PIANO DI ZONA

Distretto Sociale Est Milano

COMUNI DI:
Pioltello, Rodano, Segrate, Vimodrone

PIANO DI ZONA 2015 - 2017

INDICE

Il triennio 2015 – 2017:
un welfare che crea valore per le persone, le famiglie e la comunità 7

Titolo I - La Governance del Piano di Zona 10

I soggetti coinvolti nel Piano di Zona 10

Organizzazione e competenze 10

- *Assemblea Intercomunale* 11
- *Tavolo Tecnico* 11
- *Ufficio di Piano* 12
- *Tavolo degli operatori sociali comunali* 13
- *Tavolo degli operatori comunali integrati* 13
- *Tavoli di area per la progettazione partecipata* 13
- *Tavolo di consultazione e confronto del Terzo Settore* 15
- *Coordinamento degli Uffici di Piano in ambito ASL MI2* 15
- *Cabina di Regia* 15

Titolo II - Aggiornamento del quadro demografico e della spesa sociale 16

Profilo socio demografico del territorio 16

Andamento demografico 16

Struttura della popolazione 19

Popolazione straniera 21

Analisi della Spesa Sociale 25

Titolo III - Le Risorse 29

Il contesto economico generale 29

Titolo IV – La valutazione del Piano di Zona 2012-2014 32

Verifica obiettivi azioni di sistema 32

Verifica obiettivi area non autosufficienza 35

Tabelle di sintesi interventi area non autosufficienza 38

- *Assistenza domiciliare* 38
- *Assegni di cura* 39
- *Misura B2 DGR 740/2013* 39
- *Telesoccorso / Teleassistenza* 40
- *Ufficio Protezione Giuridica Distrettuale* 40
- *Voucherizzazione Servizio Trasporto Sociale* 40
- *La regolarizzazione del lavoro di cura* 40

Verifica obiettivi area Salute Mentale 41

Tabelle di sintesi interventi area Salute Mentale 42

Verifica obiettivi area Minori e Famiglie 43

Tabelle di sintesi interventi area Minori e Famiglie 45

- *Servizio Assistenza domiciliare* 45
- *Gli affidi e le Comunità per minori* 46

- *Penale Minorile* 46
- *Centri Diurni Estivi* 47
- *Sostegno alle famiglie per l'accesso ai servizi socio educativi e scolastici* 47

Verifica obiettivi area Prima Infanzia 48

Tabelle di sintesi interventi area Prima Infanzia 49

- *Sistema di offerta alla Prima Infanzia* 49
- *Bonus Bebé 2014 "Benvenuto al mondo"* 49
- *Accreditamento Unità di Offerta Prima Infanzia* 50

Verifica obiettivi area Politiche Giovanili 52

- *La Governance distrettuale* 53

Verifica obiettivi area Inclusione Sociale e Immigrazione 54

Tabelle di sintesi interventi area Inclusione Sociale e Immigrazione 57

- *Interventi di housing sociale* 57
- *Il Reddito di Inserimento Sociale e il Microcredito* 58
- *Interventi di sostegno economico generico erogati dai Comuni* 58
- *La mediazione linguistico culturale* 58
- *Sportelli per l'immigrazione* 59

Titolo V – Linee di sviluppo e ambiti di miglioramento: gli aspetti Fondamentali della programmazione 2015-2017 60

Azioni di sistema 60

- *Coordinamento e messa a sistema del Segretariato Sociale* 60
- *Proseguire il percorso di ricomposizione delle prestazioni e dei servizi comunali* 61
- *Ampliamento delle gestioni associate/coordinate* 61
- *Elaborazione di un regolamento distrettuale ISEE* 61

- *Rafforzamento degli ambiti di attuazione dell'integrazione socio-sanitaria* 61
- *Obiettivi 2015-2017 azioni di sistema* 62

Area non autosufficienza 65

- *Il sostegno alle reti parentali* 65
- *La qualificazione e la regolarizzazione del lavoro di cura privato* 65
- *Il sistema territoriale dei servizi* 66
- *Obiettivi 2015-2017 area non autosufficienza* 67

Area Salute Mentale 71

- *Obiettivi 2015-2017 area Salute Mentale* 75

Area Famiglie e Minori, Prima Infanzia e Politiche Giovanili 77

- *Obiettivi 2015-2017 area Famiglie e Minori* 79
- *Obiettivi 2015-2017 area Prima Infanzia* 83
- *Obiettivi 2015-2017 area Politiche Giovanili* 84

Area Inclusione Sociale, Emarginazione, Povertà e Immigrazione 87

Uno sguardo generale sull'impoverimento delle famiglie 87

Il sistema Distrettuale degli interventi 90

- *Il reddito di inserimento sociale* 90
- *Progetti di supporto e autonomia delle risorse familiari attraverso azioni educative* 90
- *Progetti di housing e co-housing sociale* 91
- *Azioni di contrasto alla violenza di genere* 92

Il fenomeno migratorio nel Distretto 92

Gli Sportelli per l'immigrazione 93

La mediazione linguistico culturale 93

Minori stranieri non accompagnati 94

Obiettivi 2015-2017 area Inclusione Sociale, Emarginazione, Povertà e Immigrazione 95

Allegati

- *Documento per la programmazione zonale 2015-2017 ASL MI 2.*
- *Documento per la programmazione zonale 2015-2017 ASL MI 2 "Un welfare che crea valore per le persone, le famiglie e la comunità - linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2015-2017". L'integrazione socio-sanitaria.*
- *Documento dei Sindacati dei Pensionati "SPI-CGIL - FNP-CISL – UILP-UIL"; Osservazioni e proposte per il nuovo Piano di Zona 2015-2017.*

Il triennio 2015 – 2017: un welfare che crea valore per le persone, le famiglie e la comunità

Con Deliberazione di giunta regionale n. X/2941 del 19 dicembre 2014 – Approvazione del documento "Un welfare che crea valore per le persone, le famiglie e le comunità. Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2015-2017" Regione Lombardia definisce la cornice di riferimento entro cui costruire la programmazione locale del prossimo triennio con l'obiettivo di conciliare il nuovo quadro dei bisogni con la programmazione e l'organizzazione di risposte appropriate anche sotto il profilo del riorientamento e dell'integrazione delle risorse.

Il documento regionale parte dall'analisi dell'attuale sistema di welfare caratterizzato da una frammentazione su molteplici piani:

- tra ASL e enti locali dove lo scarso livello di integrazione rischia di originare aree di sovrapposizione e/o di lasciare scoperte aree di bisogno;
- tra risorse in capo a soggetti diversi, considerato che la parte più rilevante di esse è nella disponibilità delle famiglie e che il sistema pubblico ne gestisce solo il 25-30% distribuito tra ASL, Comuni, Ambiti;
- nel sistema di conoscenza che impedisce agli attori del sistema una visione di insieme della domanda e dei bisogni di cui si occupa, delle risorse complessivamente in campo, delle competenze e delle possibilità di risposta attivate e attivabili nel territorio;
- nel sistema dei servizi che porta a percorsi di accesso complicati che spesso non garantiscono la continuità della presa in carico.

Da qui la necessità improrogabile di promuovere e consolidare la ricomposizione tra i soggetti istituzionali e tra questi e gli agenti del welfare espressione della comunità locale.
L'attuale momento programmatorio ci richiama quindi alla costruzione di percorsi che incrementino i livelli di connessione e integrazione e non alla mera programmazione delle risorse trasferite agli uffici di piano, e da questi gestite, generando ulteriore frammentazione.

Al fine di superare tale frammentazione che caratterizza l'attuale sistema di welfare occorre quindi focalizzare l'attenzione sulla ricomposizione degli interventi, delle risorse e delle informazioni al fine di garantire:

- Una programmazione integrata tra i diversi attori del sistema (ricomposizione delle informazioni)
- Il raggiungimento di maggiori livelli di efficacia e la riduzione degli sprechi (ricomposizione delle risorse)
- La facilitazione dei percorsi per le famiglie e gli utenti (ricomposizione dei servizi)

Il processo di ricomposizione può essere realizzato in modo efficace se si sviluppa su due diversi livelli, quello locale e quello regionale, partendo dalla individuazione di specifiche aree di priorità declinando obiettivi coerenti e realistici.

A livello locale il processo di programmazione del welfare dovrà individuare le aree prioritarie per la ricomposizione e declinarle in obiettivi specifici e indicatori in grado di rappresentare lo stato attuale e quello atteso in relazione alla realizzazione di un sistema territoriale più integrato e comunicante nell'ambito dei tre livelli di ricomposizione: conoscenza dei bisogni, gestione delle risorse e integrazione dei servizi, indicando tempi e risorse dedicate.

A livello regionale sarà perseguita una ricomposizione delle risorse in termini di ricognizione delle stesse e loro integrazione in un budget unitario con eventuali vincoli di utilizzo su parte delle risorse. Le assegnazioni ai territori avverranno in modo indistinto per quota capitaria al netto del sistema di

premialità che sarà riconosciuto agli ambiti che esprimono buoni livelli di integrazione. Viceversa si prevede una decurtazione della quota indistinta per gli ambiti i cui enti esprimano livelli di Integrazione e di presa in carico inferiore ad un livello minimo consentito, ancora da definire.

Rispetto al sistema informativo per la ricomposizione delle conoscenze vengono indicati alcuni strumenti che gli ambiti potranno avere a disposizione per perseguire l'obiettivo di ricomposizione, che saranno utili sia ai fini programmatori, per operare scelte, per confrontarsi con altri territori e porsi obiettivi di miglioramento, che a fini rendicontativi:

- il sistema di conoscenza dell'evoluzione delle policy di welfare locale, ovvero il sistema di indicatori costruito in raccordo con Asl e Ambiti in un percorso di accompagnamento condotto dal Cergas Bocconi
- il sistema di rendicontazione della spesa sociale dei comuni, fonte ormai utilizzata dal 97% degli ambiti
- l'anagrafica delle unità d'offerta sociali, strumento in avvio, costruito in coerenza con quello in uso in area sociosanitaria, che consentirà nel corso del 2015 di avere un riferimento univoco e puntuale per ciascuna unità, completando così il quadro dell'offerta del welfare locale

A questi si aggiungono i flussi regionali, ovvero:

- quello derivante dal Fondo sociale regionale, con dati puntuali su posti, utenza e costi;
- quello derivante dal Fondo nazionale per la non autosufficienza, che consentirà sperimentare modalità rendicontative sul singolo beneficiario, in linea con quanto già accade nel sistema sociosanitario.

Rispetto al processo di ricomposizione delle risorse frammentate tra i diversi soggetti (Comuni, ASL, Regione, utenti e famiglie) e promuovere la massima efficacia degli interventi è necessario che:

- i Comuni gestiscano in forma associata la quota maggiore possibile di risorse proprie, indicando espressamente che questo sarà elemento valutato nel sistema premiale;
- l'acquisizione di risorse aggiuntive da parte degli uffici di piano grazie ad azioni di fund raising non comporti alcuna riduzione dei trasferimenti comunali;
- le risorse regionali siano ricomposte e trasferite agli ambiti a quota indistinta correlata a obiettivi di risultato condivisi e negoziati.

Rispetto ai contenuti di merito della programmazione le linee di indirizzo lasciano autonomia agli ambiti, non vengono indicati specifici obiettivi di policy da porre, né bisogni prioritari da affrontare, o target di utenza privilegiati da raggiungere.

Il documento si limita a fornire alcuni spunti, che rappresentano la visione verso la quale la programmazione locale dovrà tendere, ovvero:

- orientarsi verso le persone e le famiglie assumendo come focus dei servizi i bisogni e i problemi della popolazione e non la sola domanda;
- ricercare l'appropriatezza delle risposte (centralità di una presa in carico integrata);
- integrare aree di policy differenti: casa, lavoro, sanità e scuola.

Le linee guida confermano e ribadiscono l'individuazione della Cabina di Regia, istituita con DGR 326/2013, quale importante snodo di integrazione a supporto della programmazione territoriale.

La cabina di regia assume quindi un ruolo strategico attraverso:

- il confronto e la condivisione di modalità di lavoro comune tra i diversi ambiti e tra questi e la ASL;
- la declinazione coordinata a livello locale degli indirizzi regionali;
- Il monitoraggio dello stato di avanzamento degli obiettivi del piano di zona in relazione al processo di ricomposizione;
- Il raccordo con gli organismi politici (Assemblea distrettuale, Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci e Conferenza dei Sindaci).

Il Terzo Settore viene confermato e riconosciuto come realtà che concorre pienamente alla realizzazione del sistema di welfare in modo integrato con i soggetti pubblici, all'individuazione degli obiettivi della programmazione regionale e alla definizione degli interventi e dei servizi.
Oltre all'Accordo di Programma che rappresenta lo strumento per regolare i rapporti di collaborazione tra gli enti pubblici e i soggetti del terzo settore che intendano aderirvi, viene data ampia rilevanza all'opportunità di dare seguito attraverso accordi locali, convenzioni o protocolli operativi a tutte le forme di collaborazione e in particolare alla coprogettazione, alla sperimentazione di nuovi servizi e nuove modalità gestionali.

Titolo I - La Governance del Piano di Zona

I soggetti coinvolti nel Piano di Zona

I soggetti coinvolti nella programmazione sociale locale sono:

- i Comuni associati, che provvedono, ai sensi dell'art. 19 – comma 1- della L. 328/00 a definire il Piano di Zona Sociale.
- La Regione Lombardia, ai sensi dell'art. 8 della 328/00, esercita le funzioni di programmazione, coordinamento ed indirizzo degli interventi sociali. ,
- la ASL Provincia di Milano 2, in quanto soggetto i cui interventi sono fortemente interdipendenti con le politiche sociali e assistenziali realizzate sul territorio e per vincolo determinato *all'art. 18 c. 7* della L.R. 3/2008 *"Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitari"*
- L'Azienda Ospedaliera di Melegnano, competente per l'area del Distretto Sociale Est Milano , in particolare con il Dipartimento Salute Mentale.
- Il Ministero di Grazia e Giustizia, attraverso l' U.E.P.E.. (Unità Esecuzione Penale Esterna) e l' USSM (Ufficio Servizi Sociali per Minorenni).
- Il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca attraverso l'Ufficio Provinciale Scolastico (ex Provveditorato agli studi) e gli Istituti scolastici del Distretto Sociale.
- L'Associazionismo, la Cooperazione Sociale ed i soggetti individuati all'art. 1 comma 4 della L. 328/2000 in quanto espressione e risorsa della società civile organizzata del territorio .
- Il settore profit dell'assistenza sociale e socio-sanitaria.
- Le confederazioni Sindacali relativamente alla promozione delle politiche attive per il lavoro.
- I sindacati di categoria con particolare riferimento a quelli che rappresentano il mondo della popolazione pensionata ed anziana in genere.
- Le realtà produttive del territorio.
- Le organizzazioni di categoria del tessuto economico imprenditoriale di riferimento.

Organizzazione e competenze

La struttura organizzativa del Piano di Zona Sociale è così composta:

- Assemblea Intercomunale del Distretto Sociale Est Milano;
- Tavolo Tecnico;
- Ufficio di Piano;
- Tavolo degli operatori sociali;
- Tavolo degli operatori comunali (servizi educativo-scolastici, tecnico, SUAP, ecc.);
- Tavoli di area per la progettazione partecipata:
  - Area anziani, disabilità e salute mentale
  - Area minori e famiglia - politiche scolastiche ed educative
  - Area Inclusione sociale, immigrazione
- Tavolo di consultazione e confronto del Terzo Settore;
- Tavoli interdistrettuali di lavoro su temi specifici;
- Tavolo di coordinamento degli Uffici di Piano;
- Cabina di regia; ASL MI 2 – Uffici di Piano.

- ***Assemblea Intercomunale del Distretto Sociale Est Milano***

E' composta da:
- Il Presidente dell'Assemblea è il Sindaco, o suo delegato, del Comune capofila;
- I Sindaci, o loro delegati, dei Comuni afferenti all'ambito territoriale.

Partecipano inoltre, in forma consultiva, come componenti stabili all'Assemblea:
- Due rappresentanti eletti dal Tavolo di consultazione e confronto del Terzo Settore locale che esprimeranno unico parere (voto consultivo) che sarà riportato agli atti;
- Il Direttore Sociale del Dipartimento A.S.S.I. Della ASL MI 2 o suo delegato;
- il Direttore del Distretto socio-sanitario o suo delegato;
- il Direttore del Dipartimento Salute Menatale dell'Azienda Ospedaliera di Milano o suo delegato.

Funzioni dell'Assemblea Intercomunale del Distretto sociale Est Milano:
- L'Assemblea ha compiti esecutivi, di indirizzo e controllo sull'attuazione del Piano di Zona Sociale;
- Delibera in merito agli interventi di competenza del Piano di Zona;
- Individua gli obiettivi locali e determina le priorità, sulla base dei documenti elaborati dal Tavolo Tecnico e dall'Ufficio di Piano, di concerto con i Tavoli di Area ed i Gruppi di lavoro Tecnico degli operatori comunali;
- Coordina gli obiettivi politici dei singoli territori tra loro e con le politiche sociali, sanitarie , educativo- formative, occupazionali e di politica territoriale individuate a livello sovra distrettuale;
- Definisce l'assetto organizzativo idoneo alla migliore attuazione del Piano di Zona;
- Include in forma consultiva, nella ricerca di metodi e strumenti per l'integrazione delle politiche, i responsabili e/o loro delegati dell'A.S.L., della A.O., i rappresentanti delle scuole del territorio, i rappresentanti del tessuto produttivo territoriale ed i rappresentanti dei lavoratori.

Inoltre l'Assemblea partecipa al percorso di analisi, programmazione, progettazione e realizzazione degli interventi previsti, in modo complementare alla struttura tecnico-operativa, composta dal Tavolo Tecnico e dall'Ufficio di Piano.

- ***Tavolo tecnico***

Il Tavolo Tecnico e l'Ufficio di Piano svolgono una funzione complementare:

Il T.T. è composto da:
- Il/la Responsabile dell'Ufficio di Piano;
- I/le Responsabili dei Servizi Sociali dei Comuni afferenti al Distretto;
- gli operatori assegnati all'Ufficio di Piano;
- Possono partecipare, su invito del Tavolo Tecnico stesso, i rappresentanti dei Tavoli di area per la trattazione di argomenti specifici riguardanti l'area di riferimento o altri soggetti opportunamente individuati.

Funzioni del Tavolo Tecnico:
- Individua il percorso per rendere operativo il ruolo dell'ufficio di piano come "imprenditore di reti" e coordinatore delle relazioni distrettuali e interdistrettuali;
- Provvede all'analisi dei flussi di finanziamento e della spesa complessiva del settore sociale e delle aree correlate alla programmazione zonale;
- Effettua l'analisi degli interventi e dei servizi in atto;

- Elabora proposte per la definizione dei livelli ottimali di erogazione dei servizi in una logica di rete;
- Elabora e valuta la possibilità di istituire nuovi servizi, di uniformare criteri di accesso su scala distrettuale ed avviare gestioni associate a livello di ambito territoriale o interdistrettuali;
- Elabora proposte per l'allocazione delle risorse;
- Elabora la bozza di Piano da sottoporre al Tavolo politico, per le successive consultazioni;
- Elabora la stesura definitiva del Piano;
- Valuta le proposte di modifica ed integrazione al Piano di Zona.

- ***Ufficio di Piano***

E' composto da:
- La Responsabile dell'Ufficio di Piano;
- Il Coordinatore dei Tavoli di area;
- L'Assistente Sociale;
- La collaboratrice amministrativa;

Funzioni dell'Ufficio di Piano :
Le funzioni del Distretto, espletate attraverso gli Uffici di Piano, hanno assunto da anni un ruolo centrale nell'articolazione della rete istituzionale.
La Regione, la Città metropolitana, le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere comunicano e progettano sugli ambiti di integrazione interistituzionali con i Comuni, esclusivamente attraverso l'Ufficio di Piano dei Distretti Sociali.

In aggiunta alla rete istituzionale è ormai consolidato il rapporto ufficiale con il Tavolo del Terzo Settore locale e più in generale con tutti i soggetti individuati all'art.1 della L. 328/2000 per la programmazione e gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.
In questo contesto di relazioni interistituzionali e intersettoriali i Distretti hanno il compito strategico di intervenire sui Tavoli di studio per la predisposizione di linee guida regionali e provinciali per l'attuazione di interventi e servizi, collaborare nella predisposizione degli ambiti di integrazione socio-sanitaria, formulare criteri per la gestione di budget e progetti di interesse sovra distrettuale.

Parallelamente alla funzione di regolatore del sistema istituzionale per conto dei Comuni, dal punto di vista locale il ruolo degli Uffici di Piano rimane quello di avviare, coordinare e gestire le reti territoriali per lo sviluppo delle opportunità e dei servizi alla popolazione, unitamente alla gestione di funzioni quali l'accreditamento delle Unità di Offerta Sociale .

In sintesi vengono attribuite all'Ufficio di Piano le seguenti funzioni:
- Rappresenta l'Ambito nei Tavoli Interistituzionali;
- Garantisce la partecipazione agli organismi previsti dal Patto Regionale per la Salute mentale quali: l' O.C.S.M. (Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale) e l' OCNPIA (Organismo di Coordinamento per la Neuro Psichiatria dell'infanzia e dell'Adolescenza);
- Garantisce la comunicazione interna tra gli Enti Locali afferenti, le Istituzioni coinvolte nella programmazione del Piano di Zona ed i soggetti di cui all'art. 1, comma 4, della L. 328, presenti sul territorio e partecipanti ai Tavoli, oltre che la diffusione delle informazioni alla popolazione del Distretto Sociale in merito agli interventi ed ai servizi promossi;
- Promuove e coordina la partecipazione dei soggetti individuati dall'art. 1 della L. 328/2000 ai Tavoli di area;
- Mantiene il coordinamento con gli Uffici di Piano degli altri ambiti dell'ASL Milano 2;
- Fornisce supporto operativo al Tavolo Tecnico;
- Monitora, analizza ed approfondisce le dinamiche ed i processi di trasformazione sociale che interessano il territorio;

- Elabora analisi e studi di fattibilità volti all'omogeneizzazione dei criteri di accesso ai servizi di competenza comunale;
- Studia, elabora e istruisce tutti gli atti di competenza del Distretto;
- Coordina l'attuazione degli interventi e servizi previsti dal Piano;
- Coordina convoca ed attiva i soggetti aderenti ai Tavoli di area per la progettazione partecipata;
- Attiva e coordina i gruppi di lavoro specifici, eventualmente richiesti dal Tavolo Tecnico e dai Tavoli di area, e ne cura la funzionalità.

- ***Tavolo degli operatori sociali comunali***

E' composto da:
- L'Assistente Sociale dell'Ufficio di Piano;
- Il Coordinatore dei Tavoli di area;
- N. 1 Assistente Sociale per ogni Comune afferente al Distretto;
- Eventuali operatori dei servizi.

Funzioni del Tavolo degli operatori sociali:

- Approfondimento e studio di proposte tecniche atte all'attivazione ed all'omogeneizzazione dei criteri di accesso ai servizi comunali ;
- Analisi delle proposte emergenti dai Tavoli di area, dal Tavolo Tecnico e dall'Assemblea Intercomunale.

- ***Tavolo degli operatori comunali integrati***

Si riferisce alla costituzione di possibili Tavoli specifici, per formalizzare momenti di collaborazione trasversale con operatori e tecnici per lo studio e l'approfondimento di proposte e/o modifiche di servizi e progetti attivati dal Distretto, le cui figure professionali saranno individuate in ordine alle materie da esaminare.

- ***Tavoli di Area per la progettazione partecipata***

Anche per il triennio appena concluso è stata rilevata una scarsa partecipazione delle associazioni ed organizzazioni del volontariato e della promozione sociale locale.
In particolare viene evidenziato che delle circa 170 associazioni di volontariato e promozione sociale operanti nel Distretto meno di dieci partecipano ai lavori dei Tavoli di Area. Fatta eccezione per alcun Centri di Ascolto e sedi Caritas locali, l'Unione Samaritana che opera con funzioni di supporto all'interno della R.S.A. Golgi - Redaelli di Vimodrone, La Lente (familiari di soggetti con problemi di salute mentale), Brasil Intermundo (intercultura) e Le Vele (minori e famiglia), l'associazionismo ed il volontariato comunale è del tutto assente dai lavori dei Tavoli.
Si rileva essenzialmente l'importante assenza della gran parte dell'associazionismo operante in ambito socio-assistenziale e socio-sanitario e la totale assenza nei settori sportivo, culturale ed ambientale.
L'Ufficio di Piano del Distretto Sociale ed i Comuni, si impegneranno nel triennio a promuovere nuove forme di comunicazione e diffusione delle opportunità di partecipazione ai Tavoli come momento condiviso di confronto e programmazione integrata.
L'Ufficio di Piano modificherà le procedure ad evidenza pubblica per la raccolta delle adesione al percorso di programmazione degli interventi per la realizzazione del Piano di Zona.

Verranno definite con i Comuni proposte incentivanti e premianti per favorire la partecipazione delle organizzazioni locali.
Ai fini della programmazione sociale integrata con le politiche sanitarie e socio-sanitarie, culturali, formative-educative, territoriali e occupazionali vengono mantenuti i Tavoli di Area avviati nel febbraio 2004, come luogo di sintesi tra le Istituzioni e le organizzazioni presenti nella comunità di riferimento:

- Tavolo Anziani, Disabilità e Salute Mentale (mantenimento gruppi di lavoro specifici)
- Tavolo Minori e Famiglia, incluse le politiche scolastiche ed educative
- Tavolo Inclusione sociale- immigrazione - lavoro

Tutti i Tavoli sono competenti per una pluralità di ambiti di lavoro e possono prevedere momenti specifici di analisi, confronto e programmazione su singoli temi, costituendo e formalizzando i gruppi di lavoro individuati.
Pur mantenendo la denominazione dei Tavoli corrispondente alle aree tradizionali del lavori sociale, verranno privilegiate le convocazione per temi che interessano due o più Tavoli di lavoro.
Tutti gli incontri dei Tavoli verranno verbalizzati. I verbali rappresentano il filo conduttore dell'impostazione delle discussioni e riportano sinteticamente le decisioni e gli orientamenti assunti.

Composizione dei Tavoli di progettazione partecipata:
Il Responsabile di ogni Tavolo sarà individuato nell'ambito del Tavolo Tecnico:
Ogni Tavolo d'area è composto da:

- Il Responsabile del Tavolo;
- Il Coordinatore dei Tavoli di area;
- L'Assistente Sociale dell'Ufficio di Piano;
- Gli Assistenti e operatori sociali dei Comuni afferenti;
- I Soggetti individuati all'art. 1 comma 4 e 6 della L. 328/2000 operanti sul territorio ed alla L.R. 3/08 all'art. 3 comma 1 punti a,b,c,d ;
- I gestori dei servizi pubblici appaltati dai Comuni;
- Il rappresentante del Distretto socio-sanitario;
- Rappresentante dell'Azienda Ospedaliera, (C.P.S. – U.O.N.P.I.A.);
- Eventuali rappresentanti della Città Metropolitana e della Regione Lombardia;
- Eventuali rappresentanti delle forze dell'ordine ;
- I rappresentanti della Scuola;
- I rappresentanti del Ministero della Giustizia: U. E .P. E. (Ufficio Esecuzione Penale Esterna) e U. S. S. M. (Ufficio Servizio Sociale per Minorenni);
- I rappresentanti di strutture e servizi socio-assistenziali e socio-sanitari del territorio;
- I rappresentanti degli operatori economici;
- I rappresentanti dei lavoratori.

Le funzioni dei Tavoli d'area per la programmazione partecipata :

- Analisi delle risorse del territorio e delle reti esistenti;
- Raccolta dei bisogni emergenti;
- Elaborazione di proposte, progetti e servizi;
- Partecipazione alla costituzione e mantenimento delle reti territoriali.

I Tavoli di area si configurano come ambiti di lavoro aperto, aventi la finalità di coinvolgere le risorse sociali, culturali, economiche ed individuali espresse dal territorio di appartenenza nella realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi.
Ai Tavoli parteciperanno, per settore di interesse, tutti i soggetti operanti sul territorio che esprimono disponibilità formale a collaborare nell'attuazione del Piano di Zona, oltre agli operatori dei Servizi di interesse pubblico gestiti dalle istituzioni o dal privato profit e no-profit.
Gli argomenti proposti alla discussione nei Tavoli di area dovranno privilegiare un maggiore livello di interdisciplinarità rispetto alle convocazione per servizi di competenza.

A titolo di esempio ricordiamo i temi della conciliazione tempi di vita e di lavoro, le politiche scolastiche ed educative con particolare attenzione all'integrazione scolastica dei disabili, la non autosufficienza, le politiche attive del lavoro, la salute mentale, che intersecano due o più aree di riferimento.

- ***Tavolo di consultazione e confronto del Terzo Settore***

E' composto da tutte le associazioni di volontariato, le cooperative sociali e le organizzazioni della società civile operanti o aventi sede nel Distretto sociale che abbiano formalizzato la richiesta di partecipazione ai lavori del Piano di Zona.
Il Tavolo, istituito ai sensi della D.G.R 7797 del 2008 è regolato in base ai criteri definiti dalla DGR stessa ed in base alla Delibera dell'Assemblea Intercomunale del Distretto Sociale Est Milano n. 5 approvata in data 04.03.2009.
I rappresentanti del Terzo Settore che parteciperanno all'Assemblea Intercomunale avranno il compito di mantenere il collegamento con il Tavolo del Terzo Settore, nelle forme e nei modi dal Tavolo stesso individuate, prestando particolare attenzione al coinvolgimento del quarto settore locale (associazionismo e volontariato). Inoltre avrà il compito di comunicare al proprio Tavolo di riferimento, con il supporto dell'ufficio di piano, i temi, le discussioni e le decisioni assunte dall'Assemblea Intercomunale.

Tra i diversi ambiti di confronto, analisi e progettazione, un ruolo importante è affidato ai Tavoli Interdistrettuali. Tali Tavoli lavoreranno soprattutto per raggiungere gli obiettivi che tutti i Distretti Sociali della ASL MI 2 hanno assunto ed inserito congiuntamente nel documento di piano dei rispettivi Ambiti territoriali.
Oltre al livello omogeneo tra tutti i Distretti afferenti alla ASL MI 2, vi sono ambiti di confronto interdistrettuale che coinvolgono solo parte dei distretti della ASL per vicinanza territoriale e/o condivisione di percorsi progettuali .

- ***Coordinamento degli Uffici di Piano in ambito ASL MI 2***

E' composto dai Responsabili degli otto Uffici di Piano. Rappresenta il luogo istituzionale del confronto, analisi e progettazione su temi trasversali tra gli 8 Piani di Zona. Fornisce il supporto tecnico al Consiglio di Rappresentanza e alla Conferenza dei Sindaci.

- ***Cabina di regia***

La cabina di regia è composta dai Responsabili degli Uffici di Piano degli otto Distretti Sociali, dal Direttore Sociale e dai responsabili dei vari ambiti del Dipartimento ASSI della ASL MI 2, rappresenta lo snodo strategico per l'integrazione a supporto della programmazione territoriale mediante:

- il confronto e la condivisione di modalità di lavoro comune tra i diversi ambiti e tra questi e la ASL;
- la declinazione coordinata a livello locale degli indirizzi regionali;
- Il monitoraggio dello stato di avanzamento degli obiettivi del piano di zona in relazione al processo di ricomposizione;
- Il raccordo con gli organismi politici (Assemblea distrettuale, Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci e Conferenza dei Sindaci).

Titolo II Aggiornamento del quadro demografico e della Spesa Sociale

Profilo socio demografico del territorio

La breve analisi demografica che segue vuole delineare il quadro della popolazione residente nell'ambito distrettuale alla luce delle variazioni demografiche e strutturali che la interessano.
La dinamica demografica rappresenta, infatti, seppure in modo indiretto, un indicatore significativo dello sviluppo del territorio dal punto di vista sociale ed economico. In tale ottica risulta di notevole interesse l'analisi congiunta dei numerosi dati statistici che forniscono informazioni relative alle tendenze in atto, nonché dei molti fattori che contribuiscono ad influenzare lo scenario demografico del territorio.
In particolare saranno analizzate:

- la dinamica demografica (totale dei residenti nel distretto e nei comuni che lo compongono, trend della popolazione, variazioni % annue, nascite e tassi di natalità, decessi e tassi di mortalità, saldo naturale, migratorio, totale);
- la struttura della popolazione (composizione per sesso e fasce di età e indici di struttura quali indice di vecchiaia, di carico sociale giovani ed anziani);
- la dinamica demografica dei residenti di origine straniera.

L'analisi è stata svolta mediante l'utilizzo di diverse fonti. Prima su tutte il patrimonio informativo fornito dagli Uffici anagrafici dei singoli Comuni e dal Distretto stesso tramite la raccolta e selezione della documentazione a disposizione; in secondo luogo, per comparare i dati distrettuali e rilevare le specificità che caratterizzano il territorio, è stata fatta una ricognizione documentale degli studi effettuati e delle varie banche dati statistiche ufficiali già esistenti a livello provinciale, regionale e nazionale.

Andamento demografico

Al 31.12.2014 la popolazione residente nel Distretto ammonta a 93.908 abitanti su una superficie complessiva di 48,25 Kmq con una densità di 1946,27 abitanti per Kmq.

Tavola 1- Popolazione e densità al 31.12.2014

Comuni	Popolazione al 31.12.2014	Superficie Kmq	Densità
Pioltello	36936	13,2	2798,18
Rodano	4638	12,87	360,37
Segrate	35217	17,44	2019,32
Vimodrone	17117	4,74	3611,18
Distretto	93908	48,25	1946,27
Provincia Milano	3176180	1578,9	2011,64
Regione Lombardia	9973397	23862,8	417,94

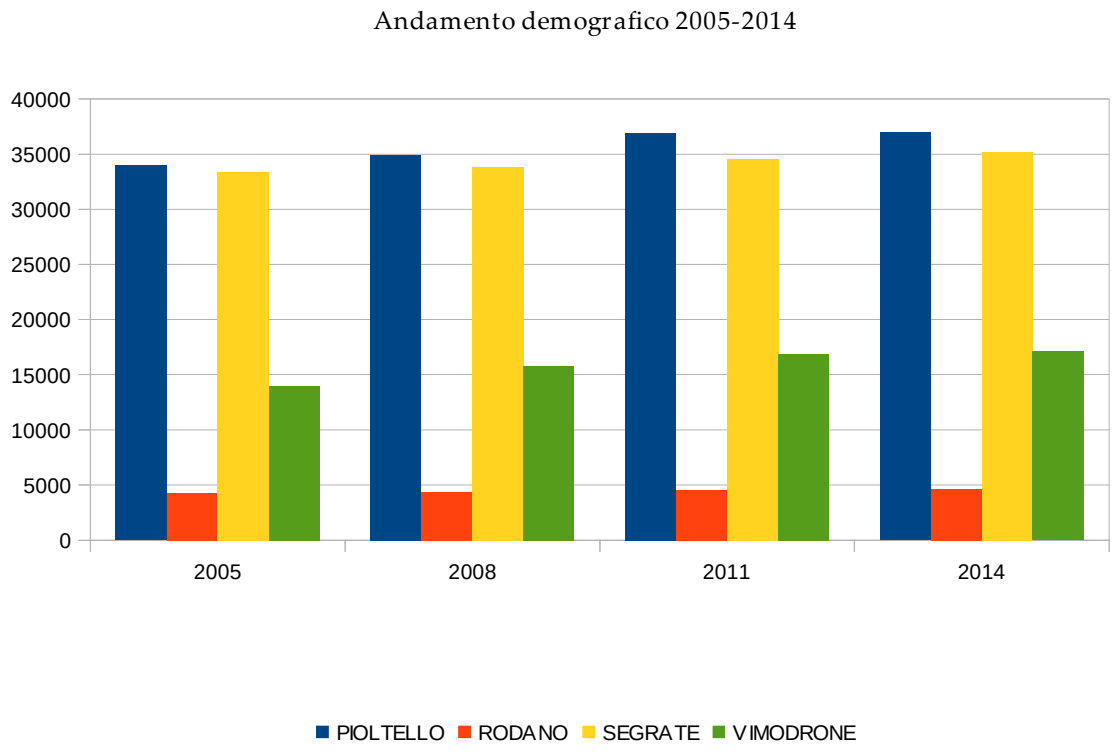
Fonte: rielaborazione dati ISTAT anagrafi comunali

Il territorio da questa punto di vista risulta disomogeneo, come si evince dalla tavola 1 la densità della popolazione risulta particolarmente elevata nei Comuni di Vimodrone (3611,18) ed elevata nel Comune di Pioltello (2798,18) dove, contrariamente alla media distrettuale, risulta superiore anche alla media provinciale che è una delle più alte a livello nazionale e si attesta intorno a 2000 residenti per Kmq. Viceversa il dato relativo al Comune di Rodano risulta in controtendenza rispetto alle caratteristiche del territorio nel quale è inserito con una densità inferiore addirittura alla media regionale.
La tavola che segue mostra la serie storica della popolazione residente nel distretto suddivisa per comuni nell'arco degli anni 2005 – 2014 (a campione anni 2005 – 2008 – 2011 – 2014).

Tavola 2 – Serie storica della popolazione residente nel Distretto Sociale Est Milano 2005-2014

COMUNI	2005	2008	2011	2014
PIOLTELLO	33965	34896	36930	36936
RODANO	4293	4390	4556	4638
SEGRATE	33381	33819	34535	35217
VIMODRONE	14012	15783	16879	17117
TOTALE DISTRETTO	**85651**	**88888**	**92900**	**93908**

Fonte: rielaborazione dati ISTAT anagrafi comunali



La tavola 3 riporta invece la variazione della popolazione negli anni considerati, in termini numerici e percentuali.

Tavola 3 – Variazione della popolazione residente nel Distretto Sociale Est Milano 2005-2014

COMUNI	VARIAZIONE 2005-2008		VARIAZIONE 2008-2011		VARIAZIONE 2011-2014		VARIAZIONE 2005-2014	
	Valore numerico	Valore %	Valore numerico	Valore %	Valore numerico	Valore %	Valore numerico	Valore %
PIOLTELLO	931	2,74%	2034	5,50%	6	0,016%	2971	8,7%
RODANO	97	2,20%	166	3,64	82	1,76%	345	0,81%
SEGRATE	438	1,29%	716	2,07	682	1,93%	1836	5,5 %
VIMODRONE	1771	11,22%	1096	6,49%	238	1,39	3105	22,2%
TOTALE	**3237**	**3,64%**	**4012**	**4,31%**	**1008**	**1,13%**	**7657**	**8,9%**

Fonte: rielaborazione dati ISTAT anagrafi comunali

Complessivamente i dati evidenziano un costante aumento della popolazione residente nell'ambito, passata dalle 85.651 unità del 2005 alle 93.308 del 31.12.2014, con un incremento complessivo nel periodo di riferimento di 7657 residenti, pari al 8,90 %.
Gli incrementi maggiori si registrano soprattutto nel periodo 2008-2011, con una variazione totale di oltre 4.000 cittadini. Il comune di Vimodrone è quello maggiormente interessato dall'aumento: da 14.012 residenti del 2005 a 17.117 nel 2014, con un incremento totale percentuale di oltre il 20%.

Nel periodo 2005-2011 il saldo naturale (differenza tra numero di nascite e decessi nella popolazione) e il saldo migratorio (differenza tra il numero degli iscritti e il numero dei cancellati dai registri anagrafici) sono sempre stati positivi per tutti e quattro i Comuni e il saldo migratorio ha rappresentato il fattore di crescita più rilevante rispetto al saldo naturale.
Nel periodo 2011-2014 si osserva una variazione significativa rispetto alla seriazione storica del dato relativo al saldo migratorio, che segna una cifra in negativo. Tuttavia il numero assoluto degli iscritti e cancellati indica una mobilità in entrata e uscita abbastanza rilevante che incide sicuramente sui fenomeni sociali e richiede l'individuazione di percorsi di accoglienza per i nuovi cittadini.

Tavola 4 – Movimenti anagrafici della popolazione residente 2005-2014

ANNO	NASCITE	DECESSI	SALDO NATURALE	ISCRITTI	CANCELLATI	SALDO MIGRATORIO	SALDO TOTALE
2005	867	610	257	5424	3992	1432	1689
2008	892	594	298	4585	3447	1138	1436
2011	952	632	320	3857	2959	898	1218
2014	887	702	185	3717	4068	-352	-167

Fonte: rielaborazione dati ISTAT anagrafi comunali

Tavola 5 – Movimenti anagrafici della popolazione residente anno 2014 per singolo Comune

COMUNI	NASCITE	MORTI	SALDO NATURALE	ISCRITTI	CANCELLATI	SALDO MIGRATORIO	SALDO TOTALE
PIOLTELLO	396	263	133	1381	1957	-576	-443
RODANO	40	31	9	141	161	-21	-12
SEGRATE	287	260	27	1533	1263	270	297
VIMODRONE	164	148	16	662	687	-25	-9
DISTRETTO	887	702	185	3717	4068	-352	-167

Fonte: rielaborazione dati ISTAT anagrafi comunali

Ulteriori informazioni sulla dinamica demografica si ricavano dal tasso di natalità (rapporto tra il numero dei nati vivi e la popolazione ogni 1000 abitanti) dal tasso di mortalità (rapporto tra il numero di decessi e la popolazione ogni 1000 abitanti) e dalla loro differenza che determina il tasso di crescita naturale del territorio.

Tavola 6 – Tasso naturale di crescita 2014

COMUNI	TASSO DI NATALITÀ	TASSO DI MORTALITÀ	TASSO DI CRESCITA NATURALE
PIOLTELLO	11,00%	7,3%	3,7%
RODANO	9,00%	7,75	1,25%
SEGRATE	8,2 %	7,4	0,8
VIMODRONE	9,6%	8,70	0,9
DISTRETTO	9,5%	7,54	1,96
PROVINCIA DI MILANO	9,00	9,1	-0,1
REGIONE LOMBARDIA	8,8%	9,%	0,2
ITALIA	8,4%	9,8%	-1,14

Fonte: rielaborazione dati ISTAT anagrafi comunali

Come si può osservare dalla tavola 6 il tasso di natalità del distretto è superiore alla media provinciale, regionale e nazionale. In particolare il Comune di Pioltello ha un tasso significativamente più alto, pari all'11%, probabilmente collegato all'incidenza nella popolazione di molte famiglie straniere.

Struttura della popolazione

Di seguito si riportano i dati relativi alla composizione per sesso e fasce d'età della totalità della popolazione residente nel distretto al 31.12.2014.

Rispetto alla ripartizione tra uomini e donne si denota una prevalenza del sesso femminile rispetto a quello maschile nella classe over 65 mentre per le altre fasce di età si bilancia equamente, con leggera prevalenza del sesso maschile nelle fasce di minori e giovani.

La classe di età tra i 31 ed i 64 anni è chiaramente la più consistente, con oltre 46 mila unità, pari a circa il 49% del totale.

Tavola 7 – Struttura demografica popolazione residente nel distretto 31.12.2014

COMUNI	POPOLAZIONE 0-14		POPOLAZIONE 15-30		POPOLAZIONE 31-64		POPOLAZIONE OVER 65		TOTALE
	M	F	M	F	M	F	M	F	M+F
PIOLTELLO	3115	2902	3355	3027	9349	8912	2739	3537	36936
RODANO	391	340	345	321	1136	1201	450	454	4638
SEGRATE	2729	2537	2686	2449	7998	8718	3660	4444	35217
VIMODRONE	1308	1260	1105	1096	4387	4525	1507	1929	17117
DISTRETTO	**7543**	**7039**	**7491**	**6893**	**22870**	**23356**	**8356**	**10364**	**93908**

Fonte: rielaborazione dati ISTAT anagrafi comunali

Popolazione del Distretto per grandi classi di età. Anno 2014

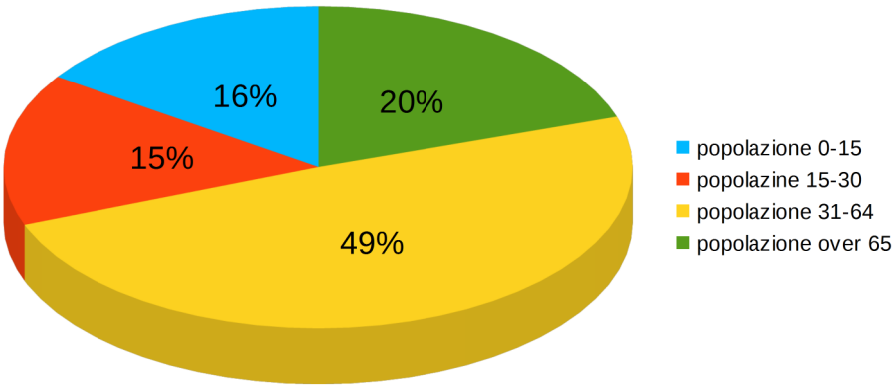


Tavola 8- minori e giovani per classi di età anno 2014

ETA'	PIOLTELLO	%	RODANO	%	SEGRATE	%	VIMODRONE	%	DISTRETTO	%
0-3	1.546	47,1629	180	5,491153	845	25,778	707	21,568	3.278	100%
4-5	887	42,5828	104	4,992799	700	33,605	392	18,819	2.083	100%
6-10	2.045	40,0352	284	5,559906	1.878	36,766	901	17,639	5.108	100%
11-14	1.539	41,3043	163	4,374665	1.456	39,077	568	15,2442	3.726	100%
15-18	1.564	41,8854	187	5,008034	1.443	38,645	540	14,4617	3.734	100%
19-24	2.361	41,9361	225	3,996448	2.236	39,716	808	14,3517	5.630	100%
25-30	2.471	43,8121	254	4,503546	1.843	32,677	1.072	19,0071	5.640	100%
0-30	12.413	42,5117	1.397	4,78441	10.401	35,621	4.988	17,0828	29.199	100%

I minori e giovani rappresentano circa il 30% della popolazione totale con una concentrazione più rilevante nel Comune di Pioltello che conta oltre il 40% dei minori e giovani residenti nel Distretto.

Per leggere al meglio le caratteristiche demografiche della popolazione, e soprattutto osservare l'evoluzione della stessa in un determinato territorio, si riportano di seguito alcuni indicatori demografici di base; da tali indici quantitativi possono essere tratte indicazioni relative alle tendenze di sviluppo demografico della popolazione considerata, alle sue capacità produttive, alla sua situazione di dipendenza.
La tavola sottostante riepiloga le formule di calcolo utilizzate per gli indici considerati:

Tavola 9– formule di calcolo indici

INDICATORE	FORMULA CALCOLO
Indice di vecchiaia	Popolazione >64 anni / Popolazione 0-14 anni X 100
Indice dipendenza strutturale (carico sociale)	Popolazione >64 anni + 0-14 anni / Popolazione 15-64 anni X 100
Indice dipendenza senile	Popolazione >64 anni

	_____ X 100 Popolazione 15-64 anni
Indice dipendenza giovanile	Popolazione 0-14 anni _____ X 100 Popolazione 15-64 anni

L'indice di vecchiaia esprime il numero di anziani ogni 100 bambini; quelli di dipendenza senile e giovanile esprimono invece rispettivamente la percentuale di anziani e giovani presenti sulla fascia della popolazione classificata come produttiva, ossia quella tra i 15 e i 64 anni.
Infine l'indice di dipendenza strutturale o carico sociale definisce il rapporto percentuale tra soggetti al di fuori dell'età lavorativa e soggetti in età lavorativa, fornendo dunque la dimensione del carico sociale della popolazione adulta attiva nei confronti delle fasce più deboli (anziani / minori).
La tavola sottostante riporta tali indici al dettaglio per ogni comune del distretto al fine di tracciare il quadro della struttura della popolazione sia a livello complessivo che dei singoli comuni. Tutti gli indici sono aggiornati al 31.12.2014.

Tavola 10– Indici demografici popolazione residente

COMUNI	INDICE DI VECCHIAIA	INDICE DIPENDENZA STRUTTURALE	INDICE DIPENDENZA SENILE	INDICE DIPENDENZA GIOVANILE
PIOLTELLO	104,30	49,88	25,46	24,41
RODANO	123,66	54,44	30,10	24,34
SEGRATE	153,81	61,18	37,06	24,09
VIMODRONE	133,80	54,02	30,91	23,10
DISTRETTO	**128,37**	**54,94**	**30,88**	**24,05**
REGIONE LOMBARDIA	149,50	55,40	33,22	22,22
ITALIA	154,05	54,60	33,10	21,48

Fonte: rielaborazione dati ISTAT anagrafi comunali

L'indice di vecchiaia del distretto (128,37) risulta inferiore sia al dato regionale che nazionale. Tuttavia si evidenziano rispetto ai singoli Comuni dell'ambito variazioni notevoli. Pioltello ha struttura demografica più giovane, probabilmente questo dato è da mettere in relazione con la presenza di cittadini immigrati che si caratterizza per una distribuzione per fasce di età under 65. Gli indici distrettuali di dipendenza senile e giovanile risultano in linea con i dati a livello regionale e nazionale.

POPOLAZIONE STRANIERA

Al 31.12.2014 il numero di residenti di origine straniera nel Distretto ammonta a 15.014 con un rilevante picco di maggiore presenza – sia in termini assoluti che in rapporto al totale degli abitanti – nel comune di Pioltello (25,41%). Il comune con la minore incidenza di popolazione straniera è Rodano (5,82%) seguono Segrate e Vimodrone con il 10,20 %.

Il dato interessante è rappresentato dall'incremento della popolazione straniera nel periodo 2005-2014 che per il Distretto passa dal 8,97% al 15,98%.

Tavola 11 – Variazione popolazione straniera residente nei comuni del Distretto 2005-2014

COMUNI	TOTALE STRANIERI		TOTALE POPOLAZIONE		% STRANIERI SUL TOTALE	
	2005	2014	2005	2014	2005	2014
PIOLTELLO	4505	9387	33965	36936	13,30%	25,41%
RODANO	198	270	4293	4638	4,60%	5,82%
SEGRATE	2211	3595	33381	35217	6,60%	10,20%
VIMODRONE	773	1762	14012	17117	5,50%	10,29%
TOTALE DISTRETTO	**7687**	**15014**	**85651**	**93908**	**8,97%**	**15,98%**

Fonte: rielaborazione dati ISTAT anagrafi comunali

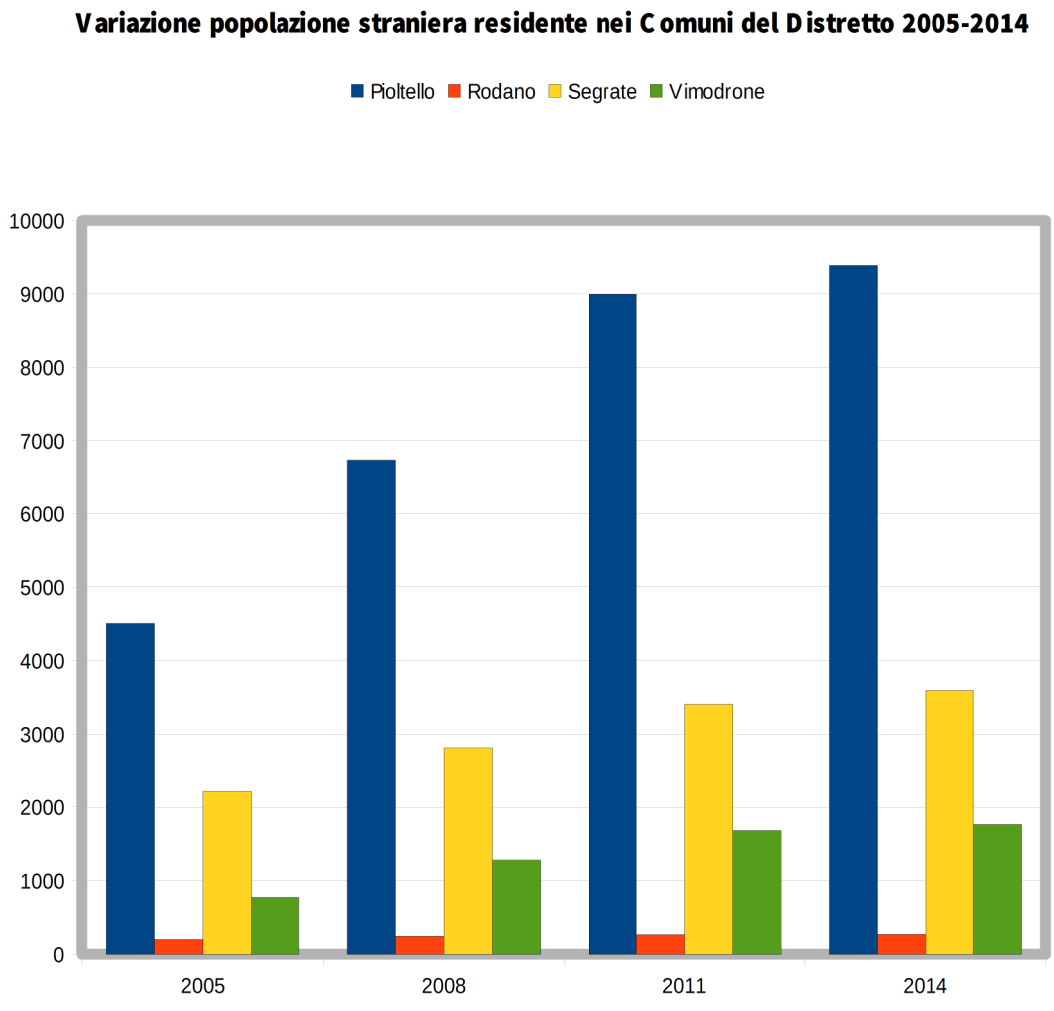


Tavola 12 – Minori stranieri anno 2014

COMUNI	N. MINORI STRANIERI	N. TOTALE MINORI	% MINORI STRANIERI SUL TOTALE MINORI
PIOLTELLO	2687	7431	36,1%
RODANO	50	915	5,46%
SEGRATE	793	6322	12,54%
VIMODRONE	389	2960	13,14%
DISTRETTO	**3919**	**17628**	**22,23%**

Fonte: rielaborazione dati ISTAT anagrafi comunali

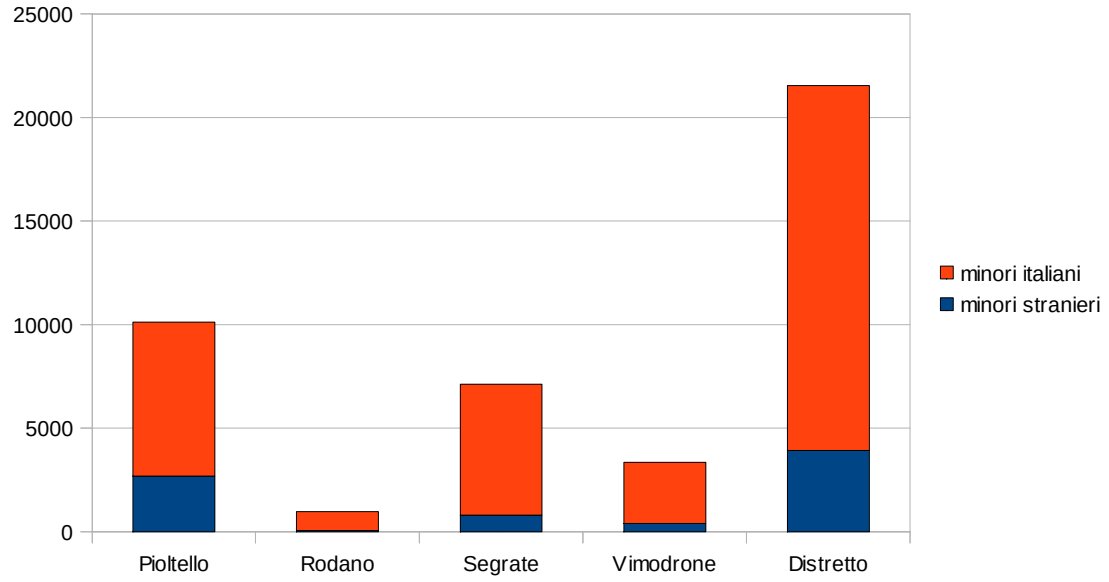


Tavola 13 – Nati stranieri 2002-2014

COMUNI	2005	2008	2011	2014
PIOLTELLO	115	129	182	194
RODANO	3	3	5	5
SEGRATE	33	40	37	45
VIMODRONE	12	22	23	26
DISTRETTO	**163**	**194**	**247**	**270**

La popolazione straniera residente nel Distretto con un numero di almeno 100 unità, proviene da oltre 85 diversi Paesi, nella tabella che segue sono indicate le nazionalità di provenienza più rappresentative. Le nazionalità presenti sono 131.

Tavola 14 – Nazionalità con almeno 100 residenti

EUROPA	DISTRETTO		
STATI	MASCHI	FEMMINE	TOT.
Bulgaria	184	177	361
Romania	829	900	1729
TOTALE	**1013**	**1077**	**2090**

ALTRI PAESI EUROPEI	DISTRETTO		
Albania	511	343	854
Moldova	117	201	318
Turchia	83	63	146
Ucraina	131	261	392
TOTALE	**842**	**868**	**1710**

AFRICA	DISTRETTO		
STATI	MASCHI	FEMMINE	TOT
Costa d'Avorio	90	64	154
Egitto	624	431	1055
Marocco	278	245	523
Tunisia	99	45	144
TOTALE	**1091**	**785**	**1876**

AMERICA	DISTRETTO		
STATI	MASCHI	FEMMINE	TOT.
Brasile	26	87	114
Ecuador	817	853	1670
El Salvador	90	126	216
Perù	635	774	1409
TOTALE	**1568**	**1840**	**3409**

ASIA	DISTRETTO		
STATI	MASCHI	FEMMINE	TOT
Bangladesh	257	177	434
Cinese, Rep. Popolare	202	204	406
Corea del Sud	66	70	136
Filippine	573	656	1229
India	121	69	190
Pakistan	637	370	1007
Sri Lanka	275	220	495
TOTALE	**2131**	**1766**	**3897**

Analisi della Spesa Sociale

Di seguito viene riportata una breve analisi della Spesa Sociale dell'ambito relativa al biennio 2011-2012 tratta dalle ultime rendicontazioni regionali.

Tavola 15 - Spesa sociale di ambito 2011-2012

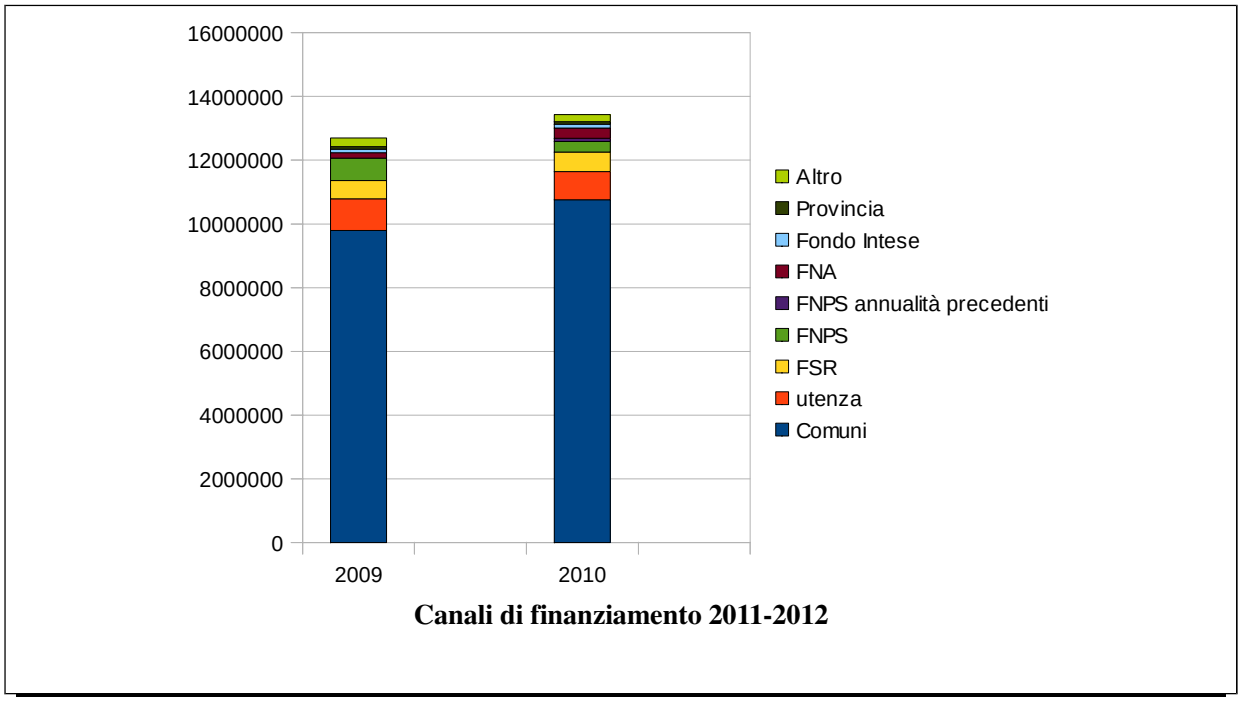
	PIOLTELLO	RODANO*	SEGRATE*	VIMODRONE	DISTRETTO**	TOTALE
2011	4.724.949	529.429	4.866.666	1.993.915	1.151.736,00	13.266.697,00
2012	4.452.972	436.327	5.050.428	2.065.992	614.435,91	12.620.154,91

Fonte: Rielaborazione schede regionali di rendicontazione
*al netto del Fondo Intesa nidi
**al netto quote FSR trasferite ai Comuni

Tavola 16- Canali finanziamento spesa sociale di ambito 2011-2012

CANALI DI FINANZIAMENTO	2011	%	2012	%
COMUNI	10.156.421,00	76,60	10.396.212,00	82,85
UTENZA	1.157.950,00	8,69	1.244.647,00	9,92
FONDO SOCIALE REGIONALE	581.084,00	4,39	333.934,00	2,66
FNPS	375.046,00	2,80	184.548,00	1,47
FNPS ANNI PRECEDENTI	38.744,00	0,26	0,00	0
FNA	370.601,00	2,80	0,00	0
FNA ANNI PRECEDENTI	12.696,00	0,09	71.610,09	0
FONDO INTESA NIDI	114.840,00	0,90	114.840,00	0,92
ALTRI ENTI PUBBLICI	82.631,00	0,60	102.264,00	0,81
ALTRE ENTRATE COMUNI	224.335,00	1,70	17.099,82	0,14
ALTRE ENTRATE DISTRETTO	77.349,00	0,59	0,00	0
PROVINCIA	75.000,00	0,58	35.000,00	0,28
DGR 3850/2012	0,00	0	120.000,00	0,95
TOTALE	**13.266.697,00**	**100%**	**12.620.154,91**	**100%**

Fonte: Rielaborazione schede regionali di rendicontazione



Canali di finanziamento 2011-2012

L'analisi dei canali di finanziamento nel corso del biennio oltre ad evidenziare la contrazione dei trasferimenti al Distretto relativi ai fondi nazionali, ci mostra un aumento del valore assoluto dei proventi relativi alla compartecipazione alla spesa da parte degli utenti che passano da 1.157.950 euro a 1.244.647 euro (quasi +7,5%) , e l'aumento in valori assoluti del finanziamento al sistema dei servizi da parte dei Comuni (+ 2,4 %).

Nella tabella successiva sono rappresentati i dati riferiti all'anno 2012 – dati più recenti a consuntivo - che risultano sufficientemente rappresentativi dell'andamento del triennio. Le aree di intervento considerate sono quelle previste nelle schede regionali: anziani, disabili, minori e famiglia, immigrazione, emarginazione sociale, dipendenze e salute mentale, Servizi socio sanitari e Segretariato.

Tavola 17 – Spesa sociale per aree di intervento anno 2012

ANNO 2012	PIOLTELLO	RODANO	SEGRATE	VIMODRONE	DISTRETTO*	TOTALE X AREA
ANZIANI	238.658	65.801	378.480	100.546	154.438	**937.923**
DISABILITÀ	579.647	183.974	694.995	436.173	32.021	**1.926.810**
SALUTE MENTALE	5.200	0,00	43.986	31.950	40.548,40	**121.684,40**
INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	985.566	0,00	908.648	276.547	0,00	**2.170.761**
MINORI E FAMIGLIA	2.051.750	83.130	2.359.598	911.206	178.275,57	**5.583.959,57**
IMMIGRAZIONE	61.374	0,00	44.632	37.857	3.000	**146.863**

EMARGINAZIONE E POVERTÀ	48.744	12.172	235.962	69.018	59.363,94	**425.259,94**
DIPENDENZE	0,00	0,00	4.077	0,00	0,00	**4.077**
ALTRO		2.500		10.000	0,00	**12.500**
UDP – SEGRETARIATO SOCIALE	482.033	88.750	380.050	192.695	146.789,00	**1.290.317**
TOTALE	**4.452.972**	**436.327**	**5.050.428**	**2.065.992**	**614.435,91**	**12.620.154,91**

In valori assoluti, nell'area minori confluisce la maggior parte della spesa sociale, pari al 44,20 % del totale, a seguire con circa il 17,20 gli interventi a carattere socio sanitario e gli interventi a favore dei disabili con il il 15,30 %. La spesa per gli interventi socio sanitari è rappresentata dalle spese sostenute dai Comuni per l'inserimento di cittadini anziani e/o disabili in strutture residenziali e diurne a carattere socio sanitario (RSA, RSD, CDD, CDI, ecc) e quindi assimilabile alla spesa dell'area anziani e disabili. L'area anziani rappresenta quasi il 7,4 % del totale. La spesa relativa ai costi del personale tecnico e amministrativo su tutto il distretto rappresenta circa il 10% della spesa totale. La spesa pro-capite di ambito relativa all'anno 2012 è pari a €. 134,38, la media regionale è pari a €. 104.

Raffronto spesa pro capite 2010-12

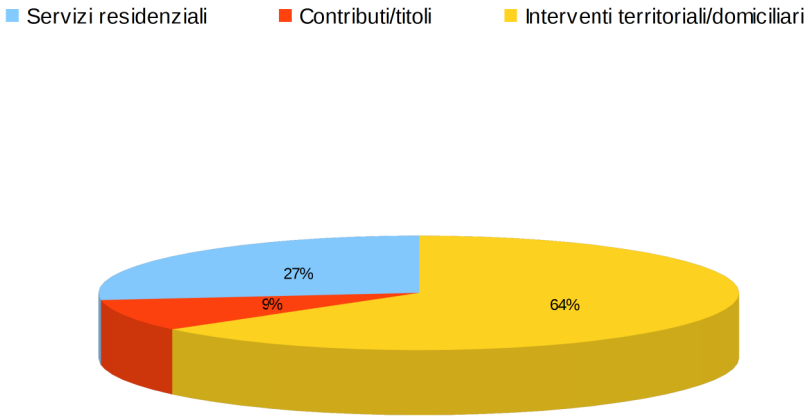
Anno	SPESA SOCIALE	ABITANTI	SPESA PRO CAPITE
2010	13.451.969	92900	144,79
2012	12.620.154,91	93908	134,38

Tavola 18– spesa sociale per tipologia di intervento anno 2012

TIPOLOGIA SPESA	INCIDENZA SU SPESA TOTALE
INTERVENTI E SERVIZI DOMICILIARI/TERRITORIALI	64,00%
CONTRIBUTI/TITOLI	9,00%
RETTE PER SERVIZI RESIDENZIALI E DIURNI	27,00%

Fonte: Rielaborazione schede regionali di rendicontazione

Distribuzione Spesa Sociale per tipologia intervento



La spesa relativa a prestazioni e servizi direttamente erogati ai cittadini risulta particolarmente concentrata su interventi di tipo territoriale/domiciliare che assorbono circa il 64% del totale delle risorse. Tali interventi sono orientati a sostenere i cittadini attraverso il sistema locale dei servizi avendo come obiettivo il mantenimento al domicilio, l'orientamento e il sostegno nelle fasi critiche del ciclo di vita, la valorizzazione delle risorse e delle opportunità presenti nella comunità locale secondo la logica dell'empowerment e dello sviluppo di comunità.

Il 27% della spesa è finalizzata a sostenere i costi derivanti dall'inserimento in strutture residenziali e/o diurne a carattere socio sanitario di anziani e disabili e per il collocamento di minori in comunità educative a seguito di provvedimento dell'Autorità Giudiziaria.

Il restante 9% degli interventi viene erogato tramite contribuzione diretta, in questa quota, comunque residuale, rientrano gli assegni di cura a favore di anziani e disabili che, secondo quanto previsto dai criteri distrettuali, rappresentano una forma di sostegno alla realizzazione di progetti domiciliari.

Titolo III – Le risorse

Il contesto economico generale

Il forte ridimensionamento delle risorse per l'attuazione delle politiche sociali comporta la necessità di una ridefinizione continua del sistema di finanziamento alla rete degli interventi e dei servizi.
Compito questo tutt'altro che facile, che richiede di operare con misura e responsabilità al fine di mantenere e valorizzare la storia e le buone pratiche esistenti nei singoli Comuni, in un contesto di rilancio delle politiche sovracomunali come dimensione ottimale dell'erogazione dei servizi.

E' noto che le politiche di restrizione dei bilanci dello Stato, in tema di politiche sociali e di trasferimenti economici per il sostegno complessivo delle politiche locali per la cittadinanza, hanno pesato non solo sui distretti ma sull'insieme delle istituzioni pubbliche con competenze in materia di prevenzione e promozione del benessere sociale e di politica socio-assistenziale, rendendo di fatto impossibile l'attuazione di modelli solidali ed economicamente mutualistici tra i diversi livelli istituzionali.

Tavola 19– Andamento dei principali canali di finanziamento della spesa distrettuale 2012-2014

	2012	2013	2014
FNPS	705.231	329.146	375.046
FNA	168.434	332.175	370.601
FSR	703.298	705.619	581.084
Fondo Intese	117.901	111.787	0
TOTALE	**1.694.864**	**1.478.727**	**1.326.731**

Fonte: Rielaborazione schede regionali di rendicontazione

Le indicazioni fornite dalla Regione, invitano ad attivare processi di *ricomposizione delle risorse pubbliche e private* che insistono sui territori.
A sostegno della tesi che le risorse sono frammentate, viene evidenziato il dato che le famiglie sono detentrici di circa il 65 % di tali risorse, attraverso erogazioni economiche per pensioni e assegni sociali, integrazioni al minimo, invalidità civile e indennità di accompagnamento, inabilità e assegni di invalidità, rendite da infortunio sul lavoro di invalidità .

Ciononostante la crisi economico-finanziaria ancora in atto e le difficoltà delle famiglie sono evidenti e non mostrano disponibilità economiche aggiuntive per l'acquisto di eventuali ed ulteriori servizi.
I dati che si rilevano continuamente indicano che molte famiglie utilizzano i contributi, erogati dall'INPS e/o dalle istituzioni locali, per la gestione quotidiana della vita e non solo per acquisto di servizi socio-assistenziali e socio-sanitari.
Quindi, le provvidenze erogate in base a situazioni socio-sanitarie difficili si configurano più come contributi per l'integrazione al reddito che non come risorse disponibili per l'attivazione di interventi e servizi socio-assistenziali e socio-sanitari.

Il tema della compartecipazione ai costi dei servizi da parte delle famiglie deve pertanto coniugarsi a dati di conoscenza e di analisi che consentano di individuare, secondo criteri di equità, una differenziazione in base alle possibilità personali e/o familiari. In questa direzione, dovranno essere definiti in modo unitario i criteri di determinazione dei costi per l'accesso ai servizi anche alla luce delle novità introdotte dal D.P.C.M. n. 159/2013 e dal decreto ministeriale del 7 novembre 2014.

Sul versante pubblico i cospicui ridimensionamenti economici attuati e il mutato quadro dei bisogni impongono una rilettura non solo degli ambiti di intervento ma anche delle modalità di utilizzo e gestione delle risorse, che deve essere colta come evidenza della necessità di aprire una nuova fase nei sistemi di welfare.

I Comuni e le loro forme di aggregazione - attraverso gli Ambiti distrettuali - si trovano a dover programmare la spesa sociale in un quadro di totale incertezza e di drastica riduzione di risorse.
Il sistema di welfare locale è messo a dura prova fra l'evidenza di bisogni in aumento, una crescente domanda di servizi e risorse che diminuiscono. La crisi economica e occupazionale che attraversa il paese da alcuni anni rende palese ogni giorno l'affacciarsi di problematiche nuove, originate o amplificate da difficoltà economiche.

In questa fase il tema della fragilità sociale non è più correlato solo alle caratteristiche individuali, ma spesso a condizioni materiali che vengono meno (il lavoro, il reddito, la casa) e che colpiscono un numero crescente di famiglie che un tempo avrebbero accostato il welfare come clienti e fruitori di servizi e non come portatori di fragilità. Il perdurare di questa fase di difficoltà con i suoi effetti di lungo periodo, non può che essere affrontata in modo complessivo, per ripensare e riscrivere le forme di erogazione dei servizi, ridurre la frammentazione, razionalizzare le organizzazioni e la spesa, i sistemi d'offerta come primo indispensabile passo verso la definizione di un nuovo modello di welfare, con la consapevolezza che le politiche di welfare contribuiscono alla crescita economica del paese ed all'ampliarsi del benessere familiare e sociale.

Preliminarmente alla fase di valutazione di altri canali di sostegno alle politiche di welfare locale, si ritiene indispensabile operare per il mantenimento strategico delle funzioni svolte dal Distretto in ambito istituzionale e per la tenuta delle reti territoriali.

Il sostegno alle funzioni degli Uffici di Piano è quindi imprescindibile per il mantenimento delle attività avviate sino ad ora e per il raggiungimento degli obiettivi definiti dalla Regione Lombardia.

La Legge 3/2008 definisce che " *Il Piano di Zona attua l'integrazione tra la programmazione della rete locale di offerta sociale e la rete d'offerta sociosanitaria in ambito distrettuale, anche in rapporto al sistema della sanità, dell'istruzione e della formazione e alle politiche del lavoro e della casa" .*

Inoltre *"Ciascun comune del Distretto contribuisce al funzionamento dell'Ufficio di Piano proporzionalmente alle risorse umane, strumentali, finanziarie disponibili e comunque senza maggiori oneri a carico del bilancio regionale."*

Le strategie per garantire il sistema dei servizi e degli interventi ritenuti "essenziali" devono in primo luogo fondarsi sulla razionalizzazione ed ottimizzazione della spesa sociale dei comuni.
Le ipotesi di lavoro in relazione al tema di un'allocazione più efficace delle risorse possono essere così sintetizzate:

- Verifica dell'adeguatezza delle forme di gestione di alcuni servizi
- Gestione associata di alcuni servizi ora in gestione diretta o appaltati
- Avvio di processi di coordinamento e integrazione dei servizi
- Integrazione delle risorse tra sociale e sociosanitario
- Compartecipazione al costo dei servizi

- Potenziamento/qualificazione del sistema dell'accreditamento
- Costruzioni di reti con nuovi soggetti quali le imprese (favorire la partecipazione delle imprese al finanziamento e all'offerta di servizi)
- Promozione di reti ed integrazioni tra soggetti del privato sociale e della cooperazione
- Ricerca nuove fonti di finanziamento mediante azioni volte al Fund Raising; partecipazione a bandi pubblici (europei, nazionali, regionale e provinciali) e privati (Fondazioni bancarie) per garantire la sperimentazione e l'avvio di nuove progettualità;

TITOLO IV – LA VALUTAZIONE DEL PIANO DI ZONA 2012-2014

L'analisi del lavoro svolto nel precedente triennio si propone di evidenziare il livello di raggiungimento degli obiettivi previsti e lo scostamento dalla programmazione originaria con particolare attenzione alle variazioni intervenute e alle sottostanti motivazioni.
Questo focus consentirà di inquadrare in modo ragionato il mancato raggiungimento di alcuni obiettivi e/o l'eventuale individuazione di nuovi obiettivi in corso d'opera, offrendo spunti e anticipazioni rispetto o al mutato contesto dei bisogni in cui si innesta la nuova programmazione o a nuovi vincoli subentrati nell'arco del triennio.
Considerando le azioni di sistema e quelle previste nell'ambito delle tre macro aree tematiche individuate dal Piano di Zona 2012-2014 (Anziani, disabili, salute mentale/ Minori giovani e famiglia/Inclusione sociale, immigrazione) si osserva che parte degli obiettivi previsti sono stati realizzati in modo incompleto e/o parziale compatibilmente con il variare, nel corso del triennio, delle risorse economiche ed umane assegnate, dei bisogni e delle offerte della rete del territorio. Per contro si sottolinea che in alcune aree sono state attivate e realizzate azioni, progetti e sperimentazioni, a seguito di indicazioni regionali e/o di iniziative locali, che non erano state previste al momento della stesura del Piano, apportando un valore aggiunto agli obiettivi in esso identificati.

Verifica obiettivi Azioni di sistema

Obiettivo di programmazione 2012/14	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate	Risultati
Garantire le funzioni di integrazione socio-sanitaria con ASL e Azienda Ospedaliera	Tavolo Interistituzionale ora Cabina di Regia tra ASL e Uffici di Piano dei Distretti Sociali. OCSM (Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale)e dell' OCNPIA (Organismo di Coordinamento per la Neuro Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza). Tavoli di lavoro quali: Accreditamento UOS; Conciliazione tempi di vita e di lavoro; Tavoli Progettuali L. 45/99 - L.40/98 - L.R. 8/2005 Tavolo locale permanente per la Conciliazione	Responsabile UdP Coordinatore tavoli di area e assistente sociale UdP	Incontri periodici Definizione di programmi di lavoro in relazione al tema dell'integrazione socio sanitaria	Sviluppati migliori livelli di comunicazione e interazione. Nel prossimo triennio occorrerà lavorare sul raccordo tra livello tecnico-istituzionale e politico definendo ambiti e spazi di interazione.

Obiettivo di programmazione 2012/14	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate	Risultati
Coordinamento tra uffici di piano ASL MI 2 al fine di connettere le conoscenze, ricomporre le risorse, interloquire con la ASL.	Formalizzazione del Coordinamento da parte Conferenza Sindaci	Responsabile udp	Incontri permanenti di coordinamento sui temi trasversali agli 8 PdZ Supporto tecnico al Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci.	Sviluppo di ambiti di integrazione tra distretti, tra questi e la ASL. L'interazione con gli organi di rappresentanza politica dovrà essere presidiata e ulteriormente sviluppata nel prossimo triennio .
Incrementare la gestione associata dei servizi	Trasporto sociale occasionale o a chiamata. Trasporto sociale a carattere continuativo. Telesoccorso/teleassistenza	Ufficio di Piano Tavolo Tecnico	Elaborazione di criteri di accesso distrettuali Procedure pubbliche per l'affidamento dei servizi	Accreditamento di vettori privati e voucherizzazione del servizio. Gestione distrettuale servizio telesoccorso La gestione associata del servizio trasporto sociale a carattere continuativo non è stata realizzata.
Uniformare procedure e criteri di accesso ai servizi attraverso l'approvazione di Regolamenti distrettuali dei servizi	Requisiti e Criteri per l'accesso alle diverse forme di sostegno al reddito, servizio trasporto sociale, misure e servizi a sostegno della non autosufficienza, prima infanzia)	Ufficio di piano e assistenti sociali dei Comuni	Comparazione dei singoli regolamenti comunali Individuazione degli elementi trasversali Elaborazione per alcune delle aree individuate di criteri omogenei. Approvazione dei relativi documenti.	Obiettivo raggiunto su alcune delle aree di lavoro individuate (trasporti, alcune misure per la non autosufficienza, sostegno al reddito, ecc) ma ancora in corso realizzazione su altre aree.

Obiettivo di programmazione 2012/14	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate	Risultati
Percorsi di analisi, studio, proposta, per l'applicazione dell' ISEE per la determinazione delle quote di compartecipazione dell'utenza al costo dei servizi	Avvio di percorso sovra distrettuale per la sperimentazione di linee guida condivise.	Uffici di Piano	Il percorso normativo relativo all'introduzione del nuovo Isee si è concluso tardivamente rispetto alle previsioni con decreto interministeriale del 7 novembre 2014.	Obiettivo in fase di realizzazione a livello distrettuale che si svilupperà nel primo semestre 2015.
Accreditamento delle strutture di accoglienza per minori.	Avvio di percorso sovra distrettuale per la sperimentazione di linee guida condivise.	Uffici di Piano e Dipartimento ASSI di ASL MI 2	Stesura ed approvazione del documento "Requisiti di accreditamento sperimentali per le unità di offerta sociali di accoglienza residenziale per minori".	Apertura bando per l'accreditamento Istituzione dell'albo distrettuale degli accreditati

Verifica obiettivi Area Non Autosufficienza

Obiettivo di programmazione 2012/14	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate	Risultati
Sostenere e orientare le famiglie nell'operare scelte rispetto al lavoro di cura privato	Supporto alle famiglie per la regolarizzazione degli Assistenti Familiari Gestione del registro degli assistenti familiari per l'incrocio domanda-offerta di lavoro. Formazione e qualificazione professionale degli Assistenti Familiari	€. 24.000,00	Consolidamento della sportello di orientamento e accompagnamento mediante convenzione con SAF ACLI. Avvio del Registro badanti. L'azione non è stata realizzata direttamente dal Distretto. La formazione è stata garantita da altri soggetti del territorio cui sono state indirizzate le richieste.	I dati quantitativi relativi al numero di accessi da parte delle famiglie, ai contratti regolarizzati e al numero di iscrizioni al registro confermano l'opportunità di dare continuità al servizio sia per sostenere le famiglie nelle scelte relative al lavoro di cura privato sia come opportunità per il territorio di avere un osservatorio, seppur parziale, sul fenomeno della cura domiciliare privata. 112 contratti regolarizzati 126 iscrizioni al registro badanti
Garantire la protezione giuridica dei soggetti fragili	Consolidamento e qualificazione del Servizio di Protezione Giuridica. Messa in rete con il sistema territoriale di protezione giuridica	€. 81.258,00	Consolidamento del servizio e Sviluppo di azioni di prossimità e di relazione con il beneficiario e con i parenti e con la rete dei servizi sociali territoriali al fine di meglio individuare le azioni di tutela all'interno del progetto di vita dei beneficiari.	I risultati del lavoro svolto sono estremamente positivi. A fronte di un dato quantitativo in aumento, soprattutto in relazione al numero delle amministrazioni gestite, si è investito a partire dall'ultima annualità sulla qualificazione degli interventi rafforzando la valenza sociale e di prossimità del servizio che ha consentito di Inserirlo a pieno titolo nel sistema di costruzione e realizzazione del progetto di cura. 139 consulenze a famiglie sul tema della protezione giuridica delle persone in condizioni di fragilità Gestione distrettuale di n. 117 Amministrazioni di sostegno/Tutele/Curatele

Obiettivo di programmazione 2012/14	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate	Risultati
Sostegno alla domiciliarietà mediante erogazione di buoni sociali a sostegno delle spese di cura.	Definizione dei criteri di accesso e del profilo dei destinatari. Bando pubblico a cadenza annuale	FNA	Come da previsione	Per il biennio 2012-14 sono stati sostenuti 88 progetti di cura mediante erogazione di buoni sociali relativi a contratti di lavoro assistenti familiari, sad privato e rette CDI. Nel 2014 l'azione è stata ricondotta nell'ambito delle misure B2 previste dalla DGR 740/2013 che ha permesso di diversificare gli interventi e di costruire un sistema di prestazioni più articolato e flessibile.
Attuazione DGR 740/2013 "Misure a favore delle persone con disabilità grave e per anziani non autosufficienti" e nella successiva circolare attuativa n. 1 del 15 gennaio 2014.	Non previste nel documento di programmazione	FNA	Individuazione delle misure e approvazione criteri per l'erogazione a favore delle persone con disabilità grave e anziani non autosufficienti. Apertura sportello per l'accesso alle misure.	Nel corso del 2014 è stata sperimentata l'erogazione di quasi tutte tipologie di interventi previsti nell'ambito della misura B2 della citata DGR regolamentando i criteri di accesso. I risultati della sperimentazione sono in fase di valutazione e saranno ricondotti alla progettazione condivisa a livello di cabina di regia con ASL e gli altri ambiti relativa all'attuazione della DGR 2883/2014. Nel periodo giugno-dicembre sono stati realizzati 62 progetti di cura (avvicinamento alla residenzialità, ricoveri sollievo, assegno di cura per prestazioni private, progetti di vita adulta autonoma)
Valutazione e verifica di progetti per favorire l'housing sociale	Studio di fattibilità relativo alla realizzazione di co housing tra persone anziane parzialmente autosufficienti prevedendo interventi di supporto a carattere socio assistenziali e educativo.	Personale afferente ai servizi comunali, all'ufficio di piano e al terzo settore	L'analisi ha evidenziato una serie di criticità sia a carattere giuridico-formale che di tipo gestionale. L'immobile che era stato individuato allo scopo è stato destinato al co-housing a favore di donne	Riconversione dell'obiettivo.

Obiettivo di programmazione 2012/14	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate	Risultati
			con bambini.	
Gestione distrettuale Servizio teleassistenza telesoccorso	Obiettivo definito nel corso del 2014 Realizzazione del servizio da marzo 2014 Definizione volumi e criteri di accesso	€. 16.374	Affidamento del servizio mediante procedura ad evidenza pubblica per il prossimo triennio.	120 utenti collegati In fase di approvazione criteri per l'accesso alla prestazione agevolata.
Gestione distrettuale Servizio Trasporto sociale	Mantenimento del sistema di accreditamento e voucherizzazione del servizio. Analisi di fattibilità per la gestione associata del servizio a carattere continuativo.	Costituzione di un gruppo di lavoro integrato tra terzo settore servizi sociali comunali e ufficio di piano per la valutazione di gestione associata del servizio continuativo Risorse economiche per la gestione del servizio: €. 119.241	Come da previsione	L'analisi svolta in relazione alla gestione distrettuale del servizio a carattere continuativo ha evidenziato la reale possibilità di realizzare un sistema in grado di produrre economie di scala e ottimizzazione delle risorse impiegate. Si prevede lo start up a livello sperimentale nel corso del 2015.
Qualificare e uniformare l'offerta relativamente ai servizi socio educativi a favore dei cittadini disabili e dotare i Comuni di uno strumento uniforme e utile alla definizione di accordi contrattuali con i gestori	L'obiettivo interdistrettuale prevedeva l'elaborazione di un "Accordo quadro" per la stipula di contratti relativi a servizi a favore di cittadini disabili già in sperimentazione nell'Ambito Territoriale Distretto 5	Responsabili udp ambiti territoriali 3,4,5 e rappresentanza del terzo settore	Realizzato percorso tra coordinamento delle cooperative sociali che gestiscono le diverse unità di offerta e uffici di piano per la messa a sistema della rete dei servizi e la definizione di contratti di servizio omogenei per il territorio interdistrettuale.	L'obiettivo è in fase di realizzazione
Sperimentazione tra i 3 Distretti dell'area nord est ASL Milano 2 di azioni per la	Progettazione e avvio in gestione associata interdistrettuale del Servizio di Protezione Giuridica, per la gestione delle Amministrazioni	Uffici di piano, ASL terzo settore/associazionismo	Avvio gruppo di lavoro con i vari attori del sistema	Obiettivo in fase di realizzazione

Obiettivo di programmazione 2012/14	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate	Risultati
promozione dell'istituto dell'Amministrazione di Sostegno.	di sostegno attribuite ai Comuni Proposta e progettazione di azioni integrate con il competente servizio ASL		territoriale.	

Tabelle di sintesi interventi area non autosufficienza

- ***Servizio di assistenza domiciliare***

Tavola 20 – Sad 2012

COMUNI	ANZIANI	DISABILI	SPESA
PIOLTELLO	55	8	153.791,44
RODANO	13	4	37.500,00
SEGRATE	79	14	305.124,22
VIMODRONE	18	3	47.832,22
TOTALI	**165**	**29**	**544.247,88**

Tavola 21 – Sad 2013

COMUNI	ANZIANI	DISABILI	SPESA
PIOLTELLO	57	7	137.149.20
RODANO	9	4	32.000,00
SEGRATE	74	15	316.430,60
VIMODRONE	24	3	47.924,34
TOTALI	**164**	**29 + 18***	**533.504,14**

Fonte: Rendicontazione circolare 4 anno 2012-2013 -
*ADH rendicontate ai sensi DGR 3850/2012 extra circolare 4
**spesa non comprensiva dei costi rendicontati ai sensi DGR 3850/2012

- ***Assegni di cura***

Tavola 22: Assegni di cura 2012

ASSEGNI DI CURA SOCIO-ASSISTENZIALI – BANDO 2012				
COMUNE	**PROGETTO DI CURA**			**SPESA**
	Assistente familiare	Sad privato	Frequenza CDI	
PIOLTELLO	14	3	3	48.290,19
RODANO	3	0	0	6.900,00
SEGRATE	17	0	1	36.119,81
VIMODRONE	7	0	1	14.800,00
TOTALE	**41**	**3**	**5**	**106.110,00**

Fonte: elaborazione Udp

Tavola 23: Assegni di cura 2013

ASSEGNI DI CURA SOCIO-ASSISTENZIALI – BANDO 2013				
COMUNE	**PROGETTO DI CURA**			**SPESA**
	Assistente familiare	Sad privato	Frequenza CDI	
PIOLTELLO	9	3	4	36.722,85
RODANO	3	0	0	4.950,00
SEGRATE	11	0	1	37.828,19
VIMODRONE	7	0	1	29.939,96
TOTALE	**30**	**3**	**6**	**109.441,00**

Fonte: elaborazione Udp

- ***Misura B2 DGR 740/2013*** **"** Approvazione del programma operativo regionale in materia di gravi e gravissime disabilità di cui al Fondo Non Autosufficienza anno 2013 e alla DGR del 2/08/2013 n. 590.

Tavola 24: DGR 740/2013 ANNO 2014

740/2013	N. BENEFICIARI	SPESA
BUONI SOCIALI PER ASSISTENTI	34	87.451
BUONI SOCIALI PER FREQUENZA CENTRI DIURNI E SAD	14	23.709
VOUCHER PER AVVICINAMENTO ALLA RESIDENZIALITÀ SOGGETTI DISABILI	5	2.789
VOUCHER RICOVERI DI SOLLIEVO	6	3.809
BUONI PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE	2	5.100
EX MISURA B1	1	6.000
TOTALE	**62**	**128.858**

- ***Telesoccorso/Teleassistenza***

Tavola 25: Telesoccorso -2014

COMUNI	N. ATTIVAZIONI	SPESA ANNO 2014
PIOLTELLO	64	
RODANO	2	
SEGRATE	23	
VIMODRONE	31	
TOT. DISTRETTO	**120**	**16.374**

- ***Ufficio protezione giuridica distrettuale***

Tavola 26: Attività upg 2012-2014

FUNZIONE	2012	2013	2014
ORIENTAMENTO E CONSULENZA ALLE FAMIGLIE	59	41	39
GESTIONE AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO ASSEGNATE DAL TRIBUNALE AI COMUNI	33	40	44
SPESA	**25.394**	**27.932**	**27.932**

- ***Voucherizzazione del servizio di trasporto sociale***

Tavola 27: Attivazione voucher trasporti 2012-14

	2012	2013	2014
N ° VOUCHER ASSEGNATI	91	111	99
SPESA	**34.081**	**40.101**	**45.059**

- ***La regolarizzazione del lavoro di cura***

Tavola 28 Regolarizzazione lavoro di cura

SPORTELLO BADANTI		ALBO BADANTI
SEDI	Contratti 2012/2014	Iscrizioni al 31.12.2014
VIMODRONE	58	68
PIOLTELLO	33	51
RODANO	2	1
SEGRATE	19	6
TOTALE	**112**	**126**

Verifica obiettivi Area salute mentale

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate	Risultati
Sviluppare modalità di lavoro integrato con il DSM (Dipartimento Salute Mentale)	Tirocini osservativi propedeutici all'inserimento lavorativo e attività risocializzanti. Convenzione tra il Comune di Pioltello, l'Associazione di familiari "La Lente" e il Dipartimento Salute Mentali per la gestione di un appartamento confiscato alle organizzazioni mafiose, per sperimentare forme di residenzialità leggera	Tavolo di coordinamento territoriale con DSM e associazione La Lente €. 21.107	Sottoscrizione Protocolli di intesa con DSM e associazionismo	Miglioramento del livello di comunicazione e interazione tra DSM e Comuni 32 pazienti hanno usufruito degli interventi previsti
Garantire un supporto domiciliare qualificato a carattere socio assistenziale e educativo nell'ambito di progetti di presa in carico condivisi con CPS	SISM - Servizio Integrato per la Salute Mentale	Tavolo di coordinamento territoriale con ass. sociali comuni, cps, ufficio di piano, cooperativa sociale affidataria del servizio €. 60.293	Realizzazione di progetti domiciliari di risocializzazione e sostegno ai pazienti in carico ai servizi territoriali e alle loro famiglie	La collaborazione tra psichiatria e Comuni dell'ambito risente delle difficoltà in termini di carenza di risorse umane ed economiche interne alle diverse organizzazioni coinvolte. Nella riprogrammazione occorrerà tenere presente tale criticità e prevedere forme di collaborazione sostenibile che garantiscano massima operatività al progetto e pieno utilizzo delle risorse messe in campo. Realizzati 10 progetti domiciliari di risocializzazione.

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate	Risultati
Avviare un lavoro di sensibilizzazione volto a strutturare una rete di volontariato socio-sanitario a sostegno delle famiglie e delle persone con patologie psichiatriche	Sensibilizzazione sul territorio in collaborazione con le associazioni e le realtà già operanti (parrocchie, Caritas, Auser, ecc) Formazione dei volontari in collaborazione con il DSM e il privato sociale Promozione di spazi di socializzazione a cittadini con patologia psichiatrica e alle loro famiglie favorendo anche la costituzione di gruppi di auto-mutuo-aiuto	Ufficio di piano, servizi sociali comunali, Volontariato terzo settore, centro psico sociale		Non raggiunti. L'obiettivo è stato accantonato per la difficoltà dei servizi coinvolti a individuare spazi e tempi per la progettazione di interventi di prevenzione e promozione. L'obiettivo sarà riproposto nel prossimo triennio con opportuno stanziamento di risorse.
Creare collegamenti e sviluppare reti tra soggetti a rischio di isolamento e tra questi e i servizi territoriali anche attraverso modalità a carattere virtuale (telepresenza)	Implementazione del progetto nel territorio garantendo, mediante la telepresenza, un sostegno competente e mirato al benessere degli utenti e alle loro famiglie.	Cofinanziamento al progetto finanziato ai sensi della L.R 23/99 €. 2000	Sperimentazione con target selezionato della modalità comunicativa della videoconferenza in internet.	La telepresenza ha implementato ed arricchito relazioni d'aiuto già presenti attraverso il servizio SISM e, grazie al ruolo più attivo richiesto agli utenti, ha favorito lo sviluppo di una maggior consapevolezza del disagio ed autonomia di gestione.

Tabelle di sintesi interventi area salute mentale

Tavola 29 – Interventi finanziati dal Distretto

INTERVENTI	SPESA	UTENTI
SISM Servizio Integrato per la Salute Mentale	60.293,00	10
Tirocini osservativi propedeutici all'inserimento lavorativo	13.364,00	25
Attività integrate risocializzanti	7.743,00	7
Cofinanziamento progetto Eccoci qua	2.000,00	6

Verifica obiettivi Area Minori e Famiglie

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate	Risultati
Gestione coordinata dei servizi tutela minori	Implementare un sistema di raccolta e sistematizzazione dei dati omogeneo e comparabile anche al fine di utilizzare al meglio la funzione di osservatorio sull'evoluzione dei bisogni educativi della famiglia Avviare un lavoro coordinato in relazione a temi quali la supervisione, la consulenza legale, la formazione a favore degli operatori.	Si è costituito un gruppo di lavoro permanente sull'area della tutela dei minori composto da personale dei servizi comunali, terzo settore e ufficio di Piano.	Approfondimento, analisi e comparazione tra diversi strumenti e metodologie di lavoro in uso nei diversi Comuni dell'ambito. Elaborazione di strumenti condivisi quali PEI e Progetto quadro, per minori collocati in comunità. Individuazione dei possibili percorsi formativi, di consulenza e supervisione da attivare.	Le criticità riscontrate nel mettere a sistema le proposte elaborate derivano principalmente dalle specificità dei singoli servizi e dalle modalità di gestione fortemente diversificate che richiedono passaggi istituzionali articolati e complessi all'interno dei rispettivi enti di appartenenza. L' adesione al progetto "Bruciare i tempi", riportato più sotto, ha permesso, seppur relativamente all'area dell'esecuzione penale, di dare un impulso al processo avviato offrendo spazi di riprogettazione sovra comunale degli interventi.
Razionalizzare la spesa derivante dal collocamento in comunità di minori	Analisi e valutazione dell'offerta (qualità/costo, tipologia prestazioni, ecc) Convenzionamenti distrettuali per le diverse tipologie di offerta finalizzati a determinare economie di scala.	Gruppo di lavoro tutela composto da personale dei servizi comunale, terzo settore e ufficio di Piano		Obiettivo posticipato al fine di completare il processo di accreditamento in atto sul territorio dell'ambito e di tutta la ASL MI 2 delle relative unità di offerta.
Sistematizzare i rapporti con i	Realizzazione di percorsi di	Gruppo di lavoro con servizi tutela,	Definizione dei criteri e modalità	Il lavoro avviato a livello territoriale

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate	Risultati
servizi specialistici territoriali	coprogettazione relativi agli aspetti di integrazione e collaborazione anche mediante adozione di protocollo specifici.	UONPIA, Ufficio di Piano	per i percorsi di presa in carico condivisa. Adozione di nuova scheda di segnalazione per la collaborazione tra UONPIA e Servizi Tutela Minori/Comuni. Progettazione di percorso formativo congiunto tra operatori dei Servizi Tutela e Uonpia.	dovrà essere presidiato dai servizi e recepito a livello interistituzionale.
Ampliare e sistematizzare a livello interdistrettuale la collaborazione tra i Servizi Tutela minori e famiglia e i Servizi della Giustizia minorile.	L'obiettivo originario prevedeva l'estensione agli ambiti 4 e 5 delle buone prassi consolidate tra servizi della giustizia minorile e ambito distrettuale di Pioltello per arrivare alla sottoscrizione di un protocollo di intesa operativa sovra distrettuale.	//	Obiettivo non perseguito	Nell'area del penale si è lavorato alla realizzazione dei progetti ex L.8/2005 in collaborazione con le organizzazioni del terzo settore, altri ambiti territoriali (2, 3, 6 e 7).
Supporto al reinserimento sociale minori 14-21 anni autori di reato	attivazione percorsi di giustizia riparativa educazione alla legalità sensibilizzazione del territorio	Cofinanziamento ai progetti finanziati ai sensi della L. 8/2005 denominati "Puzzle" e "Polaris"	attivazione percorsi di giustizia riparativa individuali e di gruppo accompagnamento ad attività di utilità sociale interventi educativi mirati	57 minori presi in carico di cui 10 provenienti dall'ambito di Pioltello

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate	Risultati
Snellire i tempi del procedimento penale e della valutazione della situazione dei minori e favorire ove possibile azioni riparative immediate	informazione accompagnamento e supervisione alle assistenti sociali dei comuni impegnate nell'area del penale minorile; tenuta della rete territoriale mediante incontri informativi sul territorio del Distretto; costruzione della collaborazione con Forze dell'Ordine e Procura della repubblica per i minorenni;	oinvolgimento degli operatori dei servizi tutela minori dei 4 Comuni nel percorso formativo e nell'implementazione del progetto nei singoli territori. Quota di cofinanziamento al progetto €. 5.056,36	Quelle previste da progetto	Sperimentazione di Protocollo Operativo con l'Arma dei Carabinieri e la Procura della Repubblica per i Minorenni finalizzato a snellire i tempi iniziali del procedimento penale e della valutazione della situazione dei minori nonché del rischio di recidiva, a favore di azioni riparative immediate.
Sostenere le famiglie nelle spese relative all'accesso ai servizi socio educativi e scolastici	Titoli sociali alle famiglie per sostenere le spese di fruizione di asili nido accreditati pubblici e privati della refezione scolastica e dei centri estivi autorizzati al funzionamento	€. 133.165 provenienti da Fondo Intese	Criteri distrettuali per l'accesso ai titoli Accoglimento delle domande a sportello	Sono state complessivamente raggiunte 248 famiglie.

Tabelle di sintesi interventi area minori e famiglie

- ***Servizio Assistenza Domiciliare***

Tavola 30 – Interventi domiciliari rivolti ai minori

COMUNI	ADM ANNO 2012		ADM ANNO 2013	
	n. minori	spesa	n. minori	spesa
PIOLTELLO	20	84.456,30	39	91.182,00
RODANO	9	48.630,00	8	29.690,00
SEGRATE	15	44.118,19	8	14.969,06
VIMODRONE	17	28.286,91	12	33.584,85
TOTALE DISTRETTO	**61**	**205.491,40**	**67**	**169.425,91**

- ***Gli affidi e le comunità per minori***

Tavola 31 – Minori in comunità

COMUNI	COMUNITA' MINORI ANNO 2012		COMUNITA' MINORI ANNO 2013	
	n. minori	spesa	n. minori	spesa
PIOLTELLO	7	337.634,00	12	239.710,10
RODANO	0	0	0	0
SEGRATE	6	456.104,62	20	393.739,94
VIMODRONE	3	243.170,55	13	221.199,43
TOTALE DISTRETTO	**16**	**1.036.909,17**	**45**	**854.649,47**

Tavola 32 – Minori in affidamento familiare

COMUNI	AFFIDI ANNO 2012		AFFIDI ANNO 2013	
	n. minori	spesa	n. minori	spesa
PIOLTELLO	7	25.767,00	7	16.000,00
RODANO	0	0	0	0
SEGRATE	6	25.200,00	6	25.600,00
VIMODRONE	3	55.685,00	3	55.035,00
TOTALE DISTRETTO	**16**	**106.652,00**	**16**	**96.635,00**

- ***Penale Minorile***

Tavola 33 – Segnalazione minori anno 2011-2014 e tipologia reato commesso

COMUNE	ANNO	MINORI SEGNALATI	Tipo di reato
PIOLTELLO	2011	6	Patrimonio14 Contro la persona 9 Stupefacenti 3
	2012	12	
	2013	9	
	2014	7	
SEGRATE	2011	9	Patrimonio 7 contro la persona 9 stupefacenti 7 altri reati 2
	2012	6	
	2013	1	
	2014	9	
RODANO	2011	0	Contro il patrimonio 2 di cui 1 concorso di reato
	2012	0	
	2013	0	
	2014	2	
VIMODRONE	2011		1 stalking (612bis+110) 1 diffamazione (595) 2 furto (624/625/110) – di cui 1 USSM
	2012	1	
	2013	3	
	2014		
TOTALE		**65**	

- ***Centri diurni estivi***

Tavola 34– Minori frequentanti CRE anno 2012-2013

COMUNI	ANNO 2012					
	n. utenti			Spesa		
	3-5 anni	6-14 anni	Totale	Comune	Utenza	Totale
PIOLTELLO	55	84	139	36.616,00	43.700,00	65.316,00
SEGRATE	51	55	106	42.623,21	24.215,00	66.838,21
VIMODRONE	38	75	113	44.153,28	28.795,00	72.948,28
TOTALE DISTRETTO	**144**	**214**	**358**	**123.392,49**	**96.710,00**	**205.102,49**

COMUNI	ANNO 2013					
	n. utenti			Spesa		
	3-5 anni	6-14 anni	Totale	Comune	Utenza	Totale
PIOLTELLO	43	75	118	60.308,00	30.990,00	91.298,00
SEGRATE	47	38	85	39.952,07	20.339,10	60.291,17
VIMODRONE	74	39	113	58.059,91	28.945,00	87.004,91
TOTALE DISTRETTO	**164**	**152**	**316**	**158.319,98**	**80.274,10**	**238.594,08**

- ***Sostegno alle famiglie per l'accesso ai servizi socio educativi e scolastici***

Tavola 35- Voucher per tipologia anno 2013

COMUNI	VOUCHER ASILI NIDO		VOUCHER CENTRI ESTIVI		VOUCHER REFEZIONE SCOLASTICA	
	n. famiglie	Spesa	n. famiglie	Spesa	n. famiglie	Spesa
PIOLTELLO	9	€. 65.625	28	€. 5740	77	€. 61.800
SEGRATE	30		0		69	
RODANO	1		0		5	
VIMODRONE	5		0		24	
TOTALE	**45**		**28**		**175**	

Verifica obiettivi Area Prima Infanzia

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate	Risultati
Monitoraggio e aggiornamento continuo dei dati relativi al fabbisogno (attualizzazione del Piano Triennale Prima Infanzia).	Istituzione di un Tavolo permanente di confronto con tutti i gestori delle strutture pubbliche e private accreditate	Personale ufficio di piano	E' stato avviato il tavolo tra i gestori delle unità di offerta pubbliche e private. Sono stati individuati i temi su cui lavorare congiuntamente (formazione, inserimento disabili).	Gli obiettivi sono stati individuati e tradotti in un possibile percorso di lavoro che tuttavia non è stato attivato. L'obiettivo sarà riproposto con modalità diverse nel prossimo triennio.
Qualificazione e controllo delle Unità di offerta sociale	Accreditamento delle unità di offerta alla prima infanzia	Personale ufficio di piano	Applicazione delle procedure previste dai criteri interdistrettuali per l'accreditamento	Attraverso il processo di accreditamento e la conseguente e progressiva omogeneizzazione qualitativa dei servizi si sta affermando un sistema di servizi alla prima infanzia più dialogante e integrato. Sono stati accreditati complessivamente: 18 asili nido 2 centri per le famiglie
Sostegno alla genitorialità, ed alla della rete parentale di sostegno, nella cura dei minori	Sostenere le famiglie nelle prime necessità relative all'arrivo di un figlio mediante erogazione di bonus "una tantum" ai nuovi nati.	€. 62.000	Approvazione criteri Apertura bando Erogazione delle misure	La misura è stata introdotta nel corso del 2014. Per l'anno di riferimento sono stati assegnati complessivamente 168 bonus

Tabelle di sintesi interventi area prima infanzia

- ***Sistema di offerta alla prima infanzia***

Tav. 36 - Offerta servizi prima infanzia pubblici e privati Distretto Sociale Est Milano ANNO 2012-2013

TIPOLOGIA	N. STRUTTURE PUBBLICHE	POSTI PUBBLICI AUTORIZZATI (CAPIENZA GESTIONALE)	N. STRUTTURE PRIVATE	POSTI PRIVATI AUTORIZZATI	TOTALE POSTI AUTORIZZATI
ASILI NIDO	9	447	15	443	890
MICRO NIDI	0	0	1	10	10
NIDI FAMIGLIA	0	0	1	5	5
TOTALE DISTRETTO	**9**	**447**	**17**	**458**	**905**

Tav 37 - Offerta Servizi prima infanzia livello comunale ANNO 2012-2013

COMUNE	N. STRUTTURE	N. POSTI AUTORIZZATI	%POSTI SU TOT. DISTRETTO
PIOLTELLO	3	150	33,55
RODANO	0	0	0
SEGRATE	4	183	40,95
VIMODRONE	2	114	25,50
TOTALE DISTRETTO	**9**	**447**	**100**

- ***Bonus bebé 2014 "Benvenuto al mondo"***

Tav 38 – Contributi nuovi nati

COMUNE	N. ISTANZE	SPESA
PIOLTELLO	110	27.750
SEGRATE	28	7.500
RODANO	4	1.000
VIMODRONE	36	9.000
TOTALE	**168**	**45.250**

- ***Accreditamento unità di offerta prima infanzia***

Tav 39 – Registro unità di offerta accreditate

	REGISTRO DELLE UNITA' DI OFFERTA ACCREDITATE RIVOLTE ALLA PRIMA INFANZIA								
	TIPOLOGIA	DENOMINAZIONE	INDIRIZZO	COMUNE	ENTE GESTORE	NATURA GIURIDICA	DATA ACCREDITAMENTO	N. ATTO	POSTI
1	asilo nido	Stella Stellina	Via Xxv Aprile 18	SEGRATE	comune	pubblica	12/07/2012	433	63
2	asilo nido	Nido Di Agnese	Via 1° Maggio	SEGRATE	comune	pubblica	12/07/2012	433	18
3	asilo nido	Sbirulino	Via F.Lli Cervi 2 Residenza Seminario	SEGRATE	comune	pubblica	12/07/2012	433	63
4	asilo nido	La Rondine	Strada Anulare – San Felice	SEGRATE	comune	pubblica	12/07/2012	433	21
5	asilo nido	Abracadabra 2	Via Papa Giovanni XXIII N. 5	SEGRATE	miro' snc	privata	12/07/2012	433	25
6	asilo nido	Piccolo Principe	Palazzo Donatello Milano 2	SEGRATE	do.re.mi.srl	privata	12/07/2012	433	24
7	asilo nido	Abracadabra	Via Delle Regioni 26	SEGRATE	soc. milani e bartolino snc	privata	12/07/2012	433	24
8	asilo nido	Up To Five	Via Modigliani 33/35	SEGRATE	up to five srl	privata	12/07/2012	433	29
9	asilo nido	Asilo Nido Albert Sabin	Via Signorelli/Mantegna	PIOLTELLO	comune	pubblica	12/07/2012	433	60
10	asilo nido	Asilo Nido Monteverdi	Via Monteverdi	PIOLTELLO	azienda speciale servizi alla persona e alla famiglia “futura”	azienda speciale	12/07/2012	433	49
11	asilo nido	Asilo Nido Edward Jenner	Via D'annunzio	PIOLTELLO	azienda speciale servizi alla persona e alla famiglia “futura”	azienda speciale	12/07/2012	433	55
12	asilo nido	Vitamina G	Via Palach 7	SEGRATE	Paola Albini	privata	12/07/2012	433	12
13	centro prima infanzia	Centro Prima Infanzia Comunale	Via Fiume 20	VIMODRONE	koine' cooperativa sociale onlus	cooperativa	12/07/2012	433	18

14	asilo nido	Il Mio Nido	Via Petrarca 1	VIMODRONE	koine' cooperativa sociale onlus	cooperativa	12/07/2012	433	60
15	asilo nido	Nido Martesana	Viale Martesana 5	VIMODRONE	koine' cooperativa sociale onlus	cooperativa	12/07/2012	433	54
16	asilo nido	Il Nido Di Tempo C	Via Amendola 3	SEGRATE	Tempo c societa' cooperatica sociale	cooperativa	12/07/2012	433	30
17	asilo nido	Le Coccole	Piazze Delle Betulle 12	RODANO	la magnolia snc	privata	12/07/2012	433	24
18	centro prima infanzia	Pianeta Famiglia	Via Roma 117	PIOLTELLO	azienda speciale servizi alla persona e alla famiglia “futura”	azienda speciale	30/04/13	250	15
19	asilo nido	Favole E Coccole	Via San Bovio N. 3	SEGRATE	an & pe srl	privata	12/07/2013	440	33
20	asilo nido	Il Piccolo Sicomoro	Via Milano 1	SEGRATE	associazione gianna beretta molla	privata	12/07/2012	433	21
							27/02/2014	111	28

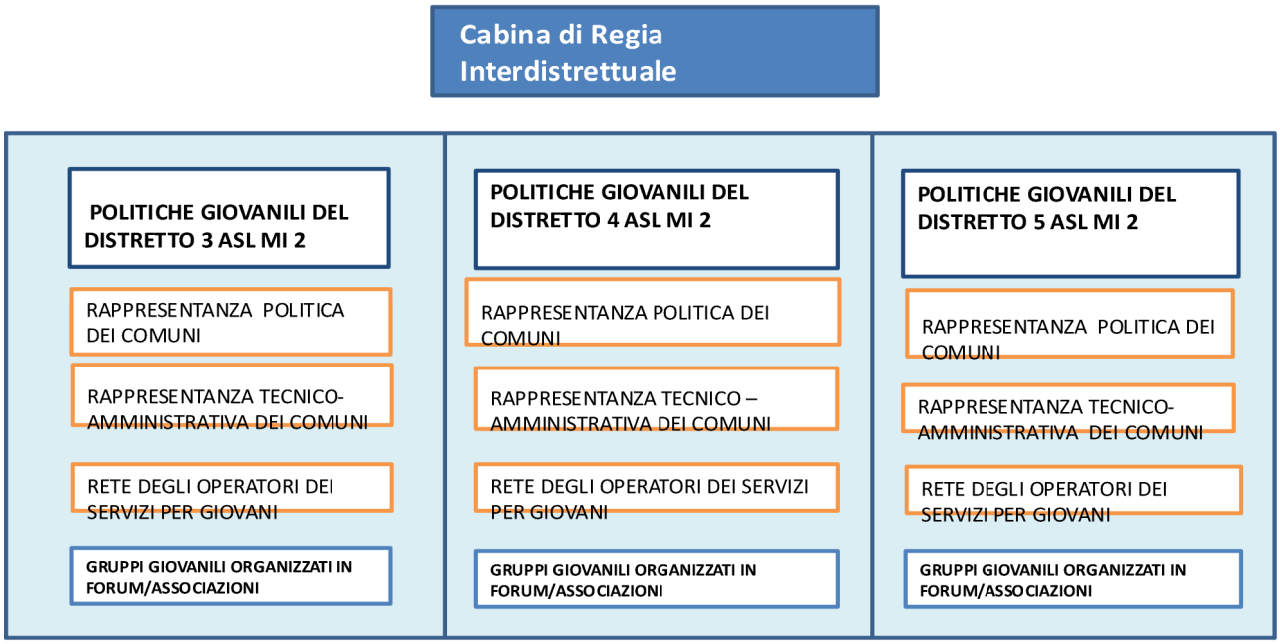
Verifica obiettivi Area Politiche Giovanili

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate	Risultati
Gli obiettivi iniziali della programmazione (ricognizione delle attività e dei soggetti attivi nell'area formazione, analisi della condizione dei giovani rispetto all'autonomia abitativa e percorso di coinvolgimento e responsabilizzazione e di gruppi di cittadinanza attiva nell'elaborazione dei piani attuativi delle politiche giovanili) sono stati riformulati e ricondotti ad una progettazione interdistrettuale presentata nell'ambito del bando regionale per le politiche giovanili ai fini dell'ottenimento di specifico finanziamento.	▪ realizzazione e qualificazione della governance distrettuale per le politiche giovanili; ▪ l'implementazione del sistema di governo interdistrettuale delle politiche giovanili, attraverso la partecipazione attiva agli organismi interdistrettuali previsti dal Piano; ▪ la realizzazione e messa in rete della rete di comunicazione web; ▪ la valorizzazione delle realtà giovanili locali e costruzione di livelli di partecipazione.	VALORE COMPLESSIVO DEL PIANO: € 247.770,00 SUDDIVIZIONE COSTI: FINANZIAMENTO REGIONALE: € 104.582,00 QUOTA CASH COMUNI, DISTRETTI E PROVINCIA: € 43.182,00	Approvazione del Piano di Lavoro Territoriale per le Politiche Giovanili (Linee di indirizzo DGR 16 novembre 2011 n. IX/2508) e sottoscrizione dell'Intesa Operativa tra Distretti 3, 4 e 5 , Provincia di Milano, soggetti del Terzo Settore. Realizzazione delle azioni previste dal Piano.	Condivisione a livello interdistrettuale di linee politiche che vedano il giovane come protagonista e promotore di competenze e risorse anche attraverso la messa in rete di azioni, metodologie e know how specifici. Costruzione di una governance interdistrettuale articolata su più livelli: politico, tecnico amministrativo, e quello rappresentativo dei gruppi formali e informali di giovani.

LA GOVERNANCE DISTRETTUALE

POLITICHE GIOVANILI DEL DISTRETTO 3 ASL MI 2

AZIONE DI GOVERNANCE INTERDISTRETTUALE



AZIONI DIRETTE

SITO WEB POLITICHE GIOVANILI INTERDISTRETTUALE

NUOVE POSTAZIONI RADIO WEB

SISTEMA DI CERTIFICAZIONE DELLE ESPERIENZE

AZIONI DI FORMAZIONE PER GIOVANI E OPERATORI

Verifica obiettivi area Inclusione sociale e immigrazione

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate	Risultati
Ricomposizione delle risorse economiche e professionali in capo ai Comuni	Omogeneizzazione del sistema della contribuzione economica diretta e indiretta Integrazione dei diversi interventi di carattere economico esistenti a livello Comunale e Distrettuale	Costituzione di gruppo di lavoro interno (Ufficio di Piano e Comuni)	Analisi e comparazione dei singoli regolamenti comunali Definizione delle linee di indirizzo da condividere e delle specificità da salvaguardare	E' stato svolto il lavoro istruttorio finalizzato alla costruzione di un regolamento generale di ambito articolato in sub regolamenti declinati a livello di ogni singolo comune al fine di salvaguardare le specificità dei territori. Il percorso si è interrotto alla luce delle novità introdotte dalla normativa relativa al nuovo Isee che richiederà ulteriori valutazioni e approfondimenti.

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate	Risultati
Incrementare l'offerta di accoglienza rivolta a persone che vivono una situazione di disagio abitativo nell'ambito di progetti di housing sociale	Ampliamento dei posti letto disponibili e individuazione di nuovi target di destinatari.	€. 80.410,50	Acquisizione mediante contratto di comodato d'uso di ulteriore immobile da destinare a interventi di housing a favore di donne con minori. Approvazione di criteri e requisiti per l'individuazione dei destinatari. Realizzazione di 14 percorsi di housing	L'esperienza maturata in tema di housing ha consentito di sviluppare prassi di intervento condivise a livello distrettuale e diprogettare interventi nell'area del contrasto al disagio abitativo che saranno oggetto di lavoro nel prossimo triennio e che saranno presentati nell'ambito di un bando di una fondazione bancaria per l'ottenimento di specifico finanziamento. Incremento di 5 posti letto destinati a interventi di housing a favore di donne con minori.
Sostegno al reddito	Reddito di inserimento sociale a favore di cittadini in stato di emarginazione sociale ed indigenza non in grado di disporre di un reddito minimo previa adesione a progetto individualizzato e relativa sottoscrizione di "patto di collaborazione"	€. 130.000	Commissione distrettuale di valutazione Criteri condivisi per l'individuazione dei destinatari della misura. Monitoraggio dei progetti individualizzati.	Nel triennio sono stati realizzati 118 percorsi di reinserimento lavorativo, di formazione volta alla professionalizzazione di soggetti non facilmente inseribili e per agevolare la presa in carico finalizzata a percorsi educativi e/o terapeutici
Sperimentare modalità innovative di sostegno a favore	Realizzare interventi educativi (individuali o di gruppo) di sostegno al reddito rivolti a	Finanziamento nell'ambito di Bando del Ministero del Lavoro e Politiche	Sono state realizzate tutte le azioni previste da progetto.	La valutazione del progetto, stata svolta secondo il metodo contro fattuale, ha messo

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate	Risultati
di famiglie che si trovano in condizioni di precarietà economica e di vulnerabilità sociale	famiglie fragili, senza reti di supporto e a rischio di indebitamento col fine di riattivare le loro risorse interne. La realizzazione di percorsi di messa in rete tra persone già "risorsa" del territorio e famiglie fragili ed emarginate. Percorso formativo alle assistenti sociali dei comuni	Sociali per progetti sperimentali finalizzati al contrasto della povertà € 50.000	Sono stati realizzati 18 percorsi di accompagnamento alle famiglie dei quali 9 di tipo individuale e 9 in gruppo. La sperimentazione ha interessato complessivamente tutte le assistenti sociali dei Comuni.	in evidenza una serie complessa di elementi (punti di forza e criticità) e di punti di vista (operatori, destinatari) in relazione ai quali si stanno riprogettando le azioni per il prossimo triennio.
Favorire i processi di integrazione mediante la realizzazione di interventi di mediazione linguistico culturale nell'ambito dei servizi.	Realizzare interventi di mediazione nell'area specifica della tutela minori, con percorsi di contenimento del trauma migratorio nei minori neo ricongiunti.	Progetti interdistrettuali (ambiti n. 3, 4 e 5) Finanziamenti ai sensi della L. 40/98: anno 2012/13 €. 10.164 anno 2013/14 €. 12.701,80 Cofinanziamento distretto €. 13.394,00	Condivisione di prassi operative a livello interdistrettuale Realizzazione del servizio di mediazione nell'ambito dei servizi tutela minori dei 4 Comuni dell'ambito mediante convenzione con cooperativa sociale.	Gli esiti del progetto rilevano la necessità di garantire un costante aggiornamento degli operatori sui modelli culturali e operativi da mettere in atto nel rapporto con i singoli e con le comunità straniere.
Sviluppare un sistema coordinato e integrato tra sportelli stranieri a gestione comunale.	Approfondimento, analisi e comparazione tra diversi strumenti e metodologie di lavoro in uso nei diversi Comuni dell'ambito.	Ufficio di piano e operatori dei servizi comunali.	E' stato costituzione di sottogruppo di lavoro dedicato che ha elaborato proposte finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo.	Adozione di strumenti condivisi per la raccolta e la confrontabilità dei dati e delle informazioni. Gestione dei ricongiungimenti familiari secondo procedure condivise con Prefettura e Questura.
Sostegno ai percorsi di inclusione sociale a favore di	Presa in carico e accompagnamento di soggetti prossimi alle dimissioni.	Progetti finanziati dalla Legge 8/2005.	potenziamento e continuità dei percorsi di accompagnamento	61 prese in carico di cui 21 del Distretto 3 .

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate	Risultati
persone in esecuzione penale esterna, ex detenuti e familiari.			al reinserimento sociale attraverso attività di gruppo, sostegno educativo e interconnessione con cooperative di tipo B. housing sociale e Pronto intervento (7 posti letto , 1 in pronto intervento e 1 per permessi premio).	

Tabelle di sintesi interventi area Inclusione sociale immigrazione

- ***Interventi di Housing Sociale***

Tav. 40 – Andamento progetti accoglienza

COMUNE INVIANTE	DURATA OSPITALITA'	FOLLOW UP AL 31/12/2014
SEGRATE	6 mesi	Dimesso
SEGRATE	12 mesi	Trovata soluzione autonoma
PIOLTELLO	1 anno e 11 mesi	Trovata soluzione autonoma
VIMODRONE	6 mesi	Trovata soluzione autonoma
SEGRATE	6 mesi	Assegnazione casa ALER
SEGRATE	12 mesi	Dimesso
VIMODRONE	12 mesi	Trovata soluzione autonoma
PIOLTELLO	3 mesi	Percorso di accompagnamento in essere
PIOLTELLO	1 mese	Inizio progetto
VIMODRONE	6 mesi	Percorso di accompagnamento esterno in essere
PIOLTELLO	1 mese	Periodo di valutazione
PIOLTELLO	8 mesi	Percorso di accompagnamento esterno
SEGRATE	8 mesi	Percorso di accompagnamento esterno
VIMODRONE	12 mesi	Trovata soluzione autonoma

Tavola 41 Interventi di housing sociale spesa 2012-14

2012	2013	2014	Totale
22.899,49	22.351,01	35.160,00	80.410,50

- ***Il Reddito di Inserimento Sociale e il Micro credito***

Tavola 42 - RIS e microcredito - interventi attivati triennio 2012-2014

	PIOLTELLO		RODANO		SEGRATE		VIMODRONE		TOTALE	
	UTENTI	SPESA	UTENTI	RISORSE	UTENTI	RISORSE	UTENTI	RISORSE	UTENTI	RISORSE
RIS	42	52.175	3	4.800	54	45.650	19	17.400	118	120.025
MICRO CREDITO	6	11.958	0	0	6	15.637	7	16.848	19	44.443
TOTALI	**48**	**64.132**	**3**	**4.800**	**60**	**61.287**	**26**	**34.248**	**138**	**164.468**

- ***Interventi di sostegno economico generico erogati dai Comuni***

Tavola 43 - Interventi di sostegno economico generico erogati dai Comuni Anno 2012

	PIOLTELLO	RODANO	SEGRATE	VIMODRONE	TOTALE
ANZIANI	€. 11.631	€. 9300	€. 1.910	€. 12.753	€. 35.594
DISABILI	€. 11.631	€. 0	€. 7.756	€. 4.523	€. 23.910
MINORI E FAMIGLIA	€. 34.894	€. 0	€. 19.659	€. 3.825	€. 58.378
POVERTA' EMARGINAZ	€. 0	€. 3.000	€.9.093	€. 5.618	€. 17.711
SALUTE MENTALE	€. 0	€. 0	€. 0	€. 0	€. 0
TOTALI	**€. 58.156**	**€. 12.300**	**€. 38.418**	**€. 26.719**	**€. 135.593**

- ***La Mediazione linguistico culturale***

Tavola 44 – Mediazione linguistico culturale 2012-2014

COMUNE	PAESI DI PROVENIENZA	ORE DI MEDIAZIONE		
		2012	2013	2014
PIOLTELLO	Egitto/Marocco	14,5	11,5	15,5
	Costa d'Avorio		8	
	Nigeria	12	2	

	Grecia		6,5	
	Romania	2	4	11
	Albania	12	2	2
	Bulgaria	25		
	Cina	8,5	11	
	Pakistan	31,5	22,5	20,5
	Bangladesh	8	44	4
	Perù		1	7
TOTALE		**113,5**	**112,5**	**60**
VIMODRONE	Albania		14	25
	Romania	8		
TOTALE		**8**	**14**	**25**
SEGRATE	Egitto/Marocco	20	4	
	Albania		6	
	Pakistan	4	4	
	Costa d'Avorio	2		
TOTALE		26	14	
RODANO	Romania		60	
TOTALE			60	
TOTALE GENERALE		**141,50**	**200,5**	**85**

- ***Sportelli per l'immigrazione***

Tav 45 – Attività Sportelli stranieri 2012-2014

PRESTAZIONI TRIENNIO 2012/2014	PIOLTELLO	SEGRATE	VIMODRONE	DISTRETTO
DECRETO FLUSSI	5	38	52	95
SANATORIA	83	33	51	167
KIT POSTALI E ISTRUTTORIE PER PERMESSI DI SOGGIORNO E CARTA DI SOGGIORNO	6435	1083	550	8068
RICONGIUNGIMENTI FAMILIARI (CONTATTI)	1583	177	306	2066
RICONGIUNGIMENTI FAMILIARI (PRATICHE)	109	167	67	343
ISTANZE AL T.M. EX ART.31 DPR286/98	0	9	15	24
RICHIESTA CITTADINANZA ITALIANA	422	245	39	706
COLLOQUI DI ORIENTAMENTO	1187	763	2124	4074
ALTRO	1365	285	61	1711

Titolo V - Linee di sviluppo e ambiti di miglioramento: gli aspetti fondamentali della programmazione 2015- 2017

Azioni di sistema

Le finalità ritenute strategiche a livello distrettuale e sulle quali, quindi, si ritiene prioritario intervenire ed investire a livello di azioni di sistema, in un'ottica trasversale alle diverse aree tematiche, dovranno essere funzionali a:

- Avvicinare le prestazioni ai bisogni;
- Facilitare i percorsi per gli utenti attraverso la ricomposizione dei servizi e l'integrazione socio sanitaria;
- Ridurre sprechi indotti dalla frammentazione delle risorse e dei servizi;
- Supportare lo sviluppo di competenze e conoscenze condivise;
- Presidiare l'equità degli interventi;

Nello specifico si intende lavorare al perseguimento dei seguenti macro obiettivi:

- ***Coordinamento e messa a sistema del Segretariato sociale***

Il Segretariato Sociale, come definito dalla legge 328/2000 e dalla successiva legge regionale 3 del 2008, rappresenta un livello essenziale di assistenza, in quanto porta di ingresso per il cittadino al sistema dei servizi.
Il puntuale monitoraggio degli accessi, la lettura e rielaborazione delle richieste consente, in un quadro complessivo, dove a fronte della progressiva riduzione delle risorse non si è in grado di rispondere a tutte le istanze rappresentate, di compiere una ricognizione più ampia del bisogno. Di ricostruire cioè in modo puntuale la mappa territoriale dei bisogni e rivedere, in un processo continuo, la riallocazione delle risorse in relazione alle modificazioni registrate.
Nel corso del precedente triennio è stato elaborato e sottoscritto tra ASL MI 2 e gli otto ambiti territoriali un protocollo contenente le linee guida per la realizzazione delle attività di segretariato sociale condivise e omogenee su tutto il territorio.

Tuttavia permangono le criticità relative all'attuale assetto del segretariato sociale, realizzato a livello di singolo comune, che riguardano in particolare:

- l'accesso alle informazioni e la difficoltà di mettere in rete le conoscenze tra gli operatori;
- le prassi organizzative e l'individuazione di modalità di azione univoche tra gli operatori dei diversi Comuni;
- la difficoltà ad utilizzare e comparare a livello di ambito i dati raccolti finalizzandoli alla valutazione dei bisogni e alla diagnosi sociale.

Partendo dall'analisi di tali criticità si intende sviluppare un sistema distrettuale coordinato tra i servizi di segretariato comunale che:

- faciliti l'accesso per gli operatori alle informazioni, ai dati e alle risorse disponibili, mediante un piano informativo puntuale e tempestivo interno ai servizi (newsletter periodiche a cura dell'ufficio di piano, utilizzo di drop box….);

- consenta una raccolta dati omogenea e comparabile mediante l'adozione di strumenti comuni;

- preveda percorsi formativi comuni a favore del personale tecnico dedicato a svolgere l'attività;
- consolidi il rapporto di collaborazione con il terzo settore e l'associazionismo (Caritas, Sindacati, Associazioni ecc.), per sviluppare e qualificare la funzione di segretariato sociale diffuso, coordinato e dialogante.

- ***Proseguire il percorso di ricomposizione delle prestazioni e dei servizi comunali***

L'obiettivo, già perseguito nei precedenti Piani di Zona, dovrà nel prossimo triennio perfezionarsi e trovare piena attuazione attraverso un sempre più stretto raccordo, in termini programmatori, progettuali e amministrativi, della dimensione comunale e di ambito, per valorizzare sinergie, diffusione di competenze e di migliori prassi e garantire pari opportunità di tutela a tutti i cittadini.
In particolare si dovrà agire al fine di:

- Uniformare i criteri di accesso dei servizi su base distrettuale e/o interdistrettuale;
- Svolgere un lavoro di attenta analisi e comparazione dei costi di gestione dei servizi erogati dai Comuni e del grado di copertura derivante dalla compartecipazione a carico degli utenti al fine di individuare percorsi reali e sostenibili verso l'omogeneizzazione delle tariffe;
- Razionalizzare l'offerta in base alla domanda espressa.

- ***Ampliamento delle gestioni associate/coordinate***

La gestione associata si conferma un obiettivo prioritario anche per il nuovo triennio, al fine di incrementare l'integrazione tra i Comuni e la definizione di priorità strategiche condivise per la politica sociale del distretto.
In particolare, nel prossimo triennio, si ritengono obiettivi prioritari l'effettiva implementazione della gestione associata del servizio trasporto sociale a carattere continuativo, a partire dallo studio di fattibilità già effettuato, e la realizzazione di un sistema territoriale per l'abitare, meglio dettagliato nella sezione Inclusione Sociale, che prevede interventi innovativi e sperimentali e la contestuale gestione associata di funzioni tradizionalmente in capo ai singoli Comuni.

- ***Elaborazione di un Regolamento distrettuale ISEE***

Come da esplicito mandato ricevuto dal Tavolo Politico si intende procedere ad un attento monitoraggio e all'analisi degli effetti prodotti dall'introduzione del nuovo ISEE.
I livelli di attenzione saranno concentrati su un doppio binario: da una parte osservare le ricadute sui cittadini, in particolare le categorie più fragili ed esposte, dall'altro garantire ai Comuni le entrate previste a bilancio al fine di non creare sbilanci di difficile gestione.
L'obiettivo è quello di regolamentare la materia a livello di ambito e di individuare in modo coordinato, tenendo conto delle differenze socio economiche dei territori, fasce di contribuzione e soglie di accesso alle prestazioni agevolate, con particolare attenzione alle quote sociali dei servizi socio-sanitari.

- ***Rafforzamento degli ambiti di attuazione dell'integrazione socio-sanitaria***

Per quanto attiene al tema dell'integrazione socio sanitaria si rimanda al documento elaborato d'intesa con la ASL che declina puntualmente gli obiettivi individuando risorse, strumenti e tempistiche di realizzazione.

- ***OBIETTIVI 2015-2017 AZIONI DI SISTEMA***

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Strumenti di valutazione	Tempistica
Presidiare e coordinare il sistema di governance	Strategico	Interazione con il Terzo Settore e gli altri attori del processo; Consolidamento dei Tavoli Tematici; Integrazione tra livello tecnico e livello politico;	professionali	Incontri con Tavoli di progettazione e partecipata, assemblea Intercomunale, Tavolo del Terzo settore	Numero incontri, numero e frequenza partecipanti Presenza di verbalizzazioni Tipologia della documentazione elaborata	n. incontri programmati/realizzati = 1 N ° verbali/n ° incontri	Calendario attività Analisi documentale verbali/documenti	Per tutto il triennio
Garantire le funzioni di integrazione socio-sanitaria con ASL e Azienda Ospedaliera	Strategico	Cabina di Regia tra ASL e Uffici di Piano dei Distretti Sociali. OCSM (Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale)e dell' OCNPIA (Organismo di Coordinamento per la Neuro Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza).	professionali	Riunioni periodiche	n. incontri/anno Adozione di procedure, criteri, documenti condivisi	n. incontri programmati/realizzati = 1 almeno 1 procedure/criteri/documenti condivisi	Calendario attività Verbali	Per tutto il triennio

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Strumenti di valutazione	Tempistica
Coordinamento e messa a sistema del Segretariato sociale	specifico	Condivisione di procedure e strumenti per la raccolta e elaborazione dati	professionali	Scheda utente Strumenti informatici di supporto	Adozione di scheda comune Condivisione degli strumenti informatici Report periodici di elaborazione dati	Almeno 1 report/anno		12 mesi
		Implementare la condivisione e la messa a sistema delle conoscenze	professionali	Percorsi formativi congiunti	n. percorsi attivati n. frequentanti	Almeno 1 percorso formativo/anno Almeno i 2/3 degli operatori individuati	Fogli presenza	Per tutto il triennio
		consolidare il rapporto di collaborazione con il terzo settore e l'associazionismo (Caritas, Sindacati, Associazioni ecc.), per sviluppare e qualificare la funzione di segretariato sociale diffuso	professionali	Incontri periodici tra i vari soggetti Protocolli di collaborazione e buone prassi, accordi locali	n. incontri previsti/effettuati Formalizzazione degli accordi	n. incontri previsti/realizzati=1 almeno un accordo su una tipologia di utenza	Verbali, atti di approvazione	Per tutto il triennio
Proseguire il percorso di omogeneizzazione delle	generale	Individuare criteri di accesso condivisi e svolgere un' analisi sui costi e sulle tariffe dei	Professionali	Regolamenti comunali e distrettuali Dati di	Individuazione di Procedure e criteri condivisi nell'ambito di alcuni servizi ritenuti strategici	Almeno un regolamento su una tipologia di servizio	Analisi documentale	Per tutto il triennio

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Strumenti di valutazione	Tempistica
prestazioni e dei servizi comunali		servizi erogati dai singoli Comuni		bilancio				
Ampliamento delle gestioni associate/coordinate	generale	Gestione associata servizio trasporto sociale e interventi di contrasto al disagio abitativo	Risorse da bilanci comunali	Definizione degli standard di servizio e espletamento procedure ad evidenza pubblica	N° di nuove gestioni associate realizzate nel triennio	Uguale o maggiore a 2	Atti approvati	Per tutto il triennio
Disciplinare gli ambiti e le modalità di applicazione del nuovo ISEE	generale	Elaborazione di un Regolamento distrettuale	Professionali	Banche dati Rielaborazione proiezione in base al nuovo dettato normativo	Regolamento	Adozione del regolamento	Atti approvati	12 mesi
Rafforzamento degli ambiti di attuazione dell'integrazione socio-sanitaria	Strategico	Vedi documento elaborato d'intesa con ASL MI 2 (allegato)						

Area non autosufficienza

Il crescente bisogno di cura e assistenza nell'area della non autosufficienza ha determinato nel corso del precedente triennio un forte investimento soprattutto nell'area del mantenimento al domicilio da parte dei Comuni e del Distretto, sia in termini economici che progettuali, che si intende confermare per il prossimo triennio.

L'affermazione di un sistema di interventi fortemente integrato che tenga insieme le famiglie, i servizi sociali e socio sanitari del territorio e il lavoro di cura privato continua a rappresentare l'obiettivo generale cui orientare il sistema degli interventi e in particolare quelli a supporto della domiciliarità, al fine di rispondere in modo appropriato ai bisogni in deciso aumento.
Infatti, sebbene da un punto di vista strettamente demografico l'ambito registri un indice di vecchiaia al di sotto della media regionale e un numero assoluto di over 65 abbastanza stabile, si osserva un significativo aumento di situazioni complesse che richiedono un approccio integrato (tra Comuni e ambito, tra ambito e ASL) e un sistema articolato di prestazioni con cui comporre il progetto di cura.

Gli obiettivi del prossimo triennio per il sostegno alla domiciliarità continueranno ad essere orientati verso tre direttrici: il sostegno alle reti familiari, la qualificazione e regolarizzazione del lavoro di cura privato e il mantenimento del sistema territoriale dei servizi.

- ***Il sostegno alle reti parentali***

Le reti parentali, nonostante le importanti trasformazioni che hanno interessato il sistema famiglia negli ultimi decenni, svolgono tuttora un ruolo determinante nel sostenere i componenti più fragili, facendosi spesso carico di compiti gravosi in ragione dei carichi complessivi di responsabilità e cura cui spesso sono sottoposte (attività lavorativa, carico di cura dei figli minori, ecc).
Questo ha comportato un progressivo cambiamento del posizionamento delle famiglie rispetto al progetto di cura del congiunto fragile: da dirette erogatrici di prestazioni di cura e accudimento sono diventate elemento determinante nello svolgimento di un compito di regia e ricomposizione del progetto di cura che sempre più spesso viene almeno in parte realizzato mediante personale retribuito e/o il ricorso a servizi diurni a carattere socio sanitario.
La tenuta delle famiglie, divenute molto spesso il perno attorno a cui ruota tutta la rete dei servizi, è l'elemento determinante e qualificante che consente la permanenza al domicilio del soggetto fragile.

- ***La qualificazione e la regolarizzazione del lavoro di cura privato***

Secondo recenti studi la presenza di assistenza familiare privata riguarda oggi in Italia un anziano ogni 15 (6,6%), percentuale che nel Nord Ovest sale a una ogni 13/14 anziani. Si stima inoltre che tra le assistenti familiari il 43% non ha permesso di soggiorno, il 33% ha un regolare contratto di lavoro, il 24 % ha un regolare permesso di soggiorno ma è privo di contratto di lavoro. Quasi metà degli immigrati stranieri irregolari lavora come badante o domestico (300.000 su 650.000 irregolari stimati). Le principali provenienze sono Est Europa (in aumento) Ucraina, Romania, Moldavia (39% delle neo arrivate sono rumene) Sud- America.
Rispetto alla preparazione professionale il 30% delle badanti ha una formazione specifica. Quelle arrivate da poco tempo in Italia sono più giovani, e più disponibili a intraprendere un percorso di formazione. Sembra essere in aumento negli ultimi anni l'irregolarità del contratto di lavoro delle badanti, da un lato a causa della scarsa possibilità d'ingresso regolare, ma anche per l'onerosità del contratto.
I dati generali relativi alle caratteristiche e alla consistenza del lavoro di cura privato sono confermati anche a livello locale, dove il fenomeno risulta consistente e in crescita, come risulta dai report relativi all'attività svolta mediante convenzionamento con SAF ACLI nel triennio 2012-14.

Si intendono pertanto confermare i seguenti obiettivi:

- Promuovere l'emersione e la regolarizzazione del lavoro di cura domiciliare e la conoscenza delle peculiarità che lo contraddistinguono;
- Qualificare il mercato del lavoro di cura domiciliare attraverso la regolamentazione e professionalizzazione delle lavoratrici che vi operano;
- Strutturare un sistema di bilancio delle competenze delle assistenti familiari e analisi dei bisogni delle famiglie;
- Gestire un servizio di consulenza sugli aspetti contrattuali, contributivi e previdenziali;
- Fornire una consulenza per l'incontro tra la famiglia e l'assistente familiare;
- Gestire la consulenza, l'accompagnamento e l'invio delle richieste di regolarizzazione rivolte al lavoro domestico;
- Registrare le persone che accedono al servizio e si propongono come assistenti familiari attraverso la gestione di un Registro Assistenti Familiari;
- Supportare e monitorare i diversi aspetti di relazione del lavoro di cura, attraverso l'attivazione di percorsi di monitoraggio per verificare l'andamento dell'inserimento lavorativo all'interno della famiglia;
- Rafforzare una rete territoriale con le realtà del pubblico e del privato che si occupano di famiglie e lavoro di cura.

- ***Il sistema territoriale dei servizi***

A fronte di un'utenza in continua crescita e sempre più diversificata nei bisogni e nelle caratteristiche, di una famiglia e una comunità più fragili, è dunque necessario che il sistema territoriale dei servizi promuova reti di protezione e sorveglianza intorno ai soggetti più fragili e vulnerabili, valorizzi e sostenga le responsabilità familiari, e nello stesso tempo garantisca un governo del sistema di offerta attraverso la gestione di percorsi di cura e assistenza che tengano conto:

- della complessità e multidisciplinarità delle domande e dei bisogni, soprattutto per quelle situazioni di gravi compromissioni psichiche e comportamentali (c.d psicogeriatria);
- della necessità di fornire risposte flessibili e in grado di garantire la tutela per le situazioni di parziale o totale non autosufficienza;
- della necessità di creare percorsi integrati di presa in carico per le situazioni complesse (anziani over75 che convivono con altri soggetti anziani, persone sole senza alcuna rete di sostegno parentale o di prossimità, verso le quali è difficile organizzare e far accettare un intervento tutelante);
- di garantire equità di accesso ai servizi, e una valutazione competente e integrata che consenta un'unitarietà di risposte da parte di tutti i soggetti presenti sul territorio.

- ***OBIETTIVI 2015-2017 AREA NON AUTOSUFFICIENZA***

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Strumenti di valutazione	Tempistica
Sostegno alle reti parentali	specifico	Orientamento e consulenza nei percorsi di cura e assistenza Supportare e facilitare l'accesso alle unità di offerta a carattere diurno Assegni di cura a sostegno delle funzioni di assistenza svolte dai care giver familiari Potenziamento della funzione di tutoring del sad con l'obiettivo di qualificare e sostenere il lavoro svolto da care giver e personale privato di cura	FNA Risorse Comunali Risorse professionali	Assegni di cura Colloqui di orientamento e consulenza Visite domiciliari	Strumenti che prevedano il coinvolgimento di utenti caregivers e operatori quali soggetti significativi da cui ricevere feedback rispetto all'adeguatezza e al grado di soddisfazione delle azioni.	Secondo le scale di valutazione che saranno approntate.	Questionari, report periodici di monitoraggio e valutazione attività.	Per tutto il triennio

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Strumenti di valutazione	Tempistica
Qualificazione e regolarizzazione del lavoro di cura privato	specifico	Supporto alle famiglie per la regolarizzazione degli Assistenti Familiari Registro distrettuale assistenti familiari	FNPS – quote comunali Risorse professionali	Convenzione	n. contratti regolarizzati n di consulenze alle famiglie	In linea con i risultati raggiunti nel precedente triennio	report periodici di monitoraggio e valutazione attività	Per tutto il triennio
Consolidare il sistema distrettuale di protezione giuridica	specifico	Consolidamento del servizio e sviluppo di azioni di prossimità e di relazione con il beneficiario e con i parenti e con la rete dei servizi sociali territoriali al fine di meglio individuare le azioni di tutela all'interno del progetto di vita dei beneficiari	FNPS – quote comunali Risorse professionali	Convenzione	n. amministrazioni assegnate n. accessi alle attività di orientamento e consulenza	In linea con i risultati raggiunti nel precedente triennio	report periodici di monitoraggio e valutazione attività	Per tutto il triennio

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Strumenti di valutazione	Tempistica
Attuare un modello di valutazione integrata del bisogno delle persone fragili	generale	Proseguimento dell'attuazione del documento di intesa trea ASL e Ambiti per la valutazione integrata del bisogno; adeguamento e condivisione delle procedure e degli strumenti di valutazione per una presa in carico integrata e la condivisione del progetto individuale (PI) di assistenza; approntamento di operatività integrate al fine di tutelare le persone fragili	professionali	Procedure Incontri cadenzati Equipe multidisciplinare	Presenza di procedure n. incontri n. PI condivisi	Almeno 1 procedura n. incontri realizzati/n. incontri previsti = 1 PI condivisi maggiore o uguale al 50%	Verbali, cartella socio sanitaria	Tutto il triennio
Uniformare a livello interdistrettuale i criteri e gli interventi a sostegno delle persone fragili	specifico	Predisporre criteri e interventi omogenei partendo dalle misure previste per il 2015 dalla DGR. 2883/2014	professionali	Regolamenti interdistrettuali	regolamento	Approvazione regolamento	Verbali regolamento	Tutto il triennio

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Strumenti di valutazione	Tempistica
Gestione distrettuale Servizio Trasporto sociale	specifico	Avviare la gestione associata del servizio trasporto sociale a carattere continuativo secondo il sistema della voucherizzazione già in uso per il trasporto occasionale.	FNPS, quote comunali	Bando di accreditamento Patti accreditamento Erogazione di voucher	Realizzazione nella tempistica indicata di quanto previsto	Tempo previsto/tempo di realizzazione= 1	cronoprogramma	24 mesi
Sostenere e potenziare i progetti di supporto educativo mirati a favorire la piena inclusione scolastica dei minori disabili;	specifico	Sperimentare modelli innovativi per favorire l'accoglienza della disabilità grave nella scuola; Favorire lo scambio e il confronto tra le esperienze, realizzate nei contesti scolastici; Sostenere gli alunni disabili e le famiglie con attività di orientamento per garantire un passaggio adeguato da un ciclo di scuola ad un altro;	FNPS, quote comunali professionali	incontri periodici schema protocollo con scuole gruppo di lavoro	Protocolli, incontri	n. incontri effettuati/n. incontri programmati esistenza protocolli	Incontri: valore rapporto =1 esistenza protocolli	Per l'intero triennio

Area salute mentale

L'area della salute mentale rappresenta per il Distretto Sociale un' area di attenzione e di investimento di risorse.
Il fenomeno collegato al disagio e alla malattia psichica, che come si evince dalle tabelle sotto riportate costituisce un dato in costante crescita, acuisce il disagio relazionale degli utenti e delle famiglie, crea isolamento in funzione dello stigma collegato alla malattia mentale che spesso impedisce il naturale processo di supporto e di inclusione che, all'interno della comunità locale, viene di solito spontaneamente attivato dalle reti informali.

Tavola 46 - Pazienti CPS per genere – anno 2012

GENERE	PIOLTELLO		RODANO		SEGRATE		VIMODRONE		TOTALE	
♂ **maschi** ♀ **femmine**	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
	208	**270**	**16**	**16**	**57**	**73**	**57**	**73**	**419**	**499**

Tavola 47 - Pazienti CPS per fasce d'età – anno 2012

FASCE D'ETA'	PIOLTELLO	RODANO	SEGRATE	VIMODRONE	TOTALE
UNDER 24	15	1	8	4	28
24-34	57	5	26	15	103
35-44	119	5	74	32	230
45-54	108	8	71	28	215
55-64	76	5	43	20	144
OVER 65	103	8	56	31	198
TOTALE TERRITORIO	**478**	**32**	**278**	**130**	**918**

Tavola 48 - Pazienti CPS per genere – anno 2013

GENERE	PIOLTELLO		RODANO		SEGRATE		VIMODRONE		TOTALE	
♂ maschi ♀ femmine	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
	225	**277**	**22**	**25**	**130**	**134**	**69**	**81**	**446**	**517**

Tavola 49 - Pazienti CPS per fasce d'età – anno 2013

FASCE D'ETA'	PIOLTELLO	RODANO	SEGRATE	VIMODRONE	TOTALE
UNDER 24	23	1	10	7	41
24-34	58	8	31	21	118
35-44	112	9	63	33	217

45-54	103	7	58	34	202
55-64	90	11	49	26	176
OVER 65	116	11	53	29	209
TOTALE TERRITORIO	**502**	**47**	**264**	**150**	**963**

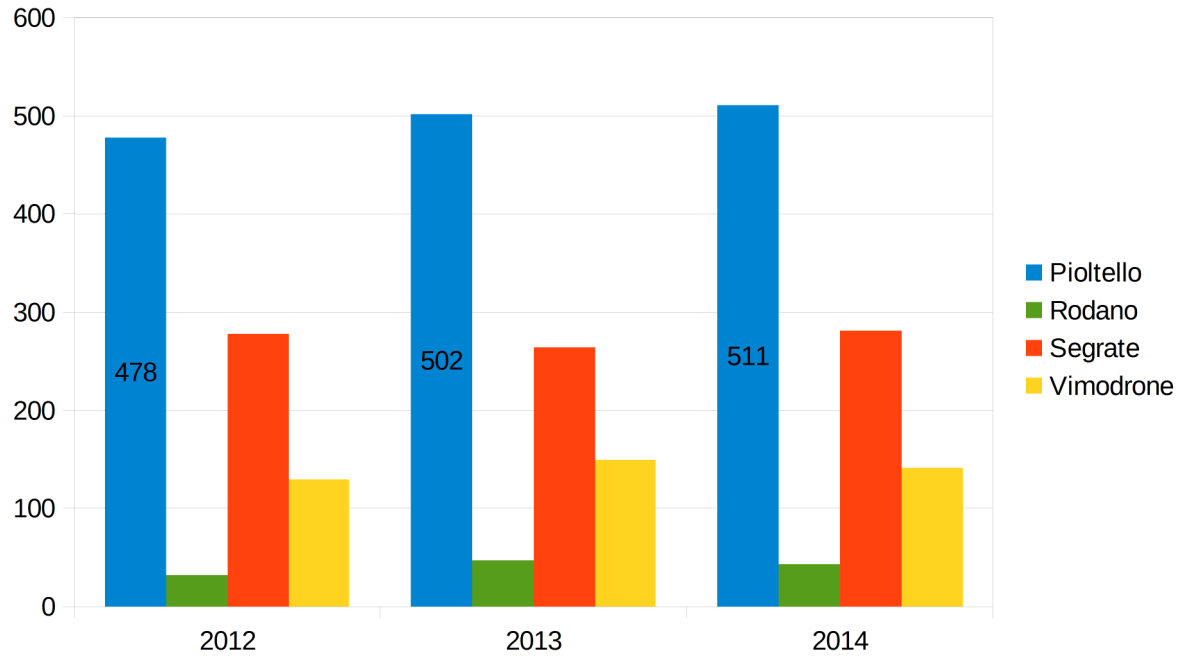
Tavola 50 - Pazienti CPS per genere – anno 2014

GENERE	PIOLTELLO		RODANO		SEGRATE		VIMODRONE		TOTALE	
♂ **maschi** ♀ **femmine**	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
	221	**290**	**18**	**25**	**136**	**145**	**71**	**71**	**531**	**446**

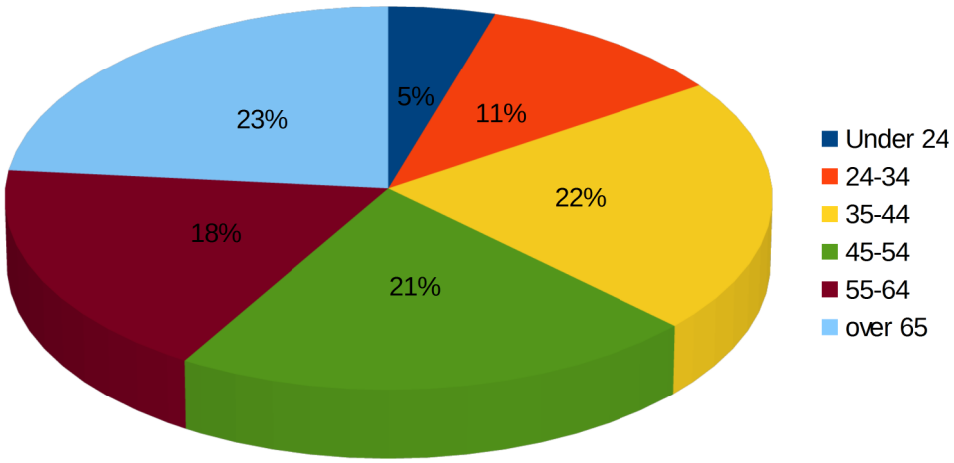
Tavola 51 - Pazienti CPS per fasce d'età – anno 2014

FASCE D'ETA'	PIOLTELLO	RODANO	SEGRATE	VIMODRONE	TOTALE
UNDER 24	24	4	14	5	47
24-34	56	7	30	18	111
35-44	110	7	63	33	213
45-54	109	7	66	30	212
55-64	92	3	60	28	183
OVER 65	120	15	48	28	211
TOTALE TERRITORIO	**511**	**43**	**281**	**142**	**977**

Grafico utenti in carico al CPS dal 2012 al 2014



Anno 2014-utenti per fasce di età



Come previsto dalle linee di indirizzo dettate dai Patti Regionali per la Salute Mentale il Distretto in collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale ha quindi operato, già nei precedenti trienni, per sviluppare a livello locale interventi territoriali integrati al fine di favorire percorsi di presa in carico unitari delle persone.

I livelli di collaborazione attivati con le associazioni di familiari e con il dipartimento di salute mentale hanno prodotto nel corso dei precedenti piani di zona progettualità qualificanti per il sistema territoriale che devono essere presidiate, mantenute e sviluppate.

Nello specifico sono stati adottati protocolli di intesa per la realizzazione di progetti di residenzialità leggera e per garantire una serie di azioni nell'area della risocializzazione (tirocini risocializzanti e attività di tempo libero).
E' stato poi realizzato il Servizio Integrato di Salute Mentale che garantisce la realizzazione di progetti individualizzati di tipo domiciliare in stretto raccordo con il locale Centro Psico Sociale.

Per il triennio 2015-17 si prevede di mantenere i servizi in essere ed avviare interventi di sensibilizzazione e promozione per la strutturazione di una rete di volontariato socio-sanitario obiettivo che non raggiunto nel precedente triennio.
Si intende avviare in collaborazione con il terzo settore un programma volto a sviluppare una rete di volontariato a supporto delle attività integrate a beneficio dei pazienti residenti sul territorio distrettuale.
In generale, l'eventuale rete di volontariato potrà avere un ruolo nei seguenti ambiti:

- supporto all'assistenza domiciliare psichiatrica organizzata e finanziata dal Distretto Sociale (SISM: Sistema Integrato per la Salute Mentale) con particolare riferimento alla gestione di interventi legati alla risocializzazione;
- attivazione di servizi di vicinato quali la spesa, le piccole commissioni, le visite di cortesia ecc..;
- gestione di momenti ludico – culturali - ricreativi eventualmente organizzati sul territorio;
- supporto e mantenimento di eventuali spazi dedicati all'aggregazione dei pazienti e delle loro famiglie.

Con l'Unità Operativa per la Neuro Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza si intende proseguire nel lavoro di integrazione e coordinamento avviata nel precedente triennio. Nello specifico si intende promuovere e realizzare percorsi formativi congiunti con i servizi tutela dei Comuni dell'ambito al fine di consolidare le collaborazioni in atto e di sviluppare maggiori livelli di integrazione e coordinamento.

- ***OBIETTIVI 2015-2017 AREA SALUTE MENTALE***

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Strumenti di valutazione	Tempistica
Sviluppare modalità di lavoro integrato con il DSM (Dipartimento Salute Mentale)	strategico	Dare continuità ai protocolli di intesa relativi ai tirocini risocializzanti e al tempo libero. analisi delle situazioni di fragilità collegate alla sovrapposizione di quadri clinici dell'utenza anziana (demenza, altre patologie degenerative di tipo cognitivo /patologia psichiatrica) finalizzata all'individuazione di modalità integrate di presa in carico	finanziarie e professionali	Protocollo intesa	Sottoscrizione Protocollo n. prese in carico integrate	Esistenza protocollo Sperimentazione di prese in carico integrate di casi complessi: Almeno 10	Verbali incontri	Tutto il triennio
Garantire un supporto domiciliare qualificato a carattere socio assistenziale e educativo nell'ambito di progetti di presa in carico condivisi con CPS	specifico	Servizio integrato salute mentale (SISM) per la realizzazione di progetti domiciliari di risocializzazione e sostegno ai pazienti in carico ai servizi territoriali e alle loro famiglie	finanziarie e professionali	Schede di segnalazione , schede di monitoraggio e verifica Report periodici	n. interventi previsti/realizzati stato di raggiungimento obiettivi progetti individualizzati	n. interventi previsti/realizzati=1 analisi qualitativa rispetto al raggiungimento obiettivi progetti individualizzati	Report periodici Cartella utente	Tutto il triennio
Sviluppare la rete di comunità	specifico	Avviare un lavoro di sensibilizzazione volto a	finanziarie e	Accordi	incontri pubblici	n. incontri previsti/realizz		Tutto il triennio

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Strumenti di valutazione	Tempistica
		strutturare una rete di volontariato socio-sanitario a sostegno delle famiglie e delle persone con patologie psichiatriche	professionali	territoriali incontri pubblici focus group	realizzati, n. soggetti territoriali coinvolti	ati=1 Numero soggetti coinvolti : valore > 4		

Area Famiglie, Minori, Prima Infanzia e Politiche Giovanili

Le Politiche a favore delle famiglie sono orientate a renderle protagoniste nelle scelte da intraprendere anche nelle situazioni di disagio o difficoltà, riconoscendo e valorizzando il loro ruolo di soggetti attivi rispetto ai propri bisogni.
I cambiamenti sociali e interculturali che interessano le famiglie evidenziano:

- l'aumento dei bisogni sociali ed educativi di cui sono portatori i nuclei familiari;
- il progressivo e costante aumento di nuclei familiari migranti;
- l'aumento tra adolescenti di malessere specifico (dagli abusi di sostanze, ai comportamenti di gruppo ed individuali a carattere aggressivo o apertamente delinquenziali, ai rapporti violenti tra i generi, agli episodi di razzismo etc);
- la crescente diffusione delle famiglie monogenitoriali;
- l'aumento di conflittualità intrafamiliare tra adulti di tipo interpersonale e intergenerazionale.

L'area della tutela dei minori ha registrato negli ultimi anni un incremento della complessità e del bisogno. La perdurante crisi economica ha influito sul vissuto dei cittadini innescando un incremento della conflittualità e delle dinamiche disgregative, con conseguenti ripercussioni sul fronte dei minori e l'esplicitazione di una nuova fascia di bisogni, un tempo più contenuta. Ulteriori fattori sono stati quelli legati ai flussi migratori, con ricadute quantitative sul fronte dei minori non accompagnati e qualitative per quanto riguarda la necessità di confrontarsi con nuclei famigliari che assommano un portato culturale, religioso e tradizionale anche profondamente diverso da quello territoriale costringendo i servizi a rapportarsi in modo differente e sperimentando nuove complessità.
E' un quadro sociale, in definitiva, che gradualmente è andato modificandosi, portando ai servizi un incremento di bisogni, di complessità e, necessariamente, l'obbligatorietà di dotarsi di nuove modalità e strategie di risposta o di incrementare la portata di quelle esistenti, di delineare azioni sperimentali e innovative, provando a ridefinire il quadro complessivo; il tutto con conseguente ed ovvia ricaduta anche sul fronte delle risorse da mettere in campo.

Nel nuovo triennio si conferma dunque la necessità di completare il processo di costruzione di rete nell'ambito. Il percorso del triennio trascorso ha infatti evidenziato proprio sul fronte della tutela minori una prima forte criticità nel mettere a sistema modelli diversi afferenti ai diversi comuni del distretto, nel trovare una architettura di fondo condivisa su cui si innesti la singola peculiarità territoriale e si declinino le azioni e gli interventi.

Occorre pertanto riprendere il processo iniziato e discusso ai tavoli di area, provando a sviluppare nel nuovo triennio strategie alternative, adottando una gradualità di azione, che parta dalla condivisione delle conoscenze, dei linguaggi e degli strumenti di base. Senza snaturare o penalizzare l'esistente, si lavorerà attraverso un percorso di confronto delle prassi e dei modelli, individuando i punti di contatto di minima su cui configurare un sistema di rete e di insieme. Il punto di partenza e l'obiettivo su cui convergerà l'azione del nuovo piano sarà quello delle conoscenze: lavorare sul sistema del sapere, del know how proprio dei singoli comuni e dei singoli operatori storicamente attivi nel distretto, per costruire definitivamente una architettura base condivisa e consapevole. Tale lavoro si imperniera sul confronto e sulla formazione.

Parallelamente, si intende agire sulle risorse e sui servizi, raccogliendo l'esito di quanto emerso nei tavoli di area e di confronto dell'ultimo triennio, con l'obiettivo di potenziare e qualificare il sistema di accoglienza dei minori collocati all'esterno della propria famiglia di origine e il processo di sostegno e allontanamento.

Da ultimo, ulteriore obiettivo da perseguire sarà quello della innovatività, della sperimentazione, della valutazione e (se possibile in termini di risorse e strumenti) dell'apertura di nuove strade attraverso una costruzione partecipata che coinvolga gli enti, gli operatori, le associazioni, ma

che anche sappia inglobare senza pregiudizi le eventuali risorse e progettualità più illuminate del privato non sociale, laddove disponibili, in una diversa e più ampia accezione di comunità.

Nell'area Prima Infanzia cresce l'esigenza delle famiglie di accessibilità ai servizi, di sostegno e accompagnamento nella dimensione genitoriale e nella costruzione di un percorso di crescita. La necessità ed i bisogni espressi dalla società, in relazione alle politiche di promozione e sostegno della prima infanzia, sono in forte cambiamento e corrono parallele alle modifiche del mercato del lavoro ed alle richieste da parte delle famiglie di estrema flessibilità, qualità ed accessibilità delle tariffe dei servizi. Le forme ed i modi in cui si organizzano tradizionalmente i servizi di sostegno alle politiche socio-educative, oltre ad essere messe in discussione dalla richiesta sociale che cambia, soffrono di una disponibilità economica generalmente più bassa delle famiglie e degli enti locali.

La forbice in cui si collocano le politiche per la prima infanzia, come altre aree di intervento sociale, tende a stringere gli spazi necessari per garantire il diritto e/o l'opportunità a fruire di servizi essenziali per consentire una normale vita lavorativa alle famiglie e luoghi idonei di crescita e formazione per i figli.

La sfida posta nel nuovo triennio si colloca nel solco di continuità con il precedente, puntando in primo luogo a garantire con continuità e senza arretramenti il quadro dei servizi in essere; in secondo luogo ci si adopererà attraverso un'azione di riflessione sinergica e di condivisione delle prassi di intervento ad individuare percorsi possibili di ottimizzazione anche mediante l'aggiornamento costante dell'analisi di domanda e offerta e il consolidamento del sistema integrato pubblico/privato.

La sfera delle politiche giovanili rappresenta nell'azione del Distretto un tema sfidante, complesso, specchio della complessità del mondo giovanile, della sua velocità di sviluppo e modificazione, caratterizzato da ritmi che divergono spesso profondamente dai modi e dai tempi dell'azione della Pubblica Amministrazione.
E' un mondo sfaccettato, a volte sfuggente, che tende a non dare appigli certi a chi lo analizza per delinearne i contorni e per ipotizzare strategie possibili.
Il lavoro svolto nel triennio precedente, in modo particolare sotto la spinta del bando di Regione Lombardia, ha consentito di svolgere una prima importante mappatura delle realtà e delle risorse e avviare un processo di governance sovra distrettuale (Distretti 3,4 e 5), con l'attivazione di preliminari percorsi di partecipazione attiva delle associazioni di giovani presenti sul territorio e degli stakeholder impegnati sul tema.

L'obiettivo che si palesa per il prossimo triennio, partendo dalle basi gettate nel Piano 2012-2014, è quello di sviluppare la governance traducendola in azioni e attività concrete con e per i giovani, alla luce del nuovo Bando Regionale sulle politiche giovanili da poco promulgato e tenuto conto anche delle "dieci idee nel lavoro per e con i giovani" proposte dall'Italia durante il semestre di guida della UE.

Le direzioni entro cui orientare l'attività devono prevedere e comprendere tematiche quali il lavoro e la dispersione scolastica dei giovani nel passaggio dalla scuola secondaria di 1° grado ai restanti due anni del nuovo obbligo scolastico, criticità enormi cresciute esponenzialmente nell'ultimo triennio che necessitano nuove risposte e nuove strategie.
Su tale fronte, che utilizzerà il lavoro di rete quale modalità per attivare energie positive e reperire possibili risorse, saranno coinvolti stakeholder tradizionali e nuovi.
Analoga azione sarà svolta sul piano della creatività, dello sviluppo del talento, della comunicazione per e con i giovani, provando a coinvolgere anche il privato con il proprio know-how , laddove vi fosse disponibilità.
Da ultimo un occhio specifico sarà rivolto all'azione preventiva, condotta attraverso campagne mirate o attraverso la formazione degli operatori a vario titolo impegnati con i giovani, con l'obiettivo di arginare fenomeni devianti legati all'abuso di sostanze, al gioco d'azzardo patologico, ad un non corretto utilizzo dei social network.

- ***OBIETTIVI 2015-2017 AREA MINORI E FAMIGLIE***

Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi /azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
Azioni di rete dei servizi tutela minori	Strategico	a. Confronto costante prassi e modelli b. Selezione procedure condivise sperimentali c .Analisi e valutazione modalità di mappatura e possibile coinvolgimento rete scuole e rete realtà formali/informali che operano con minori (oratori, società sportive, associazioni, ecc.) d. Formazione distrettuale per operatori per condivisione conoscenza e fare esperienza di rete e. Valutazione sperimentazione di interventi di sistema tra i vari servizi psico-socio-educativi nella scuola e territoriali	Gruppo di lavoro permanente area tutela minori con personale dei servizi comunali, terzo settore e ufficio di piano	Incontri di rete, modalità di condivisione dati/know how (drop box, newsletter, mailing list), seminari e corsi con esperti	n. incontri effettuati/n. incontri programmati n. formazione annua proposta	Incontri: valore rappporto =1 Formazione annua: valore > 1	Per l'intero triennio

Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi /azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
Rete di comunità	Strategico	a. Azioni di rete e raccordo con istituzioni scolastiche territoriali a.1 Rilevazione bisogni e mappatura (indici dispersione scolastica, bullismo, bisogni formativi/consulenza docenti) a.2 Creazione Osservatorio Minori distrettuale con le scuole a.3 Formazione docenti (aspetti giuridici, responsabilità e ruoli, rilevazione segnali, ecc.) a.4 Elaborazione protocolli comune/scuola a.5 Approfondimento dinamiche dispersione scolastica e dispersione scolastica migranti	Gruppo di lavoro ristretto con personale dei servizi comunali/uff. piano, dirigenti scolastici e/o funzioni strumentali istituti Risorse economiche istituzionali, cofinanziamento comuni, provvedimenti in economia	a.1 Questionari, dati statistici regionali e locali, incontri di confronto a.2.protocollo Osservatorio, eventuale regolamento di funzionamento, incontri periodici a.3 incontri frontali, seminari, corsi tematici a.4 schema protocollo con scuole a.5 tavolo confronto con Asl e Istituti Superiori	mappatura distrettuale n. incontri effettuati/n. incontri programmati Rispetto crono programma triennale N. proposte formative annue (da seconda annualità) N. protocolli comunali e/o distrettuali attivati	Mappatura indice: si/no Incontri: valore rapporto =1 Valore: 100% Formazione annua: valore > 1 80 N. protocolli nel triennio: > 1	a.1 Rilevazione bisogni: prima annualità a.2.Attivazione Osservatorio: seconda annualità a.3.Formazione: seconda e terza annualità a.4 Protocolli: entro seconda annualità a.5 Dispersione: per tutto il triennio

Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi /azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
		b. Azioni di rete e raccordo con terzo settore o volontariato associazionistico a vario titolo operante con minori presso istituzioni scolastiche o contesti territoriali ricreativo- educativi dedicati ai minori b.1 Mappatura realtà operanti con minori b.2 proposte formative su tematiche per operatori e volontari b.3 Elaborazione e definizione protocolli	Gruppo di lavoro ristretto con personale dei servizi comunali/uff.di piano, e su invito referenti terzo settore attivo con minori, referenti volontariato territoriale attivo con minori (oratori, associazioni sportive, ricreative, culturali, ecc.) Risorse economiche istituzionali, cofinanziamento comuni, provvedimenti in economia	b.1 questionari, schede di mappatura e rilevazioni dati b.2 incontri, seminari, conferenze, depliant informativi, volantini, manifesti b.3 schemi di protocollo .	mappatura distrettuale n.incontri effettuati/n.incontri programmati Rispetto crono programma triennale N. proposte formative annue (da seconda annualità) N. associazioni/ cooperative coinvolte nella formazione N. protocolli comunali e/o distrettuali attivati	Mappatura indice: si/no Incontri: valore rappporto =1 Valore: 100% Formazione annua: valore > 1 Numero stakeholder partecipanti alla formazione: valore > 10 N. protocolli nel triennio: > 1	b.1 Rilevazione bisogni: prima annualità b.2.Formazione: seconda e terza annualità b.3 Protocolli: entro seconda annualità
Azioni di razionalizzazione spesa derivante dal collocamento minori in comunità	specifico	a. Valutazione ed eventuale attivazione convenzionamenti distrettuali con comunità b. Valutazione ed eventuale attivazione convenzionamento distrettuale con centri diurni, prevedendo l'estensione anche a più ampie fasce di età c. valutazione e elaborazione progettualità sperimentali di	Gruppo di lavoro ristretto con personale dei servizi comunali/uff. di piano, e su invito referenti terzo settore Risorse	Tavolo di lavoro, statistiche fabbisogno, tariffe e prezzi, schemi di convenzione, elaborazioni progettuali, elaborazioni capitolati	n. incontri effettuati/n. incontri programmati percentuale di riduzione della spesa a carico dei singoli comuni	Incontri: valore rapporto =1 Percentuale riduzione: > 2% n.	Per l'intero triennio

Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi /azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
		accoglienza leggera (condomini solidali, proseguo amministrativo, madre-bambino, ecc.)	economiche istituzionali, cofinanziamento comuni, provvedimenti in economia		n. convenzioni attivate rispetto alle attuali n. casi soddisfatti nel triennio	convenzioni: > 1 n. casi: > 5	
Azioni di ampliamento capacità di intervento tutela minori /Potenziare e qualificare	specifico	a. Analisi fattibilità attivazione spazio neutro sovra distrettuale b. progetto affidi. Pianificazione di strategie di promozione/sensibilizzazione all'affido famigliare della comunità locale anche in forme innovative. c. elaborazione progettualità per partecipazione a bandi di finanziamento d. Valutazione e sperimentazione eventuali servizi e modalità innovative di presa in carico, progettualità pedagogiche, educative, psicologiche (gruppi, mediazione famigliare, supporto genitoriale..)	Gruppo di lavoro ristretto con personale dei servizi comunali/uff.di piano, e su invito referenti terzo settore. Coinvolgimento sovra distrettuale. Risorse economiche istituzionali, cofinanziamento comuni, provvedimenti in economia	Incontri di rete, bozze progettuali, analisi costi/benefici, analisi sostenibilità economica	n. incontri effettuati/n. incontri programmati	Incontri: valore rapporto =1	Per l'intero triennio
Collaborazione con servizio UONPIA	generale	individuazione di percorsi concreti di collaborazione nelle aree ad elevata integrazione sociosanitaria relativamente ai minori soggetti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria	professionali	Tavoli di lavoro, formazione congiunta	n. incontri effettuati/n. incontri programmati n. percorsi formativi	Incontri: valore rapporto =1 Formazione: valore > 1	Tutto il triennio

- ***OBIETTIVI 2015-2017 AREA PRIMA INFANZIA***

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
Azioni di governance distrettuale	Strategico	•confronto costante prassi e modelli •Monitoraggio domanda-offerta distrettuale alla luce del Piano territoriale Prima Infanzia •prosecuzione esperienza sottogruppo lavoro prima infanzia all'interno del Tavolo Minori e Famiglia	Sottogruppo di lavoro permanente prima infanzia con personale dei servizi comunali, terzo settore affidatario di nido o tempi per le famiglie e ufficio di piano. Risorse istituzionali	Incontri, mappature, dati statistici, regolamenti e protocolli, convenzioni	n. incontri effettuati/n. incontri programmati	Incontri: valore rapporto =1	Nel triennio
Azioni di sostegno alla genitorialità	generale	a. Valutazione progettualità di sostegno alla genitorialità b. Campagne informative o azioni di formazione e sostegno ai genitori su tematiche specifiche (prevenzione sanitaria e gestione malattie in sinergia con pediatri e Asl; gestione delle dinamiche legate all'arrivo di un figlio e del suo percorso di prima infanzia; promozione eventi come campagna "Nati per leggere")	Sottogruppo di lavoro permanente prima infanzia con personale dei servizi comunali, terzo settore affidatario di nido o tempi per le famiglie e ufficio di piano. Risorse istituzionali		n. incontri effettuati/n. incontri programmati n. campagne/formazioni gratuite effettuate su temi prima infanzia	Incontri: valore rapporto =1 Indice annuale campagne: > 1	Nel triennio

- ***OBIETTIVI 2015-2017 AREA POLITICHE GIOVANILI***

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
Azioni di governance distrettuale e sovradistrettuale	Strategico	a. confronto costante prassi e modelli b. creazione forum Giovani comunali, distrettuale e/o sovradistrettuale c. connessione e interazione esperienze distretti 4 e 5 e città metropolitana	Sottogruppo di lavoro permanente politiche giovanili con personale dei servizi comunali, terzo settore affidatario di Cag o educative di strada o informa giovani, associazioni giovanili e uffici di piano Risorse istituzionali	Incontri, mappature, dati statistici, modalità di condivisione dati/know how (drop box, newsletter, mailing list)	n. incontri effettuati/n. incontri programmati N. forum giovani attivati	Incontri: valore rapporto =1 Indice forum: > 1	Nel triennio
Azioni di ampliamento della rete di risposta alle istanze giovanili		a. Analisi fattibilità per attivazione interventi/servizi in comuni non coperti da Cag o educative di strada b. Progettualità innovative di sostegno e promozione della creatività, della cultura, dello sport c. Reperimento fonti di finanziamento esterne per potenziare servizi/interventi	Sottogruppo di lavoro permanente politiche giovanili con personale dei servizi comunali, terzo settore affidatario di Cag o educative di strada o informa giovani, associazioni giovanili e uffici di piano. Coinvolgimento eventuali aziende e privati. Risorse economiche istituzionali,	Incontri, elaborazione schemi progettuali, analisi costi/benefici e business plan, concorsi/gare distrettuali, partecipazione a bandi	n. incontri effettuati/n. incontri programmati n. azioni di promozione creatività/arte/cultura attivate Partecipazione a bandi	Incontri: valore rapporto =1 Indice: > 1 Indice: SI/NO	Nel triennio

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
			cofinanziamento comuni, provvedimenti in economia				
Azioni mirate di sensibilizzazione e contrasto ludopatie, uso sostanze, dipendenze, bullismo, social dipendenze, stili di vita		a. campagne informative distrettuali sulle diverse tematiche con l'utilizzo di strategie tradizionali o di nuove tecnologie b. formazione operatori, educatori, allenatori, animatori impegnati con i giovani	Sottogruppo di lavoro permanente politiche giovanili con personale dei servizi comunali, terzo settore affidatario di Cag o educative di strada o informa giovani, associazioni giovanili e uffici di piano. Asl. Risorse economiche istituzionali, cofinanziamento comuni, provvedimenti in economia, sponsorizzazioni.	Incontri, seminari, depliant, volantini, messaggi web, corsi.	N. campagne attivate N. tematiche affrontate N. formazioni svolte	Indice: > 1 all'anno Indice: > 3 Indice triennale: > 1	Nel triennio
Azioni a sostegno del lavoro, dell'occupazione e dell'imprenditorialità giovanile		a. Valutazione progettualità o bandi di sostegno start up b. Proposte formative finalizzate al fare impresa c. Reperimento fonti di finanziamento esterne d. Promozione e potenziamento esperienze come "dote Comune", Servizio Civile, Garanzia	Sottogruppo di lavoro permanente politiche giovanili con personale dei servizi comunali, terzo settore, associazioni giovanili e uffici di piano. Afol e servizi Sil, eventuali aziende e privati.	Incontri, seminari, depliant, volantini, elaborazione schemi progettuali finalizzati a bandi, protocolli	N. proposte formative N. doti comune/servizio civile ecc. attivati	Indice nel triennio: >1 Indice nel triennio: >20	Nel triennio

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
		Giovani quali iniziative propedeutiche all'inserimento lavorativo dei giovani	Risorse economiche istituzionali, cofinanziamento comuni, provvedimenti in economia, risorse da bandi di finanziamento.				

Area Inclusione sociale, Emarginazione, Povertà e Immigrazione

La crisi finanziaria in atto rende difficile l'attivazione di interventi in grado di incidere sulle forme di disagio più grave: le persone che versano in situazioni di fragilità, si confrontano con una crescente scarsità di opportunità di vita e di promozione e inclusione sociale e spesso, anche se reinserite nella società, sono costantemente esposte al rischio della precarietà e del ritorno alla marginalità sociale, se non supportate adeguatamente da un sistema di relazioni e di servizi in grado di fungere da rete di sicurezza per la persona.
Alla luce della complessità delle problematiche esposte, l'obiettivo che il Piano di Zona intende perseguire è la promozione di percorsi di inclusione sociale per i soggetti deboli attraverso interventi specifici che sostengano politiche di prevenzione del rischio di esclusione sociale e promuovano migliori condizioni di vita intese come promozione del benessere di cittadini e famiglie in condizione di svantaggio economico-sociale.
Particolare attenzione si intende porre sul raccordo tra politiche di sviluppo economico e politiche sociali, politiche di contrasto alla povertà e politiche di inclusione sociale nonché sull'integrazione tra misure economiche e misure connesse all'erogazione di servizi (formativi, sociali, abitativi, educativi).
La prospettiva è quella dell'integrazione di politiche e risorse, del superamento della tradizionale frammentazione degli interventi (spesso causa di inefficacia delle politiche a sostegno delle fasce più fragili), secondo un approccio basato sul lavoro di comunità, nell'ottica della condivisione di bisogni e risorse territoriali.

Uno sguardo generale sull'impoverimento delle famiglie

I dati nazionali sulla povertà estrema, e quindi della condizione di vita al di sotto dei livelli minimi di sostentamento riguardo a beni essenziali (cibo, indumenti, abitazione), indicano le coppie con tre o più figli (nuclei familiari numerosi), i nuclei monogenitoriali e gli over 65 soli, come le categorie più esposte.

Tavola 52 - Incidenza povertà assoluta in Italia – valore percentuale

Tipologia famillare	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
1 componente	4.8	5.6	5.0	5.2	4.5	4.3	5.1	5.5	5.1
2 componenti	3.7	3.5	3.4	4.0	3.8	3.6	4.1	5.5	6.0
3 componenti	2.8	2.7	3.3	3.0	4.2	4.1	4.1	6.6	8.3
4 componenti	3.3	3.3	3.4	5.2	5.8	5.7	5.2	8.3	11.8
5 e più componenti	8.6	7.0	8.2	9.4	9.2	10.7	12.3	17.2	22.1
Nucleo monogenitoriale	5,4	64,4	4,9	5	6,1	6,9	5.8	9.1	9.9
Persona sola con meno di 65 anni	2.7	3.2	3.2	3.4	2.7	2,8	3.5	4.9	4.3
Persona sola con più di 65 anni	6.6	7.9	6.6	6.9	6.4	5,7	2.6	4.8	4.3
Coppia con 1 figlio	2.4	2.1	2.6	2.7	3.6	2,9	4.0	5.9	7.5
Coppia con due figli	3.1	3.4	3.3	4.9	5.6	5,1	4.9	7.8	10.9
Coppia con tre figli	7.5	7.2	8.0	8.7	9.4	9.4	10.4	16.2	21.3
Famiglia con almeno un anziano	5.6	5.9	5.4	5.6	5.4	5.5	6.0	6.1	6.9

Fonte Istat

Altra la fotografia delle famiglie italiane in stato di povertà relativa, ossia in difficoltà nella fruizione di beni e servizi in rapporto al livello economico medio di vita dell'ambiente o della nazione.

Tavola 53- Incidenza povertà relativa in Italia – valore percentuale

TIPOLOGIA FAMILIARE	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
PERSONA SOLA CON MENO DI 65 ANNI	3.4	3.1	4.0	4.3	3.5	3.3	3.8	3.4	2.8	2.9	3.6	4.9	3.6
PERSONA SOLA CON 65 ANNI O PIÙ	13.5	13.2	12.9	13.7	11.7	12.6	12.0	10.7	10.2	8.9	10.1	8.6	7.8
COPPIA SENZA FIGLI CON P.R. CON MENO DI 65 ANNI	4.6	4.7	3.8	5.4	4.8	4.9	4.1	4.6	5.8	5	4.6	7	5.9
COPPIA SENZA FIGLI CON P.R. CON 65 ANNI O PIÙ	16.5	15.7	15.8	15.1	12.9	12.5	13.5	12.6	12.1	11.5	11.3	11.9	11.8
COPPIA CON 1 FIGLIO	9.4	8.1	7.5	9.1	8.8	8.6	10.6	9.7	10.2	9.8	10.4	15.4	13.2
COPPIA CON 2 FIGLI	14.0	12.2	12.5	13.9	13.6	14.5	14.0	16.2	15.2	15.6	14.8	17.4	20.4
COPPIA CON 3 E PIÙ FIGLI	24.5	24.2	21.0	22.7	24.5	25.6	22.8	25.2	24.9	27.4	27.2	29.8	32.9
MONOGENITORE	13.0	11.4	11.8	12.8	13.4	13.8	11.3	13.9	11.8	14.1	13.2	14.8	15.6
ALTRO	18.8	15.7	16.7	18.5	19.9	17.8	18.0	19.6	18.2	23	22	22.3	24
TOTALE	**12.0**	**11.0**	**10.8**	**11.7**	**11.1**	**11.1**	**11.1**	**11.3**	**10.8**	**11**	**11.1**	**12.7**	**12.6**

Fonte Istat

L'aumento della povertà relativa si traduce in un aumento della domanda di sostegno da parte di famiglie che hanno esaurito eventuali risparmi e sempre meno sono in grado di affrontare spese impreviste.

Tavola 54 - Capacità di risparmio e di affrontare spese impreviste

TIPOLOGIA FAMILIARE	NON RIESCONO A RISPARMIARE	NON RIESCONO A FAR FRONTE A SPESE IMPREVISTE
PERSONA SOLA CON MENO DI 65 ANNI	67,6	42,2
PERSONA SOLA CON 65 ANNI O PIÙ	73,5	46,9
COPPIA SENZA FIGLI CON P.R. CON MENO DI 65 ANNI	65,5	32,5
COPPIA SENZA FIGLI CON P.R. CON 65 ANNI O PIÙ	68,5	32,3
COPPIA CON ALMENO UN FIGLIO MINORE	71,1	41,4
COPPIA CON FIGLI ADULTI	70	34,0
MONOGENITORE CON ALMENO UN FIGLIO MINORE	82,7	56,8
MONOGENITORE CON FIGLI ADULTI	70,4	44,9
ALTRO	73,8	48,0

TOTALE	**70,3**	**40,5**

Fonte ISTAT dati riferiti all'anno 2013

A livello di ambito si registra la presenza di elementi di eterogeneità riferibili alle condizioni economiche e sociali dei residenti: la forte differenziazione intercomunale è facilmente rilevabile attraverso l'osservazione dei livelli di reddito nei diversi Comuni.
Interessante è osservare anche come il reddito medio per contribuente, sia per lo più inversamente proporzionale alla percentuale di cittadini stranieri, spesso portatrice di elementi di disagio economico e rischio di emarginazione più gravi e con carattere di urgenza; fonti attendibili registrano, infatti, che il reddito medio delle famiglie italiane è mediamente il triplo rispetto a quello delle famiglie immigrate.

Tavola 55 - Reddito medio per contribuente

	REDDITI IRPEF 2009	PRESENZA STRANIERI	REDDITI IRPEF 2011	PRESENZA STRANIERI
PIOLTELLO	€ 22.562,65	22,79%	€ 23.314,00	24,40%
RODANO	€ 28.718,08	5,24%	€ 29.811,00	6,10%
SEGRATE	€ 36.535,41	9,38%	€ 37.659,00	9,90%
VIMODRONE	€ 25.180,62	5,11%	€ 25.990,00	9,90%
DISTRETTO (MEDIA)	**€ 28.249,19**	**10.63 %**	**€ 29193,50**	**15,20%**

Tavola 56 - Cittadini del distretto iscritti al centro per l'impiego anno 2013 per dichiarazione di disoccupazione lavorativa

	DISOCCUPATI ISCRITTI NEL 2013 M	F	Tot.	% ISCRITTI SU TOT ABITANTI IN ETA' LAVORATIVA	ABITANTI IN ETA' LAVORATIVA (15/64)
PIOLTELLO	641	594	1235	5,01	24638
RODANO	48	60	108	3,5	3023
SEGRATE	304	360	664	3,07	21587
VIMODRONE	176	225	401	3,58	11199
DISTRETTO	1169	1239	2408	3,98	60447
EST Milano	3489	4283	8132	3,70	219207
Provincia Milano	43095	45502	88597	4,38	2020104

Fonte Atlante statistico AFOL

Tavola 57- Cittadini del Distretto iscritti al centro per l'impiego I semestre 2014

	DISOCCUPATI ISCRITTI NEL 1 °sem2014 M	F	Tot.
PIOLTELLO	337	315	652
RODANO	23	28	51
SEGRATE	138	149	287
VIMODRONE	82	79	161
DISTRETTO	580	571	1151
EST Milano	1855	1935	3790
Provincia Milano	22537	21619	44156

Fonte Atlante statistico AFOL

Certamente si tratta di un fenomeno che può essere invertito solo da mutamenti di sistema e da una ripresa del mercato del lavoro; ai Comuni rimane però la gravosità del compito di aiutare i propri cittadini ad arginare il momento di grave difficoltà attraverso un collegamento e un coordinamento delle iniziative esistenti.
Si intende avviare un lavoro coordinato che metta in relazione tutte le opportunità di intesa fra pubblico, volontariato e terzo settore per garantire una diffusione e ottimizzazione degli interventi a sostegno delle fasce più deboli attraverso:

- protocolli di intesa tra sportelli pubblici e del volontariato per la circolarità delle informazioni, al fine di evitare sovrapposizioni e reiterazioni di interventi non utilmente finalizzati (vedi azioni di sistema)
- sostegno alla promozione di forme di lavoro temporaneo e finalizzato che consentano la riduzione di un minimo di reddito
- interventi volti a garantire maggiore accessibilità alla casa e all'abitare.

Il sistema distrettuale degli interventi nell'area inclusione sociale

Il Distretto, in collaborazione con i Comuni, ha consolidato una serie di competenze per gestire interventi integrativi di sostegno economico, occupazionale, abitativo, educativo promuovendo nei beneficiari l'adesione a percorsi di reinserimento sociale e di emersione da situazioni di grave disagio o a forte rischio di emarginazione.
Nel corso dei precedenti Piani di Zona sono stati sperimentati una serie di interventi di seguito elencati, integrati con le nuove azioni possibili.

- ***Il Reddito di Inserimento Sociale***

Il Reddito di Inserimento Sociale è diventato la principale risorsa spendibile per la realizzazione di progetti di reinserimento lavorativo, di formazione volta alla professionalizzazione di soggetti non facilmente inseribili e per agevolare la presa in carico finalizzata a percorsi educativi e/o terapeutici.

Tavolo 58 - Beneficiari Reddito di Inserimento Sociale 2009-2014

RIS DESTINATI A	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOT
PIOLTELLO	17	16	20	15	14	13	95
RODANO	0	1	2	1	1	1	6
SEGRATE	10	15	13	17	18	19	92
VIMODRONE	7	9	8	4	7	8	43
TOTALE	**34**	**41**	**43**	**37**	**40**	**31**	**226**

- ***Progetti di supporto e autonomia delle risorse familiari attraverso azioni educative***

Il Distretto Sociale Est Milano, in collaborazione con soggetti operanti sul territorio, ha ottenuto nel 2012 un finanziamento partecipando ad un Bando del Ministero del Lavoro e Politiche Sociali per un progetto sperimentalo finalizzato al contrasto della povertà denominato "Spazi d'inclusione".
Il progetto é nato con l'obiettivo di sperimentare modalità innovative di sostegno a favore di famiglie che si trovano in condizioni di precarietà economica e di vulnerabilità sociale. Il carattere

innovativo dell'approccio sta nell'attivare interventi che considerino le famiglie come portatrici di risorse e competenze che, se stimolate, supportate e riconosciute, possano andare a costituire un "capitale sociale" importante per la fuoriuscita da percorsi "passivi e richiedenti" di sostegno.
Il progetto prevede un lavoro di stretta interazione e collaborazione con i Servizi Sociali del territorio per attivare gli interventi educativi domiciliari di sostegno al reddito rivolti a famiglie fragili, senza reti di supporto e a rischio di indebitamento.

Gli obiettivi generali del progetto, quindi, possono essere riassunti in tre grandi macro aree:

- gestione e potenziamento delle risorse interne;
- acquisizione di maggiori capacità nella ricerca e nel mantenimento delle risorse;
- creazione o allargamento delle relazioni con i servizi territoriali;

Rispetto agli obiettivi individuati, ci si propone di raggiungere i seguenti risultati:

- nuova presa in carico da parte dei servizi sociali verso le famiglie richiedenti sostegno economico;
- acquisizione di nuove competenze di gestione del bilancio familiare da parte dei nuclei seguiti;
- miglioramento e stabilizzazione lavorativa di componenti dei nuclei familiari seguiti o miglior inserimento nel mondo del lavoro;
- riduzione dell'indebitamento delle famiglie e cessazione di aperture di nuovi finanziamenti;
- creazione di una rete di soggetti territoriali a supporto delle famiglie;
- organizzazione di momenti di conoscenza e aggregazione tra le famiglie.

Dato l'interesse riscontrato in tutti i soggetti coinvolti, con il nuovo piano di zona verrà attivato il progetto S.A.R.A. quale proseguo del precedente progetto e che richiederà un nuovo spazio di confronto e di co-progettazione territoriale.

- ***Progetti di Housing e co-housing sociale***

Il progetto di housing, nato nel 2009, è stato qualificato come un intervento di residenzialità di secondo livello a favore di adulti in difficoltà, residenti sul territorio del Distretto 3 garantendo la possibilità d'accoglienza abitativa e di supporto educativo finalizzato ad un reinserimento sociale.
I posti letto messi a disposizione per l'accoglienza abitativa sono stati 4, i destinatari uomini adulti di età compresa fra 25 e 65 anni provenienti da una situazione di emarginazione sociale.
Dal 2014 è stata acquisita in comodato d'uso una villa sul territorio di Segrate, che offre l'accoglienza a donne adulte sole o con figli minori.

Il progetto prevede la costruzione di una rete territoriale di interventi a contrasto del disagio abitativo rilevato nel territorio del Distretto Sociale Est Milano, che comprende i comuni di Vimodrone, Segrate, Pioltello e Rodano, per un totale di circa 94.600 abitanti, di cui il 16,5% stranieri.

In questo contesto è dunque innanzitutto avvertita l'esigenza di attivare e "mettere a sistema" un insieme di interventi che consentano, da un lato, di rispondere al disagio abitativo conclamato mettendo a disposizione unità abitative dedicate all'emergenza, dall'altro, di fornire una lettura del disagio che sia condivisa tra tutti gli attori, e implementare azioni di sostegno economico rivolte ai singoli che per vari motivi, si trovano nell'incapacità momentanea di provvedere al pagamento del canone di affitto, prevenendo la morosità, causa di sfratto.
Nello specifico le azioni ipotizzate sono:

- realizzare interventi di accoglienza temporanea per lo sviluppo dell'autonomia e dell'inclusione abitativa e sociale;
- attivare uno sportello di sostegno all'abitare;
- costruire un sistema territoriale per l'abitare sociale del Distretto Sociale Est Milano.

Per quanto riguarda il co-housing, l'obiettivo è quello di avviare e sperimentare forme di auto mutuo aiuto che, oltre a permettere lo sviluppo delle capacità di ciascuno e del gruppo nel suo complesso, trasformino la relazione di aiuto da erogazione di prestazione a condivisione di un progetto. Le convivenze temporanee hanno quale obiettivo finale l'autonomia abitativa delle persone coinvolte che può realizzarsi anche attraverso forme di condivisione di alloggi reperiti sul territorio.

- ***Azioni di contrasto alla violenza di genere***

Il tema della violenza di genere è ormai diventato oggetto di dibattito pubblico, le politiche di contrasto alla violenza alle donne tuttavia sono ancora carenti e disorganiche.
Le ricerche compiute negli ultimi anni dimostrano che la violenza contro le donne è endemica, nei paesi industrializzati come in quelli in via di sviluppo; le vittime e i loro aggressori appartengono a tutte le classi sociali o culturali, e a tutti i ceti economici.
Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, almeno una donna su cinque ha subito abusi fisici o sessuali da parte di un uomo nel corso della sua vita e il rischio maggiore sono i familiari, mariti e padri, seguiti dagli amici: vicini di casa, conoscenti stretti e colleghi di lavoro o di studio.
Emerge quindi la necessità di creare una rete distrettuale su tale tema, che fornisca servizi a diretto contatto con le donne (spazio d'accoglienza), interventi di accompagnamento sociale, interventi di gruppo (peer education), interventi di comunicazione e sensibilizzazione anche nelle scuole.

Il fenomeno migratorio nel Distretto

Il Distretto Sociale Est Milano registra, sia in relazione agli altri Distretti dell'ASL MI2 che in relazione alle medie Provinciali e Regionali, una delle più alte concentrazioni di cittadini stranieri regolarmente iscritti anagraficamente: 15.014 i cittadini stranieri su un totale di 93.908 residenti. Questo 15,98% di cittadini, ovviamente, non comprende tutti gli "irregolari" che, comunque, hanno diritto a presentare, in fasi particolari della vita, richieste di supporto alla rete dei Servizi Territoriali (minori non accompagnati, gestanti, ecc.).
Il contesto descritto ha determinato l'incrementale necessità di dotare di strumenti diversificati i Servizi di primo livello al fine di qualificare le prestazioni anche in riferimento alle 131 culture/etnie presenti sul territorio.
La presenza e l'incremento, in costante aumento, di cittadini stranieri sul territorio del Distretto rappresenta un dato che lo contraddistingue a livello provinciale e regionale e che rende il fenomeno migratorio in questo territorio un dato strutturale.
Tuttavia l'esistenza di una componente di cittadini neo arrivati, nonché di flussi migratori di persone provenienti dalle zone di guerra, in particolare il Nord-Africa, rende necessario rivolgere un'attenzione particolare a specifici processi di accoglienza e integrazione lavorando sulla coesione sociale di comunità etniche che si sono create a seguito di questi percorsi migratori, attraverso interventi educativi ("educatori sonda") e di conoscenza, volti a favorire l'utilizzo dei servizi.

Tavola 59 – Famiglie straniere anno 2014

COMUNI	FAMIGLIE CON ALMENO 1 COMPONENTE STRANIERO	N. TOTALE FAMIGLIE	% FAMIGLIE STRANIERE SUL TOTALE FAMIGLIE
PIOLTELLO	3367	15270	22%
RODANO	127	1897	6,69%
SEGRATE	1644	15127	10,86%
VIMODRONE	796	7621	10,44%
DISTRETTO	**5943**	**39915**	**14,89%**

Fonte: rielaborazione dati ISTAT anagrafi comunali

Gli sportelli per l'Immigrazione

Sul nostro Distretto sono presenti tre sportelli per cittadini stranieri; il Comune di Rodano, che ne è privo, invia i suoi cittadini allo sportello di Pioltello; le attività dei servizi sono sommariamente quantificate nella tavola.
Tenendo conto delle diverse gestioni in atto e delle peculiarità organizzative di offerta di questa tipologia di servizio (informativo, formativo, di presa in carico e accompagnamento, di orientamento al lavoro, alla casa, etc.), è stata realizzata una rete comunicativa a più livelli (incontri formalizzati tra gli operatori di sportello, realizzazione di strumenti di contatto telematico per lo scambio, in tempo reale, di informazioni, newsletter per addetti ai servizi, ecc.), finalizzata a mettere in rete "buone prassi" operative, momenti formativi, garantendo conseguentemente alla cittadinanza livelli di informazione sempre aggiornati e livelli di prestazione uniformi e di qualità.
Si ritiene opportuno assicurare le risorse utili alla prosecuzione di questa rete nonché ai bisogni rilevati dal gruppo di lavoro al fine di garantire prestazioni sempre più efficaci ai cittadini stranieri.

Tavola 60 - Principali prestazioni offerte nel triennio dagli sportelli per l'immigrazione

PRESTAZIONI TRIENNIO 2012/2014	PIOLTELLO	SEGRATE	VIMODRONE	DISTRETTO
DECRETO FLUSSI	5	38	52	95
SANATORIA	83	33	51	167
KIT POSTALI E ISTRUTTORIE PER PERMESSI DI SOGGIORNO E CARTA DI SOGGIORNO	6435	1083	550	8068
RICONGIUNGIMENTI FAMILIARI (CONTATTI)	1583	177	306	2066
RICONGIUNGIMENTI FAMILIARI (PRATICHE)	109	167	67	343
ISTANZE AL T.M. EX ART.31 DPR286/98	0	9	15	24
RICHIESTA CITTADINANZA ITALIANA	422	245	39	706
COLLOQUI DI ORIENTAMENTO	1187	763	2124	4074
ALTRO	1365	285	61	1711

La mediazione linguistico culturale

I precedenti Piani di Zona hanno avviato progetti sperimentali di mediazione linguistico-culturale finalizzati:

- alla promozione dell'inclusione come strumento privilegiato della prevenzione dell'emarginazione e della devianza giovanile;
- al supporto dei Servizi di base quali Servizi Sociali, Servizi specifici per cittadini stranieri e Servizi educativi;
- alla promozione di iniziative di approfondimento culturale rivolte agli operatori istituzionali, territoriali e scolastici, al fine di dotarli di strumenti conoscitivi rispetto alle diverse culture, ai modelli di vita familiare e alle peculiarità culturali per facilitare, nella presa in carico, sia la lettura dei bisogni che la costruzione di progetti individuali rispondenti ai diversi modelli culturali.

Il progetto attuale di mediazione per la giusta accoglienza agli stranieri nei servizi territoriali si realizza sul territorio dell'ASL MI2 e mira al censimento e alla capitalizzazione delle competenze e delle esperienze, al fine di fornire basi sicure cui riferirsi e costruire un sistema di "buone prassi" da mantenere nel tempo.
Le azioni previste sono:

- la realizzazione di un portale delle informazioni e delle condivisioni;

- l’avvio di sportelli di consulenza legale e help desk;
- la formazione dedicata per gli operatori dei servizi territoriali pubblici e privati;
- la mediazione specifica nell’area minori e famiglie.

Minori stranieri non accompagnati

L’attenzione ai minori stranieri non accompagnati parte dall’esigenza del territorio di far fronte in maniera più compiuta alle necessità di accoglienza e tutela dei minori, con l’obiettivo di giungere all’elaborazione di un modello di collaborazione tra i servizi del territorio e le associazioni per qualificare e sostenere le attività dei Comuni a favore dei minori stranieri non accompagnati.
Tale intervento prevede la sperimentazione di soluzioni alternative all’accoglienza presso comunità educative tenendo conto del peso sulle risorse finanziarie degli Enti locali, ma anche della necessità di rispondere al bisogno del minore di vivere in un ambiente familiare offrendogli opportunità di integrazione nel tessuto sociale; in un’ottica di sussidiarietà potranno essere attivati percorsi di affido familiare.
Al fine di realizzare questo obiettivo:

- potranno essere sottoscritti protocolli con le Forze dell’Ordine e la Questura;
- si valuterà la possibilità di attivare forme di accoglienza leggera;
- si ipotizzerà, in un’ottica di rete territoriale, una collaborazione con il Terzo e Quarto Settore

- **OBIETTIVI 2015 – 2017 AREA INCLUSIONE SOCIALE E IMMIGRAZIONE**

Titotolo obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
Azioni di contrasto alla povertà	Strategico	Formazione Occupazione: sostegno alla promozione di forme di lavoro temporaneo Progetto di supporto e autonomia delle risorse familiari attraverso azioni educative Reddito Inserimento Sociale	Fondo Nazionale Politiche Sociali, Bandi specifici, quote comunali	Protocolli, convenzioni, incontri di rete, equipe distrettuale valutazione progetti, cartella sociale, colloqui	n. incontri equipe distrettuale n. colloqui	n. incontri effettuati/n. incontri programmati n. colloqui effettuati/n. colloqui programmati	Per tutto il triennio
Azioni di sostegno all'abitare	Specifico	Housing sociale di primo e secondo livello Co-housing micro nuclei familiari (terzo livello) Implementazione di uno Sportello per la ricerca di soluzioni abitative e piani di sostegno all'affitto	Alloggi, bandi dedicati, Fondo Nazionale Politiche Sociali	Protocolli, convenzioni, incontri di rete, equipe distrettuale valutazione progetti, cartella sociale, colloqui	persone accolte/domande periodo inserimento previsto/realizzato incontri equipe distrettuale n. colloqui	n. persone accolte/n. domande n. incontri effettuati/n. incontri programmati n. colloqui effettuati/n. colloqui programmati	Per il tutto il triennio
Immigrazione	Generale	Data base sportelli immigrazione e azioni innovative di supporto Ricongiungimenti familiari Mediazione culturale Minori stranieri non accompagnati attivazione forme di accoglienza leggera Interventi finalizzati alla coesione sociale	Fondo Nazionale Politiche Sociali, Bandi specifici, quote comunali	Protocolli, convenzioni, incontri di rete, lavoro di comunità, cartella sociale, colloqui	n. protocolli	n. protocolli attivati/previsti	Per tutto il triennio
Azioni di contrasto alla violenza di genere	Specifico	Azioni di sensibilizzazione del territorio finalizzate a realizzare un sistema di "antenne" Spazio di accoglienza, interventi di accompagnamento sociale, peer education	Fondo Nazionale Politiche Sociali, Bandi specifici, quote comunali	Protocolli, convenzioni, incontri di rete, lavoro di comunità, cartella sociale, colloqui	n. incontri di rete	n. incontri di rete effettuati/n. di incontri di rete programmati	Per tutto il triennio

ALLEGATI

DOCUMENTO PER LA PROGRAMMAZIONE ZONALE 2015-2017
ASL MILANO 2

INDICE

1. Il contesto: quadro epidemiologico e caratteristiche socio-demografiche 2

1.1 La popolazione residente 2

1.2 La popolazione straniera residente 7

1.3 Mortalità e cause di morte 8

2. I consumi sociosanitari e l'assistenza domiciliare 10

2.1 Servizi per anziani 10

2.2 Servizi per disabili 11

2.3 Servizi di assistenza domiciliare 12

3. I consumi sociali: la spesa sociale dei Comuni (dati consuntivo 2012) 14

3.1 Distribuzione sul territorio 14

3.2 Aree di intervento 15

3.3 Interventi sociali 16

3.4 Tipologia di costo e di finanziamento 21

3.5 Indicatori medi di spesa 22

4. L'offerta sociale (III trim. 2014) 23

Il contesto: quadro epidemiologico e caratteristiche socio-demografiche

1.1 La popolazione residente

L'ASL Milano 2 è articolata in 8 distretti e comprende 53 Comuni per una popolazione residente di 626.871 unità al 31.12.2013.

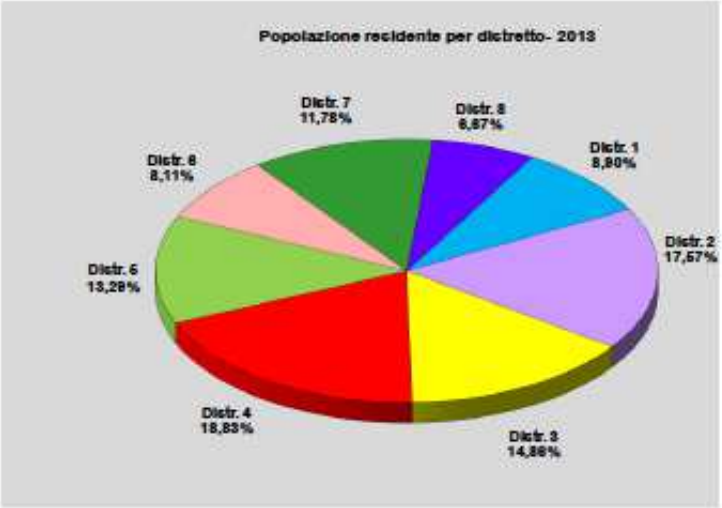
I dati sono stati estratti da quelli messi a disposizione dall'ISTAT, derivanti dalle indagini effettuate presso gli uffici di anagrafe ed elaborati per il calcolo di specifici indicatori di carattere socio-demografico, alcuni dei quali sono stati messi a confronto con i dati regionali e nazionali disponibili.

Gli elementi principali che emergono dall'analisi dei dati, riferiti al periodo 2009-2013, sono di seguito sinteticamente tracciati:

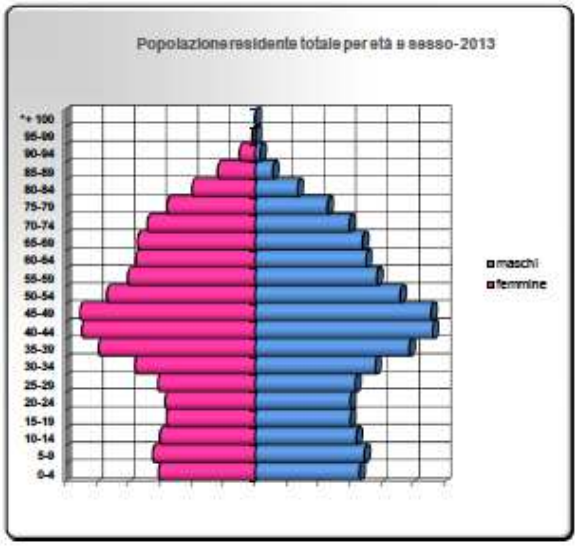
- l'andamento della popolazione dell'ASL nei cinque anni in esame risente, nel 2011, dall'uscita di 4 Comuni del Distretto 8 con una conseguente diminuzione della popolazione residente di 25.000 unità;
- si nota anche una flessione negativa nel 2012 (per presumibile fenomeno migratorio delle fasce lavorative), con successiva ripresa di crescita della popolazione totale nell'anno 2013.

Popolazione residente per distretto 2009-2013

	2009	2010	2011	2012	2013	*Delta 2013-2009*	
						n.	*%*
Distr. 1	54.925	55.409	55.607	55.019	55.778	853	1,55
Distr. 2	107.547	109.188	110.007	107.003	110.113	2.566	2,39
Distr. 3	90.540	92.095	92.900	90.849	93.169	2.629	2,90
Distr. 4	113.694	115.061	116.056	115.266	118.023	4.329	3,81
Distr. 5	81.541	82.398	83.079	82.437	83.299	1.758	2,16
Distr. 6	50.054	50.145	50.505	48.830	50.837	783	1,56
Distr. 7	72.311	72.847	73.272	71.220	73.859	1.548	2,14
Distr. 8	65.294	66.252	41.304	41.312	41.793	-23.501	-35,99
TOT.	635.906	643.395	622.730	611.936	626.871	-9.035	-1,42



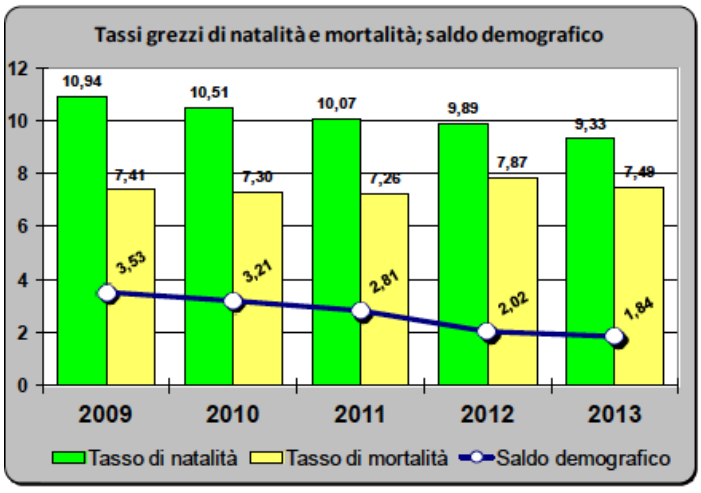
- una rappresentazione sintetica delle caratteristiche demografiche della popolazione è data dalla "Piramide delle età" che mostra il rapporto tra femmine e maschi alle diverse classi di età e ben descrive la composizione delle macroaggregazioni demografiche (giovani, adulti e anziani); tale rappresentazione permette inoltre di fare previsioni per il futuro. Infatti, una base larga con una forma a piramide indica una popolazione che crescerà; l'andamento a piramide è rintracciabile solo a partire dalla popolazione intorno ai 40 anni, vale a dire le generazioni nate negli anni '60, periodo del boom economico e demografico, cui va ad aggiungersi una componente relativamente giovane di popolazione immigrata;
- nella nostra realtà odierna, la rappresentazione assume una configurazione a "botte" (tipica dei paesi industrializzati), indice di una comunità a bassa natalità, bassa mortalità infantile e di un numero sempre crescente di anziani, con un rapporto maschi/femmine fortemente sbilanciato a favore delle donne nelle età più avanzate;
- la popolazione invecchia: negli ultimi anni la fascia di età di maggior rappresentatività continua a spostarsi verso l"alto della piramide, passando dai 35-39 anni nel 2002 a 45-49 anni nel 2013.



Andamento di alcuni indicatori demografici (tutta la ASL)

	2009	2010	2011	2012	2013	delta 2013/2009
Popolazione totale	**635.906**	**643.395**	**622.730**	**611.936**	**626.871**	**-9.035**
Nuovi nati	6.956	6.763	6.268	6.053	5.849	**-1.107**
Deceduti	4.712	4.699	4.520	4.816	4.694	**-18**
Differenza	2.244	2.064	1.748	1.237	1.155	**-1.089**
Tasso di natalità	10,94	10,51	10,07	9,89	9,33	**-1,61**
Tasso di mortalità	7,41	7,30	7,26	7,87	7,49	**0,08**
Saldo demografico	3,53	3,21	2,81	2,02	1,84	**-1,69**

- il tasso grezzo di natalità continua il suo decremento: da 10,94 nel 2009 a 9,33 nel 2013 (-1,61);
- il tasso grezzo di mortalità ha mostrato in questi anni un andamento altalenante con una lieve tendenza all'aumento: da 7,41 nel 2009 a 7,49 nel 2013. La variabilità annuale (delta) va da un minimo di -0,38 (2013-2012) a +0,61(2012-2011);
- il saldo demografico risulta, come conseguenza di quanto sopra, in decremento: da 3,53 nel 2009 a 1,84 nel 2013 (-1,69).



Focus: POPOLAZIONE ANZIANA

I V.	2009	2010	2011	2012	2013	delta 2013-2009
Distr. 1	98,52	101,18	108,35	109,76	114,69	*16,17*
Distr. 2	129,96	129,74	132,37	134,91	137,96	*8,00*
Distr. 3	128,45	125,44	119,36	122,93	127,58	*-0,87*
Distr. 4	118,25	118,15	119,94	124,03	126,68	*8,43*
Distr. 5	121,85	125,47	125,01	128,5	133,24	*11,39*
Distr. 6	93,98	98,57	103,71	106,02	107,97	*13,99*
Distr. 7	123,34	123,93	127,54	134,43	133,79	*10,45*
Distr. 8	105,05	103,90	108,02	109,64	113,11	*8,06*
ASL	**117,46**	**118,08**	**120,35**	**123,72**	**126,85**	*9,39*

Indice di vecchiaia (I. V.): Rapporto percentuale tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di 0_14 anni

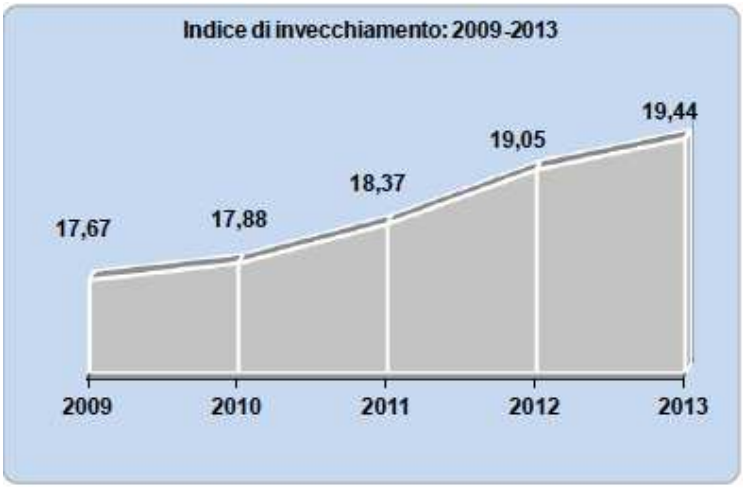
Andamento Indice di vecchiaia: 2009-2013

- l'indice di vecchiaia continua il suo aumento: da 117,46 nel 2009 a 126,85 nel 2013 (+9,39). La variabilità distrettuale va da – 0,87 (Distretto 3) a 16,17 (Distretto 1).

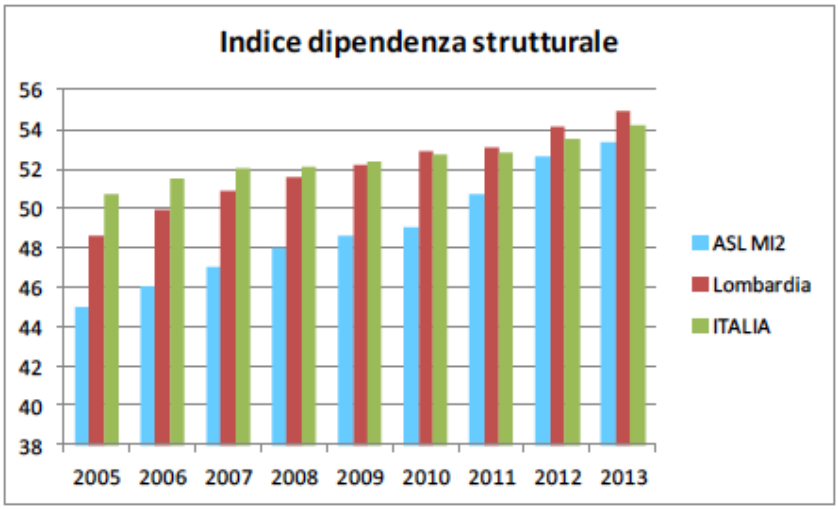
Focus POPOLAZIONE ANZIANA:

I I	2009	2010	2011	2012	2013	delta 2013-2009
Distr. 1	15,60	15,93	16,94	17,54	18,17	*2,57*
Distr. 2	19,16	19,24	19,65	20,39	20,63	*1,47*
Distr. 3	18,52	18,67	18,54	19,3	19,69	*1,17*
Distr. 4	17,97	18,13	18,62	19,3	19,76	*1,79*
Distr. 5	18,02	18,31	18,49	19,06	19,63	*1,61*
Distr. 6	14,56	15,17	15,87	16,54	16,74	*2,18*
Distr. 7	18,54	18,84	19,47	20,25	20,37	*1,83*
Distr. 8	16,23	16,23	16,73	17,23	17,77	*1,54*
ASL	**17,67**	**17,88**	**18,37**	**19,05**	**19,44**	*1,77*

Indice di invecchiamento (I. I.): Percentuale di popolazione di 65 anni e più sul totale della popolazione

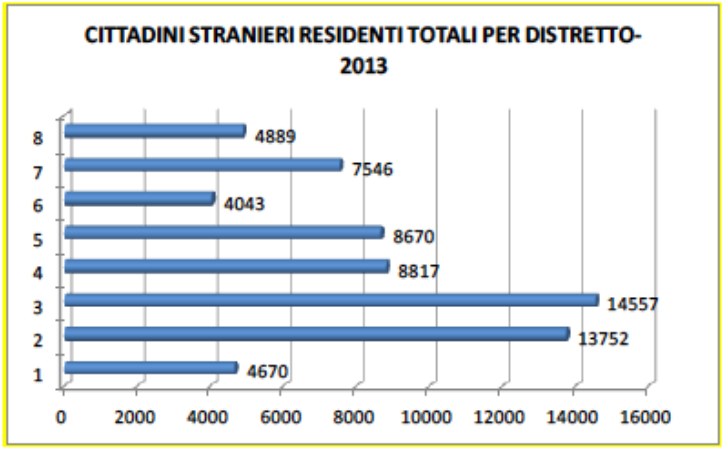


- anche l'indice di invecchiamento è in costante aumento: da 17,67 nel 2009 a 19,44 nel 2013 (+1,77). La variabilità distrettuale ha lo stesso comportamento dell'Indice di Vecchiaia (da 1,17 del Distretto 3 a 2,57 del Distretto 1).
- infine, l'indice di dipendenza strutturale rappresenta anche quest'anno, se confrontato al dato regionale e nazionale, una delle caratteristiche della popolazione locale: il rapporto tra popolazione "dipendente"e popolazione attiva è più favorevole rispetto agli indici medi nazionali e regionali.
  Questo rapporto è considerato un indicatore di rilevanza economica e sociale, il numeratore è composto dalla popolazione che, a causa dell'età, si ritiene non autonoma, cioè dipendente, (gli anziani di età ≥ ai 65 anni e i giovanissimi, con età compresa tra 0 e 14 anni); il denominatore è costituito dalla fascia di popolazione attiva che dovrebbe provvedere al sostentamento della quota dipendente (15-64 anni). L'indice rappresenta il divario tra la popolazione potenzialmente lavorativa rispetto a quella non lavorativa. Quanto più l'indice si avvicina a 100 tanto più è consistente la parte di popolazione non lavorativa rispetto a quella lavorativa.



1.2 La popolazione straniera residente

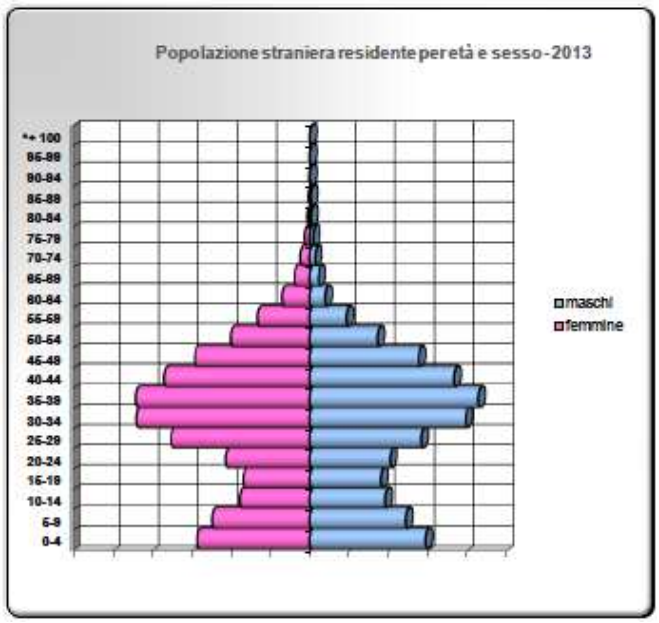
La conoscenza del fenomeno immigratorio sia in termini numerici, che di distribuzione territoriale e Paese di provenienza, è necessaria anche per la programmazione sanitaria e sociale. Una programmazione passa dalla necessità di garantire servizi in grado di soddisfare i bisogni ma anche di attuare politiche di integrazione linguistiche e culturali.



La popolazione straniera residente nella ASL Milano 2 al 31 Dicembre 2013 è di 66.944 unità, pari al 10,68% del totale dei residenti. Nell'anno 2013 i residenti con cittadinanza straniera sono aumentati del 17,43% rispetto all'anno 2009.

Residenti stranieri ASL	2009	2010	2011	2012	2013	Delta	
						n.	%
Distr. 1	4042	4420	4713	4288	4670	628	**15,54**
Distr. 2	11437	12543	13655	11857	13752	2315	**20,24**
Distr. 3	11989	13319	14343	13147	14557	2568	**21,42**
Distr. 4	6873	7392	7486	7709	8817	1944	**28,28**
Distr. 5	7234	7635	8258	8097	8670	1436	**19,85**
Distr. 6	3476	3547	3815	3290	4043	567	**16,31**
Distr. 7	6204	6614	7024	6345	7546	1342	**21,63**
Distr. 8	5755	6213	4387	4668	4889	-866	**-15,05**
TOT.	**57010**	**61683**	**63681**	**59401**	**66944**	9934	**17,43**

Prevale, analizzando la distribuzione territoriale, la forte presenza degli stranieri nei Distretti 2 e 3, ambiti in cui si confermano valori di gran lunga superiori alla media ASL.



- Confrontando la piramide dell'età della popolazione straniera e quella della popolazione residente totale, si osserva come la popolazione straniera sia più giovane;
- la fascia d'età maggiormente rappresentata è 35-39 anni, versus i 45-49 anni della popolazione residente totale. Si nota anche qui, come per la popolazione generale, che la fascia più numerosa si sposta di anno in anno verso il gruppo di età superiore.

1.3 Mortalità e cause di morte

Le statistiche di mortalità sono storicamente fra i primi esempi di epidemiologia descrittiva. Le indicazioni che possono essere derivate da tali studi sono molteplici. Forniscono non solo informazioni sintetiche sullo stato di salute di una popolazione attraverso indici come la mortalità giovanile, mortalità per fasce di età o la speranza di vita ma contribuiscono alla definizione degli specifici bisogni di salute di una popolazione attraverso le principali misure di occorrenza delle patologie che hanno determinato il decesso. In questo senso svolgono anche l'importante ruolo di mettere in rilievo eventuali concentrazioni anomale di eventi in luoghi o territori ben definiti e quindi a spingere ad effettuare studi analitici per l'individuazione delle esposizioni che le hanno indotte.

La mortalità di una popolazione ha quindi importanti ricadute socio-economiche e la sua conoscenza è un utile strumento epidemiologico per valutazioni a fini gestionali e di programmazione. Di seguito sono riportati alcuni dati sintetici sulla mortalità in modo da rendere maggiormente esaustivo il quadro epidemiologico del territorio della ASL.

Focus: MORTALITA' (confronto tra i Distretti)

N. deceduti	2009	2010	2011	2012	2013	delta 2013/2009
Distretto 1	335	395	364	433	381	46
Distretto 2	859	893	862	888	894	35
Distretto 3	641	664	632	681	629	-12
Distretto 4	859	848	862	870	912	53
Distretto 5	692	632	627	700	679	-13
Distretto 6	331	314	336	354	357	26
Distretto 7	557	505	543	586	543	-14
Distretto 8	438	448	294	304	299	-139
Tutta la ASL	**4712**	**4699**	**4520**	**4816**	**4694**	**-18**

Tasso mortalità	2009	2010	2011	2012	2013	delta 2013/2009
Distretto 1	6,10	7,13	6,55	7,87	6,83	0,73
Distretto 2	7,99	8,18	7,84	8,29	8,12	0,13
Distretto 3	7,08	7,21	6,8	7,49	6,75	-0,33
Distretto 4	7,56	7,37	7,43	7,54	7,73	0,17
Distretto 5	8,49	7,67	7,55	8,49	8,15	-0,34
Distretto 6	6,61	6,26	6,65	7,24	7,02	0,41
Distretto 7	7,70	6,93	7,41	8,22	7,35	-0,35
Distretto 8	6,71	6,16	7,12	7,35	7,15	0,44
Tutta la ASL	**7,41**	**7,30**	**7,26**	**7,87**	**7,49**	**0,08**

Il numero assoluto di decessi di residenti nella ASL Milano 2 nell'anno 2013 è di 4.694, con un delta del tasso di mortalità di 0,08 tra inizio e fine del periodo analizzato (2009-2013).

Il confronto con la mortalità regionale e nazionale nel 2013 mostra ancora una volta come il territorio della ASL sia caratterizzato da un tasso grezzo (7,49) inferiore rispetto alla Regione Lombardia (9,31) e all'Italia (10,06).

Analizzando le cause di morte viene confermato come i tumori e le malattie del sistema cardiocircolatorio siano complessivamente responsabili di più dei 2/3 dei decessi.

Tra i singoli tumori, indipendentemente dal sesso, quelli più frequenti sono rappresentati dalle neoplasie polmonari.

	ANNO							
CAUSA	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Tutti i tumori	38,30%	36,09%	36,29%	35,60%	36,82%	35,69%	36,62%	35,50
Malattie del sistema circolatorio	32,00%	31,67%	31,95%	33,80%	31,27%	31,27%	30,90%	29,72

Nota: i valori percentuali indicano la quota della patologia rispetto al totale dei decessi

	ANNO							
CAUSA	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Tumori del polmone	20,60%	22,90%	21,70%	21,30%	21,57%	21,92%	21,52%	20,97%
Tumori del colon/retto	11,40%	10,16%	10,60%	11,60%	10,23%	10,50%	9,40%	8,89%
Tumore mammella (solo F)	7,80%	7,80%	7,30%	8,80%	7,97%	8,11%	7,68%	7,01%

Nota: i valori percentuali indicano la quota della patologia rispetto al totale dei decessi per tumore

I consumi sociosanitari e l'assistenza domiciliare

2.1 Servizi per anziani

Come ben evidenziato dal quadro epidemiologico e dal contesto socio-demografico della ASL Milano 2 (si veda il capitolo a riguardo) la popolazione invecchia, in quanto negli ultimi anni la fascia di età di maggior rappresentatività continua a spostarsi verso l'alto della piramide, passando dai 35-39 anni nel 2002 ai 45-49 anni nel 2013. Tale fenomeno inesorabile associato all'indice di dipendenza strutturale, ci rileva come la maggioranza della popolazione si ritiene non autonoma e quindi "dipendente" da qualcuno. Possiamo quindi confermare come il territorio della ASL Milano 2 necessiti sempre di più di azioni e strumenti a sostegno della domiciliarità.

Prima di entrare nel dettaglio di come sono soddisfatti i bisogni delle persone anziane non autosufficienti sul territorio della ASL Milano 2, può essere utile una breve lettura "integrata" delle "scelte" effettuate dalle famiglie con un anziano fragile all'interno della rete dei servizi per rispondere alle necessità assistenziali e di cura. In questa prospettiva, è utile fare riferimento a tre macrocategorie di *setting* assistenziale: residenziale (RSA), semi residenziale (CDI) e domiciliare (ADI), utilizzato in una percentuale intorno all'85 % da persone anziane. Le linee di tendenza dell'utilizzo di questi *setting*, mettono in evidenza, con riferimento all'anno 2014: nell'ambito residenziale: una riduzione intorno al -2%; nell'ambito semi residenziale: un incremento del +6%; nell'ambito domiciliare: un aumento del +11%.

A questi servizi "tradizionali" vanno aggiunti quelli in risposta ai nuovi bisogni, standardizzati nel 2014 e confermati nel 2015, quali:

- la residenzialità leggera, che ha visto un significativo utilizzo da parte di persone con autonomie ancora presenti;
- la RSA aperta, di cui hanno iniziato ad usufruire alcune persone con demenza e le loro famiglie.

Il quadro emerso sui consumi permette quindi di affermare che le scelte delle famiglie si stanno orientando verso una prioritaria assistenza a domicilio delle persone anziane fragili, anche attraverso il supporto dei servizi semi residenziali. Il ricorso alla residenzialità (RSA) avviene in età avanzata (media età di ingresso: 84 anni) e in presenza di situazioni più critiche e complesse rispetto al passato, che si associano a difficoltà.

Relativamente ai consumi, le prestazioni di assistenza domiciliare hanno registrato nel 2014 un significativo incremento rispetto all'anno precedente, sia in termini di risorse assorbite che di persone che ne hanno usufruito e di "prese in carico", le risorse utilizzate sono state pari a €. 3.667.274,16 (+20% rispetto al 2013), mentre le persone assistite a domicilio sono risultate complessivamente 2.561 (+11% rispetto al 2013), per un totale di 2.989 "prese in carico".

Si conferma inoltre, in linea con il 2013, un minor utilizzo, nell'area anziani, delle RSA. Infatti, l'analisi dei cosiddetti "posti letto pieni" mette in evidenza come l'utilizzo in termini assoluti di questo tipo di risorsa - n. 2.470 persone (- 3%, una settantina in meno – come valore assoluto -, rispetto al 2013) sia sempre al di sotto dell'indice di fabbisogno individuato dalla Regione. Ciò significa che aumentando annualmente (in virtù dell'allungamento dell'aspettativa di vita) la popolazione con età superiore ai 75 anni non vi è un proporzionale aumento dei ricoveri in RSA di questa fetta di popolazione. In altre parole, l'aumento degli ingressi in strutture ha un trend di crescita inferiore all'incremento della popolazione over 75 anni. Inoltre,

riguardo all'ubicazione delle RSA utilizzate, anche per il 2014 (come nel 2013) l'incremento maggiore si è registrato nelle strutture della ASL Milano 2, che soddisfano il 59,8 % della domanda.

Su questa linea, si aggiunga come i dati dei consumi sanitari registrati nel 2013 rispetto al 2012 confermano evidenze già consolidate al riguardo, con una costante crescita dei valori economici delle risorse utilizzate dagli assistiti affetti da patologie croniche degenerative (comprese quelle non autosufficienti) nel comparto della assistenza specialistica ambulatoriale (+4%). Per i ricoveri si conferma una ulteriore lieve flessione (-0,4%).

Infine, si vuole ricordare come il territorio della ASL continua a essere sede di sperimentazione da parte del MMG della nuova modalità di cura dei pazienti (con patologie croniche) integrati denominata "CReG", indicatore di come il territorio sia sempre più ricettivo alla nuova cultura di integrazione operativa a sostegno della domiciliarità tra ambito socio sanitario, sociale e cure primarie.

2.2 Servizi per disabili

Relativamente area delle persone disabili, la lettura integrata del soddisfacimento dei bisogni va concentrata sulle strutture residenziali: RSD e CSS.

A questi servizi "tradizionali" vanno aggiunti quelli in risposta ai nuovi bisogni, standardizzati nel 2014 e confermati nel 2015, quali:

- misura B1 per persone con gravissima disabilità, che ha registrato una significativa domanda di utilizzo;
- misura B2 per persone con grave disabilità e anziani non autosufficienti, che ha registrato sul territorio (ambiti) un utilizzo significativo dei titolo sociali (buoni e vuocher) per il caregiver familiare e l'assistente personale.

Riguardo le RSD, il territorio della ASL presenta un numero di posti letto che non soddisferebbe pienamente la domanda (come confermato dal significativo numero di persone ospiti di strutture ubicate in altre ASL). A livello locale, è ipotizzabile che la risposta sia attualmente integrata, per i casi con disabilità grave, dalle Comunità sociosanitarie. In esse, infatti, trovano posto sia disabili che necessitano di un impegno assistenziale basso, sia disabili con vari livelli di gravità per i quali non è possibile un trasferimento in RSD.

Va, comunque, tenuto presente che a determinare questa situazione concorrono anche altre motivazioni che vanno dalla richiesta delle famiglie di inserimento in ambienti più piccoli e "familiari", alla disponibilità dei gestori a farsi carico di problematiche sanitarie sopravvenute, evitando all'ospite il disagio di un trasferimento in un ambiente nuovo.

La misurazione e il monitoraggio di tale specificità territoriale può essere effettuata attraverso alcuni indicatori quali:

- la media della Classe SIDI per valutare la complessità del bisogno, dove registriamo come la media delle classi SIDI nelle CSS sia di ASL (2,76) che delle due macro aree distrettuali sia al di sotto del 3 (area distrettuale nord 2,87 e area distrettuale sud 2,36), a conferma di quanto esplicitato nella breve analisi di contesto; inoltre, il territorio con meno posti letto in RSD (area distrettuale sud) presenta una media di classe SIDI più vicina al 2 e inferiore a quella dell'area distrettuale nord, maggiormente vicina al 3, caratterizzata da un maggior numero di posti letto in RSD;

- il rapporto sulla media della Classe SIDI RSD/CSS per fornire indicazioni riguardo l'appropriato utilizzo delle unità d'offerta residenziali per disabili sul territorio: più il valore di questo rapporto si avvicina all'unità, più vi è sovrapposizione tra il livello di gravità degli ospiti delle due tipologie di unità d'offerta. Considerando l'indice per ogni area distrettuale si evidenzia come nell'area distrettuale sud (con meno posti letto in RSD rispetto all'area nord) il valore si avvicini all'unità, confermando un maggiore utilizzo della CSS da parte di persone con livelli più alti di gravità, persone per le quali potrebbe essere più appropriato un ingresso in RSD.

Per quanto riguarda i consumi, nelle RSD anche nel 2014 si riscontra una stabilità dei consumi in atto dal 2012; rimane, quindi, confermato – attraverso l'applicazione del metodo di calcolo dei cosiddetti "posti letto pieni" - come poco meno di un terzo dei ricoveri avvenga in strutture della ASL, seguite da quelle ubicate nella ASL Milano 1 e in quelle della ASL di Cremona. L'età media di ingresso in struttura è intorno ai 40 anni.

Per le CSS in termini assoluti, facendo riferimento ai dati economici, i consumi risulterebbero in calo. Tuttavia, una lettura analitica mette in evidenza come questa contrazione sia da attribuire a fattori tecnici, legati al percorso di riconversione che ha interessato in passato alcune strutture. Una analisi più realistica, evidenza l'avvio di una tendenza verso un incremento dell'utilizzo di questa unità d'offerta sul territorio della ASL Milano 2 che assorbono poco più del 75 % delle risorse.

Dopo gli incrementi avvenuti nel 2012 e nel 2013 (legati ad una maggiore presenza degli ospiti), nei CDD si assiste nell'anno 2014 ad sostanziale stabilità sia nell'entità dei consumi e che nella loro distribuzione: l'85% dei consumi avviene nelle strutture ubicate sul territorio della ASL, con un 11 % di prestazioni usufruite nella ASL Milano 1, fondamentalmente nel'Istituto Sacra Famiglia di Cesano Boscone, dove sono presenti da tempo cittadini della ASL.

2.3 Servizi di assistenza domiciliare

Come già anticipato nel paragrafo sui servizi per anziani, le prestazioni di assistenza domiciliare sociosaniaria hanno registrato nel 2014 un significativo incremento rispetto all'anno precedente, sia in termini di risorse assorbite che di persone che ne hanno usufruito e di "prese in carico, assorbendo verosimilmente anche in modo esclusivo gli utenti che prima erano prese in carico presso i SAD comunali. Le risorse utilizzate sono state pari a €.3.667.274,16. (+20,8 % rispetto al 2013). Mentre le persone assistite a domicilio sono risultate complessivamente 2.561 (+ 11% rispetto all'anno 2013), per un totale di 2.989 "prese in carico".

Il rapporto tra "prese in carico" (PIC) e n. utenti (espressione di più "ricoveri domiciliari" a carico di uno stesso utente) a livello di ASL è pari a 1,17.

Analizzata complessivamente, la dinamica dei consumi presenta le seguenti caratteristiche:

- il 2014 conferma e consolida il trend in crescita dei consumi, avviato nella seconda parte del 2013, con un incremento di circa il 21 % rispetto all'anno precedente
- relativamente le ragioni di questo incremento possono essere ricercate nei seguenti elementi:
  - l'andamento esprime un maggior utilizzo di questa unità d'offerta da parte delle persone con bisogni di ADI (+ 11% rispetto all'anno 2013). Al riguardo, va tenuto conto che la ASL Milano 2

presentava nel 2013 un indice di persone assistite in ADI di età superiore ai 65 anni pari al 1,54 %.della popolazione over 65 anni. A conferma della maggiore domanda registratasi nel 2014 depongono: la percentuale, pari al 1,9 %, degli ultrasessantacinquenni in ADI, che sale al 2,15 % se si considerano i casi presi in carico; l'incremento delle nuove richieste di attivazione nel 2014, rispetto al 2013, intorno a + 20 %.

  - si conferma ancora, considerando la "vocazione" del servizio verso la presa in carico di situazioni complesse, come l'incremento della produzione del 2014 sia risultato più marcato per i profili 3 e 4.

- va evidenziato l'incremento (+51%) delle risorse per le cure palliative dal 2013 al 2014, a conferma di una maggiore presa in carico di questa tipologia di bisogni.
- il rapporto tra PIC/n. utenti relativamente basso e vicino all'unità, testimonia come l'utilizzo dell'ADI sul territorio della ASL Milano 2 sia soprattutto a favore delle persone con cronicità.
- per quanto riguarda i consumi dei distretti, l'incidenza del numero degli assistiti sulla popolazione generale x 1.000 evidenzia la tendenza alla riduzione delle disomogeneità tra i vari ambiti territoriali.

Per quanto riguarda invece i servizi di assistenza domiciliare sociale, nel 2013 a differenza dell'ADI, il SAD in modo uniforme in tutti i Piani di Zona della ASL, ha registrato un decremento degli utenti rispetto al 2012 pari al 20% (-171 utenti) passando da 1.045 nel 2012 a 874 nel 2013. I costi di gestione del servizio, in maniera più che proporzionale, sono diminuiti di circa il 32%, pari a €. 2.106.883,22. Tale decremento è verosimilmente giustificabile dal fatto che molti utenti sono stati assorbiti in modo esclusivo dal servizio ADI.

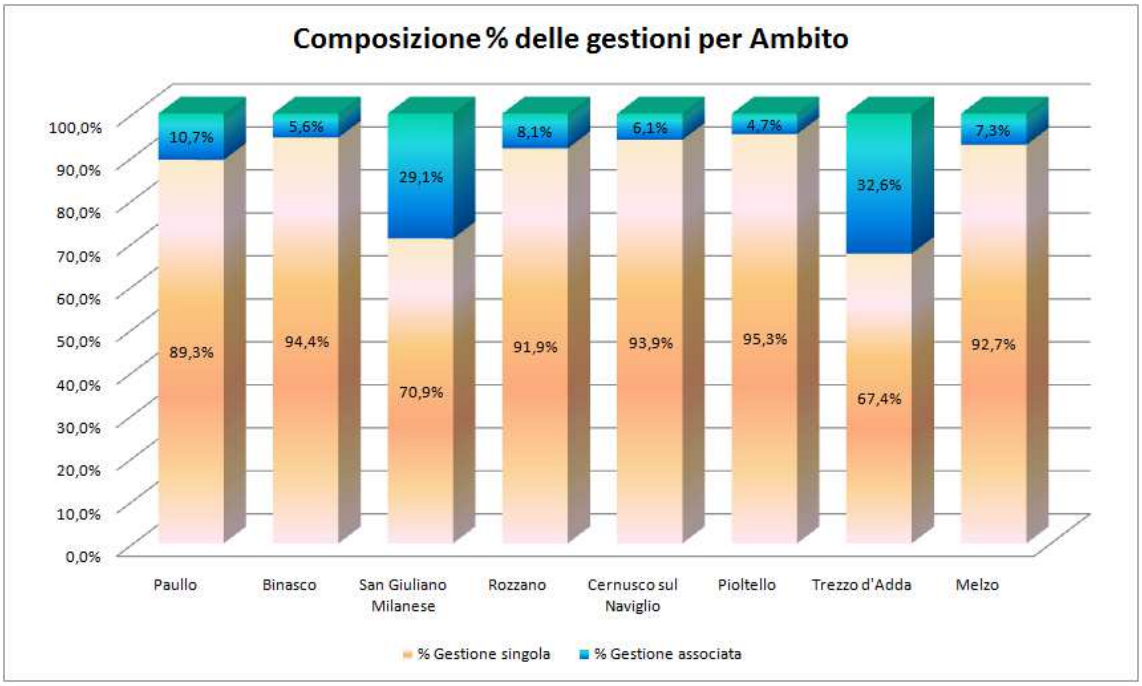
In modo analogo, anche gli altri servizi di assistenza domiciliare per disabili SADH e minori ADM hanno subito un decremento tra il 2012 e il 2013, passando da 315 a 255 utenti (pari a -23,5%) per il SADH e da 565 a 493 (pari a -14,6%) per l'ADM. Come per il SAD anche il SADH e l'ADM hanno subito una diminuzione più che proporzionale dei costi di gestione del servizio, pari a €.961.519,82 (-8,2% rispetto al 2012) per il SADH e €. 1.471.985,88 (-20% rispetto al 2012) per l'ADM.

I consumi sociali: la spesa sociale dei Comuni (dati consuntivo 2012)

3.1 Distribuzione sul territorio

Ai fini della programmazione zonale, di seguito si analizza la spesa sociale dei comuni del territorio della ASL Milano 2 in gestione singola e in gestione associata dei Piani di Zona. Gli ultimi dati a disposizione utili alla analisi fanno riferimento al consuntivo 2012.

Ambito	Gestione singola	Gestione associata	Totale delle gestioni	% sul totale
Paullo	4.938.547,00	587.443,00	5.464.821,00	6,3%
Binasco	5.541.472,00	320.523,00	5.769.687,00	6,6%
San Giuliano Milanese	15.729.435,00	5.779.161,00	19.888.580,00	22,7%
Rozzano	10.536.284,00	866.619,00	10.735.547,00	12,3%
Cernusco sul Naviglio	14.515.489,00	942.091,00	15.457.580,00	17,7%
Pioltello	12.120.587,00	603.768,00	12.711.855,00	14,5%
Trezzo d'Adda	4.306.935,00	1.580.414,00	4.853.850,00	5,6%
Melzo	11.923.040,00	910.698,00	12.541.662,00	14,3%
TOTALE ASL	**79.611.789,00**	**11.590.717,00**	**87.423.582,00**	**100,0%**

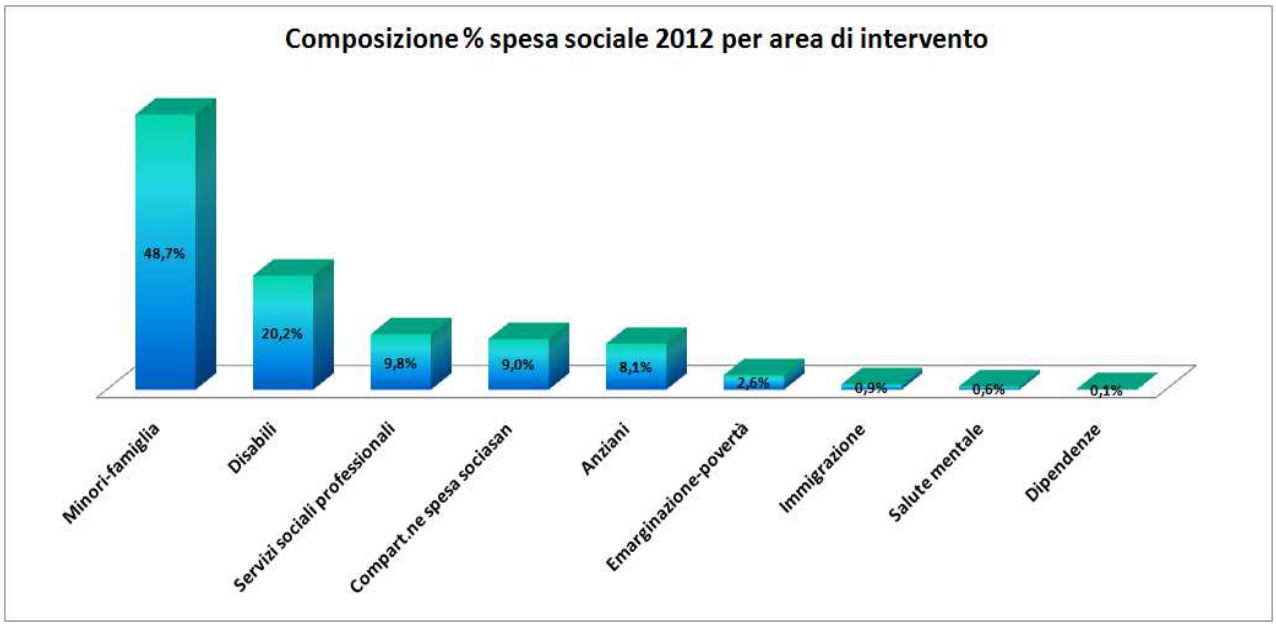


La spesa sociale nel territorio della ASL Milano 2 per entrambe le gestioni ammonta a circa 87,5 milioni di euro, di cui circa 80 milioni per la gestione singola e 11,5 milioni per quella associata. In termini di distribuzione sul territorio l'ambito di San Giuliano M.se è quello che registra la spesa più alta, pari al 22,7% del totale ASL, mentre Trezzo la più bassa con 5,6%. In termini invece di composizione % delle gestioni, vediamo come ci sia una distribuzione costante tra i territori, con una gestione singola che oscilla tra il 90% e il 94%, ad esclusione di Trezzo e San Giuliano M.se che fanno registrare la gestione associata più alta della ASL pari a circa il 30%.

3.2 Aree di intervento

Di seguito si analizza la spesa sociale a livello territoriale ASL per area di intervento sociale.

Area di intervento	Spesa gestione singola	Spesa gestione associata	Totale delle gestioni
Minori-famiglia	37.576.794,00	5.944.350,00	**42.565.529,00**
Disabili	16.401.635,00	2.171.298,00	**17.639.735,00**
Servizi sociali professionali	7.960.885,00	1.458.072,00	**8.577.960,00**
Compartecipazione spesa sociasanitaria	8.095.425,00	626.511,00	**7.831.691,00**
Anziani	6.492.133,00	641.161,00	**7.103.375,00**
Emarginazione-povertà	2.010.510,00	323.266,00	**2.244.990,00**
Immigrazione	510.095,00	315.810,00	**825.905,00**
Salute mentale	452.681,00	105.069,00	**517.586,00**
Dipendenze	111.631,00	5.180,00	**116.811,00**
TOTALE TERRITORIO ASL	**79.611.789,00**	**11.590.717,00**	**87.423.582,00**



L'area che assorbe per circa il 50% il totale della spesa sociale sia in gestione singola che associata è quella dei "Minori-famiglia", seguita dai "Disabili" (20%). I servizi sociali professionali (Servizio e Segretariato sociale più servizi di funzionamento del PdZ) è al terzo posto con il 10%. L'area di "Compartecipazione della spesa sociosanitaria" è pari al 9% mentre quella degli "Anziani" è pari all'8%.

La composizione delle gestioni per area di intervento mostra una costante percentuale che vede la gestione singola per tutte le aree oscillare tra l'80% e il 96%, tranne per l'area immigrazione dove la gestione associata è pari a circa il 40%.

3.3 Interventi sociali

Una volta analizzate le aree di intervento, passiamo ad analizzare gli interventi delle principali aree di intervento in termini di dimensione della spesa sociale (minori e disabili) e di significativa importanza di integrazione programmatica ASL/territorio (anziani e compartecipazione alla spesa sociosanitaria).

Area "Minori-famiglia" Intervento	Gestione singola	Gestione associata	Totale gestioni	% sul totale	Finanziamento da Comune a copertura dei costi	Finanziamento da utenza a copertura dei costi	Finanziamento da Fondo sociale regionale a	% copertura costi da Comune	% copertura da utenza	% copertura da Fondo sociale regionale
Asili nido/Micronido	18.031.572,00	2.659.869,00	20.575.161,00	48,3%	12.610.189,00	6.108.744,00	599.682,00	61,3%	29,7%	2,9%
Comunità alloggio (per Minori e per Madri e Figli)	6.518.586,00	850.763,00	7.365.482,00	17,3%	6.593.989,00	1.200,00	567.009,00	89,5%	0,02%	7,7%
Servizio Tutela minorile	2.414.014,00	750.538,00	2.778.980,00	6,5%	1.349.608,00	1.177.851,00	104.944,00	48,6%	42,4%	3,8%
Centri ricreativi diurni	2.638.278,00	135.945,00	2.774.223,00	6,5%	2.827.609,00		17.236,00	101,9%		0,6%
Assistenza Domiciliare Minori	1.473.146,00	530.735,00	1.805.644,00	4,2%	1.451.993,00		212.505,00	80,4%		11,8%
Centri di aggregazione giovanile	1.340.095,00	216.415,00	1.511.563,00	3,6%	1.248.515,00	10.890,00	133.804,00	82,6%	0,7%	8,9%
Altri interventi sociali	976.746,00	174.230,00	1.137.396,00	2,7%	938.193,00	38.663,00		82,5%	3,4%	
Spazi ricreativi/aggregativi	868.430,00	60.149,00	881.356,00	2,1%	817.115,00	120.706,00	1.246,00	92,7%	13,7%	0,1%
Affidi familiari (L. 149/01)	715.573,00	33.892,00	749.465,00	1,8%	655.876,00		69.430,00	87,5%		9,3%
Assistenza economica generica	526.305,00	28.074,00	554.379,00	1,3%	545.888,00	78.140,00	33.731,00	98,5%	14,1%	6,1%
Interventi per progetto	484.522,00	58.631,00	527.427,00	1,2%	443.213,00		5.670,00	84,0%		1,1%
Iniziative di prevenzione e promozione	399.806,00	163.420,00	505.446,00	1,2%	418.380,00	5.238,00	1.607,00	82,8%	1,0%	0,3%
Centri di Prima Infanzia	317.845,00	26.668,00	344.513,00	0,8%	276.519,00	35.069,00	8.257,00	80,3%	10,2%	2,4%
Canoni di locazione ed utenze domestiche	230.811,00	19.700,00	250.511,00	0,6%	270.360,00		2.197,00	107,9%		0,9%
Centri di pronto intervento (per Minori e per Madri e Figli)	238.665,00		238.665,00	0,6%	222.897,00	1.531,00	1.714,00	93,4%	0,6%	0,7%
Adozioni	48.104,00	140.020,00	155.664,00	0,4%	163.695,00		8.257,00	105,2%		5,3%
Contributi ad Enti/Associazioni	149.188,00	5.200,00	154.388,00	0,4%	148.184,00			96,0%		
Sportello sociale	128.484,00		128.484,00	0,3%	66.281,00		3.295,00	51,6%		2,6%
Servizio Affidi	69.374,00	77.453,00	106.884,00	0,3%	53.304,00			49,9%		
Inserimenti lavorativi	7.250,00	12.648,00	19.898,00	0,05%	7.250,00			36,4%		
TOTALE ASL	**37.576.794,00**	**5.944.350,00**	**42.565.529,00**	**100,0%**	**31.109.058,00**	**7.578.032,00**	**1.770.584,00**	**73,1%**	**17,8%**	**4,2%**

Il principale intervento è il servizio di asilo nido/micronido che assorbe quasi il 50% della spesa sociale dell'area. Interessante notare come i finanziamenti provenienti dal Comune coprano circa il 60% dei costi di gestione mentre l'utenza (con le rette) il 30%. Il principale fondo sociale, quello regionale, copre circa il 3% dei costi.

Il secondo intervento dell'area è la Comunità Alloggio che assorbe il 17% dei costi dell'area; in questo caso il Comune copre la gran parte dei costi con circa il 90%, mentre l'utenza è sostanzialmente pari a zero; il fondo sociale regionale invece copre circa l'8% dei costi.

L'assistenza domiciliare per minori è il quinto intervento per dimensione economica (con il 4,2%); anche in questo caso il Comune copre i costi per circa l'80% mentre l'utenza è pari a zero; interessante notare come il fondo sociale regionale copra il 12% dei costi.

Area "Disabili" Intervento	Gestione singola	Gestione associata	Totale gestioni	% sul totale	Finanziamento da Comune a copertura dei costi	Finanziamento da utenza a copertura dei costi	Finanziamento da Fondo sociale regionale a	% copertura costi da Comune	% copertura da utenza	% copertura da Fondo sociale regionale
Assistenza educativa agli alunni disabili o assistenza scolas	6.586.197,00	1.131.722,00	7.114.258,00	40,3%	6.788.801,00		80.709,00	95,4%		1,1%
Centri Socio Educativi - CSE	3.696.036,00	231.299,00	3.733.531,00	21,2%	3.406.856,00	181.928,00	43.909,00	91,3%	4,9%	1,2%
Trasporto sociale	1.766.693,00	137.790,00	1.904.483,00	10,8%	1.829.430,00	75.051,00		96,1%	3,9%	
Comunità alloggio per disabili	1.328.989,00		1.328.989,00	7,5%	1.015.447,00	274.975,00	38.567,00	76,4%	20,7%	2,9%
Servizi di formazione all'autonomia - SFA	786.071,00	135.224,00	921.295,00	5,2%	833.662,00	51.283,00	18.351,00	90,5%	5,6%	2,0%
Servizi di Assistenza Domiciliare Disabili	873.847,00	24.103,00	886.438,00	5,0%	656.978,00	44.432,00	106.450,00	74,1%	5,0%	12,0%
Inserimenti lavorativi	455.386,00	333.239,00	665.154,00	3,8%	434.775,00		103.753,00	65,4%		15,6%
Interventi per progetto	177.342,00	90.316,00	267.658,00	1,5%	196.838,00	3.000,00		73,5%	1,1%	
Altri interventi sociali	243.641,00	14.034,00	257.675,00	1,5%	224.268,00	17.183,00		87,0%	6,7%	
Assistenza economica generica	190.660,00	10.750,00	201.410,00	1,1%	189.856,00			94,3%		
Interventi a sostegno della domiciliarietà	63.782,00	62.021,00	125.053,00	0,7%	45.892,00		9.377,00	36,7%		7,5%
Contributi ad Enti/Associazioni	122.537,00	800,00	123.337,00	0,7%	123.337,00			100,0%		
Sportello sociale	88.724,00		88.724,00	0,5%	78.724,00			88,7%		
Canoni di locazione ed utenze domestiche	21.730,00		21.730,00	0,1%	20.016,00			92,1%		
TOTALE ASL	**16.401.635,00**	**2.171.298,00**	**17.639.735,00**	**100,0%**	**15.844.880,00**	**647.852,00**	**401.116,00**	**89,8%**	**3,7%**	**2,3%**

Il principale intervento è il servizio di assistenza educativa agli alunni disabili che assorbe il 40% della spesa sociale dell'area. Significativo notare come i finanziamenti provenienti dal Comune coprano la quasi totalità dei costi, con il 95,6% dei costi di gestione mentre l'utenza è pari a zero. Il principale fondo sociale, quello regionale, copre solo l'1% dei costi.

Il secondo intervento dell'area sono i CSE che assorbono il 21% dei costi dell'area; anche in questo caso il Comune copre la quasi totale dei costi con più del 91% dei costi, mentre l'utenza circa il 5%; il fondo sociale regionale invece copre circa l'1% dei costi.

L'assistenza domiciliare per disabili è il sesto intervento per dimensione economica (con il 5%); in questo caso il Comune copre i costi per il 75% mentre l'utenza il 5%; interessante notare come il fondo sociale regionale copra il 12% dei costi.

Area "Anziani" Intervento	Gestione singola	Gestione associata	Totale gestioni	% sul totale	Finanziamento da Comune a copertura dei costi	Finanziamento da utenza a copertura dei costi	Finanziamento da Fondo sociale regionale a	% copertura costi da Comune	% copertura da utenza	% copertura da Fondo sociale regionale
Servizi di Assistenza Domiciliare	2.398.161,00	124.415,00	2.498.417,00	35,2%	1.658.391,00	248.028,00	382.198,00	66,4%	9,9%	15,3%
Centri sociali per anziani	876.732,00	193.261,00	1.069.993,00	15,1%	955.955,00	114.039,00		89,3%	10,7%	
Servizio pasti a domicilio	778.193,00		778.193,00	11,0%	436.776,00	339.793,00	1.625,00	56,1%	43,7%	0,2%
Altri interventi sociali	712.259,00	1.890,00	708.389,00	10,0%	570.729,00	137.590,00		80,6%	19,4%	
Trasporto sociale	623.327,00	84.396,00	707.723,00	10,0%	613.259,00	60.590,00		86,7%	8,6%	
Casa Albergo e case di soggiorno	462.406,00		462.406,00	6,5%	118.146,00	300.990,00		25,6%	65,1%	
Interventi a sostegno della domiciliarietà	43.338,00	209.825,00	253.163,00	3,6%	34.257,00			13,5%		
Assistenza economica generica	229.200,00	4.180,00	233.380,00	3,3%	216.006,00		14.350,00	92,6%		6,1%
Contributi ad Enti/Associazioni	135.331,00	800,00	136.131,00	1,9%	128.171,00			94,2%		
Canoni di locazione ed utenze domestiche	75.548,00	2.040,00	77.588,00	1,1%	65.077,00		535,00	83,9%		0,7%
Sportello sociale	73.197,00		73.197,00	1,0%	73.197,00			100,0%		
Interventi per progetto	37.941,00	12.000,00	49.941,00	0,7%	37.941,00			76,0%		
Alloggi protetti per anziani	42.954,00		42.954,00	0,6%	42.954,00			100,0%		
Telesoccorso e Teleassistenza	3.546,00	6.688,00	10.234,00	0,1%	2.949,00	597,00		28,8%	5,8%	
Formazione per assistenti familiari		1.666,00	1.666,00	0,0%						
TOTALE ASL	**6.492.133,00**	**641.161,00**	**7.103.375,00**	**100,0%**	**4.953.808,00**	**1.201.627,00**	**398.708,00**	**69,7%**	**16,9%**	**5,6%**

In questa area il principale intervento è il servizio di assistenza domiciliare SAD che assorbe circa il 35% della spesa sociale dell'area. I finanziamenti provenienti dal Comune coprono circa il 67% dei costi, mentre l'utenza circa il 10%. Il principale fondo sociale, quello regionale, copre più del 15% dei costi.

Il secondo intervento dell'area riguarda i Centri sociali per anziani che assorbono il 15% dei costi dell'area; in questo caso il Comune copre la gran parte dei costi con circa il 90% dei costi, mentre l'utenza circa l'11%.

Significativo il servizio dei pasti a domicilio che come terzo intervento in termini di dimensione economica assorbe l'11% dei costi dell'area; in questo caso il Comune copre i costi per il 56% mentre l'utenza un significativo 44%.

Area "Compartecipazione servizio sociosanitari" Intervento	Gestione singola	Gestione associata	Totale gestioni	% sul totale	Finanziamento da Comune a copertura dei costi	Finanziamento da utenza a copertura dei costi	% copertura costi da Comune	% copertura da utenza
CDD	3.700.097,00	448.320,00	4.148.417,00	47,6%	3.625.144,00	271.655,00	87,4%	6,5%
RSA per ricoveri continuativi/definitivi	2.076.621,00	20.817,00	2.097.438,00	24,0%	1.741.178,00	299.718,00	83,0%	14,3%
RSD per periodi continuativi/definitivi	1.811.474,00	157.374,00	1.968.848,00	22,6%	1.665.606,00	303.242,00	84,6%	15,4%
CSS per periodi continuativi/definitivi	341.107,00		341.107,00	3,9%	313.147,00	27.960,00	91,8%	8,2%
CDI per periodi continuativi	77.802,00		77.802,00	0,9%	32.650,00	45.152,00	42,0%	58,0%
RSD per inserimenti per utenti con patologia psichiatrica (a	53.791,00		53.791,00	0,6%	45.597,00	8.194,00	84,8%	15,2%
CSS per inserimenti per utenti con patologia psichiatrica (a	22.196,00		22.196,00	0,3%	22.196,00		100,0%	
RSD per periodi temporanei/sollievo	11.265,00		11.265,00	0,1%	8.605,00	2.660,00	76,4%	23,6%
CDI per periodi temporanei/sollievo	1.072,00		1.072,00	0,01%	1.072,00		100,0%	
TOTALE ASL	**8.095.425,00**	**626.511,00**	**8.721.936,00**	**100,0%**	**7.455.195,00**	**958.581,00**	**85,5%**	**11,0%**

In questa area il principale intervento è il CDD che assorbe circa il 48% della spesa sociale dell'area. I finanziamenti provenienti dal Comune coprono circa il 87% dei costi, mentre l'utenza circa il 6,5%.

Il secondo intervento dell'area riguarda le RSA per ricoveri continuativi/definitivi che assorbono il 24% dei costi dell'area; in questo caso il Comune copre l'83% dei costi, mentre l'utenza circa l'14%.

In modo analogo anche il terzo intervento per dimensione economica, quello delle RSD per ricoveri continuativi/definitivi che assorbono il 22% dei costi dell'area; anche in questo caso il Comune copre l'84% dei costi, mentre l'utenza circa il 15%.

3.4 Tipologia di costo e di finanziamento

Ai fini di una migliore comprensione dei fattori che compongono la spesa sociale, è significativo analizzare le tipologie di costo che incidono nella composizione della spesa e le relative fonti di finanziamento a copertura dello stesso.

Tipologia costo	Gestione singola	% gestione singola	Gestione associata	% gestione associata
Gestione diretta	26.026.710,00	32,7%	2.967.416,00	25,6%
Gestione appalto/concessione	24.985.411,00	31,4%	3.660.110,00	31,6%
Gestione convenzione	4.762.598,00	6,0%	1.175.203,00	10,1%
Acquisto da Terzi (rette)	13.990.015,00	17,6%	808.626,00	7,0%
Buono sociale	74.020,00	0,1%	384.100,00	3,3%
Voucher sociale	1.104.496,00	1,4%	120.664,00	1,0%
Servizi delegati	340.746,00	0,4%		
Gestione associata dei PdZ	3.778.924,00	4,7%		
Altre gestioni associate	161.942,00	0,2%	6.500,00	0,1%
Altre tipologie di costo	4.386.927,00	5,5%	2.468.098,00	21,3%
Totale	**79.611.789,00**	**100,0%**	**11.590.717,00**	**100,0%**

Come si può notare le gestioni dirette e in appalto/concessione sono i principali costi che insieme incidono, sia in gestione singola che associata, per più del 60% sul costo totale. Per la gestione singola l'acquisto da Terzi (rette) è la terza tipologia per dimensione economica con il 17%. Da notare come i costi di trasferimento per la gestione associata del Piano di Zona incidano sul costo totale per solo il 4,7%. Le altre tipologie di costo per la gestione associata incidono per ben il 21%.

Tipologia finanziamenti	Gestione singola	% gestione singola	Gestione associata	% Gestione associata
Comune	65.563.794,00	82,8%	4.584.079,00	39,5%
Comune per gestione associata PdZ			2.068.127,00	17,8%
Altri enti pubblici	501.480,00	0,6%	799.564,00	6,9%
Utenza	9.637.765,00	12,2%	770.770,00	6,6%
Fondo sociale regionale	2.081.720,00	2,6%	701.954,00	6,1%
FNPS	174.817,00	0,2%	1.207.108,00	10,4%
FNA	142.642,00	0,2%	230.828,00	2,0%
Fondo intesa nidi	172.520,00	0,2%	396.692,00	3,4%
Fondo intesa famiglia			34.325,00	0,3%
Quota indistinta gestione associata PdZ			259.784,00	2,2%
Fondo solidarietà			2.297,00	0,02%
Altre tipologie di finanziamento	893.173,00	1,1%	535.189,00	4,6%
Totale	**79.167.911,00**	**100,0%**	**11.590.717,00**	**100,0%**

Per quanto riguarda le fonti di finanziamento a copertura dei costi si conferma come in generale i finanziamenti provenienti dal Comune siano la principale fonte di finanziamento, in quanto contribuiscono alla copertura della spesa sociale per circa l'83% in gestione singola e per il 40% in gestione associata. Per la gestione associata si aggiunga come circa il 18% della copertura dei costi provenga da finanziamenti specifici da parte sempre dei Comuni. L'utenza risulta di fatto la seconda fonte di copertura con il 12% in gestione singola e il 6,6% in gestione associata. Da notare come per la gestione associata il FNPS copra più del 10% del costo totale a cui si aggiunga il Fondo sociale regionale con il 6%.

3.5 Indicatori medi di spesa

Si offre, a conclusione della analisi, ai fini della programmazione zonale alcuni indicatori medi di spesa annuale procapite utile a dimensionare la spesa sociale per intervento. In questa analisi si è preso in esame gli interventi più significativi in termini di dimensione economica e di intervento sociale, calcolando come indicatore di riferimento il costo medio annuo procapite e il finanziamento medio annuo proveniente dal Comune.

Area/intervento	Totale gestioni	N utenti	Costo medio annuo procapite	Finanziamento medio annuo da comune
Asili nido/Micronido	20.575.161,00	4.411	4.664,51	2.858,81
Assistenza educativa agli alunni disabili o assistenza scolas	7.114.258,00	1.299	5.476,72	5.226,17
CDD	4.148.417,00	252	16.461,97	14.385,49
RSA per ricoveri continuativi/definitivi	2.097.438,00	222	9.447,92	7.843,14
RSD per periodi continuativi/definitivi	1.968.848,00	96	20.508,83	17.350,06
SAD	2.498.417,00	1.084	2.304,81	1.529,88
SADH	886.438,00	300	2.954,79	2.189,93
ADM	1.805.644,00	498	3.625,79	2.915,65

L’offerta sociale (III trim. 2014)

L’analisi dell’offerta sociale presente sul territorio della ASL Milano 2, è utile per una puntuale programmazione zonale che tenga conto della distribuzione omogenea e della diffusione delle unità di offerta della rete dei servizi sociali. L’analisi ha preso in esame i dati della anagrafica sulle UdO sociali del III trimestre 2014.

TIPOLOGIA UDOS	N UdO	%
Asilo Nido	143	70,1%
Micro Nido	21	10,3%
Nido famiglia	31	15,2%
Centro Prima Infanzia	9	4,4%
Totale UdO Prima Infanzia	***204***	***41,7%***
Servizio di Assistenza Domiciliare	46	37,4%
Servizio di Assistenza Domiciliare Disabili	41	33,3%
Assistenza Domiciliare Minori	36	29,3%
Totale Servizi Domiciliari	***123***	***25,2%***
Comunità Educativa	15	50,0%
Comunità familiare		
Alloggio per l'Autonomia	15	50,0%
Totale Comunità per Minori	***30***	***6,1%***
Centro di Aggregazione Giovanile	17	21,0%
Centro Ricreativo Diurno per Minori	64	79,0%
Totale UdO Diurne per Minori	***81***	***16,6%***
Alloggio Protetto Anziani	2	18,2%
Centro Diurni Anziani	9	81,8%
Totale UdO per Anziani	***11***	***2,2%***
Centro Socio Educativo	21	52,5%
Comunità Alloggio Disabili	14	35,0%
Servizio di Formazione all'Autonomia	5	12,5%
Totale UdO per Disabili	***40***	***8,2%***
TOTALE COMPLESSIVO	**489**	**100,0%**

In linea generale (per i dettagli di ambito si rimanda alla tabella successiva) sul territorio della ASL Milano 2 le UdO per la prima infanzia (0-3 anni) sono le più numerose (204) pari al 42% sul totale delle UdO sociali presenti, con gli asili nido e micronidi che incidono per più dell’80%.

Segue come servizio più presente sul territorio, quello delle assistenze domiciliari (SAD-SADH-ADM) con il 25% sul totale delle UdO sociali presenti, pari a 123 servizi sostanzialmente equo distribuiti tra SAD (37% di incidenza) SADH (33%) e ADM (29%).

Successivamente troviamo le UdO diurne per minori (81) pari al 16,6% di incidenza sul totale delle UdO presenti, le UdO per disabili (40) pari all’8,2%, le Comunità per minori (30) pari al 6,1% ed infine le UdO per anziani (11) pari al 2,2%.

TIPOLOGIA UDOS	AMBITI																	
	Paullo		San Giuliano Milanese		Cernusco sul Naviglio		Pioltello		Melzo		Binasco		Rozzano		Trezzo d'Adda		TOTALE ASL	
	N UdO	N Posti	N UdO	N Posti	N UdO	N Posti	N UdO	N Posti	N UdO	N Posti	N UdO	N Posti	N UdO	N Posti	N UdO	N Posti	N UdO	N Posti
Asilo Nido	16	548	30	898	24	860	25	880	18	546	10	279	13	560	7	217	143	4.788
Micro Nido	2	20	4	37	3	29	1	10	4	38	1	10	5	47	1	10	21	201
Nido famiglia	1	5	7	35	7	35	1	5	3	15	8	40	2	10	2	10	31	155
Centro Prima Infanzia			2	41	2	47	4	78					1	20			9	186
Totale UdO Prima Infanzia	*19*	*573*	*43*	*1.011*	*36*	*971*	*31*	*973*	*25*	*599*	*19*	*329*	*21*	*637*	*10*	*237*	*204*	*5.330*
Servizio di Assistenza Domiciliare	5		4		9		4		8		7		4		5		46	
Servizio di Assistenza Domiciliare Disabili	5		4		6		4		8		5		4		5		41	
Assistenza Domiciliare Minori	4		3		9		4		8		1		4		3		36	
Totale Servizi Domiciliari	*14*		*11*		*24*		*12*		*24*		*13*		*12*		*13*		*123*	
Comunità Educativa	1	7	3	30	1	8	6	34			2	18			2	15	15	112
Comunità familiare																		
Alloggio per l'Autonomia			1	3	4	12			10	44							15	59
Totale Comunità per Minori	*1*	*7*	*4*	*33*	*5*	*20*	*6*	*34*	*10*	*44*	*2*	*18*			*2*	*15*	*30*	*171*
Centro di Aggregazione Giovanile			3	210	7	385	2	140	1	50	2	90	1	60	1	30	17	965
Centro Ricreativo Diurno per Minori	5	595	2	215	10	420	1	300	14	580	8	599	17	1.272	7	930	64	4.911
Totale UdO Diurne per Minori	*5*	*595*	*5*	*425*	*17*	*805*	*3*	*440*	*15*	*630*	*10*	*689*	*18*	*1.332*	*8*	*960*	*81*	*5.876*
Alloggio Protetto Anziani	1	32									1	124					2	156
Centro Diurni Anziani			2	40	2	0			2	0	1	18	1	60	1	50	9	168
Totale UdO per Anziani	*1*	*32*	*2*	*40*	*2*				*2*		*2*	*142*	*1*	*60*	*1*	*50*	*11*	*324*
Centro Socio Educativo			3	53	6	124	2	32	5	139			2	41	3	63	21	452
Comunità Alloggio Disabili	1	7	2	20			3	28	1	10			2	15	5	44	14	124
Servizio di Formazione all'Autonomia			1	25	2	0	2	9									5	34
Totale UdO per Disabili	*1*	*7*	*6*	*98*	*8*	*124*	*7*	*69*	*6*	*149*			*4*	*56*	*8*	*107*	*40*	*610*
TOTALE COMPLESSIVO	**41**	**1.214**	**71**	**1.607**	**92**	**1.920**	**59**	**1.516**	**82**	**1.422**	**46**	**1.178**	**56**	**2.085**	**42**	**1.369**	**489**	**12.311**

Regione Lombardia
ASL Milano 2

"UN WELFARE CHE CREA VALORE PER LE PERSONE, LE FAMIGLIE E LA COMUNITÀ - LINEE DI INDIRIZZO PER LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE A LIVELLO LOCALE 2015-2017"
L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Premessa

L'integrazione socio-sanitaria è una priorità strategica del Piano Sanitario Nazionale poiché è condizione indispensabile per superare prassi territoriali e integrare competenze e servizi diversi grazie all'unitarietà e alla globalità degli interventi, consentendo una maggiore attenzione ai soggetti deboli e alla loro tutela.

Il superamento di servizi settoriali e l'introduzione di servizi integrati si fonda quindi sulla necessità di considerare la globalità della persona in tutte le sue dimensioni contribuendo al raggiungimento di uno stato di benessere fisico, mentale e sociale.

L'integrazione socio-sanitaria definita dal decreto Legislativo n.229/99 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419" riguarda infatti "tutte le attività atte a soddisfare, mediante un complesso processo assistenziale, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità di cura e quelle di riabilitazione".

Le prestazioni vengono classificate sulla base della prevalenza dei bisogni e delle risorse implicate nei processi assistenziali.

Avremo pertanto *prestazioni sanitarie a rilevanza sociale* quando l'efficacia dell'intervento sanitario dipende dalla capacità d'integrazione con altri fattori sociali. Avremo *prestazioni sociali a rilevanza sanitaria* quando l'intervento sociale avviene in presenza di problemi collegati allo stato di salute che possono trovare soluzioni efficaci solo con processi d'inserimento e integrazione sociale.

Le prestazioni socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate invece da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e "attengono prevalentemente all'area materno - infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenza da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico - degenerative" che richiedono un'assistenza prolungata e continuativa".

Tali prestazioni sono assicurate dal SSN e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, secondo le modalità individuate nei piani sanitari nazionali e regionali, nonché dai progetto obiettivo promossi a livello nazionale e regionale.

Al comma 8 dell'art. 3-septies del decreto legislativo 229/1999 si sottolinea inoltre che " (…) le Regioni disciplinano i criteri e le modalità mediante i quali Comuni e Aziende Sanitarie garantiscono l'integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni socio-sanitarie di rispettiva competenza, individuando gli strumenti atti a garantire la gestione integrata dei processi assistenziali e socio-sanitari(…) ".

Un'ulteriore specificazione sulle tipologie di prestazioni viene effettuata con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 denominato "Atto d'indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie".

Gli articoli 1 e 2 che si riportano in corsivo nella loro stesura integrale definiscono appunto in modo puntuale la tipologia delle prestazioni previste:

L'assistenza socio-sanitaria viene prestata alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie e di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali. Le Regioni disciplinano le modalità e i criteri di definizione dei progetti assistenziali personalizzati.
Le prestazioni socio-sanitarie di cui all'art. 3 – septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni, sono definite tenendo conto dei seguenti criteri: la natura del bisogno, la complessità e l'intensità dell'intervento assistenziale, nonché la sua durata.

L'Attuale documento in fase di decretazione del Ministro della salute prevede:

"Una descrizione puntuale delle attività nell'assistenza domiciliare, territoriale (consultori familiari, servizi per le dipendenze, servizi per la salute mentale adulti e neuropsichiatria infantile, servizi per disabili), semiresidenziale e residenziale (per malati cronici, malati in fine vita, persone con disturbi mentali, persone con dipendenze patologiche, disabili); un'articolazione dell'assistenza domiciliare e residenziale in più livelli d'intensità in relazione ai bisogni: intensiva (per accogliere le dimissioni e filtrare gli ingressi in ospedale), estensiva (di medio impegno), di lungo assistenza e mantenimento per le situazioni stabilizzate che non possono essere trattate al domicilio per difficoltà familiari/sociali; prevede il mantenimento delle attuali quote sociali a carico del Comune/assistito."

In particolare e a titolo puramente esemplificativo il Dpcm. 2015 prevede che:
" Il Servizio sanitario nazionale garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale; nell'ambito dell'assistenza distrettuale territoriale sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio;
l'Azienda Sanitaria Locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio;
nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il S.S.N. garantisce alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie, le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative necessarie ed appropriate nei seguenti ambiti di attività: maternità, paternità e procreazione responsabile; tutela della salute della donna e del nascituro; assistenza per l'interruzione volontaria della gravidanza; consulenza, supporto psicologico e assistenza per problemi di sterilità e infertilità e per la procreazione medicalmente assistita nonché per i problemi correlati alla menopausa, per quelli individuali e di coppia; prevenzione, valutazione, assistenza e supporto psicologico ai minori in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di maltrattamenti e abusi; psicoterapia

(individuale, di coppia, familiare, di gruppo); valutazione e supporto psicologico a coppie e minori per l'affidamento familiare e l'adozione.
Il S.S.N., infine, garantisce ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico, alle persone con disturbi mentali, ai disabili, alle persone con dipendenze patologiche, alle persone non autosufficienti, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico."

La legge quadro n. 328/00 sul sistema integrato d'interventi e servizi sociali individua il "Piano di Zona dei servizi socio-sanitari" come strumento fondamentale per la realizzazione delle politiche d'intervento nel settore sociosanitario con riferimento, in particolare, alla capacità dei vari attori istituzionali e sociali di definire, nell'esercizio dei propri ruoli e compiti, scelte concertate in grado di delineare opzioni e modelli strategici adeguati per lo sviluppo di un sistema a rete dei servizi sociosanitari sul territorio di riferimento.

L'art.1 recita infatti : "La Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato d'interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza del reddito, difficoltà sociali e condizioni di autonomia, in coerenza con gli art. 2, 3 e 38 della Costituzione".

Regione Lombardia, con la L.R. n. 3/2008, ridefinisce il "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario", attribuendo, all'art. 11.1, alla Regione stessa la funzione d'indirizzo, programmazione, coordinamento, controllo e verifica delle unità di offerta sociali e socio-sanitarie avvalendosi della collaborazione degli Enti Locali, delle Aziende Sanitarie Locali e dei soggetti del III Settore.
All'art. 14 definisce fra l'altro le competenze dell'ASL in materia di programmazione e realizzazione della rete delle unità di offerta sociosanitarie in armonia con le linee d'indirizzo formulate dai Comuni attraverso la Conferenza dei Sindaci del territorio di propria competenza.

L'integrazione socio sanitaria

Si è voluto riportare questi riferimenti legislativi per affermare con precisione sia il contesto nel quale ci muoviamo (ruoli, compiti, competenze) sia la volontà di selezionare, affermare le azioni, i bisogni, le persone alle quali far arrivare il nostro sostegno e la nostra espressione di capacità e, infine, il desiderio prima che l'obbligo di realizzare una vera sinergia con la parte "sociale" integrata da quella sanitaria.

La difficoltà crescente di larghe fasce della popolazione aumenta le pressioni sulle varie istituzioni per estendere l'aspetto assistenziale e ripensare adeguatamente la propria offerta e l'organizzazione dei propri servizi.

Le nuove linee d'indirizzo della Regione Lombardia per i Piani di Zona 2015-2017 "si caratterizzano per una rinnovata attenzione alla rete dei servizi sociali e sociosanitari e al supporto che il sistema d'interventi può offrire alle famiglie perché i loro bisogni trovino adeguata risposta nelle reti di offerta. Si rende sempre più necessario focalizzare l'attenzione sulla ricomposizione istituzionale e finanziaria degli interventi, sulle decisioni e sulle linee di programmazione, affinché siano promosse

dagli attori locali esperienze di un welfare aperto alla partecipazione di tutti i soggetti presenti nella Comunità, capace di ricomporre efficacemente interventi e risorse.".
Un sistema che risponda ai "bisogni di ascolto, cura, sostegno e presa in carico".
In tale direzione, le deliberazioni n.116/13, n.856/13 e n.740/13 evidenziano i criteri di fondo che sostengono la centralità della persona e della famiglia:

- prossimità dei servizi;
- centralità di una presa in carico integrata;
- continuità assistenziale per le persone.

Regione Lombardia indica, pertanto, ai territori la necessità di una lettura integrata e approfondita dei bisogni, anche attraverso un forte raccordo tra A.S.L. e Ambiti territoriali.

Coerentemente e conseguentemente a questa indicazione la Regione Lombardia ha voluto con la d.g.r. n.326/13 la costituzione di una Cabina di Regia integrata tra A.S.L. e Ambiti territoriali dedicata a garantire la programmazione, il governo, il monitoraggio e la verifica degli interventi sociosanitari e sociali erogati, dedicata a presidiare aree comuni d'intervento e allo sviluppo di un approccio integrato alla presa in carico dei bisogni espressi dalle persone evitando duplicazioni e frammentazione nell'utilizzo delle risorse e nell'erogazione degli interventi e contestualmente garantirne appropriatezza.

La Cabina di Regia rappresenta, quindi, un'importante risorsa che si pone anche a supporto delle funzioni del Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci e delle Assemblee distrettuali.

La ASL Milano 2 aveva, forse una delle poche, già avuto un'esperienza simile con l'istituzione del Tavolo di Coordinamento Interistituzionale, il primo verbale riporta la data del 16/01/2004. La sua funzione, simile a quella della nuova Cabina di Regia, è stata negli anni un valido contributo istituzionale per l'integrazione socio sanitaria. Il nuovo assetto istituzionale porterà più potere istituzionale per affermare pienamente l'integrazione socio sanitaria e progredire in questa direzione.

L'istituzione della Cabina di Regia dovrà, in questo nuovo triennio dei Piani di Zona, porsi come sicuro obiettivo una maggiore e migliore integrazione con le "rappresentanze" politiche presenti sul territorio rappresentate dall'Assemblea distrettuale e dal Consiglio di rappresentanza dei sindaci.
Si dovrà arrivare ad approntare un modello organizzativo con risorse umane e strumentali a disposizione, stabilendo una periodicità degli incontri e condividendo procedure di raccordo.

L'obiettivo per questa nuova triennalità dei Piani di Zona e del ruolo dell'ASL Milano 2 non potrà che essere il superamento delle attuali forme di collaborazione definendo un contesto istituzionale più autonomo e più forte a supporto dei processi di ricomposizione dell'integrazione delle risorse (dell'ASL, dei Comuni, delle famiglie); delle conoscenze (dati e informazioni sui bisogni, sulle risorse e dell'offerta locale) e degli interventi e servizi (costituzione di punti di riferimento integrati, di luoghi di accesso e governo dei servizi riconosciuti e legittimati) in ambito socio-assistenziale e socio-sanitario.

In particolare nel primo caso sarà necessario esplicitare quali sono allo stato attuale i livelli d'integrazione delle risorse ed esplicitare in quali ambiti si ritiene prioritario perseguire una maggiore integrazione delle risorse tra Ambiti Territoriali e A.S.L..

Nel caso delle conoscenze esplicitare quali sono i bisogni su cui si ritiene prioritario sviluppare degli approfondimenti e delle condivisioni d'informazioni e conoscenze nel triennio e come tali approfondimenti possono essere apprezzati e verificati (ad esempio: integrazione dei sistemi informativi).
Nel terzo caso esplicitare quali servizi si ritiene debbano essere oggetto di criteri, regole, presa in carico e interventi svolti in modo congiunto, per quali target di utenti, con quali obiettivi quantitativi e qualitativi.

Ulteriore obiettivo è di coinvolgere nei processi di programmazione, co-progettazione e gestione i soggetti del Terzo Settore.
Terzo Settore che concorre inizialmente all'individuazione degli obiettivi dei processi di programmazione locale e partecipano, anche in modo coordinato con gli Ambiti Territoriali alla definizione di progetti per servizi e interventi di cura alla persona.

La programmazione della nuova triennalità dei Piani di Zona, all'interno della cornice organizzativa sopra rappresentata (Cabina di regia), deve comportare una valutazione/monitoraggio di quanto avvenuto nella precedente triennalità.

Nella tabella, di seguito riportata, di sintesi degli obiettivi sull'integrazione socio sanitaria - oggetto del precedente accordo di programma - sullo stato dell'arte e sui possibili ambiti d'implementazione ne evidenzia i contenuti.

Regione Lombardia
ASL Milano 2

INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA ANNI 2012/2014

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate e risultati raggiunti	Ambiti d'implementazione
Implementare la conciliazione famiglia lavoro.	Attuazione Accordo Territoriale Costituzione Tavolo Politico e Tavolo Tecnico Stesura "Piano di lavoro territoriale…" Prosecuzione dei lavori del tavolo regionale Costituzione del Tavolo locale sulla conciliazione famiglia-lavoro Attuazione d'iniziative di formazione agli ambiti e ASL Definizione della programmazione locale Attuazione degli interventi	Istituzionali, Risorse vincolate da atti regionali	Il Piano Territoriale di Conciliazione è stato attuato completamente: è stata effettuata la Formazione a cura della Società Variazioni, sono stati attuati i progetti proposti dagli otto ambiti distrettuali.	Dovrà essere attuato il nuovo Piano di Azione Territoriale di Conciliazione Famiglia Lavoro
Realizzare il Piano d'Azione Regionale per le persone con disabilità.	Attuazione delle azioni previste dal Piano Aggiornamento del Piano d'intervento locale. Prosecuzione della realizzazione dell'intesa con Comune di Cernusco sul Naviglio per Punto Unico d'Accesso Disabili (PUAD) Prosecuzione della realizzazione dell'Accordo quadro per la stipula di contratti relativi a Servizi a favore di cittadini disabili promosso dall'Ud P Distretto 5 Prosecuzione della partecipazione al Tavolo Autismo promosso dal Distretto Sociale Sud Est Milano per la realizzazione ed il monitoraggio delle azioni del Progetto Autismo. Collaborazione con la Cooperativa Punto	Istituzionali	E' stata garantita in modo costante la partecipazione ai Tavoli Territoriali sull'Autismo e sul "Progetto di vita del disabile".	Prosecuzione delle attività

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate e risultati raggiunti	Ambiti d'implementazione
	d'Incontro per l'attivazione del percorso di formazione-ricerca "Il progetto di vita nella disabilità"			
Consolidare il modello organizzativo dei Punti ADI	Costituzione e attivazione dei punti ADI in tutti i distretti Elaborazione di strumenti e procedure per l'integrazione sulla domiciliarità	Istituzionali	Obiettivo raggiunto per quanto riguarda l'attivazione dei punti ADI. Realizzati, seppur in modo non omogeneo sul territorio, ambiti di confronto e integrazione sui servizi impattanti la domiciliarità.	Si dovranno approntare procedure integrate di valutazione del bisogno e di monitoraggio degli interventi.
Assicurare continuità ospedale - territorio	Definizione, in accordo con le AO, di "strumenti" per identificare precocemente le persone a rischio e necessitanti di dimissioni concordate Definizione di un percorso condiviso con gli Uffici di Piano	Istituzionali	Introdotto un protocollo unico; sperimentato un modello di valutazione entro 48 ore dal ricovero; approntato uno strumento unico di comunicazione tra ospedali per acuti e strutture riabilitative; estesa al territorio dell'ASL la sperimentazione sulle cure intermedie domiciliari.	Necessario favorire la valutazione in ambito ospedaliero del bisogno, prima della dimissione.
Realizzazione del progetto NASKO a sostegno delle madri in difficoltà.	Prosecuzione attività di erogazione fondi alle madri che rinunciano all'IVG e versano in precarie condizioni economiche Definizione dei protocolli operativi con interlocutori territoriali (CAV, Comuni, Associazioni ecc)	Istituzionali	L'attività di erogazione dei contributi è stata garantita da tutti i CF pubblici.	Prosecuzione delle attività in un'ottica di collaborazione con gli enti locali, anche attraverso la condivisione di percorsi operativi
Semplificare i percorsi di Accesso alla rete dei servizi da parte delle persone, della famiglia e della comunità.	Revisione del modello organizzativo dei consultori: estensione della nuova funzione di ascolto, orientamento e supporto psicopedagogico rivolto alla famiglia, per l'accesso integrato alla rete integrata dei servizi per la famiglia a tutti i consultori dell'ASL Attuazione del Progetto "Parliamo con	Istituzionali	E' stato pienamente attuato il Progetto "Parliamo con te…e con la tua famiglia". L'attività di formazione, organizzata con STER Lombardia, ha coinvolto il personale dei CF pubblici e privati ed è stata estesa agli operatori sociali dei Comuni del territorio.	Necessario proseguire il percorso di semplificazione dell'accesso alla rete dei servizi da parte delle persone, della famiglia e della comunità.

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate e risultati raggiunti	Ambiti d'implementazione
	te…e con la tua famiglia" Formazione del personale di tutti i consultori nell'ottica dello sviluppo di nuove competenze, anche relativamente alla conoscenza dei Piani di Zona e degli Uffici di Piano, e funzioni volte ad una risposta integrata alle problematiche della famiglia Mappatura e Banca Dati dei servizi e delle azioni (sociali e sociosanitarie) rivolte alla famiglia, nelle due Aree di sperimentazione del progetto "Parliamo con te…e con la tua famiglia" Definizione di procedure/protocolli operativi di collaborazione e di attivazione con i nodi della rete		Le funzioni di ascolto, orientamento e supporto psicopedagogico rivolto alla famiglia, per l'accesso integrato alla rete integrata dei servizi per la famiglia, sono state messe a regime in tutti i consultori dell'ASL.	
Integrare gli interventi socio sanitari nell'area famiglia e minori: assicurare sostegno alla genitorialità.	Attuazione Protocollo "Genitorialità e Minori" tra Dipartimento Dipendenze, ASSEMI, UO NPI, Dipartimento Salute Mentale: formazione del gruppo integrato valutazione (GIV) , acquisizione di strumenti condivisi, schede esiti e follow up Stesura di un nuovo protocollo operativo per l'attività dei CAT, in considerazione delle risorse a disposizione e delle indicazioni regionali Attuazione di eventuali linee guida sui minori Rinforzare l'organizzazione della rete dei servizi per la Famiglia e i Minori,	Istituzionali	In un contesto legislativo nel frattempo mutato, è stato attuato il trasferimento dell'attività in materia di adozione ai Consultori familiari gestito dell'ASL.	E' necessario proseguire nell'integrazione degli interventi socio sanitari nell'area famiglia e minori e assicurare sostegno alla genitorialità.

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate e risultati raggiunti	Ambiti d'implementazione
	superando la frammentarietà delle prestazioni verso la continuità e la qualità delle risposte attraverso la ricognizione delle risorse, sia economiche sia tecniche e la definizione di protocolli d'integrazione e procedure operative di connessione che rendano funzionale il sistema dei servizi			
Prevenzione delle dipendenze patologiche e dei comportamenti additivi.	Applicazione piano biennale prevenzione dipendenze definito dal comitato rete prevenzione con UdP Applicazione del protocollo "Spazio Rete Giovani Martesana"con UdP. Partecipazione del Dipartimento Dipendenze al Comitato scientifico prevenzione in adolescenza di ASSEMI. Sviluppo dei programmi di life skills e dei centri di ascolto e consulenza nelle scuole, del centro di ascolto per educatori, operatori dei comuni, docenti e genitori, delle attività dell'osservatorio territoriale Attività consulenziale nei CAG ed educativa di strada Attività di riduzione dei rischi tramite l'unità mobile giovani	Istituzionali	Applicazione piano biennale prevenzione dipendenze definito dal comitato rete prevenzione con UdP. Applicazione del protocollo "Spazio Rete Giovani Martesana"con UdP. Partecipazione del Dipartimento Dipendenze al Comitato scientifico prevenzione in adolescenza di ASSEMI. Sviluppo dei programmi di life skills e dei centri di ascolto e consulenza nelle scuole, del centro di ascolto per educatori, operatori dei comuni, docenti e genitori, delle attività dell'osservatorio territoriale Attività consulenziale nei CAG e educativa di strada Attività di riduzione dei rischi tramite l'unità mobile giovani	Prosecuzione delle attività in sinergia con UDP o Aziende Sociali
Promuovere la salute e sani stili di vita	Partecipazione agli organismi consultivi per le attività di promozione della salute Realizzazione, per le parti di reciproca competenza, delle attività previste nel	Istituzionali	E' proseguita l'attività sia di partecipazione alla programmazione sia di realizzazione delle iniziative di promozione della salute.	Prosecuzione delle attività

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate e risultati raggiunti	Ambiti d'implementazione
	Piano Integrato Locale			
Collaborare alla tutela della Salute Mentale	Partecipazione ai lavori dell'organismo di coordinamento Salute Mentale Partecipazione ai lavori dell'organismo di coordinamento della Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza	Istituzionali	E' stata garantita con costanza l'attività di Partecipazione ai lavori dell'organismo di coordinamento Salute Mentale e all'organismo di coordinamento della Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza.	Prosecuzione delle attività
Prosecuzione dei lavori dell'Ufficio per la protezione giuridica	Analisi,valutazione e avvio di possibili collaborazioni con altri enti e nuove azioni	Istituzionali	Effettuata la mappatura delle strutture territoriali operanti a vario titolo nell'ambito della protezione giuridica e la rilevazione della casistica in carico a comuni e ASL; realizzati accordi formali tra soggetti pubblici e privati attivi sul territorio dell'ASL; costituita la rete territoriale per la protezione giuridica, sviluppata su due livelli: – la diffusione dei punti di prima informazione – il consolidamento dei punti di consulenza e tutoring	Prosecuzione delle attività in un'ottica di sviluppo e consolidamento della rete
Costruire sistemi informativi integrati per il monitoraggio della domanda e la programmazione della risposta.	Mappatura delle informazioni da raccogliere Progettazione e sviluppo di una banca dati assistiti di area socio assistenziale e socio sanitaria integrate Formazione degli operatori coinvolti Programmazione integrata degli interventi	Istituzionali	Attuata, per alcuni ambiti, la mappatura delle informazioni da raccogliere e sperimentati modelli di valutazione integrata del bisogno.	Prosecuzione delle attività
Implementare la collaborazione col	Analisi dell'attività svolta Individuazione di nuovi ambiti di	Istituzionali	Modificata la composizione del Tavolo Locale di Consultazione dei	Prosecuzione delle attività e implementazione della

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate e risultati raggiunti	Ambiti d'implementazione
Terzo Settore.	collaborazione Stesura di un nuovo regolamento Tavolo Locale di Consultazione dei Soggetti del Terzo Settore (TTS)		Soggetti del Terzo Settore (TTS), ampliata a organismi in rappresentanza di realtà dei singoli ambiti territoriali.	collaborazione
Sviluppare forme di comunicazione efficace ed efficiente.	Realizzazione di una analisi di fattibilità di una newsletter (o altro strumento informativo) rivolto agli UdP, Terzo Settore, operatori della Direzione Sociale Eventuale sperimentazione dell'iniziativa Collaborazione all'attuazione delle azioni previste dal Piano di comunicazione della ASL, con particolare riguardo alla diffusione d'informazioni relative a: • realtà innovative cliniche e riabilitative del pubblico e del privato accreditato nell'ambito delle dipendenze • promozione della salute nelle scuole • funzioni di ascolto orientamento e supporto psicopedagogico nei consultori • attuazione del nuovo modello regionale per l'ADI	Istituzionali	Realizzata una newsletter Web rivolto agli UdP, Terzo Settore, operatori della DS. Attuato Piano comunicazione dell'ASL.	Necessaria una revisione dell'iniziativa e ampliamento del target ai cittadini
Stesura del nuovo regolamento del tavolo di coordinamento interistituzionale	Stesura del nuovo regolamento del tavolo di coordinamento interistituzionale	Istituzionali	Deliberato il nuovo regolamento del tavolo di coordinamento interistituzionale.	Necessari la revisione del regolamento in funzione della Cabina di regia.
Collaborare, nell'ambito dei Piani	Partecipazione alle attività	Istituzionali	Partecipazione alle attività	Prosecuzione delle attività

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate e risultati raggiunti	Ambiti d'implementazione
di Zona, alle attività di promozione delle iniziative sperimentali nell'area socio-sanitaria e sociale a carattere innovativo.				
Migliorare la funzionalità dell'Ufficio di supporto all'attività del Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci e delle Assemblee Distrettuali	Analisi dell'attuale organizzazione e della funzione Monitoraggio dell'attuazione del regolamento vigente Realizzazione di una analisi di fattibilità per la creazione di una sezione del sito web della ASL dedicato all'attività degli organismi di rappresentanza dei sindaci (comunicazioni, organismi, normative, documenti ecc.)	Istituzionali	Attività effettuata in un'ottica istituzionale.	Prosecuzione delle attività

Regione Lombardia
ASL Milano 2

INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA ANNI 2015/2017
OBIETTIVI DI SISTEMA

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/ azioni di sistema	Modalità d'integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
Attuare il raccordo della Cabina di Regia con il livello politico rappresentato dall'Assemblea distrettuale e dal Consiglio di rappresentanza dei sindaci	strategico	Approntamento di un modello con: modalità organizzative, risorse umane e strumentali a disposizione, periodicità degli incontri, procedure di raccordo	Condivisione a livello di programmazione, azioni e monitoraggio	Istituzionali	Regolamenti e procedure Incontri cadenzati Documenti condivisi	Documenti, Verbali d'incontro	Almeno 1 regolamento/ procedura n. incontri/anno (come da regolamento/ procedura)	Approntamento del modello e del regolamento entro il 30.06.2015
Sviluppare sistemi informativi e migliorare il sistema di conoscenza a supporto della programmazione integrata	generale	Attuazione e condivisione (A.S.L./Ambiti) di sistemi informativi e di banche dati integrate; manutenzione dell'anagrafica sociale (rilevazione delle unità di offerta); rilevazione della spesa sociale e attuazione di processi di lettura condivisa dei dati e implicazioni	Condivisione dei sistemi d'informazione, conoscenza e monitoraggio	Istituzionali	Procedure Banche dati Incontri cadenzati èquipe multidisciplinare	Presenza di Procedure, verbali d'incontro	Almeno 1 regolamento/ procedura n. incontri/anno (come da regolamento/ procedura)	come da regolamento/procedura

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/ azioni di sistema	Modalità d'integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
		strategiche						
Operare la revisione del regolamento della Cabina di regia.	specifico	Stesura del nuovo regolamento	Integrazione operativa a livello di programmazione e monitoraggio	Istituzionali	Regolamento	Presenza del regolamento	Almeno 1 regolamento/ procedura	Entro il 2015
Collaborare, nell'ambito dei Piani di Zona, alle attività di promozione delle iniziative sperimentali nell'area socio-sanitaria e sociale a carattere innovativo.	strategico	Partecipazione alle attività	Integrazione e collaborazione su specifiche progettualità	Istituzionali	Incontri cadenzati equipe multidisciplinare procedure	N. incontri	n. incontri realizzati/n. incontri richiesti = 1	Per tutto il triennio
Promuovere la salute e sani stili di vita	generale	Partecipazione agli organismi consultivi per le attività di promozione della salute Realizzazione, per le parti di reciproca competenza, delle attività previste nel Piano Integrato Locale	Collaborazione all'interno degli organismi consultivi già previsti a livello aziendale	Istituzionali	Incontri cadenzati	n. incontri	n. incontri realizzati/n. incontri previsti = 1	Per tutto il triennio
Mappare la rete UDO socio sanitarie	specifico	Aggiornamento annuale	Conoscenza condivisa della rete	Istituzionali	Procedure Banche dati	Presenza della banca dati aggiornata	n. aggiornamenti effettuati/n. aggiornament	Per tutto il triennio

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/ azioni di sistema	Modalità d'integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
							i necessari = 1	
Sviluppare gli interventi per la costruzione e il mantenimento della rete per la protezione giuridica.	specifico	Prosecuzione attività e valutazione possibili collaborazioni con altri enti e nuove azioni Costituzione di un gruppo di lavoro per l'elaborazione di un piano condiviso e integrato tra i vari soggetti della rete Monitoraggio dell'attuazione del piano	Collaborazione nella informazione e orientamento qualificato nell'utilizzo dello strumento della protezione giuridica	Istituzionali	Incontri Protocolli Iniziative formative	Documento con piano di lavoro condiviso n. incontri	n. 1 piano di lavoro	Per tutto il triennio
Coinvolgere il Terzo Settore sia a livello programmatorio sia di monitoraggio degli interventi d'interesse.	strategico	Adeguamento e individuazione di nuovi ambiti di collaborazione	Coordinamento e condivisione di linee d'indirizzo e azioni di competenza	Istituzionali	Incontri cadenzati	n. incontri	n. incontri/anno (come da regolamento/ procedura)	Per tutto il triennio
Attuare una comunicazione efficace ed efficiente a sostegno dell'appropriato soddisfacimento del bisogno.	strategico	Attuazione d'iniziative interesse comune; attuazione delle azioni previste dal Piano di comunicazione dell'ASL, con	Condivisione e collaborazione a livello di comunicazione	Istituzionali	Siti web Incontri cadenzati Materiale informativo	Evidenza di diffusione delle informazioni	n. azioni attuate/n. azioni programmate = 1	Per tutto il triennio

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/ azioni di sistema	Modalità d'integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
		particolare riguardo azioni collegate all'integrazione socio sanitaria.						
Assicurare continuità ospedale - territorio	specifico	Anticipazione della valutazione del bisogno, prima della dimissione, a livello ospedaliero Manutenzione del protocollo in atto	Collaborazione coordinamento nell'assicurare continuità dell'assistenza	Istituzionali	Procedure protocolli	Protocollo	Presenza del protocollo nei contratti con AO	Per tutto il triennio
Ridefinire strumenti e procedure condivise in tema di tutela dei minori vittime di violenza ospiti di comunità	generale	Condividere con tutti gli attori coinvolti, strumenti e procedure operative, con particolare riguardo al PEI e al progetto quadro (come definito dalla circolare regionale n. 1/2014).	Coordinamento e integrazione degli interventi	Istituzionali	Incontri cadenzati Iniziative formative Protocolli Procedure	Report attività formativa Protocollo	n. iniziative formative realizzate/n. iniziative programmate = 1 Almeno 1 regolamento/ procedura	Entro il primo anno definire un modello d'intervento che superi la frammentazione degli interventi Nell'ultimo biennio stipulare un protocollo d'intervento condiviso e attuarlo.

Regione Lombardia
ASL Milano 2

INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA ANNI 2015/2017
OBIETTIVI AREA FRAGILITÀ

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/ azioni di sistema	Modalità d'integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
Attuare un modello di valutazione integrata del bisogno	specifico	Proseguimento dell'attuazione del documento per la valutazione integrata del bisogno; adeguamento e condivisione delle procedure e degli strumenti di valutazione per una presa in carico integrata e la condivisione del progetto individuale (PI) di assistenza; approntamento di operatività integrate al fine di tutelare le persone fragili	Integrazione e coordinamento degli interventi di valutazione del bisogno	Istituzionali	Procedure Incontri cadenzati equipe multidisciplinare	Presenza di procedure n. incontri	Almeno 1 procedura n. incontri realizzati/n. incontri previsti = 1	Per tutto il triennio

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/ azioni di sistema	Modalità d'integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
Attuare gli interventi nell'area della fragilità e della non autosufficienza previsti	specifico	Attuare gli interventi previsti da specifiche misure Realizzare un coordinamento tra gli interventi di natura socio sanitaria e quelli di natura socio assistenziale	Integrazione e coordinamento delle azioni previste	Istituzionali	Procedure equipe multidisciplinare Incontri cadenzati	Presenza di procedure n. incontri	Almeno 1 procedura n. incontri realizzati/n. incontri previsti = 1	Per tutto il triennio
Attuare gli interventi nell'area disabilità e sostegno alle famiglie.	specifico	Gestione del Progetto "Ti accompagno" – Iniziative a sostegno delle famiglie di persone con disturbi pervasivi dello sviluppo e dello spettro autistico – ex DGR n° 392/2013 e attuazione delle forme di collaborazione previste dal progetto	Collaborazione a livello informativo e integrazione degli interventi, quando necessario	Istituzionali	Incontri cadenzati Informazione	n. incontri	n. incontri realizzati/n. incontri previsti = 1	Per tutto il triennio, in relazione alla durata del progetto
Attuare iniziative a tutelare della Salute Mentale	generale	Partecipazione ai lavori: dell'organismo di coordinamento Salute Mentale; della Neuropsichiatria	Collaborazione e coordinamento operativo	Istituzionali	Incontri cadenzati	n. incontri	n. incontri realizzati/n. incontri previsti = 1	Per tutto il triennio

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/ azioni di sistema	Modalità d'integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
		Infantile e dell'Adolescenza; del tavolo tecnico di monitoraggio per il superamento dell'OPG. Monitoraggio, nelle sedi sopra descritte, dell'attività d'individuazione dei soggetti con disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) ai fini scolastici						

Regione Lombardia
ASL Milano 2

INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA ANNI 2015/2017
OBIETTIVI AREA FAMIGLIA

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/ azioni di sistema	Modalità d'integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
Sostenere la genitorialità: realizzazione dei progetti NASKO e CRESCO a sostegno delle madri in difficoltà e SOStengo a favore dei genitori separati	specifico	Prosecuzione attività di erogazione fondi alle madri che rinunciano all'IVG e versano in precarie condizioni economiche, a sostegno dell'alimentazione della madre in periodo di allattamento e ai genitori separati in precarie condizioni economiche. Definizione dei protocolli operativi con interlocutori territoriali (CAV, Comuni, Associazioni ecc)	Collaborazione a livello informativo e integrazione degli interventi, quando necessario	Istituzionali	Incontri cadenzati Informazione	n. incontri	n. incontri realizzati/n. incontri previsti = 1	Per tutto il triennio

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/ azioni di sistema	Modalità d'integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
Integrare gli interventi socio sanitari nell'area famiglia e minori, a sostegno della genitorialità:	generale	Messa a regime delle buone prassi derivate dal progetto "**GenerAzioni**": tavolo di coordinamento tra servizi tutela e i servizi territoriali (SMF, UdP, NPI, CPS, SERT, Spazio Neutro, Consultori, Scuole)	Collaborazione e coordinamento al fine di incrementare le connessioni tra i servizi che si occupano della protezione e della tutela dei minori e delle famiglie, di costruire interventi condivisi e sostenibili, un luogo di confronto tra pratiche e monitoraggio dei bisogni emergenti.	Istituzionali	Procedure Incontri cadenzati Informazione Iniziative formative	n. incontri	n. incontri realizzati/n. incontri previsti = 1	Per tutto il triennio

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/ azioni di sistema	Modalità d'integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
Attivare e sostenere le reti territoriali interistituzionali per la prevenzione, il contrasto del fenomeno della violenza nei confronti delle donne e il sostegno delle vittime di violenza	specifico	Collaborazione all'attuazione delle seguenti iniziative progettuali: Progetto Distretto Rozzano e pieve E.- D.g.r. 25 ottobre 2013 - n. X/861- "Una R.O.S.A. (Rete Organizzazioni Servizi Antiviolenza) per il sud Milano". Progetto Comune Cernusco sul Naviglio- Progettare la parità in Lombardia – 2013 – "Sciogliere il nodo della violenza di genere. Percorsi di formazione e azioni condivise per rafforzare la rete territoriale"	Collaborazione e coordinamento in relazione alle singole progettualità	Istituzionali	Protocolli Incontri cadenzati	Protocollo n. incontri	Presenza protocollo n. incontri realizzati/n. incontri previsti = 1	Per tutto il triennio, in relazione alla durata del progetto

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/ azioni di sistema	Modalità d'integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
Realizzare gli interventi in tema di Conciliazione famiglia lavoro.	specifico	Realizzazione delle progettualità e delle attività previste nel Piano di Azione Territoriale di Conciliazione famiglia lavoro in sinergia con le Alleanze Territoriali e in attuazione delle indicazioni nazionali e regionali.	Collaborazione e coordinamento operativo in relazione alle progettualità	Istituzionali	Piano territoriale Incontri cadenzati	Piano n. incontri	Presenza del piano n. incontri realizzati/n. incontri previsti = 1	Per tutto il triennio, in relazione alla durata del progetto

Regione Lombardia

ASL Milano 2

INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA ANNI 2015/2017
OBIETTIVI AREA DIPENDENZE

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/ azioni di sistema	Modalità d'integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
Prevenire le dipendenze patologiche e i comportamenti additivi e contrastare i fattori di rischio	generale	Attuazione di:Nuovo piano triennale rete prevenzione dipendenze; Apertura di un Punto di Intervento Dipendenze a San Donato Milanese in sinergia con ASSEMI. Azioni epidemiologiche, preventive, di sensibilizzazione e formative previste dal Piano Territoriale GAP, con focus sulla popolazione giovanile, over 65, esercenti commerciali del gioco; Sviluppo azioni GAP inserite negli accordi operativi con Comuni (Carugate, Segrate; ecc..) e ASSEMI; Interventi nel mondo del lavoro (progetto WHP) su temi quali prevenzione fumo, alcol e droghe, prevenzione GAP e Internet addiction, corsi disassuefazione fumo; Sviluppo programmi professionali life skills nelle scuole; Azioni del rinnovato protocollo "Spazio Rete Giovani Martesana"con UdP. Partecipazione del Dipartimento Dipendenze al Comitato scientifico prevenzione in adolescenza di ASSEMI. Azioni del rinnovato protocollo di sperimentazione di una rete sensibile territoriale e di un nuovo modello di gestione integrata delle attività di prevenzione primaria (riduzione del rischio), secondaria (rilevazione, protezione, segnalazione) e terziaria (valutazione e trattamento) con ASSEMI e Azienda Ospedaliera. Partecipazione ai lavori: dell'organismo di coordinamento Salute Mentale; della Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza.	Collaborazione e coordinamento operativo in relazione alle progettualità	Istituzionali	Procedure Protocolli Informazione Incontri cadenzati Iniziative formative Evidenza verbali riunioni	Presenza di procedure n. incontri	Almeno 1 procedura per area di attività n. incontri realizzati/n. incontri previsti = 1	Per tutto il triennio

Regione Lombardia
ASL Milano 2

INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA ANNI 2015/2017
OBIETTIVI AREA INCLUSIONE SOCIALE

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/ azioni di sistema	Modalità d'integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
Attuare il Piano d'inclusione sociale integrato per la promozione e lo sviluppo di una rete a favore delle persone sottoposte a provvedimenti dell'autorità giudiziaria e delle loro famiglie.	generale	Istituzione del Polo territoriale Sinergia delle azioni dell'A.G., con ASL, Terzo Settore, Ambiti Territoriali.	Collaborazione e coordinamento operativo in relazione alle progettualità	Istituzionali	Procedure Protocolli Incontri cadenzati	Presenza di procedure n. incontri	Almeno 1 procedura n. incontri realizzati/n. incontri previsti = 1	Per tutto il triennio
Attuare i programmi annuali per l'immigrazione.	generale	Elaborazione progetti integrazione Consulenza e orientamento agli stranieri	Collaborazione e coordinamento operativo in relazione alle progettualità	Istituzionali	Protocolli Informazione	Presenza di protocolli	Almeno 1 protocollo	Per tutto il triennio

Il presente documento condiviso con tutti i soggetti partecipanti alla Cabina di Regia sarà inserito negli Accordi di Programma dei Piani di Zona 2015/2017.

CGIL SPI SINDACATO PENSIONATI ITALIANI MILANO
FNP CISL PENSIONATI
UILPENSIONATI

Corso di Porta Vittoria, 43
20122 MILANO
Tel. 0255025411
spi.mi@cgil.lombardia.it

Via Tadino, 23
20124 MILANO
tel. 0220525230
pensionati.milano@cisl.it

Viale Marelli, 497
20099 SESTO SAN GIOVANNI
tel. 0226261095
info@uilpensionati.it

UFF PIANO
SINDAG
ASS 15

Milano, 30 dicembre 2014

COMUNE DI PIOLTELLO (MI)
La presente copia composta da n°...3...
fogli, è conforme all'originale, presente
Nell'archivio del protocollo informatico
Comunale al N°.......131...
L'Impiegato Delegato
Pioltello, lì.........

0501/15

- Al Presidente Assemblea dei Sindaci del Distretto di Pioltello
- Al responsabile Ufficio di Piano del Distretto
- Al Direttore Sanitario distretto 3 Asl Mi2

p.c. ai Sindaci dei comuni di Pioltello, Rodano, Segrate e Vimodrone

OGGETTO : Osservazioni e proposte per il nuovo Piano di Zona 2015-2017

Le Organizzazioni sindacali dei Pensionati di Spi Cgil- Fnp Cisl- Uilp Uil, operano da anni nei comuni di Milano e provincia per rappresentare al meglio le istanze della popolazione anziana residente nel territorio, impegnandosi in confronti nei gruppi tematici e nei Tavoli Anziani nella negoziazione, con le Assemblee dei Sindaci, con i referenti degli ambiti di zona e con le Asl territorialmente competenti.
Le OO.SS. Spi Cgil, Fnp Cisl, Uilp Uil, infatti, credono nella "programmazione partecipata" così come previsto dalla L.328/00 e dalla L.R. 3/08, con la ferma intenzione di contribuire al miglioramento delle politiche pubbliche rivolte alla popolazione anziana, nella stesura della nuova programmazione triennale dei Piani di Zona (2015-2017), in un'ottica di co –progettazione.
Il confronto negoziale dovrà essere attivato con le Assemblee dei sindaci dei diversi distretti e con le Asl di riferimento, partendo da un'attenta analisi dei bisogni del territorio e dalla consapevolezza che questi anni la crisi economica del nostro paese ha portato alla contrazione delle risorse per le famiglie, impoverendo la loro capacità di acquisto e in particolare, dal nostro osservatorio, abbiamo potuto constatare come sia aumentata la condizione di fragilità delle persone anziane.
Entro il 30 aprile 2015, verranno redatti i nuovi piani di zona da parte di tutti i comuni dell'Ambito di riferimento e delle Asl, e gli interventi previsti verranno attivati nel periodo 1 maggio 2015 – 31 dicembre 2017.
Le risorse 2014 che la Regione Lombardia ha stanziato, comprensive della quota riassegnata del F.N.P.S. 2013, sono complessivamente pari a euro 37.182.702,00, per euro 36.892.702,00 agli Ambiti territoriali di associazione dei comuni per l'attuazione dei piani di zona e per euro 290.000.000 ai comuni per l'armonizzazione dei tempi delle città.
Entro il 28 febbraio 2015 gli Uffici di Piano dovranno inviare alle rispettive A.s.l. il piano di utilizzo delle risorse assegnate.
Viste queste scadenze così ravvicinate, per procedere ad un proficuo lavoro, le scriventi Organizzazioni ritengono necessario un confronto negoziale sulle politiche degli Anziani:

- Verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel precedente Piano di zona.
- Verifica dell'analisi dei bisogni della popolazione anziana del distretto, rispetto all'area socio- sanitaria-assistenziale e all'area abitativa.
- Analisi delle modalità di accesso ai servizi, alle procedure e ai regolamenti d'ambito.

Per un'attenta analisi abbiamo letto il documento: "Linee di indirizzo per la programmazione sociale 2015 -2017", fornito da Regione Lombardia, mette in luce una serie di criticità che, in parte, condividiamo e riteniamo debbano essere i punti di partenza della nuova programmazione dei piani di zona.

Al fine di essere propositivi, in un'ottica di "progettazione partecipata" riteniamo importante avanzare alcune prime proposte.

Una prima criticità emersa riguarda la frammentazione di risorse, competenze, conoscenze e servizi, per superarla riteniamo fondamentale inserire tra gli obiettivi quello di lavorare per:

- Avviare o aggiornare la lettura demografica del territorio con i cambiamenti sociali che ne sono conseguiti.
- Aggiornare o avviare una mappatura dei bisogni degli anziani in modo da rendere le politiche sociali per questa fascia di età sempre più rispondenti alle necessità e alle fragilità che in questi anni sono aumentate.
- Verificare le risorse e l'offerta dei servizi dei territori in modo da integrare e valorizzare ciò che potenzialmente può essere utile per gli anziani sia in un'ottica di quantità che di qualità.
- Facilitare l'accesso per questa fascia di utenti, attraverso percorsi personalizzati di presa in carico.
- Facilitare la ricomposizione dei servizi attraverso punti unici di accesso integrati tra ambiti comunali – Asl.
- Presidiare l'equità degli interventi e lavorare negli ambiti per ridurre gli sprechi indotti dalla frammentazione in modo da avere ulteriori risorse che possano essere utilizzate al meglio, così come previsto dalle linee guida della Regione.
- Lavorare ad una maggiore omogeneità nei regolamenti e nei criteri di accesso ai servizi (in particolare pensiamo al nuovo Isee nazionale)e nella compartecipazione alla spesa.
- Verifica e potenziamento dei servizi rivolte alle persone anziane in condizioni di fragilità, in particolare risulta essenziale il Sad, possibilmente, integrato con l'Adi; i servizi di sportello badanti che in molti ambiti sono stati attivati in questi anni e rappresentano un punto di riferimento per le famiglie.
- Attivare percorsi di housing sociale rivolti agli anziani.
- Coinvolgere i gestori delle R.s.a. nella programmazione della rete dei servizi offerti nell'ambito territoriale.
- Definire o incrementare le Carte dei Servizi a livello distrettuale, per migliorare in qualità e quantità l'informazione sui diritti che i cittadini possono avere rispetto ai servizi erogati e sulle forme di tutela previste.

In attesa di una vostra gradita risposta in merito, inviamo cordiali saluti.

Segretari Generali	Spi-Cgil,	Fnp-Cisl	Uilp-Uil di Milano
	S. Passaretti	M. Sergio	G. Ippolito

SPI CGIL – FNP CISL – UILP UIL DEI COMUNI DI PIOLTELLO E VIMODRONE