COMUNI DI

BERLINGO, CASTEGNATO, CASTEL MELLA, CELLATICA, GUSSAGO, OME, OSPITALETTO, RODENGO SAIANO, RONCADELLE, TORBOLE CASAGLIA, TRAVAGLIATO

OVEST SOLIDALE

Azienda Speciale Consortile Ovest Solidale



PIANO DI ZONA
2018 - 2020

Sperimentazione e sostenibilità

SOMMARIO

SOMMARIO 1
LO SCENARIO NAZIONALE E IL CONTESTO DELLA NUOVA PROGRAMMAZIONE ZONALE 3
LA GOVERNANCE DEL PIANO DI ZONA 5
PERCORSO DI COSTRUZIONE DEL PIANO DI ZONA 2018-2020 8
INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA INTEGRAZIONE SANITARIA SOCIOSANITARIA E SOCIALE 11
IL CONTESTO TERRITORIALE E DEMOGRAFICO 12
LE PATOLOGIE CRONICHE 18
RETE DEI SERVIZI SOCIOSANITARI E SOCIALI 19
OBIETTIVI E AZIONI PER LA REALIZZAZIONE DELL'INTEGRAZIONE SANITARIA SOCIOSANITARIA E SOCIALE 24
VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE INTEGRATA 24
AREA FRAGILITA' 26
NON AUTOSUFFICIENZA 26
INTEGRAZIONE SCOLASTICA 37
PROTEZIONE GIURIDICA 40
AREA DIPENDENZE – SALUTE MENTALE – PROMOZIONE DELLA SALUTE 42
DIPENDENZE 42
SALUTE MENTALE 48
PROMOZIONE DELLA SALUTE 57
MINORI E FAMIGLIA 62
DONNE E VIOLENZA DI GENERE 64
TUTELA MINORI 66
CONCILIAZIONE VITA-LAVORO 70
CARTELLA SOCIALE INFORMATIZZATA 74
LE POLITICHE SOCIALI SOVRADISTRETTUALI (IL COORDINAMENTO DEGLI UFFICI DI PIANO DELL'ATS DI BRESCIA) 76
POLITICHE ABITATIVE 81
POLITICHE SOCIALI DEL LAVORO 85
NUOVE POVERTA' E INCLUSIONE SOCIALE 89
ANALISI DEL CONTESTO 96
SERVIZI – ATTIVITA' - PROGETTI ATTIVATI DALL'UFFICIO DI PIANO E DELEGATI ALL'AZIENDA SPECIALE CONSORTILE 99
RISORSE ECONOMICHE DELL'AMBITO DISTRETTUALE 100
LA VALUTAZIONE DEL PIANO DI ZONA 2015/2017 DELL'AMBITO DISTRETTUALE BRESCIA OVEST – PRINCIPALI OBIETTIVI E AZIONI 101

DESCRIZIONE SINTETICA AZIONI PRIORITARIE IDENTIFICATE A LIVELLO DI SINGOLO AMBITO DISTRETTUALE 105
LE POLITICHE SOCIALI DISTRETTUALI 107
AREA FAMIGLIA E MINORI 107
AREA DISABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA 116
AREA POVERTÀ E DISAGIO ADULTO 129
II° LIVELLO DI PREMIALIA' - OBIETTIVI STRATEGICI DELL'AMBITO DISTRETTUALE - TRIENNIO 2018-2020 135

LO SCENARIO NAZIONALE E IL CONTESTO DELLA NUOVA PROGRAMMAZIONE ZONALE

Una necessaria premessa alla valutazione Piano di Zona 2015-17 e alla programmazione partecipata del nuovo Piano di Zona 2018-2020, è la messa a fuoco dello scenario nazionale e del contesto in cui si inseriscono. A questo proposito, vanno evidenziati recenti "segnali di risveglio" nello scenario delle politiche sociali nazionali, dopo un periodo caratterizzato dall'assenza quasi totale di risorse e interventi in questo senso.
In particolare, si sottolineano:
-La riforma del Terzo settore;
-La legge sul "Dopo di noi";
-Le misure nazionali di contrasto alla povertà ("SIA" e, successivamente, "REI");
-Lo stanziamento di fondi per progetti sulla povertà educativa su tutto il territorio nazionale;
-Le attenzioni all'accoglienza (vedi la Legge Zampa sui Minori stranieri non accompagnati e il Decreto Minniti a seguito dell'emergenza profughi).

Il ritrovato interesse per la formulazione di politiche sociali si accompagna a una riconfigurazione di obiettivi e modalità. Dieci anni dopo la crisi, si può dire che il paradigma sia mutato: dall'idea di welfare sociale universale, pubblico, ed inclusivo, oggi si discute di welfare sociale agile, generativo, collaborativo, flessibile. Un welfare che non ha più pretese di cambiamento strutturale e di sistema, ma che riesce ad operare grazie ad un pragmatico orientamento "modesto".
A questo proposito, è interessante prendere in considerazione anche il cambiamento nel rapporto tra pubblico e Terzo Settore, passando da un rapporto di esternalizzazione, medianti appalti e contratti di servizio, negli anni 80 del secolo scorso, alla co-progettazione, intorno al 2010, mediante patti di co-progettazione.
In questo scenario, in risposta alle esigenze dettate dalla crisi, la nuova programmazione zonale ha promosso in questi anni, a livello regionale, la collaborazione tra enti e l'accorpamento dei servizi, per un'ottimizzazione delle risorse e delle spese che non implichi la frammentazione.

Tali obiettivi, resi noti dalla DGR X/7631 nelle "Linee guida per la programmazione zonale 2018-2020", sono stati così riassunti:

Primo obiettivo: la nuova programmazione si riorganizza a livello di distretto;
Secondo obiettivo: il perseguimento di alcuni contenuti programmatori.

Il primo obiettivo indica il passaggio da 98 piani (com'è attualmente), a 61 (identificati secondo la recente riforma degli ambiti distrettuali L.R. 23/2015), suggerendo così una programmazione che operi su perimetri più ampi, implicando, tra le altre cose, l'unificazione dell'Ufficio di Piano a livello distrettuale.
Il secondo obiettivo promuove l'integrazione con altri settori (in primis quello sanitario e sociosanitario), come anche con altre politiche sociali, quali, a livello regionale, le misure del Reddito di autonomia e l'housing, e, a livello nazionale, il "Dopo di noi" e il REI. Rispetto al REI, si annuncia l'uscita di un "Piano regionale per la lotta alla povertà".

Tre sono le mete strategiche che accomunano gli obiettivi sopra descritti e verso le quali dovrà allinearsi il prossimo Piano di zona:
-L'omogeneità nei criteri di accesso ai servizi;
-L'omogeneità nei criteri di valutazione della qualità delle strutture e degli interventi, degli indicatori di appropriatezza e dei requisiti di accreditamento volontario;
-La sperimentazione di nuovi modelli di intervento sociale, con l'attivazione di percorsi di innovazione.

Le Linee di indirizzo per la programmazione sociale del prossimo triennio, hanno come cornice di riferimento la L.R. 23/2015 che ha determinato il riordino del sistema di welfare regionale con l'obiettivo di riformare i pilastri organizzativi del sistema, definire nuovi obiettivi strategici e offrire nuove risposte ai bisogni complessi, rafforzare la dimensione della programmazione e potenziare il livello di integrazione tra i settori sanitario, socio sanitario e sociale.
Gli indirizzi regionali degli ultimi anni hanno strutturato il sistema lungo due direttrici principali:
-Un sistema basato sulla presa in carico globale della persona;
-Un sistema articolato di risposte ai bisogni della persona e della famiglia, intendendo la famiglia come attore e risorsa del nuovo welfare di comunità.
La l.r. 23/2015 sistematizza ulteriormente la dimensione centrale della presa in carico della persona basata sulla valutazione multidimensionale del bisogno, chiedendo l'integrazione delle diverse reti sociali, sociosanitarie e sanitarie. In questo contesto è necessario il superamento della frammentarietà degli interventi, una lettura integrata del bisogno e l'appropriatezza delle risposte, ricercando anche proposte sperimentali e innovative in campo sociale.

LA GOVERNANCE DEL PIANO DI ZONA

La nuova programmazione triennale zonale definisce i seguenti attori e ruoli:

ATS: ruolo di governance e regia. La **Cabina di Regia** ha il compito di raccordare le necessità dell'integrazione e del funzionamento della rete socio-sanitaria con quella sociale con i bisogni espressi dal territorio e nella fattispecie:

- sanitari e sociosanitari gestiti dalle ASST
- sociali raccolti e in carico ai piani di zona;

Tali fattispecie di bisogno sono raccolti attraverso documenti di programmazione dalle assemblee di ambito distrettuale e trasmesse da queste ai distretti;

Conferenza dei Sindaci dell'ATS, istituita dalla Regione, che svolge un ruolo di raccordo tra ATS e Comuni con compiti di:

-Partecipazione all'attività di programmazione dell'ATS;
-Esame del bilancio d'esercizio dell'ATS;
-Nomina dei rappresentanti in commissioni varie;
-Esame e parere su iniziative, regolamenti, progetti di particolare rilievo;
-Nomina componente del Collegio dei Revisori dell'ATS;
-Esame e approvazione criteri di riparto dei Fondi per le politiche sociali.

Essa è composta da tutti i Sindaci (164) che fanno parte dell'ATS della Provincia di Brescia e si è insediata nel 1998;

Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci è un'articolazione della Conferenza dei Sindaci. E' composto da 5 membri, tra cui il Presidente ed il Vice-Presidente, eletto nel proprio seno. Alle riunioni partecipano i Presidenti delle Assemblee Distrettuali, il Direttore Generale e il Direttore Sociale dell'ATS. E' presieduto dal Presidente della Conferenza dei Sindaci. Esso svolge una funzione preparatoria ed esecutiva rispetto all'attività della Conferenza dei Sindaci.

L'Ufficio di supporto all'attività della Conferenza, del Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci e delle Assemblee Distrettuali è in capo alla Direzione Sociale dell'ATS di Brescia.

Assemblee dei Sindaci dei Distretti di Programmazione. L'Ambito di Brescia Ovest è stato aggregato al Distretto Programmatorio numero 1 di cui fanno parte anche gli Ambiti di Brescia, Brescia Est e Valle Trompia.

Assemblea dei Sindaci:

L'Assemblea dei Sindaci è l'organismo di rappresentanza politica dell'Ambito distrettuale.

Costituisce quindi il luogo "stabile" della decisionalità politica per quanto riguarda il Piano di Zona. E' inoltre espressione di continuità rispetto alla programmazione sociosanitaria e ambito dell'integrazione tra politiche sociali e politiche sanitarie.

E’ un organo permanente non soggetto a rinnovi – la compagine cambia esclusivamente in presenza di variazione di titolarità delle cariche. Le deliberazioni sono assunte a maggioranza e, su espressa volontà dei componenti.
Nell'esercizio delle proprie funzioni, l'Assemblea dei Sindaci di Distretto:
-individua e sceglie le priorità e gli obiettivi delle politiche sociali;
-verifica la compatibilità impegni/risorse necessarie;
-delibera in merito all'allocazione delle risorse del FNPS, FSR e quote di risorse autonome conferite per la gestione associata dell'attuazione degli obiettivi previsti dal Piano di Zona;
-licenza il documento del Piano di Zona;
-governa il processo di integrazione tra i soggetti;
-effettua il governo politico del processo di attuazione del Piano di Zona.
-elegge il Presidente e il Vice-presidente.
Partecipa alle riunioni dell’Assemblea dei Sindaci, senza diritto di voto, il Direttore del Distretto socio sanitario.
Nei precedenti trienni si è confermato l’interesse delle Amministrazioni comunali alla partecipazione alle riunioni di questo organismo.

Ufficio di Piano: strumento essenziale per impostare una programmazione di politiche sociali radicata nelle problematicità e potenzialità di ogni territorio, attivando nuove azioni e strumenti di welfare integrato (casa, formazione e lavoro, sanità e scuola). La programmazione del Piano quindi può rappresentare un’opportunità di confronto, analisi e individuazione di priorità rispetto alle linee di possibile sviluppo da perseguire per pervenire a modelli integrati e condivisi tra tutti gli attori del territorio, sia relativamente alla conoscenza dei bisogni che per quanto riguarda la gestione delle risorse e lo sviluppo di servizi integrati, avendo cura di rappresentare **lo stato attuale e lo stato atteso** entro uno specifico orizzonte temporale. Esso risponde nei confronti dell’Assemblea dei Sindaci, dell’ATS e della Regione, della correttezza, attendibilità, puntualità degli adempimenti previsti rispetto ai debiti informativi regionali.
Il Responsabile dell’U.d.P. partecipa al Coordinamento provinciale degli Uffici di Piano, organismo ufficializzato da tutte le Assemblee dei Sindaci dei 12 Distretti dell’ATS di Brescia, come sopra descritto.

Coordinamento degli Uffici di Piano dell’ASL di Brescia:

Dal Piano di Zona 2012/2014 – 2015/2017 in modo condiviso e omogeneo, tutti i dodici Ambiti distrettuali dell’Asl (oggi ATS) di Brescia, hanno previsto nella propria programmazione una sezione specifica dedicata alle politiche sovradistrettuali, politiche che hanno tratto il loro fondamento e presupposto nell’operatività del Coordinamento provinciale degli Uffici di Piano, costituito dai Responsabili/Coordinatori dei dodici Uffici di Piano degli Ambiti Distrettuali appartenenti al territorio dell’ATS di Brescia.
Sinteticamente, le motivazioni che negli anni hanno portato alla nascita del Coordinamento sono da ascrivere alla necessità e utilità, riconosciuta da tutti i territori, di disporre di un luogo “o meglio di uno spazio mentale” di incontro, confronto, sintesi, approfondimento, valutazione, limatura delle differenze, supporto e decisione tecnica, nell’ambito del quale affrontare in modo coordinato le difficoltà e le novità che la partita dei Piani di Zona ha certamente portato nei territori, compresa la necessità e l’utilità di definire delle politiche sovradistrettuali.

Una delle attività più significative che il coordinamento degli Uffici di Piano ha posto in essere negli anni è certamente stata la riduzione delle disomogeneità sul territorio bresciano, già di per sé così vario per caratteristiche geografiche (presenza di valli montane come la Valle Trompia e la Valle Sabbia, di laghi -Sebino e Garda -), per caratteristiche economico produttive (insediamenti industriali e artigianali significativi, presenza di imprenditoria specifica), per caratteristiche demografiche (a titolo di esempio si segnala l'elevata presenza di stranieri che connota Brescia come una tra le province lombarde e italiane con la più alta percentuale di stranieri presenti), costruendo prassi di lavoro ("buone prassi"), ma nel contempo, pur con tanta fatica organizzativa, ha anche facilitato la diffusione di cultura e conoscenza in ambito sociale, ha consentito di cogliere prontamente i cambiamenti sociali, aiutando i vari attori ad affrontarli.
Proprio per tale consuetudine di lavoro integrato, anche la partita della nuova programmazione zonale, che valorizza in modo importante l'integrazione socio sanitaria tra ATS, ASST e Ambiti territoriali (testimoniata anche dal ruolo attribuito alla Cabina di regia a livello regionale), è stata da subito gestita in modo coordinato, non solo tra i dodici ambiti distrettuali, ma anche con l'ASST, in particolare con la Direzione Sociale.

Terzo Settore: quale attivatore e produttore di servizi, mediante strumenti quali la co-progettazione e gestione congiunta dei servizi.

Relativamente agli altri soggetti che costituiscono la governance tradizionale dei Piani di Zona, le Linee Guida ribadiscono l'impostazione ormai consolidata; il nuovo Piano di Zona dovrà essere adottato con Accordo di Programma, sottoscritto dai Sindaci degli 11 comuni che compongono l'Ambito Distrettuale di Brescia Ovest e dall'ATS territorialmente competente.

PERCORSO DI COSTRUZIONE DEL PIANO DI ZONA 2018-2020

Il lavoro di costruzione del nuovo strumento di programmazione è partito operativamente a fine Gennaio 2018, a seguito dell'approvazione della DGR X/7631 del 28.12.2017 "Linee di Indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2018/2020".
In analogia con le precedenti esperienze, il lavoro di costruzione del nuovo piano è stato condotto su due livelli, quello specificamente distrettuale (Assemblea Distrettuale dei Sindaci e Ufficio di Piano) e quello provinciale (Coordinamento uffici di Piano e Cabina di Regia).
Rispetto al livello distrettuale, nei mesi di febbraio - aprile 2018, sono stati attivati i tavoli di lavoro, permettendo un attivo confronto con i soggetti più significativi del terzo settore (associazioni, cooperative, sindacati, enti,…) operanti a livello distrettuale, condividendo con gli stessi la lettura dei bisogni del territorio e la definizione di priorità, evidenziando i servizi e finanziamenti già in essere.
Le tappe sono state:

- **12 febbraio 2018**: ha avuto luogo l'Assemblea Distrettuale dei Sindaci nel corso della quale gli amministratori hanno definito concretamente il percorso da seguire per giungere alla definizione del nuovo Piano di Zona;
- **28 febbraio 2018**: incontro di CDA, per condividere gli attori da coinvolgere nei tavoli tematici, quali tavoli tematici attivare e la direzione da seguire per migliorare/rafforzare il livello di integrazione sociosanitaria e sociale;
- **28 marzo 2018**: valutazione partecipata del Piano di Zona 2015-2018 alla presenza del personale dell'Azienda, di tutti i tecnici degli 11 Comuni, i politici e tutte le realtà del terzo settore. La giornata formativa di valutazione è stata gestita dai formatori dell'Istituto Ricerca Sociale (IRS).
- **Aprile 2018:** avvio dei tavoli di lavoro. Sono stati attivati:
  -Il tavolo area famiglia e minori;
  -Il tavolo disabilità e non autosufficienza;
  -Il tavolo povertà ed inclusione sociale.

Nel corso degli incontri sono state sinteticamente presentate le Linee Guida regionali inerenti la programmazione del nuovo Piano di Zona e alcune "piste di lavoro" trasversali, identificate dall'Ufficio di Piano come prioritarie rispetto all'attività da mettere in atto nel periodo di vigenza del nuovo Piano di Zona. Gli incontri hanno permesso un confronto e una condivisione progettuale.

- **4 giugno 2018**: Assemblea Distrettuale dei Sindaci per approvazione piano di zona e Sotto-scrizione Accordo di Programma e nel contempo definire la tempistica di restituzione al territorio dei contenuti del nuovo Piano di Zona;

Per quanto riguarda invece il lavoro condotto a livello sovra distrettuale, si segnalano i seguenti passaggi:
- In relazione all'avvio della progettazione inerente il nuovo Piano di Zona riferito al triennio 2018/2020 e preso atto del documento regionale "Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2018-2020", i dodici uffici di piano afferenti all'ATS di Brescia, alla Cabina di Regia, **in data 22 gennaio 2018** si sono incontrati per un primo confronto tecnico in merito ad una possibile ipotesi di lavoro da sviluppare nei mesi successivi e da proporre come possibile base di confronto e discussione al Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci e ai Presidenti delle Assemblee distrettuali.
L'ipotesi di lavoro scaturita nel corso di tale incontro è stata la seguente:
1. Così come avvenuto per l'ultimo Piano di Zona e coerentemente con quanto indicato nelle attuali Linee di indirizzo regionali , è parso opportuno che il nuovo Piano preveda al suo interno una sezione che declini alcuni obiettivi sovra distrettuali, condivisi dal Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci e dai Presidenti delle assemblee distrettuali. L'individuazione di obiettivi di carattere sovra distrettuale riconosce in particolare che alcune tematiche/problematiche sono comuni a più territori, possono essere efficacemente affrontate in un'ottica allargata (almeno sovra distrettuale, se non provinciale), chiamano in causa attori e interlocutori comuni a più territori (stakeholders), consentono la definizione di una strategia più efficace perché coordinata e condivisa;
2. Di massima, l'impostazione del nuovo Piano, completato dal format regionale, potrà essere affine a quella già utilizzata per il precedente strumento, indicativamente declinata secondo i seguenti macrocapitoli:
- valutazione precedente/i Piano/i di zona;
- analisi dei bisogni/descrizione attuale stato di organizzazione-funzionamento dei servizi ed interventi erogati;
- individuazione/descrizione obiettivi sovra distrettuali;
- individuazione obiettivi specifici del triennio;

3. Coerentemente con quanto indicato dalle Linee guida regionali, si è ritenuto fondamentale mettere in atto azioni tese al rafforzamento dell'attuale sistema di governance, in particolare proponendo una maggiore connessione tra il comparto tecnico (Coordinamento Uffici di Piano) e quello politico/istituzionale (Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci). Tale ipotesi trae fondamento dalla necessità, fortemente avvertita dal livello tecnico, di individuare un possibile "luogo" nel quale poter dare spazio ad un'attività di "pensiero condiviso" sui temi della programmazione sociale, assicurando nel contempo una connessione efficace tra i vari livelli di programmazione e decisione (Consiglio di rappresentanza dei Sindaci, singole Assemblee distrettuali, singoli comuni);
4. Allo stesso tempo, si è ritenuto importante delineare alcune possibili ipotesi di relazione/rapporto con i tanti soggetti, diversi dai comuni e dall'ATS e dalle ASST, a vario titolo coinvolti nella programmazione e gestione sociale (terzo settore, sindacati, rappresentanti della comunità locale, ecc.). Negli ultimi anni tale rapporto è stato in qualche modo assicurato attraverso lo strumento dei "tavoli di rappresentanza del terzo settore", strumenti che hanno tuttavia funzionato più che altro sul piano formale, rendendo evidenti alcune problematiche di fondo, tra cui, ad esempio il tema della rappresentatività dei soggetti presenti ai vari tavoli, come anche il tema dei soggetti della società civile non organizzati, che sono stati esclusi da questi tavoli. A fronte dell'esperienza passata, non sempre efficace, si è ritenuto opportuno sperimentare, per questa fase di programmazione, un rapporto diverso con i potenziali soggetti portatori di interesse rispetto alle varie tematiche previste nella programmazione zonale, come sotto

descritte, fermo restando la possibilità per ogni ufficio di piano di prevedere, a livello locale, le forme di coinvolgimento, informazione, partecipazione ritenute più opportune e utili;

5. Rispetto all'individuazione delle possibili **aree di lavoro** (da tradurre in altrettanti possibili obiettivi) sovra distrettuali, la proposta emersa dall'incontro di cui sopra è stata la seguente:

a) AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA E SOCIALE, che ha visto la presenza di Responsabili delle varie aree dell'ATS, operatori distinti per area delle 3 ASST, e rappresentanti degli uffici di piano. Per quest'area si sono definite 3 aree di lavoro di integrazione socio-sanitaria: 1) area della fragilità - non autosufficienza; 2) area dipendenze - salute mentale – promozione alla salute; 3) area famiglia e minori;

a) AREA DELLE POLITICHE ABITATIVE (nuova normativa regionale relativa ai servizi abitativi, l'housing sociale, la morosità incolpevole, l'utilizzo di patrimonio abitativo inutilizzato);

b) AREA DELLE POLITICHE SOCIALI DEL LAVORO (compreso il servizio per gli inserimenti lavorativi, il rapporto con i centri per l'impiego, con le agenzie per il lavoro, con le agenzie interinali, con i vari strumenti individuati da Regione Lombardia, la conciliazione, la REI e i progetti individualizzati);

c) AREA NUOVE POVERTA' E INCLUSIONE SOCIALE (servizio REI e nuove povertà educative).

Il lavoro sulle diverse aree è stato condotto dai vari coordinatori degli Uffici di Piano che hanno coinvolto e si sono interfacciati sia con i singoli uffici di piano per raccogliere dati, materiale, indicazioni e con i soggetti del terzo settore, del volontariato, dell'associazionismo, privati che sul tema potevano apportare riflessioni, suggerimenti, pensieri, elementi di progettazione e sviluppo futuro.

La proposta di cui sopra è stata validata dal Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci.

A partire da tale data i coordinatori degli Uffici di Piano (unitamente ai referenti per area delle 3 ASST, allo staff della Direzione Sociale dell'ATS per quanto riguarda le aree a) sopra individuate), hanno concretamente avviato il lavoro previsto che ha portato all'elaborazione di una bozza di documento, presentato al Consiglio di Rappresentanza dei sindaci in data **29 maggio 2018**, che lo ha validato.

Tale documento è parte integrante dei singoli Piani di Zona.

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA INTEGRAZIONE SANITARIA SOCIOSANITARIA E SOCIALE

Il varo della L.R. n. 23/2015 ha sancito il riordino del sistema di welfare regionale con l'obiettivo di riformare i pilastri organizzativi del sistema, definire nuovi obiettivi strategici di lungo periodo e sistematizzare il quadro della governance del sistema per offrire nuove risposte ai bisogni complessi, rafforzare la dimensione della programmazione e potenziare il livello di integrazione tra i settori sanitario, sociosanitario e sociale.
In tale contesto normativo è stato definito l'assetto organizzativo dell'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) di Brescia tramite il proprio Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS), strumento programmatorio che delinea il ruolo di regia di ATS, anche su molte delle attività di carattere sociale, per rispondere a bisogni che sono contemporaneamente sociosanitari e sociali, attraverso una presa in carico integrata in grado di prevenire l'evoluzione della fragilità sociale in fragilità sociosanitaria e/o sanitaria.
La L.R. 23/2015 ha ribadito la piena titolarità delle funzioni e delle competenze in ambito sociale in capo ai Comuni, attraverso la programmazione zonale espressa dal Piano di Zona.
ATS, attraverso gli strumenti messi a disposizione dalla L.R. 23/2015 deve esercitare la propria funzione di governance garantendo le attività di valutazione multidimensionale, l'individuazione di percorsi condivisi tra ATS, ASST e Comuni per una presa in carico integrata, la razionalizzazione dei processi operativi di presa in carico del bisogno, il confronto e lo scambio informativo tra tutti gli attori del sistema. Il Terzo Settore partecipa quale titolare di un ruolo strategico per la realizzazione di azioni congiunte, sperimentazioni innovative e di co-progettazione nell'ambito della rete sanitaria, sociosanitaria e sociale.
Il Documento di indirizzo della nuova programmazione zonale: "Linee di Indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2018-2020" D.G.R. n. X/7631/2017, richiama in particolare alcuni aspetti che riguardano la continuità con i principi e gli obiettivi della precedente triennalità per quanto riguarda la ricomposizione, a diversi livelli, delle informazioni, delle risorse, dei servizi e degli interventi in ambito sanitario, sociosanitario e sociale.
Alla luce del percorso avviato nel triennio 2015-2017 e delle Linee di Indirizzo per la programmazione sociale 2018-2020, sono state definite azioni di integrazione sanitaria socio-sanitaria e sociale per il triennio 2018/2020, finalizzate a potenziare e sviluppare le aree di integrazione tra ATS, ASST, Ambiti Distrettuali e Terzo Settore.

IL CONTESTO TERRITORIALE E DEMOGRAFICO

Il territorio di ATS Brescia comprende 164 Comuni e 3 ASST e si estende su una superficie di 3.465 km^2, con una densità abitativa che varia considerevolmente tra le diverse zone: l'area della città è quella più densamente abitata (>1.000 persone/km^2), seguita dai Comuni adiacenti al perimetro cittadino o situati sui grandi assi stradali. La zona montana è quella con la minor densità abitativa (Figura 1).
Entro i confini di ATS vi sono tre laghi principali (Lago di Garda, Lago d'Iseo, Lago d'Idro), tre fiumi principali (Oglio, Chiese e Mella), due valli (Valtrompia e Valle Sabbia) e un'ampia zona pianeggiante a sud del territorio cittadino; varie zone collinari circondano la città e si estendono ad est verso il veronese e ad ovest verso la Franciacorta.
Al 31/12/2017 il numero di assistiti era 1.177.365, di cui l'1,57% non residente. A questi vanno aggiunte 22.530 persone in carico solo per un periodo limitato nel corso del 2017 poiché decedute (N=10.551) o emigrate nel corso dell'anno. La piramide demografica (Figura 2) evidenzia una maggior numerosità di femmine (50,6%) in virtù di una loro maggior presenza nelle fasce oltre i 60 anni: tra le classi sotto i 50 anni risultano inferiori del 5,2% rispetto ai maschi, la percentuale dei sessi è simile tra i 50enni; il rapporto si inverte dopo i 60 anni, aumentando progressivamente. Infatti, le femmine oltre gli 80 anni sono circa il doppio dei maschi (48.008 vs 25.257). L'età media della popolazione a dicembre 2017 era di 44,1 anni, più elevata nelle femmine (45,5) che nei maschi (42,7), inferiore rispetto a quella nazionale (44,9 anni) e regionale (44,8 anni).

Figura 1: densità abitativa ATS Brescia nel 2017

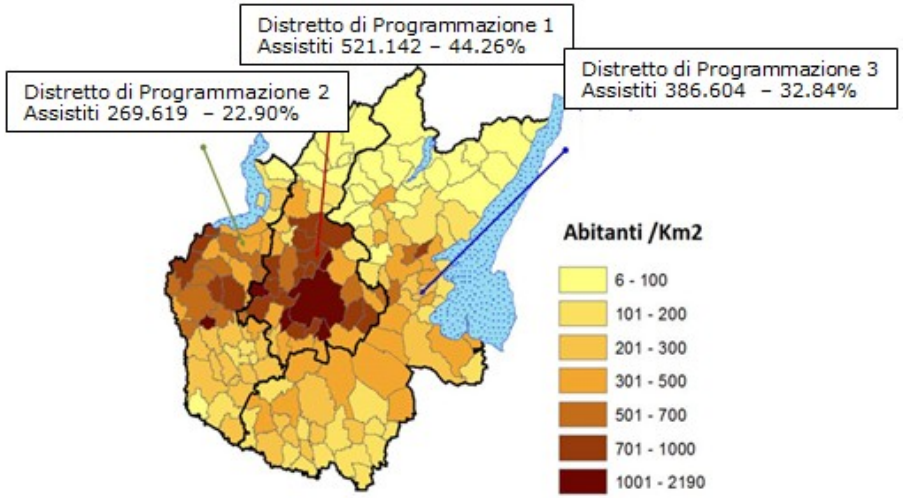
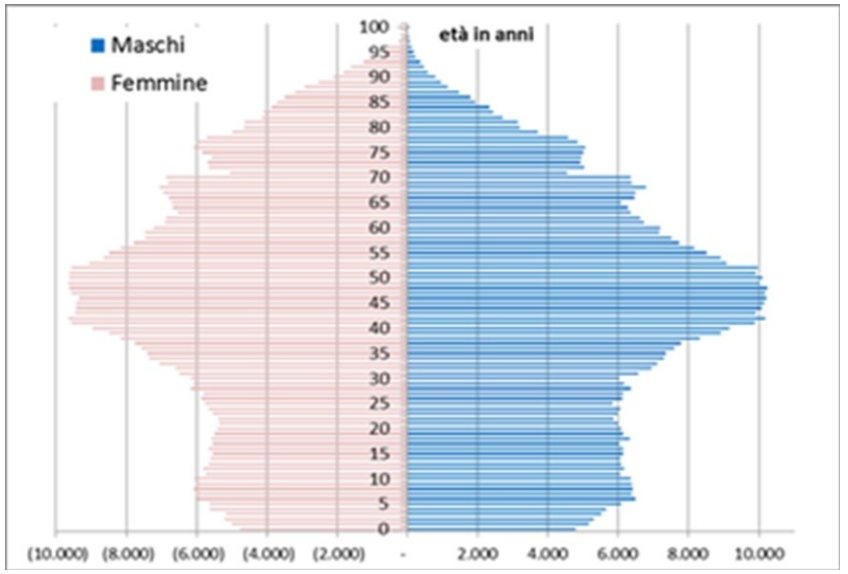


Figura 2: Piramide demografica ATS Brescia nel 2017



L'evoluzione demografica dal 2000, anno di avvio della raccolta sistematica dei dati

- la popolazione è complessivamente cresciuta del 17,7% negli ultimi 18 anni, in gran parte grazie al contributo della presenza straniera; dal 2010 la crescita è progressivamente rallentata per fermarsi negli ultimi anni
- l'età media è passata dai 41,2 anni del 2000 ai 44,1; con un incremento medio annuo pari a 61 giorni
- gli anziani sono aumentati di 80.743 unità tra il 2000 ed il 2017 (+48,3%), mentre i grandi anziani sono più che raddoppiati. L'indice di vecchiaia è rimasto abbastanza stabile fino al 2011, in continuo aumento negli ultimi anni
- il tasso di natalità ha avuto un andamento non lineare: è cresciuto del 9% dal 2000 al 2008 per scendere rapidamente e costantemente negli anni successivi (-27,8%). Come per il resto del paese, nel 2017, viene ulteriormente abbassato il record negativo del 2016: il numero di nuovi nati è il più basso dall'Unità d'Italia
- dal 2000 al 2011 i bambini sotto i 15 anni erano aumentati del 29% per stabilizzarsi e diminuire negli ultimi anni (-5% dal 2011)
- il tasso grezzo di mortalità è rimasto sostanzialmente stabile con alcuni picchi in particolare nel 2003 (8,87) e successivamente nel 2015 e 2017 (9,07 e 9,06).

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

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

Tasso grezzo mortalità [&]	8,65	8,87	8,01	8,37	8,56	8,15	8,60	9,06	3,7%
Tasso di crescita naturale	1,6	1,7	3,0	2,7	1,3	0,93	-0,2	-0,9	-156,7%

* N° morti ultimi 12 mesi solo in base ai dati anagrafici
[§] **Indice di vecchiaia** = [popolazione con età superiore a 65 anni/popolazione con età inferiore a 15 anni]*100
[$] **Tasso natalità** = [numero di nati vivi /popolazione nello stesso periodo] *1.000
[£] **Tasso fecondità grezzo** = [numero di nati vivi da donne in età feconda (15-49 anni)/ popolazione femminile in età feconda] *1.000
[&] **Tasso grezzo di mortalità** = [numero di morti in una popolazione/popolazione nello stesso periodo] *1.000

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

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

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

		AMBITI DISTRETTUALI*											
		1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Totale assistiti	N.	211.352	99.420	99.279	114.204	54.551	59.217	97.883	56.699	118.174	66.445	124.112	76.009
Donne	N.	109.770	50.073	50.156	57.449	27.589	29.705	48.667	28.128	59.405	33.105	63.917	37.944
	%	51,94	50,37	50,52	50,30	50,5	50,1	49,72	49,61	50,27	49,82	51,50	49,92
Bambini (<15 anni)	N.	26.913	15.688	14.844	15.227	8.050	9.002	16.221	8.512	16.985	10.981	17.083	11.033
	%	12,73	15,78	14,95	13,33	14,76	15,20	16,57	15,01	14,37	16,53	13,76	14,52
>=65 anni - Anziani	N.	50.987	18.654	20.586	25.519	11.58	11.624	17.463	11.197	24.557	12.002	27.294	16.462

						5							
	%	24,12	18,76	20,74	22,35	21,24	19,63	17,84	19,75	20,78	18,06	21,99	21,66
>=75 anni	N.	27.761	8.876	10.203	12.735	5.636	5.758	8.381	5.455	12.366	5.843	14.181	8.414
	%	13,13	8,93	10,28	11,15	10,33	9,72	8,56	9,62	10,46	8,79	11,43	11,07
>=85 anni - Grandi Anziani	N.	8.635	2.397	2.893	3.587	1.587	1.577	2.243	1.560	3.708	1.703	4.499	2.649
	%	4,09	2,41	2,91	3,14	2,91	2,66	2,29	2,75	3,14	2,56	3,62	3,49
Età Media		46,09	42,66	43,85	45,07	44,36	43,22	41,73	43,28	43,95	41,90	45,04	44,36
Tasso natalità X 1.000		7,23	8,63	8,44	7,50	7,46	9,29	9,33	8,01	8,66	9,08	7,47	7,87
Indice vecchiaia (>=65/minore 15)		189	119	139	168	144	129	108	132	145	109	160	149
Nuovi nati (ultimi 12 mesi)	N.	1.529	858	838	857	407	550	913	454	1.023	603	927	598
Morti (ultimi 12 mesi)	N.	2.147	798	811	1.033	504	515	714	501	1.090	543	1.227	788
Tasso mortalità		10,16	8,03	8,17	9,05	9,24	8,70	7,29	8,84	9,22	8,17	9,89	10,37
Tasso di crescita naturale		-2,9	0,6	0,3	-1,5	-1,8	0,6	2,0	-0,8	-0,6	0,9	-2,4	-2,5
Stranieri	N.	39.721	11.229	11.628	12.823	4.593	7.511	17.236	8.764	18.627	10.581	16.548	9.725
	%	18,8	11,3	11,7	11,2	8,4	12,7	17,6	15,5	15,8	15,9	13,3	12,8
Donne 15-49 anni	N.	42.939	21.751	21.163	23.694	11.444	12.512	21.379	12.083	25.156	14.761	26.644	15.735

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

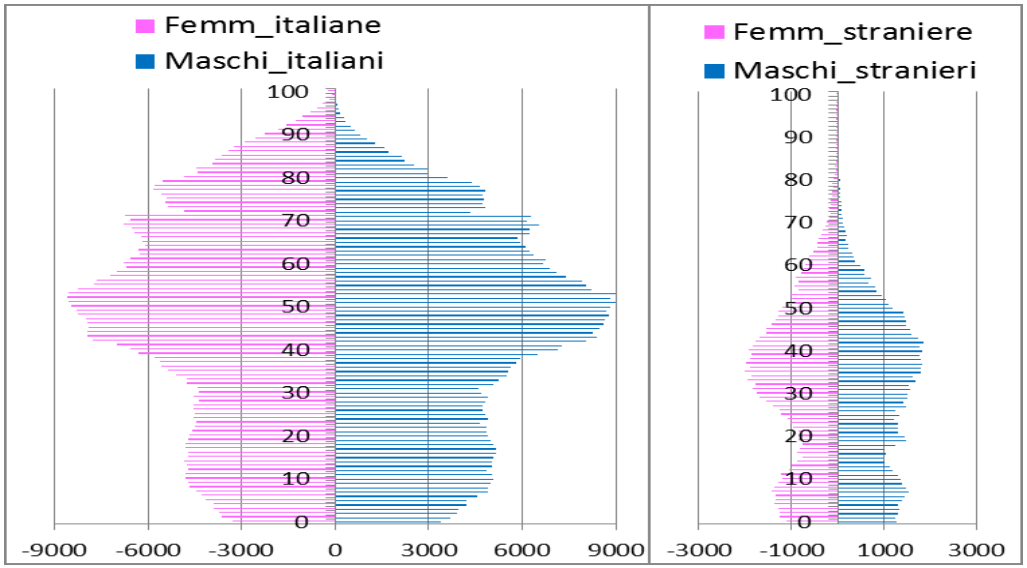
Alcune delle variazioni demografiche registrate negli ultimi anni sono da ascrivere ai mutamenti della popolazione straniera. Nel 2017 gli stranieri assistiti sul territorio di ATS Brescia (esclusi coloro senza permesso di soggiorno) rappresentavano il 14,4% del totale, una percentuale quasi doppia rispetto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

- l'età media risulta essere di 32,2 anni, molto più bassa rispetto ai 46,1 anni degli italiani;
- la percentuale di bambini è del 22,6%, di 9,4 punti percentuali più elevata rispetto agli italiani;
- la percentuale di anziani è molto bassa (3,3% vs 24,0%);

- il tasso di natalità è stato di 14,9/1.000, vale a dire 2,2 volte più elevato rispetto a quello degli italiani; il 26,6% dei nuovi nati è straniero con un tasso di fecondità grezzo nelle donne straniere del 43% più elevato rispetto alle italiane

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

	ITALIANI	STRANIERI
Totale assistiti	1.008.376	168.989
% Donne	50,7%	50,0%
Età media	46,1	32,2
N bambini (<15 anni)	132.426	38.113
% Bambini	13,1%	22,6%
N. Pop 65 anni e più	242.314	5.616
% Anziani	24,0%	3,3%
Indice vecchiaia	183	15
N. Nuovi nati (ultimi 12 mesi)	6.957	2.522
Tasso natalità X 1.000	6,90	14,92
N. Morti (ultimi 12 mesi)	10.373	178
Tasso mortalità	10,29	1,05
N. Donne 15-49 anni	198.925	50.340
Tasso fecondità grezzo * 1.000	35	50



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

- la presenza di stranieri è più che quadruplicata passando dai 39.580 del 2000 ai 168.989 del 2017, l'incremento più rilevante si è verificato tra il 2000 e il 2008 (+258%) per poi ridursi fino ad assestarsi negli ultimi anni
- si è passati da una presenza prevalentemente maschile (64% nel 2000) ad una paritaria quota femminile (50% nel 2017);
- la presenza di bambini stranieri si è quintuplicata tra il 2000 e 2011 (da 8.329 a 42.770) per poi stabilizzarsi e ridursi negli ultimi anni;
- nel 2017 il 26,6% dei nuovi nati è straniero: tuttavia, va fatto rilevare che anche nella popolazione straniera è in atto una forte diminuzione sia del tasso di natalità (da 30,7 a 14,9 x 1.000) che del tasso di fecondità (da 114 a 50 x 1.000). Il tasso di natalità tra la popolazione italiana è sceso invece dal 9,4 del 2000 al 6, 9X1.000 del 2017, mentre il tasso di fecondità nelle donne italiane è diminuito solo in parte negli ultimi anni (da 39 a 35X1.000).

La popolazione straniera negli Ambiti Distrettuali presenta alcune differenze:

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

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

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

Nel 2017, tra la popolazione italiana del territorio di ATS Brescia, sono compresi anche 29.446 assistiti di recente naturalizzazione (2,9% della popolazione italiana); è questa una sottopopolazione in crescita e nettamente più giovane rispetto a quella italiana autoctona (età media=31,0 vs 46,6). Trattasi comunque di un numero sicuramente sottostimato, ottenuto identificando solo coloro che erano presenti come stranieri nelle precedenti anagrafiche di ATS Brescia. Da fonte ISTAT risulta, infatti, che nel solo quinquennio 2012-16 le acquisizioni di cittadinanza italiana da parte di stranieri residenti nei 164 comuni di ATS Brescia siano state circa 33.000.

La popolazione di cittadinanza italiana è cresciuta dal 2000 al 2017 del 5,0%, ma ciò grazie all'immigrazione di cittadini italiani e alla naturalizzazione degli stranieri. Il saldo naturale dei soli italiani (differenza tra il numero di nati ed il numero di morti) è dal 2008 negativo ed in continua e pesante diminuzione (-3.416 unità nel 2017). Una forte influenza sul trend demografico futuro sarà data dal fatto che la popolazione di donne in età fertile italiane è in costante diminuzione: da 233.293 nel 2000 a 198.925 attuali e tale flessione continuerà ancora nei prossimi anni.

LE PATOLOGIE CRONICHE

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

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

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

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

RETE DEI SERVIZI SOCIOSANITARI E SOCIALI

RETE UNITA' DI OFFERTA SOCIALE

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

Servizi di Formazione all'Autonomia	N.	4	-	1	1	1	1	1	-	-	2	-	1	12
	Posti	140	-	35	35	35	35	35	-	-	49	-	7	371
Comunità Alloggio	N.	4	2	1	3	1		1	1	2	2	2	2	21
	Posti	39	20	10	27	10		10	10	17	10	20	20	193

RETE UNITA' DI OFFERTA SOCIOSANITARIA

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

	Posti Autorizzati	224	55	-	66	61	29	9	21	13	31	50	39	598
Hospice	N. strutture	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	4
	Posti a Contratto	-	10	-	-	-	-	-	-	18	-	8	8	44

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

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

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

OBIETTIVI E AZIONI PER LA REALIZZAZIONE DELL'INTEGRAZIONE SANITARIA SOCIOSANITARIA E SOCIALE

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE INTEGRATA

A fronte di persone vulnerabili, a rischio di fragilità sociosanitaria o sanitaria, e di bisogni sempre più complessi, che richiedono una presa in carico integrata, diviene fondamentale attuare una valutazione multidimensionale volta a ricomprendere gli aspetti sociali, sanitari e sociosanitari per l'individuazione e l'attivazione di interventi integrati nell'ambito di un progetto personalizzato.
Le attività di valutazione multidimensionale, già attuate nel triennio precedente attraverso l'operatività dei CEAD, di equipe integrate territoriali, richiedono un ulteriore potenziamento in un'ottica di presa in carico globale ed unitaria della persona e della sua famiglia, con particolare attenzione alla cronicità e all'accesso ai diversi servizi/interventi utili a rispondere ai bisogni della persona.
Le attività di valutazione multidimensionale saranno in particolare attivate rispetto alla non autosufficienza, anziani/disabili, alla tutela dei minori, all'area famiglia.
A tal fine si procederà alla definizione/ revisione di Linee operative/ Protocolli/Strumenti per la valutazione e presa in carico quali:

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

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

ELEMENTI DI PROGRAMMAZIONE 2018-2020

Titolo obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Modalità di integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Strumenti di valutazione	Tempistica
Valutazione Multidimensionale per una presa in carico integrata della persona in condizione di fragilità	Definizione e potenziamento di percorsi condivisi tra ATS-ASST e Ambiti Definizione di strumenti condivisi di valutazione finalizzata alla definizione del Progetto Individuale e del Piano di Assistenza Individuale	Incontri di Progettazione, Monitoraggio e verifica Costituzione équipe pluriprofessionali integrate (ASST/Comuni) per la valutazione multidimensionale rispetto a situazioni complesse, alla non autosufficienza, alla disabilità, all'area famiglia Definizione di percorsi di integrazione tra il sistema sociale e sociosanitario per la predisposizione del progetto individualizzato	Operatori ATS/ASST/Uffici di Piano/Comuni	Incontri periodici di coordinamento	Definizione /Revisione protocolli/Strumenti per la valutazione e la presa in carico Utilizzo Cartella Sociale informatizzata	N. Documenti condivisi N. casi inseriti	Entro il triennio di validità del piano

AREA FRAGILITA'

NON AUTOSUFFICIENZA

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

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

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

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

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

	Totale	**CDD**	**Classe 1**	**Classe 2**	**Classe 3**	**Classe 4**	**Classe 5**
Persone inserite in UdO (teste)	1244	656	155	140	209	78	74

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

			Classificazione SIDi persone inserite				
AMBITI DISTRETTUALI	**Persone inserite in UdO Area Disabilità (teste)**	**CSS**	**Classe 1**	**Classe 2**	**Classe 3**	**Classe 4**	**Classe 5**
1	264	53	9	23	0	9	12
2	86	12	1	7	1	2	1
3	88	17	4	4	5	0	4
4	113	20	2	8	2	2	6
5	42	4	3	1	0	0	0
6	31	7	1	4	2	0	0
7	34	7	2	1	0	2	2
8	40	4	2	2	0	0	0
9	193	14	5	3	2	2	2
10	57	16	4	5	0	2	5
11	120	23	9	7	2	1	4
12	80	17	6	7	0	1	3
residenti Fuori ATS	*96*	*5*	*3*	*1*	*1*	*0*	*0*

	Totale	**CSS**	**Classe 1**	**Classe 2**	**Classe 3**	**Classe 4**	**Classe 5**
Persone inserite in UdO (teste)	1244	199	51	73	15	21	39

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11	1	-	1	1	3	-	-	3	20
12	1	-	8	2	-	-	6	8	21
TOTALE	**13**	**2**	**86**	**6**	**64**	**2**	**81**	**44**	**281**

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

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

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

AMBITI DISTRETTUALI	**N. comunità attive**	**Posti disponibili**	**Maschi**	**Femmine**	**Età media ospiti**	**Età Min ospiti**	**Età Max ospiti**
1	2	32	4	15	86,0	73,5	95,3
2	-	-	-	-	-	-	-
3	1	22	2	20	85,5	64,4	96,5
4	1	14	5	9	84,5	67,9	92,3
5	3	68	21	43	83,1	67,8	93,8
6	-	-	-	-	-	-	-
7	-	-	-	-	-	-	-
8	-	-	-	-	-	-	-

9	2	48	7	30	86,2	71,2	97,0
10	-	-	-	-	-	-	-
11	3	87	32	44	81,7	62,4	96,6
12	2	39	13	26	83,9	64,2	95,6
TOTALE	14	310	84	187	83,7	66,4	95,5

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

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

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

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

1. A sostegno della presa in carico della persona in condizione di fragilità/cronicità si procederà alla
   - revisione del Protocollo Dimissioni Protetta al fine di assicurare la continuità assistenziale senza interruzione delle prestazioni, garantendo l'accesso agli interventi/servizi della rete più appropriati ed utili a rispondere ai bisogni della persona
   - definizione o revisione di Protocolli/Linee operative per la presa in carico di persone disabili e anziane in condizione di non autosufficienza o grave fragilità con particolare attenzione alla attivazione di Misure/Interventi specifici (es.Progetti B1, B2, Dopo di noi).
2. In particolare a sostegno della vita indipendente di persone con disabilità ma con integre capacità di autodeterminazione o a sostegno del massimo di autonomia possibile, si procederà alla
   - definizione/revisione Linee guida per la definizione di Progetti a sostegno della vita indipendente e dell'autonomia.
3. Nell'ambito dei bisogni emergenti:
   - nell'area della Disabilità, alla luce dei dati che indicano un continuo aumento dei casi diagnosticati con Autismo e dei bisogni evidenziati in particolare a sostegno dell'integrazione sociale e di sostegno alle autonomie, nell'ambito delle risorse disponibili, verrà data attenzione

alla attivazione di progetti di integrazione sociale e a sostegno della famiglia. Tali interventi dovranno essere necessariamente sostenuti da una Progettazione Individualizzata in cui si integrino gli interventi sanitari, sociosanitari e sociali.

- Nell'area anziani, a fronte di una presenza diffusa sul territorio non solo di RSA ma anche Centri Diurni, si è riscontrata negli ultimi anni una scarsa presenza di riposte di accoglienza residenziale "protette" del circuito socio assistenziale, di possibile immediata attivazione, da utilizzare soprattutto come risposte a bisogni abitativi alternativi, e con valenze diverse (avvicinamento alla residenzialità, protezione sociale, monitoraggio, ecc). Alla luce del Progetto sperimentale comunità residenziali anziani in atto da alcuni anni sul territorio dell'ATS di Brescia e della nuova Unità d'offerta C.A.S.A. (DGR 7776/2018), si intende sostenere progetti che possano dare risposte al bisogno di residenzialità di persone anziane che seppur con discrete autonomie necessitano di un sistema di protezione minimo.

ELEMENTI DI PROGRAMMAZIONE 2018-2020

Titolo obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Modalità di integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Strumenti di valutazione	Tempistica
Presa in carico della persona in condizione di fragilità/cronicità	Definizione e potenziamento di percorsi integrati di presa in carico della persona in condizione di fragilità/con disabilità/anziana attraverso la definizione di Progetti Individuali e l'attivazione integrata di servizi/interventi (es. Misura B1-B2-Dopo di noi) Attivazione interventi a	Incontri di Progettazione, Monitoraggio e verifica	Operatori ATS/ASST/ Uffici di Piano/Comuni, Terzo Settore	Incontri periodi di coordinamento	Definizione /Revisione protocolli/Strumenti per la presa in carico Revisione Protocollo Dimissioni Protette Definizione	Documenti condivisi	Entro il triennio di validità del piano

	sostegno di Progetti di Vita Indipendente e a sostegno dell'Autonomia Attivazione di progetti e percorsi innovativi in risposta a bisogni emergenti: 1- Interventi a sostegno di minori/adulti con gravi disabilità e in particolare con disturbi dello spettro autistico 2- Nuove forme di residenzialità per anziani (Progetto sperimentale comunità residenziali anziani – Dec.D.G. ATS n. 101 del 22.02.2018 ; UDO C.A.S.A. – DGR 7776/2018)				/Revisione Linee Guida Progetti Vita Indipendente e a sostegno di una vita autonoma Attivazione /sostegno a Progetti innovativi		

INTEGRAZIONE SCOLASTICA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TOTALE	780	318	19	1079	

ELEMENTI DI PROGRAMMAZIONE 2018-2020

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

PROTEZIONE GIURIDICA

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

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

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

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

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

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

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

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

Al Gruppo di Coordinamento sono affidate le seguenti funzioni:

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

ELEMENTI DI PROGRAMMAZIONE 2018-2020

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

AREA DIPENDENZE – SALUTE MENTALE – PROMOZIONE DELLA SALUTE

DIPENDENZE

La Legge Regionale N.15/2016 completa la Legge Regionale N. 23/2015 di riforma della sanità lombarda con un articolato specifico in tema di salute mentale (Titolo V- Norme in materia di salute mentale). L'Art. 53 recita che […] Afferiscono all'Area di Salute Mentale gli ambiti delle Dipendenze, della Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, della Psichiatria, della Psicologia e della Disabilità Psichica […]". In ottemperanza a quanto indicato dalla normativa, i Servizi per le Dipendenze Pubblici afferiscono al Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSM-D) delle 3 ASST territoriali: DSM-D ASST Spedali Civili, DSM-D ASST Garda e DSM-D ASST Franciacorta.
La rete dei Servizi per le Dipendenze del territorio di ATS Brescia è composta, inoltre, dai Servizi Privati Accreditati-SMI-(Servizi Multidisciplinari Integrati). I Servizi per le Dipendenze svolgono funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei Disturbi da Uso di Sostanze legali (Alcol e Tabacco) e illegali e Dipendenze Comportamentali (Gioco d'Azzardo Patologico e altre).
La rete di offerta delle Dipendenze comprende, inoltre:

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

Il territorio di ATS Brescia presenta una dotazione di Servizi per le Dipendenze, simile alla media regionale, sia per bacino d'utenza servito (circa 90-100.000 abitanti in fascia d'età 15-65 anni), che per distanza media fra i servizi (23 Km).
Caratteristica peculiare del territorio bresciano è l'elevata presenza degli SMI, che rappresentano un terzo del totale dei Servizi per le Dipendenze presenti sul territorio di ATS (4 su 13) e quasi la metà degli SMI presenti in Regione Lombardia (4 su 10).
Nel territorio di ATS Brescia sono presenti 22 Comunità Terapeutiche, di cui 20 accreditate e 2 autorizzate al funzionamento.
Le Comunità Terapeutiche sono diversificate in modo da offrire una gamma il più articolata possibile, rivolta alle necessità delle persone che vi accedono.
Ai Sensi della Dgr. n.12621/2003, i Servizi presenti sul territorio vengono ricondotti alle seguenti tipologie di funzionamento:

- Servizi terapeutico-riabilitativi: servizi sia a carattere residenziale (cioè con permanenza diurna e notturna) che semiresidenziale (con la sola permanenza diurna). Accolgono persone con problematiche di dipendenza da sostanze legali e illegali, nei confronti delle quali, in accordo con i Servizi SerT/NOA/SMI, viene predisposto un progetto terapeutico personalizzato, che si articola su un periodo di tempo non superiore a 18 mesi.
- Servizi pedagogico-riabilitativi: servizi sia a carattere residenziale (cioè con permanenza diurna e notturna) che semiresidenziale (con la sola permanenza diurna). Accolgono persone con problematiche di dipendenza da sostanze legali e illegali, nei confronti delle quali, in accordo

con i Servizi SerT/NOA/SMI, viene predisposto un progetto terapeutico personalizzato a prevalente carattere educativo, che si articola su un periodo di tempo non superiore a 30 mesi.

- Servizi di trattamento specialistico: con il termine di trattamento specialistico si intende un percorso terapeutico rivolto a persone con problemi di dipendenza specifici o associati a situazioni cliniche e personali particolari. Questo tipo di trattamento ha luogo sia in unità di offerta che lo realizzano in modo esclusivo, sia in unità d'offerta con moduli specifici. La durata del trattamento specialistico non supera un arco di tempo di 18 mesi.

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

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

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

Struttura	Ente gestore	Sede	Tipologia Utenza	Servizi	Posti
Comunità Terapeutica Femminile di Adro	Cooperativa di Bessimo	Adro	Femminile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	10
				Servizio comorbilità psichiatrica residenziale	5
Comunità Terapeutica di Paitone	Cooperativa di Bessimo	Paitone	Femminile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	16
				Servizio alcol e polidipendenti	7

Comunità di Manerbio	Cooperativa di Bessimo	Manerbio	Maschile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	19
				Servizio alcol e polidipendenti	6
Comunità Terapeutica Maschile "Bessimo" Orzinuovi	Cooperativa di Bessimo	Orzinuovi	Maschile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	12
				Servizio alcol e polidipendenti	6
Comunità Terapeutica Villa Bina	Cooperativa di Bessimo	Gottolengo	Femminile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	17
				Servizio alcol e polidipendenti	6
Comunità di Pontevico	Cooperativa di Bessimo	Pontevico	Coppie	Servizio coppie soggetti con figli nuclei familiari	24
Comunità Il Calabrone Brescia	Cooperativa Il Calabrone	Brescia	Maschile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	18
Comunità Il Calabrone Collebeato	Cooperativa Il Calabrone	Collebeato	Maschile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	20
Comunità Exodus	Fondazione Exodus	Lonato d/ Garda	Maschile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	15
				Servizio comorbilità psichiatrica residenziale	2
La Farnia	Comunità Fraternità-Cooperativa Sociale	Ospitaletto	Maschile	Servizio comorbilità psichiatrica residenziale	10
Il Platano	Comunità Fraternità-Cooperativa Sociale	Ospitaletto	Maschile	Servizio comorbilità psichiatrica residenziale	15
Il Frassino	Comunità Fraternità-Cooperativa Sociale	Travagliato	Maschile	Servizio pedagogico riabilitativo residenziale	10
				Servizio alcol e polidipendenti	5
Comunità Residenziale	GAIA Società Cooperativa Sociale	Lumezzane	Maschile	Servizio pedagogico riabilitativo residenziale	8
Comunità Semiresidenziale	GAIA Società Cooperativa Sociale	Lumezzane	Mista	Servizio pedagogico riabilitativo semiresidenziale	12
Comunità Donatello	Coop Il Mago di OZ	Brescia	Maschile	Servizio terapeutico riabilitativo	29

				residenziale	
Comunità Carebbio	Carebbio - Società Cooperativa Sociale	Sale Marasino	Maschile	Servizio pedagogico riabilitativo residenziale	9
Comunità Aperta S. Luigi	Cooperativa Sociale Comunità Aperta San Luigi	Visano	Maschile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	25
				Servizio comorbilità psichiatrica residenziale	4
Comunità Terapeutica Ai Rucc e dintorni	Società Cooperativa Sociale	Vobarno	Maschile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	12
Comunità Pinocchio	Pinocchio Società Cooperativa Sociale	Rodengo Saiano	Maschile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	22
				Servizio alcol e polidipendenti	4
				Servizio comorbilità psichiatrica residenziale	3
Casa San Giuseppe	Cooperativa Con- Tatto	Brescia	Maschile	Servizio a bassa intensità residenziale	8

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

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

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

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

- Tossicodipendenti
- Alcoldipendenti
- Tabagisti

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

Complessivamente nel corso del 2017 si sono rivolti ai Servizi per le Dipendenze ed hanno ricevuto prestazioni n.7.194 persone.
L'utenza dei Servizi è in larga maggioranza di sesso maschile, con un rapporto maschi/femmine di 5,8 a 1 (83,4% maschi - 16,6% femmine) e con una età media di 42 anni, seppur con alcune differenze tra le diverse tipologie d'utenza e tra i diversi Servizi (Tabella 3).

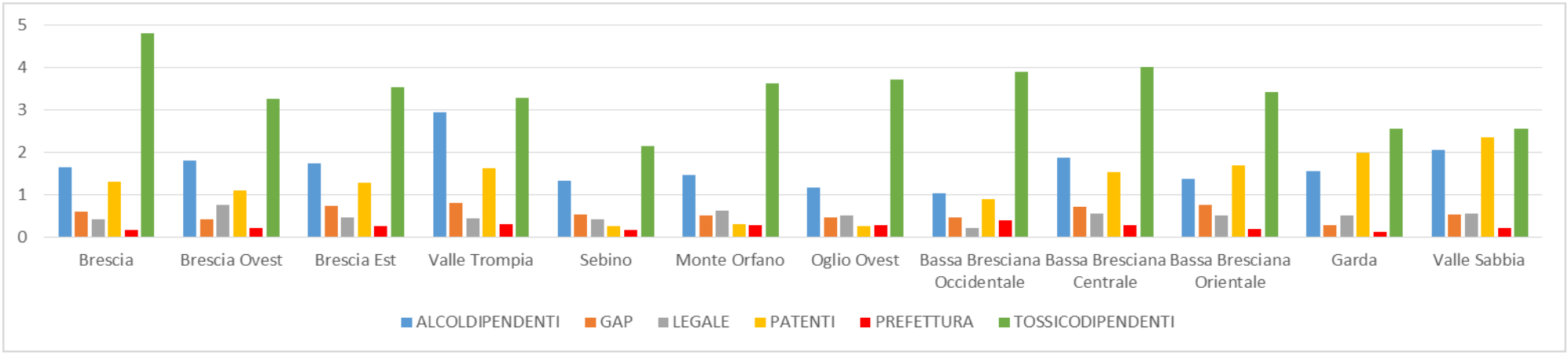
Tabella 3– Distribuzione utenza servizi ambulatoriali - Dati ATS Brescia

Gruppo d'utenza	TOT.	Età media maschi	Maschi %	Età media femmine	Femmine %
Alcoldipendenti	1.317	48,6	74,0%	51,4	26.0%
GAP	429	45,7	82,7%	52,4	17,3%
Lavoratori	111	40,2	100%	-	-
Legale	403	34,3	76,9%	36,6	23,1%
Patenti	1.110	43,8	90,8%	40,3	9,2%
Prefettura	169	34,9	94,1%	35,5	5,9%
Tabagisti	91	53,1	59,3%	54,6	40,7%
Tossicodipendenti	3.037	39,6	85,3%	39,2	14,7%

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

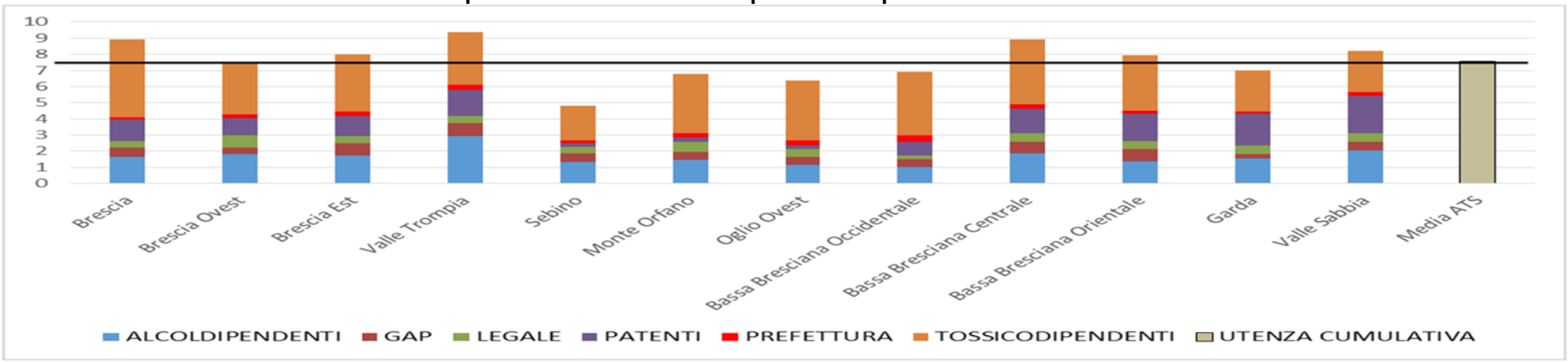
- un'elevata prevalenza di utenza con Disturbi da Uso di Sostanze nell'Ambito 1 Brescia, mentre la prevalenza più bassa si registra nell'Ambito 5 Sebino
- nell'Ambito 4 Valle Trompia si registra un'elevata prevalenza di utenza seguita per Disturbi da Uso di Alcol
- i territori dell'Ambito 12 Valle Sabbia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

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



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

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



SALUTE MENTALE

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

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

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

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

Alle categorie sopra menzionate, ne è stata aggiunta un'altra comprendente i soggetti che hanno fatto uso di farmaci o di prestazioni ambulatoriali specifiche per la patologia psichiatrica, ma per i quali non è stata riscontrata alcuna diagnosi specifica in nessuno dei database utilizzati. Tale categoria denominata "altri consumatori senza diagnosi", comprende i soggetti che nel corso dell'anno hanno avuto almeno 2 ricette di farmaci specifici o almeno 2 prestazioni ambulatoriali specifiche.
Per il monitoraggio dello specifico anno sono considerati solo gli assistiti realmente presi in carico per patologia psichiatrica nel corso dello stesso anno: ad esempio un soggetto con diagnosi psichiatrica negli anni precedenti il 2017, ma non più preso in carico per patologia psichiatrica nel 2017 (incluso l'uso di farmaci e/o prestazioni ambulatoriali specifici) viene escluso.

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

Disturbi psichici e comportamentali (F00-F99)	N	% relativa	Prevalenza % / popolazione
Disturbi psichici di natura organica, compresi quelli sintomatici (F00-F09)	10.142	10,1%	0,8%
Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive (F10-F19)	7.889	7,8%	0,7%
Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti (F20-F29)	6.581	6,5%	0,5%
Disturbi dell'umore [affettivi] (F30-F39)	20.909	20,7%	1,7%
Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi (F40-F48)	20.207	20,0%	1,7%
Sindromi comportamentali associate a disfunzioni fisiologiche e a fattori fisici (F50-F59)	947	0,9%	0,1%
Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto (F60-F69)	4.209	4,2%	0,4%
Ritardo mentale (F70-F79)	5.583	5,5%	0,5%
Disturbi dello sviluppo psicologico (F80-F89)	7.133	7,1%	0,6%
Disturbi comportamentali e della sfera emozionale con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza (F90-F98)	3.943	3,9%	0,3%
Disturbo mentale non specificato (F99)	2.099	2,1%	0,2%
Altri consumatori	37.916	37,6%	3,2%
TOTALE	100.865	100,0%	8,4%

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

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

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

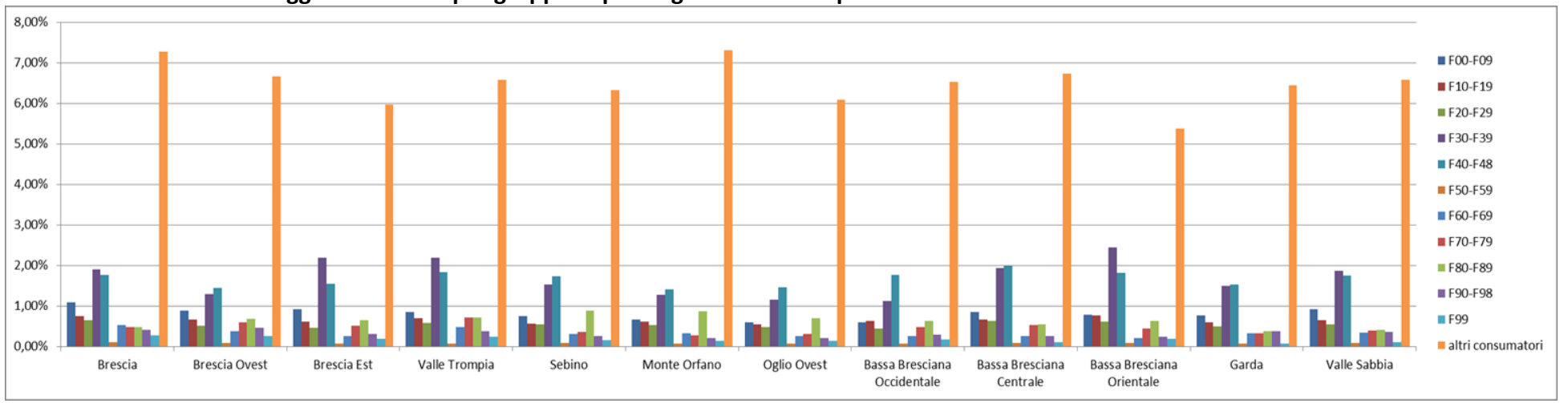
In Tabella vengono riportati i soggetti con una diagnosi di patologia psichiatrica, ovvero un codice ICD10 "Disturbi psichici e comportamentali (F00-F99)", suddivisi per gruppo di patologia e distribuiti per Ambito distrettuale. Il Grafico 1 ne riporta la prevalenza.

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

	AMBITO DISTRETTUALE											
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
F00-F09	2.346	898	931	977	412	405	603	339	1.028	528	972	703
F10-F19	1.614	670	617	805	312	370	538	366	809	522	767	499
F20-F29	1.378	519	457	659	304	312	472	257	754	413	634	422
F30-F39	4.112	1.307	2.199	2.528	844	774	1.147	649	2.336	1.660	1.906	1.447
F40-F48	3.823	1.469	1.571	2.124	963	855	1.456	1.026	2.383	1.241	1.936	1.360
F50-F59	211	76	71	72	48	42	70	42	99	62	87	67
F60-F69	1.145	373	256	551	171	202	247	150	296	138	419	261
F70-F79	1.014	601	520	831	203	168	307	277	644	300	419	299
F80-F89	1.040	686	644	827	489	523	696	365	654	425	477	307
F90-F98	884	456	303	437	140	120	213	166	310	159	475	280
F99	585	259	191	264	87	79	129	99	124	122	75	85

altri consumatori	15.755	6.748	6.025	7.643	3.524	4.421	6.071	3.781	8.112	3.663	8.198	5.103

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



Il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD) è una struttura gestionale e funzionale deputata alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi mentali e di dipendenza. Il DSMD assume come principio ispiratore il 'prendersi cura della persona' creando una rete di servizi in grado di realizzare percorsi di cura integrati fra l'ospedale, il territorio, i servizi sociosanitari e sociali. Il DSMD garantisce interventi appropriati ed efficaci, secondo standard di qualità accreditati, in grado di cogliere i bisogni differenziati degli utenti, intervenendo con equipe formate, coinvolgendo attivamente e motivando l'utente nelle fasi di pianificazione e attuazione al proprio percorso di cura. Il DSMD inoltre promuove tutte le azioni necessarie a combattere lo stigma ed a tutelare i pieni diritti dei cittadini affetti da disturbi mentali e di dipendenza. La presenza, all'interno del DSMD, di strutture territoriali (CPS), ospedaliere (SPDC), Residenziali riabilitative e assistenziali a diverse intensità (CRA, CRM, CPA, CPM, RL) e semiresidenziali (CD) consente di seguire la persona con disturbi mentali in modo continuo, organico e integrato, rispondendo ai diversi bisogni che possono configurarsi.
Il DSMD, quindi, attua interventi coordinati, integrati e articolati nelle situazioni, ormai sempre più frequenti, nelle quali patologia mentale, utilizzo di sostanze e disagio sociale generano condizioni ad alta complessità.

Tipologia dei Servizi

- Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC): reparto sito nei Presidi ospedalieri. I ricoveri possono essere volontari o obbligatori (trattamento sanitario obbligatorio – TSO), prevalentemente deputati alla gestione della fase acuta

- Centro Psico-Sociale (CPS): struttura territoriale, sede organizzativa e operativa per il coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale delle persone con disturbi mentali in collaborazione con il settore sociosanitario e sociale. Possono essere erogate tipologie differenziate di interventi (consulenza, assunzione in cura o presa in carico) a seconda della complessità dei bisogni clinici, assistenziali e sociali del paziente. L'utente può accedere direttamente o su invio del medico di medicina generale previo appuntamento. L'équipe multiprofessionale presente al CPS è costituita da medici psichiatri, infermieri, coordinatori, educatori, psicologi, assistenti sociali. L'équipe del CPS organizza i percorsi di cura per i pazienti presi in carico valutandone in modo complessivo i bisogni clinico-assistenziali e identificando strategie integrate d'intervento. L'équipe del CPS garantisce una rete di collaborazione con i medici di Medicina Generale, articolando con gli stessi alcune modalità di intervento. Il CPS assicura inoltre interventi integrati con i Comuni, le strutture socio-assistenziali e sociali per i bisogni a maggiore valenza sociale e assistenziale.
- Strutture Residenziali che comprendono:

- Comunità ad alta intensità Riabilitativa (SRP1 – Strutture residenziali psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo): CRA (ad alta Assistenza) e CRM (a media Assistenza). Nelle CRA e nella CRM vengono attuati percorsi terapeutico-riabilitativi atti a sperimentare, apprendere e sviluppare abilità relative alla cura di sé, dei propri spazi, alla gestione economica, alle attività della vita quotidiana e alle relazioni interpersonali e sociali al fine di conseguire maggiori capacità di svolgere una vita più autonoma (recovery). Si effettuano interventi clinici, psicoterapeutici, psicoeducativi e di recupero cognitivo, seguendo standard di qualità internazionalmente riconosciuti.
- Comunità Protette a maggiore valenza Assistenziale (SRP2 – Strutture residenziali psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo): CPA (ad alta Assistenza) e CPM (a media Assistenza). Nella CPA e nelle CPM si effettuano interventi volti maggiormente a rispondere ai bisogni di natura assistenziale dei pazienti. Si effettuano comunque interventi riabilitativi mirati al raggiungimento di maggiori abilità o al mantenimento delle abilità residue degli utenti. Si effettuano, inoltre, progetti di dimissione protetta verso realtà di natura socioassistenziale e sociale
- Residenzialità Leggera: costituisce un'opportunità per le persone che hanno fruito di un percorso riabilitativo con successo e devono completarlo in funzione di un'autonomia maggiore. Vengono quindi formulati progetti mirati, seguiti da un educatore, con la collaborazione dell'equipe del CPS, per consolidare o migliorare le abilità acquisite dall'utente. L'ospite contribuisce economicamente alle spese della casa e, qualora non fosse in grado di partecipare ai costi, il Comune di residenza, previe adeguate verifiche, può subentrare a sostegno.

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

Il Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) si rivolge alla popolazione di età compresa tra 0-18 anni con problematiche neurologiche, neuropsicologiche e psichiatriche. Di norma il primo accesso al Servizio inizia con la visita neuropsichiatrica.
Successivamente l'équipe multiprofessionale attiva il percorso di valutazione per la definizione della diagnosi, che può prevedere osservazioni cliniche e/o somministrazione di test specifici in base ai diversi casi. A seconda della diagnosi effettuata e dei bisogni della persona possono essere avviati

monitoraggi, cure mediche e/o prese in carico riabilitative e psicoterapiche con trattamenti di tipo logopedico, psicomotorio, psicologico, fisioterapico.

Le principali aree di intervento sono:

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

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

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

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

RISULTATI TRIENNALITÀ PRECEDENTE 2015-2017
DIPENDENZE-SALUTE MENTALE

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

ELEMENTI DI PROGRAMMAZIONE 2018-2020
DIPENDENZE-SALUTE MENTALE

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

Titolo obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Modalità di integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Strumenti di valutazione	Tempistica
Potenziamento di percorsi condivisi relativi all'invio e alla presa in carico di minori e adulti in situazioni di bisogno, disturbi da	**Implementazione di gruppi di lavoro a livello di Distretto di programmazione alla luce della legge 23/2015 e legge 15/2016** **Revisione del Protocollo operativo: Neuropsichiatria /Dipendenze**	**Incontri di progettazione/equipe multidisciplinari** **Attività di Formazione congiunta per condivisione buone prassi**	**ATS** **Uffici di Piano** **ASST (NPI – Psichiatria – Dipendenze)** **Servizi privato accreditat**	**Incontri periodici tavoli di Ambito** **Costituzione tavolo di lavoro multidisciplinare e incontri periodici di progettazione** **Formazione**	**Ricostituzione Gruppi di lavoro a livello di Ambito** **Revisione e approvazione dei Protocolli operativi** **Report applicazione**	**Verbali incontri** **Protocolli operativi** **Report annuale**	**Incontri nel corso del triennio 2018/2020** **Revisione Protocollo Alcol entro 2018** **Revisione Protocollo Tabagismo entro 2018** **Revisione Protocollo Neuropsichiatria/Dipendenze/Psichiatria entro secondo anno** **Produzione Report Protocollo DD a cadenza**

uso di sostanze e alcol, disturbi della sfera comportamentale	**/Psichiatria** **Revisione dei Protocolli:** **- Tabagismo** **- Alcolismo con focus specifico sulle donne con problemi e/o patologie alcol correlate** **Monitoraggio Protocollo Doppia Diagnosi (Dipendenze/Salute Mentale)**		**o** **MMG – PdF** **Terzo Settore**		**Protocollo Doppia Diagnosi (DD)**		**annuale nel triennio**

PROMOZIONE DELLA SALUTE

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

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

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

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

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

Dai dati dell'indagine campionaria nazionale "OKkio alla Salute" che, con cadenza biennale, valuta l'evoluzione nel tempo dello stato ponderale, degli stili alimentari, dell'abitudine all'esercizio fisico dei bambini della terza classe primaria, si evidenzia che, in Regione Lombardia nel 2016, il 47% dei bambini oggetto del campione consuma a metà mattina una merenda inadeguata e l'8% non la consuma affatto; circa un bambino su cinque risulta fisicamente inattivo e solo il 2% presenta un livello di attività fisica raccomandato per la sua età, anche in relazione al fatto di recarsi a scuola con mezzi, propri o pubblici, motorizzati; per contro il 30% dei bambini che ha partecipato all'indagine, guarda la TV e/o gioca con i videogiochi più di 2 ore al giorno.
Dai dati del 2014 dell'indagine internazionale HBSC che coinvolge gli studenti di 11,13 e 15 anni, emerge, sempre riferito alla Lombardia, che solo una percentuale del 38,1% di studenti consuma frutta e del 31,4 % consuma verdura almeno una volta al giorno: la percentuale, rispetto alle rilevazioni precedenti, è aumentata in tutte le classi di età e in entrambi i sessi, ma i valori permangono lontani dai consumi raccomandati.
In merito al movimento si rileva un aumento dei ragazzi che svolgono attività fisica (un'ora di attività più di tre giorni a settimana) in tutte le fasce di età; per quanto riguarda la sedentarietà, lo studio evidenzia che, pur essendo in diminuzione il numero dei ragazzi che trascorrono tre ore o più al giorno davanti alla TV aumenta la percentuale di adolescenti che passano tre ore o più al giorno a giocare con il PC, lo *smartphone* o il *tablet.*
In relazione ai comportamenti a rischio la stessa indagine fa rilevare che sono l'8,2% gli studenti totali che fumano almeno una volta la settimana, con un passaggio dallo 0,5% degli undicenni e del 5% dei tredicenni al 22,1% dei quindicenni, fascia quest'ultima che vede una netta prevalenza delle femmine (23,4%9 sui maschi 20,8%). Sono il 7,3% gli studenti che hanno bevuto tanto da ubriacarsi almeno due volte nella vita, con una percentuale che passa dal 0,7% degli undicenni al 2,1% dei tredicenni ed al 22,3% dei quindicenni. Quest'ultima classe d'età è stata indagata anche per l'uso di cannabis: hanno dichiarato l'esperienza almeno una volta nella vita il 30,1% dei maschi ed il 22,9% delle femmine.
A fronte di questo panorama epidemiologico la programmazione dell'ATS in tema di promozione della Salute, sviluppata con il coinvolgimento delle tre ASST territoriali, nonché dei servizi del privato accreditato, degli Enti del terzo settore, delle Associazioni territoriali e con il contributo di Aziende di produzione, dell'Istituzione scolastica e degli Enti Locali, negli ultimi anni si è sempre più orientata, oltre che allo sviluppo di programmi ed azioni specifici, anche a fare in modo che gli interventi fossero "allineati" alle buone pratiche che garantiscono la loro efficacia e, nel contempo, perseguono una sintonia che tende ad amplificare gli effetti delle azioni implementate attraverso il coordinamento di più soggetti coinvolti.
I programmi sviluppati trovano diffusione su tutto il territorio di competenza, seppure in modo non sempre omogeneo.
Il programma WHP vede 51 aziende aderenti che sviluppano azioni diversificate in merito ad aree di promozione della salute (attività fisica, alimentazione, contrasto al fumo di tabacco, contrasto alle dipendenze, mobilità sicura e sostenibile, benessere e conciliazione vita-lavoro) raggiungendo circa 15.000 lavoratori; 53 Comuni aderiscono al progetto "Salute in Comune, sostenendo iniziative diversificate volte a promuovere comportamenti salutari nella popolazione; in 34 Comuni sono stati creati, anche in collaborazione con le biblioteche, spazi per favorire l'allattamento al seno; sono 157 in costante aumento i panificatori coinvolti nel programma "Con meno sale nel pane…." volto a porre l'attenzione sul ridotto contenuto di sale come fattore protettivo verso le malattie croniche; sono 62 i Gruppi di Cammino attivi in 38 Comuni per un totale di 1781 partecipanti, sono in totale 3 i Gruppi di Cammino dedicati o con una forte integrazione di persone fragili.
Sono 105 i plessi di scuola primaria con attivi pedibus che coinvolgono direttamente 5574 studenti e 1844 volontari attivi; 35 Istituti Comprensivi con 49 plessi partecipano al programma regionale "Life Skills Training" per un totale di 350 classi interessate, tra prime , seconde e terze per un totale di

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

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

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

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

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

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

[2] http://www.doxa.it/fumo-in-italia-2017/

ELEMENTI DI PROGRAMMAZIONE 2018-2020

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

MINORI E FAMIGLIA

Il contesto attuale è caratterizzato dall'ampliamento della sfera dei bisogni delle persone e delle famiglie in relazione ai fenomeni delle nuove povertà e alle implicazioni che questo induce rispetto alla fragilità della popolazione. Le problematiche legate alla perdita o alla diminuzione del reddito spesso portano con sé l'incapacità, nel tempo, a far fronte alle diverse e svariate spese che gravano normalmente sui bilanci delle famiglie. Gli effetti della crisi socio-economica hanno dunque generato un aumento della vulnerabilità, che si combina ad ulteriori elementi di fragilità derivanti da evoluzioni e cambiamenti in atto all'interno della struttura sociale. Il focus diventa quello di attribuire importanza ai fattori prossimali, a quei fattori, cioè, da rinforzare e sostenere per evitare che una famiglia fragile diventi una famiglia ai margini.
La salute materno-infantile rappresenta un'area prioritaria di salute pubblica e di attenzione, non solo perché la gravidanza, il parto ed il puerperio sono, in Italia, la prima causa di ricovero per le donne, ma perché rappresentano a livello internazionale indici significativi per valutare la qualità di tutta l'assistenza sanitaria di un Paese**.**
Un compito significativo e privilegiato è il lavoro sinergico tra tutti i servizi sociali, sociosanitari e sanitari per sostenere le relazioni genitoriali, individuare le fragilità e, con progetti integrati, attivare strumenti e interventi orientati allo sviluppo delle competenze genitoriali; ciò al fine di favorire un'azione di empowerment delle capacità dei genitori per usufruire dei servizi dedicati e per una buona integrazione sociale nel contesto di vita. Diverse sono le iniziative non solo istituzionali, ma anche del Terzo Settore, orientate all'accompagnamento dei genitori e all'integrazione sociale nel loro contesto di vita. In questi anni l'impegno potrebbe dirigersi verso una conoscenza delle molteplici risorse e trovare connessioni e contaminazioni fra tutte le realtà impegnate in questo settore.
Per la famiglia sono già in essere, da alcuni anni, sostegni economici erogati da diverse Istituzioni, progetti di sostegno all'allattamento materno e di intervento per la depressione perinatale e azioni proattive per la fragilità genitoriale nei Consultori Familiari e i Punti Nascita, nonché interventi sociali e progetti nell'area della Tutela Minori.
Il progetto "Percorso nascita" trova nella normativa regionale e nazionale importanti indicazioni sulla necessità che i servizi territoriali (consultori familiari, medici di famiglia e pediatri di famiglia) e le strutture ospedaliere (Punti Nascita a diverso livello di complessità) lavorino in modo coordinato e trasparente, offrendo servizi che integrano le rispettive competenze e che assicurano continuità assistenziale.

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

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

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

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

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

DONNE E VIOLENZA DI GENERE

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

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

Pronto Soccorso	Senza richiesta di presa in carico	Con richiesta di presa in carico	Totale
Spedali Civili	32	30	62
Gardone Val Trompia	12	5	17
Ist. Clinico S. Anna	24	7	31
Ist. Clinico Città di Brescia	13	3	16
Fond. Poliambulanza	43	24	67
Ist. Clinico S. Rocco	5	3	8
Totale ASST	**129**	**72**	**201**

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

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

TUTELA MINORI

La complessità delle situazioni in carico ai Servizi Tutela Minori dei vari Ambiti è in continua crescita e necessita di interventi sempre più integrati, che coinvolgano più servizi e più territori. Sono in aumento le situazioni in carico, sia su mandato del Tribunale Ordinario (TO) che del Tribunale per i Minorenni (TM) che interessano più Ambiti, in relazione alla residenza dei genitori dei minori in carico. La P.g.r. n. X/7626, ridefinisce la regolamentazione del sistema di accesso, di remunerazione, rendicontazione e controllo in merito alla misura "Comunità per minori vittime di abuso, violenza e grave maltrattamento". Regione Lombardia ha esteso la possibilità di remunerare gli inserimenti in comunità, a condizione che sia attuato un progetto quadro che preveda la presa in carico della famiglia e del minore.
Particolare riguardo si deve alle Audizioni protette della Convenzione di Lanzarote, ratificata in Italia in data 23/10/2012. Essa sancisce principi cardine a cui gli stati firmatari devono adeguarsi in materia di prevenzione e criminalizzazione di ogni forma di abuso e sfruttamento sessuale nei confronti dei minori. Nel nostro territorio la collaborazione con la Magistratura Ordinaria e Minorile, in particolar modo le Procure, e le Forze dell'Ordine, continua ad essere garantita dagli psicologi delle ASST. Il lavoro condiviso ha favorito certamente la qualità dell'intervento e la disponibilità reciproca a mettere in campo tutte le attenzioni, affinché sia tutelato l'adolescente interessato, concordando il luogo dell'audizione, i tempi, e lo scambio delle informazioni necessarie.

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

Audizioni protette Convenzione Lanzarote Rilevazione 2017	
ASST Spedali Civili	66
ASST Franciacorta	3
ASST Garda	36
Totale	**105**

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

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

ELEMENTI DI PROGRAMMAZIONE 2018-2020

Titolo obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Modalità di integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Strumenti di valutazione	Tempistica
Sostegno alla famiglie fragili	Definire i rapporti con i diversi soggetti coinvolti nelle azioni connesse all'erogazione del sostegno economico previsto dalla DGR 7230/17 "Bonus famiglia"	Integrazione nei programmi di intervento per le famiglie vulnerabili	Operatori dei Comuni, dei Consultori pubblici e privati, operatori del Terzo Settore (CAV)	DGR n.7230/17 e decr. attuativi Progetto di intervento Patto di corresponsabilità	Incremento presa in carico servizi territoriali/consultoriali	Piattaforma SIAGE	Entro il triennio
Sostegno alla maternità e attenzione alle situazioni di fragilità	Sviluppare un modello culturale, organizzativo e operativo che offra un accompagnament	Sviluppo di una presa in carico trasversale tra punti nascita, consultori e servizi sociali per	Operatori sanitari dei punti nascita e socio sanitari dei consultori familiari pubblici e privati e dei servizi sociali di	Progetto "Percorso Nascita" e "A casa dopo il parto"	Aumento adesioni donne ai progetti; individuazione precoce situazioni di	Adesione Piattaforma Survey Monkey Numero di prese in carico consultori/servi	Entro il triennio

	o alla donna/coppia/famiglia, nella promozione della salute in gravidanza, nel dopo parto, nella relazione madre-padre-bambino, nella promozione dell'allattamento al seno, nel sostegno della genitorialità	una presa in carico integrata e di sostegno con i comuni nelle situazioni di maggiore fragilità	base		fragilità e allerta servizi sociali di base	zi sociali	
Contrasto alla violenza di genere	Definire e governare un percorso che garantisca continuità assistenziale e che preveda tempestività di attivazione di un progetto di presa in carico territoriale e di sostegno alla donna vittima di violenza	Mantenimento protocolli ospedalieri/PS attivazione rete dei servizi territoriali; Avvio di uno sportello di accoglienza/ascolto in ogni ambito territoriale Costituzione di una equipe dedicata	Operatori sanitari e socio sanitari pubblici e privati	Reti antiviolenza/consultori/ servizi sociali	Aumento numero di donne che intraprendono percorsi di uscita dal circuito della violenza	Report regionali	Entro il triennio
Sostegno ai Minori	Definire un percorso di	Condivisione dei criteri per	Operatori Ambiti/comunità/Tu	Progetto quadro/Pei/scheda	Sperimentazione di misure	Rendicontazione periodica/	Entro il triennio

vittime di abuso e grave maltrattamento	remunerazione, rendicontazione e controllo partecipato, integrato e condiviso	eleggibilità e mantenimento alla misura minori in comunità Avvio e sperimentazione in qualche ambito di buone prassi per la tutela minori	tela minori/ ATS/ASST	prestazioni socio sanitarie	alternative alla residenzialità		

CONCILIAZIONE VITA-LAVORO

Regione Lombardia ha avviato dal 2010 (DGR n.381/2010) un processo per promuovere e sostenere interventi a favore delle politiche territoriali di conciliazione dei tempi lavorativi con le esigenze familiari, attraverso la definizione ed il potenziamento di un modello di governance partecipata e lo sviluppo di partnership pubblico-privato denominate Reti per la conciliazione e Alleanze locali di conciliazione.
Il Piano Territoriale di Conciliazione 2011-2012, ai sensi della DGR 1576/2011 ha costituito sul territorio della ex ASL di Brescia la Rete per la conciliazione che ha visto, come primo momento, la sottoscrizione dell'Accordo territoriale per la conciliazione tra: Regione Lombardia; ex-ASL di Brescia; Provincia di Brescia; Comune di Brescia; 12 Ambiti territoriali; Associazione Comuni bresciani (ACB); Camera di Commercio, Industria, Artigianato, Agricoltura di Brescia (CCIAA); Consigliera di Parità. L' Accordo territoriale per la conciliazione prevedeva la creazione di una rete di partners pubblico-privato in grado di recepire e promuovere politiche concrete per la conciliazione dei tempi famiglia-lavoro del territorio di riferimento e l'implementazione dei processi di conciliazione con particolare attenzione alle micro-piccole e medie imprese localizzate sul territorio. All'Accordo territoriale per la conciliazione hanno aderito, nel tempo, imprese, cooperative sociali, associazioni di categoria, fondazioni e strutture sociosanitarie. L'avvio di progettualità locali promosse con le risorse messe a disposizione dalla DGR 1576/2011 ha costituito indubbiamente un momento significativo di strutturazione di raccordi territoriali finalizzati a promuovere azioni di conciliazione a favore dei dipendenti delle imprese e dei cittadini, e soprattutto ha visto gli Uffici di Piano per la prima volta promotori di azioni territoriali di conciliazione.
Il Piano territoriale 2014-2016 (ai sensi della DGR 1081/2013) ha previsto il rinnovo dell'Accordo per la valorizzazione delle politiche di Conciliazione famiglia-lavoro e la costituzione di tre Alleanze locali di conciliazione, per facilitare la programmazione a livello territoriale e un più stretto raccordo con i Piani di Zona; nello specifico sono le seguenti:

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

Nella realizzazione del Piano 2014-2016 hanno aderito alle Alleanza Territoriali di Conciliazione l'Ambito Distrettuale Brescia Ovest e l'Ambito Distrettuale Garda, portando il numero degli Ambiti aderenti da 8 a 10.
Il Piano Territoriale di Conciliazione 2017-2018 ha visto l'adesione di tutti i 12 Ambiti Territoriali, ampliando l'alleanza agli Ambiti Distrettuali di Valle Sabbia e di Valle Trompia.

RISULTATI TRIENNALITÀ PRECEDENTE 2014-2016

Alleanza	Azioni previste	Esiti
Alleanza locale di Montichiari Alleanza locale di Brescia Alleanza locale di Palazzolo	- voucher per il ricorso ai servizi di cura per anziani e disabili; - voucher per servizi socio-educativi per l'infanzia; - voucher premialità assunzione, per imprese che assumono madri escluse dal mercato del lavoro con un figlio di età non superiore ai 5 anni; - servizi di consulenza alle imprese per la definizione di un piano di flessibilità e welfare aziendale.	- n. 993 persone dipendenti delle imprese aderenti alle alleanze locali di conciliazione; - n. 16 MPMI per premialità assunzione; - n. 2 MPMI per servizi di consulenza.

ELEMENTI DI PROGRAMMAZIONE 2018-2020

Regione Lombardia con DGR n. X/5969 del 12/12/2016 ha promosso anche per il biennio 2017-2018 il Piano Territoriale delle politiche di conciliazione dei tempi lavorativi con le esigenze familiari, dando continuità al modello di governance articolato in Reti ed Alleanze.
Il Piano Territoriale di Conciliazione 2017-2018 prevede la realizzazione di tre progetti in capo alle Alleanze Locali di Conciliazione di Brescia, Palazzolo sull'Oglio e Montichiari e lo sviluppo dell'Azione di Sistema, in capo ad ATS Brescia.
Con Decreto DG n. 110 del 24/02/2017 ATS Brescia ha recepito i contenuti della sopracitata DGR, provvedendo al rinnovo dell'Accordo per la valorizzazione delle politiche territoriali in materia di conciliazione sottoscritto in data 11 Marzo 2014 e con determinazione n.90 del 27/02/2017 ha preso atto:

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

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

- Alleanza di Brescia, Comune capofila Brescia, con Ambito distrettuale di Brescia, Ambito distrettuale Brescia Est e Ambito distrettuale di Valle Trompia;

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

realizzando il pieno coinvolgimento dei 12 Ambiti distrettuali.

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

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

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

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

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

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

CARTELLA SOCIALE INFORMATIZZATA

La Cartella Sociale Informatizzata (CSI) è una soluzione informatica in grado di fornire funzioni sia a livello professionale-operativo agli assistenti sociali/operatori, sia a livello amministrativo-gestionale agli Enti che devono programmare e coordinare gli interventi sociali.
La CSI è uno strumento imprescindibile per i servizi sociali dell'Ente locale, in quanto permette la gestione delle informazioni sociali e sociosanitarie relative all'utenza, il collegamento ad altre banche dati e l'assolvimento di debiti informativi nazionali e regionali; consente infatti la gestione unitaria e condivisa di dati e attività sia a livello intra comunale, intra-ambito, che istituzionale.
Nel corso del 2016/2017 si è proceduto a sviluppare l'utilizzo uniforme della Cartella Sociale Informatizzata (CSI), attraverso la definizione, secondo il percorso delineato da Regione Lombardia (DGR n.X/5499-2 agosto 2016) di elementi informativi comuni, tali da consentire lo sviluppo di soluzioni omogenee su tutto il territorio di ATS.
A seguito delle indicazioni fornite da Regione Lombardia ed attraverso il lavoro di raccordo svolto da ATS, gli Ambiti hanno provveduto ad adeguare la CSI, già in uso, ed hanno avviato il processo volto a perseguire l'obiettivo comune di allineamento della CSI. Nel corso del triennio sono previste ulteriori azioni di sviluppo della CSI al fine di realizzare una interoperabilità sempre più ampia, tramite l'attivazione di processi utili all'integrazione della stessa con le banche dati di altri Enti.

ELEMENTI DI PROGRAMMAZIONE 2018-2020

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

Regione Lombardia Adeguamento delle estrazioni dei dati per i flussi informativi finalizzati alle rendicontazioni richieste da Regione Lombardia	interessati Stato di avanzamento degli interventi finalizzati alla realizzazione della interoperabilità		SWH fornitrici dei sistemi in uso		informativo) Documentazione di adeguamento delle soluzioni SWH adottate in ottemperanza alle indicazioni regionali		

LE POLITICHE SOCIALI SOVRADISTRETTUALI (IL COORDINAMENTO DEGLI UFFICI DI PIANO DELL'ATS DI BRESCIA)

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

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

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

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

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

Proprio per tale consuetudine di lavoro integrato, per la riconoscibilità, per la capacità di ricercare soluzioni condivise ma anche per il "RICONOSCIMENTO che comunque vari attori del territorio (il mondo dell'associazionismo, della cooperazione, del sindacato, ecc.) esprimono nei confronti del Coordinamento, è stato possibile mantenere attivo il lavoro integrato con ATS (che ha di fatto sostituito l'ex ASL nei rapporti con il Coordinamento), fin dai primi passaggi che hanno accompagnato l'applicazione della riforma socio sanitaria lombarda, trovandosi di fatto ad essere quasi inevitabilmente, all'interno del processo di cambiamento istituzionale ed organizzativo in atto, uno degli **elementi di maggiore stabilità** del sistema.
L'interlocuzione con ATS si è mantenuta costante, al di là delle difficoltà di capire fino in fondo - e soprattutto nella gestione quotidiana - la nuova funzione attribuita dalla legge regionale all'Agenzia di Tutela della Salute.
Tale processo ha richiesto un po' di tempo e vari passaggi anche organizzativi, ma oggi di fatto anche il processo della nuova programmazione zonale, che conferma come obiettivo prioritario da consolidare l'integrazione socio sanitaria tra ATS, ASST e Ambiti Distrettuali (obiettivo testimoniato anche dal ruolo attribuito alla Cabina di Regia a livello regionale), è stato da subito gestito in modo coordinato, non solo tra i dodici ambiti distrettuali, ma anche con l'ATS, in particolare con il Dipartimento PIPPS.
Nello stesso tempo tuttavia va segnalato che benché l'integrazione socio sanitaria sia una partita fondamentale della programmazione, restano da affrontare sia in termini programmatori che operativi questioni e problemi che attengono più alla sfera specificamente sociale (povertà, lavoro, casa, rapporti economici con i cittadini fruitori delle prestazioni, assistenza scolastica agli alunni disabili, applicazione D.Lgs 117/2017 per quanto riguarda la partita della co-programmazione, co-progettazione e accreditamento con il terzo settore, ecc.), per fronteggiare i quali è opportuno **confermare** comunque il Coordinamento provinciale degli Uffici di Piano quale **soggetto della governance del Piano di Zona**, con funzione di **organo tecnico che opera anche all'interno della Cabina di Regia** per le specifiche attività poste in capo a detto soggetto, Coordinamento al quale sono attribuite le seguenti funzioni:
elaborazione e proposizione rispetto a varie tematiche afferenti al contesto sociale e in particolare alla programmazione e gestione degli interventi e Servizi Sociali;
garantire momenti di confronto e di approfondimento delle varie tematiche connesse alla gestione degli interventi e Servizi Sociali;

svolgere in generale una funzione di supporto e di istruttoria relativamente a temi e problemi che gli Amministratori locali ritengano opportuno approfondire ed istruire;
condividere sul piano tecnico modalità di organizzazione e di gestione concreta di azioni, interventi e Progetti nell'ottica di addivenire, quando opportuno, ad una maggiore omogeneità progettuale ed operativa;
coordinare e sostenere, come avvenuto in fase di preparazione del Piano di Zona 2015/2017, gruppi di lavoro anche con altri soggetti del territorio ritenuti comunque significativi per la funzione svolta a livello territoriale e per il possibile apporto in termini di conoscenze, informazioni, opportunità, relazioni che gli stessi rappresentano/esprimono, anche per dare "corpo" ad alcuni degli obiettivi descritti nel proseguo del Piano di Zona, la cui realizzazione deve necessariamente passare da un consolidamento dell'integrazione tra soggetti territoriali diversi e da un presidio costante e ragionato di problemi, opportunità, sperimentazioni, costruzione di buone prassi.

****

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

- una prima questione attiene alla governance del Piano di Zona, così come delineata da Regione Lombardia all'interno delle Linee Guida di cui alla DGR X/7631 del 28 dicembre 2017 e in particolare alla struttura dei nuovi Ambiti Distrettuali, così come delineati dalla L.R. 23/2015 e dal P.O.A.S. di ATS Brescia.
Proprio per le ragioni sopra richiamate e alla luce del percorso che ha accompagnato la storia degli ultimi anni, l'assetto attuale degli Uffici di Piano di ATS Brescia risulta coerente e addirittura ha **anticipato** la legge regionale, nella misura in cui esiste da molti anni, attraverso il Coordinamento degli Uffici di Piano e la Cabina di Regia, una forte azione di coordinamento tra tutti i territori che dà una risposta concreta e operativa al bisogno di ricomposizione e di riduzione della frammentazione che negli anni è stato più volte visto dal legislatore regionale come un grosso problema da risolvere.
Quindi l'esperienza concreta degli Uffici di Piano bresciani valorizza e potenzia i rapporti di collaborazione sovra zonale che nel corso degli anni si sono andati formando, con l'obiettivo di rafforzare e omogeneizzare aspetti fondamentali dei servizi in territori simili per caratteristiche socio/economiche (territorio che riguarda tutti i dodici Uffici di Piano) e contigui in termini di confini territoriali/amministrativi (gli uffici di Piano di ATS Brescia e non solo quelli afferenti ad una singola ASST) al di là di uno specifico processo di ridefinizione dei confini dei singoli ambiti, che risulterebbe addirittura riduttivo rispetto alla realtà già in essere;

- in coerenza con quanto sopra, una seconda questione cruciale, emersa in modo ancora più netto durante il percorso di costruzione del piano di zona attiene al rapporto e al ruolo tra Uffici di Piano e ASST. Come sopra detto, mentre il rapporto con ATS si è mantenuto costante anche dopo l'entrata in vigore della L.R. 23/2015, molto più complesso è stato ed è il rapporto con le ASST.
In questo processo specifico che ha visto gli Uffici di Piano bresciani particolarmente attivi, è emersa in modo unanime e diffuso da parte di tutti i territori una forte preoccupazione rispetto al rapporto con ASST. Se infatti sono ancora forti e importanti le relazioni di tipo operativo tra i diversi professionisti che fino a poco tempo fa collaboravano insieme, pur appartenendo all'ex ASL e ai comuni/UDP attraverso il "contenitore" del Distretto Socio Sanitario, ancora oggi sono molto più incerte e confuse le collaborazioni formali.
Durante i vari incontri sia locali (dei singoli UdP), che di Coordinamento, sono emerse delle criticità forti che attengono per esempio a carenza di risorse (**soprattutto di personale)** in aree particolarmente cruciali (Neuro Psichiatria Infantile, continuità assistenziale, passaggio dall'Ospedale al territorio, Salute mentale, tutela minori, ecc.) per i cittadini.
Nonostante le preoccupazioni espresse in varie occasioni anche su questi temi, il rapporto con ASST è generalmente distante e rende di fatto impraticabile la ricerca attiva di soluzioni.
Per questa ragione si riterrebbe necessario che ATS – che governa di fatto le risorse socio sanitarie e sanitarie- affiancasse gli Uffici di Piano nella ricerca di risposte possibili da parte delle ASST bresciane per affrontare i problemi sopra detti, anche passando - con le modalità e le strategie più opportune - da un'eventuale rinegoziazione dei budget destinati alle specifiche attività (Tutela minori, NPI, …) e sostenendo con gli Uffici di piano la necessità di mantenere dei livelli minimi di omogeneità delle prestazioni che consentirebbero di dare risposte certe ai cittadini a prescindere dal territorio di riferimento, un po' come avviene in ambito sociale attraverso il lavoro del Coordinamento degli UdP;

- si sottolineano infine alcune partite specificamente sociali rispetto alle quali è cruciale una visione sovrazonale, alcune delle quali vengono poi declinate nel proseguo del Piano di Zona (lavoro, casa, povertà), mentre altre sono solo accennate ma troveranno sviluppo specifico nel triennio di validità del nuovo Piano di Zona.
Si tratta in particolare:
- dell'attuazione della L.R. 16/2016 "Disciplina regionale dei servizi abitativi" e del Regolamento regionale n. 4/2017 "Disciplina della programmazione e dell'offerta abitativa pubblica e sociale e dell'accesso e permanenza nei servizi abitativi pubblici" che già oggi sta vedendo una forte azione di coordinamento tra i 12 Ambiti Distrettuali soprattutto nel rapporto con Aler Brescia e con alcune realtà provinciali (Sindacati degli inquilini, associazioni di categoria dei proprietari, Cooperazione, ecc.);
- della partita connessa all'assistenza scolastica a favore degli studenti frequentanti la scuola secondaria di secondo grado. Molta attenzione è infatti posta rispetto ai disabili sensoriali, ma la platea degli studenti disabili non sensoriali è certamente molto più numerosa e presenta dei profili di indubbia complessità, in quanto chiama in causa vari soggetti, compresi gli Istituti di istruzione superiore, i Centri professionali ed un volume di risorse ben più elevato;
- infine nel triennio andrà certamente approfondita, sperimentata e sviluppata la partita della collaborazione con il terzo settore, connessa al D.Lgs 117/2017, in particolare per quanto riguarda l'accreditamento, la co-programmazione e la co-progettazione. Proprio perché i rapporti con il terzo

settore si muovono anche sulla dimensione del rapporto con il Coordinamento degli Uffici di Piano e le rappresentanze provinciali delle diverse realtà, su questi temi sarà necessario mantenere un approccio coordinato che consenta di elaborare e **mettere a disposizione di tutti quello che verrà elaborato e condiviso, in un'ottica generativa**, di sostegno reciproco, di crescita anche delle professionalità, che si arricchiscono nella misura in cui si confrontano con altri approcci e altre competenze.

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

POLITICHE ABITATIVE

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

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

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

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

La legge regionale 16/2016 introduce, dal punto di vista programmatorio, importanti novità che spingono verso una logica di programmazione e gestione dei servizi abitativi a livello sovracomunale. A tal proposito, un dato significativo è rappresentato dalle nuove modalità con le quali viene

trattato il problema delle assegnazioni di edilizia residenziale pubblica. Le politiche abitative sono concepite come politiche “collegate” alla programmazione sociale dei Piani di Zona.

I dodici ambiti distrettuali dell'ATS già nella precedente programmazione 2015/2017 avevano previsto, relativamente al tema dell'abitare, una specifica azione di intervento concertata a livello sovradistrettuale che era stata elaborata attraverso una consultazione con alcune realtà del territorio provinciale, portatrici di interesse e di competenze sul tema specifico. Quanto determinato a livello sovradistrettuale aveva trovato spazio all'interno della programmazione dei singoli Piani; tra l'altro esito di quella programmazione è stata la sottoscrizione di protocolli con il Tribunale in ordine alla gestione delle procedure di rilascio dell'immobile a seguito di sfratto.

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

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

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

QUESTIONI APERTE
-Si auspica l'aggiornamento della lista dei comuni ad alta tensione abitativa, a livello nazionale, e a crescente fabbisogno abitativo, a livello regionale, e ciò per consentire un ampliamento degli enti locali beneficiari delle risorse per la mobilità abitativa e la morosità incolpevole oltre che allargare la fruibilità del regime fiscale di cedolare secca;
-si auspica il consolidamento di interventi che vedano coinvolti gli ambiti, in analogia a quanto previsto dalla DGR 6465/2017, e che con adeguati trasferimenti consentano di sostenere la locazione senza necessariamente dover rinegoziare il canone;

-si intende promuovere nei Comuni della Provincia l'adozione delle misure necessarie per dare corso all'accordo territoriale per la definizione del contratto agevolato relativo alle locazioni di immobili ad uso abitativo in attuazione dell'art.2 comma 3 della L.431/98 e del d. m. 30/12/2002;
-si ritiene importante valorizzare il patrimonio abitativo degli enti locali oggi non utilizzato per carenze manutentive;
-si ritiene indispensabile un capillare lavoro di raccordo tra l'ALER (proprietaria di circa i 2/3 degli alloggi abitativi pubblici) e gli ambiti nel dare attuazione a quanto previsto dal r.r. 4/2017;
-si ritiene prioritario realizzare un'adeguata analisi dei bisogni e delle risorse esistenti in grado di orientare strategie e azioni propedeutiche alla definizione dei Piani Triennali dell'Offerta Abitativa.

PISTE DI LAVORO PER IL TRIENNIO 2018/2020

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

Titolo obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	tempistica
Promuovere tavoli e piani annuali e triennali dell'offerta dei servizi abitativi pubblici e sociali	Creazione raccordi tecnico-operativi per la prima implementazione dei Piani annuali e triennali dell'offerta dei servizi abitativi pubblici e sociali	Risorse umane degli enti capofila e territoriali e dell'ALER	Riunioni periodiche Predisposizione di una road map condivisa per i comuni	Avvio effettivo tavolo % dei comuni coinvolti sul totale	si/no si/no	Avvio lavoro entro 31 luglio 2018
Promuovere nei Comuni della Provincia l'adozione delle misure necessarie per dare corso all'accordo territoriale per la definizione del contratto agevolato	Costituzione di un apposito tavolo con rappresentanti degli ambiti, dei sindacati degli inquilini e le associazioni dei proprietari Diffusione di conoscenza e informazione nei singoli ambiti Individuazione di una sede dove le Associazioni degli inquilini e dei proprietari possano certificare la congruità del canone	Personale degli ambiti Referenti di Sunia e Sicet Referenti di Appe	Riunioni e Incontri collegiali e nei singoli territori Bozze di provvedimenti attuativi delle misure	Diffusione negli ambiti delle informazioni propedeutiche alla misura Avvio sede	Almeno il 50% degli ambiti si/no	Da avviare entro il 31 dicembre 2018 Da realizzare dal secondo anno
Condividere buone prassi/pratiche in materia di politiche abitative	Costituzione di un tavolo di lavoro che consenta di condividere e diffondere le buone prassi in materia di politiche abitative indirette (sussidi, incentivi e politiche fiscali) e di condividere le buone pratiche degli enti locali nell'attuazione degli interventi fino ad oggi programmati per la mobilità abitativa e morosità incolpevole	Risorse umane degli ambiti	Predisposizione di documenti di approfondimento e sintesi	Avvio tavolo di lavoro	si/no	Entro il 31 dicembre 2018

POLITICHE SOCIALI DEL LAVORO

L'area della fragilità degli adulti interseca una molteplicità di aspetti e situazioni, che appaiono pervasive del tessuto sociale e che, in una situazione di grave crisi sia economica che dei valori di riferimento, presentano un trend in sensibile crescita, investendo sempre maggiori fasce della popolazione. Le condizioni di fragilità personale sono enfatizzate dalla situazione di precarietà ed instabilità che caratterizzano il contesto attuale, e sono spesso la conseguenza della perdita del lavoro.
L'ultimo triennio ha confermato un rapido ed esponenziale aumento di cittadini che si rivolgono ai servizi portando il bisogno del lavoro (precariato o mancanza): la lunga crisi iniziata nel 2008 ha avuto come conseguenza sociale drammatica una severa contrazione dell'occupazione, con forti ripercussioni individuali e familiari tali da modificare i comportamenti con cui le persone colpite cercano di fronteggiarla.
Molto si è detto e "fotografato" della disoccupazione e delle misure per contrastarla, spesso in termini generali ed indifferenziati, anche se le esperienze nei territori evidenziano che l'efficacia dei percorsi riabilitanti si situa nel riconoscere la peculiarità delle singole condizioni di disoccupato e del suo contesto.
Per quanto attiene alla nostra Provincia, è nella pianificazione locale che maggiormente si sono avviati interventi a favore dell'occupabilità e dell'attivazione dei disoccupati, mediante progetti specifici tesi a valorizzare le molte e diverse dotazioni di capitale umano e sociale.
A livello sovra distrettuale, nonostante una condivisa cornice di riferimento ed obiettivi uniformemente perseguibili, si sono verificate maggiori difficoltà nella programmazione e gestione di azioni di sistema; l'ampia rete di soggetti interessati, i rapidi mutamenti normativi, le differenti istanze presentate non sempre hanno permesso di procedere rapidamente e pervenire ad accordi tra le parti.

Il triennio appena concluso ha verificato una progressiva modifica anche nelle gestione dei servizi di orientamento ed integrazione lavorativa (in particolare i SIL), con la costruzione di risposte locali differenti per enti capofila e soggetti coinvolti; tale trasformazione è ancora in divenire. La tabella sotto riportata ne fotografa l'attuale assetto.

AMBITO DISTRETTUALE	SERVIZIO Integrazione Lavorativa	SERVIZI per svantaggio non certificato	INTERVENTI Giovani e Lavoro	MODALITA' DI GESTONE
N. 1 Brescia e Collebeato	SIL	Cento leve e dote Comune		Accreditamento per l'erogazione di voucher inserimento lavorativo
N. 2 Brescia Ovest	SIL e percorsi svantaggio non certificato			Gestione Associata ACB fino al 31/12/2018
N. 3 Brescia Est	SIL	Go for Work – Servizi al Lavoro		Azienda Speciale Consortile
N. 4 Valle Trompia	SIL			Gestione Associata ACB
		Progetto "ZeroOttanta" Inserimento Lavorativo	WORK UP	Gestione CIVITAS e accreditamento con Agenzia Consorzio Valli
N. 5 Iseo	SIL e percorsi svantaggio non certificato			Gestione Associata ACB fino al 2020
N. 6 Montorfano	SIL e percorsi svantaggio non certificato			Gestione Associata ACB fino al 2020
N. 7 Chiari	SIL e percorsi svantaggio non certificato			Coordinamento Comune di Chiari, collaborazione agenzie accreditate e Consorzio In Rete
N. 8 Bassa Bresciana Occidentale	SIL e percorsi svantaggio non certificato			Gestione Associata ACB fino al 2020
N. 9 Bassa Bresciana Centrale	SIL e percorsi svantaggio non certificato			Gestione Associata ACB fino al 2020
N. 10 Bassa Bresciana Orientale	SIL e percorsi svantaggio non certificato			Gestione Associata ACB fino al 2020
N. 11 Garda	NIL	Svantaggio non certificato Agenzia accreditata		Gestione tramite Azienda Speciale Consortile Garda Sociale
N. 12 Valle Sabbia	SIL	Svantaggio non certificato		Gestione tramite Azienda Speciale Valle Sabbia Solidale Agenzia Accreditata

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

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

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

QUESTIONI APERTE

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

PISTE DI LAVORO PER IL TRIENNIO 2018/2020

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

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

NUOVE POVERTA' E INCLUSIONE SOCIALE

ESITI DELLA PROGRAMMAZIONE 2015/2017

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

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

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

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

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

LA SITUAZIONE ATTUALE

Anche se molto timidamente, si deve oggi realisticamente riconoscere che, a partire dalla fine del 2016 i servizi hanno potuto rilevare, rispetto agli ultimi anni,qualche lieve accenno di miglioramento delle condizioni di difficoltà delle famiglie: le condizioni di lavoro e di occupabilità (condizione che per tutti o quanto meno per la maggior parte dei nuovi poveri, soprattutto quelli che tradizionalmente non si rivolgevano ai servizi sociali, può

rappresentare la soluzione ai loro problemi o comunque un valido aiuto ad affrontarli), sono lievemente migliorate, nel senso che, pur in una condizione di forte precarietà (lavori a tempo, a chiamata, a tempo determinato, ecc.), qualche risposta in più rispetto al passato triennio c'è stata.
Per assurdo oggi, incontrando nei diversi contesti le imprese (conciliazione, alternanza, contrattazione locale, ecc.), le stesse sostengono che ci sono oggi alcuni posti di lavoro che non vengano coperti perché mancano alcune competenze specifiche che servono e non si trovano, competenze che sono sì legate ad apprendimenti tecnici specifici (i saldatori, per esempio), ma anche e soprattutto per i giovani, a competenze trasversali quali ad esempio la capacità di flessibilità, l'intraprendenza, la "curiosità intellettuale", il senso del dovere, la disponibilità a muoversi, a sperimentare, ad appassionarsi, a relazionarsi.
Anche nei servizi per l'inserimento al lavoro di soggetti svantaggiati le cose vanno un po' meglio: qualche proposta viene fatta, qualche esperienza viene avviata e qualcuna si traduce in assunzione.
Sempre su questo fronte, nel triennio concluso si è invece esaurita una forma di esperienza molto sostenuta e utilizzata soprattutto da parte del privato sociale: i voucher lavoro che sono stati di fatto azzerati, chiudendo una fase nella quale tale strumento è stato spesso utilizzato anche dalle organizzazioni di volontariato per sostenere persone in condizioni di povertà, comunque disponibili ad attivarsi ed impegnarsi anche a fronte di aiuti ricevuti.
In questo quadro d'insieme a partire da settembre 2016 si è imposta all'attenzione dei servizi sociali e dei cosiddetti cittadini vulnerabili una novità certamente importante, quale l'introduzione di misure nazionali a contrasto della povertà.
Le criticità connesse a queste nuove misure (tante e immediatamente sperimentate) e le opportunità (altrettante, ma rilevabili soprattutto in una prospettiva di medio termine), sono sotto gli occhi di tutti e sono state e sono tutt'ora oggetto di numerose e significative riflessioni, soprattutto promosse da parte dei soggetti del privato sociale che lavorano a stretto contatto con le Amministrazioni Comunali (Sindacati, Acli, Caritas, Alleanza per la povertà, cooperazione, ecc.).
Quelle più immediate e probabilmente di più semplice soluzione concernono la difficoltà di gestire uno strumento di questa natura attraverso banche dati nazionali e avvalendosi dell'INPS. Una dimensione di lavoro e di gestione dell'attività così centralizzata sconta probabilmente la difficoltà di avere a che fare con quantità elevate di informazioni da acquisire, processare e gestire che inevitabilmente aprono a frequenti e diversificate criticità.
Anche la gestione dell'informazione ha presentato come sempre delle criticità: le reali condizioni di accesso al beneficio sono state sottostimate, in realtà per poter accedere servono un insieme di condizioni, senza il concorso delle quali la domanda viene respinta.
Tuttavia, al di là di questi aspetti operativi, per entrambe le misure il nodo reale da risolvere è rappresentato dalla concreta possibilità di rientro/immissione nel mercato del lavoro del soggetto vulnerabile (perché questa è la tipologia dei destinatari per i quali la misura è stata pensata) e dalla possibilità di stabilire un rapporto, una relazione efficace con i soggetti che hanno la titolarità di governare questa problematica.
Da subito è stato evidente che i numeri di persone e di famiglie che sono state effettivamente ammesse a godere dei benefici delle due misure sono molto contenuti rispetto alle aspettative. Per queste solo una parte limitata ha sviluppato progetti riferiti all'area del lavoro, mentre sono stati numerosi i progetti che attivano altre aree (servizi educativi e socio sanitari soprattutto).

Quale che sarà il futuro del ReI, pare indubbio che in ogni caso si disporrà nel prossimo futuro di una misura nazionale di contrasto alla povertà con la quale gli enti locali dovranno destreggiarsi e confrontarsi e che probabilmente integrerà e potrà anche sostituire alcune misure di sostegno finora messe in atto dalle Amministrazioni Comunali e addirittura da Regione Lombardia che dovrà predisporre a brevissimo il Piano per la povertà, previsto dal D.Lgs. 147/2017.
Ad oggi ciò che può già essere considerato un dato effettivo con cui fare i conti è l'approccio sotteso al ReI: sostegno economico correlato ad un progetto di aiuto condiviso tra le parti, a tempo, che metta in rete i vari attori pubblici e privati che operano sul territorio a sostegno delle situazioni di fragilità e che dia evidenza di tutti gli aiuti e le prestazioni rese in favore del nucleo familiare (concetto strettamente connesso all'impostazione del budget di cura o budget di capacitazione, utilizzato in ambito sanitario e socio sanitario o a quello di dote, molto usato per esempio da Regione Lombardia nelle varie misure promosse da parte delle diverse direzioni regionali) e che prova a far leva su chi dei soggetti del nucleo familiare presenta le maggiori opportunità e possibilità di evoluzione.
Per affinare tale modalità di lavoro si è lavorato negli ultimi anni, anche attraverso percorsi formativi che hanno certamente affinato le competenze degli operatori sociali, che di fronte all'introduzione del SIA e ora del ReI non si sono trovati del tutto sguarniti. In tal senso anche la messa a disposizione di risorse economiche espressamente finalizzate ad implementare il servizio sociale (risorse del PON Inclusione Fondo Sociale Europeo 2014-2020), ha rappresentato per i territori un'inattesa novità che ha consentito di poter seguire con precisione e metodo l'implementazione della misura.
L'aspetto critico resta il raccordo tra interventi sociali e interventi per il lavoro, in particolare il raccordo con i Centri per l'Impiego (CPI), complice in questa difficoltà anche l'assenza al momento di chiare indicazioni regionali in materia, considerato che i CPI afferiscono alla competenza regionale.
Tuttavia quello del lavoro resta nei progetti avviati e in quelli che si stanno man mano avviando un nodo essenziale, per varie ragioni:
da una parte certamente per la poca connessione tra soggetti istituzionali chiamati ad operare in questo ambito specifico;
dall'altra pesa comunque la crisi del mondo del lavoro che certamente è ancora ben presente e che richiede, come sopra detto, competenze e caratteristiche non così ordinariamente diffuse nella popolazione che è alla ricerca del lavoro;
dall'altra ancora bisogna avere chiara la tipologia di destinatari. Di fatto una buona percentuale di richiedenti le due misure sopradette è stato costituito (in fase di prime richieste almeno), da persone e da famiglie ben conosciute dai servizi, per molte delle quali sono già stati messi in campo dai servizi comunali innumerevoli progetti, sostegni, proposte, spesso organizzati secondo la logica indicata dal ReI (progetto personalizzato, condiviso, accompagnato, a termine, con il coinvolgimento di altri interlocutori del territorio quali associazioni, servizi specialistici, ecc.), che hanno avuto però scarsi risultati, soprattutto sul versante del reinserimento lavorativo.
Per tale ragione diviene essenziale trovare forme di collaborazione più strette con i Centri per l'Impiego, che vadano al di là della funzione di "profilazione" dell'utenza, ma che li veda presenti in modo reale e incisivo nella costruzione del progetto e con i soggetti che sono accreditati alla gestione delle politiche attive per il lavoro.
In ogni caso resta ancora da capire con precisione chi sia il reale destinatario del ReI:
se il soggetto vulnerabile che accede spontaneamente ai servizi al quale, opportunamente informato, può essere assicurato tramite il ReI un percorso di riqualificazione professionale, piuttosto che di formazione specifica, piuttosto che un sollievo nel pagamento di alcune spese vive (affitto, utenze,

mensa, ecc.), in modo tale che possa superare una fase critica della vita e proseguire in autonomia e con più opportunità per emanciparsi dalla situazione di vulnerabilità ad una condizione di autonomia e di maggiore stabilità;
se invece si tratti di soggetti che, pur vivendo queste condizioni di bisogno,non vogliano avere nulla a che fare con il mondo dei servizi sociali, troppo dignitosi per chiedere aiuto all'ente locale e quindi che quasi si autoescludono da questa opportunità di aiuto.
Questo è certamente un nodo che porta a pensare che si abbia a che fare con una fascia di potenziali beneficiari difficilmente intercettabili, anche se le molte organizzazioni coinvolte nell'attuazione delle misura sono presenti in modo diffuso sul territorio e quindi possono svolgere questa funzione di promozione ed informazione.
Per questa ragione, una collaborazione stretta e interconnessa tra i vari soggetti della rete sociale potrebbe consentire di arrivare ad altri potenziali beneficiari, utilizzando per esempio il contatto che si stabilisce in contesti o per motivi diversi (come nel caso della richiesta presentata al CAF per l'ottenimento della cosiddetta "disoccupazione", i vari bonus, ecc.). Tuttavia per assicurare un'azione efficace in tal senso diventa fondamentale curare una precisa e puntuale attività di informazione reciproca, che deve essere continuamente alimentata.

QUESTIONI APERTE

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

economiche per un certo periodo o le situazioni di persone seriamente compromesse sul piano delle competenze e delle relazioni, per le quali è stato provato di tutto, ma che comunque restano costantemente ai limiti);
-infine va aperto un fronte di pensiero relativamente nuovo, ma altamente critico che è quello della povertà educativa. Uno degli obiettivi del lavoro che viene oggi portato avanti all'interno di alcuni progetti individualizzati/familiari del ReI è quello di lavorare all'attivazione di percorsi di sostegno educativo, soprattutto in contesti di deprivazione e di alta criticità. Al di là del ReI, va però fatto un pensiero strutturato su questo specifico ambito di lavoro, perché le implicazioni del medio periodo sono preoccupanti;
-deve essere agita una funzione importante di ricomposizione , anche in relazione ai vari Bonus attivati a carattere regionale e nazionale che spesso, oltre all'elargizione di un beneficio economico estemporaneo, non riescono ad incentivare modifiche od evoluzioni nell'assetto familiare.

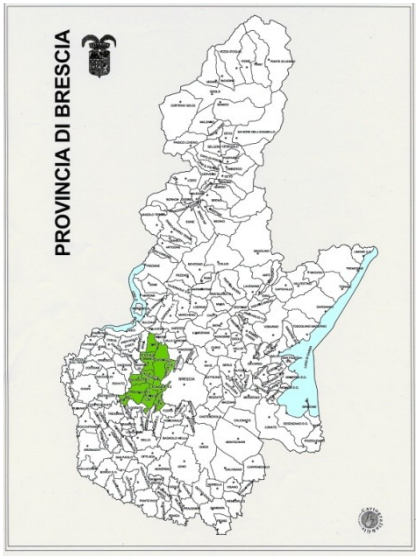
PISTE DI LAVORO PER IL TRIENNIO 2018/2020
-Lavorare all'integrazione con i servizi per il lavoro (obiettivo trasversale anche ad altre politiche), sollecitando presenze più incisive nella definizione di azioni specifiche all'interno dei progetti individualizzati ReI;
-lavorare per raggiungere i destinatari appropriati. In questo va valorizzato il rapporto con le antenne locali (siano associazioni, sportelli, sindacati, servizi);
-formare gli operatori e le comunità locali per meglio ri-conoscere i soggetti vulnerabili che rischiano di scivolare in una condizione di povertà e che quindi vanno intercettati ed avvicinati per tempo e in modo che possano trarre il massimo vantaggio possibile dalle opportunità attive;
-attivare azioni specifiche per il disagio conclamato, prevedendo la proposta di interventi che richiedano un impegno personale anche a favore della comunità locale, a fronte di alcuni servizi resi disponibili;
-sostenere una direzione di trasversalità e integrazione programmatoria, operativa e istituzionale con il coinvolgimento di attori e politiche sociali e sociosanitarie per affrontare il tema della povertà educativa.

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

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

ANALISI DEL CONTESTO

L'Ambito Distrettuale n. 2, Brescia Ovest, si estende per una superficie di 124,36 Kmq. a nord ovest, ovest e sud ovest rispetto al capoluogo di provincia.
Gli undici Comuni appartenenti al Distretto sono, in ordine di numero di abitanti: Gussago, Ospitaletto, Travagliato, Castelmella, Roncadelle, Rodengo Saiano, Castegnato, Torbole Casaglia, Cellatica, Ome, Berlingo.
Il territorio distrettuale confina, partendo da est, con: Brescia, Collebeato, Concesio, Villa Carcina, Brione, Polaveno, Monticelli Brusati, Passirano, Paderno Franciacorta, Cazzago S. Martino, Rovato, Trenzano, Maclodio, Lograto, Azzano Mella, Capriano del Colle, Flero, come si evidenzia nella mappa.
Gli abitanti al 31.12.2017 erano 101.013 e la densità abitativa media era, pertanto, di 812,26 abitanti per chilometro quadrato.
E' interessante, a questo proposito, notare la diversità di densità abitativa riferita ai singoli Comuni, come da schema sottostante:



Comune	**Superficie in Kmq.**	**Abitanti al 31.12.2017**	**Densità abitativa (n. abitanti per Kmq.)**
BERLINGO	4,57	2706	592,12
CASTEGNATO	8,9	8361	939,44
CASTELMELLA	7,45	10993	1475,57
CELLATICA	6,5	4937	759,54
GUSSAGO	24,65	16623	674,36
OME	9,96	3182	319,48
OSPITALETTO	9,5	14610	1537,89
RODENGO SAIANO	12,74	9585	752,35
RONCADELLE	9,19	9560	1040,26
TORBOLE CASAGLIA	13,1	6562	500,92
TRAVAGLIATO	17,8	13894	780,56
Totali	**124,36**	**101.013**	**812.26**

I dati sopra riportati sono collegati alle diverse caratteristiche geografiche dei vari Comuni; da un punto di vista morfologico, la parte a nord ovest è prevalentemente pedecollinare e collinare con punti di mezza montagna, anche se sono presenti zone di pianura; la zona di sud ovest è, invece, caratterizzata dalla pianura.

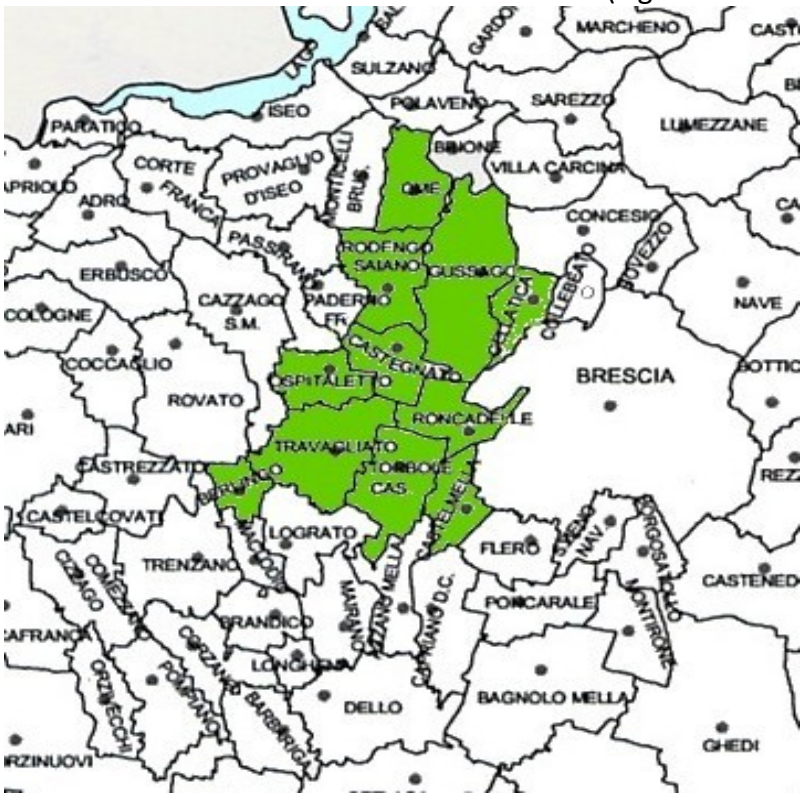
Le diverse morfologie hanno determinato, oltre alle scelte di politica territoriale dei singoli Comuni, insediamenti abitativi differenziati nella tipologia e nella quantità: più residenziali e limitate in collina e con diffusione massiccia in pianura.

Anche la localizzazione, con particolare riferimento alla vicinanza al capoluogo di provincia, ha influenzato l'incremento esponenziale di insediamenti abitativi in quei Comuni che di fatto si configurano nella cintura urbana (casi emblematici Ospitaletto e Castelmella con densità di popolazione ampiamente sopra la media).

Tutti i paesi del Distretto sono attraversati da corsi d'acqua: fiumi e fossi in pianura, vasi a carattere torrentizio in collina; la presenza di acqua ha determinato storicamente la presenza di attività artigianali importanti legate ai mulini, nel settore tessile e della lavorazione del ferro.

L'ispirazione agricola ha caratterizzato tradizionalmente tutti i Comuni del Distretto anche se con diversificazione delle coltivazioni (vigneto e uliveto in collina, cereali in pianura); la zootecnia invece è prevalentemente praticata nei paesi del sud ovest, con eccezione di allevamenti di polli dislocati anche nel nord ovest. All'attività del settore primario si sono aggiunte molte imprese (generalmente di media e piccola dimensione) con attività artigianali, in linea di massima non inquinanti, anche se sono presenti alcune attività industriali di grossa dimensione nei settori meccanico, tessile e della lavorazione del ferro e dell'alluminio. In ogni Comune le attività imprenditoriali sono generalmente riunite in una zona industriale, ben distinta dai nuclei abitativi.

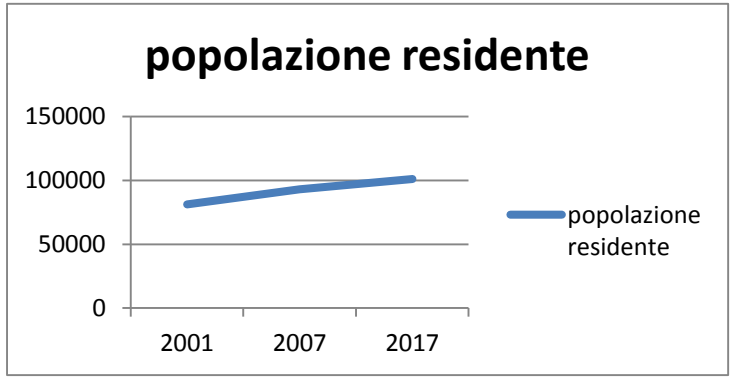
Di particolare rilievo la presenza di poli commerciali raggruppati nei Comuni di Roncadelle e di Rodengo Saiano.



L’analisi delle caratteristiche dell'evoluzione demografica della popolazione del Distretto di Brescia Ovest è stata impostata utilizzando i dati ISTAT ed ha quale principale obiettivo quello di fornire elementi utili e significativi che possano, opportunamente valutati, orientare le scelte di politica sociale da adottare sul territorio considerato.

Il Distretto di Brescia Ovest conta, complessivamente 101.013 abitanti (dato al 31.12.2017), residenti in 11 diversi Comuni di cui 4 con una popolazione compresa tra 10.000 e 16.000 abitanti, 4 con popolazione compresa tra 5.000 e 10.000 abitanti ed i restanti 3 con popolazione inferiore ai 5.000 abitanti, con punte minime di 2706, nel caso di Berlingo.

Da una prima analisi dei principali indici di struttura demografica è possibile osservare un tasso di variazione demografica positivo ad indicare come la zona di Brescia Ovest, anche in conseguenza delle scelte di carattere urbanistico operate dai Comuni, sia un territorio con una capacità ricettiva in espansione. La densità di popolazione, infatti, negli ultimi anni è quasi raddoppiata passando dai 409 residenti per chilometro quadrato nel 1971, ai 652 del 2001, ai 705 nel 2004, ai 748,17 nel 2007 ai 812,26 nel 2017.



I dati fin qui riportati sono utili per riflettere sulle caratteristiche sia della popolazione attuale che di quella che ci dovremo aspettare da qui ai prossimi anni, considerazioni di cui i servizi non possono non tener conto nell’attuazione di politiche sociali che rispondano a requisiti di efficacia ed adeguatezza.

Per un’analisi più approfondita di questi aspetti si rimanda ai paragrafi relativi alle singole aree di intervento.

La trattazione degli argomenti, d’ora in avanti, fa riferimento alle politiche sociali a favore della popolazione appartenente, per l’appunto, al Distretto di Brescia Ovest.

SERVIZI – ATTIVITA' - PROGETTI ATTIVATI DALL'UFFICIO DI PIANO E DELEGATI ALL'AZIENDA SPECIALE CONSORTILE

I servizi che gestisce L'Azienda Speciale Consortile "Ovest Solidale", Ente Capofila dell'Ambito di Brescia Ovest sono in sintesi i seguenti:

AREA ANZIANI

-Servizio Telesoccorso

-Fondo Non Autosufficienza (FNA)

AREA DISABILITA'

-Servizio di Integrazione per la disabilità, assistente ad personam e territoriale;

-Servizio dell'area disabilità e programmazione della rete dei servizi – nucleo della Disabilità (NSH);

-Servizio di accoglienza temporanea (SAT)

-Bando "Dopo di NOI"

- Servizio Integrazione Lavorativa - SIL (ex NIL)

AREA FAMIGLIA E MINORI

-Servizio di Tutela minori;

-Servizio di Assistenza Domiciliare e spazio neutro- incontri protetti;

-Servizio Mediazione culturale

-Rete e Sportello Antiviolenza

-Alleanza Locale di Conciliazione

-Consulenza legale e consulenza psicologica

AREA INCLUSIONE SOCIALE

-Servizio della REI;

-Fondo Solidarietà Minori

-Buoni Nuove Povertà

FONDO SOCIALE REGIONALE

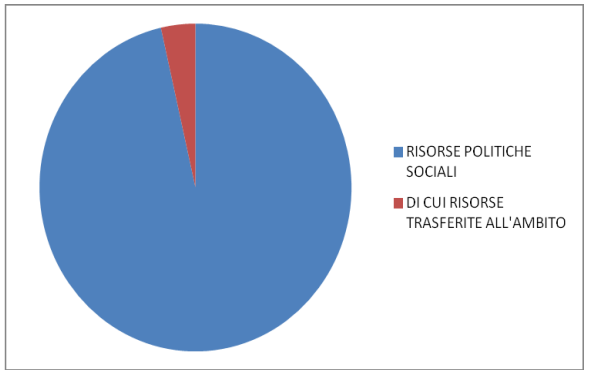
AREA STRANIERI

-Sportello di consulenza per le pratiche

Tali servizi trovano maggiore specificazione all'interno delle singole aree del piano.

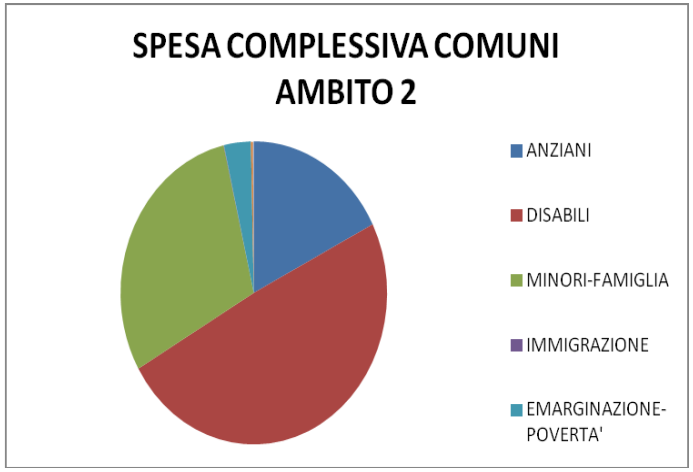
RISORSE ECONOMICHE DELL'AMBITO DISTRETTUALE

Le risorse impegnate dagli 11 Comuni appartenenti all'Ambito Distrettuale "Brescia Ovest" per la spesa sociale è complessivamente di € 9.943,712,05 (dati riferiti alla spesa sociale del 2016) ; il 3,71% di questa somma è trasferita all'Ambito Distrettuale per una gestione associata.
L'Ambito Distrettuale, nell'anno 2016, ha governato e gestito complessivamente € 1.485,665,09, dato dalla somma di € 368.137,09 (trasferite dagli 11 Comuni) e dalle risorse trasferite dai fondi regionali di €1.117,528,00.



Pertanto, complessivamente l'ufficio di piano dell'Ambito ha programmato azioni, servizi e progetti per il 14,95% della spesa sociale complessiva.
Questo dato evidenzia come la gestione delle risorse associate sia ancora molto limitata e che è necessario una forte intenzionalità politica oltre che tecnica per programmare servizi e progetti condivisi. La stessa DGR X/7631 conferma il ruolo sempre più strategico dell'ufficio di piano inteso come strumento che permette la riduzione della frammentazione del welfare locale intervenendo sull'offerta, a fronte di restrizioni delle risorse. L'ufficio di piano può contribuire alla ricomposizione tra le varie istituzioni e tra le azioni svolte dagli attori che operano nel welfare locale e avere la capacità di produrre politiche e azioni sperimentali sostenibili.

Sempre dai dati della spesa sociale anno 2016 si evince che le maggiori risorse impiegate dai Comuni siano nell'area della Disabilità, un'area in continua aumento. Uno degli obiettivi del prossimo triennio è quello di sostenere e promuovere contesti inclusivi naturali, integrando le diverse risorse di finanziamento previste per la disabilità. Importanti risorse sono impiegate anche nell'area Minori e Famiglia. Anche in questa area è importante per il prossimo triennio lavorare per ricomporre e dare organicità alle varie misure statali, regionali e comunali e promuovere interventi e servizi sostenibili.



LA VALUTAZIONE DEL PIANO DI ZONA 2015/2017 DELL'AMBITO DISTRETTUALE BRESCIA OVEST – PRINCIPALI OBIETTIVI E AZIONI

Prima di entrare nel merito dei contenuti del nuovo Piano di Zona, si ritiene utile presentare in modo sintetico, attraverso il format proposto dalla regione, alcuni elementi di valutazione dell'esperienza riferita al precedente Piano di Zona.

Area Famiglia e minori

	OBIETTIVI	INTERVENTI/AZIONI realizzate
TUTELA MINORI	1.Regolamentazione d'Ambito per i costi degli incontri protetti	1. Coinvolgimento nella fase decisionale e deliberativa. Il servizio è gestito a livello sovracomunale e ha un costo del servizio unico.
	2.Revisione delle procedure di "Tutela e Comuni" dopo il triennio di avvio	2.Lavoro di un'unica equipe di operatori per il servizio tutela minori
	3.Collaborazione con l'ATS per gli affidi familiari	3. confronto tra i 12 Ambiti e avvio di sperimentazioni e buone prassi rispetto all'affido (creazione di una banca dati, condivisione di prassi e procedure). 4.Obiettivo no raggiunto. I servizi oggi presenti nascono dalla volontà politica e dalla storia del singolo territorio. Non è stato effettuato un lavoro di accreditamento o definizione dei requisiti minimi per l'avvio di una rete di servizi diurni sperimentali a livello distrettuale.
	4.Collaborazione e co-progettazione con il Terzo settore per la promozione di una rete di servizi diurni	

ASSISTENZA EDUCATIVA DOMICILIARE MINORI	1.Compartecipazione economica dell'utente al servizio ADM uguale per tutti i Comuni 2. Digitalizzazione degli interventi, per la fruizione dei Comuni	1. obiettivo non raggiunto. Essendo però un servizio gestito a livello sovra-ambito dall'Azienda è necessario definire, nel prossimo triennio, la compartecipazione dell'utente al servizio uguale per tutti i Comuni 2.Creazione di sistema informatico "in rete" con accesso riservato per ogni singolo Comune aderente all'Azienda.

Area Disabilità

	OBIETTIVI	INTERVENTI/AZIONI realizzate
DISABILITA'	1.Consolidare le funzioni a gestione associata 2.Promuovere i progetti individualizzati (progetti vita indipendente, progetti di socializzazione) 3.Partecipare ai lavori del gruppo di protezione giuridica dell'ATS di brescia 4.Progettare, aggiudicare e gestire l' appalto distrettuale del servizio di assistenza ad personam	1. Mantenimento del Nucleo dei servizi handicap con personale dedicato. Questo servizio ha consentito un'importante continuità di lavoro sul tema dell'integrazione socio-sanitaria. 2.gestione a livello distrettuale di fondi/risorse per garantire progetti individualizzati 3.il personale dell'Azienda ha partecipato al gruppo di lavoro. E' stato prodotto da parte dell'AST del protocollo riferito alla protezione giuridica 4.ricognizione dei dati e appalti dei singoli comuni; predisposizione bando e capitolato. Aggiudicazione appalto per una gestione associata del servizio di assistenza ad personam per 10 Comuni. Si è trattato di un significativo passo con una rilevanza sia strategica che tecnica, permettendo una concreta razionalizzazione di forze, in funzione di una maggiore condivisione delle modalità di attuazione del servizio, grazie soprattutto a quanto emerso dai gruppi di lavoro che hanno partecipato attivamente all'individuazione di linee guida operative che hanno costituito le regole condivise del capito, frutto delle attività della seconda linea operativa di quest'area individuata nel Pdz 2015/17.

	5. Omogeneizzare i sistemi di accesso e compartecipazione economica ai servizi diurni CDD-CSE-SFA e servizi residenziali RSD-RSA	5.Lavoro di confronto e concertazione con i politici, con i tecnici e le realtà associative della disabilità con la definizione dei sistemi di compartecipazione degli utenti ai servizi diurni e residenziali
	6. Definire un nuovo modello per l'integrazione lavorativa	6.Analisi del modello gestionale del servizio SIL, evidenziando aspetti critici e positivi, supportati da dati quantitativi e qualitativi rispetto all'inserimento delle persone con disabilità.

Area Anziani

	OBIETTIVI	INTERVENTI/AZIONI realizzate
ANZIANI	1. Consolidare ed promuovere i servizi/progetti che mantengono l'anziano a domicilio	1. Mantenimento del servizio di telesoccorso a livello distrettuale 1. Presenza di un servizio sociale di base in ogni comune 1. Promozione di reti familiari, amicali e di volontariato per il supporto dell'anziano che vive a domicilio
	2. Sperimentare la stipula di un accordo con i sindacati a livello distrettuale per consolidare il rapporto con le parti sociali in una logica maggiormente unitaria	2.L'obiettivo non è stato raggiunto. La particolarità di ogni ambito e la presenza di servizi diversificati non ha permesso di trovare una sintesi per un accordo complessivo e distrettuale.
	3.Sistemi di compartecipazione e accesso ai servizi nell'area anziani per la razionalizzazione delle risorse	3.obiettivo non raggiunto. I servizi rivolti agli anziani hanno gestioni molto diversificate nel Distretto e conseguentemente i costi e le compartecipazioni del servizio molto diversi. E' necessario riproporre uno studio di fattibilità, per il prossimo triennio, di due servizi presenti in ogni Comune: il servizio SAD ed il Servizio Pasti.
	4.favorire la realizzazione di strutture residenziali leggere e/o intermedie per dilazionare l'ingresso in RSA e supportare la	4. Accordi di programma tra l'Ambito distrettuale, l'ATS e gli Enti gestori per l'avvio del servizio C.A.S.A. Nell'ambito distrettuale sono stati siglati tra il 2017-2018 l'avvio di 3 strutture di residenzialità leggera.

	domiciliarità. 5. favorire l'avvio di percorsi di co-progettazione e la definizione di modalità comuni a livello distrettuale per la gestione dei servizi di assistenza domiciliare e pasti a domicilio, per favorire la continuità assistenziale	 5.Obiettivo non raggiunto. Non è stato possibile fare uno studio di fattibilità e verificare i vari modelli di erogazione dei servizio esistenti. E' prima necessario condividere a livello politico e poi tecnico la validità di un percorso volto a omogeneizzare i criteri di accesso di un servizio i livelli di compartecipazione, senza perdere la specificità dei bisogni di ogni singolo comune. Sarà un obiettivo da perseguire con il nuovo piano di zona.

Area Disagio Adulto

	OBIETTIVI	**INTERVENTI/AZIONI realizzate**
DISAGIO ADULTO	1. Prassi uniformi per l'emergenza sfratti 2. Attenzione ai problemi di fragilità e disagio 3. Monitoraggio del regolamento per l'erogazione di Buoni Nuove Povertà	1. Partecipazione a gruppi di lavoro sovra-distrettuali. Elaborazione e approvazione di un protocollo comune per contrastare l'emergenza sfratti 2. Formazione delle AS dei Comuni 3.Monitoraggio dei progetti per i beneficiari dei Buoni Nuove Povertà 3a.Mappatura delle tipologie di interventi economici nei Comuni d'Ambito

Area Immigrazione

	OBIETTIVI	**INTERVENTI/AZIONI realizzate**
IMMIGRAZIONE	1.Attenzione al problema dell'integrazione 2.Sostegno alle famiglie immigrate con emergenza abitativa	1.Collaborazione con il Patronato Acli per lo "Sportello Stranieri" 2.Partecipazione a bandi sovra-distrettuali per i progetti di housing sociale per situazioni critiche

DESCRIZIONE SINTETICA AZIONI PRIORITARIE IDENTIFICATE A LIVELLO DI SINGOLO AMBITO DISTRETTUALE

(come risultato del confronto e della condivisioni con gli attori del territorio specifico, riferito Agli 11 Comuni).

A livello distrettuale, nei mesi di febbraio - aprile 2018, sono stati attivati i tavoli tematici, permettendo un attivo confronto con i soggetti più significativi del terzo settore (associazioni, cooperative, sindacati, enti,…) operanti a livello distrettuale, e con gli operatori della ASST Spedali Civili, condividendo con gli stessi la lettura dei bisogni del territorio e la definizione di priorità, evidenziando i servizi e finanziamenti già in essere.
I tavoli tematici a cui partecipano attivamente i soggetti del terzo settore e altri attori della rete hanno avuto la funzione di potenziare la raccolta dati ed esperienze utili all'analisi del bisogno, la messa a sistema di queste conoscenze e la definizione degli obiettivi e progetti sostenibili.
Questa partnership tra pubblico e terzo settore richiede un importante sforzo nei metodi di lavoro, nelle modalità di relazione e richiede strumenti di valutazione dei risultati prodotti.

I tavoli tematici attivati sono stati 3:
Il tavolo area famiglia e minori;
Il tavolo disabilità e non autosufficienza;
Il tavolo povertà ed inclusione sociale.

L'assemblea dei sindaci insieme ai tecnici ha deciso di non attivare il tavolo di confronto relativo all'area Anziani, in quanto è un'area che presenta nel Distretto una molteplicità strutturata di servizi e una buona integrazione socio sanitaria degli interventi. Inoltre, alcune tematiche e progettualità previste per il prossimo triennio rientrano in modo trasversale nell'area della disabilità e non autosufficienza.
L'area anziani negli anni presenta una rete articolata e composita di servizi di cura oggi presente
e diffusa sul territorio, caratterizzata non solo dalla presenza di numerose RSA e di Centri Diurni Integrati, ma anche di servizi relativi alla domiciliarità, sostenuti anche attraverso interventi di carattere economico.
Nel contempo è cresciuto il numero dei fruitori degli interventi/servizi e in riferimento della presenza di patologie croniche, quali demenza e/o di Alzheimer, si sono complessificate le esigenze di cura e di assistenza. In tutti i comuni dell'ambito sono presenti servizi domiciliari, quali ad esempio il Servizio di Assistenza Domiciliare, il servizio pasti, il servizio di telesoccorso, integrati con servizi/interventi di carattere sanitario e/o infermieristico.
Accanto ai servizi domiciliari, tutti i Comuni promuovono progetti e attività culturali e aggregative.

Nell'ultimo anno l'Assemblea dei Sindaci ha approvato l'avvio di tre Comunità Residenziali per Anziani (CRA), soluzioni residenziali leggere rispetto alle RSA. Questo permette di garantire nella filiera di servizi diurni quali i Centri Diurni Integrati e residenziali quali: le C.A.S.A., i minialloggi protetti e le RSA.
Un altro tavolo che è stato deciso di non attivare è quello relativo all'immigrazione, in quanto gli immigrati si ritrovano trasversalmente in ogni area di lavoro. E' comunque importante presidiare i processi di integrazione ed inclusione partecipata riguardante ogni area di lavoro.

LE POLITICHE SOCIALI DISTRETTUALI

AREA FAMIGLIA E MINORI

Punti di Forza:
La volontà di investire in protocolli e forme di integrazione con i vari attori del territorio per promuovere “una comunità educante”;
Potenziamento del lavoro di rete: coinvolgimento del Terzo Settore, del dialogo tra gli operatori dei Comuni e la Tutela Minori, l’ufficio REI;

Punti di Debolezza:
Mancanza di uno spazio per “il pensiero”, per progettare ed ideare risposte innovative e sperimentali nell’ area prevenzione- promozione preadolescenziale/adolescenziale;
Difficoltà di pensare in un’ottica sovra-comunale, all’uniformità di prassi/criteri di accesso ai servizi e ai progetti;
Difficoltà di integrazione socio – sanitaria per i minori (rapporti con neuropschiatria, cps, ecc..).

PREMESSA GENERALE

L’area minori e famiglia rappresenta l’area della popolazione più numerosa sul Distretto: gli abitanti con età compresa tra lo 0 ed i 64 anni rappresentano oltre l’80% della cittadinanza totale; è su quest’area che debbono concentrarsi politiche sociali sempre più attente ai bisogni dei minori e delle famiglie, in relazione anche al sempre più emergente fenomeno delle “nuove povertà” e delle implicazioni che questo induce rispetto alla fragilità della popolazione.
Rispetto al precedente triennio di programmazione, si è assistito ad un ulteriore aumento dei bisogni e delle richieste di servizi da parte della popolazione, parallelamente ad un peggioramento in termini di complessità e cronicità del bisogno stesso.
Le situazioni dei nuclei familiari in carico ai servizi richiedono un sempre maggior livello di specializzazione da parte degli operatori ed un dispendio di risorse umane ed economiche, a fronte spesso di una scarsa incidenza sui processi di cambiamento virtuosi.
Nell’ultimo triennio si è verificato inoltre un esponenziale aumento di presa in carico di nuclei familiari di origine straniera, spesso in condizioni economiche precarie (perdita di lavoro, sfratti esecutivi in corso…) ma anche con difficoltà importanti in ordine all’educazione e alla gestione dei figli, il tutto reso più complesso da aspetti culturali compositi.
Il ruolo genitoriale è sempre più in crisi e di conseguenza l’incapacità di far fronte ai bisogni di accudimento e protezione a tutela dei minori: un dato rilevante è l’aumento delle separazioni conflittuali e la conseguente compromissione delle già fragili dinamiche familiari.

Il confronto attivo precedente alla stesura del presente documento con le diverse realtà afferenti al territorio (istituzioni, privato sociale, associazioni, realtà sindacali..), attraverso l'istituzione del "Tavolo Minori e Famiglia, si è rivelato passaggio fondamentale per affrontare la tematica con coerenza e consapevolezza.
I numerosi limiti imposti dalla scarsità di risorse economiche, dovranno necessariamente lasciar spazio, nel prossimo triennio, ad un monitoraggio costante dell'esistente e ad un pensiero operativo sinergico su nuove possibili forme di collaborazione per interventi sperimentali sull'Area.

INTERVENTI ESISTENTI

Anche per il triennio 2018/2020, attraverso l'Azienda Speciale Consortile "Ovest Solidale", gli 11 Comuni facenti parte del territorio distrettuale continueranno a garantire e monitorare i servizi a gestione associata:
Tutela Minori
Assistenza Educativa Domiciliare Minori

TUTELA MINORI
In questi anni il servizio tutela ha acquisito dei passaggi "storici" molto significativi, grazie al consolidamento dell'équipe e alla definizione di specifiche metodologie di lavoro: attualmente il gruppo di lavoro è costituito da quattro assistenti sociali assunte con contratto a tempo indeterminato (due a 36 ore, due a 30 ore settimanali) ed una coordinatrice unica per i due servizi, sempre con contratto a tempo indeterminato per 30 ore settimanali. Dal ritiro della delega ad oggi, si continua a mantenere con l'ASST il "Protocollo d'intesa per minori interessati da provvedimenti della magistratura" che stabilisce ruoli e procedure operative: l'ASST garantisce al servizio tutela quattro psicologhe, che lavorano in équipe con le assistenti sociali.
Il Servizio Tutela Minori ha visto negli anni un aumento esponenziale dei casi in carico, come evidenziato nella tabella sottostante.

ANNO	TOT. NUCLEI AD INIZIO ANNO	NUOVI NUCLEI	CHIUSURE
2007	43	29	N.D.
2008	72	42	N.D.
2009	114	51	6
2010	159	56	92
2011	123	75	31
2012	167	68	77
2013	158	60	56

2014	162	90	48
2015	204	72	91
2016	185	82	65
2017	202	83	54

INVIANTE NUCLEI FAMILIARI DI NUOVA PRESA IN CARICO	**ANNO 2010**	**ANNO 2011**	**ANNO 2012**	**ANNO 2013**	**ANNO 2014**	**ANNO 2015**	**ANNO 2016**	**ANNO 2017**
Procura c/o il TM	10	13	25	20	25	25	25	26
Tribunale per i Minorenni	35	46	26	26	36	31	35	44
Tribunale Ordinario	8	10	9	10	17	14	18	12
Penale Minorile	3	6	8	4	10	2	3	0
Corte d'Appello	0	0	0	0	2	0	0	0
TOTALE	**56**	**75**	**68**	**60**	**90**	**72**	**82**	**82**

Una criticità che si è evidenziata negli ultimi anni è la difficoltà di seguire nuclei familiari i cui membri vivono in luogo diverso, in seguito a separazione personale degli esercenti la responsabilità genitoriale. Questo, come già per le situazioni in carico su mandato del Tribunale Ordinario (*Linee guida sovradistrettuali per la presa in carico globale di situazioni su mandato del Tribunale Ordinario* – anno 2012), ha portato a definire a livello sovra distrettuale un Protocollo per la presa in carico globale da parte del servizio tutela minori che ha i minori residenti nel proprio territorio con un genitore.

A titolo esemplificativo per l'aumento delle situazioni sui singoli territori si veda la tabella seguente in riferimento alle situazioni di nuova presa in carico nell'anno 2017.

	PROCURA	TM	PENALE	TO	CORTE D'APPELLO	CON ALTRO GENITORE RESIDENTE IN ALTRO DISTRETTO
BERLINGO	0	2	0	0	0	0
CASTEGNATO	1	3	2	0	0	2
CASTEL MELLA	6	5	3	4	0	7
CELLATICA	1	1	0	1	0	0
GUSSAGO	1	6	5	2	0	1
OME	0	1	3	0	0	0
OSPITALETTO	7	6	7	2	0	4
RODENGO S.	2	8	0	1	0	2
RONCADELLE	4	3	2	1	1	2
TORBOLE C.	0	2	1	1	0	0
TRAVAGLIATO	4	7	0	0	0	2
	26	**44**	**23 di cui 7 minori di origine straniera***	**12**	**1**	**20**

_____

**i dati relativi alla presa in carico di minori entrati nel circuito penale, sono stati forniti direttamente dall'USSM; si evidenzia il dato comparativo per l'anno 2016: 22 casi (di cui 8 minori di origine straniera) e per l'anno 2015: 24 casi di cui 12 di origine straniera.*

Si rileva una certa staticità del dato statistico totale, con una diminuzione, in termini percentuali dei minori di origine straniera interessati ai procedimenti.

_____

L'équipe tutela minori si occupa inoltre di coordinare e monitorare l'andamento del servizio **INCONTRI PROTETTI (SPAZIO NEUTRO)** tra minori e genitori non conviventi; il personale educativo addetto al servizio è incaricato dalla Cooperativa appaltata anche per il servizio ADM. L'intervento del

Servizio si basa sul riconoscere il bisogno del bambino di vedere salvaguardata il più possibile la relazione con entrambi i genitori e i legami che ne derivano.

Descrizione del servizio

Gli incontri protetti sono un servizio educativo che mira a garantire il diritto di visita e di relazione genitori-figli. Vengono svolti all'interno di un ambiente definito "spazio neutro", fino a pochi mesi fa ubicato all'interno della sede dell'Azienda Speciale Consortile "Ovest solidale"; a partire dal mese di marzo 2108 si è stipulata apposita convenzione con l'Associazione Punto Missione che offre uno spazio relazionale adeguato dove il minore, con l'aiuto di un educatore, può ricominciare a investire affettivamente sul genitore con cui non vive, ripristinando con lui rapporti e relazioni, che possono essersi interrotti o rivelatisi difficoltosi.

L'individuazione di una figura terza rispetto agli operatori del servizio tutela minori ha la finalità di apportare un punto di osservazione maggiormente neutrale, perché estranea al coinvolgimento diretto nelle dinamiche familiari. Tale osservazione può anche orientare l'assistente sociale ed eventualmente l'Autorità giudiziaria ad adottare le misure e gli interventi più appropriati al caso specifico.

L'educatore è chiamato a promuovere azioni volte a costruire e garantire le condizioni per un incontro tutelante tra il minore e i genitori da cui risulta attualmente allontanato o tra il minore e altri adulti significativi (con legame di parentela). L'intenzionalità educativa si propone di agire stimoli rivolti a promuovere la modifica dei comportamenti e delle relazioni di ruolo degli attori coinvolti.

Destinatari

Sono destinatari degli incontri protetti minori da 0 a 18 anni, residenti nei Comuni del distretto n. 2 di Brescia Ovest interessati da provvedimenti dell'autorità giudiziaria:

a. collocati in contesti diverso rispetto al nucleo familiare di appartenenza (comunità, famiglia affidataria, etc.);

b. coinvolti in situazioni di separazione/divorzio conflittuali, dove risulta difficoltoso il mantenimento della relazione con entrambi i genitori;

c. fratelli separati e collocati in diverse realtà;

d. minori e adulti significativi con legame di parentela che per diverse ragioni vedono impedita la possibilità di una frequentazione e il costituirsi di una relazione significativa.

NUMERO INCONTRI PROTETTI ATTIVI

2017	26
PRIMO TRIMESTRE 2018	28

ASSISTENZA DOMICILIARE MINORI

L'ADM è l'ulteriore intervento che si è strutturato nel tempo e che si caratterizza grazie alla presenza di un coordinamento sovra comunale. Fino a febbraio 2014 il servizio veniva erogato attraverso il sistema dei VOUCHER e si avvaleva di un sistema di Cooperative accreditate.
Dal 1 Marzo 2014, invece, si è proceduto con gara di appalto per l'affidamento del servizio ADM e degli incontri protetti a un'unica cooperativa, per garantire criteri omogenei di qualità e per evitare dispersione di tempi e risorse umane.
L'intervento viene attivato:
su proposta dei servizi sociali comunali che, in collaborazione con il servizio sanitario, attuano il sistema integrato dei servizi sociali (Legge quadro 328/2000, art. 22);
su richiesta del servizio tutela minori dell'Azienda Speciale Consortile "Ovest solidale" qualora sia disposto dalla Magistratura.
Il servizio di assistenza domiciliare minori e famiglie si colloca nella rete dei servizi socio-assistenziali e consiste in un progetto di intervento educativo rivolto a minori in situazione di disagio ed alle loro famiglie, al fine di promuovere l'evoluzione del nucleo familiare, supportando i minori nelle loro attività quotidiane e i genitori nell'esercizio autonomo dei loro compiti educativi coi figli.
Il progetto si caratterizza come un percorso di accompagnamento temporaneo attuato da un educatore qualificato, volto innanzitutto a valutare le dinamiche relazionali del nucleo familiare, affinché si evidenzi un'effettiva possibilità di cambiamento del contesto o la necessità di interventi a tutela del minore. Per questo viene attuato in orario extrascolastico, prevalentemente presso il **domicilio del minore**, identificato quale luogo privilegiato di crescita, ma in un'ottica di promozione dell'integrazione del minore e della famiglia nel **contesto territoriale di appartenenza**, con azioni volte, quindi, a creare o ristabilire reti di supporto e occasioni di socializzazione esterne.
L'intervento educativo domiciliare persegue finalità promozionali, preventive e riparative rivolte a nuclei familiari in situazione di disagio. La famiglia è una risorsa attiva nella costruzione del progetto, partecipa alla definizione degli obiettivi, nonché alla verifica degli interventi attuati. Le azioni di sostegno sono tese a valorizzare le competenze e le risorse personali dei minori e dei genitori, attraverso un approccio sistemico-relazionale che sappia promuovere cambiamento nell'intero nucleo familiare, evitando la cronicizzazione o il peggioramento della situazione di disagio del minore.
L'andamento del servizio negli ultimi due anni ha evidenziato un consistente aumento di attivazioni. Tuttavia, come si può evidenziare dalla comparazione dei grafici dell'ultimo biennio, gli interventi di tutela sono in aumento rispetto a quelli di prevenzione.
Nel confronto avvenuto nel Tavolo Minori e Famiglia, è stata avviata una riflessione sulla validità educativa di questo intervento, sempre più spesso indicato nei Decreti del Tribunale per i Minorenni, in situazioni anche altamente complesse da gestire a livello domiciliare.
Nel prossimo triennio di confronto, si riproporrà l'argomento e si tenterà di sviluppare un pensiero su nuove e possibili forme di supporto educativo diurno a favore dei minori e delle famiglie in stato di disagio sociale.

ANNO	N. INTERVENTI ATTIVI AD INIZIO ANNO	NUOVI INTERVENTI ATTIVATI IN CORSO D'ANNO	Su mandato TO o TM
2012	35	13	ND
2013	20	22	ND
2014	25	16	ND
2015	19	14	ND
2016	19	28	2 TO 17 TM
2017	24	18	2 TO 19 TM
Primo trimestre 2018	28	13	1 TO 28 TM

Gli obiettivi sovra distrettuali per l'area minori e famiglia individuano criteri e modalità di realizzazione di obiettivi comuni ai diversi Distretti.
Il Distretto si concentrerà sui seguenti obiettivi, proseguendo anche nel prossimo triennio il lavoro di confronto e di lavoro sovra distrettuale.

PROGETTUALITA' TRIENNALE

Obiettivo	Azioni e Interventi	Tempi e Risorse	Indicatori di Risultato
istituzione di un tavolo di lavoro permanente sull'area	Incontri periodici che coinvolgano tutte le realtà territoriali che, a diverso titolo, sono significative per l'area	Nell'arco del triennio, a partire da Settembre 2018 Professionali	n° incontri/tavoli di lavoro, creazioni prassi operative condivise e di servizi innovativi
creazione di una mappatura dei servizi e delle risorse esistenti sul distretto, da tener aggiornata	rilevazione delle risorse territoriali istituzione di un link sul sito dell'Azienda Speciale da tener aggiornato	nell'arco del triennio professionali personale informatico	Creazione di un sistema informativo da valorizzare come risorsa
istituzione di un tavolo di lavoro istituzionale "interno" tra comuni e tutela minori azienda	Incontri periodici tra assistenti sociali comunali, assistenti sociali del servizio tutela e coordinatore tutela	Nell'arco del triennio, a partire da Settembre 2018 con la formazione congiunta professionali	n° incontri/tavoli di lavoro, creazioni prassi operative condivise e di servizi innovativi
promozione formazione permanente operatori	Organizzazione di giornate formative su tematiche inerenti l'area minori e famiglia	Per tutta la durata del triennio, a partire da Settembre 2018 professionali e finanziarie	n di giornate formative realizzate
messa a punto di un sistema informatico condiviso (cartella sociale in rete tra Comuni e tutela)	Realizzazione sistema e messa in rete della risorsa	Nell'arco del triennio professionali e finanziarie tecnico informatico	Creazione di un sistema informativo da valorizzare come risorsa
omogeneità compartecipazione degli	Delibera assemblea dei Sindaci	Nell'arco del triennio	Deliberazione Assemblea

utenti al costo del servizio ADM avvio percorsi di formazione alla genitorialità	 Attività di consulenza e formazione, anche promossa da terzo settore e promossa del tavolo minori e famiglia	professionali nell'arco del triennio professionali e finanziarie	dei Sindaci n. di percorsi avviati promossi nel triennio

AREA DISABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA

Punti di Forza

La presenza di servizi consolidati e specializzati: l'assistente *ad personam,* un servizio gestito in forma associata dagli 11 comuni;

Il grande numero di associazioni che si occupano di handicap ha contribuito alla formulazione di criteri di accesso omogeneizzati (es. compartecipazione delle famiglie);

La cooperazione tra enti, la collaborazione con i Comuni, la conoscenza del territorio.

Punti di Debolezza:

L'Attuale gestione del Servizio di Integrazione Lavorativa, non riesce ad avere una visione sistemica e di insieme rispetto alle politiche attive per le persone con disagio sociale e collegare il progetto individualizzato previsto per chi accede alla REI. Inoltre, è sempre più difficile e complesso il percorso di inserimento lavorativo nelle ditte, per le persone con disabilità;

Poca chiarezza "a monte" su cosa si intende per persona disabile e conseguente aumento della richiesta di certificazioni;

Permane la difficoltà del coinvolgimento attivo del mondo della scuola nella definizione dei confini operativi del servizio stesso, nell'elaborazione di protocolli condivisi e nell'armonizzazione delle richieste in termini di proporzionalità dell'intensità di erogazione tenendo conto della gravità della situazione, del grado scolastico e della capacità d'accoglienza del contesto scolastico a prescindere dalla situazione di handicap.

Sempre su questo fronte emerge da parte degli operatori del settore una costante preoccupazione inerente il costante aumento delle certificazioni di handicap scolastico ed il contestuale moltiplicarsi di modalità di gestione di situazioni individuali definite come DSA o BES, con una costante ridefinizione dei confini della disabilità dell'handicap all'interno del mondo scolastico che scarsamente è permeabile al mondo dei servizi del territorio. Aumenta quindi la domanda, ma sembra concentrata in termini quantitativi più che qualitativi.

Mancanza di sperimentazione e assenza di contesti sociali inclusivi naturali.

PREMESSA GENERALE

Innanzitutto l'area della Disabilità ed Handicap ha una forte interazione con la dimensione dei servizi di carattere socio-sanitario che hanno subito nell'ultimo biennio alcune riforme a livello regionale a motivo delle L.R. 23/2015. L'implementazione operativa di tale normativa ha riformato in modo significativo gli enti preposti per le funzioni di erogazione e controllo dei servizi socio-sanitari, ma la continuità degli operatori territoriali, segnalata come punto di forza in sede di valutazione degli esiti del Pdz 2015/17, ha consentito di affrontare la nuova strutturazione della governance (tutt'ora in via di definizione e perfezionamento) con sufficiente stabilità. Pertanto anche le indicazioni contenute nelle linee guida per la programmazione triennale che propongono sostanzialmente un riallineamento tra l'assetto degli interventi sanitari e sociosanitari e quello della

programmazione sociale, individuando l'ambito distrettuale come livello appropriato della programmazione, trovano nel nostro ambito delle buone fondamenta per quanto concerne l'area disabilità.
La distribuzione delle risorse inerente sia i trasferimenti nazionali che l'assegnazione delle risorse a livello regionale, ha "premiato" i servizi sociosanitari, quelli che per definizione si rivolgono alle persone che richiedono maggior sostegno. In particolare, in Lombardia negli ultimi dieci anni la spesa pubblica per la disabilità è stata sempre più orientata al mantenimento delle unità di offerta sociosanitarie (RSD, CSS e CDD) ed in subordine a quelle socio-assistenziali (CAH, CSE e SFA), i cui criteri di accesso rispondono sempre alla logica della "gravità e povertà". Esiste tuttavia una criticità aperta in merito alle questioni inerenti la competenza della compartecipazione economica ai costi delle rette, ben presidiata nel nostro Ambito anche grazie a ricorsi puntuali in attesa di giudizio.
É percepito dagli operatori del settore, sia a partire dall'analisi dei dati che dall'esperienza di gestione delle singole situazioni, un significativo aumento delle famiglie con disabili a carico che non usufruiscono della classica rete dei servizi. Questa situazione è solo parzialmente dovuta alla saturazione degli stessi e gli operatori si trovano quindi a confrontarsi con profili di utenza a domicilio. Ciò rileva l'importanza della focalizzazione sulla capacità di gestire esperienze e/o progetti individualizzati di proseguimento formativo e di integrazione nel tessuto comunitario per un lungo periodo prima dell'inserimento nei servizi. Tale attenzione dovrebbe contribuire ad orientare la progettazione partendo dall'esistente e dai desideri delle famiglie. Le richieste di innovazione partano proprio da queste ultime o dalla valorizzazione dei contesti che hanno dimostrato o dimostrano capacità "naturali" di integrazione. Infatti disabilità grave necessita di sostegni e sperimentazioni partecipative, sia collettive che individualizzate, volte all'inserimento.
Un altro campo di lavoro che risulta sempre aperto è quello inerente l'integrazione scolastica. Gli sforzi di gestione sono significativi, ma vi sono delle criticità strutturali che mantengono alcune contraddizioni. Innanzitutto è difficile un'inclusione a livello istituzionale/programmatorio del mondo scuola, come parte di una rete di riflessione attiva sulle pratiche di integrazione, a prescindere dalle modalità di erogazione dei servizi in termini burocratici e quantitativi. Assieme a tale nodo, rimane una certa incertezza inerente il futuro del servizio ad personam all'interno del contesto delle scuole secondarie di secondo grado a causa degli sviluppi di quanto disposto da Regione Lombardia in applicazione della DGR 6832/2017.
Infine le disposizioni in tema Dopo di Noi per il supporto alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare sono disciplinate dalla Legge n. 112 del 22 giugno 2016, divenuta attuativa con il Decreto Ministeriale del 23 novembre 2016. Tale normativa, pur offrendo specifici indirizzi e linee guida, lascia alle Regioni un certo grado di autonomia e flessibilità nella realizzazione dei singoli programmi attuativi, pensati e ragionati in relazione alle peculiarità e alle esigenze considerate primarie all'interno dei diversi contesti regionali. Ci accingiamo a definire la programmazione triennale nel momento in cui queste importanti misure sono alla loro prima applicazione in base alle linee guida regionali, applicate all'interno della nuova governance ridisegnata dalla legge regionale 23/2015. Si tratta certamente di nuove possibili risorse a favore dell'approccio dei progetti individualizzati alternativi all'accesso ai servizi socio-sanitari esistenti.

L'attività strategica del Nucleo integrato di valutazione ed orientamento costituita dall'N.S.H. di ASST Spedali Civili di Brescia e dall'N.S.D. della nostra Azienda mantiene la propria funzionalità orientata a valutare in modo congiunto ed integrato le richieste di inserimento nei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali su richiesta dell'EOH di ASST Spedali Civili, da NSH di altre ASST e/o dai nuovi organismi paralleli afferenti ad altri Uffici di Piano.

VALUTAZIONE INSERIMENTI IN SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI E SOCIO-SANITARI						
Anno	SOCIO-ASSISTENZIALI		SOCIO-SANITARI			VALUTAZIONI
	SFA	CSE	CSS	CDD	RSD	
2012	5	1	0	3	1	10
2013	2	1	1	5	2	11
2014	2	2	0	8	0	12
2015	5	4		12	2	23
2016	6	3	2	7	7	25
2017	7	4	1	3	8	23

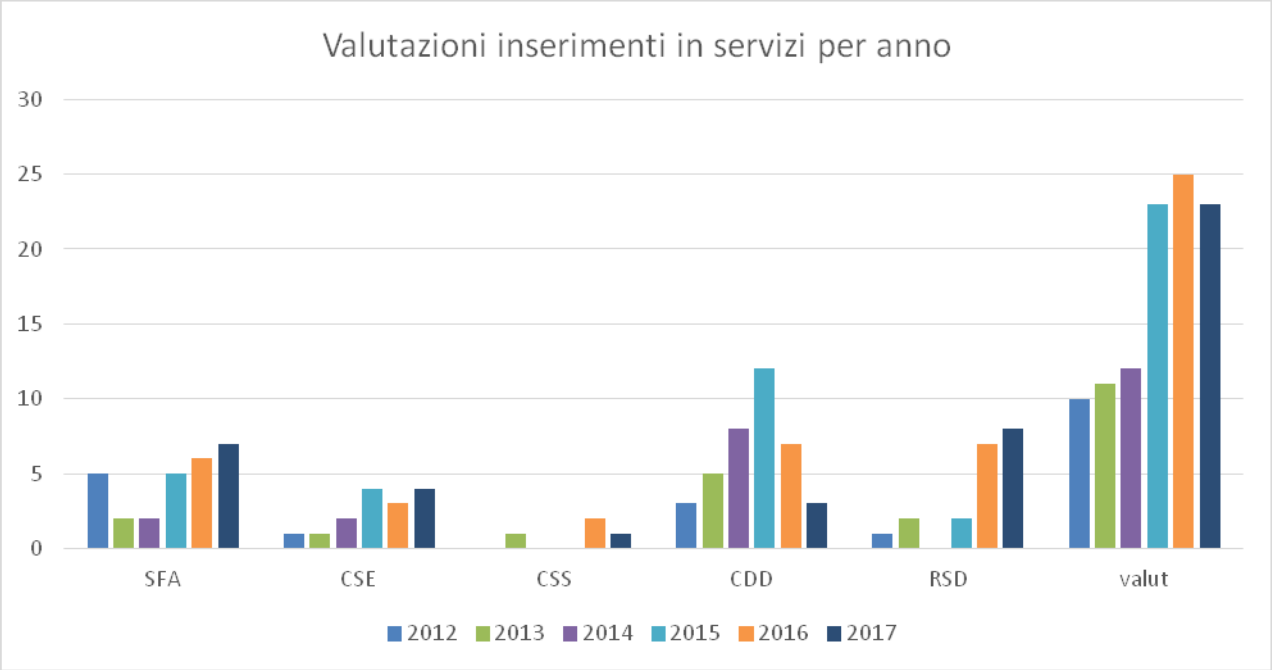


Grafico 1/d: valutazioni Nucleo integrato di Valutazione per inserimenti in servizi per anno.

Il sistema complessivo dei servizi è chiamato a occuparsi sempre più di persone che richiedono maggior sostegno ed è pagato in base alla quantità di assistenza offerta. Questa importante funzione assorbe molte energie in termini di risorse economiche ed umane (cfr. Grafico 1/d e Grafico 2/d e dati inserimenti/dimissioni 2017). Pare che vi sia un interesse marginale verso i temi dell'integrazione sociale e del conseguente lavoro necessario per aprire nuovi spazi di relazione tra persone con disabilità e comunità di appartenenza.

COMUNE	**SFA**	**CSE**	**CDD**	**CSS**	**RSD**
BERLINGO	1	2	2	0	0
CASTEGNATO	2	4	4	2	2
CASTEL MELLA	4	2	5	1	3
CELLATICA	0	2	2	0	0
GUSSAGO	2	4	12	4	1
OME	0	1	4	1	0
OSPITALETTO	0	7	7	0	7
RODENGO SAIANO	5	5	6	0	6
RONCADELLE	1	5	3	0	0
TORBOLE CASAGLIA	1	2	3	1	0
TRAVAGLIATO	2	9	15	0	2
TOTALE	19	43	65	15	17

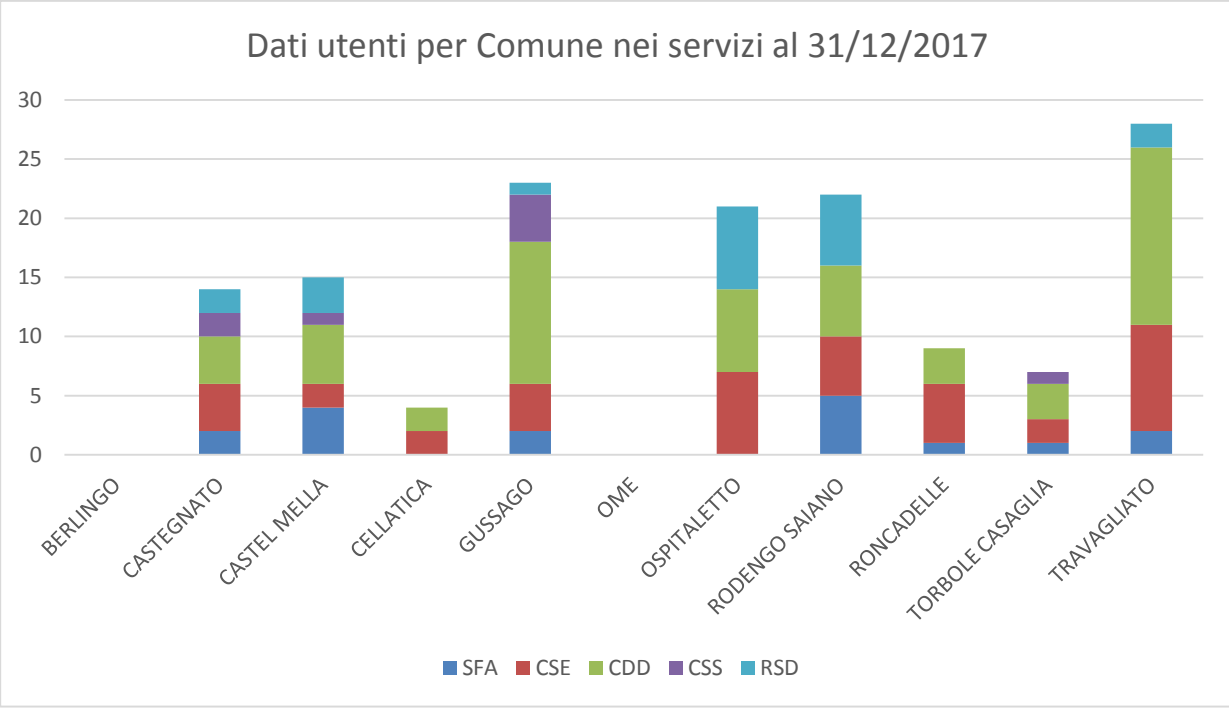


Grafico 2/d: Dati utenti nei servizi per Comune dell'Ambito al 31/12/2017

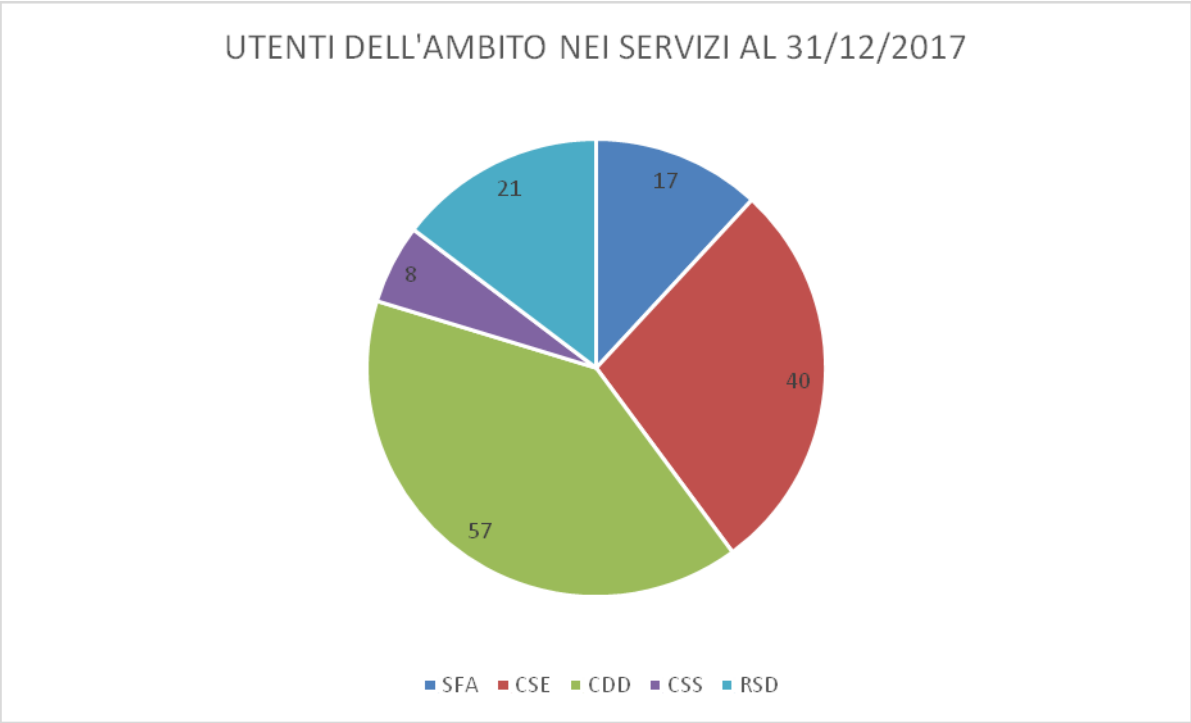


Grafico 3/d: totali utenti dell'Ambito per tipologia di servizio al 31/12/2017

Inserimenti ANNO 2017
n. 7 SFA (2 Gussago, 1 Ome, 1 Torbole Casaglia, 1 Cellatica, 1 Ospitaletto, 1 Travagliato)
n. 4 in CSE (1 Castegnato, 1 Travagliato, 1 Castel Mella, 1 Roncadelle)
n. 3 in CDD (1 Gussago, 1 Ospitaletto, 1 Rodengo Saiano)
n. 1 in CSS (1 Castel Mella)
n. 8 in RSD (2 Ospitaletto,1 Roncadelle, 2 Gussago, 1 Castel Mella, 1 Ome, 1 Travagliato);

Dimissioni ANNO 2017
n. 1 in CSE (1 Cellatica)

DOPPIA RETTA: n. 4 Inseriti sia in CDD che in CSS (n. 3 Gussago, 1 Cellatica)

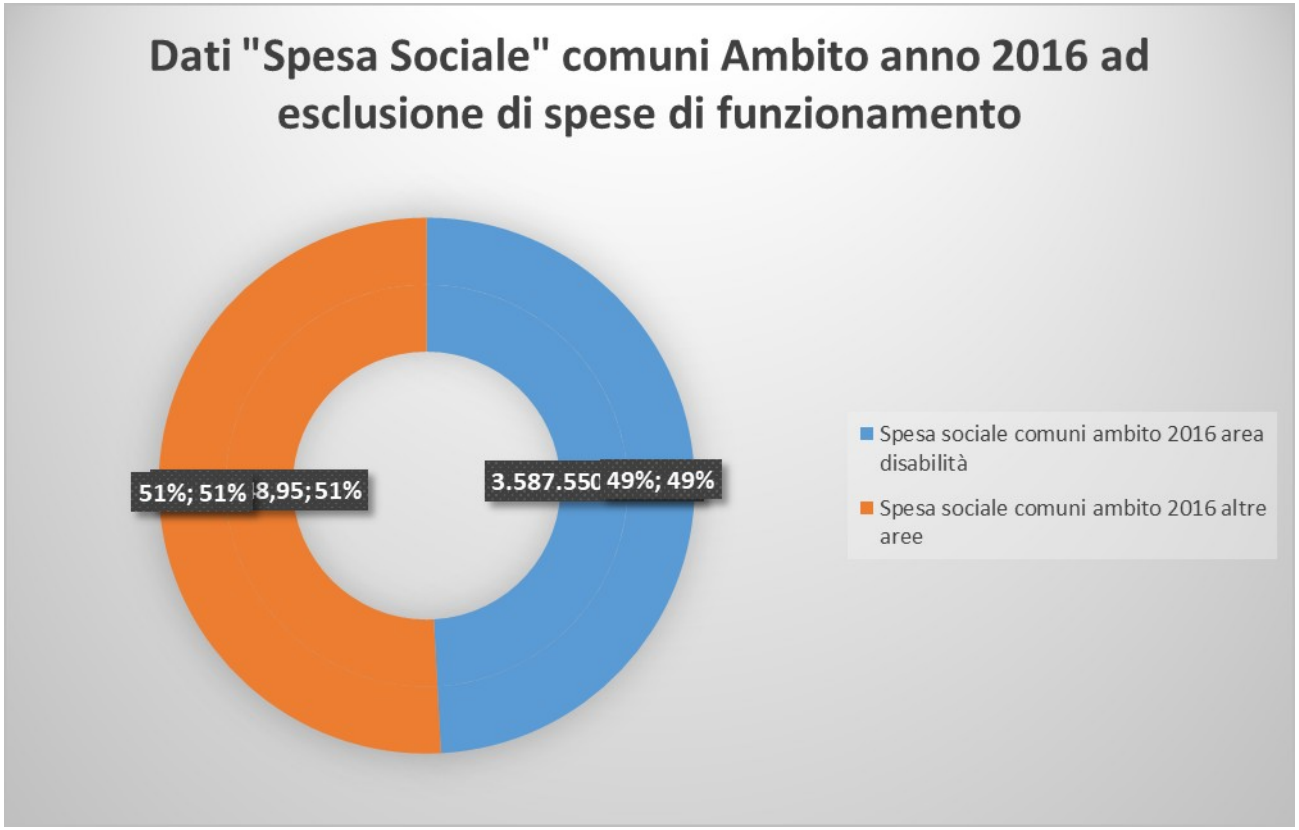


Grafico 4/d: dati aggregati Spesa Sociale Comuni dell'Ambito anno 2016 escluse le spese di funzionamento

INTERVENTI ESISTENTI

L'Ambito Territoriale Brescia Ovest beneficia di una presenza ormai consolidata di servizi con ancora alto grado di innovazione ed utilità per l'utenza. Primo fra tutti il servizio SAT funzionante presso la CSS Fobap di Gussago, sostenuto con un meccanismo di attribuzione di buoni sociali definiti dall'Azienda a beneficio di utenti utilizzatori residenti nei comuni del territorio, che costituisce sempre più una cerniera di comunicazione fra il domicilio e la residenzialità, accompagnando le famiglie nel difficile discernimento relativo alla loro capacità di caregiving.

Servizio Accoglienza Temporanea

	Giornate di Utilizzo		
	1 SEMESTRE	**2 SEMESTRE**	**TOT**
2015	153	216	**369**
2016	127	142	**269**
2017	145	125	**270**

L'attenzione al coordinamento inerente il servizio ad personam ha portato alla sperimentazione della gestione dell'appalto di servizio con valenza d'ambito. Tale piattaforma ha permesso di affrontare in una modalità significativa di collaborazione le difficoltà gestionali insorte nell'estate 2017 a motivo dell'emanazione della D.g.r. 6832/2017 che ha ridefinito le competenze dell'erogazione di detto servizio negli istituti di istruzione secondaria di secondo grado e nella gestione dei servizi per i disabili sensoriali.

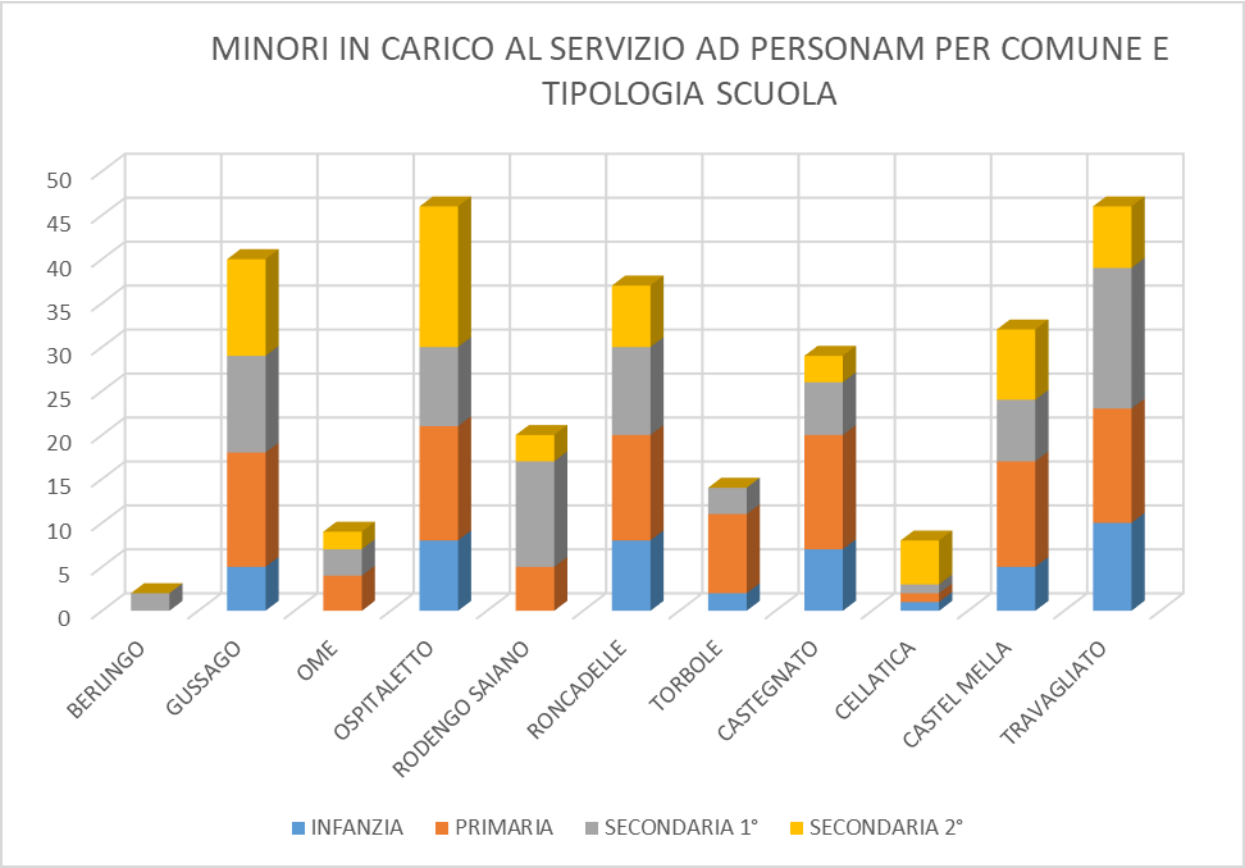


Grafico 5/d: minori in carico al servizio ad personam per comune e tipologia di scuola, a.s. 2017/18

Dal punto di vista delle risorse affidate dallo Stato e da Regione Lombardia all'Ambito in funzione della destinazione a progettualità e/o sostegno alle Non Autosufficienze (es. misure B1, B2, Progetti Vita Indipendente), certamente hanno contribuito ad ampliare le risorse disponibili, a generare l'incremento dell'offerta di interventi e benefici ed aumentare il numero e la platea delle persone intercettate dal sistema complessivo dei servizi di welfare sociale. Allo stesso tempo si rileva come essi facciano leva sulla famiglia e sull'acquisto dei servizi, con allo stesso tempo una relativa ricaduta inerente la conoscenza dell'evoluzione delle situazioni e del contesto in cui vivono. In questo modo le misure basate su buoni/voucher cristallizzano il bisogno e lo fanno diventare permanente generando un incremento costante di richieste nel tempo.
Sempre nel campo dei trasferimenti di risorse certamente risultano di primario interesse il bando Dopo di noi (come già accennato in premessa), ed alcune progettualità REI, anche se non è ancora possibile effettuare un'analisi di tali misure per la loro recente apparizione nell'ambito delle politiche

sociali. La loro caratteristica è che si tratta di misure legate a progettualità individuali con strumenti propri che includono il contesto di vita e prevedono l'orientamento verso evoluzioni di tali contesti. Potrebbe essere interessante avere una attenzione sullo sviluppo delle progettualità al fine di fare valutazioni complesse e contestualizzate

In merito al complesso ed articolato tema legato all'inserimento lavorativo dei disabili e delle persone con svantaggio sociale, l'Assemblea dei Sindaci ha effettuato un'analisi della situazione non tanto basata sui dati di carattere quantitativo, bensì a partire da un focus d'attenzione basato sull'attuale contesto socio-produttivo rispetto al quale si rimanda al prossimo paragrafo, che ha espresso un orientamento preciso nella gestione dello stesso da proporre in termini di sviluppo nel prossimo triennio. Si intende sperimentare una modalità nuova di gestione maggiormente compatibile con il contesto attuale. Nello specifico il collocamento mirato così come definito oggi nella normativa regionale, fa dell'utente un "oggetto" destinatario passivo di scelte di selezione. Il lavoro è sbilanciato sui servizi che oggi si confrontano con esigenze di efficacia ed efficienza e velocità propri del mercato del lavoro, con risultati scarsi dovuti non alla scarsa professionalità, ma alla dinamica del contesto. I criteri di valutazione del successo troppo rigidi, introdotti per razionalizzare e finalizzare maggiormente gli interventi di inserimento, rischiano di avere forti conseguenze in termini di disuguaglianza, discriminando i disabili (e parallelamente i servizi) più deboli, riproducendo pedissequamente le logiche del mercato del lavoro. In questi casi la disabilità diventa un vero e proprio fattore di esclusione: situazioni di particolare fragilità sono considerate «rischiose», poiché il successo dell'intervento, ovvero l'assunzione, non è garantito.

La nuova organizzazione farà maggiormente leva sulla possibilità di attivare percorsi di apertura in micro contesti locali, unica dinamica ancora possibile per superare almeno parzialmente i limiti sopra descritti, attraverso una gestione diretta degli aspetti strategici della programmazione, con possibilità di esternalizzare l'attivazione di strumenti specifici di intervento nel rispetto della normativa vigente.

Rispetto alle modalità di attuazione di questo servizio si rimanda a quanto specificato nel paragrafo relativo al II livello di premialità, obiettivo 3.

L'area di lavoro inerente la Disabilità è fra quelle più caratterizzate da un ampio margine di integrazione socio-sanitaria. Per questo motivo risulta imprescindibile richiamare qui l'importanza di attenersi nell'applicazione operativa della programmazione locale a quanto disposto più strategicamente a livello sovra distrettuale per quanto concerne il conseguimento di una sempre maggiore ed operativa integrazione socio-sanitaria.

PROGETTUALITÀ TRIENNALE

FINALITA'

Facilitare la continuità di lavoro del Tavolo Distrettuale Disabili, quale modalità di lavoro che rappresenti una intelligenza collettiva attiva sul territorio, fondamentale per promuovere i cambiamenti sociali, prendendosi cura di strumenti operativi e metodologici che ne facilitino la sostenibilità e la continuità nel tempo. Verrà quindi proposta una modalità di coordinamento condivisa e l'attivazione di modalità di lavoro che facilitino l'emersione di protocolli operativi compatibili con le diverse appartenenze istituzionali.

Priorità dell'azione diretta ad agire positivamente sulla capacità dei contesti di esprimere integrazione, piuttosto che sull'incrementare la strutturazione di servizi.

Strutturare un monitoraggio attivo dei nuovi strumenti e risorse (FNA, Dopo di Noi, etc..) per influenzare positivamente la valenza strategica della progettualità individuale in funzione della leva positiva sui contesti.

Razionalizzazione del sistema dei trasferimenti quotidiani dell'utenza del distretto che quotidianamente fruisce dei servizi diurni per la disabilità.

Titolo obiettivo	Interventi/azioni	Risorse impiegate	Indicatori di esito	tempistica
Promozione del potenziamento dei contesti inclusivi naturali	Rilevazione delle realtà esistenti con elevata capacità di inclusione naturale Rilevazione delle buone prassi e degli elementi che rendono un contesto maggiormente inclusivo Trasmissione delle conoscenze acquisite attraverso attività formative orientate soprattutto ai gestori dei CRED estivi Realizzare scambio di esperienze	Personale dell'Ambito aderente al Tavolo Disabilità; Personale dei servizi diurni e residenziali territoriali aderenti al Tavolo Disabilità; Personale terzo settore aderente al Tavolo Disabilità Personale ASST aderente al Tavolo Disabilità; Parrocchie e gestori CRED estivi Personale specializzato incaricato	Numero esperienze rilevate; Documento sistematizzazione buone prassi Numero incontri realizzati Numero scambi esperienze realizzati	Da avviare entro il 31 dicembre 2018 e da mantenere per tutta la durata del Piano di Zona

Promuovere alternative ai servizi per l'integrazione a partire dai contesti.	Rilevazione delle progettualità formali ed informali basate sulla capacità naturale dei contesti di creare integrazione Monitorare tutte le progettualità individuali legate ai fondi FNA, Dopo di Noi, integrazione territoriale in funzione dell'impatto sui contesti Creare una équipe in grado di offrire orientamenti significativi a progettualità individuali a partire dai contesti naturali Realizzare il potenziamento delle progettualità più significative definendo modalità di supporto anche economico sostenibile (es. budget di cura, accreditamento, ecc.)	Personale dell'Ambito aderente al Tavolo Disabilità; Personale dei servizi diurni e residenziali territoriali aderenti al Tavolo Disabilità; Personale terzo settore aderente al Tavolo Disabilità Personale ASST aderente al Tavolo Disabilità; Personale specializzato incaricato FNPS	Numero esperienze rilevate; Report monitoraggio sull'efficacia nei contesti Equipe costituita Progetto con budget assegnato	Da avviare entro il 31 dicembre 2018 e da mantenere per tutta la durata del Piano di Zona

Promuovere iniziative territoriali di sensibilizzazione sui diritti dei disabili e sulla loro integrazione scolastica e territoriale.	Costruzione Ottava edizione dell'Iniziativa "l'Ottavo Giorno" oggi realizzata a Gussago, quale piattaforma di sensibilizzazione a livello di ambito.	Personale dell'Ambito aderente al Tavolo Disabilità; Rete Ottavo Giorno di Gussago Budget Comune di Gussago FNPS	Numero incontri; Programma dell'iniziativa Numero eventi realizzati	Maggio 2020
Rendere maggiormente razionale e sostenibile il sistema dei trasporti degli utenti disabili del bacino dell'Ambito Territoriale	Rilevazione sistema in atto Realizzazione del sistema dei percorsi Proposta sistema di nuove convenzioni e/o accreditamento dei servizi di trasporto	Personale dell'Ambito aderente al Tavolo Disabilità; eventuali consulenti esterni FNPS	Numero gestori servizi trasporto rilevati Mappa trasporti aggiornata Esiste una progettualità di gestione dei trasporti con valenza di Ambito	Marzo 2019, per tutta la durata del piano di zona

AREA POVERTÀ E DISAGIO ADULTO

Punti di Forza

Importante collaborazione con il Terzo Settore (più o meno strutturata nei diversi Comuni).
Prassi operative comuni e condivise.
Linee operative per la gestione degli sfratti.

Punti di Debolezza:

Rapporto con il mondo dei servizi per il lavoro (centri per l'impiego e gli enti accreditati per il lavoro) ne professionale, l'addestramento al lavoro;
Necessario maggior coinvolgimento dei diversi attori del territorio nella costruzione dei progetti individualizzati al fine di sostenere le situazioni i soggetti vulnerabili;
Risorse frammentare dei vari Bonus attivati a carattere regionale e nazionale che spesso, non riescono ad incentivare modifiche od evoluzioni nell'assetto familiare.

PREMESSA GENERALE

Quest'area comprende tutti gli interventi realizzati in favore di persone adulte in condizione di disagio sociale ed economico, non imputabile a patologie o menomazioni. E' un'area molto vasta in cui rientrano tutte quelle situazioni difficilmente definibili, spesso complesse, associate a condizioni di povertà economica, di insicurezza sociale, di scarse relazioni significative, che talvolta evolvono in condizioni di grave emarginazione sociale.

Sono quasi **5 milioni i poveri assoluti** in Italia. E' quanto emerge nell'ultimo report dell'Istat che classifica circa il 7,9% della popolazione come poveri assoluti (in termini di individui), ovvero coloro che "non riescono ad acquistare beni e servizi per una vita dignitosa".
L'incidenza della povertà sia assoluta che relativa colpisce maggiormente le famiglie con 4 o più componenti.
L'incidenza di povertà relativa si mantiene elevata per gli operai ed assimilati (18,7%) e per le famiglie con persona di riferimento in cerca di occupazione (31,0%) e colpisce di più le famiglie giovani: raggiunge il 14,6% se la persona di riferimento è un under 35, mentre scende al 7,9% nel caso di un ultrasessantacinquenne.

Il numero dei disoccupati (15 anni e più) in provincia di Brescia, in media, nel 2016 è stato pari a 49.500 unità, rimanendo pressoché invariato rispetto al 2015. Per effetto della riduzione degli uomini disoccupati (3.700 unità in meno sul 2015) a cui si contrappone l'aumento della

disoccupazione femminile (3.900 unità in più sul 2015). Ciò emerge dal rapporto elaborato a cura dell'Ufficio Studi e Statistica della Camera di Commercio di Brescia su dati Istat.

Strettamente connesso alla crisi produttiva e all'allargamento della povertà è il fenomeno degli sfratti per morosità, che, negli anni, è diminuito, ma continua ad essere una "grave piaga sociale" che caratterizza la nostra Provincia: nel picco del 2014 gli esecutivi furono 789, passati a 572 nel 2015 e a 471 nel 2016.

INTERVENTI ESISTENTI

Regolamento zonale per l'erogazione di Buoni Nuove Povertà: il regolamento è in vigore da alcuni anni e ha sempre visto l'interesse dell'Assemblea nel suo mantenimento poiché rappresenta un'importante risorsa per affrontare le emergenze e prevenire situazioni di disagio, di rischio povertà e di marginalità sociale, laddove l'assenza o l'insufficienza del reddito delle famiglie determinano condizioni tali da non garantire il soddisfacimento dei bisogni primari. L'erogazione di tale contributo deve considerarsi un supporto temporaneo alle difficoltà delle famiglie, in una prospettiva di recupero e reintegrazione sociale.
Il regolamento, rivisto nella primavera 2017, ha introdotto la possibilità di attivare progetti che consentano l'impiego della persona beneficiaria in attività di volontariato presso il Comune o un'associazione con esso convenzionata.
Diffusione di prassi comuni: La partecipazione delle Assistenti Sociali appartenenti ai comuni dell'ambito ad uno stesso percorso formativo ha favorito la condivisione di buone prassi operative per contrastare il fenomeno della povertà e degli sfratti, che ha condotto all'approvazione in Assemblea dei Sindaci nel corso del 2017 delle "Linee operative per la gestione degli sfratti".
Linee adottate oggi da tutti i Comuni che consentono un'omogeneità nel trattamento delle situazioni che si presentano.
Reddito d'Inclusione (ReI):
Il reddito Reddito di Inclusione (ReI) è una misura nazionale di contrasto alla povertà. Il ReI si compone in due parti:
1. un **beneficio economico**, erogato mensilmente attraverso una Carta di pagamento elettronica (Carta ReI);
2. un **progetto personalizzato** di attivazione e di inclusione sociale e lavorativa volto al superamento della condizione di povertà. Il progetto viene definito sulla base di una valutazione globale delle problematiche e dei bisogni da parte dei servizi, insieme al nucleo familiare.

Il beneficio è concesso per un **periodo massimo di 18 mesi.**

Nel **ReI 2018** sarà erogato ai nuclei familiari in possesso dei seguenti requisiti:
Requisiti familiari
presenza di una delle seguenti condizioni: un componente di minore età; una persona con disabilità e almeno un suo genitore o tutore; una donna in stato di gravidanza certificata; un componente che abbia compiuto 55 anni con specifici requisiti di disoccupazione.

Requisiti economici
il nucleo familiare deve essere in possesso congiuntamente di:
un valore ISEE in corso di validità non superiore a **6 mila euro;**
un valore ISRE ai fini ReI non superiore a **3 mila euro;**
un valore del patrimonio immobiliare, diverso dalla casa di abitazione, non superiore a **20 mila euro;**
un valore del patrimonio mobiliare (depositi, conti correnti ecc..) non superiore ai **10 mila euro** (ridotto a **8 mila euro** per due persone e **6 mila** per la persona sola).

Per accedere al ReI è, inoltre necessario che ciascun componente il nucleo:
non percepisca indennità di disoccupazione (NASpI) o altri ammortizzatori sociali di sostegno al reddito in caso di disoccupazione involontaria
non possieda autoveicoli e/o motoveicoli immatricolati per la prima volta nei 24 mesi antecedenti la richiesta (sono esclusi gli autoveicoli e motoveicoli per cui è prevista un'agevolazione fiscale in favore delle persone con disabilità)
non possieda imbarcazioni da diporto.

Il soddisfacimento dei requisiti non dà necessariamente diritto al beneficio economico, la cui effettiva erogazione dipende anche da altri trattamenti assistenziali (esclusi quelli non sottoposti ad una valutazione della condizione economica, come ad esempio l'indennità di accompagnamento).

In caso di variazione della situazione lavorativa nel corso dell'erogazione del ReI di uno o più componenti del nucleo familiare, dovrà essere compilato il modello ReI-Com, entro 30 giorni dall'inizio dell'attività, **pena decadenza del beneficio**. Il modello ReI-Com dovrà essere compilato anche in data di presentazione della domanda, qualora l'attività lavorativa non è presente per l'intera annualità nell'ISEE in corso di validità utilizzato per l'accesso al ReI.

L'Ambito Distrettuale "Brescia Ovest" ha delegato l'Azienda Speciale Consortile "Ovest Solidale"con sede in Gussago, la gestione del Servizio ReI dall'anno 2017, mettendo a disposizione alla cittadinanza residente sul territorio:
1) tre sedi in cui presentare la domanda chiamati **Punti di Accesso ReI**:

2) Un'Assistente Sociale a tempo pieno attiva nella fase istruttoria delle domande ReI e nella progettazione personalizzata con i nuclei familiari;

3) N. 2 Educatori Professionali che affiancano l'Assistente Sociale del Servizio ReI nella progettazione e supportano al domicilio i nuclei familiari che necessitano di un accompagnamento nello svolgimento delle mansioni della vita quotidiana.

L'Assistente Sociale e gli Educatori seguono i beneficiari residenti sul territorio del Distretto n. 2 "Brescia Ovest" per i quali la domanda ReI è stata accettata, cercando di redigere un progetto personalizzato che sia il più confacente possibile ai bisogni espressi e inespressi del nucleo familiare, mettendo in rete tutte le risorse formali e informali che ruotano inforno ai cittadini e le loro famiglie.

L'andamento delle domande nel primo quadrimestre 2018 è il seguente:

COMUNE	DOMANDE INSERITE	DOMANDE ACCOLTE	DOMANDE IN ATTESA RISPOSTA INPS	DOMANDE RESPINTE	DOMANDE REVOCATE
TRAVAGLIATO	27	4	16	7	
TORBOLE CASAGLIA	20	8	7	4	1
RONCADELLE	15	6	6	2	1
RODENGO SAIANO	6	2	4		
OSPITALETTO	22	9	10	3	
OME	3	1		2	
GUSSAGO	33	10	15	8	
CELLATICA	4	3	1		
CASTEL MELLA	12	4	8		
CASTEGNATO	22	8	12	2	
BERLINGO	5	1	3		1
TOT	169	56	82	28	3

Molta attenzione è stata posta rispetto a questo intervento che risulta strategico per la definizione di progetti che possono integrare i vari livelli di assistenza che il cittadino già riceve e diventare fonte di creazione di un'autonomia personale e famigliare che consentano al beneficiario del progetto di non dipendere più dai servizi stessi.

La complessità dei temi relativi a quest'area richiede, per la realizzazione di interventi efficaci, il coinvolgimento di più soggetti che si devono coordinare tra loro al fine di evitare la frammentazione delle risorse.
A questo proposito si rimanda alla parte del presente documento che tratta degli obiettivi e azioni sovra distrettuali con particolare attenzione all'area della casa.

PROGETTUALITÀ TRIENNALE

FINALITA'

Nel triennio 2018/2020, attraverso l'Azienda Speciale Consortile Ovest Solidale, gli undici comuni appartenenti all'Ambito distrettuale di Brescia Ovest continueranno a mantenere un' attenzione vigile e costante sul fenomeno della povertà.

Obiettivo	**Azioni e Interventi**	**Tempi e Risorse**	**Indicatori di Risultato**
Mantenere una vigile attenzione sul problema della fragilità e del disagio favorendone una presa in carico di rete e comunità	-Favorire la creazione di linee guida e protocolli per la presa in carico di situazioni multiproblematiche sia con i servizi specialistici che con i rappresentanti del volontariato e del terzo settore	-Nell'arco del triennio Professionali	-n° incontri/tavoli di lavoro, creazioni prassi operative condivise,…
	-Monitorare il regolamento per l'erogazione di Buoni Nuove Povertà	-Nell'arco del triennio Professionali	-n° incontri/ tavoli di lavoro e riflessione con aa.ss. distretto
	-Monitorare l'applicazione del "protocollo sfratti" nei Comuni dell'ambito e l'evoluzione di eventuali nuove e sperimentali prassi operative per fronteggiare le situazioni di sfratto	-Nell'arco del triennio Professionali	-n° incontri/ tavoli di lavoro e riflessione con aa.ss. distretto
Politiche di inclusione per il contrasto alla povertà	-Avviare la creazione di un protocollo tra servizio REI aziendale e Comuni	-Entro il 2018 Professionali	-Delibera Assemblea dei Sindaci di approvazione protocollo
	-Creazione di un collegamento	-Entro il 2019	-n° incontri d'equipe,

	tra il servizio Rei e il servizio delle politiche attive del lavoro	Professionali	creazioni prassi operative condivise,…
Favorire le politiche attive del lavoro	-Attivazione di un nuovo servizio per le politiche del lavoro -Accordi con gli uffici commercio, gli uffici appalti e gli imprenditori del territorio -Creazione di una rete con il terzo settore e il mondo associazionistico per la partecipazione a bandi specifici in materia di lavoro e l'attivazione di tirocini, esercitazioni autonomia,…	-Entro fine 2018 Finanziarie e Professionali -Entro il 2019 Professionali -Nell'arco del triennio Professionali	-Creazione di un nuovo servizio per le politiche del lavoro (si/no) -Stesura e firma accordi -n° incontri di rete, creazioni prassi operative ed eventuali protocolli distrettuali
Istituire politiche abitative comuni e favorire l'housing sociale	-Applicazione delle nuove direttive regionali a livello distrettuale per la gestione dell'offerta abitativa pubblica e sociale	-Nell'arco del triennio Finanziarie e Professionali	-Redazione piano annuale e triennale dell'offerta dei servizi abitativi pubblici e sociali -n° bandi distrettuali pubblicati -n°alloggi assegnati

II° LIVELLO DI PREMIALIA' - OBIETTIVI STRATEGICI DELL'AMBITO DISTRETTUALE - TRIENNIO 2018-2020

L'Assemblea dei Sindaci ha approvato i tre obiettivi strategici che vuole raggiungere nel triennio. In questa sede vengono illustrati sinteticamente; nei mesi successivi verrà prodotto il progetto dettagliato per ogni obiettivo strategico, secondo il format previsto regionale.

LA VISIONE

Complessivamente, dal confronto con i diversi stakeholder dei tavoli tematici è emersa la necessità condivisa di riavvicinarsi al territorio e rivalutarne le risorse nella prospettiva dello sviluppo di un **"Welfare di comunità":** rendersi consapevoli delle risorse disponibili e utilizzarle in maniera intelligente; promuovere un'idea di comunità che non usufruisca semplicemente di servizi forniti dall'esterno, ma che sia in grado di creare da sé una rete al proprio interno. A trarre vantaggio da una comunità "supportante", infatti, sono le fasce più vulnerabili, tali proprio in quanto prive dei requisiti necessari affinché si possano considerare utenti di servizi specifici.
In conclusione, l'enfasi va posta sulla creazione di una "Comunità educante", che sia la cooperazione di tutti i membri della stessa: le amministrazioni locali, gli enti e le organizzazioni del Terzo Settore, associazionismo e volontariato. Questo non solo in risposta alla scarsità di risorse, ma in vista di un obiettivo più ampio di collaborazione e identificazione di nuove strategie di intervento.

LA STRATEGIA

La strategia è caratterizzata da tre elementi chiave:
La costruzione di un nuovo e più evoluto sistema di relazioni con le forze vive dell'ambito distrettuale, alleanze tra ente pubblico e terzo settore;
La costante ricerca e promozione di innovazione ed efficienza nella produzione dei servizi.
Migliorare la gestione integrata delle informazioni e dei dati riferiti agli interventi sociali, alla rilevazione delle problematiche incontrate/affrontate, utili ad orientare la programmazione e ad allargare il perimetro di conoscenza (sviluppo e potenziamento della funzione di analisi) dell'Ambito Distrettuale. La gestione integrata richiede interventi che garantiscano omogeneità nei criteri di accesso e livelli di compartecipazione ai servizi;

OBIETTIVO STRATEGICO 1 - Omogeneità nei criteri di accesso ai servizi

Regolazione dei criteri di accesso e gestione dei servizi secondo regole omogenee e condivise, attraverso la revisione e ridefinizione di un regolamento generale concernente la disciplina e modalità degli interventi e delle prestazioni dei servizi sociali dei Comuni del distretto n. 2 Brescia Ovest".
In particolare verranno definiti requisiti di accesso e i livelli di compartecipazione di tre servizi, consolidati e strutturati, presenti in tutti gli 11 Comuni: il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD), il servizio Pasti e il Servizio di Assistenza Domiciliare (ADM) già erogato a livello sovracomunale dall'Azienda Speciale Consortile.
Si evidenzia, che nel triennio precedente L'Assemblea dei Sindaci, si era già adoperata per la stesura e l'approvazione di un "regolamento generale concernente la disciplina e modalità degli interventi e delle prestazioni dei servizi sociali dei Comuni del distretto n. 2 Brescia Ovest".
Tale regolamento era volto ad assicurare ai cittadini residenti il soddisfacimento dei livelli essenziali di assistenza e protezione sociale, la promozione del benessere dei cittadini e una migliore qualità della vita e la prevenzione di fenomeni di:
-emarginazione sociale;
-devianza;
-rischio per la salute e per l'integrità personale e della famiglia, secondo principi di solidarietà, partecipazione, sussidiarietà e collaborazione con tutti i soggetti pubblici e privati che hanno titolo ad esserne parte attiva.
L'Attuazione di tale regolamento su tutto il territorio dell'Ambito è, però, ancora frammentato e poco applicato e necessita di una maggior uniformità.
Tale processo passerà necessariamente per l'analisi puntuale dello PREMESSA GENERALE dei servizi ora erogati e per la valutazione dell'opportunità di concorrere in maniera associata alla definizione di capitolati d'appalto e affidamenti congiunti di interventi, in particolare su quei servizi che ormai sono consolidati all'interno dei Comuni dell'Ambito (quali, a titolo esemplificativo, il sad, i pasti,…).
Sarà, inoltre necessario lavorare insieme affinché, una volta raggiunta l'omogeneità nell'erogazione dei servizi, anche la compartecipazione degli utenti al costo degli stessi divenga conforme su tutto il territorio dell'Ambito.
Alcune sperimentazioni in tal senso sono già state avviate rispetto alla creazione di criteri omogenei per la compartecipazione degli utenti al costo dei Servizi Diurni per disabili e i servizi residenziali (RSA e RSD) ma tale sperimentazione rappresenta solo l'inizio di quella che vuole essere una prassi per tutti i servizi erogati dai Comuni dell'Ambito.

OBIETTIVO STRATEGICO 2 - Omogeneità nei criteri di valutazione delle strutture e degli interventi

Sperimentazione di forme di accreditamento per strutture/servizi innovativi che si stanno sviluppando sul nostro Ambito Distrettuale per rispondere alla complessità dei bisogni emergenti. Sarà necessario definire parametri e indicatori comuni per la valutazione della qualità del servizio. Se, infatti, da un lato è necessario porsi elevati obiettivi di qualità così come la norma indica, per dare ai cittadini servizi sempre più efficaci e rispondenti, non

bisogna fermarsi nella ricerca di nuove modalità, ancora non normate, per dare nuove opportunità di risposta. Verrà promosso un percorso di innovazione sociale per servizi diurni e residenziali per per minori e famiglie informando la regione e l'ATS dell'avvio di tali attività e costruendo, anche grazie al contributo ed alla professionalità degli enti gestori gli standard gestionali e strutturali necessari. Tali servizi potrebbero consentire di rispondere con efficacia ai nuovi bisogni accreditando poi le strutture in grado di rispondere e mantenendo nei confronti delle stesse un dialogo costante sia per garantire la massima qualità ma anche per raccogliere suggerimenti e stimoli per ulteriormente accrescere l'offerta degli interventi.
Le sperimentazioni consentono inoltre di avere molto presente la dimensione della sostenibilità economica degli interventi. La qualità come detto non può certo passare in secondo piano mai, ma è anche necessario rivedere alcuni standard di intervento per alcune fasce di bisogno che non trovano nella gamma dei servizi esistenti le risposte appropriate.

OBIETTIVO STRATEGICO 3 - Attivazione di percorsi di innovazione sociale

Progettazione, realizzazione e gestione di un nuovo servizio che si occupi delle politiche attive del lavoro, mediante la partnership pubblico/ privato con il terzo settore.
Fino al 30 giugno 2018 l'Ambito Distrettuale ha delegato il coordinamento del servizio di Integrazione Lavorativa (SIL) ad ACB, per una gestione associata tramite convenzione con ATI Solco Brescia e Consorzio Tenda.
Dopo un'attenta analisi e riflessione l'Assemblea dei Sindaci ha deciso di chiedere una proroga ad ACB fino al 31.12.2018 dell'attuale servizio SIL, per dare il tempo di progettare e realizzare un nuovo servizio sistemico, strettamente collegato al Servizio della REI e maggiormente compatibile con l'attuale contesto socio-produttivo del nostro Ambito Distrettuale.
Il progetto ha l'obiettivo di gestire in modo diretto, mantenendo la governance degli aspetti strategici e programmatori del nuovo servizio, con la possibilità di co-progettare ed esternalizzare al terzo settore le fasi operative e specifici progetti/intervento del servizio.
E' indubbio che risulta necessario offrire una visione sistemica integrata tra i vari servizi al fine di promuovere percorsi di attivazione delle autonomie dell'utente.
Alla luce di ciò, il nuovo progetto "politiche attive del Lavoro" deve rivolgersi sia alle persone con certificazione di disabilità (L.68) o certificazione di svantaggio (rilasciata da un servizio specialistico) sia alle persone con un disagio sociale. Il servizio REI, è un utile strumento che può permette di collegare il contributo economico a progetti di politiche attive del lavoro, per offrire strumenti necessari all'interruzione del condizione di disagio.
Si potrà sperimentare per le situazioni di cronicità/disagio conclamato anche spazi occupazionali all'interno delle realtà produttive, uno spazio osservativo ed esperienziale.
Il nuovo servizio nasce da una forte volontà politica e tecnica e deve avere come prima fase lo studio e la conoscenza delle attività produttive presenti sul territorio mediante una interazione con gli uffici commercio degli 11 Comuni dell'Ambito Distrettuale. Il lavoro locale con le realtà produttive del territorio e le realtà associative potrà permettere l'attivazione di percorsi di tirocinio / inserimento anche di disabilità e fragilità gravi, che nelle logiche di un lavoro normale rischiano di essere espulsi o vivere percorsi fallimentari. Il progetto dovrà prevedere un lavoro corale e di connessione con il Centro per l'impiego e le agenzia per il lavoro accreditate.