

# **PIANO DI ZONA**

EX L.328/00 assago, buccinasco, cesano boscone, corsico, cusago, trezzano sul naviglio

**Piano di Zona 2012 - 2014**

**Distretto Sociale di Corsico**

## 1. LA VALUTAZIONE DEL PIANO DI ZONA 2009-2011

In apertura della 4<sup>a</sup> triennialità del Piano di Zona del Distretto Sociale di Corsico, sarà presentata una valutazione del triennio precedente, sia dal lato dell'investimento economico, sia degli obiettivi realizzati e delle azioni attivate.

Obiettivo di questo primo capitolo è mettere in luce come la programmazione si è mossa nel corso del triennio comprendendo gli investimenti fatti (economici e non solo) ma anche il livello di raggiungimento degli obiettivi che ci si era proposti.

Nella conduzione di questo doppio livello di analisi verrà prestata inoltre la dovuta attenzione all'attuale scenario di progressiva riduzione delle risorse di cui dispone il sistema di welfare, una delle dirette conseguenze della crisi economica che ha avuto inizio nel 2008.

Questo *focus* consentirà di meglio inquadrare il mancato raggiungimento di alcuni obiettivi, laddove connessi alla inattesa indisponibilità di risorse, ma anche offrirà un'anticipazione rispetto al mutato contesto dei bisogni in cui si innesterà la nuova programmazione, come verrà illustrato nei capitoli 3 e 4.

### 1.1 LO SCENARIO DELLE RISORSE DEL PIANO DI ZONA

#### 1.1.1 *Le fonti di entrata*

Il sistema di finanziamento della spesa sociale in Lombardia è legato fondamentalmente a 4 canali:

- Fondi comunali;
- Fondo Nazionale Politiche Sociali (FNPS);
- Fondo Sociale Regionale (FSR);
- Le quote degli utenti.

Per la triennialità 2009-2011, va inoltre aggiunto, che sono stati resi disponibili il Fondo Nazionale non Autosufficienza (FNA) ed altri fondi legati a progettazioni specifiche nei quali rientrano i Fondi Intese (DGR 8243/2008, DGR 9151/2009 e DGR 9152/2009) e il Fondo per la Prima Infanzia (DGR 11152/2010).

La spesa sociale<sup>1</sup> annuale del distretto di Corsico, per il triennio 2009-2011, si aggira intorno ai 22mln di euro, pari a circa € 190,00 per ogni cittadino residente.

Come mostra la figura 1.1 la maggior parte della spesa sociale è sostenuta da fondi comunali (73%), il rimanente 27% è distribuito tra le voci di entrata di cui si è detto poco sopra.

---

<sup>1</sup> In questa sede utilizziamo il termine Spesa Sociale per indicare tutti gli interventi di tipo assistenziale e promozionale messi in atto dai 6 comuni e dal Piano di Zona di Corsico, escludendo quindi la maggior parte della spesa ossia quella previdenziale a carico dell'INPS che rappresenta circa il 69% della Spesa Sociale in Lombardia (Fonte Cergas- Regione Lombardia – formazione per la nuova programmazione).

Delle fonti di spesa sociale distrettuale il Piano di Zona gestisce il Fondo Nazionale Politiche Sociali e le altre fonti (nella figura è ricompreso anche il Fondo non Autosufficienza), pari a circa il 9% del totale della spesa, mentre non sono previste entrate da utenza.

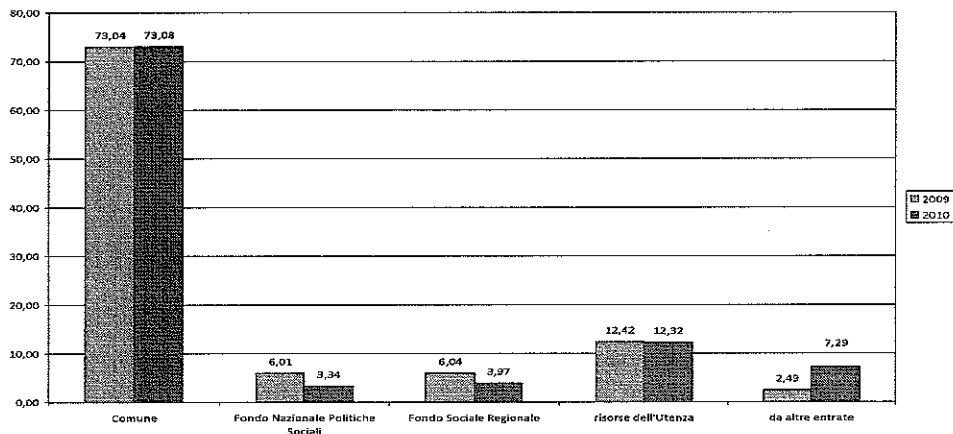


Figura 1.1 Fonti di finanziamento del Piano di Zona di Corsico 2009 - 2010

Fonte: elaborazione dati Piano di Zona

L'andamento dei fondi negli ultimi anni ha visto un progressivo assottigliamento del Fondo Nazionale Politiche Sociali (tabella 1.1) che per il distretto di Corsico è passato dagli oltre 900mila euro del 2009 a 476mila del 2011, con una riduzione di oltre il 47%.

Questo fondo rappresentava il bacino economico delle azioni innovative del Piano di Zona, perché non vincolato legislativamente a specifiche azioni o sistemi di azioni, permettendo di agire su progetti e misure nuove; la sua riduzione significa un assottigliamento, se non forse l'annullamento, di questa tipologia di attività, anche dovuta alla necessità di andare a coprire parte delle spese per il sociale più di tipo ordinario presenti nei bilanci comunali. Tale situazione ha determinato una discrepanza tra gli obiettivi di forte innovazione presenti nelle linee guida (DGR 8551/2008) e le risorse disponibili per raggiungerli.

Tabella 1.1 Andamento FNPS 2009-2011 e variazione – Dettaglio Ambiti Asl Milano 1

FNPS					
	2011	2010	2009	2011-2009	% VARIAZ.
Abbiategrasso	324.716	285.180	612.485	- 287.769	- 46,98
Castano Primo	283.466	250.561	540.531	- 257.065	- 47,56
Corsico	476.610	420.035	905.590	- 428.980	- 47,37
Garbagnate M.se	787.408	700.565	1.524.064	- 736.656	- 48,33
Legnano	754.046	665.365	1.428.641	- 674.595	- 47,22
Magenta	506.458	447.755	960.763	- 454.305	- 47,29
Rho	697.541	615.268	1.329.974	- 632.433	- 47,55
TOTALE	3.830.245	3.384.729	7.302.048	- 3.471.805	- 47,55

Fonte: Piano di salute Asl Milano 1

Anche il Fondo Sociale Regionale mostra una forte riduzione (tabella 1.2), che impatta per lo più sugli enti locali e le unità d'offerta sociale che sul sistema delle azioni del Piano di Zona, in quanto fondo di finanziamento del sistema dei servizi del territorio.

Tabella 1.2 Andamento FSR 2009-2011 e variazione – Dettaglio Ambiti Asl Milano 1

FONDO SOC. REGIONALE					
	2011	2010	2009	2011-2009	% VARIAZ.
Abbiategrasso	533.254	647.459	645.403	- 112.149	- 17,38
Castano Primo	455.313	554.533	555.474	- 100.161	- 18,03
Corsico	827.266	1.007.739	1.009.573	- 182.307	- 18,06
Garbagnate M.se	1.276.056	1.559.555	1.565.635	- 289.579	- 18,05
Legnano	1.280.150	1.556.788	1.555.396	- 275.246	- 17,70
Magenta	781.675	950.878	948.533	- 166.858	- 17,59
Rho	1.191.708	1.438.303	1.441.140	- 259.432	- 18,00
<b>TOTALE</b>	<b>6.335.422</b>	<b>7.715.260</b>	<b>7.721.154</b>	<b>- 1.385.732</b>	<b>- 17,95</b>

Fonte: Piano di salute Asl Milano 1

Il Fondo non Autosufficienza (tabella 1.3) è invece cresciuto nel corso del triennio, per poi essere abolito a partire dall'anno in corso. In ragione della presenza di residui legati a questo fondo e ad oggi utilizzabili, la sua eliminazione a livello nazionale andrà ad impattare sul welfare locale in modo particolarmente rilevante a partire dall'anno 2013.

Tabella 1.3 Andamento FNA 2009-2011 e variazione

FNA					
	2011	2010	2009	2011-2009	% VARIAZ.
Abbiategrasso	339.688	306.435	157.573	182.115	115,58
Castano Primo	318.546	288.752	148.776	169.770	114,11
Corsico	478.936	433.386	220.329	258.607	117,37
Garbagnate M.se	836.297	759.255	390.562	445.735	114,13
Legnano	860.452	780.816	399.769	460.683	115,24
Magenta	542.097	493.672	253.623	288.474	113,74
Rho	742.532	668.910	343.964	398.568	115,87
<b>SUB TOTALE</b>	<b>4.118.458</b>	<b>3.731.226</b>	<b>1.914.596</b>	<b>2.203.952</b>	<b>115,11</b>
ASL Milano 1	0	1.422.572	1.959.025	- 1.959.025	- 100
<b>TOTALE</b>	<b>4.118.548</b>	<b>5.153.798</b>	<b>3.873.621</b>	<b>244.927</b>	<b>6,32</b>

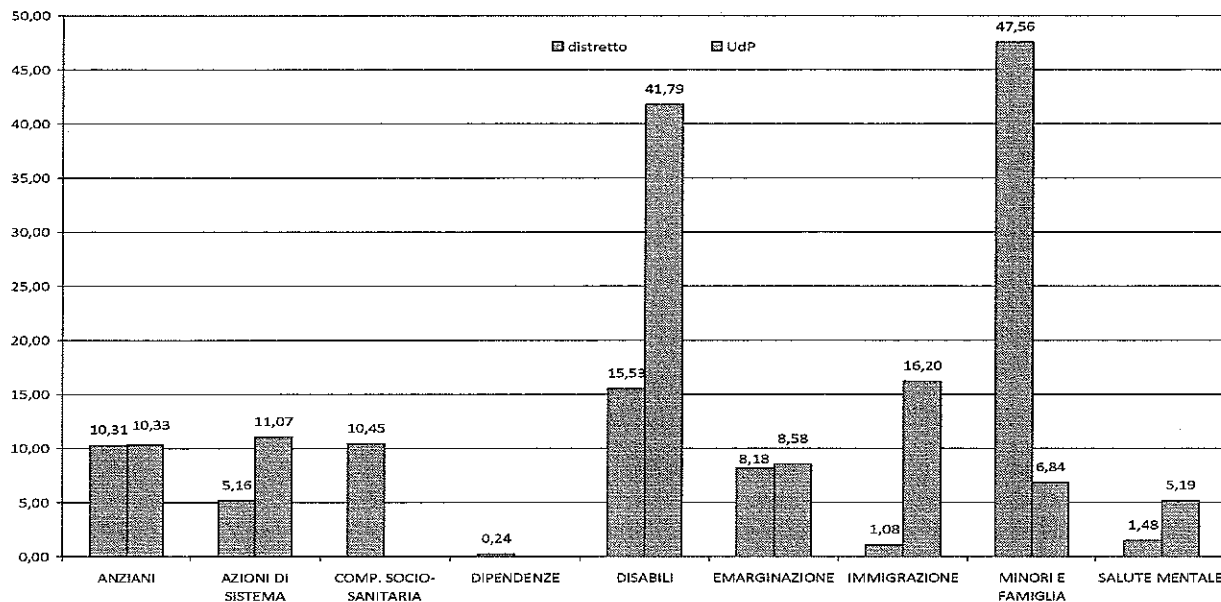
Fonte:

Piano di salute Asl Milano 1

### 1.1.2 Le aree di intervento

Le fonti di finanziamento descritte poco sopra sono state utilizzate per offrire servizi ai cittadini in diverse aree come mostrano le figure 1.2 e 1.3.

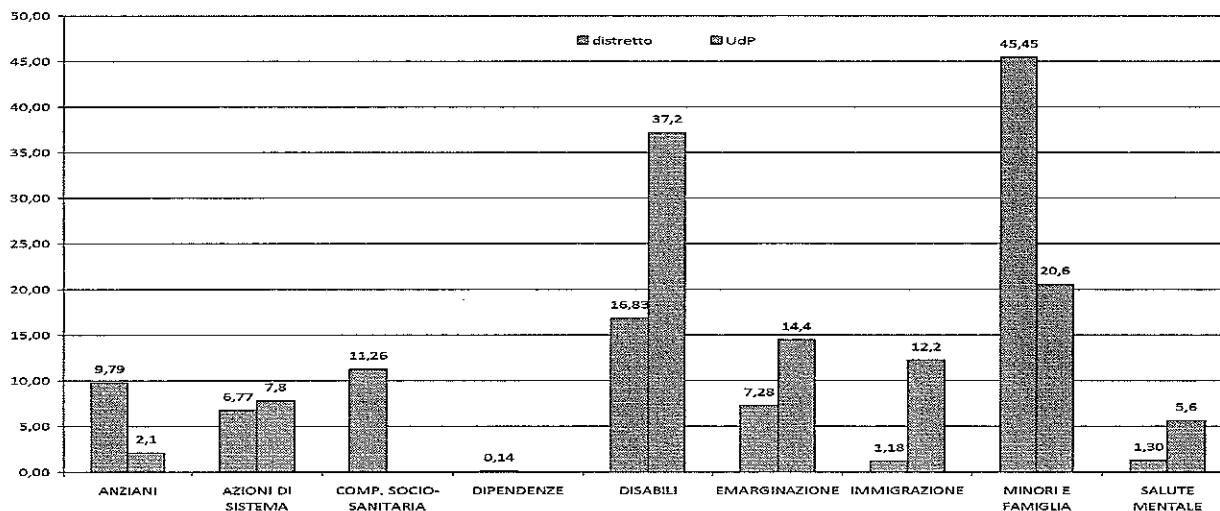
Figura 1.2 Spesa sociale per aree di intervento – Piano di Zona e Distretto anno 2009



Fonte: elaborazione dati Piano d Zona

L'evidente sbilanciamento della spesa sociale a livello distrettuale per coprire l'area minori e famiglia (47% nel 2009 e 45% nel 2010), si spiega considerando che all'interno di quest'area rientrano le spese di gestione sostenute dai Comuni per gli asili nido. Nel distretto di Corsico, a differenza di altre realtà distrettuali, sono maggiormente presenti nidi comunali con modalità di gestione diretta, che determinano un innalzamento della spesa sociale in quest'area.

Figura 1.3 Spesa sociale per aree di intervento – Piano di Zona e Distretto anno 2010



Fonte: elaborazione dati Piano di Zona

A livello di Piano di Zona invece l'area con il maggiore assorbimento di risorse è quella della disabilità, che utilizza circa il 40% delle risorse a disposizione. Tale situazione si verifica perché gran parte dei servizi offerti alle persone con disabilità, finanziate "in toto" dal Piano di zona, non prevedono nessun tipo di *copayment* da parte degli utenti.

## 1.2 GLI OBIETTIVI E LE AZIONI

In questo paragrafo è riportata una valutazione del raggiungimento formale degli obiettivi delle singole aree tematiche e delle azioni di sistema, in funzione dell'attivazione o meno delle azioni previste nel precedente Piano.

### 1.2.1 Le aree tematiche

Considerando le azioni delle quattro aree tematiche individuate dal Piano di Zona 2009-2011 (Anziani, Minori e Famiglia, Disabilità e Inclusione Sociale) il 63,6% risultano essere state attivate, (ossia 28 azioni su 44 previste) arrivando ad una realizzazione totale o parziale di quasi tutti gli obiettivi, anche se le singole aree tematiche raggiungono livelli di attuazione di azioni ed obiettivi differenti. È importante però sottolineare che in alcune aree sono state attivate e realizzate azioni, progetti e sperimentazioni che non erano stati previsti al momento della stesura del Piano, apportando un valore aggiunto agli obiettivi in esso identificati.

#### Area anziani

L'area anziani (tabella 1.4) ha un livello di realizzazione delle azioni del 50%, cioè 4 azioni su 8.

Tabella 1.4 Area Anziani - obiettivi e azioni PIANO DI ZONA 2009-2011 – indicazione azioni realizzate

AREE	OBIETTIVI	AZIONI
Demenze e Alzheimer	Sostegno a nuclei particolarmente investiti dal carico di cura di persone affette da demenza, considerando sia i familiari che le forme di assistenza domiciliare privata (badanti), attraverso lo sviluppo di opportunità e offerte specializzate	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ricerca-azione sulle demenze</li> <li>• attivazione interventi in sostegno (in ipotesi specializzazione sulle demenze, ed in particolare l'Alzheimer, di uno dei servizi CDI del territorio)</li> </ul>
Domiciliarità e mantenimento delle autonomie	Sostegno alla domiciliarità dell'anziano Mantenimento dell'autonomia dell'anziano	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ corso per assistenti familiari - dgr8243/2008</li> <li>✓ sportello assistenti familiari - dgr8243/2008</li> <li>• studio di fattibilità e voucherizzazione di servizi e prestazioni integrativi all'abitare</li> </ul>
Omogeneizzazione dell'offerta	Progressiva omogeneizzazione dell'unità d'offerta distrettuale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• omogeneizzazione distrettuale per il servizio SAD (prestazioni, criteri di accesso e, in ipotesi, range di tariffazioni)</li> <li>• omogeneizzazione delle prestazioni rispetto ai servizi di pasto al domicilio</li> </ul>
Integrazione socio sanitaria	Sviluppo dell'integrazione tra sociale e sanitario	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ emissione titoli sociali per la non autosufficienza dgr8243/2008</li> <li>• accompagnamento all'anziano (primo livello del segretario sociale)</li> </ul>

Fonte:

elaborazione dati Piano di Zona

Sono state parzialmente realizzate le azioni relative agli obiettivi di sostegno ai nuclei familiari con persone affette da demenze e allo sviluppo dell'integrazione tra sociale e sanitario, anche se in questo caso è necessario

ricordare che sono state attivate azioni extra rispetto a quanto previsto dal piano come ad esempio la sperimentazione dello sportello CeAD che ha definito un modello sperimentale di contatto tra i servizi sociali e l'ASL e una maggiore condivisione sulle informazioni. Inoltre, relativamente al primo dei due obiettivi, l'azione realizzata è andata ben oltre quanto descritto arrivando, sul finire del 2011, alla presentazione al tavolo politico di un progetto per la formazione e l'informazione, di caregiver professionali e non, sul tema della malattia di Alzheimer.

Relativamente all'obiettivo di omogeneizzazione dell'unità d'offerta nessuna delle azioni è stata realizzata anche se un primo passo verso questo obiettivo si può considerare l'approvazione di un unico protocollo con l'ente gestore SAD (Fondazione Pontirolo) per tutti i Comuni aderenti.

L'obiettivo con il livello di raggiungimento maggiore riguarda il sostegno alla domiciliarità dell'anziano e il mantenimento dell'autonomia, infatti ricadono in questo obiettivo la metà delle azioni realizzate in questo senso.

#### Area minori e famiglia

L'area Minori e Famiglia (tabella 1.5) è quella che vede il maggior numero di azioni realizzate e il maggior raggiungimento degli obiettivi, infatti 10 azioni su 14 sono state realizzate, pari al 71,5%.

Tabella 1.5 Area Minori e Famiglia - obiettivi e azioni PIANO DI ZONA 2009-2011 – indicazione azioni realizzate

AREE	OBIETTIVI	AZIONI
Sostegno alla genitorialità	Sostegno allo sviluppo e al rafforzamento delle competenze genitoriali, sia in una logica preventiva che di conciliazione dei tempi di lavoro e cura dei genitori.	<input checked="" type="checkbox"/> Prosecuzione di alcune azioni di sostegno alla genitorialità e alla relazione minori-adulti, ad oggi previste all'interno del progetto Mandala <input checked="" type="checkbox"/> Avvio del progetto Mosaico <input checked="" type="checkbox"/> Promuovere delle progettualità specifiche sul sostegno alla genitorialità, attraverso l'attivazione progettuale del tavolo d'area <input type="checkbox"/> Gruppo di lavoro integrato servizi sociali-consulterio per la definizione modalità di lavoro integrate sulla genitorialità
prevenzione e sostegno rivolti a minori	Promuovere un utilizzo sano del tempo libero dei minori, dello spazio pubblico e delle relazioni minori-adulti, attraverso intervento promozionali e preventivi	<input checked="" type="checkbox"/> Continuazione di interventi promossi dal progetto Mandala in favore di alcune specifiche fasce d'età <input checked="" type="checkbox"/> Potenziamento degli interventi sulla interculturalità (azioni del Progetto Orienta Mondo) <input checked="" type="checkbox"/> Mantenimento di spazi di socializzazione per adulti e minori, definendo una continuità ad esempio con i laboratori "giochiamo insieme" del progetto Mandala <input checked="" type="checkbox"/> Sostegno all'accesso a servizi per il tempo libero (11-13) mediante la voucherizzazione di servizi sportivi o ricreativi (scuola di musica), rivolti a famiglie in condizione reddituale più svantaggiata; <input checked="" type="checkbox"/> Progettazione di interventi di promozione del protagonismo dei minori/giovani nell'utilizzo positivo del tempo e del territorio <input checked="" type="checkbox"/> Attivazione di interventi e iniziative orientate alla educazione all'affettività attraverso il lavoro integrato tra servizi sociali, scuola ASL
integrazione dei servizi e informazione	Promozione di forma di condivisione della conoscenza e della lettura dei fenomeni che interessano in territorio. Definizione di accordi e pratiche condivise tra servizi nella presa in carico congiunta di minori e famiglie	<input checked="" type="checkbox"/> Realizzazione di una mappatura dinamica, in costante aggiornamento, dei servizi offerti, diffusa tramite web <input type="checkbox"/> Definizione di accordi e modalità di lavoro integrate con ASL nella presa in carico dei minori <input type="checkbox"/> Gestione associata del servizio di Tutela Minori (minori con decreto) <input type="checkbox"/> Promozione azioni di ricerca-azione su fenomeni e problemi emergenti sul territorio

Fonte: elaborazione dati Piano di Zona

In merito agli obiettivi è evidente che è la terza area di azione "integrazione dei servizi ed informazione" a mostrarsi più carente, con la sola realizzazione della mappatura dei servizi offerti sul territorio, anche se alcuni passi sono stati mossi relativamente alla gestione associata del servizio di Tutela Minori, con studi preliminari sui costi di gestione e l'attivazione di una formazione delle assistenti sociali verso questa nuova forma di gestione.

Quasi totalmente realizzate le azioni legate all'obiettivo del sostegno alla genitorialità sia nell'ottica del rafforzamento e sviluppo delle competenze sia verso la conciliazione dei tempi di vita, grazie all'attivazione del progetto *Tessere*. Relativamente a tale obiettivo è importante ricordare come azione extrapiano la realizzazione del Piano Triennale per la Prima Infanzia, che ha visto coinvolti tutti i Comuni del Piano di Zona e la maggior parte degli enti gestori dei servizi per la prima infanzia presenti sul territorio. Tramite questa azione è stato possibile ampliare l'offerta di posti disponibili nelle diverse unità di offerta private ad un prezzo pari alla media di quello applicato dai Comuni, favorendo quindi l'ingresso in questa tipologia di servizi proprio nell'ottica della conciliazione dei tempi cura-lavoro dei neo genitori.

Pienamente realizzati invece gli obiettivi di promozione e prevenzione mediante l'attivazione di tutte le azioni del piano. In questo contesto è importante ricordare che è la maggior parte delle azioni legate agli ultimi due obiettivi di cui si è parlato, sono state realizzate mediante il progetto *Tessere* costruito grazie ad un unico bando di coprogettazione pubblico- privato, che ha visto il terzo settore protagonista nella stesura degli obiettivi del bando stesso. Inoltre molte delle azioni sono state attivate anche grazie a fondi della L.r. 23.

#### Area disabilità

Anche l'area disabilità (tabella 1.6) vede attivate la maggior parte delle azioni 4 su 7, il 57%, e tutti gli obiettivi sono in parte o totalmente raggiunti.

Tabella 1.6 Area Disabilità- obiettivi e azioni PIANO DI ZONA 2009-2011 – indicazione azioni realizzate

AREE	OBIETTIVI	AZIONI
Promuovere la sostenibilità e lo sviluppo dell'offerta sulla disabilità	Consolidare i servizi esistenti, avviati con le precedenti programmazioni Porre allo studio nuove modalità di allocazione e gestione delle risorse, per aprire ad ulteriori spazi di innovazione del sistema d'offerta, a partire da una definizione approfondita delle caratteristiche della domanda.	<input checked="" type="checkbox"/> consolidamento di servizi esistenti ed in particolare del servizio NIL., del CSE, ADH e Sportello Disabili <input type="checkbox"/> Ultimazione del progetto "Dopo di noi" <input checked="" type="checkbox"/> Studio in profondità sulla spesa per la disabilità <input type="checkbox"/> Gruppo di lavoro distrettuale sulle caratteristiche della domanda e su una nuova definizione di risposte/unità d'offerta nel territorio
Diffondere l'informazione sulla rete dell'offerta esistente	Diffondere una adeguata e corretta informazione sull'offerta territoriale di interventi e servizi rivolti alla disabilità funzionale sia alle famiglie che ai servizi stessi.	<input type="checkbox"/> Realizzazione di una mappatura dinamica, in costante aggiornamento, dei servizi offerti per la disabilità presenti sul territorio, diffusa tramite web - sito web del segretariato sociale <input checked="" type="checkbox"/> Monitoraggio e valutazione sullo sportello disabili
Supportare le famiglie	Accompagnamento delle famiglie con la creazione di una rete di supporto al singolo e alla famiglia, sia per momenti specifici della vita familiare e del disabile sia come momento di confronto permanente	<input checked="" type="checkbox"/> Ampliamento e diffusione reti di supporto alle famiglie

#### Fonte: elaborazione dati Piano di Zona

Relativamente agli obiettivi raggiunti parzialmente è importante ricordare che in via sperimentale è stato attivato il CeAD e il buono assistenti familiari, azioni che hanno come popolazione di riferimento anche i disabili di tutte le età.

Relativamente all'obiettivo raggiunto è importante specificare che è stato possibile realizzarlo grazie a fondi non provenienti dal Piano di Zona o dai comuni ma da fondi legati alla LR 23, che ha visto più soggetti del terzo



settore unirsi per proporre un percorso per la formazione di gruppi di auto mutuo aiuto composti da genitori con figli minori disabili.

L'area inclusione sociale (tabella 1.7) è la più variegata e articolata per temi di competenza e azioni proposte. La complessità che la caratterizza è anche il motivo dell'andamento variegato dell'attivazione della singole azioni nelle aree di interesse.

Dei cinque temi oggetto dell'area inclusione sociale quello del carcere non è stato trattato dal Piano di Zona nel corso del triennio appena trascorso, mentre l'area immigrazione ha visto tutte le azioni previste attivate. Relativamente a questa area è importante anche in questo caso ricordare come l'attività di progettazione sia avvenuta mediante un bando di coprogettazione pubblico-privato per la gestione dei servizi per l'integrazione e come parte delle azioni sono state realizzate grazie anche a fondi extra rispetto a quelli a disposizione del Piano di Zona ma anche grazie alla disponibilità di molti volontari che hanno messo a disposizione dei residenti stranieri tempo e competenze.

**Tabella 1.7 Area Inclusione - obiettivi e azioni PIANO DI ZONA 2009-2011 – indicazione azioni realizzate**

INCLUSIONE	OBIETTIVI	AZIONI
Lavoro	Favorire l'accesso al mercato Sostenere le persone fuoriuscite dal mercato	<input checked="" type="checkbox"/> Dare continuità ai progetti CSiOL del VIS (previa valutazione) <input type="checkbox"/> Sostenere la qualificazione di persone fuoriuscite dal mercato attraverso il finanziamento di percorsi formativi che ricadono nel piano delle Regione Lombardia per Expo 2015; in stretta collaborazione con AFOL <input type="checkbox"/> Sostenere le persone in cassa integrazione o in mobilità attraverso un anticipo sulle somme spettanti, in stretta collaborazione con AFOL <input checked="" type="checkbox"/> Promuovere azioni di intermediazione svolte dalle associazioni del territorio (es. Caritas...) per sostenere forme di "garanzia informale" fra piccole imprese/negozianti e persone in cerca di una ricollocazione
Casa	Sostenere l'offerta Sostenere la domanda Indagare l'offerta	<input type="checkbox"/> Promozione di accordi/convenzioni per reperire alloggi, in ipotesi: - Accordi tra le amministrazioni comunali, per identificare e destinare spazi edificabili alla costruzione di alloggi a canone concordato/sociale per i residenti - Accordi tra le amministrazioni comunali e le imprese edili affinché rendano disponibili alcuni alloggi a canone concordato/sociale - Accordi tra le amministrazioni comunali per il recupero di unità abitative (ad es. quelle confiscate alla mafia) da adibire ad alloggi temporanei, nella logica della rotazione <input type="checkbox"/> Garantire il proprietario nei confronti dell'inquilino: <input checked="" type="checkbox"/> Promozione di misure che permettano l'esenzione dal pagamento della cauzione <input checked="" type="checkbox"/> Misure che consentano di offrire garanzie al proprietario, sostituendo l'inquilino nel contratto d'affitto (contratto per conto di terzi) privilegiando casi particolarmente problematici <input checked="" type="checkbox"/> Promozione di azioni di intermediazione e accompagnamento, da parte delle associazioni, fra piccoli proprietari e inquilini <input checked="" type="checkbox"/> Costruzione di un Fondo di rotazione rivolto ai cittadini (primo anno finanziamento provinciale), che permetta di ottenere un prestito a lungo termine e a tasso zero <input type="checkbox"/> Indagine conoscitiva sull'attuazione del canone concordato nei comuni del distretto e del patrimonio pubblico disponibile (occupato, disponibile, occupato abusivamente)
Immigrazione	Sostenere l'integrazione	<input checked="" type="checkbox"/> Mantenimento degli sportelli Orientamondo (con l'attenzione di seguire il rilascio dei visti per gli immigrati tornati in patria per essere assunti in Italia) <input checked="" type="checkbox"/> Spazi di confronto tra progettualità dell'ambito (incontri di cultura) e consulte degli stranieri <input checked="" type="checkbox"/> Mantenimento del servizio di Mediazione culturale e suo consolidamento attraverso l'offerta dell'accompagnamento a visite ambulatoriali, ecc. per le donne immigrate che non conoscono l'italiano <input checked="" type="checkbox"/> Sostegno di progettualità contro la tratta (Associazione Lule)
Psichiatria	Sostenere l'autonomia	<input checked="" type="checkbox"/> Avviare progetti presenti sulla residenzialità "leggera" <input type="checkbox"/> Promozione di azioni di sensibilizzazione del vicinato e di "assistenza domiciliare educativa" per i malati psichici che vivono a casa propria <input checked="" type="checkbox"/> Sostegno del progetto di auto mutuo aiuto - CLUB-Corsico - che riunisce operatori, famiglie e malati psichici
Carcere	Sostenere l'autonomia e l'integrazione	<input type="checkbox"/> Istituzione di un gruppo di lavoro specifico sulla definizione di interventi per la popolazione fuoriuscita dal sistema carcerario (in ottemperanza della legge 8/2005)

Fonte: elaborazione dati Piano di Zona

Due sono le azioni che hanno un'impronta innovativa a quest'area tematica da un lato la creazione del Fondo di rotazione per l'accesso alla casa, che ha posto un nuovo argomento sul tavolo di discussione a livello distrettuale, dall'altro l'apertura di una comunità di residenzialità leggera per l'inclusione nel tessuto sociale di persone affette da patologie psichiatriche.

### 1.2.2 L'area azioni di sistema e la governance

Le azioni di sistema indicano l'indirizzo generale che il Piano vuole prendere nel corso della triennalità identificando dei capisaldi orientativi che si delineano poi nella azioni delle singole aree tematiche.

La forte aderenza alla concretezza che il precedente piano ha delineato ha fatto sì che parte delle azioni di sistema ricomprendessero obiettivi e azioni presenti nelle singole aree tematiche, riconducendole però ad obiettivi trasversali e di interesse comune.

Tabella 1.8a Area Azioni di Sistema – obiettivi e azioni PIANO DI ZONA 2009-2011

aree	OBIETTIVI	AZIONI
		<b>integrazione socio sanitaria</b>
Continuità assistenziale	Coordinamento e accordo fra sociale e sanitario, soprattutto per le gestione dei ricoveri di sollievo, di emergenza e per le dimissioni protette	Analisi dell'offerta residenziale
		Definizione di accordi con Asi, A.O. e RSA per la definizione di quote di posti-letto a livello d'ambito, per ricoveri di sollievo e situazioni di emergenza
		Promozione di sistemi di circolazione delle informazioni sui posti disponibili a livello di ambito e sulle procedure adottate da ciascuna struttura
		Stesura di protocolli che definiscano ruoli, funzioni e procedure di intervento e coordinamento tra Ospedali e servizi territoriali, in riferimento alle dimissioni protette
		progetto "ASL amica dei bambini"
Raccordo degli interventi domiciliari	Coordinamento e ottimizzazione degli interventi di assistenza domiciliare sociali e sanitari (SAD-ADI)	Definizione di protocolli operativi che favoriscano l'integrazione e la trasmissione delle informazioni tra SAD e ADI Sperimentazione di modalità di valutazione congiunta di bisogni socio-assistenziali e socio-sanitari, in accordo con l'Asi, in ipotesi ripristino dell'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG)
Integrazione informativa	Integrazione informativa tra sociale e sanitario, sia in uscita per la cittadinanza, che in entrata, per la programmazione della rete dei servizi	Attivazione del 1° livello del Segretariato sociale con funzione informativa sulle prestazioni sociosanitarie – in connessione con il progetto PUA
		Protocolli che definiscano il passaggio di informazioni tra sanitario e sociale su volumi utenza, caratteristiche, posti letto disponibili, ecc.
		Promozione di momenti di confronto tra operatori del sociale e del sanitario, finalizzati alla reciproca conoscenza ed a migliorare l'interazione
Conessioni con l'area psichiatria	Coordinamento e ottimizzazione degli interventi di presa in carico di minori e famiglie da parte della neuropsichiatria e dell'area sociale	Prosecuzione del lavoro del tavolo di coordinamento sulla psichiatria (A.O., associazione club corsico, comuni, TSO, ASO, UONPIA, ) finalizzato a definire:
		- protocolli tra servizi sociali comunali e A.O. San Carlo - CPS che definiscano regole per una più puntuale circolazione delle informazioni sui percorsi di accesso, sul sistema dei servizi, sui progetti di intervento individualizzati (con particolare riferimento alla definizione di percorsi di trattamento per persone affette da forme depressive medio lievi)
		- accordi con UONPIA sulla regolazione della tempistica delle psicodiagnosi, su percorsi di trattamento o servizi/interventi esistenti, prevedendo anche un ampliamento delle convenzioni in essere, sulla condivisione di momenti progettuali e valutativi sui casi, per persone seguite da entrambi i servizi
		Promozione delle circolarità delle informazioni sui momenti formativi congiunti (comuni, scuola, asi, AO)

Fonte: elaborazione dati Piano di Zona

Tabella 1.8b Area Azioni di Sistema – obiettivi e azioni PIANO DI ZONA 2009-2011

area	OBIETTIVI	AZIONI
		accesso alla rete dei servizi
Accesso all'informazione	Sviluppo e organizzazione del Segretariato sociale su due livelli il primo informativo (sportello sociosanitario) il secondo di prima valutazione e orientamento	racordo con i servizi del territorio per la gestione del segretariato di primo livello e tra comuni per quello di secondo livello
		mappatura delle unità di offerta esistenti
		realizzazione di una Carta dei Servizi d'Ambito
		creazione di una piattaforma informatica (sito web) adatto alla diffusione delle informazioni, accessibile a più livelli
Regolazione dell'accesso ai servizi	Progressiva omogeneizzazione dell'accesso ai servizi	definizione di accordi e procedure sul sistema di gestione della piattaforma (es. attribuzione di responsabilità in merito al costante aggiornamento delle informazioni sui servizi, creazione di un documento e di procedure uniche per la consulenza e l'orientamento del cittadino)
		Momenti di confronto e di formazione con ASL e Terzo Settore
		Cfr gestione associata e azioni d'area

Fonte: elaborazione dati Piano di Zona

Tabella 1.8c Area Azioni di Sistema – obiettivi e azioni PIANO DI ZONA 2009-2011

area	OBIETTIVI	AZIONI
		integrazione socioabitativa e sociolavorativa
Lavoro	Favorire l'accesso al mercato	Dare continuità ai progetti CSIOL del VIS (previa valutazione) Sostenere la qualificazione di persone fuoriuscite dal mercato attraverso il finanziamento di percorsi formativi che ricadono nel piano della Regione Lombardia per Expo 2015; in stretta collaborazione con AFOL
	Sostenere le persone fuoriuscite dal mercato	Sostenere le persone in cassa integrazione o in mobilità attraverso un anticipo sulle somme spettanti, in stretta collaborazione con AFOL Promuovere azioni di intermediazione svolte dalle associazioni del territorio (es. Caritas...) per sostenere forme di "garanzia informale" fra piccole imprese/negozianti e persone in cerca di una ricollocazione
Casa	Sostenere l'offerta	Promozione di accordi/convenzioni per reperire alloggi, in ipotesi: Accordi tra le amministrazioni comunali, per identificare e destinare spazi edificabili alla costruzione di alloggi a canone concordato/sociale per i residenti
	Sostenere la domanda	Accordi tra le amministrazioni comunali e le imprese edili affinché rendano disponibili alcuni alloggi a canone concordato/sociale Accordi tra le amministrazioni comunali per il recupero di unità abitative (ad es. quelle confiscate alla mafia) da adibire ad alloggi temporanei, nella logica della rotazione
	Indagare l'offerta	Garantire il proprietario nei confronti dell'inquilino:
		Promozione di misure che permettano l'esenzione dal pagamento della cauzione Misure che consentano di offrire garanzie al proprietario, sostituendo l'inquilino nel contratto d'affitto (contratto per conto di terzi) privilegiando casi particolarmente problematici
		Promozione di azioni di intermediazione e accompagnamento, da parte delle associazioni, fra piccoli proprietari e inquilini Costruzione di un Fondo di rotazione rivolto ai cittadini (primo anno finanziamento provinciale), che permetta di ottenere un prestito a lungo termine e a tasso zero Indagine conoscitiva sull'attuazione del canone concordato nei comuni del distretto e del patrimonio pubblico disponibile (occupato, disponibile, occupato abusivamente)

Fonte: elaborazione dati Piano di Zona

Tabella 1.8d Area Azioni di Sistema – obiettivi e azioni PIANO DI ZONA 2009-2011

area	OBIETTIVI	AZIONI
	integrazione intercomunale e gestione associata	
Gestione associata	Consolidamento ed estensione dell'esperienza di associazione e gestione integrata	il consolidamento dei servizi attivati nel precedente triennio (sad, progetto csici, progetto vis, spazio neutro, trasporti, Cse, sportelli immigrati e disabili) l'ampliamento della gestione associata al servizio "prototipo" tutela minori, a partire dallo studio di fattibilità attualmente in corso ampliamento ad altri servizi
Budget unico	Incremento della spesa d'ambito attraverso risorse aggiuntive	fondo budget unico ricerca di finanziamenti esterni (fondazioni, bandi ...)
Qualificazione	Incremento della omogeneizzazione territoriale e della qualificazione della gestione associata	percorsi di omogeneizzazione dei servizi gestiti in forma associata (analisi delle attuali modalità di gestione e precisazione di regole e procedure, studio su omogeneizzazione accesso e sistemi tariffari e di compartecipazione alla spesa definizione e applicazione di un sistema di monitoraggio e valutazione dei servizi gestiti in forma associata definizione e applicazione di un sistema di incentivo alla qualità dei servizi
La forma di gestione	Accompagnamento alla scelta sulla forma di gestione associata	realizzazione di uno studio sulle forme di gestioni possibili e più adeguate date le caratteristiche del distretto definizione della scelta sulla forma di gestione da adottare, identificazione dei servizi e unità d'offerta gestite, e sua attuazione

Fonte:

### elaborazione dati Piano di Zona

Se da un lato quindi parte dei sotto-obiettivi risultano raggiunti grazie alla presenza in quest'area di azioni e obiettivi delle aree tematiche (in particolare il macro obiettivo integrazione socio abitativa e socio lavorativa risente "in toto" dell'andamento delle azioni dell'area inclusione sociale), dall'altro ci sono degli obiettivi specifici che caratterizzano quest'area.

In generale si può dire che molte delle azioni non sono state attivate, e gli obiettivi sono stati raggiunti solo in parte. Ad esempio non si è arrivati ad un budget unico o all'avvio di una forma di gestione associata ma si è lavorato in tali termini predisponendo ad esempio un Piano Triennale per la Prima Infanzia con una gestione del budget a livello di piano e alla definizione di graduatorie a livello distrettuale, così come è stato per la gestione del Bando per il sostegno economico alle famiglie con assistente familiare.

Le azioni attivate sono per lo più di tipo operativo e poco legate alla concertazione tra sociale e sanitario o tra i diversi servizi, che però rappresentano la maggior parte di quelle indicate nel piano.

A livello di azioni di sistema, come azione e obiettivo extra rispetto a quanto previsto dal piano, è stato sottoscritto un protocollo tra tutti i distretti dell'ASL MI1 che ha permesso la realizzazione di una piattaforma web per il benchmarking tra i distretti, nell'ottica di un sempre maggiore confronto e una maggiore omogeneizzazione tra i servizi di distretti sociali contigui.

Il percepire come reale risorsa le possibilità che la governance del Piano di Zona 2009-2011 ha messo in essere ha permesso la realizzazione di molti obiettivi e delle azioni delle diverse aree del piano. Innanzitutto i tavoli d'area tematici hanno percorso un cammino che li ha portati ad avvicinarsi ad essere realtà di progettazione e non consultive, attivandosi anche nella ricerca di finanziamenti esterni a quelli messi a disposizione dal Piano di Zona (vedi i fondi ex L.r. 23).

La presenza nelle attività di formazione e coordinamento dei tavoli d'area tematici di coconduttori appartenenti al terzo settore ha permesso a tavoli di arrivare ad un alto livello di conoscenze e di integrazione

di competenze tra i membri, grazie anche alla presenza di una figura project management specificamente dedicata a tale compito.

Sul finire del triennio è stata inoltre attivata una modalità di confronto nuova e sperimentale, aprendo la partecipazione al livello politico strategico (assemblea dei sindaci), luogo cardine della programmazione zonale, ai rappresentanti del terzo settore (in quanto delegati del Forum del Terzo Settore dei Navigli).

### **1.3 GLI OBIETTIVI E LE AZIONI DEL PIANO DI ZONA 2009-2011 E LE LINEE GUIDA REGIONALI**

La DGR 8551/2008 "*Determinazione in ordine alle linee di indirizzo per la programmazione dei Piani di Zona – 3° triennio (2009-2011)*", esplicitava obiettivi economici stringenti sull'utilizzo delle risorse e obiettivi generali da declinare e territorializzare in ogni Piano di Zona con azioni e obiettivi propri ma riconducibili a quanto definito a livello regionale.

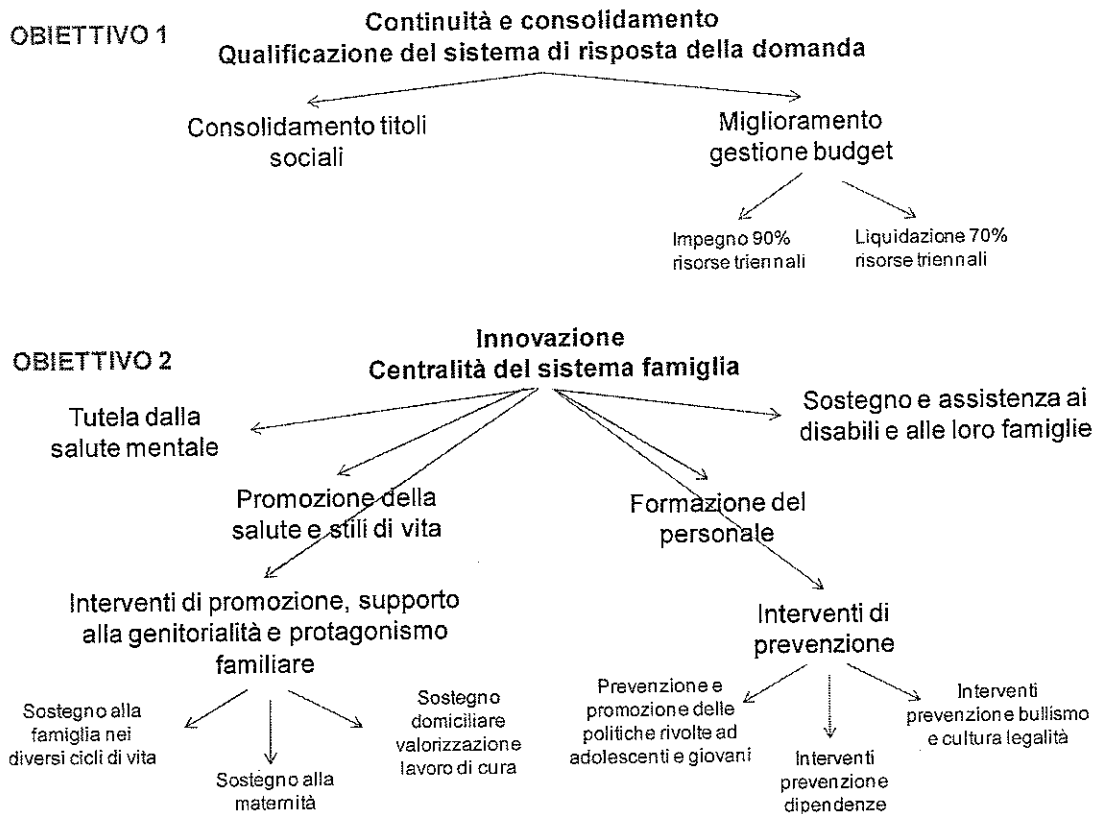
Un primo elemento indicato nella documento di indirizzo regionale è la continuità e il consolidamento del sistema di risposta della domanda (figura 1.4) declinato come consolidamento dei titoli sociali e come miglioramento della gestione del budget.

Il distretto di Corsico rispetto a tali obiettivi si pone assolutamente in linea dal lato dei titoli sociali per l'investimento fatto in particolar modo sul servizio ADH, gestito a livello di Piano di Zona già dalla triennalità precedente che ha permesso, tramite gara di accreditamento, di individuare una serie di enti gestori sul territorio per questo particolare servizio. Inoltre ha apportato un valore aggiunto dematerializzando i titoli sociali tramite il sistema Domiphone.

Sul versante del miglioramento della gestione del Budget sono stati ampiamente raggiunti e superati gli obiettivi dell'impegno di spesa del 90% delle risorse triennali e della liquidazione del 70% delle stesse risorse.

Secondo obiettivo indicato dalle linee guida è l'innovazione mettendo al centro la famiglia intesa nel suo complesso e come sistema, con tutte le problematiche e le potenzialità ad essa connesse.

**Figura 1.4 Obiettivi DGR 8551/2008**



Due le linee di indirizzo principali:

1. Interventi di promozione, supporto alla genitorialità e protagonismo familiare tramite:
  - 1.1. Sostegno alla maternità
  - 1.2. Sostegno alla famiglia nei diversi cicli di vita
  - 1.3. Sostegno domiciliare valorizzazione lavoro di cura
  
2. Interventi di prevenzione
  - 2.1. Prevenzione e promozione delle politiche rivolte ad adolescenti e giovani (in particolare Interventi prevenzione dipendenze e Interventi prevenzione bullismo e cultura legalità)

Nel complesso gli obiettivi di sostegno alla maternità, sostegno alla famiglia nei diversi cicli di vita e promozione delle politiche giovanili hanno visto come azioni sul territorio la realizzazione del progetto *Tessere* che, con una serie di attività differenziate, è andato a toccare tutti questi obiettivi. Il progetto *Tessere* vede anche come proprio obiettivo la promozione della salute e di stili di vita, grazie ad alcune attività svolte con i ragazzi ma anche con gli incontri fatti con i genitori.

Relativamente all'obiettivo di sostegno alla maternità è importante anche ricordare la realizzazione delle convenzioni con le unità di offerta per la prima infanzia, che hanno permesso di aumentare il numero di posti disponibili ad un costo particolarmente basso. A questo si aggiunge il fatto che in tali bandi è stata posta una forte attenzione alla dimensione dei tempi di cura.

Il sostegno alla domiciliarità ha visto come azioni principali l'apertura dello sportello assistenti familiari, che aveva tra i suoi obiettivi quello di divenire un punto d'informazione per le famiglie che necessitavano di questa particolare figura di sostegno, ma anche la disponibilità di un buono economico, erogato tramite bando, per il sostegno alle spese di cura per le famiglie con assistente familiare regolarmente assunta (bando assistenti familiari).

Questa tipologia di attività è andata anche ad impattare sull'obiettivo di sostegno e assistenza ai disabili e alle loro famiglie, essendo anch'essi popolazione target degli interventi poco sopra descritti. La realizzazione di tale obiettivo è avvenuta anche grazie al finanziamento dell'attività di formazione di gruppi di auto mutuo aiuto per genitori con figli disabili.

Considerando l'obiettivo di tutela della salute mentale, basta citare in questo momento l'apertura delle Residenze Leggere nel distretto di Corsico.

Ultima attenzione delle linee guida è la formazione del personale, numerosi sono stati gli incontri che hanno permesso al personale dei servizi sociali dei comuni di essere formati, basti pensare agli incontri per l'avvio della nuova cartella sociale informatizzata, al percorso fatto per la tutela minori associata, alla formazione sulla normativa per l'immigrazione o anche il percorso di accompagnamento alla progettazione per i coordinatori e i coconduttori dei tavoli d'area tematici per il sostegno al passaggio da tavoli di consultazione a tavoli di progettazione.

## 2. NORME DI SISTEMA

### 2.1 LE LINEE GUIDA REGIONALI

Con la Dgr. n. IX/2505 *“Un welfare della sostenibilità e conoscenza. Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2012-2014”*, approvata in data 16 novembre 2011, la Regione Lombardia ha diffuso le nuove linee guida per la quarta edizione dei Piani di Zona lombardi, segnando così un profondo cambiamento per la programmazione zonale.

Infatti, come ben evidenziano le linee guida regionali:

- si registra un forte calo della spesa pubblica nazionale per il welfare;
- si registra un ampliamento della forbice tra le esigenze delle persone e delle famiglie e le reali possibilità di intervento;
- vi è una sempre più forte frammentazione delle risorse in campo che vede i Piani di Zona gestirne direttamente una quota minoritaria (pari al 6,5%);
- crescono le modalità organizzate di finanziamento privato e si va nella direzione di un nuovo welfare contrattuale che coinvolge direttamente il mondo dell’impresa.

La quarta triennalità del Piano di Zona del Distretto Sociale di Corsico si inserisce così in uno scenario mutato in cui diviene sempre più necessario un ripensamento dell’intervento pubblico.

La Regione propone in questo senso i seguenti principi guida, ovvero:

- la centralità della persona e della sua responsabilità;
- il riconoscimento della unitarietà della persona, prima che la differenziazione dei suoi bisogni;
- lo spostamento del baricentro del welfare dall’offerta alla domanda;
- il coordinamento di politiche integrate (casa, lavoro, trasporti, salute, giovani e famiglia).

Il richiamo regionale è verso la concezione di politiche di welfare che:

- realizzino in forma compiuta un sistema di rete territoriale in grado di incontrare la famiglia e rispondere efficacemente ed in tempi brevi alle sue esigenze, in modo trasversale ed integrato;
- diversifichino ed incrementino la gamma dei servizi fornendo ai cittadini risposte sempre più personalizzate e sempre meno indistinte;
- razionalizzino e ottimizzino l’impiego delle risorse disponibili, perseguendo ad esempio modelli di gestione associata;



- superino le logiche organizzative settoriali, la frammentazione e la duplicazione di interventi, favorendo una presa in carico unitaria e semplificando l'informazione e le procedure di accesso ai servizi.

La nuova programmazione zonale dovrà pertanto essere coerente con i processi di riforma in corso, coordinarsi con altri strumenti di programmazione locale (quali ad esempio gli Accordi Quadro per lo Sviluppo Territoriale, la Programmazione Triennale delle Province, il Documento di Programmazione e Coordinamento dei Servizi Sanitari e Sociosanitari delle Asl, i Piani Integrati Locali di programmazione della salute, i Piani di Governo del Territorio, il Piano Territoriale degli orari dei servizi, i Patti territoriali dell'occupazione) e altresì, sviluppare una nuova logica imprenditoriale di rete, superando il consolidato intervento di offerta di prestazioni, riconoscendo la connessione con reti già attive e promuovendone l'attivazione di altre, in grado di generare valore aggiunto e innovazione.

Il Piano di Zona viene ritenuto lo strumento privilegiato per sostenere il passaggio al nuovo welfare, a condizione che sia effettivamente luogo di ricomposizione e integrazione di conoscenze, risorse finanziarie e decisioni.

Il 2012 rappresenta così un anno di transizione in cui in particolare i Piani di Zona dovranno essere orientati a contribuire alla definizione di un nuovo welfare attraverso, nello specifico, la previsione di interventi sperimentali, dove la sperimentalità è intesa come capacità di:

- integrare risorse pubbliche e private;
- attrarre altre risorse del territorio;
- attivare un partenariato ampio e qualificato, per corresponsabilità degli attori rispetto alle azioni, per natura del partenariato e per capacità di relazione con altre reti.

Gli Uffici di Piano potranno assumere il ruolo di protagonisti nel momento in cui si proporranno come soggetti in grado di:

- connettere le conoscenze dei diversi attori del territorio;
- ricomporre le risorse che gli enti locali investono nei sistemi di welfare, favorendo l'azione integrata a livello locale;
- interloquire con le Asl per l'integrazione tra ambiti di intervento sociale e socio sanitario;
- promuovere l'integrazione tra diversi ambiti di policy.

La sfida per il prossimo triennio è quella di protendere verso un *“welfare che ancora non c'è, un welfare che non sostituisce la società, ma si allea, che non si appropria dei problemi, ma connette le risorse, che non si colloca fuori dalla società, ma dentro la società stessa, che non conta su risorse in costante espansione, ma si orienta a scelte sostenibili.”*

Infine, aree dell'assetto della programmazione e i suoi strumenti vengono, in sintesi, riconosciuti:

- Il **Piano di Zona**, ovvero il documento di programmazione che integra la programmazione sociale con quella sociosanitaria regionale e definisce il quadro unitario delle risorse;
- Le **gestioni associate**, ovvero le modalità operative attraverso cui la programmazione dei Piani di Zona potrà assicurare una idonea integrazione gestionale;
- L'**Accordo di programma**, sottoscritto dai Sindaci dei Comuni dell'Ambito distrettuale, dall'Azienda Sanitaria Locale territorialmente competente, dalla Provincia di Milano, dall'ARFIL, dalle Aziende Ospedaliere di Legnano e "San Carlo" di Milano, dalla Casa di Cura Ambrosiana, dall'Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia – Ambito Territoriale Milano, dall'Amministrazione Penitenziaria – Casa di Reclusione di Bollate. L'Accordo di programma disciplina i rapporti tra i soggetti interessati nell'arco del triennio di sviluppo del Piano di Zona, e può, pertanto, in questo senso subire modifiche e/o aggiornamenti.
- L'**Azienda Sanitaria Locale**, con un ruolo rinnovato, orientato al recupero della centralità del bisogno e della persona e al superamento della frammentazione dei servizi, nella prospettiva di uno sviluppo in modo proattivo delle reti territoriali;
- Il **Terzo Settore**, con il quale regolamentare, all'interno dell'Accordo di programma, forme di collaborazione in termini di coprogettazione, sperimentazione di nuovi servizi, sperimentazione di nuove modalità gestionali.

## 2.2 IL DPCS E IL PIANO DI SALUTE DEL DISTRETTO DI CORSICO

Nell'ambito del quadro delineato dalla D.G.R. 6 dicembre 2011 n. IX/2633 *"Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2012"*, l'Asl Milano 1 ha diffuso nel recente gennaio 2012 il *"Documento di Programmazione e Coordinamento dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari"* (DPCS), documento che si propone di rendicontare l'attività svolta dall'Azienda sanitaria nel 2011 ed altresì testimoniare la progettazione operativa con cui, insieme a tutti gli stakeholder, si sono scelte priorità, azioni e risultati attesi per il 2012.

Il DPCS, coerentemente con gli indirizzi nazionali di razionalizzazione e ottimizzazione delle risorse e delle attività della Pubblica Amministrazione, si inserisce all'interno di un quadro programmatico regionale rappresentato dal *"Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014"* e dalle determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2012, che impongono un riorientamento ragionato delle politiche aziendali. Come ritroviamo all'interno del documento:

*"Il cambiamento culturale che l'ASL è chiamata a promuovere si struttura nel riorientare le reti dei servizi al fine di garantire la continuità delle cure tra ospedale-territorio-domicilio, indirizzare le politiche e le risorse della prevenzione alla tutela del benessere dei cittadini, promuovere un nuovo equilibrio tra ospedale e territorio in termini di assistenza e di costi, con l'attivazione di letti di area sub acuta, in un percorso da condividere con tutti i professionisti e le strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate".*

Al fine di valorizzare gli elementi di connessione con il contesto tratteggiato all'interno del documento, richiamiamo in questo paragrafo i principali elementi di sintesi che caratterizzano il Distretto di Corsico, contenuti all'interno del "Piano di salute integrato"<sup>2</sup>.

### 2.2.1 Il territorio e il quadro demografico

Il Distretto socio sanitario di Corsico copre un'area densamente abitata ed industrializzata di circa 51.8 Km<sup>2</sup>, comprendente 6 Comuni, con una popolazione residente al 1 gennaio 2011 di 116.444 abitanti. Il numero medio di abitanti per Km<sup>2</sup> è di 2.250, il Comune che registra la più alta densità abitativa è Corsico con 6.390 abitanti per Km<sup>2</sup>, mentre il meno denso è Cusago con 308 abitanti per Km<sup>2</sup>.

Tabella 2.1 Popolazione e superficie in Km<sup>2</sup> per Comune di residenza

<b>Comune</b>	<b>Superficie (Km<sup>2</sup>)</b>	<b>Uomini</b>	<b>Donne</b>	<b>Totale</b>
Assago	8,14	4.064	4.104	8.168
Buccinasco	11,99	13.182	13.755	26.937
Cesano Boscone	3,98	11.713	12.222	23.935
Corsico	5,40	16.644	17.863	34.507
Cusago	11,51	1.715	1.832	3.547
Trezzano sul Naviglio	10,74	9.387	9.963	19.350
<b>Totale Distretto</b>	<b>51,76</b>	<b>56.705</b>	<b>59.739</b>	<b>116.444</b>

Fonte: dati Istat – Statistiche popolazione residente al 1 gennaio 2011

In relazione alla struttura della popolazione, emerge che il saldo naturale tra nati e morti è inferiore (+0,22%) rispetto al saldo migratorio (+0,88%), di conseguenza l'incremento della popolazione nel Distretto è del 1,10% e risulta essere superiore rispetto alle altre realtà territoriali a confronto.

Il tasso di natalità è simile rispetto alla ASL, alla Regione e alla media nazionale.

La popolazione del Distretto risulta essere mediamente più anziana rispetto a quella del territorio di riferimento dell'ASL ma più giovane rispetto al dato regionale e nazionale. L'indice di vecchiaia – che indica la proporzione di popolazione anziana rispetto alla popolazione in età pediatrica - risulta essere pari a 135, rispetto al valore di 132 registrato nell'intera ASL. Il carico della popolazione non attiva (bambini ed anziani) è pari al 50,6%, non differente rispetto alla ASL, mentre la dipendenza degli anziani, che rappresenta il rapporto tra anziani e popolazione lavorativamente attiva, è pari a 29,0%, di poco superiore al dato distrettuale.

Le famiglie del Distretto sono circa 49.000 con un numero di figli per famiglia non differente rispetto a ASL, Regione Lombardia ed Italia.

<sup>2</sup> Per accedere al documento on-line <http://www.aslmi1.mi.it/component/content/article/616-il-dpcs-2012-e-on-line.html>

Tabella 2.2 Indicatori demografici generali

	<i>Distretto di Corsico</i>	<i>ASL</i>	<i>Lombardia</i>	<i>Italia</i>
Saldo naturale	0.22	0.14	0.08	- 0.04
Saldo migratorio	0.88	0.79	0.85	0.51
Bilancio demografico	1.10	0.92	0.92	0.88
Tasso natalità	9.5	9.5	9.9	9.3
Indice di invecchiamento	151	132	142	145
Dipendenza strutturale	50.6	50.0	52	52
Dipendenza anziani	29.0	28.5	30	31
Numero di famiglie	48.956	392.279	4.306.626	25.175.793
Numero medio di componenti per famiglia	2.5	2.6	2.3	2.4
Popolazione residente 31/12/2010	116.444	939.954	9.917.714	60.626.442

Fonte: dati Istat – Anno 2010

La popolazione straniera residente costituisce il 7,9% del totale della popolazione, rappresentando il 13,2% degli stranieri residenti in tutta la ASL. Si consideri in particolare come dal 2004 la percentuale degli stranieri nel distretto risulta superiore rispetto alla media ASL.

Il 9% circa del totale della popolazione attiva del distretto è costituito da stranieri, inoltre la popolazione attiva tra gli stranieri residenti è del 77,56% contro il 60% ca. di quella italiana.

Tra i nuovi nati i bambini stranieri sono il 15,97% del totale e costituiscono l'1,82% della popolazione straniera, mentre, i nuovi nati italiani costituiscono lo 0,82% della popolazione italiana.

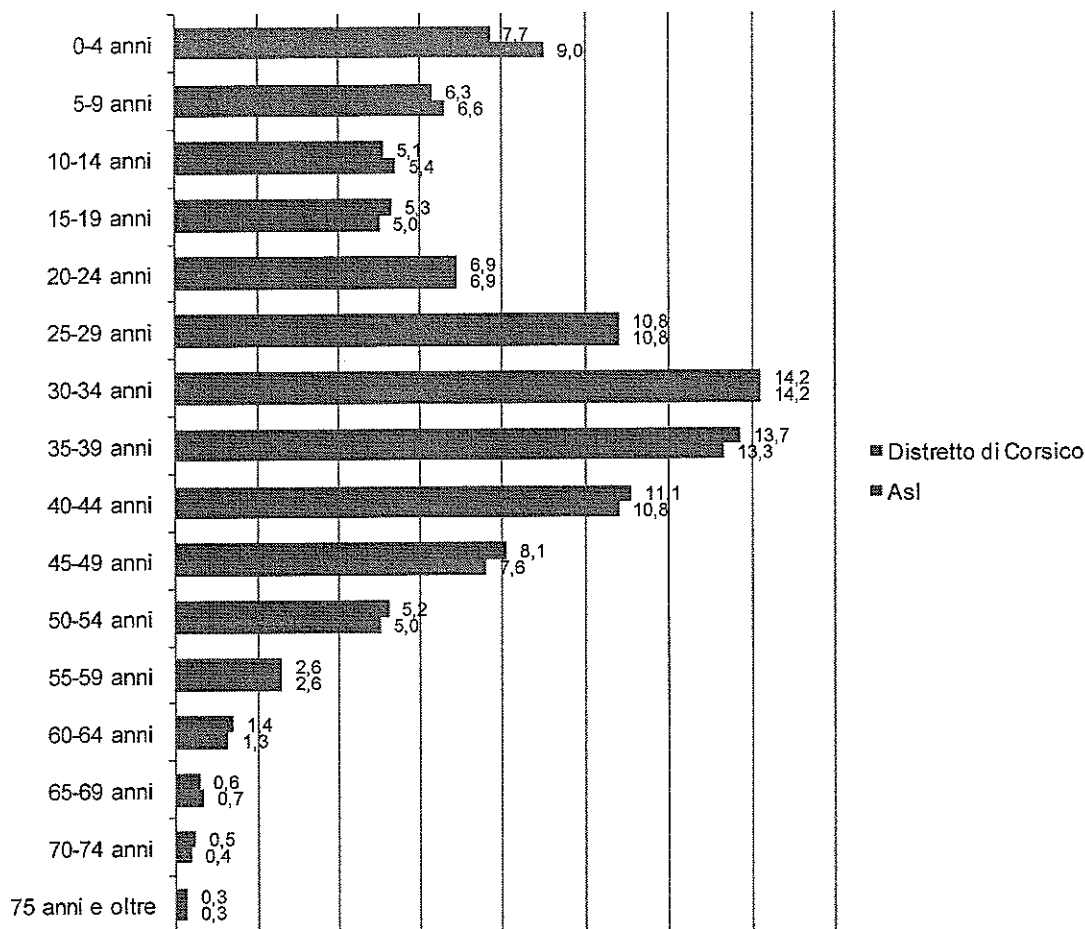
Tabella 2.3 Popolazione straniera residente

Anno	<i>Distretto di Corsico</i>		<i>Asl</i>	
	<i>v.a.</i>	<i>%</i>	<i>v.a.</i>	<i>%</i>
2003	2.657	2,4	20.587	2,4
2004	3.804	3,4	27.705	3,1
2005	4.731	4,2	34.935	3,9
2006	5.235	4,6	38.943	4,3
2007	5.996	5,3	44.064	4,8
2008	6.745	5,9	50.119	5,5
2009	7.617	6,7	56.695	6,1
2010	8.207	7,1	62.567	6,7
2011	9.178	7,9	69.524	7,4

Fonte: dati Istat – Anni 2003-2011

La popolazione straniera maggiormente presente nel territorio del distretto risulta essere quella di età compresa tra i 25 e i 44 anni (età attiva in termini di lavoro), non differente rispetto alla distribuzione osservata per l'intera ASL.

Figura 2.1 Distribuzione per classe di età della popolazione straniera residente



Fonte:

dati Istat – Dati al 1 gennaio 2011

### 2.2.2 I consumi sanitari

I consumi sanitari sono una stima della domanda sanitaria espressa dalla popolazione: quelli analizzati sono relativi ai ricoveri e alle prestazioni di specialistica ambulatoriale della popolazione residente.

Nel distretto i residenti usufruiscono di circa 19.500 ricoveri di cui: solo il 9% si riferisce ai ricoveri in strutture sanitarie site nel territorio della ASL, mentre l'88% avviene in strutture site fuori dal territorio di competenza della ASL ma sempre in Regione Lombardia, solo il 3% fuori Regione.

Confrontando la mobilità del distretto con quella complessiva dell'ASL si osserva un maggiore ricorso a erogatori situati al di fuori del territorio della ASL (87% ASL vs 56% distretto). Tale diversità è spiegata dalla realtà geografica del distretto che abbraccia il territorio della ASL di Milano.

Tabella 2.4 Ricoveri degli assistiti del distretto per macro area di scelta

<i>CONSUMI</i>	<i>Distretto di Corsico</i>		<i>ASL</i>	
	<i>N.</i>	<i>%</i>	<i>N.</i>	<i>%</i>
Intra Asl	1.757	9,0	67.382	45,4
Regione	17.079	87,6	76.048	51,2
Extra Regione	663	3,4	5.089	3,4
<b>Totale</b>	<b>19.499</b>	<b>100,0</b>	<b>148.519</b>	<b>100,0</b>

Fonte: dati UO Epidemiologia Asl

La popolazione residente nel Distretto per effettuare un ricovero si riversa principalmente nel vicino Ospedale San Carlo Borromeo (il 19% sul totale dei ricoveri) seguito dall'Ospedale San Paolo e Istituto Humanitas di Rozzano. Solo un 6% dei ricoveri avviene nella Casa di Cura Ambrosiana di Cesano Boscone, Comune di competenza del distretto.

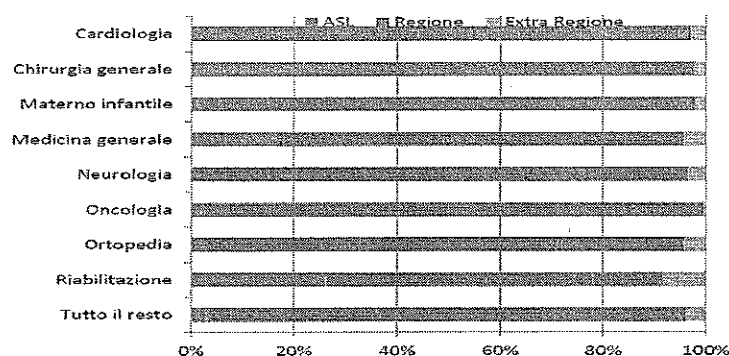
Tabella 2.5 Numero ricoveri degli assistiti del distretto suddivisi per ospedale di ricovero

<i>STRUTTURA DI RICOVERO</i>	<i>N.</i>	<i>%</i>
Ospedale S. Carlo Borromeo – Milano	3.540	18,8
Ospedale S. Paolo – Milano	3.342	17,7
Ist. Clinico Humanitas – Rozzano	1.794	9,5
Casa di cura ambrosiana – Cesano Boscone	1.082	5,7
Presidio Mangiagalli Regina Elena – Milano	973	5,2
Presidio Osp. Maggiore Policlinico – Milano	636	3,4
Ospedale S. Giuseppe – Milano	605	3,2
Presidio Osp. V. Buzzi – Milano	464	2,5
Ospedale Cà Granda-Niguarda – Milano	408	2,2
Ist. Ortopedico Gaetano Pini – Milano	368	2,0
Fond. IRCCS “Ist. Nazionale dei Tumori” – Milano	271	1,4
Ospedale civile G. Fornaroli – Magenta	262	1,4
Istituto Ortopedico Galeazzi Spa – Milano	254	1,3
Ospedale Fatebenefratelli e oftalmico – Milano	242	1,3
Ospedale Policlinico S. Matteo – Pavia	241	1,3
Ospedale di circ. C. Cantù – Abbiategrasso	218	1,2
Ist. Europeo di Oncologia – Milano	216	1,1

Fonte: dati UO Epidemiologia Asl – Anno 2010

La successiva figura illustra in maniera sintetica, oltre la ripartizione già descritta del dato relativo alla dislocazione territoriale delle strutture di ricovero fruite, anche la ripartizione per Unità Operativa di degenza.

Figura 2.2 Ricoveri degli assistiti del Distretto per macro area di scelta



Fonte: dati UO Epidemiologia Asl – Anno 2010

I residenti nell'arco di un anno usufruiscono di circa 2.000.000 di prestazioni di specialistica ambulatoriale che vengono erogate per il 62% da strutture site nel territorio della ASL. Il rimanente 38% avviene in strutture della Regione Lombardia. La percentuale di prestazioni erogate in strutture al di fuori della ASL è il doppio rispetto a quella dell'intera ASL.

Tabella 2.6 Prestazioni di specialistica ambulatoriale degli assistiti del distretto per macro area di scelta

	Distretto di Corsico		ASL	
	N.	%	N.	%
<b>CONSUMI</b>				
Intra Asl	636.887	31,5	9.684.878	62,2
Regione	1.379.822	68,3	5.846.718	37,5
Extra Regione	3.156	0,2	43.892	0,3
<b>Totale</b>	<b>2.019.865</b>	<b>100,0</b>	<b>15.575.488</b>	<b>100,0</b>

Fonte dati: UO Epidemiologia Asl – Anno 2010

Il 25% delle prestazioni vengono erogate presso il CDI di Milano mentre solo il 9% dalla Casa di Cura Ambrosiana, riproponendo la forte mobilità che caratterizza la popolazione residente nel territorio della distretto.

Tabella 2.7 Prestazioni di specialistica ambulatoriale degli assistiti del distretto per struttura di erogazione

STRUTTURA DI EROGAZIONE	N.	%
Centro Diagnostico Italiano	508.887	25,2
Casa di cura ambrosiana S.p.a.	174.437	8,6
Fleming Research S.r.l.	118.129	5,9
Poliambulatorio Osp.S. Carlo Borromeo – Milano	116.171	5,8
Ospedale civile G. Fornaroli – Magenta	100.071	5,0
Poliambulatorio Ospedale S. Paolo – Milano	96.278	4,8
Ist. Clinico Humanitas – Rozzano	77.245	3,8
Osp.S. Carlo Borromeo – Milano	69.371	3,4
Centro Servizi Sanitari S.r.l.	54.884	2,7
Ospedale S. Paolo – Milano	50.702	2,5
Poliambulatorio	37.925	1,9
Ist. Clinico Humanitas – Rozzano	35.130	1,7
Fondazione P.O. Maggiore	28.696	1,4
A. O. L. Sacco – Polo universitario	22.987	1,1
Medica S.n.c.	22.593	1,1
Fondazione Mangiagalli	21.891	1,1

Fonte: dati UO Epidemiologia Asl – Anno 2010

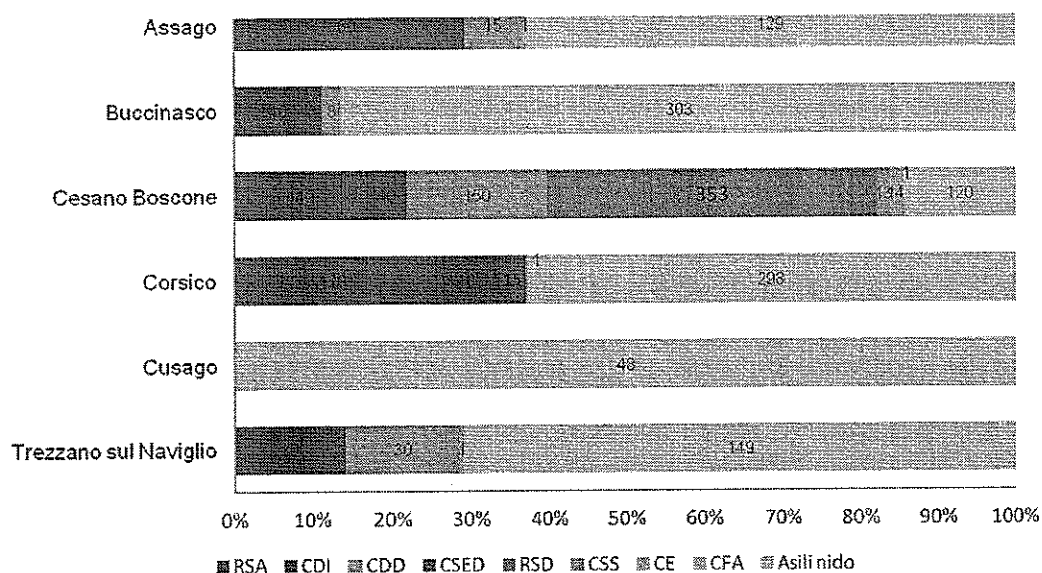
Sul fronte dei ricoveri, e della specialistica ambulatoriale, gli erogatori a cui si rivolgono i cittadini del nostro distretto sono per la maggior parte aziende governate da altre Asl, in particolare dall'Asl Città di Milano (le righe evidenziate riportano gli erogatori contrattualizzati invece dall'Asl Milano1).

### 2.2.3 La rete distrettuale di Welfare socio-sanitario e socio assistenziale (strutture socio-sanitarie e socio assistenziali)

L'offerta di servizi sanitari è completata dalle reti socio sanitarie e socio assistenziali autorizzate o accreditate di cui offriamo l'elenco completo degli erogatori presenti sul territorio distrettuale.

Proponiamo in questo paragrafo una ricostruzione delle strutture socio-sanitarie e socio assistenziali presenti, sia a livello di singolo Comune che di Distretto, per tipologia e posti accreditati.

Figura 2.3 Strutture socio-sanitarie e socio assistenziali per tipologia e posti accreditati – Dettaglio per Comune



Fonte: Direzione del Distretto Asl Milano 1

Tabella 2.8 Strutture socio-sanitarie e socio assistenziali presenti nel Distretto per tipologia e posti accreditati

Tipologia soggetto erogatore	N. soggetti accreditati presenti	Totale posti accreditati
Residenze Sanitarie Assistenziali	4	322
Centro Diurno Integrato	4	150
Centro Diurno Disabili	8	195
Centro Socio Educativo Disabili	1	15
Residenze Sanitarie Disabili	7	353
Comunità Socio Sanitarie	3	21
Comunità Educative	2	14
Consultori Familiari Autorizzati	3	3
Asili nido	26	1.047
Ser.T.	1	-
I.D.R. Struttura di riabilitazione	1	32.173

Fonte: Direzione del Distretto Asl Milano 1



#### **2.2.4 Linee di sviluppo e ambiti di miglioramento**

Coerentemente con le regole di Gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'anno 2012 e in riferimento alla rilevazione dei bisogni di salute, nonché alle istanze espresse dai portatori di interesse, alla necessità di diffondere buone prassi tecnico-professionali e amministrative, alla prospettiva di migliorare la qualità delle azioni di prevenzione e cura e alla necessità di potenziare le relazioni di collaborazione tra i diversi attori del sistema sanitario, sociosanitario e sociale del territorio, riportiamo nel presente paragrafo una sintesi degli ambiti di miglioramento individuati e programmati dall'Asl, esplicitati all'interno del Piano di salute.

##### *Governance distrettuale*

Nello sforzo complessivo di realizzazione di un sistema sempre più attento al cittadino viene ritenuta di fondamentale importanza la gestione e la manutenzione di un sistema "a rete" che veda la valorizzazione piena ed armonica di tutte le forze esistenti.

In questa area di sviluppo rappresenta una priorità la collaborazione con le Amministrazioni del territorio. In questo senso il Distretto metterà a disposizione la propria competenza professionale e le proprie risorse operative per concorrere ad una programmazione che sia il più possibile coordinata e funzionale, capace di alimentare un sistema coerente e attento all'utilizzo delle risorse.

Per completare il sistema di partecipazione alla programmazione territoriale, con l'accordo delle amministrazioni comunali e del Forum del Terzo Settore, verrà insediato il Tavolo distrettuale del Terzo settore, si lavorerà inoltre verso una trasformazione del Tavolo CeAD in Tavolo per l'integrazione delle reti sulle tematiche della fragilità per il *triage* socio sanitario (vedi anche Capitolo 4).

##### *Politiche di prevenzione*

In quest'area sono da considerare le politiche di prevenzione che verranno previste in riferimento alle diverse fasce della popolazione.

Un migliore raccordo tra le azioni previste dal Piano di Zona e le azioni programmate e condotte dai servizi Asl sarà resa possibile dall'allargamento del Tavolo di Promozione della Salute, già attivo presso il distretto, agli operatori dei servizi sociali e scolastici dei Comuni.

In particolare, sarà cura del Distretto favorire una concreta applicazione, in accordo con l'Ufficio di Piano, delle linee di orientamento regionale in tema di promozione del Benessere nelle Istituzioni Scolastiche, consolidando le azioni condotte in conformità alle intese realizzare con le Agenzie Scolastiche Regionali che hanno trovato una prima attuazione nelle applicazioni delle *Life Skills Training* in alcune scuole. La prospettiva è quella di proseguire nell'estensione del modello e nel coinvolgimento attivo dei docenti.

Un'azione preventiva importante è anche rappresentata dalla promozione dei corretti stili di vita. Un coordinamento ancora più stretto tra l'azione delle Amministrazioni Comunali, dell'Asl e delle forze sociali del

Terzo settore potrà permettere un'estensione di pratiche capaci di generare salute estendendo la metodologia positivamente testata con i Gruppi di Cammino.

Sono state già programmate azioni di coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale per incrementare l'adesione della popolazione alla campagna di *screening* per la prevenzione dei tumori al colon retto e alla mammella, mentre per la prevenzione del tumore alla cervice uterina dal 1 gennaio 2012 si è avviato il servizio di chiamata attiva per le fasce d'età 25-30 anni e 60-64 anni.

Gli sforzi profusi per il raggiungimento dell'obiettivo regionale in tema di vaccinazioni della prima infanzia ha indicato alcune azioni da mettere in campo, con il contributo degli Uffici di Stato Civile dei Comuni, per verificare la effettiva presenza sul territorio nazionale di bambini stranieri residenti le cui famiglie non rispondono alle diverse chiamate per eseguire le prime vaccinazioni. Sempre in tema di vaccinazioni, avendo chiuso nel 2010 l'ambulatorio vaccinale di Assago, è stato assunto l'impegno con l'amministrazione comunale, di sensibilizzare i pediatri che operano sul territorio comunale ad eseguire le vaccinazioni presso i loro studi. Occorre altresì promuovere azioni di sensibilizzazione per incrementare l'adesione alla vaccinazione anti HPV e per eliminare il fenomeno dell'interruzione del ciclo vaccinale connesso alla stessa.

#### *Semplificazione amministrativa*

L'Asl si propone di estendere l'impegno nella realizzazione di azioni in tema di semplificazione e di accompagnamento del cittadino ad esercitare i propri diritti con il minimo carico burocratico possibile, già messo in campo con le nuove procedure sui rinnovi automatici da remoti dei piani terapeutici per le persone con diabete. In particolare, l'ipotesi è di estendere questa prassi ai benefici sanitari conseguenti dal riconoscimento dell'invalidità civile, innanzitutto realizzando un collegamento informatico fra il servizio di medicina legale e gli uffici di scelta e revoca e protesi in modo che, al momento della richiesta della prestazione, l'utente non debba presentare il cartaceo del riconoscimento di invalidità in quanto lo stesso può essere richiamato on-line.

A proposito del contributo che l'Asl può offrire per snellire la procedura per l'accertamento dell'invalidità civile, si proseguirà con la buona pratica dell'invio in tempo reale ai patronati e ai Medici di Medicina Generale delle segnalazioni su criticità evidenziate nella compilazione della relazione clinica o nella compilazione della domanda per evitare rinvii della convocazione degli assistiti o errori di assegnazione alle diverse commissioni. Attraverso la disponibilità dei verbali di accertamento di invalidità sarà possibile inviare al domicilio dell'assistito il tesserino verde di esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, analogamente a quanto già avviene per il rinnovo dell'esenzione per patologia.

#### *Area dell'integrazione*

Per la necessaria integrazione ospedale/territorio, l'Asl si preoccuperà di continuare a lavorare con gli erogatori non contrattualizzati direttamente dalla Asl Milano 1, sia per i ricoveri, sia per la specialistica ambulatoriale. Si tratterà di continuare con la buona prassi della segnalazione tempestiva alle direzioni sanitarie delle criticità

evidenziate dai Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Famiglia, con la successiva trasmissione del riscontro avuto e del contributo alla risoluzione delle specifiche criticità.

Altrettanto occorrerà fare sul capitolo delle dimissioni protette continuando nella ricerca di collaborazione alla compilazione e invio del protocollo presso i reparti medici e di riabilitazione degli ospedali San Carlo, San Paolo e Humanitas, valorizzando altresì le buone performance raggiunte con la Casa di Cura Ambrosiana.

Sempre in tema di integrazione, verrà utilizzata la relazione di conclusione della sperimentazione CeAD per proseguire, oltre che l'attività del Tavolo di lavoro distrettuale, la sperimentazione del *triage* integrato, con l'uso di un unico strumento di valutazione da parte degli operatori dei sistemi sanitario, socio sanitario e socio assistenziale, la ricerca di eventuali duplicazioni e sovrapposizioni di interventi domiciliari, la messa a regime di un sistema integrato di fornitura di servizi domiciliari

Infine, potrà essere portata a piena attuazione la sperimentazione dell'attività di supporto psico-pedagogico nel consultorio accreditato di Assago, progetto che ha mosso i primi passi nel 2010 con la piena approvazione regionale e che prevederà il favorire una maggiore apertura degli spazi consultoriali, anche in fasce temporali non consuete, arricchendo la capacità di supporto alle famiglie e al loro compito educativo. Questa esperienza rappresenterà un'occasione di avvicinamento ai cittadini dei luoghi di erogazione delle prestazioni, attraverso una localizzazione di sportelli di ascolto all'interno di spazi idonei messi a disposizione dalle parrocchie.

#### *Il Distretto, luogo della comunicazione*

Il Distretto socio-sanitario intende dare particolare attenzione alla comunicazione efficace nei confronti della popolazione.

In accordo con le strutture aziendali a ciò preposte, si prevede di dare un particolare rilievo alle modalità di comunicazione capillare costituite dai diversi organi di informazione municipale. La possibilità di essere presenti in strumenti così caratterizzati da una attenzione maggiore resa possibile dalla prossimità della notizia, ciò si pensa possa essere di grande aiuto alla necessità di arrivare in modo preciso al gran parte della popolazione del distretto.

Una forma di comunicazione che sarà maggiormente sfruttata è costituita dal sistema di proiezioni interne alle sedi sanitarie, nelle quali sono presenti da tempo schermi sui quali è possibile veicolare messaggi di servizio.

#### *Il Distretto e le iniziative per la salute mentale*

Accanto al progetto aziendale di coinvolgimento dei Pediatri di Famiglia nella prevenzione della depressione *post-partum*, va segnalato l'investimento sulla tutela mentale in età evolutiva che vede un posizionamento di risorse aggiuntive regionali a favore delle prestazioni delle UONPIA al fine di diminuire i tempi di attesa, sia per le prestazioni di diagnostica, sia, soprattutto, per le prestazioni di psicoterapia e logopedia che costituiscono l'attuale emergenza del Distretto.

Per quanto riguarda gli adulti, si continuerà nell'azione di promozione presso i Medici di Medicina Generale e presso i Servizi Sociali Comunali dei progetti regionali attivi presso il CPS di zona, per arrivare ad incrementarne

l'utilizzo. Si proseguirà inoltre con la sperimentazione delle residenze leggere, anche alla luce del numero di assistiti del Distretto (circa 40) ricoverati presso strutture a media/alta intensità che, ai sensi della normativa regionale dovrebbero essere dimessi entro i 36 mesi di permanenza ma che, per essere dimessi, per la maggior parte, necessiterebbero di una permanenza in bassa intensità.

### 3. LE AZIONI D'AREA

In questa sezione del Piano di Zona vengono presentati gli interventi ritenuti prioritari per alcune aree di intervento in cui si articola il sistema di Welfare del distretto sociale di Corsico; ovvero: disabilità, immigrazione, minori e famiglia, salute mentale; in una logica di continuità rispetto alle programmazioni precedenti. Una specifica sezione è dedicata allo sviluppo del sistema informativo, considerato un'area trasversale rispetto alle altre.

Con riferimento alle aree di intervento (in particolare l'area anziani), non espressamente ricomprese in questa parte del documento, l'obiettivo dell'Ambito è quello di operare una ridefinizione degli obiettivi in itinere, nel corso del prossimo triennio, nel rispetto di quanto previsto dalle azioni di sistema (si veda infra capitolo IV).

La scelta programmatica effettuata dall'Ambito è stata quella di ragionare per "servizi e livelli essenziali" e quindi di identificare, per ciascuna area di intervento, non obiettivi generici ma una o più azioni che costituiscano gli assi prioritari della programmazione, intorno ai quali ruoteranno:

- l'integrazione tra risorse pubbliche e private;
- l'attrattività verso le risorse del territorio;
- l'attivazione di un partenariato ampio e qualificato.

Questa scelta è stata dettata dalle contingenze finanziarie (dettagliatamente descritte nel capitolo I), che hanno visto una drastica riduzione delle risorse: in particolare il Fondo Sociale Regionale dal 2011 al 2012 è passato da 70 a 40 milioni, producendo un netto ridimensionamento nelle risorse a disposizione degli ambiti per la programmazione zonale.

E' evidente che l'obiettivo prioritario sul piano assistenziale e trasversale alle aree, che diviene cruciale in questa fase congiunturale, è il mantenimento delle unità di offerta giudicate essenziali attualmente esistenti e ai livelli e negli standard ad oggi in essere.

#### 3.1 DISABILITA'

L'area della disabilità è un'area particolarmente complessa, perché comprende una molteplicità di portatori di interessi: la famiglia, che spesso ha in carico un soggetto disabile durante tutto l'arco della sua vita; il disabile; la comunità; i soggetti gestori dei servizi.

L'obiettivo perseguito a livello generale è quello di ridurre la tendenza all'istituzionalizzazione dei soggetti diversamente abili, favorendo il mantenimento e lo sviluppo delle autonomie residue e il loro reinserimento nel contesto sociale di riferimento.

Il Piano di Zona 2006-2008 aveva visto un forte investimento in questa area, che ha consentito, grazie alle risorse aggiuntive del Fondo Nazionale Politiche Sociali, l'avvio di servizi innovativi per l'intero distretto. L'obiettivo nel triennio successivo è stato quello di consolidare e mantenere i servizi esistenti sul territorio.

Per il triennio 2012-2014 gli obiettivi identificati dall'Ambito quali prioritari, sono:

- Mantenere la rete di offerta con particolare riferimento ai servizi a ciclo diurno e domiciliari;
- Favorire l'equità nell'accesso alle prestazioni;
- Favorire l'accesso al mercato da parte dei soggetti diversamente abili.

**Tab. 3.1 – Obiettivi e azioni area disabilità**

OBIETTIVI	AZIONI
Mantenere la rete di offerta con particolare riferimento ai servizi a ciclo diurno e domiciliari	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenimento dei volumi di offerta 2011, con particolare al servizio CDD e al servizio ADH</li> <li>• Sperimentazione del servizio ADH per gruppi di utenti</li> <li>• Prosecuzione dello studio sulla spesa per la disabilità, con particolare riferimento al suo livello di efficienza ed efficacia, attraverso l'identificazione condivisa di indicatori omogenei (si veda web ambiti).</li> </ul>
Favorire l'equità nell'accesso alle prestazioni	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizzazione di una mappatura dinamica, della regolazione dei singoli comuni</li> <li>• Omogeneizzazione della tariffazione dei servizi in una logica incrementale in primis del servizio trasporto</li> </ul>
Favorire l'accesso al mercato da parte dei soggetti diversamente abili	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenimento e consolidamento del servizio CSIOL</li> </ul>

### **3.1.1 *Mantenimento del volume di offerta***

Per la triennalità 2012-2014 le azioni ritenute prioritarie sono relative al mantenimento dei due servizi ritenuti *core* per l'area, ovvero:

- Il **servizio CDD**, che si sostanzia nel pagamento mediante voucher del servizio di Centro Diurno integrato per persone Disabili (CDD). Esso è un servizio diurno per disabili gravi rivolto all'accoglienza di persone disabili di età superiore ai 18 anni (i minorenni possono essere eccezionalmente accolti solo in presenza contestuale di particolari condizioni), ha assorbito nel 2011 risorse pari a circa 142mila euro per un totale di 51 beneficiari;
- L'**assistenza domiciliare disabili**, che si sostanzia nell'erogazione tramite voucher virtuali per le prestazioni di assistenza domiciliare per i disabili, ha assorbito nel 2011 circa 303mila euro per un totale di 92 soggetti beneficiari.

Il Piano di Zona 2009 -2011 ha consolidato una serie di servizi, mediante la gestione tramite voucherizzazione virtuale.

L'Ambito di Corsico, nella triennalità precedente, oltre ad aver definito un sistema per la voucherizzazione della domiciliarità e il diurnato, si è interamente assunto, attraverso il Piano di Zona, l'onere della quota sociale delle rette dei CDD.

Queste scelte hanno comportato un significativo investimento finanziario e al contempo uno sforzo per favorire il cambiamento organizzativo, che l'Ambito vuole capitalizzare nel prossimo triennio mantenendo i servizi identificati.

### **3.1.2 Favorire l'equità nell'accesso alle prestazioni**

Il tema dell'equità nell'accesso alle prestazioni è certamente un tema trasversale a tutte le aree di intervento, ma esso diventa cruciale parlando di servizi per la disabilità, ed in particolare con riferimento ai servizi per il disabile grave a carico della famiglia. La disabilità rappresenta uno stato di bisogno che il soggetto beneficiario del servizio avrà, nella maggior parte dei casi, per tutto l'arco della propria vita, rappresentando, purtroppo, un fattore di impoverimento per il nucleo familiare di provenienza.

Ad oggi la regolazione dei criteri di accesso, ma ancora più importante, della compartecipazione da parte degli utenti al costo delle prestazioni, è ad appannaggio dei singoli Comuni. Diviene dunque cruciale che la regolazione a livello di ambito intervenga a stabilire:

- I servizi da sottoporre a tariffazione, per i quali richiedere alle famiglie un concorso alla spesa per la quota sociale a carico del Comune o del Piano di Zona (come nel caso dei CDD). Critico anche il caso del servizio trasporto, soprattutto nel caso in cui venga gestito da altro erogatore rispetto ai servizi a ciclo diurno e delle strutture residenziali;
- Le modalità di calcolo della situazione economica (si veda infra "Fattore Famiglia");
- Gli strumenti da utilizzare nella tariffazione (scaglioni, Isee continuo, Isee lineare ecc);
- Le eventuali soglie e fasce di esenzione o di totale pagamento della retta/tariffa.

Questi sono temi cruciali per garantire equità nell'accesso ai servizi del territorio da parte di tutti i cittadini dell'ambito, per questo si rendono immediatamente necessarie due azioni:

- Una mappatura e valutazione delle attuali regolamentazioni a livello comunale, preliminare al raggiungimento dei sopracitati obiettivi;
- Il progressivo allineamento del comportamento dei Comuni.

L'area disabilità può rappresentare il punto di partenza, l'area su cui intervenire in maniera sperimentale; ma è evidente come tali riflessioni siano riferibili, naturalmente, anche ad altre aree di servizi, *in primis* l'area anziani.

### 3.1.3 Favorire l'accesso al mercato da parte dei soggetti diversamente abili

Il tema dell'accesso al mercato del lavoro da parte diversamente abili è giudicato prioritario da parte dell'Ambito, pertanto si ritiene un obiettivo cruciale quello di mantenere il Servizio CSIOL, un servizio volto a favorire l'incontro tra i lavoratori diversamente abili e le aziende intenzionate ad assumere soggetti appartenenti a categorie protette. Il servizio si rivolge in particolare a:

- persone con invalidità definita dalle Commissioni di cui all'art. 4 Legge 104/92 e legge 68/99 con percentuale certificata superiore al 45% e con una prognosi di collocabilità;
- invalidi del lavoro con capacità lavorativa superiore al 33%.

## 3.2 IMMIGRAZIONE

Come descritto nel capitolo II, la presenza straniera regolare nell'ambito è cresciuta in maniera significativa negli ultimi anni, passando dal 2,4%, registrato nel 2003, al 7,9% registrato nel 2011.

Con riferimento a quest'area, la scelta dell'Ambito è stata quella di orientare la programmazione per il prossimo triennio verso due strumenti, lo sportello orientamondo e lo sportello badanti, ritenuti prioritari rispettivamente per il raggiungimento degli obiettivi di:

- Promozione dell'integrazione degli stranieri nel contesto sociale
- Attivazione di un sistema di accesso al mercato regolare del lavoro.

Tab. 3.2 – Obiettivi e azioni area immigrazione

OBIETTIVI	AZIONI
Favorire l'integrazione nel contesto sociale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenimento sportello informativo</li> </ul>
Favorire l'integrazione regolare nel mercato del lavoro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenimento sportello badanti</li> </ul>

### 3.2.1 Sportello Orientamondo

Nel corso della triennalità precedente sono stati resi disponibili alla popolazione immigrata vari servizi volti a favorire l'integrazione socio-culturale e lavorativa, ovvero:

- **Mediazione Culturale- interventi di mediazione nelle scuole:** attività per l'accoglienza dei minori nelle scuole e l'affiancamento nelle attività ordinarie e straordinarie (es distribuzione pagelle, colloqui genitori-insegnanti)
- **Mediazione Culturale – facilitazione linguistica:** laboratori per favorire l'acquisizione dell'italiano di base all'interno delle scuole



- **Mediazione Culturale-laboratori interculturali** laboratori per le classi che hanno al proprio interno uno o più alunni stranieri per agevolare l’inserimento e l’integrazione dell’alunno straniero e/o di permettere agli alunni italiani di conoscere e comprendere la cultura di appartenenza del nuovo compagno
- **Sportelli Orientamondo:** sportello informativo sulla normativa relativa l’immigrazione, permesso di soggiorno, ricongiungimento familiare, asilo politico, servizio di consulenza legale, orientamento al territorio e trasmissione online delle pratiche di rilascio e rinnovo dei permessi di soggiorno.

Alla luce della contingente situazione finanziaria l’Ambito ha scelto di identificare il servizio ritenuto “prioritario” tra questi, ma al contempo catalizzatore dell’utenza rispetto alla rete territoriale, ovvero gli sportelli informativi Orientamondo (punto elenco 4).

### **3.2.2 Sportello badanti**

Le assistenti familiari (badanti) rappresentano, dopo la famiglia, il servizio a cui più frequentemente si ricorre per la cura di anziani in difficoltà e disabili gravi, esse sono un vero e proprio esercito (composto in verità sia da italiane che da straniere), ma, secondo le più recenti stime, tra loro solo 4 su 10 hanno un contratto di lavoro regolare<sup>3</sup>.

Nel corso degli ultimi due trienni molti ambiti della provincia di Milano si sono dotati di strumenti per favorire l’incontro tra domanda e offerta qualificata, mettendo insieme le esigenze delle famiglie, degli anziani e delle assistenti familiari.

Nell’ambito di Corsico il servizio di sportello per le badanti è nato dal più ampio sportello informativo per gli immigrati nel 2009 e nel corso del triennio appena trascorso ha ottenuto buoni riscontri sia quantitativi che qualitativi.

Accanto allo sportello è attivo un albo badanti; in seguito al *matching* tra assistente familiare e famiglie viene attivato un percorso di accompagnamento per favorire l’inserimento.

Il servizio inoltre mette in contatto le famiglie e le assistenti familiari con il CAAF-ACLI per la stipula del contratto di lavoro.

## **3.3 MINORI E FAMIGLIE**

La famiglia è sempre più soggetta a fenomeni di disgregazione della rete interna ed esterna di riferimento: si conferma la percezione degli operatori dei servizi di una crescente presenza di situazioni di disagio all’interno dei nuclei familiari.

Ci si trova ad operare in contesto in cui vi sono famiglie sempre più piccole, un crescente numero di nuclei monogenitoriali, un incremento delle separazioni conflittuali.

---

<sup>3</sup> Si veda “Seconda Relazione Sociale” della Provincia di Milano.

La scelta dell'Ambito è quella di orientare la programmazione verso il sostegno delle situazioni di maggiore disagio, favorendone il progressivo ritorno alla normalità, a questo scopo l'Ambito ritiene cruciale il mantenimento del servizio Spazio Neutro.

**Tab. 3.3 – Obiettivi e azioni area minori e famiglie**

OBIETTIVI	AZIONI
Sostenere i nuclei familiari fragili	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mantenimento delle attività e delle risorse del servizio Spazio Neutro.</li> </ul>

### **3.3.1 Spazio neutro**

Rappresenta un servizio per l'esercizio del diritto di visita e di relazione; esso si configura come un atto di cura rispetto alla possibilità del figlio di mantenere intatti, al di là delle crisi e delle rotture familiari, i legami con i genitori e la rete familiare. Vuole inoltre favorire e sostenere la continuità della relazione tra il bambino e i suoi genitori a seguito di separazione, divorzio conflittuale, affido e altre vicende di grave e profonda crisi familiare. L'invio avviene attraverso un provvedimento dell'autorità giudiziaria. Il servizio ha visto nel 2011 un investimento di 31.360 euro, per un costo orario di 6,63 euro ed un costo per utente di 1.363,48 euro.

## **3.4 SALUTE MENTALE**

Nell'ambito della salute mentale l'obiettivo è quello di favorire il mantenimento di servizi che contrastino realmente la "ghettizzazione" sociale dei soggetti con disagio psichico. In questo senso la residenzialità leggera viene identificata come lo spazio di prevenzione all'interno del quale sviluppare effettivamente e concretamente nuovi percorsi di integrazione dei malati psichici. La prospettiva è quella di un maggior impegno del Dipartimento di salute mentale per progettazioni condivise e in direzione di una effettiva integrazione delle reti.

**Tab. 3.4 – Obiettivi e azioni area salute mentale**

OBIETTIVI	AZIONI
Favorire l'inclusione sociale di soggetti con disagio psichico	Mantenere e consolidare i progetti presenti sulla residenzialità "leggera"
Maggiore integrazione tra sociale e sanità	Sviluppo di progettazioni condivise con il Dipartimento di Salute Mentale

### 3.4.1 Residenze leggere

Le residenze leggere sono state aperte nel corso del 2010 e hanno attualmente 8 posti convenzionati che potrebbero verosimilmente giungere a 12, nel corso della prossima triennalità. Esse rappresentano un servizio fortemente innovativo poiché forniscono una reale opportunità di reinserimento sociale per le persone che vi accedono.

Si tratta di un servizio che intende favorire il percorso di inclusione sociale di soggetti con disagio psichico, mediante un percorso di autonomia all'interno di appartamenti gestiti dai soggetti stessi e da personale qualificato. L'investimento complessivo nel 2011 è stato pari a 87.600 euro.

Ad oggi è in fase di studio una proposta tecnica, inoltrata al Consiglio di rappresentanza dell'Asl, che prevede l'utilizzo di una quota del fondo di riequilibrio per concorrere alla copertura della quota sociale, che potrebbe consentire l'auspicabile aumento dei posti disponibili, cui si faceva cenno in apertura del paragrafo.

### 3.4.2 Integrazione tra sociale e sanitario

Al fine di sviluppare l'integrazione socio – sanitaria in tema di salute mentale si ritiene prioritario perseguire la reale attuazione di quanto previsto dal protocollo tra CPS e Dipartimento di salute mentale per favorire il percorso di presa in carico integrato dei residenti con disagio psichico.

## 3.5 SISTEMA INFORMATIVO

Ulteriore azione strategica trasversale alle aree di intervento fin qui illustrate è lo sviluppo del sistema informativo.

L'obiettivo generale in questo ambito è quello di favorire la conoscenza del territorio e aumentare la capacità di analisi degli operatori e anche la possibilità di benchmarking con gli altri territori, attraverso lo sviluppo di un linguaggio comune e la condivisione delle informazioni.

Tab. 3.5 – Obiettivi e azioni area sistema informativo

OBIETTIVI	AZIONI
Favorire lo sviluppo di un linguaggio comune	Sviluppo database di ambito (Web Ambito)
Favorire la condivisione delle informazioni sugli utenti	Omogeneizzazione nell'utilizzo della cartella sociale di ambito e nelle prassi di utilizzo da parte degli operatori
Migliorare la fruibilità dei servizi	

### **3.5.1 Cartella sociale**

Il progetto ha preso avvio nel triennio 2006-2008, e ad oggi non viene utilizzato appieno da tutti i Comuni dell'ambito, pur rappresentando un utile strumento per avere dati omogenei e sempre aggiornati e per facilitare e snellire il lavoro delle assistenti sociali.

Gli obiettivi per il prossimo triennio sono riconducibili a due punti:

- Omogeneizzazione nelle pratiche di utilizzo dello strumento da parte di tutti gli operatori.
- Utilizzo in tutti i Comuni dell'ambito.

### **3.5.2 Web ambiti**

Il progetto si sostanzia nella costruzione di una piattaforma web dove sono inseriti tutti i dati di rendicontazione della spesa sociale dei Comuni, trattati e sistematizzati in modo da renderli comparabili con gli altri distretti. Il progetto avviato nel precedente triennio ad oggi coinvolge tutti i distretti dell'Asl Milano 1. Gli obiettivi da perseguire nel prossimo triennio sono:

- che esso diventi uno strumento in grado di produrre indicatori che forniscano informazioni sull'efficacia e l'efficienza dei servizi anche attraverso confronti tra Comuni e distretti;
- avviare un processo di integrazione con i dati di cui dispone direttamente l'Asl Milano 1;
- operare benchmarking con i dati degli altri territori fuori dall'Asl Milano 1.

## 4. AZIONI DI SISTEMA

In questa parte del Piano vengono presentate le linee di intervento ritenute strategiche a livello distrettuale e sulle quali, quindi, si ritiene prioritario intervenire ed investire a livello di azioni associate e di sistema, in un'ottica trasversale alle diverse aree tematiche.

Tali linee di intervento sono riconducibili in particolare a cinque punti:

- l'accesso al sistema di offerta;
- le gestioni associate;
- lo sviluppo della coesione sociale sostenibile;
- area delle dipendenze;
- inclusione sociale dei detenuti.

### 4.1 L'ACCESSO AL SISTEMA DI OFFERTA

L'omogeneizzazione del sistema di accesso alla rete dei servizi si conferma un obiettivo prioritario e strategico da perseguire a livello sovra-comunale, cui si è fatto già accenno nella parte riguardante le azioni di area, con riferimento all'area della disabilità (Capitolo III).

In questo senso, l'obiettivo dell'Ambito è quello di garantire ai propri cittadini un sistema di accesso equo e omogeneo sull'intero territorio distrettuale, il raggiungimento di tale obiettivo richiede di intervenire almeno in tre direzioni:

- La fruibilità delle informazioni sulla rete dei servizi;
- la regolazione dell'accesso;
- la regolazione della compartecipazione.

#### 4.1.1 *La fruibilità delle informazioni sulla rete dei servizi*

Sul tema della fruibilità delle informazioni sono state ampiamente identificate le criticità presenti nell'Ambito di Corsico, sia dal Piano di Zona 2006-2008 che da quello 2009-2011, che riguardavano in particolare:

- l'accesso alle informazioni, legate in particolare alla difficoltà di mettere in rete le conoscenze tra gli operatori e quindi, di conseguenza il loro trasferimento agli utenti; e alla disomogeneità informativa;
- le prassi organizzative: il sovraccarico di lavoro degli operatori di *front-office* si traduce in lunghi tempi di attesa per gli utenti, spesso rimandati al colloquio con l'assistente sociale anche per ottenere informazioni sulla rete dei servizi, e sull'accesso alle prestazioni. E' necessario individuare su questo punto delle modalità di azione univoche tra gli operatori dei diversi Comuni.

**Tavola 4.1 – Criticità nella fruibilità delle informazioni**

Livello	Criticità
Accesso all'informazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mancanza di conoscenza ed una difficile circolazione di informazioni</li> <li>• Disomogeneità delle informazioni disponibili nei diversi punti di accesso (comunali e non).</li> </ul>
Prassi organizzative	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mancanza di strumenti per la messa in rete delle informazioni</li> <li>• Mancanza di momenti di confronto con gli operatori</li> <li>• Lunghi tempi di attesa per il colloquio di segretariato sociale, dovuti al sovraccarico degli operatori di front – office.</li> <li>• Frequente rimando al colloquio con l'assistente sociale anche per avere informazioni relative all'accesso ai servizi.</li> </ul>

Fonte: Piano di Zona 2006- 2008 e Piano di Zona 2009 -2011

Alla luce della consapevolezza che le criticità rilevate nelle annualità precedenti non risultano essere del tutto superate, permane la volontà di costruire un Segretariato sociale d'ambito che rappresenti uno strumento in grado di garantire informazione e orientamento ai servizi distrettuali e comunali e che si sviluppi su due livelli: di informazione generale e di prima valutazione ed orientamento.

**Tavola 4.2 – Sviluppo del segretariato sociale**

Livelli di sviluppo	Azioni/interventi previsti
<p>Mantenimento del Segretariato sociale su due livelli:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• il primo informativo (sportello sociosanitario e socioassistenziale)</li> <li>• il secondo di prima valutazione e orientamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• raccordo con i servizi del territorio per la gestione del segretariato di primo livello e tra Comuni per quello di secondo livello</li> <li>• aggiornamento della mappatura delle unità di offerta esistenti (pubbliche, accreditate private)</li> <li>• Implementazione di strumenti informativi per la diffusione delle informazioni a livello di ambito (si veda paragrafo sistema informativo).</li> <li>• Istituzionalizzazione di momenti di scambio e condivisione delle prassi organizzative</li> <li>• Implementazione di una Carta dei Servizi di ambito Distrettuale</li> </ul>

#### **4.1.2 La regolazione dell'accesso**

Nei Comuni dell'Ambito si rileva la permanenza di differenze nelle modalità di valutazione dei casi e di procedure per la presa in carico degli utenti, dovute, da un lato all'utilizzo di differenti strumenti e prassi organizzative per la presa in carico degli utenti, dall'altro alle differenze nella regolazione a livello comunale dei criteri di accesso.

Quanto al primo punto l'Ambito intende perseguire la diffusione di metodologie di valutazione dei casi e di progettazione sempre più integrati ed omogenei sul territorio, avendo un'attenzione particolare allo sviluppo di Equipe multidisciplinari e multi professionali che si occupino di valutazione del bisogno, soprattutto con riferimento all'accesso alle prestazioni socio-sanitarie.

A tale proposito nell'Asl Milano 1 è in fase di avvio una sperimentazione tra area sociale e sanitaria relativamente al "trriage" (si veda capitolo II). L'idea è quella di perseguire un diverso utilizzo dei titoli sociali e socio-sanitari. L'intenzione dell'Ambito è quella di fare proprio e diffondere tale strumento.

Punto di partenza può essere la scheda predisposta con il CeAD del distretto, nell'ottica di recuperare uno strumento che è già stato in parte utilizzato dai servizi.

Funzionale a questo obiettivo è sicuramente la progressiva omogeneizzazione della regolazione comunale, particolarmente differenziata per quei servizi che introducono criteri di selezione basati sulla valutazione della situazione economica del nucleo familiare, criticità che si riscontra in maniera particolarmente significativa nella definizione di criteri di selettività/prioritarizzazione dello stato di bisogno basati sull'utilizzo della lettura della situazione economica equivalente.

#### **4.1.3 La regolazione della compartecipazione**

L'omogeneizzazione della contribuzione da parte dell'utenza è un obiettivo particolarmente ambizioso per il distretto e presenta livelli di complessità, soprattutto con riferimento alla compartecipazione alla quota a valenza sociale delle prestazioni socio-sanitarie.

L'approvazione del Fattore Famiglia da parte del Consiglio Regionale<sup>4</sup>, proprio a ridosso della programmazione zonale, rappresenta una grande opportunità per l'Ambito di Corsico.

Il Fattore Famiglia Lombardo si sostanzia in una serie di criteri per valutare la situazione economica delle famiglie al fine di valutarne la capacità concorsuale da parte della famiglia, in termini di quota di compartecipazione delle stesse ed entità dei benefici economici erogabili.

Il Fattore Famiglia introduce quindi dei criteri proprio volti a rendere omogenea la regolazione della compartecipazione da parte dei Comuni, in questo senso va a dirimere alcune delle questioni più critiche e che più vengono affrontate disomogeneamente nella regolazione comunale:

---

<sup>4</sup> Legge Regionale n.2 del 24 febbraio 2012 - Modifiche ed integrazioni alle leggi regionali 12 marzo 2008, n.3 (Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario).

- La valutazione dei redditi fiscalmente esenti (che dovranno essere inclusi al fine della valutazione della capacità concorsuale da parte delle famiglie), con una distinzione nel calcolo: al 100% nel caso di accesso a prestazioni residenziali; al 50% nel caso di accesso a prestazioni semiresidenziali;
- Il soggetto di riferimento per il calcolo della compartecipazione alle prestazioni socio-sanitarie, che dovrà essere il solo assistito nel caso di disabili gravi, ed il nucleo (coniuge e figli conviventi) per gli anziani non autosufficienti.

Rispetto all'Isee, inoltre il Fattore Famiglia, prevede:

- L'aumento delle maggiorazioni delle scale di equivalenza Isee per alcune tipologie familiari (famiglie numerose, nuclei monogenitoriali, famiglie con disabili e anziani a carico);
- L'introduzione di criteri specifici per lavoratori cassaintegrati, e fuoriusciti dal mercato del lavoro;
- L'estensione del nucleo anagrafico anche ai nati e ai minori in affidamento;
- La valutazione della situazione patrimoniale attraverso franchigie modulate sulla composizione del nucleo.

L'obiettivo è quello che i Comuni del distretto aderiscano alla sperimentazione attivata dall'ASL Milano 1, al fine di introdurre un software "correttivo" finalizzato a consentire agli operatori il nuovo calcolo. Si tratterà di una sperimentazione virtuale che dopo un arco di tempo delimitato (3/6 mesi per esempio), si ipotizza possa offrire dati di conoscenza su come il Fattore Famiglia modificherebbe la compartecipazione delle famiglie rispetto all'Isee. Questi nuovi dati consentirebbero di calcolare il valore mediano per l'esenzione futura, fornendo indicazioni utili sul governo futuro delle risorse.

## **4.2 LE GESTIONI ASSOCIATE**

La gestione associata si conferma un obiettivo prioritario anche per il nuovo triennio, al fine di incrementare l'integrazione tra i Comuni e la definizione di priorità strategiche condivise per la politica sociale del distretto. In particolare, nel prossimo triennio, si ritengono obiettivi prioritari:

- L'effettiva implementazione della gestione associata del servizio tutela minori, a partire dallo studio di fattibilità effettuato;
- L'ampliamento della gestione associata al servizio Tutela disabili, novità assoluta per l'Ambito.

### **4.2.1 Tutela associata minori**

La costruzione del servizio tutela minori a livello distrettuale è una diretta conseguenza dello studio di fattibilità sui costi e sui benefici connessi alla gestione associata di tale servizio.

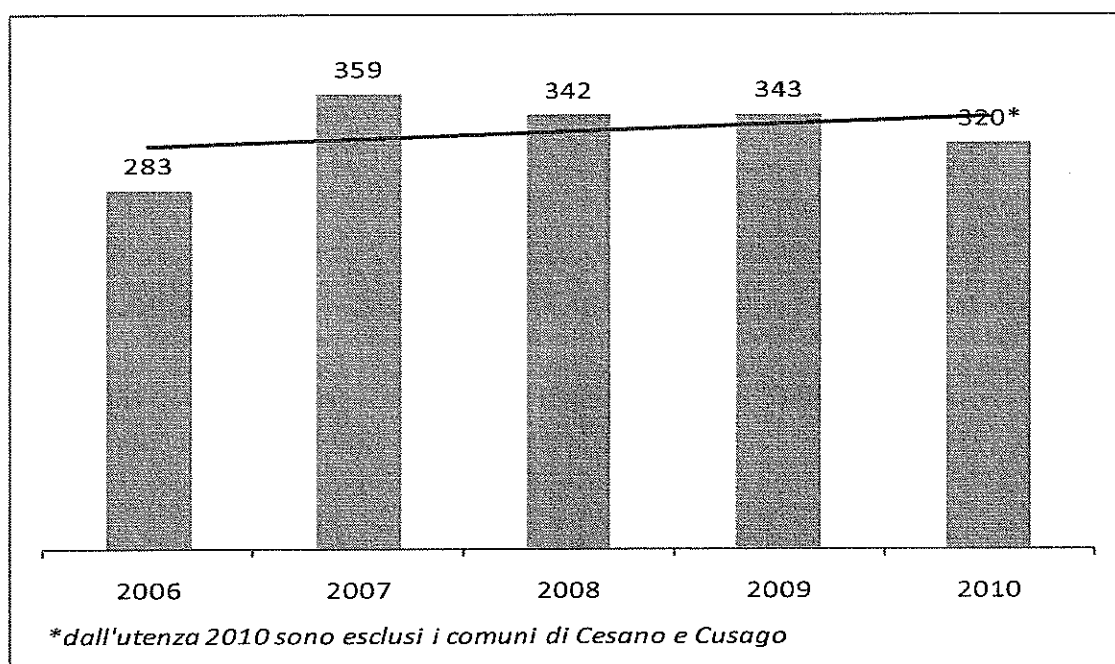
Nel corso degli ultimi anni, a livello complessivo di ambito, si registra un incremento del numero dei casi seguiti (grafico 4.1), e un conseguente aumento della spesa pari a € 1.872.408,94.

Gli obiettivi perseguiti attraverso la gestione associata della tutela minori sono connessi in particolare a:



- Maggiore appropriatezza degli interventi
- Specializzazione degli operatori coinvolti
- Possibilità di economie di scala
- Razionalizzazione delle risorse
- Suddivisione tra il ruolo di sostegno e il ruolo di controllo
- Costruzione di prassi condivise
- Definizione di obiettivi di lungo periodo

Grafico 4.1 - Andamento dell'utenza



Fonte: elaborazione dati Piano Zona

Le linee che sono state condivise nella progettazione dell'intervento e da perseguire nella sua reale implementazione sono:

- Il mantenimento della titolarità del caso resta da parte del comune nonché l'obbligo da parte di quest'ultimo di segnalazione dei casi; mentre è in capo al servizio tutela minori associata l'applicazione del decreto, la progettualità, il monitoraggio, l'aggiornamento e la chiusura del caso;
- Lo svolgimento da parte del servizio "tutela minori associata" di interventi di indagine e valutazione;
- La previsione di momenti di confronto/interscambio necessari tra tecnici comunali, tecnici del servizio tutela minori sui singoli casi (invio relazione al tribunale, accordo interventi...).

#### **4.2.2 Tutela associata disabili**

L'obiettivo dell'Ambito è quello di compiere nel prossimo triennio alcuni passaggi utili all'identificazione di alcuni servizi gestiti dai singoli Comuni che possono essere utilmente omogeneizzati e gestiti a livello distrettuale. Gli *step* previsti per questo percorso sono:

- Condivisione della strategia da perseguire;
- Identificazione di obiettivi generali e specifici condivisi;
- Identificazione dei servizi sui quali lavorare.

#### **4.3 LO SVILUPPO DELLA COESIONE SOCIALE**

L'obiettivo all'Ambito è quello di farsi portatore di un cambiamento culturale legato agli stili di consumo delle famiglie e alle loro abitudini, in ottica di sostenibilità interna (sulle entrate della famiglia) esterna (verso l'ambiente) in connessione al lavoro già avviato sul territorio attraverso i Bilanci di Giustizia.

Questo è necessariamente un tema sul quale sviluppare una dimensione di lavoro sovracomunale, con particolare riferimento all'intercettazione dei target di utenti prioritari e alle modalità attraverso cui istituzionalizzare i percorsi già in essere.

Il lavoro è già avviato nel Comune di Corsico che costituirà un incubatore dell'esperienza da esportare negli altri Comuni dell'ambito. In autunno partiranno gli incontri con le famiglie, che si protrarranno fino alla primavera 2013.

In seguito a questa prima fase si effettuerà un monitoraggio ed una valutazione sull'esportabilità del progetto anche agli altri Comuni, possibilmente ed auspicabilmente in connessione con il lavoro del tavolo minori e famiglie.

#### **4.4 DIPENDENZE**

Per quanto riguarda quest'area si ritiene cruciale lo sviluppo di azioni di supporto alle nuove dipendenze, con particolare riferimento al gioco d'azzardo, in forte incremento tra le fasce sociali più fragili, proprio a seguito della crisi economica ed occupazionale.

Funzionale allo sviluppo di quest'area di intervento è il consolidamento dei processi collaborativi tra i Sert dei diversi Comuni, in particolare attraverso un possibile protocollo tra quello di Corsico e Parabiago, che vanta un'esperienza già consolidata su questo tema.

#### **4.5 INCLUSIONE SOCIALE**

Per quest'area l'Ambito ha ritenuto cruciale il tema del reinserimento degli ex- detenuti nel contesto sociale di riferimento.

La situazione dei carceri è quanto mai critica: cresce il numero dei detenuti, diminuiscono gli spazi ed il personale, e ciò rende difficile il lavoro di recupero all'interno, e quindi poi all'esterno degli istituti penitenziari.

In questa direzione si ritiene essenziale il lavoro dell'Ufficio di Esecuzione Penale Esterna (UEPE), che ha competenze sia all'interno che all'esterno del carcere.

- All'interno del carcere l'Uepe, attraverso gli assistenti sociali, partecipa alle attività d'osservazione scientifica della personalità dei detenuti e apporta il suo contributo in seno all'Equipe d'Osservazione e Trattamento per la stesura del relativo programma individualizzato.
- All'esterno dell'Istituto penitenziario si occupa della concessione e della gestione delle Misure Alternative alla Detenzione (Affidamento in Prova al Servizio Sociale, Affidamento in casi particolari, Detenzione Domiciliare e Semilibertà).

## 5. RISORSE

Nella sottostante tabella si precisa l'allocazione delle risorse del Piano di Zona a valere della prima annualità. Ovviamente la programmazione per il biennio successivo avverrà nella conoscenza e ricomposizione del quadro delle risorse disponibili e dell'esito delle procedura di gestione associata di cui al presente piano.

Per la sua approvazione ci si avvarrà della procedura prevista dall'articolo 9 dell'Accordo di Programma.

Si precisa, inoltre, che le risorse assegnate alle residenzialità leggere e al WEB ambiti potranno rendersi in parte disponibili per gli effetti rispettivamente di determinazioni della Direzione Generale dell'ASL in ordine all'utilizzo del Fondo di Riequilibrio e della sottoscrizione dell'Accordo di Programma da parte della Provincia di Milano

<b>AREA DISABILITA'</b>	
Assistenza Domiciliare disabili	€ 214.152
Centri Diurni Disabili	€ 101.165
Inserimenti lavorativi	€ 55.000
<b>AREA INCLUSIONE SOCIALE</b>	
Residenze leggere	€ 87.600
Sportello stranieri	€ 55.000
<b>AREA MINORI E FAMIGLIE</b>	
Spazio Neutro	€ 31.600
<b>AREA DI SISTEMA</b>	
Cartella sociale informatizzata	€ 6.600
Accompagnamento al PDZ	€ 5.000
Web Ambiti	€ 5.770
<b>Totale 2012</b>	<b>561.887</b>

## 6. LA GOVERNANCE

La *governance* del Piano di Zona del Distretto sociale di Corsico per la triennalità 2012-2014, nel recepimento di quanto espresso da Regione Lombardia, si presenta in una forma rinnovata con una presenza più forte sia dell'Asl che del Terzo Settore sul versante della co-progettazione<sup>5</sup> ed altresì il richiamo ad una maggiore connessione tra il livello politico-strategico e il livello tecnico. A livello analitico e dinamico si rimanda all'intero articolo 8 dell'Accordo di Programma L'ATTUAZIONE DEL PIANO DI ZONA previsto dalla legge regionale 12.03.2008 n. 3 – art. 18

In continuità, infatti, con il triennio precedente, ritroviamo una *governance* stratificata su tre livelli:

1. un livello politico-strategico;
2. un livello tecnico;
3. un livello territoriale.

La maggiore integrazione con Asl e Terzo Settore comporta una sostanziale sovrapposizione tra la precedente "governance interna" e "governance esterna", pertanto nella descrizione di questo nuovo assetto risulta superflua questa distinzione.

Richiamiamo in questo capitolo la mappa degli organismi che fanno parte della governance del Piano di Zona di Corsico con rispettivo ruolo e funzioni, anticipando che il 2012 si prefigura come un anno di transizione che vedrà al 31 dicembre il passaggio di consegne da parte del Comune di Corsico, come capofila del Piano di Zona ad un altro ente con personalità giuridica di diritto pubblico espressione di gestioni associate di Comuni, nei dettagli ancora da delineare, che sarà riconosciuto per questo titolato (ovvero Comune del distretto o altro ente con personalità giuridica di diritto pubblico espressione di gestioni associate di Comuni).

### 6.1 IL LIVELLO POLITICO STRATEGICO

Il livello politico strategico del Piano di Zona è rappresentato dall'**Assemblea dei sindaci**, organismo collegiale di rappresentanza politica preposto alla definizione di strategie, programmi di sviluppo, linee di indirizzo delle politiche sociali del territorio ed espressione della continuità rispetto alla programmazione socio-sanitaria e all'integrazione tra politiche sociali e sanitarie.

E' costituito dai Sindaci dei Comuni dell'ambito distrettuale o da loro delegati, non è ammessa delega a soggetti non compresi tra gli amministratori comunali (assessore o consigliere comunale).

All'Assemblea dei sindaci competono le seguenti funzioni:

- Definizione e approvazione delle linee di indirizzo per la programmazione delle politiche sociali del distretto ed eventuali suoi aggiornamenti;
- Definizione ed aggiornamento annuale delle priorità d'azione, in coerenza con la programmazione triennale;
- Definizione ed allocazione delle risorse economiche, approvazione annuale dei piani economico-finanziari di preventivo e rendiconti di consuntivo;
- Approvazione dei dati relativi alle rendicontazioni richieste dalla Regione per la trasmissione all'Asl ai fini dell'assolvimento dei debiti informativi;
- Verifica e controllo annuale del raggiungimento degli obiettivi preposti definiti dal Piano approvato;
- Verifica e controllo degli indici di qualità relativi ai servizi promossi e realizzati;
- Definizione di indirizzi in merito alla partecipazione dei soggetti locali.

All'esercizio delle sue funzioni assistono, con funzione consultiva, il Tavolo Tecnico e il Coordinatore dell'Ufficio di Piano.

L'Assemblea dei sindaci si avvale inoltre del supporto della Direzione del Distretto sanitario per le funzioni di segreteria e per il raccordo con la Direzione Strategica aziendale per le problematiche territoriali.

Possono assistere, con funzione di uditori, il referente dell'Amministrazione Provinciale e delegati del Forum del Terzo Settore dei Navigli.

A sua discrezione, l'Assemblea dei sindaci, può invitare inoltre su specifiche tematiche, con funzioni consultive, altri rappresentanti di istituzioni e soggetti locali, che mettono in rete responsabilità e risorse per il raggiungimento di uno o più obiettivi nelle aree di programmazione.

E' in corso di valutazione l'ipotesi altresì di poter estendere la partecipazione a questo livello di governance ad una rappresentanza degli utenti dei servizi.

## **6.2 IL LIVELLO TECNICO**

Il presidio di questo livello compete al **Tavolo tecnico** supportato dall'Ufficio di Piano.

### ***Il Tavolo tecnico***

---

<sup>5</sup> Si vedano in questo senso le "Indicazioni in ordine alla procedura di co-progettazione fra comune e soggetti del terzo settore per attività e interventi innovativi e sperimentali nel settore dei servizi sociali" contenute nel D.d.g. n.

Il **Tavolo tecnico** è composto da funzionari di categoria direttiva - di ruolo o incaricati - ovvero dai dirigenti preposti ai servizi sociali di ogni Amministrazione e coordinato da un referente nominato dall'Assemblea dei sindaci.

E' di sua competenza il supporto alla definizione degli indirizzi politico-strategici ed il loro monitoraggio e valutazione. Più nello specifico le sue funzioni sono:

- Supportare l'assemblea dei sindaci per la definizione degli indirizzi e obiettivi strategici;
- Implementare le azioni del piano;
- Cooperare sinergicamente con l'Ufficio di Piano per il conseguimento degli obiettivi generali definiti dal Piano;
- Amministrare le risorse complessivamente assegnate;
- Assicurare, di concerto con l'Ufficio di Piano, il raccordo tra Assemblea dei sindaci, Tavoli d'Area e Ufficio di Piano per la definizione degli obiettivi gestionali, in relazione alle strategie ed agli indirizzi generali;
- Coordinare i soggetti sottoscrittori dell'Accordo di programma;
- Costruire e governare la rete;
- Favorire l'attuazione di meccanismi di integrazione per il raggiungimento dei risultati attesi.

Al Tavolo tecnico possono partecipare, su invito e con funzioni consultive, i coordinatori dei Tavoli d'area e i rappresentanti di istituzioni e soggetti locali. Referenti del Tavolo tecnico partecipano stabilmente ai Tavoli d'area.

#### **L'Ufficio di piano**

L'**Ufficio di piano** rappresenta l'unità consulenziale operativa a supporto del Tavolo tecnico ed è composto da un coordinatore che, per la prima annualità, coincide con il Dirigente del Settore Sviluppo di Comunità del Comune Capofila, coadiuvato da figure amministrative.

Le competenze dell'Ufficio di Piano consistono nell'affiancare il Tavolo Tecnico nella elaborazione di interventi in attuazione degli indirizzi politico-strategici e nel supportare i Tavoli d'area nelle loro funzioni progettuali. In questo senso deve presidiare le seguenti funzioni, ovvero:

- assicurare l'interazione funzionale tra Assemblea dei sindaci, Tavolo Tecnico, Tavoli d'Area, Terzo e Quarto Settore e il Distretto Sanitario;
- elaborare documenti a carattere programmatico;
- proporre, su impulso dell'Assemblea dei sindaci e del Tavolo Tecnico attività scientifiche, tecniche, istruttorie, di studio ed amministrative relative ad esempio all'analisi dei bisogni, alla definizione di indicatori e standard, alla definizione degli obiettivi, al controllo sulla gestione dei servizi afferenti al Piano di Zona; al monitoraggio e valutazione dell'attuazione e dell'efficacia del Piano; al sistema informativo, alle reportistiche del Piano di Zona; alla informazione nei confronti della cittadinanza, al bisogno formativo dei diversi operatori sia pubblici che del no-profit;
- fornire al Tavolo Tecnico tutte le informazioni utili a redigere preventivi e consuntivi di spesa relativi alle azioni da intraprendere e sviluppare, evidenziare i criteri di ripartizione della spesa definiti e ne propone eventualmente delle correzioni. Tali funzioni sono concordate con il Tavolo Tecnico e le loro risultanze devono essere deliberate dall'Assemblea dei sindaci;
- garantire, di concerto con il Tavolo Tecnico, il governo della rete.

### 6.3 IL LIVELLO TERRITORIALE

All'interno di questo livello di governance si collocano i **Tavoli d'Area** e il **Forum del Terzo Settore**.

#### ***I Tavoli d'area***

I quattro Tavoli d'Area (anziani, minori e famiglia, disabilità, inclusione), rappresentano il luogo in cui viene agita l'integrazione operativa nonché l'effettiva partecipazione del Terzo Settore, delle associazioni di volontariato e di rappresentanze dei cittadini.

I Tavoli d'area si prevede pertanto che opereranno con continuità per tutto l'arco del triennio e lungo le diverse fasi di vita del Piano di Zona.

I Tavoli d'area continueranno dunque il proprio operato dopo la firma dell'Accordo di Programma, attraverso l'identificazione e l'elaborazione di specifici oggetti di lavoro che potranno essere legati allo sviluppo di conoscenze su tematiche specifiche, al monitoraggio e alla valutazione del piano e alla realizzazione di azioni specifiche (es. mappatura dei servizi, elaborazione di requisiti di qualità di unità d'offerta).

Coerentemente con quanto espresso dalle Linee Guida regionali, i Tavoli possono agire una funzione di supporto strategica come luogo di ricomposizione e di integrazione delle risorse del territorio. Qualora, infatti, oggetto di discussione fossero progettazioni specifiche di interventi/ servizi, i Tavoli dovranno occuparsi anche dell'azione di *fund raising*, ovvero della ricerca di finanziamenti al di fuori delle risorse del Piano di Zona (ad esempio tramite Fondazioni, Bandi, ecc.).



I Tavoli d'area sono condotti da un coordinatore individuato tra i Responsabili di Servizio Sociale o da assistenti sociali comunali con specifiche competenze, con la co-conduzione di rappresentanti individuati del Terzo Settore. I Tavoli vedono anche la partecipazione di un referente del Tavolo tecnico, al fine di rafforzare la connessione anche con questo livello.

Ai Tavoli d'area partecipano anche assistenti sociali dei Comuni, con competenza e interesse specifico per il tavolo e il suo oggetto di lavoro.

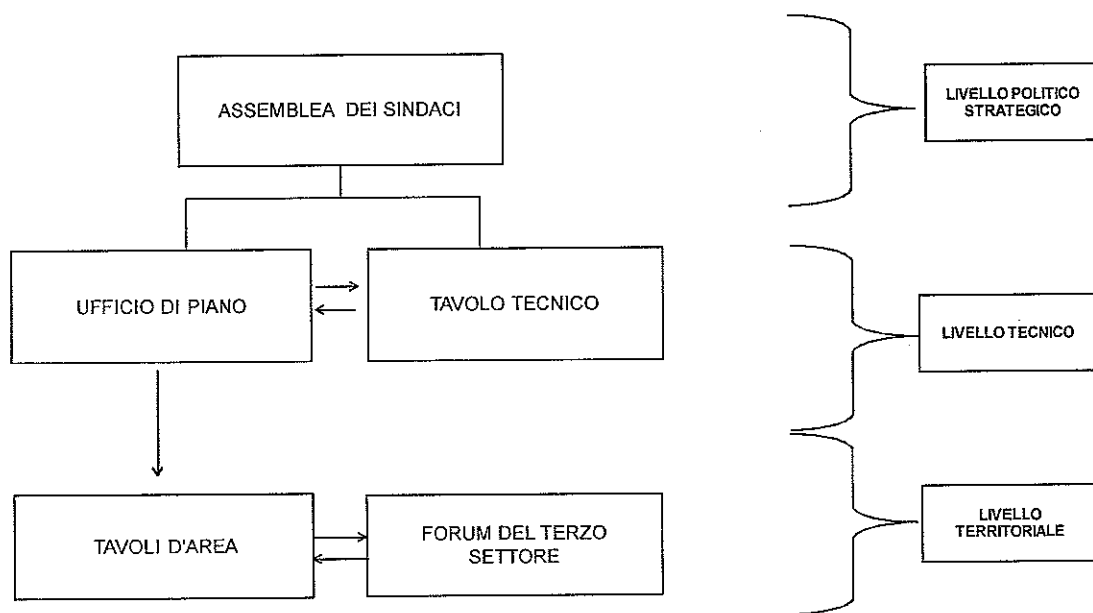
**Il Forum del Terzo Settore**

Autonomamente le organizzazioni del mondo del volontariato e della cooperazione hanno costituito nel 2011 il **Forum del Terzo Settore del Sud ovest** a cui aderiscono 35 realtà, per la metà cooperative sociali, per la metà associazioni e realtà storiche operanti sul territorio. Nel marzo 2011 il Forum ha ottenuto il riconoscimento dal Forum Nazionale del Terzo Settore.

Il Forum mette a disposizione le energie di cittadini interessati al sociale e le competenze di operatori di servizi, partecipa nel ruolo di uditore all'Assemblea dei sindaci.

Al forum spetta la nomina di due delegati che parteciperanno in qualità di uditori al Tavolo Politico.

LA GOVERNANCE DEL PIANO DI ZONA DEL DISTRETTO SOCIALE DI CORSICO



#### 6.4 TAVOLI DI COORDINAMENTO E ISTITUZIONALI

Proponiamo, in chiusura di questo capitolo sulla governance del Piano di Zona, un richiamo agli organismi di coordinamento e istituzionali che vedono una partecipazione congiunta tra Ufficio di Piano e Azienda sanitaria<sup>6</sup>. Nel Distretto di Corsico vi sono i seguenti Tavoli di Coordinamento ed Istituzionali: Comitato di Distretto per la Medicina Generale e la Pediatria di Libera Scelta; Tavolo per la Salute Mentale.

##### *Il Tavolo per la Salute Mentale*

Il tavolo è costituito dalla Direzione di Distretto Sanitario, dal Direttore U.O. Psichiatria e dal Responsabile Servizio Neuropsichiatria Infantile dell' Azienda Ospedaliera San Carlo di Milano, dal Responsabile dell'Ufficio Piano, dagli operatori dei Consultori Familiari, del SERT e del Servizio Fragilità, dai rappresentanti dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di famiglia in seno ai rispettivi comitati distrettuali e dal rappresentante del Forum del Terzo Settore del Sud Ovest Milano.

##### *Tavolo modello CeAD (Tavolo per l'integrazione delle reti sulle tematiche della fragilità per il triage socio sanitario)*

Il Tavolo è costituito da personale dei Servizi Fragilità e Sportello Voucher del distretto (personale sanitario), dagli assistenti sociali incaricati dei servizi sociali anziani dei Comuni di Corsico, Cesano Boscone e Trezzano sul Naviglio, dal coordinatore dell' Ufficio di Piano (o suo delegato), dai rappresentanti dei Medici di Medicina Generale e dai responsabili del servizio di assistenza domiciliare della Fondazione Pontirolo.

##### *Il Tavolo Asl/Ambiti*

L'Ambito territoriale di Corsico partecipa, infine, attraverso la direzione del Piano di Zona e la direzione del Distretto Socio Sanitario al "Tavolo Asl/Ambiti": Istituito, tramite Delibera del Direttore Generale ASL n° 367 del 30 giugno 2011, come organo tecnico della Conferenza dei Sindaci e Direzione Generale della ASL in tema di programmazione integrata.

E' stato recentemente approvato il regolamento che prevede, fra le funzioni del Tavolo:

- la ricognizione dei bisogni e delle risorse sociali, socio sanitarie e sanitarie presenti sul

---

<sup>6</sup> Vedi il Piano di Salute distrettuale, accessibile on-line <http://www.aslmi1.mi.it/component/content/article/616-il-dpcs-2012-e-on-line.html>

territorio;

- la ricognizione delle risorse finanziarie appostate per rispondere ai bisogni di salute degli assistiti residenti;
- la programmazione degli interventi di razionalizzazione, sviluppo e armonizzazione delle risorse;
- l'elaborazione di modelli e azioni di monitoraggio della programmazione integrata;
- la certificazione della coerenza fra la pianificazione zonale e la legislazione regionale in
- materia di programmazione e pianificazione.