



Barbariga, Borgo San Giacomo, Brandico, Corzano, Dello, Lograto,
Longhena, Maclodio, Mairano, Orzinuovi, Orzivecchi,
Pompiano, Quinzano D'Oglio,
San Paolo, Villachiara

PIANO DI ZONA

Triennio 2006-2008

Art. 19 L.328/2000

PIANO DI ZONA TRIENNIO 2006/2008

1. Il contesto normativo
2. Il territorio e la popolazione
3. L'assetto organizzativo
 - 3.1. La rete dei servizi
 - 3.2. La gestione associata
 - 3.3. La Fondazione di partecipazione
 - 3.4. Il sistema informativo
 - 3.5. Il ruolo del terzo settore
 - 3.6. Le risorse
 - 3.7. Le funzioni di autorizzazione e di accreditamento
4. Il servizio sociale professionale di base
5. I servizi e gli interventi
 - 5.1. Area minori famiglia
 - 5.1.1. La situazione attuale
 - 5.1.2. Punti di forza e di debolezza – opportunità e rischi
 - 5.1.3. Ipotesi di sviluppo nel triennio 2006/2008
 - 5.2. Area anziani
 - 5.2.1. La situazione attuale
 - 5.2.2. Punti di forza e di debolezza – opportunità e rischi
 - 5.2.3. Ipotesi di sviluppo nel triennio 2006/2008
 - 5.3. Area disabili
 - 5.3.1. La situazione attuale
 - 5.3.2. Punti di forza e di debolezza – opportunità e rischi
 - 5.3.3. Ipotesi di sviluppo nel triennio 2006/2008
 - 5.4. Area immigrazione
 - 5.4.1. La situazione attuale
 - 5.4.2. Punti di forza e di debolezza – opportunità e rischi
 - 5.4.3. Ipotesi di sviluppo nel triennio 2006/2008
 - 5.5. Area disagio e sostegno alle persone
 - 5.5.1. La situazione attuale
 - 5.5.2. Punti di forza e di debolezza – opportunità e rischi
 - 5.5.3. Ipotesi di sviluppo nel triennio 2006/2008
6. I titoli sociali
I buoni sociali
I voucher socio-assistenziali
7. Il consultorio familiare
8. L'integrazione socio-sanitaria
9. Le priorità strategiche e la destinazione delle risorse

1. IL CONTESTO NORMATIVO

Il contesto normativo di riferimento entro il quale si muove la programmazione del secondo triennio del Piano di zona è alquanto complesso e soprattutto flessibile, legato com'è a modifiche, quasi mensili delle norme e/o delle indicazioni programmatiche ai diversi livelli.

A partire dalla L. 328/2000 che attribuiva ai comuni la competenza in materia socio-assistenziale, si sono succeduti una serie infinita di atti normativi, anche se non specificatamente inerenti la materia socio-assistenziale, che hanno di fatto imbrigliato i comuni. I diversi livelli istituzionali (in particolare Stato e Regione) hanno definito che cosa i Comuni nella loro piena autonomia, devono fare indicando gli obiettivi e il modo raggiungerli.

I livelli programmatori previsti dalla legge 328/2000 sono di fatto stravolti, dal momento che si è sostituita all'indicazione di finalità strategiche (es: mantenere l'anziano presso il proprio domicilio evitandone quanto più possibile l'istituzionalizzazione) l'indicazione dell'azione da attivare (es: erogazione dei titoli sociali ai caregiver familiari e/o professionali per il mantenimento dell'anziano presso il proprio domicilio), a prescindere dalle peculiarità di ciascun territorio relative all'aspetto socio-demografico, economico, fisico-territoriale.

L'attuazione del precedente Piano di zona (e probabilmente lo sarà anche per il prossimo) è stata inoltre pesantemente condizionata dai vincoli imposti ai comuni dal cosiddetto "patto di stabilità". Lasciando da parte qualsiasi gioco contabile, è stato alquanto difficile per i comuni assumersi l'onere di nuove competenze (con il loro carico di costi) dovendo nel contempo ridurre in maniera drastica la spesa.

Pur tuttavia, anche di fronte spesso a una inerzia delle amministrazioni locali solo in parte attribuibile alla difficoltà prima accennata, il primo Piano di zona ha visto al faticosa presa di consapevolezza della necessità di una gestione associata dei servizi del territorio nell'ambito di una programmazione condivisa.

In specifico le principali disposizioni normative, oltre ovviamente la L. 328/2000 e alle leggi finanziarie (e loro correlati), che costituiscono riferimento per il nuovo Piano di zona possono essere descritte secondo lo schema seguente:

Leggi quadro:

L. 104/92	Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate
D.Lgs 109/1998 – D.Lgs. 130/2000	Definizione dei criteri unificati di valutazione della situazione economica dei soggetti che richiedono prestazioni sociali agevolate a norma dell'art. 59, co.51 della L. 27/12/1997, n. 449
L. 149/2001	Modifiche alla L. 184/83 recante disciplina dell'adozione e dell'affido dei minori nonché al titolo VIII del codice Civile
L.R. n. 34/2004	Politiche regionali per i minori

Leggi di settore:

L. 285/97	Disposizione per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza
L. 40/98	Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero
L. 45/99	Disposizioni per il fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei servizi per le tossicodipendenze
L. 162/98	Misura di sostegno a favore di persone con handicap grave
L. R. 23/98	Politiche regionali per la famiglia

DGR Lombardia:

DGR n. 20588 del 11.02.2005	Definizione dei requisiti minimi strutturali ed organizzativi di autorizzazione al funzionamento dei servizi sociali per la prima infanzia
-----------------------------	--

DGR n.20762 del 16.02.2005	Definizione dei requisiti minimi strutturali ed organizzativi per la autorizzazione al funzionamento dei servizi sociali di accoglienza residenziale per minori
DGR n.20763 del 16.02.2005	Definizione dei requisiti minimi strutturali ed organizzativi di autorizzazione al funzionamento dei servizi sociali per persone disabili
DGR n.20943 del 16.02.2005	Definizione dei criteri per l'accreditamento dei servizi sociali per la prima infanzia, dei servizi sociali di accoglienza residenziale per minori e dei servizi sociali per persone disabili

Circolari regionali:

n. 34 del 29.07.2005	Indirizzi per la programmazione del nuovo triennio del Piano di zona
n. 35 del 24.08.2005	Primi indirizzi in materia di autorizzazione, accreditamento e contratto in ambito socio-assistenziale
n. 45 del 18.10.2005	Definizione dei requisiti minimi strutturali ed organizzativi di autorizzazione al funzionamento dei servizi sociali per la prima infanzia
n. 48 del 27.10.2005	Linee guida per la definizione dei Piani di zona – 2° triennio

A tali norme vanno aggiunti gli accordi e/o i protocolli in essere o in corso di definizione tra soggetti diversi in particolare è opportuno ricordare:

- accordo quadro di programma provinciale per l'integrazione scolastica degli alunni in situazione di handicap
- accordo con ASL di Brescia per la gestione del servizio Nucleo Integrazione Lavorativa
- accordo con ASL di Brescia Nucleo servizi handicap
- delega ASL di Brescia per la gestione del servizio per le adozioni nazionali e internazionali.

2. IL TERRITORIO E LA POPOLAZIONE

Al fine di comprendere il senso della programmazione in un territorio è opportuna la conoscenza di tale territorio, almeno per quanto riguarda le caratteristiche della popolazione residente.

Per far questo ci si è avvalsi di due strumenti, in parte sovrapponibili, che danno un quadro interessante circa il territorio dell'ambito n. 8.

In primo luogo si è utilizzata la documentazione elaborata (e messa cortesemente a disposizione) dall'Ufficio statistica del Comune di Brescia su dati ISTAT (fino al censimento 2001).

Per avere dati più freschi, anche se non ancora compiutamente elaborati (2004 e 2005) è stato predisposto un prospetto statistico che gli uffici demografici dei comuni hanno provveduto a completare.

Numero di comuni del distretto	15
Popolazione residente al censimento 2001:	47990
Superficie (Km²):	247,52
Densità della popolazione (residenti per Km²):	194

Superficie del comune, popolazione residente e densità.

Censimento	Superficie Km ²	Popolazione residente	Densità di popolazione (residenti per Km ²)
1971	244,73	41198	168
1981	247,62	42888	173
1991	247,52	43801	177
2001	247,52	47990	194

Fonte: elaborazioni Comune di Brescia – Unità di Staff Statistica su dati ISTAT

Popolazione residente per sesso.

Censimento	Popolazione residente		
	Femmine	Maschi	Totale
1971	20688	20510	41198
1981	21592	21296	42888
1991	22013	21788	43801
2001	24007	23983	47990

Fonte: elaborazioni Comune di Brescia – Unità di Staff Statistica su dati ISTAT

Evoluzione della popolazione residente per sesso.

Censimento	Numeri indice con base 1971=100		
	Femmine	Maschi	Totale
1971	100,0	100,0	100,0
1981	104,4	103,8	104,1
1991	106,4	106,2	106,3
2001	116,0	116,9	116,5

Fonte: elaborazioni Comune di Brescia – Unità di Staff Statistica su dati ISTAT

Struttura della popolazione residente

Popolazione residente al Censimento 2001 per classe d'età e sesso.

Classe di età	Valori assoluti			Valori % sul totale generale		
	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Totale
Fino a 4	1189	1206	2395	2,5	2,5	5,0
Da 5 a 9	1018	1249	2267	2,1	2,6	4,7
Da 10 a 14	1073	1195	2268	2,2	2,5	4,7
Da 15 a 19	1278	1335	2613	2,7	2,8	5,4
Da 20 a 24	1480	1599	3079	3,1	3,3	6,4
Da 25 a 29	1829	2001	3830	3,8	4,2	8,0
Da 30 a 34	1994	2141	4135	4,2	4,5	8,6
Da 35 a 39	2003	2143	4146	4,2	4,5	8,6
Da 40 a 44	1702	1915	3617	3,5	4,0	7,5
Da 45 a 49	1588	1749	3337	3,3	3,6	7,0
Da 50 a 54	1599	1750	3349	3,3	3,6	7,0
Da 55 a 59	1209	1344	2553	2,5	2,8	5,3
Da 60 a 64	1421	1386	2807	3,0	2,9	5,8
Da 65 a 69	1262	1088	2350	2,6	2,3	4,9
Da 70 a 74	1207	839	2046	2,5	1,7	4,3
Da 75 a 79	1045	615	1660	2,2	1,3	3,5
Da 80 a 84	552	243	795	1,2	0,5	1,7
85 e oltre	558	185	743	1,2	0,4	1,5
Totale	24.007	23.983	47990	50,0	50,0	100,0

Fonte: elaborazioni Comune di Brescia – Unità di Staff Statistica su dati ISTAT

Indicatori strutturali della popolazione residente al Censimento 2001.

Indicatori strutturali	Femmine	Maschi	Totale	Tasso di femminilizzazione
% Popolazione 0-14	13,7	15,2	14,4	89,9
% Popolazione 15-64	67,1	72,4	69,7	92,7
% Popolazione 65+	19,3	12,4	15,8	155,7
% Popolazione 75+	9,0	4,3	6,7	206,6
Indice di dipendenza strutturale	28,7	17,1	22,7	
Indice di dipendenza strutturale degli anziani	49,1	38,1	43,4	
Indice di vecchiaia	141,0	81,4	109,6	
Indice del carico di figli per donna feconda			20,2	

Fonte: elaborazioni Comune di Brescia – Unità di Staff Statistica su dati ISTAT

Struttura della popolazione residente

Popolazione residente al Censimento 1991 per classe d'età e sesso.

Classe di età	Valori assoluti			Valori % sul totale generale		
	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Totale
Fino a 4	1006	1051	2057	2,3	2,4	4,7
Da 5 a 9	1196	1250	2446	2,7	2,9	5,6
Da 10 a 14	1269	1475	2744	2,9	3,4	6,3
Da 15 a 19	1568	1684	3252	3,6	3,8	7,4
Da 20 a 24	1778	1853	3631	4,1	4,2	8,3
Da 25 a 29	1875	1971	3846	4,3	4,5	8,8
Da 30 a 34	1614	1770	3384	3,7	4,0	7,7
Da 35 a 39	1545	1670	3215	3,5	3,8	7,3
Da 40 a 44	1551	1739	3290	3,5	4,0	7,5
Da 45 a 49	1165	1377	2542	2,7	3,1	5,8
Da 50 a 54	1447	1500	2947	3,3	3,4	6,7
Da 55 a 59	1320	1261	2581	3,0	2,9	5,9
Da 60 a 64	1330	1164	2494	3,0	2,7	5,7
Da 65 a 69	1235	912	2147	2,8	2,1	4,9
Da 70 a 74	724	446	1170	1,7	1,0	2,7
Da 75 a 79	711	380	1091	1,6	0,9	2,5
Da 80 a 84	461	206	667	1,1	0,5	1,5
Da 85 a 89	171	57	228	0,4	0,1	0,5
Da 90 a 94	41	18	59	0,1	0,0	0,1
95 e oltre	6	4	10	0,0	0,0	0,0
Totale	22.013	21.788	43801	50,3	49,7	100,0

Fonte: elaborazioni Comune di Brescia – Unità di Staff Statistica su dati ISTAT

Indicatori strutturali della popolazione residente al Censimento 1991.

Indicatori strutturali	Femmine	Maschi	Totale	Tasso di femminilizzazione
% Popolazione 0-14	15,8	17,3	16,5	91,9
% Popolazione 15-64	69,0	73,4	71,2	95,0
% Popolazione 65+	15,2	9,3	12,3	165,5
% Popolazione 75+	6,3	3,1	4,7	209,0
Indice di dipendenza strutturale	22,0	12,7	17,2	
Indice di dipendenza strutturale degli anziani	44,9	36,3	40,5	
Indice di vecchiaia	96,5	53,6	74,1	
Indice del carico di figli per donna feconda			18,5	

Fonte: elaborazioni Comune di Brescia – Unità di Staff Statistica su dati ISTAT

Struttura della popolazione residente

Popolazione residente al Censimento 1981 per classe d'età e sesso.

Classe di età	Valori assoluti			Valori % sul totale generale		
	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Totale
Fino a 4	1258	1458	2716	2,9	3,4	6,3
Da 5 a 9	1545	1645	3190	3,6	3,8	7,4
Da 10 a 14	1747	1774	3521	4,1	4,1	8,2
Da 15 a 19	1819	1913	3732	4,2	4,5	8,7
Da 20 a 24	1685	1763	3448	3,9	4,1	8,0
Da 25 a 29	1550	1655	3205	3,6	3,9	7,5
Da 30 a 34	1573	1748	3321	3,7	4,1	7,7
Da 35 a 39	1182	1425	2607	2,8	3,3	6,1
Da 40 a 44	1460	1576	3036	3,4	3,7	7,1
Da 45 a 49	1338	1375	2713	3,1	3,2	6,3
Da 50 a 54	1392	1355	2747	3,2	3,2	6,4
Da 55 a 59	1346	1187	2533	3,1	2,8	5,9
Da 60 a 64	877	671	1548	2,0	1,6	3,6
Da 65 a 69	986	701	1687	2,3	1,6	3,9
Da 70 a 74	845	559	1404	2,0	1,3	3,3
Da 75 a 79	534	264	798	1,2	0,6	1,9
Da 80 a 84	300	163	463	0,7	0,4	1,1
Da 85 a 89	129	54	183	0,3	0,1	0,4
Da 90 a 94	23	7	30	0,1	0,0	0,1
95 e oltre	3	3	6	0,0	0,0	0,0
Totale	21.592	21.296	42888	50,3	49,7	100,0

Fonte: elaborazioni Comune di Brescia – Unità di Staff Statistica su dati ISTAT

Indicatori strutturali della popolazione residente al Censimento 1981

Indicatori strutturali	Femmine	Maschi	Totale	Tasso di femminilizzazione
% Popolazione 0-14	21,1	22,9	22,0	93,3
% Popolazione 15-64	65,9	68,9	67,4	97,0
% Popolazione 65+	13,1	8,2	10,7	161,1
% Popolazione 75+	4,6	2,3	3,5	201,4
Indice di dipendenza strutturale	19,8	11,9	15,8	
Indice di dipendenza strutturale degli anziani	51,8	45,2	48,5	
Indice di vecchiaia	62,0	35,9	48,5	
Indice del carico di figli per donna feconda			25,6	

Fonte: elaborazioni Comune di Brescia – Unità di Staff Statistica su dati ISTAT

Struttura della popolazione residente

Popolazione residente al Censimento 1971 per classe d'età e sesso.

Classe di età	Valori assoluti			Valori % sul totale generale		
	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Totale
Fino a 4	1686	1722	3408	4,1	4,2	8,3
Da 5 a 9	1789	1918	3707	4,3	4,7	9,0
Da 10 a 14	1804	1751	3555	4,4	4,3	8,6
Da 15 a 19	1683	1667	3350	4,1	4,0	8,1
Da 20 a 24	1722	1827	3549	4,2	4,4	8,6
Da 25 a 29	1186	1457	2643	2,9	3,5	6,4
Da 30 a 34	1458	1609	3067	3,5	3,9	7,4
Da 35 a 39	1343	1468	2811	3,3	3,6	6,8
Da 40 a 44	1423	1489	2912	3,5	3,6	7,1
Da 45 a 49	1394	1373	2767	3,4	3,3	6,7
Da 50 a 54	930	819	1749	2,3	2,0	4,2
Da 55 a 59	1103	967	2070	2,7	2,3	5,0
Da 60 a 64	1015	887	1902	2,5	2,2	4,6
Da 65 a 69	799	632	1431	1,9	1,5	3,5
Da 70 a 74	640	448	1088	1,6	1,1	2,6
Da 75 a 79	411	287	698	1,0	0,7	1,7
Da 80 a 84	206	142	348	0,5	0,3	0,8
Da 85 a 89	78	32	110	0,2	0,1	0,3
Da 90 a 94	13	12	25	0,0	0,0	0,1
95 e oltre	5	3	8	0,0	0,0	0,0
Totale	20.688	20.510	41198	50,2	49,8	100,0

Fonte: elaborazioni Comune di Brescia – Unità di Staff Statistica su dati ISTAT

Indicatori strutturali della popolazione residente al Censimento 1971.

Indicatori strutturali	Femmine	Maschi	Totale	Tasso di femminilizzazione
% Popolazione 0-14	25,5	26,3	25,9	97,9
% Popolazione 15-64	64,1	66,1	65,1	97,7
% Popolazione 65+	10,4	7,6	9,0	138,3
% Popolazione 75+	3,4	2,3	2,9	149,8
Indice di dipendenza strutturale	16,2	11,5	13,8	
Indice di dipendenza strutturale degli anziani	56,1	51,2	53,6	
Indice di vecchiaia	40,8	28,9	34,8	
Indice del carico di figli per donna feconda			33,4	

Fonte: elaborazioni Comune di Brescia – Unità di Staff Statistica su dati ISTAT

Piramidi delle età



§ Nei Censimenti 1971, 1981, 1991 le età da 85 in poi sono aggregate in tre classi: da 85 a 89, da 90 a 94 e 95 e oltre. Nel Censimento 2001 le età da 85 in poi sono aggregate in un'unica classe.

Fonte: elaborazioni Comune di Brescia – Unità di Staff Statistica su dati ISTAT.

Indicatori strutturali

Tasso di popolazione attiva e di occupazione per sesso.

Censimento	Tasso di popolazione attiva			Tasso di occupazione		
	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Totale
1971	19,8	55,9	37,8	n.d.	n.d.	n.d.
1981	28,6	59,5	44,0	91,0	93,8	92,9
1991	30,1	59,8	44,9	89,1	91,1	90,4
2001	38,4	67,7	52,9	92,8	95,8	94,7

Fonte: elaborazioni Comune di Brescia – Unità di Staff Statistica su dati ISTAT

Tasso di disoccupazione e di disoccupazione giovanile per sesso.

Censimento	Tasso di disoccupazione			Tasso di disoccupazione giovanile		
	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Totale
1971	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1981	3,9	2,0	2,6	2,4	0,9	1,4
1991	6,5	5,0	5,5	7,3	5,5	6,1
2001	7,2	4,2	5,3	17,0	10,9	13,6

Fonte: elaborazioni Comune di Brescia – Unità di Staff Statistica su dati ISTAT

Tasso di occupazione per sesso e settore di attività professionale.

Censimento	Femmine			Maschi			Totale		
	Agricoltura	Industria	Servizi	Agricoltura	Industria	Servizi	Agricoltura	Industria	Servizi
1971	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1981	2,4	53,8	34,8	19,6	50,2	24,0	14,0	51,4	27,6
1991	1,6	45,5	41,9	13,9	49,6	27,6	9,8	48,2	32,5
2001	3,1	35,7	53,9	11,1	53,1	31,6	8,2	46,7	39,8

Fonte: elaborazioni Comune di Brescia – Unità di Staff Statistica su dati ISTAT

Tasso di occupazione per sesso e posizione professionale.

Censimento	Femmine		Maschi		Totale	
	Dipendente	Autonomo	Dipendente	Autonomo	Dipendente	Autonomo
1971	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1981	74,6	16,4	60,4	33,5	65,0	27,9
1991	70,7	18,4	58,4	32,7	62,5	27,9
2001	75,5	17,3	63,5	32,3	67,9	26,8

Fonte: elaborazioni Comune di Brescia – Unità di Staff Statistica su dati ISTAT

Indicatori strutturali

Femmine residenti di età da 6 anni in poi per titolo di studio.

Valori assoluti.

Censimento	Laurea	Diploma	Licenza media	Licenza elementare	Sa leggere e scrivere	Analfabeta	Totale
1971	70	686	2148	11926	3733	270	18833
1981	165	1414	4893	10626	2880	78	20056
1991	312	2680	6683	9185	1844	78	20782
2001	942	4674	7460	7959	1502	78	22615

Fonte: elaborazioni Comune di Brescia – Unità di Staff Statistica su dati ISTAT

Femmine residenti di età da 6 anni in poi per titolo di studio.

Valori percentuali.

Censimento	Laurea	Diploma	Licenza media	Licenza elementare	Sa leggere e scrivere	Analfabeta	Totale
1971	0,4	3,6	11,4	63,3	19,8	1,4	100,0
1981	0,8	7,1	24,4	53,0	14,4	0,4	100,0
1991	1,5	12,9	32,2	44,2	8,9	0,4	100,0
2001	4,2	20,7	33,0	35,2	6,6	0,3	100,0

Fonte: elaborazioni Comune di Brescia – Unità di Staff Statistica su dati ISTAT

Maschi residenti di età da 6 anni in poi per titolo di studio.

Valori assoluti.

Censimento	Laurea	Diploma	Licenza media	Licenza elementare	Sa leggere e scrivere	Analfabeta	Totale
1971	170	677	2705	11288	3474	312	18626
1981	286	1493	5668	9502	2486	64	19499
1991	474	2690	7862	7763	1671	48	20508
2001	816	4839	9025	6268	1516	83	22547

Fonte: elaborazioni Comune di Brescia – Unità di Staff Statistica su dati ISTAT

Maschi residenti di età da 6 anni in poi per titolo di studio.

Valori percentuali.

Censimento	Laurea	Diploma	Licenza media	Licenza elementare	Sa leggere e scrivere	Analfabeta	Totale
1971	0,9	3,6	11,4	63,3	19,8	1,4	100,0
1981	1,5	7,7	29,1	48,7	12,7	0,3	100,0
1991	2,3	13,1	38,3	37,9	8,1	0,2	100,0
2001	3,6	21,5	40,0	27,8	6,7	0,4	100,0

Fonte: elaborazioni Comune di Brescia – Unità di Staff Statistica su dati ISTAT

FONTI

I dati di base derivano dall'elaborazione dei file rilasciati dall'Istat con i microdati individuali dei censimenti della popolazione degli anni 1971, 1981 e 1991.

I dati e gli indicatori relativi al censimento 2001 sono estratti dal sito dawinci.istat.it.

DEFINIZIONI

Tasso di femminilizzazione: percentuale di femmine per ogni 100 maschi.

Popolazione 0-14: percentuale di popolazione di 0-14 anni sul totale della popolazione.

% Popolazione 15-64: percentuale di popolazione di 15-64 anni sul totale della popolazione.

% Popolazione 65+: percentuale di popolazione di 65 anni e più sul totale della popolazione.

% Popolazione 75+: percentuale di popolazione di 75 anni e più sul totale della popolazione.

Indice di dipendenza strutturale: rapporto percentuale tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e la popolazione in età attiva (15-64 anni).

Indice di dipendenza strutturale degli anziani: rapporto percentuale tra la popolazione di età 65 anni e più e la popolazione in età attiva (15-64 anni).

Indice di vecchiaia: rapporto percentuale tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di 0-14 anni.

Indice del carico di figli per donna feconda: rapporto percentuale tra la popolazione da 0 a 4 anni, i figli, e la popolazione femminile in età feconda, da 15 a 49 anni.

Tasso di popolazione attiva: rapporto percentuale tra la popolazione residente attiva (occupati, disoccupati, in cerca di prima occupazione, militari) di età tra 15 e 65 anni e la popolazione residente totale.

Tasso di occupazione: rapporto percentuale tra la popolazione residente occupata e la popolazione residente attiva.

Tasso di disoccupazione: rapporto percentuale tra la popolazione residente disoccupata e la popolazione residente attiva.

Tasso di disoccupazione giovanile: rapporto percentuale tra la popolazione residente disoccupata di età tra 15 e 24 anni e la popolazione residente attiva della stessa classe di età.

Tasso di occupazione per settore di attività: rapporto percentuale tra la popolazione residente occupata per settore di attività economica (agricoltura, industria e costruzioni, servizi) e la popolazione residente attiva.

Tasso di occupazione per posizione professionale: rapporto percentuale tra la popolazione residente occupata per posizione professionale (lavoratori dipendenti e lavoratori autonomi) e la popolazione residente attiva.

NOTE E AVVERTENZE

SEGNI CONVENZIONALI

Trattino, -, quando il fenomeno non esiste, oppure esiste e viene rilevato, ma i casi non si sono verificati

n.d. dato non disponibile

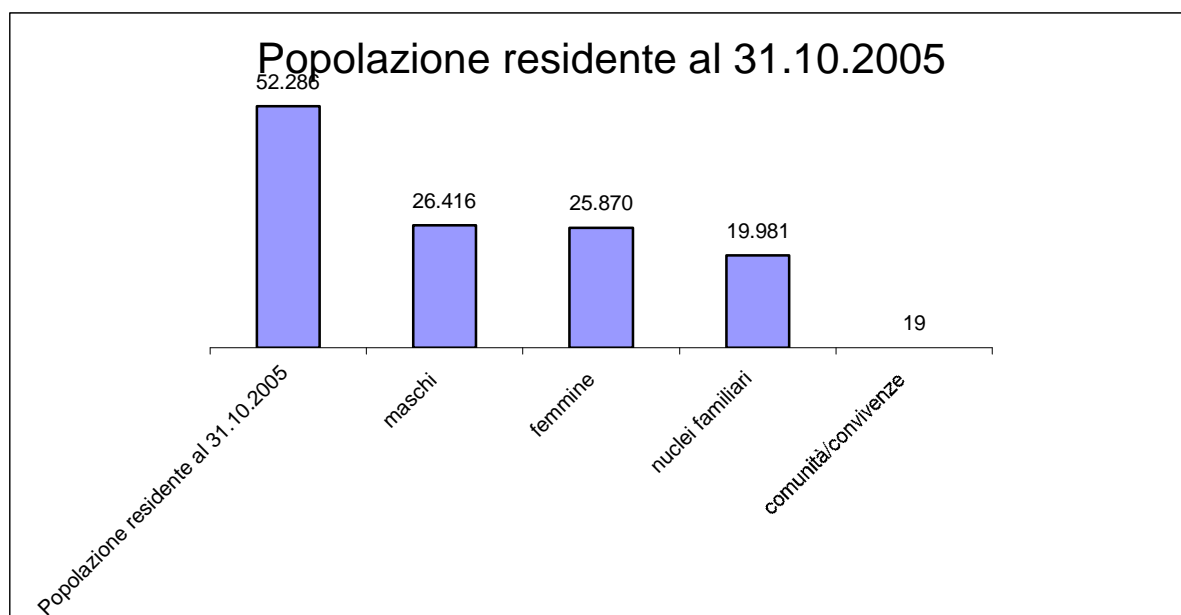
COMPOSIZIONE PERCENTUALE E RAPPORTO

Le composizioni percentuali ed i rapporti sono arrotondati automaticamente alla prima o seconda cifra decimale. Il totale dei valori percentuali così calcolati può risultare diverso da 100.

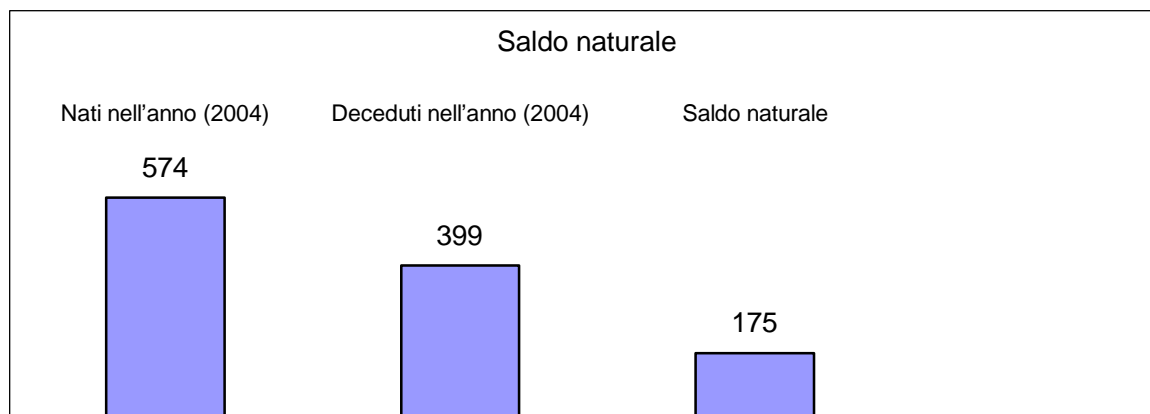
CARATTERISTICHE GENERALI DELLA POPOLAZIONE, DEL TERRITORIO

Popolazione legale al censimento 2001	47990
--	--------------

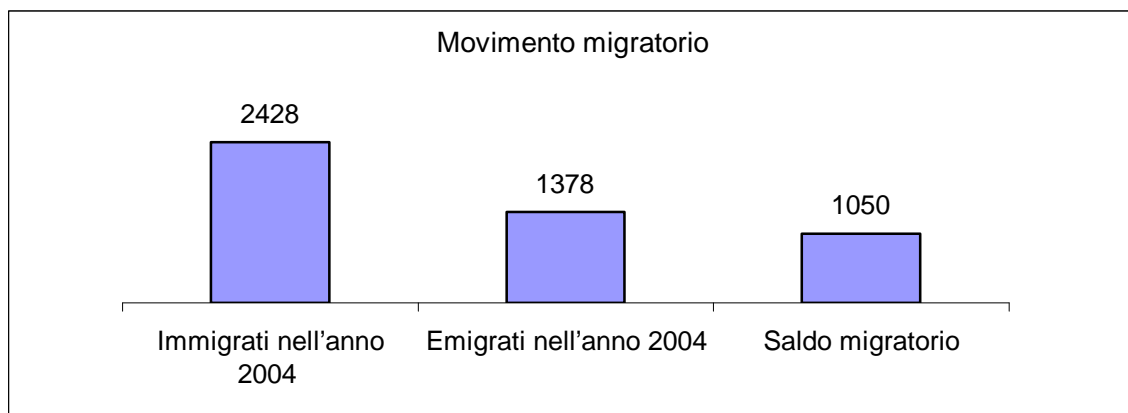
Popolazione residente al 31.10.2005 di cui	52286
maschi	26416
femmine	25870
nuclei familiari	19981
comunità/convivenze	19



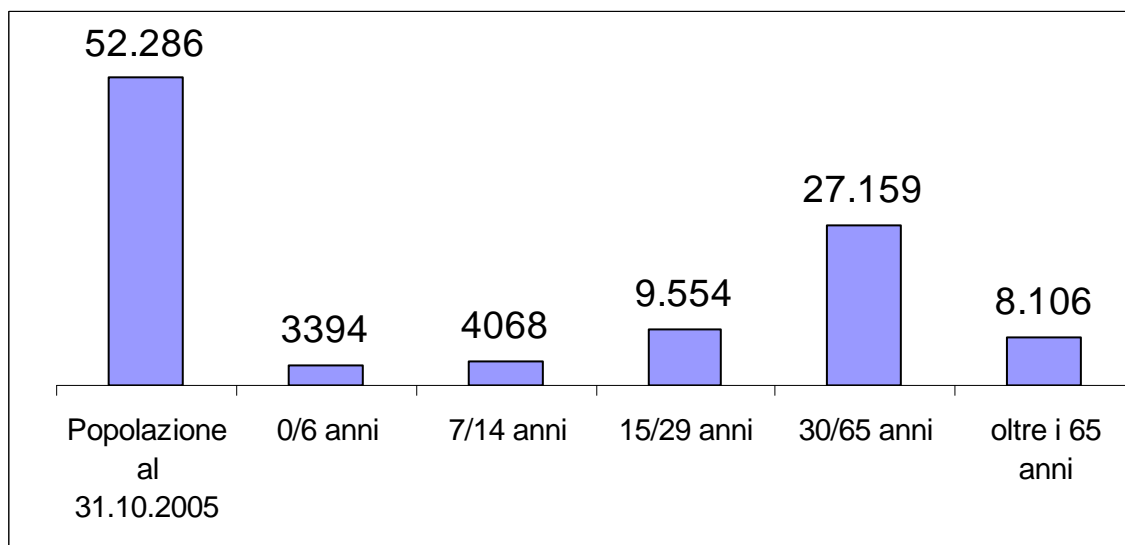
Popolazione residente al 01.01.2005	51325
Nati nell'anno (2004)	574
Deceduti nell'anno (2004)	399
Saldo naturale	175



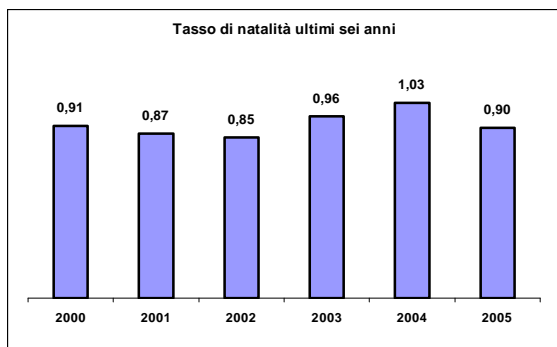
Immigrati nell'anno 2004	2428
Emigrati nell'anno 2004	1378
Saldo migratorio	105



Popolazione al 31.10.2005		52286
Di cui		
in età prescolare	0/6 anni	3394
in età scuola obbligo	7/14 anni	4068
in forza lavoro 1 ^a occupazione	15/29 anni	9554
in età adulta	30/65 anni	27159
in età senile	oltre i 65 anni	8106

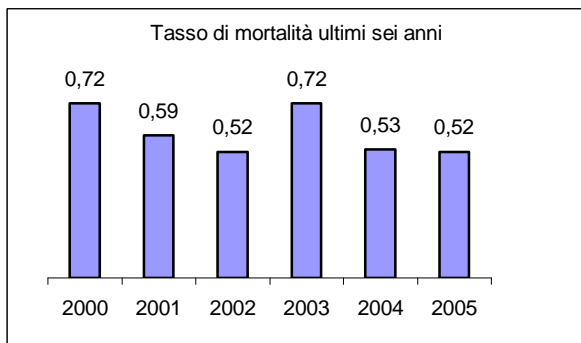


Tasso di natalità ultimi sei anni



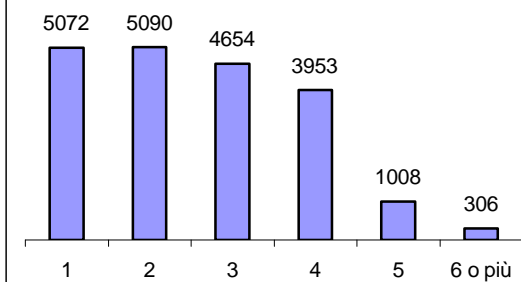
Anno	Tasso %
2000	0.91
2001	0.87
2002	0.85
2003	0.96
2004	1.03
2005	0.90

Tasso di mortalità ultimi sei anni



Anno	Tasso %
2000	0.72
2001	0.59
2002	0.52
2003	0.72
2004	0.53
2005	0.52

Famiglie per numero componenti anno 2005



Famiglie	Componenti
072	1
5090	2
4654	3
3953	4
1008	5
306	6 o più

Stranieri Residenti per cittadinanza e per sesso al Ottobre 2005		
Paesi	Maschi	Femmine
Europa (Unione Europea)		
Austria	0	1
Germania	2	2
Regno Unito	1	3
Grecia	0	1
Repubblica Ceca	0	5
Polonia	9	25
Slovacchia	1	3
Slovenia	0	0
Olanda	2	3
Francia	0	2
Macedonia	4	0
Spagna	0	2
totale	19	47
Altri Paesi Europei		
Albania	150	116
Bosnia - Erzegovina	25	14
Croazia	25	15
Jugoslavia (Repubblica Federale)	200	80
Romania	124	148
Svizzera	2	2
Ucraina	8	102
Moldova	7	14
Ungheria	2	3
Lettonia	0	1
Serbia/Motenegro	12	1
Bulgaria	2	3
totale	557	499
Africa		
Algeria	56	29
Egitto	68	22
Ghana	78	61
Marocco	436	328
Nigeria	20	19
Senegal	151	26
Somalia	1	0
Tunisia	100	45
Niger	1	1
Mali	3	3

Costa d'Avorio	15	13
Togo	1	2
Angola	4	1
Camerun	1	2
Burkina Faso	8	3
Kenya	1	0
Maurizio	2	1
Etiopia	1	2
Congo	5	8
totale	952	566
America	Maschi	Femmine
Argentina	1	2
Brasile	5	16
Cuba	2	9
Dominica	2	8
Ecuador	3	5
Columbia	4	5
U.S.A	2	2
Peru	0	1
Uruguay	1	1
Panama	0	1
totale	20	50
Asia e Oceania		
Cina	149	119
India	1038	502
Iran	4	2
Pakistan	85	32
Siri Lanka (Ceylon)	18	14
Vietnam	2	1
Australia	0	1
Bangladesh	13	5
Thailandia	0	7
Repubblica Russa	0	2
Filippine	7	8
Iran	4	2
Panama	0	1
Indonesia	0	3
Giordania	3	6
Israele	0	3
Uzbekistan	0	1
Altri	8	12
totale	1331	721
TOTALE GENERALE	2879	1883

Commento ai dati statistici

La consistenza della popolazione in valore assoluto per età e sesso, la sua distribuzione spaziale, la densità abitativa, sono variabili significative della realtà locale e si analizzano con il fine di individuare l'attivazione di nuovi servizi o di modificare i servizi già presenti sul territorio.

Secondo i dati dell'ultimo censimento la popolazione residente nel distretto di Orzinuovi è pari a 47.990 unità nel 2001, ed è distribuita su una superficie territoriale di 247,52 kmq. La densità demografica, indicatore costruito sul rapporto tra l'ammontare degli abitanti e la superficie territoriale di riferimento è, quindi, pari a 194.

Le dinamiche registrate dagli ultimi censimenti mostrano un incremento in valore assoluto di 6.791 unità, infatti, nel 1971 la popolazione registrata risultava di 41.198 unità. Nonostante la distribuzione per sesso della popolazione mostri come le donne siano più numerose degli uomini, l'evoluzione della popolazione residente per sesso tra il 1971 e il 2001 non evidenzia un particolare scostamento. Come si può notare nella tabella "Evoluzione della popolazione residente per sesso" la popolazione è aumentata omogeneamente negli anni. Tenendo come punto di riferimento l'anno 1971 non si osservano significative differenze di genere, sia gli uomini che le donne hanno avuto un incremento del 16%. È interessante, invece, notare come la popolazione sia nettamente aumentata nell'ultimo decennio. Tra il 1971 e il 1981 si è avuto un incremento della popolazione pari al 4%, mentre tra il 1991 e il 2001 la crescita della popolazione è risultata pari al 9,5%. Le tabelle "Popolazione residente per classe d'età e sesso" e i relativi grafici mostrano, in fasce di età quinquennali, come la popolazione del distretto di Orzinuovi sia suddivisa.

Confrontando i grafici si nota come tra il 1971 e il 2001 ci sia stato un restringimento delle classi giovani alla base, senza particolari differenze di genere, e un rigonfiamento delle classi centrali, per poi restringersi maggiormente in corrispondenza delle classi di età anziane. Il grafico che rappresenta la distribuzione della popolazione per sesso ed età nell'anno 2001 sottolinea la presenza importante delle donne di età superiore ai sessantacinque anni che rappresentano il 9,7% sul totale dell'intera popolazione contro il 6,2 degli uomini. Rispetto agli anni precedenti, quindi, sono le donne ad avere avuto un incremento più consistente rispetto agli uomini, ma questa particolarità la ritroviamo solo in questa fascia di età, infatti nelle altre classi di età gli incrementi o decrementi della popolazione non sono influenzate dal genere.

A completamento del quadro demografico appena esposto, è riportato l'andamento nel trentennio 1971-2001 di alcuni indicatori significativi: l'indice di vecchiaia, l'indice di dipendenza, l'indice di dipendenza degli anziani e l'indice di carico dei figli per donna feconda.

Dal confronto degli indici di vecchiaia relativi agli anni dal 1971 al 2001 emerge con chiarezza la marcata tendenza all'invecchiamento della popolazione: si è passati da un indice pari a 34,8 (al 1971) a quello attuale del 2001 pari a 109,6 (ovvero si è passati da un anziano ogni tre giovani a oltre un anziano per ogni giovane). La lettura dei valori assoluti mette bene in evidenza come la popolazione ultra sessantacinquenne sia raddoppiata dal 1971 al 2001 (da 3.708 a 7.594), mentre quella fino ai 14 anni si sia quasi dimezzata (da 10.670 a 9.930).

L'indice di dipendenza degli anziani relativo all'anno 1971 ha valore pari a 53,6 mentre nel 2001 ha un valore pari a 43,4.

Alla luce di quanto indicato fino ad ora questo significa che nonostante la popolazione stia progressivamente invecchiando, negli ultimi anni si ha avuto anche un aumento della popolazione produttiva. Fattore che probabilmente incide nel determinare questa nuova fotografia della società è l'aumento della popolazione straniera sul territorio.

Parimenti, appare interessante considerare anche l'andamento dell'indice del carico di figli per donna feconda: si passa dal 33,4 nel 1971 al 20,2 nel 2001. Questo dato conferma come nel corso del trentennio preso in considerazione la popolazione giovanile (in questo caso le classi di età comprese tra gli 0 anni e i 4) stia diminuendo.

Nonostante sia ancora presente una parte della popolazione, seppur esigua, che non è in grado di leggere e scrivere, e poco meno del 7% dei residenti risultano alfabeti senza avere alcun titolo di studio, la situazione appare in continuo miglioramento. L'elemento più interessante, infatti, riguarda la variazione negli anni.

Nel distretto di Orzinuovi si nota un forte decremento tra il 1971 e il 2001, per quanto riguarda gli analfabeti o cittadini con livelli di istruzione bassi (senza titolo di studio o licenza elementare) senza rilevanti differenze di genere, e al contempo osserviamo un sostanziale aumento di cittadini e cittadine che raggiungono la licenza media inferiore o un diploma di scuola media superiore. Lo stesso diploma di laurea segna un incremento sebbene risulti meno consistente rispetto agli altri titoli di studio. La parte prevalente delle donne è in possesso esclusivamente della licenza elementare (35,2%), il 33% ha la licenza media

inferiore, mentre il 27% è in possesso di un diploma e il 4,2% ha raggiunto la laurea. È interessante notare come gli uomini raggiungano e superino le donne nella licenza media inferiore con il 40% e con il diploma (21,2%), mentre solo il 3,6 degli uomini contro il 4,2% delle donne ha conseguito la laurea.

Se il livello di istruzione negli anni è risultato in continuo miglioramento, non possiamo dire la stessa cosa per il tasso di occupazione della popolazione.

Il tasso di disoccupazione è aumentato notevolmente negli ultimi trenta anni ed è più alto per le donne rispetto agli uomini; in particolare risulta ancora più consistente se si prende in considerazione il tasso di disoccupazione giovanile. L'incremento più consistente si è avuto comunque nell'ultimo decennio soprattutto per i giovani che sono passati, infatti, da un tasso di disoccupazione del 5,5% a un tasso di disoccupazione del 10,9% per gli uomini e dal 7,3% al 17% per le donne.

L'incremento di popolazione è stato dal 2001 al 2005 di 4.296 unità (+ 9 %), probabilmente legata all'immigrazione, visto che il saldo migratorio mostra un + 1050 nel 2004 e, in particolare, di persone provenienti da paesi stranieri.

Ad ottobre 2005 i residenti stranieri sono 4.762 (di cui solo 66 dalla Comunità europea e di questi 34 dalla sola Polonia), pari cioè al 9,2 % della popolazione residente.

3. L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

3.1. La rete dei servizi

I servizi alla persona attivati nel territorio dell'ambito sono proposti da diversi soggetti pubblici e/o privati, siano essi organizzati formalmente o meno.

Gli attori, e tra questi non dimentichiamo le reti familiari e i gruppi sociali informali, sono dunque plurimi e svolgono la loro attività in modo diverso dipendente da fattori diversi di natura culturale, istituzionale, di motivazione, ma sono sempre e comunque "risorsa".

Il compito affidato agli enti locali, sulla base del principio di sussidiarietà, è quello di coordinare tale sistema, ovvero di trasformare le azioni in un sistema a rete, assumendone un ruolo di "governance". "Governance" non significa "fare" i servizi (anche se non è escluso a priori), ma coordinarli attraverso una progettualità condivisa tra i diversi soggetti in campo.

Pensando che l'assunto fondamentale fosse la conoscenza reciproca, il primo Piano di zona aveva avviato un progetto di rilevazione e monitoraggio dei servizi del territorio dell'ambito, con una modalità di raccolta delle informazioni attraverso la "relazione": una conoscenza del territorio qualitativa e non solamente quantitativa. Mettere in contatto i vari attori fra loro, perché si scambino le informazioni e le idee è già fare rete, o almeno è un passo in questa direzione.

Uno strumento utile sono stati e saranno i "gruppi di lavoro settoriali". L'insufficienza delle risorse, soprattutto in termini di professionalità e di tempi ha limitato tale azione. Nel primo Piano di zona è stato costituito il solo gruppo di progettazione minori con il nuovo Piano di zona dovranno esserne avviati di nuovi per gli altri settori di intervento (anziani, disabilità, immigrazione, disagio).

3.2. La gestione associata

La legge 328/00 pone la gestione associata dei servizi come criterio organizzativo fondamentale; le deliberazioni e le circolari regionali hanno più volte ribadito questo concetto. La L.R. n. 34/2004 sui minori la pone come un obbligo per quanto riguarda la gestione di taluni servizi e per la gestione dei fondi.

In particolare le circolari regionali n. 34 del 29.07.2005 e n. 48 del 27.10.2005 indicano tra le priorità del prossimo triennio l'individuazione di forme di gestione associata, tale scelta deve avvenire in base agli obiettivi che si intendono perseguire

La regione evidenzia come sia opportuno distinguere tra:

- funzione istituzionale di "governo" nella materia dei servizi sociali che i Comuni, con i Piani di Zona, sono chiamati ad esercitare in forma associata e che trova concreta espressione nell'azione di indirizzo politico dell'Assemblea dei Sindaci, nell'attuazione, amministrativa dell'accordo di programma e nelle attività di coordinamento tecnico, organizzativo e gestionale dell'Ufficio di Piano;
- funzioni di gestione, intesa come produzione ed erogazione di prestazioni e servizi.

Il ripensamento della forma di gestione dei servizi sociali in modo associato si impone per varie motivazioni:

- la necessità, in concomitanza con la fine del processo di delega dei servizi sociali alle ASL, di trovare una modalità di gestione dei servizi che veda il coinvolgimento anche di altri Comuni e di altri attori operanti nel territorio di riferimento;
- la necessità di realizzare economie di scala, soprattutto in presenza di Comuni di piccole dimensioni
- la necessità di sperimentare forme di gestione meno vincolate a logiche e procedure burocratiche

Tuttavia, senza scomodare gli obblighi normativi è evidente che la gestione associata dei servizi appare una scelta dovuta e di qualità per diversi motivi:

- a) Il "luogo quotidiano" dei cittadini è sempre più ampio a livello di territorio, vuoi per una maggior mobilità demografica (oltre alla mutata composizione dei nuclei familiari, la presenza di sempre più numerosi immigrati è determinante nella rilevazione di questa variabile), spesso legata al lavoro (la modifica dell'assetto produttivo ed economico del territorio è una variabile, spesso sottovalutata ma molto importante); vuoi per la riallocazione territoriale di alcuni servizi base, quali le scuole

primarie, le strutture ospedaliere, le sedi dei servizi territoriali. E' impensabile continuare a ragionare in termini di dimensioni comunali.

- b) La necessità di razionalizzare/ridurre i costi attraverso delle economie di scala; in tal senso la diffusione delle tecnologie informatiche è un valido supporto gestionale e di scambio di informazioni.
- c) La complessità gestionale del sistema dei servizi che necessita di figure professionali e di tecnologie con oneri difficilmente sopportabili (e comunque con una non-ottimizzazione delle risorse) soprattutto dai piccoli comuni.
- d) La necessità di gestire direttamente o tramite forme di accreditamento servizi a valenza sovracomunale, garantendo un uniforme rapporto con l'utenza, in particolar modo per quanto concerne le modalità di accesso ai servizi e gli standards di prestazione degli stessi.

La gestione associata è dunque più che un obbligo, una opportunità che i comuni dell'ambito n. 8 hanno colto e intendono confermare nel prossimo triennio implementando progressivamente sempre più servizi fino ad ora gestiti in forma singola.

Attualmente la gestione associata secondo modalità organizzative diversificate è effettuata per:

- il servizio sociale professionale di base;
- il servizio tutela minori sottoposti a provvedimenti della magistratura
- il servizio di assistenza domiciliare anziani
- il servizio di assistenza domiciliare minori
- la gestione dei buoni sociali
- le attività legate alle leggi di settore (L. 40/98 sull'immigrazione; L. 45/99 sulla tossicodipendenza; L. 285/97 sulle politiche per i minori)
- il servizio Orientagiovani
- lo sportello Informahandicap

Nel corso del prossimo triennio, oltre a confermare e a sviluppare organizzativamente la gestione associata dei servizi sopra descritti, si provvederà progressivamente ad avviare la gestione associata, anche attraverso forme di voucherizzazione, di

- servizio di assistenza a favore di portatori di handicap in ambito scolastico;
- servizio pasti a domicilio a favore di anziani e persone in situazione di disagio;
- servizi a favore dei minori previsti dagli artt. 80,81 e 82 della L.R. n. 1/86 (interventi in sostituzione del nucleo familiare – inserimento in comunità alloggio, affidi familiari)

3.3. La Fondazione di partecipazione

Le indicazioni regionali per la definizione del secondo Piano di zona stabiliscono quale priorità l'obiettivo della gestione associata attraverso l'individuazione di "forme di gestione associata per il governo del piano di zona e/o per la produzione di servizi/prestazioni".

L'ambito n. 8 si è già mosso in tale direzione con ampio anticipo in attuazione di quanto indicato nel primo Piano di zona che indicava appunto tra le priorità progettuali "la creazione di nuove forme gestionali e organizzative dei servizi sociali".

In data 25 ottobre 2003, con atto pubblico, i Comuni hanno costituito, in attuazione delle rispettive delibere consiliari, una Fondazione di Partecipazione denominata "Comunità della Pianura Bresciana - Fondazione di partecipazione" per promuovere e realizzare la gestione associata dei servizi e degli interventi sociali dell'ambito territoriale n 8 di Orzinuovi; la Fondazione ha ottenuto in data 6 febbraio 2004 il riconoscimento della Regione Lombardia (DPGR n. 1347)

La Fondazione di partecipazione, così come costituita, è un soggetto di diritto privato che per il raggiungimento dei propri scopi istituzionali, favorisce il coinvolgimento e la partecipazione alla sua organizzazione di amministrazioni ed enti pubblici e privati (art.1 comma 4 dello statuto)

Lo Statuto prevede infatti che partecipano alla fondazione, accanto ai Comuni fondatori di diritto, i promotori istituzionali di diritto (Regione, Provincia, Università, C.C.I.A.A. ed ASL tutte riferite a Brescia), i fondatori (amministrazioni pubbliche, persone fisiche e giuridiche, pubbliche e private, enti ed istituzioni che contribuiscono ad incrementare il fondo di dotazione), i promotori istituzionali (amministrazioni pubbliche, enti pubblici, persone fisiche e giuridiche pubbliche e private che contribuiscono in modo continuativo al raggiungimento degli scopi istituzionali mediante contributi, attività, servizi, consulenze professionali), i sostenitori (persone fisiche o giuridiche, pubbliche o private ed enti che contribuiscono agli scopi della Fondazione mediante contributi, attività, servizi, consulenze professionali occasionali o riferiti a specifici progetti), i volontari (organizzazioni di volontariato e persone fisiche che mettono a disposizione della Fondazione la propria attività volontaria e gratuita ovvero specifiche competenze), come previsto dall'art.7 dello statuto.

Attualmente oltre ai 15 comuni dell'ambito sono soggetti partecipanti alla Fondazione:

- La Regione Lombardia
- Le R.S.A. di Barbariga, Orzinuovi, Orzivecchi e Quinzano
- La Fondazione "Sagittaria" di Orzinuovi
- La Fondazione "Enrico Nolli" di Orzinuovi
- Il Consorzio delle Cooperative sociali "In.Rete.it" di Rovato
- L'Associazione delle Scuole materne autonome ADASM
- La Provincia di Brescia sta perfezionando la sua adesione.

A prescindere dal fatto che l'indicazione normativa è molto precisa nella direzione della gestione associata dei servizi sociali e, in tal senso, si esprimono l'art. 19 della L. 328/2000 e l'intero disposto della DGR 11.11.2001, n. VII/7069 e delle successive circolari attuative (dalla n. 7 del 29.04.2002 alla n. 48 del 27.10.2005), la convinzione che la gestione associata sia la soluzione più valida per la gestione dei servizi socio-assistenziali è emersa da uno studio di fattibilità che ha evidenziato che l'economicità della gestione associata è di per sé evidente nelle economie di scala che si possono avere per quei servizi che si "replicano" nei singoli comuni, ed è legata principalmente all'aspetto gestionale e organizzativo dei servizi (gestione amministrativa, coordinamento sociale, costi dei flussi informativi); l'economia di scala è inoltre significativa per quei servizi di natura specialistica (équipe minori, servizio professionale di base) ove il costo per unità professionale è sovradimensionato per comuni di piccole dimensioni, mentre è corretto per una dimensione territoriale più ampia come quella dell'ambito. Le medesime ragioni di vantaggiosità economica sono evidenti per quei servizi il cui bacino di utenza non è strettamente comunale (Orientagiovani, Informahandicap, Sportello immigrati).

Chiaramente per i servizi "finali", quelli cioè caratterizzati dal rapporto operatore/utente, la convenienza economica è meno visibile, anche se è indubbio che la gestione di servizi di assistenza domiciliare (anziani e minori) dimensionati in un territorio come l'ambito permette di garantire un costo minore per ora-lavoro, mantenendo un livello di qualità sociale legata alla comunità locale.

La maggiore efficacia-efficienza delle attività e dei servizi è garantita da una maggior competenza professionale derivante da un lato dalla maggior disponibilità di risorse ottenute dalle economie di scala (e

quindi di uno sviluppo specialistico) e dall'altro dall'ampliarsi delle prospettive metodologiche ed operative conseguenti al più ampio bacino di intervento.

Dal 1 gennaio 2005 infatti i comuni dell'ambito hanno affidato alla Fondazione alcuni dei servizi di propria competenza che sono puntualmente descritti nell'allegato A

3.4. Il sistema informativo

In quest'ottica i comuni dell'ambito e con essi dunque al Fondazione intendono sviluppare un sistema informativo condiviso, che possa essere strumento agile ed efficace per la gestione dei servizi e per la programmazione zonale.

La creazione e l'implementazione del sistema informativo costituisce un progetto prioritario per il Piano di zona dell'ambito

Gli elementi fondamentali sono:

- la gestione dei diversi servizi avviene attraverso modalità di progetto e di budget, con una pluralità di soggetti coinvolti che devono essere coordinati (*es.: budget ore servizio impegnate e a disposizione*);
- dei flussi di comunicazione agili che si muovono in una situazione molto dinamica e la cui visione deve essere possibile quasi in tempo reale (*es: situazione del servizio di assistenza domiciliare in un preciso momento: situazione utenti, operatori, variabili del servizio*);
- autonomia gestionale a livelli differenziati secondo procedure prefissate.

L'obiettivo è la realizzazione di un sistema di banca dati dinamica, con funzioni gestionali e con competenze attribuite a più soggetti. Ad esempio: l'attivazione del servizio X che prevede l'impiego di un operatore Y per N ore di intervento viene predisposto da una persona autorizzata che contemporaneamente aggiorna il sistema. Il sistema dovrebbe così aggiornare tutti i dati collegati logicamente (*es: monte ore operatore, impiego budget, situazione utente*) ed essere visibile (*con le dovute autorizzazioni*) a tutti gli operatori.

Questa modalità informativo-gestionale permette un monitoraggio costante dello stato dei servizi e conseguentemente una dinamica gestionale meno ingessata e soprattutto più vicina ai tempi reali dell'utenza che a scadenze e/o adempimenti di tipo burocratico.

Il progetto è costruito per fasi ed è necessariamente coordinato con le altre banche dati di varia origine che sono presenti nel settore, in particolare le banche dati collegate alle rendicontazioni regionali.

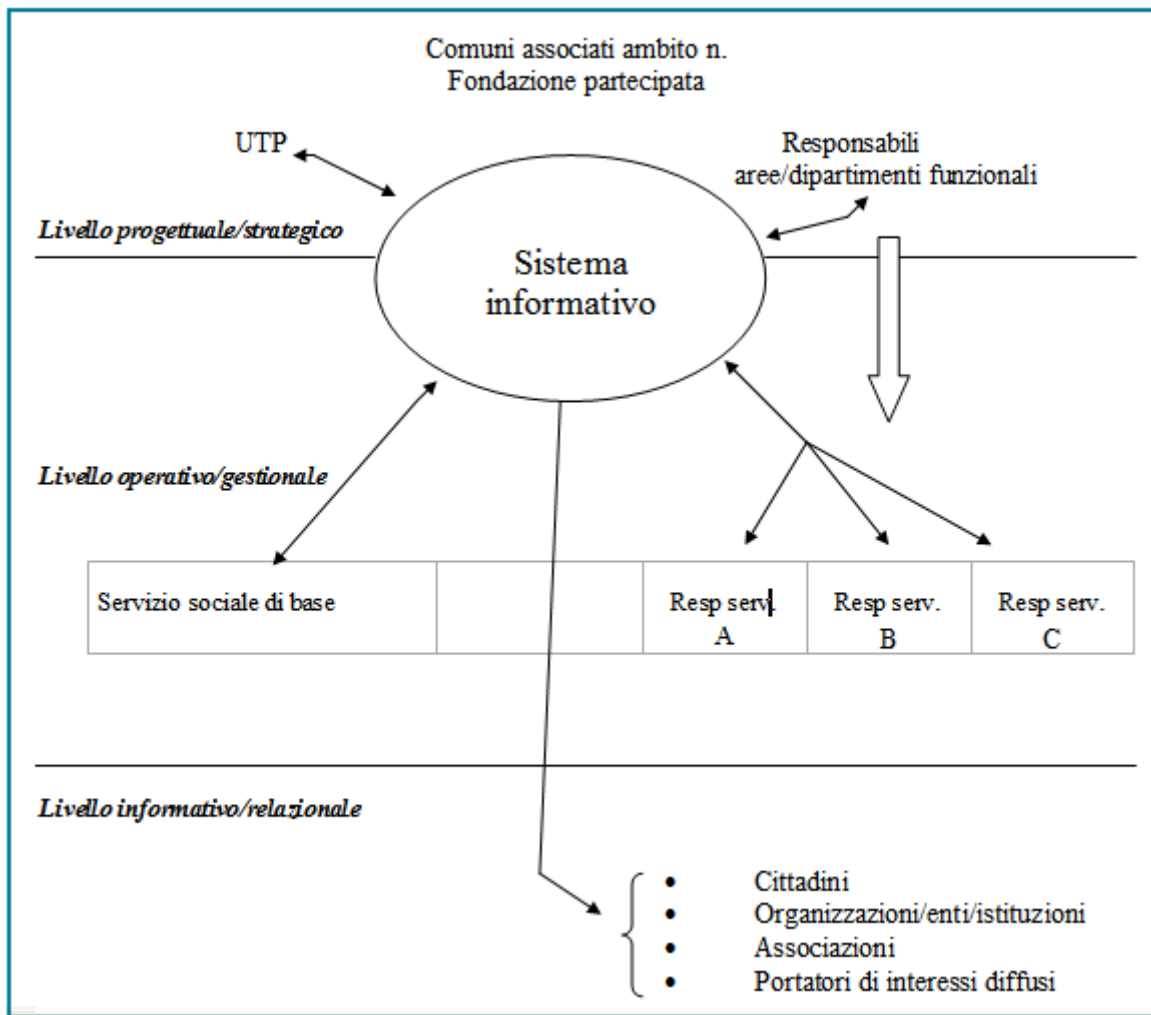
Il vantaggio di un sistema informativo così organizzato è evidente:

- la condivisione di un linguaggio consente lo sviluppo di processi e azioni più uniformi e più equi nel territorio dell'ambito;
- la flessibilità gestionale permette l'organizzazione di processi decisionali e di responsabilità a più livelli migliorando indubbiamente l'efficacia e l'efficienza dei servizi;
- ottimizza la gestione delle risorse sia in termini di tempi (*il tempo nei servizi sociali è una variabile fondamentale*) sia in termini economici.

Le finalità del sistema sono:

1. realizzare una *intranet/extranet* tra tutti i comuni dell'ambito 8, previa impostazione di un piano controllato dei livelli di abilitazione diversificato tra gli operatori autorizzati al trattamento dei dati, idonea alla gestione interattiva con l'utenza destinataria del servizio.
2. allestire un sistema di comunicazione integrato tra tutti gli utilizzatori del sistema (operatori dei comuni, operatori privati, cittadini e imprese).
3. centralizzare i dati gestionali con la possibilità di poterli rapidamente utilizzare ai fini della gestione dei servizi;
4. disporre di una base di informazioni da utilizzare nel rapporto con i diversi soggetti istituzionali che operano nel sociale.

Di seguito viene evidenziato lo schema funzionale – tecnico del sistema informativo.



Le caratteristiche gestionali e funzionali del progetto riguardano in particolare:

- la gestione integrata delle esigenze operative, di monitoraggio, di budgeting, di controllo e di rendicontazione
- l'utilizzo di una tecnologia "Web based" che garantisce:
 - l'accesso via internet anche da sedi remote la necessità di installazione di software sui PC degli utilizzatori remoti
 - la possibilità di coinvolgere Enti terzi in specifiche attività operative abilitando ad essi l'accesso via web a determinate funzioni dell'applicazione

Il sistema sarà organizzato e implementato per moduli che, pur integrati, devono poter essere utilizzati in maniera autonoma. Gli elementi qualificanti di tali moduli saranno:

- l'applicazione gestionale per la gestione operativa delle attività legate ai servizi sociali secondo i criteri definiti e codificati
- la gestione dei report, con particolare riguardo alla gestione dei fogli Excel per la rendicontazione alla Regione Lombardia (debito informativo). L'archivio dati deve poter essere gestito facilmente per poter effettuare estrazioni e interrogazioni che si rendessero necessarie per tipologia di servizio.

- il portale servizi sociali del territorio che, integrato nel sito della Fondazione di partecipazione, funziona come portale Internet, portale Intranet e sportello con accesso differenziato a secondo del livello di validazione della password d'ingresso.
- il modulo pianificazione risorse è ovviamente integrato con gli altri moduli, in particolare con quello riguardante la gestione operativa e la gestione dei report. Il suo ruolo è di essere un supporto per i processi decisionali che vengono attivati dai vari livelli del sistema.

3.5. Il ruolo del terzo settore

Nel primo Piano di zona, anche in conseguenza della nebulosità normativa, in particolar modo per quanto riguarda i ruoli e le competenze dei diversi soggetti coinvolti nel sistema dei servizi il terzo settore è stato coinvolto in maniera frammentaria. Da un lato i tavoli istituzionali, quali portatori di interessi diffusi, di richieste e di proposte sulle scelte di politica sociale, dall'altro, come avveniva anche prima, nell'operatività quotidiana, spesso poco valorizzata, oscura, ma forse proprio per la caratteristica di questa parte della società di lavorare in silenzio, lontano dalle luci dei riflettori, fondamentale.

Una esperienza positiva sono stati i tavoli tecnici che, anche se parzialmente e con grande fatica hanno dato un contributo decisivo.

Nell'ambito n. 8 il lavoro del gruppo tecnico minori, oltre al documento programmatico prodotto, ha permesso lo sviluppo di sinergie progettuali per una efficace politica sociale in un settore così delicato

La linea programmatica non può che proseguire in questa direzione: certo sarebbe sicuramente positivo in tal senso se fosse chiarita, da un punto di vista normativo e procedurale, la questione dell'affidamento e della gestione dei servizi.

Contribuire alla progettazione della rete dei servizi socio-assistenziali, per chi lo fa, sia esso un soggetto pubblico o privato, significa un investimento di risorse spesso consistente e presuppone una scelta forte da parte dei soggetti che non può essere avulsa dalla successiva realizzazione del progettato, anche perché il progettare, nel sociale, è per definizione flessibile, soggetto a continue verifiche e aggiustamenti.

Per quanto concerne il ruolo del terzo settore il Piano di zona del triennio 2006-2008 prevede due linee di sviluppo:

- 1) la costituzione di un tavolo di rappresentanza del terzo settore, la cui funzione sarà duplice:
 - a) da un lato, in quanto espressione della realtà sociale del territorio, sarà lo strumento per la lettura del bisogno, il punto di incontro tra progetto e realtà sociale;
 - b) dall'altro quale apportatore di risorse, sia in termini di competenza che in termini di idee e proposte, per la definizione di una politica sociale del territorio condivisa e soprattutto partecipata.
- 2) la partecipazione ai tavoli tecnici che saranno costituiti o ricostituiti per area di intervento ed il cui compito è di produrre progettualità più specifiche e più complesse.

3.6. Le risorse

Al trasferimento delle competenze ai comuni in materia socio-assistenziale non sempre, o almeno in termini di reale sostenibilità economica, quasi mai, ha corrisposto adeguato trasferimento delle risorse, cosicché sempre più gli oneri degli interventi e dei servizi gravano sui fondi propri dei comuni (spesso derivanti dalla partecipazione degli utenti al costo di servizi).

Se tale situazione è evidente per la parte terminale dei servizi, quella cioè derivante dall'utente/utilizzatore finale (per esempio il servizio di assistenza domiciliare) che, a fronte di un aumento continuo di costi gestionali, ha visto un progressivo e consistente contrarsi delle risorse derivate (il FSR ha visto nell'ultimo quinquennio una diminuzione media del 4 % annuo a fronte di un aumento dei costi medio del 2%), essa lo è meno per quei costi indiretti (in particolare relativi al personale, alle strutture e alla tecnologia) per cui l'ente locale "comune" svolge i compiti di terminale amministrativo per enti sovraordinati, principalmente Stato e Regione: vedi in proposito il fondo sostegno affitti, gli assegni maternità e per famiglie numerose nonché gli interventi di sostegno scolastico, che, pur non essendo strettamente socio-assistenziali, gravano in particolare per i piccoli comuni (la maggioranza) sull'assetto organizzativo degli stessi.

La gestione dei servizi dell'ambito n. 8 svolto in forma associata (dal 2005 dalla Fondazione di partecipazione) in attuazione del primo Piano di zona ha visto un progressivo e sempre maggiore impiego delle risorse proprie dei comuni. I vincoli imposti dalla programmazione regionale hanno dirottato buona parte delle risorse aggiuntive aggravando di fatto l'onere organizzativo dei comuni.

Non tutti i servizi in materia socio-assistenziale sono erogati in forma associata e anche se l'obiettivo programmatico è questo, tuttavia è necessario un percorso di maturazione e di progettazione.

Nel 2005 la Fondazione di partecipazione ha preventivato di sostenere costi per i servizi alla stessa affidati per €. 1.114.332,00, di cui solo €. 334.995 derivanti dal FNPS (per il 70 % vincolati ai titoli sociali), ai quali vanno aggiunti €. 118.316,00 del Fondo sociale regionale per i servizi ADM e SAD. I trasferimenti coprono dunque circa il 40 % dei costi.

Da tale conteggio sono escluse le cosiddette leggi di settore, per le quali i comuni partecipano con propri fondi con una quota minima del 30 % (che non comprende mai i costi di gestione e di amministrazione).

Il finanziamento dei servizi è stato modulato in maniera differenziata:

- per quota abitante per quanto riguarda i servizi base (gestione associata, servizio sociale professionale di base, servizio minori) e per le leggi di settore, che ha comportato un costo di circa (il dato non è ovviamente definitivo) € 7,50 per abitante;
- per costo ora/prestazione per i servizi di ADM e SAD (da tale costo sono esclusi i costi di gestione amministrativa, sociale e contabile che rientrano nelle funzioni finanziate con la quota capitaria).

Le ipotesi di finanziamento del sistema dei servizi per il prossimo triennio è rinviata a tempi successivi, quando saranno definite le risorse statali e regionali (e i loro vincoli di impiego).

Quale criterio generale l'ambito n. 8 intende sviluppare una progressiva stabilizzazione delle risorse disponibili attraverso alcune linee di indirizzo programmatico che dovranno tuttavia essere verificate periodicamente:

1. prosecuzione del principio di solidarietà tra i comuni dell'ambito per uno sviluppo sempre più sovracomunale per la gestione dei servizi che trova nella Fondazione di partecipazione il suo momento organizzativo;
2. consolidamento della gestione per budget derivanti da una programmazione sempre più puntuale degli interventi e dei servizi erogati;
3. gestione del fondo di solidarietà esteso a più servizi con particolare interesse all'area minori, così come indicato nella L.R. n. 34/2004 attraverso l'approvazione di uno specifico regolamento di utilizzo;
4. ricerca di nuove fonti di finanziamento e/o di mobilitazione di risorse, sia pubbliche che private, attraverso un programma di azione (progetto di fund raising);
5. coinvolgimento sempre più puntuale di soggetti terzi, in particolare del terzo settore, nella messa a disposizione di risorse per il sostegno della rete dei servizi.

3.7. Le funzioni di autorizzazione e accreditamento

Ai sensi della legge 328/00 le funzioni di accreditamento e di autorizzazione al funzionamento sono attribuite ai comuni.

Chiaramente i comuni devono adeguare la propria organizzazione a questa nuova complessa funzione che sarà gestita in forma associata.

Con riferimento alla produzione normativa regionale in corso di emanazione, sarà costituito un gruppo di lavoro intercomunale che definirà uno specifico documento che stabilisce i criteri e gli standards per l'accreditamento e l'autorizzazione al funzionamento.

E' opportuno tuttavia che tale gruppo si raccordi con gli altri ambiti territoriali della Provincia al fine di rendere omogenei i criteri. In tal senso è di riferimento il Coordinamento dei responsabili degli uffici di piano.

4. IL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE DI BASE

Obiettivo prioritario del processo di riforma dei servizi sociali avviato dalla L. 328/00 ed evidenziato nel Piano di zona dei comuni dell'ambito n. 8 è quello di favorire il consolidamento e/o la costruzione della rete dei servizi sociali che faccia soprattutto riferimento alle figure familiari (i caregiver familiari), all'associazionismo e alla cooperazione sociale quale risorsa per il sostegno alle persone socialmente fragili. Premessa per la costruzione della rete è comunque la creazione di un servizio di base professionale garantito in tutto il territorio dell'ambito, come del resto è chiaramente indicato tra le azioni qualificanti nella normativa regionale.

Il primo Piano di zona dell'ambito n. 8 lo aveva posto come obiettivo prioritario e in tal senso ha investito buona parte delle risorse e delle energie disponibili. Il nuovo Piano non può che confermare tale indirizzo, attraverso l'assetto organizzativo che l'ambito si è dato; infatti priorità della Fondazione è il consolidamento e il potenziamento del Servizio sociale professionale di base sull'intero territorio distrettuale già avviato .

L'azione è fondata sui seguenti capisaldi legislativi e di contesto:

- L'art. 128 D.lgs n. 112/98 individua le funzioni dei Servizi Sociali degli Enti Locali quali "attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita";
- L'art. 22, comma 4 lettera a) della legge 328/00 indica il servizio sociale professionale e il segretariato sociale per informazioni e consulenza al singolo e ai nuclei familiari tra le prestazioni prioritarie;
- La figura tecnico professionale che opera in tutte le fasi dell'intervento per la prevenzione, il sostegno ed il recupero di persone, famiglie, gruppi e comunità in situazioni di bisogno e di disagio, è quella dell'Assistente Sociale in possesso dei requisiti previsti dalla L.84/93 "Ordinamento della Professione di Assistente Sociale ed iscrizione all'albo professionale";
- Il diritto di tutta la popolazione ad usufruire delle strutture, dei servizi e delle prestazioni sociali secondo modalità atte a garantire uguali opportunità di accesso e di trattamento;
- Il progetto di avvio di un sistema di collaborazione tra più enti per l'erogazione di un servizio sociale più efficiente e mirato;

Finalità generale

Alla luce dei bisogni emersi, l'azione si propone di consolidare la gestione sovracomunale del Servizio sociale professionale di base per favorire la presenza di operatori qualificati in relazione alle aggregazioni di comuni del distretto ed in funzione di una gestione coordinata delle risorse e di una strategia di intervento maggiormente efficace/efficiente.

Nell'ambito di una metodologia operativa di tipo progettuale, il Servizio sociale professionale di base rientra in una dinamica di respiro più ampio che coinvolge a pieno titolo i comuni del territorio e l'intera rete dei servizi. Esso costituisce il centro operativo e organizzativo della rete dei servizi il centro di un sistema integrato.

Anche il progetto di sviluppo del sistema informativo pone come centrale il servizio sociale professionale di base quale nodo cruciale per la costruzione delle informazioni e per i processi decisionali che il sistema stesso deve supportare.

Obiettivi specifici

Confermando quanto già previsto nel primo piano di zona l'azione si propone di:

- Costituire una rete assistenziale adeguata in termini tecnico-qualitativi;
- Potenziare la presenza di operatori sociali qualificati;

- Garantire la presenza di 1 Assistente Sociale tendenzialmente ogni 7000 abitanti;
- Favorire maggior coordinamento tra gli operatori evitando forme di isolamento e di eccessiva parcellizzazione delle ore di lavoro presso un numero troppo elevato di comuni;
- Garantire interventi di qualità ai cittadini che utilizzano i servizi;
- Uniformare i processi di presa in carico di base e specialistici;
- Contenere la crescita del ricorso ai servizi specialistici favorendo iniziative volte a promuovere la crescita della comunità locale ed il sostegno delle reti primarie e sociali.

Zonizzazione del servizio

La zonizzazione del servizio, valutata in base al numero degli abitanti, alle distanze tra i diversi comuni e alla rete stradale che li collega, ha previsto l'indicazione di tre gruppi:

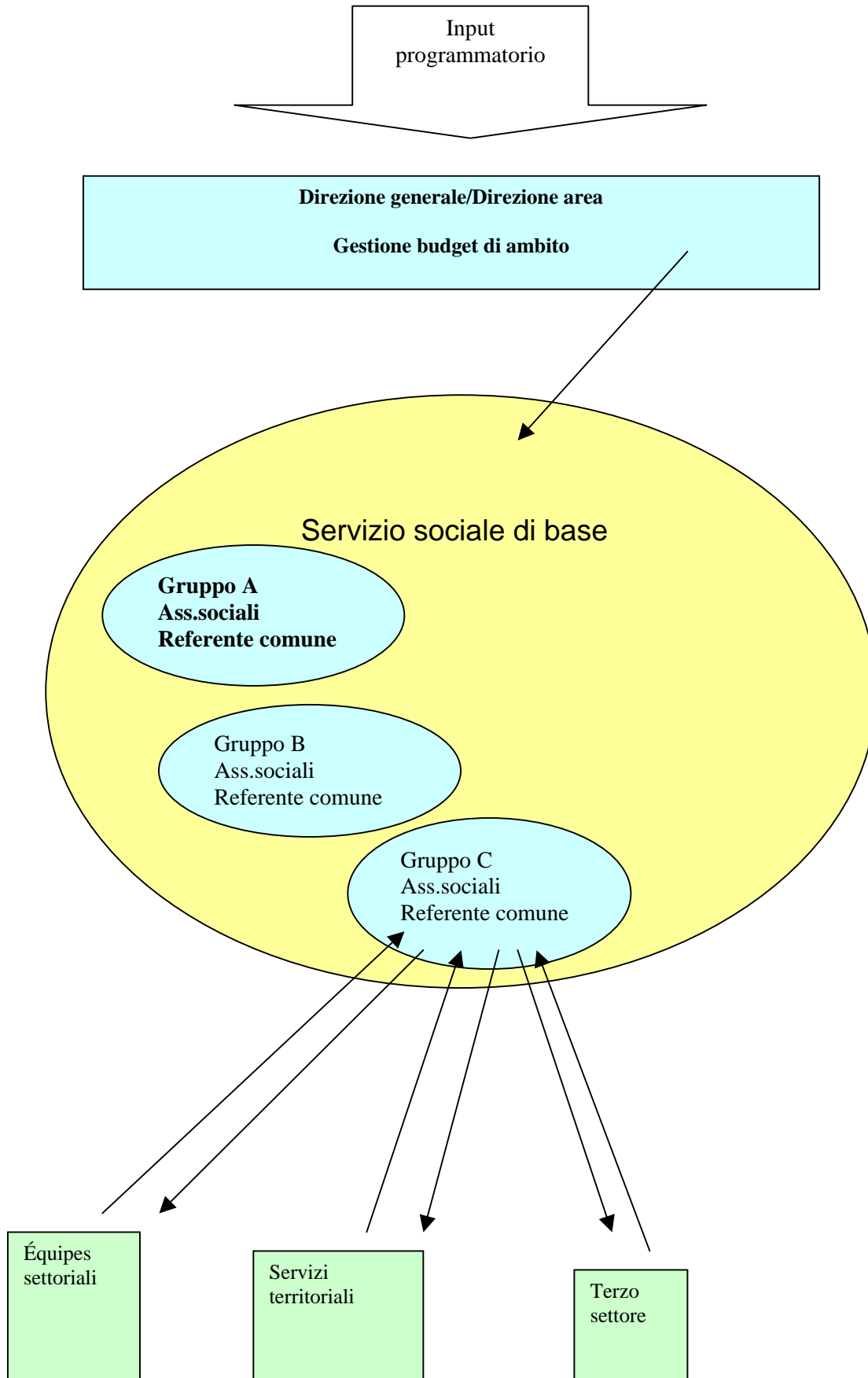
- A. ORZINUOVI, ORZIVECCHI, POMPIANO.**
- B. BARBARIGA, BRANDICO, CORZANO, DELLO, LOGRATO, LONGHENA, MACLODIO, MAIRANO.**
- C. BORGO SAN GIACOMO, QUINZANO D'OGGIO, SAN PAOLO, VILLACHIARA.**

	COMUNI	POP. ANNO 2004	POP. DISTRETTO 2004	MONTE ORE	N. ASS.SOCIALI
GRUPPO A	ORZINUOVI	11.641	17.566	87	2 T.P 1 P.T.
	ORZIVECCHI	2.371			
	POMPIANO	3.554			
GRUPPO B	BARBARIGA	2.294	17.360	83	2 T.P 1 P.T.
	BRANDICO	1.300			
	CORZANO	1.100			
	DELLO	4.625			
	LOGRATO	3.237			
	LONGHENA	613			
	MACLODIO	1.413			
	MAIRANO	2.778			
GRUPPO C	BORGO S. GIACOMO	4.983	16.399	82	2 T.P 1 P.T.
	QUINZANO D'O.	6.096			
	SAN PAOLO	4.050			
	VILLACHIARA	1.270			
	TOTALE	51.325	51.325	252	7

Il modello è evidenziato in sintesi nello schema seguente:

FONDAZIONE DI PARTECIPAZIONE

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE



Criteria organizzativi

Presupposto metodologico è che il servizio sociale professionale di base, quale servizio complesso, necessita di una flessibilità e professionalità di intervento che non può essere garantita con la semplice “presenza” di un operatore professionale per un certo numero di ore in un determinato luogo. La prestazione professionale è una risorsa che va attivata al momento opportuno e secondo un progetto di intervento che ne renda efficace e gestionalmente economico l’impiego (nel senso più ampio di coerenza dei mezzi rispetto ai fini, di input e output). Tuttavia è chiara l’esigenza per ciascun territorio comunale di avere comunque una presenza visibile di servizio sociale di base.

La proposta è dunque quella di un modello organizzativo che coinvolge i comuni e le figure professionali di riferimento in maniera differenziata. In questo senso, anche in considerazione dei costi gestionali, è stata prevista e attivata una “zonizzazione” del servizio sociale professionale prestato dagli assistenti sociali, per tre gruppi di comuni aventi caratteristiche omogenee o comunque confinanti

Fondamentale, presso ciascun comune, è la figura del referente amministrativo che svolge una duplice funzione di primo ascolto nei confronti dell’utenza e contestualmente di portale informativo (input d’avvio) nei confronti del servizio sociale di base.

Il problema è quello di definire una modalità di lettura del bisogno che, se pur organizzata a più livelli (o meglio sarebbe dire attraverso griglie professionali diverse) sia diffusa in tutto l’ambito territoriale.

Si creano sostanzialmente dei gruppi di lavoro a più livelli, con competenze diverse e partecipazione differenziata, con compiti che investono una crescente dimensione territoriale e/o di complessità.

Il servizio sociale professionale è pertanto attivato a livello di gruppo omogeneo di comuni con la costituzione di un gruppo di lavoro – che svolge quindi l’attività di gestione vera e propria del servizio in tale ambito territoriale – a cui partecipano gli assistenti sociali assegnati al gruppo di comuni e i referenti di ciascun comune.

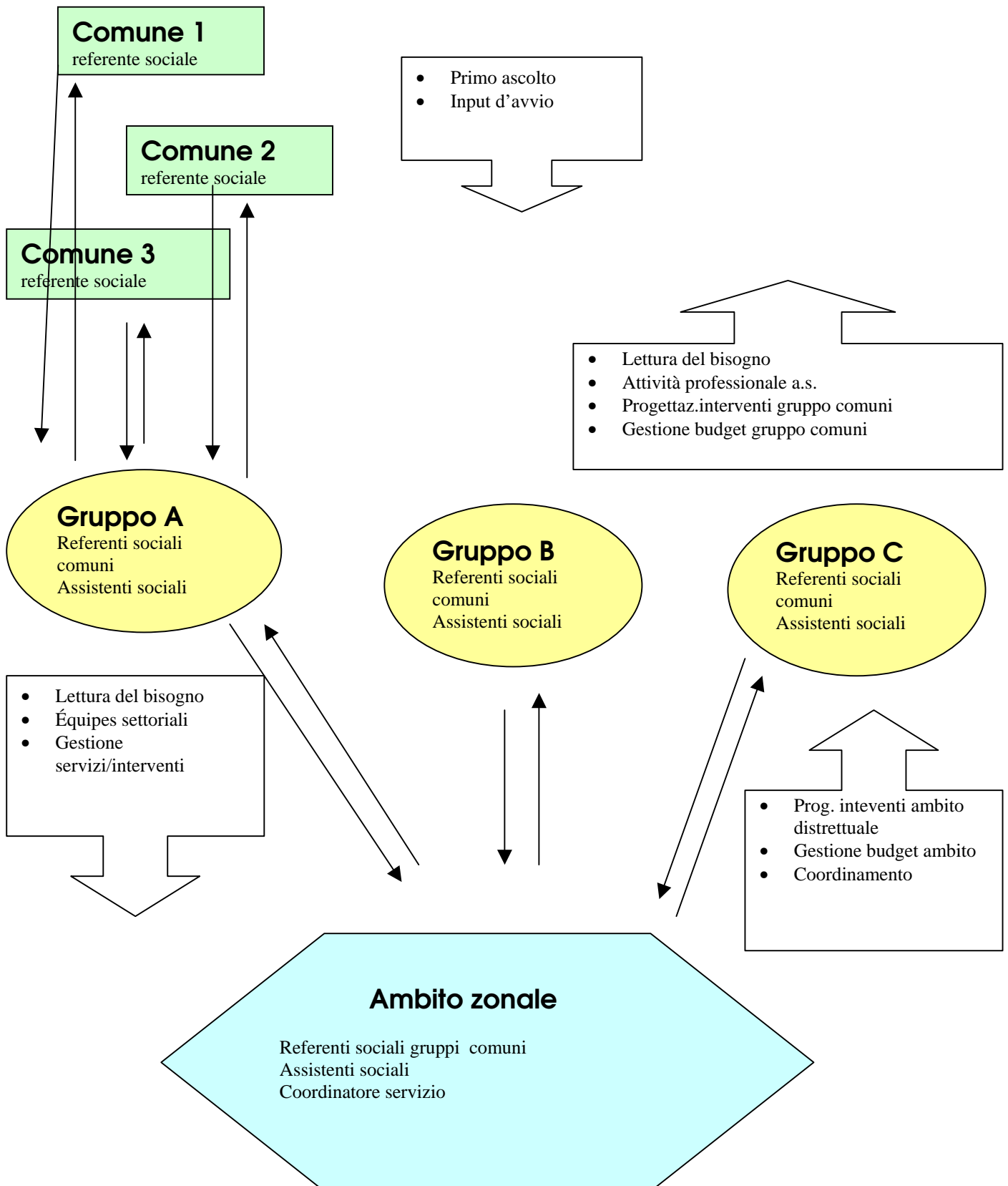
A livello di ambito, il gruppo di lavoro si allarga anche agli altri assistenti sociali delle altre zone e un referente per ciascun gruppo di comuni (per ovvi motivi organizzativi). Le competenze e le attività svolte sono ovviamente diverse. Se a livello di gruppo di comuni il rapporto con l’utenza e con i servizi presenti nel territorio è la variabile principale, a livello di ambito questa diventa l’attività di coordinamento e di progettazione/gestione di interventi su un bacino territoriale più ampio.

La seguente tabella evidenzia più chiaramente il modello:

Livello organizzativo	Professionalità partecipanti	Competenze/attività
Comunale	<ul style="list-style-type: none">Referente servizi sociali comunali	<ul style="list-style-type: none">Primo ascoltoInput d’avvio
Gruppo omogeneo di comuni	<ul style="list-style-type: none">Referenti servizi sociali comunaliAssistenti sociali assegnate al gruppo di comuni	<ul style="list-style-type: none">Ascolto (lettura) bisognoProgettazione interventi ambito gruppoAttività professionale a.s.Équipes settorialiGestione budget del gruppo comuni
Ambito distrettuale	<ul style="list-style-type: none">Referenti servizi sociali gruppi di comuniAssistenti sociali dell’ambitoCoordinatore.	<ul style="list-style-type: none">Progettazione interventi ambito distrettualeAttività di coordinamentoGestione budget di ambito

L’esperienza del primo Piano di zona ha ampiamente dimostrato la necessità, a prescindere da qualsiasi input normativo, dell’integrazione dei diversi servizi presenti e operanti sul territorio. Questo vale in maniera particolare per il servizio sociale di base, proprio per la sua caratteristica non “specialistica” (non settoriale) di intervento e di stretto scambio relazionale con il territorio. E’ opportuna pertanto la redazione di protocolli d’intesa con i diversi servizi esistenti quali strumenti operativo-metodologici.

Graficamente il modello può essere così descritto (in esso sono evidenziati i flussi dell'attività e di partecipazione):



5. I SERVIZI E GLI INTERVENTI

5.1. Area minori e famiglia

5.1.1. La situazione attuale

Con il primo Piano di zona è stato sviluppato ed è in corso di implementazione un “progetto di servizi minori” che ha portato principalmente alla costituzione di una équipe minori professionale e la definizione di procedure operative che sono state sperimentate.

A tale progetto, di seguito descritto, si è giunti grazie al lavoro del “gruppo progettazione minori” costituito in collaborazione con il terzo settore.

L’ipotesi di lavoro è stata quella di costruire un modello organizzativo di gestione dei servizi che, partendo e valorizzando l’esistente sul territorio, ha permesso un approccio globale alle problematiche del settore, che, anche attraverso una presa in carico e una valutazione da parte di équipes professionali, propone e gestisce progetti di intervento che utilizzino i diversi servizi (che vanno ovviamente potenziati, ove esistenti, o attivati nei territori carenti).

E’ fondamentale per un’organizzazione che si pone come punto di riferimento territoriale un coordinamento scientifico, che non va tuttavia pensato come un vertice tecnocratico a cui fa capo tutto il sistema dei servizi, ma è piuttosto da intendere come un aspetto di una precisa scelta metodologica.

L’organizzazione dei servizi punta su una progettualità che non tiene conto della struttura organizzativa, ma dei processi e delle prestazioni. In tal modo vengono definite le prestazioni/azioni che sono attivate nel corso di un progetto di intervento a favore del minore e/o della famiglia.

Questa metodologia permette di mettere a fuoco alcuni aspetti fondamentali dell’intervento in termini analitici (azioni, risorse, costi, tempi, verifiche).

Il modello progettuale fondato sui processi ripone al centro del modello organizzativo il “servizio” inteso non come struttura, ma come azione finalizzata ad uno scopo di sostegno e aiuto sociale.

Ovviamente, poiché le scelte e le azioni conseguenti sono fatte da persone, è stato necessario costituire un riferimento organizzativo tecnico che possa fare da “governance” al sistema di servizi nel settore.

E’ stata dunque costituita una équipe professionale minori organizzata a livello distrettuale quale riferimento e coordinamento, nel senso prima descritto, degli interventi a favore dei minori residenti nel territorio dei comuni dell’ambito n. 8.

La composizione dell’équipe si esplica in due momenti funzionali:

- 1) da un lato la presenza di figure professionali in un certo modo stabili (coordinatore, psicologo/a, educatore, assistente sociale, consulente legale) che costituiscono il nocciolo tecnico – professionale anche se, in coerenza con il paradigma metodologico acquisito come presupposto per la costruzione dei progetti di intervento, la composizione dell’équipe non è stabile, o meglio lo è nelle figure professionali, ma non nella partecipazione ai diversi progetti (o alle diverse fasi di ciascun progetto) attraverso i quali svolgerà la propria funzione;
- 2) dall’altro la “rete”, o, per essere più precisi, i “servizi della rete” che attraverso i propri referenti partecipano alla progettazione e alla realizzazione degli interventi.

E’ chiaro che tale modello è da leggersi in maniera flessibile; è ovvio che progettare un intervento di ADM non è la stessa cosa (nel senso che richiede processi, competenze, risorse diverse) che un CAG o un’attività di formazione per genitori.

Lo scambio tra i due momenti è continuo, sia in termini di informazioni, che di risorse (è vero che anche l’informazione è una risorsa)

La flessibilità del modello è flessibilità operativa anche per una esigenza di ottimizzazione delle risorse, che presuppone e valorizza il coinvolgimento del territorio (come spazi e come comunità) ove è proposto o attivo il servizio.

La competenza dell’équipe è principalmente quella di coordinare (favorire lo scambio di idee, di informazioni) e promuovere (valorizzare le risorse proprie della comunità) l’attivazione della rete dei servizi.

Essa costituisce inoltre un supporto tecnico-informativo per tutto il territorio.

Per quanto riguarda in termini più specifici l’attività nell’ambito della “cura”, di intervento cioè su situazioni di disagio sociale, il ruolo dell’équipe (nelle figure professionali che la compongono) è quello di presa in carico professionale di minori e famiglie in situazioni di disagio, che non sono necessariamente (o non lo

sono ancora) da segnalazione al Tribunale per minorenni o comunque per le quali è prospettabile un intervento di sostegno e/o di prevenzione.

L'attività dell'équipe inoltre, svolta a stretto contatto con i servizi sociali dei singoli comuni, permette di valutare e diagnosticare le situazioni che accedono al servizio sociale comunale, proponendo i percorsi più adeguati per la presa in carico.

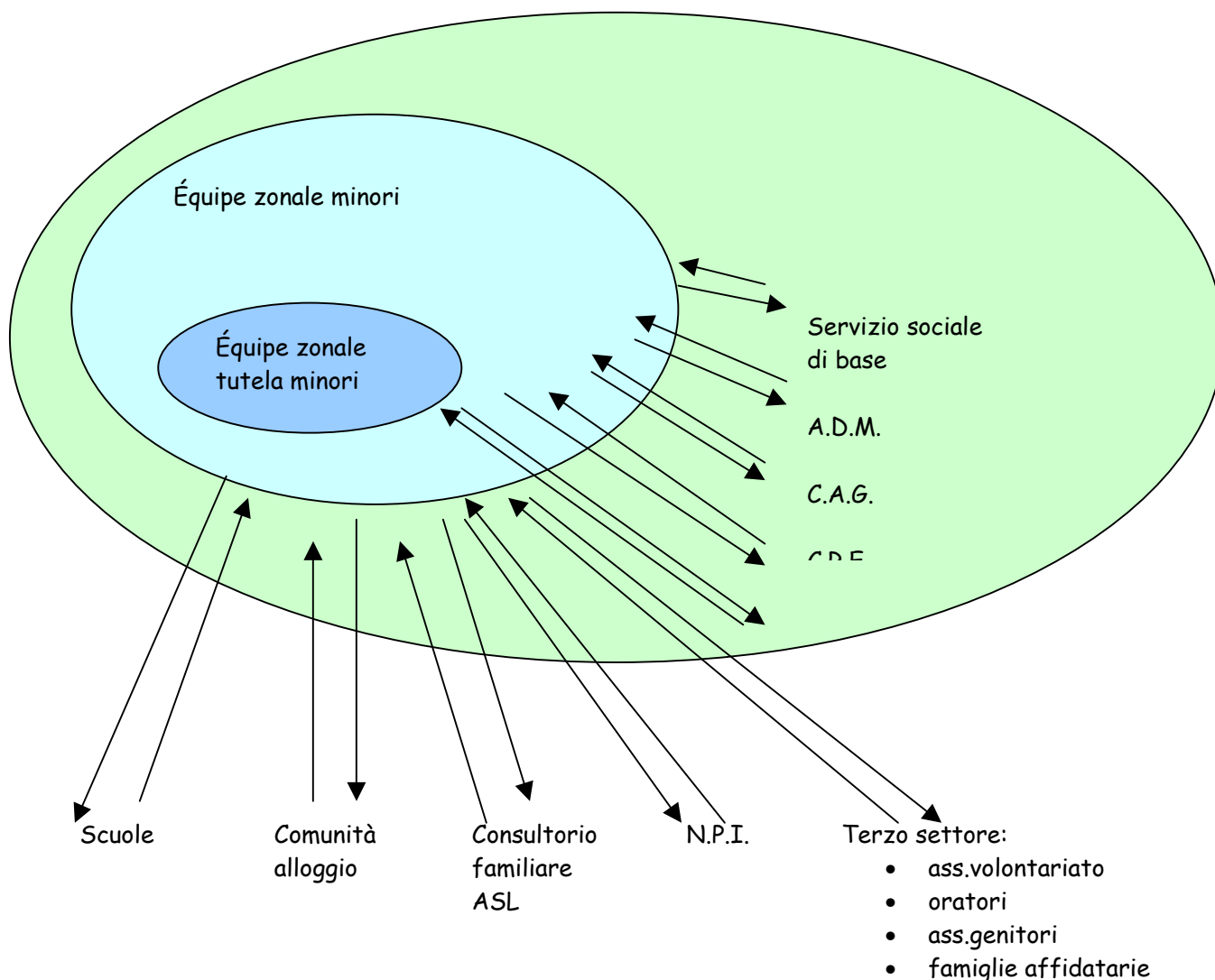
L'équipe zonale minori propone un progetto di intervento per il/i minore/i valutando il coinvolgimento e/o l'attivazione della rete dei servizi socio-educativi assistenziali. Questa modalità di approccio permette una presa in carico complessiva del minore e del nucleo familiare e la realizzazione di progetti multidimensionali. Limita inoltre il moltiplicarsi delle figure di riferimento che, in particolare per i bambini, costituisce una obiettiva difficoltà per l'attuazione di una relazione produttiva.

Qualora la presa in carico determini o sia conseguente ad una segnalazione, ovvero ad un provvedimento del Tribunale per i minorenni, è prevista l'attivazione di una équipe professionale più specialistica (o forse sarebbe più opportuno dire: si specializza) - "équipe zonale tutela minori" - che, lavorando in sinergia con l'équipe minori, di cui è peraltro una emanazione, prende in carico i minori soggetti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria sulla base di uno specifico progetto di servizio.

L'équipe zonale tutela minori è costituita da personale della Fondazione (assistenti sociali, coordinatore/i educatori, consulente legale). E' supportata da personale dell'Asl (psicologi) per le prestazioni a livello sanitario. Con una specifica convenzione sono regolati i rapporti tra i diversi enti.

Anche, anzi soprattutto a livello di minori sottoposti a provvedimenti del Tribunale dei Minori, è necessaria una metodologia di progetto che coinvolge il territorio e i servizi che in esso operano.

Il modello organizzativo proposto è quello evidenziato nello schema seguente:



Il modello evidenzia alcuni aspetti fondamentali:

- l'intervento a favore di minori in condizioni di disagio (siano essi sottoposti a decreti del Tribunale dei Minori o meno) necessita di una presa in carico complessiva, ove l'équipe minori e la sua parte più specializzata, dedicata alla tutela, forniscono il supporto tecnico-progettuale per l'attivazione e/o il sostegno dei servizi al fine di contrastare il disagio;
- la risposta concreta alle situazioni di disagio è nei servizi (e nella qualità degli stessi) siano essi attivati o gestiti dai comuni o da altri soggetti;
- le dinamiche di scambio di informazioni indicato dalle frecce significa partecipazione; partecipazione, specie nei casi di tutela, a progetti individualizzati che coinvolgono più soggetti (servizi, figure professionali) su di un unico minore.

La forma progettuale e partecipata a più livelli rende dunque evidente la rete dei servizi, i cui nodi sono proprio le fasi o i sub-obiettivi identificati nel progetto medesimo.

Gli interventi nel settore minori sono dunque svolti all'interno di una rete di servizi, la cui gestione può essere sia comunale (comune singolo o comuni associati), che propria di altri soggetti pubblici (es: scuole, ASL, Aziende ospedaliere) o privati (Parrocchie, Terzo settore, Volontariato, Associazioni).

Una funzione importante e fondamentale è svolta dal servizio sociale di base, organizzato a livello distrettuale per zone territoriali omogenee, che costituisce il primo interlocutore per l'utenza oltre che un sensore qualificato dei bisogni.

Sono inoltre state definite delle modalità di intervento che possono essere descritte nel seguente schema:

MODALITA' DI INTERVENTO

L'intervento prevede la valutazione della situazione e l'individuazione iniziale del **livello di gravità**. I livelli individuati sono i seguenti:

- Livello 1: sussidio economico
- Livello 2: presa in carico sussidio economico e/o supporto di breve durata anche legato a regolarizzazione extracomunitari
- Livello 3: difficoltà del/i minore/i presenti
- Livello 4: forte difficoltà del/i minori/e presenti
- Livello 5: segnalazione al Tribunale per i Minorenni di Brescia

A partire dal terzo livello la presa in carico prevede il mantenimento di un contatto costante con la famiglia, anche laddove la famiglia è reticente o tende a sfuggire. In questi casi l'A.S. in accordo con la coordinatrice individua le strategie atte a definire una presa in carico "spontanea" della situazione, individuando i punti d'ingresso, coinvolgendo il più possibile le figure informali (volontari, o altro) e quelle formali (insegnanti, amministratori, parroci o altro) già vicine alla situazione mantenendo contatti costanti con la scuola. Una volta valutata la situazione vengono attivati i servizi idonei.

Le possibilità della presa in carico sono le seguenti:

- mantenimento di colloqui con l'A.S.
- coinvolgimento della scuola in un progetto più mirato
- invio ad altri servizi (consultorio, NPI, CPS, SERT)
- attivazione di servizi (ADM e dove presente inserimento al CAG)

In ogni caso il Servizio Sociale monitora l'andamento dell'intervento

PROCEDURE NEL CASO DI SEGNALAZIONI DALLA SCUOLA

- raccolta segnalazione anche informale

- prima valutazione con la coordinatrice e definizione delle modalità di incontro degli insegnanti
- richiesta di segnalazione scritta e previa comunicazione della segnalazione ai genitori, a meno che non si tratti di sospetto abuso e/o di sospetto maltrattamento
- incontro degli insegnanti
- condivisione sulle modalità di coinvolgimento ulteriore dei genitori
- definizione del progetto di intervento

Nel corso del 2004 il servizio minori della Fondazione di partecipazione ha seguito 126 situazioni di minori; mentre nel primo semestre 2005 le situazioni seguite sono 99.

Sempre nel primo semestre 2005 il servizio tutela minori sottoposti a provvedimenti della magistratura ha in carico 66 minori per 39 famiglie (15 le nuove situazioni prese in carico e 5 le situazioni chiuse).

In forma associata è inoltre gestito il servizio di Assistenza domiciliare minori (ADM) per un totale di 2913 ore ad ottobre e un presuntivo a dicembre 2005 di 3500 ore di servizio. I bambini seguiti sono complessivamente 24 così suddivisi:

Barbariga	1
Borgo San Giacomo	3
Brandico	1
Corzano	1
Dello	4
Lograto	7
Longhena	1
Orzivecchi	1
Orzinuovi	4
San Paolo	1
totale	24

La gestione professionale dei casi è svolta in collaborazione tra l'équipe minori e il servizio sociale professionale di base.

L'Orientagiovani

Da marzo 2005 il servizio Orientagiovani è gestito in forma associata tramite la Fondazione di partecipazione. Oltre alla sede di Orzinuovi, sono stati aperti degli sportelli presso i comuni di Borgo San Giacomo, Dello e Lograto.

L'attività, in particolare nel corso dell'anno 2005, non è stata di semplice sportello informativo, ma ha ampliato la propria attività di orientamento scolastico, al lavoro e culturale in particolare attraverso la sempre più stretta collaborazione con l'Ufficio Provinciale del Lavoro e con gli Istituti scolastici del territorio.

5.1.2 Punti di forza e di debolezza – opportunità e rischi

<p>PUNTI DI FORZA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Buona integrazione dei servizi dei comuni (in parte delegati all'ASL) e i servizi distrettuali dell'ASL • Servizio minori della Fondazione • Servizio Orientagiovani consolidato gestito in forma associata • Attività delle Parrocchie • Servizi di supporto alle famiglie per il tempo extrascolastico • Presenza gruppi giovanili per interventi culturali e di prevenzione • Progetto L. 285/97, anni 2004 e 2005 : gruppo famiglie affido; sportello genitori 	<p>PUNTI DI DEBOLEZZA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Difficoltà di presa in carico del nucleo familiare nel suo complesso • Ricorso alla Comunità in situazioni gravi • Difficoltà a reperire famiglie affidatarie • Difficoltà ad affrontare situazioni problematiche con minori stranieri • Scarsa sensibilità alle problematiche dei minori • Crescita delle situazioni di precariato economico
<p>OPPORTUNITA'</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interventi coordinati tra più servizi • Sviluppo e integrazione del rapporto con le scuole • Accordi di collaborazione con le associazioni dei genitori • Protocolli operativi intersettoriali (ass. diversi, cultura, sport...) • Promuovere le associazioni e i gruppi giovanili • Potenziamento A.D.M. • Rete dei servizi di supporto alle famiglie (famiglie appoggio) 	<p>RISCHI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crescita incontrollata dei costi di gestione dei servizi • Situazione di emergenza in particolare con minori stranieri

5.1.3. Ipotesi di sviluppo nel triennio 2006/2008

L'ipotesi di sviluppo è di proseguire nella direzione indicata con il primo Piano di zona cercando di sviluppare il più possibile il lavoro di rete e la metodologia di progetto per ciascun intervento. Obiettivo prioritario è garantire una presa in carico efficace delle situazioni di disagio:

- Reperire fondi per i servizi (in particolare ADM), sviluppando sempre di più una politica gestionale legata a progetti e a budget di spesa
- Consolidare la rete dei CAG: il consolidamento di questi servizi spesso gestiti da volontari che non possono garantire la presa in carico di situazioni problematiche consentirebbe di ridurre il ricorso al servizio domiciliare e faciliterebbe percorsi di integrazione per le famiglie e per i minori (vedi CAG di Orzinuovi)
- Aumentare il raccordo con i servizi in particolare con il Consultorio per la presa in carico “spontanea” delle situazioni (Progetto Affidamento/Appoggio)
- Percorso di formazione per A.S.
- Affinamento delle procedure di presa in carico
- Raccordo con le scuole materne ed elementari

Per quanto riguarda l'attività di prevenzione saranno elaborati e/o consolidati progetti mirati a consolidare l'azione preventiva sul territorio ed alla promozione dell'agio, utilizzando tutte le risorse disponibili della rete dei servizi che saranno chiamate a farne parte (gruppi genitori, associazioni giovanili, oratori,...)

LEGGI DI SETTORE

Legge 285: prosecuzione progetto AFFIDAMENTO/APPOGGIO
prosecuzione percorso per adolescenti con potenziamento del raccordo tra Servizi Sociali e enti attuatori dei progetti, per le situazioni di adolescenti in difficoltà e raccordo con i servizi già esistenti (CAG, PROGETTO GIOVANI)

Legge 45: raccordo con legge 285 per integrazione delle risorse a disposizione

Legge 23: prosecuzione progetto “extrascuola”
Percorsi di formazione per genitori in raccordo con il progetto affidamento (AGE di Orzinuovi, Mairano, Associazione “CANA” di Lograto)

GRUPPO MINORI

Oltre al già avviato coinvolgimento nelle attività di sensibilizzazione e di programmazione dei percorsi di formazione per i genitori, il gruppo dovrà diventare sempre più gruppo scientifico di riferimento propositivo per una politica sociale e coerente nell'area minori

Dal 1° gennaio 2006 sono trasferite ai comuni le funzioni di cui all'articolo 8, comma 5 della L. 328/2000, così come confermato dalla L.R. n. 34/2004, fino ad ora gestite dalla Provincia.

La gestione di tali competenze sarà svolta in forma associata attraverso la Fondazione di partecipazione e dal punto di vista tecnico il supporto sarà l'équipe zonale minori.

Saranno concordate con la Provincia e con il servizio ASL competente le modalità di trasferimento delle attività.

5.1. Area anziani

5.2.1. La situazione attuale

Nell'area anziani la situazione dei servizi è consolidata, con servizi di lunga esperienza , sia territoriali come il SAD, ora gestito in forma associata attraverso a fondazione di partecipazione, l'assistenza infermieristica gestita dall'Asl che, sebbene con qualche ritocco organizzativo in contrazione, continua ad essere un punto di forza del territorio, sia residenziali: le quattro RSA (Orzinuovi, Quinzano, Barbariga, Orzivecchi per complessivi 220 posti letto) sono partecipanti alla Fondazione e pertanto integrate nella rete dei servizi dei comuni associati.

Sono presenti due Centri Diurni Integrati, a Orzinuovi gestito dalla RSA Fondazione Villa Giardino e a San Paolo, gestito dal comune.

In particolare, nel 2005, la Fondazione ha gestito per conto dei comuni dell'ambito n. 8 il SAD per un complessivo, a ottobre, di 22.498 ore di servizio (con una media mensile di 2200 ore) e un costo stimato a fine anno di €. 431.000,00.

Il numero di utenti, 176 in tutto (dato riferito al mese di ottobre 2005) è distribuito su tutto il territorio; di seguito il numero di utenti per comune:

Barbariga	2
Borgo San Giacomo	20
Brandico	0
Corzano	1
Dello	10
Lograto	11
Longhena	1
Maclodio	11
Mairano	9
Orzinuovi	59
Orzivecchi	8
Pompiano	8
Quinzano d'Oglio	21
San Paolo	7
Villachiara	8
totale	176

5.2.2 Punti di forza e di debolezza – opportunità e rischi

<p>PUNTI DI FORZA</p> <ul style="list-style-type: none">• Presenza servizio sociale professionale di base in tutti i comuni dell'ambito• SAD consolidato in tutto il territorio gestito in forma associata• Integrazione servizio infermieristico (ADI)• UMVD• Associazioni di solidarietà diffuse nel territorio• Presenza C.D.I. e C.D.	<p>PUNTI DI DEBOLEZZA</p> <ul style="list-style-type: none">• Difficoltà ad affrontare situazioni di disagio economico• Difficoltà gestionali legate a rigidità burocratiche• Difficoltà a sostenere le famiglie con anziani multiproblematici• Modifica contesto socio-familiare
<p>OPPORTUNITA'</p> <ul style="list-style-type: none">• Sviluppo rete di solidarietà• Accordi con associazioni per servizi complementari• Coordinamento RSA del territorio• Regolamentazione dei soggetti erogatori dei servizi• Voucherizzazione dei servizi maggiormente consolidati e/o complementari	<p>RISCHI</p> <ul style="list-style-type: none">• Difficoltà di adeguamento rapido delle risposte alla domanda crescente di assistenza, associata in particolare alla crescita delle patologie invalidanti.• Offerta di servizi non controllati• Crescita peso economico dell'anziano sulle famiglie

5.2.3. Ipotesi di sviluppo nel triennio 2006/2008

L'ipotesi di sviluppo nel triennio di validità del Piano è legata alla disponibilità delle risorse. Dato per certo l'aumento dei costi delle rette delle RSA e l'aumento del costo complessivo (sia per il maggior numero di utenti, che per l'incremento di ogni ora/servizio) del SAD, correlato all'aumento della popolazione anziana (specie i grandi vecchi), i margini operativi sono abbastanza finalizzati alla conferma della rete esistente.

Al fine di rendere più efficace ed incisiva l'azione del SAD e migliorare la capacità di intervento degli operatori, sarà predisposto uno specifico regolamento del servizio, dove, in particolar modo, saranno definiti i criteri e le priorità di accesso al servizio e le modalità di partecipazione ai costi.

Sempre compatibilmente alle risorse disponibili potrebbero essere attivati dei voucher socio-assistenziali per le prestazioni domiciliari e soprattutto per quelle complementari (pasti a domicilio, servizi vari,...); la verifica della validità di una proposta sarà effettuata su una progettazione che tenga conto della capacità di sostenibilità dei nuclei familiari di origine e/o di appoggio dell'anziano bisognoso.

A maggior ragione è rinviata alla definizione delle risorse disponibili erogabili (in particolare nell'importo) in buoni sociali.

Una ulteriore linea progettuale da attivarsi è la stretta collaborazione con le RSA del territorio per la realizzazione di progetti finalizzati al miglioramento della qualità della vita degli anziani, con particolare riferimento agli anziani che vivono soli e/o con disagio di natura socio-economica attivando reti di solidarietà sociale che promuovano iniziative e servizi allo scopo orientati.

5.3. Area disabili

5.3.1. La situazione attuale

La situazione attuale nell'area disabili è connotata da un grado di incertezza molto elevato, legato a diversi aspetti normativi e socio-economici:

- nelle scuole crescono le situazioni di disagio, legate a problemi di disabilità psichica, spesso correlata a situazioni familiari abbastanza problematiche. A fronte un indebolimento strutturale degli istituti scolastici a causa della contrazione delle risorse che amplifica lo stato di crisi;
- crescita delle problematiche per il collocamento al lavoro dei disabili, conseguenza dell'andamento del mercato e della normativa vigente; il problema è aggravato dalle difficoltà/costi di trasporto verso le unità produttive disponibili all'inserimento;
- progressivo invecchiamento dei genitori dei disabili in carico con l'aumento delle difficoltà di gestione del disabile, in particolar modo in presenza di patologie degenerative; allentamento delle reti familiari, in particolare per quelle situazioni di disabilità derivante da eventi traumatici e/o da patologie invalidanti.

La rete dei servizi, pur frammentata, presenta alcuni punti fermi:

- la gestione sovrazonale dei servizi handicap e soprattutto del NIL, affidata per il biennio 2006/2007 all'Asl di Brescia, permette una gestione più professionale e soprattutto con un quadro territoriale più ampio che difficilmente l'ambito, anche attraverso la Fondazione, sarebbe in grado di sostenere;
- l'accordo quadro provinciale per l'integrazione scolastica dei portatori di handicap, oltre a richiamare ai propri compiti istituzionali, ha stimolato una riflessione organizzativa e di largo respiro sui minori portatori di handicap;
- il CSE di Quinzano, ora CDD, secondo al nuova normativa regionale, con il quale il rapporto di collaborazione è molto stretto;
- l'Informahandicap di Orzinuovi, dal 2005 gestito in forma associata dalla Fondazione di partecipazione, costituisce un collettore importante di informazioni e di collaborazioni nel settore;
- la presenza sul territorio dell'U.O. di Neuropsichiatria infantile dell'Azienda ospedaliera "Mellino Mellini" di Chiari, con la quale esistono da anni sinergie e collaborazioni;
- collaborazione consolidata con il Centro psicosociale di Orzinuovi nel contesto di progetti individualizzati per soggetti con disabilità (o con disagio) psichico.

5.3.2. Punti di forza e di debolezza – opportunità e rischi

<p>PUNTI DI FORZA</p> <ul style="list-style-type: none">• Informahandicap gestito in forma associata• Coordinamento zonale degli interventi (NSH e NIL) – delega all’Asl per il biennio 2006/2007• Assistenza in ambito scolastico coordinata con il servizio minori della Fondazione• Presenza nel territorio del servizio di Neuropsichiatria infantile	<p>PUNTI DI DEBOLEZZA</p> <ul style="list-style-type: none">• Difficoltà collocamento al lavoro disabili• Rete dei trasporti del territorio inadeguata e limita l’integrazione lavorativa e sociale dei disabili• Problema del “dopo di noi” inteso come necessità di acquisizione dell’autonomia lavorativa e abitativa.• Frammentazione della rete dei servizi• Carenza di interventi in ambito extrascolastico• Mancanza di un programma di intervento di sostegno alle famiglie dei disabili• Aumento di situazioni di disabili giovani (derivanti da traumi o da stati patologici)
<p>OPPORTUNITA’</p> <ul style="list-style-type: none">• Progettazioni di interventi integrati in ambito scolastico e domiciliare• Sviluppo rete informativa handicap• Protocolli d’intesa con i servizi dell’Asl (Servizio handicap) e dell’Azienda Ospedaliera (Neuropsichiatria infantile, Centro Psicosociale)• Sperimentazione di un accordo di collaborazione per il sostegno alle famiglie con soggetti disabili• Patto territoriale per favorire l’integrazione lavorativa e sociale	<p>RISCHI</p> <ul style="list-style-type: none">• Limitata consapevolezza della situazione-problema• Difficoltà di accesso ai servizi e alle risorse a disposizione• Crisi di sostenibilità del portatore di handicap da parte della famiglia

5.3.3. Ipotesi di sviluppo nel triennio 2006/2008

Verificate le condizioni contingenti la programmazione per il prossimo triennio può, salvo ulteriori variazioni normative o strutturali che riducano ulteriormente le risorse secondo le seguenti linee di indirizzo:

- attuazione della gestione associata del servizio di assistenza a portatori di handicap in ambito scolastico, nel rispetto di quanto indicato dall’accordo quadro provinciale;

- promozione di un patto territoriale tra amministrazioni locali, privato sociale e aziende al fine di promuovere l'inserimento lavorativo e quindi l'integrazione sociale dei portatori di handicap; in tal senso saranno identificati uno o più referenti per i rapporti istituzionali e la partecipazione ai gruppi di lavoro e/o di coordinamento;
- elaborazione di progetti individualizzati finalizzato al sostegno delle famiglie con disabili per evitare l'istituzionalizzazione, anche attraverso percorsi di sollievo e/o ricovero temporaneo in strutture, attraverso progetti di vita indipendente;
- sperimentazione di forme di voucherizzazione di servizi sia semi-residenziali che di assistenza domiciliare e/o complementari;
- definizione di criteri di accesso ai servizi e modalità per la partecipazione dei cittadini al costo dei servizi uniformi per tutto il territorio.

5.4. Area immigrazione

5.4.1. La situazione attuale

La crescita della popolazione straniera è stata continua negli ultimi anni, con la prevalenza di più etnie (più rappresentativi sono i paesi del Maghreb, l'Albania, i paesi dell'ex Jugoslavia, l'India). Caratteristica è, più che l'insediamento abitativo per zone territoriali, l'abbinamento tra etnia di appartenenza e attività lavorativa: africani della fascia equatoriale nelle fabbriche; del Maghreb, albanesi e dell'est europeo nell'edilizia; indiani nelle campagne.

In relazione ai servizi presenti, con la sola eccezione dello sportello stranieri, aperto con tre sportelli (Orzinuovi, Dello e Quinzano d'Oglio) nel 2005 con il finanziamento della L. 40/98 in accordo con la Questura, del quale si riportano, di seguito, i dati fino a ottobre 2005, non sono stati attivati servizi a livello associato.

In diversi comuni sono attivati servizi, o meglio, attività volte a favorire l'accoglienza e l'integrazione dei minori stranieri

Le azioni sono spesso svolte in collaborazione con le locali associazioni di volontariato, in particolare le Caritas parrocchiali, con finalità di prima assistenza e di sostegno economico e/o di prima necessità.

Comune di provenienza nel Distretto 8	TOTALE
Barbariga	23
Borgo San Giacomo	65
Brandico	1
Corzano	2
Dello	40
Lograto	10
Longhena	0
Maclodio	14
Mairano	10
Orzinuovi	154
Orzivecchi	30
Pompiano	37
Quinzano d'Oglio	126
San Paolo	46
Villachiera	7
Parziale	565
Comune di provenienza fuori Distretto 8	TOTALE
Azzano Mella	2

Bagnolo Mella	1
Bargnano	1
Brescia	13
Capriano	1
Castenedolo	1
Comezzano Cizzago	3
Concesio	1
Gambara	2
Ghedì	3
Leno	2
Manerbio	6
Montichiari	10
Offlaga	2
Ospitaletto	4
Pontevico	1
Roccafranca	11
Rudiano	1
Torbole Casaglia	4
Trenzano	3
Sarezzo	2
Verolanuova	1
Parziale	75
Totale generale	640

Totale pratiche per tipologia documenti richiesti		
Tipo di richiesta	TOTALE	%
Carta di soggiorno	250	39%
Rinnovo perm. sogg.	306	48%
Nulla osta al Ric. Fam.	52	8%
Varie	32	5%
TOTALE	640	100%
Totale pratiche per nazionalità		
Nazionalità	TOTALE	%
Albania	46	7%

Algeria	12	2%
Angola	2	0%
Brasile	2	0%
Burkina Faso	1	0%
Cina	10	2%
Costa d'Avorio	6	1%
Croazia	7	1%
Cuba	1	0%
Egitto (R.A.E.)	33	5%
Ecuador	1	0%
Ghana	13	2%
Guinea	2	0%
India	274	43%
Indonesia	1	0%
Jugoslavia	39	6%
Marocco	106	17%
Moldavia	5	1%
Nigeria	1	0%
Pakistan	17	3%
Rep. Dominicana	2	0%
Romania	18	3%
Russia	2	0%
Senegal	8	1%
Sri Lanka	8	1%
Tunisia	21	3%
Ucraina	2	0%
	640	100%

5.4.2 Punti di forza e di debolezza – opportunità e rischi

<p>PUNTI DI FORZA</p> <ul style="list-style-type: none">• Intervento di gruppi di volontariato e di singoli cittadini• Corsi di alfabetizzazione come punto di incontro e aggregazione• Sportello stranieri con la L. 40/98• Avvio attività di integrazione con le scuole	<p>PUNTI DI DEBOLEZZA</p> <ul style="list-style-type: none">• Scarsa integrazione immigrati nel territorio• Carenza di soluzioni abitative adeguate• Carenza formativa degli operatori
<p>OPPORTUNITA'</p> <ul style="list-style-type: none">• Sviluppo interculturalità attraverso le istituzioni scolastiche• Convenzioni con enti assistenziali (Caritas) e le Parrocchie per assistenza di prima necessità• Diffusione dell'informazione come elemento fondamentale per l'integrazione• Miglioramento della formazione degli operatori	<p>RISCHI</p> <ul style="list-style-type: none">• Creazione di zone territoriali a prevalenza etnica chiusa• Precarietà lavorativa con le famiglie con minori

5.4.3. Ipotesi di sviluppo nel triennio 2006/2008

La conferma dello sportello stranieri, parzialmente finanziato con la nuova progettazione della L. 40/98 è sicuramente un punto fermo ed un servizio che viene confermato nel prossimo triennio.

Utilizzando parte dei fondi della L. 40/98 – progetto 2005, si intendono potenziare gli interventi rivolti ai minori stranieri inseriti nelle scuole del territorio, in collaborazione, oltre che con le scuole medesime, con l'associazionismo familiare, le Parrocchie e il servizio sociale professionale di base.

5.5. Area disagio e sostegno alle persone

5.5.1. La situazione attuale

L'area del disagio è un'area di intervento trasversale nella quale sono collocate situazioni che molto spesso sono multiproblematiche.

Pur prendendo atto della non certo favorevole congiuntura economica nella quale si muovono quotidianamente le famiglie, spesso è evidente che dietro una difficoltà economica si nasconde in realtà una forma di disagio più complessa, le cui origini sono legate alla storia personale e sociale di ciascuno.

La precarietà del lavoro e il costo elevato delle locazioni, hanno indubbiamente fatto crescere in maniera esponenziale le richieste di aiuto ai servizi sociali comunali, che non sono oggettivamente preparati a sostenere una tale pressione.

In breve le situazioni di disagio più frequenti per le quali i servizi sono chiamati ad intervenire sono:

- la situazione abitativa, con affitti molto onerosi non sostenibili da famiglie con precarietà economica (famiglie numerose, spesso straniere; famiglie monoparentali con minori; anziani o adulti con patologie invalidanti). Numerose sono le situazioni in emergenza conseguenti all'esecuzione di sfratti;
- fenomeni di disagio legati a situazioni di dipendenza (a volte a doppia diagnosi: tossico o alcool dipendente con problemi psichici). La presenza del Ser.T. e del C.P.S. nel territorio e l'attività di formazione e informazione svolta presso i giovani (nell'ambito dei progetti della L. 45/99) hanno permesso tuttavia, almeno finora, una risposta adeguata, anche se il crescere numerico e soprattutto in complessità delle situazioni mette in seria difficoltà i servizi;
- situazioni di disagio familiare, caratterizzate da elevata conflittualità, spesso connessa a situazioni multiproblematiche (presenza nel nucleo di situazioni di tossico-alcooldipendenza, di disabilità psichiche medio-gravi, di soggetti in detenzione o comunque soggetti a provvedimenti alternativi al carcere, ecc..)

5.5.2 Punti di forza e di debolezza – opportunità e rischi

<p>PUNTI DI FORZA</p> <ul style="list-style-type: none">• Associazioni di solidarietà sociale• Presenza del servizio sociale professionale in tutti i comuni• Iniziative gruppi genitori	<p>PUNTI DI DEBOLEZZA</p> <ul style="list-style-type: none">• Situazione alloggi – costi elevati nelle locazioni• Bassa conoscenza del fenomeno dipendenze trasversale ad altre aree di intervento• Discontinuità di azione nel settore dipendenze perché legata a finanziamenti regionali e statali• Difficoltà nella presa in carico professionale di situazioni familiari con difficoltà psicologiche e relazionali
<p>OPPORTUNITA'</p> <ul style="list-style-type: none">• Accordi, convenzioni con associazioni per attività di solidarietà, in particolare di attivazione di servizi complementari• Protocolli d'intesa con i servizi erogati da altri enti pubblici e privati in particolare con le Parrocchie e le associazioni alle stesse collegate	<p>RISCHI</p> <ul style="list-style-type: none">• Interventi parcellizzati e/o parziali limitati al tamponamento delle situazioni di crisi• Esclusione dai contributi economici a causa di una diffusa illegalità dei contratti d'affitto

5.5.3. Ipotesi di sviluppo nel triennio 2006/2008

Più che nell'individuare delle soluzioni ad hoc, sempre compatibilmente con le risorse disponibili, la prospettiva è quella di riprogettare l'organizzazione dei servizi socio-assistenziali, per quanto riguarda l'accoglienza e la presa in carico, dando loro una maggiore capacità di ascolto, di valutazione e di risposta. In tale direzione la priorità programmatica è il potenziamento del segretario sociale, ove il ruolo del terzo settore può essere importante se non decisivo, e del servizio sociale professionale di base (per il quale si rimanda alla specifica voce).

6. I TITOLI SOCIALI

6.1. I buoni sociali

In ottemperanza a quanto previsto nelle indicazioni regionali, l'ambito n. 8, analogamente a quanto avvenuto a livello di Regione Lombardia ha promosso l'attivazione dei titoli sociali.

Nel primo piano di zona è stato avviato il buono sociale dedicato all'area anziani che ha interessato circa 70 anziani, che hanno usufruito di un buono mensile di €. 260,00. Viceversa non si è potuto dare avvio ai vouchers sociali, poiché la carenza nel territorio di un servizio sociale professionale di base (al cui sviluppo è stata data priorità) non ha permesso la costruzione di progetti con un contenuto sociale più specifico.

Nel 2005, e proseguirà nel 2006, è stato sperimentato un buono sociale, utilizzando parte delle quote del FNPS trasferite destinate al sostegno alla natalità, finalizzato a sostenere le famiglie con bambini piccoli e in condizioni di disagio socio-economico; il buono è infatti legato ad un progetto sociale individualizzato concordato con l'assistente sociale del comune e allo stesso vincolato.

Per quanto concerne la programmazione per il triennio 2006/2008 essa è ovviamente legata alla disponibilità delle risorse. Compatibilmente con tali risorse, nel rispetto delle indicazioni regionali, la programmazione intende confermare l'utilizzo dei buoni sociali, il cui impiego sarà riprogettato in più aree di intervento.

6.2. I voucher socio-assistenziali

Entro il termine del triennio di validità del Piano saranno avviati i voucher sociali, conseguentemente alla individuazione dei soggetti accreditati per l'erogazione dei servizi socio-assistenziali.

In proposito sarà elaborato uno specifico progetto di intervento che definirà:

- gli standards di servizio;
- i criteri gestionali/organizzativi per l'accreditamento;
- i contratti di servizio con l'utenza sulla base di progetti individualizzati;
- le modalità di controllo e di tutela dell'utente.

7. IL CONSULTORIO FAMILIARE

A partire dal 2006 i Comuni dell'ambito, tramite la Fondazione di partecipazione gestiranno il consultorio familiare. Con il Consultorio Familiare, che sarà aperto su più sedi (da tre a cinque), la Fondazione coglie un'occasione importante per la costruzione della rete dei servizi e si pone, fra le altre, le seguenti finalità:

- assistenza psicologica e sociale alla maternità e alla paternità responsabile, per i problemi di coppia e di famiglia anche in ordine alle problematiche minorili
- somministrazione dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte dalla coppia e del singolo in ordine alla procreazione responsabile
- tutela della salute della donna e del bambino
- divulgazione delle informazioni idonea a promuovere ovvero a prevenire la gravidanza consigliando i metodi e i farmaci adatti a ciascun caso.

L'accesso sarà libero, non sarà necessaria alcuna impegnativa del medico di medicina generale; sarà prevista la possibilità di fruire prestazioni in orari diversificati su appuntamento e per attività programmate.

L'attività programmata per fasce orarie prevede la compresenza delle diverse figure professionali, anche attraverso le équipes, in modo da garantire un'approccio multiprofessionale e integrato delle attività socio sanitarie consultoriali.

Il consultorio sarà collegato funzionalmente ad altre strutture territoriali, quali enti locali, terzo settore, privato sociale e volontariato al fine di evitare la frammentarietà e la discontinuità degli interventi. Per l'efficienza e l'efficacia del Consultorio sarà fondamentale garantire all'utenza una continuità assistenziale con i Presidi Ospedalieri, i Medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta .

Di seguito un elenco delle prestazioni e di servizi offerti:

AREA DI ATTIVITÀ	ATTIVITÀ SVOLTA
Tutela della salute della donna	Consulenze relative alle diverse problematiche della sfera genitale femminile Interventi di prevenzione, diagnosi precoce e assistenza nell'area dell'oncologia femminile
Assistenza donne in età postfertile	Consulenze relative alle diverse problematiche della sfera genitale femminile
Educazione alla salute e promozione delle potenzialità sociali	Interventi rivolti alla collettività per tutte le età di competenza del Consultorio
Procreazione consapevole	Informazioni e consulenze relative alla contraccezione Consulenze connesse alla sterilità Consulenze e informazioni preconfezionali Accoglienza e assistenza per la richiesta di IVG con accompagnamento per l'iter

Gravidanza, parto, nascita, genitorialità	<p>Assistenza alla gravidanza fisiologica e patologica</p> <p>Corsi per la preparazione alla nascita</p> <p>Assistenza al puerperio</p> <p>Interventi di tutela sociale della maternità</p> <p>Collaborazione e integrazione tra le diverse offerte del percorso nascita al fine di garantire continuità e unitarietà socio-sanitaria all'intervento</p>
Assistenza alla famiglia per la prima infanzia	<p>Interventi di sostegno alla neogenitorialità</p> <p>Sostegno al rapporto genitori figli</p> <p>Bilanci di salute per i bambini privi del Pediatra di libera scelta</p> <p>Visite e consulenze per bambini appartenenti a famiglie problematiche</p>
Area dell'individualità e delle relazioni di coppia e familiari	<p>Interventi psicologici e sociali per le problematiche e i disagi degli adulti e dei bambini</p> <p>Intervento di sostegno psicologico e/o psicoterapia nelle situazioni di lieve sofferenza psicologica</p> <p>Interventi di sostegno per le difficoltà relazionali tra genitori e figli</p> <p>Interventi di mediazione familiare</p>
Sessualità	<p>Interventi psicologici, sociali e sanitari per una sana espressione della sessualità</p> <p>Interventi di educazione sessuale in rapporto con le scuole e la collettività</p> <p>Interventi di trattamento dei fattori psicologici e terapia sessuologica</p> <p>Concorso all'assistenza sanitaria, psicologica, sociale e legale in ordine a problemi di violenza sessuale</p>
Adozione	<p>Interventi relativi alla informazione, valutazione e formazione delle coppie e disponibili all'adozione</p> <p>Interventi psicologici e sociali per il sostegno al nucleo adottivo durante l'affido preadottivo</p>

8. L' INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

L'integrazione socio-sanitaria costituisce una delle priorità della programmazione zonale, poiché, se l'azione dei servizi è svolta in termini di progettualità che pongono al centro il portatore di bisogno, l'integrazione e il coordinamento tra i diversi attori che operano ne è elemento costitutivo irrinunciabile.

Oltre al consultorio familiare descritto al punto precedente che, per sua natura, ha una caratteristica di integrazione socio-sanitaria, per ciascuna area di intervento possono essere indicati dei punti notevoli sui quali consolidare o creare, dove non è ancora attiva, tale integrazione.

Area minori famiglia

- attività consultoriale
- educazione alla salute in collaborazione con le scuole e l'Asl

Area anziani

- Centri diurni integrati
- coordinamento operativo attraverso l'UVMD dell'attività del SAD e dell'ADI

Area disabili

- collaborazione con il Nucleo servizi handicap, in particolare a livello di distretto, per la predisposizione di progetti individualizzati di intervento
- collaborazione con i servizi di neuropsichiatria infantile (per i minori e il loro sostegno scolastico) e con il Centro psicosociale per progetti con utenti adulti e multiproblematici.

Area immigrazione

- educazione alla salute, con particolare riferimento alle mamme e ai minori stranieri

Area disagio e sostegno alle persone

- collaborazione con i servizi territoriali dell'Asl (Ser.T. in particolare) e dell'Azienda ospedaliera Mellino Mellini di Chiari per progetti individualizzati di aiuto e sostegno

Saranno valutate nel corso del triennio possibili forme di collaborazione, nonché accordi formali (protocolli d'intesa, convenzioni) con i diversi soggetti che operano nel territorio in ambito socio-sanitario.

