

**VERBALE**  
**ASSEMBLEA DEI SINDACI DEL DSSB 2 Bs Ovest di Gussago**  
**Mercoledì 18 Marzo 2009 ore 15,00-17,00**

**AMMINISTRATORI PRESENTI:** Sindaco del Comune di Gussago, Assessori Servizi Sociali dei Comuni di Berlingo, Castel Mella, Cellatica, Ome, Ospitaletto, Rodengo Saiano, Roncadelle, Torbole Casaglia.

**·C'E' IL NUMERO LEGALE DEGLI AVENTI DIRITTO**

**TECNICI PRESENTI:** dott.ssa Anna Maria Finazzi, dott. Armando Sciatti, dott.ssa Marialuisa Vivenzi, Assistente Sociale di Ospitaletto Verzeletti Monica.

**REFERENTI DELL'ASL:** Dott. Amoruso, Dott.ssa Testa.

**1.**

Il Dott. Sciatti illustra all'Assemblea i contenuti dell'Area Anziani del Piano di Zona redatta in collaborazione col gruppo anziani emanazione del Tavolo di Consultazione del Terzo settore. L'Assemblea ne prende atto e ritiene di non apportare modifiche, ma rimanda la ratifica definitiva al 25 Marzo, contestualmente all'approvazione di tutto il Piano di Zona.

**2.**

La dott.ssa Finazzi illustra la parte introduttiva al Piano e le Aree Trasversali, di cui fa parte anche l'Area dell'Integrazione Socio-Sanitaria. In particolare precisa che quest'ultima è stata redatta nell'ambito di alcuni confronti con i referenti dell'Ambito Distrettuale 3 e con la Direzione ed i responsabili di area del Distretto Socio Sanitario n 2 dell'ASL.

L'Assemblea analizza attentamente il documento presentato e si sofferma principalmente sul paragrafo dedicato alla Salute Mentale chiedendo di apportare piccole modifiche allo stesso.

L'Assemblea definisce di approvare l'Area, così modificata, contestualmente all'intero documento del Piano di Zona.

**3.**

I componenti dell'Assemblea riunitisi il lunedì 16 Marzo 2009 per la stesura formale della proposta da sottoporre alle associazioni dei genitori dei disabili ne danno lettura così che l'Assemblea possa verificare che quanto scritto rappresenti realmente le intenzioni della stessa.

I componenti dell'Assemblea esprimono parere favorevole, ma dispongono anche di lasciare aperta la possibilità di interagire e modificare la proposta stessa alla luce delle osservazioni delle associazioni, fermo restando il ricorso all'ISEE familiare.



# COMUNE DI GUSSAGO

Provincia di Brescia

Ufficio di Piano  
Gussago, 18.02.2008

- Ai componenti dell'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito n. 2
- Al Direttore DSSB Dott. Amoruso e al Coordinatore sociale DSSB Dott.ssa Testa

**OGGETTO:** convocazione dell'Assemblea dei Sindaci (per Piano di Zona).

Per approvare il Piano di Zona 2009-2011 entro i tempi indicati dalla Regione Lombardia, siete invitati a prendere parte ai seguenti incontri:

- **MERCOLEDI' 4 MARZO** alle ore **15,00** presso la Sala Cartografia del Comune di Gussago – Via Peracchia n. 3

Ordine del giorno:

1. Rivalutazione distribuzione FSR a seguito di errata rendicontazione di un Ente Gestore;
2. Presentazione area disabili del Piano di Zona 2009-2011;
3. Presentazione area minori del Piano di Zona 2009-2011;
4. Definizione di una data per la concertazione dei criteri relativi agli SFA, CSE, trasporti,..;
5. Varie ed eventuali.

- **MERCOLEDI' 11 MARZO** alle ore **15,00** presso la Sala Cartografia del Comune di Gussago – Via Peracchia n. 3

Ordine del giorno:

1. Valutazione del regolamento per approvazione definitiva dello stesso (per rendere possibile tale valutazione ogni Assessore deve aver analizzato le simulazioni effettuate dal tecnico del proprio Comune così da poter segnalare eventuali anomalie per i propri utenti);
2. Presentazione area stranieri, emarginazione e disagio adulto del Piano di Zona 2009-2011;
3. Varie ed eventuali.

- **MERCOLEDI' 18 MARZO** alle ore **15,00** presso la Sala Cartografia del Comune di Gussago – Via Peracchia n. 3

Ordine del giorno:

1. Presentazione area anziani del Piano di Zona 2009-2011;
2. Presentazione aree trasversali e area integrazione socio-sanitaria del Piano di Zona 2009-2011;
3. Varie ed eventuali.

- **MERCOLEDI' 25 MARZO** alle ore **15,00** presso la Sala Cartografia del Comune di Gussago – Via Peracchia n. 3

Ordine del giorno:

1. Approvazione definitiva del Piano di Zona 2009-2011;
2. Approvazione Piano Finanziario 2009\*;
3. Varie ed eventuali.

In attesa di incontrarvi, l'occasione è gradita per porgere cordiali saluti.

IL PRESIDENTE  
DELL'ASSEMBLEA DEI SINDACI  
Prof Bruno Marchina

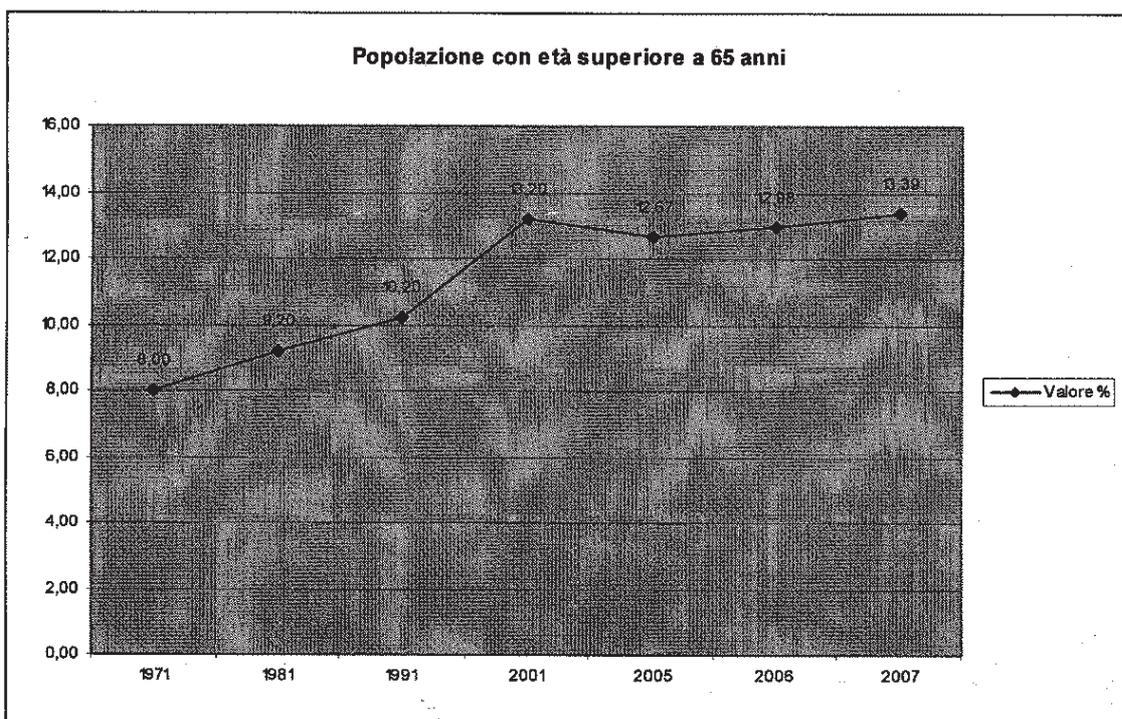
\* Il punto verrà svolto solo se la Regione Lombardia avrà comunicato l'importo del FNPS.

**AREA ANZIANI**

### Analisi della popolazione e indici

Quando si parla di popolazione anziana ci riferiamo al numero di abitanti, in un determinato territorio, con un'età superiore ai 65 anni. Per la nostra analisi si è ritenuto opportuno suddividere questa popolazione in due diverse fasce d'età: una prima, che comprende le persone con età tra 65 e 74 anni, e una seconda per coloro che hanno più di 75 anni. Il paragrafo è strutturato in modo da raffrontare lo stesso indice o valore assoluto su base distrettuale in un arco di tempo di otto anni (2000 – 2007) e in alcuni casi affiancando anche i valori dei censimenti (1971 – 1981 – 1991 – 2001) così da ottenere un arco temporale di 46 anni.

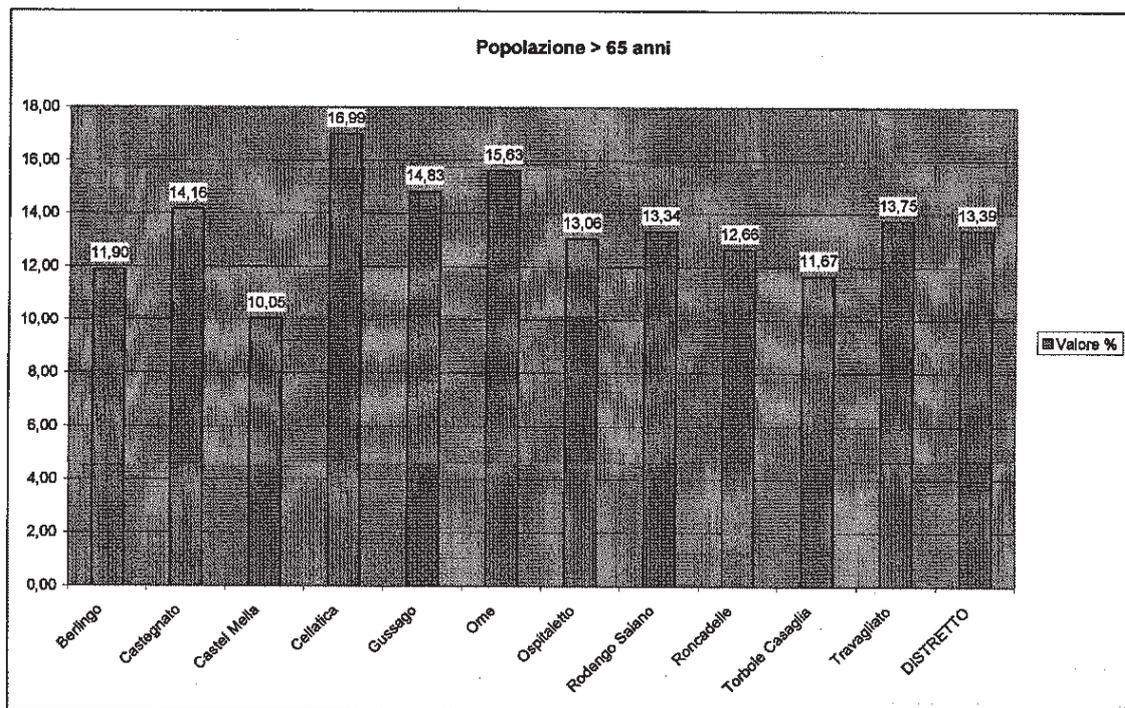
Per gli stessi indici o dati assoluti della popolazione anziana si è poi voluto dare uno sviluppo per singolo Comune, questo per evidenziare come le dinamiche di distribuzione possono variare e risentire di particolari situazioni locali. Tali differenze, poi, condizionano le politiche sociali dei singoli Comuni e la loro strutturazione dei servizi rivolti agli anziani.



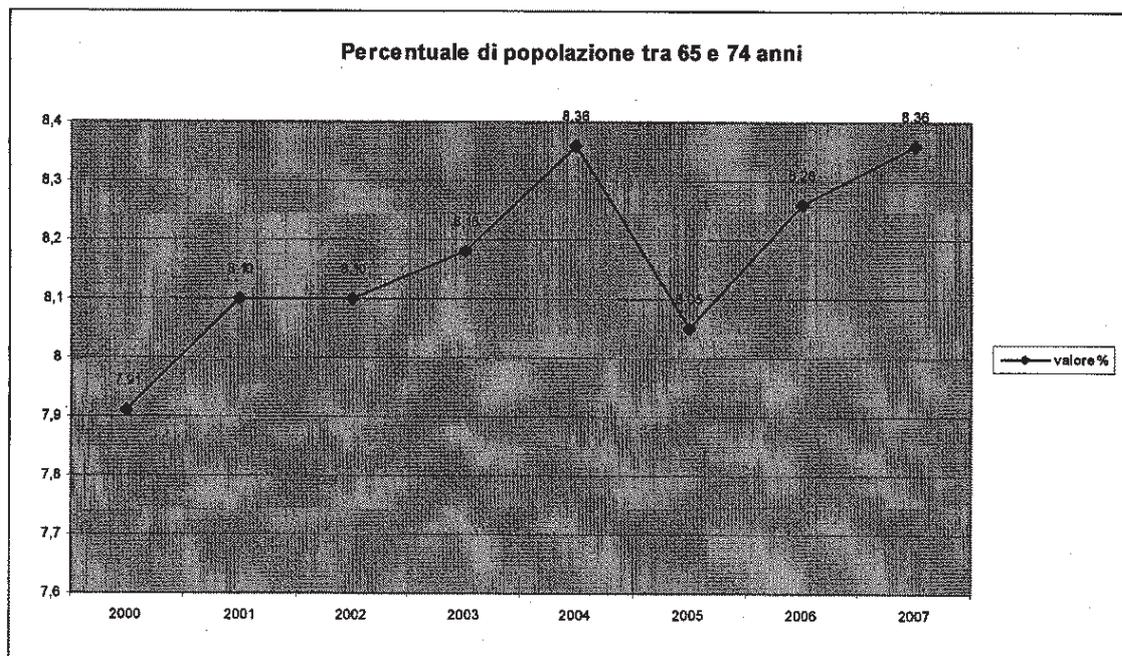
La popolazione superiore ai 65 anni ha avuto un aumento molto sensibile negli ultimi decenni grazie anche al costante miglioramento delle condizioni sociali e di reddito nonché dei servizi sanitari e sociali che le Istituzioni hanno messo a disposizione della popolazione. Infatti partiamo da una percentuale dell'8,00% nel 1971 per arrivare al 13,39% del 2007, praticamente il numero è aumentato di oltre il 60%.

Vedendo la distribuzione nei vari Comuni si ottiene un'analisi certamente più statica nel tempo ma comunque esistono situazioni fortemente differenti tra loro, ci riferiamo alla situazione del Comune

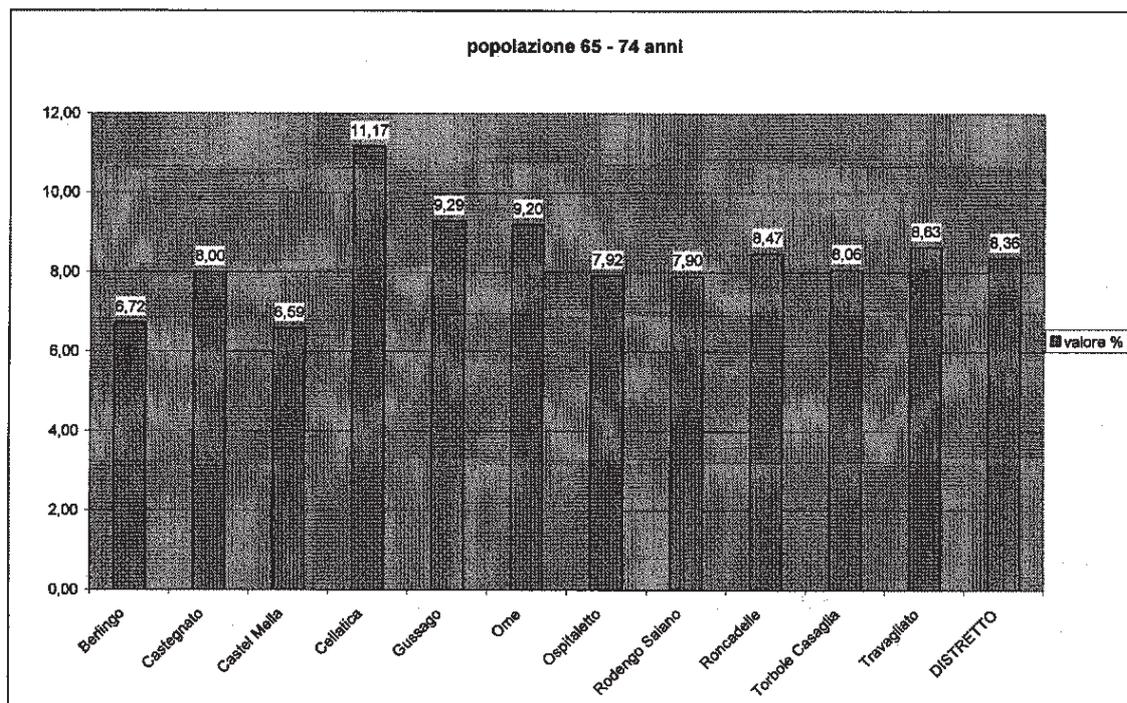
di Cellatica che ha un dato di molto oltre la media percentuale del distretto (16,99%) e il Comune di Castel Mella, al contrario, dove la popolazione con oltre 65 anni è al 10,05%.



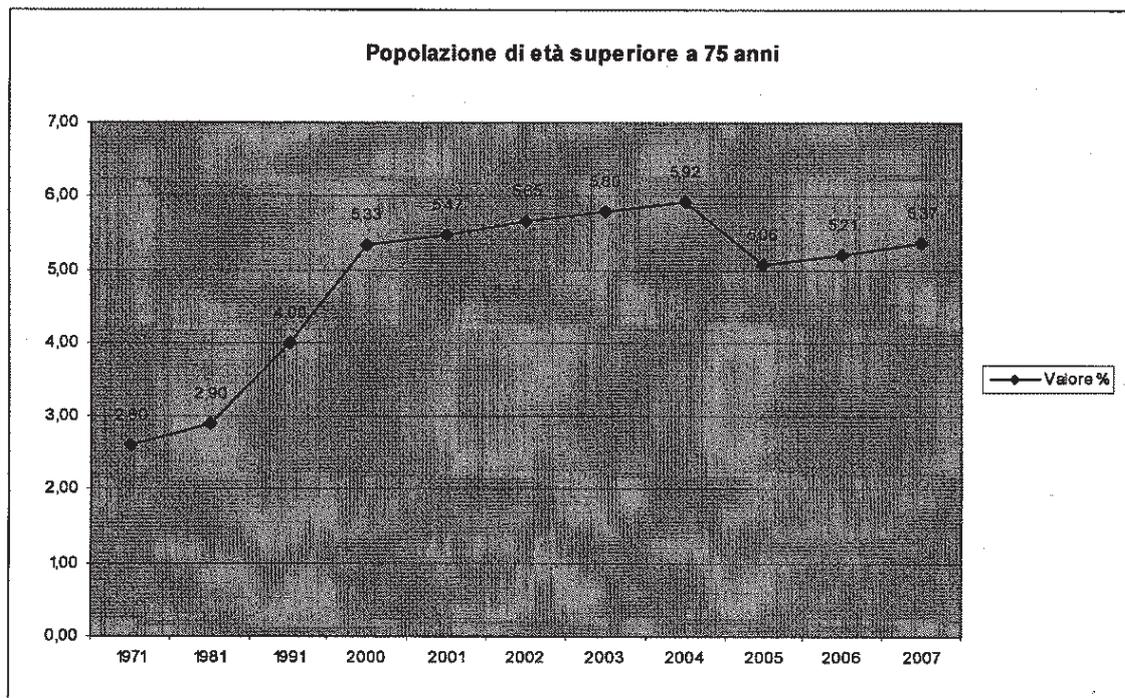
La percentuale di popolazione tra 65 e 74 anni cresce nel periodo di riferimento dell'1,45% molto di più della popolazione sopra i 65 anni nello stesso periodo significando un aumento dell'età media generale.



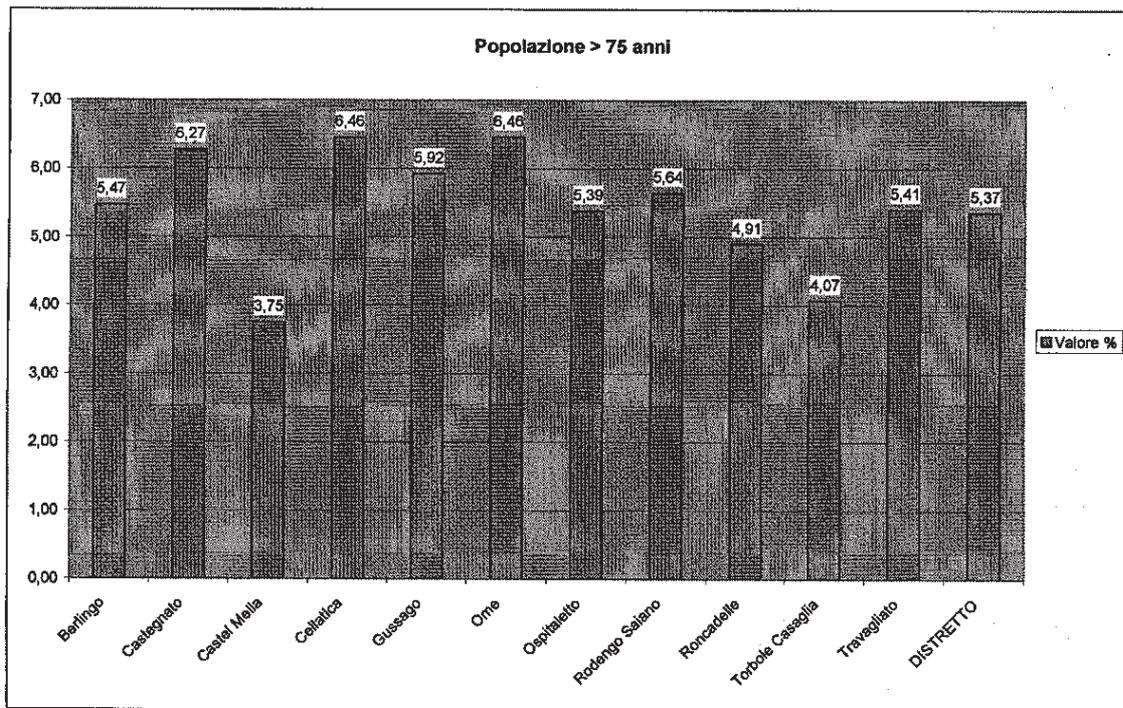
A livello comunale il dato assoluto conferma il precedente con la punta superiore rappresentata da Cellatica e inferiore da Castel Mella.



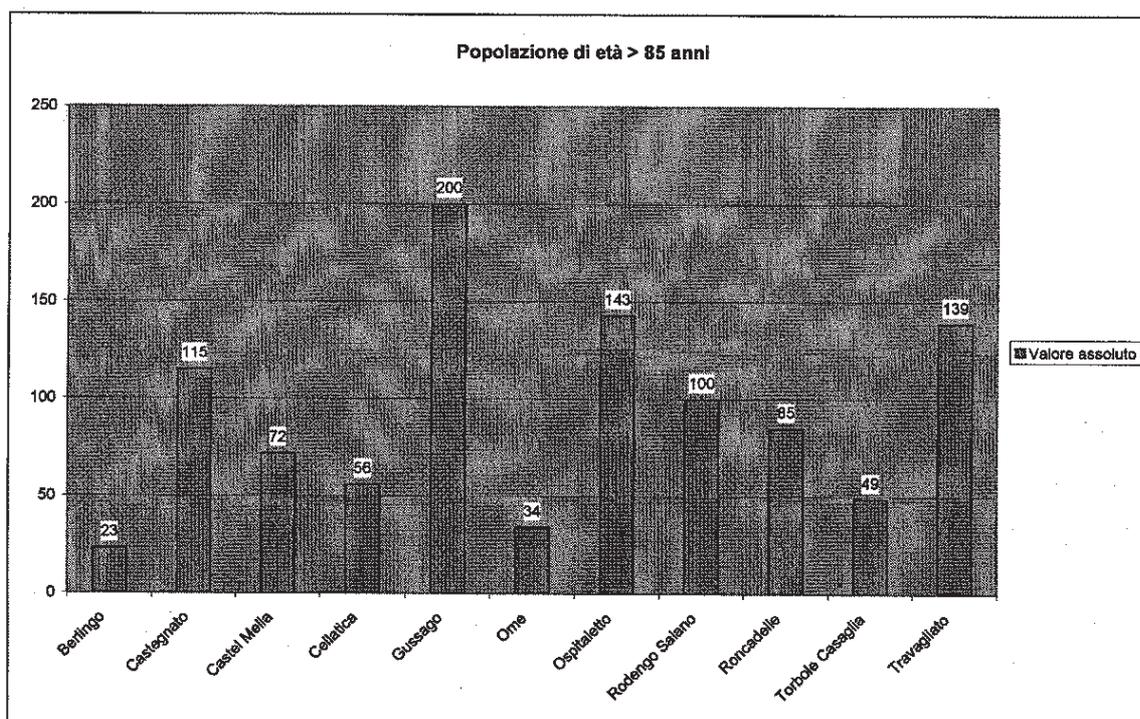
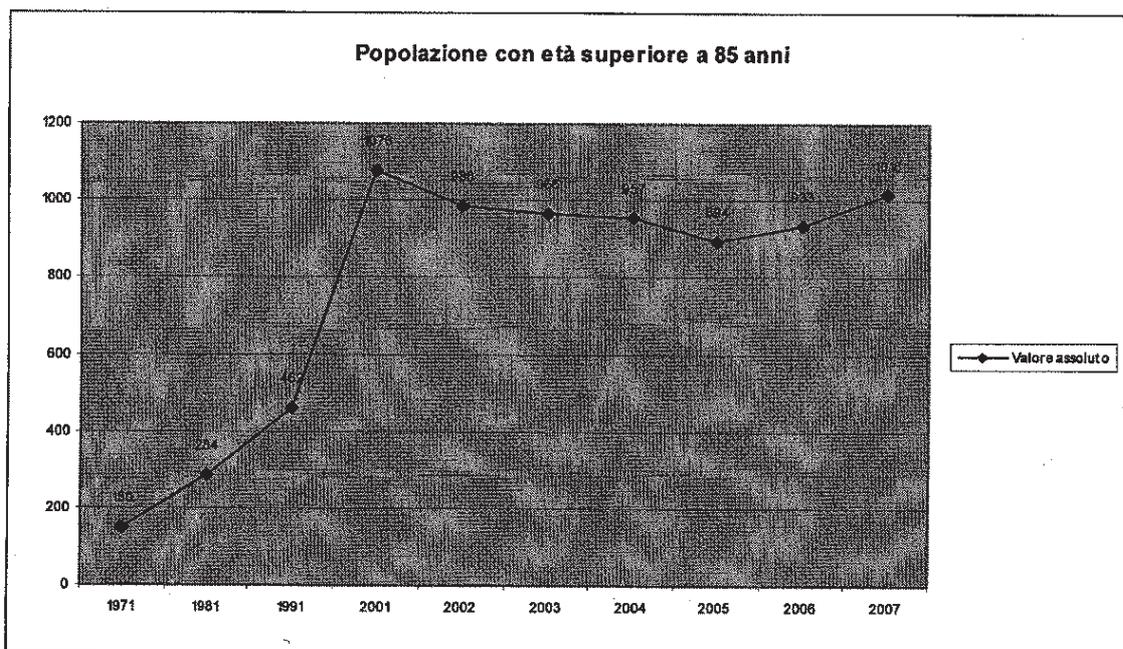
La popolazione con età superiore a 75 anni raddoppia negli ultimi 40 anni crescendo costantemente, atro segnale inequivocabile di un aumento dell'età media.



Castel Mella e Torbole Casaglia sono le realtà con minor numero di cittadini residenti oltre la soglia dei 75 anni valori di gran lunga inferiori agli altri Comuni che riportano un valore percentuale tendenzialmente simile entro uno scarto dell'1%.

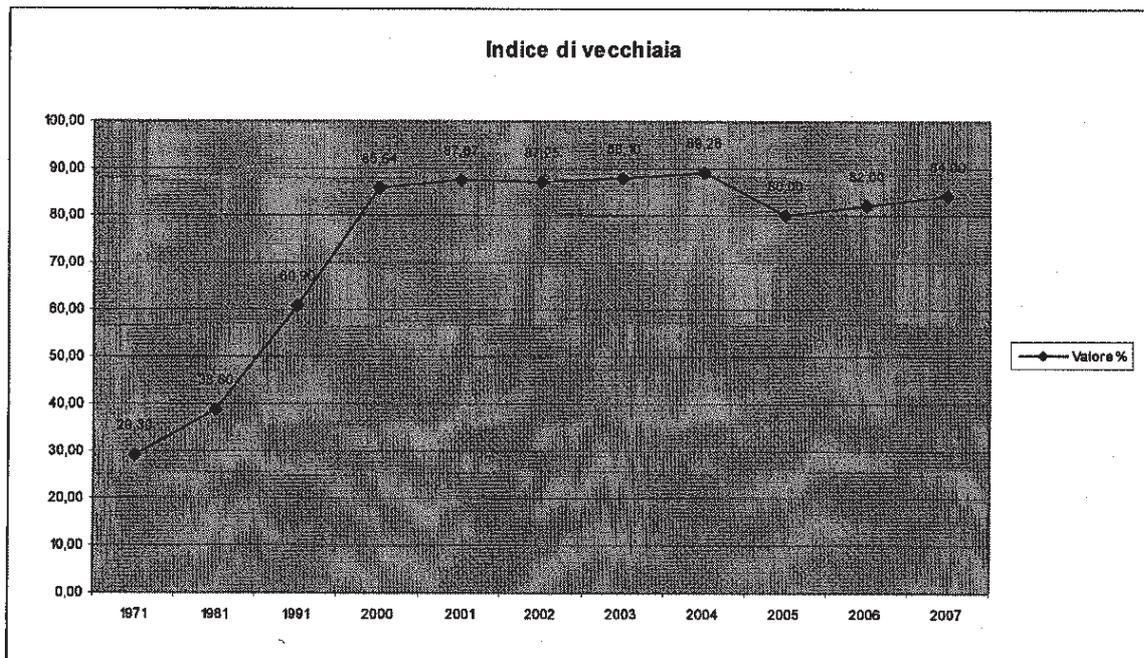


La fascia di popolazione con oltre 85 anni è qui riportata in valore assoluto e non percentuale per la non uniformità di tutti i valori a disposizione, dopo l'incremento esponenziale tra il 1991 e il 2001 assistiamo a un andamento altalenante nel periodo 2001 – 2007 sembra di poter sostenere che i valori massimi raggiunti siano in effetti non superabili con il trascorrere del tempo ma si assista ora a un andamento oscillante attorno alle mille unità.

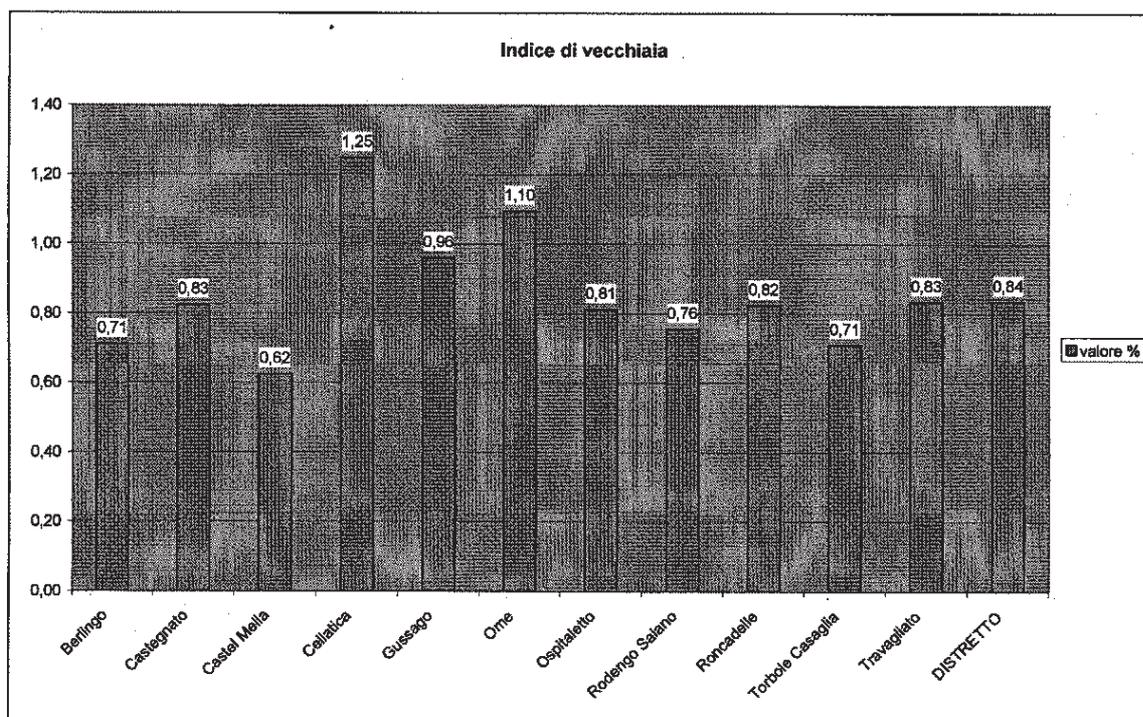


**Indice di vecchiaia:** l'indice di vecchiaia rappresenta il rapporto tra la popolazione con più di 65 anni e la popolazione di età compresa fra 0 e 14 anni.

Osservando questo andamento nella parte dei dati relativi al censimento della popolazione con cadenza decennale, si osserva un aumento consistente in linea con i valori assoluti mentre dal 2001 in poi il dato si stabilizza più che per la diminuzione degli anziani per un aumento più che proporzionale della popolazione giovane (0-14 anni).

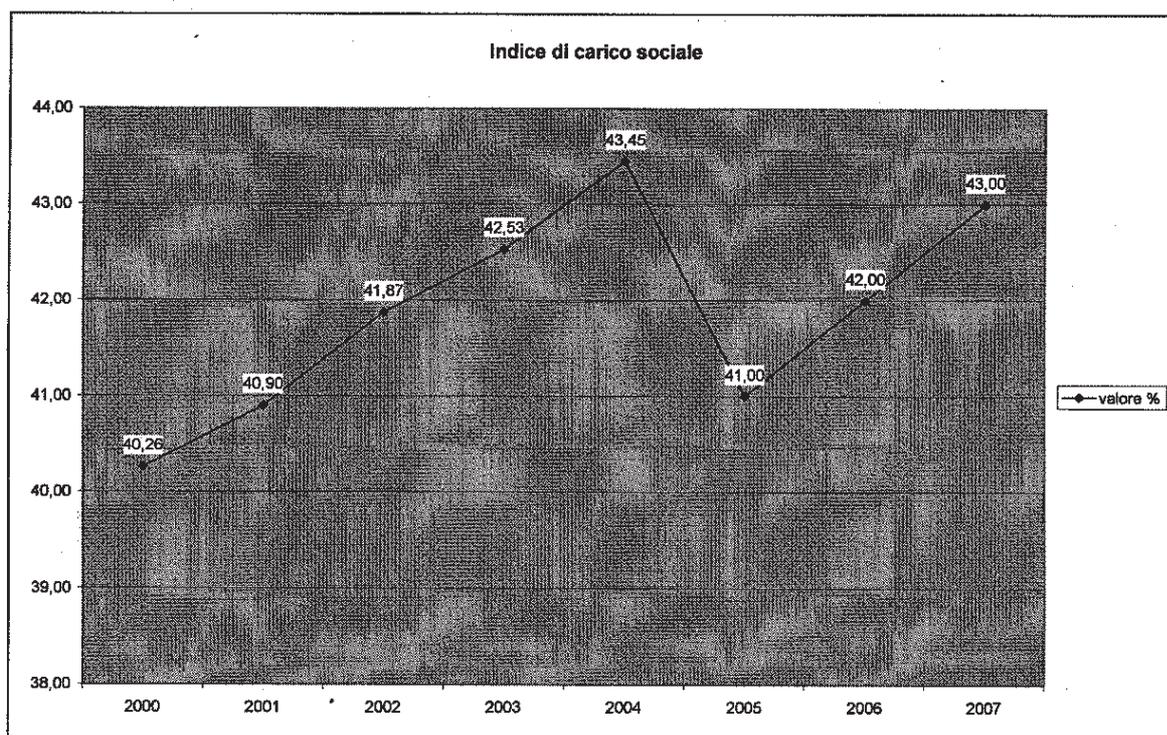


Dove i giovani crescono meno, probabilmente anche per uno sviluppo urbanistico più contenuto, permangono punte di indici di vecchiaia più alte rispetto agli altri Comuni si veda a tale proposito i valori dei Comuni di Cellatica, Ome e Gussago. Di segno inverso ma coerente con gli altri indici la situazione di Castel Mella dove la popolazione più giovane è quasi il doppio di quella anziana.

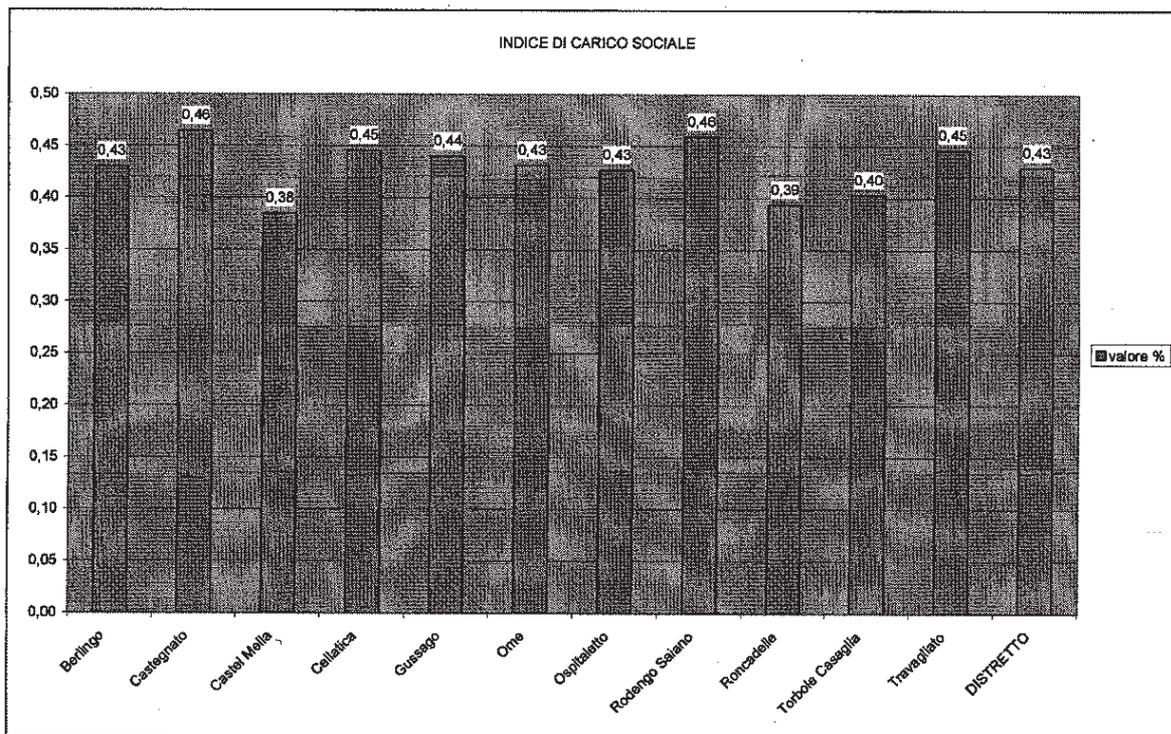


Indice di carico sociale: l'indice di carico sociale esprime il rapporto tra la popolazione che non è in età lavorativa (vale a dire i giovani tra 0 e 14 anni) e la popolazione con più di 65 anni, e la "popolazione attiva", cioè la fascia 15-65 anni.

Il dato si muove di circa il 2% negli otto anni presi a riferimento con una proporzione 43% di popolazione che non è in età lavorativa rispetto al 57% che dovrebbe sostenerne il carico.

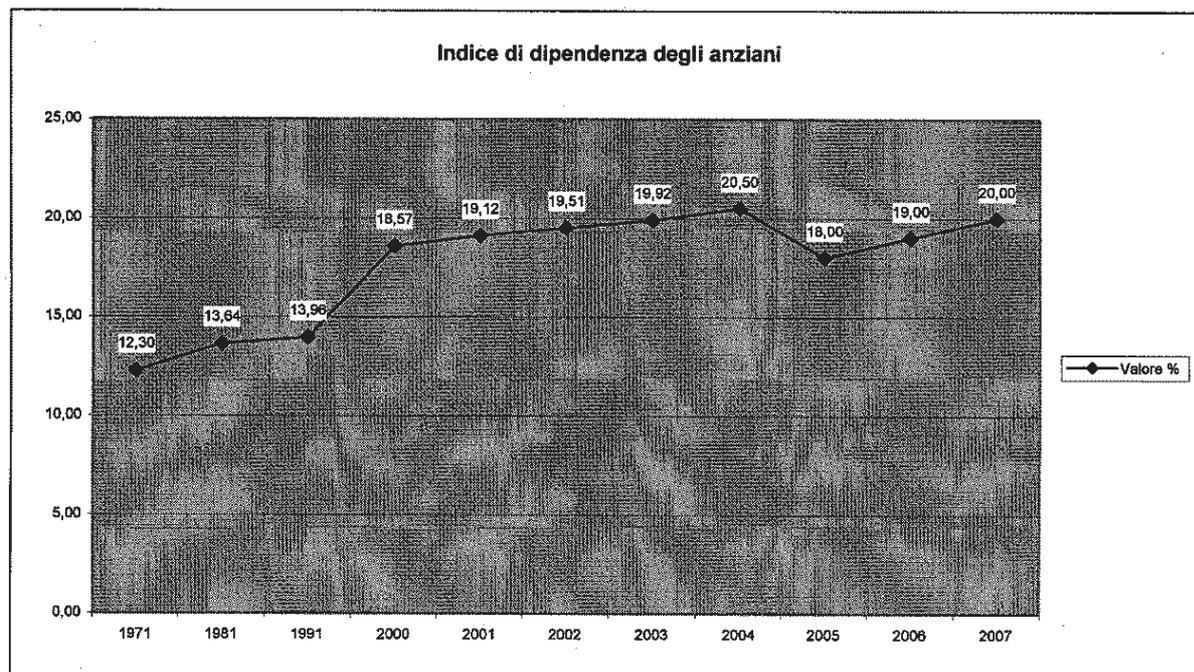


Nel distretto il carico sociale è pressoché uniforme per il fatto che l'indice comprendendo dentro di sé sia la popolazione anziana che quella giovane tende a livellare le situazioni. Non ritroviamo i picchi degli istogrammi precedenti ma un valore che si muove in un "range" pari allo 0,6 %.



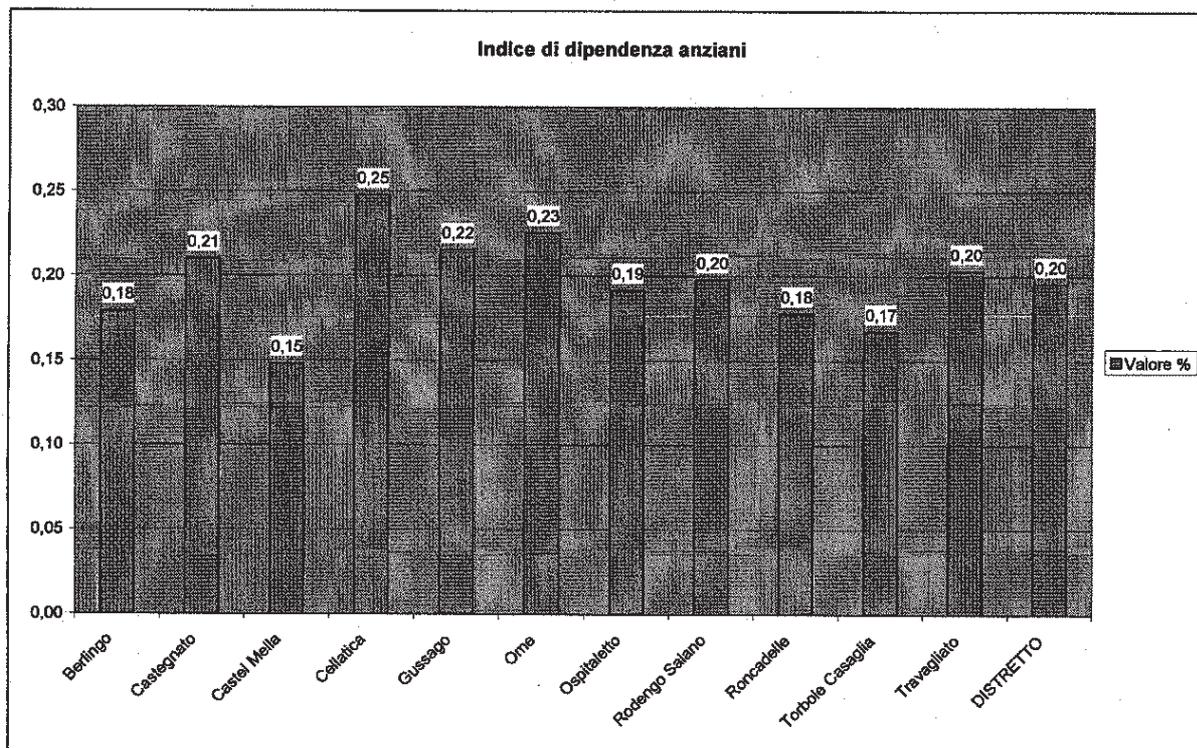
Indice di dipendenza degli anziani: l'indice di dipendenza degli anziani è dato dal rapporto fra il numero di anziani con più di 65 anni e la popolazione di età compresa fra 15 e 64 anni.

Raffrontato al precedente indice mette in risalto come gli anziani, sebbene aumentino, non sono la parte principale a carico della popolazione attiva, lo sono, invece, i giovani. Il trend degli anziani, però, conferma la tendenza maggiore all'aumento nel tempo.



Nelle situazioni dei singoli comuni esistono casi in cui la dipendenza è estremamente elevata come a Cellatica dove ci sono quattro soggetti in età lavorativa ogni anziano sopra i 65 anni.

Il dato più basso è di Castel Mella con il 15% vale a dire su 100 lavoratori ci sono 15 anziani.

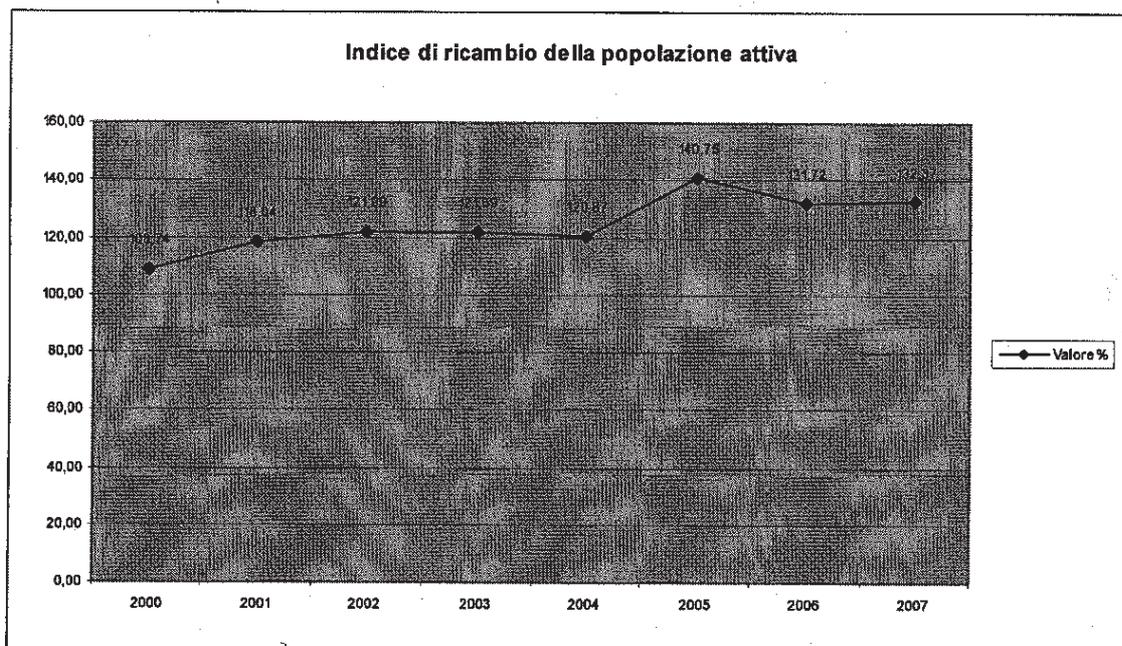


Indice di ricambio della popolazione attiva: l'indice di ricambio della popolazione attiva esprime il rapporto tra la popolazione che sta per uscire dal mondo del lavoro (60-65 anni) e la popolazione che sta per entrare (15-19 anni).

Questo indice ci può dare alcune indicazioni circa la propensione nel prossimo futuro sulle dinamiche della popolazione anziana. Il dato distrettuale è in aumento dal 108,74 % al 132,37% questo significa che su 100 nuovi cittadini che entrano nella fascia di età lavorativa ce ne sono molti di più circa 132 che escono.

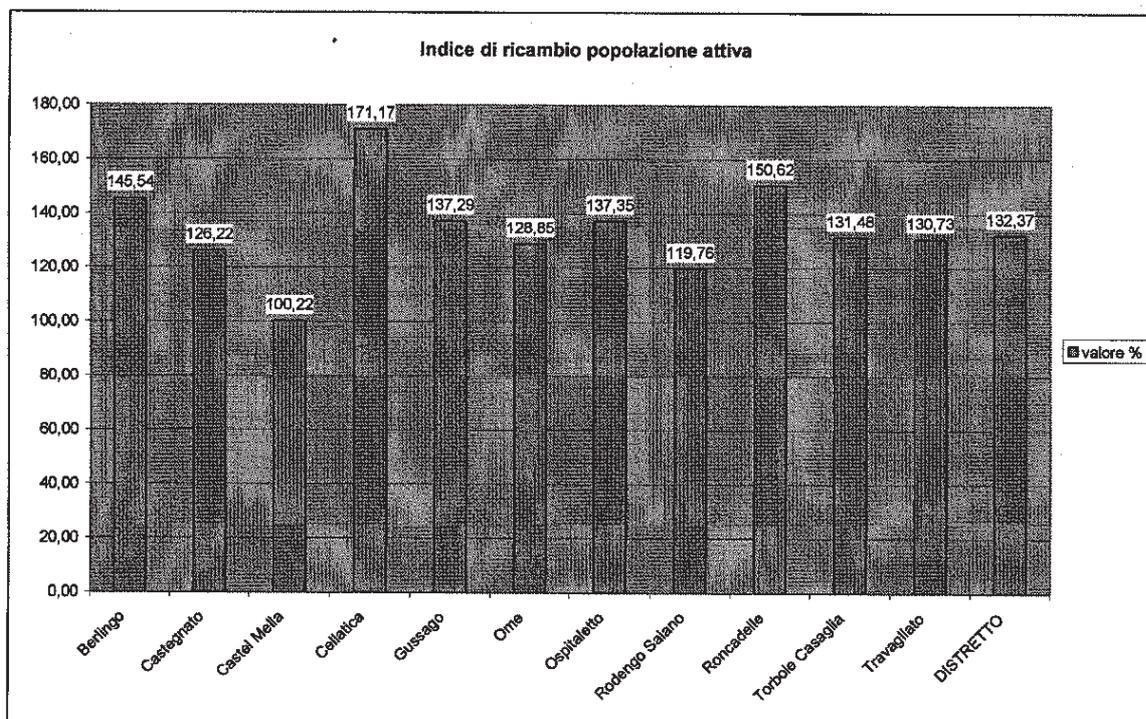
Questo sbilancio l'abbiamo sentito rimarcare più volte quando si affrontano temi come le riforme previdenziali oppure quando a livello locale si programmano misure di leva fiscale per il potenziamento dei servizi gravando il loro costo sulla generalità dei cittadini.

E' una scelta a livello Comunale molto delicata tra finanziare un servizio con la compartecipazione dell'utenza particolare servita oppure finanziarlo attraverso una tassazione generale (per esempio l'addizionale comunale IRPEF) sempre che venga nuovamente consentito dal legislatore.

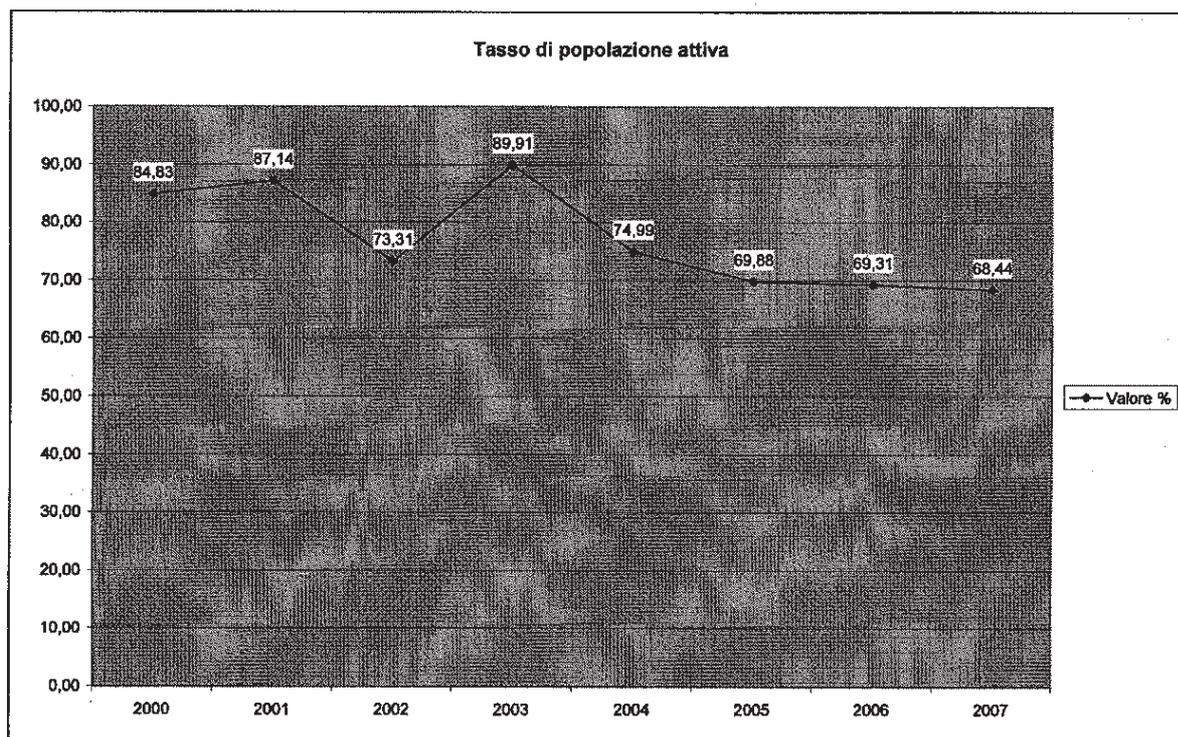


Nei singoli comuni esistono squilibri nell'ordine del 30 – 40 % rispetto al dato distrettuale con una evidente ripercussione sulle politiche attuate.

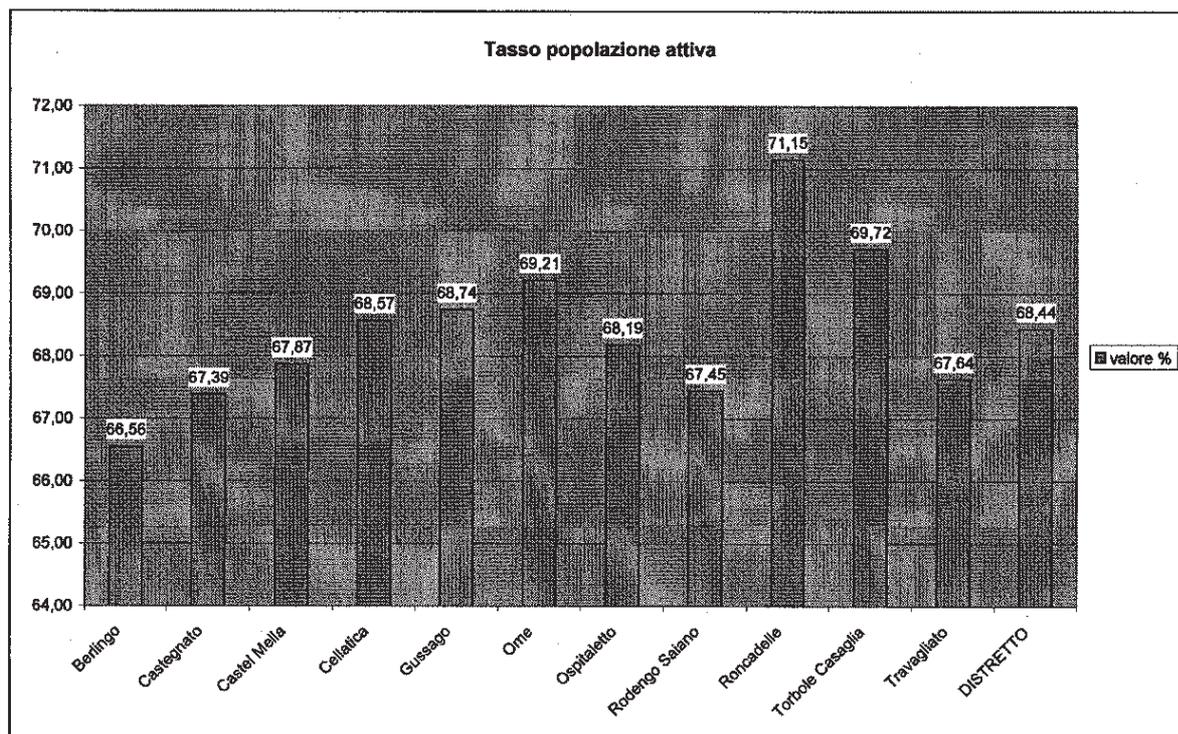
Non può essere considerato allo stesso modo Cellatica dove a fronte di una persona che entra in età lavorativa quasi due escono rispetto a Castel Mella dove c'è una sostanziale parità.



Il tasso di popolazione attiva rappresenta la percentuale di popolazione in età lavorativa il cui trend negli otto anni presi a riferimento scende del 16% da 84,83% dell'anno 2000 al 68,44% del 2007.

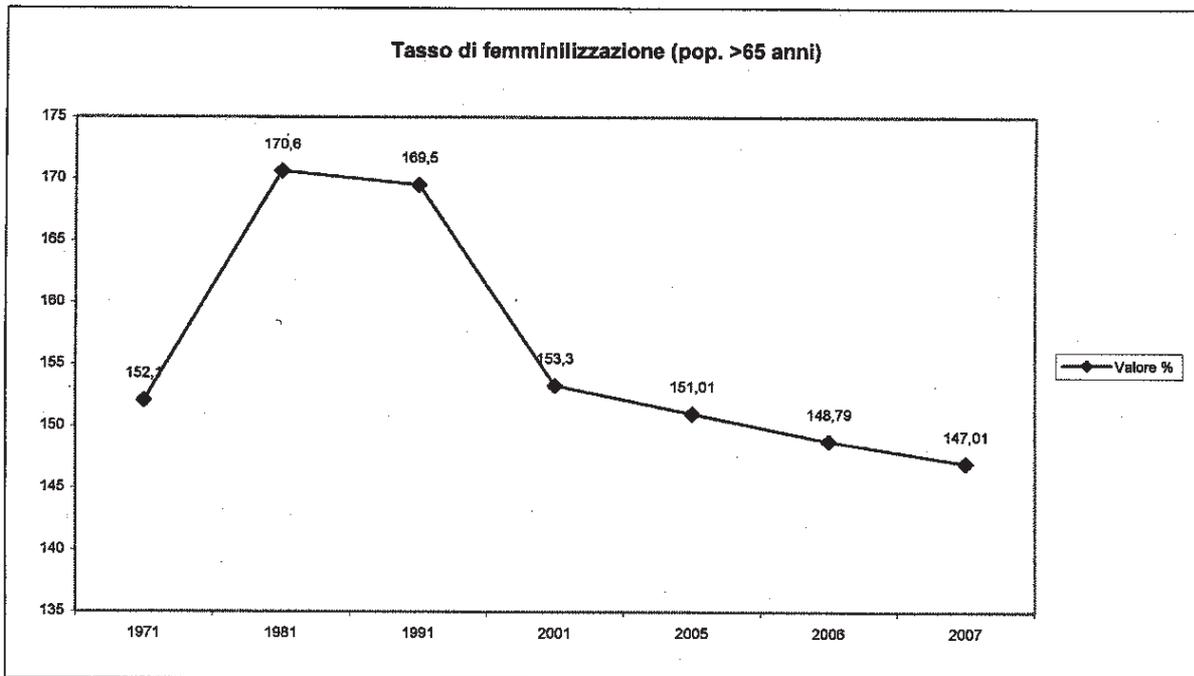


Come si può notare non esiste una correlazione inversamente proporzionale tra i Comuni con meno anziani rispetto alla popolazione attiva. Questo può essere determinato dalla presenza di popolazione in età 0-14 anni che pure non fa parte della popolazione attiva. Infatti il Comune di Castel Mella pur avendo indici molto bassi per gli anziani ha una popolazione attiva sotto la media mentre risalta fortemente il dato di Roncadelle dove la popolazione attiva supera il 70%.



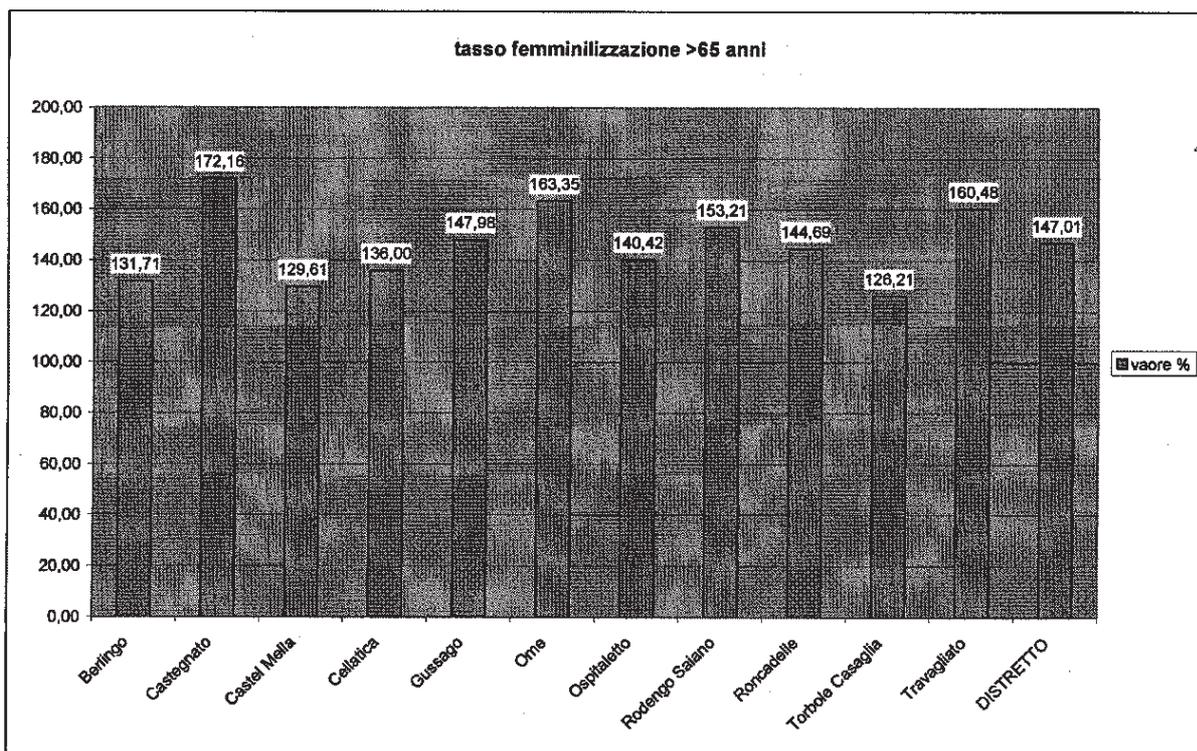
Il tasso di femminilizzazione rappresenta un indicatore di prevalenza all'interno di una fascia di età tra le donne e gli uomini.

Nella fascia oltre i 65 anni il dato conferma la prevalenza femminile sebbene il trend sia in forte calo negli ultimi anni. Lo stesso determina una situazione distrettuale dove vi sono 147 donne ogni 100 uomini.

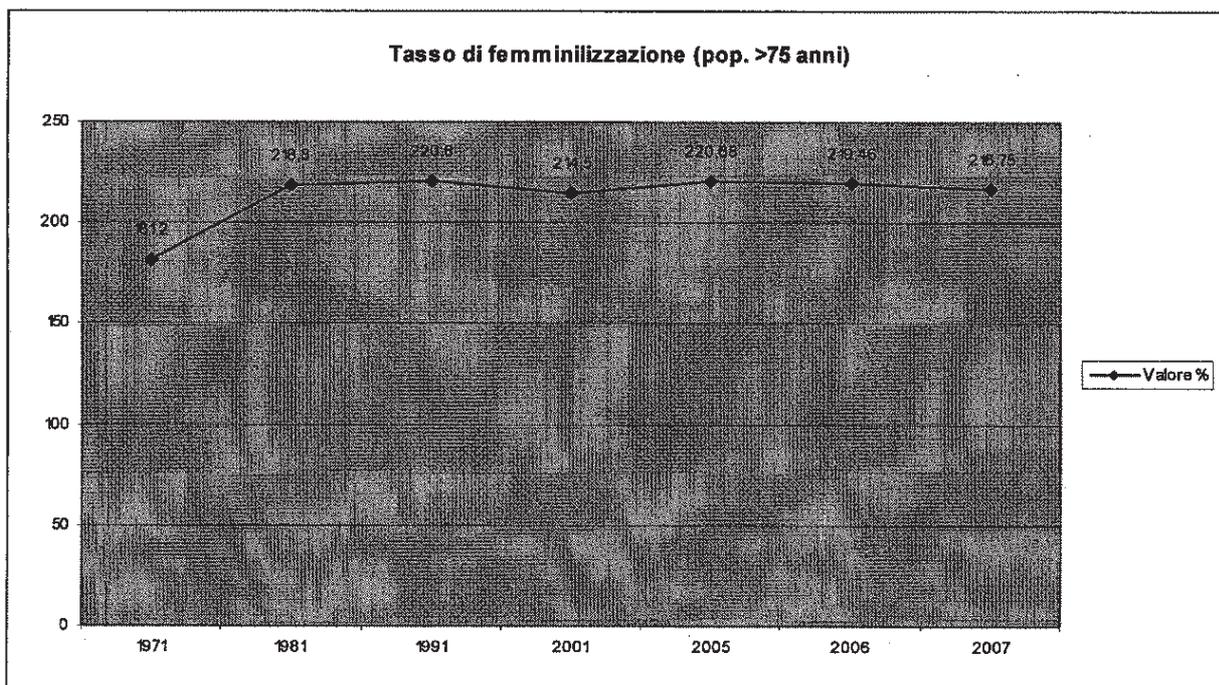


L'analisi di questo indicatore ci consente alcune considerazioni per l'organizzazione dei servizi da offrire alla popolazione anziana e in particolare quelli di natura domiciliare. Nel caso dei pasti è più frequente la necessità di fornirli a persone di sesso femminile solo quando queste siano in una condizione fisica compromessa altrimenti vi è una naturale autonomia a provvedere da sé. Nel caso degli uomini, invece, la necessità di attivare un servizio come i pasti a domicilio, oltre alle compromesse condizioni fisiche, è spesso dovuto alla mancanza di autonomia una volta rimasti soli. Anche livello comunale rispetto ai dati dell'anno 2007 la prevalenza femminile è caratterizzante sebbene con forti differenze anche nell'ordine del 40% si veda ad esempio la situazione di Castegnato rispetto a Torbole Casaglia.

L'indice conferma che la prevalenza non avviene nei Comuni dove la popolazione anziana è prevalente, addirittura nel caso di Cellatica è sotto la media distrettuale.



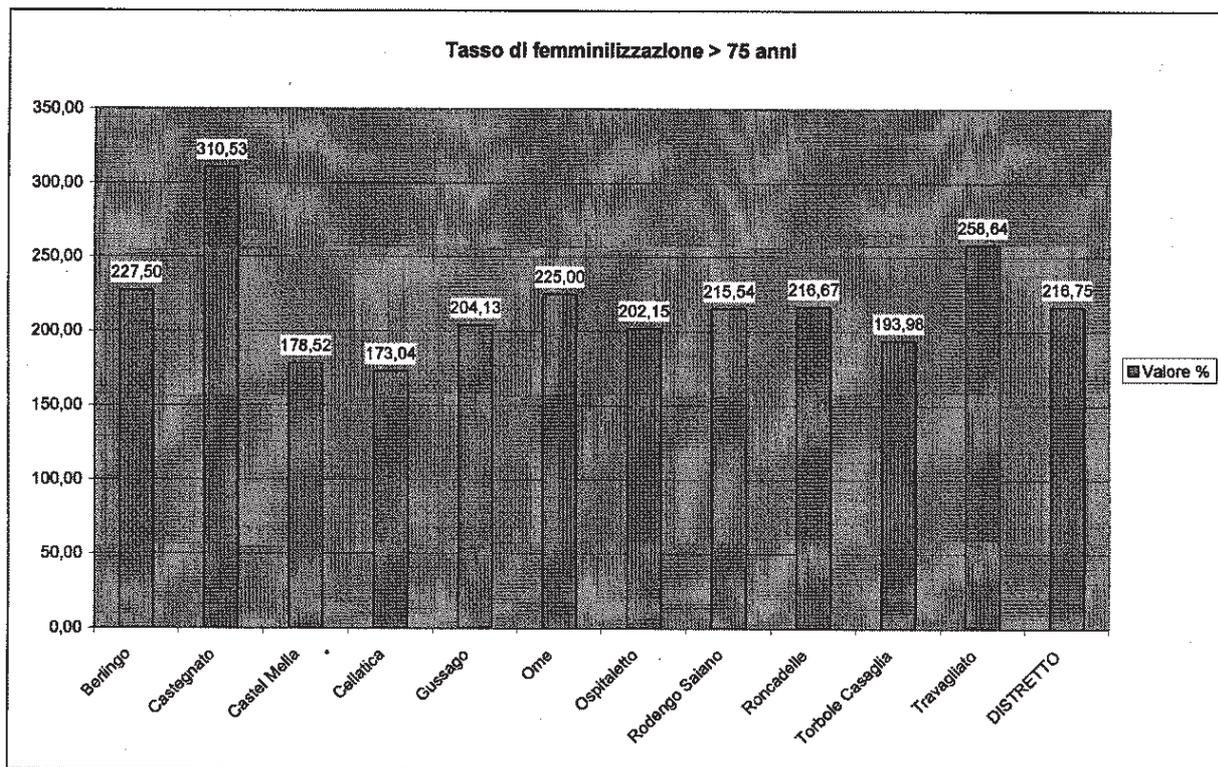
Nella fascia di età superiore a 75 anni il tasso di femminilizzazione, invece, assume valori fortemente a favore della popolazione femminile praticamente il doppio rispetto ai maschi. Il trend è pressoché costante fino dall'anno 1981.



Quanto ai dati comunali dobbiamo registrare il caso di Castegnato dove il tasso porta a triplicare il numero della donne rispetto al numero degli uomini.

Nello stesso Comune il tasso di femminilizzazione quasi raddoppia tra le due fasce prese in considerazione.

Abbastanza singolare il caso di Cellatica dove l'indice cresce molto meno tra una fascia e l'altra rispetto agli altri Comuni solo del 37%



## Analisi dei servizi

Nel presente paragrafo prendiamo in esame alcuni indicatori di spesa e alcuni indicatori di quantità per analizzare lo stato dei servizi socio assistenziali offerti dai Comuni poi esponiamo alcuni dati relativi ai servizi socio sanitari erogati dal Distretto sanitario n. 2 sia dagli Enti gestori di unità d'offerta socio sanitaria presenti nel territorio.

Tutti i Comuni dispongono di un servizio di segretariato sociale così come possono offrire i principali servizi rivolti alla popolazione anziana come l'assistenza domiciliare, i pasti a domicilio.

Nella maggior parte dei comuni esiste una consolidata tradizione a concertare con i sindacati dei pensionati le politiche rivolte agli anziani anche attraverso la sottoscrizioni di accordi annuali che riassumono i principali interventi e i budget messi a disposizione.

La compartecipazione ai servizi avviene mediante la valutazione dell'Indicatore della situazione economico equivalente.

Potrà essere raggiunto un grado di integrazione tra i Comuni molto elevato grazie all'approvazione di norme per la compartecipazione dell'utenza ai servizi che di fatto porranno sullo stesso piano tutti i cittadini del distretto.

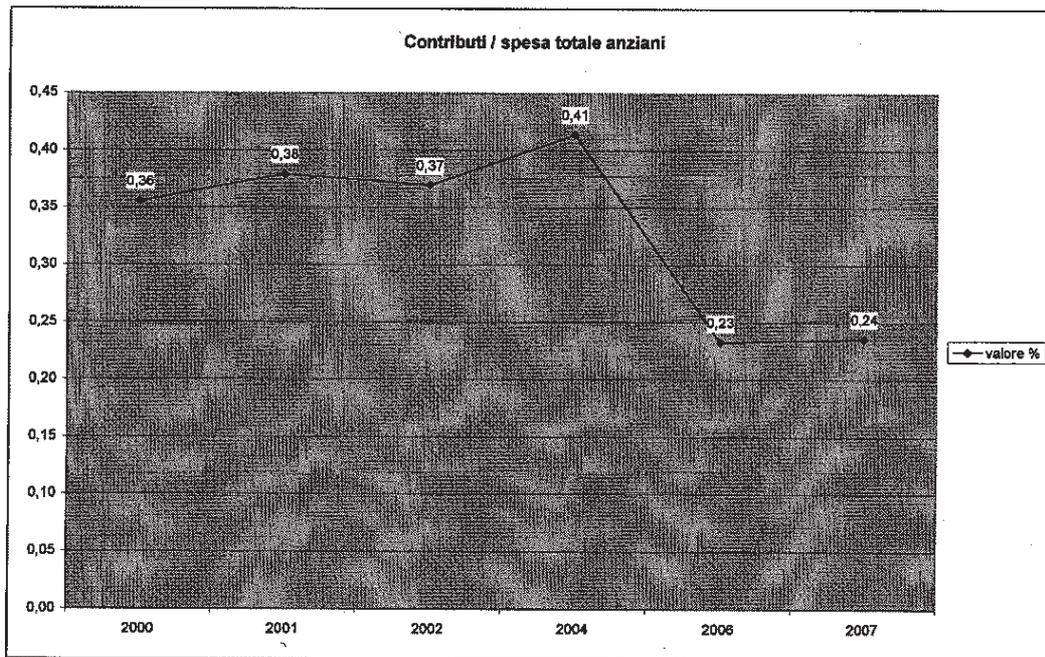
Altro passo fondamentale è la definizione di standard qualitativi uniformi per i servizi offerti così come per il loro costo. Dopo il processo di approvazione del regolamento unico per l'accesso ai servizi dovrà essere affrontato il tema dell'acquisto dei servizi a prezzi e standard il più possibile uniformi.

Passiamo ora ad analizzare la spesa storica dei Comuni e la loro distribuzione, i dati complessivi di distretto si riferiscono a un arco temporale di sei anni e sono stati desunti dalla rendicontazione della spesa sociale comunale che viene annualmente richiesta dalla Regione Lombardia.

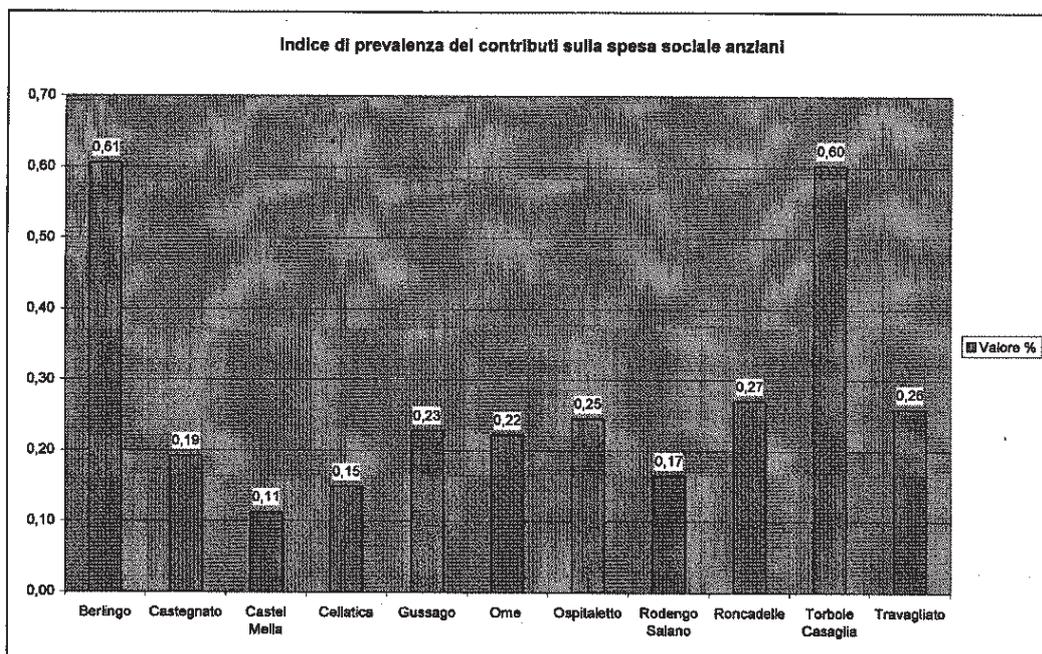
Per ogni indicatore viene indicato il valore distrettuale e il suo andamento nel tempo, mentre l'istogramma riporta il dato per Comune dello stesso indicatore riferito all'anno 2007.

Il rapporto tra contributi erogati e il totale della spesa sociale anziani è in costante calo a significare un cambio di orientamento verso una spesa più strutturata in servizi erogati all'utenza.

Da considerare che anche i contributi sono sempre di più il risultato di bandi ormai a cadenza annuale come ad esempio i contributi per le spese di riscaldamento che sono presenti in numerosi comuni frutto anche di una concertazione con le organizzazioni sindacali dei pensionati.

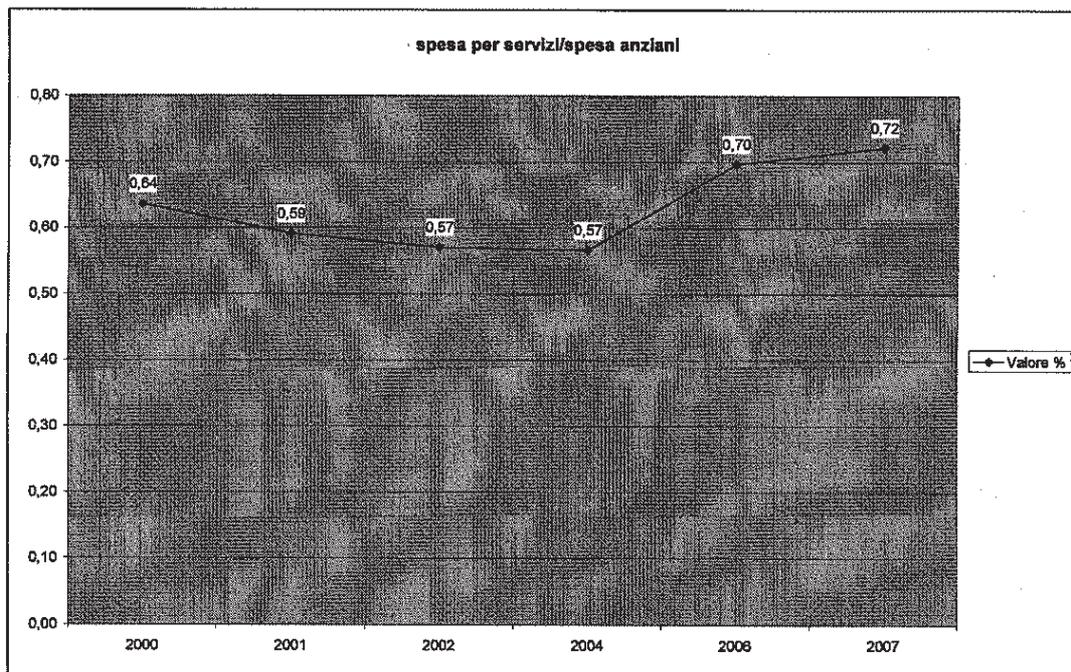


Per quanto riguarda i singoli Comuni le situazioni di Berlingo e Torbole Casaglia sono le eccezioni rispetto a quanto sopra descritto frutto di una politica sociale che predilige una formula legata al solo aiuto economico e meno strutturata nei servizi alla persona.

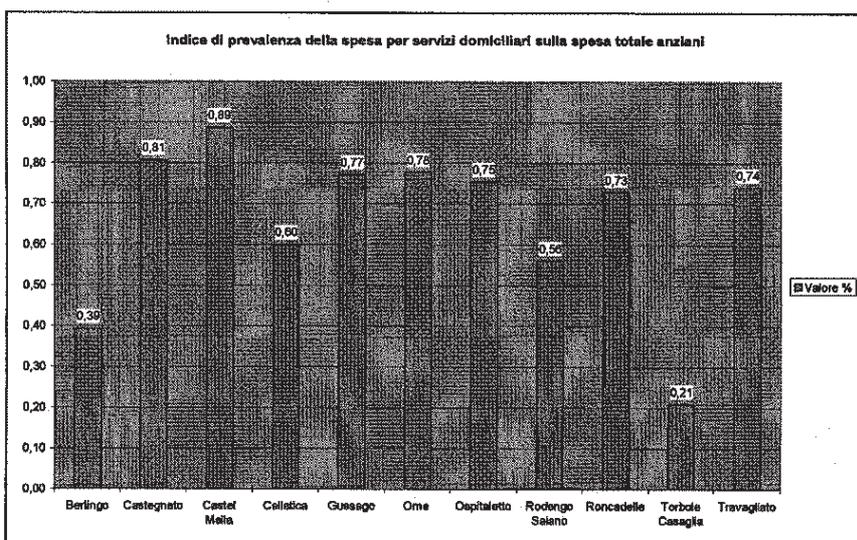


Il rapporto tra la spesa per servizi domiciliari e spesa sociale totale ha segno diametralmente opposto al precedente indicatore evidenziando come i Comuni oggi preferiscano rispondere ai bisogni rilevati dalla popolazione, in questo caso anziana, con l'offerta di servizi e non con aiuti prettamente economici.

Questa impostazione consente un maggior controllo della spesa e soprattutto un controllo sull'appropriatezza dell'aiuto. L'organizzazione del servizio nelle sue svariate forme, dalla gestione diretta, all'acquisto mediante gara a evidenza pubblica, risponde a un maggior controllo delle risorse gestite e soprattutto al mantenimento del loro vincolo di destinazione.



La situazione dei singoli Comuni è speculare a quella vista precedentemente e dove vi è ancora una prevalenza della spesa in contributi c'è una bassa spesa per servizi domiciliari (Berlingo, Torbole Casaglia).



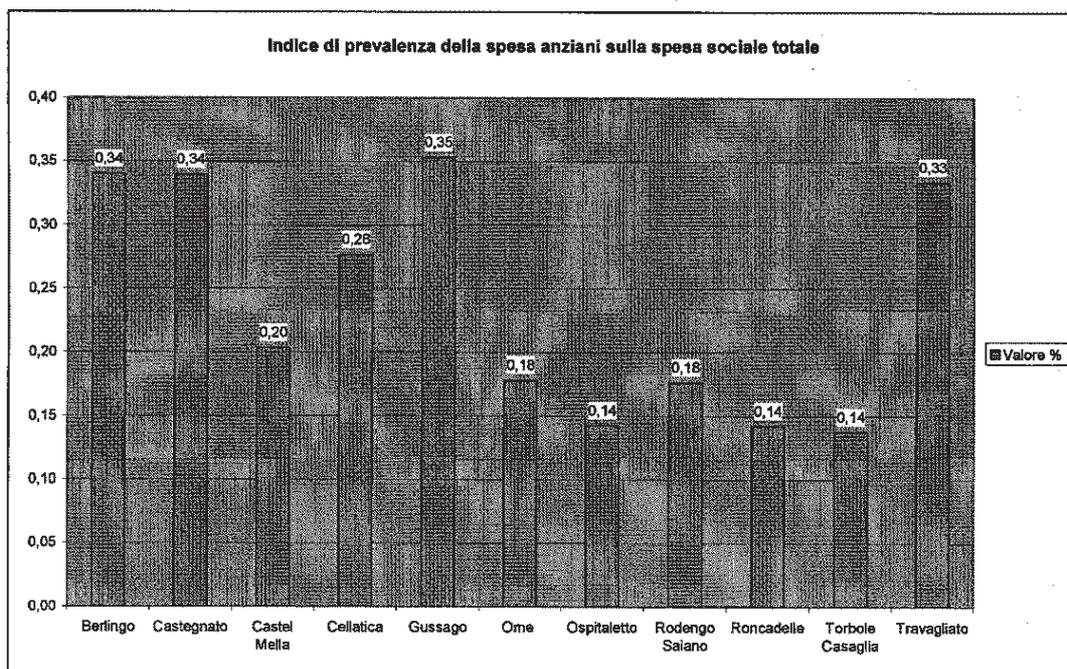
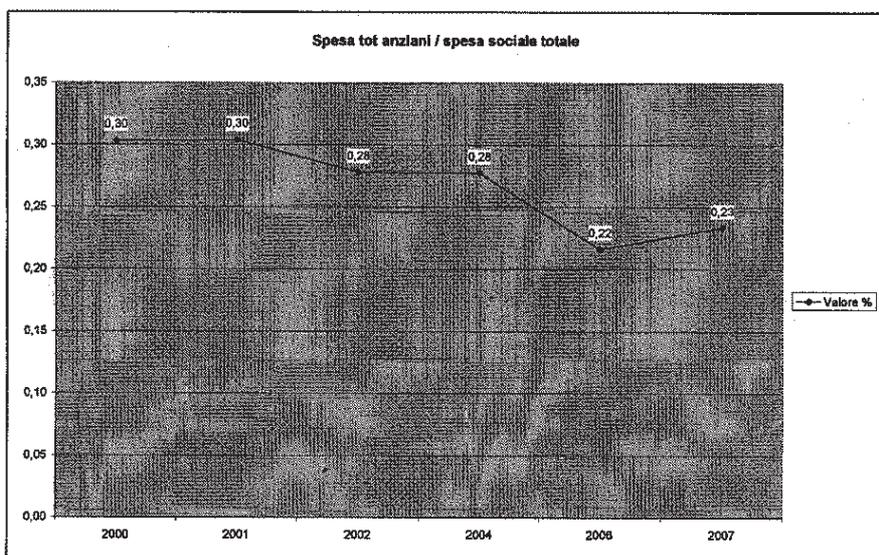
Nel suo complesso la spesa sociale per gli anziani tende a decrescere nel tempo dal 30% del 2000 al 23% del 2007. La diminuzione avviene per due ordini di motivi: il primo per un forte aumento della

spesa su altre aree, in particolare quella minori e famiglia, creando così un effetto sostituzione, l'altra dipende da un aumento della spesa sociale complessiva dovuta all'incremento di spesa nelle altre aree

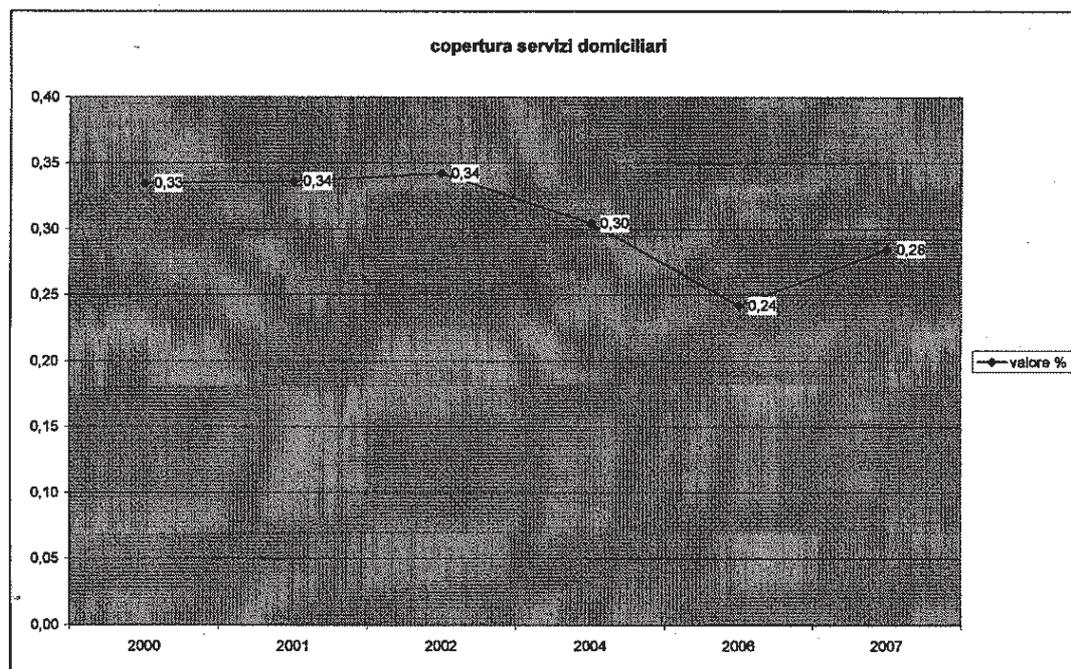
Nelle singole situazioni locali il dato è estremamente eterogeneo si parte da comuni in cui la spesa sociale anziani rappresenta il 14% per passare ad alcuni in cui supera abbondantemente quota 30%.

Questa è una motivazione palese per cui si è voluto rappresentare sia il trend distrettuale ma anche, almeno per un anno di riferimento, la dinamica dei singoli comuni. Spesso le politiche comunali sono diverse perché, come abbiamo potuto osservare anche dal profilo demografico, rispecchiano situazioni di partenza e storiche molto diverse.

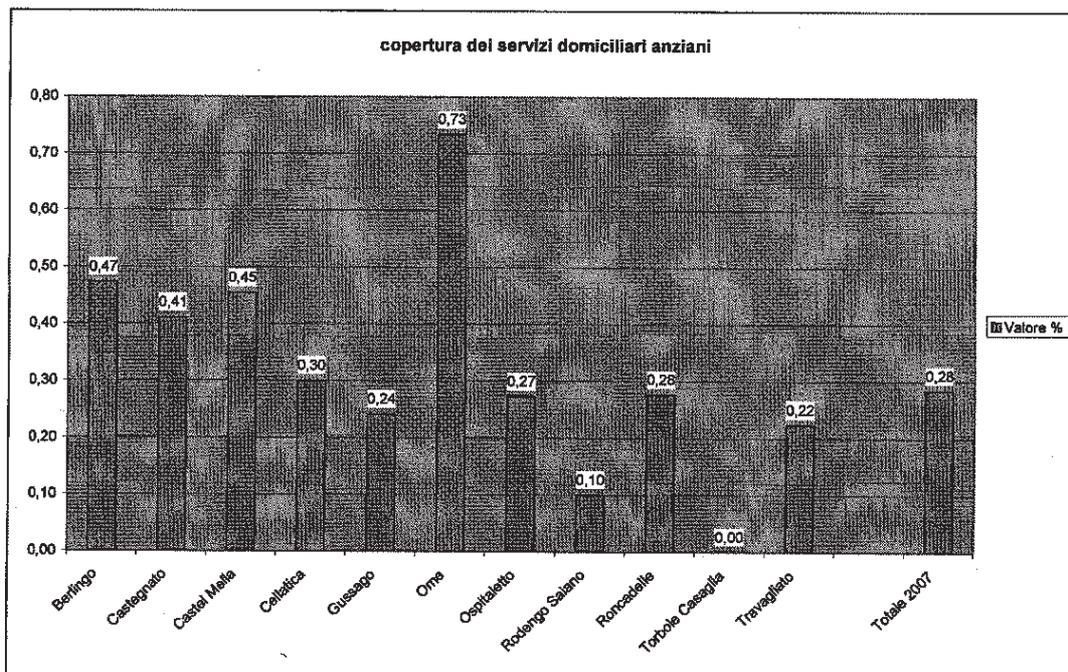
Il dato sarà ancor più evidente quando analizzeremo gli indici di copertura.



Infatti per la copertura dei servizi domiciliari il trend distrettuale segnala soltanto una lieve inversione della percentuale di circa il 5% nel periodo di riferimento. Si passa dal 33% dell'anno 2000 al 28% del 2007.



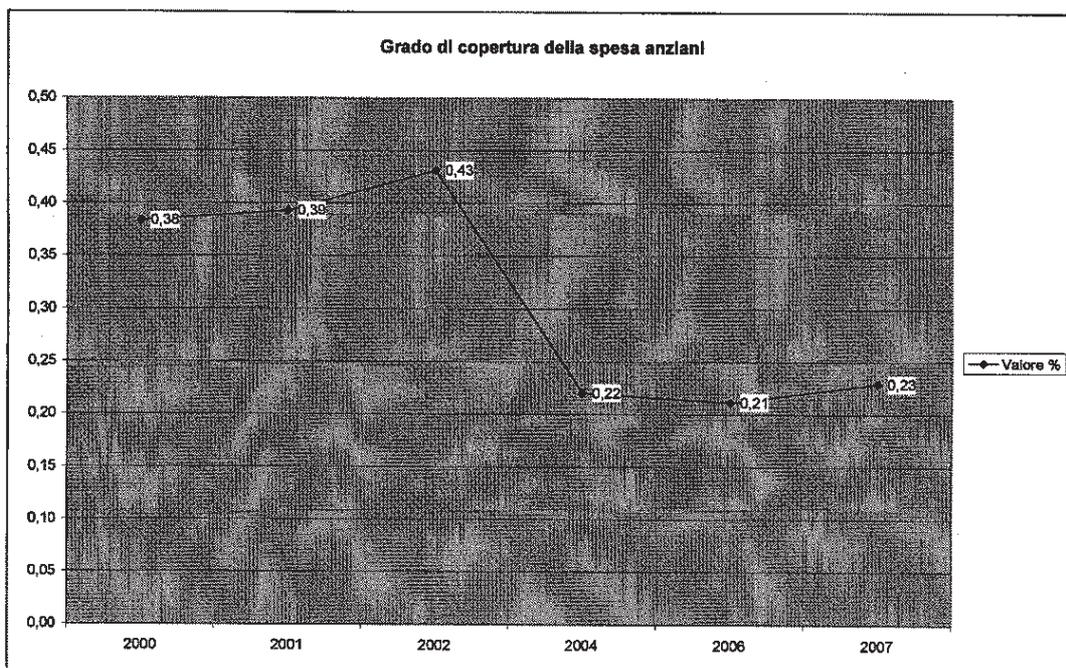
La distribuzione comunale evidenzia ancora una volta un dato molto distante tra i Comuni con una variabilità da una copertura pari a 0% di Torbole Casaglia al 73% di Ome. Comunque nella generalità dei Comuni anche rispetto alla media del distretto pari al 27% ci sono forti disomogeneità che certamente influiscono sul processo di omogeneizzazione delle tariffe a livello distrettuale. Uniformare il sistema di compartecipazione non è l'unico obiettivo, come poi vedremo, in quanto molto si dovrebbe fare in merito all'acquisto dei servizi i cui costi e modalità di gestione potrebbero essere meglio ottimizzati per garantire standard di qualità costanti e risorse meglio utilizzate.

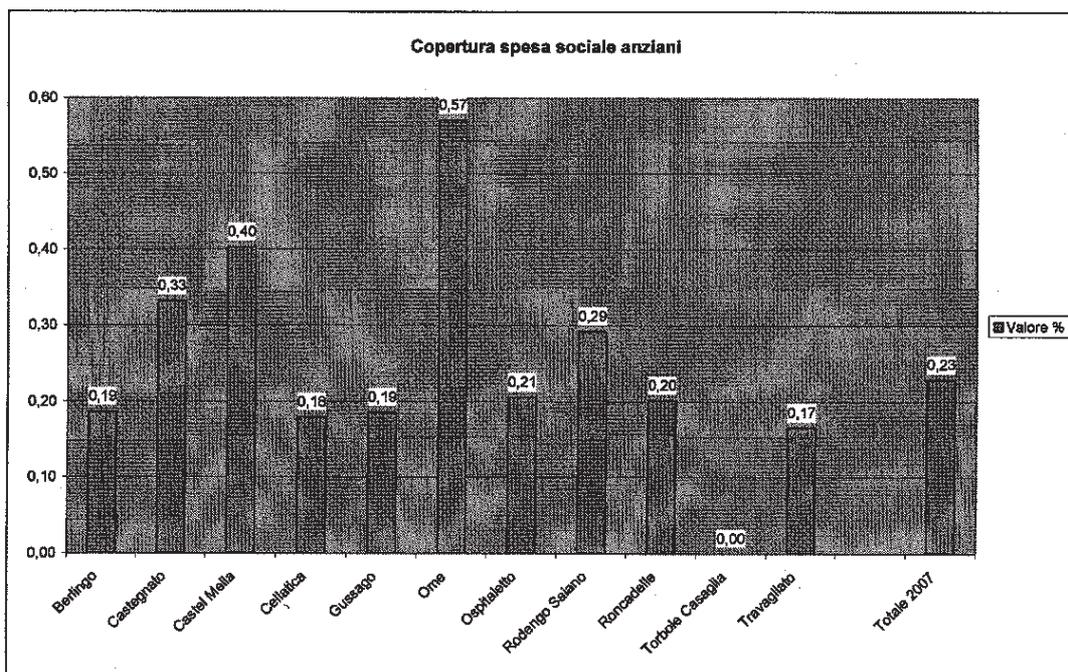


Complessivamente, invece, la copertura complessiva della spesa anziani decresce fortemente dal 38% al 23%.

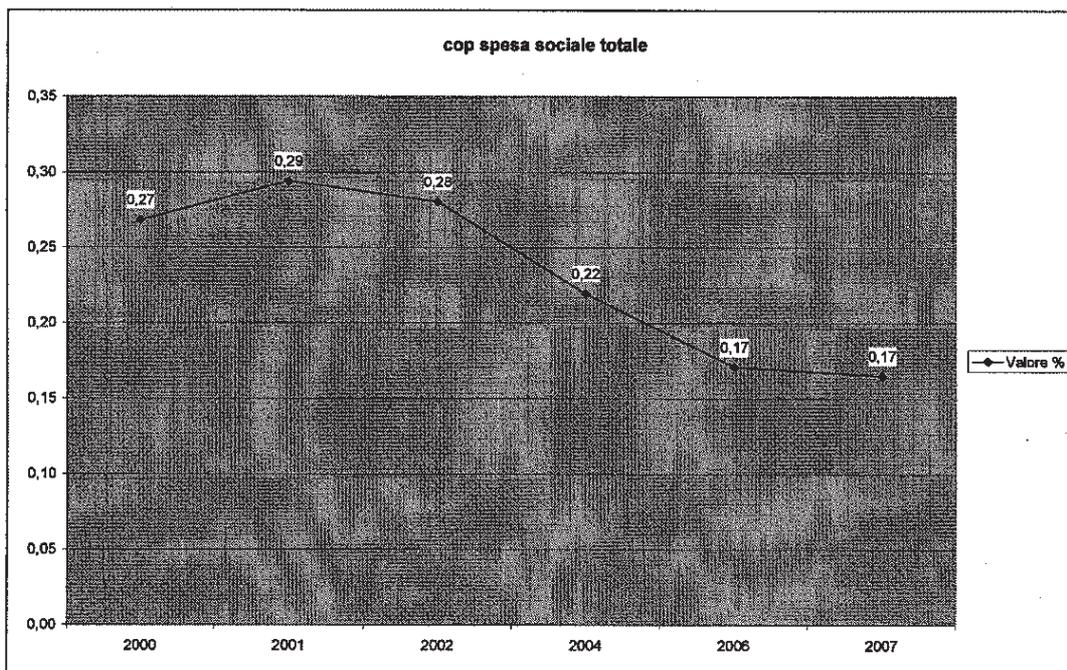
Questo dato è ancora troppo influenzato dalle situazioni singole comunali che variano anche in questo caso da 0% a 57%.

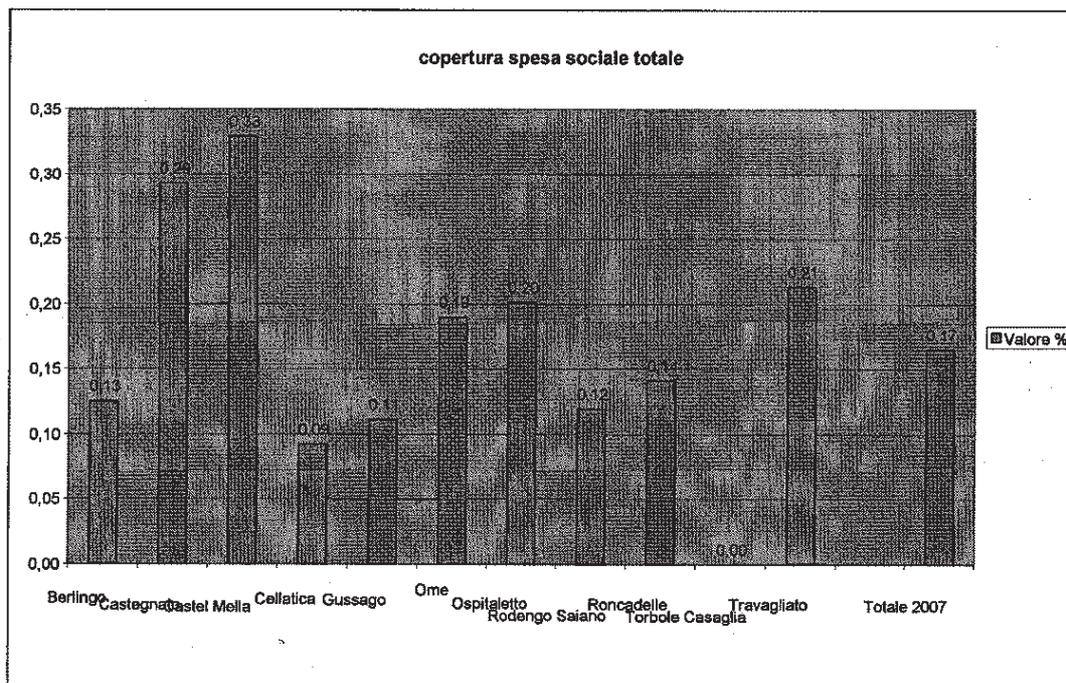
Vi sono sei comuni che si attestano a un grado di copertura in prossimità della distrettuale o comunque in uno scarto non superiore al 10% gli altri cinque hanno una variabilità molto grande che influenza fortemente il dato medio.





Complessivamente la spesa sociale ha un grado di copertura dell'utenza che varia dal 27% al 17% con forti sproporzioni tra i comuni da 0% a 33% passando per valori che paiono simbolici e comunque evidenziano come tradizionalmente i comuni investono su quest'area piuttosto che porre i costi a carico dell'utenza.





La spesa socio sanitaria cresce costantemente negli anni e così la compartecipazione degli utenti, mentre scende il grado di copertura in percentuale evidenziando come i comuni sostengano direttamente molto di più dell'utenza gli aumenti delle spese per servizi socio sanitari (RSA, CDI) Questo dato comprende gli utenti che hanno compartecipazioni comunali ma molto spesso non tiene conto di quanti autonomamente sostengano i costi di un inserimento in RSA.

La frequenza ai Centri diurni integrati viene lasciata pressoché all'iniziativa dei singoli senza compartecipazione dell'Ente quando invece anche il centro diurno integrato potrebbe essere un valido servizio per integrare gli interventi volti a mantenere al domicilio l'anziano.

Anno	Spesa socio sanitaria		% cop sp soc san
	spesa	rimb. Utenti	
Totale 2007	€ 413.579,00	€ 145.730,00	35,24
Totale 2006	€ 360.398,00	€ 147.958,00	41,05
Totale 2004	€ 366.572,00	€ 174.538,00	47,61
Totale 2002	€ 279.598,00	€ 131.761,00	47,13
Totale 2001	€ 542.911,00	€ 262.574,00	48,36
Totale 2000	€ 533.050,00	€ 252.172,00	47,31

La situazione dei servizi socio sanitari presenti sul territorio del distretto può essere riassunta nelle due seguenti tabelle.

R.S.A.	P. L. AUTORIZZATI	P.L. ACCREDITATI	DI CUI:			RETTA MIN	RETTA MAX
			ALZHEIMER	SOLLIEVO	CASA ALBERGO		
Del Cenacolo - Società Coop. Sociale Onlus - BERLINGO	2	18	/	/	/	38	45
Fondazione Casa di Riposo Don A. Coombo - TRAVAGLIATO	83	77	/	/	/	43	63
Fondazione Residenza Berardi-Manzoni Onlus - RONCADELLE	50	36	/	/	/	47	56
Fondazione Richiedei - GUSSAGO	94	94	18	/	/	46,60	53,10
Fondazione Serlini R.S.A. - ONLUS - OSPITALETTO	69	69	/	/	/	41*	43*
TILDE E LUIGI COLOSIO - RODENGO SAIANO	100	100	/	/	/	50*	52*

CENTRI DIURNI INTEGRATI	POSTI AUTORIZZATI	POSTI ACCREDITATI	UTENTI EFFETTIVI	LISTA DI ATTESA
RSA Colsio – RODENGO SAIANO	15	15	10	0
Fondazione Richiedei – GUSSAGO	28	28	20	0

L'Asl ha fornito i dati in merito alle liste d'attesa per l'accesso alle RSA che rappresentano una situazione in costante aumento negli ultimi quattro anni. Il tempo medio di attesa comprensibilmente si dilata ma l'aspetto positivo è il raffronto tra il numero di utenti inseriti in un anno e il numero di residenti nel distretto in lista d'attesa che alla data del 20 gennaio 2009 pari a 70 unità. Attraverso il sistema della lista unica questo numero di utenti può essere assorbito dalle R.S.A. in un tempo di circa 7 – 8 mesi, considerando che nel numero di cittadini in attesa sono riportati coloro che già hanno rifiutato una prima assegnazione del posto senza comunque perdere il diritto al loro posto in graduatoria.

#### DATI ASL SU LISTA D'ATTESA E RSA DISTRETTO DI GUSSAGO

ANNO	2005	2006	2007	2008
N° iscrizioni lista d'attesa	185	306	420	420
N° inserimenti in RSA(definit.o provvis.)su posti accreditati	81	136	233	200
Tempo medio di attesa in giorni	71	89	82	108

Il sistema di ingresso nelle RSA attraverso la lista unica ha certamente dato risultati positivi garantendo tempi accettabili e una selezione dell'utenza creando un corretto ordine di priorità in base alle condizioni dell'utente.

#### INSERIMENTI IN RSA NEL 2008 PER COMUNE DI RESIDENZA

COMUNE DI RESIDENZA	N° CITTADINI INSERITI RSA
GUSSAGO	33
OSPITALETTO	33
TRAVAGLIATO	28
RONCADELLE	15
RODENGO	11
TORBOLE	11
CELLATICA	7
CASTEGNATO	7
OME	5
CASTELMELLA	2
BERLINGO	2
<b>TOTALE</b>	<b>154</b>
BRESCIA	14
ALTRI COMUNI FUORI DISTRETTO	32
<b>TOTALE</b>	<b>200</b>

#### CITTADINI IN LISTA D'ATTESA PER LE RSA DISTRETTUALI AL 20/01/09

<b>RESIDENTI NEL DISTRETTO</b>	<b>70</b>
<b>TOTALI</b>	<b>312</b>

Il numero di utenti inseriti in centri diurni integrati è andato progressivamente aumentando negli ultimi quattro anni per giungere praticamente alla saturazione dei posti disponibili 51 coperti su 53 autorizzati. Questa tipologia di servizio in alcuni casi non ha trovato un adeguato sostegno da parte dei Comuni, così come invece viene fatto per le R.S.A., attraverso forme di compartecipazione alla spesa delle rette di frequenza o sostenendone le spese di trasporto o semplicemente organizzandone il servizio.

#### CITTADINI INSERITI NEI CDI (CENTRI DIURNI INTEGRATI) DISTRETTUALI

ANNO	2005	2006	2007	2008
UTENTI	41	40	45	<b>51</b>

## SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA(ADI)

ANNO	2005	2006	2007	2008
N° utenti ADI	320	318	336	300
N° utenti prestazioni estemporanee	687	715	692	699
N° valutazioni multidimensionali effettuate dall'UCAM	553	633	663	685

### Analisi degli interventi del piano di zona 2006-2008

Nel piano di zona 2006-2008 erano stati individuati i seguenti cinque obiettivi:

1. Uniformare il Minimo Vitale entro il primo semestre;
2. Uniformare le soglie ISEE che danno diritto ad agevolazioni sulle tariffe relative ad alcuni servizi ritenuti prioritari, in primis il SAD;
3. Accreditare una serie di soggetti per la gestione del SAD così da poter ottenere standard qualitativi e di costo uguali su tutto l'Ambito Distrettuale e l'erogazione di prestazioni in giorni e fasce orarie non abituali (es. festivi e serali), obiettivo quest'ultimo non perseguibile a livello di singolo Comune se non con costi proibitivi;
4. Uniformare la compartecipazione degli utenti al costo dei servizi interessati dagli interventi fin qui descritti;
5. Riproporre il buono sociale rapportandolo all'entità delle risorse trasferite con il F.N.P.S..

L'obiettivo n. 1 è stato raggiunto con la deliberazione dell'assemblea dei sindaci n. 10 del 15/11/2006 che ha stabilito, nel limite di € 6.500, la nuova soglia distrettuale per il minimo vitale con delle prescrizioni per la sua applicazione pratica. I singoli Comuni hanno poi recepito negli propri atti regolamentari la nuova modalità di gestione di questo istituto.

Gli obiettivi 2 e 4, da analizzare congiuntamente, si possono considerare solo parzialmente conseguiti in quanto il percorso per uniformare le quote di compartecipazione degli utenti è stato solo avviato, attraverso la stesura di uno schema di regolamento che verrà sottoposto all'esame dell'Assemblea dei Sindaci negli ultimi mesi dell'anno.

Questo documento, elaborato attraverso un percorso formativo dalle assistenti sociali degli undici comuni, è un punto fondamentale per un vero processo di integrazione delle politiche sociali a livello distrettuale dal momento che introdurrebbe livelli di compartecipazione degli utenti ai servizi, percentualmente uguali.

Di difficile realizzazione, invece, è apparsa l'integrazione tra i Comuni in relazione al costo dei servizi che potrebbe essere realizzata alternativamente da un sistema di accreditamento o da un

appalto centralizzato. Questo dovrebbe essere riconfermato come un obiettivo da perseguire anche nella prossima triennalità.

L'obiettivo n. 3, in merito all'estendimento del servizio di assistenza domiciliare in fasce ancora non coperte dai singoli interventi comunali, è stato per il momento sospeso e nella programmazione della nuova triennale potrà essere valutato, in base alle risorse assegnate. Senza una destinazione di fondi specifica appare attualmente difficile un maggiore investimento di risorse comunali per questi obiettivi.

Rimane da analizzare l'utilizzo e le finalità del buono sociale che è stato mantenuto nella seconda triennalità ed ha avuto una variazione nell'importo mensile, da € 260 a € 200, e un budget annuale assestato in circa € 190.000,00.

Il miglioramento dell'efficacia di questo intervento è stata più volte oggetto di discussione: dall'esame delle graduatorie emerge che gli assegnatari hanno un ISEE pressoché nullo se non addirittura, in alcuni casi, negativo e un'età superiore agli 85 anni.

Da registrare nell'ultimo anno, il 2008, un calo delle domande presentate da 129 a 108 mentre il budget messo a disposizione garantisce un numero di beneficiari costante pari a: 82 nel 2006, 79 nel 2007, 80 nel 2008.

Nella nuova triennalità, compatibilmente con le risorse assegnate, potrebbe essere opportuna una rivisitazione di questo istituto per garantire risorse all'ampliamento dei servizi domiciliari, come sopra detto, e/o per modificare i requisiti di accesso al fine di privilegiare quelle situazioni di disagio che non godono di altri contributi pubblici (es. assegno di accompagnamento).

## Obiettivi per il triennio 2009 – 2011

### Intervento n. 1

<u>Descrizione dell'intervento</u>	Revisione della struttura del Buono sociale per renderlo maggiormente finalizzato alle cure a domicilio degli anziani anche attraverso una progressiva trasformazione a voucher.
<u>Fasi di attuazione</u>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Definizione di una precisa griglia di spese e servizi finanziabili.</li><li>2. Valutazione sul passaggio tra l'erogazione del buono, e quindi controllabili a rendiconto, e la creazione di un sistema di accreditamento per l'acquisto diretto da parte dell'utenza della tipologia di servizi finanziati.</li><li>3. eventuale attivazione del sistema di accreditamento.</li><li>4. Revisione dei requisiti soggettivi dei potenziali utenti anche in riferimento a chi già riceve titoli socio sanitari.</li><li>5. Bando per l'assegnazione dei titoli sociali.</li></ol>
<u>Tempi di realizzazione</u>	2009 – 2010
<u>Forme di gestione</u>	Bando con graduatoria distrettuale
<u>Stanziamento</u>	Piano finanziario annuale
<u>Indicatori di risultato</u>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Numero di domande soddisfatte su domande presentate.</li><li>2. Grado di effettivo controllo delle spese sostenute dall'utenza.</li><li>3. Grado di sovrapposizione della spesa a favore degli stessi utenti per i titoli sociali e i titoli socio sanitari assegnati.</li></ol>

### Intervento n. 2

<u>Descrizione dell'intervento</u>	Definizione a livello distrettuale di un accordo con le Associazioni sindacali dei pensionati sugli interventi a livello distrettuale a favore della popolazione anziana.
<u>Fasi di attuazione</u>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Analisi degli accordi in vigore nei singoli comuni.</li><li>2. Definizione di una serie di punti su cui aprire il tavolo concertativo.</li><li>3. Definizione della rappresentanza politica che partecipa alla contrattazione.</li><li>4. Avvio della contrattazione.</li><li>5. stipula dell'accordo.</li></ol>
<u>Tempi di realizzazione</u>	Triennio
<u>Forme di gestione</u>	Diretta
<u>Stanziamento</u>	
<u>Indicatori di risultato</u>	Definizione di un crono programma che garantisca il rispetto dei tempi delle fasi di attuazione. Raggiungimento dell'accordo a livello distrettuale.

Intervento n. 3

<u>Descrizione dell'intervento</u>	Ampliamento del servizio di assistenza domiciliare ai giorni di sabato e festivi mediante l'emissione di voucher e la creazione di un sistema di accreditamento
<u>Fasi di attuazione</u>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bando per l'accredimento.</li> <li>2. Bando per l'erogazione dei voucher.</li> </ol>
<u>Tempi di realizzazione</u>	Entro il 2010 in base alle risorse economiche stanziare.
<u>Forme di gestione</u>	Distrettuale per quanto riguarda il sistema di accreditamento mentre per l'erogazione dei voucher potrà essere valutata anche una graduatoria comunale.
<u>Stanziamento</u>	Vedere Piano finanziario 2009 – 2010
<u>Indicatori di risultato</u>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Numero di soggetti accreditati per erogare il voucher per il SAD.</li> <li>2. Numero di utenti assegnatari del voucher in base al numero di domande pervenute.</li> </ol>

Intervento n. 4

<u>Descrizione dell'intervento</u>	Acquisto di un posto di ricovero di sollievo per situazioni di emergenza regolamentate a livello distrettuale per sopperire a urgenze e/o in attesa di una collocazione definitiva in R.S.A.
<u>Fasi di attuazione</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stipula di una convenzione con un ente gestore per la riserva di un posto per ricovero di sollievo.</li> <li>• Definizione di un regolamento distrettuale di accesso al posto.</li> </ul>
<u>Tempi di realizzazione</u>	Anno 2009
<u>Forme di gestione</u>	Diretta a livello distrettuale
<u>Stanziamento</u>	
<u>Indicatori di risultato</u>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Numero di giorni anno in cui il posto è stato occupato su giorni totali.</li> <li>2. Costo medio in base ai giorni effettivamente utilizzati.</li> </ol>

Intervento n. 5

<u>Descrizione dell'intervento</u>	Integrazione a livello distrettuale del servizio di assistenza domiciliare e pasti. Ottimizzazione delle risorse finanziarie impiegate dai Comuni per questi due servizi anche rispetto agli standard qualitativi raggiunti.
<u>Fasi di attuazione</u>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analisi della situazione attuale in termini di costo e di standard qualitativi dei servizi.</li> <li>2. Definizione di varie opzioni gestionali: voucher, capitolati d'appalto uniformi a livello distrettuale, gara unica distrettuale per l'affidamento del servizio.</li> <li>3. Scelta di una tra le opzioni stabilite al punto 2.</li> <li>4. Realizzazione del sistema scelto.</li> </ol>
<u>Tempi di realizzazione</u>	Entro il 2010
<u>Forme di gestione</u>	Diretta
<u>Stanziamento</u>	
<u>Indicatori di risultato</u>	Confronto tra il nuovo sistema di gestione e l'attuale sia in termini finanziari sia in termini di raffronto delle condizioni qualitative

	dei servizi erogati.
--	----------------------

Intervento n. 6

<u>Descrizione dell'intervento</u>	Condivisione di una banca dati dell'utenza dei servizi socio assistenziali e socio sanitari tra Comuni e ASL. Le banche dati e i relativi software gestionali già esistono ma non ci sono correlazioni ne tantomeno la possibilità, oggi, di consultazione
<u>Fasi di attuazione</u>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Costruzione di protocolli di accesso alla consultazione delle banche dati.</li> <li>2. Attivazione dei punti di consultazione da parte degli operatori comunali.</li> <li>3. Formazione del personale sociale alla consultazione della banca dati ASL.</li> </ol>
<u>Tempi di realizzazione</u>	2010
<u>Forme di gestione</u>	
<u>Stanziamento</u>	
<u>Indicatori di risultato</u>	Numero di accessi al sistema. Numero di comuni che utilizzano il sistema.

Intervento n. 7

<u>Descrizione dell'intervento</u>	Ampliamento a tutti i Comuni del distretto della gestione del telesoccorso.
<u>Fasi di attuazione</u>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisione degli standard del servizio.</li> <li>2. Predisposizione del capitolato di gara per la nuova assegnazione del servizio.</li> <li>3. Gestione delle attivazioni.</li> <li>4. promozione del servizio all'utenza.</li> </ol>
<u>Tempi di realizzazione</u>	2009
<u>Forme di gestione</u>	Diretta da parte dell'Azienda speciale consortile
<u>Stanziamento</u>	--
<u>Indicatori di risultato</u>	Numero dei comuni associati. Numero di utenti che attivano il servizio

Intervento n. 8

<u>Descrizione dell'intervento</u>	Costruzione di buone prassi operative tra Comuni e ASL per la gestione delle procedure di attivazione dei servizi e per la corretta informazione all'utenza.
<u>Fasi di attuazione</u>	Definizione dei servizi e delle informazioni da monitorare. Costruzione di protocolli operativi o revisione di quelli già attivi. Informazione e formazione del personale. Monitoraggio dell'utilizzo delle nuove procedure.
<u>Tempi di realizzazione</u>	2009-2010-2011
<u>Forme di gestione</u>	diretta
<u>Stanziamento</u>	--
<u>Indicatori di risultato</u>	Numero di protocolli operativi costruiti

**AREE  
TRASVERSALI E  
AREA  
INTEGRAZIONE  
SOCIO-  
SANITARIA**

**Comuni di : Berlingo, Castegnato, Castelmella, Cellatica, Gussago, Ome, Ospitaletto,  
Rodengo Saiano, Roncadelle, Torbole Casaglia, Travagliato,**

**PIANO DI ZONA  
AMBITO DISTRETTUALE  
BRESCIA OVEST**

**Anni 2009-2011**

## PREMESSA

Questo Piano di Zona nasce dopo l'introduzione di alcune importanti novità legislative (in applicazione della Legge quadro 328/2000), prima fra tutte l'entrata in vigore della L. R. 3 del 12 marzo 2008 "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario", cui hanno fatto seguito una serie di delibere della Giunta Regionale e di circolari applicative che hanno dato corpo ai contenuti della Legge stessa, fra cui la deliberazione n° 8551 del 3 dicembre 2008 "Determinazione in ordine alle Linee di indirizzo per la programmazione dei Piani di Zona – 3° triennio (2009-2011)".

Si tratta di un Piano che, ancor di più rispetto a quello triennale in scadenza, deve necessariamente inserirsi nel quadro generale delineato dalle disposizioni regionali, *in primis*, e dal recepimento che di esse viene dato dall'Asl di Brescia anche attraverso il Documento di Programmazione e Coordinamento dei Servizi Sanitari e Socio Sanitari. Con la normativa succitata, infatti, la Regione esercita funzioni, se possibile ancora più pregnanti rispetto al passato, di regolazione, programmazione, coordinamento e indirizzo nel settore dei servizi sociosanitari e sociali, attraverso l'attuazione di strumenti e procedure volti a promuovere la collaborazione degli Enti Locali con l'Asl e con tutti i soggetti intermedi, presenti nella società, primo fra tutti le rappresentanze del cosiddetto Terzo Settore. Il Piano di Zona diventa, in questo contesto, lo strumento della programmazione locale della rete d'offerta sociale e dell'attuazione dell'integrazione tra la programmazione sociale e quella socio sanitaria, il tutto in rapporto al sistema della sanità, dell'istruzione, della formazione, della casa e del lavoro.

Tre sono i principi e gli obiettivi posti al centro della normativa e che costituiscono, di conseguenza, i cardini di questo documento:

- la centralità della persona e il sostegno alla famiglia: il sistema dei servizi e delle prestazioni deve essere pensato per rispondere ai bisogni di salute, assistenza e tutela delle persone all'interno delle loro comunità locali e non essere condizionato dal sistema di offerta di prestazioni e servizi che induce e determina la domanda;
- il diritto alle prestazioni, tema che si collega inevitabilmente alla questione della compartecipazione degli utenti al costo dei servizi;
- il rapporto tra pubblico e privato.

Il modello lombardo del welfare, che si traduce nel relativo sistema dei servizi alla persona, ha sofferto e soffre, come del resto quello di altre Regioni, della generale crisi del welfare state: l'aumento dei bisogni, l'invecchiamento progressivo della popolazione, l'ingresso di nuove categorie di utenti. Questo scenario è ulteriormente aggravato dall'intensificarsi della congiuntura economica negativa, che sta interessando l'Italia intera ma anche il resto del mondo.

Il modello delineato dalla Regione Lombardia intende contrastare lo scenario descritto ponendo al centro del sistema il cittadino con i propri bisogni: resta tuttavia da chiarire come il carattere di "universalità del diritto di accesso" si confronti con la reiterata ed articolata previsione dei limiti cui questo accesso è subordinato, primo fra tutti il limite delle risorse disponibili come punto di riferimento per la definizione della rete dei servizi.

Su questo tema si inserisce anche la questione della compartecipazione degli utenti al costo del servizio, nella misura in cui anch'essi contribuiscono alla definizione del complesso delle risorse disponibili per il funzionamento ed il finanziamento della rete stessa. Comuni e Ambiti Distrettuali sono chiamati a confrontarsi con una prolifera giurisprudenza in materia, che sembra sempre più orientata, soprattutto rispetto all'utenza disabile, a non contemplare forme di contribuzione ai servizi da parte delle famiglie, interpretando in tal senso i disposti del D.Lgs. 130/2000, con evidenti ripercussioni sull'entità delle risorse che compongono il sistema e, per certi versi, anche sulla corresponsabilizzazione degli attori coinvolti nei progetti individualizzati, sanciti dalla L.328/2000 e ribaditi dalla L.R. 3/2008.

L'ultimo tema enunciato è quello relativo al rapporto pubblico/privato. La parità tra soggetti istituzionali e soggetti privati (profit o meno), che sembra emergere dal testo normativo, non

afferisce alla definizione delle politiche generali bensì, sussistendone le condizioni, il riferimento è ad una parità a “livello pratico”. In sostanza se le istituzioni constatano che “il terzo settore” in forma associata, impresa sociale, consorzio ecc..., agisce in modo efficiente ed efficace in relazione alle attività che gli vengono richieste e alla domanda posta, ad esso va riconosciuta pari dignità in termini di confronto e di dialogo, senza che ciò comporti alcuno svuotamento del ruolo dei soggetti istituzionali, in capo ai quali resta la definizione delle politiche sociali territoriali.

### **VALUTAZIONE DEI RISULTATI DEL TRIENNIO 2006-2008**

Questo Piano nasce dopo un'esperienza di lavoro insieme, che gli undici Comuni che compongono il Distretto n. 2 stanno svolgendo da ormai sei anni. E' di tutta evidenza come la stesura di un nuovo documento triennale di programmazione del sistema dei servizi sociali e socio-sanitari (per le parti che si è ritenuto, in accordo con l'Asl, di sviluppare) non possa che partire da una valutazione degli obiettivi raggiunti con la realizzazione dei progetti e degli interventi previsti dai piani precedenti e, più in generale, dai risultati ottenuti, anche in termini di sviluppo della struttura organizzativa e di una metodologia di lavoro in grado di creare e potenziare i rapporti di rete.

L'Assemblea dei Sindaci e l'Ufficio di Piano, che nel caso di questo Distretto, hanno potuto contare su una sostanziale continuità nei sei anni di programmazione zonale, si sono soffermati ad analizzare gli aspetti positivi e gli aspetti di criticità dell'esperienza, legati per lo più alla necessità di far dialogare realtà con nature e storie di servizio diverse.

Con il primo Piano di Zona è stato possibile da un lato attivare interventi e servizi nuovi su tutto il territorio del Distretto n. 2 e, dall'altro, mettere a fuoco quelli che avrebbero dovuto essere i nodi principali della seconda programmazione in funzione della realizzazione, nel medio-lungo periodo, dell'obiettivo del legislatore nazionale prima e regionale poi, di addivenire ad un documento che rappresentasse realmente l'intero sistema locale dei servizi. In quest'ottica l'Assemblea dei Sindaci, organismo politico chiamato a governare il sistema, aveva declinato, nel Piano di Zona 2006-2008, alcuni passaggi importanti da porre a fondamento dell'intero processo per la sua attuazione ed è di questi che si intende proporre qui una valutazione (per i risultati ottenuti nelle singole aree si rinvia ai relativi paragrafi di questo Piano):

- 1) individuazione chiara del luogo della “governance” del sistema, cui competono gli aspetti decisionali e di coordinamento;
- 2) creazione di uno strumento per la gestione associata dei servizi e degli interventi che compongono il sistema stesso;
- 3) sviluppo di sistemi informativi e di produzione della conoscenza, integrati;
- 4) individuazione di luoghi di coordinamento e integrazione a livello provinciale, sia tecnici che politici.

Giunti a conclusione del triennio di valenza di quel documento, si può affermare che gli obiettivi individuati dall'Assemblea dei Sindaci come fondamentali per lo sviluppo del sistema sono stati in gran parte realizzati.

In particolare, per quanto attiene ai **punti 1) e 2)**, **la creazione dell'Azienda Speciale Consortile**, costituita nel settembre 2007, ha consentito di definire e scindere con chiarezza il ruolo programmatico e di “regia” dal ruolo gestionale-operativo. L'Assemblea dei Sindaci e l'Ufficio di Piano, per quanto di competenza di ciascuno, sono stati investiti del primo mentre all'Azienda e agli organi di cui si compone (Assemblea Consortile e Consiglio di Amministrazione) è stato affidato, come si evince dallo statuto, un compito esclusivamente di gestione. La scelta di dotarsi di uno strumento quale l'Azienda, e non per esempio una Fondazione, una Società ecc..., come avvenuto in altri Ambiti Distrettuali, è stata assunta dopo attenta analisi dei pro e dei contro che caratterizzano la natura giuridica di questi enti. In proposito ci si è avvalsi anche della consulenza di un esperto successivamente nominato, a maggioranza, revisore dei conti dell'Azienda stessa.

Lo strumento scelto è risultato da subito il più snello e comunque quello che meglio rispondeva alle esigenze legate all'attuazione dei contenuti del Piano. Gli organi dell'Azienda, inoltre, sono stati

composti partendo da quelli di cui già la zona disponeva ovvero l'Assemblea Consortile coincide, in termini di componenti, con l'Assemblea dei Sindaci e il C.d.A. con l'Ufficio di Piano. La prima non ha alcun costo ed il secondo viene remunerato con gli stessi criteri con cui veniva finanziato l'Ufficio di Piano, i cui componenti non percepiscono più alcun compenso. Questo ha fatto sì che la costituzione dell'Azienda comportasse, in termini di costi, una maggiorazione legata esclusivamente al compenso per il revisore dei conti e per il commercialista, compensi ampiamente riequilibrati dai risparmi ottenuti dal passaggio dagli incarichi effettuati dall'Ente Capo-fila (prima Comune di Gussago) alle assunzioni a tempo determinato prima ed indeterminato a partire dalla scorso 1° gennaio, fatte dall'Azienda per il personale amministrativo, per il servizio di tutela minori (per ora unico servizio gestito con personale assunto direttamente dall'Azienda). Un ulteriore indubbio vantaggio legato alla gestione dei servizi e degli interventi attraverso l'Azienda discende dal fatto che quest'ultima risponde a modalità operative molto più snelle e semplificate ed è soggetta a minori vincoli anche rispetto al tema delle assunzioni.

Passando al **p.to 3)** relativo alla creazione di sistemi informativi e di produzione della conoscenza, integrati, nel corso del triennio è stato acquistato e sviluppato il software "La mia città", con il preciso intento di creare una banca dati ed un sistema di comunicazione, fra gli enti che compongono il Distretto, sempre più efficace ed interconnesso. Questo obiettivo è risultato quello di più difficile realizzazione sebbene siano stati fatti significativi passi avanti. Ad oggi praticamente tutti i bandi distrettuali vengono gestiti attraverso questo programma e pertanto ciascun Comune, inserendo i dati dei propri cittadini, contribuisce ad alimentare la banca dati distrettuale: attraverso il software vengono stese e aggiornate le graduatorie. L'aspetto invece più critico è risultato quello legato all'uso della cartella sociale informatica: ancora troppo poche sono le assistenti sociali che la utilizzano abitualmente e pertanto i dati raccolti sono poco rappresentativi. Per quanto attiene poi alla sezione "rette", ovvero a quella parte di software che permetterebbe di gestire i cosiddetti ruoli o comunque di costruire la banca dati degli utenti anche in funzione dei servizi di cui dispongono e di quanto pagano, la stessa verrà resa operativa successivamente all'approvazione del Regolamento distrettuale per la compartecipazione degli utenti al costo dei servizi. Infine è **stato attivato il sito dell'Ambito Distrettuale ([www.pianodizonabresciaovest.it](http://www.pianodizonabresciaovest.it))** al quale il cittadino può collegarsi per conoscere come è strutturato e che servizi offre.

Concludiamo questa analisi con il **p.to 4)** relativo all'individuazione di luoghi di coordinamento e integrazione a livello provinciale, sia tecnici che politici. L'esperienza maturata fino ad oggi ha fatto emergere chiaramente l'esigenza di raccordare le politiche distrettuali con le più ampie politiche sociali provinciali. Questo aspetto è divenuto tanto più importante quanto più l'Asl ha progressivamente dismesso la gestione di alcune funzioni che, per loro natura, richiedono scelte uniformi su tutto il territorio della provincia. Si pensi, uno per tutti, al riparto dei fondi dell'ex circolare 4 che da due anni è passato in capo agli Ambiti Distrettuali. I diversi criteri di distribuzione dei fondi ai Distretti, adottati dalla Regione, hanno fatto sì che gli stessi non prendano a riferimento solo le strutture presenti sul territorio ma il numero di abitanti. Se non vi fosse stato un raccordo (e nonostante ci sia stato non sono mancati alcuni problemi) fra i diversi Distretti, questa modalità avrebbe penalizzato fortemente i cittadini "costretti" a frequentare servizi al di fuori del proprio territorio (es. i nostri utenti che vanno ai CDD di Brescia). Il coordinamento a livello provinciale fra i diversi Ambiti Distrettuali è stato realizzato attraverso la costituzione di un organismo denominato "coordinamento provinciale uffici di piano": questo coordinamento, anche se informalmente, esisteva già da diversi anni ed era nato per rispondere all'esigenza di confronto che da subito era emersa fra i tecnici incaricati della realizzazione della "partita" Piani di Zona. Le crescenti funzioni e responsabilità attribuite agli Ambiti hanno indotto la Conferenza dei Sindaci, che a sua volta necessitava di un supporto tecnico che le permettesse un confronto più consapevole con la struttura Asl, a formalizzare e regolamentare l'esistenza ed il funzionamento di questo organismo. Da un punto di vista formale ciò si è tradotto nella stesura ed approvazione, da parte di

tutte le Assemblee distrettuali, di un Regolamento di funzionamento del coordinamento in questione, regolamento che prevede una figura di coordinatore ed individua, come struttura operativa di supporto, l'Associazione Comuni Bresciani. La scelta di creare questo organismo, di cui fanno parte i coordinatori degli uffici di piano di tutti i Distretti, inoltre, ha permesso agli Ambiti di disporre di un proprio referente tecnico nei momenti di confronto, sempre più frequenti, fra la struttura tecnica dell'Asl e quella dei Comuni, confronto che ormai avviene quasi esclusivamente in questa sede. E' indubbio, infatti, come per l'Asl sia significativamente più comodo disporre di un unico referente, sia tecnico sia politico (Conferenza dei Sindaci) da consultare in questa delicata fase di passaggio da ente di gestione ad ente di sola programmazione e controllo.

## **GESTIONE FUNZIONI TRASFERITE AGLI AMBITI DISTRETTUALI NEL CORSO DEL TRIENNIO 2006-2008**

### **Riparto Fondo Sociale Regionale**

A partire dal 2006 gli Ambiti Distrettuali sono stati chiamati a gestire il riparto del Fondo sociale regionale (ex circ. 4). Nel primo anno l'A.S.L., che da sempre si occupava del riparto, ha supportato i Comuni nell'esame delle domande e nella determinazione dei criteri, sostanzialmente in continuità rispetto agli anni precedenti.

Nel secondo anno, il 2007, la Regione Lombardia ha avviato una nuova modalità di assegnazione dei fondi che prevedeva il passaggio, nell'arco di un triennio (presumibilmente divenuto quadriennio, visto che nel 2008 sono stati confermati i criteri 2007) da un'assegnazione sul costo storico sostenuto dagli Enti Gestori, alla quota capitarla, cioè proporzionale alla popolazione dei singoli ambiti. Questo nuovo metodo ha mostrato fin da subito alcune criticità, prima fra tutte il fatto di assegnare più fondi ad ambiti più popolosi e con poche strutture sul territorio rispetto ad ambiti con una popolazione inferiore ma con un concentrazione di strutture più elevata.

In proposito la Regione Lombardia ha poi introdotto alcuni correttivi ed è probabilmente per correggere queste distorsioni che il passaggio al nuovo metodo di riparto ha subito dei rallentamenti.

L'obiettivo del legislatore regionale è quello di giungere ad un fondo unico, che risulti essere la somma tra il fondo nazionale per le politiche sociali, già oggi comprensivo della quota relativa alle Leggi di settore, e il fondo sociale regionale. Questo permetterà ad ogni ambito di programmare complessivamente gli interventi in ambito sociale, purché i tempi di erogazione del fondo stesso siano compatibili con la logica della programmazione.

Il riparto del Fondo sociale regionale, a partire dall'anno 2009, dovrà tenere in considerazione la nuova articolazione dei servizi socio assistenziali per l'handicap ed in particolare l'apertura di un nuovo CSE nel Distretto potrebbe comportare un impegno finanziario superiore rispetto al passato: a tal proposito, tuttavia, va rilevato che il nostro Ambito Distrettuale è stato comunque favorito dal nuovo criterio di assegnazione delle risorse in quanto è fra i più densamente popolati e, in ragione del fatto che si compone di paesi in alcuni casi anche molto vicini alla città di Brescia, ha un numero di strutture da finanziare proporzionalmente inferiori rispetto ad altri. Questo comporta che, a parità di risorse complessive, il trend del fondo dovrebbe crescere gradualmente fino all'applicazione del solo criterio della distribuzione pro-capite.

### **Autorizzazioni al Funzionamento delle strutture socio assistenziali – comunicazione preventiva**

Fino al 2007 era la Provincia di Brescia ad occuparsi dell'istruttoria delle pratiche e del rilascio dei titoli abilitativi al funzionamento delle strutture socio assistenziali: a seguito di modifiche normative, è iniziato un progressivo passaggio della competenza ai Comuni, attraverso un Protocollo di Intesa con la Provincia di Brescia che continuava a garantire l'istruttoria delle pratiche e forniva agli Enti Locali un supporto consulenziale. I Comuni hanno così iniziato ad emettere, ognuno per le strutture presenti nel proprio territorio, le autorizzazioni. Nel 2007 l'Assemblea dei

Sindaci ha ritenuto di passare ad una gestione associata del servizio, tramite l'Azienda, creando una piccola struttura composta da due tecnici incaricati: uno per l'esame degli standard strutturali e uno per gli standard gestionali per fornire un'adeguata consulenza ai Comuni. Dopo una iniziale ricognizione delle autorizzazioni al funzionamento già rilasciate dalla Provincia, per un controllo capillare di eventuali necessità di aggiornamento della documentazione, l'equipe è stata chiamata in causa dai singoli Comuni, che hanno ricevuto richieste di apertura di nuove strutture, per effettuare l'istruttoria sulla documentazione presentata.

L'entrata in vigore della Legge Regionale n. 3/2008, che ridisegna il governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario, ha introdotto una novità molto importante in questo settore, eliminando di fatto le autorizzazioni al funzionamento per le unità di offerta socio assistenziali e sostituendole con una comunicazione di inizio attività, effettuata al Comune dal soggetto gestore. Questo ha comportato una rivisitazione delle procedure che sono comunque state concordate con i Comuni. La vigilanza sulle strutture socio assistenziali rimane invece di competenza dell'A.S.L. che, tempestivamente, deve informare il Comune di eventuali sopralluoghi che impongano provvedimenti restrittivi.

Contestualmente alle modifiche citate si è costituito un gruppo di lavoro a livello provinciale, composto da referenti del Coordinamento degli Uffici di Piano e dell'Asl, servizio vigilanza e controllo, con l'obiettivo di concordare e uniformare la modulistica da utilizzare per presentare le comunicazioni di inizio attività.

## **IL PROCESSO DI COSTRUZIONE DEL NUOVO PIANO DI ZONA**

### **Coinvolgimento del Terzo Settore**

Facendo tesoro del percorso già realizzato in fase di stesura dei Piani di Zona precedenti e tenendo conto delle disposizioni contenute nelle "Linee di indirizzo per la programmazione dei Piani di Zona - 3° triennio" nonché nella Deliberazione di G.R. n. 7797 del 30 luglio 2008, "Rete dei servizi alla persona in ambito sociale socio-sanitario. Istituzione del Tavolo di Consultazione dei soggetti del Terzo Settore", l'Assemblea dei Sindaci e l'Ufficio di Piano hanno affrontato la stesura di questo documento partendo, innanzi tutto, dal confronto con le diverse realtà presenti sul territorio. Con deliberazione n. 28 dell'Assemblea stessa, assunta in data 12/11/2008, è stato formalmente costituito il Tavolo del Terzo Settore, nei termini previsti dal succitato atto. Il 21/11/2008 si è poi costituito, come articolazione del Forum Provinciale, il Forum del Terzo Settore del Distretto di Brescia Ovest, con l'ambizione di raccogliere le diverse associazioni che operano nel Distretto stesso in un organismo in grado di essere rappresentativo anche nel confronto con i soggetti istituzionali. Il primo banco di prova per questo nuovo soggetto è stato, per l'appunto, il confronto con gli Enti Locali per la definizione delle priorità e degli obiettivi da inserire nel Piano di Zona 2009-2011. Il Forum, che agisce attraverso un comitato di coordinamento, ha preso parte alla prima seduta del Tavolo insieme ad altri rappresentanti individuati dalle cooperative e da alcune delle associazioni del territorio (il Forum ha di fatto pochi mesi di vita e pertanto, almeno per ora, la sua capacità rappresentativa è inferiore alle potenzialità reali): al Tavolo erano presenti il Direttore Sociale dell'Asl di Brescia e il Direttore del Distretto Socio Sanitario n. 2 e n. 3. Date le caratteristiche dell'organismo è stato possibile affrontare, in termini generali, il tema dell'importanza e del valore che le realtà in esso rappresentate sono in grado di portare all'interno del sistema dei servizi alla persona, così come è concepito dal legislatore regionale.

In ordine poi alla valutazione di quanto fatto nel triennio 2006-2008 nonché al confronto finalizzato alla stesura del nuovo Piano, il Tavolo ha valutato di dar vita a gruppi di lavoro tematici, in continuità con quanto scelto nelle triennali precedenti, in grado, per composizione e numero, di lavorare in maniera più snella ed efficace. In questo contesto è stato utilizzato, per quanto riguarda l'area disabilità, il tavolo di lavoro permanente che ormai da oltre tre anni si riunisce a cadenza mensile e al quale, peraltro, si deve la realizzazione di obiettivi significativi quali la stesura del primo Protocollo d'Intesa Distrettuale sul tema dell'integrazione scolastica e territoriale dei minori

in situazione di handicap, l'elaborazione di Linee di indirizzo relativamente alla stesura del Progetto Individualizzato, la definizione di bandi per l'accesso a contributi finalizzati alla realizzazione di progetti di socializzazione ecc....

Sorti meno felici erano toccate, invece, nel triennio concluso, al tavolo minori e famiglia, riunitosi per circa un anno e poi sciolto per mancanza di partecipazione. I partecipanti al gruppo di lavoro relativo alla medesima area (sostanzialmente diversi da quelli del tavolo precedente), costituitosi per l'elaborazione di questo documento, hanno però espresso già da ora la volontà di connotarsi come un organismo permanente, con l'obiettivo, in futuro, di monitorare l'andamento del Piano ma anche di costituire un laboratorio di pensiero e di confronto sui temi della promozione della famiglia e della tutela dei minori, temi la cui gestione risulta sempre più complessa e articolata e rispetto ai quali è sempre più necessaria l'efficace partecipazione ed integrazione di tutti i soggetti coinvolti.

Sono stati infine costituiti il gruppo di lavoro per l'area anziani, il gruppo di lavoro per l'area stranieri e disagio adulto e il gruppo di lavoro che ha affrontato il tema dell'integrazione socio-sanitaria, tema particolarmente sollecitato anche dalla L.R.3/2008. Agli incontri hanno partecipato, sebbene non previsti nella Delibera Regionale, rappresentanti delle organizzazioni sindacali.

Gli incontri hanno avuto come principale obiettivo quello di riunire gli osservatori privilegiati della popolazione oggetto/soggetto dell'azione sociale al fine di raccogliere una lettura del bisogno ed un'analisi della rete dei servizi esistenti, di consolidare la costruzione di legami tra enti, cooperative e associazioni così da integrare professionalità e risorse e mettere le stesse al servizio della collettività, alimentando la cultura solidaristica e della partecipazione. In questi incontri sono emerse alcune importanti riflessioni che hanno poi trovato spazio, nel limite del possibile, all'interno dei contenuti di questo documento. L'intenzione non era quella di rimettere in discussione l'intera politica sociale del territorio portata avanti sia dai singoli Comuni sia dai Comuni associati nei sei anni di attuazione della Legge 328/2000 quanto, piuttosto, di valutare il sistema dei servizi esistenti in un'ottica di potenziamento e di sviluppo che tenesse conto dell'evolversi continuo delle problematiche e dei bisogni espressi dalla popolazione. Questo importante lavoro di confronto ha rappresentato il presupposto su cui andare a completare ed implementare, anche attraverso questo Piano di Zona, il "sistema dei servizi socio-sanitari integrati", attraverso la costruzione di reti e di processi finalizzati a promuovere sperimentazioni e innovazioni sia a livello di "governance" sia a livello gestionale/operativo, così da poter affrontare la complessità e l'eterogeneità del bisogno, in una visione globale ed interdipendente.

Il confronto e la discussione hanno portato all'individuazione di specifiche priorità, tradotte in progetti e interventi che sono stati ampiamente descritti e scadenziati nelle sezioni di questo documento relative alle diverse aree individuate dalla programmazione regionale, cui si aggiunge un'area definita "trasversale", che racchiude il tema dei criteri di accesso ai servizi, dei titoli sociali, del segretariato sociale e dell'integrazione socio sanitaria.

## **LE POLITICHE SOVRA DISTRETTUALI**

### **Il Coordinamento Provinciale degli Uffici di Piano:**

Le linee di indirizzo definite dalla Regione Lombardia relativamente al nuovo Piano di Zona triennio 2009 – 2011 indicano tra gli obiettivi in relazione ai quali lavorare nel nuovo prossimo triennio l'integrazione sociale e sociosanitaria, precisando che "la nuova programmazione dovrà essere guidata dal concetto di integrazione ai suoi diversi livelli: integrazione istituzionale, che si basa sulla necessità di promuovere collaborazioni tra enti e istituzioni diverse, in particolare tra Comuni, ecc. ...."

Le indicazioni regionali proseguono sviluppando ulteriormente il concetto di integrazione, ribadendo la necessità e la funzionalità di una forte integrazione sociosanitaria. A questo proposito si rimanda alla parte del presente documento che sviluppa questo argomento (pagg..... e seguenti).

In questa sede si ritiene invece fondamentale riprendere l'accezione di **integrazione istituzionale**, sopra indicata, per esplicitare da una parte alcune prassi operative che, nell'arco del triennio trascorso si sono particolarmente affermate e raffinate, dall'altra alcune ipotesi di prospettiva che entrano a pieno titolo nella programmazione zonale.

Dall'avvento del primo Piano di Zona, si sono spontaneamente avviati tra i dodici Ambiti Distrettuali dell'Asl di Brescia, momenti man mano più strutturati di incontro e confronto tra i vari responsabili degli Uffici di Piano, che hanno trovato presso la sede dell'Associazione Comuni Bresciani un luogo di incontro fisico dove condividere da subito le incertezze e le difficoltà, nonché le proposte rispetto alla gestione della nuova, e per certi versi impreveduta, partita del Piano di Zona.

La portata e il valore di un luogo (**o meglio di uno spazio mentale**) di incontro, confronto, sintesi, approfondimento, valutazione, limatura delle differenze, supporto e decisione tecnica come quello che nel tempo si è venuto a definire "Coordinamento provinciale degli Uffici di Piano dell'Asl di Brescia" è stata da subito colta dai singoli Responsabili degli Uffici di Piano che si sono indirettamente trovati a gestire questa importante scommessa della gestione associata dei servizi ed interventi, così come delineata dalla legge 328/2000 e successivamente dalla L.R. 3/2008, potendo confrontarsi e coordinarsi con altri professionisti che stavano in quel momento vivendo la medesima e per certi versi assai complessa esperienza professionale.

Benché all'interno del singolo Ufficio di Piano sia consueto il confronto e l'elaborazione condivisa con gli altri colleghi che generalmente appartengono ad alcuni altri Comuni dell'Ambito Distrettuale, la funzione del responsabile dell'Ufficio di Piano è specifica e difficilmente confrontabile con quella degli altri componenti di detto organismo.

Il responsabile dell'Ufficio di Piano ha più di tutti gli altri componenti dell'Ufficio di Piano il compito forte di garantire una serie di funzioni essenziali al processo di implementazione del Piano di Zona:

1. innanzitutto il "giusto" equilibrio tra le istanze dei singoli Comuni e le istanze di un nuovo soggetto, che è appunto l'Ambito Distrettuale, poco definito, fragile, poco strutturato, ma portatore di interessi propri non sempre coincidenti con quelli del singolo Comune;
2. l'organizzazione di un'attività che sia coerente con le indicazioni regionali, che spesso rischiano di essere DISTANTI dalla specifica realtà e che hanno bisogno di dipanarsi nello specifico del singolo territorio, garantendo comunque il rispetto di scelte e indirizzi dati;
3. ancora una specificità territoriale che non sia tuttavia troppo spinta rispetto alle scelte di altri territori;
4. una rappresentatività esterna del nuovo soggetto (Ambito Distrettuale) che rende il responsabile dell'Ufficio di Piano interlocutore di vari soggetti istituzionali e non (Asl, Regione Lombardia, Provincia di Brescia, Tribunale, mondo del privato sociale, ecc.), i quali **chiedono** al responsabile di esprimere le scelte e gli orientamenti tecnici dell'Ambito Distrettuale nei confronti dell'esterno.

Si è trattato per tutti i responsabili degli Uffici di Piano di un ruolo nuovo da svolgere, che ha presupposto competenze nuove ed uno stretto raccordo con il livello politico, cui compete la definizione delle linee di indirizzo della politica sociale dei territori.

Per tutte le ragioni sopradette il "Coordinamento provinciale degli Uffici di Piano" è diventato nel tempo luogo fisico e mentale fondamentale nella direzione di garantire un giusto equilibrio tra l'attività specifica del singolo Ambito Distrettuale e una prospettiva più generale e trasversale che si deve necessariamente misurare con istanze di carattere sovra distrettuale, rispetto alle quali ogni territorio deve comunque riferirsi e orientarsi.

Non solo, ma nel tempo si è consolidata anche nei confronti dell'esterno (esterno rappresentato da tutti gli altri soggetti della rete, tra cui l'Asl, l'Amministrazione Provinciale, il Terzo Settore, ecc.) la funzione del Coordinamento provinciale degli uffici di piano, come opportunità di confronto e di incontro di tutti i territori e momento di sintesi delle specificità di ogni Ambito Distrettuale. A partire dal livello del coordinamento provinciale sono state quindi assunte decisioni di carattere

tecnico che hanno poi trovato ricadute specifiche nei singoli territori (ad esempio per quanto riguarda le modalità di assegnazione delle risorse riferite al F.S.R. o, al momento attuale, relativamente all'individuazione di un modello organizzativo/gestionale riferito all'attività del Servizio per l'integrazione lavorativa) e che hanno l'obiettivo di assicurare una gestione "regolata" delle politiche sociali.

A fronte di quanto sopra e dopo un ampio confronto tra i vari responsabili degli Uffici di Piano, a partire dalla fine dell'anno 2007, si è concordemente deciso di operare nella direzione di rendere stabile e soprattutto riconosciuto sul piano istituzionale detto organismo, attraverso la predisposizione di un "Regolamento", volto a disciplinare la composizione, l'organizzazione, il funzionamento e le competenze dello stesso, Regolamento che è stato 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).

Ad oggi il **Coordinamento degli Uffici di Piano degli Ambiti Distrettuali** dell'Asl di Brescia è costituito dai Responsabili dei dodici Uffici di Piano degli Ambiti Distrettuali appartenenti al territorio dell'ASL di Brescia.

Il Coordinamento al suo interno individua un componente con funzione di coordinamento del gruppo e quale rappresentante del Coordinamento nei rapporti con l'esterno.

Possono essere chiamati a partecipare al coordinamento rappresentanti e referenti di servizi specialistici e/o rappresentanti del terzo settore, in riferimento a specifiche tematiche oggetto dei lavori del Coordinamento.

Il coordinamento degli Uffici di Piano ha la propria sede presso l'Associazione dei Comuni Bresciani, ovvero sede operativa presso l'Ente di appartenenza del coordinatore e si avvale per le attività di segreteria del personale dell'ACB.

Il ruolo specifico del Coordinamento degli uffici di piano previsto nel Regolamento soprarichiamato, quale organo tecnico collegiale, 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 programmatica per la realizzazione dei 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.

Il Coordinamento degli Uffici di Piano ha autonomia funzionale ed organizzativa, nel rispetto degli indirizzi/obiettivi programmatici previsti dalla Conferenza dei Sindaci.

#### **Attività sovra distrettuali per il triennio 2009-2011**

Per il triennio di validità del Piano di Zona 2009 – 2011, l'attività sovra distrettuale che verrà svolta dal 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) **Progettazione e organizzazione del NII, a seguito del termine della gestione delegata del Servizio da parte dell'Asl:** i Comuni tramite gli Ambiti conferiranno ad ACB la gestione degli interventi di politiche attive del lavoro, al cui interno sarà previsto anche il servizio degli inserimenti lavorativi rivolto a soggetti in condizione di fragilità sociale. ACB organizzerà un servizio provinciale, articolato in unità operative sovra distrettuali. Si procederà con tale organizzazione per due anni, a partire dal 1 gennaio 2010, al termine dei quali si passerà ad un Servizio, sempre gestito a livello centrale tramite ACB, con compiti di programmazione, coordinamento, consulenza e regia delle politiche attive del lavoro, compreso il servizio degli inserimenti lavorativi, che nello specifico operativo verrà svolto dai singoli Ambiti;
- 3) **Procedure per comunicazioni inerenti l'attivazione di nuove unità d'offerta sociale:** si procederà nella definizione di procedure condivise per la regolamentazione delle richieste/dichiarazioni di inizio attività delle unità di offerta sociale (ex autorizzazione al funzionamento);
- 4) **Accreditamento sovra zonale delle unità d'offerta sociale:**
  - 4.1. per i servizi ad utenza sovra distrettuale, in specifiche comunità educative minori, comunità alloggio per disabili, centri di pronto intervento, si intende procedere con:
    - l'identificazione del "tipo" di accreditamento da realizzare;
    - la definizione dei requisiti che devono essere posseduti dai singoli soggetti gestori e dalle unità di offerta;
    - l'identificazione del modello di accreditamento ;
    - l'identificazione delle procedure, in particolare bando, patto, commissione accreditante;
  - 4.2. per alcune tipologie di servizi che dovranno essere accreditati dai singoli ambiti, quali SFA, CSE ed altri che potranno essere identificati nel periodo di vigenza del Piano di Zona, il coordinamento potrà lavorare nella direzione di esprimere indirizzi omogenei e criteri comuni a partire dai quali sviluppare l'accreditamento;
- 5) **Regolazione degli interventi nell'area carcere:** in considerazione delle indicazioni delle linee guida regionali per la programmazione del triennio 2009-2011 che richiamano integralmente le indicazioni contenute nelle linee di indirizzo per i Piani di Zona 2° triennio (circ. 48/2005) nonché quanto definito dalla L. R. 8/2005" si ritiene di:
  - a) mantenere l'attività del Tavolo permanente in materia di esecuzione pene presso l'Ufficio del Garante delle persone private della libertà personale, istituito dal Comune di Brescia, quale luogo di integrazione per:
    - la definizione congiunta di bisogni e priorità di intervento;
    - la verifica e lo sviluppo delle iniziative in atto, attraverso la partecipazione dei Direttori degli istituti penali del territorio, del UEPE, del Servizio Sociale Minori del Ministero di Giustizia, delle organizzazioni che hanno esperienza significativa in materia, dei Responsabili degli UDP o loro delegati;
  - b) garantire attenzione al reinserimento sociale delle persone in uscita dal carcere uniformando le azioni specifiche a quelle previste per tutte le categorie di cittadini

che hanno problemi di reinserimento ”, nella logica delle pari opportunità e nel rispetto della programmazione locale”;

- c) garantire attenzione alle problematiche dei minori sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria attraverso il tavolo tematico minori e famiglia, al quale potranno essere invitati i rappresentanti dei servizi del ministero della giustizia (USM).

**6) Condivisione dei criteri di assegnazione del Fondo Sociale Regionale:** a conferma di quanto già avviene da alcuni anni, si conferma il ruolo del Coordinamento Provinciale nella condivisione di comportamenti comuni 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);

**7) 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 del Terzo 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.

## AREE TRASVERSALI

In questa sezione di Piano vengono riportati quegli interventi che non afferiscono ad un'area specifica ma interessano, in maniera trasversale, tutte le aree in quanto si riferiscono a strumenti di attuazione delle politiche sociali distrettuali, da un lato, e al più generale tema dell'integrazione fra i servizi sociali e quelli sanitari, che è anch'esso di carattere trasversale. In particolare il tema della **Salute Mentale**, che la Regione Lombardia individua come area a se stante, è trattato in questo documento fra gli interventi di natura socio-sanitaria.

### Criteri di accesso ai servizi

Nel Piano di Zona 2006-2009 era prevista, fra gli obiettivi, la realizzazione di un percorso di confronto fra i Comuni volto alla definizione di criteri di accesso ai servizi il più possibile omogenei sull'intero territorio del Distretto. Tale obiettivo, peraltro ripreso e sottolineato anche dalla L. R. 3/2008 al punto da prevedere il commissariamento degli Enti in caso di non ottemperanza, è stato in parte raggiunto attraverso la definizione, già nel 2006 (deliberazione n. 10 del 15/11), di un criterio comune per la determinazione degli aventi diritto ai contributi integrativi del reddito, partendo dalla fissazione di un Minimo Vitale Distrettuale e attraverso l'approvazione della deliberazione dell'Assemblea dei Sindaci n.12 del 20/12/2006 con la quale è stato uniformato il concorso dell'utenza alla spesa del servizio semiresidenziale Centro Diurno Disabili. Tale deliberazione, tuttavia, è stata annullata dal TAR Lombardia – Sezione di Brescia con sentenza n. 350 del 04.04.2008 a seguito di ricorsi presentati dall'ANFFAS e da alcune famiglie. La sentenza, pur annullando l'atto in questione, ne sosteneva alcune parti sostanziali e lamentava, invece, una insufficiente istruttoria formale nonché la mancata concertazione preventiva con le associazioni di familiari. Per tale motivo ma più in generale per la volontà di addivenire ad una decisione che risultasse da un lato rispettosa dei contenuti della sentenza e, dall'altro, coerente con le scelte dell'Assemblea dei Sindaci, almeno per le parti che lo stesso giudice non ha ritenuto di contraddire, è stato avviato un confronto con le associazioni dei familiari presenti sul territorio che ha portato all'approvazione della deliberazione n. 3 del 07/02/2007, che sostituisce la precedente e i cui effetti sono stati fatti decorrere dal 1 gennaio 2007.

Nel corso del 2008, inoltre, le assistenti sociali degli undici Comuni e l'Assemblea dei Sindaci sono stati impegnati in un percorso formativo che ha portato all'elaborazione di un "**Regolamento d'Ambito Territoriale per i servizi socio assistenziali**" nel quale, dopo aver effettuato una serie di simulazioni per valutarne l'impatto a livello di singolo Comune, sono state definite le formule per la compartecipazione degli utenti al costo dei servizi assistenziali, sociali e socio sanitari, attraverso il metodo della progressione lineare, (valutato più equo rispetto al criterio delle fasce) con riferimento all'ISEE. L'Indicatore della Situazione Economica Equivalente, introdotto ormai dieci anni fa con il D.Lgs 109/1998, costituisce infatti per il legislatore l'unico criterio legittimo per verificare la situazione economica dei soggetti che richiedono servizi a costo agevolato. L'approvazione del Regolamento, anche in virtù del fatto che alcune delle Amministrazioni che compongono l'Ambito Distrettuale sono a fine mandato, verrà sottoposta alla Assemblea dei Sindaci dopo le elezioni, in modo da non vincolare le scelte degli amministratori futuri.

Dal regolamento sono rimasti esclusi i servizi relativi all'area disabilità, con la sola eccezione dei CDD, dei quali si è già detto, in quanto è **attualmente in corso la concertazione con le associazioni relativamente a CSE, SFA, ecc....** Le decisioni assunte in sede di concertazione verranno automaticamente recepite dai singoli Comuni e, una volta approvato, andranno ad integrare il succitato Regolamento che a quel punto si potrà considerare completo in quanto interesserà tutta la gamma dei servizi offerti dai Comuni in ambito assistenziale.

L'approvazione di questo documento costituirà un traguardo importante e testimonierà, nel concreto, come il Distretto, cogliendo appieno lo spirito della normativa sia nazionale sia regionale,

abbia saputo superare i particolarismi e le difficoltà dettate dalle inevitabili differenze che caratterizzavano la situazione di singoli Comuni su questa materia, per perseguire l'interesse del cittadino-utente che in questo modo potrà contare su un trattamento omogeneo ed il più possibile rispettoso delle sue esigenze, qualunque sia il Comune in cui risiede. Per completare questo processo, nel triennio che ci attende, l'Assemblea dei Sindaci si pone quale ulteriore obiettivo quello di uniformare, nel limite del possibile, anche le tariffe su cui applicare le formule previste dai Regolamenti, attraverso gare d'appalto centralizzate, accreditamenti e/o la definizione di tariffe distrettuali che prescindono dai costi reali dei servizi.

### **Titoli Sociali**

I titoli sociali rappresentano una fra le forme di erogazione dei servizi su cui, da oltre otto anni (a partire dalla Legge 328/2000), sta puntando sia la legislazione nazionale sia quella della Regione Lombardia (Legge 3/2008). La logica che sottende a questa scelta è legata, anzitutto, alla volontà di porre il cittadino al centro del sistema dei servizi, attribuendogli un più ampio potere di scelta rispetto al soddisfacimento dei propri bisogni, da un lato, e ponendo sostanzialmente sullo stesso piano, almeno per quanto riguarda l'ambito della gestione (non della programmazione e del governo della rete), i soggetti pubblici e privati. Mutuando dal sistema sanitario, primo ad utilizzare i voucher, nei Piani di Zona dei due trienni scorsi sono apparsi anche i titoli sociali, in questo caso sia in forma di buoni che di voucher. La logica dei titoli sociali, in Regione Lombardia, è stata infine trasferita anche al settore dell'istruzione e della formazione, come dimostra il "Sistema Dote Scuola", che da quest'anno si è arricchito della Dote Formazione e della Dote Lavoro.

Appare evidente come la Regione Lombardia intenda sostenere questa forma di gestione dei servizi, ponendola quindi fra quelle da preferire anche nella programmazione sociale territoriale, come si evince chiaramente dalle Linee di indirizzo per la stesura del Piano di Zona 2009-2011.

Per quanto attiene, nello specifico, a questo Distretto, buoni e voucher hanno trovato spazio prevalentemente nel settore anziani e disabili (buono sociale per favorire la permanenza al proprio domicilio) e nel settore minori e famiglia (buoni di sostegno al reddito, voucher per il sostegno alla natalità e voucher per il servizio di assistenza domiciliare educativa per minori). Nella triennalità futura gli ambiti di applicazione di questo strumento resteranno sostanzialmente gli stessi mentre, nel merito, **i servizi gestiti mediante titoli sociali aumenteranno**. In proposito si rimanda ai capitoli seguenti, laddove sono meglio specificati i voucher per garantire l'assistenza domiciliare ad anziani e disabili nei giorni festivi, l'introduzione di un buono volto al sostegno delle famiglie che utilizzano care-giver professionali o comunque regolarmente retribuiti, il potenziamento dei buoni denominati "Nuove Povertà", finalizzati a sostenere le categorie di soggetti economicamente più deboli, in aumento anche a causa della recente crisi economica che sta interessando l'intero Paese e non solo.

### **Integrazione Socio sanitaria**

Le Linee di indirizzo per la programmazione dei Piani di Zona – 3° triennio (2009-2011), approvate con D.G.R. n. 8551 del 3 dicembre 2008, riconoscono particolare importanza, nella definizione del nuovo documento di programmazione territoriale, alle forme di collaborazione con l'Asl al fine di potenziare e migliorare l'efficacia degli interventi di natura socio-sanitaria. L'integrazione socio sanitaria è un processo lungo, che attraversa tutti i temi della programmazione zonale e che ha riflessi e priorità differenziate nei diversi ambiti a seconda delle esperienze che nel tempo si sono maturate a livello locale.

Per quanto attiene al Distretto n. 2, per dare attuazione a questo processo e in coerenza con quanto definito in sede di coordinamento degli Uffici di Piano della Provincia di Brescia, si è proceduto attraverso la compilazione di uno strumento di sintesi, anch'esso concordato sia a livello provinciale sia con i referenti Asl per i Piani di Zona, attraverso il quale sono state individuate, area per area, le principali tematiche relative all'integrazione socio-sanitaria evidenziando, per ciascuna di esse, punti di forza, criticità ed obiettivi di miglioramento.

Il percorso è stato effettuato con i referenti dell'Ufficio di Piano del Distretto di Brescia Est, che fa capo alla stessa Direzione Generale di Distretto, e con il Direttore dell'Ambito Distrettuale Socio Sanitario, coadiuvato da alcuni dei responsabili delle diverse aree. Ciascuno dei soggetti coinvolti ha singolarmente analizzato le tematiche dal proprio punto di vista per poi condividere con gli altri, compresi i referenti politici, le riflessioni svolte.

Per prima cosa si è ritenuto opportuno **prevedere una coincidenza tra i Tavoli di consultazione con il Terzo Settore, già istituiti dai Distretti di Brescia Ovest e di Brescia Est, e quelli che l'Asl dovrà istituire a livello di Distretto Socio Sanitario n. 2.** Un percorso volto a rafforzare il settore socio-sanitario, infatti, non può risultare efficace se si cominciano a moltiplicare le sedi di consultazione e di confronto, tenendo conto peraltro del fatto che l'importanza del coinvolgimento delle realtà del Terzo Settore che operano sui diversi territori è una delle priorità individuate dalla Regione per lo sviluppo della terza triennalità dei Piani di Zona ed interessa trasversalmente sia il settore sociale che quello socio-sanitario.

Si è poi proceduto ad individuare, area per area, quali potessero essere i servizi/interventi di natura socio sanitaria sui quali avviare una riflessione, partendo da una valutazione dei punti di forza e dei punti di debolezza riscontrati nell'organizzazione attuale degli stessi. Di seguito è riportato, nel dettaglio, il risultato di questa analisi: l'attenzione va posta soprattutto sugli obiettivi di miglioramento ai quali si intende dare priorità nel triennio 2009-2011.

	DETTAGLI	PUNTI DI FORZA	CRITICITÀ	OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO (con l'indicazione di possibili strumenti da utilizzare e/o azioni da implementare)
<b>1) ANALISI DELL'INTEGRAZIONE NELLE VARIE AREE DI INTERVENTO:</b>				
<u>Anziani</u>				
	Punti unici di accesso per non autosufficienti (DGR 8243, allegato B, punto 1)	Presenza consolidata del servizio UCAM	Conoscenza incompleta del complesso delle prestazioni erogate dall'Asl e dai Comuni a sostegno della non autosufficienza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• migliorare le modalità di comunicazione fra UCAM e Comuni anche attraverso lo sviluppo del segretariato sociale;</li> <li>• sviluppare il tema delle dimissioni protette, anche attraverso l'estensione ai Comuni del Protocollo di Intesa sulle dimissioni protette, siglato tra Asl e A.O.</li> <li>• realizzare un sistema informatico (banca dati) che consenta scambio di informazioni, reciprocità di</li> </ul>

				<p>accesso in riferimento alle prestazioni e agli interventi erogati dall'Asl e dai Comuni per avere un quadro completo delle prestazioni di cui beneficiano gli utenti</p>
	<p>Presenza in carico persone non autosufficienti attraverso il PAI (DGR 8243, allegato B, punto 2)</p>	<p>Presenza consolidata del servizio UCAM</p>	<p>Conoscenza incompleta del complesso delle prestazioni erogate dall'Asl e dai Comuni a sostegno della non autosufficienza Collaborazione ed integrazione poco formalizzata, lasciata più alla buona volontà dei singoli</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>sviluppare proficue forme di collaborazione fra UCAM e servizi sociali comunali anche attraverso la stesura di <b>Linee guida operative</b></li> </ul>
	<p>Titoli sociali (Buoni anziani e voucher SAD) e Titoli socio-sanitari (Voucher socio-sanitari e ADI) (DGR 8243, allegato B, punto 3)</p>	<p>Possibilità di remunerare il lavoro di cura anche dei care-giver non professionali Libertà di scelta dell'utente</p>	<p>Mancanza di una banca dati integrata che consenta di conoscere il complesso delle prestazioni di cui godono gli utenti</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>realizzare un sistema informatico (banca dati) che consenta scambio di informazioni, reciprocità di accesso in riferimento al riconoscimento di questi titoli per avere un quadro completo delle prestazioni di cui beneficiano gli utenti ed indirizzare meglio il complesso delle risorse disponibili</li> </ul>
	<p>Verifica andamento, gestione e criteri lista unica di accesso nelle RSA.</p>	<p>Esistenza consolidata della lista unica buon funzionamento della stessa,</p>	<p>Difficoltà di accesso per gli utenti che non risiedono nel Distretto ma hanno figli e/o parenti stretti</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitorare i criteri utilizzati per stilare la lista unica in funzione di migliorarne, se necessario, l'efficacia</li> </ul>

		con tempi di attesa adeguati, almeno per i casi più gravi	solo nel Distretto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acquisire le informazioni da parte del servizio sociale comunale per arricchire gli elementi che compongono la valutazione sociale, al fine dell'inserimento nella lista unica</li> </ul>
	Problemi legati alla fornitura di ausili per la non autosufficienza.	Esistenza di un servizio distrettuale di protesica minore Esistenza di un servizio centrale di protesica maggiore	Assenza di un servizio di protesica maggiore distrettuale Tempi di attesa lunghi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creare un servizio distrettuale di protesica maggiore</li> <li>• Ridurre i tempi di attesa</li> <li>• Definire una lista del materiale a disposizione nelle R.S.A. e/o nelle associazioni in pronto intervento, a deposito, (carrozine, letti ecc...) da utilizzare per situazioni urgenti</li> <li>• Valutare l'opportunità di definire accordi con le R.S.A. e l'UCAM rispetto a quanto sopra</li> </ul>
	Centri Diurni Integrati	Presenza di 2 servizi sul territorio del Distretto	Difficoltà nella gestione del servizio di trasporto per garantire la frequenza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valutare la possibilità di creare un servizio, se non distrettuale almeno sovracomunale</li> </ul>
	Tavolo congiunto di riflessione sulla residenzialità leggera (alloggi protetti, ricoveri di sollievo ecc...)	Presenza di un tavolo tematico, di recente istituzione, in cui affrontare il tema	Si tratta di un intervento che potrebbe richiedere anche investimenti strutturali	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riflettere sul complesso tema della residenzialità leggera e contestualmente valutare la possibilità di attuare accordi con i gestori delle RSA per fronteggiare situazioni di emergenza</li> </ul>

	Osservatorio sulla non autosufficienza (Invalidità e accompagnamenti di ultra sessantacinquenni)		I Comuni non dispongono di dati sul numero di residenti invalidi al 100%, utili per impostare un'efficace politica per il supporto alla non autosufficienza	<ul style="list-style-type: none"><li>• Attivare ASL per reperimento e valutazione congiunta dei dati</li></ul>
--	--	--	---	---

<u>Disabili</u>				
	Raccordo EOH/ CSH/Comuni	Raccordo tra EOH e Comuni mediante il CSH	Conclusione, nel 2010, della delega all'Asl del CSH problematicità legate alla necessaria ridefinizione del servizio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Affrontare congiuntamente il passaggio dalla gestione ASL del CSH alla costruzione di un nuovo servizio distrettuale che definisca chiaramente le competenze sia rispetto ai soggetti sia in termini di monitoraggio e valutazione delle unità di offerta</li> <li>• Curare, nella definizione del nuovo servizio, l'aspetto relativo all'integrazione socio-sanitaria e, più in generale, al raccordo fra Asl e Comuni</li> </ul>
	Raccordo NPI e Comuni	Competenza professionale	scarsa presenza di neuropsichiatri sul territorio in rapporto alle esigenze difficoltà di condivisione delle responsabilità e dei ruoli reciproci	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definizione di un'intesa congiunta fra Comuni, NPI e Asl che migliori l'efficacia del servizio reso</li> <li>• Miglioramento della conoscenza reciproca relativa agli aspetti amministrativo/contabili per rendere più trasparenti e chiari anche il rapporto con gli utenti e le loro famiglie.</li> </ul>
	Valutazione funzionale per accesso alle unità di offerta della rete e monitoraggio	Servizio ben strutturato con tempi di attesa adeguati		
	Tavolo permanente della disabilità Osservatorio sulla disabilità	Rappresenta tutte le categorie di professionisti che operano nel settore e	Molto impegnativa la gestione del tavolo da parte del referente handicap	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proseguire il percorso avviato per giungere alla definizione di un protocollo sul tema del Progetto Individualizzato (L.</li> </ul>

		<p>le associazioni di familiari  Ampia e costante partecipazion e  Realizzazione di protocolli e progetti che hanno sensibilizzato il territorio sul tema dell'handicap, hanno ampliato la gamma di servizi esistenti e ne hanno migliorato la qualità</p>	<p>dell'Ufficio di Piano  Elevato numero di incontri</p>	<p>328/2000)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valutare una diversa articolazione degli incontri, riducendone il numero, senza tuttavia compromettere il lavoro del tavolo</li> </ul>
--	--	--	--	--

	Sportello centralizzato vita indipendente.	Il fatto che l'Asl ne abbia prevista l'attivazione centralizzata Migliora il servizio reso al cittadino in quanto consente di disporre di un referente se non unico, prevalente	Complessità legata alla necessità di mantenere i rapporti con tutti i Comuni	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Curare, nella definizione dello sportello, l'integrazione fra servizi sanitari e sociali attraverso lo sviluppo del segretariato sociale</li> </ul>
	Progetto autismo	Elaborazione, da parte dell'Asl, di un progetto specifico	Mancato finanziamento del progetto	Valutazione rispetto alla possibilità di sviluppare, comunque, alcune delle azioni previste dal progetto mediante un'intesa fra Asl e Comuni
<b>Minori e Famiglia</b>				
	Definizione di modalità di confronto stabile fra i diversi attori coinvolti	Buone professionalità presenti nei diversi enti (Asl, Comuni, Terzo Settore) numerosi servizi e iniziative promossi da ciascuno	Scarso raccordo fra i servizi e le iniziative promosse dai diversi soggetti	<b>Costituzione di un Tavolo di lavoro permanente sul tema Minori e Famiglia. Questo tavolo consentirebbe di facilitare la realizzazione degli obiettivi di miglioramento indicati di seguito</b>
	Tutela minori: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verifica Protocollo di intesa;</li> <li>- Supervisione ass. soc./psicologi</li> </ul>	Buon funzionamento e buona capacità di raccordo fra enti diversi Esistenza di un protocollo d'intesa consolidato	Carenza di ore di psico-terapia a disposizione in rapporto alle esigenze	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Costante adeguamento del personale, sia sociale che sanitario per fronteggiare la significativa crescita del numero di casi in carico</li> <li>• Mantenimento di percorsi di supervisione congiunti fra personale sociale e sanitario</li> <li>• Verifica costante del Protocollo di intesa</li> </ul>

	Adozioni	Servizio consolidato e adeguato alle esigenze Buone professionalità		<ul style="list-style-type: none"> <li>Valutare l'opportunità e i termini di un maggior coinvolgimento dei Comuni</li> </ul>
	Affidi	Servizio consolidato e adeguato alle esigenze Buone professionalità	Scarsità del numero di famiglie disponibili	<ul style="list-style-type: none"> <li>Valutare l'opportunità e i termini di un maggior coinvolgimento dei Comuni</li> </ul>
	Progetti di prevenzione (ex L. 285/97, L 23/99)	Presenza di numerosi progetti e iniziative, proposte sia dall'Asl che dai Comuni e dal Terzo settore Sviluppo di una cultura della prevenzione e della promozione del benessere della persona	Poca condivisione fra attività del Distretto, dei Comuni e del terzo settore (l. 23/99) con rischi di sovrapposizioni su determinati temi e carenze su altri	<ul style="list-style-type: none"> <li>Migliorare il raccordo e l'integrazione fra le attività promosse dai diversi enti</li> </ul>
	Sostegno alla famiglia in particolare nel periodo pre-natale e prima infanzia (linee regionali pag. 16)	Presenza di progetti distrettuali gestiti dall'Asl Presenza di interventi economici garantiti dai Comuni	Scarsa conoscenza reciproca delle azioni attuate	<ul style="list-style-type: none"> <li>Miglioramento dell'integrazione fra l'attività dei due enti</li> </ul>
	Conciliazione tempi lavoro e famiglia. Es. flessibilità ed estensione accessi servizi socio sanitari (linee regionali pag. 17).	Presenza di un giorno di apertura del consultorio con orario continuato	Orari ancora poco compatibili con le esigenze degli utenti	<ul style="list-style-type: none"> <li>Valutare la possibilità di ampliare e/o articolare diversamente gli orari per andare incontro alle esigenze delle famiglie</li> </ul>
	Progetti sperimentali	Promozione		<ul style="list-style-type: none"> <li>Definizione di un</li> </ul>

	innovativi per la riorganizzazione dei Consultori familiari (DGR 8243, allegato A, Punto B1)	di azioni sperimentali sia da parte dell'asl che dei Comuni		protocollo d'intesa che preveda la presentazione dei servizi del consultorio, da parte del personale ASL, nell'ambito dei corsi di alfabetizzazione che i Comuni promuovono per stranieri, in particolare per donne
<b>Emarginazione grave e disagio sociale</b>				
<b>Dipendenze</b>	Prevenzione dipendenze da sostanze lecite, illecite, gioco compulsivo (linee regionali pag. 18)	Presenza di un SERT convenzionato nel Distretto	Settore poco conosciuto dai Comuni	<ul style="list-style-type: none"> <li>Miglioramento del raccordo tra ASL e Comuni su questi temi</li> </ul>
	Osservatorio delle dipendenze	Esistenza di numerosi dati	Poca conoscenza dei dati da parte dei Comuni	<ul style="list-style-type: none"> <li>Migliorare la conoscenza delle banche dati</li> <li>Promuovere una analisi attenta dei dati da parte dei Comuni</li> </ul>
<b>Salute mentale</b>				
	Collegamento tra servizi per la salute mentale e servizi territoriali di appoggio alla famiglia.	Presenza di ambulatori psichiatrici territoriali	Numero di ore di ambulatorio insufficiente rispetto alle esigenze Difficoltà di comunicazione con i servizi psichiatrici	<ul style="list-style-type: none"> <li>Potenziamento degli ambulatori</li> <li>Miglioramento della comunicazione fra i due servizi eventualmente anche attraverso la definizione di linee di indirizzo condivise</li> </ul>
	Tavolo distrettuale della psichiatria	Esistenza del tavolo	Incontri saltuari e poco incisivi rispetto alla complessità dell'area	<ul style="list-style-type: none"> <li>Potenziare e migliorare l'efficacia del tavolo distrettuale</li> </ul>

<b>2) LIVELLO DI RACCORDO TRA LE RETI SOCIALI E SOCIO SANITARIE IN MERITO:</b>				
<b>Segretariato sociale</b>	Costruzione integrata della banca dati; Aggiornamento costante della stessa; Raccordo con servizi centralizzati.	Attività di Segretariato Sociale tradizionale in tutti i Comuni dell'Ambito	Fornisce informazioni solo rispetto alle unità di offerta sociale e ai servizi sociali comunali.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Istituzione del segretariato sociale in grado di svolgere le funzioni integrate indicate dalla l.r. n. 3/08.</li> </ul>
<b>Funzioni di autorizzazione, vigilanza e controllo per le unità di offerta sociale</b>	Ricevimento comunicazioni preventive e consulenza per i gestori di nuove unità di offerta sociali	Semplificazione della normativa di riferimento Precedente gestione associata delle autorizzazioni al funzionamento. Attivato a livello sovra zonale un gruppo di lavoro tra UDP e ASL	“Diffidenza” verso la comunicazione preventiva si ragiona ancora nella logica dell'autorizzazione vincolante Difficoltà di raccordo con la vigilanza, in capo all'ASL, sulla definizione degli standard di funzionamento delle unità di offerta sociali.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Individuazione congiunta della documentazione da richiedere e definizione dettagliata dei requisiti da possedere da parte delle diverse unità d'offerta.</li> </ul>
<b>Prevenzione del disagio e promozione del benessere</b>	Collegamento con progetti 285/97; Interventi di prevenzione nelle scuole	(Vedere Area minori e famiglie)		
<b>Continuità assistenziale</b>	(V. linee regionali pag. 12)	(Vedi precedenti iniziative di coordinamento)	(già definite ai punti precedenti)	(già definiti ai punti precedenti)
<b>Ufficio Protezione giuridica degli incapaci</b>	Protocollo di intesa	Servizio già istituito dall'ASL	Scarso utilizzo dell'istituto dell'Amministratore di sostegno. Procedure lunga e costosa (spese legali).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Convenzione tra Comuni e ASL per utilizzo prestazioni dell'Ufficio.</li> <li>Promozione contatti con Giudice Tutelare per semplificazione delle procedure e riduzione dei tempi di attesa.</li> </ul>

L'evoluzione delle sperimentazione nei singoli ambiti sarà oggetto di confronto con le DGD e a livello provinciale, tra il Coordinamento Provinciale degli Uffici di Piano e la Direzione Sociale dell'Asl di Brescia.

In allegato si riportano i dati relativi ai servizi sanitari e socio-sanitari, riferiti alla realtà del Distretto di Brescia Ovest, ripresi dal **Documento di Programmazione e Coordinamento dei servizi sanitarie e socio-sanitari dell'Asl di Brescia – Anno 2008.**

### Salute Mentale

Nel corso del triennio 2006-2008 il Distretto di Brescia Ovest ha affrontato il tema della salute mentale partendo dalla presentazione e dalla discussione, nell'Assemblea dei Sindaci del 28/03/2007, del "Patto Territoriale per la Salute Mentale", approvato dall'Organismo di Coordinamento della Salute Mentale dell'Asl di Brescia. Tale documento apre con il riconoscimento indiscusso dell'importanza di promuovere la salute mentale e l'inclusione sociale delle persone con problemi di disagio psichico, attuando interventi coordinati, in grado di coinvolgere tutte le risorse socialmente rilevanti di un territorio (istituzionali e non). L'obiettivo prioritario è quello, anzitutto, di prevenire l'insorgenza di questi disturbi, combattere lo stigma e la discriminazione e favorire una cultura del recupero, dell'accoglienza e del reinserimento nella società delle persone che hanno sofferto e che soffrono di problemi di salute mentale. Il documento procede poi con l'analisi di alcuni dati (agli atti) che consentono di meglio comprendere l'entità e le caratteristiche del fenomeno, nella Provincia di Brescia, e conclude con l'enunciazione degli obiettivi e delle priorità che il coordinamento stesso individua, obiettivi che prevedono sempre il coinvolgimento degli Enti Locali. A differenza delle altre aree di intervento, sulle quali i Comuni dispongono di servizi consolidati e comunque, anche se innovativi e sperimentali, di servizi che sono in grado di governare appieno, la salute mentale rappresenta per i Comuni, intesi sia in forma singola che associata, un'area poco esplorata. Non è un caso, infatti, che anche in termini di rendicontazione economica, la scheda relativa alla salute mentale non abbia mai riportato, da quando è entrato in vigore lo strumento dei Piani di Zona, stanziamenti significativi: nella realtà ciò non ha mai voluto dire che i Comuni e il Distretto non attuino servizi e interventi in favore di questa categoria di soggetti, significa piuttosto che tali interventi trovano collocazione all'interno di altre voci di spesa riferite, per esempio, all'area anziani e disabili. I Comuni garantiscono anche agli utenti psichiatrici il servizio di assistenza domiciliare, il servizio pasti a domicilio, il servizio pasti presso mense e/o ristoranti convenzionati, il servizio di telesoccorso, il servizio di trasporto, interventi di inserimento lavorativo tramite il NIL e tramite le Cooperative di tipo B con le quali stipulano apposite convenzioni di gestione di alcuni servizi ecc... Si pensi, inoltre, al fatto che praticamente tutti i Comuni del Distretto hanno sul proprio territorio uno o più utenti psichiatrici che a cadenza regolare, in alcuni casi anche più volte in una settimana, sono accolti dal servizio sociale in condizioni non compensate. In questo caso vengono attuati interventi di ascolto, di accompagnamento, di trasporto, se necessario, e per i casi più gravi di esecuzione, su proposta dei servizi specialistici, di Trattamenti o Accertamenti Sanitari Obbligatori, tramite la figura del Sindaco. Questa tipologia di utenza paralizza, in alcuni casi, il normale svolgimento delle attività del servizio in quanto è di tutta evidenza come si tratti di situazioni non trattabili, almeno in certe circostanze, senza supporti specialistici. Nel triennio trascorso il Distretto, proprio per poter rendere in qualche modo più incisiva la collaborazione dei Comuni in questo settore, aveva interpellato il Centro Psico Sociale del territorio affinché conducesse un percorso formativo rivolto alle figure di ASA e OSA, finalizzato a trasmettere loro competenze in riferimento al rapporto con l'utente psichiatrico, così da caratterizzare anche in tal senso, nel limite del possibile, i Servizi di Assistenza Domiciliare dei Comuni. Il percorso non è stato avviato in quanto il CPS, seppure disponibile in linea teorica, non ha mai fornito il supporto richiesto, presumibilmente a causa dell'eccessivo carico di lavoro.

Sempre nel triennio trascorso il Consiglio di Amministrazione dell'Azienda che gestisce il Piano di Zona ha valutato l'opportunità, su sollecitazione del Terzo Settore, di attivare un progetto di assistenza domiciliare con figure educative o comunque specializzate nel settore, riprendendo un'esperienza fatta da una Cooperativa Sociale del territorio con i CPS del Distretto, utilizzando fondi messi a disposizione da un bando specifico promosso da una Fondazione. In questo caso, tuttavia, i Comuni pur riconoscendo la validità della proposta, hanno dimostrato una certa preoccupazione e remora legata per lo più al fatto che il sostegno, anche in termini economici, di questo ulteriore intervento potesse poi evidenziare problemi di gestione legati per lo più al rapporto con il soggetto titolare degli interventi, ovvero il servizio psichiatrico, vissuto come lontano e poco consapevole delle possibilità e nel contempo dei limiti dell'intervento comunale in questo ambito. I soggetti da assistere al domicilio, peraltro, avrebbero potuto essere individuati esclusivamente dal CPS stesso, come normale, e questo avrebbe potuto comportare l'esclusione di utenti che i Comuni ritenevano di difficile gestione sul territorio: nell'esperienza decritta, infatti, risultavano inseriti nel programma di assistenza domiciliare utenti segnalati dal CPS e, in alcuni casi, non conosciuti dai Comuni, almeno in qualità di utenti abituali. Il coinvolgimento dei Comuni su questa ipotesi di progetto, peraltro, è passato esclusivamente dalla Cooperativa: stante le caratteristiche di questa area, più volte ribadite, riteniamo che se la ricerca di collaborazione partisse dai servizi istituzionali direttamente potrebbe far supporre ai Comuni una reale possibilità di confronto e di collaborazione e quindi una migliore destinazione di eventuali proprie risorse. Se è vero che la L. 328/2000 individua nei Comuni, e nei Distretti in particolare, i registi della programmazione sociale degli Ambiti distrettuali è altrettanto innegabile che tale ruolo diviene di difficile interpretazione su settori che non gli sono propri e rispetto ai quali potrebbe, al contrario, risultare, se riconosciuto, preziosa risorsa nell'ambito di una programmazione condotta da altri. Gli spazi di confronto in questa area sono quelli istituzionalmente individuati ovvero il Tavolo Tecnico Centrale, di cui si avvale l'Organismo di Coordinamento della Salute Mentale, e i Tavoli Distrettuali per la Salute Mentale, che per il nostro Distretto è stato istituito il 7/03/2006 e si è riunito, ad oggi, tre volte. Seppure si tratta di organismi importanti, che raccolgono i diversi soggetti che concorrono alla progettazione e realizzazione dei programmi di assistenza per la salute mentale, coinvolgendo competenze e responsabilità di tutti gli attori, istituzionali e non, anche in essi non sempre è chiaro il ruolo dei Comuni: i verbali raccontano di riunioni in cui spesso si sollevano problemi, difficoltà, non di rado ci si accusa reciprocamente, senza che si affrontino tematiche specifiche che si traducano in impegni altrettanto specifici. Pur nella consapevolezza che si tratti di una materia particolarmente complessa auspichiamo che nel triennio di valenza di questo documento, anche sulla base degli impegni assunti con l'Asl nella scheda sopra riportata, si possa individuare un nuovo e più proficuo sistema di confronto e di collaborazione fra tutti i soggetti coinvolti.