crescita delle politiche sociali di zona* e ed alla valorizzazione degli assetti istituzionali e dei modelli organizzativi distrettuali. *Lo sviluppo della funzione di programmazione centralizzata a livello distrettuale costituisce* lo strumento fondamentale di governo delle politiche sociali, soprattutto in un momento di crisi sociale e di riduzione delle risorse a disponibili.
2. *Valorizzazione delle sinergie e delle integrazioni tra la sfera sociale e la sfera sanitaria* quale presupposto fondamentale della coincidenza tra distretti ASL e ambiti territoriali socio assistenziali, che non deve quindi essere interpretata solamente quale semplificazione burocratica. Negli ultimi anni sono state implementate a livello distrettuale azioni di integrazione socio-sanitaria che hanno visto la collaborazione dei distretti e degli ambiti; tali azioni vanno ulteriormente potenziate anche attraverso la definizione di protocolli operativi, l'attivazione di sperimentazioni congiunte, lo sviluppo dello scambio di informazioni circa gli interventi messi in campo per i singoli cittadini.

3. *Coinvolgimento del Terzo settore* (fondazioni, associazioni di volontariato, associazioni di promozione sociale, cooperative ed imprese sociali, altre forme di solidarietà comunitaria) *nella programmazione degli interventi previsti dai Piani di Zona*. Se l'istituzione dei tavoli di Consultazione del Terzo settore presso gli ambiti, avvenuta nel 2008, è stata un momento di presa d'atto della necessità di strutturare maggiormente il rapporto tra Terzo settore e Piano di Zona, a ciò non è seguito un processo di reale coinvolgimento fattivo e strutturato. Anche il confronto all'interno dei tavoli tecnici di area è proceduto con fasi di lavoro intenso e momenti di pausa. Le difficoltà sono emerse anche all'interno delle stesse realtà del Terzo settore, soprattutto in riferimento alla rappresentatività dei singoli enti nella partecipazione agli incontri e ai tavoli di lavoro. Per questa ragione si rendono opportune le seguenti azioni:
- a. verifica effettivo funzionamento dei tavoli istituzionali (tavoli di consultazione del terzo settore e dei tavoli tecnici di area presso i 12 ambiti distrettuali)
 - b. predisposizione di un regolamento tipo per il funzionamento dei Tavoli del Terzo settore da recepire a livello distrettuale;
 - c. verifica del funzionamento dei Forum territoriali del terzo settore (costituzione, funzionamento, base associativa);
 - d. azioni di supporto orientate a favorire l'innovazione e la crescita organizzativa delle realtà;
 - e. azioni formative a livello territoriale in collaborazione con le varie realtà del Terzo settore;
 - f. momenti di incontro tra il Tavolo consultivo del Terzo settore provinciale, responsabili degli Uffici di piano, portavoce dei forum territoriali del Terzo settore.
 - g. promozione dell'adesione del Terzo settore all'Accordo di Programma per i Piani di Zona 2012-2014.
 - h. sviluppo di forme di auto e mutuo aiuto, reti di vicinato, rapporti di prossimità, spazi di sussidiarietà e solidarietà, iniziative di informazione e divulgazione, investimento culturale, al fine di sostenere la comunità e i singoli cittadini e le famiglie.
 - i. Sperimentare forme di integrazione societaria tra aziende pubbliche e soggetti rappresentativi del Terzo settore per coordinare gli apporti della comunità territoriale verso il perseguimento di obiettivi comuni.
 - j. Sperimentare forme di integrazione dei fondi locali dei Comuni e delle organizzazioni non profit e sviluppare attività di found raising rivolte alle fondazioni bancarie ed a soggetti privati a sostegno di politiche sociali distrettuali e di strategie di pianificazione centralizzata degli obiettivi.

4. Aree di sviluppo della collaborazione tra ASL, Ambiti e Terzo settore nel corso del triennio dei Piani di Zona 2012-2014

- Consolidamento del coinvolgimento del terzo settore nell'analisi dei bisogni all'interno dei tavoli tecnici di area dei singoli ambiti distrettuali, nella definizione delle priorità e nella realizzazione coordinata e condivisa di azioni/interventi/progetti.
- Potenziamento piattaforme informatiche, in via prioritaria nell'area della domiciliarità, con la possibilità di monitorare oltre che gli interventi realizzati dall'ASL e dagli Ambiti/Comuni anche i servizi informali messi in campo dall'associazionismo volontario per una corretta analisi delle reti attivi a favore delle persone.

- Diffusione dell'istituto del segretariato sociale con il coinvolgimento attivo del Terzo settore: predisposizione materiale informativo di base per fornire ai cittadini notizie, riferimenti, accesso ai servizi, evitando inutili dispersioni e perdite di tempo.
- Ampliamento dei protocolli d'intesa per le dimissioni protette con il coinvolgimento del Terzo settore e delle reti territoriali, al fine della messa a disposizione di risorse e di servizi immediatamente necessari per la persona in fase di dimissione.
- Sviluppo di progettualità sovracomunali innovative e sperimentali con il coinvolgimento del Terzo settore in funzione di arricchire il territorio di "nuovi" modelli di unità di offerta.
- Condivisione dei requisiti relative all'accreditamento di servizi sociali sovra comunali (mini alloggi protetti – CSE – assistenza scolastica ad personam e domiciliare).
- Avvio di azioni di co-progettazione in aree e servizi specifici.
- Condivisione della sostenibilità dei servizi relativamente ai criteri/priorità di accesso e modalità di compartecipazione alla spesa.