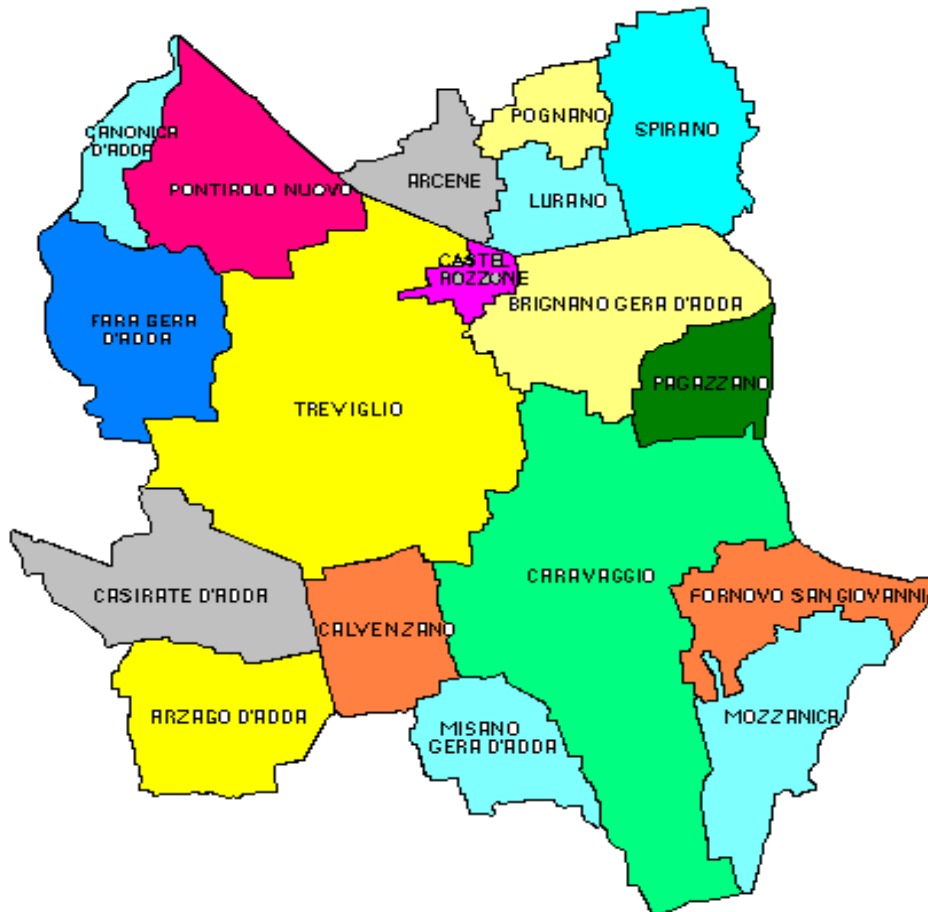


Piano di Zona 2009-2011

Un sistema territoriale radicato nelle comunità



“Costruire Reti, Promuovere Integrazione,
Agire Sussidiarietà, Sostenere le Prossimità”

INDICE

1	Introduzione	6
2	Prologo	7
2.1	Premessa	7
2.2	ALCUNI DATI “SIGNIFICATIVI”DI CONTESTO	9
2.3	Gli obiettivi e le strategie	14
2.3.1	Obiettivi di carattere politico e Organizzativo	15
2.3.2	Area Istituzionale	17
2.4	Consulta di Orientamento L.328/2000.....	18
2.4.1	Area Tecnica	19
2.5	Obiettivi di carattere operativo - integrazione sistema sanitario	20
2.5.1	Obiettivi di carattere operativo - integrazione sistema socio-sanitario.....	22
2.5.2	OBETTIVI DI CARATTERE OPERATIVO - INTEGRAZIONE SISTEMA SOCIO-ASSISTENZIALE 24	
2.6	Risorse.....	30
3	L’ambito13 di Treviglio.....	30
4	Valutazione Piano di zona 2006-2008	30
4.1.1	La spesa sociale di Ambito	31
4.1.2	Il Servizio Sociale Professionale	32
5	Orientamenti di Fondo e Strategie per il Triennio 2009 - 2011.....	36
5.1	Premessa	36
5.2	Orientamenti Strategici per il prossimo triennio.....	36
5.2.1	Accessibilità e Sistema integrato delle Unità d’Offerta.....	36
	Il superamento della frammentazione e la separazione delle competenze deve lasciare spazio alla costruzione di processi integrati che coinvolgono:	36
◆	le unità d’offerta socio-sanitaria in un continuum tra prestazioni di cura e interventi sociali secondo processi condivisi.....	36
5.2.2	Fare Rete costruire Integrazione	37
5.2.3	Prevenzione e Promozione nel /del lavoro sociale	37
5.2.4	La “CURA” nel lavoro sociale come processo diffuso radicato nella Comunità	37
5.3	Linee guida per il triennio.....	38
5.4	La Partecipazione alla costruzione del Piano di Zona	39
5.4.1	Ufficio di Piano.....	39
5.4.2	Il Tavolo della Governance locale	40
	Presieduto dal Presidente dell’assemblea dei sindaci dell’Ambito, con la partecipazione dei principali attori territoriali, rappresenta il luogo d’incontro, di elaborazione e di condivisione della visione strategica del territorio.....	40
5.4.3	Integrazione socio - sanitaria	40
5.4.4	Le Reti locali nei Comuni	41
6	Rapporti con il Terzo Settore	42
7	Programmazione e organizzazione	42
8	Aree di intervento	42
8.1	Premessa	42
8.2	Area Disabilita’ e Salute Mentale	42
8.2.1	Introduzione	42
8.2.2	Il Nucleo Zonale per le Disabilità.....	44
8.2.3	Favorire l’integrazione scolastica	45
8.2.4	Programmazione degli interventi per l’integrazione scolastica	49

8.2.5	Promuovere l'integrazione nel territorio e consolidare il supporto domiciliare	50
8.2.6	Programmazione degli interventi per l'integrazione territoriale e il supporto domiciliare	55
8.2.7	Coinvolgere e supportare la famiglia	56
8.2.8	Programmazione delle iniziative per il coinvolgimento delle famiglie	58
8.2.9	Favorire l'integrazione lavorativa	59
8.2.10	Ipotesi per una filiera di servizi nell'Area Disabilità	64
8.2.11	Realizzare il piano di intervento per la Salute Mentale	64
8.2.12	Il Coordinamento dell'Area Disabilità e Salute Mentale	65
8.3	Area Minori e Famiglia	65
8.3.1	Dati Relativi Ai Nuclei Familiari	66
8.3.2	Dati Di Riferimento Popolazione Minorile	67
8.3.3	Dati I Relativi Ai Servizi Prima Infanzia	69
8.3.4	Distribuzione dei servizi prima infanzia sul territorio dell'ambito	70
8.3.5	Servizi Integrativi	71
8.3.6	SPORTELLO PSICOLOGICO DI AMBITO	72
8.4	Dati Relativi Agli Adolescenti E Giovani	73
8.4.1	Distribuzione dei servizi per adolescenti e giovani sul territorio dell'ambito	73
8.4.2	Servizi Extrascuola	75
8.5	Orientamenti Progettuali	75
8.5.1	Prima infanzia	75
8.5.2	Preadolescenti e Politiche giovanili	76
8.6	Area Dei Diritti Dei Minori	78
8.6.1	Servizi di supporto alle famiglie in situazione di fragilità attivi nell'ambito	78
8.6.2	Orientamenti Progettuali	79
8.7	ORGANIZZAZIONE AREA Famiglie E Minori	81
8.7.1	Tavolo Di Area	81
8.8	Area Immigrazione e Marginalità	82
8.8.1	Immigrazione	82
8.8.2	Unità d'offerta e interventi attivati	84
8.8.3	Obiettivi e priorità	84
8.8.4	<i>Marginalità Sociale</i>	92
	Proposte per il nuovo triennio	95
	Proposte per il nuovo triennio	98
	Proposte per il nuovo triennio	104
8.8.5	Azioni Di Integrazione Con Il Nucleo Inserimento Lavorativo	107
8.8.6	Proposte per il nuovo triennio	107
8.8.7	Integrazione Con L'area Minori Per Azioni Di Prevenzione	108
	(attività preventive relative all'uso di sostanze stupefacenti e alcoliche, ai disturbi alimentari, al bullismo...)	108
8.9	Area Anziani	110
8.9.1	Introduzione	110
8.9.2	L'Ambito di Treviglio	111
8.9.3	La rete e i servizi e le Unità d'Offerta presenti sul territorio	112
8.9.4	TITOLI SOCIALI	114
8.9.5	I Servizi Residenziali	115
8.9.6	I SERVIZI SEMIRESIDENZIALI	116
8.9.7	Mappatura Servizi Socio-Sanitari Per Anziani Ambito Di Treviglio	116
8.10	Obiettivi E Priorità Per Il Prossimo Triennio	117
8.10.1	Obiettivi	118
8.10.2	Priorità	118

8.10.3	Predisporre Informazioni accessibili e chiarezza nella comunicazione attraverso:..	119
9	Integrazione Socio Sanitaria del Piano di Zona Ambito di Treviglio.....	119
9.1	I Livelli di Comunicazione	119
9.1.1	Le azioni e gli strumenti operativi dell'integrazione	120
9.2	Aree specifiche dell'integrazione	120
9.2.1	Punto unico di accesso	120
9.2.2	Continuità assistenziale.....	121
9.2.3	Politiche per la famiglia	121
9.3	Inserimento lavorativo e équipe di consulenza per la Disabilità	121
9.4	Salute Mentale	122
9.5	Educazione e promozione della salute	122
9.6	Le amministrazioni comunali	123
9.7	La Scuola	123
9.8	L'Azienda Sanitaria Locale	123
9.9	I Presidi Ospedalieri.....	123
9.10	Medici di cure primarie.....	123
9.11	La rete delle Farmacie Comunali e Territoriali.....	124
9.12	Associazioni operanti sul territorio	124
9.13	Sviluppo dell'attività di prevenzione e promozione della salute nel triennio	124
9.14	Area delle dipendenze.....	124
10	Priorità per anno 2009.....	125
10.1	Area Disabilità	125
10.1.1	Sintesi priorità 2009	125
10.2	Area Minori e Famiglia.....	127
10.2.1	Sintesi priorità 2009	127
10.3	Area Anziani	128
10.3.1	Sintesi priorità 2009	128
10.4	Area Immigrazione e Marginalità.....	129
10.4.1	Sintesi priorità 2009	129
11	Allegati.....	130
11.1	L'Ambito di Treviglio per la Salute Mentale (07.07.2008)	130
11.1.1	Premessa	130
11.1.2	Dati.....	131
11.1.3	Persone in carico presso strutture residenziali	134
11.1.4	Descrizione dei servizi e degli interventi esistenti.....	135
11.1.5	Servizi erogati dall'Azienda Ospedaliera	135
11.1.6	SPDC – Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura	136
11.1.7	CDA – Centro Disturbi Alimentari.....	136
11.1.8	CTF – Centro di Terapia della Famiglia.....	137
11.1.9	Centro Diurno	137
11.1.10	Job Club	138
11.1.11	CRA - Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza (Romano di Lombardia).....	138
11.1.12	Comunità Protetta ad Alta Assistenza (Martinengo).....	139
11.1.13	Alloggio protetto di Treviglio	139
11.2	Interventi promossi dall'Ufficio di Piano.	139
11.2.1	Integrazione lavorativa. I progetti realizzati dal NIL – Nucleo per l'Integrazione Lavorativa.	139
11.2.2	PSO – Progetti Socio Occupazionali.	140
11.2.3	Residenzialità leggera. Appartamento di Casirate (progetto 'Casa dolce casa')... ..	141
11.2.4	Interventi attuati dai Comuni. Il progetto dell'Osservatorio Sociale di Treviglio. ..	141
11.2.5	Prima Parte – La domiciliarità come opportunità educativa.....	141

<i>Seconda Parte – La residenzialità sociale come risposta all’istituzionalizzazione</i>	142
11.2.6 Parte Terza – Il lavoro come terapia: progetto per un laboratorio di attività artigianali. 144	
11.3 Interventi realizzati dal Terzo Settore.....	145
11.3.1 Cooperativa Itaca: “Casa Dolce Casa” – Progetto Residenzialità Leggera.....	145
11.3.2 Cooperativa Itaca: “Mattone solidale” – Residenzialità leggera.....	145
11.3.3 Cooperativa Itaca: “TR-40” – Interventi domiciliari.....	146
11.3.4 Cooperativa Itaca: “Filiera” – Progetto Domiciliare.....	147
Obiettivi del progetto	147
Metodologia	147
Fasi del progetto.....	148
Chiusura o sospensione del servizio	148
Aree di intervento	148
Schede personali degli utenti	148
Cooperativa Berakah: Percorsi di inserimento lavorativo.....	148
11.3.5 <i>Cooperativa Le 5 pertiche: Percorsi di inserimento lavorativo</i>	149
11.3.6 Cooperativa L’Ulivo: Percorsi di inserimento lavorativo.....	149
11.3.7 Associazione Il Girasole. Associazione Il Magazzino.....	149
11.3.8 Associazione Aiutiamoli.....	150
11.4 Sintesi degli ambiti di intervento da potenziare e da promuovere.....	151
11.4.1 Lavoro e Occupazione.....	152
11.4.2 Tempo libero e integrazione nella comunità.....	153
11.4.3 Sostegno alla famiglia e domiciliarità.....	153
11.4.4 Promozione della salute mentale e lotta allo stigma.....	153
11.5 Strumenti di analisi della disabilità sociale e dell’impatto degli interventi.....	154
12 Area Minori e Famiglie: Giovani.....	154
Allegati “Normativa di riferimento”	157
12.1 Leggi e riferimenti nazionali.....	157
12.2 Leggi e riferimenti regionali	157
12.3 Documenti attuativi, Delibere e Circolari, della Legge Regionale 3 del 12 marzo 2008.	158

1 Introduzione

La costruzione del piano di zona per il triennio 2009 – 2011 è il risultato di un proficuo e intenso lavoro di coinvolgimento e partecipazione da parte degli attori istituzionali e sociale del territorio.

Il piano di zona rappresenta il programma di lavoro da realizzare nel prossimo triennio per le politiche sociali per un Welfare Community. Amministratori, Tecnici, realtà Istituzionali Soggetti espressione della realtà sociale e della libera aggregazione dei cittadini, rappresentano l'espressione matura di una comunità tesa a creare e costruire processi sociali ed operativi in grado di realizzare le migliori condizioni a sostegno della salute, del benessere, della sicurezza e della coesione sociale per le persone e le famiglie che la abitano.

La progettazione del piano di zona, ma ancor più la sua realizzazione, si ispira ad una consapevolezza ed ad un patrimonio che trova nei processi integrati, nelle relazioni diffuse, nelle reti locali e istituzionali, nel concorso plurale, nella sussidiarietà, nella valorizzazione delle prossimità la risorsa principale cui attingere per affrontare la complessità e le sfide che si aprono davanti noi in una stagione di grandi cambiamenti, incertezze e nuove opportunità.

Un piano che sin nelle sue fasi costitutive e nel suo sviluppo si pone e si propone come un processo articolato di coordinamento, come attitudine generale a promuovere e governare costanti processi di comunicazione e relazione, attraverso la gestione di spazi di lavoro e momenti di co-costruzione congiunta di significati condivisi e la negoziazione di convergenze sul senso di ciò che si fa, delle letture assunte ed utilizzate, degli orientamenti seguiti, delle azioni realizzate.

Coordinare/coordinarsi significa gestire costantemente i processi di differenziazione ed integrazione tra diverse parti e componenti, e restituisce una immagine di legame, di messa in contatto, di facilitazione che richiede la capacità di gestire un ruolo non prevaricante (prendere il posto di), attento alle relazioni, in grado di mobilitare verso il risultato atteso e restituire ai soggetti l'assunzione di responsabilità e di decisioni necessarie allo sviluppo delle attività intraprese.

L'idea di rete come pluralità di soggetti che concorrono in maniera integrata a realizzare obiettivi condivisi, all'interno di ambiti e problemi riconosciuti in quanto comuni e reciprocamente coinvolgenti, appartiene ad una rappresentazione diffusa quanto di difficile costruzione nei diversi contesti. Il "core" della rete non è rappresentato dalle azioni specifiche di cui i diversi attori sono portatori o gestori, ma **dalla sinergia/condivisone di una strategia comune** che ispira e connette le diverse azioni, in un unico disegno volto a sostenere nelle diverse stagioni della vita i minori, i giovani, le famiglie, gli anziani, in un specifico territorio. Lo spazio organizzativo e metodologico è rappresentato dallo sviluppo e presidio di luoghi di condivisione e d'incontro comuni (le consulte territoriali, i tavoli di area e tematici, le diverse forme di coordinamento su singole iniziative, il tavolo della governance locale) e dal lavoro di messa a punto di strategie capaci di orientare e aprire ad una progettualità funzionale ad affrontare le sfide di una società complessa in rapida evoluzione.

Infine, non ultime le comunità locali, come spazio sociale rinnovato che trova nella generazione di legami, nella capacità di esprimere competenze relazionali e forme associative lo spazio per alimentare i sistemi di prossimità, di mutuo aiuto, scambio e reciprocità attraverso un'assunzione di responsabile diffusa dell'agire sociale.

2 Prologo¹

2.1 Premessa

La Conferenza dei Sindaci del novembre 2008 ha espresso la volontà di proporre, alle diverse Assemblee dei Sindaci dei Distretti socio-sanitari, di far precedere i nuovi Piani di Zona 2009-2011 da un prologo comune per i 14 Ambiti Territoriali che contempra le strategie di attuazione delle politiche di welfare e le tematiche da affrontare a livello provinciale.

Il Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci ha tradotto questa indicazione formulando il seguente documento, con due obiettivi, di ordine:

- “*politico*” - superare la frammentarietà e inserire una logica dell'intervento sociale in ottica di “sistema provincia” con alcuni ovvi vantaggi in termini negoziali e contrattuali;
- “*operativo*” - diffondere e condividere una direzione verso un'uniformità dei servizi e delle prestazioni per il cittadino in condizione di fragilità, con logiche programmatiche ed operative che, pur giustamente rispettose delle particolarità e dei bisogni espressi dal e nel territorio, riescono a indirizzarsi verso logiche comuni e condivise al di là dei confini dell'Ambito Territoriale.

Dopo i primi sette anni di attuazione della legge 328/2000 e alla vigilia dell'approntamento dei Piani di Zona del terzo triennio, il giudizio sull'attuazione della legge nazionale in terra bergamasca è **positivo**.

È cresciuta la competenza e la capacità dei 14 Ambiti Territoriali a programmare e ad organizzare la rete dei servizi; ma ancor prima è cresciuta la capacità politica dei Comuni e degli Uffici di Piano nell'assumere i compiti e nel cogliere le opportunità della legge, arricchendo di nuove potenzialità economiche l'area dei servizi nelle proprie comunità locali.

È proprio nei servizi immateriali e nel sapere scientifico, professionale e organizzativo che troverà sempre più spazio nei prossimi anni la qualità sociale di una comunità e il suo valore.

La partecipazione istituzionale dei Comuni alle Assemblee di Ambito è stata elevata e costante, come notevole e crescente è stato l'impegno degli Uffici di Piano, vero motore di programmazione e di organizzazione negli Ambiti.

L'esperienza della vita “associativa” degli Ambiti è un patrimonio in crescita attorno al quale la Regione e, per quanto possibile, anche i **Comuni stessi potranno fare riferimento anche per altre funzioni e attività sovra comunali**.

L'Ambito sovra locale disegnato dalla L. 328/2000 sta diventando appunto un patrimonio: una nuova maniera di concepire la vita amministrativa di comunità più vaste e di governare temi complessi con competenze accresciute e adeguate.

¹ Approvato nella seduta del Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci del 2 marzo 2009 alla presenza dei Presidenti delle Assemblee dei Sindaci e dei componenti della Consulta di Orientamento L.328/00

La costruzione dei Piani di Zona diventa un modo nuovo di concepire la **comunità come un prodotto di idee e di cultura**, più che una somma di elementi definiti ed economicamente marginali.

In quest'ottica si inserisce anche la L.R. 3/2008 che fornisce alle istituzioni ed alle organizzazioni pubbliche e private e fin'anche alle famiglie ed ai cittadini, una possibilità che se non colta, promossa e "curata", rischierebbe di snaturare a mero livello burocratico norme che hanno grande potenzialità innovativa. Da sempre, infatti, il sistema di welfare, con particolare riferimento ai servizi sociali e socio-sanitari, è stato visto come parte di un sottosistema rispetto allo sviluppo urbanistico, occupazionale, formativo e locale del territorio.

Si riafferma il nostro impegno di mettere il sistema di welfare con la sua tipologia di approccio verso gli altri sottosistemi, al centro, avendo come principale oggetto di lavoro lo sviluppo complessivo della comunità locale.

Questa dimensione di lavoro e di metodo consente:

- ✓ di rappresentare le persone che si rivolgono ai servizi, siano essi di carattere sociale o sanitario, come portatrici non solo di bisogni e di diritti, ma anche di risorse e di saperi che ci permettono di leggere e gestire i problemi cruciali intorno alle direzioni possibili da intraprendere nella società globale;
- ✓ di dare senso e significato ai concetti di sussidiarietà, partecipazione, programmazione condivisa e di valorizzazione della realtà locale.

I servizi ed i soggetti che agiscono in quest'area del welfare si occupano di sfere della vita così delicate e al contempo così cruciali del rapporto cittadini - istituzioni che, se sostenute, consentono l'attivazione di dinamiche partecipative in grado di recuperare il senso del legame sociale ed i processi di inclusione che sono questioni cardine dello sviluppo del territorio.

Per realizzare questo si delinea:

- un supporto tecnico-operativo, non esclusivamente specialistico e di settore, ma attento alla cura e alla realizzazione del processo, con l'individuazione di luoghi e di spazi autorevoli di sintesi e di "ricomposizione di senso" delle strategie e delle operatività;
- un'elencazione di obiettivi possibili, utili a concretizzare l'azione prospettata e a riconoscersi in un percorso di "governo" e di prossimità in cui il territorio e la comunità che lo rappresenta siano protagonisti.

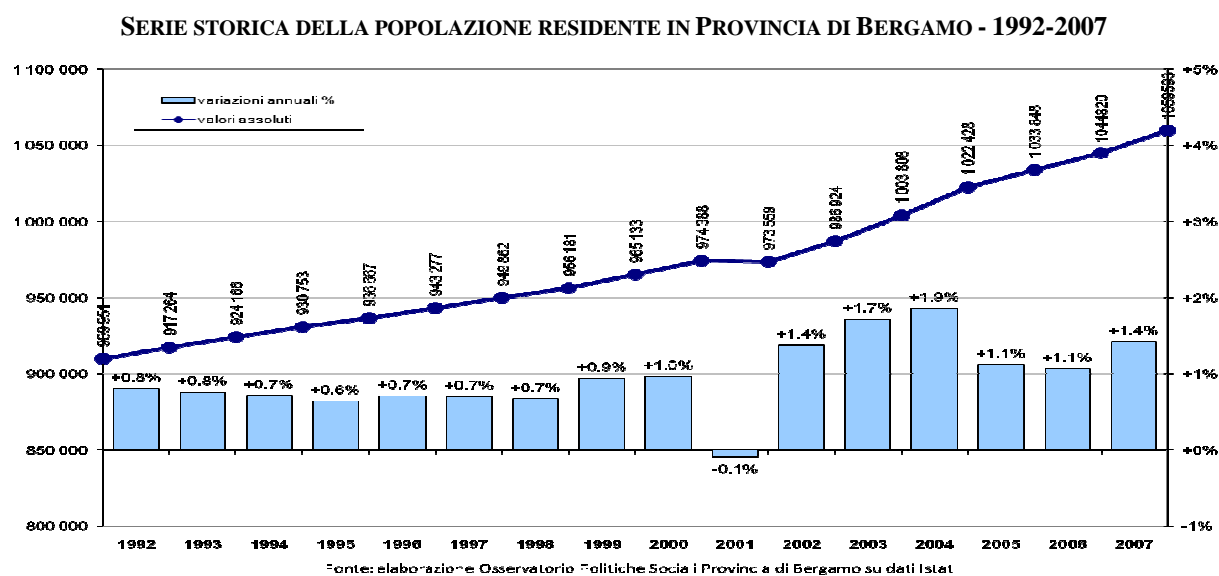
Naturalmente il prologo provinciale è una sintesi che necessariamente deve limitarsi a indicare alcune priorità essenziali e parziali del sistema generale di "protezione e coesione sociale" per non essere meramente una lista di "cose da fare".

Lo sviluppo naturale, di questo prologo e delle azioni proposte, trova il suo contenuto approfondito, distintamente creativo, ricco e articolato nel **Piano di Zona di ogni Ambito Territoriale e della sua Assemblea dei Sindaci**.

2.2 ALCUNI DATI “SIGNIFICATIVI” DI CONTESTO

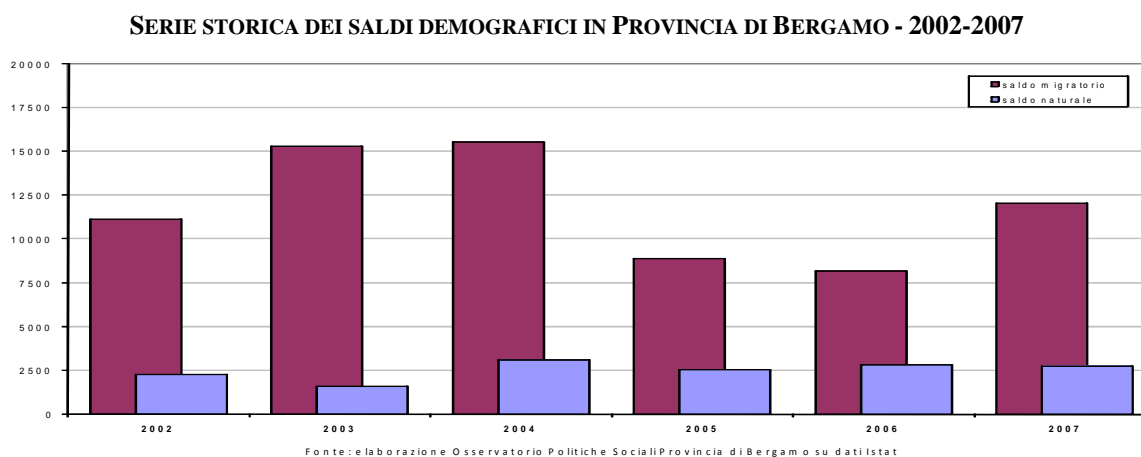
Al 31 dicembre 2007, data cui si riferiscono le statistiche demografiche più aggiornate, la popolazione residente sul territorio provinciale ammonta a **1.059.593** unità, pressoché equamente ripartite tra maschi (49.6%) e femmine (50.4%), con un incremento assoluto rispetto alla stessa data dell’anno precedente di 14.773 unità, pari all’1.4% in termini relativi.

Per interpretare le dinamiche quantitative della popolazione residente, conviene però fare riferimento ad un arco temporale più esteso di un anno, rifacendosi al grafico sottostante dove è riportata la serie storica della popolazione nel periodo compreso tra il 31 dicembre 1991 e il 31 dicembre 2007.



In tutti questi anni, con l’esclusione del 2001 sul quale hanno pesato le verifiche censuarie, il trend della popolazione si è mantenuto crescente e approssimativamente lineare, con un tasso di variazione annuo compreso tra lo 0,5% e l’1% fino al 2000 e tra l’1% e il 2% negli anni successivi.

Volendo distinguere, nelle variazioni annuali, il contributo della componente naturale (differenza tra nati e morti) e quello della componente migratoria (differenza tra immigrati ed emigrati), si perviene al grafico seguente, che ne riporta i valori a partire dal 2002.

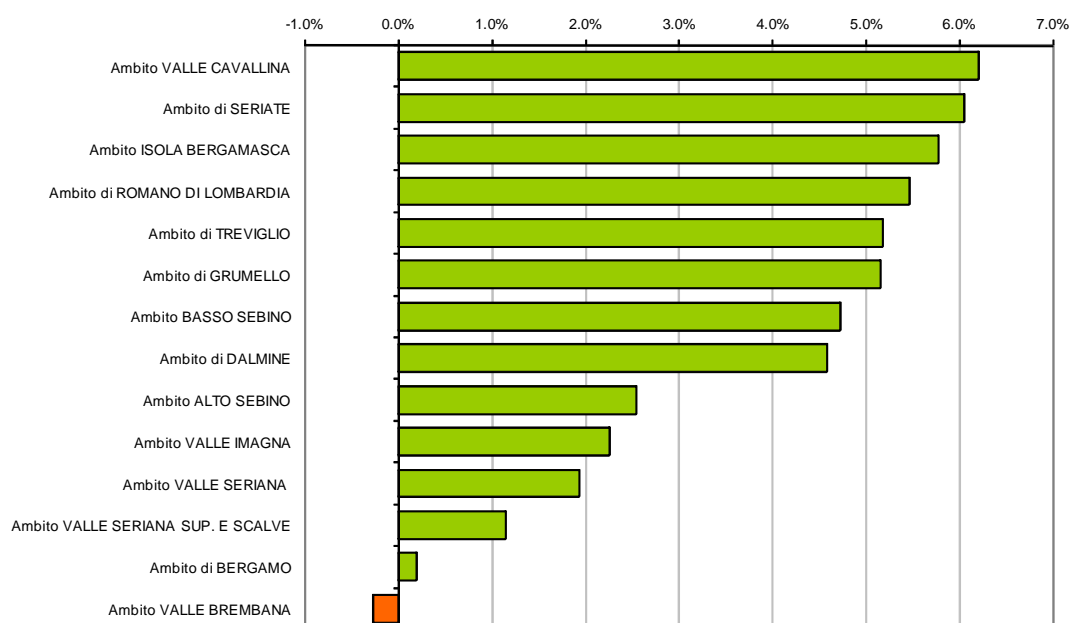


E' evidente il peso più rilevante della componente migratoria rispetto a quella naturale, la cui consistenza è, in termini relativi, esigua. Ci si trova in sostanza di fronte ad una popolazione in trend di crescita costante, ma ciò principalmente a motivo della capacità di attrazione esercitata dal territorio provinciale, che determina un numero di ingressi ben superiore a quello delle uscite.

Ciò è confermato numericamente dal coefficiente di gravitazione, che per il 2007 è pari a +11.5‰, mentre il tasso di natalità, pari al 10,8‰, è approssimativamente associato al valore di 1,6 figli attesi per donna, ben al di sotto del valore di sostituzione di 2 figli per donna che garantirebbe il mantenimento del livello numerico della popolazione senza apporti esterni.

Inoltre, occorre tenere presente che anche il trend demografico non è uniforme su tutto il territorio provinciale, come risulta dal grafico sottostante nel quale viene presentata la variazione demografica relativa dell'ultimo triennio per i quattordici Ambiti della Provincia.

**VARIAZIONE PERCENTUALE DELL'AMMONTARE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE NEL TRIENNIO 2005-2007
NEGLI AMBITI TERRITORIALI DELLA PROVINCIA DI BERGAMO**



Fonte: elaborazione Osservatorio Politiche Sociali Provincia di Bergamo su dati Istat

In fondo alla classifica, in corrispondenza dei tassi di variazione più bassi, si trovano, insieme all'Ambito di Bergamo, tutti gli Ambiti delle Valli, con la Valle Brembana che risulta addirittura in trend negativo, ovvero con una popolazione il cui ammontare nell'ultimo triennio è diminuito.

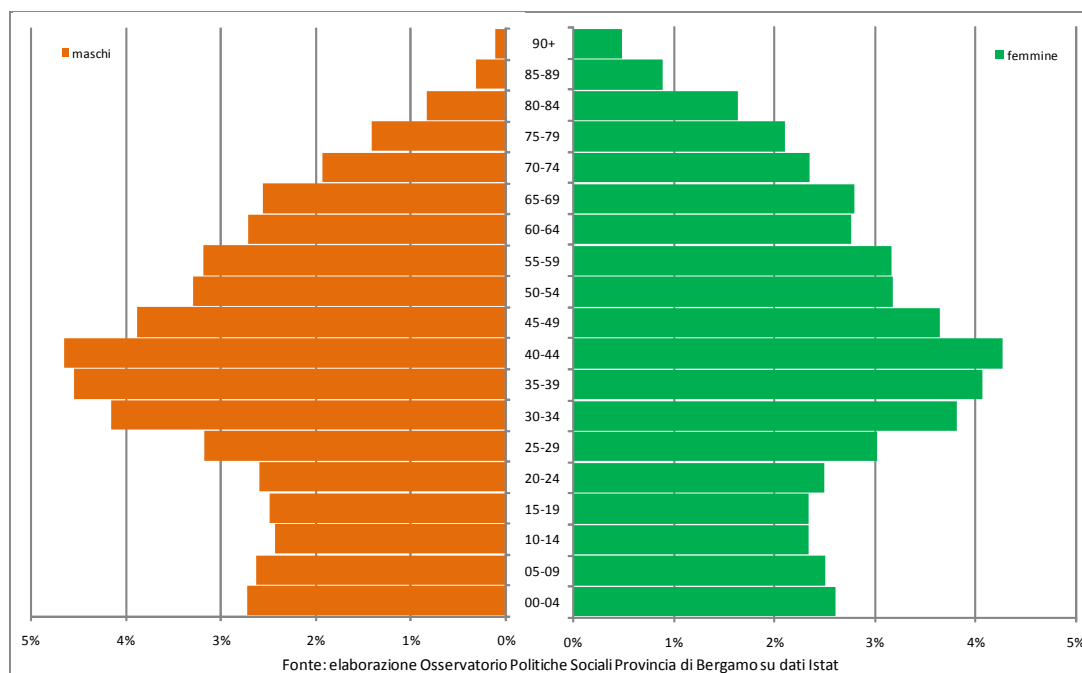
Per quanto riguarda la struttura demografica della popolazione, cioè la sua composizione per sesso ed età, oltre alla descrizione analitica offerta dalla piramide delle età, che viene presentata più avanti, è possibile discutere i valori di alcuni indicatori sintetici, che vengono elencati nella seguente tabella confrontando altresì la situazione dell'ultimo triennio, per valutare l'evoluzione in atto.

PRINCIPALI INDICATORI DEMOGRAFICI RELATIVI ALLA POPOLAZIONE RESIDENTE IN PROVINCIA DI BERGAMO - 2004 E 2007

INDICATORE	31 DICEMBRE 2004	31 DICEMBRE 2007
Indice di vecchiaia numero di anziani (65enni e oltre) ogni cento bambini (sotto i 15 anni)	111.7%	114.5%
Indice di carico sociale numero di soggetti al di fuori dell'età lavorativa ogni cento soggetti in età lavorativa	46.2%	48.4%
Tasso d'incidenza della popolazione infantile numero di bambini sotto i 5 anni ogni cento soggetti	5.3%	5.3%

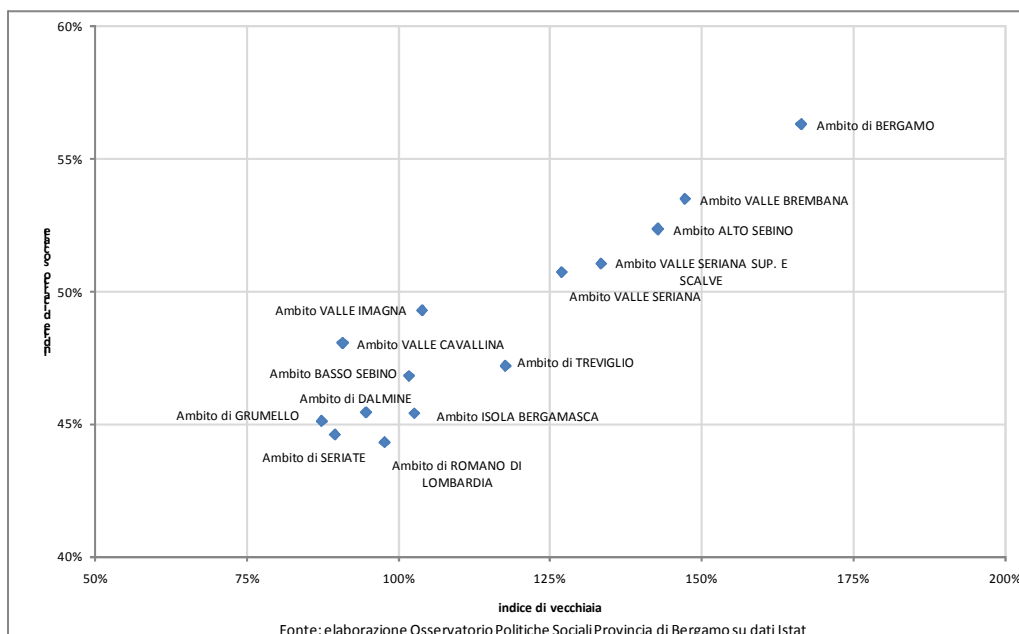
Sulla base dei dati elencati e di altri che per brevità non vengono in questa sede riportati, si può sostanzialmente affermare che, a fronte di un tasso di ricambio alla base della piramide (il contributo cioè della classe di età quinquennale più giovane) pressoché costante, è in atto un progressivo fenomeno di invecchiamento in base al quale l'incidenza delle generazioni più anziane aumenta sempre più rispetto a quello delle generazioni in età lavorativa.

PIRAMIDE DELLE ETÀ DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE IN PROVINCIA DI BERGAMO AL 31 DICEMBRE 2007



Anche per la struttura demografica è possibile rilevare l'esistenza di diverse situazioni locali. Si veda a questo proposito il grafico seguente, dove la posizione di ciascun ambito interpreta i valori degli indici di vecchiaia e di carico sociale a esso corrispondenti.

**AMBITI TERRITORIALI DELLA PROVINCIA DI BERGAMO:
DIAGRAMMA A DISPERSIONE RISPETTO ALL'INDICE DI VECCHIAIA E ALL'INDICE DI CARICO SOCIALE AL 31 DICEMBRE 2007**



Nel grafico, più ci si sposta a destra e più forte diventa la prevalenza degli anziani sui bambini misurata dall'indice di vecchiaia; mentre più ci si sposta in alto e più forte diventa il peso relativo delle classi improduttive come calcolato dall'indice di carico sociale.

Analogamente a quanto rilevato prima, si distinguono gli Ambiti delle Valli e l'Ambito di Bergamo in posizione estrema verso l'angolo in alto a destra, che descrive le popolazioni in cui l'invecchiamento ha prodotto gli effetti numericamente più vistosi.

A questo contesto di carattere demografico, curato DALL'OSSERVATORIO POLITICHE SOCIALI DELLA PROVINCIA DI BERGAMO, si legano alcuni dati, curati dall'Asl, sullo stato di salute della popolazione bergamasca, che mettono in evidenza alcune criticità di carattere sanitario e conseguentemente sociali legate alla maggiore prospettiva di vita. Per la prima volta nella storia dell'umanità, l'aumento dell'aspettativa di vita si coniuga con alcuni problemi che influenzeranno in modo determinante il futuro della nostra società. La contrazione delle nascite, sintomo di un ricambio generazionale flebile almeno in termini numerici, ed il progressivo invecchiamento della nostra popolazione porterà ad un inevitabile incremento delle patologie cronico degenerative richiedendo maggiore assistenza.

Questi pochi dati tracciano una dimensione evolutiva della nostra comunità, che condiziona sempre più la programmazione sociale, e non solo, dei prossimi decenni.

RICOVERI OSPEDALIERI DEI SOGGETTI CON ETÀ UGUALE O SUPERIORE AI 75 ANNI

TAB.1 - ANDAMENTO NEGLI ANNI E TASSO SULLA POPOLAZIONE NELLA STESSA CLASSE D'ETÀ

A n n o	N . d i s o g g e t t i R i c o v e r a t i	P o p > = 7 5 a n n i	N . d i s o g g e t t i r i c o v e r a t i s u 1 0 0 A b .
2 0 0 3	2 0 . 6 2 4	6 7 . 9 0 8	3 0 , 4
2 0 0 4	2 1 . 3 0 7	7 0 . 3 1 5	3 0 , 3
2 0 0 5	2 2 . 0 4 2	7 3 . 5 4 4	3 0 , 0
2 0 0 6	2 2 . 7 5 2	7 6 . 8 5 8	2 9 , 6
2 0 0 7	2 0 . 9 0 8	7 9 . 6 4 0	2 6 , 3
2 0 0 8	2 0 . 8 8 2	8 2 . 5 5 6	2 5 , 3

Fonte: Dati di Ricovero-Fonte scheda di dimissione ospedaliera

Rimane elevato il bisogno di ricorso a cure ospedaliere per le persone, ultra o pari a 75 anni, anche se in calo in termini % negli anni. L'apparente flessione del ricorso all'assistenza ospedaliera negli anni presi in considerazione può trovare alcune plausibili spiegazioni dal passaggio in regime ambulatoriale di alcuni interventi propri dell'anziano (per es. cataratta).

TAB.2 - SOGGETTI CON ETÀ SUPERIORE OD UGUALE A 75 RICOVERATI PRESSO STRUTTURE OSPEDALIERE NEL 2008

n _ d i s t	P o p > = 7 5 a n n i	N . d i s o g g e t t i r i c o v e r a t i	N . d i s o g g e t t i r i c o v e r a t i s u 1 0 0 A b .
1	1 6 . 3 9 1	4 . 1 5 5	2 5 , 3
2	8 . 3 8 9	2 . 1 7 4	2 5 , 9
3	4 . 2 9 6	1 . 0 0 7	2 3 , 4
4	2 . 8 3 3	7 1 2	2 5 , 1
5	3 . 5 1 2	9 3 6	2 6 , 7
6	2 . 2 1 6	6 0 2	2 7 , 2
7	2 . 9 4 4	7 3 0	2 4 , 8
8	8 . 2 9 4	2 . 0 2 6	2 4 , 4
9	3 . 9 1 6	9 2 1	2 3 , 5
1 0	4 . 3 0 6	1 . 1 4 7	2 6 , 6
1 1	3 . 9 7 6	9 9 0	2 4 , 9
1 2	8 . 4 6 8	2 . 1 5 7	2 5 , 5
1 3	8 . 0 0 6	1 . 9 1 7	2 3 , 9
1 4	5 . 0 0 9	1 . 4 0 8	2 8 , 1
A S L	8 2 . 5 5 6	2 0 . 8 8 2	2 5 , 3

Fonte: Dati di Ricovero-Fonte scheda di dimissione ospedaliera

In particolare nel corso dell'anno 2008 - 1 persona su 4 - con età superiore od uguale a 75 anni, ha avuto un ricovero ospedaliero (tale distribuzione si mantiene omogenea sul territorio bergamasco). Dato interessante è che l'14,2 % degli anziani viene ricoverato a causa di un traumatismo.

Le cause di ricovero per trauma sono quelle che generano la necessità maggiore di assistenza domiciliare: gli anziani con traumi oltre ad avere pesantemente limitata la propria autosufficienza, si vedono sottoposti a "rischi maggiori" una volta dimessi, per cui un'adeguata assistenza al domicilio è una condizione necessaria a ridurre i rischi di una precoce istituzionalizzazione.

TAB.3 - SOGGETTI ASSISTITI CON PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO IN ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA – ANNO 2007

distretto	popolazione residente al 1/1/2008 in provincia di Bergamo'					Utenza assistita nel 2007 con emissione di Piani assistenziali					Numero utenti nell'anno/popolazione x 1000				
	00-64	65-74	75-79	80 e oltre	totale	00-64	65- 74	75- 79	80 e oltre	totale	00- 64	65- 74	75- 79	80 e oltre	ditotale
01 Bergamo	114.224	16.780	6.860	9.531	147.395	95	116	114	391	716	0,8	6,9	16,6	41,0	4,9
02_Dalmine	116.693	12.521	4.086	4.303	137.603	91	100	81	177	449	0,8	8,0	19,8	41,1	3,3
03_Seriate	60.676	6.054	2.012	2.284	71.026	62	49	43	131	285	1,0	8,1	21,4	57,4	04
04_Grumello	39.364	3.841	1.295	1.538	46.038	30	38	31	67	166	0,8	9,9	23,9	43,6	3,6
05_Valle Cavallina	43.185	4.379	1.623	1.889	51.076	47	44	53	101	245	1,1	10,0	32,7	53,5	4,8
06_Monte Bronzone - Basso Sebino	25.438	2.661	993	1.223	30.315	18	21	20	63	122	0,7	7,9	20,1	51,5	04
07_Alto Sebino	24.459	3.252	1.253	1.691	30.655	19	30	26	57	132	0,8	9,2	20,8	33,7	4,3
08 Valle Seriana	79.538	10.151	3.788	4.506	97.983	58	59	46	140	303	0,7	5,8	12,1	31,1	3,1
09_Valle Seriana Superiore e Valle di Scaive	35.425	4.566	1.765	2.151	43.907	34	53	39	145	271	1,0	11,6	22,1	67,4	6,2
10_Valle Brembana	34.657	4.773	1.833	2.473	43.736	32	46	42	106	226	0,9	9,6	22,9	42,9	5,2
11_Valle 'macina e Villa d'Almè	42.350	4.592	1.787	2.189	50.918	37	43	36	108	224	0,9	9,4	20,1	49,3	4,4
12_Isola Bergamasca	105.258	11.307	4.026	4.442	125.033	85	84	72	194	435	0,8	7,4	17,9	43,7	3,5
13_Treviglio	87.219	10.276	3.619	4.387	105.501	61	74	62	208	405	0,7	7,2	17,1	47,4	3,8
14_Romano di Lombardia	66.506	6.892	2.376	2.633	78.407	44	47	40	104	235	0,7	6,8	16,8	39,5	03
	874.992	102.045	37.316	45.240	1.059.593	713	804	705	1.992	4214	0,8	7,9	18,9	044	04

Fonte: Dati Servizio di Assistenza domiciliare-ASL

Da quest'ulteriore dato si evidenzia come il 64% dei piani di assistenza integrata – ADI interessa i soggetti con età superiore od uguale a 75 anni.

Il bisogno di continuità assistenziale e di cure domiciliari interessa anche parte di popolazione affetta da patologie neoplastiche.

TAB.4 DISTRIBUZIONE DEI SOGGETTI CON NEOPLASIE

BDA 2007 - Assistiti con neoplasie	assistiti		valore		assistiti totale	valore totale	consumo medio assistito	tasso grezzo *10.000	pop.07
	M	F	M	F					
Domicilio									
D01-Bergamo	2.966	3.741	15.497.773	14.857.400	6.707	30.355.173	4.526	439	152.874
D02-Dalmine	2.161	2.484	13.690.440	11.013.141	4.645	24.703.581	5.318	336	138.331
D03-Seriate	1.116	1.353	6.275.083	5.284.265	2.469	11.559.348	4.682	348	71.050
D04-Grumello	671	823	3.895.585	3.376.705	1.494	7.272.290	4.868	325	45.906
D05-Valle Cavallina	780	887	4.257.811	3.636.864	1.667	7.894.676	4.736	326	51.161
D06-Monte Bronzone-Basso Sebino	391	481	2.243.370	2.007.982	872	4.251.351	4.875	287	30.400
D07-Alto Sebino	572	580	3.282.035	2.551.343	1.152	5.833.378	5.064	384	30.005
D08-Valle Seriana	1.780	1.988	10.364.367	8.308.016	3.768	18.672.383	4.956	384	98.184
D09-Valle Seriana Sup.e Scalve	771	825	5.096.845	3.641.560	1.596	8.738.405	5.475	367	43.451
D10-Valle Brembana	751	766	4.195.646	3.344.977	1.517	7.540.623	4.971	347	43.676
D11-Valle Imagna e Villa d'Almè	778	915	4.002.353	3.826.367	1.693	7.828.721	4.624	332	50.952
D12-Isola Bergamasca	1.785	2.132	10.733.031	9.153.911	3.917	19.886.942	5.077	314	124.621
D13-Treviglio	1.674	2.140	10.076.964	9.108.631	3.814	19.185.594	5.030	362	105.427
D14-Romano di Lombardia	1.264	1.422	7.717.299	5.945.980	2.686	13.663.280	5.087	343	78.319
N.C.	3	12	3.457	18.432	15	21.889	1.459	279	538
Totale complessivo	17.463	20.549	101.332.061	86.075.574	38.012	187.407.634	4.930	357	1.064.895

Fonte: Banca dati assistiti-ASL

I numeri si riferiscono a tutti soggetti assistiti nel 2007 per neoplasie indipendentemente dal grado di gravità della stessa patologia.

Il 3% della popolazione complessiva, nel 2007 è stato assistito per tale patologia .

Nel 2007 i decessi per tumore nella nostra provincia sono stati 1897 e rappresentano il 4% di tali assistiti.

Tale dato può considerarsi un indicatore indiretto di un potenziale bisogno d'assistenza territoriale.

2.3 Gli obiettivi e le strategie

Per i Comuni associati, titolari e responsabili della programmazione dei Piani di Zona gli obiettivi a carattere provinciale e generale della nuova triennalità sono:

- ⇒ un disegno strategico che con gradualità promuova una generazione di politiche sempre più integrate tra il sistema sanitario, socio-sanitario e sociale a favore del cittadino in condizione di fragilità;
- ⇒ la volontà di contribuire a riorganizzare la rete ospedaliera provinciale con l'obiettivo di dotare gli Ambiti Territoriali di servizi di prossimità per la degenza sanitaria temporanea a bassa intensità e per l'assistenza socio-sanitaria riabilitativa semi residenziale e residenziale;
- ⇒ un incremento delle attività territoriali nella logica della continuità assistenziale e con una integrazione di sistema tra l'area socio-sanitaria e socio-assistenziale;
- ⇒ una progressiva uniformità dei sistemi locali di welfare;
- ⇒ la realizzazione della rete dei servizi essenziali a livello di Ambito Territoriale;

- ⇒ l'attenzione alla prevenzione ed alla promozione della e alla salute;
- ⇒ l'innovazione, la ricerca sociale e la formazione.

Al fine di sostenere la realizzazione di tali intenti si declinano di seguito:

- ❖ **OBIETTIVI DI CARATTERE POLITICO** – sono le sollecitazioni in termini di proposta che il sistema comunale del territorio bergamasco indirizza ai livelli istituzionali competenti e che incidono nella programmazione e nello sviluppo del welfare locale;
- ❖ **OBIETTIVI DI CARATTERE STRATEGICO** – indicano la direzione e l'azione operativa di cui il sistema comunale sceglie di indirizzare la propria azione e per la cui dimensione operativa è direttamente responsabile;
- ❖ **OBIETTIVI DI CARATTERE OPERATIVO** – si riferiscono alle sinergie di realizzazione dell'integrazione con i sistemi sanitari e socio-sanitari e alle azioni per lo sviluppo del sistema socio-assistenziale di competenza comunale.

2.3.1 Obiettivi di carattere politico e Organizzativo

Le risorse e la certezza dei finanziamenti sono elementi essenziali ed indispensabili per programmare Piani d'azione sociale che non siano una semplice declinazione di "aspettative".

La certezza dei finanziamenti è preliminare condizione e perciò un impegno a cui gli Enti Locali non vogliono venire meno, ma che richiede reciprocità istituzionale.

A livello provinciale, oltre alla ricerca di nuovi canali di finanziamento per l'attuazione delle politiche sociali (bandi europei, fondazioni, contributi da organizzazioni e da privati), i Comuni si impegnano ad incrementare le risorse associate per il sociale a livello di Ambito Territoriale. Inoltre si impegnano, a risorse invariate, a proporre soluzioni diverse nell'attuale impiego economico del Fondo Sanitario Regionale in una logica d'integrazione dei sistemi sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale.

OBIETTIVI DI CARATTERE POLITICO

OBIETTIVO N.1 – RISORSE

- ✓ CERTEZZA DEI CONTRIBUTI FINANZIARI, PER IL SOSTEGNO DEL "SISTEMA DEI SERVIZI E DEGLI INTERVENTI SOCIALI"

AZIONE

- ✓ FORMULAZIONE DI UNA RICHIESTA NELLE SEDI NAZIONALI E REGIONALI DI UN MECCANISMO, IDENTICO A QUELLO DEL FONDO SANITARIO NAZIONALE, CHE NON PUÒ MAI DIMINUIRE, PER LE RISORSE DESTINATE AL "SOCIALE": FONDO NAZIONALE POLITICHE SOCIALI, FONDO SOCIALE REGIONALE, FONDO NAZIONALE PER LE NON AUTOSUFFICENZE

TEMPI

- ✓ RICHIESTA DA FORMALIZZARE ENTRO GIUGNO 2009, DA RIBADIRE NELLA CONSULTA DELLA SANITÀ (ORGANISMO REGIONALE PRESIEDUTO DAL PRESIDENTE DELLA REGIONE LOMBARDIA, DI CUI FANNO PARTE ANCHE I PRESIDENTI DEI CONSIGLI DI RAPPRESENTANZA DELLA REGIONE), ALL'ANCI ED IN OGNI OCCASIONE ISTITUZIONALE

Le risorse finanziarie per sostenere le politiche sociali dei Comuni e degli Ambiti Territoriali, provengono: dal Fondo Nazionale Politiche Sociali, dal Fondo Nazionale per le non autosufficienze, dal Fondo Sociale Regionale, dai Comuni e dal contributo diretto dei cittadini.

I Comuni e le famiglie sostengono, da soli, tra il 75% e l'85% dei costi complessivi di assistenza sociale.

La forbice è dovuta al fatto che in questi 7 anni lo Stato e la Regione hanno contribuito con risorse finanziarie di anno in anno mutevoli e incerte, comunque in diminuzione.

La Regione Lombardia finanzia il sistema della sanità bergamasca – dato anno 2007 – con **1.132.215.000 €** (ospedali, ecc.), il sistema socio-sanitario – dato anno 2007 – con **123.129.000 €** (RSA, Consultori, RSD, CDI, ADI ecc.).

I Comuni finanziano la spesa per il sistema socio-assistenziale (pari a circa **106.000.000 €**) per una quota pari a circa **73.000.000 €** – dato anno 2006.

I finanziamenti statali e regionali sulla stessa ammontano ad una quota pari a circa **14.500.000 €** risorse che coprono quindi solamente il 13% della spesa sociale complessiva.

Alla Regione abbiamo chiesto più volte, inutilmente, una flessibilità, ancorché minima, nel Bilancio dell'ASL. Questa flessibilità consentirebbe sia una maggiore autonomia dell'Azienda in sede locale, sia una maggiore responsabilizzazione di essa nelle decisioni di spesa.

Chiediamo alla Regione e allo Stato, a garanzia di un'efficace programmazione **la certezza dell'entità e dei tempi di erogazione delle risorse.**

OBIETTIVI DI CARATTERE POLITICO

OBIETTIVO N. 2 - RISORSE – PROPOSTE

- ✓ A RISORSE DISPONIBILI INVARIATE, RIDEFINIZIONE DI MAGGIORI FONDI PER IL TERRITORIO

AZIONE

- ✓ IMPEGNARSI, ANCHE ATTRAVERSO PROPOSTE A CARATTERE COMUNALE O TERRITORIALE, PER UNA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DI OFFERTA OSPEDALIERA E, CONSEGUENTEMENTE, PER UNA DESTINAZIONE VERSO I SERVIZI TERRITORIALI DEL FONDO SANITARIO REGIONALE.

TEMPI

- ✓ DEFINIZIONE E FORMALIZZAZIONE DELLE PROPOSTE PER LA PROSSIMA CONFERENZA DEI SINDACI PREVISTA PER DICEMBRE 2009

Il sistema ospedaliero bergamasco è complessivamente di buona qualità, offre prestazioni adeguate e raggiunge non poche eccellenze.

Le criticità sono comuni a molte altre realtà ospedaliere lombarde: lunghe liste d'attesa, insufficienza delle strutture riabilitative e per la lungodegenza, dimissioni precoci o troppo precoci, assenza di un rapporto organico tra ospedale e comunità locale.

La Legge e l'evoluzione stessa della Medicina nei paesi occidentali spinge gli Ospedali per acuti verso una sempre maggiore specializzazione nelle cure intensive per le emergenze e le urgenze, nella diagnostica complessa e nella terapia oncologica, nella ricerca in genetica e in immunologia.

I posti letto per acuti si ridurranno ulteriormente a causa dell'incremento del turnover, molta medicina tradizionale troverà il suo spazio di elezione sul territorio.

Lo stesso sviluppo demografico indurrà l'ideazione e la produzione di forme nuove di gestione delle fragilità patologiche delle persone anziane.

I Medici di famiglia assumeranno un ruolo più centrale nella cura e nel percorso diagnostico-terapeutico di molta parte della medicina tradizionale.

Inoltre, a Bergamo, dove la rete ospedaliera “consuma”, in modo anche inappropriato **€684.429.000** (DRG, Ambulatoriale), il **58% del bilancio sanitario ASL** --consuntivo anno 2007, inizierà la sua attività il Nuovo Ospedale, che sarà in grado da solo, se messo in condizioni di farlo, di assorbire buona parte della domanda d’urgenza e di specialità complesse dell’intera provincia e di ampliare lo spazio della ricerca clinica, facendo leva sulla realtà consolidata dell’Istituto Mario Negri.

È QUESTO IL TEMA DEI TEMI: COME PENSARE AD UNA RETE OSPEDALIERA CHE NON PRESENTI SPRECHI, INEFFICIENZE E NON SOLLECITI LOCALISMI PRIVI DI SOSTENIBILITÀ. Ovvero, come pensare ad una **riorganizzazione della rete ospedaliera provinciale con l’obiettivo di dotare gli Ambiti Territoriali di più utili servizi di prossimità per la degenza sanitaria temporanea a bassa intensità e per l’assistenza socio-sanitaria semiresidenziale e residenziale.**

Se è vero che la progressiva e rapida rivoluzione demografica richiede già oggi più assistenza sanitaria e socio-sanitaria alla popolazione anziana e che questo sarà sempre più l’elemento dirompente nei prossimi decenni, allora occorre che il sistema sanitario bergamasco si orienti da subito verso forme più adeguate di assistenza territoriale e di prossimità. Questo anche potenziando l’Assistenza Domiciliare Integrata, incrementando la disponibilità di posti nelle RSA e assegnando ad esse anche funzioni di Riabilitazione Generale Geriatrica e di soccorso nelle funzioni infermieristiche.

Accanto alla riorganizzazione della rete ospedaliera si dovrà prevedere l’affidamento delle funzioni sanitarie e socio-sanitarie meno complesse, anche di natura riabilitativa, alla direzione distrettuale.

L’enfasi sulle opportunità collegate al Nuovo Ospedale non può dunque essere disgiunta da una razionale presa di posizione sul futuro stesso della restante rete provinciale ospedaliera.

Si tratta di risorse finanziarie relevantissime, di cui **ogni punto percentuale di spreco e di inefficienza vale circa 6,8 milioni di Euro**, la metà di quanto lo Stato e la Regione conferisce a tutti i 244 Comuni bergamaschi per le politiche sociali ogni anno.

OBIETTIVI DI CARATTERE STRATEGICO

OBIETTIVO N. 3 - ORGANIZZAZIONE - GOVERNANCE

- ✓ FAVORIRE “LUOGHI” DI SINTESI E DI RICOMPOSIZIONE DEL FRAMMENTATO UNIVERSO DELL’AREA SOCIALE CON L’OBIETTIVO DI RESTITUIRE UNA MAGGIORE UNIFORMITÀ E UNA PIÙ INCISIVA VALENZA OPERATIVA AL SENSO DI “RAPPRESENTANZA” PROVINCIALE, IN OTTICA ANCHE NEGOZIALE;

AZIONE

- ✓ PROMUOVERE UN LIVELLO DI “GOVERNO TECNICO PROVINCIALE” DELL’AREA SOCIO-ASSISTENZIALE PROIETTATA VERSO L’INTEGRAZIONE CON QUELLA SOCIO-SANITARIA A SUPPORTO DEI LIVELLI ISTITUZIONALI;

- ✓ TEMPI

DAL 01.04.2009 DATA DI APPLICAZIONE DEI PIANI DI ZONA 2009-2011.

2.3.2 Area Istituzionale

2.3.2.1 CONSIGLIO DI RAPPRESENTANZA DEI SINDACI

Sono affidate a quest’organismo istituzionale le **attribuzioni comunali in ordine all’integrazione delle funzioni sanitarie e sociali**, così come definito dalla L.R. 31/97 e successive modifiche e integrazioni, dalla L. 328/2000 e dalla L.R. 3/2008.

Il Consiglio di Rappresentanza viene eletto dalla CONFERENZA DEI SINDACI composta da tutti i Sindaci dei 244 Comuni che fanno parte dell’ambito territoriale dell’Azienda Sanitaria Locale.

A nome della Conferenza, il Consiglio esercita le seguenti funzioni principali:

1. formulazione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività sociale e sanitaria;
2. indicazione di linee di indirizzo per la realizzazione delle rete di unità d'offerta socio-sanitaria e socio-assistenziale;
3. verifica dello stato di attuazione dei programmi e dei progetti e trasmissione delle proposte e delle valutazioni al Direttore Generale ASL ed alla Regione Lombardia;
4. verifica dell'andamento generale dell'attività e dei servizi sociali e sanitari del territorio;
5. monitoraggio dell'evoluzione della programmazione integrata tra i Piani di Zona sociali e i Documenti di Programmazione e coordinamento dei servizi socio-sanitari e sanitari;
6. esame del bilancio pluriennale di previsione e di esercizio dell'ASL e invio in Regione delle relative osservazioni;
7. designazione di un componente del collegio dei revisori dei conti nell'ambito dell'ASL.

Il Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci rimane in carica cinque anni, è presieduto dal Presidente della Conferenza ed esprime i propri pareri unitamente ai 14 Presidenti delle Assemblee dei Sindaci dei Distretti socio-sanitari dell'ASL di Bergamo.

2.3.2.2 Assemblee dei Sindaci dei Distretti socio-sanitari

I Comuni attraverso le Assemblee distrettuali dei Sindaci, formulano proposte e pareri alla Conferenza dei Sindaci in ordine alle linee di indirizzo e di programmazione dei servizi sociali e sanitari ed esprimono il proprio parere sulla finalizzazione e sulla distribuzione territoriale delle risorse finanziarie.

L'Assemblea è composta da tutti i Sindaci dei Comuni ricompresi nell'Ambito Territoriale del Distretto socio-sanitario ed è presieduta dal Presidente eletto dall'Assemblea stessa.

Il Presidente partecipa di diritto alle sedute del Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci.

I Comuni e gli **Ambiti Territoriali attuano l'integrazione tra la programmazione della rete locale di offerta sociale e la rete d'offerta sociosanitaria tramite la redazione dei Piani di Zona** che viene approvato e/o aggiornato dalle Assemblee distrettuali dei Sindaci.

2.4 Consulta di Orientamento L.328/2000

Promossa dal Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci nel 2002, la Consulta è **un organismo interistituzionale deputato a supportare in modo integrato il lavoro di programmazione ed indirizzo** delle rappresentanze dei Comuni associati, delle Comunità Montane, della Provincia, dell'ASL, degli organismi di rappresentanza sociale, della Diocesi, del Terzo Settore in funzione dell'analisi delle problematiche di politica sociale e sanitaria del territorio bergamasco.

La Consulta di Orientamento è presieduta dal Presidente della Conferenza dei Sindaci ed è composta dai seguenti organismi: Consiglio di Rappresentanza, Presidenti Assemblee dei Sindaci dei Distretti socio-sanitari, Presidenti delle Comunità Montane, Provincia di Bergamo, Assessorato alle Politiche Sociali, Direzione Strategica ASL, Federsolidarietà – Confcooperative, Centro Servizi Volontariato, Forum Associazioni volontariato socio-sanitario, Diocesi di Bergamo, Organizzazioni Sindacali - CISL, CGIL, UIL.

2.4.1 Area Tecnica

2.4.1.1 Ufficio Sindaci

In coerenza con la L.R. 3/2008 e la Circolare Regionale n. 5/2008, l'Ufficio Sindaci deve:

- ✓ supportare l'attività del Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci e delle Assemblee distrettuali per l'esercizio delle funzioni a loro attribuite in materia di integrazione socio-sanitaria.
- ✓ la Conferenza dei Sindaci ha scelto di affidare a questo Ufficio anche le attribuzioni in materia socio-assistenziale a carattere provinciale.

Per la sua valenza operativa strategica e trasversale l'Ufficio Sindaci è collocato presso la Direzione Generale ASL ed è **affidente per dipendenza funzionale al Presidente del Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci**.

Il Consiglio e l'ASL hanno deciso di costruire questo Ufficio al fine di:

- fornire una segreteria operativa alle attività istituzionali del Consiglio di Rappresentanza, dei Presidenti delle Assemblee dei Sindaci, della Conferenza dei Sindaci, assumendo anche le funzioni di supporto previste dalla normativa;
- tradurre a livello tecnico le decisioni assunte dal Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci e, in collaborazione con le diverse strutture organizzative dell'ASL, dare attuazione alla formalizzazione delle azioni e dei procedimenti;
- favorire un'unità centrale ASL – Comuni, a partecipazione inter-istituzionale, per il supporto tecnico e la regia permanente dei processi di integrazione sociale e sanitaria.

Il Consiglio ed i Presidenti delle Assemblee dei Sindaci degli Ambiti Territoriali, in relazioni agli obiettivi posti, ritengono questa struttura organizzativa il “luogo” della ri-composizione tecnica delle strategie e delle istruttorie di carattere sociale e sanitario a livello provinciale, ri-comprendendo, quindi in detto Ufficio, anche i Responsabili degli Uffici di Piano.

Coerentemente a tali indicazioni l'Ufficio Sindaci viene così organizzato:

⇒ un **nucleo operativo** che assicura le funzioni istituzionali sopradescritte, le attività quotidiane di supporto tecnico e le condizioni per il funzionamento delle “reti” comunicative e dei Gruppi di supporto previsti. Composto da: n.1 Responsabile, n.1 operatore professionale, n.2 operatori amministrativi di area sociale e sanitaria.

L'Ufficio, attraverso, di norma, n.1 incontro mensile, funziona in modalità allargata con la presenza dei 14 Responsabili degli Uffici di Piano degli Ambiti Territoriali, al fine del coordinamento, della condivisione e del confronto sulle linee di indirizzo tecnico ed operativo di carattere provinciale.

⇒ un **nucleo centrale** con il compito di raccordare e programmare le attività definite dal Consiglio di Rappresentanza. Composto: dal Responsabile dell'Ufficio, dal rappresentante dei Responsabili degli Uffici di Piano, dal Coordinatore del Gruppo interistituzionale.

Per questi n. 3 operatori è previsto, di norma, n. 1 incontro settimanale (periodico);

⇒ un **Gruppo tecnico a partecipazione inter-istituzionale** al fine di istruire, per il Consiglio, attraverso una modalità condivisa e partecipata gli “atti” di indirizzo tecnico provinciale in relazione alle tematiche sociali e sanitarie d'interesse. E' facoltà dello stesso istituire ulteriori Gruppi di lavoro di approfondimento. È composto da: n.1 Coordinatore Gruppo, n. 3 rappresentanti dei Responsabili degli Uffici di Piano, n.1 rappresentante ASL, n.1 rappresentante della Provincia, n.1 rappresentante della Cooperazione, n.1 rappresentante dell'Associazionismo, n.1 rappresentante del Volontariato, n.1 rappresentante della Diocesi, n. 1 rappresentante dell'Università degli Studi di Bergamo, n.1 rappresentante delle organizzazioni sindacali e n.1 operatore di supporto.

Per questi n. 11 Rappresentanti sono previsti, di norma, n. 2 incontri mensili (calendarizzati).

2.5 **Obiettivi di carattere operativo - integrazione sistema sanitario**

La regia del sistema sanitario è della Regione Lombardia e dell'ASL che "governano" il lavoro gestito dalle strutture accreditate pubbliche e private (ospedali, cliniche, ambulatori...).

Questo sistema vitale per la cura della salute ha naturalmente (vedi dati sopradescritti) un impatto significativo per la vita della comunità.

Quindi a livello di sistema provinciale diviene importante:

- sostenere e cooperare con la Direzione Sanitaria ASL per indicare i temi di lavoro del tavolo di confronto, attivo presso la stessa Direzione, con i Direttori Sanitari delle strutture sanitarie accreditate;
- individuare il lavoro di prevenzione e promozione alla salute già svolto e sostenuto economicamente dall'ASL per integrarlo nei Piani di Zona, come azione non solo finanziaria ma che risponde al bisogno di "salute" e di accresciuta prospettiva di vita della popolazione bergamasca;
- ricercare una maggiore integrazione con i Dipartimenti di Salute Mentale per le problematiche, emergenziali nella nostra Provincia, della psichiatria e della neuropsichiatria, presidiando in modo qualificato gli organismi provinciali coordinati dalla Direzione Sanitaria dell'ASL.

OBIETTIVI DI CARATTERE OPERATIVO

OBIETTIVO N. 4 - INTEGRAZIONE SISTEMA SANITARIO – EDUCARSI ALLA SALUTE E PIANI DI PROMOZIONE

- ✓ RECEPIMENTO ED INTEGRAZIONE GRADUALE DELLE AZIONI PREVISTE NEI PIANI INTEGRATI LOCALI DEGLI INTERVENTI DI PROMOZIONE ALLA SALUTE (ASL) NEI PIANI DI ZONA (AMBITI TERRITORIALI)

AZIONE

- ✓ RACCORDO A LIVELLO PROVINCIALE PER LE LINEE DI INDIRIZZO (ASL, CONSIGLIO DI RAPPRESENTANZA), INTEGRAZIONE OPERATIVA A LIVELLO DISTRETTUALE (RESPONSABILE AREA TERRITORIALE, RESPONSABILE UFFICIO DI PIANO);

TEMPI

- ✓ PROCESSO DA INIZIARE NEL PRIMO ANNO, DA SVILUPPARE IN MODO INTEGRATO DAL SECONDO ANNO, DA ATTUARE NEL TERZO TRIENNIO DI VIGENZA DEI PIANI DI ZONA.

Il progetto "Educarsi alla salute" promosso dalla Direzione Sanitaria, partendo dalla formazione dei cosiddetti "animatori della prevenzione" - insegnanti, operatori sociosanitari, datori di lavoro, amministratori locali, operatori di varie agenzie del territorio è finalizzato alla costruzione di percorsi di promozione della salute centrati sulle seguenti tematiche:

- lotta al fumo di tabacco - "Bergamo senza fumo";
- la corretta alimentazione - "Nutrirsi la salute";
- riduzione degli incidenti stradali - "Viaggiamo nel futuro";
- l'attività fisica, il benessere in generale - "Sviluppo sano e benessere della persona" ;
- l'ambiente esterno e domestico - "Sicurezza negli ambienti di vita".

La traduzione operativa di questi percorsi formativi curati dai gruppi specialistici avverrà attraverso lo sviluppo di "Piani integrati locali degli interventi di promozione alla salute" a livello del Distretto socio-sanitario coordinati dal Direttore di Area Territoriale. Il personale del Dipartimento di Prevenzione supporterà la realizzazione di tali piani.

Si ritiene che i **contenuti di questa progettazione possano essere inseriti con gradualità nei Piani di Zona** attraverso una stretta collaborazione tra i Distretti socio-sanitari, il Dipartimento di Prevenzione Medica e gli Uffici di Piano degli Ambiti territoriali.

OBIETTIVI DI CARATTERE OPERATIVO

OBIETTIVO N. 5 - INTEGRAZIONE SISTEMA SANITARIO – SALUTE MENTALE

- ✓ MAGGIORE SINERGIA DI “SISTEMA” E DI “RISORSE” TRA AMBITI TERRITORIALI E DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE DELLE AZIENDE OSPEDALIERE

AZIONE

- ✓ PARTECIPAZIONE E PRESIDIO QUALIFICATO AGLI ORGANISMI PROVINCIALI DI COORDINAMENTO SALUTE MENTALE (OCSM) E PER LA NEUROPSICHIATRIA INFANTILE E PER L'ADOLESCENZA (OCNPA) E AL PROGETTO FONDAZIONE CARIPLO “LAVORO & PSICHE”. MAGGIORE INTEGRAZIONE PROGETTUALE. PROPOSTA DI INTEGRARE I FONDI SANITARI CON QUELLI SOCIO-ASSISTENZIALI.

TEMPI

- ✓ PROCESSO DA INIZIARE NEL PRIMO ANNO DI VIGENZA DEI PIANI DI ZONA E DA ULTIMARE ENTRO IL TRIENNIO.

La problematica della Salute Mentale nella nostra provincia è particolarmente importante e significativa.

L'incremento, in un anno, del 35% di soggetti “trattati” unito alla “cronica” mancanza di strutture per la residenzialità ed a progetti “complessi” di inserimento sociale, rende il quadro di “protezione sociale” allarmante.

A questo si uniscono, per la nostra Provincia, un sottofinanziamento regionale e indicazioni normative che tentano di far rientrare ulteriori voci della malattia psichiatrica fra quelle a carico del sistema socio-assistenziale.

L'evoluzione sociale, quella clinica e le diagnosi sempre più incerte e caratterizzate da multiproblematicità per i pazienti psichiatrici, rendono il quadro delle competenze ancora più labile in termini di confini e di disponibilità. Allo stesso modo le “infinite” liste d'attesa per la “presa in carico” di situazioni, anche preventive, della neuropsichiatria rappresentano un oggettivo e grave impaccio.

La creazione di Organismi di Coordinamento delle prassi e dell'operatività a livello provinciale che vedono la partecipazione di tutti gli “attori” del sistema deve contribuire alla ricerca di soluzioni integrate.

In questo contesto anche gli oneri economici a disposizione debbono essere considerati finanziamenti di sistema e quindi co-partecipati da tutti gli “attori”, anche se poi gestiti da chi è più indicato per competenza.

Il riferimento è anche alle risorse (**€ 915.763**) che la **Regione Lombardia ha stanziato per le strutture psichiatriche accreditate per la definizione di Programmi innovativi territoriali.**

Lo stesso dicasi dei **finanziamenti che la Regione Lombardia si appresta a destinare ai Progetti per la Neuropsichiatria Infantile.**

A questo **quadro di collaborazione e condivisione** si sommeranno le risorse Comunali per il sostegno ai progetti socio-assistenziali.

2.5.1 Obiettivi di carattere operativo - integrazione sistema socio-sanitario

La regia del sistema socio-sanitario è della Regione Lombardia e dell'ASL che "governano" il lavoro di competenza istituzionale propria e quello gestito dalle strutture accreditate pubbliche e private (RSA, CDI, RSD, CDD...). La Conferenza dei Sindaci ha già richiesto **un confronto politico sul tema del governo socio-sanitario** provinciale, essendo i Sindaci convinti che all'interno dell'Azienda Sanitaria Locale debba crescere il potere decisionale dei Comuni nel governo dei processi di integrazione dei servizi e della programmazione socio-sanitaria. La Direzione strategica dell'ASL ha esplicitato fin dall'inizio del proprio mandato l'intenzione, confermata con il Progetto "Incontro al territorio", di affidare più centralità ed autonomia decisionale al Distretto socio-sanitario, considerandolo area di sistema. Tale proposta è stata accolta in modo ampiamente favorevole dagli Ambiti Territoriali e ulteriormente innovata con l'intenzione di un'accoglienza unitaria della persona che si rivolge al servizio sia esso socio-sanitario o socio-assistenziale.

Questa dimensione vede nell'integrazione progettuale delle proposte della Direzione Sociale ASL, contemplate nel Documento di programmazione dell'Azienda per l'anno 2009, dei servizi in Ambito distrettuale il punto più elevato di operatività, nei temi della continuità assistenziale, della collaborazione con le unità della rete di offerta socio-sanitaria, nella costruzione di una porta unica d'accesso e di prassi univoche per la presa in carico della fragilità.

Quindi a livello di sistema diviene importante a livello provinciale sostenere e cooperare con la Direzione Sociale ASL, non solo in termini progettuali per le dimensioni operative di cui sopra, ma anche per indicare i temi di lavoro ai tavoli di confronto attivi presso la stessa Direzione con i Responsabili delle diverse unità d'offerta accreditate socio-sanitarie.

Naturalmente **tali obiettivi si devono tradurre, per essere credibili, in reciprocità e coresponsabilizzazione delle parti**, mantenendo gli impegni istituzionali assunti (vedi ad esempio la presenza delle figure professionali sanitarie nell'area tutela minori e disabilità).

OBIETTIVI DI CARATTERE OPERATIVO

OBIETTIVO N. 6 - SISTEMA SOCIO-SANITARIO – AMBITO TERRITORIALE/DISTRETTO SOCIO-SANITARIO

- ✓ ISTITUZIONE DI UN UFFICIO UNICO TRA UFFICIO DI PIANO DELL'AMBITO TERRITORIALE E DISTRETTO SOCIO-SANITARIO DELL'ASL;

AZIONE

- ✓ IMPLEMENTAZIONE DELLE AREE DI INTEGRAZIONE FUNZIONALE ED OPERATIVA TRA UFFICIO DI PIANO E DISTRETTO SOCIO-SANITARIO;

TEMPI

- ✓ PROCESSO DA INIZIARE NEL PRIMO ANNO DI VIGENZA DEI PIANI DI ZONA E DA ULTIMARE ALMENO IN ALCUNI TERRITORI, ENTRO IL TRIENNIO.

Se vogliamo cogliere l'obiettivo dell'integrazione, della continuità delle "cure", se vogliamo cogliere tutte le opportunità che le imprese sociali di sussidiarietà mettono in campo, se vogliamo davvero che la prossimità sia un valore concretizzabile, sia nei suoi aspetti ideali che nei suoi atti organizzativi concreti, allora dobbiamo **organizzarci in modo nuovo**, considerando questo obiettivo come il fattore guida delle nostre azioni.

L'obiettivo è allora l'**Ufficio Unico tra Ufficio di Piano dell'Ambito territoriale e Distretto socio-sanitario dell'ASL**, iniziando a ragionare partendo dai risultati attesi e non dai preliminari formali.

Questa integrazione si costruisce gradualmente, partendo da semplici e condivisi obiettivi, quali ad esempio quelli relativi alle attività informative e di segretariato sociale, oppure quello di una procedura condivisa sul percorso assistenziale di una inabilità transitoria dell'anziano solo, oppure quello della risposta organizzativa da confezionare alla famiglia con paziente affetto da Alzheimer, oppure quello della tutela della maternità, oppure la gestione unitaria del percorso assistenziale del

malato terminale e della sua famiglia, oppure quello della inclusione delle donne immigrate nella comunità di paese o di quartiere ecc..

In quest'integrazione, funzionale ed operativa, innovativa **troveremo alleanza nella comunità**, in quelle parti della comunità che già operano nel sociale e che notano sempre più come la frammentazione sociale è il rischio, anzi è l'esito della cultura dell'individualismo e dell'isolamento sociale, già troppo vivo e operante all'interno delle nostre comunità.

In relazione ai progetti della Direzione Sociale ASL, si declinano le seguenti modalità integrative:

OBBIETTIVO N. 6.1 - INTEGRAZIONE SISTEMA SOCIO-SANITARIO – FONDO NAZIONALE NON AUTOSUFFICENZA

✓ INTESA CON L'ASL PER LA COSTITUZIONE DI UNA PORTA UNICA D'ACCESSO PER IL CITTADINO NON AUTOSUFFICIENTE TRA AMBITO E DISTRETTO, COSTRUZIONE DI UN PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO E INTERVENTI DOMICILIARI (ADI-SAD) INTEGRATI

AZIONE

✓ DEFINIRE GLI STRUMENTI OPERATIVI PER ATTUARE GRADUALMENTE ED A SECONDO DELLE POSSIBILITÀ DEI SINGOLI TERRITORI L'INTEGRAZIONE TRA DISTRETTO SOCIO-SANITARIO E AMBITO TERRITORIALE ALMENO PER I SERVIZI E LE PRESTAZIONI DA OFFRIRE AI SOGGETTI NON AUTOSUFFICIENTI. INTEGRAZIONE DELLE PRASSI E DEI SISTEMI INFORMATIVI

TEMPI

✓ PROCESSO DA INIZIARE NEL PRIMO ANNO DI VIGENZA DEI PIANI DI ZONA E DA ULTIMARE ENTRO IL TRIENNIO IN TUTTI I 14 AMBITI TERRITORIALI.

OBBIETTIVO N. 6.2 – INTEGRAZIONE SISTEMA SOCIO-SANITARIO – NUCLEI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

✓ COLLABORAZIONE CON L'ASL PER LA CREAZIONE DE I NUCLEI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE DISTRETTUALE

AZIONE

✓ SPERIMENTAZIONE DI FORME DI INTEGRAZIONE E DI CO -PROGRAMMAZIONE DELL' ATTIVITÀ DEI NUCLEI PROPOSTI A LIVELLO DISTRETTUALE CON OPERATORI SOCIALI DELL' AMBITO TERRITORIALE

TEMPI

✓ ENTRO IL PRIMO ANNO DI VIGENZA DEL PIANO DI ZONA - 2009

OBBIETTIVI N. 6.3 - INTEGRAZIONE SISTEMA SOCIO-SANITARIO – UNITÀ DI OFFERTA SOCIO-SANITARIE

✓ RACCORDO CON L'ASL E SOTTOSCRIZIONE DEI "PATTI" CON LE UNITÀ D'OFFERTA SOCIO-SANITARIE;
✓ *ACCORDO CON LE DIVERSE UNITÀ DI OFFERTA SOCIO-SANITARIE PER DEFINIZIONE DEL "COSTO SOCIALE STANDARD" DEL SERVIZIO – TARIFFAZIONE

AZIONE

✓ PARTECIPAZIONE ALLA DEFINIZIONE DEI CONTENUTI DEI PATTI CON LE UNITÀ DI OFFERTA SOCIO-SANITARIE, IMPLEMENTAZIONE DELE RICADUTE OPERATIVE DEGLI STESSI NELL' AMBITO TERRITORIALE.
✓ *COSTRUZIONE DI PROTOCOLLI PROVINCIALI PER OGNI TIPOLOGIA D' UNITÀ DI OFFERTA SOCIO-SANITARIA, PARTENDO DALLA VERIFICA DELL' INTESA PROVINCIALE PER I CENTRI DIURNI DISABILI

TEMPI

✓ ENTRO IL PRIMO ANNO DI VIGENZA DEL PIANO DI ZONA – 2009
✓ *DA ATTUARE ENTRO IL TRIENNIO DI VIGENZA DEI PIANI DI ZONA

OBBIETTIVO N. 6.4 - INTEGRAZIONE SISTEMA SOCIO-SANITARIO – CONSULTORIO FAMILIARE

✓ PROTOCOLLO CON L'ASL PER I LIVELLI MINIMI DA GARANTIRE A LIVELLO DI PRESTAZIONI CONSULTORIALI EVENTUALMENTE INTEGRATE ANCHE A LIVELLO DI FORME DI GESTIONE DALL' AMBITO TERRITORIALE
✓ *INTEGRAZIONE TRA LE ATTIVITA' TUTELA DEI MINORI E CONSULTORIO FAMILIARE

AZIONE

✓ partecipare alla programmazione provinciale del servizio, presidiare i contenuti territoriali, integrare le prestazioni consultoriali distrettuali con attività di Ambito Territoriale

✓ *maggior livello di collaborazione e di integrazione tra le equipe dei due servizi

✓ TEMPI

✓ dal primo anno di attuazione del Piano di Zona

Per le declinazioni operative si può partire da quanto già scritto dal Consiglio di Rappresentanza e accolto dalla Direzione Strategica ASL nel proprio Documento di programmazione per l'anno 2009, con la richiesta di sviluppo delle seguenti sperimentazioni/innovazioni:

- ⇒ la costituzione di un **Ufficio Unico** con un'integrazione complessiva delle funzioni e delle competenze del Distretto socio-sanitario e dell'Ambito Territoriale - sperimentazione da realizzare almeno in un Ambito;
- ⇒ la costruzione di una **Porta Unica di accesso** dei cittadini ai servizi, alle prestazioni ed alle informazioni di competenza del Distretto socio-sanitario e dell'Ambito Territoriale - innovazione da sviluppare in almeno due Ambiti;
- ⇒ la realizzazione di progetti di **Continuità Assistenziale**, al fine di garantire la continuità del processo di cura e di quello assistenziale ai soggetti in condizioni di fragilità. Con intese tra Ospedale, Medico di famiglia, Distretto socio-sanitario, Ambito Territoriale per le "dimissioni protette" - definizione procedurale ed organizzativa in almeno tre Ambiti. Protocolli di intesa Distretto socio-sanitario/Ambito Territoriale sulla gestione unitaria delle cure domiciliari, integrazione ADI-SAD - da attivare almeno in quattro Ambiti;
- ⇒ l'integrazione delle attività di **promozione della salute e prevenzione del disagio giovanile** (ivi comprese la prevenzione alle dipendenze) dei Distretti socio-sanitari e degli Ambiti Territoriali - da realizzare almeno in sei Ambiti.

2.5.2 OBETTIVI DI CARATTERE OPERATIVO - INTEGRAZIONE SISTEMA SOCIO-ASSISTENZIALE

La regia del sistema socio-assistenziale è di competenza dei Comuni e degli Ambiti Territoriali che "governano", in virtù di indicazioni regionali, il lavoro di competenza istituzionale e quello gestito dai diversi organismi, enti e unità d'offerta sociale.

Nella tradizione comunale il lavoro sociale è strutturato in dimensione cooperativa ed al risultato partecipano le diverse rappresentanze sociali (fondazioni, cooperative, associazioni...).

A livello provinciale ci si pone l'obiettivo di maggiore uniformità tra gli Ambiti, attraverso un livello di governance riconosciuto e già proiettato verso l'integrazione dei sistemi.

In questa direzione gli strumenti: il sistema informativo e i criteri comuni verso l'accreditamento dei servizi sociali sono obiettivi e intenzionalità che favoriscono la diffusione di prassi e letture dei bisogni comuni.

A queste azioni si aggiungeranno, a livello provinciale, in analogia con i Tavoli delle strutture sanitarie accreditate e socio-sanitarie (già citati) di competenza ASL, i Tavoli di lavoro per le Unità d'Offerta sociali, in ottica negoziale, al fine di definire per ogni unità una direttiva a carattere provinciale che ricomprenda i principali nuclei di attività ed i costi standard delle diverse strutture e/o prestazioni.

Inoltre si continuerà a sostenere progettualità trasversali, sempre a livello provinciale, e a ricercare in un'ottica di economicità ed equità le convergenze possibili con gli altri sistemi sanitario e socio-sanitario in primo luogo.

OBIETTIVI DI CARATTERE OPERATIVO

OBIETTIVO N. 7 - SISTEMA SOCIO-ASSISTENZIALE - BUONE PRASSI

- ✓ MAGGIORE UNIFORMITA' OPERATIVA TRA I 14 AMBITI TERRITORIALI IN TERMINI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI PER IL CITTADINO IN CONDIZIONI DI FRAGILITA'

AZIONE:

- ✓ COMPARAZIONE ANALITICA DELLE DIVERSE AZIONI SULLE PRINCIPALI AREE DI INTERVENTO SOCIALE AL FINE DELLA DIFFUSIONE DI BUONE PRASSI.

TEMPI

- ✓ PROCESSO DA INIZIARE NEL PRIMO ANNO DI VIGENZA DEI PIANI DI ZONA E DA ULTIMARE ENTRO IL TRIENNIO.

I Piani di Zona delle due triennalità precedenti, sono stati costruiti cercando, sia di fare una ricognizione dei servizi e degli interventi sociali esistenti in ogni ambito territoriale, sia di costruire e consolidare una struttura organizzativa locale.

Se questa situazione ha portato ad una sempre più convinta e consapevole assunzione di responsabilità da parte dei territori, ha però avuto anche la conseguenza negativa di creare una eccessiva frammentazione nei sistemi di welfare.

Sempre più spesso, nel nostro comune dialogare, evidenziamo come nel territorio bergamasco si corra il rischio di far convivere 14 differenti modelli di protezione sociale. Una conseguenza negativa di tale frammentazione, come è facilmente intuibile, è che il cittadino bergamasco ha accesso a servizi e risposte a bisogni sociali in modo molto diversificato a seconda del luogo di residenza, e delle scelte non solo politiche ma anche organizzative e procedurali che ogni ambito ha costruito.

C'è allora bisogno di ricondurre il sistema welfare a maggiore uniformità, almeno per quanto riguarda alcune modalità operative. Ciò senza nulla togliere alla singola specificità di ogni ambito ma con l'intento di avere maggiore attenzione ai cittadini che sono l' "oggetto" del nostro agire comune.

Attorno ad alcuni temi, ad esempio l'accreditamento dei servizi socio-assistenziali, dei titoli sociali, delle forme di rappresentanza, di attività di prevenzione trasversale a tutto il territorio (stili di vita, alcolismo, dipendenze...) in alcune aree di povertà quali la grave marginalità, si avverte il bisogno di avere il più possibile un'unica "voce" a carattere provinciale, di avere linee di indirizzo comuni alle quali poi i singoli ambiti possano attingere nella costruzione della loro programmazione territoriale.

OBIETTIVO N. 7.1 SISTEMA SOCIO-ASSISTENZIALE - SISTEMA DI ACCREDITAMENTO

La definizione di criteri a livello provinciale costituisce la condizione per realizzare un sistema di accreditamento uniforme, omogeneo e paritario in cui i Comuni possano definire i requisiti di accreditamento delle unità d'offerta sociale.

La Legge Regionale n. 3/08 disciplina i compiti delle unità d'offerta sociali e conferisce alla Giunta Regionale il compito di definire i requisiti di accreditamento.

Tuttavia tale adempimento, ai sensi della Circolare Regionale n. 1 del 16.01.2009, costituisce anche il presupposto perché i Comuni definiscano i requisiti di accreditamento in ordine al riconoscimento della sperimentazione di unità di offerta sociali (art. 13, comma 1, lettera b.) Ciò deve avvenire nell'ambito della programmazione zonale, in concerto con quella provinciale, considerando che il quadro normativo è caratterizzato dalla previsione di una rete aperta e dinamica di unità d'offerta.

- ✓ SISTEMA DI ACCREDITAMENTO DELLE UNITÀ DI OFFERTA SOCIALE A LIVELLO DI AMBITO TERRITORIALE UNIFORME IN TUTTO IL TERRITORIO PROVINCIALE.

AZIONI

- ✓ DEFINIZIONE DELLE LINEE GUIDA, DEI CRITERI E DELLE MODALITÀ DI ACCREDITAMENTO DELLE UNITÀ D'OFFERTA DELLA RETE SOCIALE, PARTENDO DALLE ESPERIENZE GIÀ ATTIVE NEI SINGOLI AMBITI TERRITORIALI.

TEMPI

- ✓ ENTRO IL 01.04.2009 DATA DI APPLICAZIONE DEI PIANI DI ZONA 2009-2011, COMPARAZIONE DELLE ESPERIENZE DI ACCREDITAMENTO SOCIALE DEI DIVERSI AMBITI TERRITORIALI;
- ✓ ENTRO IL 31.12.2009 INDIVIDUAZIONE DEI REQUISITI DI ACCREDITAMENTO DELLE UNITÀ D'OFFERTA SOCIALE PREVISTE DALLA DGR 20943/2005 A LIVELLO PROVINCIALE;
- ✓ ENTRO IL 31.12.2010 SPERIMENTAZIONE DEI REQUISITI E DELLO SCHEMA DI CONTRATTO CON LE UNITÀ D'OFFERTA NEI 14 AMBITI TERRITORIALI;
- ✓ ENTRO IL 31.12.2011 STESURA DEI PROVVEDIMENTI DEFINITIVI PROVINCIALI SUI CRITERI, I REQUISITI E LO SCHEMA DI CONTRATTO DA UTILIZZARE DA PARTE DEGLI AMBITI TERRITORIALI PER L'ACCREDITAMENTO DELLE UNITÀ D'OFFERTA SOCIALI PREVISTE DALLA DGR 20943/2005.

OBIETTIVO N. 7.2 - SISTEMA SOCIO-ASSISTENZIALE - UNITÀ DI OFFERTA SOCIALI

La definizione di criteri a livello provinciale in relazione alle progettualità e alle prestazioni offerte dalle diverse unità anche in termini economici.

- ✓ STANDARD MINIMO PROVINCIALE DI PROGETTUALITÀ E PRESTAZIONE.

AZIONE

- ✓ PROTOCOLLI PROVINCIALI CON LE DIVERSE UNITÀ D'OFFERTA SOCIALE AL FINE DELLA DEFINIZIONE DELLO STANDARD MINIMO SOPRA DESCRITTO E DEI RELATIVI ONERI ECONOMICI.

TEMPI

- ✓ ENTRO 31.12.2009 DEFINIZIONE DI UN ACCORDO PROVINCIALE CON LE UNITÀ DI OFFERTA SOCIALI – COMUNITÀ ALLOGGIO PER MINORI;
- ✓ ENTRO IL TRIENNIO DI VIGENZA DEI PIANI DI ZONA: PROTOCOLLI PROVINCIALI D'INTESA CON LE ALTRE TIPOLOGIE DI UNITÀ D'OFFERTA SOCIALI.

OBIETTIVO N. 7.3 - SISTEMA SOCIO-ASSISTENZIALE - PARTECIPAZIONE O PROMOZIONE DI ORGANISMI A CARATTERE

PROVINCIALE

- ✓ OBIETTIVO ORGANIZZATIVO, AL FINE DI DARE ORDINE, PRIORITÀ E PARTECIPAZIONE QUALIFICATA AI DIVERSI TAVOLI DI LAVORO O ORGANISMI DI RAPPRESENTANZA PROMOSSI O A CUI È RICHIESTA LA PARTECIPAZIONE DEL CONSIGLIO DI RAPPRESENTANZA O DEI TECNICI DEGLI UFFICI DI PIANO. OLTRE A CONFERMARE LA PROPRIA PARTECIPAZIONE AGLI ORGANISMI PROVINCIALI ISTITUITI PER LA SALUTE MENTALE, PER LA NEUROPSICHIATRIA, AL TAVOLO TERZO SETTORE ASL, ALLA COMMISSIONE PREVENZIONE DEL DIPARTIMENTO DIPENDENZE ED A IMPEGNARSI PER ATTIVARE IL TAVOLO IN MATERIA DI ESECUZIONE PENALE DELLA CASA CIRCONDARIALE DI BERGAMO, SI DEVE DEFINIRE IL QUADRO COMUNICATIVO E DI INSIEME DI QUESTE PARTECIPAZIONI DI RAPPRESENTANZA PROVINCIALE.

TEMPI

- ✓ ENTRO 31.12.2009 RICOGNIZIONE ESISTENTE E RIDEFINIZIONE PRASSI E PARTECIPAZIONI

OBIETTIVI DI CARATTERE OPERATIVO

OBIETTIVI N. 8 - SISTEMA SOCIO-ASSISTENZIALE - SISTEMA INFORMATIVO

- ✓ SISTEMA INFORMATIVO INTEGRATO (ASL ,PROVINCIA, COMUNI ASSOCIATI);
- ✓ *SOFTWARE PER LA GESTIONE DEI SERVIZI SOCIALI ASSOCIATI DA PARTE DELL' AMBITO TERRITORIALE

AZIONI

- ✓ CONCLUDERE IL PROCESSO DI DEFINIZIONE DEL SISTEMA INFORMATIVO PROVINCIALE TRA ASL, PROVINCIA E AMBITI TERRITORIALI
- ✓ *ACQUISTARE UN SOFTWARE COMUNE (O COMPATIBILE) PER LA GESTIONE DEI SERVIZI SOCIALI DA PARTE DEI 14 AMBITI TERRITORIALI.

TEMPI

- ✓ INTESA DA DEFINIRE ENTRO IL TRIENNIO DI VIGENZA DEI PIANI DI ZONA 2009 - 2011
- ✓ *MODALITÀ DA ATTUARE ENTRO IL PRIMO ANNO DI VIGENZA DEI PIANI DI ZONA – 2009/2010

La Conferenza dei Sindaci ha deciso di definire alcuni indirizzi per l'avvio di un Sistema Informativo Provinciale.

Per realizzare l'obiettivo si è costituita una cabina di regia che ha definito un percorso comune per l'implementazione del Sistema Informativo.

Per gli Ambiti Territoriali, in particolare, si è concordato di:

- riconoscere come interlocutore unico per il “Sistema Informativo Provinciale” **una cabina di regia composta dalla Provincia di Bergamo, dall’A.S.L. di Bergamo e da rappresentanti del Coordinamento Ufficio di Piano** che si faccia carico dello sviluppo del progetto e che verrà appositamente costituita dagli Enti interessati;
- aderire al **progetto del Sistema Informativo** predisposto dalla cabina di regia in base agli indirizzi di Provincia, ASL, Comuni e Uffici di Piano con i seguenti impegni:
 - **partecipazione alla mappatura** dei servizi socio-assistenziali erogati dai Piani di Zona (come funzioni associate o come delega);
 - **condivisione/accettazione di procedure operative comuni**, propedeutiche per l'analisi e per l'adozione di un software unico;
 - **condivisione dei dati** utili ad una lettura provinciale da parte degli organismi istituzionali sovralocali (Provincia e ASL);
 - **acquisizione del software per la gestione dei servizi sociali associati individuato dalla cabina di regia entro il 31/12/2009** .
 - **implementazione del nuovo software**, almeno per le funzioni di base, **entro il 31/12/2010**.

Per gli Ambiti già dotati di un software specifico l'impegno è di prevedere che il proprio software "dialoghi" con quello indicato dalla cabina di regia.

OBIETTIVI DI CARATTERE OPERATIVO

OBIETTIVI N. 9 - SISTEMA SOCIO-ASSISTENZIALE - PROGETTI A VALENZA PROVINCIALE

- ✓ A PROGETTI A VALENZA PROVINCIALE O SOVRA-AMBITO CHE AGISCONO NELLE AREE DI EMERGENZIALI E DI BISOGNO SOCIALE

AZIONI

- ✓ INDIVIDUAZIONE DEI PROGETTI
- ✓ SUPPORTO PROGRAMMATICO ED ECONOMICO A LIVELLO PROVINCIALE.

TEMPI

- ✓ PER TUTTO L'ARCO TEMPORALE DI VIGENZA DEI PIANI DI ZONA 2009-2011.

Come da tradizione pluriennale il Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci unitamente ai Presidenti delle Assemblee dei Sindaci dei Distretti socio-sanitari continueranno a sostenere e promuovere interventi e progettualità a carattere sociale con valenza provinciale e trasversale.

Nelle precedenti triennali si è optato per il sostegno economico a progetti nel settore socio-assistenziale e socio-sanitario, promossi dal Terzo Settore che si sono contraddistinti per il carattere innovativo dell'approccio alla fragilità, per le seguenti aree di intervento:

- marginalità sociale - comprende progetti a favore di soggetti svantaggiati in condizione di esclusione sociale e di reinserimento sociale e lavorativo di persone sottoposte a misure limitative della libertà personale;
- disabilità - progetti che mirano a migliorare e potenziare il trasporto di soggetti disabili e progetti rivolti a giovani con disabilità determinata da TCE (trauma cranico encefalico);
- adolescenza - il progetto sugli sportelli di ascolto psicologico nelle scuole superiori;
- prevenzione - progetto a favore di adolescenti coinvolti dal problema HIV/AIDS.

OBIETTIVI DI CARATTERE OPERATIVO

OBIETTIVI N. 10 - SISTEMA SOCIO-ASSISTENZIALE - TRASPORTO ED ASSISTENZA ALUNNI DISABILI

- ✓ COMPARTECIPAZIONE DEGLI ONERI ECONOMICI PER IL TRASPORTO E L'ASSISTENZA DEGLI ALUNNI DISABILI DELLE SCUOLE SUPERIORI.

AZIONI

- ✓ DEFINIZIONE DI UN PROTOCOLLO D'INTESA PROVINCIALE TRA LE RAPPRESENTANZE DEI COMUNI E LA PROVINCIA DI BERGAMO IN ATTESA DI DEFINITIVI PRONUNCIAMENTI GIURIDICI E/O NORMATIVI.

TEMPI

- ✓ ENTRO IL 30.04.2009.

Il dettato normativo definisce come compiti della Provincia "i servizi di supporto organizzativo del servizio di istruzione per gli alunni portatori di handicap o in situazione di svantaggio", ma è un dettame interpretato in sede giurisdizionale in modo diverso.

Ad oggi, comunque, i Comuni continuano a fornire, ai propri cittadini in situazione di handicap, l'assistenza educativa e il trasporto, con costi non più sostenibili.

In questo contesto il Consiglio si è impegnato per definire, su base provinciale, un accordo che ricomprenda un contributo economico della Provincia per il servizio in oggetto, a valere dal 2009, in attesa di un chiarimento normativo definitivo.

ULTERIORI OBIETTIVI TRASVERSALI A VALENZA PROVINCIALE

➤ **OBIETTIVO N. 11 - SVILUPPO COESIONE SOCIALE**

Obiettivo che affronta la novità, introdotta dalla legislazione regionale, per la programmazione di questa triennalità dei Piani di Zona che dovrebbe ricomprendere, oltre ai livelli d'integrazione con il sistema sanitario e socio-sanitario, il rapporto con le politiche del lavoro, dell'istruzione e della casa. Un capitolo che apre una prospettiva nuova, già indicata a premessa di questo documento e che merita, nonostante le ovvie difficoltà di programmazione, almeno dal punto di vista dello sviluppo e dell'inter-azione, un'attenzione anche in ottica provinciale.

- ✓ LINEE COMUNI DI RACCORDO TRA GLI AMBITI TERRITORIALI

AZIONI

- ✓ DEFINIZIONE DI PROTOCOLLI D'INTESA CON LA PROVINCIA E IL PROVVEDITORATO AGLI STUDI PER LE COMPETENZE IN MATERIA DI LAVORO E DI ISTRUZIONE;
- ✓ CONFRONTO PER GLI ASPETTI PROCEDURALI E DI INTERAZIONE TRA AMBITI E SINGOLI COMUNI PER LE POLITICHE DELLA CASA

TEMPI

- ✓ ENTRO LA FINE DELLA SECONDA ANNUALITÀ DEI PIANI DI ZONA

➤ **OBIETTIVO N. 12 - FORMAZIONE**

Obiettivo trasversale alle aree e d'interesse strategico, in quanto elemento vitale per accompagnare processi di cambiamento ed innovazione. Il livello provinciale è coinvolto per le iniziative rivolte al raccordo di sistema e alla ricerca sulle sperimentazioni. In quest'ottica ogni nuova iniziativa formativa a livello provinciale dovrà essere assunta e riportata nel contesto programmatico definito dagli obiettivi del presente prologo, favorendo in Ambito Territoriale la formazione congiunta degli operatori dei Distretti e degli Ambiti.

- ✓ INDIVIDUAZIONE INTESI, STRATEGIE E PRIORITÀ

AZIONI

- ✓ DEFINIZIONE DI ACCORDI CON LA PROVINCIA PER LA PROGRAMMAZIONE DEL PIANO FORMATIVO E CON L'UNIVERSITÀ DI BERGAMO PER GLI ASPETTI DI RICERCA IN OTTICA PROVINCIALE E DI AMBITO

TEMPI

- ✓ PER TUTTO L'ARCO TEMPORALE DI VIGENZA DEI PIANI DI ZONA 2009-2011

2.6 Risorse

Per le **azioni di sistema** ricomprese dal presente prologo provinciale per i Piani di Zona 2009-2011 il Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci unitamente ai Presidenti delle Assemblee dei Sindaci dei Distretti socio-sanitari destinerà quota parte del Fondo Nazionale Politiche Sociali per la parte denominata “Fondo di riequilibrio”.

Per il **sistema informativo** e il lavoro d’integrazione con il sistema socio-sanitario sarà utilizzata la quota parte del Fondo Nazionale per le non autosufficienze a disposizione.

3 L’ambito13 di Treviglio

[Inserire dati socio anagrafici in costruzione](#)

4 Valutazione Piano di zona 2006-2008

Con riferimento al triennio trascorso gli obiettivi generali e prioritari erano:

- ❑ Strutturare l’organizzazione del sistema integrato dei servizi ;
- ❑ Consolidare il S.S. comunale come snodo nevralgico territoriale per i servizi alle persone sviluppando le reti tra comuni (S.S. di sub Ambito...), le economie di gestione (servizi integrati);
- ❑ Rinforzare le reti locali sostenendo l’Associazionismo e la solidarietà;
- ❑ Rinnovare e sviluppare i protocolli con l’ASL a sostegno dei processi di integrazione socio sanitaria;
- ❑ Sviluppare le strategie di area, vedi schede seguenti;
- ❑ Consolidare il sistema organizzativo dell’Ufficio di Piano.

Il triennio che si è andato a chiudere ha registrato importanti e significativi risultati in ordine a sei obiettivi strategici:

- La costituzione dell’Azienda Sociale Consortile “Risorsa Sociale Gera D’Adda” come ente strumentale dei Comuni per la gestione integrate delle politiche sociali sul territorio che ha consentito di dotare lo stesso di una organizzazione stabile in grado di rispondere e gestire l’insieme della attività e dei servizi conferiti
- La messa a regime del servizio sociale di base come U.O. su cui si fonda il sistema d’offerta territoriale
- L’adeguamento delle risorse umane messe in campo sia per il S.S. che per i servizi associati
- La gestione dei titoli secondo le indicazioni regionali
- La vaucherizzazione dei servizi SAD e le prime ipotesi di Accreditamento per servizi della prima infanzia
- La stipula di protocolli operativi con i soggetti istituzionali (scuole), con i servizi socio Sanitari (Neuropsichiatria infantile) con l’Azienda ospedaliera (Servizio sociale in ospedale), con l’ASL per il servizio Tutela Minori.

Gli obiettivi operativi non conseguiti (carta dei servizi di ambito, ISEE di ambito per i servizi domiciliari, sistema informativo per il lavoro sociale) trovano risposta in una necessità e un tempo di maturazione che li vede confermati nella loro attualità e assegnati alla prossima triennalità.

L'esperienza maturata con l'avvio di tavolo di lavoro, con il coinvolgimento diretto del realtà del territorio, costituiscono una buona premessa per lo sviluppo degli obiettivi di integrazione che stanno alla base del prossimo triennio.

4.1.1 La spesa sociale di Ambito

Nel riassuntivo per aree di intervento per il triennio 2006-2008 è possibile rilevare l'andamento della spesa generale di competenza dell'ambito, in linee con i bilanci di previsione e con le priorità definite dall'assemblea dei sindaci.

PDZ 2006-2008	2006	2007	2008
Area anziani	902.812,24	881.474,22	992.494,32
Area minori	898.046,85	1.160.439,02	1.293.490,76
Area disabili	324.105,92	504.930,87	515.856,25
Area immigrazione	48.400,63	47.884,40	83.525,86
Area segretariato	82.818,62	91.973,80	87.483,67
ufficio di piano	161.168,16	178.899,96	257.375,66
Totale complessivo	2.417.352,42	2.865.602,27	3.230.226,52

Nell'area anziani si è andato consolidando sia il servizio di Assistenza domiciliare con un incremento delle ore erogate che nel 2008 è pari a 23115 ore, è stata avviata la sperimentazione con il S.S. in Ospedale, si è data continuità ai ricoveri di sollievo, si sono incrementati i buoni sociali e riconosciuto una retrocessione ai comuni a gestione diretta del SAD.

Nell'area Disabili l'ambito si è fatto carico degli oneri relativi al trasporto presso i CDD, si è potenziato il Nucleo Inserimento Lavorativo con il passaggio a tempo pieno dell'AS si è data continuità allo spazio autismo, unitamente, per l'area salute mentale si è confermato il contributo per gli spazi occupazionali

Nell'area minori si sono registrati incrementi legati alla crescita della spesa sociale per la tutela minori, l'erogazione di buoni alle famiglie numerose, l'incremento delle ore di Assistenza domiciliare educativa per i minori a rischio o soggetti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria.

Si è data continuità ai consultori adolescenti e avviato un percorso di accompagnamento alle famiglie affidatarie, si è avviata altresì una prima sperimentazione con i buoni per la psicoterapia infantile.

Nell'area Immigrazione nove povertà si sono garantiti gli interventi per le emergenze dei senza fissa dimora e per le donne vittime di violenza e prostituzione. Si è rinnovato il protocollo con le scuole per l'alfabetizzazione e mediazione, si sono incorporati gli sportelli immigrati andando a definire una rete locale di accesso uniforme sul territorio.

Infine con la voce ufficio di piano si è andato strutturando sia normativamente, con l'adozione della pianta organica, che per dimensioni il servizio sociale di base; si sono sostenuti i costi di avviamento dell'azienda consortile e la si è dotata di risorse professionali proprie superando la fase transitoria dei comandi, conferendo alla stessa solidità e radicamento

Osservando la tabella sottostante che documenta l'incidenza percentuale delle diverse aree, possiamo verificare come l'area minori e famiglie e l'area anziani coprono il 70,7% della spesa sociale dell'ambito, seguite dall'area Disabilità con 16%. Queste aree rappresentano le popolazioni più significative e fragili del nostro sistema sociale.

Gli interventi nelle restanti aree immigrazione seguono più la logica di interventi legati a condizioni specifiche e di emergenza transitoria per collocare poi la continuità delle prestazioni all'interno delle due macro aree Minori e anziani.

Infine l'area minori e famiglie rappresenta, per il nostro territorio in crescita, l'area della prevenzione e della promozione del benessere.

PDZ 2006-2008	2006	2007	2008
Area anziani	8,53	8,35	9,41
Area minori	8,08	11,00	12,26
Area disabili	3,53	4,79	4,89
Area immigrazione	0,46	0,45	0,79
Area segretariato	0,78	0,87	0,83
ufficio di piano	1,53	1,70	2,44
Totale complessivo	22,91	27,16	30,62

SPESA PRO-CAPITE

La spesa pro-capite complessiva, stimata su 105.505 abitanti allo 01/01/2008 evidenzia il seguente andamento:

2006	2007	2008
22,91	27,16	30,62

L'incremento medio della spesa pro capite segnala una attenzione degli amministratori ai bisogni e alle problematiche presenti sul territorio pur in presenza di significativi scostamenti nelle diverse realtà locali.

Infatti la spesa di ambito dovrà essere incrociata con la spesa sociale dei singoli comuni per perseguire l'obiettivo di rendere il territorio dell'ambito sempre più uniforme e accessibile in termini di pari opportunità offerte ai cittadini.

4.1.2 Il Servizio Sociale Professionale

Con il triennio e la costituzione dell'azienda speciale consortile si sono messe le basi per uno sviluppo stabile del servizio sociale professionale.

Rappresenta l'articolazione operativa radicata sul territorio dei Comuni aderenti al Consorzio

Il Servizio Sociale di Base è articolato sul territorio dei singoli Comuni aderenti in rapporto alla popolazione e ai Bisogni del territorio e regolato nel contratto di servizio.

La figura professionale di riferimento è rappresentata dall'Assistente Sociale di Base

Al servizio sociale di base sono assegnate le seguenti funzioni:

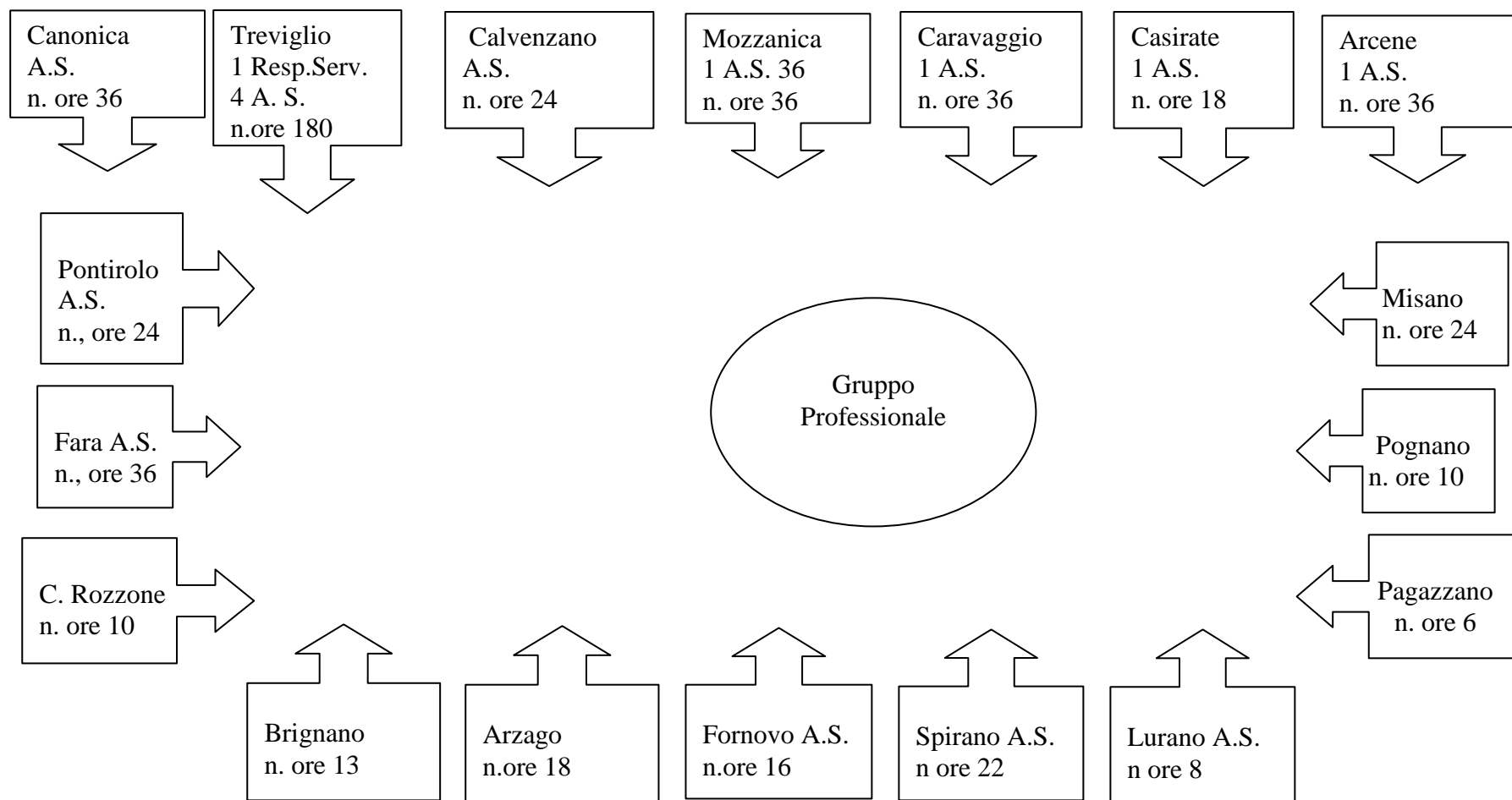
- ⇒ Analisi e valutazione dei bisogni della popolazione del Comune
- ⇒ Erogazione dei servizi e delle provvidenze ai cittadini
- ⇒ Costruzione delle rete locale
- ⇒ Il monitoraggio della qualità e degli esiti delle prestazioni
- ⇒ Il controllo su servizi erogati e la "qualità percepita" dai cittadini

Il servizio sociale professionale rappresenta l'unità operativa più prossima ai cittadini e costituisce la prima porta d'accesso che consente di informare, orientare e accompagnare i cittadini nelle rete socio assistenziale e socio sanitaria.

Il servizio sociale professionale è altresì orientato a valorizzare le reti locali e ha co-costruire con i soggetti del territorio processi di miglioramento della coesione sociale.

L'associazionismo, il volontariato, le istituzioni locali sono i naturali partner con cui condividere strategie e progetti di intervento locale.

Alla fine di questo triennio il servizio sociale professionale ha la seguente configurazione e dimensionamento:



5 Orientamenti di Fondo e Strategie per il Triennio 2009 - 2011

5.1 Premessa

La programmazione del Piano di Zona per il triennio 2009-2011 si inserisce in un nuovo contesto normativo, caratterizzato dalla legge regionale 12 marzo 2008, n. 3 “*Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario*”. In particolare, la legge valorizza la definizione, in termini normativi, di una rete di unità d’offerta e la piena espressione delle capacità progettuali dei soggetti pubblici e privati, in particolare appartenenti al terzo settore. I principi sui quali è stata costruita sono quelli che hanno caratterizzato l’evoluzione del welfare lombardo degli ultimi anni, primi fra tutti:

- **la centralità della persona e il sostegno alla famiglia**, quale nucleo fondamentale per la cura alla persona e del tessuto sociale,
- **la flessibilità dei servizi e la libera scelta** dei cittadini rispetto alle unità di offerta della rete sociale e sociosanitaria, all’interno di un preciso sistema di regole.
- **la sussidiarietà** come capacità del sistema sociale e istituzionale di coniugare competenze e capacità, nel prendersi cura e sostenere processi di benessere e integrazione sociale delle persone nei propri contesti di vita. Sussidiarietà che coniuga, con una rinnovata capacità di tessere relazioni, tra tutti gli attori del sistema, nel concorso corale alla costruzione di un Welfare della responsabilità e della centralità della persona

Fare programmazione oggi significa porsi delle domande sul dove vogliamo andare , con chi e come, con lo sguardo proteso verso un futuro incerto, senza dimenticare le eccellenze maturate nel corso degli anni, a partire da un forte radicamento nel presente che, nonostante tutto, non può e non deve assorbire in modo totalizzante la nostra capacità di riflessione.

5.2 Orientamenti Strategici per il prossimo triennio

Gli assi strategici della nuova triennalità trovano espressione in alcune proposizioni di fondo:

5.2.1 Accessibilità e Sistema integrato delle Unità d’Offerta

Il superamento della frammentazione e la separazione delle competenze deve lasciare spazio alla costruzione di processi integrati che coinvolgono:

- ◆ le unità d’offerta socio-sanitaria in un continuum tra prestazioni di cura e interventi sociali secondo processi condivisi
- ◆ la comunicazione integrata verso i cittadini
- ◆ la riorganizzazione del sistema di accesso che favorisca una risposta integrata ai bisogni globali della persona
- ◆ il sistema informativo come conoscenza e tracciabilità della storia personale
- ◆ L’integrazione delle risorse professionale ed economiche dei diversi attori per realizzare economie ed accrescere l’efficacia delle prestazioni
- ◆ La valorizzazione delle risorse informali e formali delle reti locali a partire dai luoghi di vita primari (famiglia, scuole, luoghi dell’aggregazione sociale e del tempo libero)

5.2.2 Fare Rete costruire Integrazione

L'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito 13 di Treviglio, consapevole delle molteplici potenzialità e risorse che compongono la comunità locale, intende promuovere una nuova stagione di **costruzione di relazioni** con tutti quei soggetti che a vario titolo esercitano una funzione sociale.

In tale prospettiva si esprime **la volontà di agire in qualità di enti locali impegnati nella promozione di tutele e opportunità per tutti i cittadini**, attraverso la costruzione di una **dinamica relazionale** forte con tutti gli attori della rete formale ed informale che agiscono nei nostri comuni.

Questa linea di indirizzo politico si realizza attraverso:

- ◆ politiche di supporto alla famiglia, primo soggetto su cui si fondano le nostre comunità;
- ◆ la promozione di partecipazione della cittadinanza e di valorizzazione dei “mondi vitali” che già oggi animano le nostre comunità locali;
- ◆ la costituzione di partnership forti con le realtà/associazioni del volontariato organizzato;
- ◆ esperienze di progettazione congiunta con le diverse espressioni del terzo settore, con particolare riferimento alla Cooperazione Sociale, alle Caritas, alle Organizzazioni di volontariato riconosciute, ai Patronati;
- ◆ esperienze di integrazione e di raccordo interistituzionale con i soggetti e gli enti che operano nel territorio.

5.2.3 Prevenzione e Promozione nel /del lavoro sociale

L'assemblea dei Sindaci dell'Ambito 13 di Treviglio ritiene di porre a fondamento dell'azione programmatica connessa al Piano di Zona la chiara scelta di privilegiare la **dimensione di lavoro di stampo preventivo – promozionale** a beneficio della collettività e dell'interesse dei cittadini, pur tenendo in considerazione le diverse tipologie di soggetti che vivono nelle nostre comunità. Questa dimensione dovrà permeare l'intero assetto delle politiche sociali e caratterizzare in modo innovativo il prossimo triennio di attività.

L'Assemblea dei Sindaci definisce di giungere alla strutturazione di un **apposito stanziamento** finalizzato alla progettazione e alla realizzazione di azioni, interventi, servizi di natura preventiva e promozionale, con particolare riferimento alle famiglie con minori, agli adolescenti e ai giovani.

A tale proposito, si dà mandato alla componente tecnica dell'Ufficio di Piano di sviluppare, in accordo con l'Azienda Risorsa Sociale, una proposta che, a partire da una lettura delle risorse già previste nei bilanci comunali e tenendo in considerazione i possibili canali di finanziamento aggiuntivo, possa prevedere la definizione di **una quota di spesa pro-capite, omogenea** per tutti i 18 comuni dell'Ambito, finalizzata in **modo esclusivo a politiche sociali di prevenzione e promozionali**.

La **spesa sociale promozionale** diviene un **impegno assunto** da tutte le amministrazioni per il prossimo triennio e, nell'ambito di una programmazione unitaria, potrà trovare modalità attuative sia di portata comunale, di sub ambito o di intero ambito attraverso future progettualità da realizzarsi in partnership con le realtà del territorio.

5.2.4 La “CURA” nel lavoro sociale come processo diffuso radicato nella Comunità

L'assemblea dei Sindaci dell'Ambito 13 di Treviglio condivide la necessità di giungere ad un nuovo investimento di attenzioni e strategie che tendano a favorire modalità di presa in carico che non si risolvano nella “gestione” di casi, nell'erogazione di prestazioni, nell'attivazione di servizi standardizzati e di un sistema di offerta auto referenziale.

La nuova dimensione del lavoro sociale pone al centro e valorizza le componenti **dell'ascolto, dello “stare con”, dell'accompagnamento e della cura** delle persone. Questa linea d'indirizzo politico prevede di sostenere, favorire e premiare, nel corso del prossimo triennio, azioni ed iniziative

progettuali che aspirino a superare la “stratificazione” dei servizi e il consolidamento “a tutti costi” dell’esistente, introducendo **elementi di novità e nuovi investimenti** finalizzati all’obiettivo prioritario di “**personalizzare/diversificare**” l’intervento, di “**adeguare**” l’offerta al bisogno rilevato, di garantire l’accesso “**al giusto livello**” di opportunità.

La dimensione della cura si esprime con una spinta ad introdurre una cultura della “vicinanza” che permette di riconoscere la persona che chiede aiuto nella sua globalità, al di là e oltre il motivo specifico che in quel momento determina una condizione di fragilità o bisogno.

Il lavoro di cura diviene un impegno assunto da tutte le amministrazioni e, nell’ambito di una programmazione unitaria, potrà trovare apposite modalità di supporto a percorsi innovativi e a riconoscimenti di investimenti specifici in tale area di intervento.

5.3 Linee guida per il triennio

Con riferimento alle linee guida espresse dalla Regione, vista l’esperienza maturata con le precedenti annualità, le priorità per il prossimo triennio sono:

- 1. Consolidamento della Gestione Associata** con il potenziamento dell’Azienda Speciale Risorsa Sociale Gera d’Adda per la gestione dei servizi socio assistenziali di Ambito
- 2. Potenziamento del Servizio sociale di base** come snodo nevralgico per qualificare la relazione con i cittadini, per accogliere e orientare le domande sociali, per connettere le reti locali, per integrare le politiche sociali sul territorio
- 3. Sviluppo dell’”integrazione socio sanitaria attorno a quattro snodi operativi:**
 - Continuità Assistenziale
 - Porte uniche d’accesso
 - Patti e protocolli tra Strutture socio sanitarie e territorio
 - Costruzione di processi integrati attraverso una programmazione congiunta e coordinata dei progetti e delle prestazioni immerse sul territorio

Oggetto dell’integrazione sono:

- L’integrazione delle risorse come concorso plurale alla realizzazione di progetti comuni
- L’integrazione delle professionalità
- L’integrazione dei sistemi operativi con priorità legata : sistemi di comunicazione ai cittadini, sistemi informativi di condivisione delle conoscenze, semplificazione della complessità nell’accesso ai servizi.

4. Sviluppo delle reti locali di prossimità

La qualità del sistema sociale si misura con la vitalità e la solidità del sistema di relazioni tra soggetti della comunità. I servizi e le unità d’offerta trovano la loro efficacia se ancorate ad un sistema sociale che consente alle persone, alla famiglie, alle associazioni e ai gruppi di uscire dall’isolamento/solitudine che pervade la percezione individuale e collettiva per affrontare le nuove incertezze e i cambiamenti.

La dimensione Associativa rappresenta una importante risorsa delle comunità che, unitamente allo sviluppo e sostegno delle pratiche di sussidiarietà diretta e di buon vicinato, rendono i nostri territori abitati e arricchiti da un tessuto sociale capace di generare appartenenza e identità.

Il sostegno e lo sviluppo dell’associazionismo, la promozione di pratiche sociali di sussidiarietà rappresentano un indirizzo qualitativo dell’azione sociale del prossimo triennio.

5.4 La Partecipazione alla costruzione del Piano di Zona

L'azione prioritaria a sostegno delle linee guida e alla costruzione di un Piano di Zona partecipato è rappresentata dallo sviluppo a tutti i livelli della funzione di coordinamento/integrazione che deve connettere il modo di agire e di operare dei diversi attori del sistema territoriale.

Con riferimento all'Ambito la funzione di coordinamento trova la sua traduzione nella istituzione di quattro livelli di coordinamento:

5.4.1 Ufficio di Piano

l'Ufficio di Piano, quale soggetto di supporto alla programmazione, è responsabile delle funzioni tecniche, amministrative e della valutazione degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi del piano di zona.

5.4.1.1 Composizione

L'UDP è composto da:

Responsabile Sociale,

Responsabili di area,

Due rappresentanti dei comuni di Treviglio e Caravaggio

Direttore generale Azienda Consortile risorsa Sociale Gera d'Adda

5.4.1.2 Oggetto di lavoro

L' Ufficio di Piano deve garantire un servizio integrato di servizi, attraverso:

- la programmazione, pianificazione e valutazione degli interventi sociali,
- la costruzione e gestione del budget,
- l'amministrazione delle risorse complessivamente assegnate (FNPS, Fondo Sociale Regionale, Fondo Non autosufficienza, quote dei Comuni e di altri eventuali soggetti);
- il coordinamento della partecipazione dei soggetti sottoscrittori e aderenti all'Accordo di Programma.
- La programmazione e lo sviluppo delle politiche sociali integrate
- La costruzione di patti e protocolli
- La costruzione di un sistema diffuso e omogeneo sul territorio

Gli Uffici di Piano rispondono, inoltre, nei confronti dell'Assemblea dei Sindaci, dell'ASL e della Regione, della correttezza, attendibilità, puntualità, degli adempimenti previsti rispetto ai debiti informativi regionali.

5.4.1.3 Modalità di funzionamento

L'UDP coordinato dal Responsabile nominato dall'Assemblea dei Sindaci si riunisce di norma una volta la mese con i responsabili di area per programmare obiettivi operativi in attuazione dei programmi di intervento

Semestralmente redige un report informativo per l'assemblea dei Sindaci sull'andamento dello sviluppo del piano zona.

5.4.2 Il Tavolo della Governance locale

Presieduto dal Presidente dell'assemblea dei sindaci dell'Ambito, con la partecipazione dei principali attori territoriali, rappresenta il luogo d'incontro, di elaborazione e di condivisione della visione strategica del territorio.

5.4.2.1 Composizione

Partecipano al tavolo della Governace locale:

- Presidente Assemblea dei Sindaci dell'Ambito
- Presidente Azienda Speciale Consortile Risorsa Socile Gera d'Adda
- Direttore Sociale Distretto ASL
- Direttore Azienda Ospedaliera
- Rappresentanti Terzo Settore
- Istituzioni Scolastiche
- Parrocchie
- Sindacati

La composizione del tavolo vede convergere tutti gli attori territoriali che a diverso titolo concorrono a costruire il sistema di "Cura", "Formazione", "Aiuto", "Tutela" operante sul territorio

5.4.2.2 Oggetto di lavoro

Il tavolo della Governace locale ha per oggetto l'integrazione e il coordinamento dei piani di sviluppo territoriale delle politiche sociali con le politiche socio-sanitarie, formative e del lavoro.

È un luogo di programmazione partecipata ed esprime elaborazioni, indirizzi, orientamenti, da consegnare all'Assemblea dei Sindaci in ordine alle priorità e alla costruzione del sistema di Welfar sciale, sanitario, formativo locale integrato.

5.4.2.3 Modalità di funzionamento

Si convoca di norma due volte l'anno in occasione della programmazione annuale e della valutazione degli esiti.

5.4.3 Integrazione socio - sanitaria

Rappresenta il quarto livello di integrazione del sistema locale che consente di tradurre operativamente sul territorio le indicazioni generali contenute nei piani socio sanitari delle Regione, nei Piani di sviluppo dell'ASL e dell'Azienda Ospedaliera.

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

5.4.3.1 Composizione

Il processo di integrazione soci sanitaria vede coinvolti:

Ufficio Di Piano

ASL

Azienda Ospedaliera

Enti socio sanitari accreditati

5.4.3.2 Oggetti di lavoro

L'integrazione istituzionale, si basa sulla necessità di promuovere collaborazioni tra enti ed istituzioni diverse, in particolare tra Comuni, ASL, Azienda Ospedaliera e Terzo Settore;

l'integrazione operativo-funzionale, richiede capacità di lavorare secondo una logica progettuale e di incontro nel processo operativo di più operatori e di più professionalità; l'integrazione sociosanitaria, attraverso una programmazione coordinata con le politiche sanitarie costituisce il reale obiettivo di una presa in carico unitaria dei bisogni e della persona. In particolare, l'integrazione sociosanitaria dovrà riguardare gli interventi di continuità assistenziale, il raccordo tra titoli sociali e titoli sociosanitari e in generale gli interventi di tipo domiciliare, quelli a sostegno della genitorialità e la tutela minori, gli interventi e i progetti in area salute mentale, dipendenze e promozione di sani stili di vita.

Gli oggetti che rappresentano la priorità per il territorio sono:

- Integrare le risorse
- Migliorare i processi

Nello specifico l'azione coordinamento integrazione verterà sui seguenti aspetti:

- Dimissioni protette : ADI , Ospedale e territorio
- Le non autosufficienze: Interventi di sollievo, sperimentare la domiciliarità per le demenze e l'Alzheimer , qualificare i Titoli sociali
- Il servizio sociale in Ospedale
- Rete Consultoriale e interventi di Prevenzione e Promozione
- Politiche attive per l'inserimento sociale e lavorativo per i malati psichici e gli adulti a rischi di grave emarginazione

5.4.3.3 Modalità di funzionamento

Attorno ai diversi oggetti di lavoro si andrà a costituire dei gruppi di lavoro con il mandato di:

- ridefinire i processi operativi,
- di introdurre miglioramenti nella comunicazione ai cittadini,
- integrare e rendere permeabili i diversi sistemi informativi

5.4.4 Le Reti locali nei Comuni

Lo sviluppo dei processi di integrazione trova il suo primo livello di efficacia nel radicamento delle reti territoriali governate dalla regia del Comune.

5.4.4.1 Composizione

Partecipano alla rete locale: Sindaco, Assessore, Assistente Sociale, Servizi culturali e pubblica istruzione e i rappresentanti degli attori sociali locali (Parrocchia, Scuola, Associazioni sportive, Associazioni di volontariato con finalità sociali, Gruppi riconosciuti)

5.4.4.2 Oggetto di lavoro

Gli oggetti di lavoro della rete locale sono rappresentati dalla costruzione di una relazione diretta con i cittadini, dalla valorizzazione delle risorse della comunità in termini di partecipazione attiva in

uno scambio di reciprocità che restituisce a territorio una comunità solidale, attenta ai bisogni delle persone, capace di costruire appartenenza esprimendo una cultura della prossimità.

La rete di comunità, coordinata dal servizio sociale di base del comune, si ritrova con cadenza semestrale per condividere programmi e iniziative locali da sviluppare sul territorio.

Il servizio Sociale di base rappresenta il punto di riferimento stabile di coordinamento per attivare collaborazioni ed iniziative specifiche, con i diversi attori locali nel quadro di una rappresentazione condivisa dei bisogni e delle risorse del territorio.

6 Rapporti con il Terzo Settore

Il Terzo Settore rappresenta un universo variegato e costitutivo nel quadro dei soggetti che concorrono alla costruzione di politiche pubbliche a sostegno delle persone delle famiglie e delle comunità.

Il coinvolgimento del terzo settore, valorizzando l'apporto innovativo delle organizzazioni non profit nelle politiche per la qualità sociale e dando in tal modo piena attuazione al principio di sussidiarietà orizzontale, trova espressione attraverso il suo coinvolgimento a tre livelli:

Primo livello: il tavolo della Governace Locale che ha come oggetto principale la condivisione della pianificazione e programmazione degli interventi;

Secondo livello: I tavoli di Area che hanno come oggetto la progettazione del sistema integrato delle U.O., l'individuazione di indicatori di processo e di risultato, la valutazione in tutte le sue fasi (ex ante- in itinere -ex post) degli obiettivi e dei progetti dell' area;

Terzo Livello: i Gruppi di lavoro per costruire innovazione e miglioramento

7 Programmazione e organizzazione

8 Aree di intervento

8.1 Premessa

L'organizzazione per area, in continuità con il piano del precedente triennio, consente di presentare il piano dei servizi per popolazioni di riferimento e per tipologie di sistemi d'offerta. L'insieme degli interventi per area si pone la finalità di costruire un "micro sistema" che si sviluppa con gradi diversi di protezione, per favorire la crescita armoniosa delle persone e delle famiglie.

Titoli sociali, unità d'offerta, progetti, prestazioni, rappresentano opportunità per migliorare la propria condizione, intraprendere percorsi di emancipazione, che consentano di attraversare i momenti di crisi e le fragilità con una partecipazione attiva nella costruzione di livelli di autonomia possibile.

8.2 Area Disabilita' e Salute Mentale

8.2.1 Introduzione

Allo scopo di dare una definizione condivisa di disabilità è opportuno fare riferimento alla Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) approvata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità il 22.05.2001.

Questa classificazione di carattere multidimensionale prende in esame due parti:

- Funzionamento e Disabilità, in cui si analizzano le funzioni e strutture corporee ed il grado di attività e partecipazione

- Fattori contestuali, suddivisi in fattori ambientali e personali.

L'ICF propone la sostituzione ed il superamento di alcuni concetti e termini come "handicap", considerato nell'ICDH come "situazione di svantaggio conseguente ad una menomazione o ad una disabilità che in un soggetto limita o impedisce l'adempimento del ruolo normale per tale soggetto in relazione all'età, sesso e fattori socioculturali" (significato contenuto anche nella L. 104/92) attribuendo maggior rilievo all'incidenza che i fattori ambientali, sociali e culturali esercitano sulla condizione di salute. L'ICF infatti definisce la disabilità come interazione tra condizione di salute e ambiente sfavorevole. Tale classificazione riguarda perciò tutte le persone e non un solo gruppo, dal momento che ognuno può sperimentare nella sua vita la condizione di disabilità così intesa. In questo modo è possibile evidenziare come le persone convivono con la loro condizione e come sia possibile migliorare la loro qualità di vita.

Volendo definire in modo più circoscritto il fenomeno e individuare il "requisito" necessario perché una persona possa vantare un diritto all'accesso ai servizi dedicati, possiamo individuare un sicuro riferimento proprio nella Legge 104/92 che, oltre a dare una definizione di persona handicappata, all'art. 4 fornisce una precisa indicazione riguardo alla modalità di accertamento di tale condizione.

"E' persona handicappata colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione" (L. 104/92 art. 3 comma 1).

"Gli accertamenti relativi alla minorazione, alle difficoltà, alla necessità dell'intervento assistenziale permanente e alla capacità complessiva individuale residua,..., sono effettuati dalle unità sanitarie locali mediante le commissioni mediche di cui all'art. 1 della legge 15 ottobre 1990, n. 295..." (L. 104/92 art. 4).

Accanto alla disabilità certificata emergono sempre più aree di disagio sociale che affluiscono ai servizi e alle richieste di aiuto che coinvolgono un numero crescente di persone adulte

La programmazione di un piano coordinato di interventi e servizi per la disabilità e la salute mentale non può prescindere dal fatto che questi aspetti della vita delle persone sono trasversali a tutte le aree di intervento sociale (minori e famiglie, anziani, stranieri, ecc.).

Tenere la finalità dell'integrazione e dell'inclusione sociale come linea guida per la programmazione, significa valorizzare non solo risposte ad hoc per persone disabili, ma anche e soprattutto risposte che permettano alle persone disabili di usufruire il più possibile delle opportunità a disposizione della generalità della popolazione.

La programmazione qui delineata si pone come un processo sul quale lavorare nell'arco del triennio e non già come un punto di arrivo. All'interno di questo processo siamo consapevoli dell'importanza di garantire la partecipazione delle famiglie alla programmazione e alla valutazione della rete di offerta, coniugando la motivazione all'autodeterminazione con la necessità di programmazione e coordinamento di risposte soddisfacenti, efficaci ed efficienti.

La rete di offerta risultante da questo processo di programmazione, come più volte auspicato dalla normativa regionale, dovrà essere espressione di integrazione tra istituzioni diverse, prevedendo quindi una filiera di servizi sanitari, socio sanitari e socio assistenziali in grado di offrire interventi terapeutici, riabilitativi, educativi e assistenziali, in stretto collegamento con le politiche per la scuola, la formazione e il lavoro.

La programmazione dell'Area coinvolge le prestazioni afferenti al Nucleo zonale per la disabilità e 5 settori di intervento:

- 1) Il Nucleo Zonale per le Disabilità (NZD)

- 2) Area dell'integrazione scolastica;
- 3) Area dell'integrazione nel territorio e del supporto domiciliare;
- 4) Area del coinvolgimento della famiglia;
- 5) Area dell'integrazione lavorativa e Nucleo per l'Integrazione Lavorativa (NIL);
- 6) Area della Salute Mentale.

La rete territoriale coinvolta dal Tavolo di Lavoro dell'area Disabilità ha visto la partecipazione attiva, oltre all'Ufficio di Piano, di: UONPIA, scuola primaria e superiori, il Forum del terzo settore, l'associazionismo, la formazione professionale, i CDD, il Dipartimento Salute Mentale.

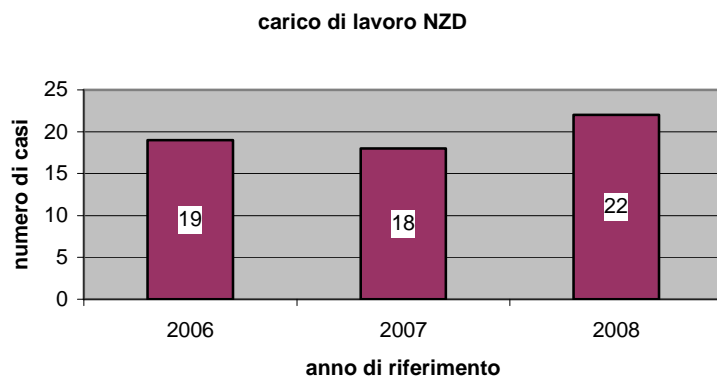
La programmazione del triennio viene impostata dopo aver considerato la rete attuale delle unità d'offerta e i dati relativi alla popolazione disabile residente nel nostro ambito territoriale.

8.2.2 Il Nucleo Zonale per le Disabilità

Il tema della presa in carico delle persone disabili in dimissione dalla UONPIA territoriale verrà affrontato all'interno di un percorso di formazione e confronto promosso dal Dipartimento Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera.

Fin da ora è però importante chiedersi quale ruolo si pensi debba ricoprire il NZD. Fino ad oggi il NZD ha espresso una funzione di coordinamento nell'Area della Disabilità e, anche se in modo marginale, una funzione di consulenza ai servizi sociali comunali per la valutazione e la progettazione degli interventi relativi ai singoli casi.

Negli ultimi 3 anni i casi per i quali è intervenuto il NZD sono stati i seguenti:



La mancanza di un'equipe territoriale che possa porsi come punto di riferimento per i servizi e le famiglie nell'orientamento e gestione degli adulti in situazione di disabilità richiederebbe di rafforzare questa specifica funzione del NZD. Questa ipotesi presuppone **la costituzione del NZD come equipe stabile e integrata di operatori**, oltre che la presenza di una più ampia rete di servizi territoriali a cui fare riferimento, anche al fine di ridurre il crescente utilizzo dei buoni sociali per progetti generici e non verificabili.

La costituzione del NZD come equipe stabile di lavoro dovrà tenere conto del percorso di approfondimento per le persone in uscita dall'UONPIA proposto dall'Azienda Ospedaliera. In ogni caso l'equipe dovrebbe porsi non solo come risorsa interna all'azienda sociale ma anche come risorsa riconosciuta all'esterno per compiti istituzionali connessi alla gestione della disabilità: informazione, consulenza, valutazione, progettazione, sostegno, gestione di pratiche connesse a compiti amministrativi. Per fare questo l'equipe dovrebbe prevedere in forma stabile figure professionali proprie con competenze psicologiche, sociali ed educative, la consulenza degli operatori medici dell'Azienda Ospedaliera (neurologo, psichiatra, fisiatra ecc.) oltre che la collaborazione stretta con i medici di base.

Nello specifico il ruolo del NZD potrebbe consistere nella collaborazione con i Servizi Sociali comunali, con la Scuola, la Formazione Professionale, la UONPIA. l'Ambulatorio Psichiatrico, il Terzo Settore e i servizi gestiti dall'Ambito per le seguenti attività:

- Valutazione funzionale dei casi di disabilità adulta;
- Progettazione di interventi individualizzati, loro monitoraggio e verifica;
- Consulenza e sostegno alle persone disabili;
- Consulenza e sostegno a genitori o familiari;
- Consulenza ai servizi e agli operatori coinvolti nella realizzazione dei progetti individualizzati.

Il NZD potrà inoltre intersecare le proprie funzioni con quelle del NIL (Nucleo Integrazione Lavorativa) qualora lo richieda il carico di lavoro, il singolo caso o il tipo di figura professionale richiesta.

8.2.3 Favorire l'integrazione scolastica

8.2.3.1 Alcuni dati descrittivi della situazione attuale.

Dati complessivi relativi alla popolazione disabile in età scolastica sono poco confrontabili a seconda della fonte di provenienza, a causa dei diversi raggruppamenti di utenza ai quali ci si riferisce. Nello specifico, le variabili che determinano discrepanze tra le fonti sono soprattutto le seguenti:

- La frequenza di scuole interne o esterne all'Ambito;
- La frequenza di scuole situate nell'Ambito da parte di disabili non residenti nell'Ambito stesso;
- La frequenza di scuole paritarie.

Il numero complessivo degli alunni disabili fornito dalla UONPIA territoriale relativamente all'anno scolastico 2008-2009 è pari a 249 unità.

Il numero comprende sia chi frequenta scuole pubbliche che paritarie e copre gli ordini di scuola dall'Infanzia alla Secondaria 2°, compresa la Formazione Professionale.

Sono compresi in questo numero anche gli alunni disabili residenti nel nostro territorio che frequentano scuole situate all'esterno del nostro Ambito.

I dati seguenti, ottenuti dall'Ufficio Scolastico Regionale, permettono di osservare, nel corso degli ultimi 3 anni scolastici, l'andamento della presenza di alunni disabili nella scuola.

Alunni disabili nelle scuole dell'Ambito di Treviglio. Anni scolastici 2005-2006, 2006-2007, 2007-2008. Fonte: Ufficio Scolastico Regionale.

ordine di scuola	totale alunni 2005-2006	alunni disabili 2005-2006	% disabili 2005-2006	totale alunni 2006-2007	alunni disabili 2006-2007	% disabili 2006-2007	totale alunni 2007-2008	alunni disabili 2007-2008	% disabili 2007-2008
Infanzia	1629	11	0,67	1713	21	1,22	1754	20	1,14
Primaria	4112	74	1,80	4250	88	2,07	4403	83	1,88
Secondaria 1 ^o	2269	54	2,38	2308	49	2,12	2149	52	2,42
Secondaria 2 ^o	4610	53	1,15	4646	63	1,36	4645	68	1,46
TOT	12620	192	1,52	12917	221	1,71	12951	223	1,72

Nota: Non sono comprese le scuole paritarie o autorizzate: infanzia (12 scuole), primaria (5 scuole), Secondaria 1° (4 scuole), Secondaria 2° (3 scuole).

Il dato relativo alle scuole secondarie 2° comprende anche gli studenti non residenti nell'Ambito di Treviglio.

Per tutti e 3 gli anni considerati *la Scuola secondaria di 1° ha costantemente la più alta percentuale di presenza di alunni disabili. Cresce lentamente ma progressivamente la percentuale di presenza di studenti disabili nelle scuole secondarie di 2°.*

La tabella seguente permette di confrontare la presenza di alunni disabili nelle scuole dell'infanzia pubbliche con quella nelle scuole paritarie.

Alunni disabili nelle scuole paritarie dell'Ambito di Treviglio aderenti ADASM. Anno scolastico 2007-2008. Fonte: ADASM

ordine di scuola	totale alunni 2007-2008	Alunni disabili 2007-2008	% disabili 2007-2008
Infanzia	1391	8	0,6

La tabella seguente permette invece di effettuare un confronto con i dati provinciali relativi all'A. S. 2008-2009.

Alunni disabili nelle scuole della Provincia di Bergamo. Anno scolastico 2008-2009. Fonte: Ufficio Scolastico Provinciale.

ordine di scuola	totale alunni	Alunni disabili	% disabili
Infanzia	9403	188	2
Primaria	49113	1246	2,5
Secondaria 1°	28574	959	3,3
Secondaria 2°	39517	543	1,4
TOT	126607	2936	2,3

Risulta particolarmente importante, dal punto di vista dell'integrazione delle politiche dell'istruzione, della formazione, del lavoro e dei servizi socio assistenziali, osservare più in dettaglio l'andamento del fenomeno relativamente alle scuole Secondarie di 2°.

Studenti disabili frequentanti istituti di 2° grado pubblici dell'Ambito di Treviglio. Anno scolastico 2008-2009. Fonte: Istituti di 2° grado.

	07-08 1°	07-08 2°	07-08 3°	07-08 4°	07-08 5°	07-08 totale	08-09 1°	08-09 2°	08-09 3°	08-09 4°	08-09 5°	08-09 totale
Cantoni	2	3	1	2	1	9	4	2	2	1	2	11
Oberdan	2	2	5	2	0	11	1	1	1	5	2	10
Weil	0	0	1	1	1	3	0	0	0	1	2	3
Mozzali	2	2	0	0	0	4	1	2	2	0	0	5
Zenale	7	4	1	2	0	14	3	7	3	0	2	15
Galilei	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1
TOT	13	11	8	7	2	42	9	12	8	8	8	45

	range età al 31/12/2007	media età al 31/12/2007	Studenti in uscita 2007	range età al 31/12/2008	media età al 31/12/2008	Studenti in entrata 2008	Differenza entrati/usciti
Cantoni	15-19	17	2	15-20	16,6	4	2
Oberdan	15-20	17,4	1	15-21	18,2	0	-1
Weil	16-21	18,3	0	17-22	19,3	0	0
Mozzali	14-15	14,5	0	14-16	15,2	1	1
Zenale	14-18	15,7	1	14-19	16,3	2	1
Galilei	16	16	0	17	17	0	0
TOT	14-21	16,5	4	14-22	17,1	7	3

Nota: I dati sono relativi esclusivamente agli studenti disabili residenti nell'Ambito di Treviglio.

Possiamo osservare come l'età media degli iscritti disabili alla scuola secondaria 2° sia aumentata nell'ultimo anno scolastico.

Facendo un confronto tra l'anno scolastico attuale e quello precedente, notiamo come il numero di studenti disabili che lascia la scuola secondaria di 2° sia molto ridotto. Anche per questo il saldo tra chi entra e chi esce è a favore dei primi.

Se osserviamo però la distribuzione degli studenti nell'arco dei 5 anni di frequenza, notiamo come nell'A. S. in corso siano aumentati il numero di studenti disabili in prossimità dell'uscita (cioè iscritti al 4° o 5° anno). E' ipotizzabile quindi che il numero di studenti disabili che lascerà la scuola superiore nel 2009 sarà maggiore rispetto all'anno 2008.

Allievi disabili frequentanti corsi di Formazione Professionale. Anno scolastico 2008-2009. Fonte: Enaip e ABF.

	07-08 1°	07-08 2°	07-08 3°	07-08 4°	07-08 totale	08-09 1°	08-09 2°	08-09 3°	08-09 4°	08-09 totale
ABF	0	4	3	4	11	5	0	6	2	13
Enaip	5	4	0	1	10	0	3	1	1	5
TOT	5	8	3	5	21	5	3	7	3	18

	range età al 31/12/2007	media età al 31/12/2007	in uscita	range età al 31/12/2008	media età al 31/12/2008	in entrata	Differenza entrati/usciti
ABF	16-22	18,5	3	17-23	19,1	5	2
Enaip	15-23	18	5	16-21	18,4	0	-5
TOT	16-23	18,2	8	16-23	18,7	5	-3

Nota: I dati sono relativi esclusivamente ai residenti nell'Ambito di Treviglio.

Anche nel caso della Formazione Professionale l'età media dei frequentanti è leggermente in crescita. Facendo un confronto tra l'anno formativo attuale e quello precedente notiamo che, a differenza della scuola superiore 2°, il numero di chi esce supera il numero di chi entra (il saldo tra chi entra e chi esce è a favore dei secondi).

Per quanto riguarda l'assegnazione di assistenza educativa nelle scuole, le tabelle che seguono permettono sia di fare un confronto tra le richieste espresse dalla UONPIA territoriale e le effettive assegnazioni dei comuni, sia di considerare il livello di adeguamento alle Linee Guida in materia predisposte dall'Ambito nel 2006.

Assistenza educativa: confronto tra UONPIA e Comuni. Fonte: Ufficio di Piano

Anno scolastico	Richieste UONPIA	Assegnazioni Comuni
2006-2007	124	113
2007-2008	110	117
2008-2009	109	Dato ancora da acquisire

Approfondimento del rapporto richieste UONPIA/Assegnazioni comuni su AS 2007-2008. Fonte: Ufficio di Piano

richieste UONPIA	Assegnazioni Comuni	Richieste non assegnate	Assegnazioni non richieste	Discordanze su richieste UONPIA	Discordanze su richieste + assegnate
110	117	13	20	21 (22%)	34 (31%)

Distribuzione richieste AS 2007-2008. Fonte: Ufficio di Piano

	TOT	fascia BASSA	Fascia MEDIA	fascia ALTA	fascia non indicata
Nido	4	0	0	0	4
Infanzia	21	6	10	2	3
Primaria	40	7	9	18	6
Secondaria 1°	28	5	12	5	6
Secondaria 2°	30	6	10	11	3
FP	3	1	1	0	1
Potenziata	4	0	0	0	4
TOT	130	25	42	36	27

Nota: I dati si riferiscono al numero di richieste UONPIA + numero assegnazioni non richieste.

L'A. S. 2007-2008 ha fatto registrare una discrepanza non piccola tra quanto richiesto da UONPIA e quanto effettivamente erogato dai Comuni, come se la procedura delineata nelle Linee Guida non fosse l'unica seguita dai Comuni stessi nel determinare se e quanta assistenza educativa assegnare. Un'interpretazione alternativa è che la procedura delineata nelle Linee Guida non sia chiara nel garantire il filtro di tutte le richieste da parte della UONPIA di Verdello.

Un'analisi veloce della distribuzione delle fasce di assistenza mette in evidenza che la fascia alta (assegnata ai casi di maggiore gravità) è stata richiesta/assegnata nel 50% dei casi ad alunni della scuola primaria. Questo dato può portare a diverse interpretazioni quali ad esempio: a) la scuola primaria vede la presenza della più alta percentuale di situazioni di gravità; b) la scuola primaria, vista l'età dei frequentanti, la strutturazione del curriculum di insegnamento e l'organizzazione della didattica, è quella che maggiormente si presta a trarre beneficio dalla figura di assistente educatore.

Gli enti gestori del servizio di Assistenza educativa operanti nel nostro territorio sono 7 e precisamente i seguenti:

Ente Gestore	Comuni interessati	Periodo di validità dell'incarico
Cooperativa Sociale SER.e.N.A.	Arcene	A.S. 2007/2008 – A. S. 2009/2010
	Castel Rozzone	
Cooperativa FILIKA'	Lurano	A. S. 2008/2009
	Pognano	A. S. 2008/2009
Cooperativa Sociale CONTESTO	Arzago	
	Brignano Casirate	A. S. 2006/2007 – A. S. 2008/2009
Cooperativa Sociale	Fornovo	A. S. 2008/2009
	Mozzanica	A. S. 2007/2008 – A. S. 2008/2009
	Pontirolo Calvenzano	Dal 01/09/2006 al 31/08/2009

LA PERSONA	Caravaggio	Da 09/2006 a 06/2009
	Fara	A.S. 2008/2009
Cooperativa	Spirano	Da 01/09/2006 a 30/06/2011
CITTA' DEL SOLE	Canonica	Da 09/2008 a 08/2010
Cooperativa Sociale		
ACLI SERVIZI	Misano	Da 01/09/2008 al 30/06/2009
YGEA SpA	Pagazzano	
	Treviglio	

Le direzioni didattiche e gli istituti comprensivi esprimono al loro interno Gruppi di Lavoro Handicap (GLH) e/o commissioni di lavoro dedicate al tema della disabilità.

Se le direzioni didattiche e gli istituti comprensivi esprimono un proprio rappresentante all'interno del Tavolo di Lavoro, gli istituti secondari di 2° non presentano alcuna forma di coordinamento e di rappresentanza sul tema della disabilità.

La descrizione della popolazione di minori con disabilità dovrebbe essere completata dai dati relativi ai collegi di accertamento handicap. In particolare potrebbe essere utile individuare:

- il n. di nuovi casi nell'anno scolastico 2007-2008;
- il n. di nuovi casi nell'anno scolastico 2008-2009;
- la percentuale di nuovi casi in situazione di gravità;
- la percentuale di nuovi casi in situazione di disabilità e di nazionalità non italiana.

Visto anche l'invito della Regione Lombardia a sperimentare buone prassi a favore delle persone con autismo, sarebbe utile raccogliere dati che descrivano la prevalenza e l'incidenza dei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo nel nostro ambito territoriale.

8.2.4 Programmazione degli interventi per l'integrazione scolastica.

8.2.4.1 Coordinare la consulenza per le scuole superiori.

Le scuole superiori e la formazione professionale sono luoghi nei quali risulta più evidente l'integrazione delle politiche dell'istruzione, della formazione, del lavoro e dei servizi socio assistenziali.

Risulta quindi opportuno promuovere un coordinamento degli istituti superiori sia per verificare e potenziare le attività di orientamento scolastico-professionale sia per facilitare l'ingresso nel mercato del lavoro e/o nella rete dei servizi territoriali.

Il numero di studenti frequentanti gli istituti secondari di 2° è consistente e in crescita. Bloccato sembra essere il flusso (rapporto tra entrata e uscita), forse anche perché il territorio risulta povero di soluzioni che possano continuare il percorso scolastico.

Si propone quindi una rete coordinata e differenziata di consulenze per le scuole: UONPIA (consulenza clinica e riabilitativa), Equipe di consulenza di Spirano (consulenza pedagogica), Nucleo Zonale Disabilità (orientamento, consulenza sociale e presa in carico dei maggiorenti).

8.2.4.2 Migliorare il servizio di assistenza educativa.

L'analisi dei dati relativa all'assistenza educativa scolastica e le riflessioni degli operatori coinvolti suggeriscono l'utilità di intraprendere un percorso di aggiornamento delle Linee Guida territoriali al fine di ottenere:

- un sempre maggiore coordinamento tra gli enti coinvolti nell'attivazione del servizio, in particolare tra comuni e UONPIA;
- un maggiore coinvolgimento dei servizi sociali comunali nell'attivazione, monitoraggio e verifica del servizio, anche in collaborazione con il Nucleo Zonale per le Disabilità;
- una ulteriore specificazione delle funzioni assegnate alla figura dell'assistente educatore.

Dopo la prima esperienza formativa (AS 2007-2008) occorre qualificare ulteriormente l'azione di formazione degli assistenti educatori. Le esigenze formative andrebbero programmate sui 3 anni, in collaborazione con enti gestori e Scuole (GLH), prevedendo momenti di compresenza (assistenti educatori + insegnanti + insegnanti sostegno). L'Equipe di Consulenza di Spirano ha ribadito la propria disponibilità a fornire formatori esperti sulla tematica in questione. Si ritiene possibile, tramite la formazione, costituire un gruppo di lavoro stabile tra assistenti educatori, riconosciuto dalla scuola e dagli enti gestori, capace di sperimentare progetti di integrazione scolastica. In generale risulta quindi importante instaurare e mantenere contatti con i Gruppi di Lavoro Handicap (GLH) già operanti nelle scuole.

8.2.4.3 Approfondimenti

Nel corso del triennio 2009-2011 richiedono un approfondimento le seguenti tematiche:

- L'integrazione scolastica delle persone con autismo.
- L'integrazione scolastica delle persone in condizione di particolare gravità.
- L'integrazione scolastica delle persone straniere con disabilità.
- Disturbi mentali e sociali che non raggiungono certificazione di disabilità.

8.2.5 Promuovere l'integrazione nel territorio e consolidare il supporto domiciliare

8.2.5.1 Alcuni dati descrittivi della situazione attuale.

BUONI SOCIALI

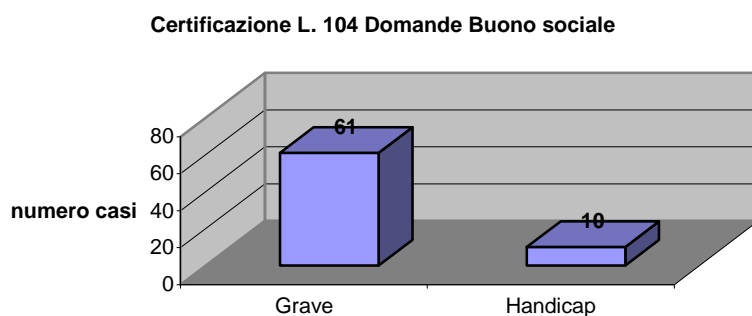
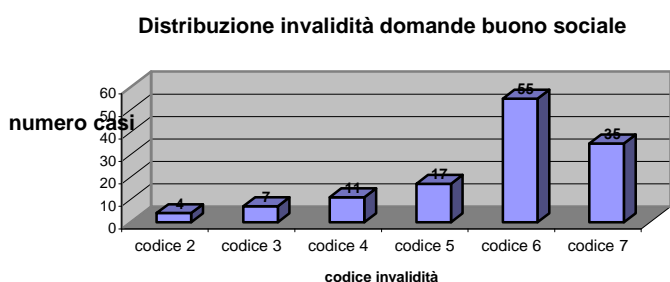
Domande Buono Sociale. Fonte: Ufficio di Piano

	n. domande presentate	Di cui minori	Di cui adulti	di cui nuove
2004	23	4	19	23
2005	21	8	13	20
2006	49	21	28	28
2007	81	31	50	36
2008	88	36	52	35
TOT				142

Dall'anno 2004 ad oggi sono di molto aumentate le domande di buono sociale. Ad un nucleo di famiglie che ormai abitualmente fa domanda, si aggiungono ogni anno nuove famiglie. In generale il buono sociale è utilizzato per persone adulte con disabilità anche se, nel corso degli anni, crescono le domande relative a casi di minori.

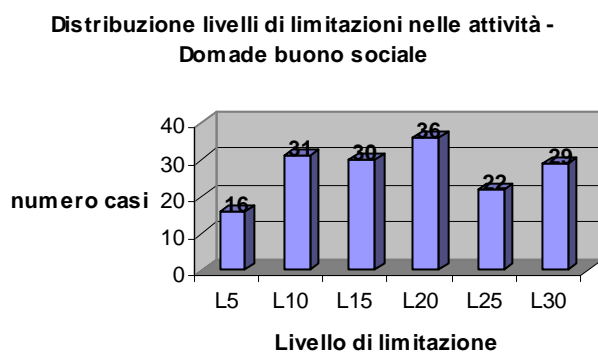
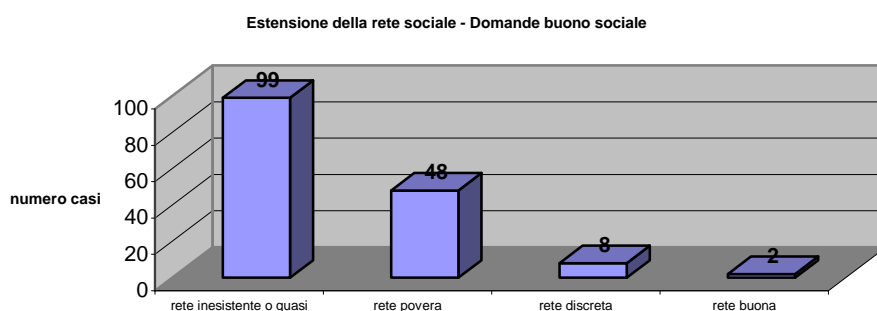
Dal 2004 al 2008 le famiglie che, almeno una volta hanno usufruito dei buoni sociali, sono state 142.

Domande Buono Sociale. Livello invalidità e gravità. Fonte: Ufficio di Piano



L'analisi dei livelli di invalidità e della certificazione di handicap permette di osservare come la richiesta di buoni sociali provenga soprattutto da una fascia di popolazione in situazione di gravità, rendendo in questo modo difficile una differenziazione con i progetti realizzati mediante la L.162/98. Infatti, per quanto riguarda le domande di buono sociale, l'83% delle situazioni presenta un'invalidità del 100% e il 43% presenta un'invalidità del 100% + accompagnamento. Se si esamina poi la certificazione L. 104/92 si nota come l'86% presenti una condizione di handicap grave.

Domande Buono Sociale. Rete sociale e livello di limitazioni nelle attività della vita quotidiana. Fonte: Ufficio di Piano



Nota: Il grafico rappresenta i livelli di limitazione nelle attività, dal meno grave (L5) al più grave (L30).

Mentre la stragrande maggioranza (70%) dei casi che presentano domanda per buono sociale si caratterizza per una rete sociale molto povera, la situazione relativa al funzionamento (limitazioni nelle attività e restrizioni nella partecipazione sociale) è più variegata. In generale i 142 casi si distribuiscono abbastanza uniformemente nei diversi livelli di funzionamento, dal meno al più grave. Consapevole delle diverse unità di misura utilizzate in sede di certificazione, possiamo comunque supporre che, a livelli identici di gravità certificata (invalidità e L. 104) corrispondono livelli notevolmente diversi di funzionamento personale e sociale.

È stata condotta anche un'analisi dei progetti realizzati con i buoni sociali. Ai fini della programmazione 2009-2011 l'attenzione è stata concentrata sugli ultimi 3 anni (dal 2006 al 2008) e su alcune aree progettuali specifiche: 1) Sostegno a caregiver e/o contributo economico generico; 2) Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD); 3) progetti riconducibili a Centri Socio Educativi (CSE); 4) progetti riconducibili a Servizi Formativi all'Autonomia (SFA); 5) Centri Ricreativi Estivi (CRE); 6) Interventi Educativi Domiciliari e Territoriali per Minori (IEDM); 7) altro.

	n. di casi distribuiti per anno (un caso può ripresentarsi in diversi anni)								n. nuovi casi distribuiti per anno (ogni anno sono conteggiati solo i nuovi casi, senza ripetizioni)							
	Sostegno	SAD	CSE	SFA	IEDM	Sollievo	CRE	Altro	Sostegno	SAD	CSE	SFA	IEDM	sollievo	CRE	altro
2006	22	4	7	10	4	2	9	1	21	4	4	11	4	2	9	4
2007	37	7	9	10	4	6	17	1	25	5	5	7	4	5	11	1
2008	54	1	5	10	7	3	8	1	30	1	1	5	6	1	3	3
TOT	113	12	21	30	15	11	34	3	76	10	10	23	14	8	23	8

Sono riportati sia il numero complessivo dei casi beneficiari anno per anno (considerando che un caso può ripresentarsi per più anni) sia il numero relativo ai soli nuovi casi che si presentano anno per anno.

Notiamo che le richieste di sostegno a caregiver fanno registrare un incremento sostanziale anno dopo anno. Questo dato può sottendere sia una volontà crescente delle famiglie di autogestire i contributi economici sia una ridotta motivazione dei servizi sociali comunali a contrattare con le famiglie stesse la costruzione di un progetto condiviso.

Complessivamente sono 23 le situazioni riconducibili a SFA nel triennio e 10 quelle riconducibili a CSE.

CONTRIBUTI L. 162/98

L. 162/98: domande presentate e tipo di progetti realizzati. Fonte: Ufficio di Piano

	n. domande presentate	di cui nuove	Di cui minori	Di cui adulti	SADH	Avvicinamento alla residenzialità	Sollievo	Altro
2006	14	14						

			10	4	2	2	5	5
2007	11	4	3	8	1	2	4	4
2008	8	5	2	6	0	2	1	6
TOT		23						

Le domande per progetti L: 162/98 vanno calando negli ultimi 3 anni forse perché, come abbiamo visto, il livello di gravità non è una variabile sufficiente a differenziare questo tipo di progetti da quelli realizzati con il buono sociale.

SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

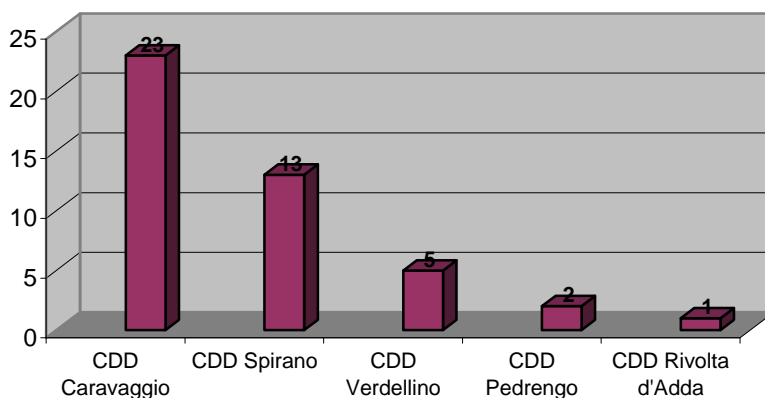
I dati relativi al SAD in gestione diretta da parte dell'Azienda Consortile sono i seguenti:

	totale utenti disabili	% sul totale utenti SAD	Di cui nuovi
2007	30	19%	
2008	33	18%	9

CENTRI DIURNI PER DISABILI

La frequenza dei Centri Diurni per Disabili è riassunta nella figura successiva.

presenza di residenti nell'Ambito nei CDD



Al 30/11/2008 gli ospiti del CDD di Spirano sono 25, di cui 13 residenti nel nostro Ambito territoriale. La lista di attesa è composta da 7 domande da valutare per l'anno 2009. Per questo CDD quindi, nel corso del 2009, andranno progressivamente ad essere occupati i 5 posti ancora disponibili.

Al 30/11/2008 gli ospiti del CDD di Caravaggio sono 23, tutti residenti nel nostro Ambito territoriale. Per questo CDD ci sono attualmente 7 posti liberi.

Il CDD di Verdellino è frequentato da 5 ospiti residenti nel nostro territorio.

Il CDD di Pedrengo (specifico per esiti da trauma cranico e disabilità acquisite) è attualmente frequentato da 2 ospiti residenti nel nostro territorio.

Il CDD di Rivolta d'Adda è attualmente frequentato da un ospite residente nel nostro territorio.

SPAZIO AUTISMO

Lo Spazio Autismo di Romano di Lombardia, per il quale vige un accordo con l'Ambito di Romano di Lombardia, vede la presa in carico di 11 utenti. E' bene specificare che in 6 casi, il progetto non prevede la frequenza del Centro ma una supervisione fornita alla scuola. Negli ultimi anni il numero di nuovi utenti che entrano in carico a Spazio Autismo si aggira mediamente sulle 2 unità l'anno.

ATELIER

Alcuni Comuni del nostro Ambito da anni offrono la possibilità ai propri residenti disabili di usufruire di un servizio semiresidenziale generalmente indicato con il nome di Atelier. Di seguito riassumiamo alcune delle caratteristiche di questi servizi.

L'Atelier di Spirano, denominato "L'allegria compagnia" è attivo dal 2006 e accoglie 6 persone dai 20 ai 50 anni. Situato in locali comunali, è aperto 10 ore alla settimana. Il comune di Spirano ha stipulato una convenzione con una cooperativa sociale e i familiari concorrono alle spese con un contributo di 15 € mensili. E' aperto anche a persone disabili non residenti nel comune di Spirano.

L'Atelier di Brignano, denominato "L'albero maestro" è attivo dal 2005 e accoglie 6 persone adulte, dai 22 ai 32 anni. Situato in locali comunali, è aperto 9 ore alla settimana distribuite in 3 giorni per 3 ore al giorno. L'atelier facilita la gestione del tempo libero degli utenti, proponendo attività di manipolazione, laboratori di teatro, musica e fotografia e attività realizzate nel territorio comunale. Durante l'estate l'atelier collabora con il CRE. Per la gestione del servizio il Comune di Brignano ha stipulato una convenzione con una cooperativa sociale. L'atelier è totalmente gratuito per le famiglie. E' aperto anche a persone disabili non residenti nel comune di Brignano.

L'Atelier di Caravaggio è attivo dal 2006 e accoglie 10 persone tra gli 11 e i 20 anni. Situato in un locale della scuola media, è aperto due mezze giornate (il mercoledì pomeriggio e il sabato mattina) in orario extrascolastico. E' gestito dall'associazione Gecoh in collaborazione con una cooperativa sociale. E' aperto anche a persone disabili non residenti nel comune di Caravaggio.

Il Progetto Vivaio di Fara è attivo dal 2008. Il servizio è situato in locali dell'Amministrazione comunale. Si rivolge attualmente a 5 ragazzi disabili dai 13 ai 20 anni. I progetti individuali hanno durata da uno a due anni. Il monte ore settimanale per ogni progetto individuale è pari a 5. Il servizio è aperto 11 ore alla settimana distribuite in 3 pomeriggi di 3 ore e una sera di 2 ore. Ha la finalità di potenziare le abilità di base e le abilità sociali degli utenti, guidandoli all'interazione con il territorio e con gli altri servizi. Sono possibili percorsi sia individuali che di gruppo con attività per migliorare l'autonomia personale, le abilità sociali e il livello culturale. Il servizio è gestito direttamente dal Comune di Fara.

SERVIZI FORMATIVI ALL'AUTONOMIA

Lo SFA della cooperativa Contesto è attivo 5 giorni alla settimana dalle 9,00 alle 19,00 (orario non continuativo ma in funzione del progetto di ogni utente). Nel corso del 2007 erano in carico 11 persone dai 17 ai 50 anni, provenienti da 6 comuni diversi. La cooperativa Contesto ha presentato comunicazione preventiva per la continuazione del Servizio di Formazione all'Autonomia, ai sensi dell'art. 15 della LR 3/2008.

COMUNITA' SOCIO SANITARIE PER DISABILI

Nel territorio dell'Ambito di Treviglio sono presenti due Comunità Socio Sanitarie (CSS). La Comunità *TAU* di Arcene ha 5 posti letto autorizzati. La Comunità *La Famiglia* di Treviglio ha 6 posti letto autorizzati.

8.2.6 Programmazione degli interventi per l'integrazione territoriale e il supporto domiciliare.

8.2.6.1 Offrire consulenza ai Comuni.

Così come previsto per le scuole superiori, risulta utile continuare ad offrire consulenza ai Servizi Sociali comunali soprattutto in vista di un più mirato utilizzo dei buoni sociali.

Questa ipotesi presuppone la costituzione del Nucleo Zonale per le Disabilità come equipe stabile e integrata di operatori come descritto al punto 2.1.

8.2.6.2 Esplicitare le funzioni del SAD per la popolazione disabile.

Il SAD, gestito dall'Azienda Consortile su delega dei Comuni o gestito dai singoli Comuni, si conferma come opportunità offerta non solo alla popolazione anziana ma anche a quella con disabilità. In questo nel corso del triennio verrà esteso l'accreditamento per il SADH a nuovi soggetti che esprimono competenze distintive nelle prestazioni domiciliari ai disabili. Sarà cura degli operatori dei servizi sociali comunali sottolineare la possibilità che anche la popolazione disabile (minori e adulti) possa usufruire del SAD. Sarà inoltre utile monitorare sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo l'utilizzo di questo servizio da parte della popolazione con disabilità (quanti adulti ? quanti minori? quante persone con disturbi psichiatrici? quali differenze nelle prestazioni rispetto alla popolazione anziana?).

8.2.6.3 Collaborare con CDD.

La collaborazione con i CDD dovrà condurre ad un protocollo che permetta di delineare un'intesa tra enti gestori e Azienda Consortile in merito a:

1. Aspetti tecnici operativi. Collaborazione nel filtro/accompagnamento/ingresso/monitoraggio dei progetti e loro integrazione con le attività territoriali.
2. Definizione delle prestazioni di base (rientranti nel costo standard giornaliero) e di quelle aggiuntive con relativo riparto dei costi che specifichi l'impegno economico dell'Azienda Consortile.

8.2.6.4 Promuovere CSE e SFA.

La promozione di unità d'offerta che si connotino come SFA e CSE (secondo le indicazioni della normativa regionale) risulta utile per una serie di motivi:

- dare una collocazione ai progetti riconducibili a SFA e CSE realizzati con buoni sociali;
- offrire uno sbocco ai percorsi scolastici realizzati nelle scuole superiori 2°;
- sfoltire la lista di attesa NIL con l'offerta di servizi maggiormente appropriati all'utenza;
- colmare l'assenza di unità d'offerta (gli atelier presenti in alcuni comuni non hanno ad oggi né le caratteristiche di CSE né quelle di SFA).

I passaggi, condivisi con il Tavolo di Lavoro di Area, potrebbero essere i seguenti:

- Presentazione di un'ipotesi di programmazione agli amministratori con relativa ipotesi di costituzione di un fondo distrettuale per la copertura delle spese sociali connesse.
- Tavolo di lavoro con le realtà del Terzo Settore interessate, per la discussione dei bisogni del territorio, la programmazione delle unità di offerta e la definizione delle procedure.
- Definizione di criteri di qualità aggiuntivi agli standard regionali.
- Eventuale messa a disposizione di locali da parte dei Comuni.

Inoltre la collaborazione con gli enti gestori di SFA e CSE in merito alla definizione di standard qualitativi potrà portare ad un più efficace utilizzo dei contributi del Fondo Sociale Regionale (ex circolare 4).

8.2.6.5 Promuovere Interventi Educativi domiciliari e territoriali per minori.

Si intendono gli interventi a valenza prettamente educativa finalizzati a strutturare il tempo post scuola per i minori e a rafforzare le loro abilità di autonomia. Là dove si ravvisasse la necessità di

verificare eventuali condizioni pregiudiziali alla salute psico fisica del minore, si rimanda allo strumento dell'Assistenza Domiciliare Minori (ADM).

Gli Interventi Educativi Domiciliari per Minori potrebbero essere programmati prevedendo un coinvolgimento delle cooperative già impegnate nel servizio di assistenza educativa scolastica e riservando una quota ad hoc di buoni sociali, con attivazione a sportello. In alternativa si potrebbe ricorrere ad un percorso simile a quello delineato sopra per la promozione di SFA e CSE.

Esperienze del genere sono già state realizzate utilizzando i buoni sociali e andrebbero ad inserirsi in un contesto territoriale che, eccetto i CRE, non offre opportunità educative domiciliari e territoriali strutturate per minori disabili.

8.2.6.6 Intervenire a favore delle persone con autismo.

Un'attenzione particolare dovrà essere dedicata al tema dell'Autismo così come richiesto dalle Linee Guida regionali per i Piani di Zona 2009-2011.

In particolare dovrà essere oggetto di verifica l'adesione dell'Azienda Consortile al Protocollo di Intesa provinciale relativo ai centri denominati Spazio Autismo. Dal 2005 ad oggi, infatti, le persone con autismo che hanno frequentato lo Spazio Autismo di Romano di Lombardia hanno potuto contare sul contributo alla retta da parte dell'Azienda Consortile. Di conseguenza sarà anche necessario verificare l'opportunità di rinnovare il protocollo di intesa con l'Ambito di Romano di Lombardia rispetto alla gestione dello Spazio Autismo ivi ubicato.

Come suggerito sopra a proposito di Interventi Educativi domiciliari e territoriali (all'interno dei quali, almeno in età evolutiva, potrebbero essere ricondotti gli interventi per l'autismo) si potrebbe pensare di destinare una quota ad hoc di buoni sociali mirati, con attivazione a sportello.

Le azioni a favore delle persone con autismo dovranno essere dirette inoltre a facilitare la diffusione di competenze in proposito negli operatori scolastici e sociali, prevedendo opportune iniziative di formazione, supervisione e consulenza.

8.2.6.7 Continuare la regolamentazione dei buoni sociali e dei contributi L. 162/98.

Come risulta evidente dai dati presentati, la finalità prevalente di utilizzo dei buoni sociali risulta essere quella del sostegno ai caregiver o contributo economico generico.

La regolamentazione dei buoni sociali dovrebbe essere limitata a questo genere prevalente di finalità, prevedendo altre voci specifiche per sostenere CSE, SFA, IEDM, SAD e CRE.

Per non sovrapporre la destinazione d'uso dei buoni sociali con quella dei contributi L. 162/98 questi ultimi potrebbero essere riservati per supportare esclusivamente progetti finalizzati alla vita indipendente, secondo quelle che sono le indicazioni normative.

Considerato che le persone disabili che usufruiscono di buoni sociali sono soprattutto persone in situazione di gravità, potrebbe essere valutata la possibilità di allargare il budget relativo ai progetti L. 162/98 a scapito del budget generico a favore dei buoni sociali.

8.2.7 Coinvolgere e supportare la famiglia

8.2.7.1 Alcuni dati descrittivi della situazione attuale.

Domande Buono Sociale 2004-2008. Indici di carico familiare. Fonte: Ufficio di Piano

Soli	21	nessun familiare disabile oltre al richiedente il buono sociale	120	carico familiare 0	87
da 2 a 4 membri	115	1 familiare disabile	18	carico familiare 3	43
5 membri o più	6	2 familiari disabili	4	carico familiare 5	14

carico familiare 6	7
carico familiare 8	6
carico familiare 13	1

Nel 15% delle situazioni la persona disabile vive sola o con familiari interessati da problematiche socio sanitarie. Nello specifico, nel 15% delle famiglie, oltre alla persona disabile interessata dal buono è presente almeno un altro membro con invalidità. Nel 45% delle domande presentate tra il 2004 e il 2008 è presente una situazione di carico familiare problematico, dovuto alla presenza di minori, figli in età scolare, anziani o familiari in situazioni varie di disagio.

Domande Buono Sociale. Bisogni rilevati dai servizi sociali relativamente ai familiari. Fonte: Ufficio di Piano

	Gruppi o auto aiuto	Formazione	consulenza	Sollievo	Totale famiglie	Totale famiglie segnalate dai servizi sociali	
2004	3	5	5	8	17	Consulenza	16
2005	1	0	3	1	4	self help	20
2006	9	1	5	12	31	Formazione	11
2007	13	3	6	12	37	Sollievo	40
2008	8	3	0	24	49		

Nota: nella tabella di sinistra sono conteggiati tutte le famiglie rientranti nelle tipologie indicate anno per anno (quindi una stessa famiglia può essere conteggiata in più anni diversi). Nella tabella di destra è indicato il totale delle famiglie che, almeno una volta negli ultimi 5 anni, rientravano nelle categorie indicate (quindi ogni famiglia è conteggiata una sola volta ma può figurare in tipologie di bisogno differenti).

Complessivamente i servizi sociali comunali rilevano un bisogno crescente di iniziative specificatamente rivolte ai familiari, senza che però emerga un'indicazione chiara rispetto al tipo di intervento richiesto. Dal 2004 al 2008, delle 142 famiglie interessate, per il 28% è stato ritenuto utile un intervento di sollievo.

Dal punto di vista prettamente economico si evidenzia come, delle famiglie che beneficiano dei buoni sociali, solo il 3% non può ottenere qualche forma di indennità. Il restante 97%, se rispetta i limiti di reddito previsti, può percepire una provvidenza economica e precisamente:

- il 43% delle famiglie potrebbe percepire indennità di accompagnamento + assegno di assistenza (€ 711,82 mensili, in questo caso senza alcun limite di reddito);
- il 22% delle famiglie potrebbe percepire pensione di inabilità (€ 246,73 mensili);
- il 5% delle famiglie potrebbe percepire assegno di assistenza (€ 246,73 mensili);

- il 27% delle famiglie potrebbe percepire indennità di frequenza per minori (246,73 mensili).

8.2.8 Programmazione delle iniziative per il coinvolgimento delle famiglie.

8.2.8.1 Coinvolgere le famiglie nella programmazione e nel monitoraggio del Piano di Zona.

La partecipazione delle persone disabili e/o delle loro famiglie alla programmazione e alla valutazione delle unità d'offerta è un aspetto sottolineato dalla recente LR 3/08 che, all'art. 7, prevede espressamente che i diretti interessati "...siano presi in carico in maniera personalizzata e continuativa e siano coinvolti nella formulazione dei relativi progetti".

Questo modo di porsi delle famiglie nei confronti dei servizi, modo attivo e non solo ricettivo sintetizzato dall'affermazione "niente su di noi senza di noi", è espressa anche a livello organizzato, per es. dal *Comitato lombardo per la vita indipendente delle persone con disabilità* e dal *Consiglio nazionale sulla disabilità*.

Il nuovo Piano di Zona non può prescindere dal prendere in considerazione queste istanze di partecipazione, sia nel definire le procedure di gestione del singolo caso, sia nel definire la rete complessiva delle unità d'offerta per le persone disabili e i loro familiari. In prima battuta sarà utile favorire forme di rappresentanza delle famiglie sia all'interno di tutte le unità d'offerta socio sanitarie sia a livello di ambito territoriale. Dove una rappresentanza formalizzata non è possibile da costruire, sarà importante individuare comunque le modalità che favoriscano la ricezione di un feedback da parte delle famiglie, anche singolarmente prese (come ad es. potrebbe essere utile nel caso dell'erogazione di titoli sociali). Successivamente si dovrà avere cura che le diverse unità d'offerta definiscano linee guida relativamente al coinvolgimento delle famiglie a livello programmatico, operativo ed economico.

Possiamo quindi collegare il coinvolgimento delle famiglie alla più generale necessità di favorire la partecipazione della comunità alle scelte e alla realizzazione delle politiche sociali, soprattutto nei casi in cui si rendano necessari approfondimenti rispetto alle modalità di soluzione dei problemi. La pertinenza degli obiettivi individuati e la qualità delle scelte effettuate per raggiungerli dipenderanno anche dalla capacità dell'Ufficio di Piano di rendere stabile e organizzato il rapporto con il Terzo Settore e, in particolare, con l'associazionismo.

8.2.8.2 Potenziare le risorse dei familiari.

Il potenziamento delle risorse familiari, dalla nascita della persona disabile fino alla sua età adulta, può essere realizzato partendo da punti di vista diversi: economico, psicologico e sociale.

Dal punto di vista economico l'attenzione sarà concentrata sull'erogazione intelligente di buoni sociali e contributi L. 162/98. Come abbiamo visto analizzando l'utilizzo dei buoni sociali nell'ultimo triennio, il sostegno ai caregiver risulta la finalità maggiormente perseguita, con un trend in crescita. L'alta percentuale di famiglie con consistente carico familiare suggerisce l'opportunità di continuare ad offrire un supporto mediante l'erogazione di contributi economici il cui utilizzo venga concordato dalla famiglia insieme al servizio sociale di base.

Questa forma di contributo dovrà inoltre andare incontro alla volontà di autodeterminazione e autogestione delle persone disabili stesse e dei loro familiari.

Dal punto di vista del supporto psicologico, sarà utile mettere a disposizione occasioni di sollievo, di consulenza e di formazione. Il sollievo sembra essere la tipologia di intervento ritenuta maggiormente utile per le famiglie, almeno dal punto di vista dei servizi sociali comunali.

Un riscontro diretto dalle famiglie stesse può essere ottenuto attraverso l'offerta sperimentale di moduli di sollievo, continuando e ampliando il progetto "Il tempo c'è" avviato sul finire del 2008 grazie al contributo della Provincia di Bergamo.

Infine, dal punto di vista sociale, sarà importante facilitare la diffusione di forme di auto-aiuto tra famiglie, avendo cura di non favorire nette distinzioni tra famiglie con disabili e non, al fine di permettere alle famiglie stesse di sentirsi parte attiva e integrata della comunità di appartenenza.

8.2.8.3 Rendere disponibile una rete di unità di offerta accessibile e coordinata.

L'organizzazione di una rete di unità d'offerta accessibile e coordinata dovrebbe permettere alle famiglie di trovare risposte adeguate sia nel presente che per il futuro (dopo di noi).

Si dovranno individuare modalità informative adeguate affinché le famiglie possano avere una completa rappresentazione della filiera dei servizi presenti nel territorio.

8.2.9 Favorire l'integrazione lavorativa

8.2.9.1 Alcuni dati descrittivi della situazione attuale.

Visto che le persone con invalidità costituiscono la maggior parte degli utenti del Nucleo Integrazione Lavorativa (NIL), l'analisi dei dati parte dalla rilevazione del numero di iscritti al collocamento mirato di Bergamo.

Nuove iscrizioni al collocamento mirato di Bergamo. Fonte: Centro per l'Impiego di Treviglio

Genere					
	TOT	2005	2006	2007	2008
F	198	58	42	55	43
M	246	61	55	64	66
TOT	444	119	97	119	109
Fasce di età					
	TOT	2005	2006	2007	2008
< 18 anni	5	3		1	1
18-25 anni	76	26	13	17	20
26-30 anni	39	13	6	9	11
31-40 anni	113	22	25	37	29
41-50 anni	133	32	29	35	37
Oltre 50 anni	78	23	24	20	11
TOT	444	119	97	119	109
Tipologia invalidità					
	TOT	2005	2006	2007	2008
INVALIDI CIVILI	406	113	87	114	92
INVALIDI DEL LAVORO	24	3	7	2	12
INVALIDI PER SERVIZIO	3			2	1
MINORATI VISTA	1	1			
PROFUGHI	3	1	2		
SORDOMUTI	3	1		1	1
VEDOVE/ORFANI DI GUERRA	1		1		
VEDOVE/ORFANI DI	3				3

LAVORO					
TOT	444	119	97	119	109
Percentuale invalidità					
	TOT	2005	2006	2007	2008
	7	3	3	1	
34-45%	27	2	4	7	14
46-66%	179	57	36	44	42
67-79%	112	24	32	27	29
80-89%	68	21	14	22	11
90-100%	51	12	8	18	13
TOT	444	119	97	119	109

Nota: Dati aggiornati al 30/11/2008. Il n. di nuove iscrizioni non significa automaticamente nuovi casi in quanto un caso può risciversi più volte.

Totale (vecchie iscrizioni + nuove iscrizioni) delle persone invalide residenti nell'Ambito e iscritte al collocamento mirato di Bergamo al 31/12/2008. Fonte: Centro per l'Impiego di Treviglio.

F	98
M	113
TOT	211
fino a 19 anni	6
20-24	17
25-29	23
30-34	18
35-39	27
40-44	31
45-54	66
Oltre 55	22
Altro	1
TOT	211

L'analisi dei dati forniti dal CPI territoriale, unitamente all'analisi di alcuni dati forniti dal Collocamento Mirato di Bergamo, ci permette di fare alcune considerazioni relativamente alle persone disabili disponibili al lavoro:

1. Maschi e femmine sono presenti più o meno in ugual misura, con una leggera prevalenza dei maschi.
2. Sono di più (e con un trend in crescita) gli iscritti dai 30 anni in avanti, soprattutto dai 40 ai 50 anni.
3. Per il 95% si tratta di persone di nazionalità italiana.
4. Per 2/3 dei casi il titolo di studio è la licenza media o inferiore.
5. Per 2/3 dei casi l'invalidità è compresa tra 46% e 79%.

6. Per 2/3 dei casi la disabilità presentata è prevalentemente di tipo fisico-sensoriale;
7. I tempi di permanenza nelle liste del collocamento variano da 2 anni a oltre i 6 anni.
8. Per il 35% degli iscritti la commissione medica ritiene sufficiente il collocamento mirato senza necessità di un servizio di mediazione;
9. Il 26% degli iscritti è ritenuto difficilmente collocabile dalla commissione medica.

Utenza NIL 2005-2008 con suddivisione per fasce di età. Fonte: Archivio NIL

	<i>n. utenti NIL in carico</i>	< 18	18-22	23-29	30-39	40-49	50 e +
2005	69	3	15	13	13	19	6
2006	74	2	15	9	16	22	9
2007	99	0	18	16	22	29	13
2008	113	3	16	17	34	32	11

Nota: Aggiornati al 17/11/2008

Aumenta continuamente, nel corso degli anni, il numero di soggetti presi in carico dal NIL. Risulta evidente, soprattutto per quanto riguarda il 2008, come ad un crescente numero di segnalazioni faccia riscontro la difficoltà a dimettere un numero corrispondente di casi. Ciò determina un flusso molto poco scorrevole tra casi in ingresso e casi in uscita. Fino ai 30 anni di età l'accesso al NIL sembra stabile nel corso degli anni. Si registra invece un progressivo aumento di segnalazioni nella fascia di età tra i 30 e 50 anni in linea con i dati relativi alle iscrizioni al collocamento mirato.

Utenza NIL 2005-2008: suddivisione per tipo di disabilità. Fonte: Archivio NIL

	<i>Fisica</i>	<i>Sensoriale</i>	<i>Psichica</i>	<i>Intellettuale</i>	<i>Mista</i>	<i>toxicologica</i>	<i>neurologica</i>	<i>senza invalidità</i>	<i>Tot. Fisica</i>	<i>tot. Psichica</i>	<i>tot. Intellettuale</i>	<i>non indicata</i>
2005	15	2	10	11	17	2	1	4	36	14	20	5
2006	28	1	6	10	19	1	0	4	43	12	18	6
2007	38	2	7	12	29	1	0	4	56	18	26	6
2008	49	2	11	10	27	0	1	6	69	26	25	7

Nota: Aggiornati al 17/11/2008

Una disabilità di tipo fisico prevale in modo pressoché costante negli anni, all'interno della casistica NIL e risulta anche in crescita anno dopo anno. Anche questo dato è in linea con i dati relativi alle iscrizioni al collocamento mirato.

Da segnalare anche un progressivo aumento di segnalazioni di utenti con disabilità psichica.

Utenza NIL 2005-2008: suddivisione per progetti e esiti. Fonte: Archivio NIL

	<i>Casi TIR</i>	<i>Casi BL</i>	<i>Casi ATS</i>	<i>Casi altro</i>	<i>TOT casi</i>	<i>in attesa approfondimento</i>	<i>in attesa 1° progetto</i>	<i>in attesa nuovo progetto</i>	<i>assunti NIL</i>	<i>assunti in autonomia</i>	<i>progetti o in corso</i>	<i>altro</i>	<i>Media mesi tra segnalazione e chiusura</i>
2005	7	8	0	1	15	?	?	?	10	5	?	13	
2006	16	2	9	2	23	10	?	?	5	6	29	22	14
2007	13	5	13	5	27	18	31	5	16	3	6	12	24
2008	13	6	6	12	21	24	42	9	9	4	6	6	28

Nota: Aggiornati al 17/11/2008. TIR = Tirocinio; BL= Borsa Lavoro

Nel corso degli ultimi 3 anni è abbastanza stabile il numero di casi, tra quelli segnalati, interessati da un progetto NIL. Cresce invece, a causa della difficoltà prima ricordata di dimettere i casi, il numero di casi in attesa di approfondimento o di primo progetto.

Ulteriore prova di inceppamento nel flusso ingressi/dimissioni è il tempo medio di presa in carico che risulta continuamente in crescita, aggirandosi intorno ai 2 anni e mezzo.

La tabella seguente descrive il rapporto tra il NIL e le aziende del territorio.

Aziende NIL 2005-2008. Fonte: Archivio NIL

	<i>Contatti NIL</i>	<i>di cui in obbligo</i>	<i>di cui non in obbligo</i>	<i>Progetti realizzati</i>	<i>di cui in obbligo</i>	<i>di cui non in obbligo</i>	<i>assunzioni</i>	<i>di cui in obbligo</i>	<i>di cui non in obbligo</i>
2005	19	7	12	25	9	16	10	8	2
2006	16	7	9	20	7	13	5	5	0
2007	23	12	11	28	14	14	18	12	6
2008	19	10	9	24	12	12	10	8	2

Nota: Aggiornati al 17/11/2008

Nel corso degli anni risulta buona la capacità del NIL di attivare contatti anche con realtà produttive non interessate dagli obblighi imposti dalla L. 68/99, anche se, in questo caso, il numero di assunzioni risulta notevolmente ridotto rispetto ai progetti attivati in aziende soggette all'obbligo.

8.2.9.2 Programmazione degli interventi per l'integrazione lavorativa.

Lo sviluppo dell'area passa attraverso 4 azioni principali:

- rinforzare l'equipe NIL;
- accreditare il NIL;
- rinforzare e qualificare il ruolo del NIL rispetto al collocamento mirato di persone con invalidità;
- differenziare il lavoro del NIL da quello riconducibile al collocamento mirato di persone con invalidità.

8.2.9.2.1 *Strutturare e rinforzare l'equipe NIL.*

L'avvio della pratica per l'accreditamento è uno stimolo ulteriore per rendere l'equipe NIL pronta ad affrontare le azioni previste dal flusso procedurale, sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo. In particolare si rende utile strutturare l'equipe secondo i seguenti ruoli:

<i>Figura professionale</i>	<i>Monte ore sett.</i>	<i>Funzioni</i>
Coordinatore	8	Coordinamento, programmazione e verifica del servizio.
Assistente sociale	36	Marketing sociale e riferimento per i contatti con le aziende
Assistente sociale	12	Approfondimento segnalazioni che giungono al NIL
Psicologo	12	Valutazione casi e collaborazioni per progetti individuali.
Educatore	24	Monitoraggio progetti TIR e BL
Medico del Lavoro	3 ore mensili	Visite di idoneità e valutazioni aziendali. Da valutare ipotesi di convenzione con ASL.

8.2.9.2.2 Chiedere l'accreditamento per il NIL.

L'accreditamento del NIL ai sensi dell'art. 13 della LR 22/2006 non è più differibile se si vuole che questo servizio mantenga la possibilità di accesso ai progetti quadro provinciali per l'integrazione lavorativa e la capacità di essere parte sostanziale di una rete territoriale di enti che erogano servizi per la formazione e il lavoro.

Il coordinatore di Area collaborerà con le figure idonee per la predisposizione della documentazione attestante il rispetto dei requisiti richiesti dalla normativa regionale in fatto di accreditamento.

8.2.9.2.3 Rafforzare il ruolo del NIL rispetto al Piano Integrativo Disabili della Provincia di Bergamo.

Negli ultimi anni la Provincia di Bergamo sta assumendo un ruolo sempre maggiore nel determinare gli strumenti e le procedure finalizzate al collocamento mirato degli iscritti ex L. 68/99.

Il *Piano Integrativo Disabili* che ogni 2 anni viene emanato dalla Provincia, prevede la costituzione di una rete di servizi locali in grado di offrire la filiera delle azioni necessarie a garantire il successo dei progetti di integrazione lavorativa. Il Piano risponde ad un modello organizzativo che prevede il progressivo decentramento delle funzioni svolte dalla Provincia in tema di collocamento mirato. Questa situazione, da un lato determina un maggior coinvolgimento dei servizi territoriali come il NIL, dall'altro ne circoscrive il raggio di azione in quanto la Provincia mantiene un ruolo di coordinamento che le permette di stabilire strumenti, procedure e priorità. Il futuro del NIL, in questo caso, è quello di diventare sempre più un "braccio operativo" delle politiche provinciali, insieme agli altri partner della rete territoriale (ATS).

Attualmente il NIL partecipa ad una ATS (Associazione Temporanea di Scopo) il cui ente capofila è costituito da ABF Bergamo (Agenzia Bergamasca per la Formazione).

Il raggiungimento dell'accreditamento permetterà al NIL di potersi pensare anche come ente capofila e non solo come partner. Il NIL potrà continuare a svolgere un ruolo di primo piano se:

- manterrà frequenti i rapporti con i servizi sociali e socio sanitari locali, in modo da avere una conoscenza più approfondita dell'utenza disabile;
- qualificherà le competenze degli operatori che fanno parte dell'equipe;
- differenzierà sempre di più il proprio ruolo all'interno della filiera di azioni previste dal Piano Provinciale (accoglienza, orientamento, formazione, work-experience, tutoraggio post-assunzione).
- manterrà un collegamento tra la propria equipe e la consulenza fornita dal Medico del Lavoro;
- resterà un punto di riferimento per le aziende relativamente ai casi di persone disabili già inserite e a rischio di espulsione;
- rivolgerà la propria azione ad aziende non soggette agli obblighi previsti dalla L. 68/99.

8.2.9.2.4 Differenziare e arricchire le funzioni del NIL.

Il NIL necessita di un nuovo progetto di servizio che ne qualifichi le finalità specificando gli elementi che lo rendono complementare all'azione svolta a favore delle persone disabili iscritte al Collocamento Mirato.

In sintesi possiamo affermare che, se l'ATS territoriale prevista dal *Piano Integrativo Disabili 2007-2009* è la sede di competenza per quanto riguarda l'integrazione lavorativa di persone con invalidità all'interno di aziende soggette all'obbligo, il NIL dovrà, in aggiunta a tutto questo, qualificare ulteriormente la propria azione per occuparsi più efficacemente di persone in condizioni di svantaggio e sprovviste di certificazione di invalidità.

A questo proposito è già stato avviato un confronto con l'Area Marginalità adulta. Nello specifico si vogliono mettere a punto azioni finalizzate a facilitare l'accesso nel mercato del lavoro di:

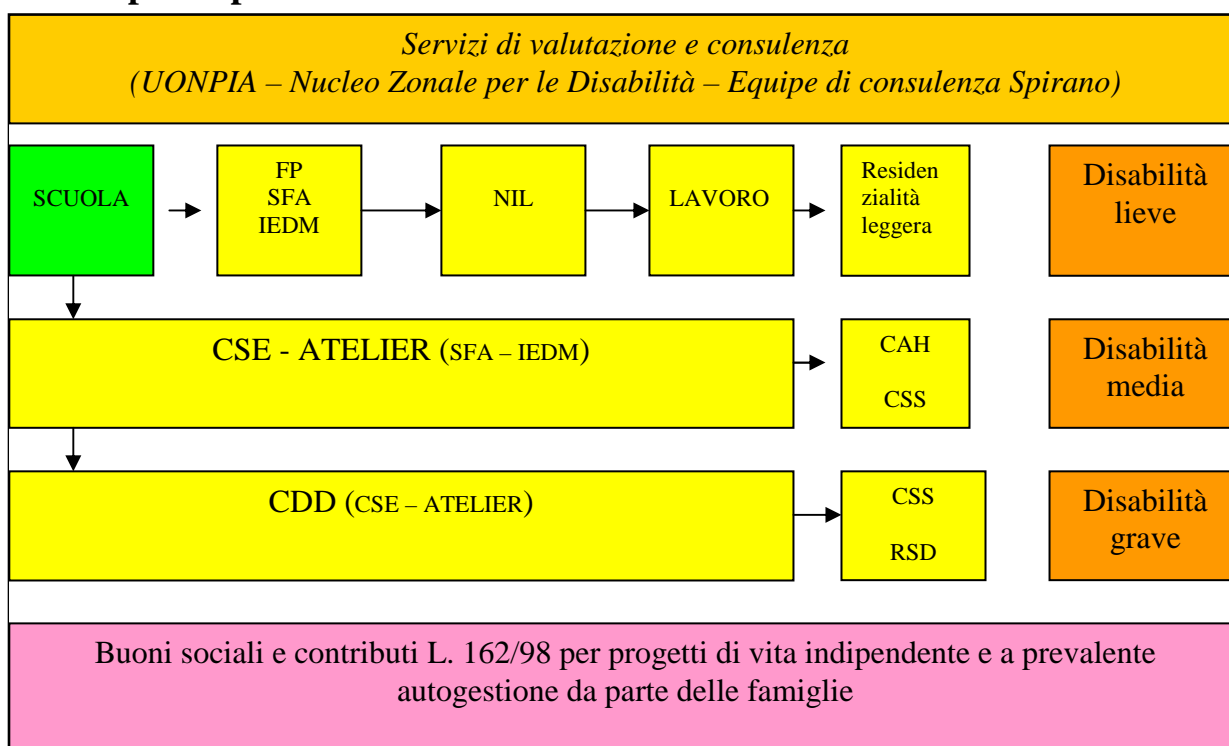
- persone in carico al Ser.T;
- detenuti e persone in misure alternative alla detenzione;
- nomadi;
- adulti senza fissa dimora.

Saranno da approfondire le seguenti linee di intervento:

- Ricostruire e fortificare i legami tra il NIL e i servizi territoriali che si occupano di marginalità adulta, in primis il Ser.T. di Treviglio;
- Facilitare l'autopromozione degli utenti nel mercato del lavoro attraverso un efficace servizio di orientamento e consulenza;
- Sensibilizzare gli enti locali in merito alla possibilità di avviare rapporti di lavoro con il terzo settore;
- Utilizzare i tradizionali strumenti di mediazione del NIL (tirocinio e borsa lavoro) per facilitare l'ingresso nel mercato del lavoro.

Di fondamentale importanza sarà il raccordo con le politiche attive regionali per l'occupazione, tradotte operativamente dalla Provincia di Bergamo nel *Piano per il Reimpiego 2007-2009*.

8.2.10 Ipotesi per una filiera di servizi nell'Area Disabilità.



8.2.11 Realizzare il piano di intervento per la Salute Mentale

I dati e gli ambiti di intervento ritenute maggiormente importanti nel campo della Salute Mentale sono contenuti nel documento "L'Ambito di Treviglio per la Salute Mentale", in allegato. Il documento è la sintesi delle riflessioni del Tavolo di Lavoro per la Salute Mentale composto, oltre che dall'Azienda Consortile, anche dal Dipartimento Salute Mentale, dal Terzo Settore e dall'Osservatorio Sociale di Treviglio.

In questa sede si sottolinea che, a seguito degli incontri avvenuti con il Dipartimento Salute Mentale, si ritiene opportuno pervenire ad un protocollo d'intesa con l'Azienda Ospedaliera che contempli sia una soluzione organica al problema della residenzialità leggera sia una proposta di rinnovo del protocollo relativo ai Progetti Socio Occupazionali.

Il Coordinatore di Area, in collaborazione con i referenti del Dipartimento Salute Mentale, presenterà una proposta di rinnovo del protocollo di intesa per Progetti Socio Occupazionali che tenga conto di una verifica di qualità sui progetti realizzati dal 2004 ad oggi e che affronti il tema dei PSO a favore di soggetti in situazione di cronicità. Presenterà inoltre una bozza di intesa relativamente alla residenzialità leggera che specifichi:

- il bisogno di residenzialità leggera nel territorio;
- la rete degli appartamenti disponibili;
- i rapporti tra Azienda Ospedaliera, ASC Risorsa Sociale e Enti Gestori degli appartamenti;
- lo specifico ruolo dell'ASC Risorsa Sociale.

8.2.12 Il Coordinamento dell'Area Disabilità e Salute Mentale

All'interno del Tavolo di Lavoro, il coordinatore dell'Area è espressione dei servizi gestiti direttamente dall'Azienda Speciale Consortile e cioè del Nucleo Zonale per le Disabilità e del Nucleo Integrazione Lavorativa.

L'attività organizzativa e di coordinamento dovrebbe prevedere le seguenti attività:

- Supportare le attività del Tavolo di lavoro Disabilità e del Tavolo di lavoro Salute Mentale.
- Monitorare e verificare l'attuazione del Piano di Zona, in particolare per quanto riguarda:
 - Monitoraggio dei regolamenti vigenti nell'Area Disabilità;
 - Stesura di nuovi regolamenti
 - Collaborazione nell'implementazione degli interventi previsti dall'Ambito per l'Area Disabilità;
 - Analisi di fattibilità per nuovi progetti;
 - Consulenze ai Comuni dell'Ambito per la progettazione di servizi e interventi;
 - Collaborazione per la progettazione di iniziative finanziate con i Bandi provinciali o con altre forme di finanziamento.
- Lavoro di rete con altri enti, sia territoriali che provinciali, e con il terzo settore per progetti relativi all'Area Disabilità.
- Raccolta e analisi periodica dei dati relativi alla disabilità.

Sintesi spesa sociale per la Disabilità e la Salute Mentale

<i>Priorità</i>	<i>Unità d'offerta/Intervento</i>	<i>Ipotesi di spesa annua</i>
ALTA	<ul style="list-style-type: none"> • Mantenimento e aggiornamento dei servizi e degli interventi attuali: e in particolare: <ul style="list-style-type: none"> - Nucleo Zonale per le Disabilità; - Buoni Sociali e L. 162/98; - Assistenza Domiciliare; - Nucleo Integrazione Lavorativa (personale + TIR/BL); - Progetti Socio Occupazionali Salute Mentale. 	
ALTA	<ul style="list-style-type: none"> • Rete CSE/SFA/Atelier 	
ALTA	<ul style="list-style-type: none"> • Destinazione quota sociale CDD 	
MEDIA	<ul style="list-style-type: none"> • Formazione per assistenti educatori 	
MEDIA	<ul style="list-style-type: none"> • Interventi di sollievo per familiari 	
MEDIA	<ul style="list-style-type: none"> • Interventi Educativi Domiciliari per Minori (di età inferiore ai 16 anni) 	
MEDIA	<ul style="list-style-type: none"> • Residenzialità Leggera per la Salute Mentale 	
BASSA	<ul style="list-style-type: none"> • Azioni a favore di persone con autismo 	
BASSA	<ul style="list-style-type: none"> • Percorsi di residenzialità per persone disabili 	

8.3 Area Minori e Famiglia

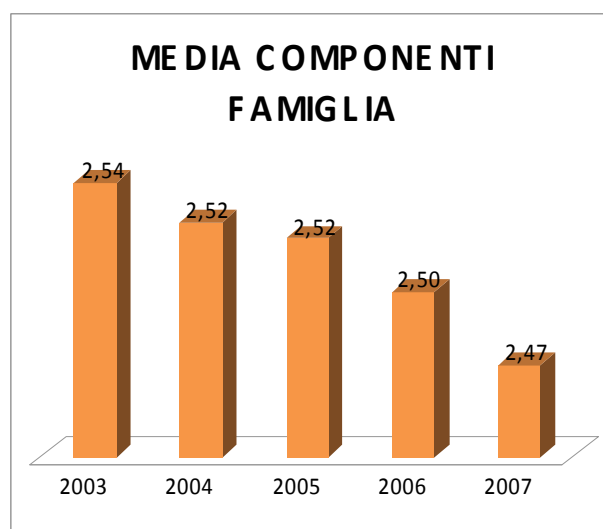
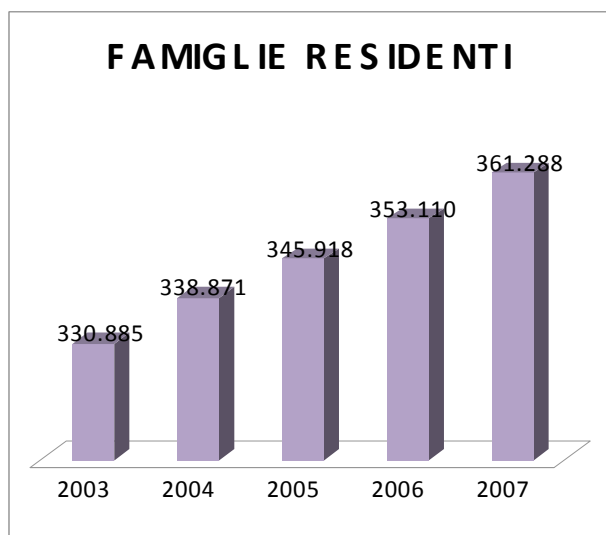
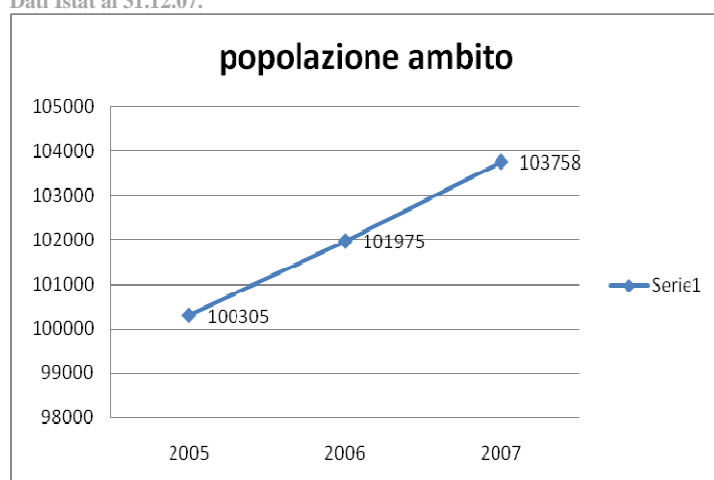
Dalla lettura dei grafici si ha un quadro delle dinamiche demografiche che hanno interessato le famiglie e la popolazione dei minori e giovani dell'ambito negli ultimi anni.

8.3.1 Dati Relativi Ai Nuclei Familiari

La famiglia costituisce l'unità sociale di base delle società moderne perché è attraverso essa che passano gran parte dei sostegni educativi, sociali e relazionali, prende corpo la solidarietà intergenerazionale e avviene la riproduzione umana e sociale.

Leggendo i dati relativi al nostro ambito, vediamo che la popolazione, negli ultimi tre anni, ha avuto un incremento del numero delle famiglie da 330.885 del 2003 alle 361.288 del 2007 con un incremento del 9,1%. A fronte di una crescita del numero delle famiglie si conferma la tendenza della famiglie verso un modello nucleare genitori un figlio con una media di componenti che si attesta sul 2,47 del 2007 a fronte di una media del 2,54 del 2003

Dati Istat al 31.12.07.



La famiglia attuale, tuttavia, è una istituzione che presenta elementi di cambiamento rispetto alla cosiddetta "famiglia tradizionale". Le famiglie del nostro territorio si contraggono, e pur essendo ancora prevalente il modello tradizionale di coppia coniugata con figli, accanto ad esso si pongono, in continua crescita **altri modelli familiari**, formati da famiglie con un solo genitore, da famiglie "ricostituite" nelle quali uno o entrambi i partner provengono da un matrimonio precedente che coinvolgono parentele particolarmente complesse quando sono presenti figli del matrimonio precedente. L'assottigliamento delle giovani generazioni provoca squilibri negli scambi

generazionali, i minori crescono privi di reti parentali orizzontali (fratelli, sorelle, cugini..) in un contesto in cui le reti verticali (genitori, nonni e bisnonni) risultino più fragili.

Questi processi di indebolimento dei tessuti familiari rischiano di avere un impatto molto forte sulle basi sociali, culturali ed economiche del sistema., perché le famiglie con l'insieme di relazioni di mutualità e solidarietà che si instaurano nei rapporti di condivisione di un progetto di vita comune rappresentano nei fatti il principale agente di sostegno e di cura della società.

Lo sviluppo dei sistemi di welfare con la moltiplicazione di servizi e istituzioni addette alla loro produzione, oltre a non essere sostenibile (aumento incontrollabile di richieste di cura, educazione assistenza) risponde in modo parziale ai problemi e alle criticità sociali ed economiche dei cittadini, la maggior parte delle quali trovano una risposta quotidiana sul piano delle relazioni familiari.

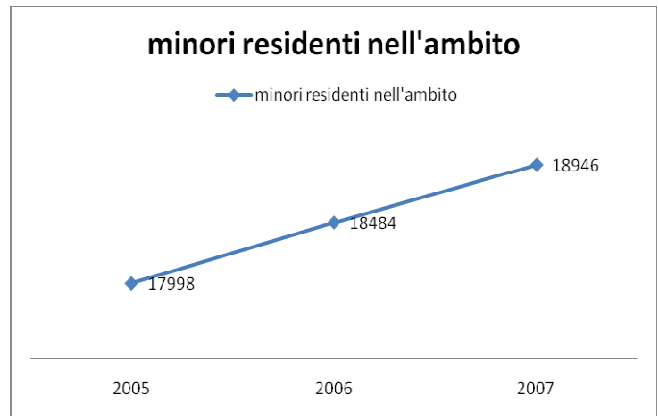
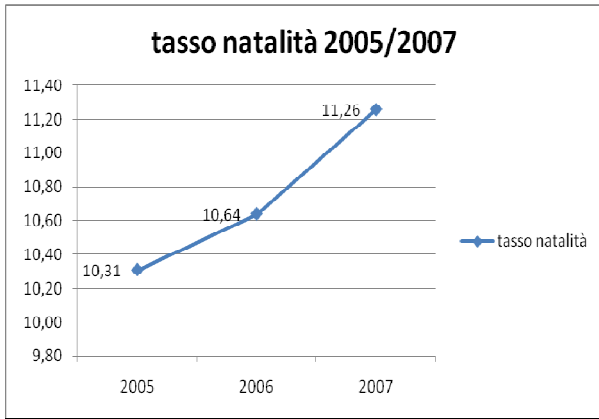
Il ruolo che l'ente locale può assumere è quello di promozione e valorizzazione della famiglia, per porla in condizione di svolgere funzione di solidarietà e educazione sociale.

8.3.2 Dati Di Riferimento Popolazione Minorile

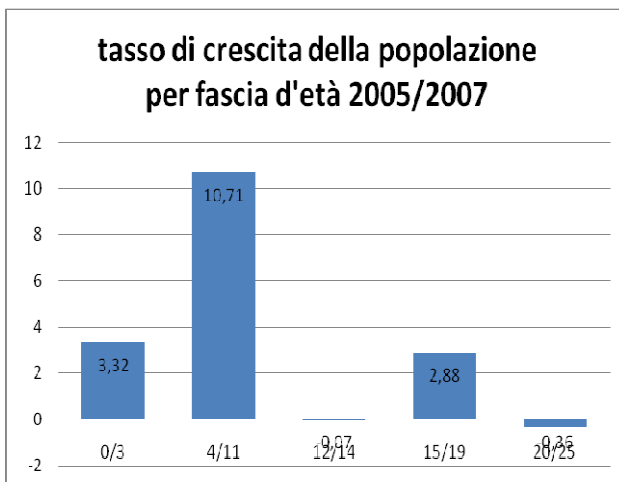
Il tasso di natalità sull'Ambito territoriale di Treviglio negli ultimi tre anni è aumentato dello 0,95%, se esaminiamo nel dettaglio la percentuale di crescita della popolazione per fasce di età e cittadinanza vediamo che il tasso di crescita della popolazione 0/3 anni di cittadinanza straniera (38,58) è maggiore della popolazione italiana (-1,75), dato dal quale non si può prescindere nella programmazione dei servizi sociali e scolastici del territorio.

L'accentuarsi del fenomeno migratorio sia interno (dalla città alla provincia) che esterno, comporta per le famiglie, in assenza di supporti parentali, la necessità di ricercare soluzioni all'assistenza dei minori, e come la popolazione straniera senta in misura rilevante l'esigenza di poter usufruire di queste strutture che spesso costituiscono per le donne straniere la condizione sine qua non per poter lavorare.

I servizi educativi per i più piccoli sono i primi luoghi dell'integrazione interculturale, sono gli spazi entro i quali i bambini s'incontrano con le differenze del quotidiano condiviso, e dove i genitori mettono a confronto i loro modelli educativi e di cura dei figli, mentre gli educatori accolgono, mediano e intrecciano attese diverse. I servizi per la prima infanzia sono destinati ad accogliere sempre più genitori e bambini che hanno le loro origini altrove e che hanno vissuto il viaggio di migrazione. Tracce e frammenti di culture diverse entrano dunque, insieme a loro, nei servizi per tutti, pongono domande, sollecitano risposte, attendono di essere integrate nella storia di tutti. La metà circa dei minori stranieri presenti oggi in Italia è nata nel nostro paese e diventerà a tutti gli effetti, alla maggiore età, cittadino italiano. Sono questi gli utenti, reali o potenziali, che sollecitano i servizi per la prima infanzia a esplorare con più attenzione i temi della cura dei piccoli in contesti diversi, le rappresentazioni culturali dell'infanzia, la diversità degli input educativi precoci.



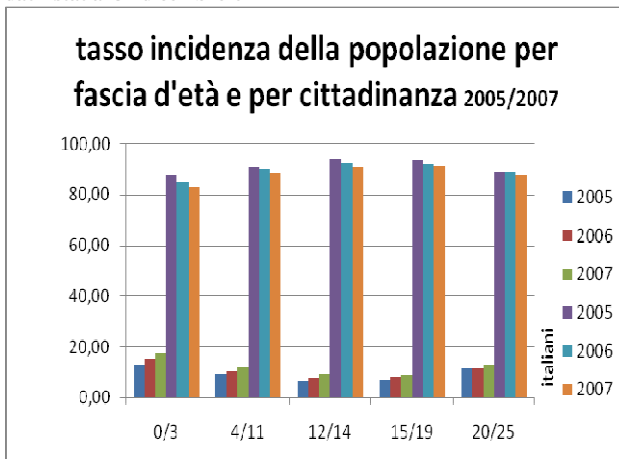
03.dati Istat al 31.12.07



04.dati Istat al 31 dicembre 07



dati Istat al 31 dicembre 07

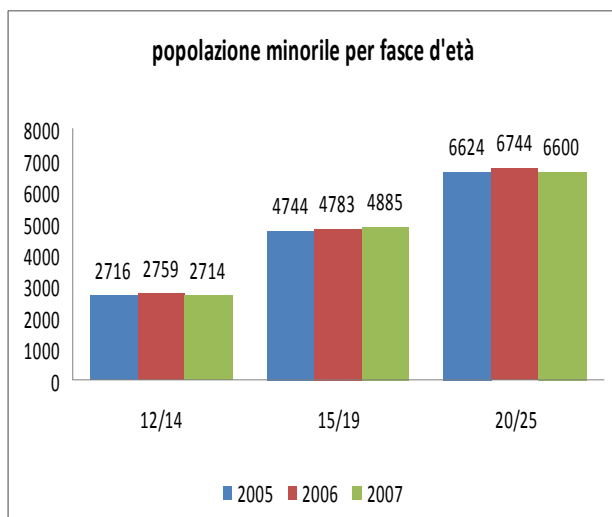


dati Istat al 31 dicembre 07



Dati popolazione 12/25 anni 2005/2007 dati Istat al 31 dicembre

stranieri minorenni	1695	2019	2348
italiani minorenni	2005 17093	2006 17409	2007 17580
totale minorenni	18788	19428	19928



Un'attenzione particolare merita anche un altro aspetto della dinamica interna alla popolazione dei pre-adolescenti e giovani per la rapida crescita dei minori stranieri.

Nel triennio considerato si registra un alto tasso di crescita dei minori stranieri, rispetto al totale della sola popolazione straniera:

- la fascia 12/14 anni ha avuto un tasso di variazione del 38,76%, contro una variazione del -2,8% della popolazione italiana,
- la fascia 15/19 ha avuto una variazione del 29,05%, contro una variazione del 1,04 della popolazione italiana.

Questi dati danno un'idea di quanto la presenza dei minori stranieri condizioni il modificarsi la composizione della popolazione minorile.

La realtà dei preadolescenti e degli adolescenti extracomunitari, con i loro problemi di integrazione, isolamento, disadattamento, nel nostro Ambito trova interlocutori 'estemporanei' nell'insegnante o nel dirigente scolastico più sensibile, nell'Oratorio più aperto alla diversità, nell'Associazione sportiva più accogliente o nel CAG più capace di armonizzare il lavoro di animazione di gruppo con progetti personalizzati. Ma sembra mancare una regia che coordini un settore destinato, col tempo, ad ampliarsi sempre di più.

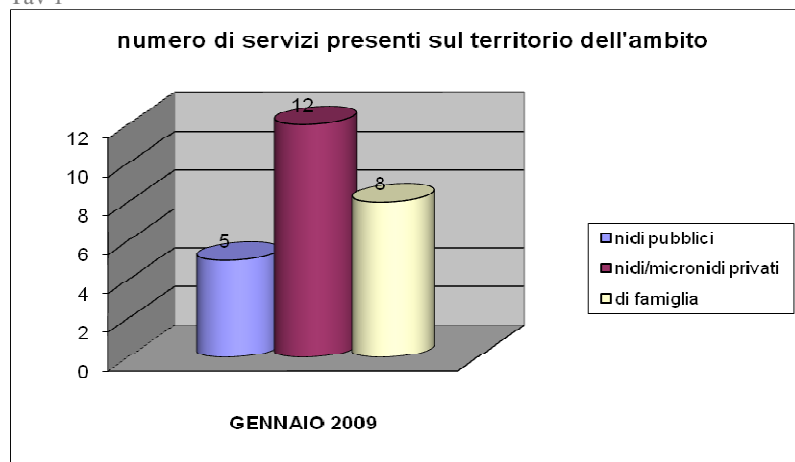
8.3.3 Dati I Relativi Ai Servizi Prima Infanzia

Il quadro di realtà dei servizi educativi per la prima infanzia sul nostro territorio è diventato progressivamente negli ultimi 8/10 anni complesso e diversificato. Dopo il consolidamento dei tre nidi Comunali (due a Treviglio e uno a Caravaggio) tre nuovi elementi arricchiscono lo scenario:

- il primo elemento riguarda la diversificazione delle tipologie di offerta del servizio, con l'insorgente sviluppo delle nuove tipologie (spazi gioco, nidi aziendali, micronidi e nidi famiglia) dovuto per un verso, alla mancanza di risorse capaci di consentire l'ulteriore sviluppo dei nidi (pur in una condizione di domanda espressa e non soddisfatta) mentre, per l'altro, un potenziale interesse da parte delle famiglie verso proposte diverse dal nido classico;
- il secondo elemento riguarda le spinte date prima dalla legge 285/97, che ha portato sul nostro territorio l'apertura di numerosi spazi gioco ed un primo percorso verso la promozione della cultura dell'infanzia e della genitorialità, e successivamente la legge 23/99 che ha visto l'ampliarsi l'offerta dei nidi famiglia.
- Il terzo elemento riguarda la diversificazione del quadro degli attori protagonisti della gestione dei servizi, ed il crescente sviluppo di un mercato dell'offerta privata. Come vediamo dalla tav. 1- il privato profit e no profit rappresenta il 72% dell'offerta contro il

28% dei nidi pubblici; tutto ciò ha indubbiamente concorso a inserire elementi di ricchezza nel sistema, rendendo al contempo sempre più importante poter disporre di elementi conoscitivi generali sulla rete dei servizi, necessari sia al fine di promuover l'integrazione fra le esperienze diverse che di introdurre elementi di regolazione dello stesso sistema dei servizi.

Tav 1



Dal punto di vista del contesto territoriale, attualmente il dato evidenzia una variabilità della distribuzione dei servizi, tale opportunità di accesso ai servizi per la prima infanzia va da un minimo del 3% ad un massimo del 22,78%. Dunque, se è vero che il numero dei servizi ha avuto un notevole incremento della rete, è anche vero che si nota una discrepanza di opportunità di accesso nelle diverse aree territoriali.

La differenziazione dell'offerta e il pluralismo dei protagonisti non solo non attenuano le differenze territoriali ma in alcuni casi li accentuano, al punto che i servizi continuano a svilupparsi dove già ci sono.

8.3.4 Distribuzione dei servizi prima infanzia sul territorio dell'ambito

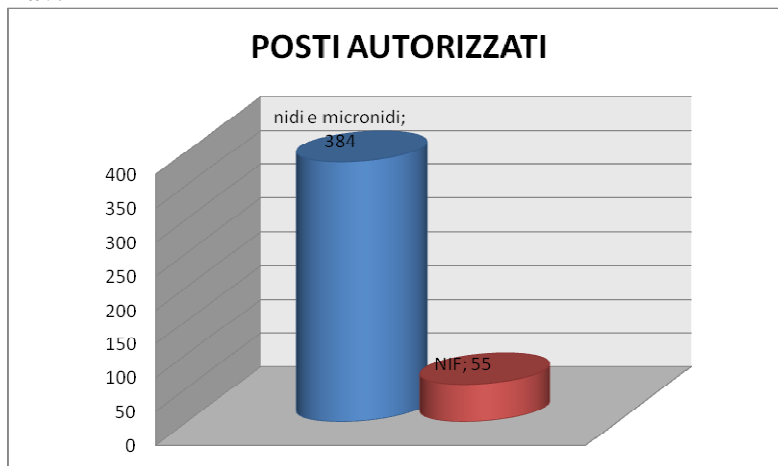
COMUNI DELL'AMBITO	Asilo Nido	micronido	nidi famiglia	spazi gioco
ARCENE		X	X	
ARZAGO				
BRIGNANO		X		
CALVENZANO			XX	
CANONICA				X
CARAVAGGIO	XX	X	X	
CASIRATE			X	X
CASTEL ROZZONE		X		
FARA	X			X
FORNOVO				
LURANO	X			
MISANO			X	
MOZZANICA	X			X

PAGAZZANO				
POGNANO				
PONTIROLO		X		X
SPIRANO				
TREVIGLIO	XXXXXXXX		XX	X
	12	5	8	6

Il numero dei posti autorizzati sul nostro territorio, rappresentato per l'89% da nidi e micronidi e per l'11% da NIF, offre l'opportunità di fruire di un servizio educativo ad una media del 9,76% della popolazione di età 0/3 anni. Ancora ben lontano dalla percentuale ottimale europea stabilita nel 33% d'incidenza sulla popolazione target.

Di contro l'utenza potenziale negli ultimi tre anni è passata da 4189 b.ni nel 2.005 a 4.333 nel 2007 con un incremento del 3,32%.

Tav.2

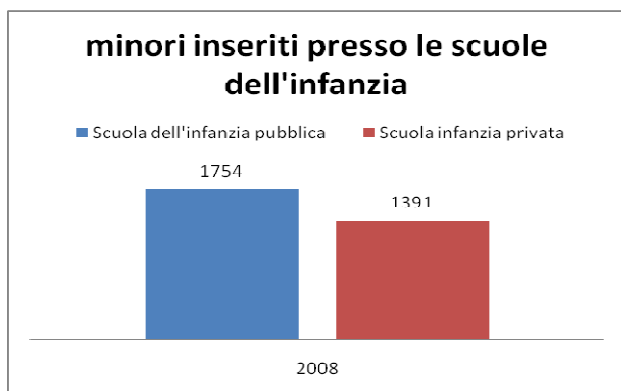


8.3.5 Servizi Integrativi

I servizi integrativi per l'infanzia e la famiglia rappresentati, nel nostro ambito territoriale, principalmente dagli spazi gioco, costituiscono un altro fattore importante della rete di offerta dei servizi per l'infanzia, distribuiti su quasi tutto il territorio dell'ambito accolgono circa 200 minori. Peculiarità del nostro territorio è che gli spazi gioco si configurano come veri e propri servizi educativi, e non solo come spazi ludici e di incontro, l'attenzione ed il sostegno educativo nei confronti dei genitori è elemento principale dell'intervento.

Anche per la fascia di età dai 4 ai 6 anni attore protagonista della gestione dei servizi sul nostro territorio è storicamente rappresentato per il 44% dal privato sociale di estrazione cattolica. Le scuole dell'infanzia private, quasi tutte afferenti all'ADMS, sono distribuite uniformemente sul territorio dell'ambito. Il totale dei minori 4/6 anni inserito presso le scuole dell'infanzia è di 3145 di cui 1754 presso la scuola pubblica e 1391 presso le scuole private.

dati a settembre 2008

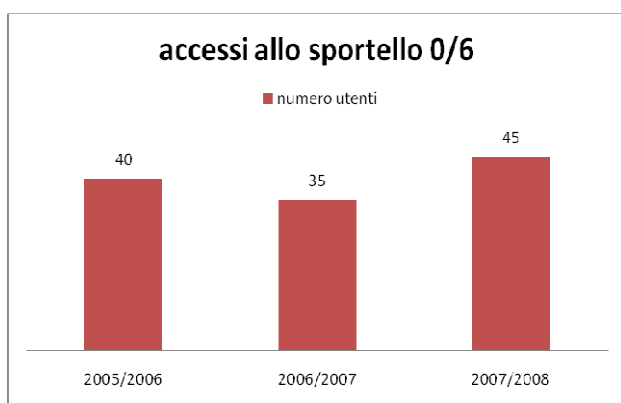


Il sistema d'offerta del territorio presenta una pluralità di soggetti che concorrono a qualificare le opportunità per le famiglie. L'integrazione unitamente alla libertà di scelta rappresentano due linee di lavoro che richiedono nel prossimo triennio una forte azione di coordinamento da parte dell'ufficio di piano con l'obiettivo sostenere la pluralità dell'offerta secondo criteri di qualità condivisi e adottando un percorso di accreditamento.

8.3.6 SPORTELLO PSICOLOGICO DI AMBITO

Uno dei servizi di ambito a sostegno della genitorialità è lo sportello psicopedagogico, che risponde al bisogno di confronto individuale da parte dei genitori per l'approfondimento di alcune tematiche trattate durante le serate a tema con i genitori dei minori prima infanzia

Nel 2005/2006 e 2006/2007 il servizio è stato attivato su tutti i comuni dell'ambito con accesso settimanale o quindicinale all'interno dei servizi per la prima infanzia; nel 2007/2008 presso i sub-ambiti individuati presso i comuni di Brignano, Fara Gera d'Adda e Casirate al fine di ottimizzare le risorse.



L'esperienza degli sportelli apre a nuove riflessioni e richiedono uno sforzo di rielaborazione e innovazione per collocare l'esperienza nel quadro più generale della funzione consultoriale e nella promozione della famiglia come risorsa sociale.

8.4 Dati Relativi Agli Adolescenti E Giovani

8.4.1 Distribuzione dei servizi per adolescenti e giovani sul territorio dell'ambito

COMUNI DELL'AMBITO	Centri di aggregazione giovanile	Spazi di aggregazione giovanile	servizi extrascuola	Informagiovani	Spazio di ascolto e consulenza
ARCENE			X	X	
ARZAGO					
BRIGNANO					X
CALVENZANO			X		
CANONICA			X		
CARAVAGGIO		X	XXXXX		
CASIRATE			X		
CASTEL ROZZONE			X		
FARA		X	X	X	
FORNOVO			X		
LURANO					
MISANO					X
MOZZANICA				X	X
PAGAZZANO			X		
POGNANO					
PONTIROLO	X		X		

SPIRANO					
TREVIGLIO	X		XXXX	X	*X
	2	2	18		

* ULISSE, CONSULTORIO ASL, CONSULTORIO PRIVATO CENTRO PER LA FAMIGLIA, SPAZIO DI CONSULTAZIONE DELL'AMBITO

Negli ultimi mesi del 2008 l'Azienda, attraverso un lavoro di approfondimento con, attraverso il metodo della ricerca-azione, si è posta l'obiettivo di rileggere con gli operatori del settore le esperienze in corso su tutto il territorio di competenza dell'ambito rivolte ad adolescenti e giovani per individuare elementi distintivi da ricollocare in un sistema a rete.

L'analisi dei dati e delle testimonianze raccolte presenta le seguenti conclusioni.

Ci troviamo di fronte a una preadolescenza (11-13 anni) caratterizzata da una diffusa fragilità emotiva: a fronte di un rilevante sviluppo cognitivo, molti ragazzi manifestano "buchi" nella crescita affettiva.

Sul versante sociale, si riscontra con frequenza una incapacità di distinguere i contesti: i ragazzi non capiscono che ogni contesto richiede un linguaggio, un vestiario adeguato. C'è scarso riconoscimento dell'autorità, accompagnato da forme di intolleranza verso la diversità.

Infine si rileva un aumento del disagio psicologico: disturbi gravi, che vanno al di là del normale disagio evolutivo.

Gli adolescenti (14 – 18 anni) in generale manifestano difficoltà a stare soli, a fermarsi a pensare, ad organizzare le loro attività.

Presentano difficoltà nella gestione degli affetti, nell'elaborare rotture e lutti, nell'integrarsi nella comunità adulta.

Manifestano il loro disagio attraverso l'adozione di comportamenti trasgressivi e devianti, nella sfera sessuale, nell'abuso di sostanze, attraverso atti di vandalismo e di violenza interpersonale.

Sono soggetti sempre più spesso a disturbi nella sfera psichica (ansietà, angoscia persecutoria, incapacità di tollerare il dolore, difficoltà nella relazione cogli altri, disistima, smarrimento, sensazione di perdita, disturbi psicosomatici, DCA, disturbi ossessivo-compulsivi, eccessiva responsabilizzazione....) per i quali faticano a trovare un aiuto adeguato.

Un discorso a parte meritano i preadolescenti e gli adolescenti extracomunitari, che alle 'normali' difficoltà legate all'età e allo sviluppo aggiungono l'influenza di altri fattori di disadattamento: la fragile identità culturale di chi si sente 'preso tra due fuochi', il confronto costante con l'intolleranza, il pregiudizio, l'esclusione da parte degli altri, il sostegno troppo debole da parte di famiglie poco attente ai loro problemi, o addirittura il condizionamento da parte di padri autoritari e ostili alla integrazione

Dallo schema sopra riportato possiamo vedere che alcune risposte sono già attive sul territorio, con risultati anche soddisfacenti, ma la loro distribuzione e il collegamento tra i servizi non è sufficiente. L'area dell' accompagnamento, del supporto educativo, della promozione dell'autonomia è coperta dai CAG, dalle Società Sportive, dall'Educativa di strada e di soglia e dalle iniziative specifiche degli Oratori. In questa campo si tratterebbe di ampliare l'offerta, garantendo in ogni paese almeno un **polo aggregativo stabile, che possa offrire continuità di relazione e di riferimento**. Si sente anche l'esigenza di una formazione più mirata dagli operatori, per prepararli ad intercettare più efficacemente alcuni bisogni emergenti dei 'nuovi' adolescenti.

Anche l'area della consultazione, del sostegno e dell'orientamento è complessivamente coperta grazie all'azione del Consultorio adolescenti, allo Sportello di consulenza Ulisse, agli

Informagiovani, ai CIC nelle Scuole, al Centro famiglia, al Consultorio ASL, al lavoro degli Psicologi dentro le scuole secondarie di Primo grado. Qui la presenza dei servizi è un po' più capillare, ma sono ancora **carenti i rapporti a rete tra le diverse offerte** (ad es. tra CIC e consultori).

Sul **disagio psichico grave di ragazzi e adolescenti** mancano – è un parere unanime di tutti gli intervistati – risposte adeguate. Il consultorio adolescenti di Treviglio non può, da solo, assolvere a tutto il fabbisogno, e comunque non è strutturato per interventi clinici a lungo termine. Tutti gli altri servizi (sportelli, CIC....) si limitano ad una funzione di counselling psicopedagogico. Di fronte a gravi disturbi di personalità **manca, in generale, una risposta istituzionale**.

Il settore della prevenzione (dell'abuso di sostanze, dell'alcolismo, del vandalismo, dei DCA, dei comportamenti sessuali distorti, delle condotte a rischio...) **è caratterizzato da frammentazione, estemporaneità, mancanza di coordinamento**.

Infine **su tutta l'area della famiglia**, del supporto alle funzioni genitoriali e dello sviluppo di comunità sono in atto una pluralità di esperienze, anche pregevoli, ma ben poco collegate tra di loro.

8.4.2 Servizi Extrascuola

Negli ultimi anni, grazie anche ai finanziamenti della legge 23/99, si sono sviluppati in modo diffuso interventi aggregativi che fra i loro obiettivi si propongono di offrire ai ragazzi un supporto scolastico all'interno di un contesto diversificato e secondo un'articolazione che coniuga il momento dello studio al momento del gioco, dell'animazione, della relazione.

Nonostante questi servizi si siano a volte sviluppati come proposte "residuali" o "di carattere compensativo" rispetto ad altri ambiti educativi e formativi, essi rappresentano degli interventi che si collocano in una posizione potenzialmente strategica per le politiche sociali rivolte ai minori.

Questi servizi infatti si pongono in un'area di connessione fra le responsabilità e le attenzioni educative della famiglia, della scuola e del territorio e consentono di attivare proposte che integrano al loro interno valenze promozionali, preventive e di integrazione culturale.

Sul nostro territorio le realtà che operano in questa direzione sono tante, legate, nella maggior parte dei casi, al volontariato cattolico e all'associazionismo locale.

Nel 2008 con il contributo della Provincia di Bergamo si è partiti con una prima ricognizione dei servizi del territorio ed una prima analisi dell'utenza che ad esse accedeva e dei bisogni .

Il numero dei minori seguiti sono circa 330, con un'età che va dai 9 anni ai 15.

8.5 Orientamenti Progettuali

8.5.1 Prima infanzia

Dai dati illustrati emerge un contesto di crescente complessità sociale che richiede una **forte sinergia fra servizi socio-educativi e famiglia**. I cambiamenti di carattere relazionale che coinvolgono le famiglie attuali, passano necessariamente attraverso la ricerca di modalità innovative di rapporto, che siano in primo luogo rispettose delle potenzialità, delle risorse e del bisogno delle famiglie di recuperare agio e benessere nella funzione educativa.

I servizi educativi per la prima infanzia, nel territorio dell'Ambito, accolgono circa il 50% di bambini di età tra 0 e i 6 anni, e sono loro che svolgono una importante **funzione di raccordo**; essi, infatti attraverso la mediazione di insegnanti e pedagogiste **entrano in contatto diretto con le famiglie, ne raccolgono i bisogni, le richieste e le difficoltà, si pongono come rilevatori nei loro confronti e consentono, talvolta, un intervento puntuale ed efficace anche per altri soggetti che si muovono in ambiti specifici** (servizi sociali comunali, ASL, e il terzo settore). Ecco perché è

importante mettere insieme forze competenze e conoscenze, volte a rinforzare e migliorare la comunicazione tra educatori e famiglie, ed attivare relazioni di aiuto positive nei confronti dei genitori in difficoltà o solo per dare sostegno ai genitori nella loro attività di cura e di relazione.

La nuova triennalità vedrà coinvolti genitori, educatori, insegnanti e territorio, nella direzione di potenziare al loro interno i servizi educativi e ricercare modalità di cura ed educazione dei bambini, che offrano opportunità di crescita globale, ma anche sviluppo di potenzialità educativa nei genitori. Gli obiettivi da perseguire dunque nel triennio sono i seguenti:

- promuovere l'arricchimento delle competenze relazionali delle giovani coppie e delle famiglie;
- sostenere le scelte di procreazione familiare;
- sostenere le famiglie nella cura dei figli
- sostenere l'integrazione delle famiglie immigrate
- costruire e mantenere vivi i rapporti di partenariato fra enti e soggetti diversi che operano nei settori sociali, educativi e sanitari e dare vita a reti di scambio e di intervento, che valorizzano le singole competenze e conoscenze facendole uscire dalla specificità e rendendole un patrimonio comune su cui investire e da cui essere arricchiti;

AZIONI

- Ridefinire l'esperienza dello sportello psicopedagogico istituendo un punto unico d'accesso e innovare le modalità di erogazione delle prestazioni
- Sostenere e potenziare gli sportelli psicopedagogici all'interno dei servizi per la prima infanzia e scuole dell'infanzia per affiancare gli educatori/insegnanti nelle comunicazioni con i genitori;
- organizzazione di serate a tema con l'obiettivo di costituire gruppi di genitori per percorsi di approfondimento su tematiche legate al ruolo genitoriale
- Istituzione di un tavolo di coordinamento tra servizi 0/6;
- Costituzione di un tavolo di sistema tra le istituzioni che si occupano di questa fascia d'età (NPI, scuola, consultorio, servizi 0/3);
- Accreditamento dei servizi prima infanzia e definizione dei contratti;
- Sperimentazione di Buoni sociali a sostegno della genitorialità (acquisto posti nido)
- Realizzazione di un protocollo d'intesa tra ambito e Azienda Ospedaliera (rep ostetricia e ginecologia) per la prevenzione precoce di situazioni a rischio (attraverso la collaborazione A.S. Ospedale).

8.5.2 Preadolescenti e Politiche giovanili

- **Consolidamento ed ampliamento del servizio di consultazione e trattamento psicologico dell'Azienda** attraverso la collaborazione di un altro operatore;
- Consolidamento dei servizi già operanti nel campo socioeducativo, con particolare riferimento allo **sviluppo di competenze delle figure adulte** (genitori, insegnanti, counselor, educatori, allenatori....) attraverso una programmazione di **proposte formative mirate e l'offerta di supporti di consulenza e supervisione** (preziosa appare l'indicazione di utilizzare lo psicologo a scuola non solo per interventi di counselling coi ragazzi ma per supportare il consiglio di classe e il singolo docente).
- **Ampliamento e consolidamento della rete dei servizi per l'aggregazione** (CAG, spazi adolescenti, spazi compiti, Oratori), con particolare attenzione all'accoglienza dei soggetti deboli (carenze famigliari e socioculturali, provenienza da culture marginali...)

- **Attivazione** di servizi (d'intesa con la Asl) per la presa in carico psicoterapeutica di casi di **disturbo psicologico grave o individuazione di percorsi** e protocolli adeguati per l'invio di pazienti di questo tipo.
- Costruzione (d'intesa con gli Sportelli immigrati di Treviglio e Caravaggio) di una cabina di regia che individui le strategie e gli strumenti più adeguati per dare risposta alle domande di **integrazione degli adolescenti stranieri**.
- Consolidamento e ampliamento del servizio di alfabetizzazione e mediazione culturale per i minori stranieri.
- **Costruzione** (d'intesa con i SerT) di una **cabina di regia** che coordini le iniziative e i progetti **di prevenzione a valenza sociale**.
- **Attivazione** di un **Tavolo di coordinamento e conoscenza delle politiche giovanili** da parte dell'Azienda consortile, al fine di raccogliere, catalogare e mettere in circolo le buone pratiche già attive sul territorio.
- **Creazione** di uno **sportello unico INFORMAGIOVANI** territoriale;

8.6 Area Dei Diritti Dei Minori

Il diritto primario del minore a vivere, a crescere ed essere educato nell'ambito della propria famiglia è un principio che interessa in maniera trasversale tutte le politiche sociali, esso è diritto costituzionalmente garantito e rafforzato dalla legge 149/2001 "modifiche alla legge n°184, recante "disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori".

C'è un mal-essere in molte famiglie con minori che non è necessariamente disagio latente o inesplosivo, ma un momento di difficoltà che rientra dentro il quotidiano vivere del rapporto genitori-figli (difficoltà a gestire gli ambiti di autonomia, il percorso scolastico, l'incuria educativa dovuta a situazioni problematiche di malattia, precarietà lavorativa). Se tale malessere trova la famiglia sola ed impotente, esso può generare in situazioni gravi ed esasperate.

A tale malessere non si può rispondere prevalentemente e unicamente con modalità di tipo clinico o psicosociale, ma sollecitando risposte all'interno di un mondo vitale a cui la famiglia appartiene.

L'analisi delle situazioni giunte in tutela in questi anni ha portato gli Operatori sociali, a ripensare ai percorsi di tutela sui minori, non in termini di gerarchia di interventi, ma come una vasta rete di possibilità molto connesse tra loro che possano - non episodicamente, ma convergendo in un unico progetto - realizzare la tutela.

Dati relativi alla tutela

anno di riferimento	N° Minori in tutela	ADM	Comunità	Affido al servizio Sociale	Affido a Parenti	Affido Etero-Familiare
2007	175	17	12	8	5	6
2008	150	8	8	12	8	8

8.6.1 Servizi di supporto alle famiglie in situazione di fragilità attivi nell'ambito

8.6.1.1 Servizio di Assistenza Domiciliare Minori

Viene attivato quando la famiglia d'origine presenta margini di recuperabilità, l'intervento è finalizzato a favorire il processo di integrazione sociale del minore attraverso il superamento delle difficoltà personali e familiari, il supporto alle figure parentali ed il recupero delle risorse e delle competenze genitoriali;

OBIETTIVI:

- Creare le condizioni sociali e psicopedagogiche di benessere, che permettano alla famiglia di superare le difficoltà in senso costruttivo, attraverso l'elaborazione dinamica delle relazioni e la condivisione degli obiettivi educativi e di socializzazione;

- Mantenere il minore sul territorio all'interno di una relazione familiare che ne tuteli la crescita e prevenga ogni forma di emarginazione;
- Consentire alle figure parentali di mantenere adeguate competenze genitoriali valorizzando le risorse esistenti e intervenendo sui nodi critici della relazione educativa;
- Valorizzare e stimolare il contesto sociale utilizzando le risorse aggregative, educative, culturali e sportive del territorio al fine di facilitare il percorso di integrazione del minore e del contesto familiare;
- Facilitare e promuovere gli interventi all'interno di un progetto di rete che preveda una collaborazione con gli altri servizi sociali, sanitari, scolastici, culturali presenti sul territorio

Si ribadisce, la necessità di differenziare gli interventi di ADM tra interventi strettamente educativi sul nucleo familiare e sul minore e interventi di supporto a problematiche di carattere cognitivo (richieste avvio ADM da parte della NPI) ADMH servizio da integrare con l'area Disabilità;

8.6.1.2 Visite Protette

È attivo da un anno uno Spazio Neutro per le visite protette, quale strumento per il monitoraggio delle visite tra minori e genitori - o altri membri della famiglia - in situazioni particolarmente problematiche e conflittuali. Favorisce la comunicazione tra le parti e permette agli operatori di osservare gli eventuali cambiamenti nella relazione genitore/figlio.

8.6.1.3 Inserimento in comunità alloggio

Viene attuato quando si rende necessario tutelare il minore in modo preciso e deciso, perché la fragilità della famiglia è evidente e continuata in un sistema che non riesce a sostenere lo sviluppo del bambino.

La comunità, nel sistema delle unità d'offerta, diventa uno strumento di tutela da utilizzare per un intervento residuale (inteso come intervento rivolto a situazioni sociali e personali logiche e complesse) e specializzato.

Obiettivo, in questo caso è il sostegno del minore in forma forte (alta intensità assistenziale).

8.6.1.4 Alloggi in semiautonomia/autonomia mamme con bambini

In continuità con la progettazione del precedente triennio si ritiene importante rinnovare le convenzioni per la disponibilità di alloggi in autonomia e semiautonomi per mamme con bambini, allargando la tipologia dei destinatari vista la mutevolezza della casistica nel corso degli anni

8.6.2 Orientamenti Progettuali

Gli obiettivi da perseguire nel triennio sono i seguenti:

- Favorire la crescita dei minori nei propri nuclei familiari
- Rafforzare le capacità genitoriali delle famiglie
- Sviluppare azioni volte a promuovere il solidarismo sociale tra le famiglie
- Favorire interventi domiciliari o in semiresidenzialità di tipo educativo e assistenziale
- Ridurre il numero di minori in comunità alloggio
- Rafforzare la collaborazione con l'USSM di Brescia , per lo studio, analisi ed eventuale programmazione di interventi volti ai minori sottoposti a procedimento penale.

AZIONI:

Oltre al mantenimento dei servizi storici, si prevede nel triennio lo sviluppo di due progetti specifici: **l' affido leggero e comunità diurne-**

8.6.2.1 Affidato Leggero

L'affido leggero consiste nell'affiancamento da parte di una famiglia ad uno o più minori appartenenti ad un nucleo in difficoltà per tempi variabili da situazione a situazione (es. alcuni pomeriggi la settimana, week-end, vacanze).

La diffusione dell'affido leggero si connota all'interno del progetto sia come strumento di prevenzione dell'allontanamento dei minori dal proprio nucleo d'origine, sia come possibilità per le famiglie di avvicinarsi, in modo graduale, all'esperienza di accoglienza

Diverse sono le ragioni, riconducibili a due macro aree, che motivano la realizzazione progettuale e che partono da osservazioni e rilevazioni specifiche:

a) A livello sociale:

- **Aumento del numero e delle problematiche dei genitori e dei nuclei familiari** con difficoltà personali, relazionali e di inclusione sociale esclusi dai circuiti formali di cura aiuto e sostegno da parte dei Servizi Socio- Sanitari.
- **Difficoltà della famiglia** "normale" ad affrontare e gestire i compiti di cura, educazione, sviluppo e solidarietà intergenerazionale dei propri membri.

b) A livello di politiche sociali:

- **Persistenza di iniziative e servizi** che offrono prodotti "finiti" dove il rischio forte è quello di delega da parte della famiglia.
Causa ed effetto rispetto alla suddetta presa in carico del minore, è l'eccessiva "centratura" sulla persona problematica piuttosto che sulla famiglia nella sua globalità e complessità.
- **Carenza, se non assenza**, di sostegni alle famiglie in fragilità per assolvere i loro compiti e non trovarsi "schiacciate" sui propri problemi ma aperte all'esterno e alla solidarietà.

Obiettivi

il Progetto persegue i seguenti **obiettivi primari**:

a) Migliorare l'intervento sulla famiglia, aiutando le famiglie in difficoltà con minori ad affrontare e gestire i compiti di cura, educazione, sviluppo, e solidarietà intergenerazionale dei propri membri.

b) Sostenere e promuovere la genitorialità e la famiglia in situazione di grave difficoltà superando un intervento diretto \dei Servizi formali di aiuto e di cura attraverso l'apporto di famiglie "solidali"

Obiettivi secondari

- **Potenziare la ricostruzione di "comunità"** come luogo in cui, pur non mancando conflitti e difficoltà, si possono trovare spazi di solidarietà, relazioni e legami.
- **Favorire la prossimità**. come occasione di riorganizzazione degli stili di vita, per sentirsi valorizzati e recuperare l'autostima.
- **Ampliare la messa in rete degli attori locali**, quali le Associazioni di Volontariato per un coinvolgimento, una promozione e un sostegno della rete
- **Avviare azioni formative** dedicate ad accrescere consapevolezza e competenze degli attori coinvolti.

8.6.2.2 Comunità' Diurne

La Comunità diurna per Minori e famiglia /Centro diurno per minori e famiglia è una struttura a carattere semiresidenziale rivolta prioritariamente ai minori in carico ai Servizi Socio Assistenziali e Sanitari.

Risponde alle esigenze di minori che si trovino in situazione di disagio socio-ambientale, di ritardo scolastico, o a rischio di emarginazione e per i quali si ravvisi la necessità di un **forte supporto educativo** e di un modello positivo che stimoli rapporti familiari e sociali adeguati, ed il cui

obiettivo è di **attuare**, all'interno di una progettualità condivisa, **un'azione di sostegno alla famiglia e l'attivazione di relazioni significative e maturative per il minore stesso all'interno del contesto di appartenenza.**

Il centro diurno propone ai servizi territoriali uno luogo nuovo e intermedio, inteso come uno spazio che può accogliere quelle situazioni di criticità familiare, che necessitano di osservazione e valutazione per consentire la costruzione di percorsi di medio e lungo periodo.

Un'ulteriore potenzialità, legata a questo aspetto, riguarda la possibilità di una maggiore accettazione delle famiglie, condizione che potrebbe consentire la costruzione di un "consenso" e preparare i genitori a condividere progettualità ulteriori come l'affido o inserimento in comunità.

In casi particolari la comunità diurna può rappresentare una prosecuzione del percorso di tutela a seguito della dimissione comunitaria, come supporto alla famiglia d'origine o affiancamento nel progetto di vita da solo.

8.6.2.3 GESTIONE Del Servizio Tutela Minori

- Coordinatore responsabile
- Equipe Sociale operatori tutela di Ambito
- Equipe Tutela Integrata (AS Comune + AS tutela + Psicologo tutela)
- Gruppo di lavoro Affidi;
- Psicologa a incarico sulle situazioni di disagio per una valutazione preventiva (non definite da decreto del T.M.)

8.7 ORGANIZZAZIONE AREA Famiglie E Minori

8.7.1 Tavolo Di Area

Responsabile di Area

1 referente istituzioni scolastiche

1 referente ASL

1 referente Azienda Ospedaliera (NPI)

1 referente Oratori

1 referente Terzo Settore

1 referente Cooperative sociali

1 referente Comunità Alloggio

1 referente Servizi Prima infanzia

In relazione alle fasce di età e a tematiche specifiche sono attivi sottogruppi di lavoro dedicati

8.8 Area Immigrazione e Marginalità

8.8.1 Immigrazione

Rispetto al fenomeno migratorio emerge, da un lato la rilevanza della sua crescita numerica continua e, dall'altro, la sua particolare complessità.

La presenza di immigrati stranieri, nel territorio dell'ambito, sta ridisegnando una nuova struttura della società (crescita delle famiglie, dei minori), incide sulla trasformazione sociale perché l'immigrato è una famiglia, una comunità, una rete.

Negli ultimi anni infatti l'immigrazione straniera pur mantenendo una rilevante connotazione individuale sta diventando sempre più un fenomeno familiare.

L'immigrazione straniera costituisce una risorsa che contribuisce alla crescita della popolazione residente, rallenta il processo di invecchiamento (il contributo degli stranieri alla natalità è significativo) e genera ricchezza per il sistema previdenziale, partecipando direttamente alle forme di contribuzione previdenziale.

Il fenomeno migratorio ci consegna una società che dovrà misurarsi con le sue trasformazioni da società monoculturale a società multiculturale in grado di rinforzare i processi sociali per:

- migliorare le capacità di coabitazione,
- lavorare sul rafforzamento della identità culturale autoctona,
- rinforzare gli apprendimenti legati alla legalità e al rispetto delle regole come condizione per la convivenza reciproca e il contenimento delle conflittualità

Al 31/12/2007 la popolazione straniera residente nell'ambito distrettuale di Treviglio rappresentava il 7,88% della popolazione residente. La composizione della popolazione straniera presenta una variazione a vantaggio della percentuale delle donne che passa dal 41,79% al 42,30% confermando la propensione verso la presenza di famiglie e dei fenomeni di ricongiungimento.

Tab. 1 Popolazione straniera residente

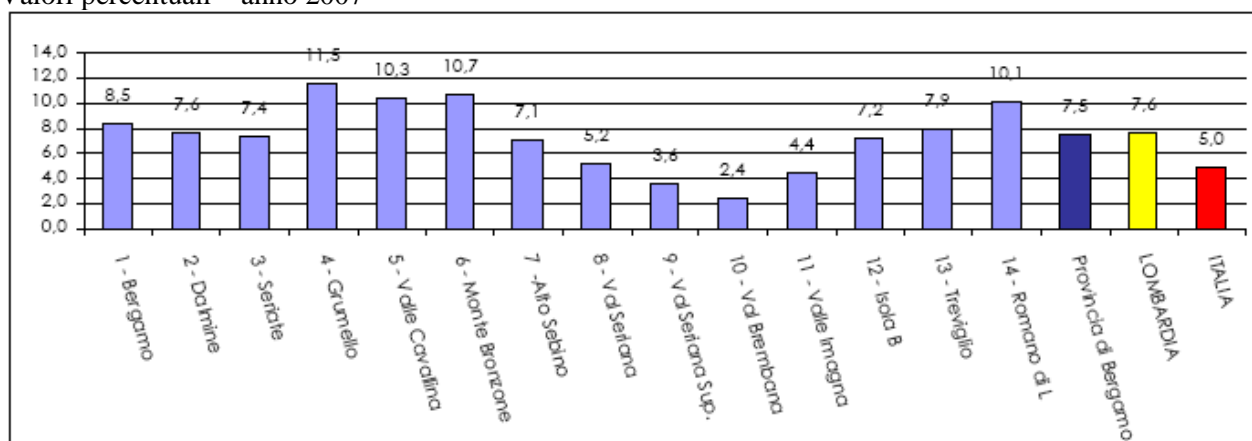
Anno	Popolazione Tot.	Popolazione Straniera	% su popolazione. Totale	% Maschi	% Femmine
2006	101.975	7.268	7,12	58,21	41,79
2007	103.758	8.181	7,88	57,68	42,30

Tab. 2 Struttura della popolazione per ambito
Valori assoluti, percentuali e tassi – anno 2007

	Bergamo	Dalmine	Seriate	Grumello	Valle Cavallina	Monte Bronzone - Basso Sebino	Alto Sebino	Valle Seriana	Valle Seriana Superiore e Valle di Scalve	Valle Brembana	Valle Imagna e Villa d'Almè	Isola Bergamasca	Treviglio	Romano di Lombardia	Provincia
Popolazione totale 01/01/2007	146.904	135.426	69.561	45.104	49.881	29.712	30.053	97.316	43.704	43.664	50.405	122.618	103.758	76.714	1.044.820
di cui minorenni	23.628	25.464	13.331	8.717	10.016	5.581	5.016	17.225	7.588	7.400	9.691	22.286	17.936	14.116	187.995
Percentuale minorenni	16,1%	18,8%	19,2%	19,3%	20,1%	18,8%	16,7%	17,7%	17,4%	16,9%	19,2%	18,2%	17,3%	18,4%	18,0%
N° totale stranieri residenti	12.437	10.297	5.131	5.187	5.155	3.174	2.119	5.043	1.571	1032	2.225	8.834	8.181	7.779	78.165
di cui minorenni	2.780	2.522	1.276	1.459	1.441	731	544	1.287	403	266	624	2.392	2.151	2198	20.074
Tasso di immigrazione	8,5	7,6	7,4	11,5	10,3	10,7	7,1	5,2	3,6	2,4	4,4	7,2	7,9	10,1	7,5
% di stranieri minorenni /stranieriresidenti	22,4%	24,5%	24,9%	28,1%	28,0%	23,0%	25,7%	25,5%	25,7%	25,8%	28,0%	27,1%	26,3%	28,3%	25,7%
Stranieri minorenni residenti su 100 minorenni italiani residenti	13,3	11,0	10,6	20,1	16,8	15,1	12,2	8,1	5,6	3,7	6,9	12,0	13,6	18,4	12,0

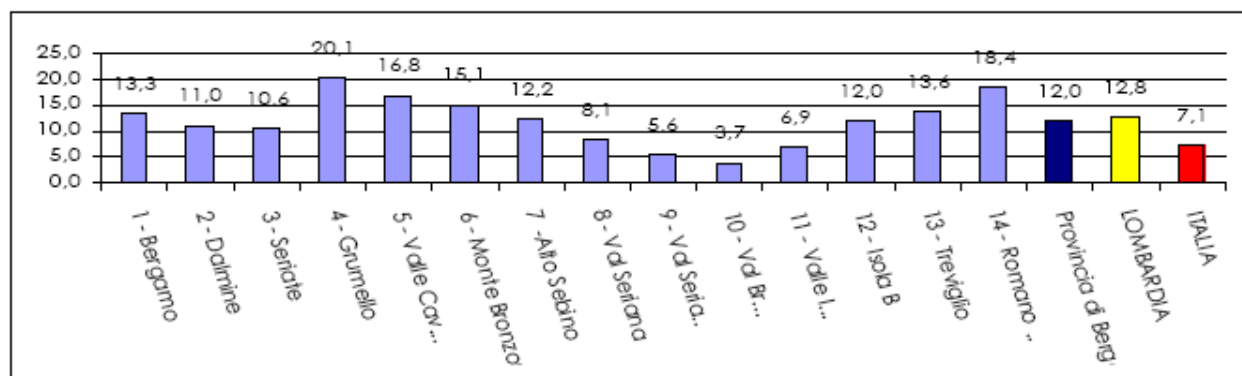
Fonte: Rielaborazione dati Istat.

Graf. 1 Tasso di immigrazione e Ambito
Valori percentuali – anno 2007



Fonte: Rielaborazione dati Istat.

Graf. 2 Cittadini stranieri minorenni residenti nella provincia di Bergamo per Ambito
Tassi – anno 2007

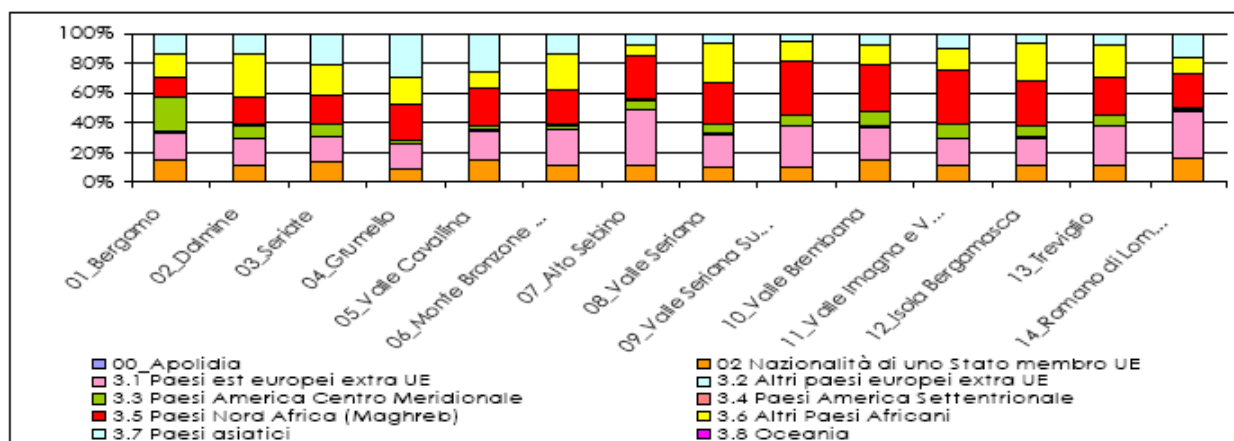


Fonte: Rielaborazione dati Istat.

Dai dati rielaborati sulla fonte Istat da parte dell'Osservatorio delle Dipendenze di Bergamo nel documento “ I consumi di sostanze psicoattive in provincia – documento 05/'08” - emerge una fotografia del fenomeno migratorio così caratterizzato:

- l'incidenza della popolazione straniera per l'Ambito di Treviglio con il 7,9 si attesta con un valore superiore alla media provinciale pari a 7,5;
- all'interno della popolazione straniera la presenza di minorenni rappresenta il 26,3% a conferma della crescente presenza nel territorio di sistemi familiari estesi (tab. 2);
- i minorenni stranieri residenti su 100 minorenni italiani residente sono 13,6 (grafico 2);
- le nazionalità prevalenti presenti nell'ambito sono riconducibili alle popolazioni Africane e ai paesi dell'Est (grafico 3).

Graf. 3 Distribuzione stranieri residenti per nazionalità e Ambito
Valori assoluti – anno 2006



Fonte: rielaborazione dati Istat.

8.8.2 Unità d'offerta e interventi attivati

Ad oggi le realtà sostenute dall'ambito di Treviglio che si occupano di immigrazione sono:

- Sportelli immigrazione: nell'ambito di Treviglio sono attivi tre sportelli informativi ubicati presso il Comune di Treviglio, di Caravaggio e Arcene (questi due ultimi sostenuti dall'ambito) che hanno il compito di favorire la regolarità della presenza dei cittadini stranieri sul territorio, accompagnandoli nella complessa gestione degli aspetti burocratici-amministrativi.
- Servizio di mediazione culturale nei servizi e nelle scuole:
 - attività di supporto agli operatori sociali dell'ambito nei casi sociali che necessitano di interventi di mediazione
 - attività di supporto alle scuole dell'ambito al fine di favorire interventi di mediazione culturale e alfabetizzazione degli studenti stranieri
- Sostegno ai corsi di lingua di italiano attivati dalle singole realtà comunali o dal terzo settore
- Adesione alla sperimentazione provinciale del progetto: “Il titolo di soggiorno: per una pratica amministrativa a valore sociale. Promuovere, facilitare ed accompagnare il trasferimento ai Comuni dell'assistenza nella compilazione della modulistica per il rilascio dei titoli di soggiorno”

8.8.3 Obiettivi e priorità

Sulla base degli interventi attivati lo scorso triennio e dai dati in possesso emerge la necessità di potenziare alcuni interventi, estenderne altri ad altre realtà e diversificare altri ancora al fine di

rispondere in maniera adeguata alle esigenze portate dalla popolazione straniera e italiana, in termini non più solo “assistenzialistici”, ma promozionali.

In particolare:

8.8.3.1 Sportelli immigrazione e mediazione culturale

Dati elaborati dalla coop.sociale Kinesis – documento “valutazione sul funzionamento degli sportelli immigrazione nell’ambito di Treviglio” – luglio 2008

Dati sportelli immigrazione

I tre sportelli attivi nell’ambito di Treviglio sono aperti 5 ore settimanali ad Arcene e Caravaggio e 10 ore settimanali a Treviglio. I primi due sportelli sono gestiti dall’ambito, mentre quello di Treviglio direttamente dal Comune.

All’interno di una logica di sistema e di approccio integrato i dati sotto riportati sono relativi a tutte e tre gli sportelli.

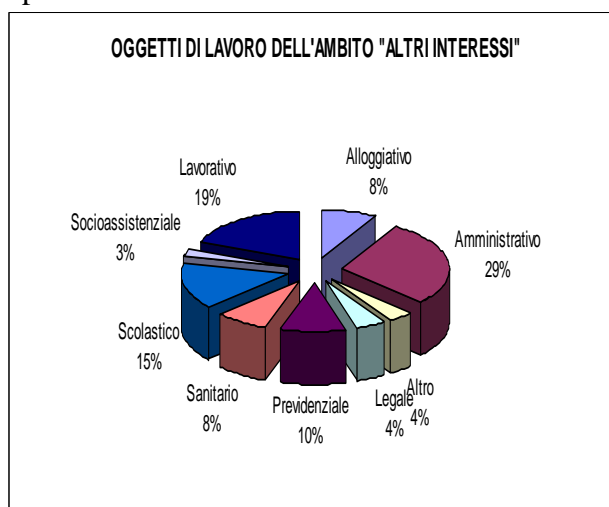
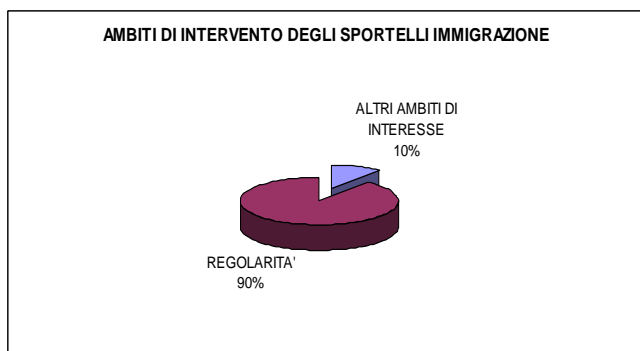
Nel periodo settembre 2007 – luglio 2008 gli sportelli hanno visto un numero di contatti pari a 5 persone di media al giorno ad Arcene e Caravaggio e pari a 19, 6 persone al giorno di media a Treviglio.

I dati rilevano come gran parte degli accessi riguardino cittadini residenti nei comuni di attivazione dello sportello (69% Treviglio, 75% Caravaggio, 70% Arcene).

COMUNE RESIDENZA	SPORTELLLO CARAVAGGIO		SPORTELLLO TREVIGLIO		SPORTELLLO ARCENE	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Arcene	1	0%	15	0%	277	70%
Arzago	5	1%	15	0%		
Brignano	6	2%	60	1%	14	4%
Calvenzano	5	1%	44	1%		
Canonica		0%	31	1%	3	1%
Caravaggio	258	75%	316	8%	2	1%
Casirate	4	1%	120	3%		
Castel Rozzone		0%	24	1%	9	2%
Fara d'Adda	2	1%	80	2%		
Fornovo S. Giovanni		0%	12	0%		
Lurano		0%	13	0%		
Misano	6	2%	10	0%		
Mozzanica	3	1%	12	0%		
Pagazzano		0%	13	0%		
Pognano		0%	2	0%	4	1%
Pontirolo	1	0%	19	0%	5	1%
Spirano	4	1%	24	1%	1	0%
Treviglio	10	3%	2834	69%	11	3%
Comuni Ambito Romano		0%	46	1%		
Altri comuni provincia Bergamo		0%	239	6%		
Comuni provincia Milano		0%	39	1%		
Comuni provincia Cremona		0%	18	0%		
Altri comuni	16	5%	7	0%	67	17%
Non specificato	21	6%	113	3%		
	342	100%	4106	100%	393	100%

I gruppi etnici che ricorrono maggiormente agli sportelli sono: albanesi, egiziani, marocchini e senegalesi.

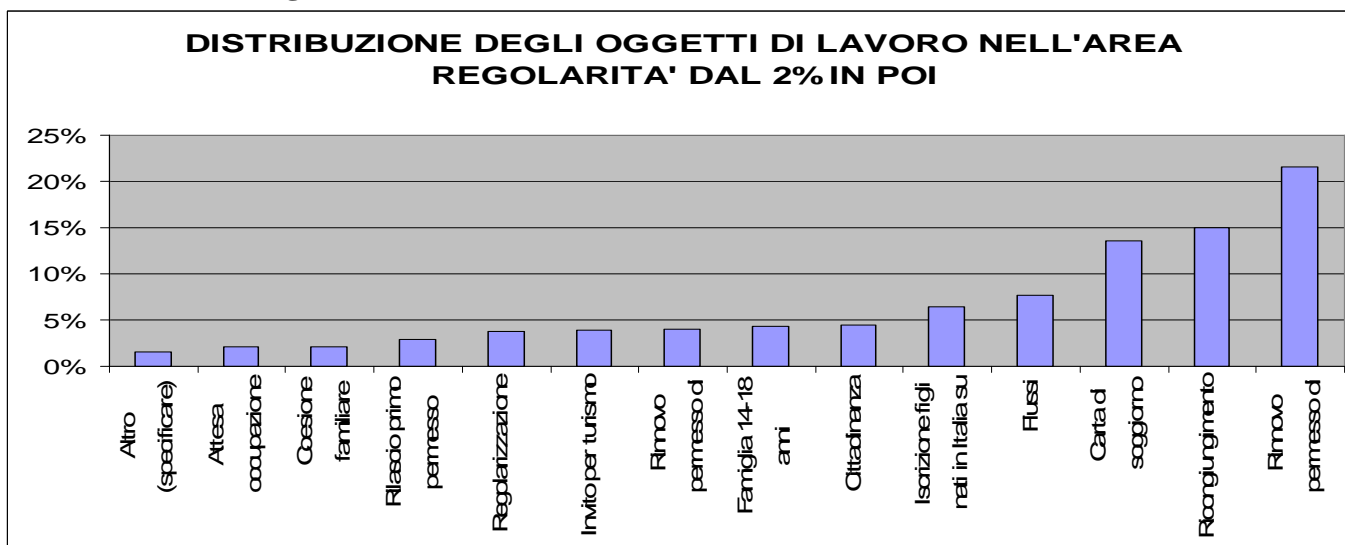
I grafici seguenti mostrano gli ambiti di intervento degli sportelli:



E' evidente come i bisogni legati alla regolarità della permanenza in Italia costituiscano per molti immigrati un'area di priorità.

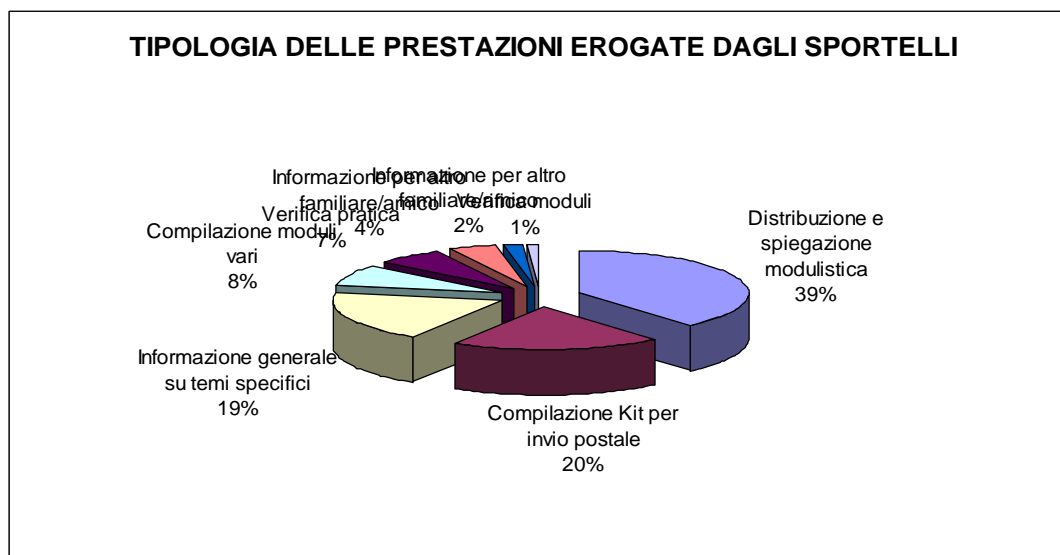
Solo il 10% delle prestazioni riguarda infatti aspetti non connessi alla regolarità della presenza ma alla comprensione e gestione degli aspetti burocratico-amministrativi. Di questo sottoinsieme, la priorità è data dalla comprensione del normale funzionamento della burocrazia (29%) e da problemi connessi al mondo del lavoro (19%). Tuttavia sono in crescita le richieste da parte delle persone nella compilazione dei moduli necessari all'iscrizione sanitaria e alla scuola.

L'ambito della regolarità:



Osservando gli oggetti di lavoro, i più frequenti fanno riferimento a processi di stabilizzazione del progetto migratorio (ricongiungimenti familiari, rinnovi, carta di soggiorno)

Tipologia delle prestazioni erogate dagli sportelli:



Con l'avvento dei Kit da compilare e inviare per posta (ad eccezione del ricorso al sindacato che su appuntamento inserisce i dati direttamente al terminale), agli sportelli si sono rivolti molti immigrati a chiedere informazioni sulla modulistica necessaria e in molti casi a farsi compilare il kit.

8.8.3.2 Proposte per il nuovo triennio

Bisogni rilevati	<ul style="list-style-type: none"> - necessità di svolgere efficaci azioni di sistema operando in modo congiunto su tutte e tre gli sportelli dell'ambito. - dalle valutazioni effettuate con gli operatori della cooperativa sociale Kinesis che hanno gestito gli sportelli in questi anni emerge un numero sempre maggiore di accessi, soprattutto da parte degli immigrati più che dagli operatori dei servizi, i quali spesso delegano funzioni e compiti agli sportelli stessi. <p>Da una parte dunque meccanismi di delega da parte degli enti e dall'altra diffusione di approcci assistenzialistici più che emancipatori da parte degli immigrati (soprattutto se si osserva che molti immigrati residenti nei comuni dove non ha sede lo sportello rispondono ai bisogni burocratici in modo autonomo e alternativo)</p>
Obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> - gestione unitaria dei tre sportelli presenti nell'ambito da parte dell'Azienda Consortile Risorsa Sociale Gera d'Adda - passare da una logica meramente assistenzialistica ad una promozionale nei confronti degli immigrati (potenziare abilità pratiche e sfruttare l'effetto moltiplicatore delle reti esistenti nelle dinamiche associative o familiari)
Azioni	<ul style="list-style-type: none"> - coinvolgere gli operatori degli altri servizi - azioni di rete tra i tre sportelli immigrazione dell'ambito - dare continuità alle attività dei tre sportelli regolamentandone gli accessi - sperimentare in tutti i sub-ambiti del territorio un progetto formativo strutturato e di gruppo che fornisca agli immigrati gli strumenti per una progressiva autonomia e sia fonte di apprendimento pratico e orientamento al vivere in Italia in tutte le sue dimensioni (abitare, lavorare, accedere correttamente ai servizi, pagare le tasse...). In una logica di rete e di competenze specifiche, all'interno di questo progetto

- saranno coinvolti anche operatori di altri enti.
- dare continuità alle azioni di supporto agli operatori sociali dell'ambito che necessitano di mediazione culturale per la presa in carico di casi sociali
- approfondimenti tematici relativi all'immigrazione rivolti agli operatori sociali, agli amministratori e alla popolazione con il coinvolgimento della provincia. C

Budget

8.8.3.3 Mediazione Culturale e Alfabetizzazione nelle scuole

La scelta del precedente Piano di Zona è stata quella di sostenere il progetto messo in atto dalla scuola quale soggetto titolare degli interventi di alfabetizzazione e mediazione culturale a favore degli alunni stranieri.

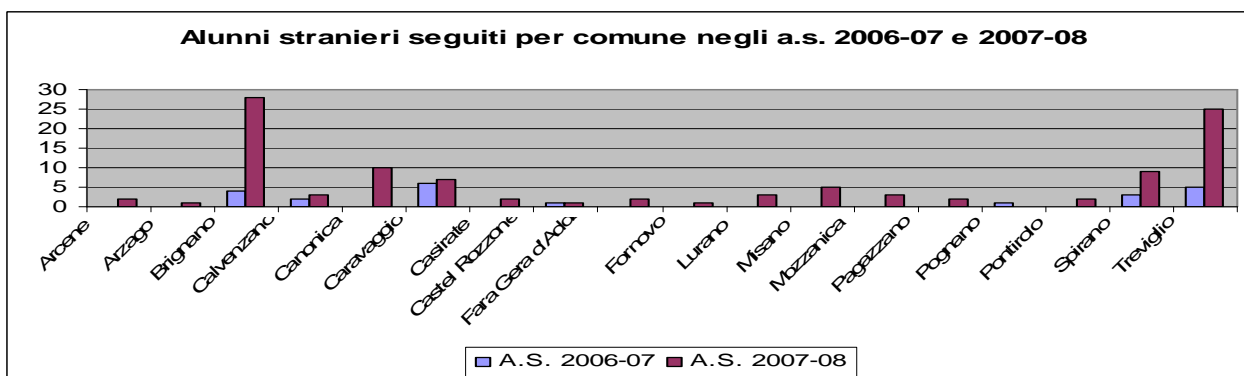
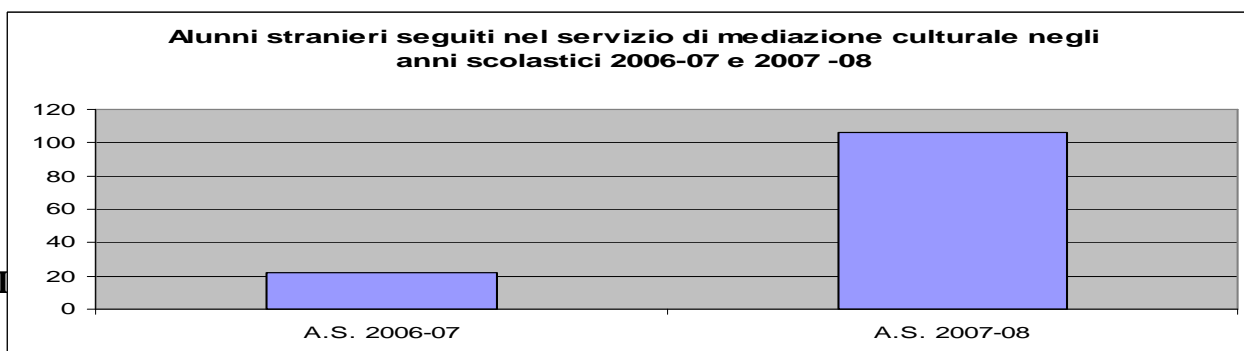
Dati relativi alla mediazione culturale

(Dati elaborati dalla coop.sociale Kinesis – documento “valutazione sul funzionamento degli sportelli immigrazione nell’ambito di Treviglio” – luglio 2008)

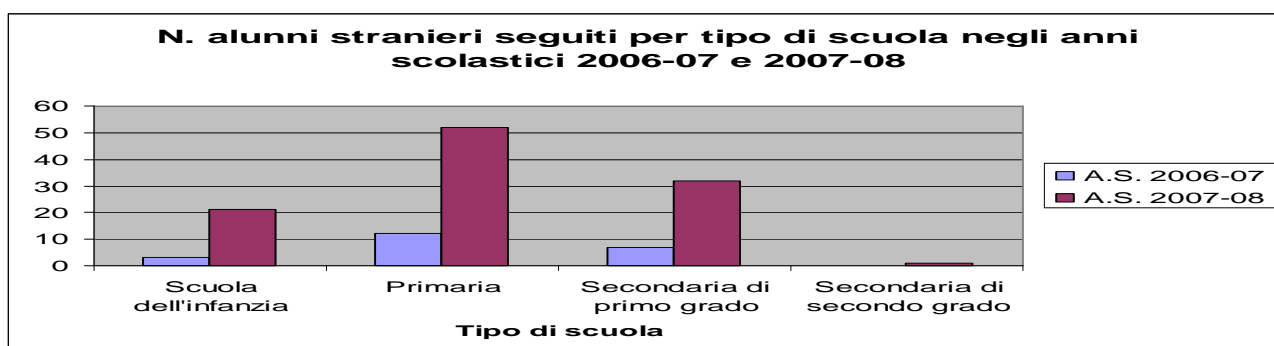
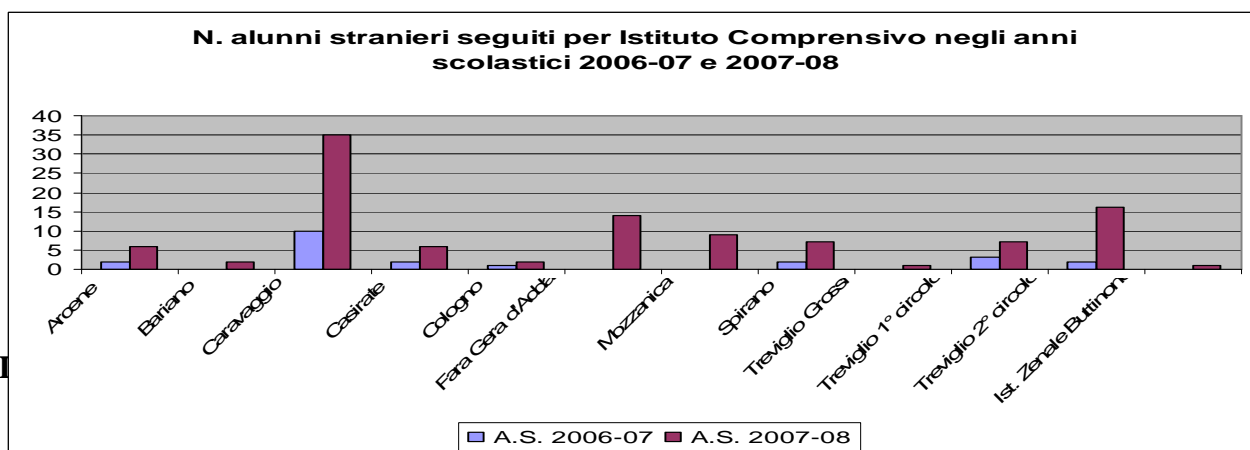
I dati riportati riguardano aspetti quantitativi rilevati dalla coop.sociale Kinesis che opera all’interno degli Istituti Comprensivi dell’ambito attivando interventi di mediazione culturale.

I dati del 2007-2008 sono stati comparati con quelli del 2006-2007 nonostante le condizioni di avvio del servizio siano state differenti (ad anno scolastico già iniziato per l’a.a. 2006-2007 e a inizio anno per l’a.a. successivo).

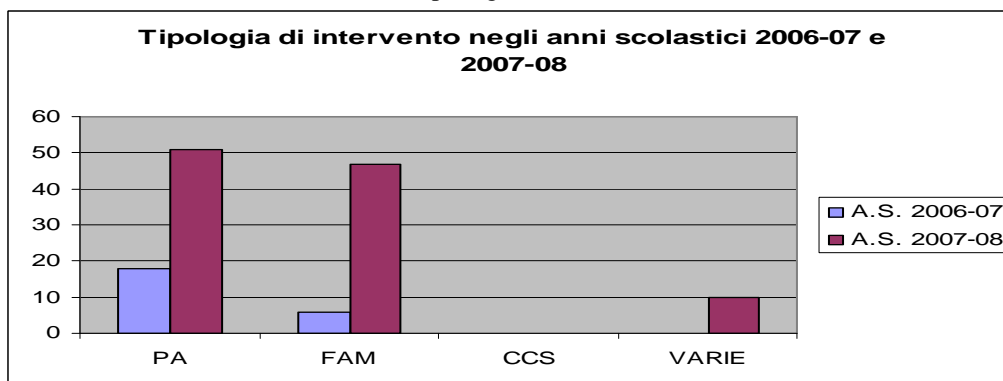
L’andamento nei due anni:



Gli istituti comprensivi:



PA= Pronta Accoglienza
 FAM= Colloqui ordinari tra Scuola e Famiglia
 CCS= Colloqui per la Consegna delle Schede
 VARIE= per ogni altra richiesta



Le prestazioni più richieste riguardano la Pronta Accoglienza per gli alunni neo arrivati.

8.8.3.4 Proposte per il nuovo triennio

Bisogno rilevato	Il numero sempre maggiore di immigrati sul nostro territorio e nelle scuole dell'ambito necessita di interventi a sostegno alle azioni della scuola.
Obiettivi	- favorire processi di alfabetizzazione e integrazione degli alunni stranieri frequentanti le scuole dell'infanzia, primarie, secondarie di primo grado e il biennio delle scuole superiori dell'ambito
Azioni	<ul style="list-style-type: none">- rinnovare il protocollo d'intesa con le scuole dell'ambito prevedendo interventi di mediazione culturale e alfabetizzazione degli alunni stranieri che ne necessitano;- sottoscrivere un protocollo d'intesa con le scuole superiori dell'ambito che richiedono interventi specifici nel campo dell'alfabetizzazione (relativi soprattutto alla padronanza di linguaggi specifici delle diverse discipline studiate) e della mediazione culturale- coordinare le iniziative che maturano sul territorio per ricondurle entro una visione integrata e unitaria dell'agire sociale; istituire prassi valutative delle azioni sopra descritte individuando punti di forza e criticità da superare;
Budget	

8.8.3.5 Altri Interventi A Favore Di Alunni Stranieri E Alunni In Situazione Di Disagio

Bisogno rilevato	Da parte degli insegnanti si evidenzia la necessità di migliorare le competenze comunicative e le strategie operative da mettere in campo per gestire situazioni di alunni stranieri e non che si trovano in situazione di disagio con difficoltà di adattamento alle richieste tipiche della scuola. Le difficoltà riscontrate nella comunicazione con i genitori di alunni stranieri e con le famiglie che non investono sul progetto scolastico rappresentano una criticità cui la scuola non può da sola sopperire.
Obiettivi	<ul style="list-style-type: none">- rinforzare la professionalità degli insegnanti- strutturare processi di comunicazione con le famiglie in collaborazione con i servizi sociali
Azioni	<ul style="list-style-type: none">- Accompagnamento degli insegnanti nella costruzione di strategie efficaci di lavoro- Costruire alleanze con le realtà del territorio che si occupano di immigrati per un primo aggancio con le famiglie straniere e che possono rappresentare risorsa importante nella comunicazione scuola-famiglia
Budget	

8.8.3.6 Corsi di italiano

Bisogno rilevato	<p>Considerato il sempre maggiore numero di stranieri presenti sul nostro territorio, emerge la necessità di sostenere economicamente i corsi di lingua italiana che ciascuna realtà comunale o del terzo settore attiva sul proprio territorio.</p> <p>Nel corso dell'anno 2007 sono stati finanziati n. 12 corsi attivati dai Comuni dell'ambito o dalle realtà del terzo settore, mentre nel corso dell'anno 2008 ne sono stati finanziati 15.</p>
Obiettivi	<ul style="list-style-type: none">- Potenziare i processi di apprendimento della lingua italiana- Potenziare i processi di integrazione sociale
Azioni	<ul style="list-style-type: none">- sostegno allo svolgimento dei corsi di lingua italiana promossi dalle singole realtà territoriali;- eventuale coinvolgimento di associazioni del territorio che si occupano di cittadinanza attiva degli stranieri affinché intervengano all'interno dei corsi di italiano ponendo particolare attenzione al tema della legalità
Budget	

8.8.3.7 Progetto anagrafi "il titolo di soggiorno: per una pratica amministrativa a valore sociale"

Bisogno	<p>Dalle indicazioni governative emerge sempre più la possibilità che dal 2010 le pratiche amministrative di rinnovo e rilascio dei titoli di soggiorno degli stranieri diventerà una competenza comunale (ad oggi è competenza delle Questure). La sperimentazione a livello provinciale del progetto "il titolo di soggiorno: per una pratica amministrativa a valore sociale" prevede azioni di sensibilizzazione, consulenza legale e tecnica, e accompagnamento di enti che si rendono disponibili alla sperimentazione</p>
Obiettivi	<ul style="list-style-type: none">- preparare in modo adeguato le realtà comunali allo svolgimento di pratiche amministrative fino ad oggi mai sperimentate.- Far emergere eventuali problematiche nello svolgimento delle pratiche, di modo che le Amministrazioni se ne facciano carico e rispondano in modo adeguato per il futuro
Azioni	<ul style="list-style-type: none">- Con l'ausilio di personale esterno finanziato dalla l. 40/98 dare avvio alla sperimentazione del progetto in due realtà comunali dell'ambito creando, all'interno di queste, uno spazio e un tempo dedicato allo svolgimento di pratiche amministrative di rinnovo dei titoli di soggiorno.- raccogliere esigenze, difficoltà e punti di forza e diffonderli a livello d'ambito e provinciale
Budget	

8.8.4 Marginalità Sociale

La marginalità sociale rappresenta una condizione che attraversa il mondo degli adulti e che colpisce le persone in condizioni di svantaggio e deprivazione. Spesso la marginalità è generata da una povertà di relazioni e da sofferenze e patologie “invalidanti” quali:

- dipendenze
- dequalificazione,
- degrado della condizione sociale
- sfruttamento
- procedimenti penali in atto

L’azione di rete fra i servizi sociali territoriali, specialistici e le risorse del terzo settore presenti sul territorio rappresenta la chiave di lettura necessaria al fine di passare da una logica di gestione delle emergenze ad una logica di promozione di percorsi individualizzati e di nuove opportunità.

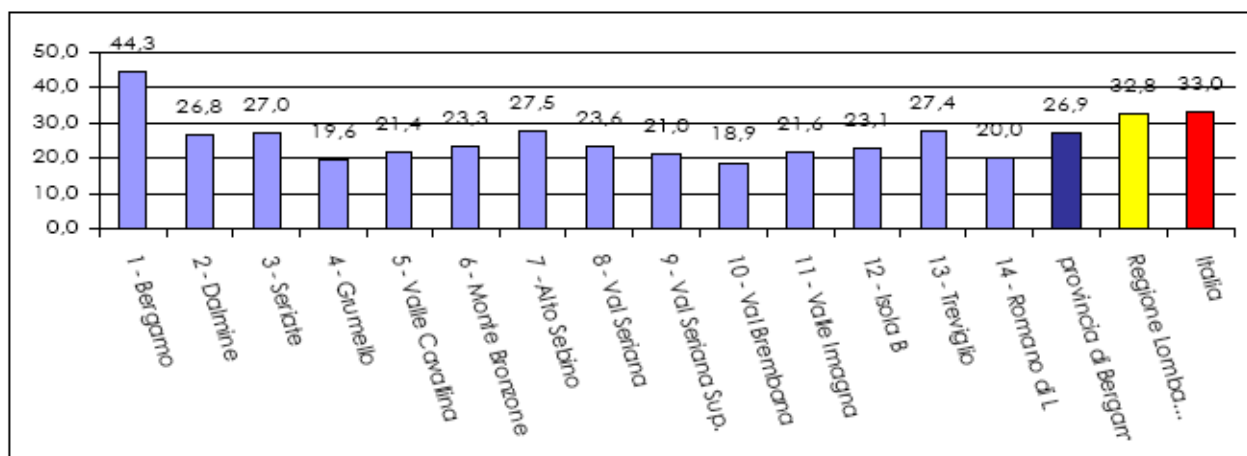
Dati sulla popolazione (tratti dal documento “ I consumi di sostanze psicoattive in provincia di Bergamo” n.05/’08 - Osservatorio delle Dipendenze di Bergamo)

Il tasso di scolarizzazione dell’ambito 27,4 % presenta un andamento positivo in relazione ai valori provinciali e inferiore al dato regionale e nazionale (graf. 1)

Il dato occupazionale in media con, i dati provinciali, è migliore dei dati nazionali, conferma la capacità del territorio di assorbire la domanda di lavoro, grazie alla prossimità di questo con l’area metropolitana e la presenza di un diffuso tessuto industriale.

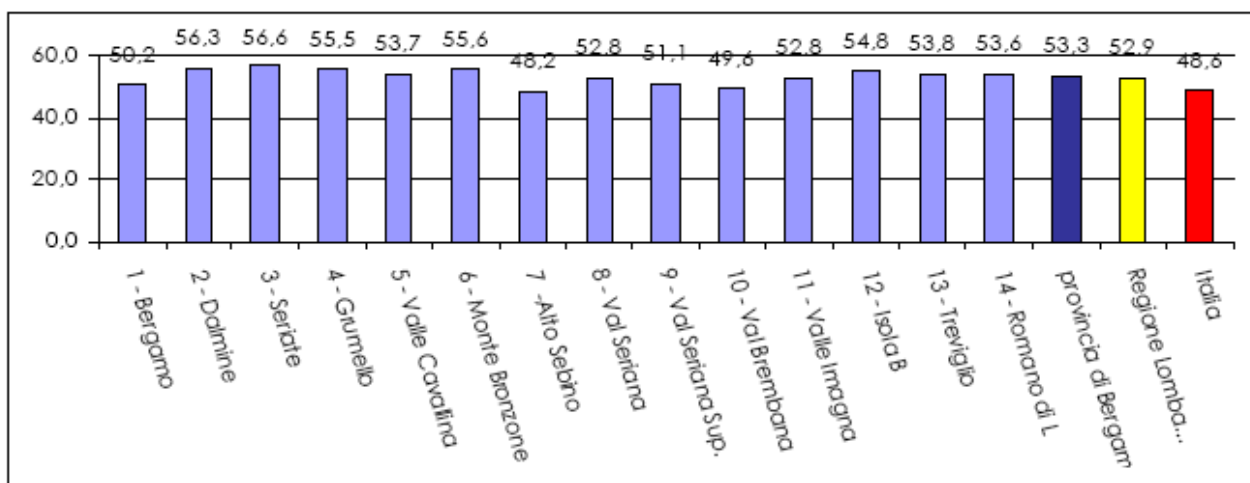
Il tasso di disoccupazione, con il 3,8%, si posiziona vicino ad una condizione di quasi piena occupazione a fronte di un dato nazionale che si posiziona sull’11,6% (graf. 4)

Graf. 1 – Tasso di scolarizzazione superiore per ciascun ambito, Provincia di Bergamo, Regione Lombardia e Italia . Tassi – anno 2001



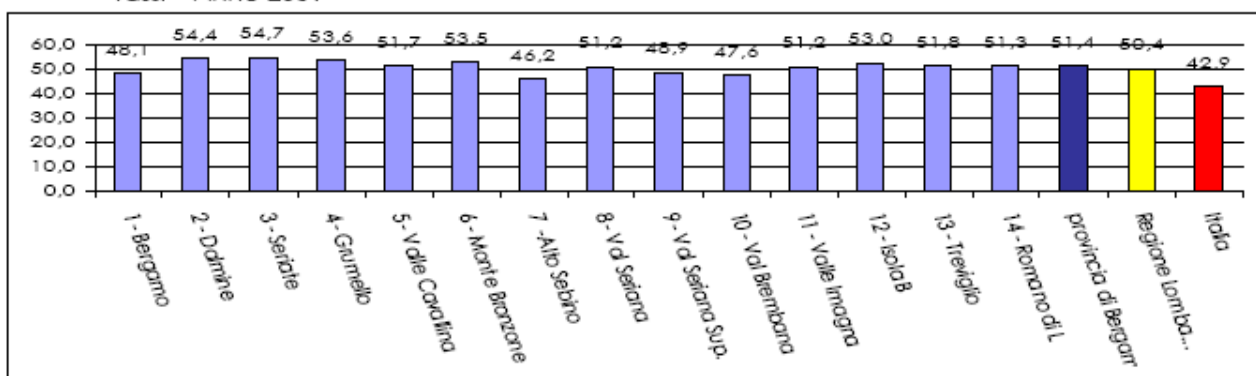
Fonte: Nostra rielaborazione dati Istat, Censimento 2001.

Graf. 2 – Tasso di attività per ciascun ambito, Provincia di Bergamo, Regione Lombardia e Italia .
Tassi – anno 2001



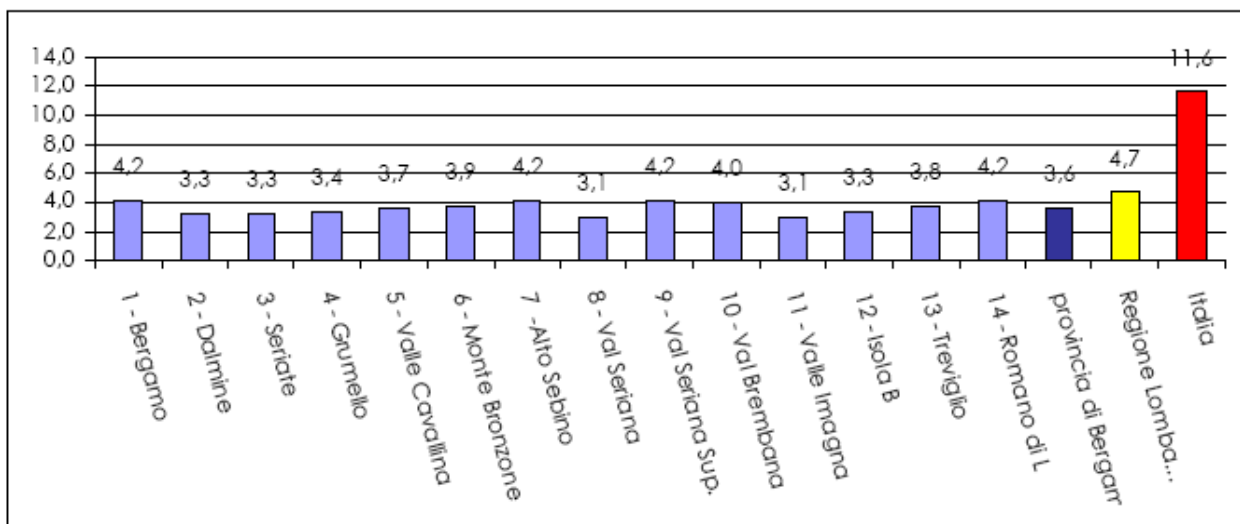
Fonte: Nostra rielaborazione dati Istat, Censimento 2001.

Graf. 3 – Tasso di occupazione per ciascun ambito, Provincia di Bergamo, Regione Lombardia e Italia .
Tassi – anno 2001



Fonte: Nostra rielaborazione dati Istat, Censimento 2001.

Graf. 4 – Tasso di disoccupazione per ciascun ambito, Provincia di Bergamo, Regione Lombardia e Italia .
Tassi – anno 2001



Fonte: Nostra rielaborazione dati Istat, Censimento 2001.

8.8.4.1 Fondo Sociale Di Emergenza E Crisi

Dati sulla popolazione e interventi attivati

Il territorio di Treviglio, così come quello di Bergamo, Dalmine, Isola Bergamasca e Bassa Val San Martino, Grumello, Seriate, Treviglio e Valle Cavallina, è attraversato da strade provinciali e statali su cui è presente il fenomeno della prostituzione e dello sfruttamento sessuale.

L'art. 18 del D.lgs 286/'98 prevede l'attuazione di programmi di protezione sociale per donne vittime della tratta che denunciano i loro sfruttatori.

Per tale motivo nel precedente triennio, l'ambito di Treviglio, all'interno del progetto del Ministero per le Pari Opportunità, si è convenzionato con l'associazione Lule di Abbiategrasso che si occupa di percorsi di accompagnamento di donne vittime della tratta per un reinserimento sociale.

Nel triennio 2006-2008 le donne che hanno avviato il programma di protezione sociale e che si trovavano sul territorio dell'ambito di Treviglio sono state:

5 nel 2006

8 nel 2007

5 nel 2008

Oltre ad interventi di protezione sociale, l'associazione Lule svolge:

- attività educativa/preventiva di strada contattando circa 50 donne l'anno che si trovano sulle strade del territorio
- lavoro di rete con le forze dell'ordine di Treviglio.

Proposte per il nuovo triennio

8.8.4.2 Obiettivi E Priorità

Dare seguito agli interventi attivati e a sostegno delle donne vittime della tratta

Bisogno Consolidare gli interventi e i programmi di assistenza ed integrazione sociale per vittime dello sfruttamento sessuale e della tratta

Obiettivi Dare seguito e potenziare gli interventi a sostegno delle giovani donne coinvolte nello sfruttamento della prostituzione con interventi mirati al recupero, accompagnamento ed autonomia delle stesse

Azioni rinnovare convenzione con associazione Lule

Budget

8.8.4.3 Disagio Adulto Generico

In questo ultimo periodo emergono sempre più disagi legati alla precarietà lavorativa e abitativa. Due le categorie di persone con queste problematiche;

- Persone che a causa del sistema economico vivono situazioni temporanee di instabilità lavorativa e/o abitativa;
- Persone in situazioni di disadattamento sociale, problematiche socio-sanitarie (con cronicizzazioni di patologie) o giudiziarie che vivono situazioni di deprivazione e sofferenza e a volte anche di indigenza

Per entrambe le situazioni si rendono necessarie politiche sociali e azioni volte a sostenere la situazione di difficoltà.

Unità d'offerta e interventi attivi:

- convenzioni con agenzie del privato sociale per l'accoglienza di soggetti in condizione di marginalità adulta generica, in particolare una convenzione con il Nuovo Albergo Popolare di Bergamo per l'accoglienza di cittadini di sesso maschile adulti e senza fissa dimora o in particolari situazioni di difficoltà e relativo progetto di reinserimento sociale e una convenzione con l'associazione Ruah di Bergamo per l'accoglienza presso la Comunità Gilania di donne adulte senza fissa dimora o in particolari condizioni di fragilità sociale e relativo progetto di reinserimento sociale
- sperimentazione di buoni sociali/contributi rivolti rispettivamente a cittadini adulti o enti che promuovono progetti a favore di cittadini adulti in situazione di fragilità sociale e/o precarietà lavorativa/abitativa.

Proposte per il nuovo triennio

8.8.4.4 Obiettivi e priorità

- Sostenere le situazioni di disagio adulto generico sempre più in aumento e potenziare i progetti di integrazione sul territorio;
- Potenziare la rete con le realtà del territorio che si occupano di disagio adulto valorizzando le associazioni di volontariato;

In particolare:

Convenzioni con strutture per la prima accoglienza

Bisogno rilevato	Nello scorso triennio le strutture con cui l'ambito è convenzionato, per la prima accoglienza di donne e uomini senza fissa dimora o con problematiche tali per cui si allontanano dalla propria abitazione, hanno rilevato due bisogni: <ul style="list-style-type: none">- per le donne emerge la necessità di fare meno inserimenti in struttura ma con tempi di permanenza più lunghi;- per gli uomini sono invece stati fatti più inserimenti nel corso degli anni (2 inserimenti nel corso del 2006, 5 nel corso del 2007 e 8 inserimenti nel 2008). Dopo la prima accoglienza e una prima osservazione sostenuta dall'ambito, per la metà circa degli utenti è stata trovata una soluzione altra dall'utente stesso o dal servizio sociale inviante, mentre gli altri utenti hanno proseguito il percorso comunitario a carico del Comune inviante.
Obiettivi	<ul style="list-style-type: none">- garantire la prima accoglienza di persone senza fissa dimora o con problematiche tali per cui si allontanano dalla propria abitazione- garantire progetti educativi e di reinserimento sociale di persone disagiate
Azioni	<ul style="list-style-type: none">- rinnovare la convenzione con la struttura "Nuovo albergo Popolare" di

Bergamo per l'inserimento in pronta accoglienza e per una prima fase osservativa dei senza fissa dimora maschi.

- reperire una nuova struttura di prima accoglienza per le donne a seguito della chiusura della convenzione con l'associazione Ruah di Bergamo.

Budget

Housing sociale

Bisogno rilevato Da un'indagine condotta nel 2008 dall'Associazione "Casa Amica" di Bergamo e dal Politecnico di Milano sul tema abitativo nell'ambito di Treviglio, si evidenzia come il disagio abitativo rappresenti una realtà sulla quale sia necessario investire per affrontare la povertà e l'esclusione sociale: mancano politiche rispetto all'edilizia sociale e si hanno difficoltà a coniugare domanda e offerta. Le categorie maggiormente colpite sono: gli anziani, le persone sole e gli immigrati.

C'è una presenza attiva e capillare del Terzo settore nel territorio (Associazione Casa Amica, Fondazione Cassa Rurale, S.E.C.O., Caritas Treviglio) che mette a disposizione e/o gestisce affitti di case a canoni calmierati, ma manca un affondo progettuale sul tema della casa a livello d'ambito.

C'è una scarsa conoscenza delle Politiche Regionali per la Casa sia da parte degli uffici comunali che del privato sociale. L'offerta di abitazione per la categorie fragili deve trovare risposta attraverso una ricerca e costruzione di relazioni innovative con il mercato immobiliare che sperimenti nuove forme e di contrattualità con l'introduzione di canoni moderati e attraverso un rinnovato patto sociale che si esprime nella nuova capacità di pianificazione con la costruzione dei piani di governo del territorio.

L'ambito è chiamato a un'azione di sollecitazione e sensibilizzazione delle realtà locali per avviare sperimentazioni significative al riguardo.

Obiettivi

- favorire un primo approccio al problema

Azioni

- riflessioni in merito ai bisogni abitativi emergenti nell'ambito;

- azioni in sinergia con le realtà del terzo settore impegnate sul territorio in tema di disagio abitativo e in tema di accompagnamento di persone in situazioni di disagio sociale in progetti di autonomia abitativa e di reinserimento sociale

- intercettare i piani di governo del territorio dei singoli comuni dell'ambito

Budget

Buoni/contributi economici a favore delle fragilità sociali

Bisogno	Dagli incontri con le realtà del terzo settore e dai dati riportati dai servizi sociali di base, emerge un aumento di situazioni di disagio economico e sociale, soprattutto nei riguardi di donne sole con figli, di adulti con problemi di dipendenza, e di sempre più famiglie che si trovano in una situazione di precarietà lavorativa o di sfratto esecutivo. Nella sperimentazione del secondo semestre 2008, a causa del periodo di crisi lavorativa ed economica vissuta, diversi sono stati i contributi per precarietà lavorativa o sfratto esecutivo, soprattutto a sostegno di famiglie fino a quel momento non conosciute dai servizi sociali di base.
Obiettivi	- sostenere le situazioni di disagio sociale ed economico in un'ottica progettuale e intervenire nelle situazioni di emergenza temporanea
Azioni	- potenziare i buoni/contributi a sostegno del disagio adulto in un'ottica progettuale (soprattutto a favore dei senza fissa dimora e degli adulti con diagnosi varie o sottoposte a procedimenti penali); - dare continuità ai contributi erogati in situazioni temporanee e di emergenza abitativa e lavorativa
Budget	

8.8.4.5 Adulti Sottoposti A Procedimenti Penali

Dati sulla popolazione

Dati forniti dall'Ufficio di Esecuzione Penale Esterna (UEPE) di Brescia che ha in carico i soggetti adulti con pena definitiva residenti nell'ambito di Treviglio

	Adulti in carcere, in ospedale psichiatrico giudiziario o in comunità psichiatrica	Adulti presenti sul territorio con misure alternative detenzione, e particolari (es. esterno)	Totali adulti sottoposti a misure restrittive
Anno 2006	10	96	106
Anno 2007	14	44	58
Anno 2008	24	51	75

Unità d'offerta e interventi attivi:

- stipula a livello provinciale del protocollo d'intesa per la realizzazione del progetto "Abitare Insieme: una rete per l'accoglienza e l'inclusione sociale dei detenuti" che prevede, tra le altre azioni, l'accoglienza di persone sottoposte a procedimenti penali in appartamenti dell'Associazione "Carcere e territorio" e la collaborazione da parte dell'ambito per l'individuazione di spazi occupazionali ed il finanziamento degli strumenti di mediazione qualora previsto dal progetto individualizzato.

Proposte per il nuovo triennio

8.8.4.6 Obiettivi e priorità

Realizzare una rete d'intervento adeguata per questa fascia di popolazione, in accordo e sinergia con le realtà istituzionali e del privato sociale che già lavorano in questo campo

In particolare:

1. Realizzare il protocollo d'intesa "Abitare Insieme"

La Regione Lombardia con atto di giunta n VIII/4782 del 30 maggio 2007 "Criteri e priorità di intervento per il finanziamento di progetti di prevenzione, di recupero e reinserimento delle persone in esecuzione penale" (L.R. 8/2005) e con successiva deliberazione n.VIII/006006 del 5/12/2007 ha deliberato il contributo per l'attuazione dei progetti per la prevenzione, il recupero e il reinserimento delle persone in esecuzione penale. In particolare la Regione ha assegnato al Comune di Bergamo come ente capofila e ai diversi ambiti sottoscrittori del progetto (tra cui l'ambito di Treviglio) una quota per la realizzazione del progetto denominato "Abitare Insieme: una rete per l'accoglienza e l'inclusione sociale dei detenuti" da realizzare nelle annualità 2008-2009.

Azioni previste:

- dare avvio alle azioni presenti nel protocollo d'intesa, che per l'ambito prevede l'individuazione di spazi occupazionali ed il finanziamento degli strumenti di mediazione qualora previsto dal progetto individualizzato dell'utente in carico, la partecipazione ai momenti di verifica e monitoraggio dell'intero progetto e la rendicontazione relativa ai costi di finanziamento propri dell'ambito.

2. Azioni di raccordo con l'Ufficio di Esecuzione penale esterna (UEPE) di Brescia e con le realtà associative del territorio

- lavoro di rete e raccordo con l'Ufficio di Esecuzione penale esterna (UEPE) di Brescia e con le realtà associative del territorio al fine di avviare e sviluppare attività di orientamento, consulenza, motivazione al lavoro ed eventualmente finanziamento di borse lavoro/tirocini socio-occupazionali a favore di soggetti adulti sottoposti a procedimenti penali (e che motivi vari non rientrano nel progetto "Abitare Insieme") per tramite de l NIL dell'Ambito;

- promuovere un progetto di educazione alla legalità da attuare nelle scuole (2009 studio e predisposizione del progetto, 2010 implementazione, 2011 conclusione e valutazione) eventualmente anche attraverso il coinvolgimento di realtà associative del territorio;

8.8.4.7 Nomadi

Dati sulla popolazione

La presenza dei nomadi su lterriotrio del'ambito si esprime attorno al due realtà specifiche:

a - Il campo nomadi di Treviglio, che ospita 12 famiglie di nomadi SINTI, diventati cittadini stanziali.

B – I giostrai che nel corso dell'anno dimorano nel territorio.

Accanto alle iniziative specifiche di competenza dei diversi comuni l'attenzione dell'ambito si rivolge al sostegno scolastico e ai bisogni di integrazione lavorativa.

Nell'anno 2007/2008 gli alunni del campo nomadi iscritti a scuola sono stati 11 (10 nella scuola primaria e 1 alla scuola d'infanzia). Nell'anno scolastico 2008/2009 gli iscritti sono stati 10 (8 alla scuola primaria e 2 a quella dell'infanzia).

Mediamente gli alunni giostrai che si iscrivono in corso d'anno nelle scuole di Treviglio sono una decina: arrivano nei primi giorni di gennaio e alcuni frequentano fino alla fine di marzo mentre altri fino al termine dell'anno scolastico.

Interventi attivi

Nell'ultimo triennio gli interventi attivati hanno riguardato soprattutto i minori del campo nomadi che frequentavano la scuola. In particolare sono stati attivati dalla scuola attività di alfabetizzazione, di recupero delle abilità strumentali di base e laboratori espressivi. Nel contesto extraterritoriale invece è stato attivato il progetto "Ti accompagno", gestito da un gruppo di volontari dell'Oratorio del Conventino, prevalentemente studenti delle scuole Superiori, per un affiancamento post-scolastico dei nomadi ed un progetto estivo di intervento per situazioni di svantaggio/disagio sociale, integrato con il cre comunale.

Obiettivi e priorità

Inclusione sociale di questa minoranza in un contesto di cittadinanza e partecipazione attraverso:

- il rispetto di un patto sociale condiviso con la comunità, i cui elementi portanti siano il miglioramento delle loro condizioni materiali e la disponibilità a prendere in considerazione i loro bisogni concreti, la creazione di una prospettiva autonoma di lavoro, la costruzione di uno spazio comune con struttura coperta e la programmazione di attività per utilizzarlo;
- il potenziamento degli interventi di istruzione e formazione, sia nell'ambito scolastico che extrascolastico
- attuazione di interventi di natura sociale nella comunità che sappiano coordinare le risorse attivate (assistente sociale, volontari, Associazione Spazio interculturale...) attraverso la mediazione dell'Opera Nomadi.

L'azienda consortile "Risorsa Sociale Gera d'Adda" sarà coinvolta al fine di partecipare a un Tavolo Interistituzionale composto da scuole, amministrazioni locali, Opera Nomadi, associazioni di volontariato per la costruzione di un patto sociale con i nomadi e al fine di promuovere azioni specifiche.

Obiettivi - offrire orientamento e opportunità formative verso il lavoro in presenza di condizioni di fragilità e svantaggio, soprattutto con attenzione ai giovani, che sembrano predestinati alla disoccupazione o ad attività precarie e non sempre legali.

Azioni - partecipazione ai tavoli interistituzionali
- offrire ai nomadi uno spazio di consulenza lavorativa attraverso il NIL, andando a lavorare sulla promozione attiva nella ricerca di lavoro e se necessario offrendo un accompagnamento lavorativo

Budget

8.8.4.8 Adulti Con Abuso/Dipendenza Da Sostanze

Dati sulla popolazione (tratti dai documenti "i consumi di sostanze psicoattive in provincia di Bergamo: uno sguardo al fenomeno e all'attività di prevenzione -l'ambito di Treviglio" predisposto dal Dipartimento delle Dipendenze - Asl di Bergamo-2008; " Relazione Annuale-anno 2007"- Osservatorio delle Dipendenze di Bergamo)

I dati che seguono sono inerenti l'utenza in carico ai Ser.t. della provincia di Bergamo per problematiche di uso di alcol o tossicodipendenza. Essi costituiscono un indicatore indiretto della prevalenza dei consumi nella popolazione, trattandosi di dati molto dettagliati e riferendosi esclusivamente a quella quota di consumatori problematici che accedono ai servizi.

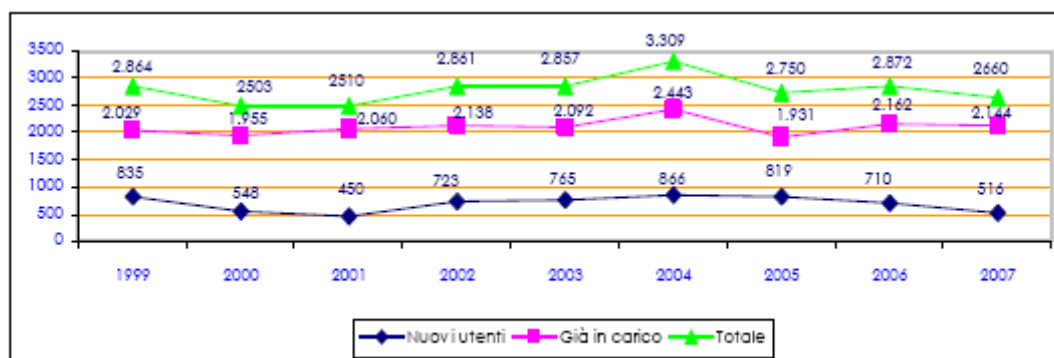
Considerazioni generali (relative all'anno 2007):

- per quanto riguarda la nuova utenza tossicodipendente, nel 2007 l'85,9% è costituita da maschi, il 33% ha un'età inferiore ai 24 anni e il 14,5 da utenza straniera;
- si registra un cambiamento significativo negli ultimi anni rispetto alla sostanza d'uso primaria (si nota un aumento costante di cocaina e nell'ultimo anno dell'eroina in particolare nei nuovi utenti della fascia d'età 20-24 anni).
- Il 48% degli utenti tossicodipendenti presenta un poliabuso
- Per quanto riguarda le caratteristiche sociali degli utenti tossicodipendenti il 60,7% risulta occupato, il 9,1% studente e il 21,9% disoccupato
- Per quanto riguarda la nuova utenza alcol dipendente, nel 2007 il 77,2% è costituita da maschi, quasi il 10% ha un'età inferiore ai 29 anni e il 12% da utenza straniera.
- Per quanto riguarda le caratteristiche sociali degli utenti alcol dipendenti il 20% risulta disoccupato mentre il 55,6% occupato.

Utenti tossicodipendenti in trattamento

L'utenza tossicodipendente costituisce la quota più significativa dei soggetti trattati dai Ser.t., rappresentano il 70,9% del totale. I soggetti trattati nell'anno 2007 sono stati 2660.

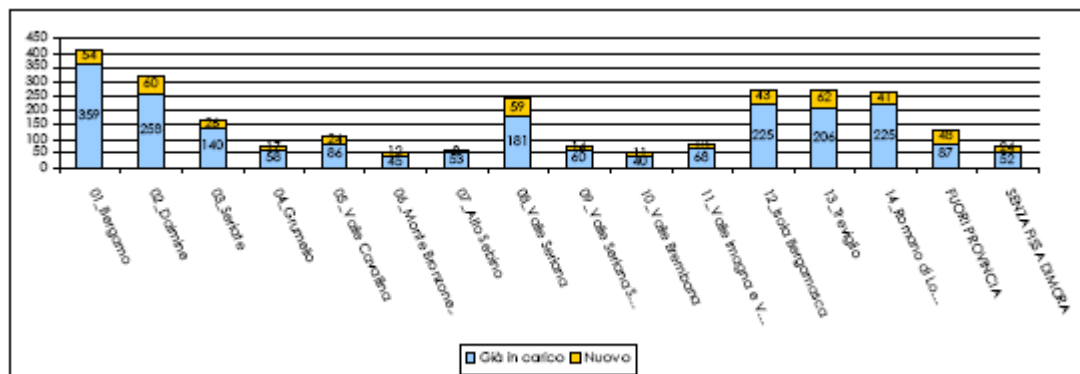
Utenti tossicodipendenti in trattamento nei Ser.t. suddivisi per tipologia e anno
Valori assoluti - anni 1999-2007



Fonte: Osservatorio delle Dipendenze/A.S.L. di Bergamo

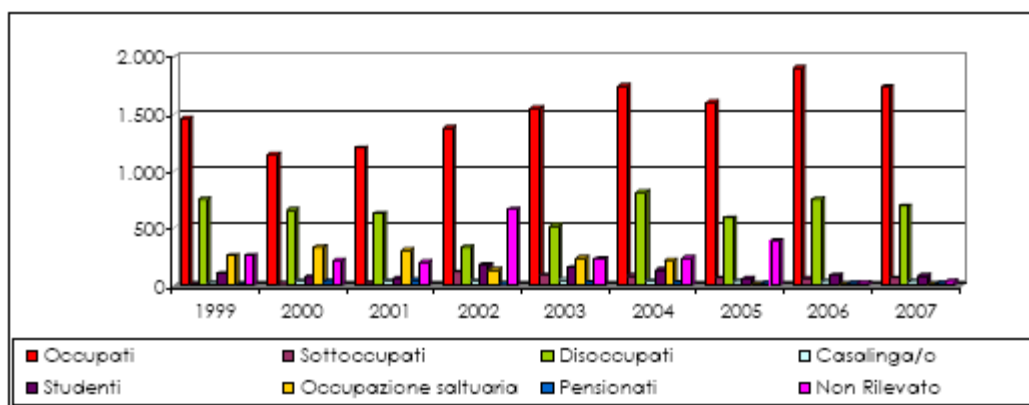
L'utenza è composta per il 19,4% da soggetti che effettuano una domanda di trattamento per la prima volta (nuovi utenti) mentre l'80,6% dei casi sono soggetti che proseguono un trattamento attivato in anni precedenti o che rientrano in trattamento (utenti già in carico).

Utenti tossicodipendenti in carico ai Ser.t. per tipologia e ambito di residenza
Valori assoluti - Anno 2007



Fonte: Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze/A.S.L. di Bergamo

Utenti tossicodipendenti in trattamento nel Ser.t. suddivisi per condizione lavorativa e anno.
Valori assoluti - anni 1999-2007



Fonte: Osservatorio delle Dipendenze/A.S.L. di Bergamo

Utenti tossicodipendente in trattamento presso i Ser.t suddivisi per popolazione italiana e straniera Valori assoluti e percentuali – anni 2004-2007

Anno	Italiana		Straniera		Totale	
	N	%	N	%	N.	%
2004	2.970	89,8	339	10,2	3.309	100
2005	2.526	91,9	224	8,1	2.750	100
2006	2.643	92,0	229	8,0	2.872	100
2007	2.450	92,1	210	7,9	2.660	100

Fonte: Osservatorio delle Dipendenze/A.S.L. di Bergamo

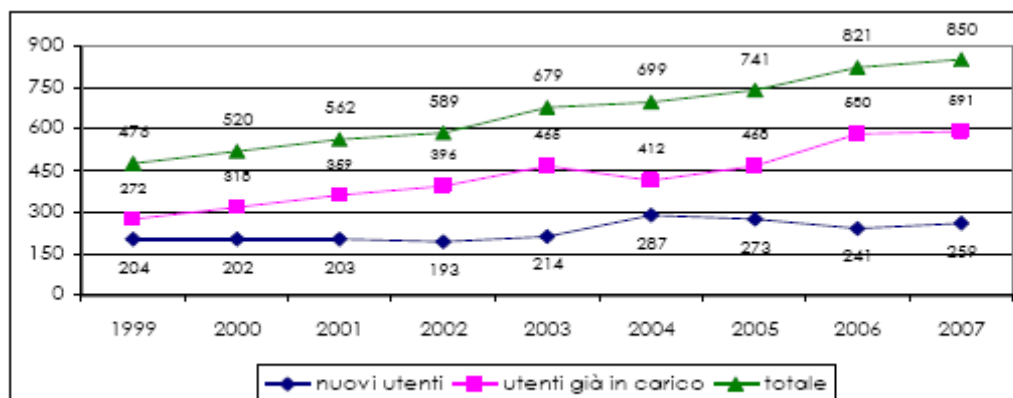
Utenti alcol dipendenti in trattamento

L'utenza alcol dipendente costituisce il 22,7% dell'utenza trattata dai Ser.t.

I soggetti in carico nell'anno 2007 sono stati 850, il 3,5 % in più rispetto all'anno precedente, confermando, seppur in misura minore rispetto al 2006, il trend di crescita presente dal 1999.

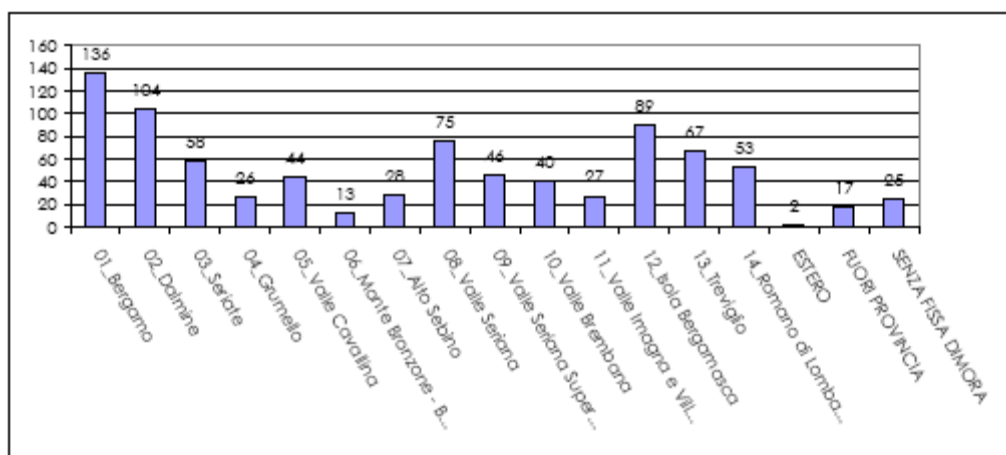
Utenti alcol dipendenti in trattamento nel Ser.t. suddivisi per tipologia e anno

Valori assoluti – anni 1999 -2007



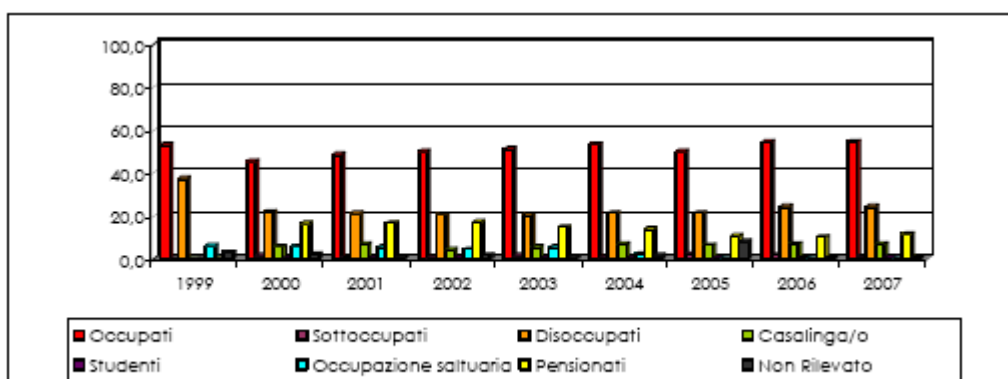
Fonte: Osservatorio delle Dipendenze/A.S.L. di Bergamo

**Distribuzione utenza alcol dipendente in trattamento per Distretto di residenza
Valori assoluti – anno 2007**



Fonte: Osservatorio delle Dipendenze/A.S.L. di Bergamo

**Utenti alcol dipendenti in trattamento nel Ser.t. suddivisi per condizione lavorativa e anno.
Valori assoluti – anni 1999-2007**



Fonte: Osservatorio delle Dipendenze/A.S.L. di Bergamo

**Utenti alcol dipendenti in trattamento presso i Ser.t suddivisi per popolazione italiana e straniera
Valori assoluti e percentuali – anni 2004-2007**

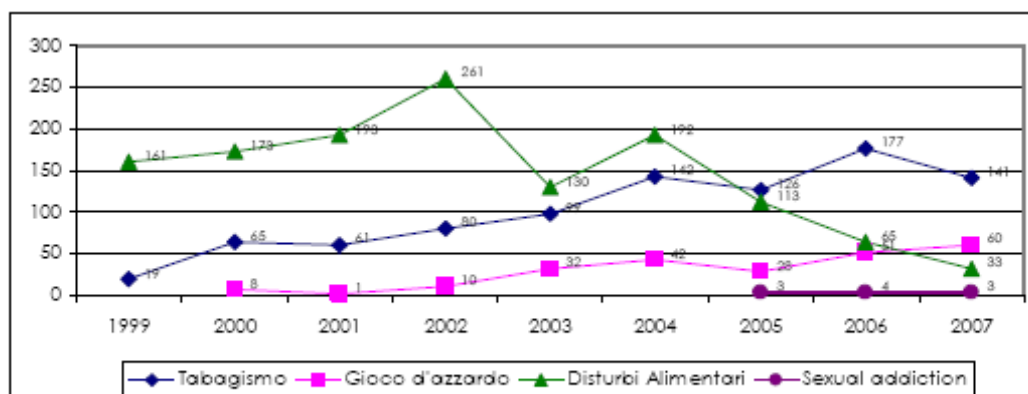
Anno	Italiana		Straniera		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
2004	662	94,7	37	5,3	699	100
2005	683	92,2	58	7,8	741	100
2006	749	91,2	72	8,8	821	100
2007	771	90,7	79	9,3	850	100,0

Fonte: Osservatorio delle Dipendenze/A.S.L. di Bergamo

Utenti in trattamento per altre dipendenze (anni 1999-2007)

I soggetti con diagnosi primaria di “altra dipendenza” (tabagismo, gambling, gioco d’azzardo patologico, disturbi del comportamento alimentari e sexual addiction) costituiscono il 6,3% dall’utenza trattata dai Ser.t. Contribuisce al calo la chiusura dell’offerta di trattamento per soggetti con Disturbi Del Comportamento Alimentare e alla conseguente dimissione di quelli in carico, a fronte dell’indicazione della Regione Lombardia che affida ai Dipartimenti di Salute Mentale il trattamento di questa patologia.

**Utenti in trattamento nei Sert per altre dipendenze suddivisi per tipologia e anno
Valori assoluti – anni 1999-2007**



Fonte: Osservatorio delle Dipendenze/A.S.L. di Bergamo

SPECIFICO DI TREVIGLIO (dal documento “I consumi di sostanze psicoattive in provincia di Bergamo: uno sguardo al fenomeno e all’attività di prevenzione –l’ambito di Treviglio” predisposto dal Dipartimento delle Dipendenze – Asl di Bergamo-2008)

Nel 2007, gli utenti tossicodipendenti residenti nell’Ambito di Treviglio sono stati 268, di cui 230 maschi e 38 femmine; 62 di questi soggetti sono “nuovi utenti”, ossia soggetti che si sono rivolti per la prima volta al Ser.T. nel corso del 2007 per ricevere un trattamento. 12 sono cittadini stranieri.

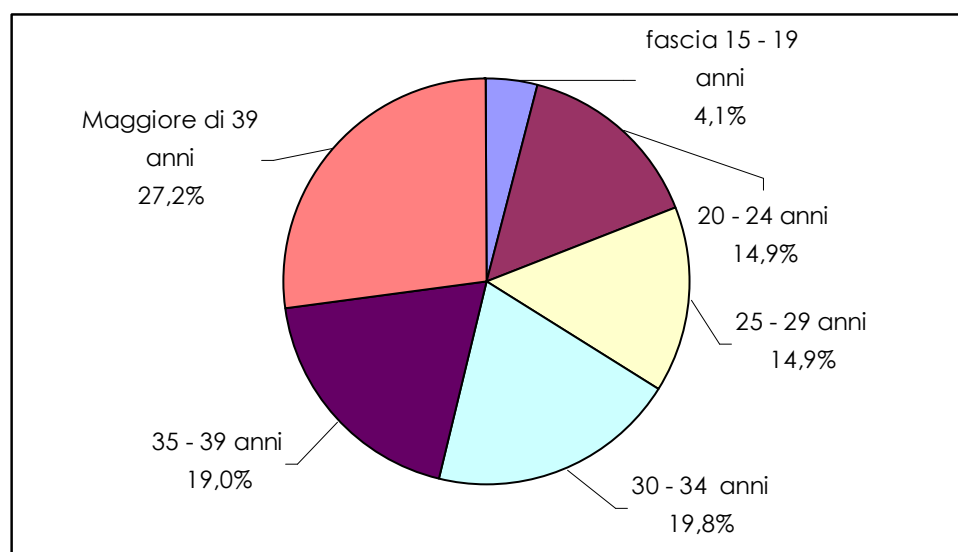
Rapportando il numero di utenti tossicodipendenti in carico ai Ser.T. con i cittadini di 15-54 anni residenti emerge nell’Ambito una prevalenza² pari a 4,6, pertanto superiore alla media provinciale (4,2).

Anche l’incidenza³ (ossia il rapporto tra i nuovi utenti tossicodipendenti e i cittadini residenti), pari a 1,1 è superiore alla media provinciale (0,8) e in aumento rispetto all’anno precedente.

Il grafico seguente evidenzia la distribuzione per fascia d’età di tutti gli utenti in carico, mostrando come il 46% sia costituito da ultra-trentacinquenni.

Soggetti tossicodipendenti in carico ai Ser.T. residenti nell’Ambito di Treviglio suddivisi per fasce d’età

Valori assoluti – Anno 2006



Fonte: Asl di Bergamo – Ser.T.

² N. soggetti tossicodipendenti in carico ai Ser.T. sulla popolazione residente di 15-54 anni per 1000

³ N. nuovi soggetti tossicodipendenti in carico ai Ser.T. sulla popolazione residente di 15 –54 anni per 1000.

La differenza tra tasso di prevalenza e tasso di incidenza, confermato dalla presenza di una quota rilevante di utenza di età superiore ai 39 anni indica la presenza di una quota “storica” di utenti in carico.

Va tuttavia posta attenzione alla quota di utenza di età giovanile: anche se si tratta di numeri piccoli, il rapporto tra numero utenti tossicodipendenti e popolazione di pari età residente, evidenzia nell’Ambito una prevalenza nelle fasce giovanili tra le più elevate della provincia, in particolare:

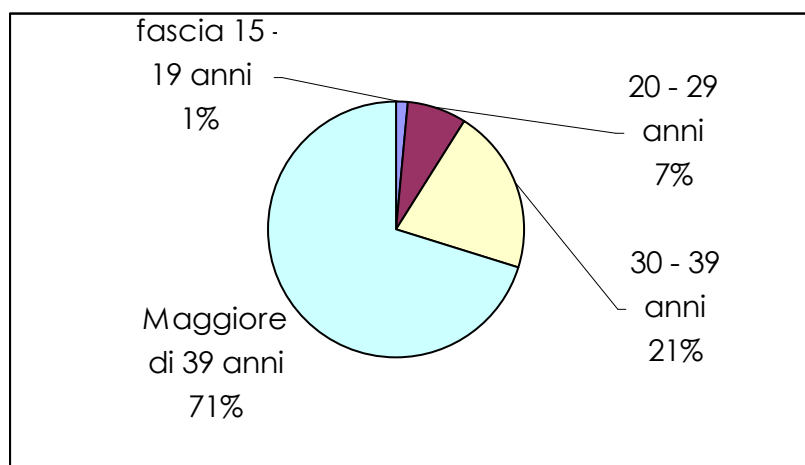
- o nella fascia 15 –19 anni: 2,3 nell’Ambito vs 1,6 in provincia;
- o nella fascia 20-24 anni: 7,4 vs 5.

Circa il 64 % dell’utenza tossicodipendente residente nell’ambito presenta un **poliabuso** (abuso o dipendenza da due o più sostanze o da una sostanza e alcol). La sostanza secondaria maggiormente utilizzata è la cocaina, seguita dalle bevande alcoliche.

Nel 2007 sono stati presi in carico dal Ser.t di Treviglio n. 67 utenti alcolodipendenti residenti nell’Ambito, di cui 52 maschi e 15 femmine, e di cui 19 costituiti da “nuovi soggetti”, presi in carico per la prima volta nel 2007. 3 soggetti sono stranieri.

La prevalenza dell’utenza in carico⁴ nell’Ambito è pari a 0,6, inferiore al dato provinciale (0,8).

Graf. 5 – Soggetti alcolodipendenti in carico ai Ser.T. residenti nell’Ambito di Treviglio suddivisi per fasce d’età
Valori assoluti – Anno 2007



Fonte: Asl di Bergamo – Ser.T.

Nel 2007 sono stati inoltre presi in carico:

- 12 soggetti per il trattamento di **altre dipendenze**: 7 tabagisti, 5 gamblers
- 60 soggetti in doppia diagnosi (in carico anche al CPS per disturbi psichiatrici importanti)

Proposte per il nuovo triennio

8.8.4.9 Obiettivi e priorità:

Stando ai bisogni sempre più emergenti e alle indicazioni regionali diventa sempre più necessario lavorare su particolari tematiche:

Reinserimento lavorativo

⁴ N. soggetti alcolodipendenti residenti nell’Ambito in carico ai Ser.T. sulla popolazione residente per mille

In condivisione con il documento "Piani di Zona – terzo triennio (2009-2011), Alcune linee di indirizzo proposte dal Dipartimento delle Dipendenze"-novembre 2008

- Bisogno** Presenza tra l'utenza tossico e alcodipendente in carico ai Ser.t. della bergamasca di una quota maggiore di soggetti disoccupati, occupati saltuariamente, sottooccupati rispetto alla popolazione in generale. A livello provinciale il 25,5 % dell'utenza in carico è disoccupata. La necessità di un supporto nel reinserimento lavorativo si rileva soprattutto per:
- utenti con dipendenze coinvolti in circuiti penali;
 - utenti con dipendenze che concludono un percorso comunitario e che necessitano di un breve accompagnamento per una ripresa delle capacità lavorative;
 - in misura minore utenti con dipendenze in trattamento territoriale che per le loro peculiari caratteristiche faticano a sperimentarsi, trovare o mantenere un adeguato posto di lavoro.
- Obiettivi** Sostenere azioni finalizzate a progetti di inserimento lavorativo che tengano conto delle caratteristiche dell'utenza alcol/tossicodipendente
- Azioni**
- Analisi approfondita di questa problematica in collaborazione con il Sert competente e il Dipartimento delle Dipendenze di Bergamo per una lettura condivisa dei bisogni. Coinvolgimento anche delle realtà del terzo settore per una lettura più completa ed esaustiva dei bisogni.
 - Definizione di buone prassi di intervento condivise sia con i soggetti pubblici che si occupano di inserimento lavorativo e di inclusione (Ser.t., Ambito e Provincia) che con il privato accreditato (Comunità e Centri Diurni) capace di attivare progetti di reinserimento lavorativo utilizzando le risorse presenti nella rete territoriale
 - Coinvolgimento delle Cooperative sociali di tipo B che sul territorio dell'ambito di Treviglio si occupano di questa fascia d'utenza (quattro in tutto)

Budget

Doppia Diagnosi

In condivisione con il documento "Piani di Zona – terzo triennio (2009-2011), Alcune linee di indirizzo proposte dal Dipartimento delle Dipendenze"-novembre 2008

- Bisogno** Si osserva un trend in aumento dei casi di doppia diagnosi, ovvero di pazienti che presentano una diagnosi di dipendenza o di abuso con associata una diagnosi secondaria in asse 1 o in asse 2 (DSM IV) di disturbo psichiatrico, spesso di gravità moderato/grave. Nel 2006 sul totale dell'utenza in carico ai Sert il 15,3% presentava una diagnosi psichiatrica.
- Obiettivi** - sostenere azioni di raccordo tra gli enti coinvolti al fine di progettualità integrate in grado di permettere una migliore analisi del problema e un'azione più rispondente ai bisogni, sia in ambito preventivo che terapeutico/riabilitativo che di reinserimento lavorativo
- Azioni**
- analisi più approfondita del problema con il possibile coinvolgimento del Dipartimento delle Dipendenze e del Dipartimento di Salute mentale
 - azioni di raccordo tra il tavolo marginalità e il tavolo di salute mentale dell'ambito;

Budget

Prevenzione

Fonte: "I Consumi di sostanze psicoattive in provincia di Bergamo: uno sguardo al fenomeno e all'attività di prevenzione"- Osservatorio delle Dipendenze di Bergamo 2008

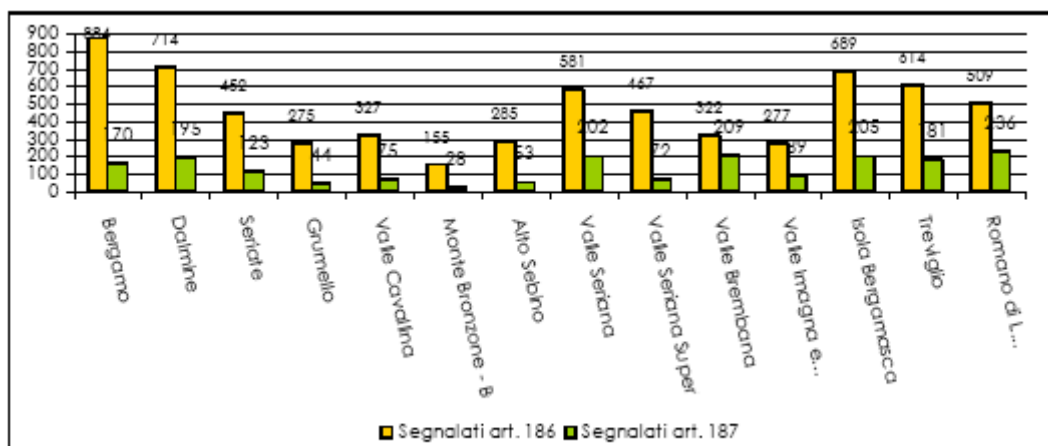
Dati a livello provinciale

Soggetti segnalati dalla Commissione Medica Patenti per violazione degli art. 186 e 187 del Codice della strada

Nel periodo 1998-2006 sono stati visti per la prima volta dalla commissione medica patenti in seguito a segnalazione della Prefettura per violazione degli articoli 186 e 187 del Codice della Strada – Guida in stato di ebbrezza e Guida sotto effetto di sostanze stupefacenti – 8.826 soggetti. Per il 77,8% dei soggetti la violazione riguarda la guida in stato di ebbrezza. L'analisi del trend evidenzia un aumento (in particolar modo dal 2003, anno di modifica del Codice della Strada in poi) soggetti segnalati per guida in stato di ebbrezza. Viceversa diminuisce il numero di soggetti segnalati per guida sotto effetto di sostanze.

Per entrambe le violazioni i soggetti segnalati sono prevalentemente maschi e il numero più elevato di soggetti si riscontra nelle fasce d'età tra i 25 e i 34 anni. Va tuttavia segnalato che il 22,2% dei soggetti segnalati per art. 186 e il 23,7% dei segnalati per art. 187 ha un'età inferiore ai 24 anni.

Soggetti segnalati art. 186 e art. 187 in provincia di Bergamo suddivisi per Ambito territoriale di residenza
Valori assoluti – dati cumulativi anni 1998-2006



Fonte: ASL di Bergamo - Commissione medica Locale Patenti - Dipartimento di Prevenzione

Gli incidenti stradali correlati al consumo di sostanze stupefacenti e alcoliche

Dal 2000 in poi si registra in Italia una riduzione del numero degli incidenti e della mortalità correlata. La riduzione degli incidenti riguarda anche la Regione Lombardia e la nostra provincia, pur in modo più ridotto. In provincia di Bergamo tuttavia l'indice di mortalità (rapporto tra n. di morti e n. di incidenti) è in aumento. Tra le cause accertate e presunte di incidenti, riportate dall'ISTAT, l'assunzione di alcol e sostanze, pur costituendo una percentuale ridotta (rispettivamente l'1,41% e lo 0,14% nel 2006) sono andate aumentando dal 2003 al 2006. Anche i dati raccolti dalle Forze dell'Ordine della nostra provincia evidenziano un aumento di incidenti correlati al consumo di sostanze.

I dati del Nucleo Operativo Tossicodipendenze Prefettura: le segnalazioni art. 75 D.P.R. 309/'90

Tra il 1998 e il 2004, la prevalenza di nuovi soggetti segnalati in provincia Bergamo dalle Forze dell'Ordine secondo l'articolo 75 DPR 309/'90 (per uso e/o detenzione di sostanze stupefacenti) appartiene ad una fascia d'età compresa tra i 15 e i 29 anni (80%), con una predominanza della fascia d'età 20-24 anni.

La quota maggiormente significativa di segnalazioni è legata alla detenzione di cannabinoidi.

Le segnalazioni legate alla detenzione di cocaina sono progressivamente aumentate nel corso degli anni.

Le segnalazioni legate alla detenzione di eroina sono progressivamente diminuite nel corso degli anni ma, nel 2004, il numero di tali segnalazioni sono aumentate rispetto all'anno precedente.

Morbosità e mortalità per alcol

I dati inerenti mortalità e morbosità per patologie alcol correlate indicano:

- la mortalità risulta essere la causa di morte nello 0,5% dei decessi;
- la maggior parte dei decessi e dei ricoveri alcol correlati si verifica in soggetti di età compresa tra i 40 e 60 anni;
- il 23% degli accessi al Pronto Soccorso per problemi di alcol riguarda adolescenti e giovani di età inferiore ai 25 anni;
- le probabilità di ricovero nelle giornate di sabato e domenica, in particolare, sono maggiori tra gli adolescenti.

Bisogno	- elevato tasso di incidentalità stradale correlata al consumo di sostanze stupefacenti e alcoliche alla guida
Obiettivi	- individuare azioni di contrasto che accrescono la percezione di pericolo nei soggetti a rischio
Azioni	- attivare collaborazione con la Commissione Prevenzione del Dipartimento delle Dipendenze di Bergamo/Sert territoriale per individuare azioni di contrasto preventive, dare avvio ad un processo di riflessione con le forze dell'ordine per la predisposizione di azioni prevenzione del fenomeno - da effettuare nei confronti degli adulti e dei minori (per la parte relativa ai minori si rimanda a "integrazione con l'area minori per azioni di prevenzione")
Budget	

8.8.5 Azioni Di Integrazione Con Il Nucleo Inserimento Lavorativo

Obiettivi e priorità

Sempre più emerge la necessità che il servizio "Nucleo Inserimenti Lavorativi" estenda il suo campo d'azione anche a persone adulte in disagio e senza invalidità civile che in autonomia non sono in grado di trovare e mantenere un posto di lavoro (è il caso, come prima esposto, delle persone in disagio generico adulto, delle persone sottoposte a procedimenti penali, dei nomadi, e degli adulti con diagnosi di abuso/dipendenza da sostanze o in doppia diagnosi).

8.8.6 Proposte per il nuovo triennio

Azioni:

- intensificare azioni di raccordo con le cooperative sociali del territorio che storicamente accolgono persone in svantaggio sociale, con le comunità terapeutiche del territorio e con i servizi come il Ser.t. (Servizio per le tossicodipendenze) e l'Uepe (Ufficio Esecuzione Penale Esterna) di Brescia.
- azioni di sensibilizzazione presso le amministrazioni comunali (amministratori e tecnici) affinché mettano a disposizione dell'ambito spazi per la sperimentazione di tirocini e/o appaltino attività a cooperative sociali in grado di accogliere persone per tirocini socio-occupazionali o per percorsi di inserimento lavorativo (questionari alle singole

amministrazioni, contatti pubbliche amministrazioni e nil, coinvolgimento delle cooperative sociali)

- sperimentare la consulenza (autopromozione del lavoro) e l'attivazione di strumenti di mediazione (borse lavoro/tirocini lavorativi o socio-occupazionali) per le persone in svantaggio sociale secondo il progetto individualizzato.

8.8.7 Integrazione Con L'area Minori Per Azioni Di Prevenzione

(attività preventive relative all'uso di sostanze stupefacenti e alcoliche, ai disturbi alimentari, al bullismo...)

Dati sulla popolazione e analisi del bisogno

La commissione Prevenzione del Dipartimento Dipendenze dell'Asl di Bergamo, costituitasi nel Novembre 2007, ha la finalità di fornire al territorio elementi utili alla programmazione nell'area della prevenzione delle dipendenze. Dalle rilevazioni condotte dalla Commissione (riferimento al documento "I consumi di sostanze psicoattive in provincia di Bergamo: indicatori di consumo, evidenze di efficacia e ipotesi programmatiche per la prevenzione" steso dalla Commissione Prevenzione) emerge un quadro dei consumi tra i giovanissimi caratterizzato da:

- un approccio precoce al consumo di bevande alcoliche;
- la vicinanza e la presenza delle sostanze nella quotidianità dei ragazzi;
- un approccio alle sostanze stupefacenti che per una parte dei ragazzi avviene già alle scuole secondarie inferiori;
- consumi diffusi di sostanze, in particolare cannabinoidi;
- una tendenziale omogeneità rispetto alla valutazione di pericolosità delle diverse sostanze;

Dai dati emersi dalla commissione Prevenzione, dalle rilevazioni effettuate dal Dipartimento delle Dipendenze di Bergamo (vedi dati e grafici descritti nell'area "abuso/dipendenza da sostanze") e dai focus groups condotti nello scorso triennio si evidenzia che l'ambito di Treviglio sia caratterizzato da alcune peculiarità:

- il rapporto utenti tossicodipendenti e popolazione di pari età residente, evidenzia nell'ambito una prevalenza nelle fasce giovanili tra le più elevate della provincia, in particolare:
 - nella fascia 15-19 anni: 2,3 nell'ambito vs 1,6 in provincia;
 - nella fascia 20-24 anni: 7,4 vs 5
- presenza di giovani stranieri che fanno uso di sostanze alcoliche e/o stupefacenti

Inoltre da confronti con i servizi sociali territoriali e con le realtà associative presenti nell'ambito si evidenzia la sempre maggiore diffusione di disturbi alimentari nei ragazzi e a volte ragazzini e di problemi di dipendenza da giochi (come la playstation) e da computer.

Unità d'offerta e interventi attivi

- interventi di prevenzione frammentati promossi dalle singole realtà comunali o del privato sociale ad oggi non integrati in un'azione di sistema

8.8.7.1 Proposte Per Il Nuovo Triennio

Obiettivi e priorità

- adottare strategie preventive diversificate su più target e in diversi contesti
- promuovere e favorire l'integrazione fra le differenti attività preventive attivate all'interno di una logica d'integrazione (anche con il coinvolgimento delle associazioni di familiari)
- privilegiare programmi a lungo termine e che coinvolgano attivamente i destinatari

Azioni (in collaborazione con la Commissione Prevenzione del Dipartimento delle Dipendenze)

- interventi preventivi rivolti alle classi delle scuole secondarie inferiori e al biennio delle superiori;
- azioni di raccordo con associazioni del territorio che si occupano di disturbi del comportamento alimentare
- Progettare e attivare un progetto formativo d'ambito che veda coinvolte le diverse realtà territoriali che si occupano di giovani:
 - o Informazione/formazione ai genitori ponendo particolare attenzione ai genitori di preadolescenti e adolescenti che difficilmente sono coinvolti dal sistema scolastico e dai servizi;
 - o Formazione agli insegnanti e ai referenti per la salute all'interno delle scuole (azione da prevedere anche nel protocollo con gli istituti comprensivi e con le scuole superiori) anche attraverso azioni di sinergia con gli psicologi che già lavorano all'interno di alcuni contesti scolastici;
 - o formazione agli educatori/volontari dei Centri di Aggregazione Giovanili e degli oratori dell'ambito;
 - o formazione agli allenatori delle società sportive;
 - o formazione/informazione ai pediatri e ai medici di base
- prima conoscenza dei luoghi del divertimento notturno dell'ambito in cui i ragazzi trascorrono le serate soprattutto nei week-end adottando comportamenti di abuso d'alcol che espone a gravi rischi conseguenti all'intossicazione acuta (incidenti stradali,...) e che spesso rappresenta un'esperienza che fa da ponte con il consumo di sostanze stupefacenti;
- implementare i collegamenti tra le agenzie educative di base presenti sul territorio (centri di aggregazione giovanili, oratori, educativa di strada, servizi sociali di base e specialistici...) al fine di monitorare il fenomeno dell'uso di sostanze e intervenire sui casi singoli;
- attivare iniziative di sensibilizzazione volte ad accrescere la consapevolezza e a promuovere le funzioni protettive delle comunità attraverso iniziative di sviluppo di comunità;
- attivare interventi di prevenzione, che tengano conto della peculiarità delle diverse culture in ambienti già individuati e caratterizzati da comunità etniche in cui sono diffusi comportamenti problematici.

Prevenzione del bullismo e sviluppo di una cultura della legalità

Azioni

- lettura del fenomeno di bullismo: condivisione di dati e progetti attuati da alcune scuole dell'ambito e rilevazioni effettuate dalla Provincia di Bergamo
- studio e realizzazione di un progetto di prevenzione del bullismo attraverso l'eventuale coinvolgimento di esperti del settore
- avvio di un processo di riflessione con l'UEPE per la predisposizione di un progetto di educazione alla legalità da attuare nelle scuole (2009 studio e predisposizione del progetto, 2010 implementazione, 2011 conclusione e valutazione) eventualmente anche attraverso il coinvolgimento di realtà associative del territorio;

8.9 Area Anziani

8.9.1 Introduzione

La popolazione mondiale sta invecchiando unitamente ad una progressivo allungamento della vita. Il declino della fecondità associato all'aumento dell'aspettativa di vita della seconda metà del Novecento ha prodotto una crescita drammatica del mondo degli anziani. La popolazione con più di 65 anni sta aumentando il suo share con una proporzione che aumenterà nel 21° secolo. A tutto questo si associa il fenomeno dell'urbanizzazione che ha cambiato la tradizionale struttura della famiglia accrescendo la condizione di solitudine dell'anziano. Questo trend ha provocato immense ripercussioni sui sistemi sociali di assistenza e di cura con la prospettiva di una potenziale incapacità futura di mantenere adeguati livelli di efficienza e di sostenerne i costi. In termini assoluti, la popolazione anziana nel mondo è triplicata dal 1950 al 2000, passando da una percentuale del 4% al 6.9 %. Attualmente l'aumento degli anziani per anno è di 8 milioni, ma nel 2030 sarà di 24 milioni per anno con una forte accelerazione prevista nel 2010 quando i figli del baby boom del dopoguerra raggiungeranno i 65 anni. Dobbiamo inoltre considerare che oggi, più sei anziano, più hai probabilità di vivere più a lungo: un maschio che nasce oggi ha un'aspettativa di vita di 72-73 anni (78 per una donna), ma se raggiunge i 65 anni l'aspettativa di vita aumenta di 18 anni per le donne e di 12 per gli uomini.

Nel 2000 l'Italia è stata la nazione più anziana del mondo con il 18% della popolazione superiore a 65 anni (8% nel 1950). L'Europa è il continente leader per la più alta proporzione di anziani e verosimilmente manterrà tale record per tutto il 21° secolo; si prevede che l'Europa del sud raggiungerà una percentuale di anziani del 32.5 % nel 2050.

Nell'ambito della popolazione anziana, il gruppo che manifesta la maggior accelerazione della crescita sono gli ultraottantenni. Questo gruppo presenta anche i più alti tassi di malattia e infermità, con un trend che sarà in crescita per tutto questo secolo. Attualmente nel nostro paese il 48% delle persone con più di 80 anni non è autosufficiente. Nel 2030 il numero di anziani ultraottantenni infermi, disabili o comunque non autosufficienti passerà dagli attuali 4 milioni ai 9 milioni. Si stima che attualmente il 10-15% della popolazione europea sia disabile; circa il 70% della disabilità coinvolge le persone anziane. In accordo con l'incremento della popolazione anziana si calcola che nel mondo l'aumento della popolazione severamente malata e inferma crescerà dal 20% al 60% nelle nazioni dei paesi europei e nord-americani.. Oggi in Italia si contano 1.5 milioni di ultrasessantacinquenni disabili e di questi il 25% sono soli; gli oltre 300.000 anziani che vivono soli costituiscono il segmento più a rischio: il 3.2% di queste persone in un anno rischiano di essere trovate morte o in estrema indigenza. Più del 30% della spesa sanitaria del nostro paese viene assorbita dagli anziani: ogni anno si spendono circa 6.700 milioni di euro per l'assistenza sociale ai disabili a fronte di un fabbisogno stimato di 15 milioni. Nel nostro paese solo l'1.8% del PIL viene destinato agli anziani disabili contro una media europea del 2.3%. Nel 2002 il costo della cronicità per gli anziani disabili è stato di 11.8 miliardi di euro, di cui il 56.7% per la spesa assistenziale pubblica e privata (costi diretti) e il 43.3% per i costi indiretti. Secondo le previsioni della Ragioneria Generale dello Stato, nel 2050 la crescita della spesa sanitaria per l'assistenza agli anziani risulterà percentualmente più del doppio rispetto a quella per la patologia acuta. Questi dati ci costringono a prendere coscienza che il presente, e più ancora il futuro, si presentano come il tempo in cui il confronto quotidiano con la malattia, l'infermità, la non autosufficienza sono e saranno la sfida costante alla nostra civiltà, ai sistemi sociali di assistenza, ai sistemi sanitari. In tutto il mondo l'emergere della condizione di infermità dovrà confrontarsi con la inevitabile scarsità di risorse economiche, con la necessità di una oculata programmazione sociosanitaria che già oggi, ma ancora di più in futuro, chiede razionalizzazione e gerarchizzazione delle scelte. La discussione allora si orienta necessariamente su quali sono i criteri con cui operare scelte adeguate e su quali prospettive condurre i necessari processi di razionalizzazione. È qui che emerge la prospettiva etica che indica la direzione del governo delle scelte.

Programmare servizi ed interventi per gli anziani in ambito sociale, significa innanzitutto conoscere il bisogno, evidente o meno, che il territorio esprime, le sue caratteristiche e gli aspetti di sviluppo dello stesso.

8.9.2 L'Ambito di Treviglio

La situazione del nostro territorio presenta un andamento della popolazione anziana con alcuni tratti caratteristici:

la popolazione anziana rappresenta una percentuale crescente sul totale della popolazione residente; a fronte di una crescita della popolazione totale dal 2003 al 2008 del 10,1% la popolazione anziana passa dal 16,35% del 2003 al 17,33 % del 2008.

Tab. popolazione totale

Ambito di treviglio	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Pop. Res.	95.830	98.077	100.305	101.975	103.758	105.501
		102,3	104,7	106,4	108,3	110,1

Confrontando i dati della popolazione anziana rilevati nel 2003 con quelli del 2008 si nota un aumento dell'indice di vecchiaia(numero di persone oltre i 65 anni per ogni 100 ragazzi tra gli 0 e i 14 anni) E' questo il risultato di due fattori complementari:

- il miglioramento dello stato di salute delle persone che aumentano di numero perché vivono più a lungo;
- la contrazione delle nascite che fa diminuire il numero dei giovani.

L'indice di dipendenza ci segnala il progressivo contrarsi della popolazione attiva che sostiene le generazione di ricchezza e quindi delle risorse disponibili

Indice dipendenza anziani	23,51 %	23,93 %	24,30 %	24,73 %	25,11 %	25,50 %
Indice di carico sociale	43,81 %	44,32 %	44,84 %	45,65 %	46,33 %	47,17 %
Indice di vecchiaia	13,72 %	13,69 %	14,06 %	14,56 %	15,27 %	15,90 %

Se osserviamo la classe di età superiore ai 74 anni si evidenzia come la stessa cresca in percentuale più della classe 65 -74 anni + 0,47 a fronte di un + 0,36. Il prolungamento delle prospettive di vita se da un lato sono indice di miglioramento dall'altro segnalano la presenza di un carico sociale e sanitario dei grandi anziani.

Percentuale eta 65-74	9,38 %	9,47 %	9,52 %	9,66 %	9,73 %	9,74 %
Percentuale over 74	6,97 %	7,12 %	7,26 %	7,32 %	7,43 %	7,59 %
Totale % popolazione Anziana	16,35%					17,33%

La "condizione anziana" comprende un universo estremamente articolato nel quale sono ravvisabili potenzialità e risorse dalle quali la società contemporanea non può prescindere senza divenire un po' più povera o più deprivata.

Sotto il profilo anagrafico si è soliti distinguere tra una "giovane" terza età nella quale rientrano coloro che hanno fino a 74 anni e una "quarta età" o "grandi anziani" oltre i 75 anni.

Esiste inoltre una eterogeneità rispetto alle caratteristiche culturali, a quelle psico-fisiche, a quelle economiche, a quelle relazionali relative alla famiglia e ai circuiti informali e amicali, a quelle ricreative del tempo libero. Si tratta di elementi che influiscono sulla concezione del benessere degli anziani e sulla percezione che di essa hanno gli anziani stessi.

Anche il concetto di "salute dell'anziano" è difficilmente descrivibile sia sul piano teorico sia su quello operativo, perché più che in altre età è fortemente soggettiva e varia da persona a persona.

Sono infatti diffuse situazioni in cui persone anziane affette da più di una patologia continuano a esercitare in modo soddisfacente le attività della vita quotidiana nella loro casa, mentre per altre persone, una sola malattia può incidere in modo grave sulle stesse possibilità di autonomia a causa del vissuto soggettivo, o delle condizioni abitative, o di scarsi sostegni informali.

La gestione degli anziani e la loro integrazione nella società è stata largamente garantita, in un passato recente, dalle famiglie che hanno agito in maniera spontanea sotto la spinta di un imperativo filosofico secondo cui gli anziani erano testimoni del passato e tesoreri dell'esperienza e, quindi avevano un grande valore indipendentemente dalla loro capacità di lavorare, produrre beni o addirittura provvedere alle proprie necessità assistenziali.

La conservazione per decenni di questo atteggiamento è stata possibile perché il numero degli anziani da assistere era limitato: i dati nazionali dicono che l'indice di vecchiaia è passato da 47,1 nel 1971 a 141,7 nel 2007.

La famiglia patriarcale e multigenerazionale è praticamente scomparsa. Il ruolo dell'anziano all'interno della famiglia, risulta essere sempre più marginale, soprattutto in ambito decisionale, rappresentando un ulteriore problema da risolvere o elemento "scomodo" di cui farsi carico nella gestione ordinaria degli impegni familiari.

La donna, inoltre non è più identificata come "l'angelo del focolare" in grado di dedicare tutto il tempo necessario alla cura dei propri cari, ma partecipa come e più dell'uomo al sostentamento della famiglia con il proprio stipendio.

Nella casa di molte famiglie non esiste uno spazio adeguato per i figli e tanto meno per i genitori. In questa situazione, la rinuncia alla cura dell'anziano più che una scelta è spesso un obbligo.

E' questo lo scenario che si trova oggi a vivere la famiglia scoprendosi incapace di gestire il soggetto anziano quando per effetto della malattia, della vecchiaia in sé o di altre ragioni sopravviene la non autosufficienza ed il bisogno di assistenza.

Compito del Sistema Integrato dei Servizi è quello di proporre strategie e strumenti per creare le condizioni in cui il benessere dell'anziano sia mantenuto il più a lungo possibile a domicilio ed al più alto livello consentito.

8.9.3 La rete e i servizi e le Unità d'Offerta presenti sul territorio

ANALISI DELLA SITUAZIONE ATTUALE

DATI SERVIZI ANZIANI ANNO 2008

L'analisi relativa ai servizi ed interventi proposti nel 2008 per l'ambito di Treviglio rappresenta in assoluto il maggiore sviluppo che l'area anziani ha evidenziato in tutto il triennio 2006-2008. Viste le premesse, è importante partire dalla mappatura degli interventi e servizi sviluppati nel 2008 per poter affrontare la programmazione futura.

8.9.3.1 Servizio di Assistenza Domiciliare

Il nostro territorio attualmente presenta una diffusione generalizzata pur in presenza di disomogeneità di gestione dello stesso e di compartecipazione dell'utenza. I comuni deleganti all'Azienda utilizzano la gestione della voucherizzazione e dell'accreditamento ma ciascuno ancora mantiene un proprio regolamento di compartecipazione al costo del servizio da parte dell'utenza. Per i comuni a gestione diretta l'ambito riconosce una retrocessione a valersi su fondo regionale ex Circolare 4

● **SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE GESTIONE U.D.P.**

Comprende 15 Comuni dell'Ambito di Treviglio

N. Utenti **189** Donne **114** Uomini **75** ore anno 2008 **23.115.00**

COMUNI	UTENTI ANNO 2008	DECEDUTI	RIC.R.S.A/HOSPICE	SOLUZ. ALTERN.
ARCENE	13	2	0	0
ARZAGO	18	1	0	4
BRIGNANO	22	3	0	2
CALVENZANO	17	2	1	1
CANONICA	11	1	0	1
CASIRATE	4	0	0	2
CASTEL ROZZONE	4	2	0	1
FARA	19	4	1	5
FORNOVO	5	0	0	0
LURANO	8	1	0	1
MISANO	11	2	0	1
MOZZANICA	24	6	1	0
PAGAZZANO	10	1	1	3
PONTIROLO	11	3	1	1
SPIRANO	12	0	0	2

Il comune di Caravaggio presenta una gestione Comunale diretta, utilizzando personale ausiliario dipendente e il costo del servizio è gratuito

● **SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMILIARE CARAVAGGIO**

Utenti n.	Donne	Uomini	Ore anno 2008
. 78	20	58	7.316,00

Il Comune di Treviglio presenta una gestione su appalto è un regolamento I.S.E.E. per la compartecipazione

● **SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE TREVIGLIO**

Utenti n.	Donne	Uomini	Ore anno 2008
.108	73	35	14.807.70

Il Comune di Pognano presenta una Convenzione con la Fondazione San Giuliano di Ciserano è un regolamento proprio per la compartecipazione

● **SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE POGNANO**

Utenti n.	Donne	Uomini	Ore anno 2008
1	1	0	48

Ad un esame per fasce di età possiamo rilevare come il 18% dell'utenza è al di sotto dei 65 anni, l'8% è compresa tra i 65 e i 70 anni, il 30% tra i 70 e 80 anni, il 37% tra gli 80-90 anni e il 7% over 90 .

La condizione prevalente è data da uno stato di non autosufficienza, con carico assistenziale elevato.

8.9.3.2 Servizio Sociale Ospedaliero

Nato dalla volontà comune, dell' Azienda Ospedaliera di Treviglio- Caravaggio, l'Ufficio di Piano ambito di Treviglio e l'A.S.L. Distretto di Treviglio, con la sottoscrizione di un protocollo, in data 12 ottobre 2007, per la sperimentazione del servizio sociale Ospedaliero.

Un servizio a sostegno della realizzazione di interventi socio-sanitari integrati a favore della popolazione fragile, in dimissione dalla struttura ospedaliera di Treviglio. Lo scopo è quello di aiutare i nuclei familiari residenti nell'ambito ad acquisire conoscenza delle prassi e servizi ad essi destinati. Nato come sperimentazione circoscritta ai soli reparti (Med. I, II E Ortopedia) nel corso del 2008 ha registrato seguenti movimenti:

- **SERVIZIO OSPEDALIERO ANNO 2008**

Utenti n.	Donne	Uomini
82	45	37

Accompagnare le dimissioni rappresenta uno snodo nevralgico per la continuità assistenziale e rappresenta un embrione promettente di integrazione.

8.9.3.3 Ricoveri Di Sollievo

I **Ricoveri di sollievo** consentono a chi accudisce un anziano non autosufficiente di godere di un periodo di sollievo dal lavoro di cura e offrono agli anziani congrui periodi di convalescenza dopo il ricovero ospedaliero. Il ricovero di sollievo è garantito per un periodo temporaneo.

Il vantaggio di questa soluzione sta nel dare alla “famiglia che cura” la possibilità di un recupero delle energie attraverso un periodo di sollievo dal carico assistenziale.

Lo svantaggio sta nei costi della retta e nella difficoltà nel trovare RSA o strutture disponibili a effettuare questo tipo di ricoveri.

- **RICOVERI DI SOLLIEVO**
Utenti che hanno usufruito N. 51

8.9.4 TITOLI SOCIALI

La politica dei titoli sociali ha avuto una continuità nel corso del triennio evolvendosi sempre più verso una qualificazione degli stessi. Il buono da generico sostegno ai caregiver familiari va configurandosi come una risorsa qualificata per sostenere la fragilità e la capacità della famiglia di mantenere il familiare nel proprio contesto di vita

Durante l'anno 2008 sono state presentate le seguenti domande ed erogati i seguenti contributi

- **BUONI SOCIALI ANZIANI**
1° SEM N.122 Domande presentate Erogate N. **80**
2° SEM N. **11** Domande presentate + Domande valide 1° SEM **118** Erogate N.
- **BUONI MIRATI C.D.I.**
1°-2° Trim. Domande presentate N **27** Erogate N **27**
3° Trim. Domande presentate N **29** Erogate N **29**
4° Trim. Domande presentate N **11** Erogate N

- **BUONI RICOVERO DI SOLLIEVO**
Domande presentate N. 2 Erogate n. 2
- **BUONI BADANTI**
1° Sem. N. 10 Erogate N.8 Sospese n. 2
2° Sem. N. 8 Erogate N. Sospese n.

Alzheimer cafè

L'alzheimer rappresenta una delle emergenze invalidanti che richiede rinnovate attenzione e qualificazione degli interventi

Nel comune di Treviglio è stato realizzato un progetto per gli anziani affetti da grave deterioramento mentale, aperto per alcune ore del giorno ed è stato concepito non solo come ambiente ricreativo, ma soprattutto come luogo riabilitativo e terapeutico. Ottobre – Dicembre 2008 utenti 13

8.9.5 I Servizi Residenziali

Parlando dei bisogni degli anziani, non si può non tenere presente un dato significativo, relativo al numero degli anziani ricoverati. Nonostante le dimensioni e il buon utilizzo degli interventi di prevenzione e di sostegno e malgrado l'orientamento delle politiche sociali a mantenere il più a lungo possibile l'anziano nel proprio ambito di vita, la costante crescita della popolazione anziana continua a mantenere alta la domanda di ricovero nelle strutture residenziali.(vedi lista d'attesa)

R.S.A

r.s.a	POSTI LETTO		RETTA GIORNALIERA				Lista d'attesa	Ricoveri 2008
	TOT	Halz.	Retta MIN	Retta MAX	Alzh. Min	Alzher Max		
fondazione anni sereni treviglio, caravaggio e fara gera d'adda onlus	151	ND	42,81	0	45,83	50,63	125	34
casa ospitale don pietro aresi	66	ND	44	50	ND	ND	49	77
onlus casa albergo maria immacolata	40	0	44	53	ND	ND	70	51
fondazione casa di riposo spirano	38	ND	34,5	40,5	ND	ND	58	45
Totali	295						302	207

Il periodo d'attesa si attesta mediamente attorno ai 5 mesi

Con riferimento ai parametri popolazione ultrasessantacinquenne e posti letto disponibili, il nostro territorio risulta essere sottodimensionato con particolare riferimento alla disponibilità di posti di sollievo e presa in carico delle demenze.

8.9.6 I SERVIZI SEMIRESIDENZIALI

Il ricorso al *Centro Diurno Integrato (C.D.I.)* si ritiene possa essere un'adeguata risposta alla richiesta delle famiglie di essere alleggerite da un forte carico assistenziale quale è quello rappresentato da anziani compromessi nella loro autonomia; risposta, peraltro coerente con le linee programmatiche già espresse nel precedente Piano di zona, che favorisce la permanenza al domicilio dell'anziano.

C.D.I

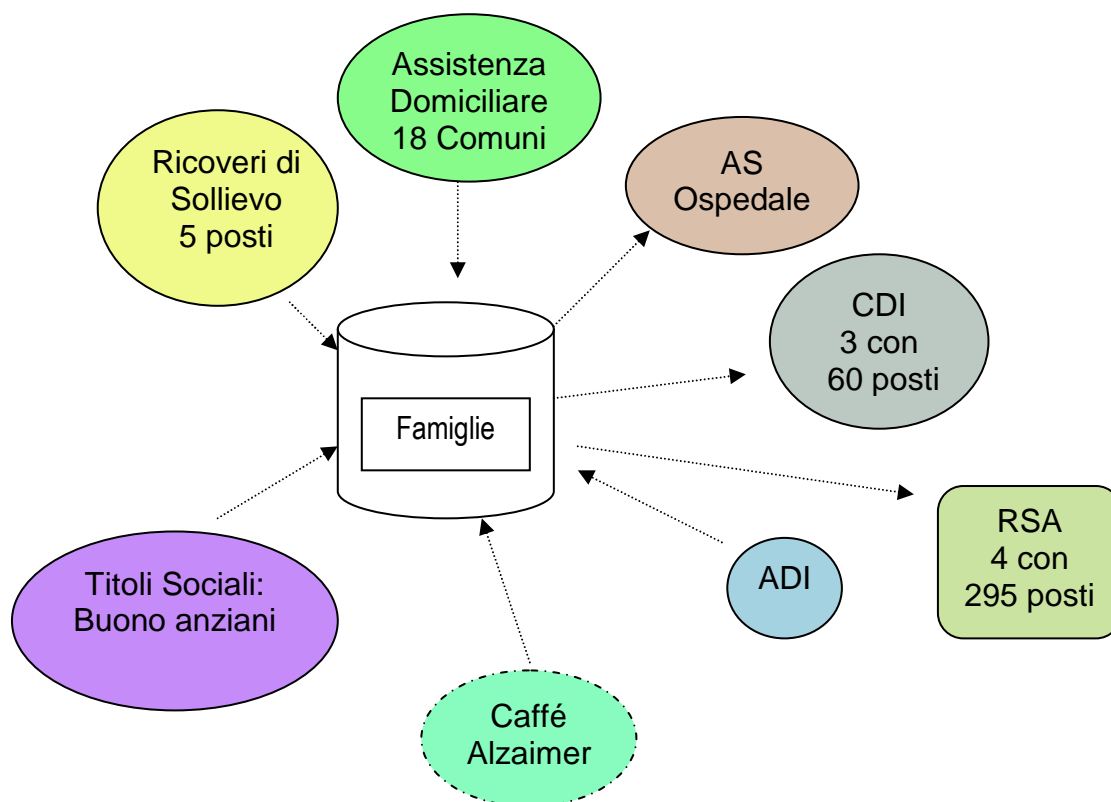
C.D.I	Posti	Retta giornaliera		Trasporto	LISTA D'ATTESA	Utenti anno 2008
Casa ospitale Aresi Brignano	20	Res min 20,00 Non Res.min 25,22	Res. Max 24,00 Non Res.Max 25,22	Res e Convenz. 2,64 gg Non Res. 60,00 mese	1	26
Mons A.Mezzanotti Igea - Treviglio	40	Res. 20,00 Non Res. Min 26,00	Non Res. Max 34,00	Solo Res. 2,00 gg	11	50

8.9.7 Mappatura Servizi Socio-Sanitari Per Anziani Ambito Di Treviglio

Sul territori la configurazione del sistema d'offerta socio sanitaria presenta la seguente Articolazione:

- **N. 4 R.S.A** per n totale di 295 posti autorizzati (Presso: Brignano, Spirano, Calvenzano, Treviglio)
- **N. 2 C.D.I...** per un totale di 60 posti (Presso: Treviglio, Brignano)
- Ricoveri di Sollievo (**N. 5** Presso R.S.A. Anni Sereni di Treviglio)
- **N. 1 Casa Albergo** (Presso Villa Orchidea di Badalasco Fara Gera D'Adda)
- **Servizio AD.I.**
- **Servizio S.A.D.**
- Servizio Ospedaliero per Dimissioni Protette
- **N. 1 Alzheimer caffè** (Treviglio – Associazione Giardino della Memoria)

La rete dei servizi sociali e socio - sanitari



8.10 Obiettivi E Priorità Per Il Prossimo Triennio

Dai dati dei paragrafi precedenti si evince che la popolazione anziana è in costante aumento e che l'aumento delle demenze e dei disturbi caratteriali che contraddistinguono oggi gli anziani comportano un onere aggiuntivo, in termini assistenziali e di coinvolgimento emotivo, a carico dei familiari prestatori di cure (care-giver). Infine, la saturazione dei posti disponibili nelle RSA, (vedi liste d'attesa) rappresenta un ostacolo che ci costringe ad un ripensamento dell'organizzazione socio-sanitaria di quest'area, per offrire servizi qualitativi agli anziani sempre più mirati a dare una risposta globale ed integrata alle richieste d'aiuto provenienti dagli stessi, sostenendo allo stesso tempo i prestatori di cure con una preziosa attività di accompagnamento e supporto.

Tutto ciò richiederà il massimo coinvolgimento di tutte le istituzioni e le realtà associative presenti nel territorio in quest'area.

8.10.1 Obiettivi

- 8.10.1.1 Sostegno e socializzazione degli anziani emarginati, con gravi problemi di solitudine...
ovviare all'emarginazione degli anziani che vivono soli o con badanti al fine di evitare problemi di disagio sia emotivo che psichico...
- 8.10.1.2 Dai tavoli tecnici di lavoro emerge la necessità di cominciare a pensare ad un'offerta dei servizi socio-assistenziali in termini di ambito, affinché i cittadini si sentano fattivamente parte di un unico territorio e al fine di ottimizzare le risorse sempre più scarse a disposizione dei Comuni stessi.
- 8.10.1.3 Sostegno e sollievo alle famiglie impegnate nel lavoro di cura
- 8.10.1.4 Sostenere e valorizzare l'Associazionismo del territorio e i gruppi informali
- 8.10.1.5 Strutturare gradualmente un'offerta di servizi con modalità d'accesso e condizioni sempre più omogenee, progettando per alcuni di questi una forma di gestione associata.
- 8.10.1.6 L'estensione del Servizio Sociale di Base a tutto il distretto ha consentito una conoscenza sempre più puntuale del territorio, un'informazione più precisa e capillare ai cittadini, nonché la possibilità di far emergere situazioni che altrimenti sarebbero rimaste "invisibili".
- 8.10.1.7 Nonostante questo, a causa della molteplicità e della complessità dei servizi offerti in quest'area dai diversi attori istituzionali coinvolti, si rilevano ancora lacune nella comunicazione e difficoltà di accesso alle informazioni e di orientamento ai servizi stessi.
- 8.10.1.8 Occorre semplificare il processo comunicativo offerto agli anziani rendendo più omogeneo e accessibile il flusso delle informazioni rivolte agli stessi

8.10.2 Priorità

- 8.10.2.1 **Integrazione socio sanitaria e lavoro di rete** per il sostegno alla domiciliarità ed ai familiari prestatori di cure attraverso:
- programmazione e pianificazione effettuata a livello di tavoli interistituzionali e multiprofessionali; Integrazione socio-sanitaria: quale luogo di lettura integrata di bisogno ed interventi;
 - il lavoro in equipe come prassi per una risposta appropriata sia all'anziano che ai suoi prestatori di cure, affinando e potenziando l'attività di supporto ed accompagnamento
 - formazione congiunta degli operatori
 - conoscenza e ampliamento della rete dei servizi istituzionali e non, offerti nel territorio e partecipazione attiva del terzo settore (associazionismo) e quarto settore (gruppi di auto aiuto); ... Verso una comunità produttrice di servizi e di "care".
 - potenziamento e "ripensamento" dei centri diurni come luoghi non solo di cura ma anche di accoglienza della persona al fine di evitare una progressiva emarginazione dalla società;
 - dare continuità, come previsto dalla Regione, all'erogazione dei Titoli Sociali congiuntamente ad un ripensamento sull'utilizzo del Buono Sociale rispetto al Voucher, come strumenti che permettano un'adeguata progettualità e flessibilità nel dare risposte adeguate ai bisogni emergenti in quest'area.
- 8.10.2.2 **Costruire uniformità nei sistemi di accesso e nel sistema di erogazione** dei servizi offerti attraverso:
- monitoraggio dei servizi esistenti: varietà di prestazione offerta, modalità d'accesso e sistema

tariffario.

- Adottare, a livello di ambito, regolamenti ai servizi sociali omogenei fra di loro al fine di sentirsi parte di un unico sistema in grado di dare risposte ai bisogni sociali complessi espressi dalla comunità in maniera sempre più pressante.
- Perseguire l'ottimizzazione della qualità dei servizi attraverso la gestione associata degli stessi oppure il coinvolgimento fattivo del terzo e del quarto settore a seconda della minore o maggiore integrazione richiesta dal tipo di servizio preso in considerazione.

8.10.3 Predisporre Informazioni accessibili e chiarezza nella comunicazione attraverso:

- ricognizione dello stato dell'informazione esistente, seppur in modo non omogeneo, sia a livello formale che informale;

9 Integrazione Socio Sanitaria del Piano di Zona Ambito di Treviglio

Nell' Area Distrettuale Bassa Bergamasca, con l'obiettivo principale di un lavoro comune nelle aree di "governo" sociale e socio-sanitario, si intende puntare verso processi di integrazione del Piano zonale, che possano ipotizzare anche modalità organizzative innovative, seguendo le indicazioni che i tavoli di lavoro provinciali e l'Ufficio Sindaci hanno sostenuto

In linea con quanto descritto con la nuova L. R. 3/2008 e il Documento di Programmazione 2009 dell'ASL di Bergamo si ritengono necessari:

- 1) Supportare l'attività delle Assemblee dei Sindaci e degli Uffici di Piano, per l'esercizio delle funzioni a loro attribuite, per tutto ciò che riguarda le materie di integrazione socio-sanitaria, tramite la Direzione dell'Area e le figure di coordinamento, come da "Progetto incontro con il territorio"
- 2) Continuare il confronto e la collaborazione reciproca tramite la sperimentazione di un momento di confronto stabile e continuativo con i due presidenti dell'Assemblea dell'Area e i due Responsabili degli Uffici di Piano.
- 3) Intesa comune sui livelli di programmazione del sistema socio-assistenziale di competenza dei Comuni, con lo sviluppo di quello socio-sanitario di competenza ASL.
- 4) Analisi e implementazione degli accordi assunti a livello provinciale dal Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci e dalla Direzione ASL per il governo dei servizi di zona.
- 5) Sostegno allo sviluppo delle unità d'offerta accreditate dell'area socio-assistenziale e socio-sanitaria
- 6) Supporto tecnico e sostegno continuo dei processi di integrazione sociale e sanitaria.
- 7) Collaborazione e confronto alle iniziative promosse dai rappresentanti del Terzo settore

9.1 I Livelli di Comunicazione

Le trasformazioni della società civile dei nostri territori hanno inciso in modo significativo sul modo e sulla capacità dei cittadini di rapportarsi ai servizi.

Si ritiene necessario superare il modello basato sulla informazione unidirezionale (di tipo obbligatorio) per passare ad un processo più allargato e condiviso con tutte le realtà pubbliche e del privato sociale del territorio.

La comunicazione degli atti e delle iniziative del Piano di Zona sarà da ritenersi come parte integrante del servizio reso alla cittadinanza e, dove è possibile, sarà orientata al coinvolgimento dei cittadini nelle forme singole o associate.

L'adozione di strumenti informatici (sito internet), l'accesso diretto tramite la rete agli atti pubblici, unitamente ai canali tradizionali di comunicazione costituiranno la strumentazione che verrà messa in campo per consentire ai cittadini di accedere in forma tempestiva e puntuale alle informazioni e ai benefici relativi alle politiche messe in atto.

9.1.1 Le azioni e gli strumenti operativi dell'integrazione

9.1.1.1 La partecipazione agli Incontri e ai Tavoli Tematici istituiti in ognuno dei due distretti.

9.1.1.2 Gli operatori dell'ASL partecipano come componenti ai tavoli di lavoro previsti dal Piano di Zona: Anziani, Disabili, Minori e famiglia, Emarginazione, Salute Mentale.....

9.1.1.3 la realizzazione di progetti comuni e in via di definizione come il progetto per la realizzazione di un punto unico di accesso per la presa in carico della persona non autosufficiente e la continuità assistenziale

9.1.1.4 la costruzione di percorsi informativi integrati fra gli operatori delle varie realtà istituzionali ed organizzative volta al miglioramento dei livelli di comunicazione, delle pratiche professionali e dei processi di lavoro.

Queste occasioni mettono in contatto paritario e diretto il territorio e l'Asl, rappresentata dalla Direzione distrettuale, con i titolari della programmazione di Zona, e costituiscono occasioni di confronto sulle politiche della salute che tutte le parti sono chiamate ad attuare in favore dei cittadini.

9.2 Aree specifiche dell'integrazione

9.2.1 Punto unico di accesso

L'obiettivo di costituire un punto unico di accesso scaturisce dalla necessità di andare incontro ai cittadini e al loro bisogno di assistenza, promuovendo maggiori forme di integrazione fra le reti dei servizi sanitari e sociali, rivolti in particolare alle persone non autosufficienti, allo scopo di facilitare l'informazione, l'accessibilità e la presa in carico appropriata di questi cittadini e della loro famiglia.

La Presa in carico della Persona Non Autosufficiente è stato individuato come un primo oggetto di lavoro su cui investire congiuntamente

In questa prospettiva si ritiene necessario:

A- Promuovere e avviare la costruzione di un sistema integrato di punti di accesso alle prestazioni e ai servizi che agevolino e semplifichino l'informazione e l'accesso ai servizi socio sanitari.

B - Ipotizzare l'operatività di un sistema informativo che consenta di raccogliere e condividere, fra ASL, Ambiti Territoriali, Comuni, Aziende Ospedaliere, RSA ed Enti Accreditati, le informazioni necessarie all'integrazione dei punti di accesso.

9.2.2 Continuità assistenziale

Ci si pone l'obiettivo della Costituzione di gruppo di lavoro stabile sull'ottimizzazione del percorso assistenziale attraverso i servizi erogati da Strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, Medici di cure primarie, ASL, RSA e Ambito con particolare riferimento:

- Predisposizione del protocollo ADI – SAD ;
- Consolidamento e perfezionamento del protocollo, già in atto, delle dimissioni protette in accordo con l' Azienda Ospedaliera di Treviglio e Policlinico S.Marco ;
- Definizione e coinvolgimento in accordo con l' Ambito territoriale di un'intesa con le RSA e CDI del territorio per i posti di sollievo, finanziati con il fondo sanitario regionale, di posti per il pronto intervento, per le ammissioni degli ospiti, in linea con gli orientamenti definiti dal PAC- dipartimento ASSI e con i "patti" sottoscritti..

Il nucleo, (Coordinatore socio sanitario, Medico referente , infermiera professionale , A.S. di Ambito) nell'attività di valutazione e verifica, si integra con il Medico di Medicina Generale - Pediatra di famiglia.

9.2.3 Politiche per la famiglia

Le politiche per la famiglia vedono impegnato l'insieme del "sottosistema dei consultori (u.o. pubbliche e accreditate), unitamente ai servizi sociali e dei comuni e dell' Ambito, operare per:

- Promuovere e sostenere la famiglia nel suo compito di educazione e sostegno alla crescita armonica delle nove generazioni, attraverso gli strumenti dei titoli sociali, le azioni di prevenzione, ascolto e accompagnamento alla genitorialità;
- Organizzare una rete di unità d'offerta territoriali socio sanitarie e sociali integrate per intervenire nelle situazioni di fragilità e di compromissione per la tutela dei minori e dei diritti di cittadinanza.

In particolare, in relazione alle politiche di prevenzione e promozione, si opererà con una forte azione di coordinamento per portare a sistema e ottimizzazione la pluralità di azioni e soggetti che operano sul territorio.

Azioni: implementazione dei progetti in atto tra Consultori familiare pubblici e accreditati. e UDP, (si seguiranno le linee guida e gli orientamenti definiti dall'Unità Operativa Consultori/ dipartimento ASSI)

Risorse: Operatori ASL psicologi, assistenti sociali, educatore prof., ostetriche,ginecologa; UDP Coordinatore Area Minori e famiglia, A S dei Comuni;

Consultorio familiare e tutela minori

Per la Gestione attività e compiti della TUTELA MINORI; si seguirà il protocollo operativo sottoscritto con gli ambiti , le linee guida e gli orientamenti definiti dalla Unità Operativa Infanzia e adolescenza/ dipartimento ASSI

Operatori ASL : psicologi

Con le risorse esistenti si garantisce il proseguimento sia dell' attività tutela minori che delle attività consultoriali di base.

9.3 Inserimento lavorativo e équipe di consulenza per la Disabilità

In relazione all'organizzazione del Nucleo Inserimenti Lavorativi dell'azienda Sociale Risorsa Sociale Gera d'Adda, quali U.O. preposta alla gestione degli interventi volti ad orientare e

accompagnare le persone disabili, psichiatriche, svantaggiate, nel trovare novi spazi di avvicinamento al lavoro, si pone l'obiettivo di definire un protocollo operativo che consenta di:

- impiegare, le risorse professionali in "distacco" dall'ASL, per integrare l'équipe operativa del Nucleo Inserimenti Lavorativi, previa definizione di un protocollo/accordo con l'Azienda Consortile;
- garantire le consulenze del medico di lavoro nella valutazione/idoneità degli ambienti e delle mansioni in relazione alle capacità caratteristiche dei candidati

Le risorse assegnate opereranno funzionalmente sotto la guida del responsabile del nucleo zonale dell'Azienda Risorsa Sociale Gera d'Adda e parteciperanno a tutte le fasi del processo di costruzione del progetto di inserimento .

Il nucleo Zonale, si avvarrà della consultazione/consulenze per le attività già in essere nell'ASL (Consulenza e/o orientamento rispetto alle problematiche legate all'attività dell'Ufficio Invalidi: legge 104 – legge 68 – protesica; Commissioni di valutazione delle domande in ingresso ai Servizi e ai Progetti, valutazione per l'erogazione di voucher e buoni...).

Il Nucleo Zonale dell'ambito, si avvarrà altresì della collaborazione dei servizi consultoriali e socio sanitari, per le situazioni che richiedono una valutazione multifattoriale e complessa, costituendo équipe specifiche di lavoro sul caso

9.4 Salute Mentale

Collaborazione tra Asl, Ambiti Territoriali e Azienda Ospedaliera di Treviglio per definire ipotesi di lavoro condivise in accordo con le indicazioni e gli orientamenti definiti dai Tavoli di lavoro provinciali per le tematiche legate alla salute mentale di adulti e minori.

L'integrazione Asl/Ao ha consentito l'attivazione dei collegi tecnici per l'individuazione dell'alunno in situazione di handicap(DPCM 185.2006).

L'integrazione trova un primo riscontro nel consolidamento dei protocolli in essere tra UDP e Psichiatria, tra UDP e Neuropsichiatria Infantile.

L'azione del prossimo triennio si pone l'obiettivo generale di portare a sistema il processo di coordinamento attraverso la costruzione di pratiche comuni di lavoro, di comunicazione integrata con le famiglie, con i cittadini e i soggetti del territorio.

9.5 Educazione e promozione della salute

L'azienda Sanitaria della Provincia di Bergamo, in linea con gli indirizzi Ministeriali e Regionali, ha da tempo attivato programmi per promuovere stili di vita sani. In particolare dal 2007 con la collaborazione e la forte sinergia di diversi attori (comuni, scuole, associazioni, medici e pediatri, commercianti ecc.) sono stati attivati progetti che favoriscono comportamenti "salutari" e che riducono il rischio di sviluppare malattie croniche.

I progetti sono stati svolti seguendo tre principali linee di azione:

la promozione di una regolare attività fisica;

l'adozione di un corretto stile alimentare;

la lotta al tabagismo.

Alla fine del 2008 si è avviata una serie di iniziative con corsi propedeutici e gratuiti sul progetto "Educarsi alla Salute" lanciato dall'Asl. Nel 2009 è partita la seconda edizione.

Dall'analisi epidemiologica del contesto territoriale e della letteratura scientifica internazionale sono state individuate 5 aree prioritarie di intervento correlate ai fattori maggiormente responsabili di anni di vita persi in buona salute.

Il presente Piano di attività rappresenta lo strumento di attuazione locale del Piano Integrato di educazione e promozione alla salute definito dalla Direzione Sanitaria dell'azienda Sanitaria Locale nell'anno 2008.

La strategia generale prevede il coinvolgimento di diversi attori territoriali con il fine di creare le basi per una progettualità condivisa ed integrata a livello locale.

Progetti ad alta integrazione con gli Ambiti territoriali (in considerazione anche di quanto sottoscritto nel "progetto incontro al territorio" Note integrative al documento di programmazione ASL indicazioni degli ambiti territoriali) :

Progetto "sostegno alla genitorialità" in collaborazione con alcuni spazi gioco del territorio

Guida per l'inserimento del bambino adottivo nella realtà scolastica

Sostegno alla genitorialità adottiva in collaborazione con associazioni del territorio

Progetto "donne straniere" in collaborazione con associazioni del territorio

9.6 Le amministrazioni comunali

Oltre alle competenze nelle attività sociali territoriali, al comune fanno capo le competenze relative all'urbanistica, all'ambiente, alla cultura, allo sport, alla casa, alla istruzione, alle attività commerciali, alla mobilità, alla polizia urbana ecc. La quasi totalità delle politiche che influiscono sulla salute ed il benessere della popolazione prevedono un elemento unificante nei livelli comunali come elemento di programmazione locale: le varie politiche trovano quindi il centro propulsore nei comuni.

9.7 La Scuola

La scuola è la sede primaria e strategica per la formazione del cittadino.

Oggi più che mai, è alle prese con profondi cambiamenti anche nel campo della prevenzione e della promozione alla salute. Le numerose iniziative, attivate in tal senso, hanno manifestato l'opportunità di favorire la diffusione della conoscenza di queste tematiche, individuando metodologie e strumenti operativi per l'inserimento di tali argomenti nelle attività didattiche.

9.8 L'Azienda Sanitaria Locale

L'Azienda Sanitaria Locale in tutte le sue articolazioni operanti territorialmente si pone come promotore della educazione alla salute e garantisce supporto scientifico, tecnico e metodologico con il proprio personale specializzato

9.9 I Presidi Ospedalieri

Particolare rilievo per la programmazione delle attività riveste la presenza una Azienda Ospedaliera con due Presidi. L'integrazione Ospedale/Territorio è finalizzata a ridare centralità al cittadino-utente, offrendo una risposta globale alla complessità della gestione dei problemi sanitari .

9.10 Medici di cure primarie

Riteniamo che i Medici di Assistenza Primaria (MAP) ed i Pediatri di Famiglia (PdF) possano giocare un ruolo determinante nella lettura dei bisogni e nell'orientamento delle scelte della popolazione. Questo Piano Integrato di salute contiene progetti che pongono le cure primarie in

diretto confronto con i cittadini su temi prioritari per la tutela della salute, alla luce di quanto esplicitato nell'Accordo Collettivo Nazionale e nell'Accordo Aziendale per la Medicina Generale.

9.11 La rete delle Farmacie Comunali e Territoriali

La Farmacia è un presidio sanitario fondamentale sul territorio per le attività legate alla prevenzione, alla cura ed al benessere. La Farmacia, infatti, è presente in maniera capillare su tutto il territorio ed è organizzata in modo da garantire a tutti i cittadini l'accesso al farmaco anche durante i giorni festivi e in orario notturno.

Negli anni, la Farmacia ha dimostrato di essere una struttura dinamica, capace di arricchire il ruolo primario di centro di erogazione del farmaco con nuovi servizi rivolti alla cittadinanza.

9.12 Associazioni operanti sul territorio

Le associazioni di volontariato sia laiche che religiose, le parrocchie e le altre rappresentanze sociali costituiscono un altro importante contesto in cui operare e con cui collaborare per la promozione della salute.

L'alleanza con le associazioni si rivela, in molte occasioni, decisiva per risolvere difficoltà organizzative o di supporto economico delle istituzioni.

9.13 Sviluppo dell'attività di prevenzione e promozione della salute nel triennio

Nel triennio si intende sviluppare un programma che consenta di:

- consolidare e sviluppare la composizione dell'equipe distrettuale di promozione della salute con l'ampliamento ad altri soggetti
- attivare un censimento delle attività di promozione della salute già in corso sul territorio al fine di valorizzarle e sviluppare sinergie
- consolidare e implementare la rete locale per favorire lo sviluppo di nuovi progetti
- attivare un'analisi del contesto del nostro territorio (tenendo conto dei dati di tipo epidemiologico, sociale...) al fine di definire interventi mirati e ritenuti prioritari
- a fronte della progettualità attivata individuare idonei strumenti di valutazione

9.14 Area delle dipendenze

Seguendo le linee di indirizzo che il Dipartimento delle Dipendenze ha predisposto per la nuova stesura dei Piani di Zona, triennio 2009-2011 si prende atto come nel corso degli ultimi anni, il Sert ha sviluppato la propria collaborazione con **alcuni** degli Uffici di Piano della provincia e sviluppato la consapevolezza di partecipare attivamente alla funzione programmatica degli Ambiti, apportando proprie specifiche competenze e conoscenze, correlate alle problematiche di dipendenze, sia in materia di prevenzione, sia di reinserimento lavorativo e inclusione sociale. .

Le **aree individuate**, ritenute di **interesse comune**, sono:

1. Prevenzione
2. Reinserimento lavorativo
3. Grave marginalità e risposta ai bisogni
4. Comorbilità psichiatrica (situazioni di soggetti con diagnosi di dipendenze e diagnosi psichiatrica)

Consapevoli che il fenomeno delle dipendenze costituisce un realtà complessa e in continua evoluzione, è pertanto importante:

- effettuare una programmazione degli interventi fondata su una reale conoscenza del fenomeno, a tal fine è ampia la disponibilità dell'Osservatorio delle Dipendenze, presso il Sert, a fornire dati ed elementi di conoscenza su queste problematiche;
- attuare una **programmazione** provinciale e di ambito di lungo periodo, disincentivando interventi basati su urgenza e contingenza;
- prevedere sinergie e integrazione tra politiche e progettualità in settori differenti per evitare rischi di frammentazione;
- prestare attenzione alla multidimensionalità degli interventi;
- attuare interventi volti alla promozione della rete e del raccordo tra i diversi soggetti attivi sul territorio;
- trattare e definire alcuni temi significativi e trasversali ai diversi Ambiti (es. la sicurezza, la sicurezza stradale, ecc), a livello di tavoli provinciali o sovra zonali;
- collocare la prevenzione delle dipendenze all'interno del quadro delle politiche giovanili.

10 Priorità per anno 2009

10.1 Area Disabilità

10.1.1 Sintesi priorità 2009

Finalità generale 1: qualificare il Nucleo Zonale per le Disabilità per giungere ad una equipe territoriale che si occupi di disabilità adulta.

Azioni previste nell'anno 2009

1. Svolgere percorso di formazione confronto con AO e ASL per verificare che il NZD possa porsi come equipe riconosciuta di consulenza per la disabilità adulta.

Enti coinvolti

Azienda Consortile, Azienda Ospedaliera, Azienda Sanitaria Locale.

Tempi

Aprile -
Novembre

Finalità generale 2: favorire l'integrazione scolastica

Azioni previste nell'anno 2009

1. Promuovere coordinamento istituti superiori.
2. Potenziare rete di consulenza per le scuole di ogni ordine e grado coordinando le iniziative di UONPIA, Equipe di consulenza pedagogica e NZD.
3. Aggiornare Linee Guida per l'assistenza educativa e aumentare il livello di coordinamento in merito al loro utilizzo.
4. Promuovere percorsi formativi per assistenti educatori
5. Avviare conoscenza e collaborazione con GLH
6. Approfondire raccolta dati e ipotesi di intervento relativamente a disabilità grave, disagi stranieri, autismo.

Enti coinvolti

NZD.
NZD, UONPIA, Equipe di consulenza Spirano.
NZD, UONPIA, Enti gestori.
NZD, Enti gestori, GLH, Equipe di consulenza Spirano.
NZD, GLH
NZD, UONPIA, GLH

Tempi

Settembre
Aprile -
Novembre
Giugno
Aprile
Aprile
Dicembre

Finalità generale 3: Promuovere l'integrazione territoriale e consolidare il supporto domiciliare

<i>Azioni previste nell'anno 2009</i>	<i>Enti coinvolti</i>	<i>Tempi</i>
1. Offrire consulenza ai Comuni	NZD	Gennaio
2. Continuare ad offrire il SAD	Enti accreditati per SAD.	Gennaio
3. Collaborare con CDD	Enti accreditati per CDD	Aprile
4. Promuovere almeno n. 1 CSE/SFA	NZD, Terzo settore.	Febbraio – Dicembre
5. Promuovere Interventi Educativi Domiciliari per Minori	NZD, Terzo settore.	Febbraio – Dicembre
6. Promuovere azioni a favore di persone con autismo	NZD, Provincia di Bergamo.	Giugno
7. Regolamentare buoni sociali e contributi L. 162/98	NZD	Marzo

Finalità generali 4: coinvolgere e supportare le famiglie di persone con disabilità

<i>Azioni previste nell'anno 2009</i>	<i>Enti coinvolti</i>	<i>Tempi</i>
1. Favorire forme di rappresentanza dei familiari nelle diverse unità d'offerta. Stabilizzare e organizzare i rapporti con l'associazionismo.	NZD. Enti gestori delle unità di offerta. Associazionismo.	Maggio
2. Raccogliere valutazioni dei familiari relativamente ai buoni sociali e ai contributi L. 162.	NZD. Servizi Sociali comunali. Terzo settore.	Giugno
3. Fornire supporto economico mediante l'erogazione di buoni sociali e contributi L. 162/98.	NZD. Servizi Sociali comunali.	Marzo
4. Rendere possibili iniziative di sollievo	NZD. Provincia di Bergamo. Terzo settore.	Giugno
5. Offrire l'opportunità di ricevere interventi di consulenza.	NZD	Marzo
6. Favorire la costituzione di gruppi di auto aiuto.	NZD. Servizi sociali comunali. Terzo settore.	Settembre
7. Informare le famiglie relativamente alla filiera delle unità d'offerta.	NZD. Servizi Sociali comunali.	Giugno

Finalità generale 5: facilitare l'integrazione lavorativa delle persone con disabilità.

<i>Azioni previste nell'anno 2009</i>	<i>Enti coinvolti</i>	<i>Tempi</i>
1. Stabilizzare equipe NIL con l'acquisizione delle figure necessarie e la definizione dei relativi monte ore. Stipula di protocollo con ASL	Azienda Consortile, ASL.	Aprile
2. Avviare e concludere procedura per accreditamento NIL.	Azienda Consortile. NIL. Consulenti esterni per qualità ISO 9001.	Giugno
3. Rinforzare il ruolo del NIL rispetto al Piano Integrativo Disabili predisposto dalla Provincia di Bergamo.	Equipe NIL, ATS territoriale.	Dicembre
4. Produrre nuovo progetto di lavoro che differenzi le azioni proprie del NIL da quelle confluite nella rete ATS.	Equipe NIL.	Settembre

Finalità generale 6: realizzare il Piano di Ambito per la Salute Mentale.

<i>Azioni previste nell'anno 2009</i>	<i>Enti coinvolti</i>	<i>Tempi</i>
1. Proporre protocollo di intesa che definisca ruoli e modalità di gestione dei Progetti Socio Occupazionali e degli appartamenti per la Residenzialità Leggera.	NZD. Dipartimento Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera. Terzo Settore.	Aprile

I livelli di priorità vengono stabiliti sulla base dei seguenti criteri:

- presenza/assenza nel territorio (rispetto ad una filiera di unità d'offerta ritenuta idonea a rispondere ai bisogni della popolazione con disabilità);

- valutazione operatori Tavolo di Lavoro;
- consolidamento delle unità d'offerta/intervento esistenti;
- dati popolazione di ambito;
- valutazione esiti anni precedenti.

10.2 Area Minori e Famiglia

10.2.1 Sintesi priorità 2009

Finalità generale 1: attivare un'azione di coordinamento fra territorio scuola e servizi

<i>Azioni previste nell'anno 2009</i>	<i>Enti coinvolti</i>	<i>Tempi</i>
1. Promuovere coordinamento tra servizi 0/6	servizi prima infanzia, I.C. e Azienda	Aprile/giugno
2. attivazione di un tavolo di lavoro per sostenere l'attività di consulenza psicologica all'interno delle scuole	Azienda, scuole, consultorio ASL, UONPIA, Consultorio accreditato, servizi prima infanzia.	Aprile - Novembre
3. attivazione di un tavolo di lavoro per il coordinamento degli interventi preventivi nelle scuole e nei territori (percorsi sull'affettività, legalità, dipendenze)	Azienda, scuole, consultorio ASL, UONPIA, Consultorio accreditato, servizi prima infanzia.	Aprile/Giugno
4. monitoraggio del protocollo d'intesa tra servizi del territorio e scuola	Azienda, scuole, ASL, UONPIA, Consultorio accreditato, servizi prima infanzia.	aprile/dicembre

Finalità generale 2: sostegno alla genitorialità e famiglie in situazione di disagio

<i>Azioni previste nell'anno 2009</i>	<i>Enti coinvolti</i>	<i>Tempi</i>
1. continuare il percorso di accreditamento dei servizi per la prima infanzia	azienda, enti gestori	aprile
2. attivazione di buoni sociali a sostegno della genitorialità (buono/voucher nidi, micronidi nif)	Comuni dell'ambito, Enti accreditati	settembre
3. istituzione di uno sportello unico per la consulenza 0/6	azienda, servizi prima infanzia	giugno
4. ampliamento del servizio consultoriale di ambito di ambito per adolescenti	azienda	aprileDicembre
5. promozione servizio affidi di ambito, per la sperimentazione dell'affido "leggero"	azienda, Terzo settore, ASL	aprile - Dicembre
6. Promuovere la sperimentazione di nuove unità di offerta (comunità diurne minori)	Azienda, terzo settore, ASL	settembre
7. Regolamentare buoni sociali a sostegno della famiglia per minori sottoposti ad interventi di psicoterapia	azienda	aprile/ dicembre

Finalità generali 3: sviluppo delle politiche giovanili sul territorio dell'ambito

<i>Azioni previste nell'anno 2009</i>	<i>Enti coinvolti</i>	<i>Tempi</i>
1. attivazione di un tavolo di progettazione e coordinamento delle politiche giovanili	Servizi sociali comunali, Oratori, ref. Associazionismo sportivo	Maggio/dicembre
2. costruzione di un sistema informativo(sportelli) e di orientamento di ambito	scuole, Coop. Spazio Giovani, Biblioteche comunali	Giugno/dicembre
3. attivazione di un tavolo di lavoro sull'integrazione degli adolescenti e giovani stranieri	Sevizi Sociali comunali, associazionismo locale, scuola	Giugno/dicembre

10.3 Area Anziani**10.3.1 Sintesi priorità 2009**

Finalità generale 1: attivare un'azione di integrazione e coordinamento fra territorio , Strutture socio-sanitarie e Servizi		
<i>Azioni previste nell'anno 2009</i>	<i>Enti coinvolti</i>	<i>Tempi</i>
1. attivazione di un tavolo di lavoro quale luogo di lettura integrata dei nuovi e urgenti bisogni della popolazione anziana	Azienda, R.S.A., C.D.I.,A.S.L.	Giugno/Settembre
2. Costruzione di una rete procedurale, capace di supportare in modo puntuale e preciso, i diversi punti d'accesso socio-sanitari del territorio	Azienda, Servizi Sociali e Socio-sanitari (A.D.I.)	Giugno

Finalità generale 2: Qualificazione del Servizio Sociale Ospedaliero		
<i>Azioni previste nell'anno 2009</i>	<i>Enti coinvolti</i>	<i>Tempi</i>
1. Proroga del protocollo già esistente del Servizio Sociale all'interno dell'Azienda Ospedaliera	Azienda. A.S.L., A.O.Treviglio	gennaio
2. Ridefinizione e Qualificazione del Servizio Sociale Ospedaliero, con l'apertura alle diverse problematiche dei pazienti ricoverati	Azienda. A.S.L., A.O.Treviglio	giugno

Finalità generali 3: prevenzione e promozione della salute e stili di vita		
<i>Azioni previste nell'anno 2009</i>	<i>Enti coinvolti</i>	<i>Tempi</i>
1. Azioni volte a promuovere il benessere sociale e combattere la solitudine, promuovendo la salute e l'adozione di corretti stili di vita.	Azienda,Servizi sociali comunali, Associazioni	Giugno/dicembre

10.4 Area Immigrazione e Marginalità

10.4.1 Sintesi priorità 2009

Finalità generale 1: Sostenere lo sviluppo di una società multiculturale		
<i>Azioni previste nell'anno 2009</i>	<i>Enti coinvolti</i>	<i>Tempi</i>
1. consolidare la rete degli sportelli di ambito	Azienda, Cooperativa Sociale	Marzo
2. qualificare le prestazioni degli sportelli e regolamentare gli accessi sanitari del territorio	UdP - Cooperativa	Maggio - Settembre
3. Mediazione culturale a sostegno dei servizi	Cooperativa	Marzo dicembre
4. Potenziare processi di apprendimento lingua Italiana	Gruppi- comuni - terzo settore	Marzo - Dicembre
5. Rinnovare protocollo con scuole primarie e sottoscrivere protocollo superiori	UDP Scuole	Marzo Giugno
6. Moduli Formativi per sviluppare apprendimenti pratici nelle competenze sociali e amministrative	Cooperativa	Marzo (12mesi)

Finalità generale 2: Sperimentare una pratica amministrativa a valore sociale		
<i>Azioni previste nell'anno 2009</i>	<i>Enti coinvolti</i>	<i>Tempi</i>
1. Sperimentare il progetto sportello anagrafi in 2 comuni dell'ambito	2 comuni, agenzia per l'integrazione, cooperativa sociale	Marzo - dicembre

Finalità generali 3: Marginalità: sostenere le situazioni di crisi ed emergenze		
<i>Azioni previste nell'anno 2009</i>	<i>Enti coinvolti</i>	<i>Tempi</i>
1. 1. Rinnovo convenzioni associazione Lule.	Azienda, e Associazione	Marzo
2. Sottoscrivere/rinnovare convenzioni con strutture per la prima accoglienza	Azienda, NAP, Associazioni	Marzo - Giugno
3. Potenziare Titoli sociali e contributi per svantaggio sociale	Azienda	Giugno

Finalità generali 4: sviluppare Integrazione con servizi specialistici		
<i>Azioni previste nell'anno 2009</i>	<i>Enti coinvolti</i>	<i>Tempi</i>
1. Costruzione progetto legalità con UEPE	Azienda, UEPE	Giugno
2. realizzare protocollo "abitare insieme"	Azienda, Comune di Bg, Carcere....	Giugno
3. costruzione di un terreno comune di lavoro per inserimenti lavorativi, prevenzione e doppia diagnosi	Azienda, Sert, Tavolo salute Mentale, commissione prevenzione	Giugno

Finalità generali 5: Azioni di raccordo con le altre Aree		
<i>Azioni previste nell'anno 2009</i>	<i>Enti coinvolti</i>	<i>Tempi</i>
1. costruzione di un progetto per Inserimenti Occupazionali e lavorativi dei soggetti svantaggiati (toiss. Alcol. Nomadi, Penale, doppia diagnosi...)	Azienda, Nil, cooperazione, amm. Comunali	Giugno - Dicembre
2. Minori: individuare spazi di collaborazione per azioni di prevenzione del disagio	Azienda, Comune di Bg, Carcere....	Giugno - Dicembre
3. costruzione di un progetto per la prevenzione	Azienda, Commissione prevenzione, associazioni	Giugno - Dicembre
4. lettura fenomeno bullismo locale	Azienda Scuole Provincia	Giugno . Dicembre
5. Promuovere cultura della legalità: studio e predisposizione del progetto	Ambito e scuole UEPE	Giugno

11 Allegati

11.1 L'Ambito di Treviglio per la Salute Mentale (07.07.2008)

11.1.1 Premessa

Come già da più parti riconosciuto, il fenomeno 'salute mentale' nei suoi aspetti preventivi, trattamentali e di integrazione richiede la collaborazione di servizi sanitari e sociali. In quest'ottica è importante che:

- i servizi sanitari riconoscano l'intervento sociale come parte integrante del percorso riabilitativo e facciano di tutto per non considerarlo una mera 'stampella' economica;
- i servizi sociali comunali si sentano coinvolti non solo perché chiamati in causa dai servizi sanitari ma manifestando un interesse e un impegno attivo.

Secondo il PSSR 2002 – 2004 un obiettivo da raggiungere è lo sviluppo di una psichiatria di comunità che operi in un contesto ricco di risorse e di offerte, in un territorio concepito come un insieme funzionale ampio, non rigidamente delimitato, con la possibilità di integrare diversi servizi, sanitari e sociali, pubblici, privati e non-profit, e di collaborare con la rete informale presente, in una reale apertura alla società civile.

Anche il Piano Regionale Salute Mentale 2003-2005 riconosce un'importanza fondamentale "al concetto di integrazione tra *interventi propriamente sanitari* (diagnosi, cura, riabilitazione), *interventi sanitari a rilevanza sociale* (prevenzione primaria e azione culturale di lotta allo stigma, prevenzione secondaria e terziaria) e *interventi sociali a rilevanza sanitaria* (risocializzazione, supporti economici, culturali, abitativi, inserimenti lavorativi, ecc.)". Lo stesso Piano sottolinea come, nel rispetto dei reciproci ruoli e funzioni, in una logica di sussidiarietà, ad ognuno dei diversi soggetti di un territorio, viene chiesto di partecipare ad una "comunità per la tutela della salute mentale", assumendosi la propria parte di compiti e di responsabilità.

Risulta quindi chiaro come l'integrazione sociale delle persone con disturbi mentali possa essere considerata un esito dei programmi trattamentali ma anche un pre-requisito per l'efficacia degli stessi.

Il modello bio-psico-sociale della salute riconosce il ruolo di fattori sociali nella genesi e nel mantenimento/superamento dei disturbi mentali. Tra questi fattori ricordiamo l'ampiezza e la qualità della rete di sostegno sociale, la possibilità di esercitare un ruolo lavorativo soddisfacente, la partecipazione alla vita comunitaria, il livello di stress e le strategie comunicative all'interno di un nucleo familiare. L'elenco di questi fattori potrebbe essere più lungo. Tali fattori possono di volta in volta esercitare il ruolo di fattori di rischio o di protezione, di eventi scatenanti, di fattori coinvolti nel percorso riabilitativo o di indicatori di successo.

In ultima analisi si ribadisce quindi che la tutela della salute mentale, negli aspetti di prevenzione, cura e riabilitazione, non può certo considerarsi problematica univocamente sanitaria e che occorre superare il sistema di delega delle competenze per favorire la partecipazione dei diversi soggetti pubblici e privati nella gestione dei servizi e degli interventi rivolti alle persone con disturbi mentali.

Di fatto un approccio integrato al disagio psichico non può che essere multidimensionale: un approccio centrato sull'individuo e sui suoi bisogni, che consenta prospettive fruibili di inclusione sociale, che superi le forme più o meno esplicite di stigma per favorire un adattamento psicosociale sostenibile.

Solo un'efficace messa in rete e collaborazione di vari servizi, a valenza sanitaria e sociale, può consentire in tal senso prospettive reali.

Il presente documento ha la doppia finalità di permettere:

- o agli operatori e alle persone direttamente impegnate sul campo di agire all'interno di una rete coordinata di progetti;
- o agli amministratori locali di avere un'idea complessiva del fenomeno 'salute mentale' e degli interventi utili a garantire il supporto e l'integrazione sociale per persone con malattia mentale e i loro familiari.

Il raggiungimento di queste finalità sarà possibile solo se i dati e le considerazioni riportate saranno costantemente monitorate e aggiornate.

11.1.2 Dati

Le tabelle seguenti mostrano nel dettaglio il numero di persone che si sono rivolte all'Ambulatorio Psico Sociale di Caravaggio, suddivisi per Comune di residenza e per classi d'età. Per avere un'idea longitudinale del fenomeno, i dati sono presentati facendo riferimento a tre distinti anni: il 2001, il 2004 e il 2007.

TABELLE INCIDENZA n° pz al primo accesso presso UOP 17 (età/Comune)

anno 2001	< 24	24 / 34	35 / 44	45 / 54	55 / 64	> 64	tot.
ARCENE	1	0	1	2	0	0	4
ARZAGO D'ADDA	1	0	3	0	1	1	6
BRIGNANO GERA D'ADDA	2	1	1	0	1	2	7
CALVENZANO	1	1	1	1	0	1	5
CANONICA D'ADDA	0	3	0	1	0	1	5
CARAVAGGIO	1	10	3	6	2	9	31
CASIRATE D'ADDA	1	0	4	0	0	1	6
CASTEL ROZZONE	1	1	0	0	0	0	2
FARA GERA D'ADDA	3	2	0	2	0	3	10
FORNOVO SAN GIOVANNI	1	1	0	0	0	0	2
LURANO	0	0	2	0	1	0	3
MISANO DI GERA D'ADDA	0	0	1	0	2	0	3
MOZZANICA	2	0	0	1	1	1	5
PAGAZZANO	1	0	0	0	1	0	2
POGNANO	0	1	1	1	0	0	3
PONTIROLO NUOVO	1	2	0	0	1	0	4
SPIRANO	1	1	0	0	0	4	6
TREVIGLIO	8	10	7	4	6	8	43
tot.	25	33	24	18	16	31	147

anno 2004	< 24	24 / 34	35 / 44	45 / 54	55 / 64	> 64	tot.
ARCENE	3	2	5	1	4	2	17
ARZAGO D'ADDA	1	1	4	2	1	0	9
BRIGNANO GERA D'ADDA	1	4	2	3	2	1	13
CALVENZANO	1	2	2	2	0	3	10
CANONICA D'ADDA	0	3	3	1	1	2	10
CARAVAGGIO	6	8	8	4	8	13	47
CASIRATE D'ADDA	1	1	1	0	2	1	6
CASTEL ROZZONE	0	2	1	0	1	1	5
FARA GERA D'ADDA	2	5	2	4	3	1	17
FORNOVO SAN GIOVANNI	2	0	3	0	3	0	8
LURANO	0	0	1	1	1	1	4
MISANO DI GERA D'ADDA	1	1	2	2	1	1	8
MOZZANICA	0	3	4	0	2	1	10
PAGAZZANO	0	0	0	0	0	2	2
POGNANO	1	1	2	1	1	0	6
PONTIROLO NUOVO	0	3	4	3	2	1	13
SPIRANO	3	2	1	1	2	0	9
TREVIGLIO	7	20	20	19	5	15	86
tot.	29	58	65	44	39	45	280

anno 2007	< 24	24 / 34	35 / 44	45 / 54	55 / 64	> 64	tot.
ARCENE	3	0	4	1	2	2	12
ARZAGO D'ADDA	0	2	0	0	1	0	3
BRIGNANO GERA D'ADDA	1	1	2	3	1	1	9
CALVENZANO	0	2	5	2	2	3	14
CANONICA D'ADDA	0	2	0	0	0	3	5
CARAVAGGIO	3	4	13	6	1	7	34
CASIRATE D'ADDA	0	1	2	0	0	0	3
CASTEL ROZZONE	0	1	1	0	0	0	2
FARA GERA D'ADDA	3	5	5	5	5	2	25
FORNOVO SAN GIOVANNI	0	2	1	2	0	0	5
LURANO	0	0	1	1	0	0	2
MISANO DI GERA D'ADDA	1	1	2	4	0	2	10
MOZZANICA	1	2	1	1	1	1	7
PAGAZZANO	2	1	2	1	0	0	6
POGNANO	1	0	1	0	1	0	3
PONTIROLO NUOVO	2	3	6	2	3	2	18
SPIRANO	3	2	2	1	0	2	10
TREVIGLIO	12	15	12	6	4	9	58
tot.	32	44	60	35	21	34	226

TABELLE PREVALENZA n° pz in carico all'UOP 17 (età/Comune)

anno 2001	< 24	24 / 34	35 / 44	45 / 54	55 / 64	> 64	tot.
ARCENE	3	4	8	8	5	3	31
ARZAGO D'ADDA	2	1	5	3	3	3	17
BRIGNANO GERA D'ADDA	4	10	8	5	1	7	35
CALVENZANO	2	9	5	9	7	5	37
CANONICA D'ADDA	0	5	5	7	1	5	23
CARAVAGGIO	4	31	20	34	21	26	136
CASIRATE D'ADDA	1	5	16	3	3	6	34
CASTEL ROZZONE	2	7	5	5	1	5	25
FARA GERA D'ADDA	4	10	10	14	3	7	48
FORNOVO SAN GIOVANNI	4	4	4	3	2	2	19
LURANO	0	0	5	2	3	3	13
MISANO DI GERA D'ADDA	0	0	5	2	3	3	13
MOZZANICA	2	6	5	4	2	3	22
PAGAZZANO	3	3	3	3	5	2	19
POGNANO	0	4	1	4	0	2	11
PONTIROLO NUOVO	2	8	7	7	2	4	30
SPIRANO	2	5	7	2	3	8	27
TREVIGLIO	18	56	62	41	55	55	287
tot.	53	168	181	156	120	149	827

anno 2004	< 24	24 / 34	35 / 44	45 / 54	55 / 64	> 64	tot.
ARCENE	5	8	15	9	11	8	56
ARZAGO D'ADDA	2	3	10	4	4	4	27
BRIGNANO GERA D'ADDA	5	13	12	11	4	7	52
CALVENZANO	1	5	11	7	8	7	39
CANONICA D'ADDA	3	7	8	6	7	4	35
CARAVAGGIO	11	29	41	36	27	33	177
CASIRATE D'ADDA	2	8	11	11	2	7	41
CASTEL ROZZONE	0	10	7	6	2	6	31
FARA GERA D'ADDA	2	12	11	18	8	8	59
FORNOVO SAN GIOVANNI	8	1	7	4	3	6	29
LURANO	2	2	5	3	4	5	21
MISANO DI GERA D'ADDA	1	5	11	6	3	5	31
MOZZANICA	1	10	11	3	4	1	30
PAGAZZANO	2	4	1	2	3	4	16
POGNANO	1	3	4	5	5	1	19
PONTIROLO NUOVO	0	10	11	10	7	5	43
SPIRANO	4	9	8	11	10	3	45
TREVIGLIO	17	68	96	68	47	75	371
tot.	67	207	280	220	159	189	1122

anno 2007	< 24	24 / 34	35 / 44	45 / 54	55 / 64	> 64	tot.
ARCENE	4	13	15	8	9	7	56
ARZAGO D'ADDA	0	5	9	4	4	5	27
BRIGNANO GERA D'ADDA	2	12	15	15	5	9	58
CALVENZANO	3	6	9	9	14	10	51
CANONICA D'ADDA	1	8	6	11	6	9	41
CARAVAGGIO	8	31	50	29	35	47	200
CASIRATE D'ADDA	1	2	12	10	4	3	32
CASTEL ROZZONE	0	8	8	7	2	6	31
FARA GERA D'ADDA	8	10	19	20	15	11	83
FORNOVO SAN GIOVANNI	2	5	5	5	4	5	26
LURANO	2	2	7	7	2	7	27
MISANO DI GERA D'ADDA	2	4	10	7	4	9	36
MOZZANICA	1	4	13	2	6	5	31
PAGAZZANO	3	3	6	6	2	2	22
POGNANO	1	3	5	1	4	0	14
PONTIROLO NUOVO	4	10	15	9	9	8	55
SPIRANO	3	9	13	6	6	5	42
TREVIGLIO	23	61	77	74	49	91	375
tot.	68	196	294	230	180	239	1207

La tabella seguente rapporta i dati esposti in precedenza alla popolazione residente nell'ambito al fine di individuare i tassi di incidenza (n. di nuovi casi, nell'unità di tempo, su una determinata popolazione) e di prevalenza (numero di casi totali, nell'unità di tempo, su una determinata popolazione).

Anno	Popolazione ambito	N. nuovi casi	Tasso di incidenza	N. tot. casi	Tasso di prevalenza
------	--------------------	---------------	--------------------	--------------	---------------------

2001	94.105 ⁵	147		827	0,88%
2004	100.354 ⁶	280	0,30%	1122	1,12%
2007	103.760 ⁷	226	0,23%	1207	1,16%

E' possibile evidenziare come, rispetto all'anno 2001, l'anno 2004 faccia registrare un incremento del tasso di prevalenza. Un confronto tra l'anno 2004 e l'anno 2007 mette invece in evidenza un leggero aumento della prevalenza a fronte di una leggera diminuzione dell'incidenza (è leggermente diminuito il numero di nuovi casi ma è aumentata un poco la durata della presa in carico).

E' importante sottolineare come i dati riportati si riferiscano esclusivamente all'utenza che accede al principale servizio psichiatrico territoriale, non prendendo quindi in considerazione il cosiddetto 'numero oscuro', vale a dire le persone con disturbi mentali che non conosciute dai servizi.

I dati di cui sopra possono essere letti anche all'interno di una cornice di riferimento fornita dall'ASL di Bergamo⁸: "I dati a disposizione della ASL di Bergamo mostrano, se si considera il periodo 2001-agosto 2006, una domanda, registrata nei servizi sanitari per la salute mentale del territorio, in crescita: l'incremento complessivo dal 2001 è stato pari al 37%. L'aumento della domanda ha prodotto anche un aumento del costo medio paziente pari al 41,6% nel periodo considerato. Il consumo di prestazioni non subisce un incremento di pari livello e ciò può far presumere che, a parità di numero di prestazioni, aumenta il consumo di quelle più costose che potrebbero essere in qualche modo legate alla gravità della patologia presentata.

Se si scompone la domanda in nuovi e vecchi casi possiamo osservare che l'aumento registrato nella domanda si caratterizza essenzialmente non tanto per l'aumento dei nuovi utenti (incidenza), ma per l'aumentata ritenzione in trattamento di quelli già conosciuti".

11.1.3 Persone in carico presso strutture residenziali

Per permettere una stima del bisogno di residenzialità nell'area della salute mentale, si riportano i dati relativi alle persone in carico presso le strutture residenziali situate dentro e fuori il nostro Ambito territoriale.

Utenti inseriti in strutture residenziali dell'Unità Operativa Psichiatrica	17	11
Utenti inseriti in strutture residenziali esterne al nostro Ambito		16
Utenti con 'doppia diagnosi' inseriti in strutture residenziali		12
	TOTALE	39

⁵ Popolazione censita ISTAT 2001

⁶ Popolazione reale al 31/12/2004

⁷ Popolazione reale al 31/12/2006

⁸ Gruppo di Lavoro sulla Salute Mentale. Commissione paritetica ASL – Conferenza dei sindaci

11.1.4 Descrizione dei servizi e degli interventi esistenti

Molti degli interventi descritti di seguito, soprattutto quelli promossi dall'Ufficio di Piano, dai Comuni e dal Terzo Settore, prevedono il contributo di più attori sociali (come è precisato nel testo) e solo per comodità espositiva sono suddivisi per enti promotori.

11.1.5 Servizi erogati dall'Azienda Ospedaliera

L'assetto organizzativo dei servizi per l'età adulta per il Distretto di Treviglio - Caravaggio prevede le seguenti tipologie strutturali, coordinate all'interno di un modello dipartimentale:

Ambulatorio psicosociale

L'Ambulatorio è un servizio territoriale che si propone di organizzare ed erogare attività terapeutiche riabilitative e di prevenzione nell'ambito della salute mentale (colloqui e visite psichiatriche, test psicologici, psicoterapia individuale e di gruppo, somministrazione di farmaci, visite domiciliari e colloqui con i familiari) e si configura come la sede di elaborazione del progetto terapeutico.

Sede.

Caravaggio: Largo Cavenaghi. Tel. 0363/351756. Fax 0363/351356
e-mail cps_caravaggio@ospedale.treviglio.bg.it

Responsabile Dott. Adriano Aletti

Orari di apertura.

Da lunedì a venerdì dalle 8.30 alle 17.00

Modalità di accesso.

A Caravaggio possono accedere i residenti nei 18 comuni dell'ambito più i residenti a Verdello.

La richiesta di visita psichiatrica viene fatta direttamente dall'utente, preferibilmente mediante impegnativa del medico di base.

La prima visita è svolta di norma dal medico psichiatra, su esplicita e motivata richiesta del Medico di Medicina Generale può essere effettuata dallo psicologo. Le visite sono prenotabili di persona o tramite telefono presso la segreteria dell'ambulatorio (0363-351756).

Prestazioni offerte.

L'ambulatorio di Caravaggio è il presidio socio-sanitario della Unità Operativa Psichiatrica dislocato nel territorio in cui si realizza la "presa in carico" delle persone che soffrono di un disturbo psichiatrico, e dove:

- si definiscono i progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati;
- si offrono risposte ambulatoriali specialistiche (visite, colloqui, consulenze, psicoterapie, interventi di sostegno individuali e di gruppo, sostegno ai familiari);
- si attuano gli interventi domiciliari;
- si programmano gli interventi a sostegno della rete sociale del paziente;
- si formulano progetti di orientamento e preparazione al lavoro.

Attività.

Per quanto riguarda le attività ambulatoriali, la visita psichiatrica consiste in uno o più colloqui durante i quali si valuta il disagio psichiatrico, si offre un supporto psico-terapico e si prescrive, quando occorre, una terapia farmacologica.

Le prestazioni ambulatoriali sono soggette a pagamento di ticket il cui importo è definito dalla normativa.

Nell'ambito dei singoli progetti personalizzati di trattamento gli operatori possono recarsi al domicilio del paziente per una verifica della sua condizione clinica, per la somministrazione di farmaci long-acting e per un supporto ai familiari, nei casi in cui il paziente non è in grado di recarsi in ambulatorio o qualora si verificano situazioni di crisi.

L'attività domiciliare è decisa e programmata sulla base del progetto terapeutico individualizzato.

L'attività territoriale viene svolta prevalentemente dal personale sociale educativo e dagli infermieri. Consiste nell'organizzazione e gestione dei progetti riabilitativi risocializzanti svolti fuori dalle strutture ambulatoriali e semiresidenziali, nonché degli interventi di supporto alle attività quotidiane. Comprende inoltre tutti gli interventi che presuppongono rapporti ed integrazione con altre strutture ed Enti, attività di prevenzione, sensibilizzazione e segretariato sociale.

L'attività di sostegno ai familiari consiste in gruppi di familiari che si riuniscono periodicamente con la presenza di uno psicologo e un educatore al fine di soddisfare le necessità di informazione sulla malattia mentale, mettere in comune le esperienze attivando una modalità di aiuto reciproco.

Per quanto riguarda l'attività di formazione l'ambulatorio è sede di tirocinio per laureati in psicologia e iscritti alle scuole di specializzazione in psicoterapia (nell'ambito di specifica convenzione con l'Azienda Ospedaliera).

11.1.6 SPDC – Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

Sede.

Treviglio – P.za Ospedale, 1. Tel. 0363/424371. Fax 0363/424448

e-mail psichiatria@ospedale.treviglio.bg.it

Responsabile Dott. Danilo Colombo

Modalità di accesso.

Il paziente che necessita di un ricovero psichiatrico normalmente accede al reparto su base volontaria, preferibilmente su proposta dello psichiatra curante e dopo valutazione realizzata nel pronto soccorso ospedaliero.

Può essere richiesto il ricovero in Trattamento Sanitario Obbligatorio (T.S.O.). In tal caso il ricovero avviene su proposta di un medico, a cui fa seguito la convalida da parte di un medico di struttura pubblica e la successiva ordinanza del sindaco. Le condizioni perchè venga attuato un TSO sono:

- presenza di alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici;
- rifiuto da parte del paziente di accettare volontariamente le cure proposte;
- mancanza di condizioni che consentono di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere.

Prestazioni offerte.

Durante la degenza il paziente riceve:

- un'attenta osservazione medica e idonea terapia farmacologica;
- un'accurata assistenza infermieristica;
- una valutazione approfondita del suo disturbo, anche mediante accertamenti strumentali.

Attività.

Attività extra degenziali

Ambulatorio divisionale. Gli psichiatri operanti in SPDC svolgono attività ambulatoriale e su appuntamento. Le prestazioni ambulatoriali sono soggette a pagamento di ticket: l'importo è definito dalla normativa e deve essere pagato prima della visita.

11.1.7 CDA – Centro Disturbi Alimentari

Sede.

Treviglio – P.za Ospedale, 1. Tel. 0363/424371. Fax 0363/424448.

Coordinatore Dott. Giorgio Odone

Modalità di accesso.

L'invio al C.D.A viene fatto dal medico di medicina generale o dallo psichiatra dell'U.O.P mediante impegnativa per persone per le quali si ipotizza una diagnosi per disturbi del comportamento alimentare (anoressia, bulimia) .

L'utente può prendere appuntamento di persona presso il reparto SPDC dell'Azienda Ospedaliera di Treviglio oppure telefonicamente contattando il numero 0363/424397 (oppure 0363/424371).

Gli appuntamenti vengono fissati mediante accordi diretti con il coordinatore del CDA.

Prestazioni offerte.

Valutazione-screening-orientamento terapeutico dei disturbi del comportamento alimentare: viene effettuata una valutazione diagnostica a cui può seguire una terapia breve o un orientamento terapeutico.

Attività.

L' attività ambulatoriale consiste in:

- Analisi della situazione fisica da parte del medico nutrizionista, con eventuale programma di educazione nutrizionale in collaborazione con la dietista;
- Analisi della situazione psicologica, individuale e familiare, da parte del medico psichiatra e dello psicologo, anche attraverso test psicodiagnostici;
- Terapia farmacologica, psicoterapia breve ad indirizzo cognitivo comportamentale, in collaborazione con il C.T.F.

Le prestazioni ambulatoriali sono soggette a pagamento di ticket il cui importo è definito dalla normativa.

Per quanto riguarda l'attività di formazione, il C.D.A è sede di tirocinio per laureandi e laureati in psicologia iscritti alle scuole di specializzazione in psicoterapia (nell'ambito di specifica convenzione con l'Azienda Ospedaliera).

11.1.8 CTF – Centro di Terapia della Famiglia

Sede.

Treviglio – P.za Ospedale, 1. Tel. 0363/424371. Fax 0363/424448.

Coordinatore Dott. Antonello Bussi

Modalità di accesso.

L'invio al CTF viene fatto mediante impegnativa tramite il medico di medicina generale o lo psichiatra dell'unità operativa di psichiatria.

L'invio può avvenire in specifici casi per disposizioni della magistratura.

Gli appuntamenti vengono fissati mediante accordi con il coordinatore del C.T.F contattando il numero 0363/424547 (oppure 0363/424371).

Prestazioni offerte.

Vengono offerte prestazioni psicoterapiche che prendono in considerazione il sistema familiare e non solo l'individuo paziente.

Le prestazioni ambulatoriali sono soggette a pagamento di ticket il cui importo è definito dalla normativa.

Attività di formazione.

Il C.T.F è sede riconosciuta per i tirocini delle Scuole di Specialità in psicoterapia (nell'ambito di specifica convenzione con l'Azienda Ospedaliera).

11.1.9 Centro Diurno

Sede.

Via Ing. Grossi 10 Treviglio. Tel. 0363/419490 – 0363/46333. Fax 0363/3051192.

e-mail cd_treviglio@ospedale.treviglio.bg.it

Responsabile Dott. Gianfranco Lupi

Orari di apertura.

Da lunedì a venerdì dalle 8.30 alle 16.30. Sabato dalle 9.00 alle 13.00.

Modalità di accesso.

Si accede su proposta dello psichiatra curante del C.P.S ed a seguito di una valutazione dell'équipe del Centro.

Prestazioni offerte.

Il C.D., in regime di semiresidenzialità diurna, offre programmi terapeutico-riabilitativi individualizzati, volti a recuperare e a sviluppare le risorse e le potenzialità in ambito relazionale e

nell'autonomia personale. Lo scopo è di consentire al paziente di vivere nel proprio ambiente evitando l'istituzionalizzazione. Per creare la necessaria rete supportiva gli interventi si integrano con le risorse del territorio: Ente Locale, Associazioni di Volontariato, Enti di Formazione, Cooperative Sociali.

Attività.

Le attività terapeutiche comprendono: sostegno psicologico individuale e di gruppo, osservazioni a scopo diagnostico e autosomministrazione dei farmaci.

Le attività riabilitative consistono in attività pratiche rivolte alla cura del sé, attività pratiche rivolte alla gestione quotidiana di una casa, attività sportive, laboratorio di estetica, laboratori di disegno, creta, decorazione dècoupage, bigiotteria, cucito, lettura e scrittura.

Le attività di risocializzazione prevedono programmi di reinserimento nel contesto ambientale e attività di sostegno rivolto ai pazienti in residenzialità leggera.

Per quanto riguarda le attività di formazione il C.D. è sede di tirocinio per laureandi e laureati in psicologia iscritti alle scuole di specializzazione in psicoterapia (nell'ambito di specifica convenzione con l'Azienda Ospedaliera).

11.1.10 Job Club

Il progetto "Job Time" è stato avviato nel 2003. Il Job Time si muove nella necessità di indagare le motivazioni dei pazienti a voler lavorare sulla base delle evidenze cliniche. Si tratta di uno spazio a cui accedono utenti in carico all'UOP 17, teso ad accogliere, elaborare e definire le idee che vanno dai temi del tempo libero, del tempo per sé e per l'altro, fino a quelli del lavoro e del lavorare, uno spazio di dialogo in cui l'utente ha la possibilità di condividere le sue esperienze e iniziare a pensarsi in un futuro. L'obiettivo principale non è la collocazione lavorativa dell'utente ma la possibilità di dargli uno spazio e un tempo in cui dal "non fare niente" inizia a "pensare qualcosa" e non necessariamente a "fare qualcosa".

Gli obiettivi del Job Time sono quindi i seguenti:

- Offrire momenti di scambio comunicativo;
- Favorire la nascita di un gruppo e la sua appartenenza;
- Valutare la capacità del soggetto;
- Definire dei percorsi specifici.

I predittori che caratterizzano gli utenti del Job Club sono soprattutto: un buon adattamento, la stabilità clinica, la reale motivazione, la storia lavorativa precedente, la presenza di un progetto individualizzato, l'assenza di reddito lavorativo.

Sono previsti incontri in cui gli utenti vengono a conoscenza dei contratti, delle leggi, dei luoghi adibiti alle diverse forme di collocamento, anche attraverso visite guidate ad esperienze lavorative del territorio. L'utente ha la possibilità di organizzarsi rispetto alla capacità di stendere un proprio curriculum vitae, di sostenere un eventuale colloquio di lavoro e di utilizzare le varie agenzie educative e formative presenti sul territorio. Allo scopo di dare al progetto una prospettiva operativa si è realizzata una collaborazione con altre realtà del privato sociale, associazionistico e cooperativistico, che permette di utilizzare ambienti ricreativi-lavorativi legati ad esperienze già in atto.

Si attivano tirocini risocializzanti con la collaborazione delle cooperative e delle associazioni del territorio.

11.1.11 CRA - Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza (Romano di Lombardia)

Sede.

Romano di Lombardia – Via G. Pascoli, 27. Tel. 0363/990367. Fax 0363/990366.

e-mail crt_romano@ospedale.treviglio.bg.it

Responsabile Dott.ssa Maria Rosa Castelli

Orario di apertura.

La C.R.A offre un'assistenza di 24 ore per 365 giorni all'anno, ai pazienti residenti.

Modalità di accesso.

Ai servizi offerti dal presidio si accede su proposta dello psichiatra dell'unità operativa.

Prestazioni offerte.

Presidio organizzato secondo il modello della Comunità Terapeutica: garantisce una residenzialità assistita da personale medico e infermieristico sulle 24 ore.

E' finalizzato all'accoglimento di pazienti in regime di post-acuzie (durata di trattamento fino a 3 mesi), e di pazienti che necessitano di interventi riabilitativi di medio periodo (di età inferiore a 50 anni e per specifiche diagnosi nosografiche).

Vi si effettua attività di valutazione della disabilità psicosociale attraverso l'uso di strumenti strutturati e validati (HoNos, VADO, SF36).

Vengono svolte attività ricreative, risocializzanti e riabilitative, individuali e di gruppo.

Vengono inoltre erogati interventi psicosociali di provata efficacia (intervento psicoeducativo familiare) e attività strutturate, di gruppo, per promuovere la salute fisica dei pazienti psicotici.

11.1.12 Comunità Protetta ad Alta Assistenza (Martinengo)

Martinengo – P.za Maggiore, 11. Tel. 0363/904550. Fax 0363/904550.

e-mail cpa_martinengo@ospedale.treviglio.bg.it

La gestione della comunità è a carico di un Ente Gestore (Cooperativa)

La C.P.A è una struttura destinata a persone con disturbi psichici stabilizzati e perduranti che presentano riduzione del grado di autonomia e sono prive di adeguati supporti familiari.

In base alla normativa attuale i progetti residenziali individuali devono avere una durata non superiore a 36 mesi ed essere rivolti a soggetti affetti da specifici quadri psicopatologici.

L'accesso è proposto dall'équipe curante del CPS di riferimento.

La C.P.A funziona sul modello della piccola comunità di tipo familiare ed ha lo scopo di offrire assistenza socio-sanitaria agli ospiti, in modo da sostenere e sviluppare i livelli residui di autonomia. Equipe composta da: medici psichiatri, infermieri, educatori, operatori di supporto.

11.1.13 Alloggio protetto di Treviglio

Attualmente risulta ancora in gestione all'Azienda Ospedaliera un appartamento per n. 2 posti sito in via Grossi a Treviglio. Questa unità di offerta dovrà essere oggetto di valutazione congiunta tra Azienda Ospedaliera e Ufficio di Piano al fine di riqualificarla in unità abitativa di 'residenzialità leggera'.

11.2 Interventi promossi dall'Ufficio di Piano.

11.2.1 Integrazione lavorativa. I progetti realizzati dal NIL – Nucleo per l'Integrazione Lavorativa.

I progetti realizzati dal NIL sono finalizzati all'assunzione e al mantenimento del lavoro all'interno di luoghi di lavoro il meno protetti possibile.

Sono previsti interventi rivolti direttamente alla persona interessata (al fine di sviluppare specifiche abilità di adattamento al lavoro) e all'ambiente di lavoro (al fine di ridurre gli ostacoli all'integrazione e modificare conoscenze e aspettative non adeguate nei confronti delle persone con disturbi mentali).

I mediatori economici utilizzati sono il Tirocinio (esperienza lavorativa finalizzata a facilitare l'orientamento professionale della persona e la valutazione delle sue abilità lavorative) e la Borsa Lavoro (periodo di prova finalizzato ad ottimizzare il proprio inserimento in un posto di lavoro).

I dati seguenti si riferiscono esclusivamente agli utenti NIL con disturbi mentali, inviati dall'Ambulatorio Psichiatrico di Caravaggio o dai Comuni di residenza.

Anno	n. utenti presi in carico	Specificazioni
2006	11	
2007	18	Di cui 7 con disturbo mentale e 11 con disturbo mentale unito ad altre forme di disabilità.

Fasce di età				
18-22	23-29	30-39	40-49	> 49
3	3	4	3	5

Alla fine del 2007 l'esito delle segnalazioni era il seguente:

In attesa di presa in carico	In attesa di 1° progetto	In corso	Assunzione	Archiviazione
6	7	1	3	1

Da segnalare come i tempi di presa in carico del NIL (il tempo che intercorre tra la segnalazione e la conclusione del progetto individuale) siano soggetti ad una notevole variabilità essendo compresi tra i 2 mesi e i 3 anni.

11.2.2 PSO – Progetti Socio Occupazionali.

I PSO non si configurano come percorsi di inserimento lavorativo, ma costituiscono percorsi di integrazione sociale e di valutazione propedeutici all'eventuale accesso al lavoro.

A tal fine è attivo fin dal 2004 un Protocollo di Intesa tra Ambito Territoriale di Treviglio e l'Azienda Ospedaliera di Treviglio.

L'Ambulatorio Psico Sociale di Caravaggio individua e propone all'Ufficio di Piano casi che possono beneficiare di PSO. I progetti vengono monitorati congiuntamente dall'Ufficio di Piano e dall'Ambulatorio.

L'Ambito eroga un buono sociale mensile agli utenti, e copre le spese assicurative.

La durata dei progetti non dovrebbe essere superiore ai 2 anni.

Nello specifico le finalità dei PSO sono le seguenti:

- Valutare le potenzialità lavorative della persona e la possibile assunzione di un ruolo lavorativo, in previsione di un possibile passaggio al NIL.
- Mantenere e/o sviluppare le capacità operative/occupazionali della persona.
- Mantenere e/o sviluppare il grado di socializzazione e di gestione finalizzata del tempo libero.
- Favorire l'autonomia economica.
- Migliorare le condizioni psicologiche.

Di seguito vengono riportati alcuni dati di sintesi.

	Nuovi progetti	Totale progetti	Progetti conclusi	Tot. progetti aperti a fine anno
2004	11	11	0	11
2005	14	25	0	25
2006	13	38	7	31
2007	0	31	8	23

Tipologia posti			
Aziende private	Associazioni	Cooperative	Enti pubblici
6	9	18	9

11.2.3 Residenzialità leggera. Appartamento di Casirate (progetto 'Casa dolce casa').

Il progetto è descritto al paragrafo 3.4.1. Ci si limita ora a sottolinearne quelli che sembrano i suoi punti di forza:

- I progetti di inserimento si configurano come percorsi temporanei preliminari alla costruzione delle condizioni per una sistemazione definitiva all'interno dei comuni di provenienza degli utenti;
- I soggetti inseriti provengono da esperienze abitative richiedenti un maggior carico assistenziale e quindi l'inserimento nell'appartamento di Casirate costituisce un primo passo concreto verso una condizione di maggiore integrazione territoriale;
- I progetti realizzati, oltre a costituire momenti privilegiati di osservazione e di conoscenza delle persone inserite, sono anche l'occasione per potenziare le abilità di vita autonoma dei destinatari (autonomia domestica, autonomia economica, ecc.);
- I progetti sono costruiti intorno al tema fondamentale della residenzialità ma prevedono anche un allargamento di prospettiva al tema più generale dell'inclusione sociale, grazie anche al coinvolgimento delle risorse formali e informali presenti nel territorio.

11.2.4 Interventi attuati dai Comuni. Il progetto dell'Osservatorio Sociale di Treviglio.

Questo progetto nasce dal lavoro di rete fra varie realtà – Associazioni di familiari, volontari, Servizi Territoriali, cittadini sensibili al problema – che si occupano di psichiatria a Treviglio.

Insieme, abbiamo sentito la necessità di richiamare l'attenzione di tutta la Comunità sul problema dimenticato del disagio psichico e rispondere, con progetti creativi, alla cultura del rifiuto e della ghettizzazione.

La malattia mentale provoca, più d'ogni altra, la rottura delle reti di relazione con amici, familiari e colleghi; la persona che ne è colpita perde progressivamente la capacità di mantenere un ruolo sociale positivo, viene etichettata come deviante e stigmatizzata attraverso meccanismi d'espulsione emarginante.

Ci rivolgiamo, perciò, a tutti gli attori sociali perché vogliamo che chiunque soffre di disagio psichico possa ricostruire rapporti sociali significativi, in un'ottica antiistituzionale che, proponendo un contenimento a maglie larghe, permette al paziente di interfacciarsi con le situazioni di vita comuni nel suo ambiente.

Il nostro progetto si articola in tre proposte distinte, che riguardano l'assistenza domiciliare, la residenzialità protetta e l'inserimento nel mondo del lavoro.; queste tre fasi, interconnesse, costituiscono lo sviluppo di un percorso finalizzato al recupero dell'autonomia e al re-inserimento sociale.

11.2.5 Prima Parte – La domiciliarità come opportunità educativa

Premessa.

L'assistenza domiciliare costituisce, nell'ambito degli interventi rivolti alla cura e riabilitazione delle persone con problemi psichici, un campo ancora molto scoperto. L'intervento domiciliare si cala nella quotidianità della vita delle persone e del loro ambiente familiare in un luogo, la casa, che talora diventa la prigione entro cui la persona si rinchioda, anche volontariamente, nel momento in cui l'esterno è visto come realtà sospettosa, nemica, incomprensibile.

Finalità.

Il progetto privilegia forme d'intervento mirate al benessere psicofisico e sociale della persona in un'ottica di prevenzione e di inclusione sociale, attraverso iniziative rivolte a soggetti che normalmente non arrivano ad accedere al sistema dei servizi tradizionali.

La finalità del progetto consiste nel realizzare un intervento che accompagni il malato psichico in un percorso evolutivo di cambiamento atto a raggiungere una migliore qualità di vita, nonostante gli ostacoli posti dalla malattia.

Tale progettualità si propone di evitare la cronicizzazione delle situazioni di disagio o la loro evoluzione verso situazioni di maggiore gravità, in un'ottica di deistituzionalizzazione e di prevenzione secondaria.

L'ambito d'intervento è quello costituito dalla cura della vita del paziente nel proprio ambiente, partendo, in questo caso, dalla disponibilità di un'abitazione propria o, più frequentemente e finché possibile, dei propri familiari.

L'attivazione del servizio di assistenza domiciliare psichiatrica partirà quindi dalla casa ma non si fermerà ad essa, ampliando la sfera dell'intervento al contesto vitale (fatto di relazioni, non solo di pratiche quotidiane), perciò alla socializzazione, all'inserimento in gruppi locali, alla determinazione di nuove opportunità di vita.

Destinatari.

Gli interventi educativi di riabilitazione si rivolgono a persone affette da disagio psichico di entrambi i sessi e d'età adulta. I fruitori del servizio di assistenza domiciliare verranno individuati dai Servizi Territoriali.

Risorse.

Educatore Professionale e/o Operatore Socio Assistenziale, che verranno inseriti nell'equipe territoriale che ha il compito di monitorare il progetto.

Metodologia.

Il progetto prevede, quali obiettivi e risultati attesi:

- Il consenso e la motivazione di base dell'utente;
- La relazione educativa e l'individuazione del piano di lavoro;
- Il ruolo attivo dell'educatore professionale con funzioni di stimolo, accompagnamento, contenimento;
- La realizzazione di progetti individualizzati, che dalla relazione privilegiata e continua con il paziente nel contesto domiciliare e quotidiano offrano e conducano verso luoghi territoriali socializzanti e d'accoglienza;
- La gradualità e continuità dell'intervento;
- Il costante monitoraggio da parte dell'equipe del servizio territoriale che ha in carico il paziente e la partecipazione dell'educatore professionale alle riunioni di verifica con l'equipe;
- Il lavoro di rete, la promozione, la connessione e la collaborazione fra le realtà e le risorse esistenti e la ricerca di nuove risorse, al fine di fornire un'offerta complessa che risponda ai bisogni del paziente.

Sistema di valutazione e di verifica.

Per ogni singolo progetto saranno redatte dal personale educativo relazioni iniziali, intermedie e finali, con l'obiettivo di creare la storia del processo riabilitativo e delle sue modifiche.

Il progetto è stato avviato nel mese di novembre 2007.

*Seconda Parte – **La residenzialità sociale** come risposta all'istituzionalizzazione*

Premessa.

Negli ultimi tempi si discute con crescente interesse di residenzialità sociale e di appartamenti protetti: questo rappresenta una vera svolta nell'atteggiamento, anche della psichiatria, nei confronti delle persone con disagio psichico.

Bisogna evitare il rischio che si passi dalla fase storica del grande internamento, che importava tutti i pazienti in grandi contenitori, ad una fase di grande intrattenimento, di proliferazione di luoghi dove le persone vengono semplicemente in-trattenute all'interno di progetti che non hanno né senso né direzionalità.

Il nostro lavoro si pone obiettivi diversi: non la permanenza del malato in strutture che più o meno hanno contenuto ospedaliero e poi il ritorno in famiglia ma la vera autonomia.

La famiglia del malato psichico, spesso, è costituita da genitori anziani che non sono più in grado di sostenere un carico assistenziale troppo elevato; alla loro morte, poi, il soggetto resta completamente solo, in carico a Servizi Territoriali a volte insufficienti.

Inoltre, secondo le recenti norme attuative del Piano Regionale di Salute Mentale, la durata massima della permanenza nelle Strutture Residenziali è fissata ad un massimo di 18 mesi.

E poi?

Una delle risposte possibili consiste nella creazione di appartamenti protetti, che si calino in reti di interdipendenza con il contesto che li circonda, con la Comunità, con le Associazioni di familiari e di volontari.

“Abitare” diventa quindi un progetto di ri-socializzazione, di collegamento al lavoro, di nuova cittadinanza.

Finalità.

Il progetto terapeutico-riabilitativo si propone di accompagnare persone con disagio psichico in un percorso emancipativo che li conduca verso un nuovo domicilio, con l’obiettivo di recuperare una nuova quotidianità ed il conseguente reintegro nella società.

Il progetto prevede che Il Comune di Treviglio, come già avviene per due unità abitative situate in Viale XXIV Maggio, metta a disposizione appartamenti in comodato d’uso, e che, successivamente, gli inquilini possano rendersi protagonisti con una partecipazione attiva, dove possibile, anche sul piano economico.

La dimissione da una comunità residenziale, nella quale i pazienti vivevano da diversi anni, verso un’abitazione in piena autonomia è sicuramente un traguardo significativo, poiché permette di recuperare il diritto di cittadinanza e la dignità di una vita normale.

Un analogo progetto, condotto sul territorio di Bonate Sotto (“Le chiavi di casa”), ha prodotto risultati insperati, innescando una reazione a catena che ha provocato nei pazienti l’incremento della fiducia in sé stessi, aumentato la loro partecipazione, attivato più aspetti positivi rispetto a quelli negativi legati all’ansia e alla preoccupazione di fronte ai cambiamenti.

Destinatari.

Soggetti affetti da disagio psichico che, una volta dimessi dalle Strutture Residenziali, non hanno possibilità di fare rientro in famiglia e/o non hanno una abitazione.

Risorse.

Educatore Professionale e/o Operatore Socio Assistenziale inseriti nell’equipe del Servizio Territoriale; Volontari.

Metodologia.

Il progetto prevede, quali obiettivi e risultati attesi:

- L’individuazione, nella Struttura Residenziale, di un gruppo di pazienti con cui iniziare un percorso elaborativo del progetto che rinforzi la motivazione, osservi ed aumenti le autonomie del paziente, analizzi la rete sociale in cui il soggetto andrà ad inserirsi;
- La dimissione graduale del paziente dalla Comunità e la presa in carico da parte del Servizio Territoriale che ne assicura il monitoraggio tramite l’equipe; in questo modo possono essere colti i momenti di maggiore difficoltà dei Pazienti aumentando il supporto emotivo-psicologico;
- La stipula del contratto e la consegna dell’appartamento; anche in questo caso la figura dell’Educatore riveste un ruolo fondamentale, per l’accompagnamento nelle complesse pratiche burocratiche ma anche per la scelta degli arredi, etc;
- Il graduale raggiungimento delle autonomie rispetto alla gestione della casa (es. pagamento delle bollette) e della vita quotidiana (pulizia degli ambienti, ordine, acquisti quotidiani e preparazione dei pasti); responsabilizzazione rispetto alla cura del sé e della propria salute; educazione all’uso del denaro e alla capacità di risparmio;
- La tessitura di una rete di relazioni con il vicinato;
- Lavoro legato alla rete sociale: una volta raggiunto l’obiettivo d’autonomizzazione sopra descritto si ritiene necessario aumentare le possibilità di intrattenere relazioni sociali. Le risorse che si possono ricavare dal territorio sono utili come sostegno per la vita quotidiana nonché

elemento importante per sfuggire all'isolamento e alla chiusura sociale; in quest'ottica verranno presi contatti anche con il mondo del lavoro "protetto".

Sistema di valutazione e verifica.

Progetto sottoposto a verifiche periodiche condivise con l'equipe dei Servizi Territoriali.

Ad oggi il progetto ha riguardato la continuazione dell'esperienza abitativa in due appartamenti a Treviglio. Non sono ancora stati individuati i nuovi appartamenti.

11.2.6 Parte Terza – Il lavoro come terapia: progetto per un laboratorio di attività artigianali.

Premessa.

Un buon trattamento nel territorio non consiste nel semplice trasferimento di trattamenti ospedalieri (terapia farmacologica, psicoterapia, terapia di gruppo e terapia occupazionale assemblate fra loro) in un altro luogo, magari più vicino a casa.

Si tratta piuttosto di saper riconoscere ed accogliere i due elementi che sono presenti nella personalità del paziente con disagio psichico, le capacità residuali e la parte simbiotica, saper costruire il percorso riabilitativo.

Attraverso la dimensione comunitaria il paziente può stabilire una simbiosi focale con l'istituzione per ritrovare una base emotiva sicura; grazie a questa funzione di holding egli si rianima recuperando le sue capacità, che possono essere poi espresse anche in altri ambienti. A Treviglio esiste, dal 1990, il Centro Diurno, che si occupa di riabilitazione e risocializzazione di persone con disagio psichico che, a causa della loro malattia, tendono a ritirarsi ai margini delle relazioni sociali.

Il Centro Diurno è deputato a favorire una serie di proposte che, per le loro caratteristiche, per la peculiare modalità di rapporto con gli Operatori e soprattutto per l'intenzionalità diretta verso la autonomizzazione del paziente richiedono una frequenza continuativa in regime di semi-residenzialità; nella logica della continuità terapeutica la frequenza al Centro Diurno è parte integrante di un piano di cura inteso non solo come protocollo di interventi medici e psicosociali ma soprattutto come percorso evolutivo di crescita.

Finalità.

Il progetto ha lo scopo di promuovere attività riferite alla consapevolezza di sé, alla propria persona, alle abilità di base, allo sviluppo e potenziamento degli interessi personali, alla socializzazione e all'avvicinamento al lavoro.

Il cammino di avvicinamento al lavoro viene svolto in collaborazione con gli Operatori dell'ambulatorio psichiatrico e riguarda in modo particolare i pazienti più giovani dopo un adeguato periodo di osservazione al Centro. Attraverso i volontari dell'Associazione "Il Girasole" vengono avviate, presso il Centro, alcune iniziative di lavoro per consentire agli utenti, che sono pronti e desiderosi di farlo, di cimentarsi con piccoli impegni di lavoro.

Tra le iniziative di lavoro proposte dall'Associazione: occasionali e stagionali attività di assemblaggio, manutenzione del verde, collaborazione con il Collegio IPASVI.

L'ambizione è di esportare nel territorio quanto maturato all'interno del Centro per ricostruire definitivamente il legame fondamentale con la rete territoriale.

Destinatari.

Utenti del Centro Diurno da avviare a progetti di lavoro protetto, in collaborazione con strutture di rete presenti sul territorio.

Risorse.

Operatori della U.O. Di Psichiatria,, Volontari dell'Auser trevigliese, Volontari dell'associazione "Il Girasole".

Viene richiesto, al Comune di Treviglio, di mettere a disposizione uno spazio dove poter svolgere i laboratori di attività, poiché quello attualmente a disposizione presso il Centro Diurno risulta ormai insufficiente.

Metodologia.

Il progetto prevede, quali obiettivi e risultati attesi:

- l'individuazione e la presa in carico dei pazienti pronti per intraprendere il percorso di riabilitazione e di integrazione sociale;
- Il consenso e la motivazione di base dell'utente;
- il ruolo attivo dei volontari, in grado di condurre laboratori di attività artigianale: riparazioni e piccola falegnameria; cucito ed eventuale lavanderia e stireria; battitura testi, attività grafica e rilegatoria; decorazione e disegno; decoupage;
- il supporto dell'ENAIP che utilizza le proprie risorse e la propria struttura organizzativa per potenziare, con interventi formativi, le abilità del paziente.

Ad oggi il progetto non è stato ancora avviato in quanto manca ancora lo spazio per svolgere i laboratori di attività.

11.3 Interventi realizzati dal Terzo Settore.

11.3.1 Cooperativa Itaca: “Casa Dolce Casa” – Progetto Residenzialità Leggera.

Il progetto nasce dalla disponibilità della Comunità Bergamasca a finanziare un'iniziativa nata all'interno del Tavolo di Lavoro Salute Mentale dell'Ufficio di Piano territoriale, in collaborazione tra le realtà locali che partecipano allo stesso e precisamente: l'Azienda Ospedaliera Treviglio-Caravaggio e Romano di Lombardia, l'Associazione Aiutiamoli e la Cooperativa Sociale Itaca.

Nel 2006 queste realtà hanno sottoscritto un Protocollo d'Intesa.

Ogni realtà mette a disposizione le proprie risorse: l'Ufficio di Piano si fa carico dell'affitto dell'appartamento e mantiene una regia del progetto, il servizio pubblico garantisce l'inserimento, il monitoraggio e le verifiche del progetto individuale, l'associazione mette a disposizione un'assicurazione specifica per l'utente.

Il servizio prevede interventi di sostegno personalizzati ai pazienti per la cura di sé, la gestione della casa, l'organizzazione della quotidianità, il sostegno psicologico e/o psichiatrico, l'accompagnamento alla vita di gruppo, l'aiuto nella partecipazione alla vita esterna (es.: inserimento lavorativo), la continuità di relazione affettiva con la famiglia e le reti parentali e amicali.

L'appartamento è stato individuato a Casirate d'Adda in una palazzina comunale con adiacente il Centro Diurno per pensionati. Si accede con una scala esterna comune ad altri 4 appartamenti.

La cooperativa Itaca offre il supporto educativo necessario alla realizzazione dei diversi progetti individualizzati e garantisce anche il follow up per monitorare il rientro delle persone nei propri comuni di residenza.

L'appartamento permette l'inserimento di una persona alla volta. Attualmente è in corso il secondo inserimento.

Il territorio di Casirate d'Adda sta offrendo all'esperienza un buon supporto e una buona rete. La rete è stata attivata direttamente dall'utente con l'operatore. La vicinanza al territorio è passata prima tramite i vicini di casa, con cui ci si è incontrati con semplicità e facilità. Successivamente ci si è recati nei luoghi del territorio, cercando di conoscere le persone del Centro pensionati e i frequentanti la parrocchia.

Si sono costruiti dei legami personali tra le signore del Centro Diurno e gli utenti che hanno portato gli stessi a mantenerli in autonomia e indipendenza dall'operatore.

Per ogni utente, gli operatori di riferimento con il proprio coordinatore, hanno compilato la scheda personale che riassume i dati e gli interventi e che descrive nel dettaglio gli obiettivi, le modalità e i tempi di realizzazione del progetto.

11.3.2 Cooperativa Itaca: “Mattone solidale” – Residenzialità leggera.

Il progetto di residenzialità leggera denominato “Mattone Solidale” nasce dalla collaborazione tra l'Associazione Aiutiamoli, associazione di familiari per la salute Mentale, e la cooperativa Itaca.

L'associazione Aiutiamoli ha in gestione, da qualche anno, due appartamenti di proprietà del comune di Treviglio (situati in via XXIV maggio) il quale li ha affidati tramite comodato d'uso gratuito all'associazione.

La cooperativa tramite finanziamento C.E.I. ha messo a disposizione le risorse professionali e la gestione degli alloggi.

Gli appartamenti sono due e nel momento di avvio del progetto erano già funzionanti grazie alla collaborazione tra associazione e Centro Diurno di Treviglio.

Il progetto prevede l'inserimento di pazienti (in carico al c.p.s. territoriale) negli appartamenti collocati nel territorio. L'equipe svilupperà interventi di sostegno personalizzati ai pazienti per la cura di sé, la gestione della casa, l'organizzazione della quotidianità, il sostegno psicologico e/ o psichiatrico, l'accompagnamento della vita di gruppo, l'aiuto nella partecipazione alla vita esterna (es. inserimento lavorativo), la continuità di relazione affettiva con la famiglia e le reti parentali e amicali.

Il territorio in cui il progetto ha realizzazione è il comune di Treviglio.

I due appartamenti sono collocati in una palazzina comunale adibita in particolare a persone anziane in un complesso di caseggiati in centro al paese. Gli appartamenti sono adiacenti e autonomi e sono formati da un bilocale con un'ampia stanza adibita a cucina e soggiorno, bagno e una ampia camera da letto per due persone.

L'attivazione del progetto è avvenuta nel mese di marzo 2005; Per ciascuno dei 2 utenti inseriti è stata aperta una *Cartella utente* in cui sono inseriti i dati anagrafici, una breve sintesi della sua storia personale e familiare. La sezione riguardante il *Diario Giornaliero* viene aggiornato regolarmente con l'intervento effettuato.

Per ogni utente viene utilizzato lo strumento della Vado per individuare gli obiettivi, attività e tempi per il lavoro educativo e sociale

Per ogni utente, gli operatori di riferimento con il proprio coordinatore, hanno compilato la scheda personale che riassume i dati e gli interventi di cui si sono riassunti i dati in questo documento. Inoltre la scheda personale descrive nel dettaglio gli obiettivi, modalità e tempi di realizzazione del progetto.

11.3.3 Cooperativa Itaca: "TR-40" – Interventi domiciliari.

Il progetto TR-40, promosso dalla cooperativa Itaca, nasce dalla collaborazione tra pubblico e privato nell'ottica di realizzare la presa in carico del paziente grave nella prospettiva di una psichiatria di comunità, investendo risorse nell'ambito dei progetti individuali elaborati con il paziente, per lo sviluppo di aree di intervento più ampie, in conformità con la necessità di implementare un approccio multidimensionale nella presa in carico dei pazienti.

Il progetto ha risposto sostanzialmente a queste finalità:

- accompagnamento in esperienze di tirocinio occupazionale;
- sostegno nella cura e gestione della propria casa con una relazione privilegiata nel contesto familiare;
- sviluppo di nuove opportunità nel contesto territoriale dell'utente, partendo dai singoli bisogni.

Le aree di intervento intorno alle quali si raggruppano gli obiettivi individuali sono soprattutto le seguenti:

- Accompagnamento ad esperienze di tirocinio lavorativo;
- Incremento delle competenze relazionali;
- Intervento individuale di supporto alle attività quotidiane;
- Potenziamento delle capacità di lettura e strategie di controllo di atteggiamenti impulsivi;
- Ricostruzione e mantenimento della continuità nell'alleanza terapeutica;
- Avvicinamento al territorio.

Il progetto impegna 6 educatori professionali, 1 coordinatore e 1 operatore di sviluppo di comunità.

Gli utenti sono individuati in collaborazione con il CPS di Caravaggio con il quale vengono condivisi gli obiettivi. L'operatore tiene un Diario Giornaliero che viene depositato con tutta la documentazione all'interno del CPS.

Il medico curante e l'educatore compilano inoltre la scheda Honos dopo un mese di intervento e alla chiusura dello stesso.

A partire dal 2005 gli utenti residenti nell'Ambito che hanno beneficiato del progetto sono stati 9. L'età media dei pazienti presi in carico è di 44,6 anni, con un'età minima di 31 anni e un'età massima di 57 anni.

Il progetto avrà termine nel mese di ottobre 2008.

11.3.4 Cooperativa Itaca: “Filiera” – Progetto Domiciliare.

Il Sostegno domiciliare “ Filiera” è rivolto a soggetti con disturbi psichici gravi e/o cronici e programmato in relazione alle esigenze dei singoli utenti, graduato in termini di tipologia e numerosità di interventi.

E' ormai noto che gli interventi domiciliari rappresentano una delle occasioni di maggiore e più efficace intervento sul contesto familiare e sociale di vita del paziente psichiatrico, essendo la centralità dell'intervento domiciliare, riconosciuta dai modelli riabilitativi ed in particolare dalla psichiatria di comunità. Il Sostegno domiciliare ha permesso al paziente psichiatrico di rimanere nella comunità sociale di riferimento, riducendo i ricoveri ed evitando quelli impropri e consentendo di svolgere spesso una azione preventiva.

Gli accessi hanno riguardato attività organizzate al domicilio, relative alla cura di sé e al proprio ambiente, alla organizzazione della propria quotidianità, al monitoraggio della situazione clinica, al supporto socio-relazionale, nei rapporti con i familiari e vicini, ed interventi di supporto nelle attività esterne di risocializzazione e reinserimento nella comunità di riferimento.

Gli ambiti di intervento del sostegno domiciliare sono stati quindi di tipo personale (cura della persona e dei suoi effetti personali e dell'appartamento) e socio – relazionale.

Il Sostegno domiciliare è stato effettuato presso la famiglia di origine, presso la famiglia attuale e presso l'abitazione in cui l'utente vive solo.

I pazienti residenti nell'Ambito in carico dall'inizio del progetto sono stati 4, con un'età compresa tra 51 e 67 anni.

La durata degli interventi è fino ad ora compresa tra i 3 e i 22 mesi.

Obiettivi del progetto

Il Sostegno domiciliare è finalizzato principalmente a

- garantire la permanenza dell'utente nel proprio contesto di appartenenza
- valorizzare le risorse della persona, del suo ambiente familiare e della comunità di riferimento
- offrire un intervento riabilitativo di potenziamento delle capacità organizzative e delle autonomie
- fornire un sostegno per l'inclusione sociale nel micro-territorio di riferimento
- dare un supporto al nucleo familiare nella gestione del paziente gravoso
- concorrere alla realizzazione dei percorsi di rientro nel territorio dell'utenza inserita in esperienze residenziali.

Metodologia

La metodologia è quella del rapporto individuale educativo, attraverso un supporto quotidiano mirato calibrato sia in base agli obiettivi, sia in base alle progressive autonomie conquistate dal paziente. Il percorso domiciliare è ovviamente personalizzato, coerente con il PTI.

In relazione alla tipologia degli interventi previsti, viene definito anche il profilo professionale del personale che lo attuerà. Inoltre, definendosi l'intervento domiciliare come il cardine della riabilitazione nel territorio, attorno ad esso è importante coordinare gli interventi territoriali e sociali.

Gli operatori impegnati nel progetto sono complessivamente 4 Educatori Professionali, 2 Operatori ASA, 1 coordinatore e 1 operatore di sviluppo di comunità.

Fasi del progetto

- Presentazione del Progetto ai Responsabili all'equipe del c.p.s. di Treviglio e Romano di Lombardia.
- Individuazione utenti e compilazione della parte di anamnesi e stesura primi obiettivi (tali documenti rappresentano i primi documenti della cartella) .
- Per ogni utente si concordano gli obiettivi con il c.p.s. il monteore per ogni singolo utente e la modalità iniziale di approccio.
- Nel percorso progettuale viene utilizzato lo strumento VADO, sul quale gli operatori sono stati precedentemente formati
- Interventi domiciliari.

Chiusura o sospensione del servizio

La presa in carico dei pazienti termina:

- con il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Progetto Terapeutico Riabilitativo concordato con l'èquipe de Cps;
- la sospensione volontaria del servizio da parte del paziente;
- per modifica del Progetto concordato dal Cps.

Si segnala che ad oggi nessun utente inserito nel progetto ha terminato il percorso.

Aree di intervento

Le prestazioni maggiormente effettuate nell'anno 2007 hanno riguardato in modo particolare la cura della persona e dell'ambiente, la gestione della quotidianità e il supporto relazionale

Come è noto, i progetti riabilitativi per questi pazienti richiedono interventi sia sulla sfera relazionale/affettiva che sociale. Per alcuni di loro inoltre è stato necessario operare all'interno della famiglia, sostenendo l'intero nucleo.

Fino ad ora l'attenzione al territorio si è espressa solo nella forma di un accompagnamento e/o stimolazione rispetto ad una maggior frequentazione, garantita e talvolta mediata dalla presenza dell'operatore. Solo nella seconda metà del 2007 è stato possibile e opportuno per tre pazienti avviare una progettazione mirata ad una più strutturata partecipazione territoriale.

Schede personali degli utenti

Per ogni utente, gli operatori di riferimento con il proprio coordinatore, hanno compilato la scheda personale che riassume i dati e gli interventi di cui si sono riassunti i dati in questo documento. Inoltre la scheda personale descrive nel dettaglio gli obiettivi, modalità e tempi di realizzazione del progetto

Cooperativa Berakah: Percorsi di inserimento lavorativo.

Soggetti segnalati dal CPS di Caravaggio e di Romano di Lombardia.

	<i>di cui part time</i>	<i>di cui tempo pieno</i>	<i>Uomini</i>	<i>Donne</i>	<i>Totale</i>
Soggetti inseriti con contratto di lavoro subordinato	13	4	11	6	17
Soggetti in tirocinio risocilaizzante o altri percorsi di borsa lavoro	18	0	15	3	18

I contesti dell'inserimento sono si seguenti:

- Manutenzione del verde e giardinaggio;
- Servizio di pulizia civile e industriale;
- Servizio di tutela ecologica e di sorveglianza igienica;
- Gestione aree ecologiche;
- Assemblaggio;

- Produzione e Commercializzazione di prodotti ortofrutticoli da agricoltura biologica;
- Servizio di postalizzazione.

11.3.5 Cooperativa Le 5 pertiche: Percorsi di inserimento lavorativo.

Soggetti segnalati dal CPS di Caravaggio e di Romano di Lombardia.

	<i>di cui part time</i>	<i>di cui tempo pieno</i>	<i>Uomini</i>	<i>Donne</i>	<i>Totale</i>
Soggetti inseriti con contratto di lavoro subordinato					0
Soggetti in tirocinio risocilaizzante o altri percorsi di borsa lavoro	1		1		1

I contesti dell'inserimento sono si seguenti:

- Assemblaggio;
- Produzione e Commercializzazione di prodotti ortofrutticoli da agricoltura biologica;
- Servizio di postalizzazione.

11.3.6 Cooperativa L'Ulivo: Percorsi di inserimento lavorativo.

Soggetti segnalati dal CPS di Caravaggio e di Romano di Lombardia.

	<i>di cui part time</i>	<i>di cui tempo pieno</i>	<i>Uomini</i>	<i>Donne</i>	<i>Totale</i>
Soggetti inseriti con contratto di lavoro subordinato	5	3	6	2	8
Soggetti in tirocinio risocilaizzante o altri percorsi di borsa lavoro	5		5		5

I contesti dell'inserimento sono si seguenti:

- Manutenzione del verde e giardinaggio;
- Servizio di pulizia civile e industriale;
- Servizio di tutela ecologica e di sorveglianza igienica;
- Facchinaggio, traslochi e movimentazione archivi;
- Assemblaggio.

11.3.7 Associazione Il Girasole. Associazione Il Magazzino.

L'associazione IL GIRASOLE è un'organizzazione non lucrativa di utilità sociale che, ispirandosi ai principi della solidarietà umana, si è data come scopo quello di perseguire la promozione personale e l'integrazione sociale delle persone che soffrono di un disagio psichico.

Si è costituita a Treviglio, nel marzo del 2000 ad opera di ospiti, operatori e volontari del Centro Diurno dell'Unità Operativa Psichiatrica dell'Azienda Ospedaliera e ha, in questi anni, sviluppato con la stessa Unità Operativa un rapporto di attiva collaborazione per la realizzazione di iniziative comuni.

Il Girasole conta oggi circa 200 soci, in buona parte pazienti, pienamente coinvolti nel perseguimento degli obiettivi statutari.

L'associazione IL GIRASOLE organizza e sostiene iniziative ricreative, sportive, culturali, occupazionali e formative con l'obiettivo di promuovere e di sviluppare le abilità delle persone che vivono un momento particolarmente difficile della loro vita.

Cerca, cioè, di sollecitare la persona che soffre a prendersi cura di sé, ad avvicinarsi agli altri e a coltivare i rapporti interpersonali; la incoraggia a coltivare i propri interessi e la propria creatività; la stimola a collaborare e a cooperare con gli altri e ad acquisire competenze professionali, anche in vista di un possibile reinserimento lavorativo e sociale.

Principali attività de IL GIRASOLE :

1. Tramite apposita convenzione con l'Azienda Ospedaliera di Treviglio, grazie ai volontari ed al proprio pulmino, garantisce il trasporto degli utenti del servizio psichiatrico presso il posto di lavoro.
2. Tre pazienti assistiti da un educatore svolgono mansioni di segreteria per il Forum del Terzo Settore e per organizzare convegni promossi dal Collegio degli Infermieri della Provincia di Bergamo e dalla Unità Operativa Psichiatrica dell'ospedale di Treviglio. L'iniziativa, fortemente riabilitativa, offre ai pazienti l'opportunità di sviluppare le abilità cognitive e relazionali necessarie per reinserirsi nel mondo del lavoro.
3. Con il contributo economico della Fondazione delle Comunità Bergamasche, della Cassa Rurale di Treviglio e di alcuni privati, ha realizzato il progetto "Le chiavi di casa". Sono stati messi a disposizione di due pazienti da tempo ricoverati in una struttura psichiatrica altrettanti appartamenti per consentire loro, aiutati da un educatore, di reinserirsi socialmente in un contesto abitativo protetto.
4. Ha sostenuto e promosso la pubblicazione de "IL GIRASOLE NON È SOLTANTO UN FIORE" e "I SASSOLINI DI POLLICINO", libri che riportano le esperienze di sofferenza e di riabilitazione sperimentate e raccontate da alcuni soci.
5. Cura l'edizione e la pubblicazione della rivista trimestrale "LA LUNA E IL DITO".
6. Attraverso una convenzione con il Comune di Treviglio, in collaborazione con il Servizio Sociale del Comune stesso, con l'Unità Operativa Psichiatrica dell'Ospedale, con l'Osservatorio Sociale del Comune e con l'Associazione Aiutiamoli, un'educatrice dell'Associazione assiste al domicilio alcuni pazienti psichiatrici allo scopo di potenziare la rete sociale supportiva ed evitare la loro istituzionalizzazione.

ASSOCIAZIONE IL MAGAZZINO

E' un'associazione collegata alla Caritas. I suoi volontari si occupano di restauro mobili; sgomberano solai e cantine; ritirano mobili e materiali vari dalle abitazioni; raccolgono vestiti.

Da quattro anni i volontari del Magazzino sostengono, mediante esperienze di tirocinio, gli utenti del servizio psichiatrico. Ogni anno vengono seguiti 5 utenti.

11.3.8 Associazione Aiutiamoli.

L'associazione Aiutiamoli è composta da familiari di ammalati psichici e volontari sensibili al problema della salute mentale. Si è costituita a Treviglio, come sezione della sede regionale di Milano, nel 1995 circa e da allora opera sul territorio dell'Azienda Ospedaliera . Dal 2003 si è rifondata come associazione autonoma e si è iscritta al registro Provinciale delle associazioni.

L'associazione ha promosso iniziative a sostegno delle famiglie e a tutela dei diritti dei malati ponendo l'attenzione alle situazioni dei soci con momenti di ascolto, sostegno, collaborazione attraverso incontri periodici (anche con esperti) e l'apertura di sportelli di ascolto . Questi ultimi sono finalizzati anche a dare informazioni sulle strutture esistenti , sulle modalità di intervento, sulle iniziative dell'Associazione a quanti sono interessati o coinvolti dai problemi della salute mentale.

Ha promosso diverse iniziative pubbliche di informazione sulla malattia e le strutture di cura e riabilitazione con corsi , convegni, teatri, raccolta di firme. Ha dato informazioni, attraverso i giornali locali, delle proprie iniziative e dei problemi legati alla malattia.

Collabora con gli operatori delle strutture, i primari, il direttore sanitario e il direttore generale dell'Azienda Ospedaliera per momenti di confronto sui problemi e le possibili soluzioni facendosi portavoce dei bisogni e delle difficoltà delle famiglie. Partecipa, con propri rappresentanti, al Dipartimento di Salute Mentale, ai tavoli di lavoro dell'Ufficio di Piano, a momenti di coordinamento con altre associazioni a livello cittadino o provinciale. Con la collaborazione dell'Amministrazione Comunale di Treviglio e gli operatori delle strutture di Psichiatria e una cooperativa ha dato vita a una CASA ALLOGGIO per la riabilitazione di malati e il loro reinserimento sociale a Treviglio (vedi paragrafo 3.4.2).

11.4 Sintesi degli ambiti di intervento da potenziare e da promuovere.

Possono risultare preliminari al potenziamento di qualsiasi tipo di iniziativa rivolta alle persone con disturbi mentali le seguenti attività:

- Consolidare la prassi per cui la valutazione e la progettazione degli interventi, almeno sui casi più complessi e multiproblematici, avvenga congiuntamente tra Ambulatorio Psico Sociale e Servizi Sociali comunali;
- Definire, in accordo con ASL l'entità del fondo per le attività a carattere socio/assistenziale e di reinserimento socio/lavorativo e farla confluire in un budget unico a disposizione dell'Ufficio di Piano.
- Valutare l'opportunità di stabilizzare la continuazione di alcuni specifici progetti attraverso l'integrazione di risorse stabili ai finanziamenti a termine ad oggi ottenuti (come avviene, per es. con alcuni progetti il cui avvio è stato reso possibile da finanziamenti ottenuti partecipando ai bandi della Fondazione Bergamansca).

Dall'analisi dei servizi e degli interventi esposti in precedenza risulta che l'integrazione sociale di persone con disturbi mentali si realizza in ambiti di vita diversificati. Nello specifico si intende richiamare l'attenzione sui seguenti:

- Residenzialità leggera
- Lavoro e occupazione
- Tempo libero e integrazione nella comunità
- Sostegno alla famiglia e domiciliarità
- Promozione della salute mentale e lotta allo stigma

La tabella seguente offre una sintesi delle iniziative presenti nel territorio relativamente ai suddetti ambiti di intervento:

Ambiti di intervento				
<i>Residenzialità</i>	<i>Lavoro e occupazione</i>	<i>Tempo libero e integrazione nella comunità</i>	<i>Sostegno alla famiglia e domiciliarità</i>	<i>Promozione della salute mentale e lotta allo stigma</i>
- CRA di Romano (AO)	- PSO (UdP)	- Centro Diurno (AO)	- Attività dell'Ambulatorio psichiatrico (AO)	- Attività delle associazioni
- CPA di Martinengo (AO)	- Job Club (AO)	- Attività dell'Ambulatorio psichiatrico (AO)	- Progetto domiciliarità (Osservatorio Treviglio)	
- Residenzialità leggera: progetto 'Casa dolce casa', progetto 'Mattone solidale', progetto dell'Osservatorio di Treviglio.	- Cooperative sociali tipo B (Berakah, Ulivo, 5 pertiche).	- Progetto domiciliarità (OsservatorioTreviglio)	- TR-40 (Itaca)	
- Appartamento di via Grossi		- Progetti vari di residenzialità leggera	- Progetto "Filiera" (Itaca)	
		- TR-40 (Itaca)		

La rilevazione del consistente numero di iniziative in atto non deve trarre in inganno. Infatti, soprattutto per quanto riguarda i progetti realizzati dal terzo settore, si ribadisce il fatto che si tratta di iniziative che poggiano su finanziamenti a termine. Appare dunque evidente che, se non si pensano forme di stabilizzazione delle risorse, gli interventi avviati rischiano di concludersi nell'arco di poco tempo.

L'analisi dei servizi e degli interventi esistenti, le osservazioni degli operatori impegnati nei vari settori di intervento e le esperienze documentate e valutate a livello nazionale, suggeriscono le seguenti considerazioni.

Residenzialità leggera.

Il PRSS ricorda che la risposta ai bisogni di accoglimento residenziale e di abitazione in ambiente comunitario deve essere trovata all'interno di un'ampia articolazione di soluzioni che consideri il concorso attivo di diversi interlocutori istituzionali e non (volontariato, terzo settore).

Anche la circolare regionale 49/SAN, a proposito di residenzialità leggera, considera necessario consentire la partecipazione dei cittadini e l'intervento dei Comuni, oltre che agevolare eventuali convenzioni con il privato sociale.

Risulta utile prevedere fin da subito l'attivazione, in aree dove l'offerta attuale è scarsa, di nuove soluzioni residenziali (Casa Alloggio, Casa Famiglia, Appartamento Autonomo, ecc.) di particolare interesse sotto il profilo dell'innovazione gestionale e sotto l'aspetto della specificità dei programmi di cura attuati, partendo dalla definizione delle competenze in merito all'appartamento di via Grossi a Treviglio. Le soluzioni individuate dovranno facilitare il passaggio di utenza dai servizi residenziali a più alta intensità assistenziale a contesti richiedenti un minore carico assistenziale, e dovranno rispondere sia a bisogni abitativi transitori che definitivi.

L'Ufficio di Piano potrebbe svolgere un ruolo di coordinamento e di monitoraggio delle diverse esperienze di residenzialità leggera attive e attivabili nel territorio dell'Ambito.

11.4.1 Lavoro e Occupazione.

Mentre la fase pre-lavorativa sembra adeguatamente ricca di iniziative di orientamento e di valutazione (Job Club, Progetti Socio Occupazionali, Tirocini), risulta invece da potenziare la fase relativa all'inserimento lavorativo vero e proprio e alla continuità dei progetti socio occupazionali.

Il lavoro figura tra le aree di maggiore importanza per l'integrazione sociale dell'individuo. Infatti il lavoro:

- offre uno status sociale diverso da quello, stigmatizzato, di 'paziente';
- è un mezzo socialmente visibile per dimostrare la propria 'normalità';
- consente di soddisfare le aspettative sociali e, conseguentemente, di aumentare la stima di sé;
- permette di sviluppare un senso di appartenenza e di collocarsi all'interno della popolazione dei lavoratori, anziché in quella dei 'pazienti';
- permette di procurarsi reddito secondo modalità non assistenziali, quindi con un'importante funzione di rinforzo dei comportamenti sani.

Per il NIL occorre rendere più snelli e meno variabili i tempi di presa in carico facilitando l'individuazione di sbocchi lavorativi non protetti all'interno di realtà aziendali e cooperativistiche.

Rispetto ai percorsi socio occupazionali, non necessariamente finalizzati all'assunzione, risulta invece importante prevederne la continuità nel tempo.

In sintesi, il ruolo dei Comuni può essere così diversificato:

- sensibilizzare le realtà aziendali presenti sul proprio territorio;
- valutare la possibilità di convenzioni con Cooperative sociali di tipo B o prevedere specifiche clausole in sede di appalto lavori;

- *sforzarsi di individuare e mettere a disposizione postazioni lavorative e occupazionali reperibili al proprio interno o nel proprio territorio;*
- *sostenere economicamente i progetti socio occupazionali dopo i primi 2 anni.*

E' essenziale infatti che i soggetti la cui disabilità impedisce l'adesione a progetti evolutivi di inserimento lavorativo, possano mantenere un'occupazione sostenibile, attraverso un impegno occupazionale commisurato alle risorse personali, da valorizzare in un impegno attivo piuttosto che mortificare in una dimensione di inerte assistenzialismo, al fine di contrastare il processo di cronicizzazione: in tal senso è centrale una politica sociale dei Comuni rivolta specificatamente a queste fasce deboli della propria cittadinanza, con assunzione dei costi dei progetti socio occupazionali.

11.4.2 Tempo libero e integrazione nella comunità.

Come abbiamo visto la costruzione di percorsi di residenzialità e di supporto alla domiciliarità implica l'avvio di progetti che si calino in reti di interdipendenza con il contesto che li circonda, con la Comunità, con le Associazioni di familiari e di volontari.

L'obiettivo fondamentale consiste nel facilitare l'accesso delle persone con disturbi mentali alle opportunità offerte dalla comunità di residenza, a livello ricreativo, economico, civile, politico, religioso, ecc.

A tal fine può risultare utile potenziare e sostenere le attività delle associazioni di familiari già attive sul territorio.

Un'attenzione particolare può essere dedicata al tema della mobilità.

11.4.3 Sostegno alla famiglia e domiciliarità.

Le iniziative fino ad oggi realizzate dimostrano l'utilità di continuare a prevedere rappresentanti delle associazioni di volontari e di familiari all'interno del Tavolo di Lavoro per la Salute Mentale.

Risulta utile sostenere e promuovere progetti di supporto domiciliare e gli interventi formativi e di auto aiuto che coinvolgono i familiari. Inoltre si sottolinea l'importanza di promuovere il supporto agli utenti e alle famiglie anche in periodi di chiusura dei servizi socio sanitari (per es. nel week end).

Iniziative residenziali, occupazionali, lavorative o di gestione del tempo libero presentano inoltre il vantaggio di costituire possibilità concrete di sollievo per i familiari.

11.4.4 Promozione della salute mentale e lotta allo stigma.

La lotta allo stigma si traduce nel potenziare e coordinare le iniziative volte a verificare le conoscenze e a modificare atteggiamenti e comportamenti relativi alla malattia mentale in contesti diversi quali la scuola, gli ambienti di lavoro (datori di lavoro, colleghi) e la comunità allargata.

A tal fine può risultare utile potenziare e sostenere le attività delle associazioni di familiari già attive sul territorio.

La promozione della salute mentale dovrebbe tener conto del dato provinciale che induce a ritenere esista una quota di popolazione 'giovane' che esprime forme lievi di disagio mentale poco catturato dai servizi psichiatrici. In questo senso oltre ad agire con interventi di prevenzione primaria volti a ridurre l'effetto di fattori di rischio già evidenziati (esempio: politiche attive del lavoro, politica abitativa, ecc.) *si rende utile prevedere percorsi di diagnosi e intervento precoci anche attraverso modalità organizzative che facilitino il contatto tra popolazione a rischio e servizi.*

11.5 Strumenti di analisi della disabilità sociale e dell'impatto degli interventi.

Le considerazioni riportate nel capitolo precedente delineano le priorità che dovrebbero guidare le decisioni del nostro Ambito territoriale in materia di politica socio assistenziale per la Salute Mentale. Le scelte di natura politico-amministrativa concorrono a creare le condizioni per la realizzazione di interventi utili ed efficaci, ma debbono essere integrate da servizi e interventi di qualità.

Il Piano Regionale per la Salute Mentale 2003-2005 ribadisce l'importanza di una filosofia di intervento che operi con programmi di cura improntati a modelli di efficacia e valutabili.

Disporre di strumenti agevoli e sufficientemente precisi di valutazione della disabilità sociale manifestata dalle persone con disturbi mentale diventa un modo per verificare l'impatto degli interventi e per valutare le possibilità di miglioramento degli stessi, in aggiunta alla percezione degli operatori che sono direttamente coinvolti nella realizzazione degli interventi stessi. La valutazione dell'impatto degli interventi implica inoltre il confronto con le seguenti questioni:

- la rilevazione degli esiti degli interventi, in termini clinici e di qualità della vita.
- i criteri di appropriatezza nella scelta di determinati servizi/interventi per determinati utenti;
- l'accessibilità ai servizi (tempi di attesa, ecc.);
- la documentazione degli interventi;
- la partecipazione degli utenti e dei loro familiari nella scelta degli interventi/servizi;
- l'attenzione alla soddisfazione percepita dagli utenti e dai loro familiari.

Di seguito vengono indicati, a titolo di esempio, alcuni strumenti che, anche sulla base di esperienze precedenti, potrebbero rivelarsi utili per la rilevazione del livello di disabilità sociale e dell'impatto degli interventi.

- LSP (Life Skill Profile): Versione italiana e adattamento a cura di S. Zizolfi.
- HONOS. La scala indaga sia la salute psico-fisica che il funzionamento psico-sociale ed è composta da 4 aree di indagine: a) comportamento; b) disabilità psico-fisica; c) sintomi; d) abilità-problemi socio relazionali.
- DAS (Disability Assessment Scale) – E' una scala sviluppata dall'OMS nel 1988 e indaga le seguenti aree: a) comportamento sociale; b) Ruolo sociale; c) Paziente in ospedale; d) Fattori modificanti (risorse specifiche, fattori di rischio specifici, atmosfera familiare, supporto esterno); e) valutazione globale.
- VADO (Valutazione di Abilità, Definizione di Obiettivi).
- SAT-P (Satisfaction Profile): misura il livello di soddisfazione in 5 aree della vita quotidiana: a) sociale; b) fisica; c) psicologica; d) lavorativa; e) sonno, alimentazione e tempo libero.

Il ricorso a strumenti che permettano di monitorare e verificare la qualità dei servizi e degli interventi attuati permetterà sempre di più di ottenere dati utili in sede di programmazione degli stessi e di imparare dall'esperienza facendo tesoro del consistente bagaglio di progetti fino ad ora avviati.

Allegati 2

12 Area Minori e Famiglie: Giovani

Con riferimento alla progettualità di territorio sono attivi i seguenti interventi:

Mappatura

A) PROGETTI TERRITORIALI

- 2 Consulte, progetti di promozione cittadinanza
- 2 Educativa di strada

Progetto territoriale	“Promozione della qualità della vita degli adolescenti del Comune di Misano”	Ufficio Servizi Sociali Comunale		Misano di Gera d’Adda	Comune di Misano di Gera D’Adda	
Progetto territoriale	PuntoG			Pontirolo Nuovo	Comune di Pontirolo Nuovo	
Progetti con gruppi informali	Educativa di strada		Adolescenti e giovani	Pontirolo Nuovo	Comune di Pontirolo Nuovo	Cooperativa sociale Itaca
Progetti con gruppi informali	Progetto Pagazzano (sospeso)		Adolescenti e giovani	Pagazzano	Comune di Pagazzano	Cooperativa sociale Itaca

D) EVENTI GIOVANILI

Eventi giovanili	Week-end al Parco	Parco delle Bandiere – Centro Sportivo	via Giuseppe Verdi 34	Arcene	Comune di Arcene	Cooperativa Sociale Spazio Giovani
Eventi giovanili	Concerti Musica	Palazzo Visconti	via Vittorio Emanuele II 36/A	Brignano Gera d’Adda	Comune di Brignano Gera d’Adda	Comune di Brignano Gera d’Adda
Eventi giovanili	Gruppo musica	Ex scuole elementari	via Italia	Pontirolo N.	Comune di Pontirolo N.	
Eventi giovanili	Evento estivo				Comune di Castel Rozzone	Gruppo informale
Eventi giovanili	FARA Rock	Via Reseghetti		Fara Gera d’Adda	Associazione Fara Rock	Associazione Fara Rock

E) INIZIATIVE DI PROMOZIONE DI SALUTE E BENESSERE E DI PREVENZIONE DEI RISCHI

Denominazione intervento	denominazione ET	denominazione EG	Autopresentazione
Percorsi di educazione alla affettività e alla sessualità	Agape, società cooperativa sociale	Agape, società cooperativa sociale a r.l.	Il consultorio "Centro per la Famiglia" di Treviglio realizza - su richiesta delle scuole e degli oratori dell'ambito territoriale - percorsi di educazione sessuale e relazionale - affettiva, rivolti ai ragazzi della scuola primaria e secondaria di I e II grado e ai loro genitori.
Xtc2 - Spettacolo teatrale e dibattito	ASL di Bergamo - Dipartimento delle dipendenze	U.O. Prevenzione Ser.T Due	Utilizzo di spettacolo teatrale
Indagine disagio giovanile	Comune di Arzago d'Adda	Cooperativa Sociale Spazio Giovani	Indagine rivolta ad identificare le necessità dei giovani arzagesi in modo da evidenziare proposte in grado di soddisfarle.
Conferenza sul bullismo	Comune di Arzago d'Adda	Comune di Arzago d'Adda	Conferenza per aiutare gli adulti a comprendere i segni che possono

Denominazione intervento	denominazione ET	denominazione EG	Autopresentazione
			trascendere in bullismo
Educazione alla legalità	Comune di Brignano Gera d'Adda	Comune di Brignano Gera d'Adda	Conferenza con associazione specifica di riferimento per sviluppare le tematiche della legalità in contesti scolastici e familiari
La musica dei nostri giovani	Comune di Caravaggio	Comune di Caravaggio	Partendo dal sostegno alle band giovanili riservando loro spazi, serate autogestite, locali prove si pensa di offrire ai giovani spunti di divertimento e aggregazione evitando comportamenti a rischio
Progetto legalità	Comune di Castel Rozzone	Comune di Castel Rozzone	L'obiettivo del progetto è stato quello di recuperare e coltivare il senso della cittadinanza e della legalità cercando di entrare nella società a tutti i livelli, al fine di alimentare un nuovo modo di affrontare la sfida educativa alla legalità. Gli incontri sono stati principalmente gestiti da uno psicologo dell'associazione Paolo Borsellino il quale si confrontava con i valori, la cultura dei giovani d'oggi riflettendo sul senso della legalità e la lotta alla ingiustizia.
Incontro con responsabile CSI	Parrocchia di S. Vitale M. in Masano		Primo incontro con responsabili CSI per l'analisi delle problematiche organizzative e tecniche relative alla gestione di società sportive. L'incontro è il primo di una serie di contatti finalizzati a "ottimizzare" l'attività sportiva attualmente in essere e rivolta a giovani tra i 16 e i 25 anni (1 squadra di calcio maschile a 7 e 1 squadra di pallavolo femminile).
Corso di giocoleria e tecniche di animazione	Parrocchia di S. Vitale M. in Masano		Scopo degli incontri era quello di fornire ad un gruppo di adolescenti le competenze di base per la gestione di gruppi di bambini e ragazzi, nell'ambito delle normali attività di oratorio e del CRE.
Il mondo degli adolescenti	Parrocchia di S. Vitale M. in Masano		Serie di incontri tra uno psicologo e genitori con figli in età adolescenziale. Analisi dei comportamenti più diffusi tra gli adolescenti. Presentazione di alcuni atteggiamenti/metodologie adatte all'approccio con il mondo dell'adolescente nell'ottica di una corretta educazione.

Allegati “Normativa di riferimento”

12.1 Leggi e riferimenti nazionali

D.lgs 267/2000: Testo unico delle leggi sugli ordinamenti locali.

Legge costituzionale 3/2001: Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione.

L. 328/2000: Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

D.P.R. 3/05/2001: Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003.

D.P.C.M. 29/11/2001: Definizione dei livelli essenziali di assistenza in ambito sanitario.

D.M. 308/2001: Regolamento concernente “Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l’autorizzazione all’esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma dell’art. 11 della L. 328/2000”.

D.P.C.M. 14/02/2001: Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie.

D.P.C.M. 30/03/2001: Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona ai sensi dell’art. 5 della legge 328/2000.

L. 104/1992: Legge quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.

L. 285/1997: Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l’infanzia e l’adolescenza.

D.lgs 286/1998: Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero e **L. 40/1998:** Disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero.

L. 45/1999: Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze.

12.2 Leggi e riferimenti regionali

L.R. Statuaria 1/2008: Statuto d’autonomia della Lombardia.

L. R. 1/2000: Riordino del sistema delle autonomie in Lombardia. Attuazione del D.lgs 112/1998 (Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni e agli enti locali in attuazione del Capo 1 della L. 59/1997).

DGR 257/2006: Piano Socio Sanitario Regionale 2007-2009.

L. R. 3/2008: Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario.

L.R. 31/1997: Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali (e successive integrazioni).

L.R.1/2008: Testo unico delle leggi regionali in materia di volontariato, cooperazione sociale, associazionismo e società di mutuo soccorso.

Regolamento regionale 1/1998: Regolamento regionale concernente le attribuzioni e il funzionamento della conferenza dei sindaci e del consiglio di rappresentanza dei sindaci e del consiglio di rappresentanza dei sindaci, in attuazione dell'art.3, c.14, del D.lgs. 502/1992 e dell'art.6 , c.7 e 8 dell l.r. 31/1997 (modificato dal Regolamento regionale 20/05/2002).

Regolamento regionale 1/1999: Regolamento di funzionamento del dipartimento per le attività socio-sanitarie integrate delle Aziende Sanitarie Locali, di cui all'art.8 c.10 della L.R. 31/1997.

12.3 Documenti attuativi, Delibere e Circolari, della Legge Regionale 3 del 12 marzo 2008.

DELIBERA di GIUNTA REGIONALE	OGGETTO	CONTENUTO
Delibera 7433 del 13 giugno 2008	Definizione dei requisiti minimi per il funzionamento delle unità di offerta sociale "Servizio di Formazione all'Autonomia per le persone disabili".	Allegato A: Requisiti per il funzionamento del "Servizio di Formazione all'Autonomia per le persone disabili" . Definizione del servizio (SFA); finalità e obiettivi; destinatari; requisiti Organizzativi (Carta dei Servizi, Progetto Individualizzato), Strutturali, e di Funzionamento (ricettività, apertura, personale, organizzazione in moduli).
Delibera 7437 del 13 giugno 2008	Determinazione in ordine all'individuazione delle unità di offerta sociali ai sensi dell'articolo 4, comma 2, della L.R. 3/2008.	Allegato A: Elenco delle diverse tipologie di unità d'offerta Sociali presenti sul territorio della Regione Lombardia individuate con precedenti provvedimenti amministrativi (Minori, Disabili, Anziani) e normativa di riferimento.
Delibera 7438 del 13 giugno 2008	Determinazione in ordine all'individuazione delle unità di offerta sociosanitarie ai sensi dell'articolo 5, comma 2, della L.R. 3/2008.	Allegato A: Elenco delle diverse tipologie di unità di offerta Sociosanitarie presenti sul territorio della Regione Lombardia individuate con precedenti provvedimenti amministrativi (Disabili, Anziani, Titoli sociosanitari) e normativa di riferimento.
<i>Delibera 7797 del 30 luglio 2008</i>	Rete dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario. Istituzione del tavolo di consultazione dei soggetti del Terzo Settore	Istituzione del Tavolo permanente regionale di consultazione con i soggetti del Terzo Settore che andrà a sostituire l'attuale Tavolo del Terzo Settore istituito con DGR n. VII/7918 del 1 febbraio 2002.

	(art. 11,C.1,lett.M), L.R. n. 3/2008)	<p>Il tavolo permanente di consultazione dei soggetti del Terzo settore dovrà assicurare, oltre che la più ampia partecipazione del Terzo settore, la sua effettiva consultazione in materia di programmazione, progettazione e realizzazione della rete delle unità d'offerta sociali e sociosanitarie.</p> <p>Allegato A: Funzionamento del Tavolo permanente dei soggetti del Terzo settore: compiti e finalità; composizione e modalità di funzionamento; convocazione e modalità di consultazione.</p> <p>Allegato B: Modulo di richiesta di partecipazione al Tavolo permanente di consultazione del Terzo settore.</p> <p>Allegato C: Istituzione dei Tavoli locali di consultazione dei soggetti del Terzo settore per la programmazione, progettazione e realizzazione della rete delle unità di offerta sociosanitarie (presso ASL) e sociali (presso gli Uffici di Piano): obiettivi; criteri e tempi di costituzione: entro 120 giorni dalla pubblicazione della delibera; composizione, partecipazione, funzionamento; fermo restando la possibilità di avvalersi di un unico tavolo, individuato nell'accordo di programma sottoscritto dai Comuni con le Asl, per l'esame di questioni inerenti la rete delle unità d'offerta di carattere sia sociale che sociosanitario.</p>
<i>Delibera 7798 del 30 luglio 2008</i>	Rete dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario. Istituzione degli organismi di consultazione degli Enti Locali, dei soggetti di diritto pubblico e privato, delle Organizzazioni Sindacali (art. 11,C.1,lett.M), L.R. n. 3/2008)	<p>Istituzione dei seguenti organismi di consultazione:</p> <p>Tavolo degli Enti Locali e delle Organizzazioni Sindacali; tavolo delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende di Servizi alla Persona (asp); Conferenza delle associazioni rappresentative degli enti gestori delle unità di offerta sociali e sociosanitarie.</p> <p>Allegato A: Modalità di formazione, consultazione e funzionamento degli organismi di cui sopra.</p>

<i>Delibera 8496 del 26 novembre 2008</i>	Disposizioni in materia di esercizio, accreditamento, contratto, e linee di indirizzo per la vigilanza ed il controllo delle unita' di offerta sociosanitarie.	La delibera 8496 del 26 novembre 2008, in applicazione della L.R 3/2008 stabilisce le modalità di esercizio e di accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie e detta linee di indirizzo alle ASL in ordine all'attività di vigilanza. In particolare per quanto concerne lo schema tipo di contratto di accreditamento, si applica con decorrenza immediata per le unità di offerta sociosanitarie soggette a nuovo accreditamento e, per le unità di offerta già accreditate e contrattate, con decorrenza dalla data di scadenza dei contratti in vigore. Dal 1° gennaio 2009 si applicheranno le nuove procedure riguardanti l'accREDITamento, al fine di consentirne l'effettiva conoscenza da parte di tutti i soggetti interessati.)
<i>Delibera del 8551 del 3 dicembre 2008</i>	Determinazione in ordine alle linee di indirizzo per la programmazione dei piani di zona - III triennio (2009-2011)	La delibera 8551 del 3 dicembre 2008 stabilisce le linee guida per il processo di costruzione dei Piani di Zona e gli obiettivi per la triennalità 2009-2011. Si indica la data del 1 aprile 2009 come termine per la sottoscrizione dei Piani di Zona e dunque degli accordi di programma.

CIRCOLARE	OGGETTO	CONTENUTO
<i>Circolare n.5 del 7 aprile 2008</i>	Prime indicazioni sui provvedimenti da adottare in ottemperanza alla legge regionale 12 marzo 2008, n.3.	Principali novità normative della legge: utilizzo del termine "unità d'offerta" come identificativo di ogni servizio, struttura e prestazione; individuazione delle competenze degli Enti Territoriali e delle ASL; previsione del fondo per la non autosufficienza; istituzione dell'Ufficio di pubblica tutela e di un Ufficio di relazioni col pubblico*; previsione di una struttura che individui strumenti di tutela delle persone incapaci*; creazione di un apposito ufficio a supporto dell'attività del Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci*. *a cura delle ASL
<i>Circolare n.7 del 12 giugno 2008</i>	Indicazioni organizzative relative alla Direzione Sociale.	Possibilità di prevedere i Dipartimenti delle Dipendenze distinti dai Dipartimenti ASSI, nell'ambito dell'aggiornamento dei P.O.A.

<i>Circolare n.8 del 20 giugno 2008</i>	Seconda circolare applicativa della l.r. n.3/2008 “Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario”	Modalità di esercizio delle unità di offerta per il quale l’ articolo 15 della l.r. n. 3/2008 prevede che <i>“l’esercizio delle strutture relative alle unità di offerta della rete sociale di cui all’art.4, comma 2 (individuate con Del.7437) è soggetto alla presentazione di una comunicazione preventiva al Comune e all’Asl competente per territorio, che certifichi, da parte del gestore, il possesso dei requisiti previsti dalle disposizioni regionali”</i> .
<i>Circolare n.9 del 27 giugno 2008</i>	Costituzione dell’Ufficio di protezione giuridica delle persone prive di autonomia o incapaci di provvedere ai propri interessi.	Indirizzi per la costituzione, l’organizzazione e il funzionamento degli “uffici per la protezione giuridica” delle persone prive in tutto o in parte di autonomia o incapaci di provvedere ai propri interessi. Costituzione, entro il 31 agosto 2008 , dell’ “Ufficio di protezione giuridica” delle persone incapaci all’interno del Dipartimento ASSI; Organizzazione e compiti: assicurare un’adeguata tutela, protezione giuridica e presa in carico della persona, ai fini di garantirle, nel tempo, la realizzazione di un progetto di vita nel rispetto dei suoi interessi personali e patrimoniali.
<i>Circolare n.1 del 16 gennaio 2009</i>	Accreditamento delle unità d’offerta sociali.	La Circolare prevede che i Comuni assumano provvedimenti di competenza circa la definizione dei requisiti di accreditamento per le unità d’offerta previste dalla d.g.r. 20943/05 ed inserite nella rete d’offerta sociale. Tali provvedimenti dovranno essere assunti entro il 31 marzo anche all’interno del processo di redazione dei Piani di Zona.

<p><i>Circolare n.30 del 30 gennaio 2009</i></p>	<p>Ufficio di protezione giuridica.</p>	<p>Dalla ricognizione promossa dalla DG è emersa una situazione frammentaria quindi entro il 15 febbraio devono pervenire: recapito telefonico, mail, indirizzo dell'ufficio; nominativo del responsabile e relativa qualifica e organico dell'ufficio; progetto di attività per il 2009. In seguito saranno promosse le seguenti iniziative: -incontro tra tutti i responsabili degli uffici; -confronto dei progetti presentati; -corso di formazione per tutti gli operatori.</p>
--	---	--