

Sistema Socio Sanitario



ATS Brescia

Agenzia di Tutela della Salute di Brescia

Sede Legale: viale Duca degli Abruzzi, 15 – 25124 Brescia

Tel. 030.38381 Fax 030.3838233 - www.ats-brescia.it

Posta certificata: protocollo@pec.ats-brescia.it

Codice Fiscale e Partita IVA: 03775430980

DECRETO n. 5

del 07/01/2025

Cl.: 1.1.02

OGGETTO: Recepimento Piano di Zona 2025-2027 e presa d'atto Accordo di Programma. Ambito Territoriale Sociale n. 6 – Monte Orfano.

**Il DIRETTORE GENERALE - Dott. Claudio Vito Sileo
nominato con D.G.R. XII/1645 del 21.12.2023**

Acquisiti i **pareri** del
DIRETTORE SANITARIO
del
DIRETTORE SOCIOSANITARIO
e del
DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott.ssa Laura Emilia Lanfredini
Dott. Franco Milani
Dott.ssa Sara Cagliani



IL DIRETTORE GENERALE

Richiamata la Legge n. 328 del 08.11.2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";

Vista la L.R. n. 3 del 12.03.2008 "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario";

Viste:

- la D.G.R. n. XII/1473 del 04.12.2023 "Indicazioni in merito alla programmazione sociale territoriale per l'anno 2024 e al percorso di definizione delle linee d'indirizzo per il triennio 2025-2027 dei Piani di Zona";
- la D.G.R. n. XII/2167 del 15.04.2024 "Approvazione delle linee d'indirizzo per la programmazione sociale territoriale per il triennio 2025-2027";

Preso atto che:

- i Comuni attuano il Piano di Zona (PdZ 2025-27) mediante la sottoscrizione di un Accordo di Programma con ATS e l'ASST territorialmente competente ed eventualmente con gli Enti del Terzo Settore che hanno partecipato all'elaborazione del Piano;
- la nuova programmazione zonale è attuata in una logica di piena armonizzazione con il processo di programmazione dei Piani di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT 2025-27) di ASST;
- gli Ambiti Territoriali Sociali debbono operare affinché la nuova programmazione sociale garantisca una maggiore unitarietà tra interventi connessi e/o sovrapponibili legati a fonti diverse di finanziamento in modo da perseguire una ricomposizione territoriale delle azioni;
- la programmazione sociale è finalizzata inoltre al raggiungimento e alla stabilizzazione dei LEPS sul territorio, anche attraverso le progettualità finanziate dal PNRR M5C2;

Evidenziato il ruolo fondamentale della Cabina di Regia Integrata di ATS Brescia, quale luogo deputato alla condivisione degli obiettivi, alla collaborazione e integrazione tra gli attori, all'interno della quale:

- sono stati condivisi linee guida ed obiettivi della programmazione 2025-2027 nelle riunioni del 08.05.2024 (Rep. verb. 1478/24) e del 15.07.2024 (Rep. verb. 2214/24), con particolare attenzione agli aspetti di integrazione tra Piano di Zona e Piano di Sviluppo del Polo Territoriale;
- nella riunione del 14.11.2024 (Rep. verb. 3655/24) è stato condiviso lo stato di avanzamento dei Piani di Zona e dei Piani di Sviluppo del Polo Territoriale promuovendo inoltre un documento sintetico sugli organismi di *governance* sociosanitaria trasmesso successivamente agli Ambiti Territoriali Sociali con nota prot. n. 0115473 del 04.12.2024;

Precisato che la D.G.R. n. XII/2167/2024 ha fissato al 31.12.2024 la fase di approvazione del Piano di Zona e la sottoscrizione del relativo Accordo di Programma, mentre entro il 15.01.2025 ATS Brescia ha l'onere di provvedere all'invio alla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità del verbale della seduta dell'Assemblea dei Sindaci in cui è stato approvato il Piano di Zona, del documento del Piano di Zona e dell'Accordo di Programma;

Preso atto che la SC Governo e Integrazione con il Sistema Sociale, ha verificato, per il Piano di Zona dell'Ambito Territoriale Sociale n. 6 – Monte Orfano, la coerenza con gli indirizzi e gli obiettivi della programmazione, secondo quanto previsto dalla D.G.R. XII/2167/2024 e con nota prot. n. 0119269 del 16.12.2024, ha fornito il proprio assenso all'Assemblea dei Sindaci in merito alla sottoscrizione degli Accordi di Programma;



Dato atto che l'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito Territoriale Sociale n. 6 – Monte Orfano, ha approvato il Piano di Zona per il triennio 2025–2027 (All. "A" composto da n. 149 pagine), e conseguentemente sottoscritto il relativo Accordo di Programma (All. "B" composto da n. 17 pagine), nella riunione del 17.12.2024 (verbale Assemblea dei Sindaci agli atti) e successivamente sottoscritto da ASST Franciacorta, in qualità di ASST territorialmente competente;

Preso atto che l'Accordo di Programma relativo al Piano di Zona dell'Ambito Territoriale Sociale n. 6 – Monte Orfano di cui all'Allegato "B", dopo verifica della sussistenza dei presupposti e dei requisiti per la sottoscrizione effettuata dalla SC Governo e Integrazione con il Sistema Sociale, è stato sottoscritto dall'Agenzia in data 30.12.2024 con il Rep. n. 888/2024);

Vista la proposta del Direttore del Dipartimento della Programmazione per l'Integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie con quelle Sociali, Ing. Luca Chinotti;

Dato atto che il Direttore della SC Governo e Integrazione con il Sistema Sociale, Dott. Giovanni Maria Gillini, attesta, in qualità di Responsabile del procedimento, la regolarità tecnica del presente provvedimento;

Dato atto che dal presente provvedimento non discendono oneri per l'Agenzia;

Acquisiti i pareri del Direttore Sanitario, Dott.ssa Laura Emilia Lanfredini, del Direttore Sociosanitario, Dott. Franco Milani e del Direttore Amministrativo, Dott.ssa Sara Cagliani che attesta, altresì, la legittimità del presente atto;

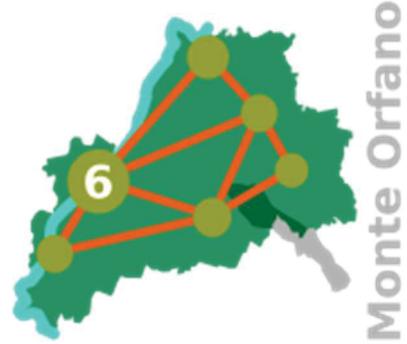
D E C R E T A

per le motivazioni indicate in premessa e qui integralmente richiamate:

- a) di recepire il Piano di Zona approvato dall'Assemblea di Ambito Territoriale Sociale n. 6 – Monte Orfano (All. "A" composto da n. 149 pagine), parte integrante e sostanziale al presente provvedimento;
- b) di prendere atto dell'Accordo di Programma sottoscritto dall'Assemblea dei Sindaci di Ambito Territoriale Sociale n. 6 – Monte Orfano con ATS Brescia e ASST Franciacorta (Allegato "B" composto da n. 17 pagine), parte integrante e sostanziale al presente provvedimento;
- c) di dare atto che il Piano di Zona 2025-2027 e il relativo Accordo di Programma, sono conservati in originale agli atti della SC Governo e Integrazione con il Sistema Sociale di questa Agenzia;
- d) di incaricare la SC Governo e Integrazione con il Sistema Sociale di trasmettere copia del presente provvedimento alla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità di Regione Lombardia, entro il 15.01.2025;
- e) di dare atto che il presente provvedimento è sottoposto al controllo del Collegio Sindacale, in conformità ai contenuti dell'art. 3-ter del D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. e dell'art. 12, comma 14, della L.R. n. 33/2009;
- f) di disporre, a cura della SC Affari Generali e Legal, la pubblicazione all'Albo online – sezione Pubblicità legale - ai sensi dell'art. 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009, e dell'art. 32 della L. n. 69/2009, ed in conformità alle disposizioni ed ai provvedimenti nazionali e comunitari in materia di protezione dei dati personali.

Firmato digitalmente dal Direttore Generale
Dott. Claudio Vito Sileo

PIANO DI ZONA



AMBITO TERRITORIALE SOCIALE

n. 6 Monte Orfano

Piano di Zona

Triennio 2025/2027

(D.G.R. XI/2167 del 15/04/2024)

COMUNI DI

- *ADRO*
- *CAPRIOLI*
- *COLOGNE*
- *ERBUSCO*
- *PALAZZOLO SULL'OGLIO*
- *PONTOGLIO*

(approvato nell'Assemblea dei Sindaci in data 17 dicembre 2024)

SINTESI DEL PIANO:

- | | |
|--|---------------------|
| 1. Il percorso di costruzione del Piano di Zona | pag. 3 |
| 2. Esiti della programmazione zonale 2021-2023 | pag. 6 |
| 3. Dati di contesto socio demografico | pag. 9 |
| 4. Analisi dei soggetti e delle reti presenti sul territorio | pag.47 |
| 5. Strumenti e processi di governance dell'Ambito Territoriale | pag. 65 |
| 6. Individuazione degli obiettivi della programmazione 2025/2027: a) Sovrateritoriali b) di ambito territoriale; | pag. 97 pag. 126 |
| 7. Sintesi delle risorse | pag. 144 |
| 8. Normativa di riferimento | pag. 146 |

1. IL PERCORSO DI COSTRUZIONE DEL PIANO DI ZONA

Operativamente, il lavoro di costruzione del nuovo strumento di programmazione è partito nel mese di maggio 2024, a seguito dell'approvazione delle nuove Linee Guida Regionali di cui alla DGR XII/2167 del 15/04/2024.

Come previsto specificamente dalle Linee di Indirizzo soprarichiamate e coerentemente con l'impostazione di lavoro che come territorio è stata privilegiata anche per dare attuazione agli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, lo strumento utilizzato per il confronto con il terzo settore e con i soggetti rappresentativi del territorio è stato quello proposto dal Decreto Legislativo 117 del 03 luglio 2017 e specificamente un percorso di co programmazione, finalizzato a contribuire ad una lettura dei bisogni più articolata e completa rispetto ad un lavoro autonomo condotto dagli enti.

Nello stesso tempo, come condiviso nel corso della Cabina di Regia del 8 maggio 2024, come Coordinamento degli Uffici di Piano di riferimento di ATS Brescia si è scelto di mantenere il confronto con le realtà provinciali ad un livello sovra Ambito relativamente ad alcune policy che tradizionalmente vedono tutti i territori impegnati alla loro realizzazione (area povertà e inclusione sociale, area lavoro, area dell'abitare, area della disabilità) e che comportano il coinvolgimento di soggetti che operano trasversalmente sui diversi territori.

Rispetto alla programmazione del precedente Piano di Zona è invece risultata molto più centrale la programmazione che ha coinvolto in modo integrato i quattro Ambiti Territoriali di riferimento di ASST Franciacorta (Sebino, Monte Orfano Oglio Ovest e Bassa Bresciana Occidentale), in specifico sulla partita dell'integrazione socio sanitaria, argomento che ha una centralità assoluta nella programmazione in corso di definizione.

Pertanto, anche in questa programmazione, in analogia con le precedenti esperienze, il lavoro di costruzione del nuovo Piano è stato condotto su più livelli, e specificamente:

1. a livello di Ambito Terroriale (Assemblea dei Sindaci del Piano di Zona e Ufficio di Piano con il contesto territoriale specifico);
2. a livello di Ambiti di riferimento dell'ASST Franciacorta (Sebino, Monte Orfano Oglio Ovest e Bassa Bresciana Occidentale), e Servizi di Asst;
3. a livello di Ambiti afferenti ad ATS Brescia, con riferimento ad alcuni temi di politiche sociali (Coordinamento Uffici di Piano/Terzo Settore nelle sue rappresentanze a livello provinciale).

In sintesi il percorso previsto è stato il seguente:

1. n. 4 tavoli di confronto con il coinvolgimento di ASST/UFFICI DI PIANO, per la parte inerente l'integrazione socio sanitaria, con focus specifico su:

- a) valutazione multidimensionale;
- b) salute mentale, con specifico riferimento alle problematiche connesse ai minori;
- c) COT e PUA;
- d) dimissioni protette.

2. n. 4 tavoli di analisi e progettazione tra ambiti/terzo settore (rappresentanze provinciali), con focus specifico su:

- a) povertà/inclusione sociale;
- b) politiche abitative;

c) politiche del lavoro;

d) disabilità.

3. lavoro territoriale specifico con i Comuni dell'Ambito (parte tecnica e parte politica), che ha visto la pubblicazione di un Avviso di avvio del percorso di co programmazione, articolato su 3 diverse aree di bisogno (Non autosufficienza – anziani e disabili, famiglia e minori e povertà e inclusione), tutte che richiamano i Leps individuati come prioritari dalle Linee di Indirizzo, al quale hanno risposto complessivamente n. 20 realtà.

Questo lavoro ha portato ad individuare, all'interno delle macroaree sopra richiamate, delle “priorità di intervento”, intese come obiettivi condivisi, dettagliatamente indicati nel proseguo del documento, come risultati dal lavoro di confronto tecnico/politico condotto in questi mesi e che saranno oggetto di successivi percorsi di co progettazione per assicurarne lo sviluppo e la cosiddetta “messa a terra”

Così come ribadito dalle Linee di Indirizzo regionali, l'esperienza della passata programmazione, anche fortemente influenzata dall'attuazione dei vari progetti del PNRR, conferma il ruolo di Regia e di governo della Rete territoriale svolto dall'Ufficio di Piano, sia nel rapporto con i Comuni dell'Ambito che con riferimento ai soggetti formali e informali operanti sul territorio, ma anche (e questa rappresenta una novità rispetto alle precedenti triennalità), nella relazione con il Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali che ha identificato l'Ambito Territoriale Sociale come un interlocutore diretto di numerose progettualità (PrInS, Pnrr, Piano Povertà, ecc.).

Si sintetizzano di seguito gli incontri effettuati in questi mesi:

| | |
|------------|---|
| 06/05/2024 | Coordinamento Uffici di Piano ATS Brescia |
| 08/05/2024 | Cabina di Regia di ATS Brescia |
| 20/05/2024 | Tavolo di Coordinamento Udp Con ETS |
| 21/05/2024 | Pubblicazione manifestazione d'interesse per l'avvio del percorso di co – programmazione finalizzato alla definizione del piano di zona 2025/2027 |
| 27/05/2024 | Tavolo disabilità Coordinamento Uffici di Piano ATS Brescia |
| 20/06/2024 | Tavolo disabilità Coordinamento Uffici di Piano ATS Brescia |
| 26/06/2024 | Tavolo lavoro Coordinamento Uffici di Piano ATS Brescia |
| 27/06/2024 | Tavolo povertà Coordinamento Uffici di Piano ATS Brescia |
| 01/07/2024 | Tavolo politiche abitative Coordinamento Uffici di Piano |
| 10/07/2024 | Tavolo disabilità Coordinamento Uffici di Piano ATS Brescia |
| 15/07/2024 | Tavolo Ambito 6 macroarea minori – famiglia - giovani |
| 16/07/2024 | Tavolo Ambito 6 macroarea non autosufficienza |
| 16/07/2024 | Tavolo Ambito 6 macroarea disagio adulto/povertà |
| 26/07/2024 | Tavolo lavoro Coordinamento Uffici di Piano ATS Brescia |
| 07/08/2024 | Tavolo di integrazione ASST Franciacorta e Ambiti 5-6-7-8 |
| 13/09/2024 | Tavolo disabilità Coordinamento Uffici di Piano ATS Brescia |
| 17/9/2024 | Tavolo di integrazione ASST Franciacorta e Ambiti 5-6-7-8 |
| 18/09/2024 | Equipe di coordinamento tra Udp e assistenti sociali dell'ambito |
| 23/09/2024 | Tavolo lavoro Coordinamento Uffici di Piano ATS Brescia |
| 23/09/2024 | Tavolo Ambito 6 macroarea non autosufficienza |
| 23/09/2024 | Tavolo Ambito 6 macroarea minori – famiglia - giovani |
| 25/09/2024 | Tavolo Ambito 6 macroarea disagio adulto/povertà |
| 07/10/2024 | Assemblea dei Sindaci per aggiornamento stesura del nuovo Piano di Zona |
| 15/10/2024 | Tavolo di integrazione ASST Franciacorta e Ambiti 5-6-7-8 |
| 22/10/2024 | Tavolo di integrazione ASST Franciacorta e Ambiti 5-6-7-8 |

| | |
|------------|--|
| 24/10/2024 | Tavolo di integrazione ASST Franciacorta e Ambiti 5-6-7-8 |
| 14/11/2024 | Cabina di regia ATS Brescia per aggiornamento in merito ai documenti di programmazione territoriale e approvazione obiettivi di integrazione sociosanitaria; |
| 10/12/2024 | Presentazione Schema Piano di Zona all'Assemblea dei Sindaci |
| 16/12/2024 | Presentazione Schema Piano di Zona ai soggetti che hanno partecipato alla co programmazione |
| 17/12/2024 | Approvazione Piano di Zona e Accordo di Programma da parte dell'Assemblea dei Sindaci |
| 19/12/2024 | Approvazione Piano di Zona e Accordo di Programma da parte del Consiglio Comunale dell'ente capofila. |
| | |

Dal 20 al 24 dicembre si prevede la sottoscrizione dell'Accordo di Programma da parte dei Sindaci dei sei Comuni dell'Ambito e successivamente di ASST e ATS.

LA VALUTAZIONE DEL PIANO DI ZONA 2021/2023

| Titolo Obiettivo | Grado di raggiungimento dell'obiettivo | Valutazione da parte degli utenti | Livello di coincidenza tra risorse stanziate e risorse impegnate/linee guida | Criticità rilevate | L'obiettivo ha adeguatamente risposto ad un bisogno producendo un cambiamento positivo nell'area individuata come problematica | Continuità con la programmazione precedente | Obiettivo da ri proporre 2025/2027? |
|---|--|-----------------------------------|--|--|--|---|--|
| Consolidamento della gestione associata dei servizi ed interventi già in corso e sviluppo di nuove gestioni (Ufficio di Prossimità, Servizio di supporto alla valutazione multidimensionale), con individuazione di personale dedicato. | 100% | Non pertinente | Non previsto nella definizione dell'obiettivo | nessuna | SI in quanto c'è stata una funzione di raccordo costante rispetto all'area disabilità ed anziani. | SI | SI, in quanto la gestione associata garantisce una distribuzione uniforme dei servizi nel territorio, sviluppa e qualifica i SS. |
| Definizione, in via sperimentale, di una bozza di linee guida per la presa in carico di donne vittime di violenza e di minori vittime di violenza assistita. | 0% | Non pertinente | Non previsto nella definizione dell'obiettivo | Difficoltà di coordinamento tra le esigenze di protezione dei minori e delle donne vittime di violenza, che non hanno portato alla definizione di linee guida. | Difficoltà di coordinamento tra le esigenze di protezione dei minori e delle donne vittime di violenza, che non hanno portato alla definizione di linee guida. | NO | NO |

| | | | | | | | |
|--|------|----------------|---|--------------|---|----|---|
| Consolidamento dell'equipe operativa della misura Reddito di Cittadinanza | 100% | Non pertinente | Non previsto nella definizione dell'obiettivo | nessuna | SI, l'assunzione a tempo pieno di una operatrice Assistente Sociale, ha consentito di garantire l'implementazione dell'equipe con una figura di case manager. | NO | NO, in quanto l'obiettivo è stato completamente raggiunto. |
| Sviluppo di interventi personalizzati a partire dalle condizioni di bisogno dei cittadini | 80% | Non pertinente | Non previsto nella definizione dell'obiettivo | nessuna | SI, soprattutto negli ultimi anni si è lavorato molto sulla definizione di risposte flessibili e personalizzate a fronte di bisogni complessi. Sono stati sottoscritti sempre più P.I. definiti dall'equipe multiprofessionale. È stata sperimentata la figura del Process Manager. | NO | SI, nel prossimo PDZ i momenti di integrazione verranno intensificati anche per ottenerne agli obiettivi previsti dal PNRR. |
| Sviluppo di interventi a sostegno alla disabilità attraverso la ri-composizione delle misure/azioni/attività – sviluppo del progetto di vita | 100% | Non pertinente | Non previsto nella definizione dell'obiettivo | nessuna | SI, almeno 6 Progetti di vita sono stati costruiti in un'ottica di collaborazione con ASST per quanto riguarda la raccolta dei bisogni e lo sviluppo di progettualità condivise. L'UDP si è occupato della ricomposizione delle risorse economiche pubbliche e familiari. | SI | SI, verrà intensificato il lavoro di integrazione delle risorse e delle opportunità attivabili alla luce di un incremento di risorse dedicate soprattutto all'area della non autosufficienza. |
| Co – progettazione | 0% | Non pertinente | Non previsto nella definizione dell'obiettivo | Non previsto | L'obiettivo non è stato raggiunto in quanto non si è riusciti a sperimentare lo strumento della co- | NO | SI, l'Istituto della Co-progettazione verrà riproposto come strumento del prossimo PDZ come valore aggiunto di un lavoro condiviso che valorizza le singole identità |

| | | | | | |
|---|------|----------------|---|---|---|
| famiglie fragili con figli minori | | | | progettazione | |
| Sperimentazione progetti di presa in carico di persone fragili con focus specifico su interventi di housing sociale | 100% | Non pertinente | Non previsto nella definizione dell'obiettivo | nessuna | SI, attraverso l'offerta di offerta abitativa temporanea e la costruzione di un sistema certo e celere di risposta ai bisogni emergenziali. |
| Sviluppo progetti di accompagnamento al lavoro | 100% | Non pertinente | Non previsto nella definizione dell'obiettivo | Reperimento delle postazioni | NO È stato mantenuto il dialogo con le imprese ed aziende del territorio, già coinvolte nelle diverse misure (Conciliazione, alternanza scuola/lavoro, ecc.) |
| Sostenere la funzione genitoriale e il rapporto tra generazioni | 100% | Non pertinente | Non previsto nella definizione dell'obiettivo | Intercettazione di famiglie che non siano già sensibili al tema | NO Attraverso il Centro per la Famiglia sono state organizzate serate dedicate ai genitori. |
| | | | | | SI, attraverso l'apertura di un Centro Diurno Adolescenti in collaborazione con una cooperativa del terzo settore. |

ANALISI DELLE DINAMICHE DEMOGRAFICHE E REDDITUALI DELL'AMBITO

Il Territorio



L'Ambito Distrettuale n. 6 Monte Orfano è composto da 6 Comuni, ossia Adro, Capriolo, Cologne, Erbusco, Palazzolo sull'Oglio e Pontoglio, e presenta un'estensione totale pari ad 89,05 Km^q, con popolazione residente al 01/01/2024 di 60.215 abitanti, ed una densità abitativa di 671,68 abitanti per Km^q.

I Comuni di Adro, Capriolo ed Erbusco fanno parte della rinomata Franciacorta, località stimata ed apprezzata soprattutto per i vigneti e la relativa produzione di vino, mentre i Comuni di Capriolo, Palazzolo sull'Oglio e Pontoglio sono attraversati dal fiume Oglio, importante fiume italiano affluente del Po.

Palazzolo sull'Oglio risulta essere il Comune in cui hanno prevalentemente sede i servizi sanitari, educativi e scolastici destinati anche all'Ambito distrettuale.

In tale Comune trova sede la “Fondazione Richiedei” con i reparti di riabilitazione, geriatria e alcologia e, alla luce del nuovo assetto normativo avranno sede in detto Comune alcuni servizi previsti dalla riforma regionale (Ospedale di Comunità e Casa di Comunità).

Ad oggi a Palazzolo sull'Oglio hanno sede alcuni servizi socio sanitari dell'ASST Franciacorta, oltre al consultorio “Il Faro”, gestito dalla Cooperativa Fraternità Creativa.

Hanno inoltre sede a Palazzolo l'Istituto di Istruzione superiore: “Giuseppe Marzoli”, al cui interno si trovano alcuni indirizzi di studio quali l'Istituto tecnico tecnologico, il liceo scientifico, scientifico – scienze applicate, linguistico e delle scienze umane e l'Istituto Professionale di Stato “Giovanni Falcone” con indirizzo commerciale, turistico, grafico pubblicitario, sociale, con sezioni ad orientamento sportivo. È infine presente nel Comune di Adro l'Istituto dei Padri Carmelitani con il liceo classico, scientifico e linguistico.

L'andamento demografico

| Ente | Provincia |
|-------------------------------|-----------|
| Comune di Adro | BS |
| Comune di Cologne | BS |
| Comune di Capriolo | BS |
| Comune di Erbusco | BS |
| Città di Palazzolo Sull'Oglio | BS |
| Comune di Pontoglio | BS |

Età media della popolazione

Tale indice rappresenta l'età media di una data popolazione. Esso viene calcolato come rapporto tra la somma degli anni vissuti complessivamente dai residenti e il numero dei sopravviventi.

| | 1981 | 1991 | 2001 | 2011 | 2022 |
|-----------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Età media | 34.34 | 37.76 | 40.24 | 40.91 | 43.71 |

fonte: Istat - <http://dwcis.istat.it>

In circa 40 anni l'età media della popolazione è cresciuta di circa 10 anni con una progressione costante nel tempo.

I comuni del distretto 6 hanno visto una dinamica parallela a quella di tutti i comuni della provincia di Brescia, che sono passati da un valore di 35,31 anni nel 1981 ad un valore di 44,33 nel 2019

Ciò è dovuto essenzialmente al miglioramento della qualità della vita e al progresso della medicina nella cura delle malattie, garantendo una maggiore sopravvivenza.

Età mediana della popolazione

Mentre l'età media è calcolata tramite la media aritmetica delle età dei soggetti di una popolazione, l'età mediana ripartisce il campione secondo l'età in due gruppi ugualmente numerosi. Metà della popolazione ha già superato quest'età e l'altra metà è invece più giovane. Si tratta quindi di un indice che sintetizza la distribuzione delle età nella popolazione.

| | 1981 | 1991 | 2001 | 2011 | 2022 |
|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Età mediana | 33.0 | 37.7 | 38.3 | 42.8 | 47.7 |

fonte: Istat - <http://dwcis.istat.it>

I comuni del distretto 6 hanno mantenuto la stessa dinamica dei comuni della provincia di Brescia.

L'età mediana dei residenti in provincia nel 1981 era di 33,2 mentre nel 2019 è di 47,5.

L'età mediana è più alta dell'età media per la diversa modalità di calcolo.

La speranza di vita è migliorata ma l'età massima no.

La mediana rappresenta la persona che si colloca esattamente al centro della distribuzione delle età: metà dei concittadini sono più giovani e metà più anziani.

Questo indicatore demografico rappresenta meglio il fenomeno di invecchiamento della popolazione rispetto all'età media.

Speranza di vita della popolazione

La speranza di vita rappresenta il numero medio di anni di vita di un individuo alla nascita. Tale indicatore statistico esprime cioè una previsione sull'aspettativa di vita della popolazione ed è inoltre fortemente influenzato da fattori come la prosperità economica ed il tasso di inquinamento della zona interessata

| | 1981 | 1991 | 2001 | 2011 | 2022 |
|--------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Speranza di vita maschi | 71.5 | 71.0 | 72.1 | 69.7 | 72.2 |
| Speranza di vita femmine | 76.6 | 80.4 | 83.5 | 77.7 | 79.4 |

fonte: Istat - <http://dwcis.istat.it>

Anche nel caso della speranza di vita i residenti dei comuni dell'Ambito 6 vedono una speranza di vita leggermente inferiore ai residenti nell'intera provincia di Brescia.

Esattamente, nel 2019, un uomo nella provincia ha una speranza di vita di 73,5 anni e una donna di 79,9.

L'andamento di questo indicatore dimostra quanto detto rispetto all'aumento della età media e mediana. L'età massima non aumenta: un maggior numero di persone vive più a lungo e meglio, ma l'aspettativa di vita massima non aumenta.

Rapporto di mascolinità nella popolazione

Indica quanti maschi per 100 femmine sono presenti nella popolazione.

| | 1981 | 1991 | 2001 | 2011 | 2022 |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Indice di mascolinità | 188.2 | 189.9 | 97.4 | 98.9 | 101.3 |

fonte: Istat - <http://dwcis.istat.it>

Indice di vecchiaia della popolazione

L'indice di vecchiaia è un indicatore statistico che esprime il peso della popolazione anziana rispetto al totale degli abitanti. Tale indice viene calcolato come il rapporto tra il numero di soggetti di età pari o superiore a 65 anni ed il numero di soggetti minori di anni 15. Questo indicatore rappresenta quindi il grado di invecchiamento di una popolazione.

| | 1981 | 1991 | 2001 | 2011 | 2022 |
|---------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Indice di vecchiaia | 45.4 | 79.1 | 105.0 | 107.7 | 144.7 |

fonte: Istat - <http://dwcis.istat.it>

Questo indicatore conferma l'invecchiamento della popolazione.

Anche in questo caso i residenti nell'ambito 6 presentano un valore più basso rispetto all'intera provincia.

L'indicatore nel 2019 per la provincia raggiunge il valore di 157,6.

In questo caso la differenza rappresenta un fattore positivo: ci sono meno anziani per 100 giovani nei comuni del distretto 6.

Indice di dipendenza

L'indice di dipendenza misura il rapporto tra individui dipendenti ed individui indipendenti di una popolazione. Esso è calcolato dividendo la quota percentuale di anziani ultra 65enni e di giovani minori di 15 anni, per la popolazione in età lavorativa, cioè 15-65 anni.

| | 1981 | 1991 | 2001 | 2011 | 2022 |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Indice di dipendenza | 48.2 | 39.5 | 43.5 | 50.0 | 53.8 |

fonte: Istat - <http://dwcis.istat.it>

Anche questo indicatore è positivo per i comuni dell'Ambito 6 rispetto alla provincia, che segna un valore nel 2019 di 55,8.

Significa che ci sono più persone in grado di lavorare e portare il proprio contributo alla comunità. A questo fenomeno ha contribuito anche l'immigrazione, che ha visto soprattutto intorno al 2000 un forte incremento della popolazione in età lavorativa.

Il "peso" di minori e anziani è minore rispetto alla provincia.

Naturalmente solo in linea teorica si può parlare di peso, in particolare per gli anziani.

Sono certamente aumentati i grandi vecchi, le persone oltre gli 85 anni, ma la risorsa rappresentata delle persone che hanno tra i 65 e gli 85 anni è un fattore che difficilmente può essere considerato un peso. Al contrario, nella composizione sociale, la quota delle persone tra 65 e 85 anni, i "nonni", rappresentano una grandissima risorsa per le famiglie e la comunità.

Negli ultimi anni in particolare, questa fascia d'età ha consentito un grande sviluppo della cura delle persone più fragili, compreso i bambini i cui genitori sono sempre più spesso entrambi lavoratori, una maggior cura del territorio, attraverso le associazioni di volontariato.

Di conseguenza questa composizione della popolazione ha consentito anche uno sviluppo della socialità.

Indice di dipendenza degli anziani

Indica la percentuale di anziani ultra 65enni sul totale della popolazione.

| | 1981 | 1991 | 2001 | 2011 | 2022 |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Indice di dipendenza degli anziani | 10.2 | 12.5 | 15.5 | 17.3 | 20.7 |

fonte: Istat - <http://dwcis.istat.it>

Il valore medio provinciale si attesta a 21,9 nel 2019.

Indice di ricambio della forza lavoro

Tale indice esprime la percentuale di soggetti tra i 60 e 65 anni rispetto a 100 giovani tra 15 e 20 anni. In tal modo si rapporta la fetta di popolazione in procinto di uscire dal mondo del lavoro con quella prossima ad entrarvi.

| | 1981 | 1991 | 2001 | 2011 | 2022 |
|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Indice di ricambio della forza lavoro | 38.9 | 69.4 | 113.6 | 115.5 | 126.5 |

fonte: Istat - <http://dwcis.istat.it>

L'indice nei comuni della provincia di Brescia si attesta a 124.

La popolazione più giovane dei comuni dell'Ambito 6 rappresenta un fattore positivo: ci sono più ricambi per la forza lavoro che si avvia alla quiescenza.

Indice di carico figli per donna

Indica quanti bambini con meno di 5 anni sono presenti nella popolazione per 100 donne in età fertile (19-50 anni).

| | 1981 | 1991 | 2001 | 2011 | 2022 |
|-------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Indice di carico di figli per donna | 24.2 | 18.1 | 20.4 | 25.1 | 19.1 |

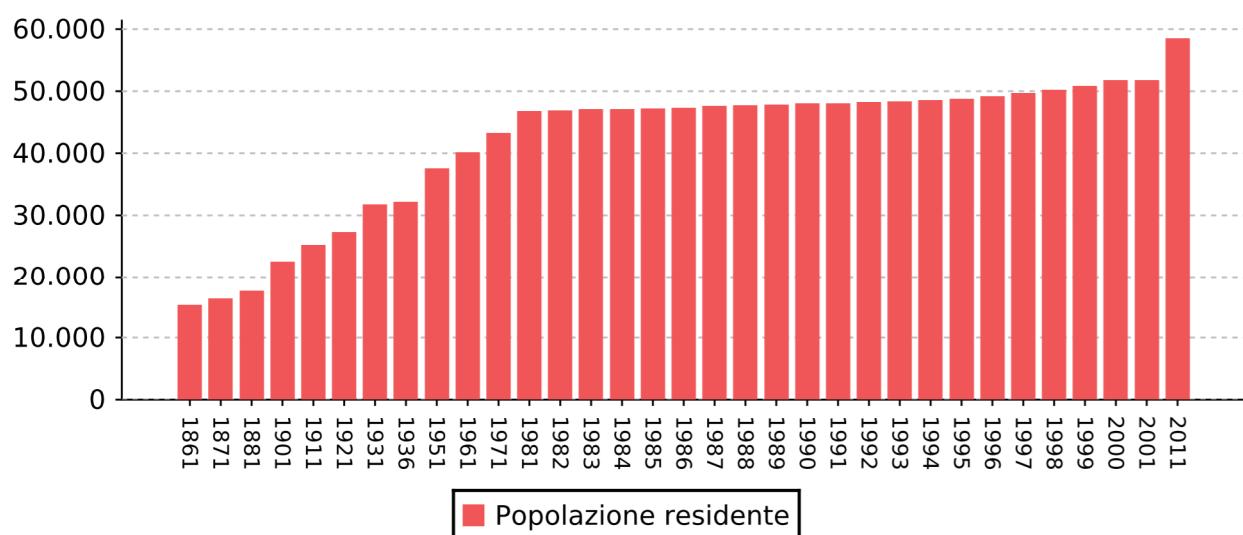
fonte: Istat - <http://dwcis.istat.it>

L'indicatore provinciale nel 2019 è pari a 19,6, del tutto simile a quello dell'Ambito 6.

Popolazione residente agli ultimi censimenti

| Anno | Popolazione | Incremento | Progressivo |
|------|-------------|------------|-------------|
| 1861 | 15.217 | 0,00% | 0,00% |
| 1871 | 16.279 | 6,98% | 7,00% |
| 1881 | 17.497 | 7,48% | 15,00% |
| 1901 | 22.517 | 28,69% | 48,00% |
| 1911 | 25.199 | 11,91% | 65,60% |
| 1921 | 27.231 | 8,06% | 79,00% |
| 1931 | 31.709 | 16,44% | 108,40% |
| 1936 | 32.149 | 1,39% | 111,30% |
| 1951 | 37.510 | 16,68% | 146,50% |
| 1961 | 40.168 | 7,09% | 164,00% |
| 1971 | 43.242 | 7,65% | 184,20% |
| 1981 | 46.464 | 7,45% | 205,30% |
| 1981 | 46.744 | 0,60% | 207,20% |
| 1982 | 46.898 | 0,33% | 208,20% |
| 1983 | 47.069 | 0,36% | 209,30% |
| 1984 | 47.108 | 0,08% | 209,60% |
| 1985 | 47.217 | 0,23% | 210,30% |
| 1986 | 47.315 | 0,21% | 210,90% |
| 1987 | 47.617 | 0,64% | 212,90% |
| 1988 | 47.670 | 0,11% | 213,30% |
| 1989 | 47.829 | 0,33% | 214,30% |
| 1990 | 47.983 | 0,32% | 215,30% |
| 1991 | 47.983 | 0,00% | 215,30% |
| 1991 | 48.053 | 0,15% | 215,80% |
| 1992 | 48.231 | 0,37% | 217,00% |
| 1993 | 48.351 | 0,25% | 217,70% |
| 1994 | 48.554 | 0,42% | 219,10% |
| 1995 | 48.761 | 0,43% | 220,40% |
| 1996 | 49.110 | 0,72% | 222,70% |
| 1997 | 49.697 | 1,20% | 226,60% |
| 1998 | 50.223 | 1,06% | 230,00% |
| 1999 | 50.812 | 1,17% | 233,90% |
| 2000 | 51.760 | 1,87% | 240,10% |
| 2001 | 51.760 | 0,00% | 240,10% |
| 2011 | 58.445 | 12,92% | 284,10% |

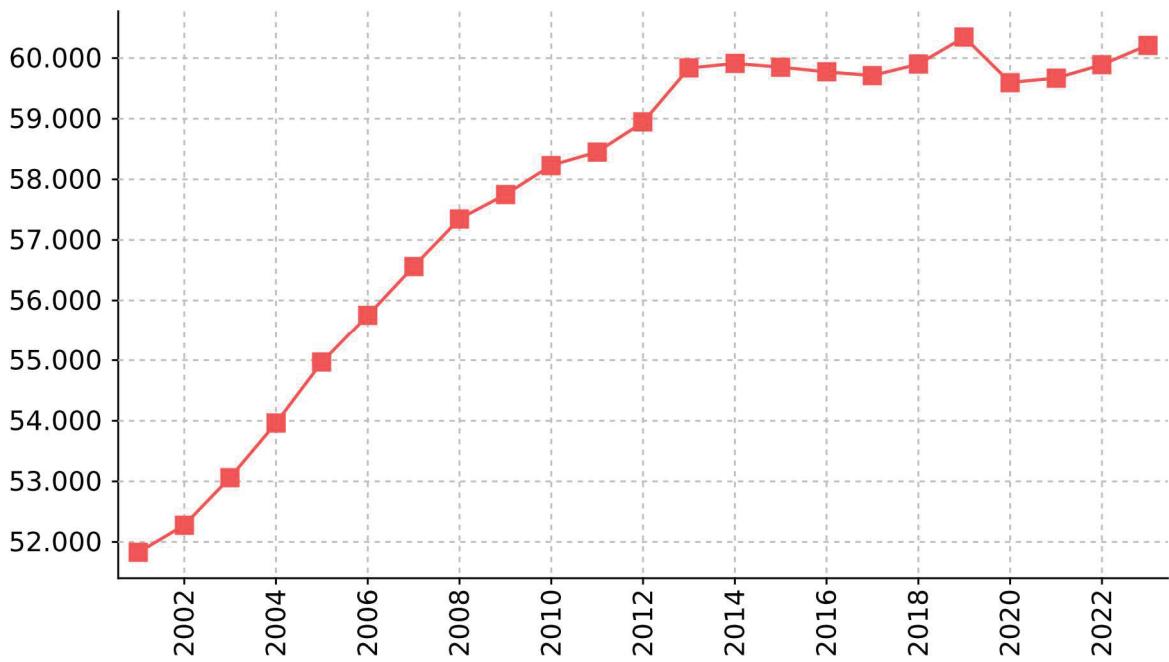
Popolazione residente ai censimenti



Popolazione residente

| Anno | Popolazione | Incremento | Progressivo |
|------|-------------|------------|-------------|
| 2001 | 51.828 | 0,13% | 0,00% |
| 2002 | 52.279 | 0,87% | 0,87% |
| 2003 | 53.064 | 1,50% | 2,38% |
| 2004 | 53.962 | 1,69% | 4,12% |
| 2005 | 54.971 | 1,87% | 6,06% |
| 2006 | 55.752 | 1,42% | 7,57% |
| 2007 | 56.563 | 1,45% | 9,14% |
| 2008 | 57.349 | 1,39% | 10,65% |
| 2009 | 57.750 | 0,70% | 11,43% |
| 2010 | 58.231 | 0,83% | 12,35% |
| 2011 | 58.452 | 0,06% | 12,78% |
| 2012 | 58.943 | 0,84% | 13,73% |
| 2013 | 59.837 | 1,52% | 15,45% |
| 2014 | 59.912 | 0,13% | 15,60% |
| 2015 | 59.852 | -0,10% | 15,48% |
| 2016 | 59.773 | -0,13% | 15,33% |
| 2017 | 59.713 | -0,10% | 15,21% |
| 2018 | 59.902 | 0,32% | 15,58% |
| 2019 | 60.346 | 0,67% | 16,44% |
| 2020 | 59.600 | -0,05% | 15,00% |
| 2021 | 59.671 | 0,12% | 15,13% |
| 2022 | 59.892 | 0,37% | 15,56% |
| 2023 | 60.215 | 0,27% | 16,18% |

Grafico della Popolazione residente



Incrementi annuali nei residenti



Questo indicatore rappresenta la dinamica del saldo della popolazione rispetto all'anno precedente.
Il saldo è sempre stato positivo fino al 2014.

Dal 2015 si ha una sostanziale parità, un incremento nel 2018 e 2019 e una riduzione nel 2020.

La pandemia Covid-19 ha pesato e peserà certamente sulle dinamiche demografiche.

Non soltanto in termini quantitativi, per il maggior numero di decessi nel 2020, ma soprattutto in termini di composizione della popolazione, avendo colpito soprattutto la popolazione anziana.

Dettaglio degli ultimi censimenti

| Anno | Popolazione residente | Maschi residenti | Femmine residenti | Percentuale maschi | Percentuale femmine |
|------|-----------------------|------------------|-------------------|--------------------|---------------------|
| 1981 | 46.464 | 22.538 | 23.926 | 48,51% | 51,49% |
| 1981 | 46.744 | 22.655 | 24.089 | 48,47% | 51,53% |
| 1982 | 46.898 | 22.789 | 24.109 | 48,59% | 51,41% |
| 1983 | 47.069 | 22.844 | 24.225 | 48,53% | 51,47% |
| 1984 | 47.108 | 22.881 | 24.227 | 48,57% | 51,43% |
| 1985 | 47.217 | 22.925 | 24.292 | 48,55% | 51,45% |
| 1986 | 47.315 | 23.022 | 24.293 | 48,66% | 51,34% |
| 1987 | 47.617 | 23.159 | 24.458 | 48,64% | 51,36% |
| 1988 | 47.670 | 23.184 | 24.486 | 48,63% | 51,37% |
| 1989 | 47.829 | 23.283 | 24.546 | 48,68% | 51,32% |
| 1990 | 47.983 | 23.375 | 24.608 | 48,72% | 51,28% |
| 1991 | 47.983 | 23.375 | 24.608 | 48,72% | 51,28% |
| 1991 | 48.053 | 23.404 | 24.649 | 48,70% | 51,30% |
| 1992 | 48.231 | 23.508 | 24.723 | 48,74% | 51,26% |
| 1993 | 48.351 | 23.583 | 24.768 | 48,77% | 51,23% |
| 1994 | 48.554 | 23.664 | 24.890 | 48,74% | 51,26% |
| 1995 | 48.761 | 23.782 | 24.979 | 48,77% | 51,23% |
| 1996 | 49.110 | 24.002 | 25.108 | 48,87% | 51,13% |
| 1997 | 49.697 | 24.332 | 25.365 | 48,96% | 51,04% |
| 1998 | 50.223 | 24.671 | 25.552 | 49,12% | 50,88% |
| 1999 | 50.812 | 24.976 | 25.836 | 49,15% | 50,85% |
| 2000 | 51.760 | 25.537 | 26.223 | 49,34% | 50,66% |
| 2001 | 51.760 | 25.537 | 26.223 | 49,34% | 50,66% |
| 2011 | 58.445 | 29.060 | 29.385 | 49,72% | 50,28% |

Popolazione straniera residente ai censimenti

| | 1991 | 2001 | 2011 |
|---|-------------|-------------|-------------|
| Stranieri residenti al censimento | 287 | 2149 | 7370 |
| Stranieri residenti al censimento - Femmine | - | 846 | 3498 |
| Stranieri residenti al censimento - Maschi | - | 1303 | 3872 |

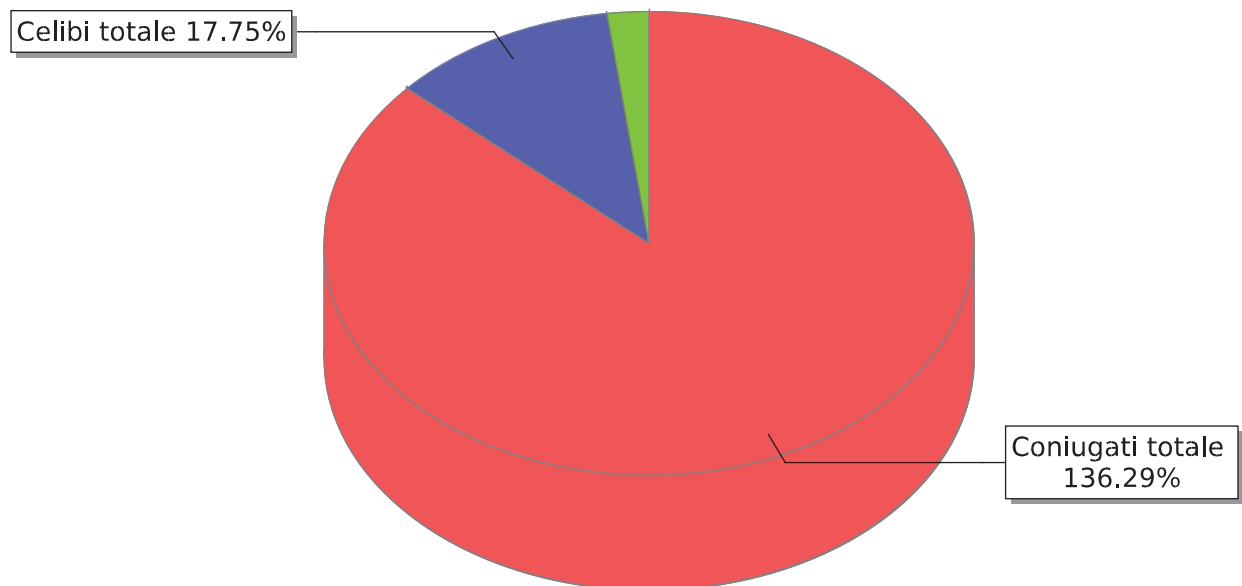
Composizione familiare ai censimenti

| | 1991 | 2001 | 2011 |
|-------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Popolazione residente al censimento | 47.983 | 51.760 | 58.445 |
| Numero medio di componenti | 2,84 | 2,61 | 2,50 |
| Famiglie al censimento | 16.876 | 19.809 | 23.319 |

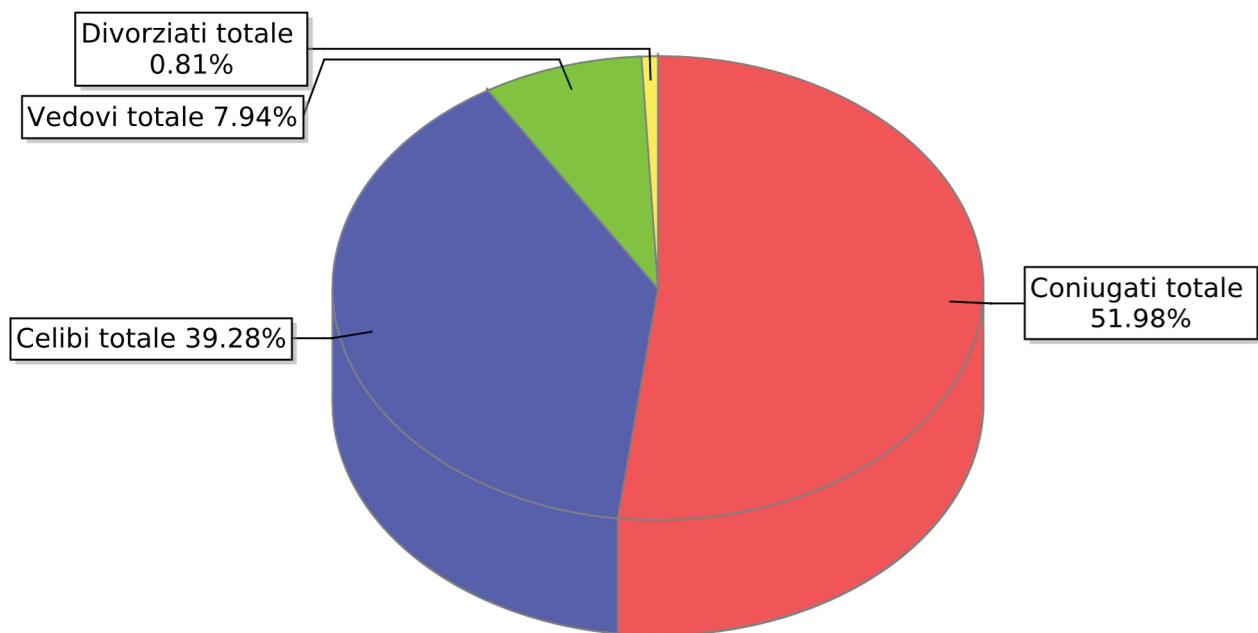
Stato civile della popolazione residente

| Anno | Maschi | Femmine | Popolazione residente | |
|---------------------------|---------------|----------------|------------------------------|-------------|
| 1981 | 22.470 | 23.839 | 46.309 | |
| 1991 | 3.712 | 14.110 | 17.822 | |
| 2001 | 25.224 | 25.904 | 51.128 | |
| 2011 | 29.066 | 29.386 | 58.452 | |
| 2022 | 30.203 | 29.848 | 60.051 | |
| | 1981 | 1991 | 2001 | 2011 |
| Minori di anni 25 | 21.567 | 19.651 | 17.675 | 15.970 |
| Celibi/Nubili | 20.325 | 3.164 | 20.081 | 24.819 |
| Coniugati totale | 22.733 | 24.290 | 26.577 | 28.467 |
| Divorziati totale | 38 | 27 | 412 | 973 |
| Vedovi totale | 3.213 | 555 | 4.058 | 4.193 |
| | 1981 | 1991 | 2001 | 2011 |
| Minori di anni 25 maschi | 10.964 | 10.080 | 9.162 | 8.216 |
| Celibi maschi | 10.641 | 1.702 | 11.027 | 13.774 |
| Coniugati maschi | 11.357 | 12.134 | 13.434 | 14.222 |
| Divorziati maschi | 23 | 15 | 196 | 445 |
| Vedovi maschi | 449 | 75 | 567 | 625 |
| | 1981 | 1991 | 2001 | 2011 |
| Minori di anni 25 femmine | 10.603 | 9.571 | 8.513 | 7.754 |
| Coniugate femmine | 11.376 | 12.156 | 13.143 | 14.245 |
| Divorziate femmine | 15 | 12 | 216 | 528 |
| Nubili femmine | 9.684 | 1.462 | 9.054 | 11.045 |
| Vedove femmine | 2.764 | 480 | 3.491 | 3.568 |

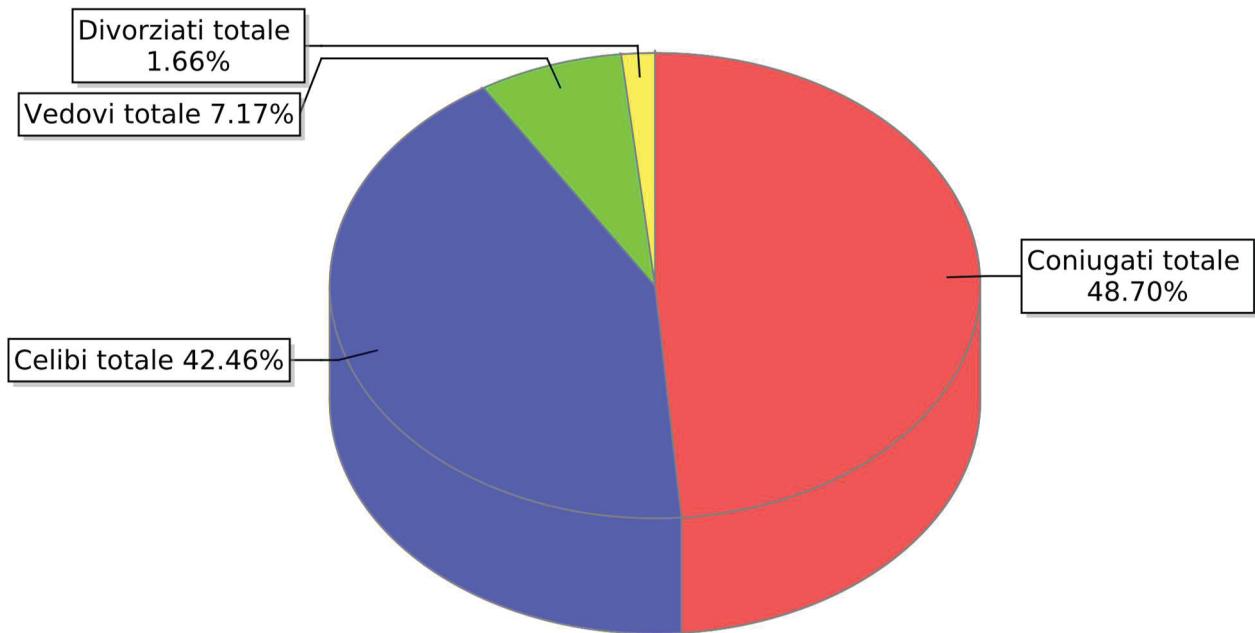
Composizione stato civile 1991



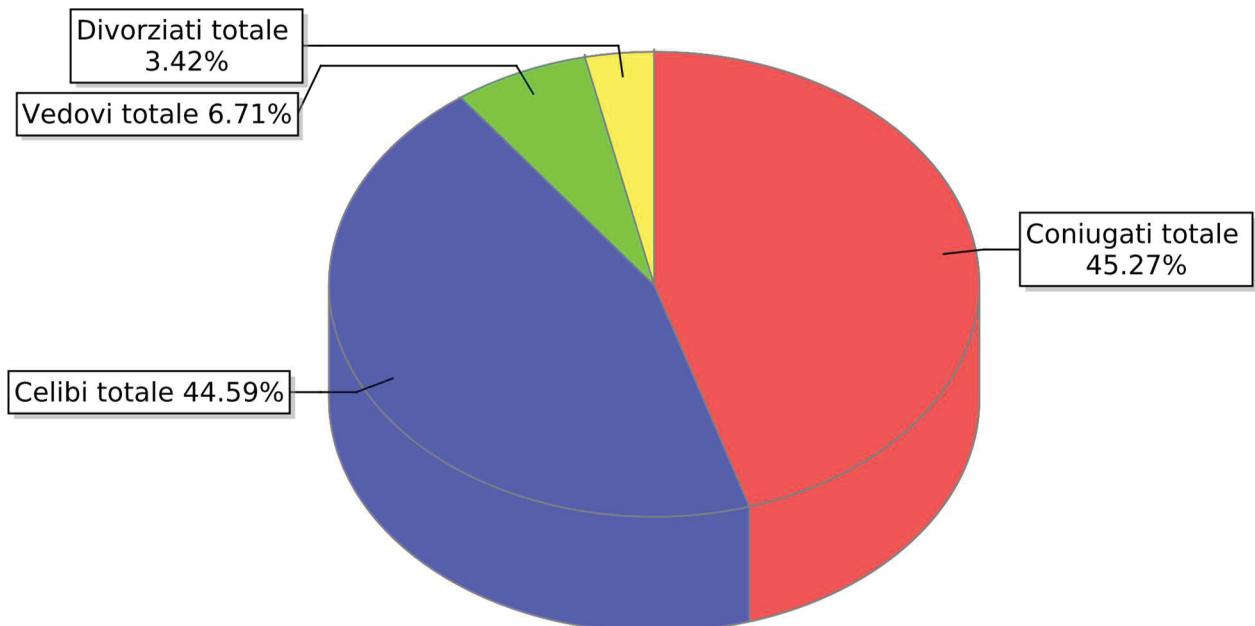
Composizione stato civile 2001



Composizione stato civile 2011



Composizione stato civile 2022



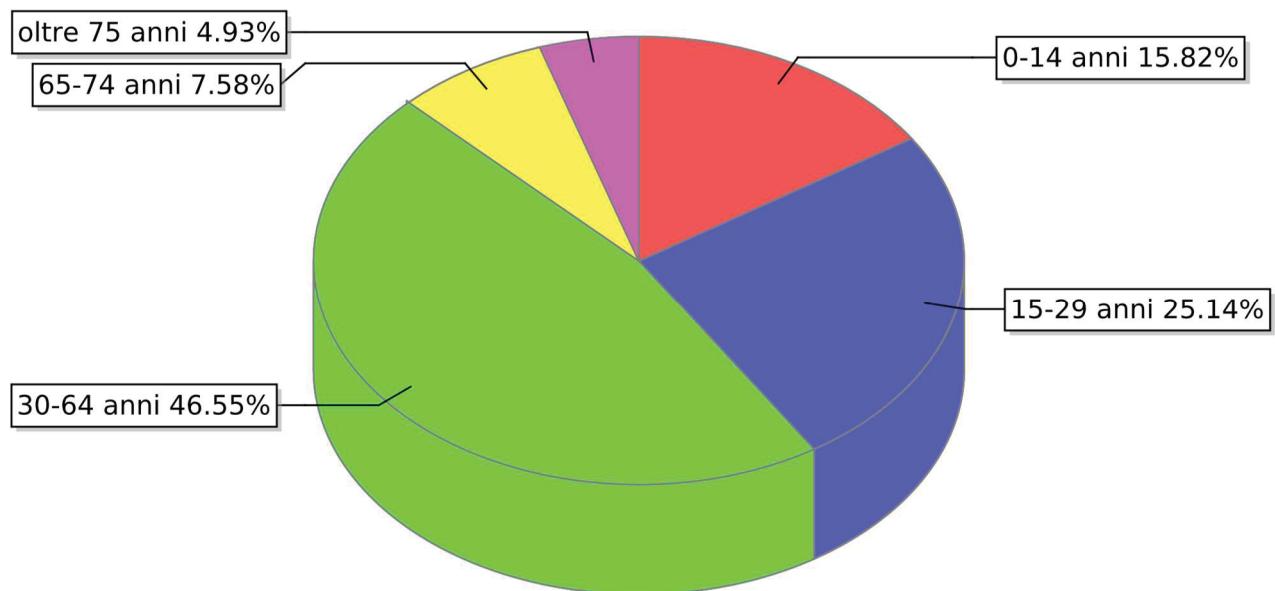
Popolazione ai censimenti per fasce d'età

| | 1991 | 2001 | 2011 | 2022 |
|--------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Popolazione 0-4 anni | 2.272 | 2.607 | 3.381 | 2.318 |
| Popolazione 5-9 anni | 2.458 | 2.608 | 3.066 | 2.929 |
| Popolazione 10-14 anni | 2.859 | 2.438 | 2.929 | 3.339 |
| Popolazione 15-19 anni | 3.769 | 2.706 | 2.931 | 3.210 |
| Popolazione 20-24 anni | 3.952 | 3.123 | 2.956 | 3.114 |
| Popolazione 25-29 anni | 4.341 | 4.193 | 3.505 | 3.244 |
| Popolazione 30-34 anni | 3.679 | 4.517 | 4.010 | 3.319 |
| Popolazione 35-39 anni | 3.469 | 4.714 | 4.879 | 3.608 |
| Popolazione 40-44 anni | 3.501 | 3.903 | 4.925 | 4.040 |
| Popolazione 45-49 anni | 2.987 | 3.493 | 4.905 | 4.848 |
| Popolazione 50-54 anni | 3.244 | 3.454 | 3.987 | 4.786 |
| Popolazione 55-59 anni | 2.836 | 2.895 | 3.458 | 4.810 |
| Popolazione 60-64 anni | 2.614 | 3.073 | 3.384 | 4.062 |
| Popolazione 65-69 anni | 2.350 | 2.568 | 2.694 | 3.395 |
| Popolazione 70-74 anni | 1.287 | 2.196 | 2.738 | 2.991 |
| Popolazione 75-79 anni | 1.242 | 1.688 | 2.047 | 2.374 |
| Popolazione 80-84 anni | 1.123 | 800 | 1.478 | 2.034 |
| Popolazione 85-89 anni | - | 784 | 857 | 1.063 |
| Popolazione 90-94 anni | - | - | 229 | 453 |
| Popolazione 95-99 anni | - | - | 48 | 105 |
| Popolazione 100-104 anni | - | - | 8 | 9 |

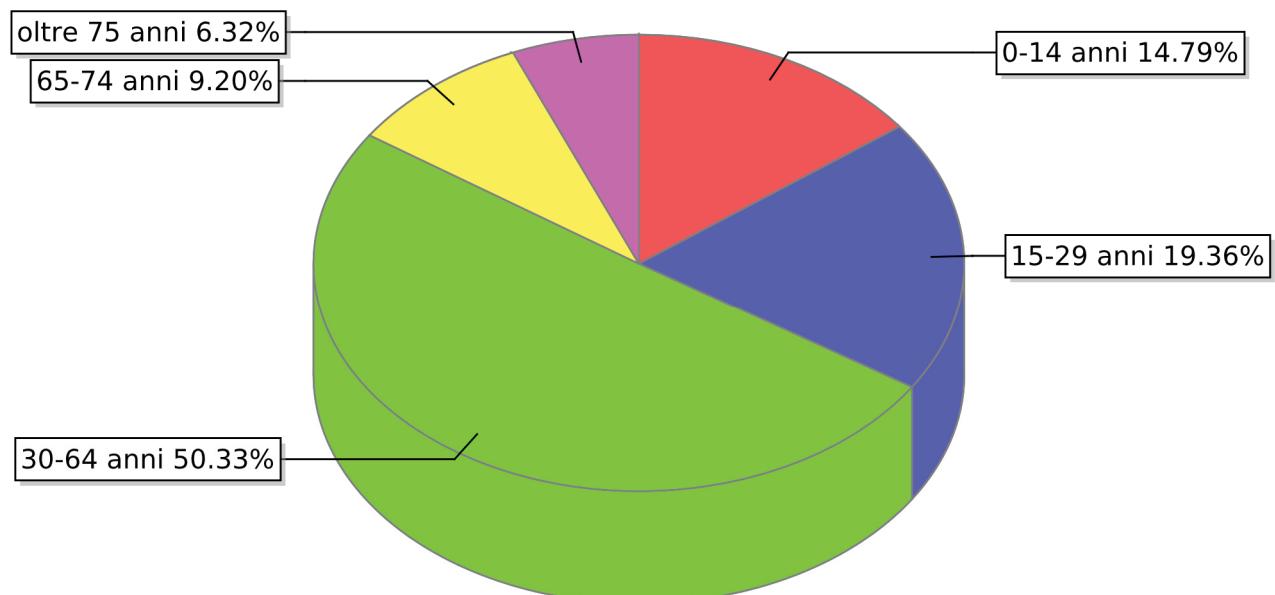
Popolazione ai censimenti per fasce d'età

| Fascia | 1991 | 2001 | 2011 | 2022 |
|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 0-14 anni | 7.589 | 7.653 | 9.376 | 8.586 |
| 15-29 anni | 12.062 | 10.022 | 9.392 | 9.568 |
| 30-64 anni | 22.330 | 26.049 | 29.548 | 29.473 |
| 65-74 anni | 3.637 | 4.764 | 5.432 | 6.386 |
| oltre 75 anni | 2.365 | 3.272 | 4.667 | 6.038 |

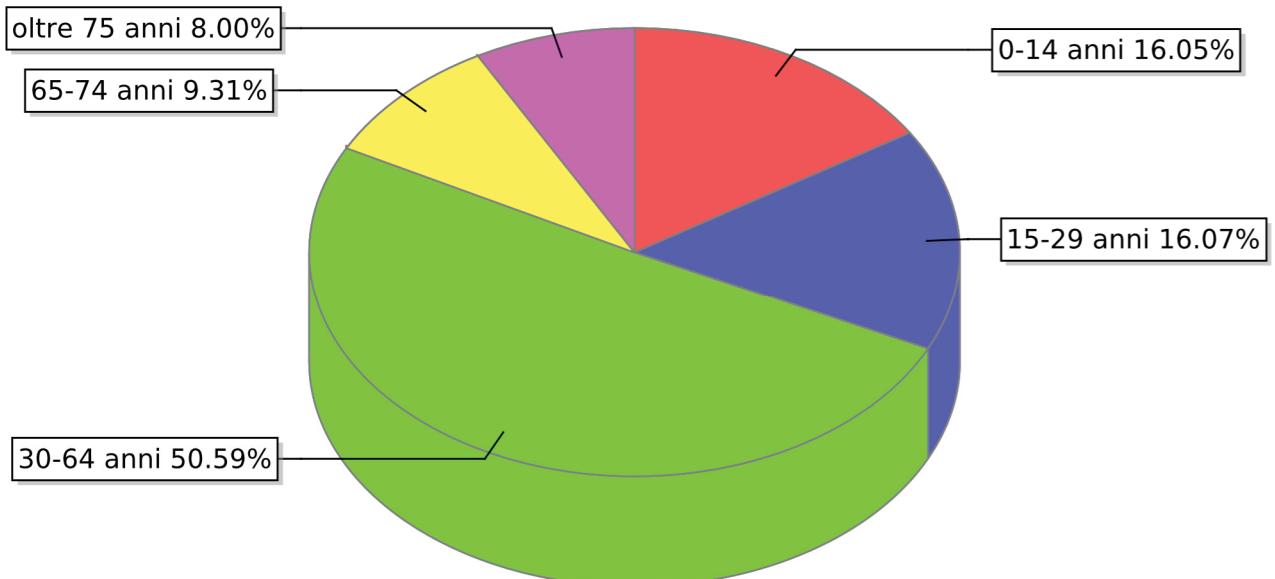
Fasce d'età 1991



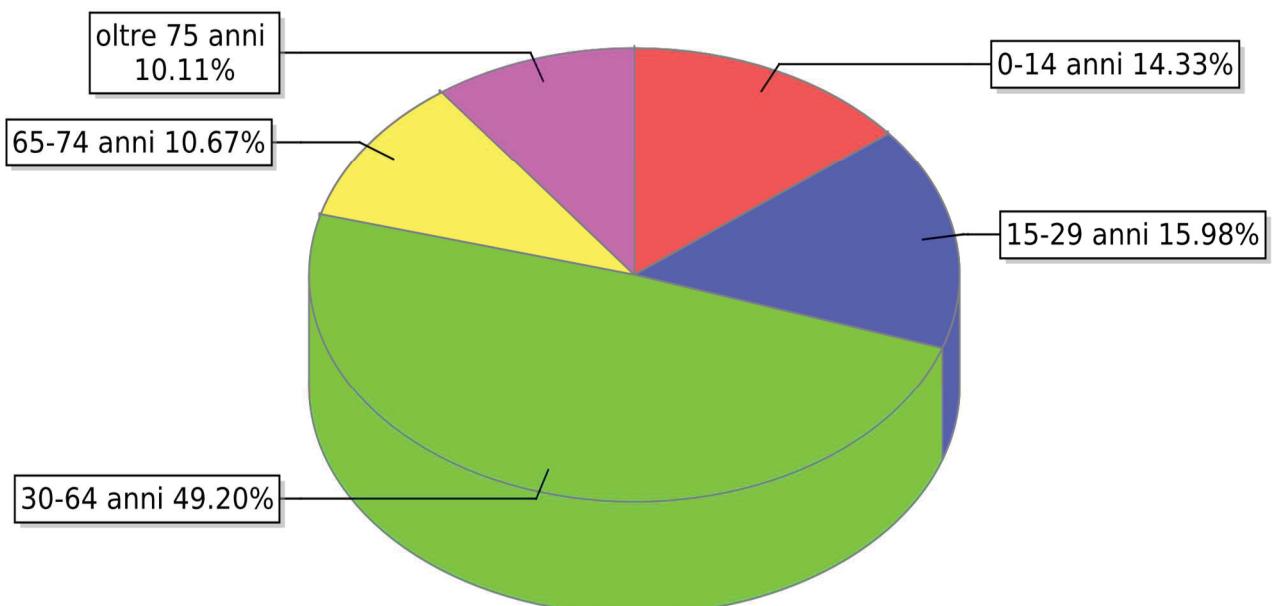
Fasce d'età 2001



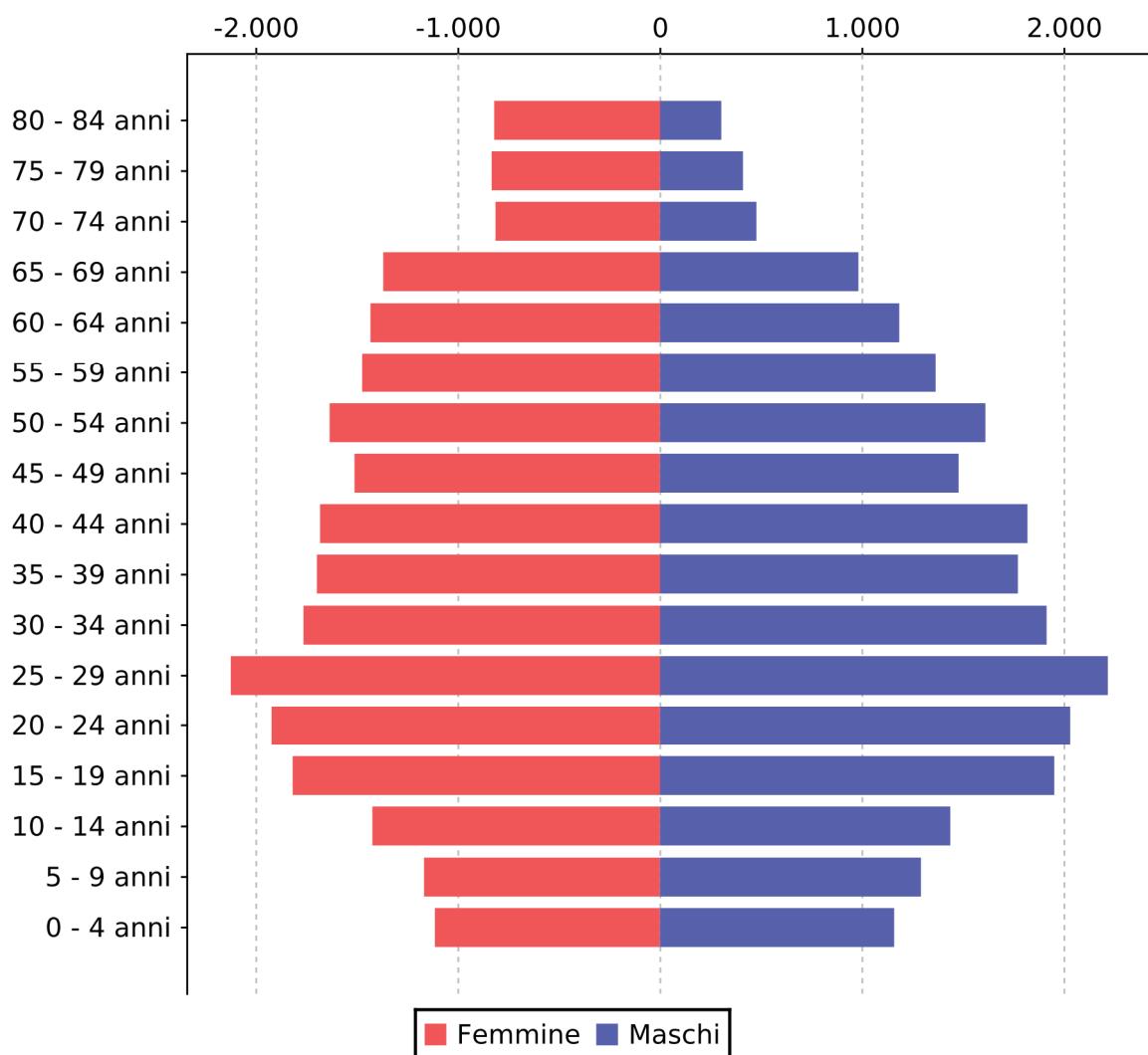
Fasce d'età 2011



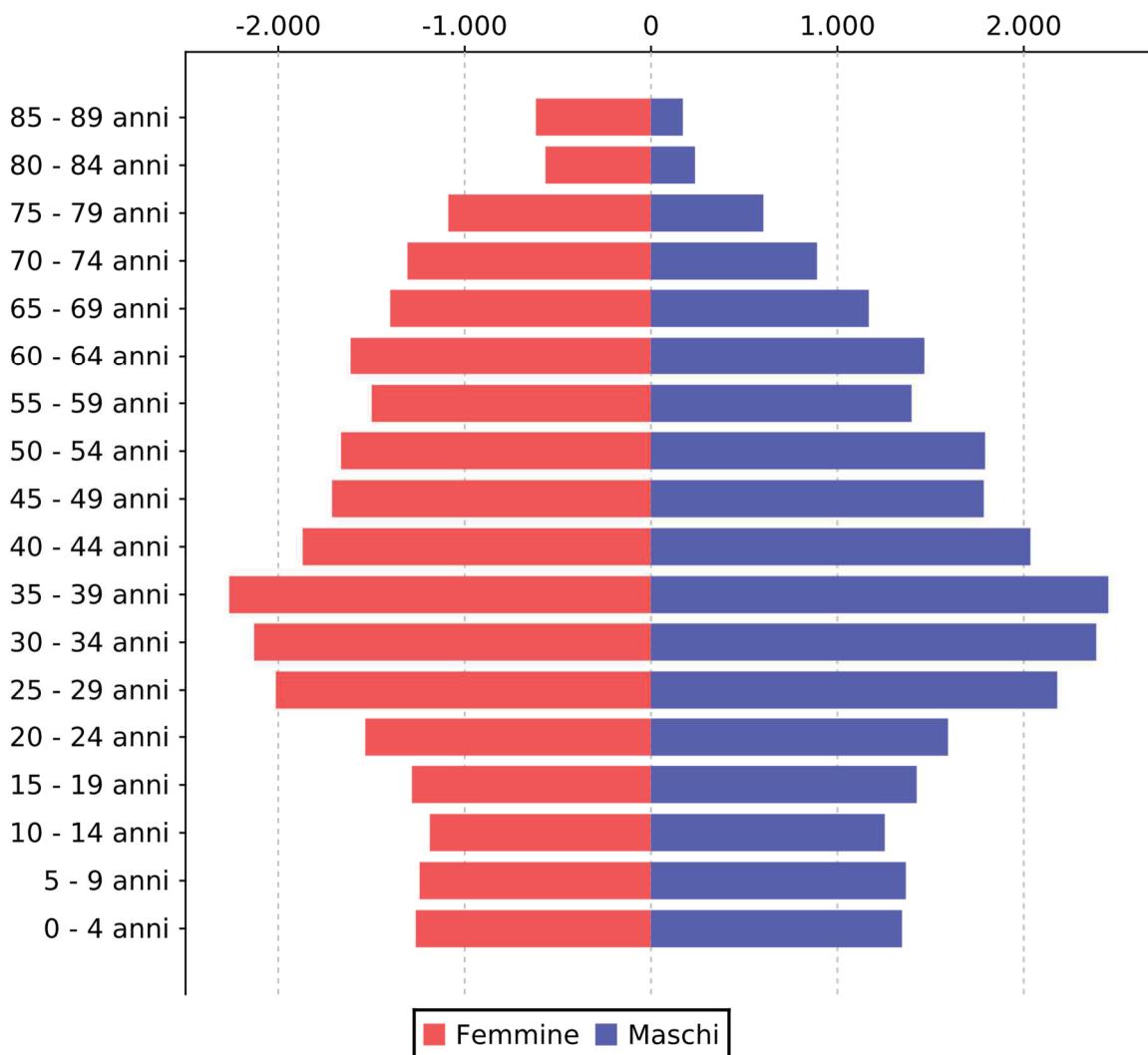
Fasce d'età 2022



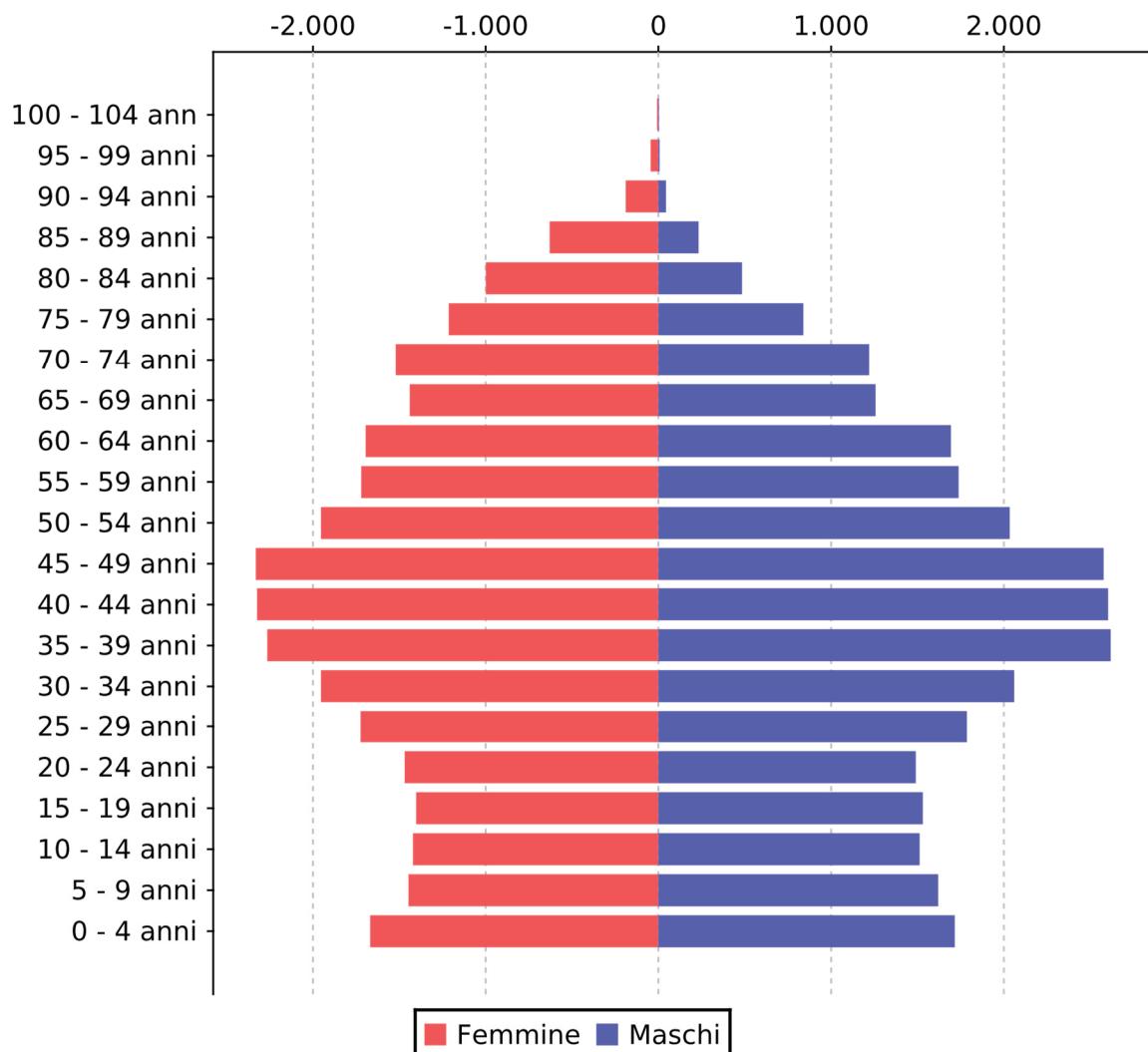
Piramide delle età 1991



Piramide delle età 2001

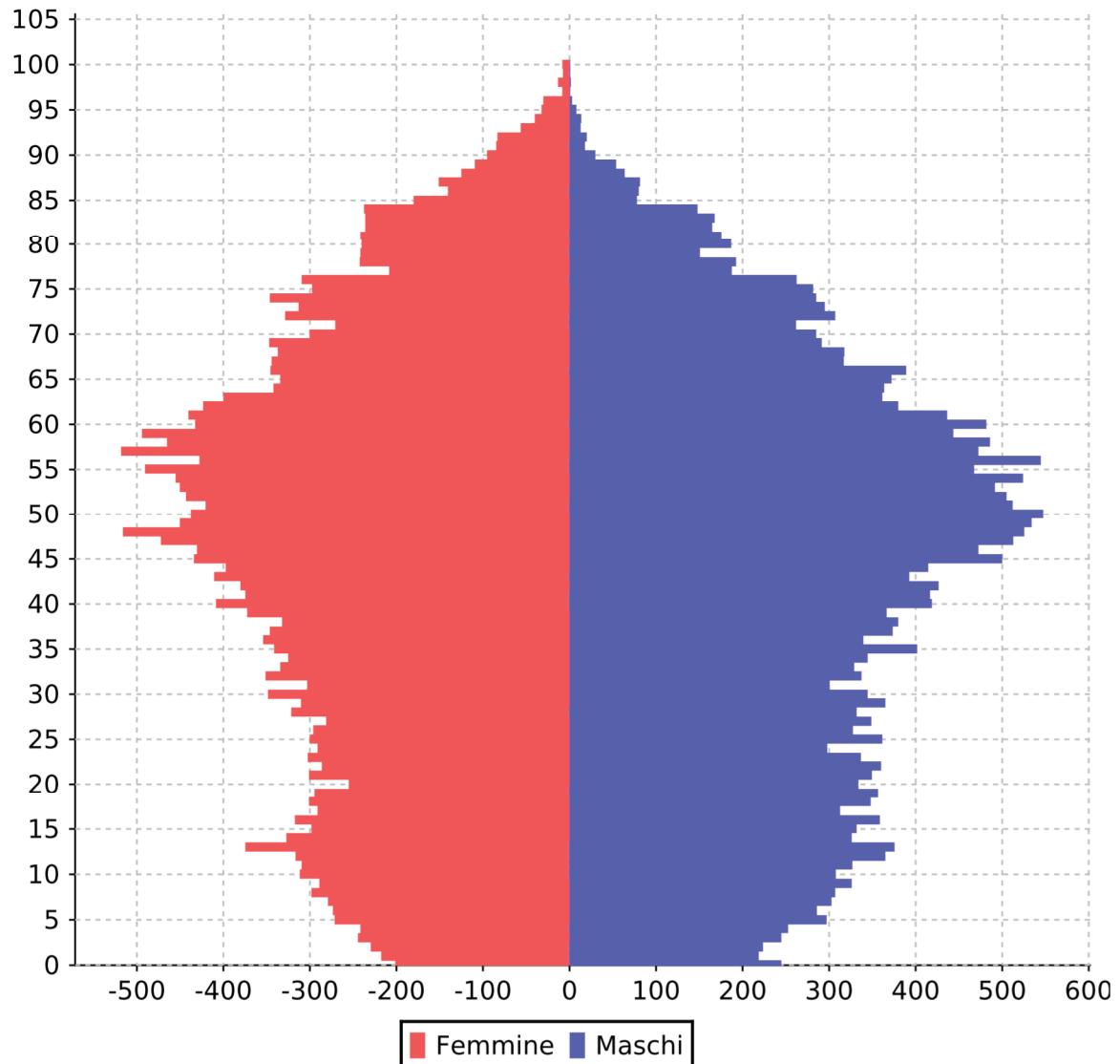


Piramide delle età 2011



Piramide delle età

2023



Movimenti demografici nella popolazione

| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Popolazione Residente | 60.346 | 59.600 | 59.671 | 59.892 | 60.215 |
| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
| Nati | 469 | 435 | 427 | 444 | 402 |
| Morti | 469 | 840 | 555 | 584 | 484 |
| Saldo Naturale | -43 | -405 | -128 | -140 | -82 |
| Iscritti | 2.292 | 1755 | 1999 | 2174 | 1933 |
| Cancellati | 1.846 | 1694 | 1845 | 1813 | 1831 |
| Saldo Migratorio | 446 | 61 | 154 | 361 | 102 |
| Saldo Demografico | 403 | -344 | 26 | 221 | 20 |

| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Popolazione Straniera | 7506 | 7256 | 7211 | 7317 | 7198 |
| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
| Nati | 118 | 129 | 112 | 114 | 90 |
| Morti | 9 | 17 | 16 | 17 | 8 |
| Iscritti | 924 | 640 | 713 | 777 | 719 |
| Cancellati | 817 | 871 | 777 | 768 | 796 |
| Saldo Stranieri | 216 | -119 | 32 | 106 | 5 |

Popolazione straniera per nazionalità

| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Cittadinanza straniera | 7506 | 7256 | 7211 | 7317 |

| Cittadinanza | 201 9 | % | 202 0 | % | 202 1 | % | 202 2 | % |
|---------------------|------------------|----------|------------------|----------|------------------|----------|------------------|----------|
| Albania | 1240 | 16,52 % | 1209 | 16,66 % | 1194 | 16,56 % | 1125 | 15,38 % |
| Romania | 1059 | 14,11 % | 1034 | 14,25 % | 1086 | 15,06 % | 1078 | 14,73 % |
| Marocco | 947 | 12,62 % | 937 | 12,91 % | 933 | 12,94 % | 884 | 12,08 % |
| Senegal | 752 | 10,02 % | 768 | 10,58 % | 758 | 10,51 % | 735 | 10,05 % |
| India | 668 | 8,90% | 669 | 9,22% | 666 | 9,24% | 660 | 9,02% |
| Pakistan | 503 | 6,70% | 528 | 7,28% | 512 | 7,10% | 530 | 7,24% |
| Ucraina | 321 | 4,28% | 321 | 4,42% | 319 | 4,42% | 340 | 4,65% |
| Ghana | 286 | 3,81% | 285 | 3,93% | 252 | 3,49% | 239 | 3,27% |
| Kosovo | 222 | 2,96% | 223 | 3,07% | 226 | 3,13% | 237 | 3,24% |
| Tunisia | 193 | 2,57% | 207 | 2,85% | 213 | 2,95% | 214 | 2,92% |
| Cina | 112 | 1,49% | 122 | 1,68% | 118 | 1,64% | 125 | 1,71% |
| Nigeria | 82 | 1,09% | 89 | 1,23% | 97 | 1,35% | 104 | 1,42% |
| Egitto | 87 | 1,16% | 102 | 1,41% | 99 | 1,37% | 92 | 1,26% |
| Moldova | 89 | 1,19% | 96 | 1,32% | 94 | 1,30% | 89 | 1,22% |
| Serbia | 74 | 0,99% | 78 | 1,07% | 73 | 1,01% | 64 | 0,87% |
| Croazia | 40 | 0,53% | 35 | 0,48% | 36 | 0,50% | 34 | 0,46% |
| Bosnia-Erzegovina | 45 | 0,60% | 37 | 0,51% | 40 | 0,55% | 30 | 0,41% |

| Cittadinanza | 2019 | % | 2020 | % | 2021 | % | 2022 | % |
|-------------------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|
| Brasile | 37 | 0,49% | 34 | 0,47% | 28 | 0,39% | 29 | 0,40% |
| Sri Lanka | 15 | 0,20% | 25 | 0,34% | 26 | 0,36% | 29 | 0,40% |
| Polonia | 35 | 0,47% | 31 | 0,43% | 30 | 0,42% | 28 | 0,38% |
| Bangladesh | 37 | 0,49% | 35 | 0,48% | 27 | 0,37% | 24 | 0,33% |
| Costa d'Avorio | 37 | 0,49% | 33 | 0,45% | 28 | 0,39% | 22 | 0,30% |
| Federazione Russa | 24 | 0,32% | 23 | 0,32% | 25 | 0,35% | 19 | 0,26% |
| Afghanistan | 8 | 0,11% | 12 | 0,17% | 12 | 0,17% | 18 | 0,25% |
| Algeria | 15 | 0,20% | 15 | 0,21% | 16 | 0,22% | 17 | 0,23% |
| Guinea | 8 | 0,11% | 10 | 0,14% | 14 | 0,19% | 17 | 0,23% |
| Filippine | 11 | 0,15% | 12 | 0,17% | 15 | 0,21% | 14 | 0,19% |
| Cuba | 9 | 0,12% | 15 | 0,21% | 11 | 0,15% | 14 | 0,19% |
| Burkina Faso | 15 | 0,20% | 15 | 0,21% | 10 | 0,14% | 12 | 0,16% |
| Perù | 9 | 0,12% | 12 | 0,17% | 12 | 0,17% | 11 | 0,15% |
| Ecuador | 4 | 0,05% | 5 | 0,07% | 7 | 0,10% | 11 | 0,15% |
| Somalia | 2 | 0,03% | 5 | 0,07% | 9 | 0,12% | 11 | 0,15% |
| Mali | 13 | 0,17% | 13 | 0,18% | 14 | 0,19% | 11 | 0,15% |
| Thailandia | 12 | 0,16% | 10 | 0,14% | 10 | 0,14% | 10 | 0,14% |
| Ungheria | 9 | 0,12% | 9 | 0,12% | 9 | 0,12% | 10 | 0,14% |
| Sierra Leone | 10 | 0,13% | 12 | 0,17% | 12 | 0,17% | 9 | 0,12% |
| Colombia | 6 | 0,08% | 7 | 0,10% | 8 | 0,11% | 9 | 0,12% |
| Macedonia | 10 | 0,13% | 10 | 0,14% | 8 | 0,11% | 9 | 0,12% |
| Bolivia | 5 | 0,07% | 7 | 0,10% | 9 | 0,12% | 9 | 0,12% |

| Cittadinanza | 2019 | % | 2020 | % | 2021 | % | 2022 | % |
|-----------------------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|
| Francia | 11 | 0,15% | 12 | 0,17% | 8 | 0,11% | 8 | 0,11% |
| Argentina | 5 | 0,07% | 4 | 0,06% | 6 | 0,08% | 8 | 0,11% |
| Gambia | 11 | 0,15% | 13 | 0,18% | 10 | 0,14% | 8 | 0,11% |
| Iran | 3 | 0,04% | 5 | 0,07% | 5 | 0,07% | 7 | 0,10% |
| EI_Salvador | 5 | 0,07% | 8 | 0,11% | 5 | 0,07% | 6 | 0,08% |
| Mauritius | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 5 | 0,07% | 6 | 0,08% |
| Lituania | 6 | 0,08% | 5 | 0,07% | 6 | 0,08% | 6 | 0,08% |
| Repubblica Ceca | 6 | 0,08% | 7 | 0,10% | 7 | 0,10% | 6 | 0,08% |
| Spagna | 4 | 0,05% | 5 | 0,07% | 5 | 0,07% | 6 | 0,08% |
| Regno Unito | 5 | 0,07% | 6 | 0,08% | 6 | 0,08% | 6 | 0,08% |
| Grecia | 6 | 0,08% | 4 | 0,06% | 6 | 0,08% | 5 | 0,07% |
| Repubblica Dominicana | 7 | 0,09% | 5 | 0,07% | 5 | 0,07% | 5 | 0,07% |
| Lettonia | 8 | 0,11% | 5 | 0,07% | 5 | 0,07% | 5 | 0,07% |
| Bulgaria | 7 | 0,09% | 9 | 0,12% | 6 | 0,08% | 5 | 0,07% |
| Germania | 6 | 0,08% | 6 | 0,08% | 4 | 0,06% | 4 | 0,05% |
| Bielorussia | 4 | 0,05% | 5 | 0,07% | 6 | 0,08% | 4 | 0,05% |
| Svizzera | 5 | 0,07% | 3 | 0,04% | 4 | 0,06% | 4 | 0,05% |
| Kenya | 3 | 0,04% | 4 | 0,06% | 4 | 0,06% | 4 | 0,05% |
| Tanzania | 3 | 0,04% | 3 | 0,04% | 3 | 0,04% | 3 | 0,04% |
| Stati Uniti | 3 | 0,04% | 3 | 0,04% | 3 | 0,04% | 3 | 0,04% |
| Paesi Bassi | 4 | 0,05% | 6 | 0,08% | 3 | 0,04% | 3 | 0,04% |
| Portogallo | 4 | 0,05% | 2 | 0,03% | 2 | 0,03% | 3 | 0,04% |

| Cittadinanza | 2019 | % | 2020. | % | 2021 | % | 2022 | % |
|---------------|------|-------|-------|-------|------|-------|------|-------|
| Messico | 3 | 0,04% | 3 | 0,04% | 4 | 0,06% | 3 | 0,04% |
| Montenegro | 4 | 0,05% | 3 | 0,04% | 3 | 0,04% | 3 | 0,04% |
| Eritrea | 2 | 0,03% | 2 | 0,03% | 2 | 0,03% | 2 | 0,03% |
| Austria | 2 | 0,03% | 1 | 0,01% | 2 | 0,03% | 2 | 0,03% |
| Svezia | 3 | 0,04% | 3 | 0,04% | 2 | 0,03% | 2 | 0,03% |
| Camerun | 4 | 0,05% | 4 | 0,06% | 3 | 0,04% | 2 | 0,03% |
| Belgio | 2 | 0,03% | 2 | 0,03% | 2 | 0,03% | 2 | 0,03% |
| Liberia | 1 | 0,01% | 2 | 0,03% | 2 | 0,03% | 2 | 0,03% |
| Turkmenistan | 2 | 0,03% | 2 | 0,03% | 2 | 0,03% | 2 | 0,03% |
| Venezuela | 1 | 0,01% | 1 | 0,01% | 0 | 0,00% | 1 | 0,01% |
| Canada | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 1 | 0,01% | 1 | 0,01% |
| Congo | 1 | 0,01% | 1 | 0,01% | 1 | 0,01% | 1 | 0,01% |
| Estonia | 1 | 0,01% | 1 | 0,01% | 1 | 0,01% | 1 | 0,01% |
| Etiopia | 2 | 0,03% | 2 | 0,03% | 1 | 0,01% | 1 | 0,01% |
| Georgia | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 1 | 0,01% |
| Guinea Bissau | 0 | 0,00% | 1 | 0,01% | 1 | 0,01% | 1 | 0,01% |
| Iraq | 1 | 0,01% | 1 | 0,01% | 1 | 0,01% | 1 | 0,01% |
| Irlanda | 1 | 0,01% | 1 | 0,01% | 1 | 0,01% | 1 | 0,01% |
| Kirghizistan | 2 | 0,03% | 1 | 0,01% | 0 | 0,00% | 1 | 0,01% |
| Libia | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 1 | 0,01% | 1 | 0,01% |
| Mauritania | 0 | 0,00% | 1 | 0,01% | 1 | 0,01% | 1 | 0,01% |
| Mozambico | 2 | 0,03% | 2 | 0,03% | 2 | 0,03% | 1 | 0,01% |

| Cittadinanza | 2019 | % | 2020 | % | 2021 | % | 2022 | % |
|----------------------------------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|
| Palestina | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 1 | 0,01% |
| Repubblica Democratica del Congo | 1 | 0,01% | 1 | 0,01% | 1 | 0,01% | 1 | 0,01% |
| Siria | 1 | 0,01% | 2 | 0,03% | 1 | 0,01% | 1 | 0,01% |
| Slovacchia | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 1 | 0,01% | 1 | 0,01% |
| Tagikistan | 0 | 0,00% | 1 | 0,01% | 1 | 0,01% | 1 | 0,01% |
| Togo | 0 | 0,00% | 1 | 0,01% | 0 | 0,00% | 1 | 0,01% |
| Turchia | 1 | 0,01% | 0 | 0,00% | 1 | 0,01% | 1 | 0,01% |
| Uganda | 1 | 0,01% | 0 | 0,00% | 1 | 0,01% | 1 | 0,01% |
| Uruguay | 0 | 0,00% | 1 | 0,01% | 1 | 0,01% | 1 | 0,01% |
| Bahrein | 0 | 0,00% | 1 | 0,01% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| Bhutan | 0 | 0,00% | 1 | 0,01% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| Libano | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| Kazakhstan | 2 | 0,03% | 1 | 0,01% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| Haiti | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| Giordania | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| Sudan | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 1 | 0,01% | 0 | 0,00% |
| Giappone | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| Dominica | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| Benin | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| Corea del Sud | 1 | 0,01% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| Cile | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| Angola | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |

| Cittadinanza | 2019 | % | 2020 | % | 2021 | % | 2022 | % |
|-------------------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|
| Rep. Sudafricana | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| Capo Verde | 0 | 0,00% | 1 | 0,01% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| Rep_Centrafricana | 1 | 0,01% | 1 | 0,01% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| Paraguay | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| San Marino | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| Norvegia | 1 | 0,01% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| Niger | 0 | 0,00% | 1 | 0,01% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| Nicaragua | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |

Principali nazionalità

| Cittadinanza | 2019 | 2020 | Variazione 2020 | 2021 | Variazione 2021 | 2022 | Variazione 2022 |
|--------------|------|------|--------------------|------|--------------------|------|--------------------|
| Albania | 1240 | 1209 | -3,00% | 1194 | -1,00% | 1125 | -6,00% |
| Romania | 1059 | 1034 | -2,00% | 1086 | 5,00% | 1078 | -1,00% |
| Marocco | 947 | 937 | -1,00% | 933 | 0,00% | 884 | -5,00% |
| Senegal | 752 | 768 | 2,00% | 758 | -1,00% | 735 | -3,00% |
| India | 668 | 669 | 0,00% | 666 | 0,00% | 660 | -1,00% |

Analisi dei redditi

Reddito della popolazione

La conoscenza della situazione socio-economica del territorio rappresenta una tappa fondamentale nel processo di programmazione. Il contesto esterno infatti influenza le scelte ed orienta l'Amministrazione nell'individuazione degli obiettivi, al fine di rispondere al meglio alle esigenze della comunità amministrata e di garantire un ottimale impiego delle risorse. L'analisi si concentra sul territorio, la popolazione, l'economia insediata ed il mercato del lavoro.

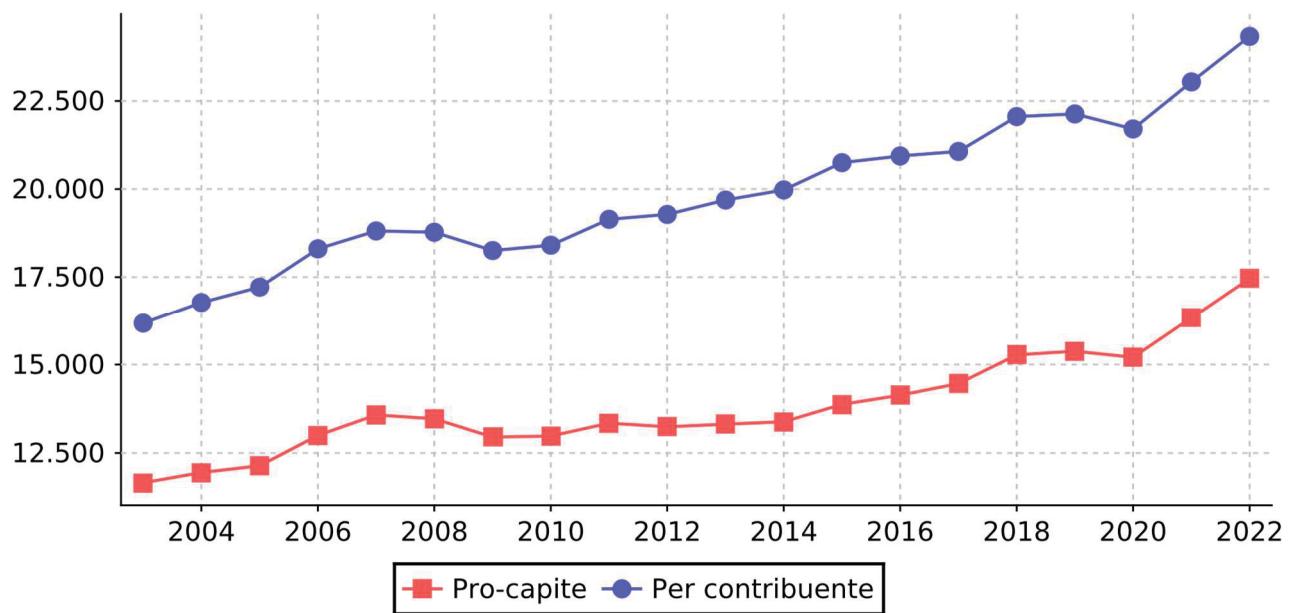
Il Ministero delle Finanze ha messo a disposizione dei Comuni i dati consolidati delle dichiarazioni dei redditi relativi ai propri residenti. Di seguito vengono riportate alcune tabelle riassuntive che si ritengono significative ai fini della valutazione socio-economica del territorio.

Reddito della popolazione

| Anno | Residenti | Contribuenti | Contrib. /Resid. | Reddito dichiarato | Reddito procapite | Reddito medio |
|-------------|-----------|--------------|---------------------|-----------------------|----------------------|------------------|
| 2003 | 53.064 | 38.232 | 72,0% | 618.506.699 | 11.655,86 | 16.177,72 |
| 2004 | 53.962 | 38.431 | 71,2% | 644.675.319 | 11.946,84 | 16.774,88 |
| 2005 | 54.971 | 38.758 | 70,5% | 667.255.093 | 12.138,31 | 17.215,93 |
| 2006 | 55.752 | 39.588 | 71,0% | 724.668.650 | 12.998,07 | 18.305,26 |
| 2007 | 56.563 | 40.815 | 72,2% | 767.866.592 | 13.575,42 | 18.813,34 |
| 2008 | 57.349 | 41.135 | 71,7% | 772.370.439 | 13.467,9 | 18.776,48 |
| 2009 | 57.750 | 40.959 | 70,9% | 747.803.976 | 12.948,99 | 18.257,38 |
| 2010 | 58.231 | 41.055 | 70,5% | 755.777.745 | 12.978,96 | 18.408,91 |
| 2011 | 58.452 | 40.738 | 69,7% | 779.889.134 | 13.342,39 | 19.144,02 |
| 2012 | 58.943 | 40.477 | 68,7% | 780.488.369 | 13.241,41 | 19.282,27 |
| 2013 | 59.837 | 40.457 | 67,6% | 796.657.577 | 13.313,8 | 19.691,46 |
| 2014 | 59.912 | 40.139 | 67,0% | 801.846.924 | 13.383,74 | 19.976,75 |
| 2015 | 59.852 | 40.019 | 66,9% | 830.415.442 | 13.874,48 | 20.750,53 |
| 2016 | 59.773 | 40.344 | 67,5% | 844.832.502 | 14.134,02 | 20.940,72 |
| 2017 | 59.713 | 40.993 | 68,7% | 863.691.592 | 14.464,05 | 21.069,25 |
| 2018 | 59.902 | 41.482 | 69,2% | 915.043.739 | 15.275,68 | 22.058,81 |
| 2019 | 60.346 | 41.933 | 69,5% | 928.107.385 | 15.379,77 | 22.133,10 |
| 2020 | 59.600 | 41.750 | 70,1% | 906.265.054 | 15.205,79 | 21.706,95 |
| 2021 | 59.671 | 42.298 | 70,9% | 974.641.821 | 16.333,59 | 23.042,27 |
| 2022 | 59.892 | 42.972 | 71,7% | 1.045.635.251 | 17.458,68 | 24.332,94 |

Fonte: M.E.F. - Dipartimento delle Finanze - http://www1.finanze.gov.it/finanze2/analisi_stat

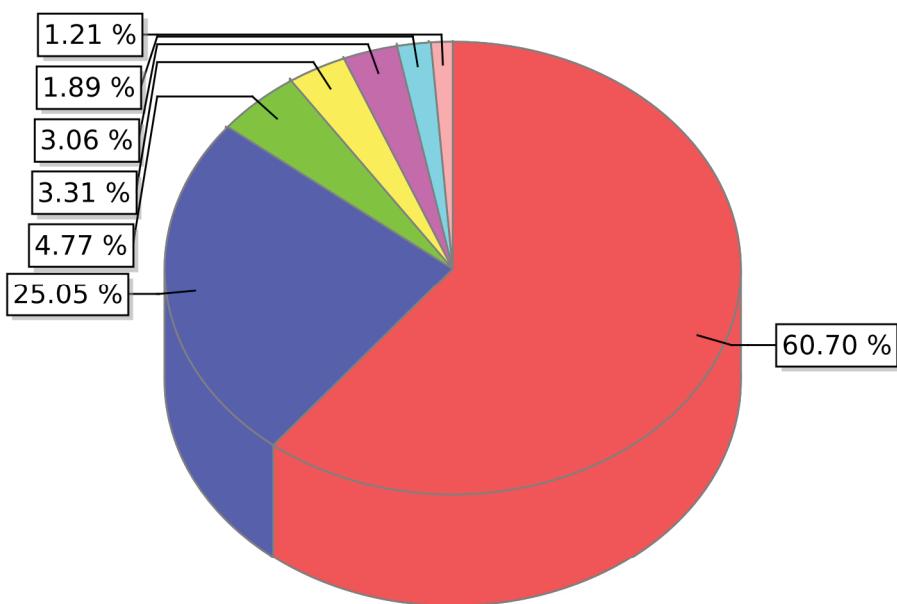
Serie storica dei redditi



Fonte: M.E.F. - Dipartimento delle Finanze - http://www1.finanze.gov.it/finanze2/analisi_stat

Tipologia di reddito anno 2022

| Descrizione | Ammontare | Numero percettori | Ammontare medio | Quota ammontare |
|---|-------------------------|-------------------|-----------------|-----------------|
| Reddito da lavoro dipendente | 617.334.755,00 | 26.346 | 23.431,821 | 60,70% |
| Reddito da pensione | 254.698.197,00 | 13.881 | 18.348,692 | 25,05% |
| Reddito da partecipazione | 48.515.154,00 | 1.990 | 24.379,473 | 4,77% |
| Reddito da regime semplificato imprenditore | 33.682.560,00 | 1.073 | 31.391,013 | 3,31% |
| Reddito da lavoro autonomo | 31.162.596,00 | 445 | 70.028,304 | 3,06% |
| Reddito da fabbricati | 19.242.189,00 | 19.377 | 993,043 | 1,89% |
| Reddito da imprenditore | 12.310.433,00 | 207 | 59.470,688 | 1,21% |
| Totali | 1.016.945.884,00 | | | |



- Reddito da lavoro dipendente ● Reddito da pensione ● Reddito da partecipazione
- Reddito da regime semplificato imprenditore ● Reddito da lavoro autonomo
- Reddito da fabbricati ● Reddito da imprenditore

Fonte: M.E.F. - Dipartimento delle Finanze - http://www1.finanze.gov.it/finanze2/analisi_stat

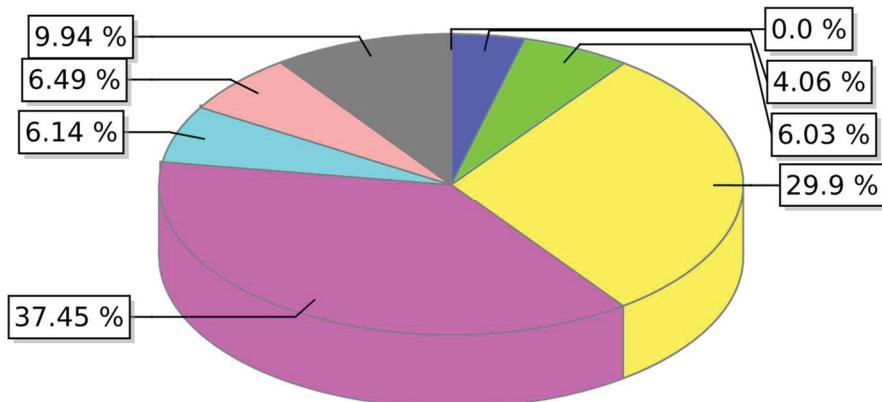
Dettaglio per fasce di reddito anno 2022

| Descrizione | Ammontare | Numero percettori | Ammontare medio | Quota ammontare | Quota frequenza |
|---------------------------|-------------------------|-------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Reddito negativo o nullo | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00% | 0,00% |
| Reddito 0-10000 euro | 42.446.033,00 | 9.136 | 4.646,019 | 4,06% | 21,26% |
| Reddito 10000-15000 euro | 63.057.496,00 | 5.013 | 12.578,794 | 6,03% | 11,67% |
| Reddito 15000-26000 euro | 312.613.618,00 | 15.093 | 20.712,49 | 29,90% | 35,12% |
| Reddito 26000-55000 euro | 391.556.279,00 | 11.510 | 34.018,791 | 37,45% | 26,78% |
| Reddito 55000-75000 euro | 64.169.338,00 | 1.010 | 63.533,997 | 6,14% | 2,35% |
| Reddito 75000-120000 euro | 67.835.985,00 | 730 | 92.926,006 | 6,49% | 1,70% |
| Reddito oltre 120000 euro | 103.956.502,00 | 480 | 216.576,041 | 9,94% | 1,12% |
| Totale | 1.045.635.251,00 | | | | |

Fonte: M.E.F. - Dipartimento delle Finanze - http://www1.finanze.gov.it/finanze2/analisi_stat

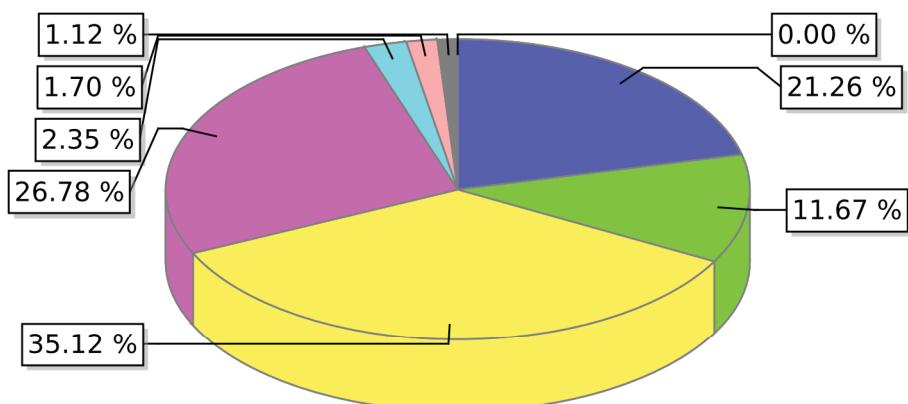
Grafico delle fasce di reddito anno 2022

Quota dell'ammontare totale



- Reddito negativo o nullo ● Reddito 0-10000 euro ● Reddito 10000-15000 euro
- Reddito 15000-26000 euro ● Reddito 26000-55000 euro
- Reddito 55000-75000 euro ● Reddito 75000-120000 euro
- Reddito oltre 120000 euro

Quota della frequenza



- Reddito negativo o nullo ● Reddito 0-10000 euro ● Reddito 10000-15000 euro
- Reddito 15000-26000 euro ● Reddito 26000-55000 euro
- Reddito 55000-75000 euro ● Reddito 75000-120000 euro
- Reddito oltre 120000 euro

Fonte: M.E.F. - Dipartimento delle Finanze - http://www1.finanze.gov.it/finanze2/analisi_stat

ANALISI DEI SOGGETTI E DELLE RETI PRESENTI SUL TERRITORIO

DESCRIZIONE SERVIZI – ATTIVITÀ – PRESTAZIONI

L’Ufficio di Piano, costituito da varie figure professionali, è il soggetto che organizza e gestisce i servizi previsti dal Piano di Zona.

In particolare ha il compito di monitorare i servizi presenti sul territorio e, alla luce delle necessità dei cittadini, di progettare, gestire e valutare gli interventi attuati in relazione ai bisogni della popolazione.

In ciascun Comune compreso nel Piano di Zona è attivo il servizio di Segretariato Sociale che raccoglie e fornisce informazioni sull’esistenza e la tipologia dei servizi sociali e sulle modalità di accesso alle informazioni, rileva in maniera sistematica i bisogni espressi dai cittadini e svolge funzioni di orientamento e accompagnamento ai servizi sanitari e sociali.

E’ inoltre presente in ogni Comune il Servizio Sociale Professionale.

SERVIZI DELLA RETE D’OFFERTA TRADIZIONALE

| Denominazione | Sede | Tip. Gestione | Capacità ricettiva | Sollievo | RSA con Nulceo Alzheimer |
|--|----------------------|---------------|--------------------|----------|--------------------------|
| O.P. del Barba Maselli Dandolo | Adro | Fondazione | 95 | 6 | NO |
| Casa di Riposo Don G. Martinazzoli | Capriolo | Fondazione | 62 | 0 | NO |
| Fondazione Martinelli Granata Piantoni | Cologne | Fondazione | 60 | 0 | NO |
| Casa di Riposo Don F. Cremona - onlus | Palazzolo sull’Oglio | Fondazione | 75 | 0 | NO |
| Fondazione Villa Serena | Pontoglio | Fondazione | 60 | 0 | NO |

| Centri Diurni Integrati (CDI) | | | | |
|--|----------------------|---------------------------|---|--|
| Sede | Tip. Gestione | Capacità ricettiva | n. posti accreditati con Regione Lombardia | Posti non a contratto con Regione Lombardia |
| Capriolo c/o RSA Don G. Martinazzoli | Fondazione | 15 | 15 | 0 |
| Palazzolo sull’Oglio c/o San Pancrazio | Coop. Sociale | 15 | 15 | 0 |
| Pontoglio c/o RSA Villa Serena | Fondazione | 20 | 15 | 5 |
| Totale posti | | 50 | 45 | 5 |

| UNITA' D'OFFERTA DISABILI | | |
|---|---------------------|----------------|
| Centri Diurni Disabili (CDD) | | |
| Denominazione Sede | Tip. Gestione | n. posti accr. |
| Centro Diurno Disabili Palazzolo sull’Oglio | Cooperativa Sociale | 30 |
| Servizi Formazione all’Autonomia (SFA) | | |
| Denominazione Sede | Tip. Gestione | n. posti accr. |
| SFA “I.So.Di.” - Capriolo | Cooperativa Sociale | 25 |
| Centro Socio Educativo (CSE) | | |
| Denominazione Sede | Tip. Gestione | n. posti accr. |
| CSE “Monte 10” - Capriolo | Cooperativa Sociale | 25 |

| UNITA' D'OFFERTA MINORI | | | |
|-----------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------|
| Centri di Pronto Intervento (CPI) | | | |
| Denominazione | sede | tipologia ente gestore | tipologia utenza |
| C.P.I. Nuovo Sentiero | Capriolo | Istituto delle Suore Poverelle | mista (mamme con figli) |

| Comunità Alloggio Minori (CAM) | | | |
|--------------------------------|----------|--------------------------------|------------------|
| Denominazione | sede | tipologia ente gestore | tipologia utenza |
| C.A.M. Nuovo Sentiero | Capriolo | Istituto delle Suore Poverelle | Minori |
| C.A.M. I Care (con posti CPI) | Capriolo | Istituto delle Suore Poverelle | Minori |

| Centri d'Aggregazione Giovanile (CAG) | | | |
|---------------------------------------|----------------------|------------------------|------------------|
| Denominazione | sede | tipologia ente gestore | tipologia utenza |
| CAG "La Base" | Palazzolo sull'Oglio | Fondazione | Utenza mista |

**SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA CHE HANNO SEDE NEI COMUNI DELL'AMBITO
TERRITORIALE N.6 MONTE ORFANO**

| | TIPO D'UNITÀ D'OFFERTA | DENOMINAZIONE | COMUNE | ENTE GESTORE | POSTI |
|------------|---------------------------------------|---|----------------------|--|--------------|
| ASILO NIDO | PRIVATA | “Il Girasole” | Palazzolo sull’Oglio | Cooperativa Elefanti Volanti | 56 |
| ASILO NIDO | PRIVATA | “Fondazione Scuola Materna Don G.B. Fava” | Erbusco | Fondazione | 22 |
| ASILO NIDO | PRIVATA | “Scuola dell’infanzia San Giuseppe” | Erbusco | Associazione di Promozione Sociale | 20 |
| ASILO NIDO | PRIVATO | “Asilo nido Cooperativa Franciacorta” | Cologne | Cooperativa Sociale | 24 |
| ASILO NIDO | PRIVATO | “S. Antonio” | Cologne | Ente Religioso | 26 |
| ASILO NIDO | PRIVATO | “Scuola Materna Il Castello” | Capriolo | Fondazione | 16 |
| ASILO NIDO | PRIVATO | “Primi Passi” | Capriolo | Società | 20 |
| ASILO NIDO | PRIVATO | “Il Cerchio della Vita” | Adro | Società Cooperativa di solidarietà sociale | 60 |
| ASILO NIDO | PRIVATO | “Virginia Romanini” | Adro | Fondazione | 12 |
| ASILO NIDO | PRIVATO | “Asilo Nido Alba” | Palazzolo sull’Oglio | Società | 16 |
| ASILO NIDO | PRIVATO | “La Scatola Magica” | Palazzolo sull’Oglio | Società | 20 |
| TOTALE | | | | | 292 |

| SERVIZI GESTITI DAI COMUNI | | |
|--|--------------------------------|--|
| Area Sociale | | |
| Denominazione Sede | Comune Sede | Tipologia Ente Gestore |
| Segretariato Sociale | Tutti i Comuni dell'Ambito | Comuni singoli |
| Servizio Sociale Professionale | Tutti i Comuni dell'Ambito | Comuni singoli |
| Area Anziani e Disabili | | |
| Denominazione Sede | Comune sede | Tipologia Ente Gestore |
| Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) | Tutti i Comuni dell'Ambito | Comuni Singoli Comune di Palazzolo s/O per gestione tramite accreditamento |
| Servizio Inserimenti Lavorativi (SIL) | Tutti i Comuni dell'Ambito | Comuni singoli tramite convenzione con ACB (Associazione Comuni Bresciani) |
| Area Minori e Famiglia | | |
| Denominazione Sede | Comune sede | Tipologia Ente Gestore |
| Tutela Minori | Comune di Palazzolo sull'Oglio | Comune di Palazzolo sull'Oglio che gestisce il servizio in forma associata per i Comuni dell'Ambito. |
| Assistenza Domiciliare Minori (ADM) | Tutti Comuni dell'Ambito | Comuni singoli Comune di Palazzolo s/O per gestione tramite accreditamento |

SERVIZI – ATTIVITA’ – PRESTAZIONI PER LE DIVERSE AREE/TARGET DI BISOGNO

Area non Autosufficienza

Buono sociale Anziani e Disabili

Regione Lombardia prevede che gli interventi finanziati attraverso i titoli sociali rispondano alla finalità di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio della persona non autosufficiente, riconoscendo e sostenendo sia le prestazioni assicurate dal caregiver (autosoddisfacimento) che quelle acquisite attraverso assistente personale.

Finalità di tale intervento sono:

- valorizzare la cura dell'anziano e/o della persona disabile grave a domicilio da parte del proprio nucleo familiare o di personale appositamente assunto;
- limitare o quantomeno ritardare i ricoveri in strutture residenziali;
- offrire alle famiglie degli anziani e dei disabili gravi non autosufficienti un'ulteriore opportunità di risposta ai bisogni di sostegno dalle stesse espressi.

Progetti di vita Indipendente

Per Vita Indipendente, si intende la possibilità per una persona con grave disabilità fisico-motoria di poter vivere in autonomia, avendo la possibilità di prendere decisioni riguardanti la propria vita e di svolgere attività di propria scelta, con le sole limitazioni che hanno le persone senza disabilità.

Base fondamentale di ogni progetto di Vita Indipendente è la disponibilità di interventi di assistenza personale.

Protezione Giuridica/Ufficio di Prossimità

L'amministrazione di sostegno è una misura di protezione prevista dalla legge per “aiutare” le persone con limitate capacità di autonomia (fisiche o mentali), o i minori privi della potestà genitoriale, favorendo la promozione e la tutela dei diritti. Gli obiettivi che questa misura deve porsi come prioritari sono: - la cura e la difesa della persona nell'accezione più ampia; - la valorizzazione della persona in quanto portatrice di dignità e soggettività. Ciò significa costruire un progetto individualizzato che tenga il più possibile conto dei desideri/aspettative della persona, delle sue capacità residue e delle potenzialità da sviluppare o mantenere; - il raccordo e la mediazione tra i soggetti che fanno parte della “rete” che ruota intorno alla persona (familiari, amici, medici, assistenti sociali, operatori, ecc.) in funzione del suo benessere complessivo, curando la “regia” e tendendo le fila del progetto di sostegno. Con l'entrata in vigore della Legge 23/2015 l'Ufficio di protezione Giuridica dell'ATS di Brescia ha mantenuto il ruolo di coordinamento della rete dei servizi pubblici e del privato sociale che agiscono per promuovere la protezione giuridica delle persone fragili. L'Assistente Sociale dell'Ufficio di Piano partecipa dal 2009 al gruppo di coordinamento dell'Ufficio di Protezione Giuridica dell'ATS di Brescia volto a potenziare una rete sul territorio e creare sinergie tra le varie realtà istituzionali che si occupano di persone con limitata capacità di agire.

L’Ufficio di Piano è un nodo della rete alla quale i Comuni dell’Ambito possono fare riferimento per avere informazioni e consulenza sulle norme giuridiche e sul percorso da seguire per presentare ricorso.

L’Ufficio di Prossimità è uno sportello informativo dove **l’utenza potrà ricevere supporto e depositare telematicamente** atti di volontaria giurisdizione al **Tribunale di Brescia**: un servizio per avvicinare i cittadini alla giustizia.

La realizzazione dell’Ufficio di Prossimità rientra in un **progetto più ampio, finanziato dall’Unione europea** mediante il Programma Operativo Complementare al Programma Operativo Nazionale Governance e Capacità Istituzionale 2014–2020, coordinato dal Ministero della Giustizia sull’intero territorio nazionale. Nello specifico, l’Ufficio di Prossimità del Comune di Palazzolo sull’Oglio, che agisce in qualità di ente capofila dell’Ambito Territoriale Sociale Monte Orfano, è stato attivato in collaborazione con la Regione, con il supporto formativo di ANCI Lombardia.

Progetti finalizzati a favorire la vita di relazione per minori con disabilità

a partire dall’anno 2011, l’ambito distrettuale n. 6 Monte Orfano ha sperimentato il “voucher sociale disabili”, attività di sostegno rivolta alle famiglie al cui interno sono presenti componenti fragili, finalizzata a realizzare progetti specifici e personalizzati che hanno privilegiato in particolare l’ambito della vita quotidiana e del domicilio, compreso l’inserimento (e il sostegno all’inserimento) nel contesto sociale, anche attraverso la partecipazione a momenti ludico ricreativi, allontanando o evitando quanto più possibile forme di istituzionalizzazione e mantenendo e valorizzando le potenzialità cognitive, relazionali, psico-fisiche e di autonomia dei soggetti beneficiari.

L’esperienza condotta si è dimostrata utile ed efficace, sia per quanto riguarda la possibilità di dare sollievo alle famiglie relativamente ai compiti di cura dalle stesse svolti, sia per favorire l’inserimento delle persone disabili, in particolari minori, all’interno di momenti di socializzazione realizzati sul territorio e sostenere quindi l’inserimento sociale e la creazione di reti di relazione.

I progetti individualizzati rivolti a minori in condizioni di grave disabilità hanno la finalità di assicurare/favorire:

- l’integrazione del minore disabile nel territorio;
- il mantenimento delle abilità acquisite;
- il sostegno e il supporto per favorire l’accesso del minore ad interventi di natura educativa/socializzante che favoriscano il benessere psicofisico (quali ad esempio esperienze sportive, ricreative e socio-culturali del territorio, ecc.);
- l’attivazione di interventi di aiuto domiciliare.

Centro Diurno Disabili modulo Autismo

Dal 2015 è attivo all’interno del CDD il progetto denominato “LIFE” pensato per persone di età compresa indicativamente tra i 18 ed i 25 anni con Disturbi Generalizzati dello Sviluppo associato a ritardo mentale ed Autismo. Il progetto promuove l’apprendimento di più abilità possibili (autonomie, abilità cognitive e sociali) al fine di favorire l’integrazione nel contesto sociale di appartenenza.

Il Piano Individualizzato di ogni persona viene costruito insieme alla famiglia e ha lo scopo di migliorare le abilità personali nell’ambito cognitivo, delle autonomie personali e sociali con l’obiettivo di utilizzarle nella vita di tutti i giorni.

Per favorire un inserimento il più sereno possibile è previsto un percorso di accompagnamento della persona denominato “ponte” che permetta di avvicinarsi in modo graduale al servizio secondo modalità condivise con la famiglia, la scuola e i Servizi.

Sostegni Dopo di Noi per persone disabili gravi prove del sostegno familiare

In coerenza e attuazione con i principi fissati dalla L. n. 112/2016 e richiamato il D.M. 23/11/2016 che declina la finalità generale di incentivare e promuovere la realizzazione di progetti di vita per l'autonomia e la maggiore qualità della vita delle persone con disabilità senza supporto familiare in quanto mancanti di entrambi i genitori o perché' gli stessi non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale, nonché' in vista del venir meno del sostegno familiare, attraverso la progressiva presa in carico della persona interessata già durante l'esistenza in vita dei genitori, l'Ambito 6 ha pubblico 2 avvisi pubblici finalizzati a **descrivere i requisiti, le modalità e i tempi per la presentazione delle richieste** di attivazione di interventi a diretto beneficio delle persone con disabilità, previa costruzione di progetti individualizzati orientati verso l'autonomia e l'uscita dal nucleo familiare di origine, anche mediante soggiorni temporanei al di fuori del contesto familiare.

Le risorse sono quelle del Fondo Nazionale Politiche Sociali dedicato alle persone disabili gravi prive del sostegno familiare.

PNRR M5C2 1.1.3 Rafforzamento dei servizi sociali domiciliari per garantire la dimissione anticipata assistita e prevenire l'ospedalizzazione

Con il progetto si intende consolidare il lavoro ad oggi svolto nell'Ambito, tra l'altro previsto nei Piani di Zona 21/23 per il rafforzamento e qualificazione dell'offerta dei servizi sociali per la domiciliarità nonché la promozione/implementazione delle unità di valutazione multidimensionale e a realizzare una maggiore continuità assistenziale nella presa in carico dei cittadini. L'Azione progettuale mira a potenziare la rete dei servizi domiciliari già presenti sul territorio, garantendo l'attivazione di percorsi finalizzati a:

1. accompagnare le persone ospedalizzate che rientrano a domicilio, allestendo progetti personalizzati per sostenere anche eventuali care giver nell'affrontare la fatica di gestire condizioni socio sanitarie che richiedono un forte investimento in termini di bisogni assistenziali;
2. sostenere la permanenza a domicilio di persone fragili, evitando o ritardando il più possibile l'ospedalizzazione impropria o l'istituzionalizzazione, attivando interventi di sostegno domiciliare anche potenziati.

In generale le azioni si svilupperanno secondo una logica finalizzata ad incrementare/ rafforzare la connessione con i diversi attori della rete socio-sanitaria e sanitaria e consentire continuità assistenziale e la personalizzazione degli interventi.

PNRR M5C2 1.2 Percorsi di autonomia per persone con disabilità

Il progetto si pone come obiettivo generale la promozione e il riconoscimento del diritto all'indipendenza e all'inclusione delle persone con disabilità.

Per quanto riguarda la definizione e attivazione del P.I. ci si avvarrà di una equipe multi professionale in grado di raccogliere, in un punto unico, i bisogni complessi della persona disabile che orienti e supporti il servizio sociale, che contenga la frammentazione delle risorse e garantisca l'adozione di una presa in carico integrata, quale opportunità per:

- predisporre la valutazione clinica funzionale e progetti individuali mirati, coinvolgendo in modo attivo i Servizi sociali di base e gli operatori dei Servizi specialistici (EOD, NPI, ecc.) del territorio;
- redigere il progetto individuale con particolare riferimento al recupero e all'integrazione e inclusione sociale coinvolgendo attivamente la persona con disabilità e la sua famiglia.

Il Progetto di housing si coniugherà con attività che lavorano a mantenere relazioni familiari o a costruire percorsi formativi e occupazionali validi a rafforzare nel disabile la percezione di appartenere ad una comunità e a sviluppare legami relazionali significativi.

Per l'attività legata al lavoro il progetto verterà sulle seguenti azioni:

- formazione: Acquisizione di competenze digitali di base necessarie per poter agire autonomamente in particolare sul web con finalità di ricerca di lavoro.
- Tutoraggio: Acquisizione di autonomia in tema di ricerca di lavoro: tutoraggio educativo durante tutto il percorso per cogliere criticità e quindi determinare azioni correttive.
- Tirocini formativi e di orientamento di inserimenti reinserimento lavorativo per persone disabili o svantaggiate.

Area Minori e Famiglia

Buono Fragilità

L'Ambito ha strutturato interventi di sostegno alle famiglie con figli minori che si trovano in una condizione di fragilità economica/sociale e a rischio di emarginazione.

Gli interventi di sostegno si realizzeranno attraverso l'erogazione di Buoni per le famiglie in condizioni di fragilità, con particolare riferimento ai nuclei monoparentali, con figli di età compresa tra 0 e 18 anni.

Sportello di Ascolto nelle scuole secondarie di primo grado

L'obiettivo è quello di facilitare la relazione dei giovani studenti con le figure adulte dentro il contesto scolastico e nella relazione con la famiglia. Lo sportello è uno spazio fisico, ma soprattutto relazionale, di ascolto e approfondimento, in cui lo specialista, che dispone di competenze nell'ascolto e nell'interazione con i preadolescenti e adolescenti, li accoglie e offre loro uno spazio di espressione e rilettura delle difficoltà.

Servizio Spazio Incontro

Il servizio Tutela minori sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria si è negli anni attrezzato attraverso varie risorse (consulenza legale, supervisione, supporto concreto nella ricerca della struttura di accoglienza, ecc.), sempre nell'ottica di garantire tutte le opportunità che vanno a favorire l'effettiva tutela dei minori. All'interno degli interventi e delle attività attraverso le quali si realizza l'intervento di tutela a favore dei minori sono previste le visite protette, spesso disposte dall'Autorità Giudiziaria stessa, quale strumento per il monitoraggio dei momenti di incontro tra minori e genitori o altri membri della famiglia, in situazioni problematiche e conflittuali. Tale strumento, oltre ad avere lo scopo di favorire la comunicazione tra le parti, permette anche agli operatori di osservare gli eventuali cambiamenti nella relazione genitore/figlio e di acquisire quindi utili elementi di valutazione.

Centro per la Famiglia

Grazie alla partecipazione al bando proposto dall'ATS di Brescia a maggio 2022, al Comune di Palazzolo sull'Oglio, in qualità di Ente capofila, è stato assegnato un contributo finalizzato alla sperimentazione biennale del progetto. L'obiettivo è quello di accompagnare le famiglie a fronteggiare la complessità che le stesse si trovano ad affrontare nelle diverse fasi della loro vita e per la quale hanno la necessità di rivolgersi ad una pluralità di interlocutori di servizi, come scuole, servizi territoriali, attività post scolastiche per i figli, i servizi socio-sanitari per i genitori anziani e molto altro. Spesso, però, non è facile orientarsi: lo Spazio Famiglia vuole appunto prendere in carico queste necessità e aiutare le famiglie a trovare una soluzione.

PNRR M5C2 1.1.1 Sostegno alle capacità genitoriali e prevenzione della vulnerabilità delle famiglie e dei bambini

Il progetto si propone di attuare quanto disposto dalla scheda “2.7.4. LEPS- Prevenzione allontanamento familiare” del Piano nazionale interventi sociali 2021- 2023 attraverso l’implementazione del dispositivo PIPPI nei territori di riferimento. La sperimentazione dell’insieme dell’approccio P.I.P.P.I. è finalizzata ad innovare e uniformare le pratiche preventive nei confronti delle famiglie in situazione di vulnerabilità, al fine di migliorare l’appropriatezza e/o ridurre il rischio di allontanamento dei bambini dal nucleo familiare, promuovendo un’azione integrata fra i diversi ambiti e soggetti coinvolti intorno ai bisogni del bambino. Obiettivo del progetto è la costruzione di azioni/interventi/procedure che rendano effettivo tale approccio integrato, attraverso collaborazioni stabili (es: protocolli, accordi operativi), formazionericerca che produca linguaggi e metodologie condivise (es: griglie di osservazione/lettura, linee guida), spazi/momenti stabili di riflessività per le famiglie e per gli attori del sistema (es. gruppi di ascolto, di condivisione, di solidarietà familiare)

Area Disagio Adulto

Pronto Intervento Sociale

il Pronto intervento sociale si configura come risposta tempestiva, visibile, permanente sulle 24 ore, a bisogni sociali urgenti, che assicura immediata presa in carico della situazione, in qualunque momento del giorno e della notte, dando concreto e tempestivo fronteggiamento ad un problema sociale.

Gli obiettivi del servizio di pronto intervento sociale sono in tale contesto così riassumibili:

- intervenire tempestivamente a tutela di soggetti in situazione di emergenza sociale quali ad esempio quelle che coinvolgono persone minorenni, adulti, anziani, disabili, in condizioni di maltrattamento accertato o presunto, sia connesso al rischio fisico che psicologico, di abuso/violenza sessuale, di violenza esercitata verso persone adulte, anziane e persone disabili, di conflittualità familiari comprendenti tutte le categorie di utenza, tali da mettere a rischio l’incolumità psicofisica dei vari componenti il nucleo familiare, ecc.;
- attuare azione di contenimento del rischio;
- individuare risposte di primo intervento, attraverso una prima valutazione del bisogno tale da garantire la funzione di tutela sociale;
- assicurare l’interazione con i servizi competenti dell’Ambito Distrettuale, al fine di condividere i contenuti dell’intervento per la successiva presa in carico.

PNRR M5C2 1.3.1 Housing First

Grazie al progetto si intendono rendere più stabili e strutturate le prese in carico del target (persone in condizioni di povertà, disagio, donne vittime di violenza, con problematiche psichiatriche e di dipendenza, stranieri dimessi dai servizi e non più in carico, ecc.), soprattutto privilegiando la valutazione multidimensionale fatta da un’equipe multidisciplinare, la definizione di un progetto di aiuto che contempli anche la dimensione lavorativa e la messa a disposizione di risposte di housing temporaneo, considerato che la risposta abitativa è una leva importante per produrre inclusione sociale.

PNRR M5C2 1.3.2 Stazioni di Posta (Centri Servizi)

A partire dalla fase di presentazione della domanda di finanziamento l'Ambito ha promosso un forte coinvolgimento delle realtà associative e di terzo settore del territorio, con l'obiettivo di verificare l'interesse delle stesse a lavorare sulla costruzione di un progetto condiviso. Attraverso una procedura di co progettazione è stato individuato uno spazio fisico da ristrutturare messo a disposizione da ETS che diventerà sede del Centro Servizi, ubicato in zona centrale e facilmente accessibile. All'ETS individuato verrà affidata la gestione del Centro, che svolgerà la funzione di presidio sociale e sanitario per persone in condizione di deprivazione materiale, di marginalità anche estrema e senza dimora, con l'obiettivo di facilitare l'accesso alla intera rete dei servizi, l'orientamento e la presa in carico, offrendo alcuni servizi essenziali a bassa soglia (ristorazione, distribuzione di beni essenziali, servizi per l'igiene personale, screening e prima assistenza sanitaria, mediazione culturale, ecc.) e in generale una presa in carico integrata e un percorso partecipato di accompagnamento funzionale allo stato di salute, economico, familiare e lavorativo della persona interessata.

Servizi / interventi trasversali alle diverse Aree

Donne Vittime di Violenza

Palazzolo sull'Oglio è il Comune capofila della rete antiviolenza che fa riferimento ai quattro ambiti territoriali ricompresi nel territorio di riferimento dell'ASST Franciacorta. La rete antiviolenza persegue alcuni obiettivi fondamentali: - Sostenere la crescita della rete attraverso la realizzazione di una specifica azione di coordinamento finalizzata a implementare e sviluppare le relazioni tra i vari soggetti della rete, dei servizi e del territorio; - dotarsi di un'organizzazione articolata, nota e ri – conosciuta che consenta di valutare e rispondere in condizioni di emergenza e in prospettiva ai bisogni di aiuto delle donne vittime di violenza; - implementare un'équipe integrata che prenda in carico le situazioni e lavori in modo integrato con i servizi di base e specialistici della rete territoriale, anche mediante specifiche azioni formative, consulenziali e di supervisione; - garantire la sostenibilità delle azioni di tutela delle donne che devono essere messe in protezione mediante l'acquisizione di rette di ospitalità presso servizi specifici e accompagnare progetti di autonomia delle stesse come evoluzione del percorso di presa in carico.

**Mappatura dei soggetti presenti nell'Ambito n.6 Monte Orfano (Ass. di volontariato, Coop. Sociali, Fondazioni,
Scuole di ogni grado, Sindacati, RSA, Nidi)**

| | Nome | Indirizzo sede | Finalità (assistenza anziani, disabili, famiglie, povertà...) | eventuale gestione diretta di servizi (si, no, specificare) |
|--|------|----------------|---|---|
|--|------|----------------|---|---|

COOPERATIVE E FONDAZIONI

| | | | | |
|------------------|----------------------------------|------------------------|---------------------------------|---|
| CAPRIOLI | COOP. GIRASOLE | via cerese, 51 | invalidi e svantaggiati | no- appalti di pulizie/serra biologica |
| | COOP. LA SCOTTÀ | via monte, 8 | disabilità, politiche giovanili | si- CSE/SFA |
| | COOP. PROGETTO | via fossadelli, 1 | assistenza anziani | no- SAD e RSA |
| | COOP VERSO L'ALTRO | via colobara bosco, 18 | svantaggiati, famiglie, povertà | no- verde pubblico, raccolta rifiuti, trasporti |
| PALAZZOLO S/O | CENTRO AIUTO ALLA VITA | via calepio, 1 | maternità | no- distribuzione alimenti e vestiario neonati |
| | COOPERATIVA SOCIALE FRANCIACORTA | via paganini, 17 | assistenza famiglie e disabili | |
| | COOPERATIVA SOCIALE PALAZZOLESE | via golgi, 31 | trasporto anziani | |
| | COOPERATIVA SOCIALE P.A.E.S.E. | via levadello, 8/A | assistenza disabili | |
| | FONDAZIONE GALIGNANI | via gorini, 47 | assistenza disabili | si- CAG |

ASSOCIAZIONI

| | | | | |
|------|-------------------------|-----------------|--------------------------------|----|
| ADRO | CARIT'AS | via castello, 2 | ASSISTENZA POVERTA' | SI |
| | AMBULANZA ADRO | via padania, 4 | | |
| | ANASTASIS | via cairolì, 29 | ASSISTENZA PAZIENZI ONCOLOGICI | |
| | ASSOCIAZIONE PENSIONATI | via ciroli, 29 | DISTRIBUZIONE PASTI, TRASPORTI | |
| | | | | |

| | | | | |
|--|-----------------------------------|---|---|--|
| | | | | |
| CARITAS/PARROCCHIA/ORATORIO | via vitt. Emanuele, 18 | povertà, disagio, assistenza spirituale | si- oratorio, distribuzione alimenti, pagamento bollette, centro ascolto | |
| AGAPHIA | via triste, 20 | disabilità | no- attività di socializzazione | |
| ABFA | via vanzeghetto, 40 | famiglie e disagio minori | si- Punto Fermo e Crazy at Six | |
| ASSOCIAZIONE RAGAZZI DAVID COPPERFIELD | via vanzeghetto, 40 | ragazzi, adolescenti | no-attività di socializzazione | |
| MADRETERRA | via balladore, 13 | famiglie, povertà, disagio | si- comunità per minori stranieri non accompagnati a Palosco; no-mercantino cerca e trova, progetto vivere, progetto cercasi lavoro, progetto famiglie unite, progetto riproviamoci, casa provvidenza | |
| CAPRIOLO | | | | |
| CENTRO RICREATIVO ASSOCIAZIONE PENSIONATI E ANZIANI CAPRIOLO | via vitt. Emanuele, 6 | anziani | no- centro ricreativo anziani e trasporti | |
| CROCE ROSSA ITALIANA | via Adro | | | |
| IL RUSCELLO ASSOCIAZIONE DI PROMOZIONE SOCIALE | via Vanzeghetto, 40 | minorì | | |
| ASS. GENITORI "LIBROK" | via Vitt. Emanuele, 43 c/o Comune | minorì | | |
| ASS. GENITORI INSIEME | Via Fossadelli, 25 | minorì | | |
| CENTRO DI PRONTA ACCOGLIENZA | via calepio, 1 c/o Suore Povere | famiglie, povertà, disagio | | |
| CENTRO AIUTO ALLA VITA | via calepio, 1 c/o Suore Povere | famiglie, povertà, disagio | | |
| GRUPPO VOLONTARI AMBULANZA CAPRIOLO | via urini, 1 | emergenza sanitaria | si- 118 e trasporti sanitari | |

| | | | |
|--|---|---|---|
| | | | convenzione di supporto ai servizi sociali |
| AUSER UNIVERSITA' DELLA LIBERTA' | via Crocefisso | anziani | |
| FAMILY NETWORK GENITORI IN RETE | via iseo 31 | minori | animazione per minori /formazione GENITORI |
| Arlecchino nel Paese delle Bollincine | via Costa, 9 | minori | cultura, educazione e promozione del territorio |
| CARITAS UNITA' PASTORALE | | poverta' | distribuzione pacchi/vestiario |
| MIKHA | via Adro | disabili | |
| ASS ISSANDA | Via Zanardelli, 10 | disabili | no |
| ASS ANZIANI | Via Martinelli, 11 | anziani | |
| VOLONTARI DEL SOCCORSO ASSOCIAZIONE S. VINCENZO DE PAOLI | Via dei lavoratori, 6 via palosco, 4 | famiglie | assistenza famiglie e pervertà |
| ASSOCIAZIONE COR UNUM | via zanardelli, 25 | assistenza anziani, disabili e famiglie | |
| ASSOCIAZIONE IL PANIERE | Largo case operaie | assistenza famiglie e povertà | |
| ASSOCIAZIONE IL CLUB | via piantada 1/A | | |
| ASSOCIAZIONE ANCHIO NEL TERZO MILLENNIO | via dogane, 8 | assistenza disabili | |
| ASSOCIAZIONE TERRE LUDICHE | via zanardelli, 81 | | |
| PALAZZOLO S/O | | | |
| ASSOCIAZIONE PENSIONATI | via zanardelli, 25 | assistenza anziani | |
| ASSOCIAZIONE COMUNITA' PAPA GIOVANNI XXIII | via bergamo, 16/A | minori | |
| Associazione Mercatino Donne di Marzo | | | |
| Lions Club Palazzolo s/O | | | |

| | | | |
|---|----------------------------------|--|------|
| Fondazione Nadia Valsecchi Onlus | Via Francesco Baracca, 9 | Via Raspina (Fienil Nuovo) | |
| Associazione Regina della Pace - Comunità Shalom | | assistenza famiglie e povertà | |
| CROCE ROSSA ITALIANA | via golgi, 32 | assistenza famiglie e povertà | |
| VOLONTARI ASSUNTA | via Santa Marta n.7/G Pontoglio | Trasporto sociale | no |
| GRUPPO VOLONTARI SOCCORSO | Viale Don G.B. Ortizio Pontoglio | Trasporto sanitario trasporto sanitario semplice | e no |
| Unione Nazionale Italiana Trasporto Ammalati a Lourdes e Santuari Internazionali (UNITALSI) PONTOGLIO | via Piave, 7 | Trasporto sanitario trasporto sanitario semplice | e no |
| Associazione di Volontariato AMICI DI RAPHAEL | Via Lombradia, 7 | | |
| AGE Associazione Genitori | Via San Martino n.2 Pontoglio | Attività socio educative incerenti la famiglia | no |

RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI PER ANZIANI

| | | | | |
|---------------|---|-----------------------|-------------------------|---------------|
| ADRO | RSA MASELLI, DANDOLO DEL BARBA | via cairolì, 29 | assistenza anziani | |
| CAPRIOLI | CASA DI RIPOSO DON GAUDENZIO MARTINAZZOLI | via casa di riposo, 1 | anziani | si- RSA e CDI |
| COLOGNE | Fondazione Martinelli Granata | Via Martinelli, 19 | anziani/disabili | |
| PALAZZOLO S/O | R.S.A. DON CREMONA | via britannici, 18 | assistenza anziani | |
| PONTOGLIO | Fondazione Villa Serena ONLUS | Viale G.B. Orzio n.17 | Residenza Assistenziale | Sanitaria no |

ISTRUZIONE ED EDUCAZIONE

| | | | | |
|------------------|--|---------------------------------|---|---|
| ADRO | I.C. STATALE NEW GREEN SCHOOL | VIA NIGOLINE 16 ADRO | istruzione ed educazione | SI |
| | ROMANINI | VIA PER TORBIATO, 6 | scuola materna e asilo nido | SI |
| CAPRIOLI | ISTITUTO COMPRENSIVO ALDO MORO FONDAZIONE SCUOLA MATERNA IL CASTELLO | VIA DOSSO, 9 TORBIATO | scuola materna e asilo nido | SI |
| ERBUSCO | ASSOCIAZIONE DI PROMOZIONE SOCIALE IL RUSCELLO | VIA FOSSADELLI, 25 CAPRIOLI | istruzione ed educazione | si- scuola dell'infanzia, primaria e secondaria si-asilo nido Infantasy e scuola dell'infanzia |
| COLOGNE | scuola materna g. fava zocco scuola materna tacconi scuola materna san giuseppe | VIA VANZEGHETTO, 40 CAPRIOLI | istruzione ed educazione via volta 30 via crocefisso 19 piazza chiesa 20 | si-scuola parentale montessoriana scuola materna scuola materna scuola materna |
| PALAZZOLO S/O | Istituto Comprensivo Monte Orfano Asilo Nido Sant'Antonio Asilo Nido ASILO NIDO "IL GIRASOLE" | Via Corioni, 2 | istruzione ed educazione Via Don Santo Antomelli, 4 Via E.A. Dalla Chiesa | |
| | FONDAZIONE ASILO INFANTILE SAN PANCRAZIO | via attiraglio, 21 | asilo nido | |
| | ASILO NIDO LA SCATOLA MAGICA | via XXV aprile, 2 | scuola materna | |
| | ASILO NIDO ALBA | via gavazzino, 10 | asilo nido | |
| | | via costa, 1 | asilo nido | |

| | | |
|---|---|--------------------------------|
| I ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE | via zanardelli, 34 | istruzione ed educazione |
| II ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE | via dogane, 8 | istruzione ed educazione |
| ISTITUTO DIISTRUZIONE SUPERIORE "CRISTOFORO MARZOGLI" | via levadello, 10 | istruzione ed educazione |
| ISTITUTO DIISTRUZIONE SUPERIORE "GIOVANNI FALCONE" | via levadello, 10 | istruzione ed educazione |
| ISTITUTO SCOLASTICO ANCELLI DELLA CARITA' | via ss trinità, 9 | istruzione ed educazione |
| PONTOGLIO | Istituto Comprensivo Statale di Pontoglio Viale Danta Alighieri n.22 Pontoglio | istruzione ed educazione no |

SINDACATI

| | | | |
|----------------|--------------------------------------|--|---|
| ADRO | ACLI CGIL CISL | VIA UMBERTO, 1, 15 VIA CAIROLLI, 29 ADRO | disbrigo pratiche amministrative disbrigo pratiche amministrative disbrigo pratiche amministrative |
| CAPRIOLI | CAAFCISL CAAFCGIL | VIA VITTORIO EMANUELE, 43 VIA VITTORIO EMANUELE, 43 | disbrigo pratiche amministrative disbrigo pratiche amministrative |
| PATRONATO ACLI | PATRONATO ACLI SINDACATO C.G.I.L. | VIA VITTORIO EMANUELE VICOLO SALNITRO 2 | disbrigo pratiche amministrative |
| PALAZZOLO S/O | SINDACATO CISL. | VIA DELLA MADDALENA 13 | disbrigo pratiche amministrative |

| | | |
|--|-------------------------|-------------------------------------|
| ACLI | VIA LEVADELLO, 8/A | disbrigo pratiche amministrative |
| CAF UNSIC | VIA MATTEO'RTI, 71 | disbrigo pratiche amministrative |
| CAF NAZIONALE DEL LAVORO - AEGIS supporto fiscale srl | VIA SARIOLE'RTI, 3/C | disbrigo pratiche amministrative |

STRUMENTI E PROCESSI DI GOVERNANCE DELL'AMBITO TERRITORIALE:

1. Il territorio di riferimento dell'Ambito Territoriale comprende i Comuni di Adro, Capriolo, Cologne, Erbusco, Palazzolo sull'Oglio e Pontoglio, che **INSIEME** costituiscono l'Ambito Territoriale Sociale (ATS), n. 6 Monte Orfano.

Alla data del 01 gennaio 2024 la popolazione dell'Ambito Distrettuale, suddivisa tra i sei Comuni, risultava così costituita:

| | |
|--|----------------|
| popolazione al 01.01.2024 | |
| Comuni | n. abitanti |
| Adro | 7.151 |
| Capriolo | 9.383 |
| Cologne | 7.627 |
| Erbusco | 8.787 |
| Palazzolo sull'Oglio | 20.264 |
| Pontoglio | 7.003 |
| totale popolazione residente nell'Ambito Distrettuale | 60.215 |

IL LIVELLO POLITICO DEL PIANO DI ZONA:

Assemblea dei Sindaci del Piano di Zona.

Si tratta dell'organo di governo della programmazione sociale in forma associata che vede nel Piano di Zona lo strumento operativo di gestione delle politiche sociali associate.

L'Assemblea dei Sindaci del Piano di Zona delibera in ordine a:

1. approvazione del Piano di Zona e dei suoi eventuali aggiornamenti;
2. verifica annuale dello stato di raggiungimento degli obiettivi del Piano;
3. aggiornamento delle priorità annuali, in coerenza con la programmazione triennale e con le risorse finanziarie assegnate;
4. approvazione annuale dei piani economici-finanziari di preventivo e dei rendiconti di consuntivo dell'Ambito Distrettuale, anche connessi a specifiche linee di finanziamento;
5. approvazione dei dati relativi alle rendicontazioni richieste dalla Regione per la trasmissione all'ATS ai fini dell'assolvimento dei debiti informativi richiesti in relazione alle varie scadenze e adempimenti.

L'Assemblea dei Sindaci del Piano di Zona è presieduta dal Presidente, nominato dai componenti l'Assemblea secondo le modalità previste dall'Accordo di Programma. È prevista la figura del Vicepresidente.

Attraverso l'Accordo di Programma vengono dettagliate le funzioni di detto organismo.

Entro il 31 dicembre 2025 sarà necessario definire delle regole specifiche che determinino il funzionamento dell'organismo, in analogia con quanto previsto per gli organismi del sistema socio sanitario. In attesa di tale definizione e in continuità con quanto fino ad oggi avvenuto, le votazioni dell'Assemblea dei Sindaci avvengono a maggioranza dei presenti, secondo il criterio numerico della popolazione residente in ogni comune.

Organi sovra Ambito:

Conferenza dei Sindaci e Consiglio di Rappresentanza di ASST

La Conferenza dei Sindaci di ASST esercita le funzioni di cui all'art. 20 della L.r. 33/2009 ed è composta, ai sensi del Regolamento allegato alla D.G.R. n. XI/6762/2022, dai sindaci dei comuni compresi nel territorio dell'ASST. Per l'esercizio delle proprie funzioni si avvale del Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci eletto dalla Conferenza stessa. Tra le varie funzioni il Consiglio formula nell'ambito della programmazione territoriale dell'ASST proposte per l'organizzazione della rete di offerta territoriale e dell'attività sociosanitaria e socioassistenziale, con l'espressione di un parere sulle linee guida per l'integrazione sociosanitaria e sociale. Esprime parere obbligatorio sul Piano di Sviluppo del Polo Territoriale.

Assemblea dei Sindaci di Distretto

L'Assemblea dei Sindaci del Distretto ASST è composta dai sindaci o loro delegati dei comuni afferenti al Distretto ASST, formulano proposte e pareri alla conferenza dei sindaci, dandone comunicazione al direttore generale dell'ASST, in ordine alle linee di indirizzo e di programmazione dei servizi sociosanitari. L'Assemblea provvede, tra le altre cose, a contribuire ai processi di integrazione delle attività socio-sanitarie con gli interventi socio-assistenziali degli Ambiti territoriali. Contribuisce inoltre a definire modalità di coordinamento tra Piani di Zona afferenti allo stesso territorio per la costruzione di un sistema integrato di analisi del bisogno territoriale e l'individuazione di potenziali progettazioni condivise per la programmazione sociale di zona e il suo aggiornamento.

Collegio dei Sindaci di ATS Brescia

Il Collegio dei Sindaci di ATS Brescia, i cui n. 6 componenti sono individuati dalle Conferenze dei Sindaci di ASST secondo il Regolamento allegato alla D.G.R. n. XI/6762/2022, è deputato alla formulazione di proposte e all'espressione di pareri all'ATS per l'integrazione delle reti sanitaria e socio-sanitaria con quella sociale e per organizzare tale integrazione anche attraverso i Piani di Zona di cui alla L. 328/2000 e alla L.r. 3/2008 e partecipa alla Cabina di Regia Integrata di cui alla L.r. 33/2009. Monitora, in raccordo con le Conferenze dei Sindaci, lo sviluppo uniforme delle reti territoriali.

Cabina di Regia Integrata DI ATS

La Cabina di Regia Integrata di ATS è il luogo di raccordo e integrazione tra la programmazione degli interventi di carattere sanitario e socio-sanitario e quella degli interventi di carattere socio-assistenziali. È caratterizzata dalla presenza dei rappresentanti dei Comuni, dell'ATS e delle ASST, favorisce l'attuazione delle linee guida per la programmazione sociale territoriale, promuove strumenti di monitoraggio che riguardano gli interventi e la spesa sociale e sanitaria. Garantisce la continuità, l'unilateralità degli interventi e dei percorsi di presa in carico delle famiglie e dei suoi componenti fragili. Definisce inoltre indicazioni omogenee per la programmazione sociale territoriale con individuazione dei criteri generali e priorità di attuazione. La Cabina di Regia Integrata ha una composizione variabile in funzione delle tematiche trattate: è costituita da un nucleo permanente, un'articolazione plenaria e, in versione ristretta, dall'ufficio di coordinamento, come definiti nell'apposito regolamento.

Cabina di Regia di ASST

Istituita all'interno del polo territoriale delle ASST, è il luogo di raccordo deputato a supportare e potenziare l'integrazione sociosanitaria e garantire la programmazione, il governo, il monitoraggio e la verifica degli interventi sociosanitari e sociali erogati. Tra le funzioni c'è la stesura del Piano di Sviluppo

del Polo Territoriale ai sensi della L.r. 33/2009 e la collaborazione alla stesura dei Piani di Zona. La composizione è variabile e definita con regolamento aziendale, è previsto il coinvolgimento degli Enti del Terzo Settore.

3) IL LIVELLO TECNICO.

3.1. L'organo tecnico ed esecutivo del Piano di Zona è l'Ufficio di Piano, quale organo di supporto alla programmazione, responsabile delle funzioni tecniche e della realizzazione degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi del Piano di Zona, che risponde all'Assemblea dei Sindaci, alla Regione e al Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali della correttezza, attendibilità, puntualità degli adempimenti previsti rispetto ai debiti informativi connessi ai vari fondi attribuiti all'Ambito.

Tale organo è costituito di norma da un **tecnico** designato da ogni Amministrazione Comunale, e da un **Responsabile**, ruolo che negli anni è stato svolto dal tecnico del Comune capofila cui è affidata la responsabilità amministrativa di attuazione del Piano di Zona.

All'Ufficio di Piano partecipano inoltre l'Assistente Sociale/le Assistenti Sociali e gli Operatori Sociali individuati dal Comune capofila per la realizzazione delle varie incombenze afferenti alle decisioni assunte dall'Ufficio di Piano (predisposizione ipotesi di regolamenti, di progetti, partecipazione ai vari incontri per conto dell'Ambito con le diverse realtà pubbliche e private, attività di progettazione e rendicontazione, ecc.).

3.3. il Comune capofila:

3.4. Il Comune capofila dell'Accordo di Programma per la gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali di cui all'art. 19 della legge 328/2000 è stato individuato da parte dell'Assemblea dei Sindaci, per il periodo di validità del Piano di Zona e in continuità con quanto avvenuto nei precedenti trienni, nel Comune di Palazzolo sull'Oglio anche con riferimento ai servizi abitativi, in applicazione della L.R. 16/2016.

A norma di quanto prevede l'Accordo di Programma, il Comune capofila ha la responsabilità amministrativa relativamente all'adozione degli atti necessari a garantire la realizzazione del Piano di Zona, sia sul piano formale che operativo.

Per tale ragione il Comune capofila deve strutturarsi secondo una propria specifica organizzazione, finalizzata a garantire, nel rispetto dei tempi e delle procedure di legge, la realizzazione dei vari interventi progettati dall'Ufficio di Piano e deliberati dall'Assemblea dei Sindaci.

Tale organizzazione deve vedere l'individuazione di risorse di personale amministrativo e sociale (direttamente assunto o incaricato), nonché di supporti legali e specialistici, necessari a garantire il corretto funzionamento del sistema, i cui oneri dovranno trovare copertura parte attraverso le risorse del FNPS o di fondi specifici destinati alla gestione associata delle funzioni, parte attraverso l'apporto di risorse specifiche dei singoli Comuni.

3.5. A livello tecnico provinciale è previsto **il Coordinamento dei Responsabili degli Uffici di Piano** (costituito dai responsabili/Coordinatori degli Uffici di Piano), che garantisce il necessario raccordo operativo ed organizzativo tra tutti i Piani di Zona di ATS Brescia, al fine di assicurare il confronto e il coordinamento dei territori rispetto alle diverse attività in campo e un'opportuna omogeneità di azioni e strategie riferite alle politiche sociali e di relazione con altri soggetti della rete territoriale.

4) LE GESTIONI ASSOCIATE.

4.1. Le Linee guida regionali, in continuità con quanto del resto previsto nelle precedenti stagioni programmatiche, ribadiscono che il Piano di Zona deve diventare lo strumento mediante il quale assicurare un'adeguata integrazione gestionale tra i comuni, attraverso azioni mirate a garantire la gestione unitaria delle funzioni sociali almeno a livello distrettuale, facendo riferimento alle diverse modalità gestionali che la normativa vigente individua. Tale impostazione deve portare ad identificare la specificità del territorio dell'ambito, garantendo, almeno tendenzialmente, unitarietà di risposta.

Infatti, attraverso la gestione unitaria a livello distrettuale delle funzioni sociali, è possibile limitare e contenere la frammentazione dei servizi e degli interventi sul territorio e nel contempo offrire le medesime opportunità di risposta ai cittadini.

Nel triennio 2022/2024 l'attività associata ha visto un forte impulso, anche determinato dalla disponibilità di finanziamenti specifici (PNRR, Quota Servizi Fondo Povertà, PrInS) provenienti dal Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali che ha individuato il destinatario degli stessi in termini gestionali l'Ambito Territoriale Sociale. Di conseguenza i servizi finanziati attraverso i predetti fondi sono stati gestiti in forma associata, potenziando quindi la gestione unitaria delle attività sia in termini di criteri di accesso che di regole di erogazione dei servizi.

Negli anni come Ambito si è potenziato soprattutto l'aspetto della programmazione e della definizione di procedure comuni (gare, appalti, affidamenti, co-progettazioni ecc.), lasciando in alcuni casi in carico ai singoli enti la gestione economica delle attività, in quanto la forma di gestione che caratterizza l'Ambito (gestione tramite il comune capofila), sconta il limite di alcune rigidità, legate alla normativa sugli enti locali. In ogni caso il livello di gestione associata - attuale e in prospettiva - si ritiene buono e con possibilità di ulteriore ampiamento. In particolare il Comune di Adro, che non aderiva alla gestione associata del Servizio Tutela Minori, dal 1° gennaio 2025 aderirà al servizio associato che dovrà quindi essere potenziato.

In linea con quanto sopra, si riconfermano per la vigenza del Piano di Zona 2025/2027 le seguenti gestioni associate, che verranno organizzate mediante lo strumento dell'Accordo di Programma o della Convenzione intercomunale nonché di provvedimenti specifici, anche connessi alla natura delle singole attività svolte, secondo scelte che verranno assunte dall'Assemblea dei Sindaci:

1. Ufficio di Piano per tutta la durata del presente Piano di Zona per tutti i sei Comuni dell'Ambito Territoriale;
2. Servizio Tutela Minori sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria per tutta la durata del presente Piano di Zona e per tutti i sei comuni dell'Ambito Territoriale;
3. Equipe disabili e equipe situazioni di multi problematicità per tutta la durata del presente Piano di Zona (per tutti i sei Comuni dell'Ambito Territoriale);
4. Accreditamento strutture, servizi (SAD, Assistenza scolastica, assistenza domiciliare disabili, Piano Povertà, ecc.) e interventi per tutta la durata del presente Piano di Zona (per tutti i sei Comuni dell'Ambito Territoriale);
5. Gestione delle misure di sostegno alla povertà (per tutti i sei Comuni dell'Ambito Territoriale);
6. Servizio inserimento lavorativo e politiche attive del lavoro (per tutti i sei Comuni dell'Ambito Territoriale);
7. Servizi abitativi (per tutti i sei Comuni dell'Ambito Territoriale);
8. Gestione interventi a sostegno delle politiche di contrasto alla violenza contro le donne;
9. Progetti di PNRR;
10. Ufficio di Prossimità.

oltre ad altre, riferite a specifici servizi e/o attività e/o Progetti, che verranno definiti nel periodo di vigenza del Piano di Zona 2025 – 2027.

In ogni caso la regolazione dei singoli servizi/interventi/progetti sarà oggetto di approvazione da parte dell'Assemblea dei Sindaci, anche mediante la definizione di appositi Accordi/Protocolli/Regolamenti.

Per quanto riguarda **i processi di digitalizzazione**, anche alla luce dell'attività implementata grazie alla premialità di cui l'Ambito ha goduto nel triennio passato, con la software house individuata per la gestione della CSI si sono implementate alcune funzionalità che si stanno rivelando molto utili e che contribuiscono a tracciare le informazioni relative ai singoli utenti, anche nell'ottica di avere delle basi di conoscenza che, a fronte dell'importante turn over che da qualche anno sta caratterizzando i servizi sociali, diventano fondamentali perché anche nuovi operatori possano accedere ad un sistema di informazioni aggiornato e articolato.

Nel processo di integrazione socio sanitaria al quale si è lavorato in questi mesi è emerso più volte come strategico il tema strategico della condivisione di banche dati/sistemi informativi che, oltre a fornire un quadro di conoscenza della situazione del singolo cittadino, consentirebbero anche di tracciare in modo aggiornato e completo le risorse in campo e facilitare una ricomposizione di risorse dedicate utile a condividere budget e progettazioni.

Si tratta quindi di un obiettivo di grande valenza strategica, ma di difficile realizzazione in quanto ancora una volta riconducibile a scelte sovraordinate e non sempre adatte al contesto territoriale specifico.

E'quindi impegno delle parti sociale e sanitaria monitorare la situazione attuale nella prospettiva di una maggiore integrazione informatica.

Rapporti e modelli di cooperazione con gli attori territoriali;

Dall'entrata in vigore del D. Lgs 117/2027 si è assistito ad una forte spinta all'utilizzo di alcuni strumenti di relazione con gli ETS quali tipicamente la co programmazione e la co progettazione, del resto richiamati anche nelle Linee di indirizzo regionali.

Tutta la progettazione connessa al PNRR ha ulteriormente spinto in questa direzione, considerato che per molti dei progetti in campo lo strumento della co progettazione si è rivelato essere quello più adatto a realizzare i progetti specifici e a mettere in gioco le risorse delle parti, dentro un assetto normativo e di regole sufficientemente tutelante per le parti in gioco.

Certamente l'opportunità di confronto che tale strumento consente ha fortemente favorito processi di collaborazione e di supporto reciproco che sono diventati una prassi di lavoro riconosciuto.

Questo si è colto particolarmente nel processo di costruzione del PdZ, nel corso del quale la co programmazione è stata occasione di mettere in comune letture e competenze reciproche.

Come previsto dall'Accordo di programma, gli ETS che hanno partecipato alla fase di co programmazione potranno aderire all'Accordo di Programma ed essere attivamente coinvolti nella gestione del Piano, oltre ad essere in via prioritaria interlocutori per lo sviluppo di eventuali future progettualità.

Processi di integrazione socio sanitaria:

Una forte spinta al processo di integrazione socio sanitaria è rinvenibile già nel precedente Piano di Zona, nel quale tra l'altro come Ambito Territoriale, in accordo con altri territori tra i quali in particolare gli Ambiti di riferimento di ASST Franciacorta (Sebino, Oglio Ovest e Bassa Bresciana Occidentale), si era lavorato su questo aspetto centrale della programmazione anche attingendo a risorse specifiche derivanti dal sistema premiale previsto da Regione Lombardia (introduzione figura del process manager dell'integrazione).

Tale scelta ha fatto sì che nel triennio passato siano stati strutturati momenti specifici di confronto con la Direzione di ASST Franciacorta nell'ottica di migliorare i processi comunicativi in particolare tra ambiti e Direzione Socio Sanitaria e, a cascata poi, tra i diversi livelli di operatività (operatori dei servizi sociali di base e dei servizi specialistici di Asst quali l'UCAM/UVM, l'EOH/EOD, l'équipe delle dimissioni protette, la NPI, il CPS, ecc.).

L'interlocuzione di cui sopra ha consentito di realizzare in modo integrato tra operatori degli Ambiti e di ASST un percorso formativo in forma laboratoriale che ha portato ad elaborare un protocollo operativo di integrazione socio sanitaria, con un focus specifico sulle dimissioni protette.

In questo contesto la nuova programmazione sociale e sanitaria e in particolare la coincidenza dell'elaborazione dei due strumenti di programmazione (PdZ e PPT), ha facilitato il consolidarsi di tali interlocuzioni che hanno concretamente portato a numerosi incontri e momenti di confronto.

L'esito di tale lavoro è stata l'individuazione di alcuni obiettivi comuni tra i due enti, che rappresentano le priorità alle quali lavorare sia come singolo ambito territoriale che in collaborazione con gli altri Ambiti Territoriali di ASST Franciacorta, presenti appunto in entrambe le programmazioni che sono sintetizzate nelle schede che seguono:

IL BUDGET DI SALUTE NELL'AREA DELLA SALUTE MENTALE ADULTA: CO-PROGRAMMAZIONE CON GLI ETS

| LINEE INTERVENTO E INTEGRAZIONE (DGR 2089/2024) | | AZIONE PROGRAMMATORIA (DGR 2089/2024) |
|---|--|---|
| 1) Area prevenzione | | A) Valutazione |
| 2) Area materno-infantile | | B) Continuità dell'assistenza tra setting di cura |
| 3) Area minori-adolescenti | | C) Cure domiciliari |
| 4) Area autonomia | | D) Percorsi di integrazione con le cure primarie |
| 5) Area fragilità | | E) Prevenzione e promozione della salute |
| 6) Area grave emarginazione | | F) Telemedicina |

| | |
|--|---|
| AREA AZIENDALE (ASST FRANCIACORTA) | SETTORI COINVOLTI: DSMD - Direzione Socio Sanitaria - Formazione - Direzione Amministrativa e Provveditorato |
| AREA TERRITORIALE ISTITUZIONALE (ALTRE ASST, AMBICI, EL, ALTRO) | ATTORI COINVOLTI: Ambiti Territoriali - EELL |
| AREE COPROGRAMMAZIONE: ETS, VOLONTARIATO, SCUOLA, ALTRO | ATTORI COINVOLTI: ETS, Volontariato, scuola |

| | |
|---------------------------------------|---|
| RAZIONALE/CRITICITÀ | Razionale: promuovere politiche in grado di superare il modello di welfare tradizionale (cittadino portatore di bisogno e servizi erogatori di prestazioni) a favore di un modello di welfare generativo nell'ambito della salute mentale Criticità: superamento del modello dell'affidamenti di servizi in appalto con quello della co-programmazione e co-gestione |
| AREA/AZIONE PROGRAMMATORIA | Area: 1, 4, 5, 6 Azione: A, B, C, E. |
| OBIETTIVI | <ol style="list-style-type: none"> 1. razionalizzare le risorse in salute mentale superando il modello residenziale di trattamento a favore di una piena reintegrazione dei soggetti portatori di bisogni complessi in salute mentale nella propria comunità, attraverso la valorizzazione di tutte le risorse dei soggetti del sistema, secondo le linee di indirizzo contenute nel PSSR 2024-2028 e nel PRSS. 2. responsabilizzare tutti i soggetti coinvolti nel percorso di presa in carico e di cura (cittadino, famiglia, comunità, EELL, ASST, ETS). 3. ridurre la marginalizzazione e il ricorso all'istituzionalizzazione delle persone portatrici di bisogni complessi in salute mentale. 4. potenziare il sistema di opportunità sul territorio. 5. sensibilizzare la comunità e ridurre lo stigma sociale |
| TARGET/DESTINATARI | Utenti portatori di bisogni complessi in salute mentale |
| RISORSE | Strumentali: budget economico del DSMD – strutture del DSMD – strutture e strumenti messi a disposizione dai partner istituzionali e del Terzo Settore Risorse umane: personale del DSMD – uffici di Piano – uffici sociali dei |

| | |
|---|--|
| | singoli comuni - personale degli ETS – volontari e la cittadinanza attiva |
| TRASVERSALE AD ALTRE LINEE DI POLICY | Tutti i PdZ |
| PUNTI CHIAVE DI INTERVENTO | Sviluppo di strategie comuni a sostegno della autonomia dei soggetti presi in carico attraverso azioni di sostegno all'abitare, al lavoro/formazione e alla socialità |
| COINVOLGIMENTO AMBITO/I NELL'ANALISI DEL BISOGNO | Tutti e 4 gli ambiti sono coinvolti |
| COINVOLGIMENTO AMBITO/I NELLA PROGRAMMAZIONE | Tutti e 4 gli ambiti sono coinvolti |
| AZIONI CONGIUNTE ASST/ AMBITO | Partecipazione al livello direzionale (cabina di regia), al livello gestionale (tavoli gestionali locali) e operativo (microequipe), secondo il definito modello di Governance |
| FORMAZIONE CONGIUNTA | Prevista per tutti gli attori coinvolti |
| L'INTERVENTO È CO PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE | Si |
| L'INTERVENTO È CO PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE | Si |
| COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE | Si – associazioni di volontariato e qualsiasi risorsa formale ed informale presente nel territorio utile alle progettualità individualizzate |
| MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE | Co-progettazione ai sensi del Codice del terzo settore e successiva cogestione con i partner progettuali |
| INDICATORI DI ESITO | <ul style="list-style-type: none"> - Hard outcomes (ricoveri in SPDC, SR, accessi PS e semiresidenzialità) - Soft outcomes (soddisfazione dell'utente per i trattamenti, qualità della vita) |

IL CENTRO DIURNO DIFFUSO PER ADOLESCENTI: PROPOSTA DI ESTENSIONE DEL BUDGET DI SALUTE ALLA NPI

| LINEE DI INTERVENTO E INTEGRAZIONE (DGR 2089/2024) | | AZIONE PROGRAMMATORIA (DGR 2089/2024) |
|--|--|---|
| 1) Area prevenzione | | A) Valutazione |
| 2) Area materno-infantile | | B) Continuità dell'assistenza tra setting di cura |
| 3) Area minori-adolescenti | | C) Cure domiciliari |
| 4) Area autonomia | | D) Percorsi di integrazione con le cure primarie |
| 5) Area fragilità | | E) Prevenzione e promozione della salute |
| 6) Area grave emarginazione | | F) Telemedicina |

| | |
|--|---|
| AREA AZIENDALE (ASST FRANCIACORTA) | SETTORI COINVOLTI: COT - Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'adolescenza – CPS – Area Dipendenze - Consultori |
| AREA TERRITORIALE ISTITUZIONALE (ALTRÉ ASST, AMBITI, EL, ALTRO) | ATTORI COINVOLTI: ATS - ASST Garda – ASST Brescia – Ambito 5 Sebino – Ambito 6 Monte Orfano – Ambito 7 Oglio Ovest – Ambito 8 Bassa Bresciana Occidentale – Enti Locali Del Territorio della Asst Franciacorta |
| AREE COPROGRAMMAZIONE: ETS, VOLONTARIATO, SCUOLA, ALTRO | ATTORI COINVOLTI: Enti del Terzo Settore che gestiscono centri diurni terapeutici per adolescenti – scuole secondarie – centri di aggregazione giovanile servizi sociali territoriali società sportive |

| | |
|---------------------------------------|---|
| RAZIONALE/CRITICITÀ | Il centro diurno terapeutico Bios di Orzinuovi, che già insiste sul nostro territorio a tutt'oggi non riesce a saturare i posti disponibili. Il dato non è indicativo di una mancanza di bisogni, ma evidenzia il limite implicito di una struttura semiresidenziale, che spesso si pone in alternativa alla frequenza scolastica per problemi di sovrapposizione d'orario, finendo per dare risposta prevalentemente a quei casi molto gravi in cui la frequenza scolastica è improponibile per la psicopatologia del paziente. Analizzando il problema con i familiari dei ragazzi, con la Direzione Aziendale e del DSM, così come con i referenti di alcuni centri diurni, si riscontra che anche quest'ultimi dopo l'esperienza di alcuni anni, convengono con l'idea di attivare una formula di "Centro Diurno Diffuso", sul modello del budget di salute che stiamo sperimentando nel DSM nell'adulto, che permetta di utilizzare le risorse inutilizzate sulla semiresidenzialità, a favore di progetti individuali, mirati sui singoli pazienti e sui loro bisogni, da organizzare con la collaborazione delle risorse della rete territoriale. |
| AREA/AZIONE PROGRAMMATORIA | Area: 1-2-3-5-6 Azione: B – C – E - F |
| OBIETTIVI | Elaborare progetti terapeutico riabilitativi individualizzati basati su interventi domiciliari/territoriali, compatibili con la prosecuzione della frequenza scolastica di questi adolescenti, finalizzati al recupero di quelle stesse abilità relazionali e psicosociali che si vorrebbero recuperare attraverso l'inserimento dei ragazzi in un centro diurno classico semiresidenziale: |

| | |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> a) potenziamento delle autonomie e competenze personali b) potenziamento delle competenze pro sociali rispetto al gruppo dei coetanei e degli adulti c) recupero delle relazioni con i membri del nucleo familiare d) recupero dei prerequisiti sociali per un reinserimento in un percorso scolastico o lavorativo. |
| TARGET/DESTINATARI | Adolescenti, sia maschi che femmine, di età compresa tra i 12 e i 18 anni, che presentino disturbi psichiatrici (disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici, disturbi depressivi, disturbo bipolare, disturbi di personalità e altri disturbi correlati quali disturbi d'ansia, psicosomatici, ritiro sociale, fobie ecc). |
| RISORSE | Professionisti dei settori di area aziendale coinvolti – Professionisti dei Centri Diurni Terapeutici – Professionisti della Scuola e dei Servizi Sociali del territorio – Operatori degli enti coinvolti nella co-progettazione |
| TRASVERSALE AD ALTRE LINEE DI POLICY | <ol style="list-style-type: none"> 1. Integrazione Sociale: Favorire l'inclusione di gruppi vulnerabili, come famiglie in difficoltà, adolescenti e migranti, attraverso servizi accessibili e politiche di sostegno. 2. Partecipazione dei Cittadini: Coinvolgere i cittadini e i rappresentanti degli Enti Locali nei processi decisionali riguardanti lo sviluppo del territorio, tramite consultazioni e iniziative di partecipazione attiva. 3. Servizi e Infrastrutture: Pianificare la distribuzione degli interventi e dei servizi (centri sanitari, scuole, centri di aggregazione giovanile e aree verdi) e delle infrastrutture in modo da garantire un facile accesso per tutti. 4. Piani Integrati: Lavorare in sinergia con altri piani e programmi (come quelli regionali e nazionali di salute mentale) per creare strategie coerenti e integrate. |
| PUNTI CHIAVE DI INTERVENTO | <ul style="list-style-type: none"> a) Coinvolgere gli Enti e le Istituzioni locali, provinciali e regionali nella elaborazione, validazione e finanziamento strutturale del progetto, con riferimento alla DGR n° XII/2966 del 5/08/2024, al capitolo Attuazione del potenziamento posti CD di NPIA. b) Individuare i soggetti beneficiari degli interventi. c) Individuare le Azioni, gli Attori indispensabili alla realizzazione del progetto e gli esiti attesi. d) Stendere il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato (basati su interventi domiciliari/territoriali) con il coinvolgimento di tutti gli attori implicati nella realizzazione delle diverse azioni previste. e) Realizzare gli interventi previsti e verificare gli indicatori di esito programmati. |
| COINVOLGIMENTO AMBITO/I NELL'ANALISI DEL BISOGNO | SI |
| COINVOLGIMENTO AMBITO/I NELLA PROGRAMMAZIONE | SI |
| AZIONI CONGIUNTE ASST/AMBITO | SI |
| FORMAZIONE CONGIUNTA | SI: prevedere eventi di presentazione della progettualità generale agli operatori coinvolti nella realizzazione degli interventi sul minore e sulla sua famiglia. |
| L'INTERVENTO È CO PROGRAMMATO | SI |

| | |
|---|--|
| CON IL TERZO SETTORE | |
| L'INTERVENTO È CO PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE | SI |
| COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE | SI (VEDI AREE DI COPROGRAMMAZIONE) |
| MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE | <ul style="list-style-type: none"> - Analisi del problema e coprogettazione con il contributo di tutti gli attori coinvolti, con il coordinamento della UONPIA (il fulcro organizzativo della rete e la sede principale per la riabilitazione e per la presa in carico multidisciplinare e integrata, che assume conseguentemente un ruolo di coordinamento dei percorsi di cura e degli specifici interventi di assistenza domiciliari, semiresidenziali e residenziali). - Approvazione dei progetti da parte degli Enti preposti. - Elaborazione dei progetti terapeutico riabilitativi individualizzati. - Erogazione degli interventi previsti da parte dei vari attori coinvolti, con periodiche valutazioni congiunte in presenza del paziente e dei familiari. - Valutazione degli esiti e dimissioni dal progetto. |
| INDICATORI DI ESITO | <p>Elaborazione del progetto in coprogrammazione/coprogettazione tra ASST, ETS coinvolti, Rappresentanti degli Enti Locali del territorio.</p> <p>Approvazione del progetto e delle fonti strutturali di finanziamento da parte degli Uffici preposti (Regione – ATS) e stesura di un Cronoprogramma relativo alle fasi di realizzazione dello stesso.</p> <p>Arruolamento del personale necessario alla realizzazione del progetto e arruolamento dei pazienti beneficiari</p> <p>Realizzazione delle azioni previste dal progetto e valutazione degli esiti.</p> <p>Verifica del rispetto del cronoprogramma previsto e degli indicatori di risultato: N° Pazienti coinvolti – N° di percorsi portati a termine con successo – N° di percorsi interrotti (drop out)</p> <p>Analisi strutturata dei punti di forza del progetto, delle criticità emerse e delle possibili soluzioni da adottare ad opera di tutti gli attori coinvolti.</p> |

RICOLLOCAZIONE DEL CENTRO DIURNO ED INTEGRAZIONE NEL CONTESTO SOCIALE, ASSOCIATIVO E CULTURALE DEL COMUNE DI PALAZZOLO s/O

| LINEE INTERVENTO E INTEGRAZIONE (DGR 2089/2024) | | AZIONE PROGRAMMATORIA (DGR 2089/2024) |
|---|--|---|
| 1) Area prevenzione | | A) Valutazione |
| 2) Area materno-infantile | | B) Continuità dell'assistenza tra setting di cura |
| 3) Area minori-adolescenti | | C) Cure domiciliari |
| 4) Area autonomia | | D) Percorsi di integrazione con le cure primarie |
| 5) Area fragilità | | E) Prevenzione e promozione della salute |
| 6) Area grave emarginazione | | F) Telemedicina |

| | |
|--|--|
| AREA AZIENDALE (ASST FRANCIACORTA) | Settori coinvolti: DSMD – Direzione Sociosanitaria – Dipartimento Amministrativo |
| AREA TERRITORIALE ISTITUZIONALE (ALTRE ASST, AMBITI, EL, ALTRO) | Attori coinvolti: Ambito Monte Orfano |
| AREE COPROGRAMMAZIONE: ETS, VOLONTARIATO, SCUOLA, ALTRO | Attori coinvolti: ETS, Volontariato, partner privati |

| | |
|---|---|
| RAZIONALE/CRITICITÀ | Razionale: il Comune di Palazzolo ha presentato a Fondazione Cariplo il progetto di riqualificazione del Parco delle Tre Ville finalizzato a restituire alla città un polo culturale, associativo e ricreativo. All'interno del polo potrebbe trovare collocazione il CD di ASST così da promuovere l'integrazione con le risorse associative e culturali del territorio, nonché valorizzare le capacità individuali degli ospiti che potrebbero essere impegnati nella gestione del polo stesso. |
| AREA/AZIONE PROGRAMMATORIA | Area: 4 – 5 – 6. Azione: B –E. |
| OBIETTIVI | 1. integrazione tra servizi sanitari (CD) e realtà associative e culturali del territorio 2. promuovere occasioni di risocializzazione per gli ospiti in coerenza con gli obiettivi del DSMD 3. generare opportunità di espressione delle capacità individuali degli ospiti restituendo valore sociale 4. sensibilizzare la comunità e ridurre lo stigma sociale |
| TARGET/DESTINATARI | Utenti del Centro Diurno e popolazione generale |
| RISORSE | Strumentali: sarà necessario individuare risorse anche attraverso il coinvolgimento di partner privati o istituzionali per il recupero dell'immobile individuato come possibile sede |
| TRASVERSALE AD ALTRE LINEE DI POLICY | Specifica progettualità dell'amministrazione del Comune di Palazzolo S/O |
| PUNTI CHIAVE DI INTERVENTO | Integrazione |
| COINVOLGIMENTO AMBITO/I NELL'ANALISI DEL BISOGNO | Ambito Monte Orfano |

| | |
|---|--|
| COINVOLGIMENTO AMBITO/I NELLA PROGRAMMAZIONE | Ambito Monte Orfano |
| AZIONI CONGIUNTE ASST/ AMBITO | Partnership nel progetto Emblematico Cariplò promosso dal Comune di Palazzolo e individuazione dei fondi necessari al recupero dell'immobile |
| FORMAZIONE CONGIUNTA | No |
| L'INTERVENTO È CO PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE | Si |
| L'INTERVENTO È CO PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE | Si |
| COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE | Si – associazioni di volontariato e qualsiasi risorsa formale ed informale presente nel territorio utile alle progettualità individualizzate |
| MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE | Partnership nel progetto Emblematico Cariplò |
| INDICATORI DI ESITO | Ricollocazione del CD secondo progetto |

RIDEFINIZIONE DEI PERCORSI DI RESIDENZIALITÀ LEGGERA

| LINEE DI INTERVENTO E INTEGRAZIONE (DGR 2089/2024) | | AZIONE PROGRAMMATORIA (DGR 2089/2024) |
|---|---|---|
| 1) Area prevenzione | | A) Valutazione |
| 2) Area materno-infantile | | B) Continuità dell'assistenza tra setting di cura |
| 3) Area minori-adolescenti | | C) Cure domiciliari |
| 4) Area autonomia | ■ | D) Percorsi di integrazione con le cure primarie |
| 5) Area fragilità | ■ | E) Prevenzione e promozione della salute |
| 6) Area grave emarginazione | ■ | F) Telemedicina |

| | |
|--|---|
| AREA AZIENDALE (ASST FRANCIACORTA) | Settori coinvolti: DSMD – Direzione Sociosanitaria – Formazione – Direzione Amministrativa e Provveditorato |
| AREA TERRITORIALE ISTITUZIONALE (ALTRÉ ASST, AMBITI, EL, ALTRO) | Attori coinvolti: AMBITI TERRITORIALI - EELL |
| AREE COPROGRAMMAZIONE: ETS, VOLONTARIATO, SCUOLA, ALTRO | Attori coinvolti: ETS |

| | |
|---|---|
| RAZIONALE/CRITICITÀ | Razionale: accoglimento delle nuove direttive regionali che ridefiniscono i progetti di RL come progetti di supporto domiciliare intensivo. Promozione della corresponsabilità nella risposta a bisogni complessi sanitari, socio sanitari e sociali degli utenti target |
| AREA/AZIONE PROGRAMMATORIA | Area: 4 – 5 – 6. Azione: A – B – C - E |
| OBIETTIVI | 1. dare risposte integrate al bisogno abitativo, anche temporaneo, di utenti che altrimenti rischierebbero l'istituzionalizzazione 2. promuovere politiche che consentano a giovani adulti di sperimentarsi in contesti di autonomia supportata (recovery house) 3. responsabilizzare tutti i soggetti coinvolti nel percorso di presa in carico e di cura (cittadino, famiglia, comunità, EELL, ASST, ETS). 4. potenziare il sistema di opportunità sul territorio. |
| TARGET/DESTINATARI | Utenti portatori di bisogni complessi in salute mentale che necessitano di soluzioni abitative, anche temporanee |
| RISORSE | Strumentali: budget economico del DSMD – strutture del DSMD – strutture e strumenti messi a disposizione dai partner istituzionali e del Terzo Settore (soluzioni abitative attualmente oggetto di progetti di RL) Risorse umane: personale del DSMD – uffici di Piano – uffici sociali dei singoli comuni - personale degli ETS – volontari e la cittadinanza attiva |
| TRASVERSALE AD ALTRE LINEE DI POLICY | Si |
| PUNTI CHIAVE DI INTERVENTO | Sviluppo di strategie comuni a sostegno della autonomia dei soggetti presi in carico attraverso azioni di sostegno all'abitare |
| COINVOLGIMENTO AMBITO/I NELL'ANALISI DEL BISOGNO | Tutti e 4 gli ambiti sono coinvolti |
| COINVOLGIMENTO AMBITO/I NELLA PROGRAMMAZIONE | Tutti e 4 gli ambiti sono coinvolti |

| | |
|---|--|
| AZIONI CONGIUNTE ASST/ AMBITO | Governo integrato del processo mediante la partecipazione a tavoli interistituzionali ad hoc o già esistenti (es. cabina di regia dell'azione) |
| FORMAZIONE CONGIUNTA | Prevista per tutti gli attori coinvolti |
| L'INTERVENTO È CO PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE | Si |
| L'INTERVENTO È CO PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE | Si |
| COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE | Si – qualsiasi risorsa formale ed informale presente nel territorio utile alle progettualità individualizzate |
| MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE | Co-progettazione ai sensi del Codice del terzo settore e successiva co-gestione con i partner progettuali |
| INDICATORI DI ESITO | Hard Outcomes (riduzione del ricorso ai ricoveri in strutture residenziali) Soft Outcomes (miglioramento del funzionamento globale, della soddisfazione dell'utente e della qualità della vita) |

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

| LINEE DI INTEVENTO E INTEGRAZIONE (DGR 2089/2024) | | AZIONE PROGRAMMATORIA (DGR 2089/2024) |
|--|--|---|
| 1) Area prevenzione | | A) Valutazione |
| 2) Area materno-infantile | | B) Continuità dell'assistenza tra setting di cura |
| 3) Area minori-adolescenti | | C) Cure domiciliari |
| 4) Area autonomia | | D) Percorsi di integrazione con le cure primarie |
| 5) Area fragilità | | E) Prevenzione e promozione della salute |
| 6) Area grave emarginazione | | F) Telemedicina |

| | |
|---|---|
| AREA AZIENDALE (ASST FRANCIACORTA) | SETTORI COINVOLTI: professionisti dei diversi servizi territoriali |
| AREA TERRITORIALE ISTITUZIONALE (ALTRE ASST, AMBITI, EL, ALTRO) | ATTORI COINVOLTI: ASST confinanti con ASST FRANCIACORTA – AMBITI SOCIALI TERRITORIALE |
| AREE COPROGRAMMAZIONE: ETS, VOLONTARIATO, SCUOLA, ALTRO | ATTORI COINVOLTI: |

| | |
|---|--|
| RAZIONALE/CRITICITÀ | Razionale: l'appropriatezza degli interventi sui soggetti fragili, complessi, cronici, disabili e non autosufficienti è principio cardine per l'utilizzo corretto delle risorse per la presa in carico della persona. Criticità: superamento della frammentazione delle risposte |
| AREA/AZIONE PROGRAMMATORIA | Area: 2 - 3 - 5 Azione: A -B – C – D - F |
| OBIETTIVI | <ul style="list-style-type: none"> - governo del percorso di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali - delinea il livello di non autosufficienza dell'assistito; - definisce gli obiettivi da raggiungere; - pianifica gli interventi da attuare - Appropriatezza della risposta in base al problema di salute ed alle risorse disponibili; - Continuità delle cure |
| TARGET/DESTINATARI | Popolazione fragile, con problematiche sanitarie, sociosanitarie e sociali complesse che necessitano di interventi integrati e mutevoli nel tempo. |
| RISORSE | Personale ASST – Ambiti Sociali Territoriali |
| TRASVERSALE AD ALTRE LINEE DI POLICY | SI: aree fragilità, Disabilità, Disagio e Emarginazione Sociale |
| PUNTI CHIAVE DI INTERVENTO | Valutazione multidimensionale e multi disciplinare rispetto: <ul style="list-style-type: none"> - livello biologico e clinico (stato di salute, segni e sintomi di malattia, livelli di autonomia, ecc.); - livello psicologico (tono dell'umore, capacità mentali superiori, ecc.); - livello cognitivo (linguaggio espressivo/recettivo, capacità logiche, mnestiche, orientamento, ecc.); |

| | |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - livello sociale (condizioni relazionali, di convivenza, situazione abitativa, economica, ecc.); - livello funzionale (disabilità, ovvero la capacità di compiere uno o più atti quotidiani come lavarsi, vestirsi, salire le scale ecc.). |
| COINVOLGIMENTO AMBITO/I NELL'ANALISI DEL BISOGNO | SI |
| COINVOLGIMENTO AMBITO/I NELLA PROGRAMMAZIONE | SI |
| AZIONI CONGIUNTE ASST/ AMBITO | SI |
| FORMAZIONE CONGIUNTA | SI |
| L'INTERVENTO È CO PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE | ND |
| L'INTERVENTO È CO PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE | ND |
| COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE | SI |
| MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE | <p>Il Processo valutativo avviene attraverso l'utilizzo di scale validate (Scheda Unica di Triage, InterRai/Home care, ICF, scale specifiche, ADL, IADL, scale sociali ecc.), in relazione allo specifico bisogno evidenziato, per profilare e individuare i bisogni clinici, assistenziali, sociali e di sostegno in relazione alle aspettative della persona e della famiglia e.</p> <p>È differenziata in base alla rilevazione della tipologia di bisogno (semplice – complesso) e deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prevedere la piena integrazione tra sociale, sanitario e socio sanitario per programmazione e realizzazione dei LEPS, di ambito sociale, e dei LEA in risposta alla domanda di salute - essere fluida per poter garantire una adeguata risposta al bisogno. - All'interno dell'Equipe può essere individuato il Case Manager che può essere un professionista sanitario o sociale, a seconda della prevalenza del bisogno dell'utente o della specifica misura richiesta. <p>Il Case Manager è il professionista che fa da "persona di riferimento" del caso, coordina e sovrintende la redazione del Progetto Individualizzato, i processi e gli interventi previsti a garanzia della continuità della presa in carico. È un "gestore del caso", che si fa carico, nell'ottica del caring, di tutte le esigenze della persona assistita, evitando quella presa in carico frammentata e parcellizzata, inefficace e antieconomica.</p> |
| INDICATORI DI ESITO | <ul style="list-style-type: none"> - Indicatore DGR 2089/2024: Numero di valutazioni che vedono la partecipazione dell'Assistente sociale comunale/numero complessivo di valutazioni effettuate nell'anno, prevedendo una percentuale incrementale negli anni successivi, pari a almeno il: <ul style="list-style-type: none"> ➢ 50% nell'anno 2025 ➢ 75% nel 2026 ➢ 100% nel 2027 |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">- tavoli di lavoro per la condivisione delle scale di valutazione, delle competenze e delle conoscenze, delle prassi, affinché il lavoro di equipe divenga una prassi consolidata- momenti di formazione congiunta indispensabili anche per la costruzione del gioco di squadra e la condivisione delle hard Skills. |
|--|---|

IL PUA: INTEGRAZIONE SOCIALE E SOCIO SANITARIA 4.0

| LINEE DI INTERVENTO E INTEGRAZIONE (DGR 2089/2024) | | AZIONE PROGRAMMATORIA (DGR 2089/2024) |
|---|--|---|
| 1) Area prevenzione | | A) Valutazione |
| 2) Area materno-infantile | | B) Continuità dell'assistenza tra setting di cura |
| 3) Area minori-adolescenti | | C) Cure domiciliari |
| 4) Area autonomia | | D) Percorsi di integrazione con le cure primarie |
| 5) Area fragilità | | E) Prevenzione e promozione della salute |
| 6) Area grave emarginazione | | F) Telemedicina |

| | |
|--|--|
| AREA AZIENDALE (ASST FRANCIACORTA) | Settori coinvolti: PUA case di Comunità |
| AREA TERRITORIALE ISTITUZIONALE (ALTRE ASST, AMBITI, EL, ALTRO) | Attori coinvolti: Comuni insistenti sul territorio |
| AREE COPROGRAMMAZIONE: ETS, VOLONTARIATO, SCUOLA, ALTRO | Attori coinvolti: |

| | |
|---|--|
| RAZIONALE/CRITICITÀ | Ricomposizione della risposta ai bisogni portati dall'utenza l'interno di un unico punto di accesso |
| AREA/AZIONE PROGRAMMATORIA | Area: 1 - 2 - 3 - 4 – 5 – 6. Azione: A – B – C – D – E - F. |
| OBIETTIVI | <ul style="list-style-type: none"> - Individuazione di un Sistema integrato per la gestione delle informazioni condiviso tra i servizi socio sanitari e sanitari; - Definizione di procedure scritte standard per l'accesso ai principali servizi e prestazioni - Sviluppo di un sistema territoriale integrato di risposta ai bisogni (sociali, sociosanitari), finalizzato al miglioramento della qualità di vita attraverso la continuità e integrazione dei servizi territoriali |
| TARGET/DESTINATARI | Tutti i residenti nei comuni che costituiscono il bacino d'utenza della ASST Franciacorta |
| RISORSE | Personale ASST e personale dell'Ambito |
| TRASVERSALE AD ALTRE LINEE DI POLICY | <ul style="list-style-type: none"> - Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva; - Digitalizzazione dei servizi; - Interventi di Sistema per il potenziamento dell'ufficio di Piano e il rafforzamento della gestione associata |
| PUNTI CHIAVE DI INTERVENTO | <ul style="list-style-type: none"> - Risposta integrata ai bisogni dei cittadini - Ricomposizione delle risorse territoriali; - Integrazione tra i servizi; - Allargamento della rete e coprogrammazione; - Vulnerabilità multidimensionale; Nuovi strumenti di Governance; - Facilitare l'accesso alle opportunità di benessere e partecipazione attiva - Digitalizzazione del servizio; Organizzazione del lavoro; - Integrazione e rafforzamento del collegamento tra i nodi della rete |

| | |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Rafforzamento della gestione associata; - Applicazione di strumenti e processi di digitalizzazione per la gestione/organizzazione dell'ambito |
| COINVOLGIMENTO AMBITO/I NELL'ANALISI DEL BISOGNO | Si |
| COINVOLGIMENTO AMBITO/I NELLA PROGRAMMAZIONE | Si |
| AZIONI CONGIUNTE ASST/ AMBITO | <ul style="list-style-type: none"> - Analisi della casistica delle segnalazioni e determinazione delle modalità di gestione delle risposte, sia come raccolta delle informazioni necessarie alla decodifica del bisogno che attraverso la definizione di istruzioni operative standardizzate per una risposta omogenea alle casistiche più frequenti - Modello organizzativo: Progettazione condivisa - Avvio attività con condivisione risorse umane, attivazione di concezione tra ASST e ambiti sociali per la definizione dei rapporti giuridici gerarchici e la definizione delle modalità di interazione - Definizione dell'architettura delle informazioni per lo sviluppo della digitalizzazione del servizio; - Attivazione di un sistema di monitoraggio delle attività in ottica di miglioramento continuo del servizio |
| FORMAZIONE CONGIUNTA | Si |
| L'INTERVENTO È CO PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE | N.D. |
| L'INTERVENTO È CO PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE | N.D. |
| COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE | N.D. |
| MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE | <p>Il modello organizzativo proposto prevede tre livelli che consentono di ottimizzare le risorse finalizzate rispondere in modo appropriato alle richieste dei cittadini; di seguito sono indicati i tre livelli di tipologia di attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Front office: luogo di informazione e di filtro delle istanze; - Back office 1º livello: orientamento avvio di percorso di presa in carico. Soddisfacimento di bisogni semplici (Es: SAD, C-dom) - Back office di 2 livello: soddisfacimento dei bisogni complessi. Attività totalmente in carico alla EVM, quale luogo dove si valorizzano le risorse della comunità e avviene l'integrazione dei diversi erogatori di prestazioni |
| INDICATORI DI ESITO | Risposta integrata ai bisogni dei cittadini: numero presa in carico e con continuità delle cure /totale accessi PUA |

COT E PROMOZIONE DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE TRA SETTING

| LINEE DI INTERVENTO E INTEGRAZIONE (DGR 2089/2024) | | AZIONE PROGRAMMATORIA (DGR 2089/2024) |
|---|--|---|
| 1) Area prevenzione | | A) Valutazione |
| 2) Area materno-infantile | | B) Continuità dell'assistenza tra setting di cura |
| 3) Area minori-adolescenti | | C) Cure domiciliari |
| 4) Area autonomia | | D) Percorsi di integrazione con le cure primarie |
| 5) Area fragilità | | E) Prevenzione e promozione della salute |
| 6) Area grave emarginazione | | F) Telemedicina |

| | |
|---|---|
| AREA AZIENDALE (ASST FRANCIACORTA) | SETTORI COINVOLTI: Polo territoriale ASST |
| AREA TERRITORIALE ISTITUZIONALE (ALTRÉ ASST, AMBITI, EL, ALTRO) | ATTORI COINVOLTI: Ambiti Sociali, MMG, Continuità Assistenziale ,116117, Pronto Soccorso; Soggetti Erogatori Privati Accreditati Pubblici E Privati A Contratto |
| AREE COPROGRAMMAZIONE: ETS, VOLONTARIATO, SCUOLA, ALTRO | ATTORI COINVOLTI: |

| | |
|---|---|
| RAZIONALE/CRITICITÀ | La COT rappresenta il punto fondamentale dello sviluppo della medicina territoriale previsto dal DM 77. E' un'attività principalmente di back-office dotata di piattaforme informatiche che consentono la tracciabilità dell'assistito da un setting assistenziale all'altro, con il coinvolgimento dei principali attori del sistema sanitario, sociosanitario e sociale. |
| AREA/AZIONE PROGRAMMATORIA | Area: tutte Azione: tutte |
| OBIETTIVI | Garantire la continuità dell'assistenza in tutte le sfaccettature: assistenza sanitaria, assistenza sociosanitaria, assistenza sociale, attivazione servizi di telemedicina e di tele monitoraggio |
| TARGET/DESTINATARI | Pazienti nelle diverse tipologie di transizioni tra Setting |
| RISORSE | PNRR, personale dedicato e addestrato |
| TRASVERSALE AD ALTRE LINEE DI POLICY | È elemento essenziale per lo sviluppo della medicina territoriale prevista dal DM 77 |
| PUNTI CHIAVE DI INTERVENTO | Integrazione di tutti gli attori, monitoraggio, sviluppo di algoritmi predittivi per la programmazione dei servizi necessari alla soddisfazione dei bisogni dei cittadini affetti da patologie croniche e con fragilità (sanitaria, sociosanitaria e sociale) |
| COINVOLGIMENTO AMBITO/I NELL'ANALISI DEL BISOGNO | Ambito sociale è partner per l'intercettazione, la valutazione e la garanzia di risposta ai bisogni |
| COINVOLGIMENTO AMBITO/I NELLA PROGRAMMAZIONE | N.D. |
| AZIONI CONGIUNTE ASST/ AMBITO | Si in linea con la DGR 590 "Rafforzamento dei servizi sociali a favore della domiciliarità" |
| FORMAZIONE CONGIUNTA | Si |
| L'INTERVENTO È CO | N.D. |

| | |
|---|---|
| PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE | |
| L'INTERVENTO È CO PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE | N.D. |
| COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE | N.D. |
| MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE | <p>Attività di back-office.</p> <p>Utilizzo di piattaforma tecnologica idonee a monitorare le transizioni degli assistiti</p> |
| INDICATORI DI ESITO | <ul style="list-style-type: none"> - Numero di transizioni avviate/numero di transizioni concluse con esito positivo; - Rispetto delle tempistiche di programmazione dimissione - % Appropriatezza del setting di accoglienza - Numero di riospedalizzazioni a 30gg |

DIMISSIONI PROTETTE

| LINEE DI INTEVENTO E INTEGRAZIONE (DGR 2089/2024) | | AZIONE PROGRAMMATORIA (DGR 2089/2024) |
|--|---|---|
| 1) Area prevenzione | | A) Valutazione |
| 2) Area materno-infantile | ■ | B) Continuità dell'assistenza tra setting di cura |
| 3) Area minori-adolescenti | ■ | C) Cure domiciliari |
| 4) Area autonomia | ■ | D) Percorsi di integrazione con le cure primarie |
| 5) Area fragilità | ■ | E) Prevenzione e promozione della salute |
| 6) Area grave emarginazione | ■ | F) Telemedicina |

| | |
|---|--|
| AREA AZIENDALE (ASST FRANCIACORTA) | SETTORI COINVOLTI: COT, UU.OO. Presidi ospedalieri, Cure Primarie, Ospedali di Comunità, EVM, C-Dom |
| AREA TERRITORIALE ISTITUZIONALE (ALTRE ASST, AMBITI, EL, ALTRO) | ATTORI COINVOLTI: AMBITI, strutture Ospedaliere di Riabilitazione, Servizi Socio assistenziali |
| AREE COPROGRAMMAZIONE: ETS, VOLONTARIATO, SCUOLA, ALTRO | ATTORI COINVOLTI: ETS, famiglie |

| | |
|---|--|
| RAZIONALE/CRITICITÀ | Le Dimissioni Protette rappresentano sia un Livello essenziale di assistenza (LEA) sia un Livello essenziale delle prestazioni sociali (LEPS). Proprio per questo sono oggi oggetto di diverse progettualità che puntano allo sforzo di un'integrazione sociosanitaria. |
| AREA/AZIONE PROGRAMMATORIA | Area: 2 – 3 - 5 - 6 Azione: A - B - C - D - F |
| OBIETTIVI | <ul style="list-style-type: none"> - Progettare i bisogni di assistenza socio-assistenziale dei pazienti fragili in dimissione dalle strutture ospedaliere - Organizzare un rientro al domicilio, primo luogo di cura, accompagnato - Ridurre il numero di ricoveri reiterati presso i presidi ospedalieri - Ridurre sovraffollamento PS |
| TARGET/DESTINATARI | Soggetti fragili in dimissione ospedaliera |
| RISORSE | Attori coinvolti nelle dimissioni protette |
| TRASVERSALE AD ALTRE LINEE DI POLICY | SI |
| PUNTI CHIAVE DI INTERVENTO | Programmazione percorso ad hoc per soggetto fragile dimesso a favore della promozione del domicilio come primo luogo di cura |
| COINVOLGIMENTO AMBITO/I NELL'ANALISI DEL BISOGNO | Gli ambiti metteranno a disposizione l'assistente sociale che farà da riferimento al personale di ASST al momento della segnalazione e della presa in carico, nonché per tutto il periodo di attivazione del progetto di dimissioni protette "sociali". |

| | |
|---|--|
| COINVOLGIMENTO AMBITO/I NELLA PROGRAMMAZIONE | si |
| AZIONI CONGIUNTE ASST/ AMBITO | si |
| FORMAZIONE CONGIUNTA | si |
| L'INTERVENTO È CO PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE | no |
| L'INTERVENTO È CO PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE | no |
| COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE | si |
| MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE | <ul style="list-style-type: none"> - identificazione del paziente fragile - valutazione del bisogno e definizione complessità - sviluppo modello organizzativo Dimissioni protette- COT - sviluppo modello organizzativo COT – Rete Socio Sanitaria - Sociale Territoriale - attivazione delle transizioni - Tracciamento e monitoraggio esito transizione |
| INDICATORI DI ESITO | <ul style="list-style-type: none"> - Numero dimissioni protette condivise effettuate - Numero ammissioni protette UU OO Ospedaliere - Numero di accessi al PS con invio diretto e presa in carico dalla rete Territoriale |

All'interno del PPT sono presenti numerosi altri obiettivi di sviluppo che vedono direttamente coinvolti gli Ambiti, a conferma della trasversalità dell'integrazione socio sanitaria che coinvolge tutte le aree di programmazione individuate nel proseguo del documento (area natalità e famiglia, area disagio giovanile, area disabilità e fragilità, area salute mentale, area disagio e fragilità, area sviluppo rete territoriale e integrazione, area cure primarie e cure palliative, area prevenzione).

ANALISI DEI BISOGNI PER MACRO AREE DI INTERVENTO E MOTIVAZIONE CIRCA LE SCELTE DI PROGRAMMAZIONE EFFETTUATE

L'analisi dei bisogni che le amministrazioni dell'ambito si trovano a dover affrontare approntando risposte articolate in servizi, interventi, progetti specifici e che caratterizzano il territorio dell'ambito, è stata condotta con il significativo apporto del terzo settore da una parte e dei servizi di ASST dall'altra.

In linea quindi con le indicazioni delle predette Linee di Indirizzo regionali l'Ambito ha avviato un percorso di co programmazione rivolto agli Enti del Terzo settore al fine di co costruire, in modo condiviso e partecipato, il nuovo strumento di programmazione e in generale stimolare e promuovere le politiche dei comuni e individuare strategie innovative di identificazione delle possibili risposte.

Il percorso seguito ha visto l'avvio della procedura di manifestazione di interesse finalizzata a raccogliere le adesioni degli enti interessati a partecipare al percorso, proponendo la suddivisione degli incontri secondo tre macro aree generali:

area famiglia, minori e giovani,

area della fragilità/non autosufficienza;

area del disagio adulto e della povertà.

Alla manifestazione di Interesse hanno risposto complessivamente n. 20 realtà, che si sono integrate con gli operatori dei Comuni e di ASST, a conferma della trasversalità e contaminazione dei temi che investono le politiche sociali.

Nel corso dei 2 incontri avvenuti per ogni singola macroarea di bisogno, a partire dalla presentazione delle Linee di Indirizzo regionali, si sono analizzati i bisogni rilevati dai vari soggetti della rete allargata, pubblica e privata e individuati alcuni possibili obiettivi di lavoro per la realizzazione dei quali lavorare nel triennio, la cui declinazione in attività, progetti, interventi potrà essere oggetto di specifici percorsi di co progettazione.

Gli elementi di maggiore interesse emersi e condivisi nel corso del lavoro di confronto soprarichiamato in parte riprendono e confermano alcune riflessioni che sono state alla base della programmazione del triennio precedente (necessità di coinvolgere e responsabilizzare la comunità locale rispetto alla gestione delle fragilità (di cui lo strumento del budget di salute è la traduzione operativa), che, a distanza di oltre 3 anni, risultano in alcuni casi più chiari e definiti.

Relativamente alla **macro area della famiglia, minori e giovani** il confronto condotto ha portato alla condivisione di una serie di elementi problematici (correlati quindi a bisogni emergenti), presenti sul territorio che trovano espressione evidente nei numerosi fenomeni di bullismo, aggressività tra pari e nei confronti degli adulti con esordio in età sempre più precoce che interessano un po' tutti i territori.

Ne sono una conferma l'incremento del numero di situazioni di cosiddetto “penale minorile” che hanno coinvolto il servizio Tutela minori (nel triennio 2022/2024 una media di 14 casi annualmente contro una media di 5 casi annui nel triennio precedente), ma anche alcuni dati segnalati dai servizi di NPI dell'Asst, emersi nel corso dei confronti avvenuti in questi mesi, che confermano come una fetta di utenti che approdano ai servizi di NPI siano vittime di fenomeni di bullismo che richiedono poi una presa in carico sanitaria.

Accanto a questi fenomeni sono ugualmente incrementati i casi di ritiro sociale che coinvolgono adolescenti e giovani. Anche in questo caso si trovano conferme nei dati dei minori che vengono presi in carico dal servizio tutela (segnalati dalla scuola, dai genitori stessi,) e dalla NPI o che in qualche modo vengono intercettati da alcuni servizi rivolti specificamente a questo target, che nel corso del

confronto condotto hanno riportato la fatica di famiglie e educatori a gestire queste situazioni e la grande fragilità dei ragazzi stessi.

Pur con esiti completamente diversi, si tratta di situazioni che hanno dei punti di convergenza e sono ugualmente riconducibili ad una condizione di forte disagio e malessere che le famiglie e la scuola, soggetti che tradizionalmente svolgono un ruolo determinante nella vita dei ragazzi, non sono più in grado di accompagnare.

In presenza di queste problematiche le risposte possibili sono **oggi** quelle tradizionali (educativa domiciliare, presa in carico psicologica per i casi più semplici, ingresso nei circuiti dei servizi psichiatrici per i casi più complessi). Si tratta di risposte specifiche che ovviamente non possono essere adatte all'intera gamma di bisogni che si collocano dentro questa area ma - di fatto -, le risposte disponibili sono oggi per così dire standardizzate sui due estremi sopra richiamati, con una evidente carenza di risposte più mirate e che valorizzino aspetti di tipo promozionale e di cura integrata.

Per un'altra fetta di adolescenti il problema emerso rimanda alle difficoltà del sistema formativo (le scuole sono sempre più in difficoltà nella gestione degli studenti, già a partire dalla scuola secondaria di primo grado), che di fatto alimenta situazioni di precoce uscita dal sistema scolastico, senza che sia stato completato il ciclo di studi o che comunque siano state acquisite competenze adeguate da spendere poi nel mondo del lavoro.

Un problema trasversale emerso in tutti i gruppi di lavoro è stato individuato nella ormai cronica carenza di risorse umane impegnate nel lavoro educativo e in generale di cura, con la conseguenza che anche i servizi destinati ai ragazzi pagano spesso il prezzo di questa carenza o comunque corrono il rischio di un funzionamento limitato o poco qualificato per carenza di risorse di personale.

L'altra partita altamente critica è quella del mondo adulto, con riferimento sia alle figure genitoriali che al mondo degli insegnanti o in generale dei ruoli educativi (mondo dell'associazionismo, oratoriale, del volontariato).

Su questo versante le proposte formative e informative da più parti promosse e sostenute anche con la messa a disposizione di risorse specifiche (sistema 0/6 anni, F.N.P.S., fondi propri dei comuni, finanziamenti specifici per progetti sperimentali, progetti promossi dal Centro per la Famiglia, ecc.), nell'ottica di proporre alle famiglie o anche agli insegnanti occasioni di incontro e di confronto non incontrano risposte significative in termini di numeri di soggetti coinvolti, di costanza di partecipazione, di accrescimento della consapevolezza, ecc.

Infine, l'ultimo elemento evidenziato riguarda il fenomeno della violenza contro le donne, che vede numeri in crescita e situazioni estremamente complesse da affrontare. In questo senso la collaborazione con il Centro Anti Violenza dell'Associazione Rete di Daphne che da anni opera sul territorio dell'Ambito ha favorito lo sviluppo di una rete di relazioni istituzionali (Comuni, Forze dell'Ordine, Pronti Soccorso), che assicura interventi tempestivi e risposte strutturate.

Per quanto riguarda **l'area della fragilità/non autosufficienza (anziani e disabili)**, i bisogni che si sono evidenziati nel lavoro di co programmazione avvenuto hanno fatto emergere le seguenti criticità:

con riferimento specifico all'area **anziani** è ormai necessario assumere come dato statistico **strutturale** l'incremento demografico della popolazione anziana da una parte, l'incremento generale dell'età delle persone anziane dall'altra e ancora la complessificazione delle condizioni sociosanitarie delle stesse (aumento disturbi psichici, fragilità della rete familiare, presenza di pluripatologie, difficoltà nella gestione dell'assistenza territoriale per carenza di risorse professionali, ecc.).

La rete dei servizi per la popolazione anziana risulta poco aderente ai bisogni di una fetta consistente di popolazione che ha necessità di maggiore flessibilità di risposte in termini orari, di prestazioni, di intensità assistenziale e soprattutto di risposte integrate tra sociale e sanitario. Quello dell'integrazione

socio sanitaria si conferma per questo specifico target di popolazione un problema particolarmente sentito dai cittadini, la cui carenza o eccessiva complessità si traduce spesso nella conseguenza di incremento delle situazioni di emergenza o di risposte non appropriate.

La domiciliarità è ormai una risposta sulla quale anche i progetti di PNRR in corso stanno puntando, ma resta la necessità, per un numero importante di persone (soprattutto per alcune fasi della vita delle stesse, quando per esempio i bisogni sanitari sono particolarmente complessi e specialistici), poter contare sulla disponibilità di strutture residenziali (RSA), che ad oggi appaiono insufficienti sul territorio (si veda a questo proposito le lunghissime liste di attesa presenti in ognuna delle RSA dell'Ambito e degli Ambiti limitrofi).

In particolare si conferma una domanda crescente di posti letto per persone affette da Alzheimer/demenza, in quanto esistono pochi nuclei dedicati (nessuno nell'ambito Monte Orfano), e inoltre le persone che entrano in questi nuclei restano stabilmente negli stessi per molti anni, senza che ci sia un minimo turn over che consenta l'ingresso di nuove situazioni.

Analogamente è critico il problema delle persone affette da patologie psichiatriche che invecchiano e devono entrare nella rete socio sanitaria RSA), che non è sempre attrezzata a gestire tali situazioni.

Inoltre, in linea con quanto sopra i referenti di ASST hanno rappresentato la realtà di richieste di persone relativamente giovani (55enni) con tratti psichiatrici, disabilità e bisogni assistenziali complessi che hanno bisogno di strutture protette. Anche in questo caso tuttavia le strutture tradizionali (RSA) non sono attrezzate per rispondere a tali problematiche e quindi spesso queste situazioni restano in una condizione di limbo, magari con una gestione non proprio ottimale.

E' stato inoltre identificato un problema preciso che rimanda ad una questione culturale, che tende a relegare le attività di cura ad una questione privatistica e che deve essere assicurata dai care giver, sottoposti ad un carico organizzativo e psicologico importante e spesso insostenibile.

Accanto a questo dato è emerso come elemento di criticità sempre più evidente l'indebolimento delle reti territoriali de volontariato, oggi ampiamente preposto ad assicurare/completare servizi funzionali alla gestione della non autosufficienza (tipicamente servizi di trasporto, di accompagnamento, di compagnia, ecc.), ma che presenta sempre meno ricambio generazionale e quindi una contrazione di disponibilità.

Durante gli incontri con gli ETS particolare enfasi è stata posta sulla necessità di favorire il confronto e il supporto degli operatori domiciliari che seguono le persone anziane, attraverso lo strumento delle équipe integrate multiprofessionali, che vengono confermate come i luoghi deputati alla definizione e al monitoraggio dei progetti di intervento. In questo senso i progetti di PNRR inerenti all'area anziani (1.1.2 Autonomia anziani non autosufficienti e 1.1.3 Dimissioni protette), hanno potenziato questa modalità di lavoro, rendendola in qualche modo strutturale.

Oltre a quanto sopra e in linea con quanto previsto dal LEPS "incremento del SAD" per garantire un servizio domiciliare che assicuri la presa in carico e non tanto l'erogazione di prestazioni domiciliari, è fondamentale assicurare un monte ore di assistenza consistente che consenta agli operatori domiciliari di gestire tutti gli aspetti della domiciliarità che incontrano nei singoli contesti.

Per quanto riguarda invece la **popolazione con disabilità**, grande attenzione è stata posta nel corso dell'analisi condotta con gli ETS sullo strumento innovativo del **progetto di vita**, complice anche il fatto che la provincia di Brescia è stata individuata quale provincia di sperimentazione della nuova legge sulla disabilità

Le criticità maggiori che sono emerse nel confronto avvenuto relativamente a detta area di bisogno attengono ad alcuni servizi/interventi specifici, quale, per esempio l'inclusione scolastica che vede ogni anno nuovi e importanti casi di minori che affrontano l'inserimento scolastico, portatori spesso di bisogni molto complessi che, anche qui, richiederebbero una fortissima integrazione tra ente locale, scuola e ASST, in particolare servizio di Neuropsichiatria. In questi casi risulta fondamentale come servizio sociale poter avviare e sostenere nel tempo l'accompagnamento delle famiglie che vivono questa esperienza nei passaggi di grado scolastici e nelle relazioni con i servizi socio sanitari, nonché per

cogliere e sperimentare le opportunità che il territorio offre di integrazione sociale, nell'ottica di riempire di socialità il tempo non scolastico.

Anche rispetto a questo target è emerso come i servizi diurni tradizionali, aperti indicativamente dalle 9 alle 16 non rispondano ai bisogni delle famiglie con componenti disabili, soprattutto quando i care givers sono persone anziane, confermando quindi la necessità di rivedere la rete tradizionale dei servizi affinché possano essere adattati/resi più congeniali alle esigenze specifiche delle situazioni che si presentano, svincolati anche dalle rigidità di alcune regole di funzionamento che prevedono parametri rigorosi in termini, per esempio, di posti autorizzati e prestazioni erogabili.

Questa necessità di revisione della rete delle unità d'offerta, unitamente alla necessità di disporre di servizi flessibili e modulabili, rischia di creare il fenomeno della cosiddetta “sperimentalità a tutti i costi”, per cui vengono messe a disposizione nuove risorse che non possono essere destinate al mantenimento dei servizi strutturati, ma destinate solo a sperimentare nuovi modelli, nuove risposte, nuovi servizi.

Questa impostazione sta creando problemi anche alla luce del costante e importante incremento del costo dei servizi che si è verificato nel corso dell'anno 2024, soprattutto in relazione al nuovo CCNL delle Cooperative Sociali. Si assiste quindi nei territori all'accesso a nuove (o presunte tali), progettualità connesse a risorse dedicate, ma nello stesso tempo i servizi tradizionali sono in sofferenza in quanto i costi del personale, delle utenze, delle locazioni sono in forte incremento e si traducono in maggiori costi per gli enti locali e per gli enti gestori.

Anche sul fronte del lavoro sono emerse alcune criticità riconducibili da un lato alle condizioni di multiproblematicità degli utenti che vengono presi in carico dal servizio per gli inserimenti lavorativi e che non sono compatibili con le attese del mercato del lavoro che, invece, ricerca profili “competenti”. Le aziende che devono ottemperare agli obblighi assunzionali sono alla ricerca di *“finti disabili”*, cioè di persone che presentano buone competenze, anche relazionali, senza importanti limitazioni sia sul piano intellettuale che fisico, poco riconoscibili rispetto ad una normalità che fatica ad integrare il diverso.

Certamente i progetti di PNRR avviati e che si svilupperanno in modo intenso nel corso dell'anno 2025 hanno apportato valore aggiunto alla rete attuale dei servizi per la disabilità, sia in termini di risorse finanziarie aggiuntive che ricadono sul territorio, sia in termini di opportunità che resteranno a disposizione dei cittadini che, da ultimo, anche come spinta importante al potenziamento dell'integrazione socio sanitaria.

Infine si è posta attenzione **all'area del disagio adulto/povertà**, area diventata particolarmente importante in ambito sociale - quindi anche la programmazione – soprattutto dopo la pandemia, quando sono emerse in modo più evidente condizioni di povertà anche materiale che hanno coinvolto soprattutto persone sole.

Anche in questo caso il confronto con gli ETS ha fatto emergere alcune questioni importanti di analisi del bisogno.

Sia gli operatori sociali che quelli degli ETS confermano l'incremento della dimensione multidimensionale e della complessità del fenomeno della povertà, in quanto sono in incremento alcune variabili che incidono sulla condizione di povertà – working poor, contratti precari e poco remunerati, soprattutto per le mansioni meno qualificate, rigidità del mercato abitativo con conseguente difficoltà ad accedere agli alloggi pubblici, sempre più scarsi e in condizioni manutentive carenti, forte malessere psicologico fino ad arrivare alla strutturazione di disturbi psichiatrici con conseguente perdita di autonomia e strutturazione di condizioni di cronicità anche in età relativamente giovane -.

In generale gli operatori domiciliari che a vario titolo si occupano di persone in condizioni di disagio/povertà segnalano la presenza nell'utenza di una significativa componente di disturbi psichiatrici che li vede in forte difficoltà nella gestione dell'utente, in quanto necessiterebbero di una forte integrazione con i servizi specialistici (in particolare CPS e servizi per la salute mentale), che c'è sono marginalmente, determinando di fatto negli operatori un senso di abbandono che li porta spesso anche fenomeni di burn out.

Per contro si ritiene che la possibilità di intercettare precocemente elementi di sofferenza psichica che contribuiscono a determinare la perdita totale o parziale delle autonomie potrebbe rappresentare una risposta di carattere preventivo che limiterebbe appunto il determinarsi di condizioni di cronicità, anche in età giovane.

Accanto a questi aspetti viene segnalato dagli ETS l'incremento di situazioni di persone giovani in condizioni di povertà e forte marginalità, anche connesse a fenomeni di dipendenza e a comportamenti devianti.

Le risposte a questi problemi prevedono un forte investimento della progettazione individualizzata, che consente la costruzione di risposte specifiche e l'attivazione di sostegni ad hoc, secondo il modello del budget di salute.

Anche la presenza di una misura nazionale di contrasto alla povertà (AdI), non pare così adatta a questa fascia di cittadini che spesso non hanno i requisiti per potervi accedere.

Le situazioni più critiche riguardano in generale soprattutto uomini adulti, senza lavoro stabile e con scarsa formazione, spesso conviventi con genitori anziani che si trovano in condizioni di fortissima precarietà proprio alla morte dei genitori, che per anni sono stati l'unica fonte di entrata. I cambiamenti socio culturali del mondo attuale, che sembrano non avere avvertito, li espongono ad una condizione di forte rischio.

In queste situazioni la carenza di risposte abitative è il problema maggiore, perché la mancanza di un luogo fisico rende poco realistico anche affrontare il disagio da altri punti di vista (lavorativo, di integrazione sociale, di cura).

Nel contempo è necessario interrogarsi su quanto sia sostenibile - per un sistema dove sono in aumento le persone che vivono sole – pensare a forme di abitazione autonoma per tutti. La casa rischia di diventare un lusso non più per tutti.

Una risposta importante alla gestione di questi problemi potrà sicuramente venire dai due progetti di PNRR che si muovono in quest'area di bisogno (Housing e Stazioni di posta). In particolare il servizio Stazioni di posta può diventare un punto di riferimento fondamentale per l'erogazione di risposte di emergenza, ma anche per il potenziamento e l'implementazione di una rete comunitaria che sostenga le varie esigenze e contribuisca a creare una cultura diversa della responsabilità.

\$\$\$\$\$

Come è chiaro dalla lettura di quanto sopra, emergono con forza due elementi di fondamentale sviluppo delle possibili risposte ai bisogni individuati:

1. innanzitutto la partita dell'integrazione socio sanitaria è evidente essere fondamentale perché i bisogni identificati possano essere affrontati seriamente e con delle prospettive realistiche di evoluzione. Questa partita è ormai sempre più identificata come la questione centrale della programmazione al cui sviluppo/consolidamento si deve tendere nel triennio di validità del Piano;

2. L'altra questione nodale punta invece a ragionare su come le importanti progettualità sviluppate con il PNRR possano evolvere/consolidarsi/trasformarsi dopo la conclusione di questa stagione progettuale. Come Ambito si è scelto infatti di aderire, direttamente o in partnersheep con altri Ambiti a tutti i progetti previsti come finanziabili a livello di Missione 5 – Inclusione e coesione -, destinati quindi all'area della famiglia, degli anziani, dei disabili e del disagio. Questa scelta, certamente molto onerosa sul piano organizzativo, ha però consentito al territorio di disporre di moltissime risorse sia sul piano finanziario (circa 3 milioni di euro), che sul piano formativo e metodologico, che hanno arricchito le risposte oggi proponibili ai cittadini e che ancora nella prima parte di questa programmazione, segneranno in modo importante il lavoro sociale.

Infine ognuno dei progetti di PNRR oggi in corso concorre in modo importante ad avviare/implementare/potenziare il raggiungimento/rispetto dei Leps i cui contenuti sono stati definiti con la L. n. 234 del 30 dicembre 2021, commi 159/171.

Gli Ambiti Territoriali Sociali infatti, sono stati identificati quale dimensione territoriale e organizzativa in cui programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività necessarie al raggiungimento dei Leps, raccordandosi appunto con le azioni previste dal PNRR, nell'ottica di una ricomposizione territoriale di interventi diversi per tipologia, governance e fonte di finanziamento

Alla luce delle analisi sopra sintetizzate, la programmazione 2025/2027 ha quindi individuato quali **elementi centrali e trasversali ai singoli obiettivi di programmazione** - che attraversano sul piano strategico e metodologico le aeree, i target, le priorità -, i seguenti, alcuni dei quali in continuità con quanto già indicato nella precedente programmazione:

a) **integrazione dei servizi, delle competenze, delle policy.**

L'analisi conferma come prioritari due aspetti essenziali del processo di integrazione:

1. Integrazione socio sanitaria.

La fine della pandemia ha in qualche modo amplificato questa necessità che la L.R. 22/2021 ha, almeno in termini normativi, pienamente raccolto. In tutte le aree di bisogno sopra indicate emerge in modo evidente come solo la costruzione di processi di integrazione formalizzati e condivisi, quindi non basati esclusivamente sulla collaborazione volontaria dei singoli operatori, possano garantire maggiore efficacia delle azioni e degli interventi messi in atto dai diversi attori istituzionali, amplificandone gli esiti;

2. Integrazione tra le policy.

3. Dall'analisi condotta emerge una condizione trasversale di multiproblematicità e complessità che caratterizza ogni contesto, target organizzazione, dimensione di vita. Porsi l'obiettivo di sviluppare una metodologia di lavoro che privilegi la definizione di risposte che partono da una visione multidimensionale del bisogno, superando un approccio settoriale/di competenze specifiche e una eccessiva frammentazione degli interventi è una necessità anche nell'ottica di addivenire alla ricomposizione delle risorse presenti nelle varie organizzazioni, sistemi, reti diffuse.

b) **Personalizzazione degli interventi con conseguente costruzione di risposte flessibili e personalizzate che vadano oltre la logica dei servizi tradizionali e delle Unità d'Offerta per privilegiare invece risposte modulabili e adattabili alle caratteristiche specifiche delle situazioni.**

Come detto, l'elevata complessità e multi problematicità delle situazioni di bisogno negli anni è diventata un fattore prevalente in continua e costante crescita che rende spesso

anacronistiche/poco aderenti al bisogno le risposte strutturate/tradizionali disponibili nel panorama dei servizi, sia per la tipologia di attività concrete effettuabili, sia per il tipo di competenze messe in campo. In un contesto così complesso la flessibilità implica la possibilità di adattare la risposta ai bisogni espressi, tenendo conto delle specificità personali/familiari, individuando i tempi, le competenze, le connessioni più adatte alla situazione specifica.

Ne deriva che il progetto di intervento integrato nelle sue varie forme e denominazioni (progetto di vita, budget di salute, ecc.), deve essere costruito in un'ottica ri compositiva, che tenga insieme le tante e diverse opportunità e risorse presenti nel sistema nel suo complesso, spesso riconducibili anche a soggetti diversi (logica della co progettazione), che richiede una regia qualificata e riconosciuta.

c) **Costruzione di un sistema di risposte che consenta di conciliare la gestione del cosiddetto ordinario e le situazioni di emergenza.**

La pandemia e le guerre venute subito dopo la fine della stessa, che stanno attraversando i continenti in questi anni, hanno ormai “sdoganato” per così dire l’esperienza dell’emergenza come una condizione intrinseca della vita delle comunità.

Sempre più le organizzazioni si trovano schiacciate tra due paradigmi apparentemente inconciliabili – da una parte la gestione del quotidiano faticosa e complessa, dall’altra le richieste di risposte a condizioni di emergenza che richiedono una maggiore flessibilità organizzativa, con regole meno vincolanti e tempestività di intervento – che devono convivere, soprattutto nella programmazione delle politiche e nella costruzione dei sistemi di risposta ai bisogni.

Oggi l’emergenza che sembra affacciarsi riguarda aspetti legati alla cura delle fragilità (problemi legati alle liste di attesa, ai costi delle cure, alla carenza di personale, ecc.), soprattutto per una fascia di popolazione che si trova in modo costante o con frequenti ricadute in una condizione di povertà economica, di relazioni, di progetti per il futuro.

Probabilmente anche sul fronte del lavoro assisteremo a importanti novità conseguenti, per esempio, a scelte e strategie di lungo periodo (l’affermarsi dell’intelligenza artificiale, l’introduzione di sistemi sofisticati di domotica, ecc.), che porteranno a grandi cambiamenti nel mondo produttivo e quindi a ricadute che coinvolgeranno inevitabilmente le persone, soprattutto quelle più fragili.

Strettamente connesso al tema del lavoro c’è quello della casa; nella passata programmazione si era puntato sulla sperimentazione di nuove risposte (housing), che con il PNRR sono state implementate in vari territori.

Tuttavia in prospettiva, come già detto, la disponibilità di una casa per ogni cittadino (considerato anche che i nuclei familiari sono sempre meno numerosi e prevalgono quelli monofamiliari), rischia di non essere una condizione possibile e sostenibile.

Quindi va potenziata l’infrastruttura sociale che consenta di sperimentare altre soluzioni, che garantiscono tra l’altro in molti casi anche presidi educativi e di facilitazione alle relazioni.

d) **Potenziamento del sistema della domiciliarità.**

Come emerge chiaramente dall’analisi dell’attuale situazione sia in ambito sociale che sociosanitario, la direzione ormai delineata nelle nuove progettualità e interventi privilegia la domiciliarità come condizione prevalente che riguarda diversi target di bisogno, dagli anziani ai disabili, alle diverse fragilità.

E’ una dimensione conosciuta dai territori, ma che assume in questa fase storica un significato diverso e più complesso, aggravato da alcune criticità nuove come la carenza di personale, sia in ambito sociale che sanitario, il venir meno di riferimenti territoriali che per anni sono stati

fondamentali per i cittadini (MMG), e che faticano a trovare delle alternative, le liste d'attesa ormai presenti in ambito socio sanitario con riferimento alle diverse unità d'offerta (ingresso in RSA, per l'accesso alle cure, ecc.).

e) Infanzia e giovani,

Dopo l'emergenza sanitaria da Covid e come confermato dalle numerose analisi condotte in questi anni è ormai chiaro che il disagio delle giovani generazioni, che si traduce in comportamenti spesso apparentemente opposti (forte isolamento, autolesionismo, ritiro relazionale da una parte e aggressività, delinquenza, provocazione, disturbo dall'altra), sia stato aggravato da quanto avvenuto e continui a trovare le istituzioni, la scuola, le comunità, le Parrocchie, le famiglie disorientate, bloccate, ma anche espulsive nei confronti dei ragazzi e dei giovani.

Il digitale è diventato l'esperienza/la relazione prevalente dei ragazzi, spesso demonizzato dal mondo adulto ed educativo, ma parte essenziale del loro essere nel contesto sociale.

Il confronto con il terzo settore cui si accennava in alcuni passaggi precedenti ha fatto emergere come il mondo adulto (genitori, insegnanti, educatori, ecc.), pur vivendo una condizione di fatica nella gestione/relazione con il mondo dei ragazzi, sia più alla ricerca di soluzioni preconfezionate o trovate da altri (tipicamente l'esperto di turno), che invece disponibile ad una ricerca personale di strategie di relazione o di fronteggiamento dei problemi con i ragazzi.

Certamente la complessità del mondo del lavoro e la scarsa conciliabilità tra le esigenze familiari (che spesso devono fare i conti con un sistema organizzativo che ha orari rigidi e non modificabili) e lavoro o la complessità del sistema scolastico che comunque richiede alle famiglie una presenza importante nella gestione dello spazio extrascuola, così come anche in molti casi carichi di cura aggiuntivi in presenza di familiari anziani o fragili, rappresenta un fardello gravoso per le famiglie che spendono tutte le proprie energie nel tentativo di tenere insieme tutti i pezzi., e non hanno quindi lo spazio fisico e mentale per dedicarsi a momenti di confronto, ascolto, condivisione.

E' però una situazione altamente critica, come dimostrano per esempi i dati dei servizi tutela e della NPI, dove l'incremento delle richieste di consulenza/presa in carico è ormai esponenziale. Anche in questo caso l'integrazione socio sanitaria è una strada prioritaria, così come resta un nodo critico che deve essere affrontato quello del rapporto con il mondo della scuola.

f) Ri - attivazione/responsabilizzazione della comunità locale.

L'esperienza portata avanti da molto anni dal Dipartimento di Salute Mentale di ASST Franciacorta relativa al "Budget di salute", che in linea con alcuni obiettivi specifici previsti dal PPT di recente approvazione, si ipotizza possa essere esteso anche ad altre aree di lavoro, chiama fortemente in causa la comunità locale come luogo della cura che vede le famiglie, i contesti di vicinato, le organizzazioni formali e informali come soggetti che possono svolgere nei confronti delle persone più fragili un'azione di supporto e sostegno.

Si tratta di una visione certamente interessante e potenzialmente strategica che restituisce alla comunità locale e alle risorse non formali/non professionali di un territorio una responsabilità diffusa, non delegabile solo ed esclusivamente alle istituzioni, ma in capo ad ognuno.

OBIETTIVI DI PROGRAMMAZIONE

POLITICHE SOCIALI SOVRATERRITORIALI

SOSTEGNI ALLE PERSONE CON DISABILITA'

Per il triennio 2025/2027 gli ambiti territoriali afferenti ad ATS Brescia intendono inserire nella sezione specifica dedicata alle politiche sovra distrettuali l'area delle politiche per la disabilità.

Questo tema entra nella programmazione allargata a seguito di due recenti atti normativi regionali e ministeriali che affidano agli Ambiti territoriali, anche in questo caso, un centrale ruolo di regia.

- Legge n. 25 del 06 dicembre 2022 “Politiche di welfare sociale regionale per il riconoscimento del diritto alla vita indipendente e all'inclusione sociale di tutte le persone con disabilità” con le relative Linee Guida per la costituzione dei Centri per la Vita Indipendente;
- Decreto Legislativo n. 62 del 03 maggio 2024 “definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato”.

Entrambe le norme, riportando al centro il Progetto di Vita (con la valutazione multidimensionale, l'attivazione dei sostegni, il budget di vita...), evidenziano l'importanza di un complesso ed integrato sistema di reti territoriali in grado di orientare ed accompagnare le persone con disabilità, i familiari e gli operatori per un pieno utilizzo degli strumenti atti a soddisfare il diritto alla vita indipendente, all'inclusione sociale come previsto nell'articolo 19 della Convenzione ONU.

Gli Ambiti territoriali, congiuntamente alle altre istituzioni dell'area sociosanitaria e alle realtà del privato sociale (enti gestori ed Associazioni) sono chiamati a rileggere l'attuale offerta dei servizi, riprogettando l'esistente, per quanto possibile, nella direzione di interventi in grado di rispondere adeguatamente al diritto delle persone con disabilità di esprimere desideri, aspettative e scelte in ordine al proprio progetto di vita. L'implementazione dei Centri per la Vita Indipendente, prevista con la L.R. 25/22, sarà parte integrante del percorso di revisione e costituirà uno degli spazi di coprogettazione per la messa a terra di azioni condivise ed uniformi a livello sovra distrettuale.

Gli ambiti della Provincia di Brescia sono inoltre chiamati, a partire dal 1° gennaio 2025, a partecipare alla sperimentazione applicativa del Decreto Legislativo 62/24, riguardante la definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e l'attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato con la richiesta di uno sforzo formativo e procedurale.

Durante il percorso coprogrammatorio condotto nel periodo compreso tra Giugno e Settembre 2024 che ha visto la partecipazione degli Ambiti territoriali, ATS Brescia, ASST e realtà del Terzo Settore, le questioni rilevanti emerse si possono sintetizzare in:

- necessità di mettere a terra l'avvio dei Centri per la Vita territoriali e la sperimentazione prevista dal Decreto 62 in maniera coordinata, condivisa ed integrata;
- opportunità di co-costruire i percorsi formativi sui cambiamenti in atto e le istanze normative ad integrazione di quanto proposto dal Ministero al nostro territorio, attraverso il coinvolgimento nella sperimentazione nazionale;
- implementazione della rete bresciana dei CVI (8 nel territorio di ATS Brescia) attraverso un tavolo di coprogettazione in grado di garantire pari opportunità di accesso agli interventi, monitoraggio dei processi e degli esiti;
- necessità di avviare una condivisa analisi dell'attuale sistema/rete dei servizi ed interventi (anche sperimentali) destinati alle persone con disabilità per rilevarne punti di forza e debolezza; in particolare è emersa con carattere di urgenza la fatica di collocare presso le strutture residenziali, la

- gestione delle liste di attesa, la dislocazione territoriale delle risposte, la scarsa flessibilità della rete dei servizi attuale;
- l'importanza di condurre la riflessione sui servizi correlata all'analisi e monitoraggio degli esiti dei percorsi di accompagnamento che andremo implementando sui Progetti di Vita.

Entro l'attuale quadro normativo di riferimento e a seguito delle considerazioni emerse durante il processo partecipato pubblico/privato, si definiscono due azioni di sistema sovradistrettuali per la programmazione 2025/2027:

1. Revisione condivisa del sistema dei servizi ed interventi a favore delle persone con disabilità

A fronte della rilevata e condivisa difficoltà di accesso alla rete dei servizi diurni e residenziali (pochi posti, per molte richieste) negli ultimi anni i territori si sono dotati di interventi sperimentali che potessero rispondere a differenti bisogni e in grado di fornire risposte flessibili.

Questo processo ha preso vita con tempi e modi diversi all'interno del territorio provinciale, dando luogo ad una mappa disomogenea di interventi, con una forte concentrazione in alcune zone a partire dalla città capoluogo e lasciando invece scoperti alcuni territori.

Oggi, anche in relazione alla dichiarata revisione del sistema delle Unità d'Offerta da parte di Regione Lombardia (Piano Socio Sanitario Integrato 2024/2028), il territorio bresciano intende avviare un'attenta analisi dell'esistente per verificare la possibilità di meglio rispondere alle istanze delle persone con disabilità e dei loro familiari. Tale aggiornata e complessiva mappatura dovrà rilevare "luci ed ombre" della rete attuale, integrando quanto emerso dalle sperimentazioni, quanto avviato con i PNRR e il sistema abitativo dei Dopo di Noi.

2. Attuazione del Gruppo Permanente Integrato (G.P.I.) per il monitoraggio delle attività di sperimentazione previste dall'art. 33 com. 2 D. Lgs. 62/2024 e art 9 D. L. 71/2024. Il complesso compito a cui siamo stati chiamati con la partecipazione alla fase sperimentale e gli obiettivi in esso ricompresi rendono evidente la necessità di dotarsi di uno strumento che consenta un adeguato e condiviso monitoraggio, con il coinvolgimento della Pubblica Amministrazione (ATS/ASST/ Uffici di Piano degli Ambiti territoriali), enti di Terzo Settore impegnati nella gestione dei servizi, progetti, associazioni di persone/familiari con disabilità.

| TITOLO DELL'INTERVENTO | GRUPPO PERMANENTE INTEGRATO (G.P.I.) Sperimentazione disabilità' |
|--|---|
| QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE | Mantenere attivo, per l'intero arco temporale della programmazione triennale, il monitoraggio della sperimentazione D. Lgs. 62/24 e la capacità di elaborazione di proposte/indicazioni/azioni a supporto e sostegno del processo di cambiamento in atto |
| AZIONI PROGRAMMATE | <ul style="list-style-type: none"> - Formazione, confronto ed approfondimento sui diversi temi oggetto della sperimentazione nazionale - Acquisizione di un linguaggio comune che abbatta approcci diversificati sugli aspetti del processo di riforma; - Individuazione/definizione di un sistema che consenta la raccolta, l'analisi e la circolazione delle informazioni, dei dati, delle criticità al fine di attuare interventi di sostegno e di riparazione - Definizione di protocolli e modelli operativi per la progettazione personalizzata |
| TARGET | Operatori degli Ambiti, dei Comuni, degli ETS, ASST ed ATS; persone con disabilità, associazione di persone/familiari con disabilità |
| RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE | Gli Ambiti territoriali Sociali, ATS, ASST e gli Enti del Terzo settore sulla base delle rispettive competenze mettono a disposizione risorse strumentali e di personale dedicato. |
| RISORSE DI PERSONALE DEDICATE | 1 operatore ATS; 3 operatori ASST; 4 Operatori Ambiti/Ufficio di Piano; 3 operatori ETS; 3 rappresentanti di Associazione di persone/familiari con disabilità |
| L'OBIETTIVO È TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY? | SI J) interventi a favore delle persone con disabilità |
| INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO | <ul style="list-style-type: none"> - Nuovi strumenti di governance - Ruolo delle famiglie e del caregiver; - Filiera integrata che accompagni la persona nel percorso di vita fino al Dopo di Noi; |
| PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE? | SI, ASST era già presente al tavolo di lavoro sovra distrettuale che ha lavorato alla definizione degli obiettivi per l'area della disabilità |
| PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST? | SI Alcuni rappresentanti delle 3 ASST territoriali, afferenti ad ATS Brescia, saranno componenti stabili del Gruppo permanente integrato. |
| L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI? | SI L'intervento è stato programmato con tutti gli Ambiti che fanno capo ad ATS Brescia, nello specifico verranno individuati 4 operatori degli Uffici di Piano che parteciperanno al Gruppo permanente integrato |
| È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)? | NO |
| L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO? | NO, non si tratta di un servizio |
| L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023? | NO |
| L'INTERVENTO È FORMALMENTE | SI |

| TITOLO DELL'INTERVENTO | ANALISI SISTEMA PROVINCIALE DEI SERVIZI ED INTERVENTI A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ' |
|---|---|
| QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE | <ul style="list-style-type: none"> - Verificare, a livello degli Ambiti di Ats Brescia, il sistema della risposta ai bisogni di accoglienza diurna e residenziale delle persone con disabilità - Innovare, ove possibile, la rete dei servizi e/o l'organizzazione di alcuni di essi |
| AZIONI PROGRAMMATE | <ul style="list-style-type: none"> - Ricognizione servizi e strutture in essere, in relazione ai dati di bisogno in proiezione futura - Verifica liste d'attesa e definizione di eventuali priorità di accesso - Analisi dei costi/rette delle strutture/interventi attuali - Analisi comparata tra i bisogni che emergeranno dal lavoro dei CVI e dalla costruzione dei Progetti di Vita (la domanda) e l'organizzazione della rete dei servizi (l'offerta) - Redazione di ipotesi in merito a nuovi servizi e/o differenti articolazioni degli esistenti, anche in ragione di una maggiore <i>flessibilità e rimodulazione della rete delle Unità di Offerta</i> come previsto dal Piano Sociosanitario integrato lombardo 2024/2028 |
| TARGET | Attori del pubblico e del privato sociale: ambiti territoriali e Comuni, ASST e ATS, persone con disabilità e familiari |
| RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE | Le risorse utili al perseguitamento dell'obiettivo sono da imputare fondamentalmente a tempo lavoro che sarà messo a disposizione dai soggetti coinvolti |
| RISORSE DI PERSONALE DEDICATE | Gli Ambiti territoriali Sociali, ATS, ASST e gli Enti del Terzo settore, sulla base delle rispettive competenze, mettono a disposizione risorse strumentali e di personale dedicato. Alcuni ambiti nel prossimo triennio completeranno anche il percorso di certificazione CAD (comunità amiche dei disabili) avvalendosi di un team di consulenti esterni; tali percorsi di analisi potranno integrare e supportare le azioni qui previste |
| L'OBBIETTIVO È TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY? | L'obietto è da ritenersi trasversale rispetto alle azioni dei singoli Ambiti poiché potrà costituire un punto di raccordo con gli obiettivi e le attività locali. Quanto alle aree di policy, il presente intervento insiste sull'area J - interventi a favore delle persone con disabilità |
| INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO | <ul style="list-style-type: none"> - Filiera integrata che accompagni la persona nel percorso di vita fino al Dopo di Noi - Allargamento della rete e coprogrammazione - Rafforzamento delle reti sociali |
| PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE? | SI; ASST ha presenziato agli incontri di coprogrammazione |
| PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST? | SI; in particolare per l'analisi dei dati in prospettiva futura e sulla lettura dei bisogni che ergeranno anche dal lavoro nei CVI, data la presenza delle Aziende Socio Sanitarie nelle partnership costituite |
| L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI? | SI L'intervento costituisce un'azione sovra ambiti ed è stato programmato con tutti gli Ambiti che fanno capo ad ATS Brescia. Il lavoro potrà proseguire per rappresentanza, ma continuerà a coinvolgere tutti i territori. |
| È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE | NO |

| | |
|---|---|
| (2021-2023)? | |
| L'OBBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO? | NO |
| L'OBBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023? | NO |
| L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE? | SI |
| L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE? | NO |
| NEL CASO IN CUI L'INTERVENTO NON PREVEDA PROCESSI DI CO-PROGETTAZIONE E/O CO-PROGRAMMAZIONE FORMALIZZATI, SPECIFICARE LE MODALITÀ DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE | //////// |
| L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? | Associazionismo/associazionismo familiare di persone con disabilità |
| QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE? | Il presente intervento risponde alla necessità di rivedere il sistema dei servizi in funzione dei mutati bisogni complessivi delle persone con disabilità e delle loro famiglie |
| IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÁ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÓ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ? | NO |
| L'OBBIETTIVO È DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO? | Preventivo, nei termini che dovrebbe aiutare i territori a programmare al meglio la rete dei servizi e le risorse necessarie a far fronte al bisogno futuro |
| L'OBBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE) | L'obiettivo si prefigura come un meta obiettivo di sistema, che ne giustifica la collocazione a livello di sovra ambiti, e non si occupa direttamente di costruire, già nel prossimo triennio, nuove modalità di presa in carico |
| L'OBBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? | NO |
| QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE? | Non sono previste prestazioni da erogare, ma piuttosto una mappatura aggiornata dell'intero sistema territoriale dei servizi ed interventi a favore delle persone con disabilità |
| QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE? Come si misura il grado di realizzazione degli interventi rispetto agli obiettivi. Individuazione di una batteria di indicatori di output (protocolli stipulati, ecc.) | Ci si attende un documento complessivo di ricerca (di secondo livello) in grado di fornire indicazioni per le future strategie d'intervento locale, anche finalizzato ad una interlocuzione costruttiva con Regione Lombardia in tema di UDOS |

| | |
|--|---|
| <p>QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO? Come si valuta l'impatto sociale ossia il cambiamento/ risoluzione delle criticità</p> | <p>Si auspica una più consapevole ed integrata programmazione dei servizi ed interventi a favore delle persone con disabilità nel livello provinciale coinvolto</p> |
|--|---|

LAVORO

SCENARIO E QUADRO DELLA CONOSCENZA

Il percorso già avviato nel precedente triennio sul fronte degli interventi sociali connessi alle politiche attive del lavoro trova conferme e incrementi di urgenza e centralità in questo nuovo ciclo di programmazione sociale.

Le politiche sociali per il lavoro operano per garantire quegli interventi di supporto, orientamento e accompagnamento senza cui una certa fascia di popolazione con fragilità e svantaggio resterebbe esclusa dal sistema delle politiche attive del lavoro. Tali interventi sono parte della più ampia azione di contrasto alla povertà e di promozione dell'inclusione sociale.

La questione di fondo è quella di come dare una risposta inclusiva e supportare una transizione efficace verso l'integrazione sociale e lavorativa di persone con caratteristiche soggettive, limitazioni funzionali, competenze professionali non facilmente compatibili con le richieste dei contesti di appartenenza e del mercato del lavoro e che comunque manifestano la necessità di una vita dignitosa, quantomeno per evitare l'indigenza, con minimi mezzi di sussistenza economica, alimentare, abitativa. Sempre di più oggi le nostre comunità territoriali, anche quelli più sviluppate e urbanizzate (e forse a volte proprio in ragione di tale sviluppo disequilibrato) si trovano ad affrontare un fenomeno di "disaffiliazione" delle persone più fragili: è il frutto di un mix di fragilità soggettive, isolamento sociale, disoccupazione di lungo periodo.

L'intervento sociale connesso alle politiche del lavoro è strutturato attraverso l'organizzazione di servizi di inserimento lavorativo da parte di ogni Ambito distrettuale e gestiti in modalità differenti. In 6 ambiti distrettuali il servizio è gestito in forma diretta dall'Ente capofila del Piano di Zona, mentre in 6 ambiti è gestito tramite un accordo convenzionale con l'Associazione Comuni Bresciani e tramite questa affidato alla gestione del Consorzio Solco Brescia. I servizi al lavoro degli ambiti distrettuali bresciani hanno in carico **2.261 persone** (dato aggiornato al 31 dicembre 2023). Si tratta per il 53% di uomini e per il 47% di donne. La quota di genere femminile è leggermente in crescita rispetto al triennio precedente. Per il **54% sono di età pari o superiore a 45 anni**, mentre i soggetti under 29 sono il 20% (le giovani donne under 29 sono il 18%).

Tra i soggetti in carico ai servizi di inserimento lavorativo, il **60% sono persone con una invalidità civile** (quindi rientrano nei percorsi di collocamento mirato previsti dalla Legge 68/1999). Ma per un rilevante **33% si tratta di soggetti con fragilità sociali ed economiche per cui non sono previsti particolari tutele di legge e che si confrontano con il mercato del lavoro ordinario**. Questa condizione riguarda in modo spiccato le donne, tra le quali ben il 45% sono in condizioni di c.d. svantaggio "non certificato": sulla carta sono persone senza limitazioni rispetto al lavoro, ma nella concreta esperienza presentano condizioni soggettive e percorsi di vita tali da **non renderli facilmente occupabili**. Inoltre, quasi il 70% dei soggetti in carico presenta un **titolo di studio debole o assente** (fino alla licenza media), condizione che spesso costituisce un ostacolo rilevante anche solo ad entrare in contatto con le opportunità di lavoro.

Un ultimo dato raccolto, riguarda la durata della presa in carico da parte dei servizi di inserimento lavorativo: circa il **40% degli utenti sono in carico ai servizi da oltre 36 mesi**, a conferma che la complessità delle situazioni di bassa occupabilità necessitano di tempi di supporto piuttosto lunghi e spesso non sono sufficienti le "opportunità di lavoro" se non si coniugano altri elementi di sostegno alle persone.

| UTENTI IN CARICO AL 31/12/23 - TIPOLOGIA SVANTAGGIO | Maschi | Femmine | Totale |
|--|---------------|----------------|---------------|
| Con invalidità (legge 68/99) | 1021 | 643 | 1664 |
| Con svantaggio sociale (legge 381/91) | 135 | 95 | 230 |
| Con svantaggio generico (non certificato) | 316 | 541 | 857 |
| TOT. UTENTI IN CARICO AL 31-12-2023 | 1472 | 1279 | 2751 |
| <i>di cui in carico da oltre 36 mesi</i> | 666 | 521 | 1187 |

| Maschi | Femmine | Totale |
|---------------|----------------|---------------|
| 69% | 50% | 60% |
| 9% | 7% | 8% |
| 21% | 42% | 31% |
| 100% | 100% | 100% |
| 45% | 41% | 43% |

| UTENTI IN CARICO AL 31/12/23 - FASCE D'ETA' | Maschi | Femmine | Totale |
|--|---------------|----------------|---------------|
| 16-29 anni | 335 | 235 | 570 |
| 30-44 anni | 326 | 352 | 678 |
| 45 anni e oltre | 811 | 692 | 1503 |
| TOT. UTENTI IN CARICO AL 31-12-2023 | 1472 | 1279 | 2751 |

| Maschi | Femmine | Totale |
|---------------|----------------|---------------|
| 23% | 18% | 21% |
| 22% | 28% | 25% |
| 55% | 54% | 55% |
| 100% | 100% | 100% |

| UTENTI IN CARICO AL 31/12/23 - TITOLO DI STUDIO | Maschi | Femmine | Totale |
|--|---------------|----------------|---------------|
| titolo di studio debole/assente (fino licenza media) | 1027 | 900 | 1927 |
| titolo di studio medio/alto (diploma o laurea) | 445 | 379 | 824 |
| TOT. UTENTI IN CARICO AL 31-12-2023 | 1472 | 1279 | 2751 |

| Maschi | Femmine | Totale |
|---------------|----------------|---------------|
| 70% | 70% | 70% |
| 30% | 30% | 30% |
| 100% | 100% | 100% |

| INTERVENTI SERVIZI NEL PERIODO 2021-2023 | Maschi | Femmine | Totale |
|---|---------------|----------------|---------------|
| Numero nuovi utenti presi in carico | 1396 | 1283 | 2679 |
| Numero utenti dimessi dal servizio | 812 | 629 | 1441 |
| Numero inserimenti lavorativi con contratto (anche tempo determinato e/o part time) | 877 | 728 | 1605 |
| Numero tirocini extra curriculari avviati | 163 | 139 | 302 |
| Numero tirocini di inclusione avviati | 682 | 532 | 1214 |
| Numero utenti con presa in carico da oltre 36 mesi (presa in carico antecedente al 30-6-2021) | 666 | 521 | 1187 |

| Maschi | Femmine | Totale |
|---------------|----------------|---------------|
| 52% | 48% | 100% |
| 56% | 44% | 100% |
| 55% | 45% | 100% |
| 54% | 46% | 100% |
| 56% | 44% | 100% |
| 56% | 44% | 100% |

Rispetto alle persone con invalidità ai sensi della Legge 68/1999, i dati provinciali indicano al 31 dicembre 2023 un numero di **9.614 iscritti alle liste del Collocamento Mirato**¹, di cui oltre il 53% ha un'età superiore ai 55 anni e di cui quasi il 57% ha una anzianità di iscrizione alle liste di oltre 69 mesi. Per circa il 68% si tratta di persone con un titolo di studio medio basso (non oltre l'obbligo scolastico). Anche questi dati evidenziano come la popolazione invalida attivabile al lavoro ha **un'età lavorativa medio-alta** e presente complessità tali da produrre una **permanenza nelle liste del collocamento mirato per tempi lunghi** prima di riuscire a trovare un'occupazione (o prima di perdere del tutto le condizioni lavorative).

In riferimento al mercato del lavoro per le persone con invalidità, il territorio provinciale bresciano presenta al 31-12-2023 un numero di **3.668 “scoperture”**, ovvero posti di lavoro riservati disponibili per le persone appartenenti categorie protette e non ancora occupati.

In questo ultimo triennio il sistema delle politiche e interventi per l'inserimento lavorativo nel territorio bresciano a sviluppato e consolidato alcuni trend ed esperienze che rappresentano elementi importanti del processo di programmazione:

- ✓ La collaborazione tra i servizi di inserimento lavorativo degli Ambiti distrettuali (tramite un apposito **“Tavolo di coordinamento dei Servizi di inserimento lavorativo”**) ha permesso di mettere a fuoco convergenze e differenze nei vari territori e scambiare prassi utili al reciproco rafforzamento
- ✓ La **collaborazione tra servizi di inserimento lavorativo e Centri per l'Impiego – Uffici per il Collocamento mirato** (tramite lo sviluppo delle “Azioni di Sistema” del Piano Provinciale Disabili) ha permesso di integrare la filiera di interventi, e mettere a fuoco gli aspetti prioritari da affrontare per una reciproca e funzionale collaborazione
- ✓ La **formazione congiunta** promossa e organizzata di concerto tra Provincia di Brescia, ACB e coordinamento dei Servizi di inserimento lavorativo degli Ambiti ha rappresentato un'occasione fondamentale per sviluppare e consolidare una comunità professionale e uno scambio di conoscenze utili a sviluppare strategie di programmazione condivisa e ad affrontare insieme le criticità e i cambiamenti²
- ✓ Il lavoro di approfondimento rispetto alla tematica degli **“appalti riservati”** ai sensi dell'art. 61 del Codice degli Appalti D.Lgs. 36/2023 (ex art. 112), che ha portato al rinnovo del protocollo di intesa tra Provincia di Brescia, Associazione Comuni Bresciani, Associazione dei Segretari Comunali Vighenzi, Comune di Brescia, Confcooperative Brescia e all'aggiornamento della documentazione e modulistica utile³: si sono registrati nuove esperienze in tal senso nel territorio bresciano, pur essendosi riconosciuto da tutti un bisogno di maggiore informazione e formazione sul tema.
- ✓ L'avvio di **progettazioni promosse da enti del terzo settore sul tema dei Neet e della povertà lavorativa**, che hanno trovato sostegno nei finanziamenti di Fondazione Cariplo e Fondazione Comunitaria della Provincia di Brescia⁴: i progetti rivolgono l'attenzione a situazioni che spesso non arrivano ai servizi pubblici o alle agenzie private, ma che presentano tratti di isolamento sociale, abbandono scolastico, disoccupazione o inoccupazione involontaria. Questi progetti evidenziano anche possibili forme alternative di intercettazione di target poco inclini a rivolgersi ai servizi.

¹ Fonte: Provincia di Brescia - Settore Lavoro

² Descrizione e materiali dei percorsi formativi e relativi alle tematiche affrontate è disponibile qui: <https://www.associazionecomunibresciani.eu/category/ppd/>

³ <https://cuc.provincia.brescia.it/approvato-protocollo-di-intesa-tra-provincia-di-brescia-comune-di-brescia-associazione-dei-comuni-bresciani-associazione-dei-segretari-comunali-g-b-vighenzi-e-confcooperative-br/>

⁴ <https://www.fondazionebresciana.org/news/sei-coprogettazioni-per-contrastare-la-poverta-lavorativa/>

- ✓ Lo sviluppo di progetti e interventi finalizzati a promuovere una **transizione per gli studenti con disabilità dalla scuola al mondo del lavoro** (e/o ad altri servizi di accompagnamento socioeducativo). Tali progetti, realizzati in autonomia o tramite le risorse della DGR 7501/2022 di Regione Lombardia, hanno coinvolto diverse realtà scolastiche, in collaborazione con l’Ufficio Scolastico Territoriale, in tutti i territori della Provincia di Brescia.

Un ulteriore e importante elemento di contesto che va preso in considerazione nella programmazione delle politiche di inserimento lavorativo per le persone con invalidità è il processo di riforma del sistema di riconoscimento della disabilità⁵, che introduce cambiamenti nel processo di accertamento dell’invalidità civile e introduce il “diritto” al progetto di vita da parte delle persone con disabilità. La “riforma” vedrà l’avvio tramite una fase sperimentale da realizzare a partire dal 1 gennaio 2025 in nove province italiane, tra cui la Provincia di Brescia. Tale sperimentazione del progetto di vita potrà ovviamente interessare e coinvolgere, nella logica multidimensionale, i servizi di inserimento lavorativo e i diversi attori dell’inclusione lavorativa.

Alla luce di quanto sopra, gli Ambiti Territoriali Sociali della Provincia di Brescia, afferenti all’ATS di Brescia, concordano di collaborare per il perseguimento delle seguenti linee programmatiche comuni:

1. Il coordinamento e lo sviluppo di azioni specifiche finalizzate all’emersione e al contrasto del fenomeno Neet, con particolare riferimento alla previsione di iniziative comunicative congiunte, alla previsione di un set di “azioni base” in ogni Ambito Territoriale, alla previsione di una comune azione di fundraising per lo sviluppo di progetti comuni.
2. La diffusione, tramite opportuni accordi e scambio di prassi, di azioni di supporto alla transizione tra scuola, lavoro e servizi per gli studenti e le studentesse con disabilità a partire dagli ultimi anni del percorso scolastico.
3. La previsione e implementazione di un sistema collaborativo di “scambio della conoscenza” tra i vari stakeholder pubblici e privati rispetto a servizi, interventi, progettualità attive nel campo dell’inclusione lavorativa delle persone con fragilità.

⁵ Decreto Legislativo 62 del 3 maggio 2024.

SCHEMA DESCRIZIONE NUOVI OBIETTIVI

| TITOLO INTERVENTO | IN CONTROPIEDE. ESPERIENZE DI ATTIVAZIONE E RIPARTENZA VERSO IL LAVORO PER GIOVANI BRESCIANI <i>(Policy: Interventi connessi alle politiche per il lavoro)</i> |
|---|--|
| QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE Breve spiegazione | Prevenzione di fenomeni di marginalità e fragilità legati al ritiro sociali dei giovani cittadini. Incremento della popolazione attiva. |
| AZIONI PROGRAMMATE Declinare le azioni | 1. Condivisione di prassi di comunicazione, emersione e intercettazione di giovani in isolamento sociale (attraverso servizi sociali territoriali e sociosanitari, case manager dei beneficiari di Assegno di Inclusione, canali informali, social network) 2. Progettazione e condivisione di un “set minimo di azioni di attivazione”, per un facile e rapido coinvolgimento concreto di giovani in condizioni isolamento sociale (si pensa in particolare a forme di tirocinio, a interventi per l’ottenimento di patenti di guida, esperienze di mobilità e scambi, ecc.). 3. Ricerca fondi per progettazioni integrate, per garantire una possibile e minimale programmazione di interventi diretti diffusi in tutti gli Ambiti Territoriali. |
| TARGET Destinatario/i dell'intervento | Giovani in età 16-29 anni in condizioni di isolamento sociale, non occupati e non iscritti a percorsi formativi. |
| RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE Importo, anche approssimativo. Se possibile distinguere tra pubbliche e private | Risorse economiche in capo agli Ambiti e ai Comuni per gli interventi di contrasto all'esclusione sociale, definite anche in base alle risorse assegnate su FNPS, Fondo Povertà, per le coperture di indennità di tirocinio e altre spese dirette per i beneficiari. Risorse economiche da reperire tramite fundraising (Fondazioni, sponsor), per azioni integrate di comunicazione, social media planning, integrazione risorse per interventi diretti (tirocini, mobilità e scambi). |
| RISORSE DI PERSONALE DEDICATE Chi è impegnato e con quali funzioni | Personale dei servizi pubblici per l'inserimento lavorativo e dei servizi sociali territoriali Personale degli stakeholder impegnati nel sistema delle politiche attive per il lavoro (imprese, sindacati, enti accreditati) |
| L'OBIETTIVO È TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY? | SI Contrasto alla povertà Politiche Giovanili Interventi a favore delle persone con disabilità |
| INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO | H. Interventi connessi alle politiche per il lavoro <ul style="list-style-type: none">• Contrasto alle difficoltà socioeconomiche dei giovani e loro inserimento nel mondo del lavoro• Interventi a favore dei NEET A. Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva <ul style="list-style-type: none">• Contrasto all'isolamento• Vulnerabilità multidimensionale• Presenza di nuovi soggetti a rischio/nuova utenza rispetto al passato• Nuovi strumenti di governance (es. Centro Servizi)• Facilitare l'accesso alle opportunità di benessere e partecipazione attiva |

| | |
|---|---|
| | <p>G. Politiche giovanili e per i minori</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contrasto e prevenzione della povertà educativa • Prevenzione e contenimento del disagio sociale e del suo impatto sulla salute • Presenza di nuovi soggetti a rischio/nuova utenza rispetto al passato <p>J. Interventi a favore di persone con disabilità</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contrasto all'isolamento • Rafforzamento delle reti sociali |
| PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE? SI/NO | NO |
| PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST? SI/NO In caso affermativo specificare le azioni e i compiti | SI Coinvolgimento nell'emersione del fenomeno e nell'aggancio e coinvolgimento di potenziali beneficiari. Coinvolgimento nel supporto ai percorsi di attivazione di beneficiari che presentano problematiche sociosanitarie. |
| L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI? | SI Intervento programmato e attuato in collaborazione con tutti gli Ambiti Territoriali afferenti all'ATS di Brescia. |
| È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)? | NO |
| L'OBBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO? | Servizio già presente (si tratta di uno sviluppo di un focus di azione dei servizi di inserimento lavorativo degli Ambiti Territoriali). |
| L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE? | NO |
| L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE? | NO |
| NEL CASO IN CUI L'INTERVENTO NON PREVEDA PROCESSI DI CO-PROGETTAZIONE E/O CO-PROGRAMMAZIONE FORMALIZZATI, SPECIFICARE LE MODALITÀ DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE (se pertinente) | Costruzione congiunta delle prassi e del set di azioni di attivazione Collaborazione nella individuazione di esperienze di tirocinio da realizzarsi in enti del terzo settore. Collaborazione nella progettazione e gestione di esperienze di mobilità e scambio. |
| L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST) | Provincia di Brescia – Settore Lavoro Associazione Comuni Bresciani Associazioni di impresa Sindacati |

| | |
|--|--|
| e ETS) | Patronati Fondazioni Bancarie |
| QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE? Indicatori input derivati dall'analisi del bisogno | Bisogno di prevenire fenomeni di isolamento sociale che possano aggravare condizioni di fragilità ed emarginazione. Bisogno di sviluppare opportunità di inclusione attiva delle giovani generazioni, in particolare di coloro che presentano maggiori fragilità. |
| IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÁ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÓ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÁ? <i>BISOGNO CONSOLIDATO/NUOVO BISOGNO (in caso di nuovo bisogno specificarne la natura e le caratteristiche)</i> | Il bisogno è già emerso nelle precedenti programmazioni, ma affrontato solo in modo episodico e senza una visione unitaria del territorio. Il fenomeno è poco “gestibile” sul piano dei singoli Ambiti Territoriali e dei singoli Comuni, ma presenta tratti di trasversalità che richiedono una azione comune. |
| L'OBIETTIVO È DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO? | Obiettivo promozionale |
| L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE) | NO |
| L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.) | NO |
| QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE? <i>Come verrà realizzato l'intervento e articolata la risposta al bisogno. Individuazione di una batteria di indicatori di processo</i> | Allestimento di un gruppo di coordinamento e progettazione unitario. Definizione di Schede tecniche comuni per la previsione di azioni di attivazione e contrasto al fenomeno Neet. Attivazione di gruppi operativi per la programmazione di specifiche azioni di attivazione. Indicatore di processo: <ul style="list-style-type: none">- Numero di stakeholder coinvolti nel Gruppo di Coordinamento- “Modellizzazione” del set minimo di azioni di attivazione (presenza schede tecniche di azioni di attivazione) |
| QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE? <i>Come si misura il grado di realizzazione degli interventi rispetto agli obiettivi. Individuazione di una batteria di indicatori di output (protocolli stipulati, ecc.)</i> | Individuate e rese disponibili in ognuno degli Ambiti Territoriali almeno 3 esperienze di attivazione di giovani in condizioni di isolamento sociale. Effettuata raccolta fondi (bandi, fondazioni bancarie, sponsor) per 200 mila euro nel triennio. Coinvolti in azioni di attivazione un numero medio di 70 giovani beneficiari per ogni anno, su tutto il territorio provinciale. Indicatori di risultato <ul style="list-style-type: none">- Numero di esperienze di attivazione disponibili- Euro da raccolta fondi da bandi pubblici e privati e sponsor- Numero di beneficiari coinvolti in esperienze di attivazione |

| | |
|---|---|
| <p>QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?</p> <p><i>Come si valuta l'impatto sociale ossia il cambiamento/ risoluzione delle criticità che hanno portato alla definizione dell'intervento. Individuazione di una batteria di indicatori di outcome</i></p> | <p>Attivazione di maggiori “canali” di emersione del fenomeno Neet (punti di allerta diffusi nei servizi pubblici, nei servizi di patronato, nelle scuole, negli ETS).</p> <p>Disponibilità stabile di “esperienze di attivazione” accessibili a giovani in isolamento sociale.</p> <p>Indicatori di outcome:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacità di servizi pubblici e altri servizi e organizzazioni di agganciare giovani in condizioni di isolamento - Superamento della condizione di isolamento sociale a seguito della partecipazione ad esperienze di attivazione (da rilevare a 12 mesi dalla conclusione dell’esperienza stessa). |
|---|---|

POLITICHE ABITATIVE

Rispetto alla dimensione dell'abitare, e dell'abitare sociale in particolare, la provincia Brescia si caratterizza per la presenza di 31 comuni riconosciuti ad "Alta Tensione Abitativa" tra i 206 che compongono la provincia, dove si concentra circa il 46% circa della popolazione residente.

La questione abitativa negli ultimi anni ha assunto una nuova centralità, coinvolgendo fasce della popolazione rese sempre più vulnerabili, con ricadute nella capacità delle persone a garantirsi l'accesso e il mantenimento dell'alloggio.

I dati relativi ai contesti abitativi privati sono preoccupanti: si registra, con livelli differenziati a seconda dei contesti territoriali, un incremento delle morosità condominiali, un forte incremento di situazioni critiche quali sfratti, pignoramenti e morosità.

La nuova domanda abitativa è l'esito dei profondi cambiamenti del sistema produttivo, delle trasformazioni demografiche e delle strutture familiari. I cambiamenti della struttura demografica della popolazione e in particolare dei nuclei familiari contribuiscono ad accrescere il bisogno abitativo. Accanto a tassi di crescita demografica praticamente azzerati della popolazione, assistiamo all'aumento dei nuclei familiari e alla riduzione della loro composizione. Aumentano le famiglie composte di una sola persona. Una tendenza che ha implicazioni importanti perché accresce la domanda di alloggi, ma ne riduce l'accessibilità.

I cittadini stranieri, cresciuti a ritmi particolarmente intensi nei territori del bresciano sostanzialmente fino al 2018, sono una categoria che in assoluto è portatrice di un elevato bisogno abitativo. Tra l'altro le famiglie di immigrati sono la fascia più esposta ai problemi di sovraffollamento e di scarsa qualità dell'abitare.

L'attuale quadro dell'offerta abitativa vede un'offerta pubblica ormai satura il cui patrimonio si compone anche di molti alloggi da ristrutturare e un mercato alloggiativo privato della locazione rallentato per via dei costi e delle dinamiche domanda/offerta sempre più problematiche.

A determinare la centralità del tema abitativo nel contesto provinciale contribuiscono anche il grado di accessibilità del mercato immobiliare in proprietà e in locazione sul libero mercato, che nel periodo più recente è diventata più difficoltosa a causa di un generale incremento dei prezzi di compravendita e di locazione e un'offerta abitativa pubblica e sociale (n. 5.794 u.i. di proprietà dei Comuni e n. 6.123 di ALER) con poche disponibilità per nuove assegnazioni rispetto al bisogno.

Quando parliamo di questione abitativa facciamo riferimento a una molteplicità di istanze e bisogni che si articolano attorno alla casa, che comprendono sia l'adeguatezza dell'alloggio sia la qualità del contesto territoriale in cui è inserito.

Il profilo delle persone che si rivolgono ai servizi chiedendo supporto dimostra che stanno avvenendo cambiamenti strutturali, culturali, economici che generano profili di domanda mutabili, ma anche difficilmente intellegibili e che fanno affermare che quando parliamo di emergenza abitativa non ci si riferisce solo a "casi sociali", che le persone non vanno accompagnate solo con gli strumenti del servizio sociale e che a maggior ragione non deve occuparsene sempre e solo il servizio sociale.

Gli strumenti tradizionali di politica abitativa (Servizi abitativi pubblici e contributi per il mantenimento dell'abitazione sul mercato privato) per la loro strutturale scarsità e indisponibilità da diversi anni sono in grado di rispondere in modo molto marginale alle domande abitative di chi si trova in difficoltà. Per rispondere a queste situazioni, i Comuni, spesso in collaborazione con il terzo settore, si adoperano per individuare soluzioni alternative o creare di nuove, non sempre peraltro accessibili a tutti. Le competenze, le risorse, i modelli, gli approcci adottati in queste soluzioni si discostano fortemente dalle misure tradizionali, con riferimento agli standard, alle modalità di funzionamento ma soprattutto alle competenze messe in campo e apre il campo a nuovi modelli che possono portare un contributo importante e innovativo per affrontare la questione abitativa attuale e il ripensamento, necessario, delle politiche abitative tradizionali. In tal senso si richiamano le esperienze innovative intraprese dagli Ambiti Territoriali per dare attuazione ai progetti di Housing Temporaneo a valere sulle risorse del PNRR, che consentiranno di potenziare la risposta del bisogno abitativo dei cittadini in condizione di grave vulnerabilità socio-economica, e di avvio delle Agenzie dell'Abitare (Comune di Brescia e gli Ambiti Territoriali Bresca Ovest, Bassa Bresciana Orientale e del Garda).

Si registra altresì, relativamente al patrimonio pubblico, l'avvio in 19 Comuni di un programma di interventi di riqualificazione dell'edilizia residenziale pubblica a valere sul Piano nazionale per gli investimenti complementari finalizzato ad integrare con risorse nazionali gli interventi del PNRR che riguarda il 3,3% del patrimonio complessivo.

Per gli interventi soprarichiamati è stato richiesto agli Ambiti Territoriali e Comuni, oltre al non ordinario sforzo in termini di organizzazione della capacità di spesa, un ulteriore impegno, anch'esso particolarmente complesso: quello di collegare tra loro le richieste di accesso ai tanti diversi fondi che hanno rilievo per le politiche dell'abitare. Questa integrazione è risultata più efficiente e operativa quando ha saputo aprirsi alla collaborazione e al coinvolgimento del Terzo Settore, acquisendo nuovi punti di vista, nuove competenze ed energie. A ciò si aggiunge che gli Ambiti Territoriali devono aprire uno sguardo sul dopo PNRR, passando da un approccio concentrato prevalentemente sulla messa a disposizione di nuove unità abitative ad un approccio finalizzato maggiormente alle diverse componenti del sistema (domanda/offerta del mercato privato, comunità di abitanti, gestori, ecc...).

La soluzione che si presenta oggi è quella di programmare un mix tra le risposte offerte dai servizi abitativi pubblici, quelle offerte del mercato privato e quelle co-progettate con il mercato no-profit.

I dodici Ambiti Territoriali di ATS Brescia già nella precedente programmazione avevano relativamente al tema dell'abitare previsto una specifica azione di intervento concertata a livello sovradistrettuale e che era stata elaborata attraverso una consultazione con alcune realtà del territorio provinciale, portatrici di interesse e di competenze sul tema specifico. Quanto determinato a livello sovradistrettuale aveva trovato spazio all'interno della programmazione dei singoli Piani.

Preliminarmente all'avvio della nuova programmazione sociale per il triennio 2025/2027 i dodici Ambiti, in continuità con i accordi già intrapresi, hanno stabilito di porre il tema della casa tra le questioni da affrontare in modo congiunto a livello provinciale e alcuni rappresentanti del Coordinamento degli Uffici di Piano hanno avviato una consultazione con i referenti dell'ALER di Brescia-Cremona-Mantova, di ConfCooperative Brescia, di Sicet e Sunia, delle diverse associazioni di proprietà edilizia e del terzo settore.

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

Fatte salve le azioni progettuali che i singoli Ambiti andranno a prevedere nel rispetti documenti di programmazione le sfide poste dai bisogni abitativi, dalle dimensioni e dalle forme finora sconosciute,

suggeriscono la necessità, di portare a valorizzazione le buone “pratiche” maturate in alcuni territori, aprendo dunque una stagione di “rilancio” delle politiche per l’abitare, a cominciare dall’insieme delle innovazioni organizzative, operative e procedurali attuate.

In questa direzione strategica i dodici Ambiti Territoriali di ATS Brescia condividono alcuni obiettivi specifici:

- incrementare le competenze e la specializzazione delle strutture dedicate alla gestione delle politiche abitative;
- realizzare quadri di conoscenza comuni utili a monitorare fenomeni di respiro sovralocale e funzionali all’avvio di nuove progettualità;
- collaborare nello sviluppo delle relazioni con altri soggetti istituzionali e delle reti di relazioni con gli stakeholder del territorio.

Gli obiettivi indicati saranno perseguiti prioritariamente attraverso l’istituzione di un tavolo di coordinamento sulle politiche abitative quale forma stabile e strutturata di condivisione tra i territori. Il tavolo di coordinamento si riunirà con cadenza periodica sulla base di un programma di lavoro condiviso e sarà partecipato dai rappresentanti di ciascun Ambito territoriale. Nella sostanza il Tavolo si configurerà come

- luogo di coordinamento rispetto alla pianificazione delle politiche abitative e ai rapporti con altri soggetti istituzionali e con gli stakeholder del territorio;
- comunità di pratiche per la condivisione di dati, informazioni ed esperienze e la crescita delle competenze.

| TITOLO INTERVENTO | POLITICHE ABITATIVE |
|-------------------------|---|
| OBIETTIVO NELL’TRIENNIO | <p>Incrementare le competenze e la specializzazione delle strutture dedicate alla gestione delle politiche abitative.</p> <p>Realizzare quadri di conoscenza comuni utili a monitorare fenomeni di respiro sovralocale e funzionali all’avvio di nuove progettualità.</p> <p>Collaborare nello sviluppo delle relazioni con altri soggetti istituzionali e delle reti di relazioni con gli stakeholder del territorio.</p> |
| BISOGNI A CUI RISPONDE | <p>Da un punto di vista organizzativo sostenere la governance degli Enti Locali relativamente alle politiche abitative</p> <p>Da un punto di vista dei cittadini far fronte all’allargamento della platea dei portatori di bisogno abitativo con particolare attenzione a quelle famiglie che sostengono costi dell’abitare in misura superiore al 30% del loro reddito.</p> |
| AZIONI PROGRAMMATE | <p>Istituzione di un tavolo di coordinamento sulle politiche abitative quale forma stabile e strutturata di condivisione tra i territori. Il tavolo di coordinamento si riunirà con cadenza periodica sulla base di un programma di lavoro condiviso e sarà partecipato dai rappresentanti di ciascun Ambito territoriale. Il Tavolo si configurerà come</p> <ul style="list-style-type: none"> • luogo di coordinamento rispetto alla pianificazione delle politiche abitative e ai rapporti con altri soggetti istituzionali e con gli stakeholder del territorio; • comunità di pratiche per la condivisione di dati, informazioni ed esperienze e la crescita delle competenze. |
| TARGET | Cittadini portatori di un bisogno abitativo e che si rivolgono ai servizi |

| | |
|---|--|
| | <p>sociali comunali, agli uffici/sportelli casa.</p> <p>Terzo Settore proprietario di alloggi sociali e associazioni di proprietari/piccoli proprietari di unità immobiliari sul mercato privato</p> |
| CONTINUITA' | Di continuità alla programmazione 2021-2023 |
| TITOLARITA', MODALITA' ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE | La titolarità è in capo al Coordinamento degli Uffici di Piano |
| RISORSE UMANE E ECONOMICHE | Personale dei rappresentanti che compongono il tavolo permanente |
| RISULTATI E IMPATTO | <p>Predisposizione di un set di dati informativo relativamente all'abitare nel territorio del Bresciano (relativamente alle unità immobiliari, ai valori dei canoni di mercato, agli escomi pendenti, ecc...) utile a programmare i singoli piani annuali di Ambito e a meglio dimensionare la lettura del fenomeno.</p> <p>Organizzazione di nuovi dispositivi in grado di favorire accoglienza della domanda, accompagnamento all'abitare e matching domanda/offerta (Agenzia della casa).</p> <p>Adozione delle misure necessarie per dare corso all'accordo territoriale per la definizione del contratto agevolato.</p> <p>Messa a disposizione di alloggi sociali da parte delle imprese no profit per rispondere all'emergenza abitativa.</p> |
| AREA DI POLICY E PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO | <p>Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allargamento della rete e coprogrammazione; • Contrasto all'isolamento; • Rafforzamento delle reti sociali; • Vulnerabilità multidimensionale; • Facilitare l'accesso alle opportunità di benessere e partecipazione attiva. <p>Politiche abitative</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allargamento della platea dei soggetti a rischio; • Vulnerabilità multidimensionale; • Qualità dell'abitare; • Allargamento della rete e coprogrammazione; • Nuovi strumenti di governance (es. agenzie per l'abitare). |
| ASPETTI DI INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA | - |

AREA POVERTÀ E INCLUSIONE SOCIALE

Un'analisi rapida ancorchè generale delle programmazioni sociali che hanno caratterizzato i territori a partire dai primi anni 2000 ad oggi rende evidente come l'area della povertà, come definita dal Piano nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà, sia un'area di bisogno che è venuta man mano crescendo negli anni – sia in termini di specificità delle azioni che di numerosità dei destinatari -, assumendo una connotazione non più occasionale ma strutturale soprattutto a partire dagli ultimi 15 anni. Tale cambiamento può essere certamente letto come conseguenza indiretta sia della crisi economico/finanziaria determinatasi a partire dal 2008 che dell'emergenza sanitaria connessa all'infezione da SARS COV 2, evento che ovviamente ha ulteriormente amplificato e aggravato le situazioni di fragilità. Certamente esistono altri fattori che hanno inciso e incidono fortemente sull'aumento della povertà, soprattutto di carattere demografico e antropologico (diversa strutturazione delle reti familiari, crescita delle persone sole, ecc.), che concorrono tutti a rendere più evidente e più emergente il fenomeno (vedasi il recente rapporto Istat sulla povertà in Italia).

Quanto sopra trova conferma nel fatto che anche le politiche nazionali, a partire dal Sia passando per il ReI e per il Reddito di cittadinanza, sino all'attuale l'Assegno di Inclusione, hanno gradualmente ma inevitabilmente previsto misure nazionali di contrasto alla povertà che tutte (anche se con diversa intensità per così dire), hanno visto strettamente connessa la parte del sostegno economico (assistenziale), con interventi di tipo progettuale finalizzati a modificare condizioni personali, familiari, ambientali che incidono in qualche modo sul processo di evoluzione della condizione di povertà.

Anche a livello operativo l'organizzazione del lavoro sociale ha visto man mano crescere la necessità di organizzare risposte specifiche a tale area di bisogno, assicurando investimenti in termini di formazione del personale e di costruzione di risposte organizzative e di servizi.

Già nella precedente programmazione riferita al triennio 2021/2023 (i cui effetti sono stati poi prorogati anche con riferimento all'Annualità 2024), si era lavorato in modo integrato tra i 12 ambiti territoriali di riferimento di ATS Brescia alla definizione di alcuni obiettivi trasversali che potessero orientare il lavoro di programmazione riferito specificamente a questa area di bisogno.

In particolare si era puntato essenzialmente sulla creazione di connessioni organizzative, informative, di confronto finalizzate a costruire una rete di supporto ai territori proprio rispetto alle politiche di contrasto alla povertà, investendo altresì sulla formazione integrata degli operatori pubblici/del privato sociale affinché venissero sviluppate/migliorate strategie specifiche per la gestione di persone SOLE in condizioni di povertà.

La programmazione sopra richiamata tuttavia già dopo pochissime settimane dall'approvazione dei nuovi Piani di Zona, avvenuta tra dicembre 2021 e febbraio 2022, ha dovuto fare i conti con lo straordinario strumento rappresentato dal PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA – PNRR -, iniziativa di portata innegabilmente epocale sia in termini di opportunità finanziarie (l'Italia è stata destinataria di oltre 190 miliardi di euro), sia in termini di iniziative progettuali da sviluppare. Il PNRR ha di fatto per così dire “scompaginato” le carte, nel senso che l'avvento di tale poderosa iniziativa ha apparentemente travolto, almeno in un primo momento, la programmazione zonale.

In realtà dentro la programmazione del PNRR Missione 5, Componente 2 “Inclusione e coesione” molti temi sono stati di fatto coincidenti con la programmazione dei Piani di Zona (area anziani e sostegno alla domiciliarità, area minori e iniziative di prevenzione dell'allontanamento familiare, area disabili e promozione di progetti di autonomia e integrazione sociale delle persone disabili, ecc.).

Anche l'area della povertà e del disagio (Housing temporaneo e Stazioni di posta), ha trovato uno spazio significativo in termini di risorse (i progetti della componente 1.3 sono tra i progetti ai quali sono state destinate le maggiori risorse in termini di valore relativo,) e in termini di investimento progettuale dentro lo strumento del PNRR e di conseguenza i territori si sono trovati a dover ragionare e progettare attorno a questi temi specifici.

Per correttezza e completezza di analisi va ricordato che, sempre a partire dalla fine del 2021, gli ambiti territoriali sono stati destinatati di altre risorse specifiche, sempre di derivazione europea, che hanno promosso e sostenuto l'avvio su tutti i territori, benché con forme diverse sul piano organizzativo e di strutturazione dell'intervento, di servizi di Pronto Intervento sociale e di sperimentazione di Centri Servizi per la povertà (PrInS).

Infine, per completare il quadro di contesto dentro il quale si sono evolute nell'ultimo triennio le politiche di contrasto alla povertà, a partire dal finanziamento anno 2021 della Quota Servizi Fondo Povertà (utilizzata quindi a partire dall'anno 2022) il Pronto Intervento Sociale (P.I.S.), è diventato un intervento obbligatorio da finanziare in quota parte, sostituendo il finanziamento Prins e integrando le risorse già finalizzate del PNRR.

Questi interventi sono da riconnettere fortemente con le previsioni del Piano Nazionale degli interventi e servizi sociali di contrasto alla povertà per il triennio 2021/2023, già richiamato, al cui interno sono stati individuati specifici obiettivi, richiamati e poi potenziati dai progetti del PNRR e oggi ripresi dalle Linee di Indirizzo regionali per la definizione dei Piani di Zona per il triennio 2025/2027.

Gli investimenti previsti dal PNRR hanno coinvolto numerosi ATS bresciani, favorendo quindi in alcuni casi l'avvio di nuovi servizi/progetti, in altri l'implementazione/il consolidamento di progettualità/sperimentazioni già avviate, che sono state però fortemente connotate dall'approccio previsto dal Piano Nazionale di contrasto alla povertà e dal PNRR (ma ancora prima dall'impostazione prevista dalle misure nazionali di contrasto alla Povertà come il Sia e il ReI), che vedono nello strumento della progettazione individualizzata la modalità da utilizzare per la gestione e la presa in carico delle situazioni.

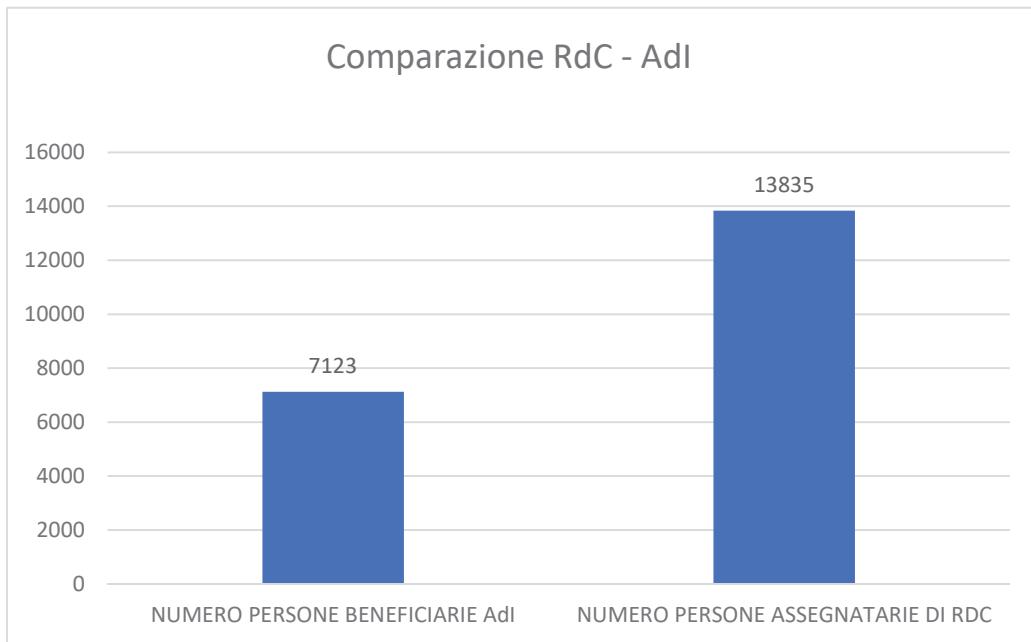
Come già richiamato, la gestione dei progetti di PNRR è diventata una partita prioritaria per la maggior parte dei territori che si è intrecciata con la programmazione zonale in quanto ha rinvenuto in quest'ultima i presupposti sui quali sviluppare concretamente la collaborazione con gli ETS e l'avvio dei servizi.

E' quindi in questo quadro molto articolato, complesso e fortemente dinamico che si va a collocare la nuova programmazione relativamente all'area della povertà e dell'inclusione sociale.

Come già fatto per le precedenti annualità, forti anche delle indicazioni regionali che hanno specificamente previsto l'utilizzo dello strumento della co programmazione e successivamente della co progettazione come percorso da utilizzare per la costruzione del Piano di Zona, i dodici Ambiti Territoriali hanno confermato la scelta di lavorare in modo integrato alla definizione di obiettivi e azioni condivise tra i territori, prevedendo il confronto con il terzo settore, i referenti della società civile e del mondo imprenditoriale a diverso titolo coinvolti nelle problematiche sociali (Sindacati, Caritas, Confcooperative, ACLI, CSV/Forum del Terzo settore, Associazione Industriali Bresciani, Aler, Sunia, Sicet, Associazioni di categoria, Fondazione di Comunità, ecc.), che hanno partecipato a momenti di confronto e consultazione avvenuti nei mesi tra maggio e ottobre, in esito ai quali sono state definite delle proposte di programmazione delle politiche sociali che verranno previste all'interno dei singoli Piani di Zona quali obiettivi trasversali, condivisi ed omogenei cui tutti gli Uffici di Piano lavoreranno nel prossimo triennio.

Per quanto attiene specificamente all'area della povertà il confronto avvenuto con alcuni stakeholders (Acli, Forum del terzo settore, Sindacati, Caritas, Confcooperative, ecc.), è partito dall'analisi della situazione oggi presente a livello territoriale con riferimento alla misura nazionale di contrasto alla povertà (AdI).

I dati sotto riportati, raccolti dai vari Ambiti Territoriali, evidenziano come primo elemento che, rispetto alla misura precedente (RdC), il numero di persone beneficiarie dell'AdI si è notevolmente ridotto (circa 1/2 di beneficiari AdI rispetto ai beneficiari RdC).



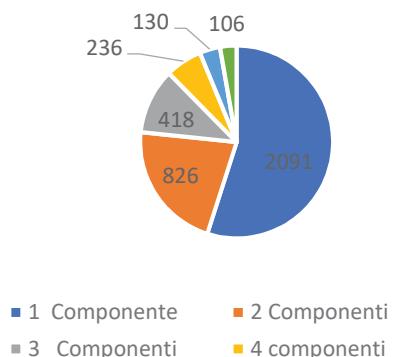
Le ragioni di tale riduzione si ipotizza possano essere molteplici, come per esempio la trasformazione della misura da misura universale a misura categoriale. Questo vuol dire che possono fare domanda di AdI solo i nuclei familiari che abbiano al loro interno categorie specifiche di componenti (minori, disabili, ultrasessantenni, persone svantaggiate inserite in programmi di cura e assistenza, ecc.). Quindi le persone adulte che avevano beneficiato del RdC che non rientrano in nessuna delle fattispecie previste dalla normativa non possono accedere all'AdI, ma solo fare domanda di SFL (supporto formazione e lavoro).

Da un'analisi generale dei dati raccolti come sintetizzati nei grafici seguenti, finalizzata a dare evidenza alle **caratteristiche prevalenti dei beneficiari di AdI**, emerge che:

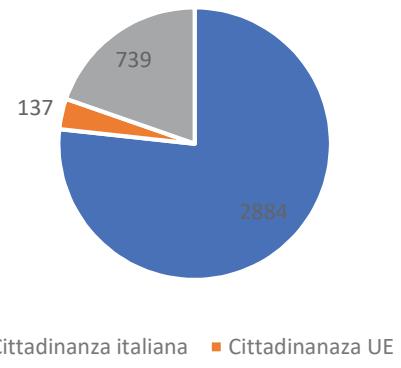
- il numero più consistente di percettori AdI è costituito da persone sole, ultra sessantenni, di genere femminile, con Isse compreso tra 0,00 e 5.000,00 €, che percepisce un importo medio di assegno pari a circa 370,00 euro (vedi grafici seguenti);
- trattandosi di persone ultra sessantenni le stesse non sono tenute ad obblighi specifici, come era invece per i percettori del RdC (per esempio partecipazione a progetti di utilità sociale), né è necessario costruire con le stesse progetti personalizzati specifici all'interno dei quali condividere obiettivi evolutivi e/o che possono comportare anche la messa a disposizione di interventi integrativi (assistenza educativa, inserimento lavorativo, tutoring domiciliare, sostegno alla genitorialità, ecc.);
- le grosse criticità già presenti anche nella gestione delle precedenti misure rispetto alle difficoltà per così dire “informatiche”, imputabili sia alle rigidità delle piattaforme dedicate alla misura che

alla mancanza /limitatezza dell'interoperabilità delle diverse piattaforme/banche dati, rappresenta ancora un problema, anche perché in alcuni casi non si riesce a capire in quale fase della procedura "avviene il blocco" che non consente al cittadino di beneficiare della misura.

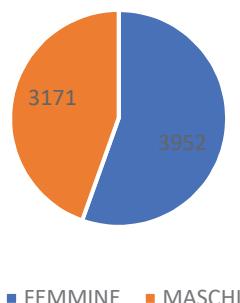
NUMERO NUCLEO FAMILIARI PER N° DI COMPONENTI



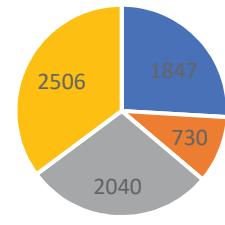
NUCLEI AdI PER CITTADINANZA DEL RICHIEDENTE

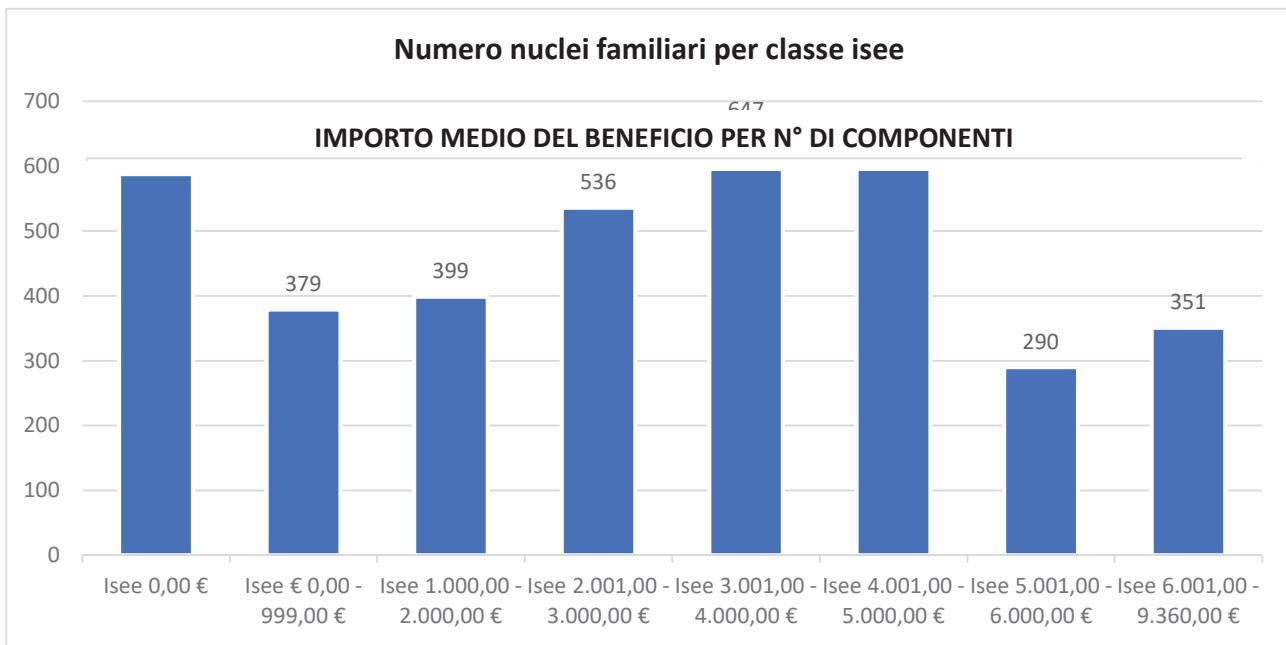


INDIVIDUI BENEFICIARI AdI PER GENERE



INDIVIDUI BENEFICIARI AdI PER FASCE D'ETA':





L'analisi condotta ha anche cercato di far emergere quante delle persone che sono di fatto rimaste escluse dalla nuova misura siano comunque in carico ai servizi sociali comunali/ambito, anche se si tratta di un dato molto complessi da rilevare.

In termini generali dal confronto tra i territori è emerso che le persone escluse dal beneficio che presentano oggi maggiori criticità sono persone adulte con patologie lievi, spesso non certificate/certificabili, che presentano limitazioni importanti dal punto di vista della possibilità di inserimento al lavoro (caratteristiche di nessuna o bassa occupabilità, presenza di problematiche psichiatriche non sempre riconosciute e trattate, ecc.);

Anche i dati che rimandano i Centri per l'Impiego confermano uno scarso accesso di persone ai Servizi di Formazione e Lavoro, evidenziando in un certo senso come il forte accento posto sulla funzione della misura di spingere nella direzione dell'inserimento lavorativo sia di fatto poco significativo.

Resta invece forte e oggi più strutturato l'investimento del servizio sociale dei comuni/ambito rispetto in generale alla presa in carico e gestione delle persone in condizioni di povertà, nel senso che, al di là dei percettori AdI, il servizio sociale intercetta e segue attraverso vari interventi, spesso anche molto informali e sperimentali, numerose situazioni di persone che vivono condizioni fortemente critiche.

Si tratta spesso di nuclei familiari caratterizzati da una condizione di *working poor*, sempre più diffusa, soprattutto tra le persone sole o tra i nuclei familiari numerosi. E' oggettivo infatti rilevare che il mercato del lavoro offre sì oggi numerose opportunità occupazionali, ma che privilegiano il possesso di competenze specifiche (i servizi per il lavoro rimandano una sempre maggiore difficoltà di fare matching tra le richieste delle aziende e le caratteristiche delle persone che cercano lavoro). Inoltre in molti settori produttivi (metallmeccanico, gomma e plastica, ecc.), periodi di buona occupazione si alternano ripetutamente a periodi di scarsità di lavoro, che riducono di fatto le entrate dei dipendenti (meno lavoro straordinario, più cassa integrazione, riduzione di alcuni incentivi specifici legati per esempio al lavoro su turni, ecc.).

L'altro elemento che i servizi riportano, in linea del resto con alcune prime rilevazioni effettuate negli anni immediatamente successivi al COVID, è la crescita importante di situazioni di "disagio mentale",

condizione che coinvolge gli adulti (e che ha una ricaduta sulla loro condizione di lavoratori e di genitori), ma anche i minori e i giovani e che in generale aggrava o determina criticità anche di natura economica all'interno delle famiglie in quanto può portare a costi aggiuntivi a carico del bilancio familiare o alla necessità di rivedere l'impostazione del lavoro (da tempo pieno a part time perché non si regge un carico eccessivo o perché si ha la necessità di seguire più da vicino i figli in difficoltà).

Anche il sostegno alimentare sta assumendo contorni diversi rispetto al passato (i pacchi alimentari o i pasti delle mense sociali erano utilizzati da persone in condizioni di povertà estrema o di grande difficoltà economica). Oggi anche il sostegno alimentare contribuisce a mantenere in equilibrio il budget familiare, consentendo di risparmiare su questa tipologia di spesa per dedicare le risorse a disposizione al pagamento di spese fisse, spesso legate all'abitare (utenze, affitto, spese condominiali). La casa è infatti spesso un lusso che costa, anche perché è un costo che viene affrontato da persone che vivono sole.

Rispetto ai bisogni sopra evidenziati **non** possono essere pensate **solo risposte emergenziali**, anche perché agire sull'emergenza rende poi difficile, spesso impossibile, recuperare alcune condizioni minime di sostegno (quando la persona ha perso la casa è molto difficile e molto costoso in termini economici e operativi riuscire a trovare una sistemazione minima).

E' invece necessario operare sviluppando/promuovendo/potenziando **presidi diffusi sul territorio** (antenne territoriali), che vedano fortemente ingaggiate la parte pubblica e istituzionale (Comuni, Ambiti, Servizi sanitari e socio sanitari, ecc.) e il terzo settore. Anche l'esperienza del PNRR in questo senso sta aiutando a costruire partenariati diffusi e allargati che resteranno certamente come patrimonio esperienziale oltre la scadenza del PNRR.

In conclusione al lavoro di confronto e di analisi sopra descritto, si sono individuati i seguenti obiettivi da inserire nella programmazione dei prossimi Piani di Zona, alcuni dei quali a conferma e per il consolidamento di obiettivi già individuati nella precedente programmazione, altri nuovi e coerenti con il nuovo quadro organizzativo e di sviluppo che si è andato strutturando e sopra richiamato:

- Mantenere attiva la connessione e le occasioni di confronto con il terzo settore impegnato sui temi della povertà e inclusione sociale al fine di condividere elementi di lettura del fenomeno, nonché la conoscenza e le possibilità delle risorse in campo, anche in un'ottica di ricomposizione delle stesse;
- Dare continuità al raccordo tecnico/operativo tra gli Uffici di Piano, prevedendo momenti di confronto (3/4 per annualità), a supporto degli operatori impegnati nella gestione dei servizi di contrasto alla povertà, accompagnando così i territori alla condivisione di buone prassi e di modelli di presa in carico efficaci;
- Realizzare e diffondere una mappatura dei servizi di Pronto Intervento Sociale presenti negli Ambiti Territoriali Sociali, evidenziandone caratteristiche organizzative e di intervento, da aggiornare periodicamente e condividere con il Terzo Settore e in generale con i soggetti che operano a tutela della povertà estrema e/o nell'organizzazione di risposte alle situazioni di emergenza;
- A fronte dell'incremento del numero di persone che utilizzano i Servizi di Pronto Intervento Sociale che presentano problematiche di natura psichiatrica e/o dipendenza conclamate, definire con le ASST specifici accordi/linee guida finalizzate ad assicurare forme di collaborazione e di presa in carico tempestiva e coordinata con i servizi di accoglienza;

- Sperimentare e/o rendere strutturale nei diversi territori le esperienze di housing sociale destinato in particolare al disagio/fragilità, assicurando quindi una presenza diffusa di possibili risposte abitative, anche nella forma del co housing;

In sintesi:

| POLITICHE DI CONTRASTO ALLA POVERTÀ E DI INCLUSIONE SOCIALE | |
|---|--|
| OBIETTIVI NEL TRIENNIO | Mantenere e consolidare la connessione e le occasioni di confronto con il terzo settore impegnato sui temi della povertà e inclusione sociale al fine di condividere elementi di lettura del fenomeno, e delle risorse in campo anche <u>in un'ottica di ricomposizione delle stesse</u> ; <ul style="list-style-type: none"> - Dare continuità al raccordo tecnico/operativo tra gli Uffici di Piano, prevedendo momenti di confronto (3/4 per annualità), a supporto degli operatori impegnati nella gestione dei servizi di contrasto alla povertà, accompagnando così i territori alla condivisione di buone prassi e di modelli di presa in carico efficaci; - Realizzare e diffondere una mappatura dei servizi di Pronto Intervento Sociale (P.I.S.), presenti negli Ambiti Territoriali Sociali, evidenziandone caratteristiche organizzative e di intervento, da aggiornare periodicamente e condividere con i 1 Terzo Settore e in generale con i soggetti che operano a tutela della povertà estrema e/o nell'organizzazione di risposte alle situazioni di emergenza; - A fronte dell'incremento del numero di persone che utilizzano i Servizi di Pronto Intervento Sociale che presentano problematiche di natura psichiatrica e/o dipendenza conclamate, <u>definire con le ASST specifici accordi/linee guida</u> finalizzate ad assicurare forme di collaborazione e di presa in carico tempestiva e coordinata con i servizi di accoglienza; - Sperimentare e/o rendere strutturale nei diversi territori le esperienze di housing sociale destinato in particolare al disagio/fragilità, assicurando quindi una presenza diffusa di possibili risposte abitative, anche nella forma del co housing; |
| BISOGNI A CUI RISPONDE | Da un punto di vista organizzativo; <ul style="list-style-type: none"> - favorire la conoscenza del fenomeno e diffondere buone prassi; - migliorare le competenze specifiche negli operatori pubblici e del privato sociale impegnati nel settore; - favorire la ricomposizione delle risorse attivabili nella prospettiva di garantire il miglior utilizzo di tutte le opportunità presenti nel panorama pubblico e privato coinvolto nella gestione delle problematiche specifiche di bisogno; - potenziare nello specifico azioni di integrazione socio sanitaria in particolare con i Dipartimenti di salute Mentale delle ASST; <p>Dal punto di vista dei cittadini:</p> |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - offrire risposte che tengano conto di tutte le opportunità attivabili, orientate da una visione condivisa tra operatori del pubblico e del privato sociale; - assicurare risposte di emergenza attraverso i servizi di Pronto Intervento Sociale; - offrire opportunità di risposte di housing diffuse sul territorio. |
| AZIONI PROGRAMMATE | <ul style="list-style-type: none"> - Mantenimento di tavoli di lavoro a livello di singoli Ambiti, con possibilità di momenti di confronto sovrazonali finalizzati a monitorare l'andamento del fenomeno della povertà e diffondere elementi informativi e formativi; - Definire in accordo con le singole ASST strumenti operativi (accordi, linee guida, ecc.) finalizzati a prevedere modalità di collaborazione nella gestione delle situazioni di persone in condizioni di fragilità presenti nei vari servizi di emergenza (cosiddetti Centri Servizi come declinati nelle diverse realtà) e di housing; - Realizzare una specifica mappatura dei servizi di Pronto Intervento Sociale presenti nei diversi territori; - Dare continuità e sviluppo ai progetti di housing sociale avviati in attuazione del PNRR, adeguandoli alle necessità emergenti. |
| TARGET | <p>Cittadini in condizione di povertà effettiva o potenziale che si rivolgono ai servizi sociali comunali, agli uffici/sportelli territoriali anche a gestiti dal privato sociale.</p> <p>Operatori dei servizi pubblici e del privato sociale interessati da azioni di confronto, scambio e formazione.</p> |
| CONTINUITA' CON PIANO PRECEDENTE | Gli interventi indicati sono in continuità con la programmazione 2021-2024. |
| TITOLARITA', MODALITA' ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE | La titolarità è in capo al Coordinamento degli Uffici di Piano e ai singoli Uffici di Piano, con il coinvolgimento specifico degli operatori che operano nel settore della povertà. |
| RISORSE UMANE E ECONOMICHE | <p>Personale dei soggetti pubblici e privati che garantiscono il raccordo operativo/istituzionale.</p> <p>Risorse finanziarie a valere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sui singoli Ambiti in ordine all'attivazione degli interventi presenti nella programmazione locale, nazionale ed europea; - sui soggetti del terzo settore a diverso titolo coinvolti e partecipanti alla realizzazione degli obiettivi. |
| RISULTATI ATTESI E IMPATTO | <ul style="list-style-type: none"> - Miglioramento delle competenze professionali trasversali degli operatori sociali, in senso lato, nella gestione delle situazioni di povertà e delle risorse disponibili; - Creazione di relazioni consolidate tra le diverse organizzazioni nel fronteggiamento della problematica. |
| TRASVERSALITA' DELL'OBBIETTIVO E | Integrazione con l'area delle politiche abitative, del lavoro, della domiciliarità. |

| INTEGRAZIONE CON ALTRE POLICY | |
|---|---|
| ASPETTI DI INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA | <p>Sono individuabili aspetti di integrazione relativamente ai bisogni di cura attuali e in prospettiva delle persone in condizioni di povertà, più esposte a problemi di carattere sanitario nonché la necessità di formalizzare accordi finalizzati a creare maggiore connessione tra i servizi dei Dipartimenti di Salute Mentale delle Asst con i servizi di emergenza dei territori.</p> |

OBIETTIVI PRIORITARI IDENTIFICATI A LIVELLO DI AMBITO TERRITORIALE

AZIONI DI PROCESSO/DI SISTEMA TRASVERSALI ALLE DIVERSE AREE

Si tratta di azioni che rappresentano un'impostazione strategica della gestione associata, alla base delle modalità di lavoro dell'Ufficio di Piano e del personale in esso operante, che va al di là dei target specifici.

1. Consolidamento della gestione associata dei servizi ed interventi già in corso (Tutela Minori, Servizio per gli inserimenti lavorativi, Ufficio di prossimità, Servizio di supporto alla valutazione multidimensionale, progetti di PNRR, Centro per la famiglia), e da realizzare (Centro per la Vita Indipendente, sperimentazione della provincia di Brescia inerente alla nuova normativa sulla disabilità, ampliamento competenze dell'Ufficio di Prossimità, ecc.), con individuazione di personale dedicato;
2. Conferma gestione procedure di accreditamento/di co programmazione e co progettazione, di affidamento di servizi, fungendo anche da CUC (ADM, SAD, assistenza scolastica, sostegni per Piano Povertà, gestione FSR, FNA, ecc.), e definizione di strumenti di raccordo operativo /istituzionale (protocolli, linee guida, accordi specifici, ecc.);
3. Conclusione progetti di PNRR e sviluppo delle progettualità successive connesse e/o conseguenti alla disponibilità di spazi/strutture (1.2, 1.3.1. e 1.3.2) e di procedure/processi (1.1.1., 1.1.2, 1.1.3, 1.2);
4. Utilizzo degli strumenti del budget di salute/di cura e del progetto individualizzato/progetto di vita, costruiti utilizzando lo strumento della valutazione multidimensionale, come trasversali alle diverse aree di bisogno per la progettazione degli interventi connessi alla presa in carico dei cittadini (**Leps valutazione multidimensionale e progetto personalizzato**);
5. Individuazione strategia trasversale di gestione delle risorse (finanziarie e metodologiche) in ottica di ri-composizione, al fine di definire interventi appropriati;
6. Revisione dei contenuti dei servizi domiciliari per le diverse aree di intervento (non autosufficienza, minori e famiglia, disagio adulto) e **potenziamento** degli interventi (**Leps prevenzione dell'allontanamento familiare, servizi sociali per le dimissioni protette e incremento SAD**);
Come emerso dall'analisi condotta e già richiamata, i servizi domiciliari oggi attivi sulle diverse aree necessitano di una riprogettazione/riorganizzazione che tenga conto delle novità in via di elaborazione (anche come esito delle sperimentazioni in corso nell'ambito dei progetti di PNRR per esempio), ma anche con le criticità connesse per esempio al reperimento del personale.
Per addivenire a questo obiettivo si valorizzeranno percorsi partecipati, anche integrati con i servizi socio sanitari, nel rispetto degli strumenti previsti dalla vigente normativa (co progettazione, accreditamento dove possibile o gara d'appalto);
7. Monitoraggio attento e consolidamento delle azioni di integrazione territoriale delle persone disabili (progetti di vita indipendente, di Dopo di noi, ecc.), con un focus particolare sull'autismo, anche attraverso l'individuazione di personale specifico ad integrazione e supporto dei comuni. In questa prospettiva la sperimentazione sull'applicazione della cosiddetta Riforma della disabilità, che vede la provincia di Brescia quale territorio della sperimentazione

ministeriale rappresenta certamente un'importante opportunità di attivare da subito importanti strumenti di programmazione;

8. La casa sempre di più è diventata una problematica dirompente nei territori, che coinvolge tutti i vari target di bisogno (famiglie in condizioni di fragilità e che vivono una condizione di working poor, donne vittime di violenza che vogliono sperimentare processi di autonomia, anziani soli che necessitano di abitazioni adatte alle condizioni specifiche di fragilità, persone in condizioni di disagio e solitudine che necessitano di supporti di vicinato e/o professionali, giovani che vogliono sperimentare percorsi di autonomia, ecc), a fronte di un irrigidimento del mercato immobiliare privato che di fatto non assorbe l'utenza fragile, spesso in carico ai servizi sociali. Grazie al PNRR le risposte del territorio saranno arricchite da alcune opportunità (housing sociale e risposte di emergenza), tutte però caratterizzate dalla temporaneità. Si tratta certamente di risposte importanti e essenziali per garantire il necessario supporto alle persone più in difficoltà, ma ciò che manca di più è una connessione più stretta con il mercato privato per poter implementare il patrimonio abitativo pubblico, ormai fortemente insufficiente a dare risposte idonee. Certamente la possibilità di rendere evidente che le esperienze nelle quali la dimensione strutturale (disponibilità di alloggi), è connessa con quella educativa e di condivisione, potrebbe motivare altri soggetti a mettere a disposizione il proprio patrimonio secondo questa logica. Accanto a questo sarà però necessario sviluppare sperimentazioni e/o progetti specifici di abitare **condiviso** (per le persone sole e/o fragili, per gli anziani, per i giovani), con un supporto educativo/specialistico costante, che unisca la dimensione sociale con quella socio sanitaria per le situazioni più fragili e rappresenti una risposta abitativa dignitosa, oltre che un'opportunità di accedere a relazioni di vicinanza;
9. Alcune avvisaglie di crisi del mercato del lavoro emerse da recenti confronti con i servizi specifici deputati, rappresentano un campanello d'allarme rispetto al futuro che riguarda soprattutto le persone fragili, già adesso spesso tagliate fuori dal mercato in quanto non sufficientemente produttive. La nuova organizzazione del servizio per gli inserimenti lavorativi che si avvierà dal mese di gennaio prossimo avrà come obiettivo prioritario lo sviluppo/il consolidamento di una rete di relazioni territoriali (fatta da imprese sociali e da imprese pure) da coinvolgere nel processo di sostegno all'inserimento lavorativo delle situazioni più fragili.

Di seguito si sintetizzano gli obiettivi di programmazione dell'ambito:

| Titolo intervento | AZIONI DI PROCESSO/DI SISTEMA TRASVERSALI ALLE DIVERSE AREE DI BISOGNO |
|---------------------------------|--|
| OBIETTIVO DA REALIZZARE | <p>L'obiettivo si pone in continuità con quanto già indicato nei precedenti Piani di Zona e prevede di sviluppare nuove attività da gestire in forma associata. In alcuni casi si tratterà di modificare gli strumenti di gestione (per esempio da appalti ad accreditamenti/convenzioni in esito a co progettazioni specifiche), di attività già gestite in forma associata, in altri casi si tratterà di avviare nuovi servizi e interventi e/o di rispondere ad opportunità che si apriranno, anche a valere su varie linee di finanziamento (PON, Bandi Cariplo, progetti sperimentali regionali, ecc.).</p> <p>Lo sviluppo del presente obiettivo può contare su un'attenzione riconosciuta - anche a livello nazionale oltre che regionale come specificamente indicato nelle Linee di indirizzo per la definizione dei Piani di Zona -, in ordine alla necessità di implementare l'organizzazione degli Ambiti con disponibilità di personale con competenze diversificate, che si possa integrare efficacemente con gli operatori dei Comuni e del comparto socio sanitario, assicurando anche un supporto qualificato nella gestione delle prese in carico.</p> |
| AZIONI PROGRAMMATE | <ul style="list-style-type: none"> - Potenziamento del gruppo di lavoro dell'ufficio di Piano, integrando le professionalità già presenti sia mediante nuove risorse di personale che attraverso formazione specifica; - individuazione supporti specifici per lo svolgimento delle diverse procedure (appalti, accreditamenti, co progettazioni, ecc.), sia in termini procedurali che per la gestione delle diverse fasi delle procedure; - utilizzo massiccio della CSI per la gestione di alcuni flussi di dati; - ampliamento della gestione associata del servizio tutela dal 1° gennaio 2025; - monitoraggio dei flussi finanziari; - valutazione ed eventuale accesso ai vari finanziamenti in termini associati. |
| TARGET | <p>Destinatari indiretti: Comuni dell'Ambito territoriale, terzo settore.</p> <p>Destinatari diretti: cittadini che fruiscono delle diverse opportunità di servizi, progetti e interventi.</p> |
| RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE | FNPS, PON, QSFP, FSR, PNRR, risorse dei comuni in termini di partecipazione/quote abitanti, risorse regionali connesse a specifici finanziamenti; |
| RISORSE DI PERSONALE DEDICATE | <ol style="list-style-type: none"> 1. Personale dipendente dell'ente capofila e/o direttamente incaricato per lo svolgimento dell'attività sopra descritta (Assistenti Sociali, Educatori, personale amministrativo, ecc.); 2. operatori dei Comuni; 3. personale del Terzo settore. |

| | |
|--|--|
| OBIETTIVO TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY? | SI, nelle seguenti aree di policy: A. Contrasto alla povertà ed all'emarginazione sociale; B. D) Domiciliarità; E. Anziani; F. Famiglie e minori; G. Digitalizzazione dei servizi; J. interventi a favore di persone con disabilità; L. azioni di sistema; |
| PRESENTA ASPETTI DI INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA? | I vari progetti che potranno essere sviluppati potranno comportare la necessità/opportunità di collaborazioni con l'ASST Franciacorta e con gli enti gestori di Unità d'offerta socio sanitaria. |
| PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO | Strutturare/consolidare l'organizzazione dell'Ufficio di Piano in modo da assicurare la presenza di un'èquipe multiprofessionale che assicuri il presidio delle varie aree di bisogno e ne garantisca l'integrazione |
| E' IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2024)? | SI, la gestione associata è ormai consolidata su alcuni servizi (Ufficio di Piano, accreditamenti ed organizzazione dei servizi, gestione AdI, Cartella sociale Informatizzata, ecc.), ma anche a fronte del riconoscimento dell'ambito territoriale sociale (ATS) da parte del Ministero come soggetto destinatario di progettazioni e di risorse correlate rende necessario implementare questa modalità di gestione delle attività. |
| L'OBBIETTIVO RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE | In parte, come consolidamento della figura del process manager dell'integrazione già individuato in un progetto premiale sviluppato in collaborazione con alcuni altri ATS bresciani |
| L'INTERVENTO E' REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI | Sì, nella misura in cui per la partecipazione ad alcune progettualità si ritenga opportuno allargare la platea dei soggetti coinvolti a fronte di problematiche comuni e trasversali |
| L'INTERVENTO E' CO-PROGRAMMATO/CO PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE | SI: con i comuni dell'ambito (parte tecnica e politica), con le realtà del terzo settore e con le diverse istituzioni/organizzazioni, anche in relazione alla tipologia di attività che si andranno ad implementare. Verrà privilegiato lo strumento della co progettazione soprattutto per affrontare nuove progettualità poco standardizzate. |
| SE NON SI E' PREVISTA CO PROGRAMMAZIONE, COME VERRÀ COINVOLTO IL TERZO SETTORE | ////////// ///////// |
| A QUALE BISOGNO RISPONDE | Risponde ai seguenti bisogni: <ul style="list-style-type: none">- Razionalizzare i servizi ed i processi per evitare duplicazioni in ogni Comune;- Omogeneizzare le prestazioni per favorire una maggiore equità territoriale;- Gestire alcune azioni (appalti, accreditamenti, ecc.), dentro una logica di sistema al fine anche di assicurare una maggiore coerenza |

| | |
|--|--|
| | <p>sui costi;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Progettare e monitorare servizi e interventi avvalendosi di apporti multiprofessionali anche a supporto dei comuni. |
| IL BISOGNO RILEVATO ERA GIA' STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O SI TRATTA DI UN NUOVO BISOGNO | Si tratta di un bisogno presente da tempo e già affrontato nelle precedenti programmazioni che tuttavia diventa man mano prevalente anche a fronte dei numerosi nuovi compiti attribuiti all'ufficio di piano e alla necessità sempre più condivisa di gestire secondo logiche finalizzate a garantire maggiore omogeneità gli interventi a favore della popolazione fragile. |
| L'OBBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE | ////////// |
| L'OBBIETTIVO E' DI TIPO PROMOZIONALE /PREVENTIVO O RIPARATIVO | ////////// |
| L'OBBIETTIVI PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI LA DIGITALIZZAZIONE | Si, nella misura in cui si prevede l'utilizzo intensivo dello strumento CSI . |
| QUALI MODALITA' ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE? | <ul style="list-style-type: none"> - Raccolta dei bisogni espressi dai comuni in merito ad eventuali nuove necessità organizzative espresse; - Definizione di progetti specifici (progettazione e implementazione, con conseguente attività di monitoraggio/rendicontazione, ecc.); - Formazione specifica degli operatori, anche con riferimento a nuovi programmi gestionali; - Stesura di linee guida/linee operative/definizione di protocolli di lavoro; - Promozione; - Individuazione nuovo personale |
| QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE? | <ul style="list-style-type: none"> - Incremento delle risorse di personale dedicato all'Ufficio di Piano, ampliando anche i profili professionali disponibili. Il raggiungimento di questo risultato verrà valutato a fronte dell'inserimento nell'Ufficio di nuove figure professionali, anche in forma di consulenti; - Avvio di nuovi interventi/servizi, aggiuntivi rispetto a quelli già attivi che si muovono dentro una logica di gestione associata (inclusione Comune di Adro nella gestione associata della Tutela Minori); - Programmazione e Organizzazione interventi formativi e di supervisione degli operatori incaricati negli specifici servizi. Il raggiungimento di questo risultato sarà misurato dal numero di attività formative specifiche alle quali gli operatori dell'UpdP |

| | |
|-----------------------------|--|
| | <p>avranno partecipato;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promozione e realizzazione di ruoli di coordinamento dei servizi, con individuazione di referenti specifici riconoscibili e specializzati. Questo risultato sarà misurato dall'individuazione di referenti specifici in capo alle diverse attività/aree. |
| QUALE IMPATTO L'INTERVENTO? | <ul style="list-style-type: none"> - Assicurare livelli di qualità adeguati ed omogenei a livello sovra comunale; - Qualificare i servizi investendo in specializzazione e professionalità; - Favorire una funzione di regia capace di promuovere alleanze a livello territoriale. |

| | |
|-------------------------|---|
| Titolo intervento | SOSTENERE LA FAMIGLIA E LE RESPONSABILITÀ GENITORIALI – PROMUOVERE SERVIZI PER I MINORI |
| OBIETTIVO DA REALIZZARE | <ul style="list-style-type: none"> - Personalizzare e diversificare i servizi dedicati ai minori, in particolare nella fase precedente la “presa in carico”. Diventa sempre più importante avere a disposizione una filiera di servizi capaci di mettere in campo tipologie di intervento e di professionalità plurime, per un’intercettazione precoce dei segnali di disagio e delle povertà, sia materiali che educative; - Promuovere ed implementare pratiche preventive nella filiera dei servizi, con attenzione al lavoro di comunità e all’accessibilità alle risorse/servizi da parte delle famiglie con fragilità; - Valorizzare letture dei fenomeni e delle problematiche presenti nel lavoro dei servizi per la messa a sistema di visioni e prassi multiprofessionali e multidisciplinari; - Potenziare le attività extrascolastiche per promuovere contesti capacitanti rispetto alle skills, funzionali all’assolvimento dei compiti evolutivi e al conseguimento delle autonomie; - Aumentare il raccordo tra le attività extrascolastiche e quelle scolastiche e formative; - Mantenere attiva la collaborazione con le realtà che si occupano di politiche di contrasto alla violenza., consolidando la Rete ARIA Franciacorta e le collaborazioni tra gli enti. |
| AZIONI PROGRAMMATE | <ul style="list-style-type: none"> ○ Assicurare attività di intervento precoce e di prevenzione secondaria, in contesti scolastici ed extrascolastici, nei diversi periodi dell’anno (con possibili sperimentazioni di figure specifiche quali l’educatore scolastico e di plesso); ○ Rafforzare l’Assistenza Domiciliare e di altri servizi di accompagnamento personalizzato anche in situazioni di pre-tutela (vedi Leps prevenzione dell'allontanamento familiare); ○ Avviare la sperimentazione di un Centro Diurno giovanile, con specifica attenzione alla fascia pre e adolescenziale; ○ Implementare il Centro per la famiglia, con attività rivolte ai genitori e ai ragazzi, da realizzare sia nell’HUB che negli Spoke diffusi, per agevolare l’accesso alle diverse opportunità formative e informative; ○ Costruire percorsi di valutazione multi-dimensionale e di accompagnamento alle famiglie, con gruppi genitori, consulenze mirate, in collaborazione con le realtà specificamente impegnate sul tema; |
| TARGET | <p>Famiglie e minori, sia coinvolti in procedimenti di tutela che segnalati dalla scuola o dai servizi di base e specialistici;</p> <p>Famiglie e genitori intercettati nei diversi contesti di collaborazione che coinvolgono i comuni (Scuola, mondo dell’associazionismo sportivo, culturale, ricreativo, mondo degli oratori, ecc.);</p> <p>attenzione particolare sarà dedicata ai ragazzi e giovani che manifestano elementi evidenti o potenziali di disagio.</p> |
| RISORSE ECONOMICHE | F.N.P.S., risorse regionali (Bando Sprint!, progetti di contrasto al disagio minorile, risorse in capo al Centro per la Famiglia, ecc.), risorse comunali, |

| | |
|---|--|
| PREVENTIVATE | da bandi specifici (Fondazione Cariplo, Fondazione Comunità Bresciana, ecc.), fondi PNRR (P.I.P.P.I.); |
| RISORSE DI PERSONALE DEDICATE | <ul style="list-style-type: none"> - Operatori dell'Ambito dedicati al target specifico (Servizio Tutela Minori, Servizio Sociale di base); - operatori degli ETS incaricati dello svolgimento di servizi specifici (educatori, animatori, psicologi, ecc.), volontari; - operatori dei servizi sociosanitari (Consultori, Psicologo Cure primarie, Operatori NPI, ecc.); |
| OBIETTIVO TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY? | Domiciliarità, politiche giovanili e per i minori, interventi per la famiglia. |
| PRESENTA ASPETTI DI INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA? | si |
| PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO | <ul style="list-style-type: none"> - Avvio sperimentazione Centro diurno per adolescenti; - ricomposizione risorse presenti all'interno del sistema nel suo complesso per definire interventi appropriati e condivisi; - intercettazione precoce delle situazioni di disagio; - applicazione dello strumento della progettazione individualizzata al target specifico; |
| E' IN CONTINUITA' CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2024)? | Si, anche nella precedente programmazione era stata posta l'attenzione soprattutto sul sostegno alla genitorialità |
| L'OBIETTIVO RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE | no |
| L'INTERVENTO E' REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI | no |
| L'INTERVENTO E' CO-PROGRAMMATO/CO PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE | L'intervento è stato co programmato in sede di definizione del PDZ |
| SE NON SI E' PREVISTA CO PROGRAMMAZIONE, COME VERRA' COINVOLTO IL TERZO SETTORE | /\/ |
| A QUALE BISOGNO | <ul style="list-style-type: none"> • Acutizzarsi di problematiche nei comportamenti degli adolescenti con l'incremento di fenomeni di bullismo, |

| | |
|--|---|
| RISPONDE | <p>manifestazioni di aggressività tra pari, con esordio in età sempre più precoci;</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Aumento della complessità del tema congiuntamente alla “rigidità dei servizi preposti alla famiglia e ai minori” con conseguente scarsa capacità di intercettazione precoce di segnali di disagio e quindi intervento tempestivo e puntuale; ● Assenza di livelli intermedi tra la parte più ricreativa, promozionale, aggregativa e quella più di contenimento e tutela e tra quest’ultima, in dimensione educativa, e gli interventi di tipo sanitario (coinvolgimento NPI e attivazione interventi di cura). Mancano servizi e/o presidi intermedi, in grado di “stare” con minori con fragilità, prima che la criticità si acutizzi; ● Difficoltà e carenze nel sistema della formazione e dell’istruzione con un incremento del fenomeno dei neet, ragazzi/e precocemente uscite dal percorso di studi e/o con scarsa <u>scolarizzazione e scarse skills</u>, che si trovano in una paralisi di studio e lavoro; ● Difficoltà di integrazione con il sistema socio-sanitario e quindi frammentazione tra servizi e settori preposti al sostegno delle famiglie, dei minori e dei giovani in situazioni di criticità, in particolare nella sfera emotiva, relazionale, identitaria; ● Indebolimento delle reti sociali e comunitarie, con la contrazione evidente di opportunità di incontro e di scambio e l’ aumento per contro del rischio di isolamento sociale; ● Carenza delle risorse umane impegnate nel lavoro educativo e in generale di cura, con conseguente riduzione di attività ed interventi rivolti ai minori, nel contesto extrascolastico, sia di natura gruppale sia di natura individuale. La difficoltà di reperire professionisti preparati mette a rischio la tenuta dei servizi per famiglie e minori; ● Difficoltà per i giovani di trovare spazi dove poter acquisire le competenze necessarie per intraprendere un percorso di autonomia e di protagonismo, identitario e comunitario. |
| IL BISOGNO RILEVATO ERA GIA’STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O SI TRATTA DI UN NUOVO BISOGNO | Il bisogno era stato individuato e nel corso del triennio si erano tentati degli interventi di risposta |
| L’OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON | Il focus sulla progettazione individualizzata, pur essendo un approccio ormai proposto a più livelli, presenta ancora indubbiamente degli aspetti di innovatività nell’applicazione ad alcuni target. L’esperienza di lavoro nell’ambito del progetto P.I.P.P.I. può essere utilmente trasferita anche a situazioni affini presenti nell’area specifica. |

| | |
|---|--|
| ALTRI ATTORI DELLA RETE | |
| L'OBIEKTIVO E' DI TIPO PROMOZIONALE /PREVENTIVO O RIPARATIVO | Preventivo e riparativo |
| L'OBIETTIVI PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI LA DIGITALIZZAZIONE | no |
| QUALI MODALITA' ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE? | Le diverse attività verranno assicurate sul piano organizzativo da parte dell'ente capofila utilizzando gli strumenti normativi previsti dalla normativa vigente |
| QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE? | <ul style="list-style-type: none"> - Ricomposizione delle risorse sia pubbliche che del privato sociale per un efficientamento delle stesse a favore di minori, famiglie e giovani. Tale risultato sarà misurato dal numero di progetti individualizzati che prevedono integrazione tra servizi diversi, anche dell'ambito sociosanitario; - Cambiamento di approccio nella lettura dei fenomeni con una condivisione di prassi metodologiche ed operative. Tale risultato sarà misurato dal numero di équipe multiprofessionali effettuate per la progettazione degli interventi specifici; - Ampliamento della rete dei servizi informali a disposizione delle famiglie e dei ragazzi. Tale risultato sarà misurato dall'effettivo avvio del Centro Diurno e dal numero di segnalazioni/presenze che di verificheranno nell'arco delle diverse annualità. - |
| QUALE IMPATTO L'INTERVENTO? | <ul style="list-style-type: none"> - Incremento delle competenze dei contesti di vita dei minori e dei giovani e delle condizioni di intercettazione e accoglienza precoce dei segnali di vulnerabilità e disagio; - Ampliamento della rete dei servizi informali a disposizione delle famiglie e dei ragazzi |

| | |
|-------------------------|---|
| Titolo intervento | AREA DELLA NON AUTOSUFFICIENZA – ANZIANI E DISABILI: DAL PNRR AL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI TERRITORIALI. |
| OBIETTIVO DA REALIZZARE | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Facilitare un processo di cambiamento nell’organizzazione dei servizi, per capacitare le organizzazioni del pubblico e del privato sociale ad un maggiore presidio in termini di prevenzione, connessione e centratura sui beneficiari e sui loro contesti familiari; ✓ Promuovere il passaggio, sia in termini culturali che di programmazione politica e di governance, da servizi oggetto di sperimentazioni (riferimento PNRR) a servizi stabili nel panorama dell’welfare e riconosciuti dalla normativa regionale e nazionale; ✓ Potenziare le misure di sollievo e sostegno ai caregiver, aumentando l’accesso alle informazioni, conoscenze e opportunità presenti nel sistema territoriale; ✓ Potenziare le misure di inclusione lavorativa e abitativa, a contrasto della precoce istituzionalizzazione; ✓ Implementare le misure di transizione, nell’ambito della disabilità, dall’età scolastica (minori) all’età adulta, e da un servizio all’altro, con ricomposizione delle risorse educative, sociali e sanitarie e delle opportunità di socializzazione ed aggregazione |
| AZIONI PROGRAMMATE | <ul style="list-style-type: none"> ○ Rivisitazione del sistema della domiciliarità, in integrazione con ASST e con gli enti gestori della filiera dei servizi; ○ Potenziamento del SAD (Leps incremento SAD), e consolidamento sistema di Dimissioni protette (Leps servizi sociali per le dimissioni protette); ○ Utilizzo strumento della Valutazione multidimensionale con revisione/adeguamento protocollo con ASST (Leps Valutazione multidimensionale); ○ Messa a sistema dei percorsi attivati con i progetti PNRR (area anziani e disabili); ○ A partire da un miglioramento della valutazione multidimensionale, definire proposte di interventi appropriati per le persone anziane, evitando quindi ricoveri impropri, ma per rispondere in modo più efficace a coloro che hanno l’esigenza del servizio residenziale, sperimentare di modalità di relazione con le RSA del territorio per affrontare il nodo delle liste di attesa e costruire un sistema di risposte più efficace ai bisogni dei cittadini; ○ Attivazione del Centro per la Vita Indipendente; ○ Partecipazione alla sperimentazione proposta dal Ministero finalizzata alla revisione della normativa sulla disabilità; ○ Nella prospettiva di una revisione del sistema di sostegno alle famiglie con componenti in condizioni di disabilità finanziato con il FNA (dai trasferimenti finanziari all’erogazione di servizi), definire con gli ETS coinvolti un sistema di erogazione degli interventi efficace; ○ privilegiare criteri omogenei di individuazione del bisogno di personale di assistenza nel percorso scolastico dei minori disabili in attuazione dell’Accordo quadro in via di definizione da parte |

| | |
|--|---|
| PROGRAMMAZIONE, COME VERRÀ COINVOLTO IL TERZO SETTORE | ////////// |
| A QUALE BISOGNO RISPONDE | <ul style="list-style-type: none"> • Incremento demografico degli anziani con conseguente incremento delle condizioni di non autosufficienza; • Incremento persone anziane con disturbi comportamentali/demenza e esiguità di posti letto in strutture dedicate con conseguente inadeguatezza delle risposte; • Complessificazione delle caratteristiche personali, sanitarie, sociali delle persone non autosufficienti e/o in condizione di gravi fragilità, con un aumento di disturbi psichici/del comportamento che rendono più difficile la gestione e la cura della persona e poco sostenibile il carico per il caregiver; • Scarsa adeguatezza dei servizi attuali del sistema di welfare (scarsa rispondenza dei servizi e delle strutture ai reali bisogni delle persone e dei loro contesti familiari; scarsa appropriatezza delle strutture abitative, in particolare per adulti con disabilità, difficoltà a “fare sistema” e a operare secondo una logica di filiera, scarsa e/o faticosa integrazione con il settore sanitario, difficoltà a ricomporre le risorse in campo, per assenza di ruoli e dispositivi amministrativi); • Fragilità della rete familiare, condizione ormai strutturale nella vita di persone in situazione di criticità. La fragilità è imputabile da una parte alla scarsa e/o totale assenza di sostegni parentali per la modifica degli stili di vita e il prolungamento dell’età lavorativa, con conseguenze sul presidio dei care giver; dall’altra all’età avanzata dei genitori - e conseguente contrazione delle abilità di cura – con figli adulti con disabilità lieve e/o medio-grave; • Scarsità di informazioni e conoscenze relative all’offerta territoriale che permettono di contrastare le situazioni di emergenza e di orientarsi preventivamente nel sistema di welfare; • Indebolimento delle reti territoriali del volontariato, oggi preposte ai servizi funzionali alla gestione della non autosufficienza e complementari a quelli ordinari e professionalizzanti (ad esempio il trasporto sociale; il sostegno ai compiti della quotidianità); • Permanenza di una questione culturale nell’analisi e lettura delle problematiche attinenti alla non autosufficienza, che rimane ancora una questione privatistica e vissuta dalle famiglie come limite; • Incremento del carico organizzativo e psicologico che grava sui caregiver familiari e tendenza all’istituzionalizzazione con soluzioni tardive e/o non appropriate rispetto alle potenzialità e competenze residuali delle persone con fragilità; • Difficoltà nell’inclusione lavorativa dei soggetti con |

| | |
|---|---|
| | <p>disabilità;.</p> <ul style="list-style-type: none"> Incremento del numero di minori con disabilità inseriti nella scuola e conseguente necessità di sperimentare strategie innovative per migliorare le competenze di inclusione del sistema scolastico ed extra scolastico. |
| IL BISOGNO RILEVATO ERA GIA' STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O SI TRATTA DI UN NUOVO BISOGNO | Trattasi di un bisogno già presente nella precedente programmazione |
| L'OBIEKTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE | no |
| L'OBIEKTIVO E' DI TIPO PROMOZIONALE /PREVENTIVO O RIPARATIVO | Promozionale, preventivo e riparativo |
| L'OBIEKTIVI PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI LA DIGITALIZZAZIONE | Indirettamente presuppone un utilizzo integrato della CSI |
| QUALI MODALITA' ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE? | Le diverse attività verranno assicurate sul piano organizzativo da parte dell'ente capofila utilizzando gli strumenti normativi previsti dalla normativa vigente |
| QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE? | <ul style="list-style-type: none"> - Numero di progetti di vita definiti a seguito del ricevimento di certificati di disabilità da parte dell'INPS; - Numero di persone disabili inserite negli appartamenti del PNRR; - Definizione protocollo/linee guida con ASST per valutazione multidimensionale; - Monitoraggio richieste di valutazione pervenute al CVI; - Definizione linee guida per l'assegnazione dell'assistente scolastico ai disabili inseriti nei vari ordini scolastici, in connessione con il nuovo Accordo quadro sull'inclusione scolastica. - |
| QUALE IMPATTO L'INTERVENTO? | <ul style="list-style-type: none"> - Ricomposizione delle risorse sia pubbliche che del privato sociale per la messa a filiera dei servizi; - Sistematizzazione e modellizzazione delle sperimentazioni del PNRR; - Costruzione di processi di collaborazione diffusa tra |

| | |
|--|--|
| | <p>organizzazioni/servizi/operatori;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modifica significativa di prassi in uso; - Stabilizzazione di sperimentazioni; - Crescita professionale |
| Titolo intervento | INCLUSIONE SOCIALE: DALL'EMERGENZA ALLA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI, PASSANDO PER IL PNRR |
| OBIETTIVO DA REALIZZARE | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Migliorare la capacità della rete di welfare e del territorio di prevenire ed intercettare situazioni ad alto rischio di povertà e di esclusione sociale; ✓ Potenziare la valutazione multidimensionale e le strategie di presa in carico secondo un approccio che consideri risposte del tipo multiservizi e multiprofessionale; ✓ Potenziare le misure di contrasto alle emergenze, implementando le fasi post episodio acuto; ✓ Sistematizzare le sperimentazioni del PNRR come risposta alle problematiche di grave marginalità e renderle servizi stabili e continuativi; ✓ Promuovere un approccio a filiera, ricomponendo le risorse e le misure in tema di abitazione, lavoro, sostegno al benessere di persone e nuclei in condizioni di vulnerabilità, anche di tipo non emergenziale. |
| AZIONI PROGRAMMATE | <ul style="list-style-type: none"> ○ Potenziare le azioni a sostegno delle persone/nuclei in situazione di vulnerabilità economica e relazionale, con una valorizzazione ed implementazione dei presidi nelle aree abitative a rischio per intercettare e contrastare gli altri elementi e cause di emarginazione (lavoro, manifestazioni di disagio); ○ Attivazione e sviluppo del Centro servizio per l'accoglienza, la valutazione e l'orientamento di situazioni di grave marginalità con invio a servizi specialistici e/o accompagnamento ai servizi di welfare; ○ Valorizzare le misure di contrasto alla povertà sostenute da progettualità del Terzo settore (riferimento ai circuiti legati alle Fondazioni di partecipazione). |
| TARGET | <ul style="list-style-type: none"> - soggetti adulti/nuclei familiari in condizione di grave marginalità e in situazione di povertà materiale; - Soggetti adulti che manifestano comportamenti di disagio e quindi ad alto rischio di marginalità sociale. <p>E' importante sottolineare come le problematiche attinenti a questo target siano fortemente connesse con quelle relative alla vulnerabilità. Questo comporta che la presa in carico di questa tipologia di beneficiari sia multidimensionale, ossia capace di tenere connessi e ricomposti gli effetti che la povertà genera sulla fragilità, sia come analisi delle cause che come definizione delle strategie di intervento.</p> |
| RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE | QSFP, PNRR, FNPS, risorse regionali specifiche, risorse comunali, risorse degli ETS, risorse dell'associazionismo |

| | |
|--|---|
| RISORSE DI PERSONALE DEDICATE | Operatori dei comuni, dell'ambito, degli ETS, del volontariato, operatori dei servizi socio sanitari (CPS, SERT, SMI) |
| OBIETTIVO TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY? | Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva, politiche abitative, domiciliarità, politiche per il lavoro, famiglia e disabilità |
| PRESENTA ASPETTI DI INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA? | si |
| PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO | <ul style="list-style-type: none"> - Consolidamento progetti di PNRR; - implementazione di un sistema organizzato di risposta all'emergenza; - accordi con forze dell'ordine; |
| E' IN CONTINUITA' CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2024)? | si |
| L'OBBIETTIVO RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE | no |
| L'INTERVENTO E' REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI | no |
| L'INTERVENTO E' CO-PROGRAMMATO/CO PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE | si |
| SE NON SI E' PREVISTA CO PROGRAMMAZIONE, COME VERRÀ COINVOLTO IL TERZO SETTORE | ////////// |
| A QUALE BISOGNO RISPONDE | <ul style="list-style-type: none"> • Incremento della multidimensionalità e complessità del fenomeno della povertà, ossia aumento delle variabili che determinano la povertà delle persone: lavoro povero – contratti precari e poco redditivi in particolare nelle professioni poco qualificate; questione abitativa con difficoltà di accesso al mercato della casa e al suo mantenimento; malessere psicologico con conseguente perdita di autonomie; • Difficoltà ad accedere alla residenza con conseguente difficoltà di accesso ai servizi e alle misure di welfare con effetti di isolamento sociale e di impossibilità di produrre |

| | |
|--|---|
| | <p>cambiamenti della propria condizione: incremento di situazioni di cronicità, anche in età giovane;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inadeguatezza dei servizi strutturati ad intercettare precocemente situazioni ad alto rischio di povertà, a causa della multidimensionalità e complessità del fenomeno; • Difficoltà di connessione ed integrazione con i servizi specialistici, in particolare per l'intercettazione e il contrasto di elementi di sofferenza psichica che determinano la perdita totale e/o parziale delle autonomie; • Incremento nelle persone giovani in condizioni di povertà per fenomeni legati alla dipendenza e ai comportamenti devianti; • Aumento delle situazioni di emergenza per assenza di risposte abitative idonee ad accogliere specifici target quali: famiglie con sfratto, donne con minori post percorso comunitario, uomini soli. |
| IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O SI TRATTA DI UN NUOVO BISOGNO | Si, era già stato affrontato |
| L'OBBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE | no |
| L'OBBIETTIVO E' DI TIPO PROMOZIONALE /PREVENTIVO O RIPARATIVO | Promozionale, preventivo e riparativo |
| L'OBBIETTIVI PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI LA DIGITALIZZAZIONE | Sì, nella misura in cui si prevede l'utilizzo intensivo dello strumento CSI. |
| QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE? | Le diverse attività verranno assicurate sul piano organizzativo da parte dell'ente capofila utilizzando gli strumenti normativi previsti dalla normativa vigente |
| QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE? | <ul style="list-style-type: none"> • Numero di segnalazioni per l'accesso ai servizi di housing; • Numero di persone che accederanno ai servizi di housing; • Numero di persone prese in carico dall'équipe del Centro Servizi; • Numero di pasti forniti su attivazione del Centro Servizi; • Numero di segnalazioni pervenute al Centro Servizi da enti diversi dai servizi sociali territoriali. |

QUALE IMPATTO
L'INTERVENTO?

- Ricomposizione delle risorse sia pubbliche che del privato sociale per la messa a filiera dei servizi;
- Sistematizzazione e modellizzazione delle sperimentazioni del PNRR;
Integrare i servizi di emergenza con i servizi di accoglienza per superare un approccio solo assistenziale ed emergenziale e studiare percorsi continuativi di uscita delle persone dalla cronicità dei bisogni

| | annualità di finanziamento |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| tipologia risorse | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
| F.N.P.S. | 220.796,25 | 215.804,29 | 224.789,69 € | 318.679,34 € | 322.235,74 € | 311.612,91 € | 311.408,33 € |
| F.S.R. | 304.465,00 | 319.688,25 | 351.657,08 € | 411.182,46 € | 406.327,86 € | 420.762,85 € | 418.218,93 € |
| FONDO NON AUTOSUFFICIENZA | 133.356,00 | 129.417,00 | 133.624,00 € | 148.670,59 € | 221.086,38 € | 173.610,00 € | 220.639,00 € |
| DOPO DI NOI | 91.543,00 | 38.957,00 | 57.369,08 € | 51.885,36 € | 81.348,84 € | 59.052,00 € | 53.881,00 € |
| PROGETTO CONCILIAZIONE PRO.VI. | 100.000,00 | - | 42.200,00 € | 86.533,60 € | - | - | - |
| PIANO POVERTA' | - | 168.576,73 | 163.525,00 € | 319.484,60 € | 329.626,10 € | 343.236,70 € | 296.149,87 € |
| PON INCLUSIONE | 35.500,00 | 35.000,00 | 34.711,00 € | 28.000,00 € | - | - | 40.000,00 € |
| PrInS – PRONTO INTERVENTO SOCIALE | - | - | - | - | - | - | 149.500,00 € |
| PROGETTO DONNE VITTIME DI VIOLENZA | - | 116.277,69 | 129.223,36 € | 95.425,30 € | 97.805,92 € | 97.805,92 € | 212.216,55 € |
| PROGETTO FAMI | - | 51.117,78 | - | - | 39.789,50 € | - | - |
| PACCHETTO FAMIGLIA | - | - | - | 202.812,31 € | - | - | - |
| PROTEZIONE FAMIGLIA | - | - | - | - | 202.655,61 € | - | - |

| | | | | | | | |
|---|------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------|----------------|
| INTERVENTI A SOSTEGNO DELLA LOCAZIONE | - | 32.611,00 € | 43.957,80 € | 227.850,00 € | 227.300,00 € | - | - |
| CENTRO PER LA FAMIGLIA | - | - | - | - | 50.000,00 € | 40.000,00 € | - |
| PNRR M5C2 Linea 1.1.1 P.I.P.P.I | - | - | - | - | 211.500,00 € | - | - |
| PNRR M5C2 Linea 1.2 DISABILITA' | - | - | - | - | 715.000,00 | - | - |
| PNRR M5C2 Linea 1.1.3 DIMISSIONI PROTETTE | - | - | - | - | - | 270.000,00 € | - |
| PNRR M5C2 Linea 1.3.1 HOUSING FIRST | - | - | - | - | - | 710.000,00 € | - |
| PNRR M5C2 Linea 1.3.2 STAZIONI DI POSTA | - | - | - | - | - | 1.090.000,00 € | - |
| TOTALE | 915.660,25 | 1.107.449,74 | 1.181.057,01 | 1.890.523,56 | 1.598.549,85 | 2.402.580,38 € | 3.812.013,68 € |

FONDI STRUTTURALI ANNO 2023 € 1.300.297,13

RISORSE PROGETTUALI ANNO 2023 € 2.511.716,55

Normativa di riferimento:

Di seguito si riportano le principali fonti normative e le indicazioni regionali di riferimento per la predisposizione del Piano di Zona, oltre che inerenti le Politiche Sociali degli Enti Locali:

- L. 21 maggio 1998, n. 162 (Modifiche alla L. 05.02.1992, n. 104, concernenti misure di sostegno in favore di persone con handicap grave).
- D.lgs. 25 luglio 1998, n. 286 (Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero).
- L. 18 febbraio 1999, n. 45 (Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze).
- L. 12 Marzo 1999, n. 68 (Norme per il diritto al lavoro dei disabili).
- L.r. 6 dicembre 1999, n. 23 (Politiche regionali per la famiglia).
- L. 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali).
- DPCM 14 febbraio 2001 (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie).
- Decreto Presidente Consiglio dei ministri, 30 marzo 2001 (Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona ai sensi dell'art. 5 della legge 8 novembre 2000 n. 328).
- L.r. 14 dicembre 2004, n. 34 (Politiche regionali per i minori).
- d.g.r. n. 20588, 11 febbraio 2005 (Definizione dei requisiti minimi strutturali ed organizzativi di autorizzazione al funzionamento dei servizi sociali per la prima infanzia).
- d.g.r. n. 20762, 16 febbraio 2005 (Definizione dei requisiti minimi strutturali ed organizzativi di autorizzazione al funzionamento dei servizi sociali di accoglienza residenziale per minori).
- d.g.r. n. 20763, 16 febbraio 2005 (Definizione dei requisiti minimi strutturali ed organizzativi di autorizzazione al funzionamento dei servizi sociali per le persone disabili).
- d.g.r. n. 20943, 16 febbraio 2005 (Definizione dei criteri per l'accreditamento dei servizi sociali per la prima infanzia, dei servizi sociali di accoglienza per minori, dei servizi sociali per persone disabili).
- L.r. 3, 12 marzo 2008 (Governo della rete e degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario).
- d.g.r. n. 7433, 13 giugno 2008 (Definizione dei requisiti minimi per il funzionamento delle unità d'offerta sociale "servizio di formazione all'autonomia per le persone disabili").
- d.g.r. n. 7437, 13 giugno 2008 (Determinazione in ordine all'individuazione delle unità d'offerta sociali ai sensi dell'articolo 4, comma 2 della lr 3/2008).
- d.g.r. n. 7438, 13 giugno 2008 (Determinazione in ordine all'individuazione delle unità d'offerta sociosanitarie ai sensi dell'articolo 5, comma 2 della lr 3/2008).
- d.g.r. n. 1772, 24 maggio 2011 (Linee guida per l'affidamento familiare - art.2 L. n.149/2001).
- DPCM n. 159, 5 dicembre 2013 (Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)).
- L.r. 25 maggio 2015, n. 15 (Interventi a favore del lavoro di assistenza e cura svolto dagli assistenti familiari).
- L.r. 11 agosto 2015, n. 23 (Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33).

- d.g.r. 2 agosto 2016, n.5499 (Cartella Sociale Informatizzata: approvazione Linee Guida e specifiche di interscambio informativo).
- L. r. 8 luglio 2016, nr. 16 “Disciplina regionale dei servizi abitativi”.
- d.g.r. 30 giugno 2017, n.6832 (Approvazione delle linee guida per lo svolgimento dei servizi a supporto dell’inclusione scolastica degli studenti con disabilità, in attuazione degli articoli 5 e 6 della l.r. n.19/2007).
- Decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117 “Codice del terzo settore a norma dell’articolo 1, comma 2, lettera b) della legge 6 giugno 2016, n. 106”.
- R. r. 4 agosto 2017, n.4 “Disciplina della programmazione dell’offerta abitativa pubblica e sociale e dell’accesso e della permanenza dei servizi abitativi pubblici”.
- D. Lgs 15 settembre 2017, n. 147 (Disposizioni per l’introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà).
- d.g.r. 23 aprile 2018, n. 45 “Aggiornamento dell’elenco delle unità di offerta sociali di cui all’allegato A alla d.g.r. n. 7437/2008. Determinazione in ordine all’individuazione delle unità di offerta sociali ai sensi dell’art. 4, c. 2 della l.r. n. 3/2008”.
- Decreto 18 maggio 2018 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali “Criteri di riparto del Fondo per la lotta alla povertà e all’esclusione sociale e l’adozione del Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà, ai sensi, rispettivamente, dell’articolo 7, comma 4 e dell’articolo 21, comma 6, lettera b), del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147”.
- d.g.r. 16 ottobre 2018, n. XI/662 “Adempimenti riguardanti il Decreto legislativo n. 147/2017 e successivi Decreti ministeriali attuativi in materia di contrasto alla povertà e Linee di sviluppo delle politiche regionali”;
- d.g.r. del 3 dicembre 2018 n. 914 “Sostegno agli sportelli per l’assistenza familiare e istituzione del Bonus Assistenti Familiari in attuazione della l.r 15/2015. Interventi a favore del lavoro di assistenza e cura svolto dagli assistenti familiari”.
- Decreto Interministeriale del 24 dicembre 2019 del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali e del Ministro delle Finanze relativamente alla determinazione del Fondo Povertà 2019 e delle linee di utilizzo del medesimo.
- D.L. 28 gennaio 2019 n.4 “Disposizioni urgenti in materia di reddito di cittadinanza e di pensioni”.
- Decreto 22 ottobre 2019 Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali “Definizione, forme, caratteristiche e modalità di attuazione dei Progetti utili alla collettività (PUC)”.
- R. r. 8 marzo 2019, n.3 “Modifiche al regolamento regionale del 4 agosto 2017, n.4”.
- d.g.r. 31 luglio 2019 - n. 2063 “Determinazioni in ordine alle condizioni e alle modalità di accesso e permanenza nei servizi abitativi transitori di cui al comma 13 dell’articolo 23 della Legge Regionale 8 luglio 2016, n. 16 Disciplina regionale dei servizi abitativi”.
- d.g.r. 11 novembre 2019 n. 2398 “Politiche di conciliazione dei tempi di vita con i tempi lavorativi: approvazione linee guida per la definizione dei piani territoriali 2020/2023”.
- d.g.r. 18 novembre 2019, n. XI/2457 “Cartella Sociale Informatizzata versione 2.0 – Approvazione linee guida e specifiche di interscambio informativo”;
- d.g.r. 9 marzo 2020 n. 2929 “Revisione e aggiornamento dei requisiti per l’esercizio degli Asili nido: modifica della d.g.r. 11 febbraio 2005 n. 20588”.
- d.g.r. 18 maggio 2020 – n. 3151 “Determinazioni in ordine alle assegnazioni dei servizi abitativi pubblici (Sap) e dei servizi abitativi transitori (Sat) di cui alla Legge regionale 8 luglio 2016, n. 16”.

- d.g.r. 18 maggio 2020 n. 3152 “Fondo Povertà annualità 2019: aggiornamento della d.g.r. n. 662 del 16 ottobre 2018 «Adempimenti riguardanti il d.lgs. n. 147/2017 e successivi decreti ministeriali attuativi in materia di contrasto alla povertà e linee di sviluppo delle politiche regionali”.
- Decreto MLPS del 31 marzo 2021, n 72 “Linee guida sul rapporto tra pubbliche amministrazioni ed enti del Terzo settore negli articoli 55-57 del D. Lgs 117/2017”.
- d.g.r. 19 aprile 2021 n. 4563 “Approvazione delle Linee di indirizzo per la programmazione territoriale per il triennio 2021/2023”.
- R. r. 6 ottobre 2021 - n. 6 “Modifiche al regolamento regionale 4 agosto 2017, n. 4 (Disciplina della programmazione dell’offerta abitativa pubblica e sociale e dell’accesso e della permanenza nei servizi abitativi pubblici). Disposizioni per l’attuazione delle modifiche alla l.r. 16/2016 di cui all’art. 14 della l.r. 7/2021 e all’art. 27 della l.r. 8/2021 e ulteriori disposizioni modificate e transitorie”.
- Decreto Interministeriale del 22 ottobre 2021 “Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023”.
- d.g.r. 25 ottobre 2021, n. 5415 “Approvazione del Piano operativo Regionale Autismo”.
- Decreto MLPS del 15 febbraio 2021 “Avviso pubblico 1/2022 per la presentazione di Proposte di intervento da parte degli Ambiti Sociali Territoriali da finanziare nell’ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 5 “Inclusione e coesione”, Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore”, Sottocomponente 1 “Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale”, Investimento 1.1 - Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell’istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti, Investimento 1.2 - Percorsi di autonomia per persone con disabilità, Investimento 1.3 - Housing temporaneo e stazioni di posta, finanziato dall’Unione europea – Next generation Eu”.
- L.r. 31 marzo 22, n. 4 “La Lombardia è dei giovani”.
- d.g.r. 16 maggio 2022, n. 6371 “Approvazione del Piano regionale per i servizi di contrasto alla povertà - anni 2021 – 2023 ai sensi del d.lgs n.147/2017”.
- Legge 23 marzo 2023, n. 33 “Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane”.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 ottobre 2022 “Adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e riparto del Fondo per le non autosufficienze per il triennio 2022-2024”.
- L.r 6 dicembre 2022, 25 “Politiche di Welfare sociale regionale per il riconoscimento del diritto alla vita indipendente e all’inclusione di tutte le persone con disabilità”.
- d.g.r. 15 dicembre 2022, n. 7504 “Fondo per l’inclusione delle persone con disabilità – legge 21 maggio 2021 n. 69. Approvazione del programma operativo regionale”.
- d.g.r. 15 maggio 2023, n. XII/275 “L. n. 112/2016 – Piano regionale Dopo di Noi. Programma operativo regionale per la realizzazione degli interventi a favore di persone con disabilità grave, come definita dall’art. 3, comma 3 della L. 104/1992, prive del sostegno familiare – Risorse annualità 2022”.
- Decreto Legge 4 maggio 2023 n. 48 “Misure urgenti per l’inclusione sociale e l’accesso al mondo del lavoro”.
- d.g.r. 3 luglio 2023, n. 550 “Approvazione delle modalità di utilizzo e dei criteri di riparto delle risorse del fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità per il contrasto alla violenza sulle donne”.

- d.g.r. 13 dicembre 2023, n. 1507 “Fondo nazionale per le politiche della famiglia anno 2023 – D.M. 01/08/2023: Programmazione degli interventi e destinazione delle risorse – Aggiornamento delle linee guida sperimentazione Centri per la famiglia di cui alla d.g.r. 5955/2022”.
- d.g.r. 28 dicembre 2023 n. 1669 e s.m.i. “Programma operativo regionale a favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al fondo per le non autosufficienze triennio 2022-2024”.
- d.g.r. 19 febbraio 2024, n. 1904 “Iniziativa in favore delle famiglie e dei percorsi di crescita dei minori”.
- d.g.r. 15 aprile 2024 n. 2167 “Approvazione delle Linee di indirizzo per la programmazione sociale territoriale per il triennio 2025-2027”.
- D. Lgs 3 maggio 2024 n. 62 “Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l’elaborazione e attuazione del progetto individuale personalizzato e partecipato”.
- d.g.r. del 22 luglio 2024 n. 2800 “Approvazione del piano di riparto e modalità di utilizzo delle risorse del fondo nazionale per le politiche sociali annualità 2023 – esercizio 2024”.
- d.g.r. del 5 agosto 2024 n. 2915 “Approvazione del piano di riparto e modalità di utilizzo delle risorse del fondo sociale regionale – annualità 2024”.

ACCORDO DI PROGRAMMA
PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO DI ZONA RELATIVO AL TRIENNIO 2025/2027
AMBITO TERRITORIALE SOCIALE n.6 MONTE ORFANO
Comuni di Adro, Capriolo, Cologne, Erbusco, Palazzolo sull'Oglio e Pontoglio

§§§§§§§§§§§§

Richiamati:

l'articolo 34 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267;

la legge 7 agosto 1990, n. 241;

l'art. 19 della legge 8 novembre 2000, n. 328;

l'art. 18 della legge regionale n. 3 del 12 marzo 2008;

la L.R. n. 22/2021;

la D.G.R. XII/2167 del 15/04/2024, avente per oggetto “Approvazione delle “Linee di indirizzo per la programmazione sociale territoriale per il triennio 2025-2027”;

Premesso che:

- i Comuni di Adro, Capriolo, Cologne, Erbusco, Palazzolo sull'Oglio e Pontoglio, costituenti l'Ambito Territoriale Sociale n. 6 Monte Orfano, come definito a suo tempo da Regione Lombardia, hanno sottoscritto in data 28 novembre 2002, in data 27 febbraio 2006, in data 25 marzo 2009, in data 21 marzo 2012, in data 28 aprile 2015, in data 14 giugno 2018 e da ultimo in data 8 febbraio 2022 specifici Accordi di Programma per l'adozione del Piano di Zona relativo al triennio 2002/2004 (successivamente prorogato fino al 31.12.2005), al triennio 2006/2008 (successivamente prorogato fino al 31 marzo 2009), al triennio 2009/2011, al triennio 2012/2014 (successivamente prorogato fino al 30 aprile 2015), al triennio 2015/2018 e al triennio 2021/2024 ad oggi prorogato fino all'adozione del nuovo Piano di Zona in corso di definizione, così come previsto dalla legge 328/2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”, dalla legge regionale n. 3 del 12 marzo 2008 “Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario” e dalla Legge Regionale n. 22/2021 “Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della Legge Regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità);
- la gestione del Piano di Zona è avvenuta attraverso l'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito Territoriale Sociale, anch'esso costituito dai Sindaci (o loro delegati) dei Comuni aderenti all'accordo;
- Nel corso dei trienni trascorsi, i rappresentanti delle Amministrazioni Comunali hanno valutato in più occasioni che la maggiore interazione tra i diversi soggetti operanti sul territorio in ambito socio-assistenziale e socio-sanitario, nel rispetto dei ruoli e delle specifiche funzioni, è

stata ed è garanzia di maggiore tutela delle persone, in particolare di quelle più deboli che, oltre a non essere in grado di soddisfare autonomamente i propri bisogni, non sempre riescono a formulare ai servizi domande pertinenti;

- Muovendo da questi intenti e sulla scorta dell'esperienza pregressa, nonché delle indicazioni regionali (in particolare delle Linee di indirizzo per la programmazione dei Piani di Zona di cui alla D.G.R. XII/2167 del 15 aprile 2024) i Sindaci dei sei Comuni ricompresi nell'Ambito Territoriale Sociale n. 6 Monte Orfano (**Adro, Capriolo, Cologne, Erbusco, Palazzolo sull'Oglio e Pontoglio**), ritengono indispensabile coordinare gli interventi e le azioni in ambito socio-assistenziale adottando, attraverso il presente Accordo di Programma, il Piano di Zona riferito al triennio 2025/2027;
- Il nuovo Piano di Zona tiene conto dell'analisi della realtà sociale e socio sanitaria, nonché dei servizi del territorio, condotta sia attraverso la rilevazione di dati riferiti alla popolazione, alle caratteristiche del territorio, all'analisi epidemiologica e della rete sociosanitaria e sociale curata da ASST attraverso il PPT, sia attraverso il confronto con i vari soggetti del terzo settore operanti a vario titolo sul territorio dell'Ambito e ha l'obiettivo, oltre che di fornire una sintesi della realtà sociale dell'Ambito, di rappresentare la direzione di sviluppo degli interventi e servizi sociali, assumendo valenza di strumento per la programmazione e la gestione dei servizi sociali nel territorio di riferimento;
- L'adozione del Piano di Zona, così come previsto dalla normativa vigente (art. 19, 2° comma della legge 328/2000 e art. 18, comma 7 della L.R. 3/2008), avviene nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge, attraverso la sottoscrizione del presente **Accordo di Programma**, che costituisce lo strumento tecnico-giuridico che dà attuazione al Piano di Zona, così come disciplinato dal Testo Unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali – Decreto Legislativo 267/2000, art. 34;
- l'art. 34, quarto comma del Decreto Legislativo n. 267/2000 prevede che l'Accordo di Programma consista nell'unanime consenso di tutti i Sindaci delle amministrazioni interessate dallo stesso alla realizzazione dei contenuti previsti dallo strumento specifico;
- Attraverso l'Accordo di Programma i Comuni sottoscrittori si dotano della configurazione necessaria e sufficiente per la gestione delle funzioni di loro competenza definite nel Piano di Zona, approvato con il medesimo strumento.

TUTTO CIO' PREMESSO

TRA

I Sindaci dei Comuni di Adro, Capriolo, Cologne, Erbusco, Palazzolo sull’Oglio e Pontoglio, appartenenti all’Ambito Territoriale Sociale n. 6 Monte Orfano del territorio dell’Agenzia di Tutela della Salute – ATS - di Brescia

si conviene e si stipula quanto segue

Articolo 1

Le premesse sono parte integrante e sostanziale del presente Accordo di Programma.

Articolo 2 – Oggetto dell’Accordo di Programma

Oggetto dell’Accordo di Programma è l’approvazione e l’adozione del Piano di Zona (**di seguito anche denominato PdZ**) per la realizzazione degli interventi e servizi sociali che si realizzeranno nel territorio dell’Ambito Territoriale Sociale n. 6 Monte Orfano nell’arco del triennio 2025 – 2027, il cui testo allegato costituisce parte integrante e sostanziale del presente accordo (all. A).

La disciplina degli aspetti organizzativi inerenti la gestione dei relativi servizi e interventi è rinviate alla sottoscrizione di appositi accordi/protocolli/regolamenti o convenzioni, anche ai sensi dell’art. 30 del D.Lgs 18/8/2000 n. 267.

Il Piano di Zona, che costituisce lo strumento per la programmazione sociale del territorio, condiviso dagli enti sottoscrittori del presente Accordo, pur rilevando e tenendo conto delle peculiarità e delle differenze presenti nell’Ambito Territoriale Sociale Distrettuale, si pone l’obiettivo di costruire un sistema locale dei servizi coerente con la normativa vigente e con gli indirizzi espressi dalle amministrazioni comunali.

Il suddetto Piano prevede la sperimentazione di strategie per migliorare l’organizzazione delle risorse disponibili nella comunità locale e rispondere ai bisogni dei cittadini, tenendo conto delle relazioni, dello spazio e dei tempi di vita delle persone e delle famiglie.

Lo stesso, in linea con quanto previsto dalla DGR XII/2167/2024, sopra richiamata, rappresenta anche lo strumento per coordinare la programmazione sociale con gli strumenti di programmazione esistenti e con le altre iniziative di promozione degli interventi della rete sociale, per ottimizzare le politiche sociali del territorio (piani locali integrati di promozione della salute, piani di governo del territorio, piani territoriali per l’occupazione, reti territoriali di conciliazione, reti territoriali antiviolenza, ecc.).

Il Piano di Zona, infine, rappresenta efficace azione di *governance*, intesa come sistema di governo allargato per intraprendere azioni e politiche appropriate in contesti dinamici e soggettivamente complessi.

Articolo 3 – Finalità e obiettivi del Piano di Zona.

Le finalità generali del Piano di Zona 2025-2027 sono:

- promuovere azioni nella direzione di assicurare a tutti i cittadini residenti nel territorio dell'Ambito Territoriale Sociale n. 6 Monte Orfano livelli omogenei ed adeguati di assistenza e pari opportunità nell'accesso ai servizi, promuovendo la “centralità della persona e la sua responsabilità” per favorire il benessere della persona e delle famiglie e la prevenzione del disagio nonché la qualità della vita nelle comunità locali;
- promuovere forme di gestione associata dei servizi socio-assistenziali di Ambito e una gestione unitaria del sistema locale degli interventi e servizi sociali, attraverso la condivisione di un sistema di regole comuni per l'organizzazione, la gestione e l'accesso ai servizi;
- realizzare un sistema integrato di servizi socio-assistenziali e socio-sanitari tra Comuni, Ambito Territoriale Sociale, ATS, ASST;
- promuovere e incentivare il coinvolgimento dei soggetti territoriali, attraverso processi partecipati;
- attribuire ai soggetti firmatari del presente Accordo - e in particolare ai Comuni - la responsabilità dell'attuazione delle politiche sociali, secondo le specifiche competenze;
- lavorare per garantire una programmazione coordinata di tutti gli interventi, assicurandone la continuità, l'omogeneità e l'equità.

Alla luce delle finalità di cui sopra, valutati i risultati raggiunti con i precedenti Piani di Zona e tenuto conto dell'analisi dei bisogni, della conoscenza delle risorse del territorio e delle indicazioni emerse dai vari incontri con gli stakeholders, incontri attraverso i quali si concretizza la progettazione partecipata, gli obiettivi strategici e specifici dell'Accordo sono definiti nell'allegato Piano di Zona 2025 - 2027 e di seguito riassunti:

- realizzare interventi e servizi integrati e sostenibili tra i Comuni dell'Ambito;
- sostenere l'attività del servizio sociale di base e del segretariato sociale, anche organizzato in forma associata, facilitando l'informazione e l'orientamento dei cittadini;
- incrementare il coinvolgimento della comunità locale nella programmazione sociale, promuovendo la responsabilità sociale di tutti gli attori nella definizione delle priorità e delle risposte ai bisogni locali;
- sviluppare sperimentazioni diffuse e articolate al fine di costruire risposte innovative ai bisogni sociali.

Articolo 4 – Soggetti sottoscrittori e impegni degli stessi.

L'accordo di programma viene sottoscritto:

1. **dai Comuni** di Adro, Capriolo, Cologne, Erbusco, Palazzolo sull'Oglio e Pontoglio, che costituiscono l'Ambito Territoriale Sociale n. 6 Monte Orfano, nella persona dei Legali rappresentanti;
2. **dall'Agenzia di Tutela della Salute (ATS)** di Brescia, nella persona del Direttore Generale o suo delegato;

3. dall'**Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Franciacorta**, nella persona del Direttore Generale o suo delegato;

I Sindaci dei Comuni sottoscrittori (o loro delegati), riuniti nell'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito Territoriale Sociale, costituiscono l'organo politico di cui al successivo art. 11 per la gestione del Piano di Zona.

Attraverso l'Accordo di Programma le diverse Amministrazioni firmatarie dello stesso si impegnano a coordinare i rispettivi interventi per il raggiungimento degli obiettivi comuni, determinando il ruolo e gli impegni di ogni soggetto, i sistemi di regolazione interna delle relazioni reciproche, i tempi, i finanziamenti e gli adempimenti necessari alla realizzazione degli obiettivi.

Le predette Amministrazioni si impegnano inoltre a:

- realizzare gli interventi previsti e programmati nel Piano di Zona nei territori di rispettiva competenza, nel rispetto dei criteri e delle modalità definite dal Piano stesso;
 - garantire la partecipazione dei propri rappresentanti, politici e tecnici, agli organismi di rappresentanza previsti dal Piano di Zona (Assemblea dei Sindaci, Ufficio di Piano, tavoli tecnici, gruppi/tavoli di lavoro, ecc.);
 - partecipare alla messa in rete dei propri servizi, alla preparazione e attuazione dei Regolamenti comuni, Protocolli d'intesa e Progetti che verranno approvati dall'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito Territoriale Sociale, garantendo ove necessario, una rapida approvazione dei vari documenti da parte dei rispettivi consigli comunali e/o giunte comunali;
 - compartecipare finanziariamente alla realizzazione dei vari servizi/interventi/progetti, secondo criteri e modalità che verranno definite dall'Assemblea dei Sindaci. Qualora un Comune decida di non realizzare uno o più tra gli interventi/servizi/Progetti approvati (o di non partecipare alla realizzazione degli stessi), lo stesso non potrà utilizzare le quote di F.N.P.S. o di fondi regionali a qualsiasi titolo assegnati all'Ambito Territoriale Sociale, che rimarranno a disposizione dei restanti Comuni dell'Ambito Distrettuale, secondo quanto indicato nella circolare regionale n. 34 del 29 luglio 2005;
 - ad assicurare l'attività amministrativa-contabile di gestione dei progetti finanziati con le risorse dell'Ambito, nonché l'attività di rendicontazione e monitoraggio della spesa sostenuta, nei termini definiti dalla Regione Lombardia.
- **L'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia (ATS)**, attua la programmazione definita da Regione Lombardia attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie tramite i soggetti accreditati e contrattualizzati, pubblici e privati. Anche tramite le proprie articolazioni territoriali, provvede al governo sanitario, socio-sanitario e di integrazione con le politiche sociali del territorio che ricomprende; compito della ATS è la tutela della salute dei cittadini, ai

bisogni dei quali rivolge una costante attenzione. Le sue azioni, svolte secondo criteri di efficienza, economicità e tempestività, sono orientate a:

- promuovere e tutelare la salute dei cittadini, sia in forma individuale sia collettiva;
- esercitare l'attività di programmazione e indirizzo dei servizi sanitari e socio-sanitari;
- favorire la partecipazione dei soggetti rappresentativi delle comunità;
- **L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale ASST Franciacorta** eroga i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ed eventuali livelli aggiuntivi, nella logica della presa in carico della persona. L'ASST si articola in due settori: il polo territoriale, a cui fanno riferimento Case di Comunità e Ospedali di Comunità, le cure primarie e le prestazioni sociosanitarie e domiciliari, e il polo ospedaliero che si articola in presidi ospedalieri organizzati in diversi livelli di intensità di cura, e sede dell'offerta sanitaria specialistica.

Articolo 5 – Comune capofila

Il Comune di Palazzolo sull'Oglio è identificato come Comune capofila dell'Accordo di Programma. Allo stesso sono attribuite le competenze amministrative e contabili per l'attuazione del Piano di Zona adottato/approvato con il presente Accordo.

Il Responsabile amministrativo, individuato nel Responsabile del Settore Servizi Sociali del Comune capofila, è, ai sensi del D.Lgs. 18.08.2000, n. 267, il referente per le questioni di carattere amministrativo e gestionale relative al Piano di Zona. In tal senso cura gli aspetti gestionali e amministrativi, nonché quelli contabili, attraverso gli Uffici Finanziari del proprio Comune e adotta i conseguenti atti sulla base della vigente normativa.

All'ente capofila, come sopra individuato, vengono conferite le risorse necessarie alla realizzazione delle attività previste nel Piano di Zona, al funzionamento della struttura tecnico-organizzativa (Ufficio di Piano) e alla gestione delle funzioni associate. Il Comune capofila si assume l'onere di dare esecuzione al Piano di Zona in funzione delle risorse finanziarie disponibili.

In attuazione della L.R. n. 16/2016 “Disciplina regionale dei servizi abitativi” e del Regolamento Regionale n. 4 del 4 agosto 2017 “Disciplina della programmazione dell'offerta abitativa pubblica e sociale e dell'accesso e della permanenza nei servizi abitativi pubblici” nella seduta del 6 aprile 2018 il comune di Palazzolo sull'Oglio è stato designato dall'Assemblea Distrettuale dei Sindaci quale comune capofila ai fini della predisposizione del piano triennale e del piano annuale dell'offerta abitativa pubblica e sociale e di ogni conseguente adempimento.

Articolo 6 – Soggetti aderenti e impegni degli stessi

Al fine di valorizzare e coinvolgere i soggetti del Terzo settore e gli altri soggetti istituzionali e non, presenti ed operanti sui territori comunali, interessati alla costruzione e organizzazione della rete dei servizi sociali, si prevede, sin d'ora, la loro adesione all'Accordo di Programma, in qualità di soggetti che aderiscono agli obiettivi del Piano di Zona.

Tale adesione comporta l'impegno a concorrere alla realizzazione degli obiettivi del Piano di Zona, anche attraverso l'apporto di specifiche risorse aggiuntive (economiche, professionali, di volontariato, strutturali, strumentali, ecc.).

I soggetti aderenti al Piano saranno prioritariamente coinvolti, a livello di Ambito, nella progettazione dei servizi e degli interventi sociali, nonché nell'individuazione di criteri di valutazione e verifica degli obiettivi.

Coerentemente con quanto previsto dagli artt. 55 e 56 del D. Lgs 117/2017 e dagli atti/provvedimenti ad essi connessi e conseguenti, con successivi specifici atti verranno individuate e definite le modalità di rapporto con i diversi soggetti del terzo settore rispetto, per esempio, all'attività di co-progettazione, alla sperimentazione di nuovi servizi (prevedendo del caso anche la partecipazione economica di tali soggetti), e alla sperimentazione di nuove modalità gestionali.

I soggetti aderenti all'accordo, saranno tenuti ad esprimere propri rappresentanti che parteciperanno ai "Tavoli tecnici" o "Gruppi/tavoli di lavoro" attivi nel triennio di vigenza del presente Accordo, con l'obiettivo di favorire al massimo il livello di partecipazione nelle varie fasi di organizzazione del sistema dei servizi.

I soggetti aderenti al presente Accordo di Programma si impegnano a rispettare gli obblighi assunti con l'adesione a detto Accordo, nessuno escluso ed eccettuato, in forza della dichiarazione di volontà di aderire e concorrere alla realizzazione degli obiettivi previsti dal Piano di Zona.

Articolo 7 – Durata

Il presente Accordo di Programma, con il quale viene adottato/approvato il Piano di Zona, ha durata triennale con decorrenza dalla data di sottoscrizione come in calce indicata e scadenza il 31 dicembre 2027, salvo eventuali proroghe dello stesso correlate alla data di adozione del nuovo strumento programmatico, indicate da Regione Lombardia.

A norma di quanto disposto dall'art. 34, 4 comma, del decreto Legislativo 267/2000 lo stesso dovrà essere pubblicato sul BURL.

In applicazione di quanto indicato dalla circolare regionale n. 34/2005, l'avvio effettivo del Piano di Zona decorre dal momento della sottoscrizione dell'Accordo di Programma con il quale viene adottato, Accordo che costituisce lo strumento che dota di legittimità giuridica il Piano di Zona.

Articolo 8 – Quadro delle risorse umane, finanziarie e strumentali impiegate

La realizzazione del Piano di Zona, che qui si intende integralmente richiamato e approvato in ogni sua parte, è supportata dalle seguenti fonti di finanziamento, **gestite in modo associato dall'Ambito Territoriale Sociale:**

- le risorse autonome che ciascun Comune dell'Ambito Distrettuale destina ai servizi ed interventi da gestire in forma associata;
- le risorse del fondo sociale regionale (ex circolare 4) **destinate al cofinanziamento** delle unità di offerta afferenti alle aree minori, disabili, anziani ed integrazione lavorativa;
- le risorse, **a carattere aggiuntivo**, del Fondo Nazionale Politiche Sociali **destinate** al sostegno delle azioni di programmazione e coordinamento svolte dagli Uffici di Piano, nonché dei costi derivanti dalla gestione in forma associata di servizi/interventi/progetti;
- le risorse del Fondo per la non Autosufficienza, del cosiddetto “Dopo di noi”, nella misura in cui verranno eventualmente assegnati dai diversi livelli di governo;
- eventuali risorse regionali o private, finalizzate a sostenere sperimentazioni o progettazioni realizzate a livello associato (Conciliazione Famiglia/Lavoro, gestione reti territoriali anti-violenza, progetti di contrasto al Gioco d'azzardo patologico, ecc.);
- le risorse assegnate dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, inerenti la realizzazione e lo sviluppo del AdI (quota Servizi Fondo Povertà) o altre risorse analoghe o aventi le medesime finalità/obiettivi;
- le risorse derivanti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) o dai Progetti Operativi nazionali (PON) o regionali (POR), assegnate all'Ambito quale soggetto che rappresenta gli interessi dei Comuni associati;
- eventuali ulteriori altre risorse sia derivanti dalla compartecipazione dei cittadini al costo dei servizi, sia derivanti da finanziamenti pubblici e privati non compresi nell'elenco di zui sopra che in ogni caso a valore indicativo.

Il piano di finanziamento degli obiettivi attuabili nei singoli anni di validità del Piano di Zona in base alle risorse disponibili risulterà descritto nel bilancio annuale di Ambito.

A tale scopo, a seguito dell'approvazione da parte della Regione Lombardia della D.G.R. di riparto delle risorse dei fondi destinati alla gestione sociale associata, l'organo politico delibererà il bilancio annuale dell'Ambito Distrettuale.

Gli enti sottoscrittori prendono atto che, in applicazione del principio di sussidiarietà, le risorse del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali e le risorse del Fondo Sociale Regionale rivestono carattere aggiuntivo e non sostitutivo delle risorse autonome comunali. Pertanto la Regione si riserva la facoltà di

verificare la coerenza della destinazione delle stesse rispetto alle proprie Linee di indirizzo, sia da un punto di vista programmatico che di utilizzo.

L'ente capofila provvede alla redazione di tutti gli atti amministrativi, finanziari e contabili relativi al presente Accordo di Programma, assumendone le responsabilità correlate.

Articolo 9 – Servizi associati.

I Comuni sottoscrittori dell'Accordo di Programma si impegnano a gestire in forma associata i seguenti interventi/servizi/Progetti:

1. Ufficio di Piano per tutta la durata del presente Piano di Zona);
2. Servizio Tutela minori sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria per tutta la durata del presente Piano di Zona;
3. Servizio Spazio Incontro;
4. Equipe disabili per tutta la durata del presente Piano di Zona;
5. Supporto all'attività di valutazione multidimensionale relativa alle aree della non autosufficienza;
6. Rete Interistituzionale Antiviolenza;
7. Accreditamento strutture, servizi e interventi per tutta la durata del presente Piano di Zona;
8. Servizio inserimento lavorativo e politiche attive del lavoro a seguito di cessazione della gestione delegata dalla ex Asl;
9. Servizio Segretariato sociale per attività associate (AdI, multiproblematicità, ecc.);
10. Servizi abitativi pubblici e sociali,

oltre ad altri, riferiti a specifici servizi e/o attività e/o Progetti, che verranno definiti nel periodo di validità del Piano di Zona 2025 – 2027.

La regolazione dei singoli servizi/interventi/Progetti sarà oggetto di specifica valutazione e decisione da parte dell'Assemblea dei Sindaci, eventualmente espressa - se del caso - dalla definizione di appositi Accordi/protocolli/linee guida.

Nel rispetto della vigente normativa in materia di trattamento dei dati personali, i Comuni dell'Ambito Distrettuale stipuleranno apposito accordo per disciplinare in modo trasparente le rispettive responsabilità in merito all'osservanza degli obblighi derivanti dal Regolamento UE 2016/679, con particolare riguardo all'esercizio dei diritti dell'interessato, e le rispettive funzioni di comunicazione delle informazioni di cui agli articoli 13 e 14 del Regolamento.

Articolo 10 – Modalità di verifica e valutazione.

La valutazione e verifica dell'Accordo di Programma è attribuita:

- dal punto di vista politico all'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito Territoriale Sociale, sulla base delle relazioni prodotte dall'Ufficio di Piano e/o dai tavoli tecnici e/o gruppi di lavoro e verterà

principalmente sull'andamento complessivo del Piano di Zona, sul raggiungimento degli obiettivi previsti e in generale sulle attività associate;

- dal punto di vista tecnico, all’Ufficio di Piano che, al termine di ogni annualità, sentiti i soggetti coinvolti a vario titolo nella realizzazione del Piano di Zona, relazionerà in merito all’andamento dei vari servizi/interventi/Progetti, anche al punto di vista economico degli stessi.

Nel corso della durata dell’Accordo di Programma possono essere previsti momenti di verifica e valutazione congiunta tra soggetti sottoscrittori e soggetti aderenti all’Accordo.

Articolo 11 – La governance del Piano di Zona: organo politico e tecnico.

Nell’ottica di una modalità di gestione associata del Piano di Zona e in coerenza con le Linee di Indirizzo regionali, si individuano i seguenti livelli organizzativi e gestionali:

- **livello di indirizzo e decisione politica (Assemblea dei Sindaci dell’Ambito Distrettuale);**
- **livello di proposta, progettazione, gestione e realizzazione (Ufficio di Piano, tavoli tecnici, gruppi di lavoro, ecc.).**

11.1. Organo politico:

L’organo politico del Piano di Zona è l’Assemblea dei Sindaci dell’Ambito Territoriale Sociale n. 6 Monte Orfano, secondo quanto indicato dai vari provvedimenti regionali che anche nei precedenti trienni hanno orientato la programmazione sociale (circolari della Regione Lombardia, Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale, n. 34 del 29.7.2005 e n. 48 del 27.10.2005, “Linee di indirizzo” di cui alla D.G.R. XI/2167 del 15 aprile 2024).

L’Assemblea dei Sindaci dell’Ambito distrettuale ha in ogni caso il compito per quanto riguarda:

- approvazione del Piano di Zona e dei suoi eventuali aggiornamenti;
- approvazione dei piani operativi annuali, degli interventi e dei progetti specifici;
- verifica annuale dello stato di raggiungimento degli obiettivi del Piano;
- aggiornamento delle priorità annuali, in coerenza con la programmazione triennale e con le risorse finanziarie assegnate;
- approvazione annuale dei piani economici-finanziari di preventivo e dei rendiconti di consuntivo dell’Ambito Territoriale Sociale;
- approvazione dei criteri e dei regolamenti che disciplinano gli interventi sociali a livello di ambito;
- definizione degli indirizzi generali organizzativi e gestionali relativi ai diversi interventi e/o progetti condivisi tra i comuni;
- approvazione dei dati relativi alle rendicontazioni richieste dalla Regione per la trasmissione all’ATS ai fini dell’assolvimento dei debiti informativi richiesti in relazione alle varie scadenze e adempimenti.

L' Assemblea dei Sindaci dell'Ambito Territoriale Sociale si riunisce presso la sede del Comune di Palazzolo sull'Oglio, quale ente capofila. La manifestazione di volontà dell'Assemblea dei Sindaci deve essere documentata mediante la redazione di apposito verbale dal quale risulti la data, il luogo, i partecipanti e l'esito delle singole votazioni.

11.2 organo tecnico.

La struttura tecnica per l'attuazione del Piano di Zona è costituita da:

11.2.1. Ufficio di Piano

In applicazione di quanto disposto dalla Circolare Regionale n. 34/2005 e dalle “Linee di indirizzo” di cui alla D.G.R.XII/2167 del 15 aprile 2024, gli enti sottoscrittori prevedono l'organizzazione dell'**Ufficio di Piano**, che ha sede presso il Comune capofila, quale soggetto di supporto alla programmazione, responsabile delle funzioni tecniche, amministrative e della valutazione degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi del Piano di Zona.

L'Ufficio di Piano sarà così articolato:

- **Ufficio tecnico**, costituito dal Responsabile dell'Ufficio di Piano, da un funzionario dell'area sociale messo a disposizione da ognuno dei Comuni aderenti all'Accordo e dal personale sociale dell'Ufficio Operativo, con compiti di:
 1. supportare il Tavolo Politico in tutte le fasi del processo programmatico e di valutazione;
 2. costruire il budget;
 3. attuare gli indirizzi e le scelte del livello politico;
 4. coordinare la partecipazione dei soggetti sottoscrittori e aderenti all'Accordo di Programma.
- **Ufficio operativo**, costituito da personale amministrativo e sociale opportunamente assunto o individuato dal Comune capofila, con compiti di:
 1. gestire gli atti e i processi conseguenti all'approvazione del Piano di Zona;
 2. realizzare concretamente, attraverso l'istruttoria dei vari procedimenti amministrativi, le scelte e gli indirizzi dell'Ufficio tecnico di piano e del Tavolo Politico;
 3. organizzare l'attuazione del Piano di Zona;
 4. gestire le risorse;
 5. svolgere, ove richiesto, una funzione di studio, elaborazione ed istruttoria propedeutica all'assunzione dei vari atti;
 6. coordinare i Tavoli tematici.

E' prevista la figura del **Responsabile/Coordinatore** dell'Ufficio di Piano, individuato dal Comune capofila all'interno del proprio personale dipendente assegnato all'Area Servizi alla Persona e/o al Settore Servizi Sociali, che rappresenta l'Ufficio di Piano nei rapporti con l'esterno.

L'Ufficio di Piano risponde, nei confronti dell'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito Territoriale Sociale, dell'ATS e della Regione, della correttezza, attendibilità e puntualità degli adempimenti previsti rispetto ai debiti informativi regionali.

11.3 governance sovra zonale.

CONFERENZA DEI SINDACI E CONSIGLIO DI RAPPRESENTANZA ASST

La Conferenza dei Sindaci di ASST esercita le funzioni di cui all'art. 20 della L.r. 33/2009 ed è composta, ai sensi del Regolamento allegato alla D.G.R. n. XI/6762/2022, dai sindaci dei comuni compresi nel territorio dell'ASST. Per l'esercizio delle proprie funzioni si avvale del Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci eletto dalla Conferenza stessa. Tra le varie funzioni il Consiglio formula nell'ambito della programmazione territoriale dell'ASST proposte per l'organizzazione della rete di offerta territoriale e dell'attività sociosanitaria e socioassistenziale, con l'espressione di un parere sulle linee guida per l'integrazione sociosanitaria e sociale. Esprime parere obbligatorio sul Piano di Sviluppo del Polo Territoriale.

ASSEMBLEA DEI SINDACI DI DISTRETTO

L'Assemblea dei Sindaci del Distretto ASST è composta dai sindaci o loro delegati dei comuni afferenti al Distretto ASST, formulano proposte e pareri alla conferenza dei sindaci, dandone comunicazione al direttore generale dell'ASST, in ordine alle linee di indirizzo e di programmazione dei servizi sociosanitari. L'Assemblea provvede, tra le altre cose, a contribuire ai processi di integrazione delle attività socio-sanitarie con gli interventi socio-assistenziali degli Ambiti territoriali. Contribuisce inoltre a definire modalità di coordinamento tra Piani di Zona afferenti allo stesso territorio per la costruzione di un sistema integrato di analisi del bisogno territoriale e l'individuazione di potenziali progettazioni condivise per la programmazione sociale di zona e il suo aggiornamento.

COLLEGIO DEI SINDACI DI ATS BRESCIA

Il Collegio dei Sindaci di ATS Brescia, i cui n. 6 componenti sono individuati dalle Conferenze dei Sindaci di ASST secondo il Regolamento allegato alla D.G.R. n. XI/6762/2022, è deputato alla formulazione di proposte e all'espressione di pareri all'ATS per l'integrazione delle reti sanitaria e socio-sanitaria con quella sociale e per organizzare tale integrazione anche attraverso i Piani di Zona di cui alla L. 328/2000 e alla L.r. 3/2008 e partecipa alla Cabina di Regia Integrata di cui alla L.r. 33/2009. Monitora, in raccordo con le Conferenze dei Sindaci, lo sviluppo uniforme delle reti territoriali.

CABINA DI REGIA INTEGRATA DI ATS

La Cabina di Regia Integrata di ATS è il luogo di raccordo e integrazione tra la programmazione degli interventi di carattere sanitario e socio-sanitario e quella degli interventi di carattere socio-assistenziali. È caratterizzata dalla presenza dei rappresentanti dei Comuni, dell'ATS e delle ASST, favorisce l'attuazione delle linee guida per la programmazione sociale territoriale, promuove strumenti di monitoraggio che riguardano gli interventi e la spesa sociale e sanitaria. Garantisce la continuità, l'unilateralità degli interventi e dei percorsi di presa in carico delle famiglie e dei suoi componenti fragili. Definisce inoltre indicazioni omogenee per la programmazione sociale territoriale con individuazione dei criteri generali e priorità di attuazione. La Cabina di Regia Integrata ha una composizione variabile in funzione delle tematiche trattate: è costituita da un nucleo permanente, un'articolazione plenaria e, in versione ristretta, dall'ufficio di coordinamento, come definiti nell'apposito regolamento.

CABINA DI REGIA DI ASST

Istituita all'interno del polo territoriale delle ASST, è il luogo di raccordo deputato a supportare e potenziare l'integrazione sociosanitaria e garantire la programmazione, il governo, il monitoraggio e la verifica degli interventi sociosanitari e sociali erogati. Tra le funzioni c'è la stesura del Piano di Sviluppo del Polo Territoriale ai sensi della L.r. 33/2009 e la collaborazione alla stesura dei Piani di Zona. La composizione è variabile e definita con regolamento aziendale, è previsto il coinvolgimento degli Enti del Terzo Settore.

11.3.2. COORDINAMENTO DEGLI UFFICI DI PIANO

E' un organismo composto dai referenti di tutti gli Ambiti Territoriali Sociali di ATS di Brescia che assicura supporto alla decisione tecnica nei confronti della Cabina di Regia e può essere integrato dai referenti tecnici di ATS ed ASST, per le materie di competenza. nonché prevedere momenti di confronto e coordinamento con gli altri soggetti coinvolti nella programmazione sociale (ETS, Sindacati, ecc).

12. Collegio di Vigilanza

Ai sensi dell'art. 34, comma 7, del decreto legislativo n. 267/2000, la vigilanza sull'esecuzione del presente Accordo di Programma è svolta da un collegio, presieduto dal Sindaco del Comune di Palazzolo sull'Oglio o da un suo delegato, e da un rappresentante per ognuno degli enti firmatari, delegato dal legale rappresentante della singola amministrazione.

In ordine alla organizzazione, alle modalità ed ai tempi relativi al proprio funzionamento valgono per il collegio di vigilanza i principi generali fissati per la validità delle determinazioni degli organi collegiali, ed in particolare:

- *convocazione*: è disposta, di regola, dal Presidente, anche su richiesta di uno o più soggetti sottoscrittori;
- *seduta*: per la validità della seduta è richiesta la presenza di almeno due terzi dei componenti. Le sedute non sono pubbliche. Il Presidente garantisce l'ordine e la regolarità della discussione, apre la seduta, dirige i lavori, concede e toglie la parola, indice le votazioni e proclama l'esito, sospende e toglie la seduta;
- *discussione*: la discussione si apre sugli argomenti posti all'ordine del giorno e secondo il criterio dell'ordine del medesimo, salvo una inversione disposta dallo stesso organo collegiale;
- *votazione*: la votazione è palese per alzata di mano. Le proposte si considerano approvate se hanno riportato la maggioranza qualificata dei due terzi dei presenti votanti;
- *verbalizzazione*: la manifestazione della volontà del collegio deve essere documentata mediante la redazione, a cura del segretario, del processo verbale. Le funzioni di segretario sono affidate al coordinatore dell'Ufficio di Piano, il quale ne cura altresì la numerazione progressiva e la conservazione.

Al collegio sono attribuite le seguenti competenze:

- vigilare sulla piena e corretta attuazione dell'Accordo di Programma, nel rispetto degli indirizzi enunciati;
- individuare elementi ostativi all'attuazione del presente Accordo di Programma, proponendo le soluzioni idonee alla loro rimozione;
- accertare e dichiarare la sussistenza delle cause di decadenza del presente Accordo di Programma;
- assumere le iniziative di competenza per eseguire le medesime procedure seguite per la conclusione del presente Accordo di Programma, nel caso in cui venissero proposte o emergesse la necessità di apportare varianti o modifiche allo stesso;
- dirimere, in via bonaria, le controversie che dovessero insorgere tra le parti in ordine all'interpretazione ed attuazione del presente Accordo, anche avvalendosi di consulenti esterni, fatta salva l'applicazione della clausola arbitrale.

Articolo 13 – Controversie

Ai sensi dell'art. 34, comma 2 del D. Lgs. 267/2000, la risoluzione di eventuali controversie che possono sorgere tra i Comuni, in caso di applicazione controversa e difforme o in caso di difforme e contrastante interpretazione del presente Accordo, deve essere ricercata prioritariamente in via bonaria.

Qualora non si addivenisse alla risoluzione di cui al primo comma, le controversie sono affidate ad un collegio arbitrale composto da tre arbitri, di cui due nominati dalle parti e un terzo di Comune accordo. La pronuncia del collegio è definitiva e inappellabile.

Articolo 14 – Modifiche

Eventuali modifiche del Piano di Zona sono possibili, purché concordate tra i soggetti sottoscrittori del presente Accordo, anche in conseguenza di possibili mutamenti del contesto di riferimento o per correzioni che si ritengano funzionali al raggiungimento degli obiettivi in esso previsti. Le modifiche del Piano di Zona dovranno essere approvate dall'Assemblea dei Sindaci.

Articolo 15 - Pubblicazione

L'ente capofila si impegna a pubblicare sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia il Decreto Sindacale di approvazione del presente Accordo di Programma.

Articolo 16 – Disposizioni finali

Per quanto non previsto dal presente accordo, si rinvia alla vigente disciplina generale dell'Accordo di Programma, di cui all'art. 34 del D.Lgs. 267/2000 e successive modifiche e integrazioni.

I soggetti sottoscrittori:

| | |
|--|--|
| Il Direttore Generale dell'ATS di Brescia Dr. Claudio Sileo | Il Sindaco del Comune di Adro Sig. Davide Moretti |
| Il Direttore Generale dell'ASST Franciacorta Dott.ssa Alessandra Bruschi | Il Sindaco del Comune di Capriolo Sig. Luigi Vezzoli |
| | Il Sindaco del Comune di Cologne Sig.ra Francesca Boglioni |
| | Il Sindaco del Comune di Erbusco Sig. Mauro Cavalleri |
| | Il Sindaco del Comune di Palazzolo sull'Oglio Sig. Gianmarco Cossandi |
| | Il Sindaco del Comune di Pontoglio Sig. Alessandro Pozzi |

Palazzolo sull'Oglio, Dicembre 2024 (la data di riferimento è quella dell'ultima firma apposta).

Contrassegno Elettronico



TIPO CONTRASSEGNO QR Code

IMPRONTA DOC 90B5EC96C117F7FDBC31F43B7A37BC792BC41C3A31BAF919D27F50D7DC4883F6

Firme digitali presenti nel documento originale

Firma in formato p7m: CLAUDIO VITO SILEO

Firma in formato p7m: ALESSANDRA BRUSCHI

Firma in formato p7m: Davide Moretti

Firma in formato p7m: Mauro Cavalleri

Firma in formato p7m: FRANCESCA BOGLIONI

Firma in formato p7m: ALESSANDRO POZZI

Firma in formato p7m: LUIGI VEZZOLI

Firma in formato p7m: GIANMARCO COSSANDI

Dati contenuti all'interno del Contrassegno Elettronico

Repertorio Contratti ATS

Progressivo 888/24

Data Stipula 30/12/2024

Contraente COMUNE DI PALAZZOLO S/O AMBITO 6

Categoria ACCORDI E PROTOCOLLI D'INTESA

Oggetto ACCORDO DI PROGRAMMA DI APPROVAZIONE E ADOZIONE DEL PIANO DI ZONA PER LA REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI CHE SI REALIZZERANNO NEL TERRITORIO DELL'AMBITO TERRITORIALE N.6 MONTE ORFANO NELL'ARCO DEL TRIENNIO 2025-2027.

Istruttoria a cura di Serv/U.O SC GOVERNO E INTEGRAZIONE SIST. SOC.

Dipartimento/Servizio

Credenziali di Accesso per la Verifica del Contrassegno Elettronico

URL <https://protocollo.ats-brescia.it/PortaleGlifo/>

IDENTIFICATIVO ATSBS-LOKNP-606965

PASSWORD F4ivL

DATA SCADENZA Senza scadenza

Ai sensi dell'art. 23 comma 2-bis del CAD (DLgs 82/2005 e ss.mm.ii.), si attesta che il presente documento, estratto in automatico dal sistema di gestione documentale è conforme al documento elettronico originale.

Scansiona il codice a lato per verificare il documento

