

AREA NORD PROVINCIA DI NOVARA



PIANO DI ZONA

dei servizi sociali

C.I.S.A.S.

CONSORZIO INTERCOMUNALE
SERVIZI SOCIO ASSISTENZIALI
Castelletto Ticino

C.I.S.S.

CONSORZIO INTERCOMUNALE
PER LA GESTIONE DEI SERVIZI
SOCIO ASSISTENZIALI
Borghomanero

I.S.P.A.

ISTITUZIONE SERVIZI
ALLA PERSONA
Arona

I.S.A.

INTERVENTI SOCIO
ASSISTENZIALI
Ghemme

2007-2008

PIANO DI ZONA

**DOCUMENTO DI
PROGRAMMAZIONE
2007-2008**

**C.I.S.AS. CASTELLETTO TICINO
C.I.S.S. BORGOMANERO
I.S.A. GHEMME
I.S.P.A. ARONA**

Segreteria del Piano di Zona

C.I.S.S. Borgomanero

Viale Don Minzoni, 38 - 28021 Borgomanero (NO)

Tel.: 0322.868126 - Fax: 0322.835488

E-mail: segreteria@ciss.191.it

Consulenza per la realizzazione del Piano di Zona

I.R.S. Istituto per la Ricerca Sociale

Via XX Settembre 24 - 20123 Milano

Tel.: 02.46764 - www.irs-online.it

GLI ENTI

C.I.S.AS. Castelletto Ticino

Consorzio Intercomunale Servizi Socio Assistenziali

Piazza F.lli Cervi, 9 - 28053 Castelletto Ticino (NO)

Tel.: 0331.973845 - Fax: 0331.973943

E-mail: ssacastelletto@libero.it

C.I.S.S. Borgomanero

Consorzio Intercomunale per la

Gestione dei Servizi Socio Assistenziali

Viale Don Minzoni, 38 - 28021 Borgomanero (NO)

Tel.: 0322.868126 - Fax: 0322.835488

E-mail: segreteria@ciss.191.it

I.S.A. Ghemme

Interventi Socio Assistenziali

Via Roma, 21 - 28074 Ghemme (NO)

Tel.: 0163.840628 - Fax: 0163.841551

E-mail: isa_ghemme@libero.it

I.S.P.A. Arona

Istituzione Servizi alla Persona

Piazza De Filippi, 1 - 28041 Arona (NO)

Tel.: 0322.231111 - Fax: 0322.231219

E-mail: ass.sociali@comune.arona.no.it

INDICE

Premessa	pag.	9
----------------	------	---

1. LE SCELTE DI FONDO DEL PRIMO PIANO DI ZONA	pag.	13
Un cambiamento di prospettiva.....	»	15
La normativa regionale.....	»	17
L'ipotesi di partenza: dai quattro territori al Piano integrato.....	»	18
Gli assetti istituzionali della pianificazione.....	»	19
Le fasi della costruzione del Piano di Zona.....	»	21
Le scelte di programmazione.....	»	23
Un metodo pragmatico e sperimentale.....	»	24
Un processo partecipato.....	»	25
La formazione.....	»	28
Il monitoraggio e la valutazione del Piano di Zona.....	»	29
Esiti di una prima valutazione del Piano di Zona.....	»	30

2. LA PROGRAMMAZIONE PARTECIPATA.....	pag.	35
Il perché del lavoro con i Tavoli Tematici	»	37
Il metodo per la costruzione della diagnosi sociale.....	»	38
Le fasi del lavoro.....	»	39
Gli esiti del lavoro.....	»	41

3. OBIETTIVI ED AZIONI DELLA PROGRAMMAZIONE DI PIANO PER IL BIENNIO 2007-2008	pag.	51
Gli obiettivi e le azioni su cui convergere.....	»	53
Esiti e attese della concertazione	»	55
La proposta della concertazione	»	56
Area anziani: problematiche, obiettivi e azioni.....	»	57
Area disabilità: problematiche, obiettivi e azioni	»	62
Area minori e responsabilità familiari: problematiche, obiettivi e azioni.....	»	67
Area nuove povertà: problematiche, obiettivi e azioni.....	»	74
Sintesi delle azioni della programmazione di piano per aree tematiche	»	79

4. IL CONTESTO	pag. 91
Quadro socio-demografico del territorio.....	» 93
Struttura della popolazione e principali indici demografici.....	» 97
Aspetti macro-economici.....	» 102
Organizzazione sociosanitaria e scolastica.....	» 106
Tavole sinottiche delle risorse e delle spese.....	» 111
Spesa sanitaria riferita ai Distretti.....	» 123

ALLEGATO. LA COMPARTECIPAZIONE AI COSTI DELLE PRESTAZIONI SOCIALI	pag. 127
--	----------

PREMESSA

Tre norme, in successione gerarchica, definiscono per il territorio piemontese contenuti e funzioni del Piano di Zona: la legge n. 328 dell'8 novembre 2000, la legge regionale n. 1 dell'8 gennaio 2004 e la deliberazione della Giunta Regionale n. 51-13234 del 3 agosto 2004.

Innanzitutto, la “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato d'interventi e servizi sociali”, all'articolo 19 così introduce la nozione di Piano di Zona:

- ▶ *I comuni associati, negli ambiti territoriali di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a, a tutela dei diritti della popolazione e, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali provvedono, nell'ambito delle risorse disponibili; ai sensi dell'articolo 4, per gli interventi sociali e sociosanitari secondo le indicazioni del piano regionale di cui all'articolo 18, comma 6, a definire il piano di zona, che individua:*
 - *gli obiettivi strategici e le priorità d'intervento nonché gli strumenti e i mezzi per la relativa realizzazione;*
 - *le modalità organizzative dei servizi, le risorse finanziarie, strutturali e professionali, i requisiti di qualità in relazione alle disposizioni regionali adottate ai sensi dell'articolo 8, comma 3, lettera h;*
 - *le forme di rilevazione dei dati nell'ambito del sistema informativo di cui all'art. 21;*
 - *le modalità per garantire l'integrazione tra servizi e prestazioni;*
 - *le modalità per realizzare il coordinamento con gli organi periferici delle amministrazioni statali; con particolare riferimento all'amministrazione penitenziaria e della giustizia;*
 - *le modalità per la collaborazione dei servizi territoriali con i soggetti operanti nell'ambito della solidarietà sociale a livello locale e con le altre risorse della comunità;*
 - *le forme di concertazione con l'azienda unità sanitaria locale e con i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4.*
- ▶ *Il piano di zona, di norma adottato attraverso accordo di programma, ai sensi dell'art. 27 della legge 8 giugno 1990, n. 142, e successive modificazioni, è volto a:*
 - *favorire la formazione di sistemi locali d'intervento fondati su servizi e prestazioni complementari e flessibili; stimolando in particolare le*

risorse locali di solidarietà e d'auto aiuto, nonché a responsabilizzare i cittadini nella programmazione e nella verifica del servizio;

- *qualificare la spesa, attivando risorse, anche finanziarie, derivate dalle forme di concertazione di cui al comma 1, lettera g;*
- *definire criteri di ripartizione della spesa a carico di ciascun comune, delle aziende unità sanitarie locali e degli altri soggetti firmatari dell'accordo, prevedendo anche risorse vincolate per il raggiungimento di particolari obiettivi;*
- *prevedere iniziative di formazione e di aggiornamento degli operatori finalizzate a realizzare progetti di sviluppo dei servizi.*

In secondo luogo la L.R. n.1 dell'8 gennaio 2004 "Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato d'interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento", all'articolo 17 riprende quasi letteralmente il dettato della legge quadro:

I Comuni singoli o associati, a tutela dei diritti della popolazione, d'intesa con l'Asl nelle forme previste dall'articolo 3 quater, lettera c, del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni per quanto attiene le attività d'integrazione socio-sanitaria, provvedono a definire il piano di zona ai sensi dell'art.19 della L.328/2000 che rappresenta lo strumento fondamentale ed obbligatorio per la definizione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali del territorio di competenza.

Infine la DGR n.51-13234 del 3 agosto 2004 "Approvazione delle linee guida per la predisposizione dei piani di Zona ai sensi dell'art.17 della legge regionale 8 gennaio 2004 n.1", in apertura recita:

Il Piano di Zona è lo strumento attraverso il quale i Comuni, secondo gli assetti territoriali adottati per la gestione dei servizi sociali, con il concorso di tutti i soggetti attivi nella progettazione, disegnano il sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali, con riferimento agli obiettivi strategici, agli strumenti realizzativi ed alle risorse da attivare.

Due concetti ricorrono nei brevi testi normativi citati e perfino nei loro titoli:

- l'insieme degli interventi e dei servizi sociali di un territorio deve configurare un "sistema integrato";

- il Piano di Zona è lo strumento che ha il compito di realizzare questo sistema.

Sistema è la risultante di una rete dialettica di relazione e d'interscambio tra soggetti autonomi finalizzata a scopi che sono comuni.

Al di là delle forme organizzative e delle modalità di realizzazione, ciò che conta è che le attività ed i servizi sociali presenti nel territorio formino un sistema, perché questa è la configurazione ottimale per perseguire con razionalità programmatica, efficienza operativa ed efficacia di risultati la finalità primaria del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali di un territorio, per “favorire il benessere della persona, la prevenzione del disagio ed il miglioramento della qualità della vita delle comunità locali” (art.2 L.R. 1/2004).

In una realtà come quella della zona nord della provincia di Novara caratterizzata, come si vedrà dai dati e dalle considerazioni successive, da aspetti socio-economici non privi di vitalità ma anche deboli e incerti, fare sistema, prima ancora che un'aspirazione diventa una necessità, tenuto conto che si è in presenza di bisogni crescenti sempre più diversificati e complessi e di risorse inesorabilmente scarse e insufficienti.

La percezione di queste situazioni, le esperienze, seppure limitate, di scambi e cooperazioni attuati in passato così come la consapevolezza che il particolarismo rende più difficile la crescita anche sociale di un territorio, hanno spinto i Responsabili politici dei quattro Enti Gestori, sostenuti pienamente da quelli tecnici, a proporre ai propri Sindaci di pensare di dar corso ad un piano di zona unico per l'intero territorio.

L'“idea” ha raccolto da subito l'adesione e il sostegno della Provincia nonché la condivisione dell'ASL 13, Direzione Generale e Direzioni Distrettuali, in quanto primo e più rilevante interlocutore istituzionale del piano di zona, e via via degli altri soggetti interessati al processo programmatico.

Una seconda scelta effettuata è stata quella di chiamare in causa per gestire le diverse fasi del processo di piano (dal confronto all'analisi, alle proposte) gli Operatori dei quattro Enti e naturalmente i rispettivi Direttori, per dar corso ai Tavoli Tematici territoriali in ciascun Ente e ad un Tavolo Tecnico Interenti.

Questo impegno, rilevante in quanto aggiuntivo alle incombenze di ciascuno nel proprio servizio, è stato guidato e sostenuto scientificamente da una con-

sulenza dell'Istituto Ricerche Sociali di Milano (IRS), risultata assai preziosa e finanziata dalla Provincia.

Un Tavolo Politico Interenti, formato da Amministratori rappresentanti i Comuni dei quattro Enti, ha fornito gli indirizzi secondo cui orientare le scelte circa il modello e le finalità progettuali.

A detto Tavolo hanno partecipato la Provincia con i diversi Assessorati pertinenti alle aree tematiche considerate, l'ASL 13, per la quale la Direzione Generale ha coinvolto oltre ai Direttori dei due Distretti i Referenti dei servizi interessati all'integrazione socio-sanitaria, la Direzione sanitaria e, da ultimo, i Sindacati Confederali.

Non è da dimenticare infine l'Assessorato Regionale alle Politiche Sociali, che ha garantito agli Enti Gestori periodici incontri di monitoraggio sul procedimento di pianificazione in atto e con sollecitudine ha fornito concrete risposte alle richieste di chiarimento e alle incertezze manifestate via via.

C.I.S.AS.
*Presidente del
Consiglio di Amministrazione*

C.I.S.S.
*Presidente del
Consiglio di Amministrazione*

I.S.A.
Sindaco di Ghemme

I.S.P.A.
Assessore ai Servizi Sociali di Arona

1

**LE SCELTE DI FONDO
DEL PRIMO PIANO DI ZONA**

UN CAMBIAMENTO DI PROSPETTIVA

La legge n. 328/2000, all'art. 19, individua nel Piano di Zona lo strumento strategico per il governo delle politiche sociali territoriali: attraverso di esso i Comuni, con il concorso di tutti i soggetti che a diverso titolo operano sul territorio, progettano il sistema integrato di interventi e servizi sociali. La principale finalità del Piano è quella di assicurare nuove e sostenibili risposte al bisogno di interventi e servizi per la collettività, individuando come modalità strategica la definizione delle relazioni che si devono instaurare fra i soggetti istituzionali e non istituzionali che operano sul territorio.

L'esperienza della programmazione di zona naturalmente non nasce dal nulla ma si propone e si realizza grazie ad un processo di innovazione delle politiche sociali e socio-sanitarie che, dalla metà degli anni '90, pur con incertezze e contraddizioni, si è andato sviluppando. Passi significativi ne sono stati le esperienze programmatiche e operative delle leggi di settore, a partire dalla legge 285/1997 nel campo degli interventi a sostegno delle responsabilità familiari e a favore dei minori.

Tali realizzazioni, unitamente alle elaborazioni normative del livello nazionale, alle esperienze programmatiche e di riordino del comparto sanitario, hanno preparato e sostenuto culturalmente e politicamente la formulazione e poi l'approvazione della legge 328/2000 con il conseguente avvio della programmazione sociale ai diversi livelli di governo.

La legge di riforma svolge un'importante funzione nel riconoscere piena legittimità ai diritti sociali come diritti di cittadinanza, nel promuovere l'azione sociale a sistema integrato, nel prefigurare la costruzione di una rete di sicurezza e di protezione per i cittadini e le famiglie che si trovano in condizione di fragilità, nel visualizzare ruoli di soggetti diversi, all'interno di una logica di forte integrazione e collaborazione.

Inoltre la legge 328/2000 riconfigura il sistema di governo delle politiche sociali e si concentra in particolar modo sulla programmazione, soprattutto territoriale, di cui l'integrazione costituisce un punto di attenzione trasversale.

Di particolare importanza per lo sviluppo dei processi programmatici risultano:

- la promozione di politiche attive, secondo le quali la centratura non è esclusivamente sul bisogno ma sulla promozione di processi che siano di contrasto alle situazioni di difficoltà;

- l'integrazione degli interventi, attraverso il coinvolgimento di diverse professionalità fra loro organizzativamente coordinate;
- l'accordo fra le istituzioni di riferimento per lo sviluppo di sistemi di servizi e interventi a rete.

Una programmazione coordinata e concertata, oltre che con le politiche e le azioni sanitarie, anche con quelle formative, occupazionali, previdenziali, della casa, dei trasporti e delle infrastrutture, riconsegnerebbe centralità alle politiche sociali, contribuendo ad orientare le politiche pubbliche di sviluppo locale nel loro complesso.

Se il principale obiettivo dell'introduzione degli strumenti di pianificazione socio-sanitaria è dato da esigenze di coordinamento e razionalizzazione dei programmi di intervento, si è assistito tuttavia nel corso degli anni anche a un'evoluzione culturale che ha portato all'enfatizzazione dell'integrazione degli interventi sociali e sanitari come strada per promuovere un concetto moderno di salute, inteso come insieme di condizioni fisiche, psicologiche e sociali che consentono alle persone di affrontare la propria vita in modo attivo e consapevole. Il legame tra concetto di salute e programmazione socio-sanitaria è dato dal fatto che la consapevolezza del carattere multidimensionale della salute impone di affrontare i problemi ad essa connessi in una prospettiva multidisciplinare, cercando di collegare e integrare i diversi programmi che possono produrre un effetto positivo sulle condizioni di salute dei cittadini.

L'aumento del numero dei soggetti coinvolti nella pianificazione rende tuttavia assai complessa l'azione di programmazione, sollecitando l'ente pubblico ad uscire da una logica di governo esclusivo dei processi decisionali, per entrare in una logica di "governance": egli è chiamato a svolgere la propria funzione pubblica attraverso una regia coordinata tra i tanti attori del nuovo tavolo di programmazione.

In una società sempre più differenziata, ciascun gruppo è legittimamente portatore di soluzioni che riflettono letture delle situazioni sociali fortemente condizionate dai propri interessi e dai propri valori.

Il problema per la Pubblica Amministrazione non è tanto quello di trovare la soluzione giusta ma di creare spazi di confronto, in cui assumere un ruolo di mediazione fra istanze diverse: si tratta di attivare uno spazio pubblico entro il quale l'Ente Locale possa, da un lato, assumere il ruolo di promotore e regolatore di politiche e azioni sociali ideate e attivate di concerto con gli altri attori, dall'altro, assumere il ruolo di garante nei confronti dei cit-

tadini, rispetto alle prestazioni erogate con adeguati livelli di qualità.

All'interno di queste premesse, il Piano di Zona si propone come strumento di cambiamento, volto alla progettazione di scenari futuri basati su una tripla integrazione: un'integrazione territoriale tra le diverse comunità locali, un'integrazione tra sociale e sanitario, un'integrazione tra le attività istituzionali e le attività sociali espressione della collettività e del privato sociale. Come ogni processo di riforma, anche quello che prevede l'introduzione di strumenti e metodologie di pianificazione innovative nell'ambito delle politiche sociali, per sortire effetti positivi sul piano del raggiungimento dei risultati, deve transitare attraverso la prova della "traduzione in pratica". La reale portata dei cambiamenti si confronta infatti con gli elevati livelli di complessità politica, gestionale e organizzativa con cui i processi di pianificazione si devono realizzare.

Ogni comunità locale è chiamata a ricercare una propria fattibilità politica ed organizzativa, dando vita ad un proprio sistema di programmazione, adatto alle proprie caratteristiche, frutto del contesto pre-esistente, delle relazioni politico-istituzionali instaurate, della gestione e della storia dei servizi del territorio: si tratta di una sfida al cambiamento a cui le Amministrazioni Comunali sono chiamate, in diversa misura, a rispondere.

LA NORMATIVA REGIONALE

I Comuni, singoli o associati, della Regione Piemonte sono chiamati alla definizione e alla programmazione di politiche sociali condivise. La legge 1/04 (Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali) a seguito della riforma del titolo V della Costituzione recepisce, in piena potestà legislativa, la legge quadro 328/00.

Essa delinea il sistema integrato, assegnando ruoli e funzioni ai diversi livelli di governo (Regione, Province e Comuni) e sottolineando il ruolo degli attori in campo e gli strumenti della programmazione concertata.

Il piano socio-sanitario inserisce tra le azioni di piano la stipula di accordi di programma che vincolino i soggetti firmatari, comprese le ASL, ad assumere il piano di zona come patto che impegna le istituzioni preposte alla tutela della salute e una pluralità di soggetti della comunità locale.

Il percorso di costruzione e di definizione di questo complesso processo non vuole essere inteso solo come adempimento formale ma al contrario come occa-

sione e stimolo per l'attivazione di azioni responsabilizzanti e concertative che coinvolgano tutti i soggetti attivi nel sistema dei servizi. Nelle linee guida regionali per l'attuazione dei Piani di Zona si esprime il concetto per cui:

Il territorio e la comunità non sono concetti generici, ma una realtà dotata di una specificità determinata, in cui interagiscono attori reali. La complessità dei molti bisogni cui si è chiamati a rispondere implica infatti la capacità di erogare risposte tra loro integrate, coordinando gli interventi di tutti i diversi attori impegnati, a vario, titolo, nella programmazione e progettazione dei servizi sul territorio. Il sistema integrato non può che realizzarsi con il concorso di tale pluralità di attori istituzionali e non, pubblici e privati, rispetto ai quali nei Piani di zona sono definiti ruoli, responsabilità, competenze e risorse.

Dunque le parole chiave di questa fase di nuove programmazioni sono: territorio, consultazione, integrazione, sussidiarietà, concertazione, obiettivi comuni.

L'IPOTESI DI PARTENZA: DAI QUATTRO TERRITORI AL PIANO INTEGRATO

Di fronte all'opportunità di definire il percorso per la costruzione del Piano, la Direzione politica e tecnica dei quattro Enti Gestori afferenti ai Distretti Sanitari di Arona e Borgomanero si è posta il problema di come interpretare il mandato regionale.

Si pensava ad un piano che fosse strumento per la regolazione di politiche, intese come risposta ai problemi sociali del territorio, facendo tesoro dell'esperienza e della competenza acquisita nel corso del tempo dai Comuni e dagli Enti Gestori nella realizzazione dei servizi sociali e socio-assistenziali. Dopo una prima fase di consultazione tra Enti Gestori, Comuni e Provincia di Novara è emersa l'opportunità e la volontà da parte di tutti i Comuni del territorio dell'area Nord della Provincia, di procedere ad un percorso congiunto attraverso una programmazione che valorizzasse l'operato delle singole realtà territoriali e la programmazione dei singoli Enti Gestori ma che provasse anche a definire delle ipotesi di concreta integrazione politica, tecnica ed organizzativa a livello zonale.

Le motivazioni di tale scelta si traducono nell'intenzione di:

- realizzare omogeneità di interventi e prestazioni sociali in una zona che comprende due Distretti Sanitari, quattro Enti gestori (Cisas, Ispa, Ciss, Isa), 46 Comuni e circa 150.000 cittadini, parte dei quali abitano in un comune ma studiano, lavorano, vivono in un altro, muovendosi in una realtà socio economica integrata;
- migliorare la comprensione dei problemi emergenti del territorio al fine di realizzare una programmazione il più possibile rispondente alla realtà, sia costruendo basi informative territoriali sia garantendo processi di lettura e analisi del contesto sociale;
- puntare ad un'organizzazione sovradistrettuale, che possa mettere a sistema e sostenere azioni progettuali integrate, da cui il governo delle politiche sociali del territorio non può più prescindere.

Il percorso di definizione del progetto di costruzione del Piano integrato inter-enti è stato caratterizzato da un'approfondita fase di messa a punto di un metodo di lavoro e da una architettura che dovrà sostenere la realizzazione della programmazione per il prossimo biennio.

Si è definito di considerare questo primo Piano, così come indicato dalla Regione Piemonte, come uno strumento aperto e incrementale, che non potrà essere esaustivo per la complessità e la flessibilità che caratterizza la sua natura.

GLI ASSETTI ISTITUZIONALI DELLA PIANIFICAZIONE

Le linee guida regionali preposte all'attivazione dei piani e degli assetti organizzativi e istituzionali prevedono l'attivazione di un Tavolo di coordinamento politico istituzionale, composto da una rappresentanza dei Sindaci dei Comuni del territorio, individuata secondo modalità scelte dai Comuni stessi a livello locale e di un Ufficio di Piano, organismo tecnico, definito a livello locale nell'ambito delle modalità gestionali adottate dai Comuni. La scelta di fondo di costruire un Piano integrato tra i quattro territori, comportando una maggiore estensione e complessità, ha portato alla definizione di un assetto organizzativo articolato, attento alla rappresentanza dei singoli Comuni e degli Enti Gestori, oltre che delle professionalità coinvolte nella operatività dei servizi.

IL GOVERNO DEL PIANO DI ZONA

SOGGETTI DELL'ASSETTO ORGANIZZATIVO	RUOLO	FUNZIONI
Tavolo politico inter-enti	Mandato normativo: coordinamento politico Composizione: referenti delle quattro assemblee territoriali dei sindaci	Di concerto con le assemblee territoriali si occupano di: - Orientare e seguire il percorso - Definire le priorità e le linee strategiche del processo - Validare le azioni concertate - Sottoscrivere l'accordo di programma
Tavolo tecnico inter-enti	Mandato normativo: coordinamento tecnico Composizione: direttori degli enti gestori	- Programmare le fasi di processo - Coordinare i gruppi tecnici tematici inter-enti - Monitorare e verificare l'andamento del processo - Svolgere l'istruttoria per le decisioni politiche - Confrontare a livello inter-istituzionale le ipotesi programmatiche - Valutare i risultati ottenuti
Segreteria di Piano	Mandato funzionale: facilitazione dell'informazione e del raccordo tra gli attori coinvolti Composizione: operatore addetto alla segreteria	- Curare le comunicazioni e le informazioni degli organi di direzione - Implementare la banca dati locale e il sistema informativo sovra-territoriale - Facilitare l'operatività dei tavoli tematici
Gruppi tecnici tematici inter-enti	Mandato normativo: coordinamento tavoli tematici Composizione: operatori sociali ed educativi dei comuni e degli enti gestori	- Valutazione del contesto - Mappatura degli attori del piano - Diagnosi sociale - Conduzione dei tavoli tematici - Raccordo con il territorio e attivazione rete operativa
Tavoli tematici territoriali	Mandato normativo: programmazione partecipata Composizione: operatori dei servizi istituzionali e del privato sociale	- Condivisione di conoscenze, e informazioni - Individuazione delle problematiche - Raccordo con il territorio e attivazione della rete operativa

LE FASI DELLA COSTRUZIONE DEL PIANO DI ZONA

La definizione del Piano, in quanto documento programmatico, deve considerarsi solo uno degli esiti di un processo decisionale complesso che si snoda in diverse successive fasi metodologiche. Il considerare il processo di costruzione del Piano nella sua complessità e nelle sue diverse fasi, del resto, è essenziale per poter arrivare ad Accordi di Programma in cui tutti i soggetti chiamati a concorrere alla costruzione del Piano di Zona si riconoscano, assumendosi le responsabilità connesse al proprio ruolo.

I decisori tecnici e politici, impegnati a definire il quadro generale del governo del Piano, hanno condiviso un meta-percorso sufficientemente ampio e flessibile da permettere aggiustamenti in corso d'opera.

Esso prevede tre livelli di partecipazione, corrispondenti a tre diversi momenti del percorso di pianificazione (assemblee, tavoli tematici e tavoli di concertazione) e individua idonei strumenti per organizzare il lavoro, per ciascuno di questi momenti.

- 1 La **prima fase** per la costruzione del Piano di Zona è stata quella dell'informazione, che ha riguardato la costruzione della rete dei soggetti chiamati alla definizione partecipata e alla individuazione del ruolo di ogni attore locale.
- 2 La **seconda fase** è stata quella della consultazione, in parte contestuale alla prima. Ha previsto l'organizzazione della conoscenza volta a istruire le decisioni di piano, attraverso l'analisi della domanda e dell'offerta dei servizi e l'enucleazione dei primi problemi da approfondire e da affrontare.
- 3 La **terza fase**, quella di concertazione, si è tradotta nella definizione dei contenuti veri e propri del piano di zona, cioè degli obiettivi e delle azioni della programmazione di piano per il biennio 2007-2008, in termini di innovazione dell'organizzazione e del metodo di lavoro nell'approccio alle problematiche sociali individuate come prioritarie e in termini di consolidamento e sviluppo dei servizi e degli interventi svolti, con coerente e proporzionale allocazione delle risorse.

È stata questa la fase in cui si è entrati nel vivo del confronto interistituzionale sulla programmazione e attraverso la quale si è giunti alla stesura del documento di piano, contenente le indicazioni sullo scenario futuro dei servizi da assumere con accordo di programma.

Pur apparendo come la fase decisiva del Piano di Zona, per la forte e

palese componente decisionale e politica, deve essere evidenziato che non avrebbe avuto alcun senso se non fosse stata inserita in un processo programmatico completo, articolato compiutamente in tutte le sue fasi.

La tavola seguente rappresenta le tre fasi di lavoro in cui è stato suddiviso il percorso di costruzione del Piano.

LE FASI DI COSTRUZIONE DEL PIANO DI ZONA

<i>Fasi</i>	INFORMAZIONE		CONSULTAZIONE	CONCERTAZIONE
<i>Obiettivi</i>	Promuovere ampia partecipazione al percorso Facilitare conoscenza reciproca fra attori nell'ambito del sistema dei servizi Chiarire ruoli e funzioni		Condividere la lettura tecnica dei bisogni e/o di problemi rilevati Condividere la lettura dell'esistente rispetto ai servizi e agli interventi presenti e attivi	Arrivare ad un accordo il più possibile condiviso rispetto ai bisogni-problemi rilevati e alle soluzioni possibili
<i>Procedure e strumenti</i>	Assemblea di piano Assemblee Territoriali	Scheda di rilevazione	Tavoli di consultazione	Tavoli di concertazione
<i>Attori coinvolti</i>	Tavolo politico inter-enti Tavolo tecnico inter-enti Territorio	Tavolo tecnico inter-enti Tavoli tematici territoriali Gruppi tecnici inter-enti		Tavolo politico inter-enti Provincia Asl

LE SCELTE DI PROGRAMMAZIONE

La prima criticità da considerare nell'orientarsi in ordine al tipo di approccio utilizzare per la programmazione è la complessità data dalla pluralità di soggetti e attori coinvolti nella costruzione di obiettivi comuni.

Una seconda criticità da considerare è legata al ritmo accelerato del mutamento, per cui è sempre più difficile prevedere l'evoluzione di sistemi sociali complessi e determinare anticipatamente quali soluzioni possano essere più adeguate per far fronte a problemi che si modificheranno profondamente nel corso del tempo.

Una terza difficoltà di cui tener conto è determinata dal fatto che i problemi che costituiscono l'oggetto della programmazione hanno una definizione incerta, sono sempre più interconnessi fra loro e presentano un diverso grado di consenso sugli obiettivi da perseguire, nonché un diverso approccio conoscitivo circa le tecniche per affrontarli.

In questo quadro assume valore strategico investire sullo sviluppo di metodologie adeguate per realizzare un Piano di Zona che sia un effettivo "strumento per governare i processi di trasformazione".¹

Il modello di programmazione operativa che deriva da tale presupposto metodologico è quello "incrementale", che supera il precedente approccio "razionale" che produce programmazioni "autoreferenti", basate su un forte controllo conoscitivo ed operativo sia dei comportamenti degli attori sia degli effetti di ogni azione. All'approccio razionale il modello incrementale contrappone una pianificazione che privilegia invece la dimensione interattiva della decisione.² In questa logica, il documento di piano è uno strumento per promuovere confronto/consenso/dissenso/negoziazione continui.³

Si tratta di cercare soluzioni che consentano ai soggetti di confrontarsi, di analizzare dati e processi, di prefigurarsi ipotesi di sviluppo.

Tutto ciò nell'assetto dei servizi di un territorio con una sua propria fisionomia, quindi all'interno di una serie di vincoli legislativi, culturali, storici, finanziari, spazio-temporali e in un panorama di rapporti e relazioni com-

1 (Setti Bassanini "La logica incrementale" in Prospettive Sociali e Sanitarie, 2003).

2 Si può risalire in particolare ai lavori di A. Balducci, o dell'Irs e di altri autori che hanno riproposto e adattato in termini innovativi al contesto italiano teorizzazioni e metodologie sviluppate negli Stati Uniti e in Inghilterra. Per un lavoro recente si può vedere R. Siza, *La programmazione sociale 2002*. Scrive Siza "la pianificazione strategica definisce più puntualmente gli obiettivi e le direzioni di sviluppo e su queste basi costruisce il progetto di trasformazione, crea alleanze, promuove azioni di coordinamento, individua mezzi con flessibilità e con attenzione costante agli effetti che produce ogni azione attivata".

3 (Setti Bassanini, idem).

plesso consolidatosi in precedenza. La finalità prima rimane quella di lavorare per superare le logiche di frammentazione degli interventi e di costruire strumenti di integrazione.

L'assunzione operativa della logica concertativa intesa in modo integrale, che implica un procedere per piccoli passi e attraverso obiettivi ed azioni sempre suscettibili di ridefinizioni e modellamenti in corso di processo, potrebbe impedire la definizione di un quadro programmatico di riferimento e di una strategia di medio e lungo periodo. Per questa ragione il Piano di Zona deve concretizzare la concertazione in una definizione di finalità condivise in riferimento a problematiche sociali comuni considerate prioritarie, di obiettivi e di azioni sostenibili in grado di innescare graduali cambiamenti, finalizzati a spingere il sistema nella direzione voluta.

UN METODO PRAGMATICO E SPERIMENTALE

La direzione politica e tecnica ha considerato il Piano di Zona un'opportunità per affrontare i nodi attualmente presenti nell'assetto organizzativo, nell'impostazione gestionale e nelle prospettive di sviluppo dei servizi e delle politiche sociali del territorio.

Ciò ha significato in via preliminare giungere ad una prima definizione di tali nodi, il più possibile condivisa dai referenti politici del territorio, per poter indirizzare sugli elementi problematici prioritari la programmazione zonale dei prossimi anni e, nell'alveo di questa, le programmazioni locali dei quattro bacini territoriali degli Enti Gestori coinvolti.

Il Piano di Zona incrementale e sperimentale ha il vantaggio di consentire, nei tempi prefissati, di definire alcune priorità per il territorio con il concorso di tutti i soggetti e di condividere le modalità di lavoro utilizzate per riconoscerli e affrontarli, mettendo in atto processi politici, tecnici e sociali. Non si è pretesa esaustività nella definizione degli obiettivi programmatici ma si sono concordate alcune finalità imprescindibili da cui partire:

- **la condivisione di modalità di lavoro comuni per affrontare la realizzazione del Piano;**
- **la costruzione di un sistema di programmazione sovrateritoriale da consolidare dopo la chiusura dell'Accordo di Programma;**
- **la definizione condivisa di alcune priorità strategiche con il concorso di tutti i soggetti partecipanti.**

Sono state così determinate le azioni fattibili e sostenibili nel breve periodo, attraverso le quali innescare una prima trasformazione del sistema, nella consapevolezza che nuovi orientamenti e nuovi sviluppi scaturiranno dalle prime trasformazioni conseguite.

Un altro aspetto fondamentale di cui si è tenuto conto nella costruzione di questo primo Piano di Zona è stata la relazione tra la programmazione territoriale dei singoli Enti e la nuova programmazione di piano.

Non si è voluta un'inutile duplicazione di livelli ma si è invece ritenuto importante concertare un'articolazione di scelte programmatiche che valorizzasse sia la realizzazione delle politiche sociali e dei servizi a livello locale, sia la progettazione di nuove strategie organizzative, indispensabili alla costruzione del sistema integrato di servizi ed interventi previsto dalla normativa e di recente richiamato dalla bozza del Piano Socio-Sanitario Regionale.

Si è ritenuto importante inoltre focalizzare alcuni fondamentali obiettivi strategici trasversali, validi per tutta l'Area Nord della Provincia di Novara, quali l'informazione ai cittadini, la comunicazione e la trasparenza sulle opportunità locali, l'accesso unitario ed integrato ai servizi, lo sviluppo di una rete operativa, l'approccio al problema dei trasporti, l'integrazione socio-sanitaria e la promozione della sussidiarietà orizzontale.

UN PROCESSO PARTECIPATO

Il Piano di Zona dell'Area Nord della Provincia di Novara si è caratterizzato da subito come un percorso fortemente attraversato dalla necessità di coinvolgere tutti gli attori aventi una funzione e una responsabilità nel sistema dei servizi. Il Piano di zona è stato condotto secondo modalità di azione che permettessero di ottenere una forte inclusività e una diffusa partecipazione, entrambe connotazioni distintive del processo partecipato.

Tale risultato si è ottenuto valorizzando la funzione programmatica della regia pubblica attraverso un sistema di comunicazione, di coinvolgimento e negoziazione tra i diversi attori istituzionali e della società civile, in una logica sempre più orientata all'applicazione del principio di sussidiarietà.

La modalità inclusiva e partecipativa è stata delicata da gestire. Ha comportato infatti, come presupposto, il riconoscimento fra i soggetti coinvolti di ruoli distinti, istituzionali e non, spesso frutto di mediazioni, derivati dalla storia e dalle relazioni presenti nei contesti. Si è scelto di par-

tire dalla costruzione di regole condivise per permettere un confronto aperto e democratico e, nel contempo, funzionale agli obiettivi di lavoro per la definizione del Piano. Questo ha richiesto di affrontare la scelta sui meccanismi di rappresentanza e sul problema delle rappresentatività attualmente vigenti.

Tali scelte metodologiche hanno condotto alla promozione di spazi di confronto dove le finalità, il metodo e il senso della programmazione di zona sono stati condivisi, anche attraverso la sollecitazione ad un rinnovato approccio culturale; dalla consultazione è quindi partita la prima costruzione di consenso sulle ipotesi operative, tradotte in obiettivi ed azioni.

Altro passo metodologico delicato è stato chiarire il significato delle relazioni che si ponevano in essere tra i vari soggetti coinvolti all'interno delle diverse fasi di costruzione del Piano.

Molto approfondita e chiarificante in tal senso è stata la riflessione sulla relazione esistente tra servizi pubblici e Organizzazioni di volontariato, alle quali è stato riconosciuto un ruolo fondamentale nell'ambito della consultazione territoriale, tanto da porle su di un piano paritetico a quello dei Servizi nella lettura dei problemi e dei bisogni della comunità locale.

Tre le principali ragioni legate alla partecipazione dei soggetti del Terzo Settore vi sono:

- **la conoscenza ravvicinata delle situazioni territoriali di disagio e di debolezza che richiedono interventi da parte dei servizi;**
- **la condivisione di una corresponsabilità delle azioni sociali compartecipate;**
- **la disponibilità a mettere in campo risorse proprie, preziose per il raggiungimento degli obiettivi della programmazione sociale, locale e di piano.**

Si tratta infatti di distinguere fra la funzione di “advocacy” e di protezione sociale, che il volontariato svolge in autonomia, e la funzione gestionale relativa ad alcuni particolari servizi ed interventi, che invece svolge per conto degli Enti Pubblici committenti e finanziatori degli stessi.

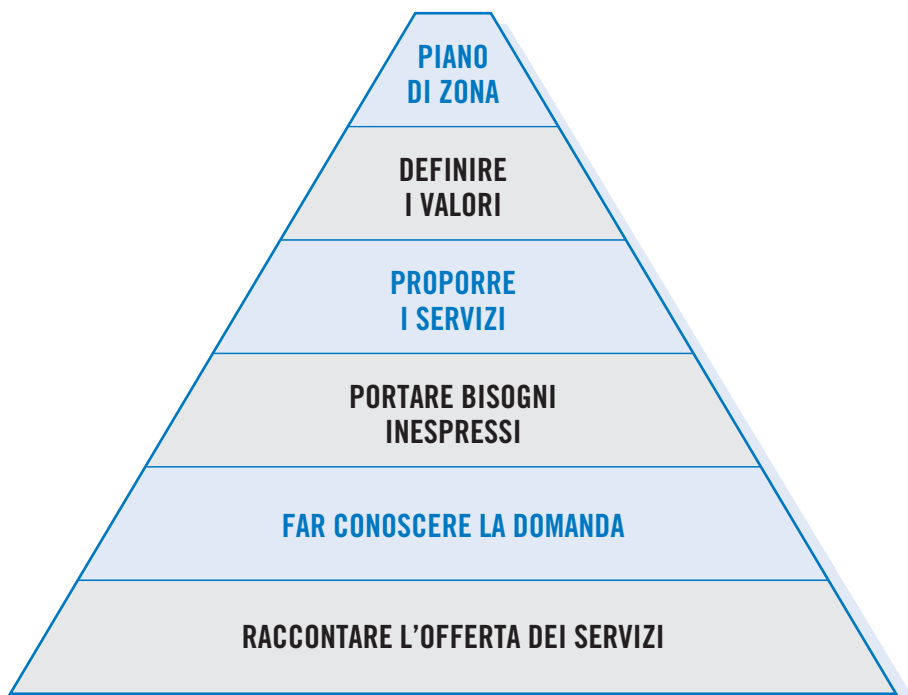
Il diritto-dovere ad essere rappresentati nel processo dei piani di zona discende dalla “advocacy”, che racchiude in sé la capacità di evidenziare i bisogni, di delineare nuove opzioni di intervento, di mettere in rete proprie risorse (motivazionali, umane, materiali e logistiche), in aggiunta a quanto disponibile con investimento pubblico.

L'impegno temporale

Il 25 maggio 2005, con un incontro tra i quattro Enti Gestori, ha preso avvio la costruzione del primo Piano di Zona dell'Area Nord della Provincia di Novara. Da quel momento si è sviluppato un processo che ha richiesto un impegno anche temporale quantificabile in circa 400 ore e 110 incontri così ripartiti:

- 8 giornate di formazione con gli Operatori;
- 1 Conferenza di Piano (28 ottobre 2005);
- 4 Assemblee Territoriali;
- 40 incontri dei Tavoli Tematici nei singoli territori;
- 12 incontri dei Tavoli Tematici Interenti;
- 40 incontri del Tavolo Tecnico Interenti per oltre 150 ore di lavoro;
- 5 incontri del Tavolo Politico Interenti.

LA SUSSIDIARIETÀ ORIZZONTALE PROMOSSA DAL PIANO DI ZONA



LA FORMAZIONE

Altra scelta strategica è stata quella di affidare la conduzione dei Tavoli Tematici nella lettura del territorio agli Operatori dei Servizi Sociali, predisponendo un percorso formativo apposito, come parte integrante del processo di costruzione del Piano di Zona.

Le nuove modalità programmatiche, incrementali e integrate, chiamano in causa la rivisitazione delle professionalità coinvolte nei servizi territoriali, che da servizi separati e chiusi nei propri confini istituzionali e nelle proprie competenze specifiche sono sollecitati a predisporre al cambiamento, verso la promozione di una reciprocità di conoscenze e connessioni fra i molti attori coinvolti a vari livelli.

La scelta dei conduttori dei Tavoli Tematici, selezionati tra Operatori degli Enti Gestori e dei Comuni, integrando professionalità sociali con professionalità educative, è ancora una volta espressione di tutta la filosofia portante del percorso: porre le basi per un'effettiva integrazione.

Nello specifico l'obiettivo del lavoro in formazione è stato duplice, da una parte quello di accompagnare metodologicamente il gruppo di operatori ad una prima valutazione sui servizi esistenti, dall'altra quello di prepararli alla gestione della fase di consultazione.

In particolare il percorso formativo si è proposto di:

- **accompagnare metodologicamente** il gruppo di operatori-conduttori dei tavoli tematici alla gestione della fase di consultazione e alla declinazione di una prima valutazione del contesto sociale in cui le attività dei servizi vengono svolte;
- **avviare un confronto** tra territori e tra professionalità differenti, che consentisse di mettere in comunicazione aree e dimensioni, anche culturali, spesso lontane (es. tra diverse organizzazioni di servizio, tra il sociale e l'educativo, tra il concetto di riparazione e quello di prevenzione, ec.), attraverso l'esplicitazione delle reciproche rappresentazioni dei servizi e la co-costruzione dei problemi principali condivisi;
- **costruire un linguaggio comune** non solo tra gli Operatori in formazione ma anche con gli altri attori della fase di consultazione, attraverso l'attenzione ai metodi e alle tecniche di gestione dei gruppi.

IL MONITORAGGIO E LA VALUTAZIONE DEL PIANO

Un metodo per la valutazione

La valutazione può essere considerata la fase del processo decisionale della programmazione in cui vengono rivisti i processi e i contenuti di una pianificazione zonale, per evidenziare se ed in che misura gli obiettivi programmati siano stati seguiti coerentemente e se debbano essere apportate modifiche di percorso.

La complessità degli interventi oggetto del Piano di Zona, così come strutturato nell'Area Nord della Provincia di Novara, e l'attenzione all'elevato grado di integrazione tra le politiche perseguito, richiede una particolare attenzione nella scelta degli obiettivi e delle finalità della valutazione.

Una Pubblica Amministrazione valuta per diversi motivi, tutti legittimi: può valutare per evidenziare i risultati ottenuti da una politica, per ottemperare ad un dovere istituzionale, per cercare eventuali aspetti critici in un contesto operativo, per valutare l'efficacia delle proprie scelte o per individuare la coerenza interna ai processi decisionali.

In questo senso diventa necessario, ogni volta, esplicitare i motivi che portano alla valutazione, per poter identificare strumenti coerenti alle necessità valutative.

Che cosa valutare

In questa fase del percorso di programmazione integrata delle politiche sociali territoriali, portata avanti dagli Enti Gestori, la valutazione risulta essenziale per poter verificare se il processo decisionale abbia portato a risultati coerenti con le indicazioni programmatiche iniziali.

In altri termini, oggetto della valutazione sarà vedere se e come il sistema di programmazione costruito sia stato conseguente alle scelte iniziali e se l'esito del processo programmatico sia in linea con quanto auspicato.

Poiché elemento chiave è stata la ricerca di integrazione tra le politiche, ne discende che il focus prioritario della valutazione dovrà riguardare proprio la capacità del sistema di favorire l'integrazione a livello politico, strategico ed operativo.

ESITI DI UNA PRIMA VALUTAZIONE DEL PIANO DI ZONA

Sulla base del metodo scelto, gli esiti di questa prima valutazione del percorso partono dall'analisi delle scelte fatte nel governo del Piano di Zona. I decisori politici e tecnici hanno considerato in che modo e in che misura il sistema di programmazione costruito e le relazioni poste in essere hanno favorito l'integrazione, considerandola nelle tre diverse dimensioni in cui è articolata: inter-istituzionale, socio-sanitaria, con il privato sociale.

Prima dimensione: l' integrazione interistituzionale

L'analisi del processo programmatico ha evidenziato come tutto il percorso sia stato effettivamente indirizzato a includere nei diversi livelli, politico e tecnico, la maggior parte degli attori significativi.

Lo stato attuale delle relazioni tra i soggetti coinvolti nel processo di costruzione del Piano di Zona (evidenziato graficamente nella tabella dedicata alla programmazione partecipata) evidenzia la necessità di potenziare in modo significativo la concertazione con la Scuola, concordemente considerata un attore chiave del processo programmatico delle politiche sociali in senso lato.

Questa convinzione, congiuntamente alla constatazione che con tale soggetto istituzionale la consultazione ai fini programmatici deve essere necessariamente recuperata, ha condotto la Direzione politica e tecnica di piano a prevedere due diversi "spazi di interfaccia" con il mondo della scuola: uno a livello tecnico a valenza consultiva, riferito agli operatori scolastici ed uno a livello tecnico a valenza programmatica, riferito agli operatori con ruoli dirigenziali.

Seconda dimensione: l'integrazione sociosanitaria

Relativamente all'ambito di integrazione socio-sanitaria, l'analisi del processo programmatico ha evidenziato, fin dalle scelte iniziali d'impostazione del processo, la chiara volontà di privilegiare la comunicazione e lo scambio culturale con l'Azienda Sanitaria Locale. L'analisi del modello organizzativo per la gestione integrata dei servizi, tuttavia, ha mostrato un elemento di debolezza nel sistema di coordinamento fra Enti Gestori ed ASL. A livello distrettuale esistono oggettivi canali ed ambiti dove si realizza l'integrazione socio-sanitaria; è significativa infatti l'interlocuzione tra Direttori di Distretto

e Direttori degli Enti Gestori ed esistono le commissioni dell'Unità di Valutazione Handicap e dell'Unità di Valutazione Geriatrica come luoghi operativi riconosciuti a profilo integrato.

Gli indirizzi sanitari dovrebbero, teoricamente, essere oggetto di valutazione critica da parte delle Assemblee dei Sindaci e la Conferenza dei Sindaci di distretto dovrebbe essere il luogo deputato territorialmente ad una integrazione strategica degli orientamenti sociali e sanitari; poichè, però, questo ambito di concertazione ha dimostrato nel tempo un'assoluta debolezza, ne discende all'oggi una situazione per cui le politiche sanitarie vengono decise in sede regionale ed aziendale e mutate dai Distretti Sanitari. Questi si interfacciano con gli Enti Gestori come luoghi con limitata capacità strategica complessiva, nonostante le effettive potenzialità progettuali e gestionali, mentre le politiche sociali vedono nell'Assemblea dei Sindaci e nel Tavolo politico del Piano di Zona un ambito di decisionalità attivo e definito. Si registra quindi l'assenza di un effettivo ambito programmatorio a livello territoriale che colleghi il sociale e il sanitario.

La valutazione ha dunque evidenziato un elemento di debolezza complessivo del sistema programmatorio integrato messo in atto, individuando tuttavia secondo una logica di incrementalità programmatoria orizzonti di possibilità a partire dalla realtà del Distretto.

Terza dimensione: l' integrazione con il privato sociale

La scelta di fondo, anche in questo caso, era stata quella di includere nei tavoli tematici territoriali gli attori che a vario titolo partecipano alla rete di servizi ed interventi sociali del territorio.

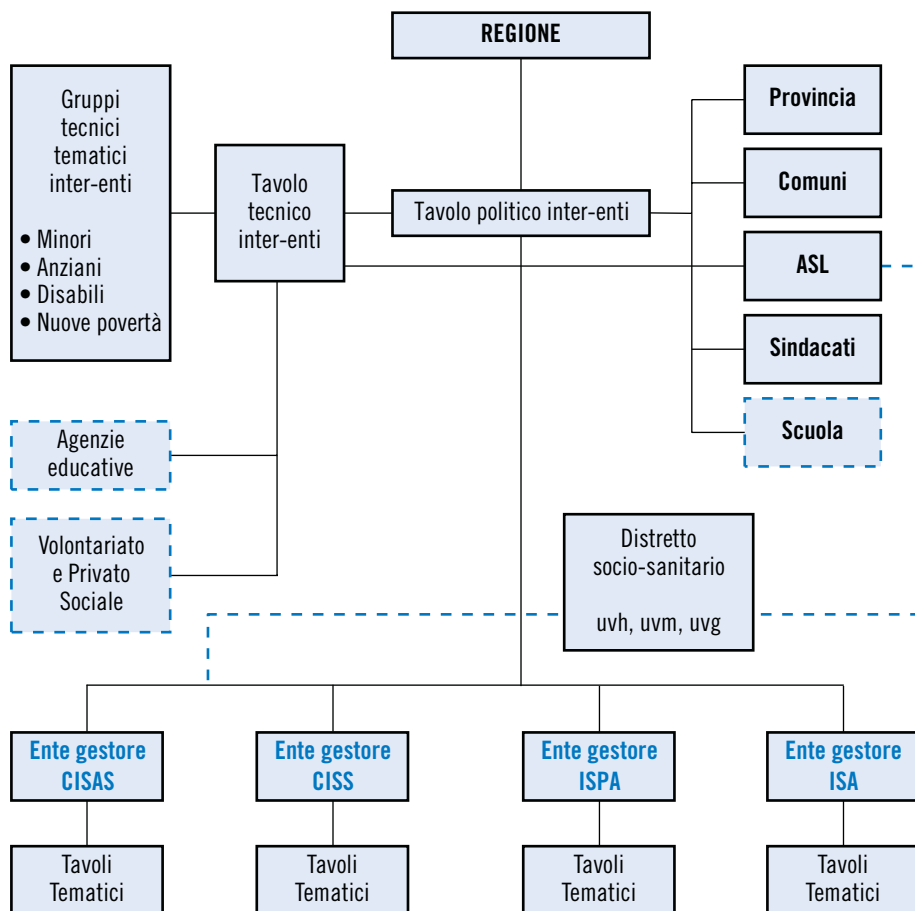
Al Privato Sociale e al Volontariato vengono riconosciute una forte appartenenza ed una chiara specificità territoriale, una mission autonoma rispetto a quella dei servizi pubblici, che non necessariamente deve rientrare nella logica della programmazione integrata, una rappresentatività parziale, in quanto non facilmente le singole associazioni fra loro e le singole entità al loro interno riescono a creare meccanismi di delega e luoghi di coordinamento.

È proprio rispetto a questo ultimo punto che, in vista dei futuri piani di programmazione, l'interlocuzione pubblica con il Privato Sociale e il Volontariato va potenziata, attraverso la promozione di momenti di confronto e condivisione a livello della direzione tecnica e politica di piano.

La finalità a cui tendere potrebbe essere l'accompagnamento di questo

settore verso una condivisa rappresentatività e un più organico coordinamento, aspetti funzionali fondamentali nel rapporto con i Servizi istituzionali, acquisendo i quali potrà verosimilmente introdursi nei futuri Tavoli di concertazione.

SCHEDA DI SINTESI DELLA PROGRAMMAZIONE PARTECIPATA



NOTA ESPLICATIVA
(a cura di IRS - Milano)

IL METODO DI VALUTAZIONE

Secondo il modello di valutazione adottato, l'attività di valutazione prevede alcuni passaggi essenziali:

- la definizione dell'unità di analisi;
- la definizione delle dimensioni da valutare;
- l'esplicitazione dei criteri di giudizio;
- l'individuazione degli indicatori.

Unità di analisi

Per unità di analisi si intende ciò che verrà valutato: il dover definire l'unità di analisi comporta la necessità di esplicitare compiutamente il significato della valutazione posta in essere. Nel nostro caso l'unità di analisi, coerentemente come le scelte programmatiche fatte, può essere identificata ad un duplice livello:

- le strategie e il governo del piano: ovvero si andrà a considerare come il sistema di programmazione costruito e le relazioni poste in essere nel processo di piano hanno favorito l'integrazione;
- le azioni: misurare gli esiti e l'efficacia di alcune azioni strategiche che dal sistema organizzativo integrato hanno preso vita.

Dimensioni da valutare

Per dimensioni da valutare intendiamo gli aspetti essenziali che si decide di valutare. Nel nostro caso, relativamente alla prima unità di analisi, abbiamo quattro dimensioni essenziali all'interno del generico concetto di integrazione:

- 1 *integrazione inter-istituzionale*, intesa come l'integrazione tra diversi enti a diverso titolo impegnati o coinvolti nel sistema di welfare locale;
- 2 *integrazione socio-sanitaria*, intesa come integrazione tra politiche dei Comuni, degli Enti gestori e dell'Azienda Sanitaria;
- 3 *integrazione con il privato sociale*, intesa come integrazione con tutti i soggetti che a diverso titolo erogano servizi e prestazioni a valenza sociale sul territorio;
- 4 *integrazione tra servizi sociali e socio-assistenziali*, intesa come messa in rete di servizi, competenze e risorse tra Enti gestori e Comuni.

(continua)

*(segue da pag. 33)***NOTA ESPLICATIVA**
(a cura di IRS - Milano)

Relativamente alla efficacia delle azioni strategiche è necessario rimandare la valutazione ad una fase successiva, dopo un periodo per monitorare quanto realizzato, verosimilmente in concomitanza con l'aggiornamento del piano di zona.

Criteri di giudizio

Per criterio si intende il paradigma di qualità che orienta l'azione dei valutatori nel formulare il giudizio su quanto analizzato; il criterio definisce che cosa è di valore per il valutatore.

Nel nostro caso possiamo considerare che i criteri siano orientati a considerare di qualità tutti gli elementi in grado di migliorare i processi di attivazione e comunicazione tra gli attori del welfare locale e di favorire una decisionalità corresponsabile e condivisa.

Alcuni criteri evidenziati in fase di discussione sono stati:

- la rappresentatività dei soggetti chiamati alla fase di concertazione;
- il grado di condivisione delle scelte (che discende dal grado di coinvolgimento al percorso decisionale);
- il mantenimento di ambiti decisionali chiaramente identificabili: responsabilità e funzioni distinte.

Indicatori

Gli indicatori sono strumenti per misurare il grado di realizzazione dei criteri; esprimono se ed in che misura un criterio di qualità sia presente o sia stato seguito. Essi consistono in elementi descrittivi della realtà la cui presenza o assenza, o la cui rilevanza quantitativa o qualitativa, sono in grado direttamente o indirettamente di evidenziare se ed in che misura un criterio sia positivamente rappresentato: gli indicatori non contengono alcun elemento di valore.

2

LA PROGRAMMAZIONE PARTECIPATA

IL PERCHÉ DEL LAVORO CON I TAVOLI TEMATICI

In campo sociale le esperienze di “progettazione partecipata” si sono diffuse e consolidate a seguito, soprattutto, delle normative nazionali (Legge 285/97 e Legge 328/00) che indirizzano i diversi soggetti territoriali, istituzionali e non, (Comuni, ASL, Scuole, Privato Sociale, ecc.) a stringere collaborazioni per affrontare specifiche problematiche sociali presenti nei contesti di appartenenza.

Questi orientamenti normativi sollecitano il superamento di quelle concezioni della progettazione eccessivamente connotate in termini specialistici e settoriali, che si sono rivelate insufficienti e troppo onerose nell’affrontare l’attuale realtà sociale, connotata da una complessità crescente solo parzialmente prevedibile e controllabile, dalla diffusione di sentimenti di preoccupazione e insicurezza, dalla riduzione delle risorse pubbliche, dall’individualizzazione e dalla frammentazione dei sistemi sociali, dalla necessità di ridefinire il “patto sociale” tra cittadini e istituzioni, etc.

Si tratta soprattutto di far nascere reti fra soggetti in connessione sinergica e di gestire continuamente il confronto, non tanto per raccogliere il consenso politico in sé ma per costruirlo intorno alla conoscenza dei fenomeni, ad un sapere inter-professionale, a priorità e ad obiettivi di intervento condivisi. Ciascun soggetto è considerato fonte di informazione e detentore di un sapere che va valorizzato nel momento in cui si condivide la lettura del problema, si individuano le priorità e si concordano le azioni. Evidentemente questo delicato e complesso processo di costruzione di significati sociali non può svolgersi spontaneamente senza una forte azione di regia, che deve essere assicurata dall’Ente Pubblico.

Il percorso, strutturato e gestito, richiede l’adozione di una strumentazione tecnica particolare e di un sapere che sia in grado di favorire la mediazione e di fare emergere i significati delle relazioni che si vanno ad instaurare via via tra i diversi soggetti.

Occorre innanzitutto superare quegli orientamenti, prevalentemente tecnici e settoriali, che hanno accompagnato lo sviluppo del nostro sistema di servizi e che oggi non permettono più di comprendere ed affrontare la complessità dei problemi presenti nella realtà.

Progettare con uno sguardo mono-prospettico (medico o sociale o pedagogico o psicologico o economico, etc.) non permette, infatti, di cogliere e rappresentare la complessità e la globalità dei problemi sociali pre-

senti e induce, inevitabilmente, a semplificazioni che non forniscono materiali utili per riorientare i Servizi.

Occorre, inoltre, mettere in campo metodologie di progettazione che permettano di tener conto della pluralità degli interessi presenti nel territorio e dell'inevitabile ed estesa conflittualità conseguente.

IL METODO PER LA COSTRUZIONE DELLA DIAGNOSI SOCIALE

Molto spesso nell'analisi dei bisogni propedeutica ai Piani di Zona, incontriamo descrizioni che riguardano bisogni troppo vasti e indefiniti per essere trattati, che non trovano riscontri e coerenze con il sistema dei servizi esistenti e le risposte attivate.

Letture di questo tipo non permettono una costruzione di significato intorno alla programmazione locale e non contribuiscono a creare un'appartenenza del Piano al territorio, data l'assenza di un dialogo effettivo tra il livello della comunità e dei servizi (micro) e il livello delle politiche e della cultura programmatoria (macro).

Spesso i piani di zona finiscono per essere una lista interminabile di bisogni e di aspettative, creano un senso di incompiutezza e di frustrazione negli attori del percorso, sia per chi implementa i servizi, sia per chi deve fare delle scelte di priorità in ordine alle risorse, sia per chi partecipa alla costruzione del piano in un ruolo consultivo. Si pensi ad esempio a tematiche quali la mancanza di lavoro, al disagio sociale, al problema abitativo, alla solitudine, alla povertà, ecc. per avere idea dell'ampiezza e della complessità delle problematiche da affrontare e del comprensibile disorientamento che suscita l'ipotesi di strategie risolutive.

Arrivare ad una diagnosi sociale attraverso una metodologia incrementale e partecipata ha significato soprattutto procedere per gradi, a partire dalla percezione dei fenomeni/problema e dall'analisi degli elementi descrittivi dei bisogni correlati, portati dai singoli soggetti (operatori, servizi e collettività). Da qui la scelta metodologica di proporre per il Piano di Zona Integrato dell'Area Nord della Provincia di Novara un percorso di analisi capace di coinvolgere il maggior numero di soggetti possibili nella rilevazione dei problemi.

Si è progressivamente arrivati a:

- co-costruire un primo livello di lettura dei servizi sociali in senso lato;

- ampliare e/o confrontare questa visione mediante elementi estrapolati dalle schede compilate dai testimoni privilegiati del territorio;
- condividere una lettura di sintesi più ampia e approfondita e una raccolta di inputs attraverso l'incontro nei Tavoli Tematici.

L'obiettivo principale è stato quello di rilevare:

- come l'attuale sistema d'offerta "risponde" alla domanda identificata e in che termini;
- quali aree di disfunzionalità/criticità si riconoscono e quali i principali elementi di sviluppo;
- che cosa non si conosce o rimane aspetto inesplorato.

LE FASI DEL LAVORO

Lo svolgimento della prima fase di valutazione ad opera degli operatori pubblici dei Comuni è avvenuta in concomitanza con l'avvio delle azioni per la costruzione del sistema di programmazione.

Si è proceduto su tre livelli:

- Analizzando l'esistente: ciò che si fa, come si fa, quali i vincoli e le opportunità;
- Raccogliendo una prima informazione dal territorio: leggendo i dati e le informazioni raccolte con una visione territoriale, derivante dalla stessa comunità attraverso l'esperienza sul campo di operatori tecnici e non;
- Organizzando la partecipazione ai Tavoli Tematici.

Questa è stata una parte fondamentale del percorso in quanto i tavoli di consultazione territoriale sono stati pensati come:

- luoghi dove si produce materiale, in termini di questioni e nodi, sui quali intervengono il Tavolo Tecnico Interenti e il Tavolo Politico;
- luoghi dove si costruisce e facilita la relazione fra servizi e territorio;
- luoghi dove si crea consenso nella co-costruzione sulla visione dei problemi.

Si tratta di un lavoro condiviso e partecipato da chi ha la responsabilità tecnica del piano, che deve impostare il lavoro per permettere ai politici di elaborare le scelte, e da chi sta sul territorio e conosce i servizi.

La volontà politica che ha accompagnato tutto il processo è stata quella di costruire dei luoghi di confronto che si formalizzassero in seguito come laboratori e osservatori permanenti per la progettazione partecipata.

Nella costruzione dei tavoli di consultazione è stata privilegiata l'appartenenza territoriale e ogni Ente Gestore ha coordinato lo svolgimento dei propri cinque Tavoli Tematici (anziani, disabili, minori, responsabilità familiari e nuove povertà).

In un secondo momento il Tavolo Tecnico Interenti allargato alla Provincia e ai Direttori dei due Distretti sanitari ha analizzato i materiali prodotti; con questa scelta si è voluto raccogliere elementi in ordine alle problematiche comuni e valorizzare, nel contempo, ciò che invece riguarda la storia e le relazioni di ciascun Ente Gestore.

Questa stessa procedura permetterà nel corso del futuro biennio di mantenere uno stretto rapporto tra la programmazione locale (derivante dall'organizzazione di ogni singolo Ente e dalle particolarità del bacino territoriale afferente) e la programmazione zonale.

La partecipazione è stata ampia e ha visto coinvolti tutti i testimoni più significativi del territorio.

GLI ESITI DEL LAVORO

Le tavole seguenti mostrano una sintesi
schematica del lavoro svolto

AREA ANZIANI

Sintesi del percorso dei tavoli tematici

1**CHE COSA ABBIAMO RILEVATO**

- Solitudine delle persone anziane.
- Necessità di potenziare interventi di domiciliarità e di sollievo alle famiglie.
- Problemi legati alla non autosufficienza (progressivo aggravamento della situazione di fragilità).
- Crescente bisogno di trasporti per ragioni sanitarie.
- Scarsa informazione sulle opportunità presenti.

MACROAREA DI LAVORO (SU CHE COSA LAVORARE)

- Solitudine.
- Prevenzione della non autosufficienza.
- Sostegno economico agli anziani: uniformare i criteri di accesso e procedurali di erogazione dei contributi economici.
- Comprensione e approfondimento del fenomeno badanti.
- Trasporti.
- Diffusione di informazioni sui servizi esistenti e sui bisogni del territorio.
- Dimissioni protette.

AREA ANZIANI

Sintesi del percorso dei tavoli tematici

1

FATTORI CRITICI

Difficoltà strutturali

- Assenza di risorse economiche.
- Dispersione territoriale.

Difficoltà organizzative

- Culture differenti nei diversi enti pubblici.
- Rete e coordinamento sul territorio scarsi.
- Informazione sui servizi approssimativa.

ELEMENTI DI SUCCESSO

- Presenza degli operatori sul territorio.
- Sviluppo delle cure domiciliari (assistenza domiciliare integrata, Sad, voucher, pasti a domicilio, etc.).
- Forme di sostegno tra anziani in cui è attivamente coinvolto il volontariato.
- Tipologia di offerta diversificata.

AREA DISABILITÀ

Sintesi del percorso dei tavoli tematici

2**CHE COSA ABBIAMO RILEVATO**

Le situazioni di sofferenza dei servizi derivano dalla necessità di:

- Sviluppare inclusione sociale.
- Supportare la genitorialità.
- Migliorare il sostegno nel passaggio dall'adolescenza alla vita adulta della persona disabile.
- Potenziare la collaborazione con la scuola.
- Attrezzarsi nella presa in carico della disabilità psichica.
- Superare la tardiva presa in carico socio-sanitaria del minore e delle famiglie.

MACROAREA DI LAVORO (SU CHE COSA LAVORARE)

- Integrazione dei servizi.
- Informazione ed integrazione delle varie risorse presenti sul territorio.
- Sostegno ai genitori di bambini disabili.
- Rete di servizi che alleggeriscano la famiglia nel tempo libero.
- Percorsi di inserimento lavorativo.
- Il “dopo di noi”.
- Il periodo adolescenziali e il passaggio all'età “adulta”.
- Trasporti.
- Accesso ai servizi riabilitativi integrato e facilitato.

AREA DISABILITÀ

Sintesi del percorso dei tavoli tematici

2

FATTORI CRITICI

Difficoltà strutturali

- Scarsità/insufficienza di risorse economiche.
- Dispersione territoriale.
- Carenza di volontari.
- Eccessiva burocrazia.

Difficoltà organizzative

- Mancanza di una rete.
- Difficoltà nella condivisione di obiettivi tra servizi coinvolti.
- Scarsa informazione reciproca.
- Debole costruzione di rete.

ELEMENTI DI SUCCESSO

- Orientamento verso servizi studiati per fasce d'età.
- Interventi socio educativi mirati e progettualità individualizzate.
- Costante ricerca di risorse presenti sul territorio.
- Collaborazione con il terzo settore.

AREA MINORI E RESPONSABILITÀ FAMILIARI

Sintesi del percorso dei tavoli tematici

3**CHE COSA ABBIAMO RILEVATO**

- Difficoltà di partecipazione da parte dei genitori alla vita dei figli in età scolare.
- Necessità di sensibilizzazione e di partecipazione attiva delle comunità locali.
- Necessità di forme di prevenzione e supporto al disagio familiare.
- Presenza di nuove realtà familiari (nuclei immigrati, ricomposti, monoparentali).
- Aumento di situazioni di fragilità economica e sociale.
- Necessità di consolidare e potenziare la connessione con la scuola.
- Presenza di fenomeni di devianza (spaccio ed uso di sostanze, vandalismo, bullismo).
- Insufficiente offerta di asili nido.

MACROAREA DI LAVORO (SU CHE COSA LAVORARE)

- Tutela materno infantile e gestione della domanda legata alla prima infanzia.
- Relazioni con la scuola.
- Relazioni tra servizi e tra famiglie e servizi.
- Supporto alla genitorialità e mediazione familiare.
- Promozione delle politiche giovanili.

Il lavoro dei due Tavoli Tematici Minori e Responsabilità Familiari è confluito in un'unica area tematica "Minori e Responsabilità Familiari".

AREA MINORI E RESPONSABILITÀ FAMILIARI

Sintesi del percorso dei tavoli tematici

3

FATTORI CRITICI

Difficoltà strutturali

- Scarsità/insufficienza di risorse economiche.
- Dispersione territoriale.
- Mancanza di strutture e servizi per la prima infanzia.
- Scarse risorse familiari di supporto.

Difficoltà organizzative

- Scarsi collegamenti e passaggio di informazione tra servizi.
- Assenza di una rete anche teorica di riferimento.
- Gestione frammentata dei servizi.

ELEMENTI DI SUCCESSO

- Nascita di nuovi servizi di sostegno alla genitorialità come spazio di ascolto per genitori e interventi di mediazione relazionale.
- Servizi aperti al territorio dove si sviluppano incontro e riflessione sui temi infantili.
- Nascita di nuove forme di associazionismo dei genitori.
- Buona sensibilità dei servizi in ordine all'aggregazione giovanile.

Il lavoro dei due Tavoli Tematici Minori e Responsabilità Familiari è confluito in un'unica area tematica "Minori e Responsabilità Familiari".

AREA NUOVE POVERTÀ

Sintesi del percorso dei tavoli tematici

4**CHE COSA ABBIAMO RILEVATO**

Relativamente al fenomeno della povertà le domande che sempre più numerose arrivano ai servizi riguardano:

- Casa.
- Lavoro.
- Sostegno economico.
- Trasporti.
- Alloggi.
- Esigenze di gestione dei figli correlati ai mutamenti del nucleo familiare.

MACROAREA DI LAVORO (SU CHE COSA LAVORARE)

- Promozione di politiche attive del lavoro per contrastare i fenomeni legati ai mutamenti della domanda, per prevenire la disoccupazione e la fragilità sociale correlata.
- Scambio di informazioni tra enti ed associazioni diverse presenti sul territorio, al fine di ottimizzare le risorse.
- Progetti di interculturalità e di integrazione per le persone immigrate.
- Strategie di reperimento di alloggi sostenibili.
- Contrasto alla dipendenza attraverso progetti di animazione preventiva.

AREA NUOVE POVERTÀ

Sintesi del percorso dei tavoli tematici

4

FATTORI CRITICI

- Scarso legame tra servizi.
- Difficoltà di accesso ai servizi.
- Mancanza punti riferimento.
- Scarsa informazione sull'esistente.
- Preoccupante numero di domande di "emergenza sociale" a cui far fronte.
- mancanza di strutture per socializzazione e animazione preventiva rivolta agli adolescenti.

ELEMENTI DI SUCCESSO

- Presenza degli operatori sul territorio per raccogliere la domanda.
- Possibilità di garantire in casi urgenti prestazioni di sostegno e aiuti attivando la rete di collaborazione con il privato sociale.
- Coordinamento degli operatori coinvolti.

3

**OBIETTIVI ED AZIONI DELLA
PROGRAMMAZIONE DI PIANO
PER IL BIENNIO 2007-2008**

GLI OBIETTIVI E LE AZIONI SU CUI CONVERGERE

Conclusa la consultazione territoriale nell'ambito dei tavoli tematici ed acquisita un'ampia lettura dei bisogni sociali emergenti nell'Area Nord della provincia, si è continuato il lavoro di programmazione partecipata, attraverso la predisposizione della successiva fase di concertazione.

A partire dalle restituzioni dei cinque tavoli tematici territoriali, espressione delle realtà locali dei singoli Enti Gestori, e interterritoriali, elaborazione sintetica delle rilevazioni di tutti e quattro gli Enti, il Tavolo Tecnico Interenti ha potuto raccogliere in un quadro completo le problematiche comuni emergenti riguardanti anziani, disabili, minori, famiglie e nuove povertà, esprimendo un ordine di priorità.

Per ciascuna problematica evidenziata si è ritenuto funzionale esplicitare la finalità generale a cui tendere nell'affrontarla ed ipotizzare delle azioni attraverso cui procedere per raggiungerla, ciò come premessa ed indirizzo del dibattito previsto nella fase di concertazione.

Il Tavolo Tecnico Interenti, sempre esaminando gli esiti della consultazione territoriale, ha inoltre messo in luce, al di là delle singole problematiche sociali, alcuni fenomeni di criticità trasversali, relativi alle odierne prassi di lavoro o a connotazioni del contesto con cui la programmazione dei servizi deve misurarsi.

Tali fenomeni di criticità hanno suggerito, al pari delle singole problematiche sociali, finalità ed azioni generali, da discutere in fase di concertazione sottoforma di obiettivi strategici e da declinare nelle diverse aree tematiche.

Presentato ed illustrato un quadro generale di finalità ed azioni coerente con il lavoro dei tavoli tematici ai soggetti politici titolari dell'intero processo programmatico (Tavolo politico interenti, assemblee dei sindaci, amministrazioni), il Tavolo Tecnico Interenti ha quindi proceduto ad un'ulteriore sintesi ragionata di obiettivi, tenendo conto della fattibilità concreta delle azioni da programmare per il biennio 2007-2008, cioè valutando realisticamente la sostenibilità dei nuovi interventi da avviare a partire dall'attuale impianto organizzativo dei servizi e del possibile potenziamento delle offerte già esistenti.

Non avendo risorse e strumenti adeguati per affrontare simultaneamente la totalità delle problematiche sociali individuate nell'ambito delle diverse aree tematiche, ci si è dovuto innanzitutto chiedere da quali fosse sensato e strategico partire nella programmazione di piano.

Muovendo da questa unanime constatazione e scegliendo di puntare sulla promozione dell'integrazione socio-sanitaria, da un lato, e sulla sussidiarietà orizzontale dall'altro, sono stati proposti:

- **OBIETTIVI DI INNOVAZIONE**, richiedenti azioni organizzative di sistema;
- **OBIETTIVI DI SVILUPPO**, richiedenti azioni specifiche di consolidamento e potenziamento dell'esistente.

Le azioni della programmazione di piano sono quindi state concepite a due livelli.

- 1 Ad un primo livello si pongono le **AZIONI ORGANIZZATIVE**, finalizzate a mettere in moto un modello di lavoro caratterizzato da un nuovo metodo e da strategie operative funzionali alla costruzione del sistema integrato di servizi ed interventi previsto dalla normativa.
Queste azioni intendono produrre cambiamenti di sistema relativi sia agli orientamenti culturali (globalità della presa in carico della persona, integrazione socio-sanitaria del piano degli interventi, promozione della sussidiarietà orizzontale), sia agli aspetti metodologici generali (modalità e strumenti di informazione, comunicazione, accesso e fruibilità dei servizi), sia a condizioni di contesto (rete fra soggetti, gestione trasporti).
- 2 Ad un secondo livello si pongono le **AZIONI SPECIFICHE**, relative alle problematiche comuni emerse dalla consultazione territoriale e sulle quali i servizi sociali, socio-assistenziali e sanitari del territorio in vario modo da anni già operano; si tratta di azioni fondamentali nella loro portata tematica, da garantire e sviluppare come contenuto irrinunciabile delle attuali politiche sociali. Le programmazioni annuali e pluriennali dei servizi sociali e sanitari territoriali dovranno pertanto prevedere il consolidamento e il potenziamento di interventi e prestazioni relativi a tali azioni.

Naturalmente accanto agli obiettivi e alle azioni condivise della programmazione di piano, nei documenti programmatici locali compariranno obiettivi di sviluppo particolari, valevoli per la singola area territoriale, e in riferimento ad essi verranno esplicitate dagli Enti Gestori interessate azioni specifiche differenziate.

Ci si attende che tale strategia programmatoria possa consentire di rinforzare da un lato connessioni, sinergie e collaborazioni tra gli Enti Gestori dell'Area Nord della Provincia e, dall'altro, garantire aderenza e intesa privilegiate rispetto ai propri specifici bacini territoriali.

ESITI E ATTESE DELLA CONCERTAZIONE

Il processo di concertazione in corso ha chiaramente una doppia valenza: tecnica e politica. Nella fase di concertazione svolta fino ad ora sono stati infatti coinvolti, ad entrambi i livelli, l'Azienda Sanitaria Locale, la Provincia e le Organizzazioni Sindacali, quali interlocutori istituzionali territoriali privilegiati degli Enti Gestori in materia di programmazione sociale.

In una serie di incontri, articolati per area tematica, si è svolto un interessante e vivace confronto sui più significativi aspetti delle problematiche sociali proposte all'attenzione del tavolo in quanto riconosciute prioritarie per tutta l'Area Nord della Provincia; per ciascuna di esse, sono stati esplicitati ed argomentati gli obiettivi e le azioni di programmazione proposti dagli Enti Gestori. Lo scambio democratico e costruttivo dei diversi punti di vista e il riconoscimento della validità dell'approccio metodologico adottato hanno agevolmente condotto alla stesura condivisa dei contenuti programmatici del presente documento.

La seconda fase della concertazione coinvolgerà direttamente le singole Amministrazioni Comunali e condurrà alla sottoscrizione dell'accordo di programma. Rispetto agli obiettivi e alle azioni della programmazione di piano, ci si attendono livelli differenziati di adesione:

- un primo livello sta nel riconoscimento delle problematiche evidenziate come emergenti e comuni;
- un secondo riguarda l'assunzione di impegno nell'operare cambiamenti di metodo: parliamo ad esempio di un modo nuovo di leggere il problema (in termini globali, multidisciplinari), di decidere (a livello integrato e decentrato nell'ambito del Distretto), di programmare (partendo da una lettura del contesto attendibile e aggiornata) e di operare (accesso unico ai servizi, coordinamento della rete territoriale, ecc.);
- un terzo comporta l'assunzione d'impegno nel compartecipare allo svolgimento operativo delle azioni, secondo la condivisione di una progettazione comune e di una programmazione che permetta l'integrazione dei singoli apporti, connotati da modalità, spazi, tempi e competenze differenziati;
- un ultimo si concretizza nella dichiarazione dell'investimento di risorse, umane e/o finanziarie per le prossime due annualità, in riferimento alle effettive disponibilità di bilancio.

Nel sottoscrivere l'accordo di programma ogni soggetto firmatario esprimerà il livello di adesione al documento più coerente con la propria identità e situazione, nel più democratico rispetto della differenza tipico del processo partecipativo.

LA PROPOSTA DELLA CONCERTAZIONE

Nel proseguo del presente capitolo vengono riportati, secondo la ormai tradizionale scansione per aree tematiche, i contenuti veri e propri della programmazione di piano, proposti come oggetto della concertazione.

Si tratta di un'enunciazione sintetica ma esaustiva delle problematiche sociali emergenti, riconosciute come prioritarie in ordine alla portata, rilevante in tutta l'Area Nord della Provincia, e in ordine ai tempi di approccio; per strategie di processo e di sistema si è infatti condiviso un ordine di priorità non solo rispetto alle proporzioni e alla gravità dei fenomeni ma anche rispetto all'ordine secondo cui attivarsi.

Nell'esposizione per area tematica verranno quindi elencate le problematiche sociali con le correlate azioni; prima compariranno le azioni organizzative di sistema orientate al raggiungimento di obiettivi di innovazione e poi le azioni specifiche di consolidamento e di potenziamento, in riferimento ad obiettivi di sviluppo dell'offerta esistente.

Si è scelto di dare più ampio spazio alle azioni organizzative, sia in questa descrizione sia nell'ambito del confronto concertativo, per sottolineare la ferma intenzione di mettere in atto cambiamenti di sistema, quantitativamente calibrati e temporalmente ponderati ma sostanziali nella portata metodologica.

Oltre a sviluppare l'offerta esistente, consolidando e potenziando servizi, interventi e prestazioni in vario modo ed entità già presenti, come per altro oggettivamente serve in senso assoluto, con questo primo piano di zona gli Enti Gestori si avviano sulla strada dell'innovazione, scegliendo l'integrazione socio-sanitaria e la sussidiarietà orizzontale come premesse, finalità e strumenti ad un tempo della programmazione territoriale.

Volutamente si è ritenuto opportuno presentare le azioni organizzative in modo più articolato di quelle specifiche, sulle quali molto di per sé si sarebbe potuto illustrare, essendo il corpo sostanziale delle azioni svolte attualmente dai servizi sociali, socio-assistenziali e sanitari.

Dalla condivisione degli obiettivi e delle azioni di questa programmazione di piano ci si attende uno sguardo ed un atteggiamento non solo di rinforzo rispetto alle scelte di investimento progettuale degli ultimi anni, sottese alle scelte di politica sociale che identificano in modo pressoché unitario i servizi, ma di ricerca verso nuovi scenari possibili, da costruire a partire da dati e intuizioni ancora da esplorare.

AREA ANZIANI

1

PROBLEMATICHE, OBIETTIVI, AZIONI

Le PROBLEMATICHE PRIORITARIE da cui si ritiene strategico partire riguardano:

- la carenza di dati informativi sulla popolazione anziana;
- le difficoltà legate alla mobilità per raggiungere i centri di cura;
- le difficoltà organizzative nelle fasi post ricovero ospedaliero.

OBIETTIVI DI INNOVAZIONE ED AZIONI ORGANIZZATIVE

- 1 Costruzione di un sistema permanente di raccolta ed elaborazione dati.
- 2 Studio e sperimentazioni sul problema del trasporto sanitario.
- 3 Sostegno domiciliare intensivo nella fase post-ricovero.

AZIONE 1 Costruire una banca dati integrata e attivare un sistema di raccolta dati informativi sulla condizione di fragilità degli anziani.

L'esigenza di un quadro conoscitivo funzionale ad attuare strategie di programmazione a valenza preventiva in riferimento alle diverse situazioni problematiche della popolazione ultrasessantacinquenne, in particolare riferite alla non autosufficienza, viene riconosciuta prioritaria da tutti gli attori coinvolti.

Si tratta di costruire un sistema organizzato per la raccolta e il monitoraggio di dati conoscitivi (statistici, quantitativi e qualitativi) che descrivano la situazione della popolazione anziana, ultra sessantacinquenne, in termini di condizioni di vita e stato di salute, disaggregata per distretto socio-sanitario.

Attualmente si possiedono solo dati parziali, relativi a sistemi informativi distinti (quello dei Comuni, degli Enti Gestori e delle ASL), non fruibili in maniera integrata e non coerenti con le esigenze conoscitive relative alle condizioni di fragilità delle persone anziane. Si possiedono informazioni sulla domanda dei servizi relativa all'utenza in carico per ambiti di prestazione fruita (es. servizio di assistenza domiciliare, assistenza domiciliare integrata, assegni di cura, accesso agli sportelli informativi, ecc.) ma si è ancora distanti dalla lettura complessiva del bisogno reale. Anche il Sindacato possiede informazioni

significative sulle esigenze assistenziali rilevate e sull'offerta del privato sociale e del privato sommerso, che potrebbero integrarsi utilmente con i dati noti ai servizi.

A partire dallo stato attuale di conoscenza, si intende procedere operativamente a:

- definire in maniera congiunta lo stato di fragilità dell'anziano e del target specifico che si intende monitorare, comprendendo gli aspetti sociali e sanitari, per partire nelle scelte programmatiche da un concetto di benessere globalmente inteso;
- prevedere una sede ed un operatore a cui confluiscano tutte le informazioni, per costruire un'unica banca dati centralizzata ed integrata, affinché la raccolta possa essere sistematica ed il monitoraggio permanente;
- provvedere alla conseguente raccolta sistematica dei dati e delle informazioni che gli enti coinvolti si impegneranno a fornire, incaricando preposti operatori;
- sperimentare procedure condivise e una metodologia comune per la raccolta di informazioni, al fine di favorire un approccio conoscitivo e valutativo al dato fortemente integrato sul piano socio-sanitario;
- ai medici di base verrà richiesto di collaborare con le assistenti sociali nella segnalazione della fragilità del paziente anziano, nonché nell'approfondimento e nella valutazione delle problematiche da prevenire;
- verificare la disponibilità della Provincia a svolgere nel prossimo biennio un ruolo di sostegno e di promozione del sistema informativo locale attraverso:
 - la definizione di un modello operativo scientifico di raccolta e aggiornamento dati, che consenta la costituzione di una banca dati provinciale;
 - la formazione degli operatori coinvolti nel lavoro di raccolta, aggiornamento ed elaborazione dati;
 - il coordinamento del sistema di raccolta, aggiornamento ed elaborazione dati a livello sovrazonale;
 - investire il tavolo tematico interenti della funzione di osservatorio permanente: sia per la conoscenza dei fenomeni che sfuggono ai servizi (es. quello delle badanti), sia come collaboratore nella raccolta dati e nel monitoraggio, sia come ambito propositivo ai fini della progettazione.

Potrà, ad esempio, essere utilizzata come strumento di rilevazione dati una semplice scheda conoscitiva simile a quella utilizzata dall'Unità di Valutazione Geriatria (UVG), che preveda il coinvolgimento anche dei medici di base, preziose fonti di informazione sulla condizione di vita e salute dell'anziano.

AZIONE 2 Facilitare l'accesso della popolazione anziana ai centri di cura e garantire un accompagnamento assistenziale adeguato.

Gli Enti Gestori e i Comuni, in varia misura e secondo modalità diverse, stanno tentando di fornire parziale risposta a questa esigenza, che si sta facendo sempre più vasta e variegata, con insostenibili ricadute economiche.

Gran parte delle attività sono svolte dal Volontariato, che già al presente effettua la maggior parte dei trasporti su committenza degli Enti Gestori e dei Comuni, attraverso apposite convenzioni.

Anche l'Asl impiega ingenti risorse e mezzi per far fronte alle richieste di trasporti: tutti i soggetti coinvolti concordano sull'esistenza del problema, in particolar modo sottolineando l'aumento esponenziale delle richieste, la conseguente ricaduta in termini di costi a carico sia dei servizi sociali che sanitari, un'attivazione del servizio impropria, un dis-servizio sulle linee di comunicazione tra gli Ospedali di Borgomanero e Arona che rende ulteriormente difficoltosa la circolazione. Ne deriva la richiesta di uno studio di fattibilità e di un'indagine conoscitiva volta a chiarire la situazione reale e le possibili sovrapposizioni dovute alla mancanza di coordinamento.

L'intenzione condivisa è anche quella di tentare un contenimento del servizio studiando, a breve, delle strategie di gestione della domanda e promuovendo l'attivazione di un sistema più razionalizzato.

In particolare si tratta di:

- conoscere in modo approfondito il fenomeno della mobilità, attraverso un confronto su bisogni espressi, risposte fornite e modalità operative adottate in ciascun bacino territoriale, con particolare attenzione alle prestazioni già attive (es. convenzione Asl per pazienti oncologici);
- fornire collaborazione da parte dei vari soggetti coinvolti nell'approfondimento conoscitivo del fenomeno, prevedendo un confronto tra i volontari e gli operatori amministrativi dei servizi sociali e sanitari, per

identificare eventuali sovrapposizioni e diseconomie e tentare una giustapposizione degli interventi;

- rappresentare i bisogni socio-sanitari sul territorio nella programmazione dei piani per il traffico e i trasporti ai competenti Organi provinciali;
- sperimentare un coordinamento pilota dei trasporti forniti, per razionalizzare gli interventi con vantaggi logistici ed economici;
- estendere il ruolo del volontariato al coordinamento della rete di associazioni coinvolte;
- introdurre un quadro di riferimento comune, che preveda la partecipazione privata alla spesa secondo un regolamento d'accesso al servizio uniforme, per gestire secondo criteri unici e chiari la domanda.

AZIONE 3 Sostenere l'anziano nella fase del post ricovero.

A fronte della delicatezza e della complessità del dopo degenza ospedaliera, occorre condividere e monitorare nell'operatività l'organizzazione delle dimissioni protette in modo che, garantendo la continuità assistenziale, venga assicurato all'anziano una condizione di riadattamento e ripresa.

La realizzazione di queste azioni dipende sostanzialmente dal grado di integrazione socio-sanitaria ottenuto e prevede come indispensabile un lavoro distrettuale fra operatori sociali e sanitari che condurrà ad una progettazione integrata comune.

Concretamente ci si impegnerà a:

- conoscere dettagliatamente e confrontare tra operatori sociali e sanitari le prassi operative attualmente seguite nelle dimissioni protette;
- promuovere incontri tematici finalizzati al confronto fra operatori sociali e sanitari per ri-vedere e monitorare il modello di dimissioni protette oggi in uso, nella logica della continuità assistenziale: si tratterà inoltre di analizzare le ricorrenti criticità al fine di definire praticamente protocolli di lavoro comuni più funzionali nel raccordarsi per supportare la persona anziana;
- prevedere, a dimissioni effettuate, un sistema di monitoraggio dell'anziano con passaggio costante e reciproco delle informazioni sull'andamento delle sue condizioni di salute e del suo riadattamento post ricovero;
- garantire possibilità di accesso frequente all'Unità di Valutazione Geriatria (UVG), al di là dell'ordinaria convocazione mensile.

Si concorda inoltre che nell'affrontare la problematica delle dimissioni protette, le Case di riposo potrebbero diventare soggetti ideatori e attuatori nell'offerta di periodi di sollievo e di appoggio, prima del rientro a casa o parallelamente ad esso.

Infine, esposta da parte degli Enti Gestori la comune necessità di ritardare il rientro a casa dell'anziano che si trovi in una situazione ambientale e familiare di gravissimo disagio per consentire un congruo tempo di attivazione dell'intervento socio-assistenziale, si è concordato con l'Asl per i destinatari del progetto della continuità assistenziale (che garantisce 7 giorni di ricovero extra ospedaliero presso determinate Case di riposo del territorio), la permanenza presso la struttura residenziale fino ad un massimo di 30 giorni con costi ripartiti secondo la modalità prevista per i posti di sollievo.

OBIETTIVI DI SVILUPPO ED AZIONI SPECIFICHE

Si riferiscono alle situazioni di:

- disagio economico;
- assistenza domiciliare continuativa ed intensiva dell'anziano;
- solitudine, marginalità e rischio di emarginazione.

Le programmazioni annuali e pluriennali dei servizi sociali e sanitari territoriali, dovranno prevedere il consolidamento e il potenziamento di quelle azioni e prestazioni professionali che:

- migliorino la situazione economica individuale dell'anziano, attraverso l'integrazione del reddito o la diminuzione delle spese della quotidianità;
- favoriscano la permanenza al domicilio attraverso una fruizione dei servizi di assistenza domiciliare (SAD) e di assistenza domiciliare integrata (ADI) rispondenti al bisogno, ma anche acquisendo gli assegni di cura sanitari e sociali o sperimentando l'affido anziani ed altre forme analoghe di supporto che si introdurranno;
- contrastino la solitudine, la marginalità e il rischio di emarginazione, promuovendo aggregazione e partecipazione attiva, mediante la frequenza ai centri anziani, l'adesione ai soggiorni marini, l'attività nell'ambito del servizio civile anziani, ecc.

AREA DISABILITÀ

2

PROBLEMATICHE, OBIETTIVI, AZIONI

Le PROBLEMATICHE PRIORITARIE da cui si ritiene strategico partire riguardano:

- la tardiva e parziale presa in carico del bambino disabile e della sua famiglia da parte dei servizi territoriali, sociali e sanitari;
- la frammentazione del sistema di valutazione e di costruzione dei percorsi riabilitativi individuali;
- l'inadeguatezza dei servizi territoriali sanitari e socio-assistenziali destinati alle persone con gravi disabilità e alle loro famiglie;
- la disomogeneità delle prassi organizzative per l'inserimento scolastico dei soggetti disabili.

OBIETTIVI DI INNOVAZIONE ED AZIONI ORGANIZZATIVE

- ➊ Presa in carico precoce del bambino disabile e della sua famiglia.
- ➋ Valutazione e progettazione terapeutico-riabilitativa integrata.
- ➌ Assistenza intensiva e sostegno della famiglia nella cura del disabile grave.
- ➍ Protocollo operativo tra servizi socio-sanitari e scuola nell'assistenza alla disabilità.

AZIONE ➊ **Prendere in carico precocemente il bambino disabile e la sua famiglia da parte dei servizi territoriali sanitari e sociali.**

Tutti gli attori coinvolti concordano nell'evidenziare la carenza di azioni di sistema che riescano, attraverso forme concordate e condivise tra servizi sociali e sanitari (pediatri di base, servizi specialistici, ospedalieri e territoriali), a considerare la famiglia ed il bambino al centro di una presa in carico integrata, che riguardi sia il momento e i luoghi della valutazione e della presa in carico, sia il momento e i luoghi della realizzazione delle cure. Si tratta in particolare di considerare strategica una precoce presa in carico della situazione di disabilità del minore che, se non adeguatamente progettata, comporta una ricaduta per i genitori in termini di disorientamento, solitudine e difficoltà ad affrontare la situazione nella sua complessità.

In particolar modo l'ASL sottolinea la difficoltà a progettare un percorso

adeguato, soprattutto quando il minore viene inviato dai servizi extra-territorio: questi, di norma, non sono collegati con i servizi locali né informati sulle opportunità presenti sul territorio di provenienza della persona disabile. Tale modalità di invio finisce per accentuare il disorientamento e rendere ancor più frustrante l'impossibilità di ricevere l'assistenza prevista.

Vi è poi una forte necessità congiunta di condividere la raccolta e la diffusione delle informazioni, in termini sia di opportunità presenti sul territorio sia di conoscenza delle modalità di accesso ai servizi, al fine di garantire una loro migliore fruibilità.

Di particolare importanza risultano il potenziamento di alcune esperienze-servizi già attivi sul territorio (Progetto Informamamma, Servizio Punto Nascita) e degli interventi a sostegno della genitorialità. A questo proposito si riconosce la validità e l'importanza della costituzione dei gruppi di auto mutuo aiuto come azioni progettate per il sostegno della genitorialità, anche se, attualmente, il vincolo maggiore è la carenza degli organici e delle risorse professionali, aggravato dalla dispersione territoriale.

Concretamente si intende:

- condividere e monitorare il progetto di valutazione e presa in carico, nonché di riabilitazione, migliorando il coinvolgimento e l'organizzazione tra il Servizio Punto Nascita, la NPI, i pediatri di base;
- migliorare la comunicazione della diagnosi alla famiglia in quanto prima fase del processo terapeutico, attraverso un orientamento dei pediatri di base;
- potenziare l'organizzazione e le attività delle UVH territoriali, riconoscendo come prioritariamente importante il momento della valutazione del caso e della presa in carico congiunta;
- diffondere in maniera congiunta le informazioni sull'offerta e sulle modalità di attivazione dei servizi presenti attraverso la realizzazione di una guida ai servizi che raccolga le attività sanitarie del Dipartimento materno-infantile e le attività sociali e socio-assistenziali del territorio;
- condividere e istituzionalizzare le procedure già utilizzate nel progetto Infomamme e nel Servizio Punto Nascita attraverso un gruppo di lavoro inter-servizi che abbia l'obiettivo di costruire un protocollo di lavoro per la presa in carico precoce del bambino disabile con i suoi genitori e di snellire le procedure attualmente in uso;

- affidare al Tavolo Tematico Interenti dedicato alla disabilità il compito di verificare la realizzabilità, in progettazione con il Volontariato, di un Punto Informativo (fisso e con dotazione informatica, per rendere fruibili le informazioni o itinerante o dislocato in più punti del territorio) a disposizione delle famiglie sui problemi, opportunità e diritti delle persone disabili.

AZIONE ② Attivare e potenziare un sistema distrettuale integrato per la valutazione e la costruzione di percorsi riabilitativi a favore delle persone disabili.

Al presente, nonostante alcuni significativi tentativi di raccordo e costruzione di percorsi congiunti, a livello di sistema manca ancora una prassi soddisfacente di coordinamento unitario degli interventi sociali e sanitari.

L'ASL 13 dichiara il proprio orientamento ad una razionalizzazione delle prestazioni più che ad un aumento dell'offerta dei servizi attualmente presente, che richiederebbe un'implementazione dell'organico economicamente non sostenibile.

Operativamente si intende:

- promuovere una progettazione fortemente integrata tra servizi sociali e sanitari;
- valorizzare l'UVH come luogo di progettazione integrata e di monitoraggio socio-sanitario permanente.

AZIONE ③ Potenziare i servizi territoriali sanitari e socio-assistenziali destinati alle persone con gravi disabilità e sostenere le famiglie nei compiti di cura.

A fronte di un aumento delle situazioni di grave disabilità con la presenza di bisogni socio-sanitari complessi che richiedono un forte investimento umano ed economico alle famiglie curanti e data la necessità di programmare gli interventi e la loro organizzazione in maniera preventiva e non solo sull'emergenza, concretamente ci si propone di:

- migliorare la conoscenza del fenomeno, attraverso la costruzione di un sistema funzionale e organizzato per la raccolta e il monitoraggio di dati conoscitivi (statistici, quantitativi e qualitativi), che descrivano la situazione della persone con disabilità grave e il sistema di offerta attuale. È essenziale arrivare ad una chiara definizione da parte degli

Enti Gestori e dell'ASL degli interventi sociali, sanitari e socio-sanitari di sostegno alla persona con grave disabilità ed alla sua famiglia (assistenza domiciliare, assistenza domiciliare integrata, assegno di cura, buono famiglia, educativa domiciliare, ecc);

- individuare un referente sanitario che possa essere l'interlocutore di riferimento per la disabilità adulta.

AZIONE 4 Promuovere la stesura di un protocollo operativo tra servizi socio-sanitari e scuola per garantire adeguata assistenza agli alunni disabili.

Relativamente all'inserimento scolastico degli alunni disabili, si rileva una forte disomogeneità nel territorio rispetto ai diversi apporti degli enti coinvolti (Organizzazione Scolastica - C.S.A., ASL, Enti Locali, Enti Gestori).

Alla luce delle recenti normative regionali, che prevedono interventi per razionalizzare la materia della certificazione ai fini del riconoscimento della disabilità, tutti i soggetti coinvolti concordano nel considerare prioritaria la necessità di avviare un serio confronto interistituzionale, per arrivare alla definizione di protocolli operativi che rivedano le prassi in vigore.

OBIETTIVI DI SVILUPPO ED AZIONI SPECIFICHE

Riguardano in particolare:

- la difficoltà di costruire percorsi che conducano agli inserimenti lavorativi;
- la carenza/assenza di occasioni per il tempo libero accessibili ai disabili;
- la mancanza nel territorio di una rete di gruppi appartamento e in generale di un'offerta di presidi residenziali di varia tipologia, nonché delle risorse economiche per sostenere la residenzialità della persona disabile sola o con familiari non più in grado di provvedere alla sua cura.

Le programmazioni annuali dei servizi sociali e sanitari territoriali, dovranno prevedere il consolidamento e il potenziamento degli interventi che consentano di:

- potenziare la sinergia tra i servizi sociali e il Centro per l'impiego al fine di snellire e rendere più flessibile le procedure sottese alla realizzazione dei percorsi di inserimento lavorativo a favore delle persone con disabilità, in particolare psichica;

- favorire il mantenimento della persona disabile nel suo ambiente di vita, contrastando l'istituzionalizzazione e lo sradicamento territoriale per inserimenti lontani fuori territorio;
- promuovere iniziative a favore dell'integrazione sociale delle persone disabili, specialmente legate alla fruizione individuale e collettiva del tempo libero.

In particolare rispetto al problema della residenzialità, anche l'ASL riconosce che il problema ha oggettivamente rilevanti proporzioni ma che in termini economici non si prospetta assolutamente sostenibile una risposta sistematica e allargata a tutti quelli che effettivamente ne avrebbero necessità.

Nel rispetto dell'inquadramento normativo tracciato dal documento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), si condivide inoltre la validità dei gruppi appartamento come presidi socio-sanitari di bassa e media intensità, più sostenibili della struttura.

AREA MINORI E RESPONSABILITÀ FAMILIARI

3

PROBLEMATICHE, OBIETTIVI, AZIONI

Il lavoro di consultazione territoriale dei due Tavoli dedicati ai minori e alle responsabilità genitoriali è confluito in un'unica area tematica. Si è infatti avuto modo di osservare che il tema delle "Responsabilità Familiari" ha sviluppato al suo interno, in maniera naturale, riflessioni su problemi di portata più ampia, comprensive anche delle specificità riguardanti le politiche minorili.

Le [PROBLEMATICHE PRIORITARIE](#) da cui si ritiene strategico partire riguardano:

- il disagio comportamentale dei figli e la difficoltà genitoriale nel farvi fronte;
- l'aumento dell'abbandono scolastico;
- la mancanza di un'offerta adeguata di servizi per la prima infanzia;
- l'assenza di luoghi e occasioni protette di aggregazione giovanile, correlata alla presenza di fenomeni di devianza adolescenziale.

[OBIETTIVI DI INNOVAZIONE ED AZIONI ORGANIZZATIVE](#)

- 1 Potenziamento della presa in carico socio-sanitaria del minore.
- 2 Prevenzione e contenimento dell'abbandono scolastico.
- 3 Adeguamento dell'offerta dei servizi per la prima infanzia.
- 4 Prevenzione della devianza attraverso l'animazione preventiva.

AZIONE 1 Potenziare la presa in carico socio-sanitaria del minore.

Tutti i soggetti che a vario titolo intervengono sul territorio nella progettazione e nella erogazione di servizi, concordano nell'affermare che, al fine di prevenire l'insorgenza di disturbi comportamentali importanti e garantire lo stato di salute di bambini e ragazzi, è indispensabile che non si ignorino i segnali di disagio che emergono in famiglia o a scuola e che, rilevato il malessere, la presa in carico socio-sanitaria sia tempestiva ed appropriata. In particolare si parla di disturbi psico-relazionali, disturbi depressivi, disturbi dell'attenzione e dell'apprendimento, disturbi alimen-

tari, etc. Essi necessitano non solo di una diagnosi accurata ma anche di una presa in carico che possa rendere più tollerabile il disagio personale e familiare che ne deriva.

In particolar modo il dipartimento di Neuro Psichiatria Infantile (NPI) rileva che, sulla base degli ultimi monitoraggi relativi all'attività del Servizio, si registra un aumento delle prestazioni direttamente erogate ai pazienti a fronte purtroppo di una sofferenza di organico che riguarda non solo l'ASL 13, ma la maggior parte dei Servizi analoghi in Piemonte.

Una necessità ulteriore rispetto al tema è poi quella di una rivisitazione dei modelli di intervento psicoterapico per i disturbi comportamentali. Quelli attuali infatti, oltre a non permettere una sostenibilità finanziaria per il servizio (stimando un aumento esponenziale dei casi del 20% annuo circa), necessitano di un ripensamento alla luce delle nuove metodologie più mirate.

Dato il quadro emergente si intende procedere a:

- migliorare il monitoraggio sociale, attraverso regolari contatti con le scuole;
- potenziare gli interventi di educativa territoriale, per sostenere i molti minori alle prese con percorsi di crescita complessi;
- potenziare il sostegno alla famiglia in difficoltà nel gestire le problematiche dei figli, in tempi utili e modalità appropriate;
- auspicare un adeguamento a livello regionale degli organici relativi ai servizi distrettuali di Neuro Psichiatria Infantile e ai servizi territoriali in generale;
- impostare un'adeguata funzione di monitoraggio, attraverso la raccolta dei dati conoscitivi disponibili a livello distrettuale relativi ai minori con disturbi comportamentali in carico al Dipartimento materno-infantile e ai minori che manifestano disagi precursori noti ai servizi sociali e alla scuola, non ancora in carico;
- programmare e condividere tra gli operatori sociali e socio-sanitari l'approfondimento teorico dei disturbi comportamentali a rilievo psicologico/psichico, nell'ambito di momenti formativi comuni;
- migliorare la presa in carico terapeutica dei disturbi comportamentali nella fascia infantile e adolescenziale, attraverso una progettualità comune ed integrata, volta alla definizione dei processi di presa in carico rispondenti al bisogno di cura;

- arrivare alla definizione di un protocollo di lavoro fra il Dipartimento di Neuro Psichiatria Infantile (NPI) e i Servizi Sociali e Socio-educativi degli Enti Gestori, che consenta di stabilire ambiti di competenza e responsabilità, nonché buone prassi operative per condividere progetti e programmi di intervento in un'ottica di valorizzazione dell'integrazione e di risparmio delle esigue risorse disponibili;
- promuovere la costituzione di una Unità Valutativa Minori (UVM), sovradistrettuale o distrettuale, per la valutazione e la progettazione integrata circa le problematiche della fascia minorile che richiedono una presa in carico socio-sanitaria (inserimenti residenziali e semi-residenziali, psicoterapie, progetti educativi individualizzati a valenza riabilitativa) in un ambito di coordinamento provinciale il lavoro di informazione e sensibilizzazione avviato dall'Assessorato alle politiche sociali provinciali su problematiche relative alla salute nell'infanzia e nell'adolescenza.

AZIONE ② Contenere e prevenire il fenomeno dell'abbandono scolastico.

L'abbandono scolastico è percepito dai servizi sociali, socio-assistenziali e dall'ASL come un fenomeno complesso e in preoccupante aumento. Si ritiene di procedere concretamente a:

- approfondire in maniera integrata la conoscenza del problema: quanti e quali sono i minori coinvolti, qual è l'andamento del fenomeno, quali ordini di scuole investe, quali sono le ragioni espresse o presunte, ecc.;
- sostenere gli operatori scolastici, da un lato, e la famiglia dall'altro, attraverso interventi orientativi svolti dagli operatori dei servizi territoriali, educatori degli Enti o psicologi dell'ASL, qualora ci fosse un rilievo sanitario;
- investire il tavolo tematico inter-territoriale relativo alle responsabilità familiari, allargato alla componente operativa sanitaria, del monitoraggio e dello studio di strategie di rinforzo dei percorsi scolastici a rischio;
- costruire uno spazio privilegiato di confronto tra Scuole e Servizi, Enti Gestori ed ASL, che si potrebbe configurare come tavolo di lavoro permanente per la progettazione di interventi di prevenzione e di contrasto al fenomeno;
- concordare operativamente tra le Scuole e i Servizi, Enti Gestori ed ASL, procedure condivise di rilevazione, segnalazione e contrasto del fenomeno, attraverso un protocollo d'intervento che definisca, nel rispetto delle specifiche competenze, chi fa che cosa e quando;

- potenziare il raccordo con la Scuola, introducendo nella prassi di contatto interistituzionale sistematici accessi dell'assistente sociale e sportelli di orientamento educativo per i genitori;
- approfondire attraverso il Tavolo Tematico Inter-territoriale le possibilità e le modalità di coinvolgimento del Volontariato: esso, nelle sue varie articolazioni territoriali, si considera una preziosa risorsa per l'opportunità che può rappresentare in termini di aiuto concreto e individualizzato nel favorire la frequenza scolastica (es. accompagnamenti personali) e l'applicazione degli alunni alle consegne didattiche assegnate (es. affiancamento nello svolgimento dei compiti a casa);
- individuare un modello di intervento integrato fra volontariato e servizi dell'Ente Gestore;
- promuovere eventi di sensibilizzazione rispetto al fenomeno e la costruzione di un osservatorio sovraterritoriale e provinciale per una raccolta dati sistematica sull'andamento del fenomeno.

AZIONE 3 Adeguare l'offerta dei servizi per la prima infanzia.

A fronte del generale bisogno delle famiglie di essere sostenute nell'accudimento e nella crescita dei figli nel periodo precedente all'accesso alla scuola materna (6 mesi-3 anni), si evidenzia che gli asili nido comunali e l'offerta privata, pur rappresentando una risorsa in quanto risposta alternativa, sono nel territorio assolutamente insufficienti a coprire la domanda e i pochi presenti hanno costi di frequenza elevati, diventando per molti inaccessibili.

Le azioni previste sono:

- promuovere il confronto sul tema tra le Amministrazioni Comunali al fine di garantire equità e omogeneità nell'accesso ai servizi e di attuare una politica di governo della rete di servizi relativi alla prima infanzia;
- approfondire, attraverso l'attivazione del tavolo inter-territoriale, il tema del sostegno della famiglia con bambini piccoli mediante:
 - il coinvolgimento della comunità e l'attivazione delle risorse informali (vicinato, associazioni di volontariato, ecc.);
 - la creazione e lo sviluppo di una rete di supporto intorno alla famiglia con bambini piccoli;
 - l'erogazione di servizi di accoglienza flessibili, più rispondenti al bisogno dei genitori lavoratori;
 - la promozione di percorsi formativi congiunti;

- continuare a sostenere a livello provinciale la sperimentazione di servizi innovativi per la prima infanzia, attraverso azioni e finanziamenti ad hoc.

AZIONE 4 Offrire all'adolescente luoghi, occasioni, percorsi aggregativi come strumento di partecipazione sociale, deterrente rispetto al rischio di devianza.

La devianza minorile nelle sue molteplici manifestazioni (vandalismo, bullismo, microcriminalità, spaccio ed uso di sostanze, belligeranza fra bande, ecc.) è senz'altro un fenomeno difficile da arginare nella sua globalità, anche perché la comprensione di ogni singolo gesto deviante rimanda a storie particolari e a situazioni personali.

Tuttavia, in generale, l'assenza di spazi "protetti" dove incontrarsi da preadolescenti, la totale mancanza di adulti positivi che guidino ad una fruizione costruttiva del tempo libero in adolescenza, l'impossibilità di avere come giovani un riconoscimento sociale nella propria comunità sono elementi di contesto predisponenti al rischio di devianza.

È in questo senso che il mancato presidio del tempo libero dei ragazzi, dalla preadolescenza in poi, diventa un fenomeno connesso a quello della devianza.

Incidere a livello culturale e materiale sul contesto di appartenenza vuol dire contribuire a prevenire un malessere generazionale, fatto di qualunque, di insignificanza e di insofferenza, che può trovare riscatto nella condotta deviante.

Si tratta, in altre parole, di creare condizioni nella comunità che consentano ai ragazzi di sentirsi parte della comunità, che favoriscano una loro partecipazione attiva ed orientino ad un protagonismo sociale.

In concreto si propongono come azioni strategici le seguenti:

- dotare il contesto abitativo di spazi predisposti all'aggregazione giovanile;
- coinvolgere le associazioni sportive, animative, culturali del territorio perché rendano quegli spazi fruibili, accoglienti e coinvolgenti;
- accompagnare i ragazzi a scegliere un tempo libero piacevole ma al tempo stesso costruttivo e arricchente;
- sensibilizzare le famiglie circa il valore preventivo dell'aggregazione e dell'animazione guidata.

Tutte le Amministrazioni Comunali sono chiamate ad affrontare il tema della mancanza di spazi ed iniziative pensati per e con i ragazzi.

È necessario, però, mettere a sistema un piano di offerta aggregativo-animativa che sia efficace, per metodologia, contenuti e soggetti coinvolti. Per questo è fondamentale un confronto fra Comuni e Servizi ed un approfondimento anche teorico del problema prima di passare al fare: potrà derivarne un protocollo di intesa per un progetto pluriennale che coinvolgerà la comunità locale come soggetto attivo e dove l'Ente Gestore e l'ASL potranno fungere da garanti tecnici dell'operare.

Gli Enti Gestori, inoltre, si impegneranno nel biennio a creare le condizioni per attivare interventi di educativa di strada in raccordo con il volontariato o le reti di prossimità informali per accompagnare i ragazzi a rischio nella direzione dell'animazione preventiva.

La Provincia è fortemente coinvolta nell'approccio al problema, come depositaria della cultura innovativa a favore dell'infanzia e dell'adolescenza introdotta dalla Legge 285/97.

Da un punto di vista organizzativo è infatti fondamentale che ci sia un motore sovrazonale che sostenga e orienti le diverse proposte territoriali di "animazione preventiva".

Pertanto gli Assessori preposti sono riconosciuti come interlocutori sostanziali nel dibattito sul tema che ne verrà e come soggetti del protocollo che si intende promuovere.

L'ASL è coinvolta nel potenziamento degli sportelli di ascolto rivolti agli adolescenti, già da anni attivi in alcune scuole, e riconosce l'importanza di condividere con gli operatori educativi dei servizi sociali e gli operatori delle diverse agenzie o associazioni coinvolte specifici momenti formativi sul tema della dipendenza in età precoce. L'incontro e lo scambio fra operatori di diversa provenienza permetterà da un lato di maturare un orientamento comune nell'approccio alle problematiche e faciliterà la ricognizione e il monitoraggio delle diverse opportunità del territorio (attività animative scolastiche, iniziative locali, ecc.) ed entrambi gli aspetti sono fondamentali per individuare e coordinare i percorsi di sostegno e prevenzione più idonei.

Rispetto a questa problematica si auspica inoltre che a livello regionale si arrivi a potenziare e a ridare dignità alle attività dei Consulenti territoriali.

OBIETTIVI DI SVILUPPO ED AZIONI SPECIFICHE

Si riferiscono alle situazioni di:

- fragilità e complessità nell'esercizio della genitorialità;
- difficoltà economiche delle famiglie con prole;
- rischio di emarginazione dei minori extracomunitari.

Le azioni di contrasto e sostegno, svolte dai Comuni, dagli Enti Gestori, dall'ASL e dalla Scuola, nel prossimo biennio andranno potenziate e mirate in base ad una più approfondita conoscenza del bisogno e ad un'operatività maggiormente integrata.

AREA NUOVE POVERTÀ

4

PROBLEMATICHE, OBIETTIVI, AZIONI

Le problematiche rilevate dai Tavoli Territoriali rispetto a questa area di intervento sono state molte, data la difficoltà riscontrata nel definire chiaramente i confini di un'area di intervento relativamente nuova, molto articolata e complessa: le cause infatti che determinano le condizioni di povertà sono molteplici e spesso tutte concorrenti sullo stesso nucleo familiare, rendendo la situazione di fragilità e di precarietà difficile da contrastare.

Tutti i soggetti coinvolti concordano nel considerare necessarie sia azioni di breve periodo legate all'intervento urgente e al sostegno materiale sia azioni strategiche e progettuali volte al contrasto e alla prevenzione di quei fenomeni che portano alla condizione di povertà come conseguenza ultima. Si tratta di fenomeni che vanno affrontati in un'ottica progettuale di ampio respiro, a partire da una filosofia dell'intervento sociale di matrice preventiva e dalla promozione culturale di una comunità solidale. In questo campo diventa poi imprescindibile la costruzione di una reale rete di interventi e di un'efficace integrazione tra i servizi già attivi sul territorio.

Le PROBLEMATICHE PRIORITARIE da cui si ritiene strategico partire riguardano:

- l'indigenza per reddito insufficiente derivante da precarietà lavorativa;
- la povertà estrema, materiale e culturale;
- la povertà connessa al fenomeno dell'immigrazione;
- la carenza abitativa dovuta alla difficoltà nella reperibilità e nella sostenibilità economica di un alloggio;
- la marginalità sociale correlata alla dipendenza da sostanze e alla devianza.

OBIETTIVI DI INNOVAZIONE ED AZIONI ORGANIZZATIVE

- 1 Contenimento del fenomeno di precarietà lavorativa.
- 2 Sostegno nella povertà estrema.
- 3 Promozione dell'interculturalità.

- 4 Approccio al problema dell'emergenza abitativa.
- 5 Contrasto alla marginalità sociale e alla dipendenza e devianza correlate.

AZIONE 1 Contrastare la povertà derivante dalla precarietà lavorativa.

Un primo elemento di difficoltà risulta essere la scarsa conoscenza delle possibilità di incontro tra domanda e offerta (informazioni attualmente in possesso soprattutto delle agenzie private), presupposto importante per facilitare alle persone la ricerca e il mantenimento del lavoro.

Le azioni di contenimento della precarietà lavorativa dovranno innanzitutto prevedere il potenziamento degli inserimenti lavorativi, pensati secondo modalità e strategie ad hoc, e la costruzione di una rete di collegamento tra servizi e tra operatori coinvolti, ancora troppo carente e frammentata sul territorio.

Si ritiene quindi necessario:

- promuovere e attivare la filosofia del “case management” come modello di intervento applicabile al campo degli inserimenti lavorativi di soggetti fragili; si intende quindi continuare il potenziamento dei percorsi di inserimento lavorativo, anche attraverso la messa a regime di sperimentazioni già attivate sul territorio (progetto “Sonar”);
- approfondire la conoscenza del fenomeno disoccupazione e del raccordo domanda-offerta presente nel mercato del lavoro, attraverso l'impiego e il potenziamento degli strumenti attualmente esistenti (Sportello lavoro, sinergia tra servizi sociali e Centro per l'Impiego);
- promuovere, attraverso il coinvolgimento del Tavolo Tematico Interenti, un'analisi approfondita delle criticità attualmente presenti nel coordinamento del sistema dei servizi e una progettualità più ampia che coinvolga anche gli strumenti e gli attori previsti nel campo delle politiche attive del lavoro;
- prevedere a livello provinciale uno studio di fattibilità su un piano di orientamento delle azioni dei Centri per l'Impiego marcatamente rivolto verso le fasce più deboli della popolazione.

AZIONE 2 Sostenere le persone e i nuclei familiari in condizione di povertà estrema.

Per quest'area di intervento è ad oggi perseguibile da parte degli Enti Gestori un'azione di razionalizzazione e coordinamento degli interventi realizzati dai vari attori.

Il Tavolo inter-territoriale viene per questo ambito tematico riconosciuto come luogo di coordinamento e progettazione per quanto verrà realizzato nelle comunità locali.

In particolare si intende:

- promuovere un'azione di sensibilizzazione verso le Amministrazioni Comunali e i soggetti significativi della comunità locale, orientata all'incremento dei servizi di pronta accoglienza (posti letto di prima accoglienza, servizi igienici pubblici, pasto caldo, fornitura beni prima necessità);
- stendere un protocollo d'intesa che assicuri l'apporto operativo dei diversi attori coinvolti, secondo una logica di razionalizzazione e regolamentazione degli interventi;
- promuovere la finalità del reinserimento sociale della persona o del nucleo in difficoltà per indigenza, attraverso progetti volti a combattere il rischio di esclusione sociale e le situazioni di emarginazione;
- realizzare una centrale operativa per raccordare gli interventi di raccolta e smistamento dei beni materiali, attraverso il coinvolgimento del tavolo tecnico inter-territoriale.

AZIONE ③ Promuovere l'interculturalità.

Tutti i soggetti coinvolti concordano nel voler perseguire un progetto di sviluppo e di promozione dell'interculturalità.

Nello specifico si intende:

- promuovere l'integrazione sociale delle famiglie immigrate attraverso il canale privilegiato delle nuove generazioni; si tratterà quindi di costruire accordi e condividere progetti con la Scuola, volti a sostenere i percorsi di interculturalità destinati ai bambini e agli adolescenti, potenziali autori di aperture culturali utili anche per gli adulti di riferimento;
- realizzare attività formative per gli Operatori sociali, sanitari e scolastici sui temi dell'immigrazione e dell'interculturalità;
- potenziare le attività provinciali già realizzate (sportello immigrati, progetto "Merlino")
- predisporre un progetto provinciale sul fenomeno dell'immigrazione che preveda un'attività di monitoraggio sovraterritoriale e un piano unitario ed integrati di interventi.

AZIONE 4 Affrontare il problema della casa, irreperibile o non sostenibile per assenza o insufficienza di risorse economiche.

Favorire le fasce deboli della popolazione nella ricerca e nel mantenimento della casa è azione indispensabile nel contrasto alla povertà del nucleo o della persona indigente. Solo trovando strategie di aiuto concrete può essere superata la difficoltà oggettiva che tali famiglie hanno nel reperimento di un alloggio in condizioni di abitabilità accettabili e con canoni di locazione sostenibili.

Gli Enti Gestori sottolineano la mancanza di strumenti ad hoc, fatto salvo il fondo straordinario provinciale per l'emergenza abitativa, stanziato per l'anno 2006, e ritengono indispensabile sensibilizzare le Amministrazioni Comunali al fine di ottenere la disponibilità di alloggi a canone agevolato.

Gli Enti Gestori, le Amministrazioni Comunali e la Provincia, di concerto, intendono perseguire il potenziamento e il maggior coordinamento delle attività programmate, in particolare attraverso Tavoli di lavoro permanente che vedano come interlocutori l'Agenzia Territoriale per la Casa, preposta alla gestione degli alloggi di edilizia popolare, e gli Assessorati competenti, nonché attraverso la sperimentazione di nuove azioni mirate.

AZIONE 5 Contrastare marginalità sociale, dipendenza e devianza.

Riconoscendo la correlazione fra marginalità sociale ed esposizione al rischio di dipendenza da sostanze e di devianza, soprattutto nella fase adolescenziale e giovanile, tutti i soggetti ritengono necessario sensibilizzare la comunità rispetto alla prevenzione, proponendo momenti e occasioni di dibattito che vedano i servizi e la scuola come interlocutori privilegiati.

Si intende pertanto:

- convocare un Tavolo specificatamente dedicato alle dipendenze, che possa essere identificato come luogo di confronto competente e permanente;
- sollecitare la scuola, riservando particolare attenzione alla scuola professionale, ad una presenza continuativa e ad una partecipazione attiva al Tavolo;
- stimolare la scuola a potenziare i programmi di educazione alla salute e a valorizzare il ruolo dei docenti referenti alla salute, invitandoli ad una operatività integrata con i servizi sociali e sanitari;

- promuovere una ricognizione delle risorse esistenti nel territorio in termini di occasioni socializzative, aggregative, formative e animative che possano essere strumenti di contrasto alla marginalità e, con essa, al rischio di dipendenza;
- sperimentare primi circuiti di prevenzione, attraverso protocolli fra scuola e servizi, basati su un'operatività coordinata e razionalizzata;
- coordinare a livello sovraterritoriale le diverse azioni che scaturiranno dal Tavolo Tematico Interenti, mettendole in connessione con eventuali altri interventi del territorio, nell'ambito di un programma provinciale unitario.

OBIETTIVI DI SVILUPPO ED AZIONI SPECIFICHE

Si riferiscono prevalentemente alle molte situazioni di:

- povertà estrema di nuclei familiari su cui vengono ad insistere il problema della casa, del lavoro e della gestione dei figli;
- difficoltà di sostentamento di madri sole con figli a carico in difficoltà lavorativa o a rischio di povertà, che chiedono riscatto sociale attraverso un lavoro e la custodia dei bambini, come condizioni per potersi procurare un reddito lavorando;
- complessità relazionali specialmente di coppia con esiti di maltrattamento soprattutto sulla donna;
- trascuratezza dei minori per orientamenti culturali adultistici.

Le programmazioni annuali dei servizi sociali e socio-assistenziali territoriali dovranno prevedere il consolidamento e il potenziamento di tutta la gamma di interventi, che va dai progetti di tutela e monitoraggio sociale sui nuclei familiari a rischio di povertà, ai contributi finalizzati a superare la precarietà economica e lavorativa, ad azioni educative di orientamento e accompagnamento al lavoro, che consentano di:

- contenere i casi di povertà estrema, prevenendo il cronicizzarsi di situazioni di precarietà economica ed instabilità lavorativa;
- sostenere le fasce più deboli, supportando donne e minori esposti a subire i più pesanti esiti della povertà materiale e culturale;
- accompagnare nella costruzione di autonomia donne sole in difficoltà lavorativa o a rischio di povertà.

Sintesi delle azioni del Piano di Zona:
AREA ANZIANI

1

ATTORI COINVOLTI	AZIONE 1 COSTRUIRE UNA BANCA DATI INTEGRATA E ATTIVARE UN SISTEMA DI RACCOLTA DATI INFORMATIVI SULLA CONDIZIONE DI FRAGILITÀ DEGLI ANZIANI
Comuni Enti gestori Asl	Definire in maniera congiunta lo stato di fragilità dell'anziano e del target che si intende monitorare comprendendo gli aspetti sociali e sanitari, per partire, nelle scelte programmatiche da un concetto di benessere globalmente inteso
Comuni Enti gestori Asl	Prevedere una sede ed un operatore, a cui confluiscano le informazioni per costruire un'unica banca dati centralizzata ed integrata, affinché la raccolta possa essere sistematica ed il monitoraggio permanente
Comuni Enti gestori Asl	Prevedere una sede ed un operatore, a cui confluiscano le informazioni per costruire un'unica banca dati centralizzata ed integrata, affinché la raccolta possa essere sistematica ed il monitoraggio permanente
Enti gestori Asl	Sperimentare procedure condivise e una metodologia comune per la raccolta di informazioni al fine di favorire un approccio conoscitivo e valutativo integrato socio-sanitario
Comuni Enti gestori Asl	Effettuare a livello provinciale la verifica della sostenibilità nel biennio e l'individuazione delle operazioni concretamente attuabili per il sostegno e la promozione del sistema informativo locale attraverso
Enti gestori Asl Volontariato	Investire il tavolo tematico interenti della funzione di osservatorio permanente: sia per la conoscenza dei fenomeni che sfuggono ai servizi (es. quello delle badanti), sia come collaboratore nella raccolta dati e nel monitoraggio, e come ambito propositivo ai fini della progettazione

Sintesi delle azioni del Piano di Zona:
AREA ANZIANI

1

ATTORI COINVOLTI	AZIONE 2
	FACILITARE L'ACCESSO DELLA POPOLAZIONE ANZIANA AI CENTRI DI CURA E GARANTIRE UN ACCOMPAGNAMENTO ASSISTENZIALE ADEGUATO
Comuni Enti gestori Asl	Conoscere in modo approfondito il fenomeno della mobilità, attraverso un confronto su bisogni espressi, risposte fornite e modalità operative adottate in ciascun bacino territoriale
Comuni Enti gestori Asl	Fornire collaborazione da parte dei vari soggetti coinvolti nell'approfondimento conoscitivo del fenomeno
Comuni Enti gestori Asl	Rappresentare i bisogni socio-sanitari sul territorio nella programmazione dei piani per il traffico e per i trasporti ai competenti organi provinciali
Enti gestori Asl	Sperimentare un coordinamento dei trasporti forniti per razionalizzare gli interventi con vantaggi logistici ed economici. Estendere il ruolo del volontariato nel coordinamento della rete di associazioni coinvolte
Comuni Enti gestori Asl	Individuare un quadro di riferimento comune che preveda la compartecipazione privata alla spesa secondo un regolamento d'accesso al servizio uniforme, per gestire secondo criteri unici e chiari la domanda

Sintesi delle azioni del Piano di Zona:
AREA ANZIANI

1

ATTORI COINVOLTI	AZIONE 3
	SOSTENERE L'ANZIANO NELLA FASE DEL POST RICOVERO
Comuni Enti gestori Asl	Conoscere dettagliatamente e confrontare tra operatori sociali e sanitari le prassi operative attualmente seguite nelle dimissioni protette
Comuni Enti gestori Asl	Promuovere incontri tematici finalizzati al confronto fra operatori sociali e sanitari per ri-vedere e monitorare il modello di dimissioni protette ad oggi in uso, nella logica della continuità assistenziale: definire praticamente protocolli di lavoro comuni più funzionali nel raccordarsi per supportare la persona anziana
Comuni Enti gestori Asl	Valorizzare l'UVH come luogo di progettazione permanente e di monitoraggio socio-sanitario e promuovere una progettazione fortemente integrata tra servizi sociali e sanitari
Enti gestori Asl	Prevedere, a dimissioni effettuate, un sistema di monitoraggio dell'anziano con passaggio costante e reciproco delle informazioni sull'andamento delle sue condizioni di salute e del suo riadattamento post ricovero
Comuni Enti gestori Asl	Garantire possibilità di accesso frequente alla Commissione UVG, al di là dell'ordinaria convocazione mensile

Sintesi delle azioni del Piano di Zona:
AREA DISABILITÀ

2

ATTORI COINVOLTI	AZIONE 1
	PRENDERE IN CARICO PRECOCEMENTE IL BAMBINO DISABILE E LA SUA FAMIGLIA DA PARTE DEI SERVIZI TERRITORIALI SANITARI E SOCIALI
Enti gestori Asl	Condividere e monitorare il progetto di valutazione e presa in carico, nonché di riabilitazione, migliorando il coinvolgimento e l'organizzazione tra il servizio Punto nascita, la NPI, i pediatri di base
Asl	Migliorare la comunicazione della diagnosi in quanto prima fase del processo terapeutico attraverso un orientamento dei pediatri di base
Enti gestori Asl	Potenziare l'organizzazione e le attività delle UVH territoriali riconoscendo come prioritariamente importante il momento della valutazione del caso e della presa in carico congiunta
Enti gestori Asl	Diffondere in maniera congiunta le informazioni sull'offerta e sulle modalità di attivazione dei servizi presenti
Enti gestori Asl	Condividere e istituzionalizzare le procedure già utilizzate nel progetto Informamamme e nel servizio Punto-nascita attraverso un gruppo di lavoro inter-servizi
Enti gestori Asl Volontariato	Affidare al tavolo tematico inter enti sulla disabilità di verificare, in co progettazione con il Volontariato, la fattibilità di un punto informativo

ATTORI COINVOLTI	AZIONE 2
	ATTIVARE E POTENZIARE UN SISTEMA DISTRETTUALE INTEGRATO PER LA VALUTAZIONE E LA COSTRUZIONE DI PERCORSI RIABILITATIVI A FAVORE DELLE PERSONE DISABILI
Enti gestori Asl	Valorizzare l'UVH come luogo di progettazione permanente e di monitoraggio socio-sanitario e promuovere una progettazione fortemente integrata tra servizi sociali e sanitari

Sintesi delle azioni del Piano di Zona:
AREA DISABILITÀ

2

ATTORI COINVOLTI	AZIONE 3
	POTENZIARE I SERVIZI TERRITORIALI SANITARI E SOCIO-ASSISTENZIALI DESTINATI ALLE PERSONE CON GRAVI DISABILITÀ E SOSTENERE LE FAMIGLIE NEI COMPITI DI CURA
Enti gestori Asl	Migliorare la conoscenza del fenomeno attraverso la costruzione di un sistema funzionale e organizzato per la raccolta e il monitoraggio di dati conoscitivi (statistici, quantitativi e qualitativi) che descrivano la situazione della persone con disabilità grave e il sistema di offerta attualmente presente
Asl	Individuare un referente sanitario che sia possa essere l'interlocutore di riferimento per la disabilità adulta
Enti gestori Asl	Potenziare l'organizzazione e le attività delle UVH territoriali riconoscendo come prioritariamente importante il momento della valutazione del caso e della presa in carico congiunta

ATTORI COINVOLTI	AZIONE 4
	PROMUOVERE LA STESURA DI UN PROTOCOLLO OPERATIVO TRA SERVIZI SOCIO-SANITARI E SCUOLA PER GARANTIRE ADEGUATA ASSISTENZA SCOLASTICA
Enti gestori Asl	Attivare un confronto per arrivare alla definizione di protocolli operativi che rivedano le prassi attualmente in vigore

Sintesi delle azioni del Piano di Zona:
AREA MINORI E RESPONSABILITÀ FAMILIARI

3

ATTORI COINVOLTI	AZIONE 1
	POTENZIARE LA PRESA IN CARICO SOCIO-SANITARIA DEL MINORE
Comuni Enti gestori Asl Istituzioni (Scuola)	Migliorare il monitoraggio sociale, attraverso regolari contatti con le scuole
Comuni Enti gestori Asl Istituzioni (Scuola)	Impostare un'adeguata funzione di monitoraggio, attraverso la raccolta dei dati conoscitivi disponibili a livello distrettuale relativi ai minori con disturbi comportamentali in carico al dipartimento materno-infantile e ai minori che manifestano disagi precursori noti ai servizi sociali e alla scuola, non ancora in carico
Comuni / Enti gestori / Asl Istituzioni (Scuola) Volontariato Privato Sociale	Programmare e condividere tra gli operatori sociali e socio-sanitari l'approfondimento teorico dei disturbi comportamentali a rilievo psicologico/psichico nell'ambito di momenti formativi
Comuni Enti gestori Asl Istituzioni (Scuola)	Migliorare la presa in carico terapeutica dei disturbi comportamentali nella fascia infantile e adolescenziale, attraverso una progettualità comune ed integrata volta alla definizione dei processi di presa in carico più opportuni ed efficaci
Comuni Enti gestori Asl Istituzioni (Scuola)	Arrivare alla definizione di un protocollo di lavoro sinergico fra NPI, medici pediatrici di base, Servizi Sociali e Socio-educativi, che consenta di stabilire ambiti di competenza e responsabilità, nonché buone prassi operative per condividere progetti e programmi di intervento, in un'ottica di valorizzazione dell'integrazione e di risparmio delle esigue risorse disponibili
Comuni / Enti gestori / Asl Istituzioni (Scuola) Volontariato Privato Sociale	Promuovere la costituzione di una Commissione Valutativa Minori (UVM), sovradistrettuale o distrettuale, per la valutazione e la progettazione integrata rispetto alle problematiche della fascia minorile che richiedono una presa in carico socio-sanitaria (destinatari di inserimenti residenziali, semiresidenziali, trattamenti psicoterapici, progetti individualizzati intensivi)
Comuni Enti gestori Provincia	In un ambito di coordinamento provinciale continuare il lavoro di informazione-sensibilizzazione avviato dall'assessorato alle politiche sociali provinciali su problematiche relative alla salute nell'infanzia e nell'adolescenza

Sintesi delle azioni del Piano di Zona:
AREA MINORI E RESPONSABILITÀ FAMILIARI

3

ATTORI COINVOLTI	AZIONE 2
	CONTENERE E PREVENIRE IL FENOMENO DELL'ABBANDONO SCOLASTICO
Comuni Enti gestori Asl Istituzioni (Scuola)	Approfondire in maniera integrata la conoscenza del problema: quanti e quali sono i minori coinvolti, qual è l'andamento del fenomeno, quali ordini di scuole investe, quali sono le ragioni espresse o presunte, ecc
Comuni Enti gestori Asl Istituzioni (Scuola)	Sostenere gli operatori scolastici, da un lato, e la famiglia dall'altro, attraverso interventi orientativi svolti da operatori dei servizi, educatori del CISS o psicologi dell'ASL, qualora ci fosse un rilievo sanitario
Comuni / Enti gestori / Asl Istituzioni (Scuola) Volontariato Privato Sociale	Investire il Tavolo Tematico Inter-territoriale relativo alle responsabilità familiari, allargato alla componente operativa sanitaria, del monitoraggio e dello studio di strategie di rinforzo dei percorsi scolastici a rischio
Comuni Enti gestori Asl Istituzioni (Scuola)	Costruire uno spazio privilegiato di confronto tra Scuole e Servizi, Enti Gestori ed ASL, (tavolo di lavoro permanente) per la progettazione di interventi di prevenzione e di contrasto al fenomeno
Comuni Enti gestori Asl Istituzioni (Scuola)	Concordare operativamente tra le Scuole e i Servizi, Enti Gestori ed ASL, procedure condivise di rilevazione, segnalazione e contrasto del fenomeno, attraverso un protocollo d'intervento che definisca, nel rispetto delle specifiche competenze, chi fa che cosa e quando
Comuni / Enti gestori / Asl Istituzioni (Scuola) Volontariato Privato Sociale	Approfondire attraverso il Tavolo Tematico Inter-territoriale le possibilità e modalità di coinvolgimento del volontariato: esso, nelle sue varie articolazioni territoriali, si considera una preziosa risorsa per l'opportunità che può rappresentare in termini di aiuto concreto e individualizzato nel favorire la frequenza scolastica
Comuni Enti gestori Provincia	Promuovere eventi di sensibilizzazione rispetto al fenomeno e la costruzione di un osservatorio sovraterritoriale e provinciale per la raccolta dati sistematica sull'andamento del fenomeno

Sintesi delle azioni del Piano di Zona:
AREA MINORI E RESPONSABILITÀ FAMILIARI

3

ATTORI COINVOLTI	AZIONE 3
	ADEGUARE L'OFFERTA DEI SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA
Comuni Enti gestori Asl Istituzioni (Scuola)	Studiare l'opportunità di una collaborazione tra Amministrazioni Comunali al fine di garantire equità e omogeneità nell'accesso ai servizi, attuare una politica di governo della rete di servizi relativi alla prima infanzia
Comuni Enti gestori Asl Istituzioni (Scuola)	Approfondire, attraverso l'attivazione del Tavolo Inter-territoriale, il tema del sostegno della famiglia con bambini piccoli

ATTORI COINVOLTI	AZIONE 4
	OFFRIRE ALL'ADOLESCENTE LUOGHI, OCCASIONI, PERCORSI AGGREGATIVI COME STRUMENTO DI PARTECIPAZIONE SOCIALE, DETERRENTE RISPETTO AL RISCHIO DI DEVIANZA
Comuni Enti gestori Asl Istituzioni (Scuola)	Mettere a sistema un piano di offerta aggregativo-animativa
Comuni Enti gestori Asl Istituzioni (Scuola)	Definire un protocollo di intesa per un progetto pluriennale che coinvolga la comunità locale come soggetto attivo e dove l'Ente Gestore e l'ASL potranno fungere da garanti tecnici dell'operare
Comuni / Enti gestori / Asl Istituzioni (Scuola) Volontariato Privato Sociale	Creare le condizioni per attivare interventi di educativa di strada in raccordo con il volontariato o le reti di prossimità informali per accompagnare i ragazzi a rischio nella direzione dell'animazione preventiva

Sintesi delle azioni del Piano di Zona:
AREA NUOVE POVERTÀ

4

ATTORI COINVOLTI	AZIONE 1
	CONTRASTARE LA POVERTÀ DERIVANTE DA PRECARIETÀ LAVORATIVA
Comuni Enti gestori Provincia Asl	Promuovere e attivare la filosofia del case management come modello di intervento applicabile al campo degli inserimenti lavorativi di soggetti fragili: si intende quindi continuare il potenziamento dei percorsi di inserimento lavorativo, anche attraverso la messa a regime di sperimentazioni già attivate sul territorio
Comuni Enti gestori Provincia Asl	Approfondire la conoscenza del fenomeno disoccupazione e del raccordo domanda-offerta presente nel mercato del lavoro attraverso l'impiego e il potenziamento degli strumenti attualmente esistenti
Comuni Enti gestori Provincia	Promuovere attraverso il coinvolgimento del tavolo tematico inter-enti, un'analisi approfondita delle criticità attualmente presenti nel coordinamento del sistema dei servizi e una progettualità più ampia che coinvolga anche gli strumenti e gli attori previsti nel campo delle politiche attive del lavoro

ATTORI COINVOLTI	AZIONE 2
	SOSTENERE LE PERSONE E I NUCLEI FAMILIARI IN CONDIZIONI DI POVERTÀ ESTREMA
Comuni Enti gestori Provincia Asl	Promuovere un'azione di sensibilizzazione verso le Amministrazioni comunali e i soggetti della comunità locale mirata all'incremento dei posti letto di prima accoglienza
Comuni Enti gestori Provincia Asl	Stendere un protocollo d'intesa che assicuri l'apporto operativo dei diversi attori coinvolti, secondo una logica di razionalizzazione e regolamentazione degli interventi
Comuni Enti gestori Provincia	Promuovere la finalità del reinserimento sociale della persona o del nucleo in difficoltà per indigenza attraverso progetti di sostegno individualizzati

Sintesi delle azioni del Piano di Zona:
AREA NUOVE POVERTÀ

4

ATTORI COINVOLTI	AZIONE 3
	PROMUOVERE L'INTERCULTURALITÀ
Comuni Enti gestori Provincia Asl	Attivare un percorso progettuale con la scuola
Comuni Enti gestori Provincia Asl	Realizzazione attività formative per gli operatori sociali, sanitari e scolastici sulla interculturalità
Comuni Enti gestori Provincia	Potenziare le attività provinciali già realizzate (sportello immigrati, progetto Merlino), predisporre un progetto provinciale sull'area immigrazione che preveda un'attività di monitoraggio sovraterritoriale e un piano unitario di interventi

ATTORI COINVOLTI	AZIONE 4
	AFFRONTARE IL PROBLEMA DELLA CASA, IRREPERIBILE O NON SOSTENIBILE PER ASSENZA O INSUFFICIENZA DI RISORSE ECONOMICHE
Comuni Enti gestori Provincia Asl	Attivare un confronto per arrivare alla definizione di protocolli operativi che rivedano le prassi attualmente in vigore
Comuni Enti gestori Provincia Asl	Potenziare e coordinare le attività programmate, in particolare attraverso tavoli di lavoro permanente che vedano come interlocutori l'ATC e Assessorati, nonché attraverso la sperimentazione di azioni mirate

Sintesi delle azioni del Piano di Zona:
AREA NUOVE POVERTÀ

4

ATTORI COINVOLTI	AZIONE 5
	CONTRASTARE MARGINALITÀ SOCIALE, DIPENDENZA E DEVIANZA CORRELATE
Comuni Enti gestori Provincia Asl	Convocare un tavolo specificatamente dedicato alle dipendenze, che possa essere identificato come luogo di confronto competente e permanente
Comuni Enti gestori Provincia Asl	Potenziare i programmi di educazione alla salute e valorizzare i docenti referenti alla salute per una loro operatività integrata con i servizi sociali e sanitari
Comuni Enti gestori Provincia	Promuovere una ricognizione delle risorse esistenti nel territorio in termini di occasioni socializzative, aggregative, formative e animative che possano essere strumenti di contrasto alla marginalità e, con essa, al rischio di dipendenza
Comuni Enti gestori Provincia	Coordinare a livello sovra-territoriale le diverse azioni che scaturiranno dal tavolo tematico interenti, mettendole in connessione con eventuali altri interventi del territorio, nell'ambito di un programma provinciale unitario.

4

IL CONTESTO

QUADRO SOCIO-DEMOGRAFICO DEL TERRITORIO



Il territorio interessato al presente Piano di Zona corrisponde alla parte settentrionale della provincia di Novara. Esso comprende 46 Comuni e rappresenta una vasta area poiché è abitato da 155.000 abitanti; si estende per circa 557 kmq rispetto ai 1.340 kmq, agli 88 Comuni e ai 350.000 abitanti dell'intera provincia di Novara.

Tutti i Comuni interessati appartengono all'ASL 13 mentre a nord i Comuni di Armeno, Armeno, Miasino, Orta S. Giulio, Pella, Pettenasco e San Maurizio d'Opaglio e ad ovest i Comuni di Grignasco, Prato Sesia e Romagnano Sesia, pur appartenendo alla stessa provincia di Novara, fanno parte di altre ASL (rispettivamente 14 e 11).

Il territorio è caratterizzato da una fascia collinare che confina con la provincia del VCO e da una area a densità abitativa più alta che riguarda i Comuni dislocati sulle principali vie di comunicazione importanti sia quelle stradali che quelle ferroviarie attraversanti il territorio in senso latitudinale e longitudinale. La maggior parte dei Comuni è compresa nella fascia

che va fino a 2.500 abitanti, superano i 10.000 solo Oleggio, Arona e Borgomanero. Le tavole seguenti mostrano in un quadro complessivo le caratteristiche morfologiche e demografiche del territorio.

QUADRO GENERALE DEL TERRITORIO: COMUNI, SUPERFICIE, POPOLAZIONE, DENSITÀ E ALTITUDINE

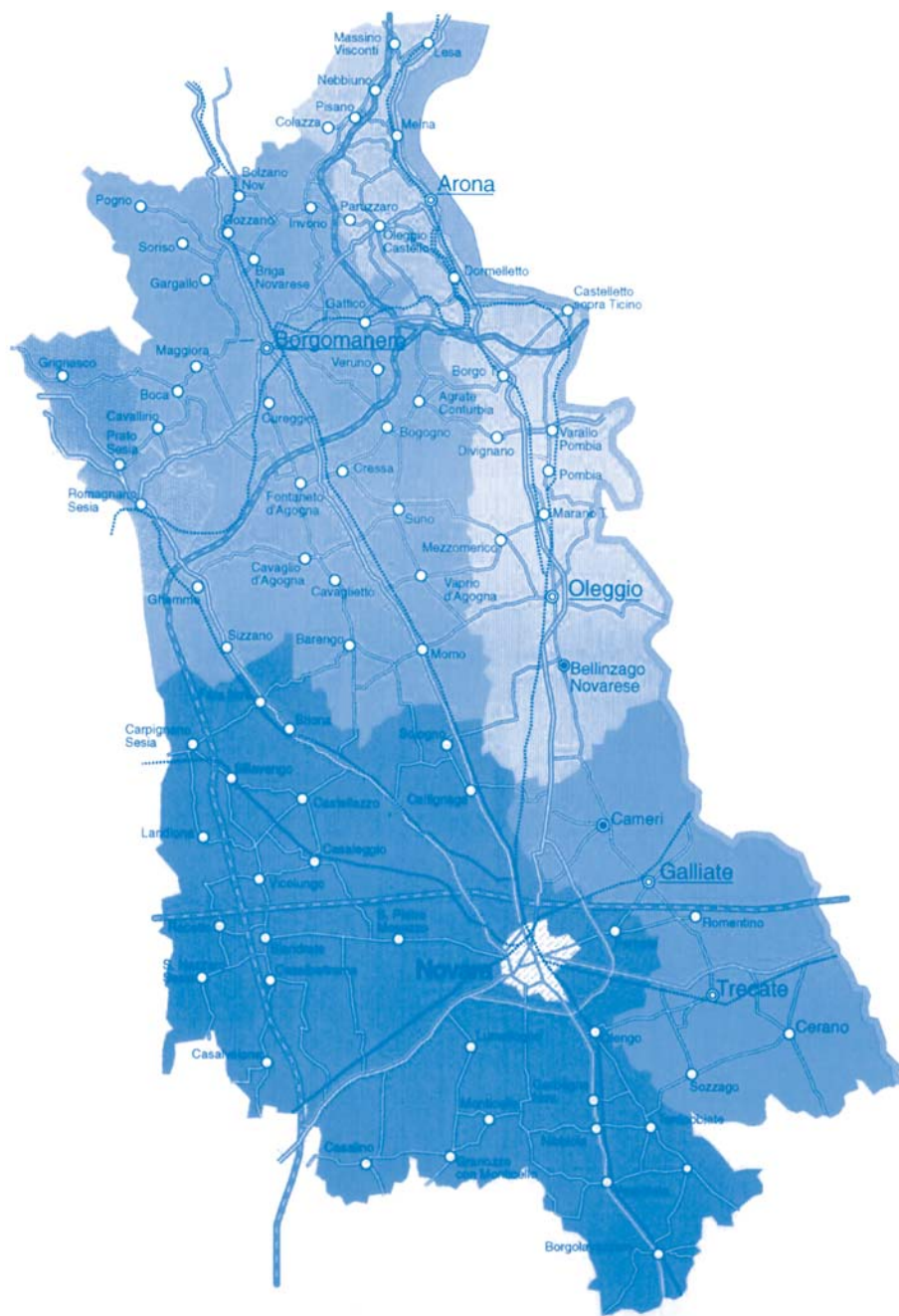
Fonte: Istat, Censimento 2001. Elaborazione Segreteria di Piano.

COMUNE	POPOLAZIONE	SUPERFICIE (in Km ²)	DENSITÀ (per km ²)	ALTITUDINE (m s.l.m.)
Bellinzago Novarese	8.365	39,36	212,5	192
Borgo Ticino	3.853	13,23	290,4	299
Castelletto Ticino	8.755	14,61	599,2	226
Divignano	1.232	5,24	235,1	337
Lesa	2.401	13	192,2	198
Marano Ticino	1.407	7,84	179,5	258
Meina	2.341	7,79	300,5	214
Mezzomerico	951	7,59	125,3	266
Oleggio	12.191	37,8	322,5	232
Pombia	1.818	11,96	152	286
Varallo Pombia	4.403	13,58	324,2	300
TOT. COMUNI CISAS	47.717	174,77		
Boca	1.186	9,64	123	389
Ghemme	3.722	20,57	180,9	241
Maggiora	1.664	10,67	156	397
Sizzano	1.461	10,5	138,9	225
TOT. COMUNI ISA	8.033	51,38		
Arona	14.310	14,9	960,4	212
Colazza	416	3,09	134,6	517
Comignago	939	4,38	214,4	268
Dormelletto	2.482	7,01	354,1	235
Massino Visconti	1.090	6,77	161	465
Nebbiuno	1.561	8,24	189,4	430
Oleggio Castello	1.729	5,84	296,1	293
Paruzzaro	1.588	5,36	269,3	334
Pisano	770	2,77	278	390
TOT. COMUNI ISPA	24.885	55,59		

QUADRO GENERALE DEL TERRITORIO: COMUNI, SUPERFICIE, POPOLAZIONE, DENSITÀ E ALTITUDINE

Fonte: Istat, Censimento 2001. Elaborazione Segreteria di Piano.

COMUNE	POPOLAZIONE	SUPERFICIE (in Km ²)	DENSITÀ (per km ²)	ALTITUDINE (m s.l.m.)
Agrate Conturbia	1.184	14,51	81,6	337
Barengo	942	19,36	48,7	224
Bogogno	1.159	8,43	137,5	278
Bolzano Novarese	1.040	3,27	318	430
Borgomanero	19.315	32,36	596,9	307
Briga Novarese	2.694	4,75	567,2	345
Cavaglietto	396	6,57	60,3	233
Caviglio d'Agogna	1.282	9,85	130,2	243
Cavallirio	1.213	8,08	150,1	367
Cressa	1.431	7,11	201,3	267
Cureggio	2.251	8,38	268,6	289
Fontaneto d'Agogna	2.549	21,19	120,3	260
Gargallo	1.673	3,71	450,9	455
Gattico	3.134	16,14	194,2	383
Gozzano	5.982	12,54	477	367
Inverio	3.732	17,4	214,5	416
Momo	2.732	23,68	115,4	200
Pogno	1.488	10,06	147,9	420
Soriso	730	6,29	116,1	452
Suno	2.834	21,32	132,9	232
Vaprio d'Agogna	950	10,09	94,2	232
Veruno	1.576	10,22	154,2	357
TOT. COMUNI CISS	60.287	275,31		
TOT. 46 COMUNI	140.922	555,05		
Media densità popolazione			242,77	
Media altitudine				310,82



STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE E PRINCIPALI INDICI DEMOGRAFICI

La popolazione residente nel territorio dei quattro Enti Gestori, sulla base dei dati Istat del 2005, è di 146.961 abitanti e rappresenta il 41% della popolazione provinciale.

Conoscere la struttura della popolazione residente permette di evidenziare le diverse classi di età. Gli anziani sono il 19,8 % della popolazione e tra questi il 9,3% è ultrasettantacinquenne. I minori rappresentano invece il 14,2% degli abitanti e tra questi il 5,8% ha meno di 6 anni. Per quanto riguarda l'età adulta essa rappresenta 59,2% degli abitanti dei 46 Comuni, mentre viene considerata in età lavorativa (30-59 anni) una percentuale pari al 55,9%.

I nuclei familiari registrati alle anagrafi comunali a livello provinciale sono 124.418, di cui 62.209 nei 46 Comuni. Più in particolare analizzando alcuni indici che aiutano a leggere l'andamento demografico degli abitanti in rapporto alle condizioni economiche e sociali, si rileva che il territorio ha un tasso di natalità (numero di nati per 1.000 abitanti) in media con il dato provinciale e regionale, mentre il carico sociale della popolazione non autosufficiente (in generale minori e anziani) su quella autonoma (che dovrebbe quindi sostenerli) è superiore al dato provinciale e a quello regionale. Tale tendenza è confermata anche dall'indice di struttura che evidenzia una fascia di popolazione in età lavorativa più giovane rispetto a quella di tutto il territorio della provincia e in media con il dato della regione Piemonte.

RESIDENTI E MOVIMENTO POPOLAZIONE 2005, NUCLEI FAMILIARI 2006, VARIAZIONE RISPETTO AL 1995

Fonte: Banca Dati Demografica Regionale (BDDE). Elaborazione Segreteria di Piano.

COMUNI	Totale residenti 2005	Nuclei familiari 2006	Cancellati per Estero e per Italia 2005	Iscritti da Estero e da Italia 2005	Morti 2005	Nati 2005	Differenza residenti 2005 su 1995
Bellinzago Novarese	8.757	3.599	247	306	91	71	507
Borgo Ticino	4.381	1.573	192	320	33	57	833
Castelletto Ticino	9.526	4.038	367	550	93	113	998
Divignano	1.325	511	49	55	11	9	215
Lesa	2.436	1.175	121	111	41	11	139
Marano Ticino	1.568	620	47	92	9	8	188
Meina	2.439	1.135	104	142	27	21	371
Mezzomerico	1.029	436	26	52	13	11	216
Oleggio	12.578	5.112	425	538	140	115	1.036
Pombia	1.851	829	92	100	22	31	401
Varallo Pombia	4.643	1.874	188	227	39	45	428
TOT. COMUNI CISAS	50.533	20.902	1.858	2.493	519	492	5.332
Boca	1.210	521	47	62	13	13	37
Ghemme	3.661	1.570	87	92	51	20	-107
Maggiora	1.753	711	63	68	22	7	157
Sizzano	1.457	605	34	43	12	8	6
TOT. COMUNI ISA	8.081	3.407	231	265	98	48	93
Arona	14.184	6.604	626	479	184	104	-959
Colazza	473	236	25	52	3	6	56
Comignago	1.107	427	32	83	10	15	266
Dormelletto	2.507	1.133	144	103	19	21	-46
Massino Visconti	1.112	523	43	47	6	8	117
Nebbiuno	1.734	844	96	111	15	25	306
Oleggio Castello	1.889	785	112	90	11	22	-425
Paruzzaro	1.772	708	57	113	19	25	297
Pisano	820	376	60	64	7	7	155
TOT. COMUNI ISPA	25.598	11.632	1.195	1.142	274	233	-233

RESIDENTI E MOVIMENTO POPOLAZIONE 2005, NUCLEI FAMILIARI 2006, VARIAZIONE RISPETTO AL 1995

Fonte: Banca Dati Demografica Regionale (BDDE). Elaborazione Segreteria di Piano.

COMUNI	Totale residenti 2005	Nuclei familiari 2006	Cancellati per Estero e per Italia 2005	Iscritti da Estero e da Italia 2005	Morti 2005	Nati 2005	Differenza residenti 2005 su 1995
Agrate Conturbia	1.371	589	54	67	9	16	291
Barengo	899	389	35	30	18	6	-51
Bogogno	1.239	560	38	61	16	11	128
Bolzano Novarese	1.051	456	33	38	6	6	76
Borgomanero	20.528	8.522	551	879	241	188	1.122
Briga Novarese	2.807	1.160	97	140	20	25	191
Cavaglietto	404	181	24	16	9	4	1
Cavaglio d'Agogna	1.318	582	45	37	20	9	41
Cavallirio	1.274	522	52	71	8	9	162
Cressa	1.506	655	42	67	13	14	43
Cureggio	2.329	984	82	112	26	22	70
Fontaneto d'Agogna	2.641	1.152	94	89	36	31	126
Gargallo	1.727	687	48	49	18	14	74
Gattico	3.286	1.368	113	150	45	27	305
Gozzano	5.800	2.383	286	173	75	39	-140
Inverio	4.023	1.704	118	197	43	29	451
Momo	2.698	1.092	84	84	29	14	-142
Pogno	1.549	614	62	68	21	8	34
Soriso	747	314	34	37	5	3	0
Suno	2.796	1.185	69	88	40	15	97
Vaprio d'Agogna	1.011	441	23	58	9	5	71
Veruno	1.745	724	67	98	22	14	291
TOT. COMUNI CISS	62.749	26.264	2.051	2.609	729	509	3.241
TOT. 46 COMUNI	146.961	62.209	5.335	6.509	1.620	1.282	8.433

POPOLAZIONE RESIDENTE PER CLASSI DI ETÀ E PERCENTUALE SUL TOTALE, ANNO 2005

Fonte: Banca Dati Demografica Regionale (BDDE). Elaborazione Segreteria di Piano.

ENTI	ANNI 0-3	ANNI 4-6	ANNI 7-14	ANNI 0-17	ANNI 18-64	ANNI 30-59	ANNI 65-74	>75
Comuni CISAS	1.911	1.394	3.368	8.193	32.156	18.039	5.370	4.814
	3,7%	2,7%	6,6%	16,2%	63,6%	35,5%	10,7%	9,5%
Comuni CISS	2.211	1.676	4.230	9.569	39.702	28.436	7.055	6.423
	3,5%	2,7%	6,7%	15,2%	63,3%	45,3%	11,3%	10,2%
Comuni ISPA	753	588	1.450	3.573	15.623	10.614	3.454	2.948
	3,2%	2,5%	6,1%	13,9%	61,3%	44,5%	13,3%	11,5%
Comuni ISA	223	199	504	1.127	5.079	3.587	947	928
	2,7%	2,5%	6,2%	13,9%	62,8%	44,4%	11,8%	11,5%
TOT. 46 COMUNI	5.098	3.857	9.552	22.462	92.560	60.676	16.826	15.113
	3,5%	2,6%	6,5%	15,3%	63,0%	41,5%	11,4%	10,3%

PRINCIPALI INDICI DEMOGRAFICI

Fonte: Istat, Censimento 2001. Elaborazione Segreteria di Piano.

	TERRITORIO 46 COMUNI	PROVINCIA DI NOVARA	REGIONE PIEMONTE
Indice di vecchiaia	164,7	160,3	173,1
Indice di dipendenza	38,0	47,9	49
Indice di struttura	107,3	96,8	104,5
Tasso di natalità	9	8,3	8,2

Indice di vecchiaia: è un indicatore sintetico del grado di invecchiamento della popolazione, rappresenta la capacità che hanno le generazioni fino a 14 anni nell'equilibrare quelle ultrasessantacinquenni; valori superiori a 100 indicano uno squilibrio di soggetti anziani rispetto ai più giovani: è dato dal rapporto tra la popolazione con oltre 65 anni con la popolazione al di sotto dei quattordici anni.

Indice di dipendenza: è un indicatore demografico di importanza economica e sociale, misura la dipendenza della popolazione che si presume non autonoma per ragioni demografiche rispetto alla fascia di popolazione che si presume dovrebbe sostenerli (0-14 + ultra 65) rispetto a (15-64).

Indice di struttura: misura il grado di invecchiamento della popolazione attiva; un valore inferiore a 100 indica una popolazione in cui la fascia di età lavorative è giovane. È dato dal rapporto tra le generazioni più giovani a quelle più vecchie (40-64) rispetto a (15-39).

Tasso di natalità: rappresenta il numero di nati vivi per ogni 1000 unità di popolazione.

ASPETTI MACRO-ECONOMICI

La Provincia di Novara annovera tra i propri punti di forza la presenza di un tessuto produttivo estremamente diversificato e fortemente vocato alle esportazioni. Oltre un terzo delle imprese attive nel Novarese (costituite per la quasi totalità da realtà con meno di 50 addetti e per un terzo da artigiani) opera nel settore industriale, il cui fiore all'occhiello è rappresentato dal metalmeccanico, comparto di cui si distingue il Distretto delle rubinetterie, con aziende prevalentemente dislocate nelle aree del Borgomanerese e del Cusio. Negli ultimi anni ha conosciuto uno sviluppo il comparto edile e impiantistico, per l'effetto congiunto del buon andamento del mercato immobiliare e dei cantieri delle grandi infrastrutture. Dinamico il comparto della logistica e dei trasporti. In netta espansione il settore del terziario, in cui opera il 55% delle imprese attive in provincia, con aziende specializzate in servizi alle imprese e alle persone, con una crescente presenza di strutture alberghiere e della ristorazione, favorite dalla presenza del turismo, specie quello d'affari ed enogastronomico.

Il numero delle unità registrate per settore di attività (fonte: Istat, Camera di Commercio di Novara, 2001) risulta come segue:

- Agricoltura	2.633
- Industria in senso stretto	5.168
- Costruzioni	5.619
- Commercio	7.984
- Alberghie e Ristoranti	1.690
- Trasporti	1.043
- Servizi alle imprese	3.960
- Altri servizi	3.980
- TOTALE	32.077

Con una disoccupazione al di sotto del 5% la provincia di Novara si distingue positivamente nel contesto regionale, il dato riferito al territorio del piano di zona risulta però leggermente più alto (5,23%). A partire dal 2001, infatti, la sfavorevole congiuntura economica ha determinato un ricorso crescente alla cassa integrazione e un forte aumento dei lavoratori in mobilità. L'ultimo censimento della forza lavoro per condizione professionale, vede su tutto il territorio dei 46 Comuni una percentuale del 49 % di occupati. Significativa è anche la presenza delle donne nel mercato

del lavoro: esse rappresentano il 41,9% degli occupati, con un tasso di occupazione femminile del 65,6%. Le casalinghe rappresentano il 10,2% del totale della donne occupate.

Il tasso percentuale di disoccupazione risulta:

- Territorio 46 Comuni 5,23
- Provincia di Novara 4,60
- Regione Piemonte 4,70
- Italia 7,70
- Unione Europea 8,70

OCCUPATI PER POSIZIONE PROFESSIONALE

Fonte: Istat, Censimento 2001. Elaborazione Segreteria di Piano.

COMUNI	Imprendit. e Libero profess.	Lavoratore in proprio	Socio di cooper.	Coadiuv. familiare	Dipend. o in altra posiz. sub.	Totale
COMUNI CISAS	1.295	3.129	270	525	14.880	20.099
COMUNI CISS	1.922	4.221	254	584	19.656	26.637
COMUNI ISA	223	582	35	98	2.455	3.393
COMUNI ISPA	1.058	1.921	118	309	7.806	11.212
TOT. 46 COMUNI	4.498	9.943	677	1.516	44.797	61.341

POPOLAZIONE IN ETÀ DA 15 ANNI E PIÙ PER CONDIZIONE PROFESSIONALE

Fonte: Istat, Censimento 2001. Elaborazione Segreteria di Piano.

COMUNI	Occupati	In cerca di occupaz.	Studenti	Casalinghe	Ritirati dal lavoro	In altra condizione	Totale
Bellinzago Novarese	3.593	219	409	714	2.046	260	7.241
Borgo Ticino	1.731	119	172	476	673	146	3.317
Castelletto Ticino	3.863	260	413	1.055	1.731	301	7.623
Divignano	546	53	49	134	235	49	1.066
Lesa	931	53	99	270	633	119	2.105
Marano Ticino	638	42	68	107	327	33	1.215
Meina	987	65	100	272	502	107	2.033
Mezzomerico	393	27	49	71	274	20	834
Oleggio	5.328	340	588	1.103	2.877	371	10.607
Pombia	829	40	79	157	345	92	1.542
Varallo Pombia	1.905	129	186	425	1.015	159	3.819
TOT. COMUNI CISAS	20.873	1.359	2.223	4.784	10.749	1.605	41.591
Boca	497	57	35	120	290	46	1.045
Ghemme	1.529	60	169	277	1.120	116	3.271
Maggiora	740	24	89	153	412	46	1.464
Sizzano	627	33	80	72	434	44	1.290
TOT. COMUNI ISA	3.393	174	373	622	2.256	252	7.070
Arona	5.738	413	730	1.826	3.573	485	12.765
Colazza	177	15	19	31	111	20	373
Comignago	439	13	63	87	169	34	805
Massino Visconti	475	24	29	122	281	30	961
Meina	987	65	100	272	502	107	2.033
Nebbiuno	733	40	62	153	273	105	1.366
Oleggio Castello	805	41	85	145	400	35	1.511
Paruzzaro	742	39	69	155	287	79	1.371
Pisano	342	13	30	89	173	20	667
TOT. COMUNI ISPA	9.696	624	1.118	2.725	5.482	836	20.481

POPOLAZIONE IN ETÀ DA 15 ANNI E PIÙ PER CONDIZIONE PROFESSIONALE

Fonte: Istat, Censimento 2001. Elaborazione Segreteria di Piano.

COMUNI	Occupati	In cerca di occupaz.	Studenti	Casalinghe	Ritirati dal lavoro	In altra condizione	Totale
Agrate Conturbia	515	33	45	128	268	32	1.021
Barengo	383	27	46	59	293	24	832
Bogogno	487	17	61	83	358	38	1.044
Bolzano Novarese	469	19	41	77	270	30	906
Borgomanero	8.533	449	976	1.718	4.370	803	16.849
Briga Novarese	1.292	47	152	192	633	59	2.375
Cavaglietto	171	9	21	8	141	8	358
Caviglio d'Agogna	537	36	51	77	413	44	1.158
Cavallirio	527	38	50	89	296	28	1.028
Cressa	609	28	68	90	441	60	1.296
Cureggio	991	42	114	177	585	76	1.985
Fontaneto d'Agogna	1.125	50	133	210	698	67	2.283
Gargallo	797	28	72	108	380	56	1.441
Gattico	1.415	79	148	266	711	116	2.735
Gozzano	2.633	131	265	423	1.590	199	5.241
Inverio	1.580	72	176	347	902	172	3.249
Momo	1.229	84	113	238	694	56	2.414
Pogno	818	20	63	94	279	45	1.319
Soriso	340	14	20	57	179	31	641
Suno	1.125	47	120	198	915	88	2.493
Vaprio d'Agogna	393	18	40	50	314	27	842
Veruno	668	34	85	130	400	36	1.353
TOT. COMUNI CISS	27.379	1.361	2.929	4.974	15.417	2.174	54.234
TOT. 46 COMUNI	61.341	3.518	6.640	13.105	33.904	4.867	123.357

ORGANIZZAZIONE SOCIO-SANITARIA E SCOLASTICA

Gli Enti Gestori

Per quanto riguarda la gestione dei servizi sociali sul territorio sono presenti quattro enti così organizzati:

► CISS Borgomanero

Consorzio Intercomunale per la gestione dei servizi socio assistenziali.

È un consorzio pubblico con sede a Borgomanero. Attualmente ne fanno parte ventidue Comuni del distretto sanitario di Borgomanero.

È in funzione dal 1 gennaio 1998.

► CISAS Castelletto Sopra Ticino

Consorzio intercomunale servizi assistenziali.

È un consorzio pubblico attualmente formato da undici Comuni del distretto sanitario di Arona. Ha sede a Castelletto Ticino ed è in funzione dal 1 gennaio 2006.

In precedenza i servizi assistenziali erano svolti da un'Associazione di Comuni riuniti in convenzione con capofila Castelletto Ticino.

► ISA Ghemme

Interventi socio assistenziali.

Ha sede a Ghemme ed è un'Associazione di Comuni con capofila il Comune di Ghemme. Istituita nel 1997, attualmente vi aderiscono quattro Comuni del distretto sanitario di Borgomanero.

► ISPA Arona

Istituzione servizi alla persona.

È un'Istituzione del Comune di Arona, funzionante dal 2005. Ne fanno parte nove Comuni appartenenti al distretto sanitario di Arona, uniti in convenzione.

In precedenza i servizi erano svolti da un'Associazione di Comuni in convenzione con il Comune di Arona.

L'organizzazione sanitaria

Il Piano di organizzazione aziendale dell'ASL13 prevede un'articolazione dei servizi sanitari in quattro Distretti Sanitari: Arona, Borgomanero, Galliate e Novara.

Il Distretto si caratterizza come centro di riferimento, e quindi come centro di garanzia e di controllo dei livelli assistenziali per i cittadini del proprio ambito territoriale. Ha duplice valenza: punto di accesso, di orientamento della domanda e di verifica dei servizi sanitari e soggetto direttamente erogatore dell'assistenza territoriale.

► **Distretto Sanitario di Arona**

Sede Distrettuale Centrale: Arona

Sedi decentrate:

- Castelletto Ticino
- Oleggio
- Bellinzago Novarese
- Borgo Ticino
- Varallo Pombia

► **Distretto Sanitario di Borgomanero**

Sede Distrettuale Centrale: Borgomanero

Sedi decentrate:

- Ghemme

L'organizzazione scolastica pubblica

► **Scuola Elementare Gozzano**

Vi fanno riferimento:

- Materne Gozzano, Gargallo
- Elementari Gozzano, Gargallo, Soriso

► **Istituto Comprensivo Gozzano**

Vi fanno riferimento:

- Materne Briga Nov., Bolzano Nov.
- Elementari Briga Nov., Bolzano Nov.
- Media Gozzano

► **Scuola Elementare Borgomanero**

Vi fanno riferimento:

- Materne Borgomanero (e frazioni), Maggiore
- Elementari Cureggio, Borgomanero (e frazioni), Maggiore

► **Scuola Media Borgomanero**

► **Istituto Comprensivo Gattico**

Vi fanno riferimento: - Materne Gattico, Veruno, Agrate Conturbia
- Elementari Gattico, Comignago, Veruno, Agrate Conturbia, Bogogno
- Media Gattico

► **Istituto Comprensivo Varallo Pombia**

Vi fanno riferimento: - Materne Varallo Pombia, Pombia, Divignano
- Elementari Pombia, Divignano, Varallo Pombia
- Media Varallo Pombia

► **Istituto Comprensivo Oleggio**

Vi fanno riferimento: - Elementari Mezzomerico, Marano Ticino, Oleggio
- Media Oleggio

► **Scuola Elementare Oleggio**

Vi fanno riferimento: - Materna Oleggio
- Elementari Oleggio

► **Istituto Comprensivo Momo**

Vi fanno riferimento: - Materne Suno, Vaprio d'Agogna, Cavaglio d'Agogna, Cressa, Fontaneto d'Agogna
- Elementari Suno, Momo, Vaprio d'Agogna, Barengo, Cavaglio d'Agogna, Cressa, Fontaneto d'Agogna
- Medie Fontaneto d'Agogna, Suno, Momo

► **Scuola Elementare Castelletto Ticino**

Vi fanno riferimento: - Materna Castelletto Ticino
- Elementari Castelletto Ticino

► **Istituto Comprensivo Castelletto Ticino**

Vi fanno riferimento: - Elementari Borgoticino, Castelletto Ticino
- Media Borgoticino, Dormelletto, Castelletto Ticino

► **Istituto Comprensivo Arona**

Vi fanno riferimento: - Elementari Arona
- Media Arona

► **Scuola Elementare Arona**

Vi fanno riferimento: - Materna Arona, Oleggio Castello, Dormelletto
- Elementari Arona, Oleggio Castello, Dormelletto

► **Istituto Comprensivo Inverio**

Vi fanno riferimento: - Materne Lesa, Massino Visconti, Meina, Nebbiuno, Pisano, Belgirate, Paruzzaro
- Elementari Lesa, Massino Visconti, Meina, Nebbiuno, Pisano, Paruzzaro, Inverio
- Medie Lesa, Meina, Inverio

► **Istituto Comprensivo Bellinzago Novarese**

Vi fanno riferimento: - Elementari Bellinzago Novarese
- Media Bellinzago Novarese

► **Istituto Comprensivo Grignasco**

Vi fanno riferimento: - Materne Boca, Cavallirio, Grignasco
- Elementari Boca, Cavallirio, Grignasco
- Media Boca, Grignasco

► **Istituto Comprensivo Romagnano Sesia**

Vi fanno riferimento: - Materne Romagnano Sesia, Ghemme
- Elementari Romagnano Sesia, Sizzano, Ghemme, Prato Sesia
- Medie Ghemme, Romagnano Sesia

► **ITC "S. Carlo" con sez. ITI Arona**

Vi fanno riferimento: - I.P. Agrario "Cavallini" Lesa

► **Liceo Scientifico "Fermi" Arona**

Vi fanno riferimento: - Sez. Liceo Classico Arona

► **ITI "L. Da Vinci" Borgomanero**

Vi fanno riferimento: - Sez. Commerciale "Don Milani" Borgomanero

► **Liceo Scientifico "Galilei" Borgomanero**

Vi fanno riferimento: - Sez. Istituto Psicopedagogico Gozzano

TAVOLE SINOTTICHE DELLE RISORSE E DELLE SPESE

Avvertenza:

- *I dati delle tavole dalla n. 1 alla n. 8 riportano la rendicontazione fatta alla Regione Piemonte dagli Enti Gestori per l'anno 2005.*
- *I dati di spesa non sono raffrontabili perché raggruppano voci interpretate in maniera differente dagli Enti e sono stati raccolti solo ai fini di una fotografia generale dell'esistente.*
- *Inoltre tutti i quattro Enti Gestori avevano nel 2005 una configurazione territoriale (e quindi parametri di risorse e di spesa) diversa da quella attuale.*

Note alla tabelle

(X): Servizio o intervento svolto anche dai Comuni.

** Per molti degli interventi e servizi sopra elencati è compreso il servizio di trasporto dell'utenza.*

** La gestione dei servizi è comprensiva dell'attività di coordinamento.*

TAV.1: QUADRO DELL'OFFERTA TERRITORIALE AREA ANZIANI*(vedi nota iniziale)***1**

SERVIZI E INTERVENTI	C.I.S.AS.	I.S.P.A.	C.I.S.S.	I.S.A.
Servizi di base	Segretariato sociale	Segretariato sociale	Segretariato sociale	Segretariato sociale
	Servizio sociale professionale	Servizio sociale professionale	Servizio sociale professionale	Servizio sociale professionale
Trasferimenti	Assistenza economica (X)	Assistenza economica (X)	Assistenza economica (X)	Assistenza economica (X)
Attività territoriali	Assistenza domiciliare	Assistenza domiciliare	Assistenza domiciliare	Assistenza domiciliare
		Affidamento familiare	Affidamento familiare	Affidamento familiare
	Inserimento in centro diurno	Inserimento in centro diurno	Inserimento in centro diurno	Inserimento in centro diurno
	Inserimento in presidio residenziale (casa di riposo)	Inserimento in presidio residenziale (casa di riposo)	Inserimento in presidio residenziale (casa di riposo)	Inserimento in presidio residenziale (casa di riposo)
	Tele Soccorso (X)	Tele Soccorso (X)	Tele Soccorso (X)	Tele Soccorso (X)
	Attività istruttorie per amministrazione di sostegno, tutela e curatela	Attività istruttorie per amministrazione di sostegno, tutela e curatela	Attività istruttorie per amministrazione di sostegno, tutela e curatela	Attività istruttorie per amministrazione di sostegno, tutela e curatela
Altro	Interventi economici a sostegno della domiciliarità (buono famiglia, assegno di cura)	Interventi complementari all'assistenza domestica, ed economici a sostegno della domiciliarità	Interventi economici a sostegno della domiciliarità (buono famiglia, assegno di cura)	Interventi complementari all'assistenza domestica, ed economici a sostegno della domiciliarità
	Integrazione rette per ciò che non paga l'utente	Integrazione rette per ciò che non paga l'utente	Integrazione rette per ciò che non paga l'utente	Integrazione rette per ciò che non paga l'utente
	Attività d'equipe nell'unità valutativa geriatrica (uvg)	Attività d'equipe nell'unità valutativa geriatrica (uvg)	Attività d'equipe nell'unità valutativa geriatrica (uvg)	Attività d'equipe nell'unità valutativa geriatrica (uvg)
	Attivazione progetti attinenti all'area di interesse	Attivazione progetti attinenti all'area di interesse	Attivazione progetti attinenti all'area di interesse	Attivazione progetti attinenti all'area di interesse

TAV.2: QUADRO DELL'OFFERTA TERRITORIALE AREA DISABILITÀ**2***(vedi nota iniziale)*

SERVIZI E INTERVENTI	C.I.S.AS.	I.S.P.A.	C.I.S.S.	I.S.A.
Servizi di base	Segretariato sociale	Segretariato sociale	Segretariato sociale	Segretariato sociale
	Servizio sociale professionale	Servizio sociale professionale	Servizio sociale professionale	Servizio sociale professionale
Trasferimenti	Assistenza economica (X)	Assistenza economica (X)	Assistenza economica (X)	Assistenza economica (X)
Attività territoriali	Assistenza domiciliare	Assistenza domiciliare	Assistenza domiciliare	Assistenza domiciliare
	Assistenza socio educativa territoriale	Assistenza socio educativa territoriale	Assistenza socio educativa territoriale	Assistenza socio educativa territoriale
	Inserimento in centro diurno	Inserimento in centro diurno	Inserimento in centro diurno	Inserimento in centro diurno
	Inserimento in presidio residenziale	Inserimento in presidio residenziale	Inserimento in presidio residenziale	Inserimento in presidio residenziale
	Attività istruttorie per amministrazione di sostegno, tutela e curatela	Attività istruttorie per amministrazione di sostegno, tutela e curatela	Attività istruttorie per amministrazione di sostegno, tutela e curatela	Attività istruttorie per amministrazione di sostegno, tutela e curatela
	Tirocini di formazione ed orientamento e inserimenti lavorativi	Tirocini di formazione ed orientamento e inserimenti lavorativi	Tirocini di formazione ed orientamento e inserimenti lavorativi	Tirocini di formazione ed orientamento e inserimenti lavorativi
Attività res. e semires.	Gestione diretta di un centro diurno e un Centro Addestramento Disabili (CAD)	Gestione diretta di un centro diurno e un Centro Addestramento Disabili (CAD)	Gestione diretta di un centro diurno e di un gruppo appartamento per disabili intellettivi	
Altro	Pagamento rette, interventi economici-assistenziali a sostegno della domiciliarità	Pagamento rette, interventi economici-assistenziali a sostegno della domiciliarità	Pagamento rette, interventi economici-assistenziali a sostegno della domiciliarità	Pagamento rette, interventi economici-assistenziali a sostegno della domiciliarità
	Attivazione di progetti individualizzati	Attivazione di progetti individualizzati	Attivazione di progetti individualizzati	Attivazione di progetti individualizzati
	Attività d'equipe nell'unità valutativa handicap (uvh)	Attività d'equipe nell'unità valutativa handicap (uvh)	Attività d'equipe nell'unità valutativa handicap (uvh)	Attività d'equipe nell'unità valutativa handicap (uvh)
	Attività del tempo libero		Attività di supporto alle famiglie (parental training)	

TAV.3: QUADRO DELL'OFFERTA TERRITORIALE AREA MINORI**3***(vedi nota iniziale)*

SERVIZI E INTERVENTI	C.I.S.AS.	I.S.P.A.	C.I.S.S.	I.S.A.
Servizi di base	Segretariato sociale	Segretariato sociale	Segretariato sociale	Segretariato sociale
	Servizio sociale professionale	Servizio sociale professionale	Servizio sociale professionale	Servizio sociale professionale
Trasferimenti	Assistenza economica (X)	Assistenza economica (X)	Assistenza economica (X)	Assistenza economica (X)
Attività territoriali	Assistenza domiciliare	Assistenza domiciliare	Assistenza domiciliare	Assistenza domiciliare
	Assistenza socio educativa territoriale	Assistenza socio educativa territoriale	Assistenza socio educativa territoriale	Assistenza socio educativa territoriale
	Affidamento familiare e professionale	Affidamento familiare	Affidamento familiare	Affidamento familiare
	Adozioni	Adozioni	Adozioni	Adozioni
	Inserimento in centro diurno	Inserimento in centro diurno	Inserimento in centro diurno	Inserimento in centro diurno
	Inserimento in presidio residenziale	Inserimento in presidio residenziale	Inserimento in presidio residenziale	Inserimento in presidio residenziale
	Attività istruttorie per amministrazione di sostegno, tutela e curatela	Attività istruttorie per amministrazione di sostegno, tutela e curatela	Attività istruttorie per amministrazione di sostegno, tutela e curatela	Attività istruttorie per amministrazione di sostegno, tutela e curatela
Attività res. e semires.	Spazi aggregativi per pre-adolescenti e adolescenti		Gestione diretta di centri educativi minori (CEM)	
Altro	Interventi economici a sostegno della domiciliarità (buono famiglia, assegno di cura)		Contributi economici per l'inserimento di minori in strutture per la prima infanzia	
	Rette per inserimento in presidio residenziale	Rette per inserimento in presidio residenziale	Rette per inserimento in presidio residenziale	Rette per inserimento in presidio residenziale
	Attività in equipe (per adozione, maltrattamento, attività di raccordo con la NPI ed il territorio)	Attività in equipe (per adozione, maltrattamento, attività di raccordo con la NPI ed il territorio)	Attività in equipe (per adozione, maltrattamento, attività di raccordo con la NPI ed il territorio)	Attività in equipe (per adozione, maltrattamento, attività di raccordo con la NPI ed il territorio)
Sportello di ascolto nelle Scuole	Servizio "luogo neutro": interventi di mediazione relazionale, incontri protetti	Servizio "luogo neutro": interventi di mediazione relazionale, incontri protetti	Servizio "luogo neutro": interventi di mediazione relazionale, incontri protetti	Interventi di mediazione relazionale e incontri protetti

TAV.4: QUADRO DELL'OFFERTA TERRITORIALE AREA RESP. FAMILIARI**4***(vedi nota iniziale)*

SERVIZI E INTERVENTI	C.I.S.AS.	I.S.P.A.	C.I.S.S.	I.S.A.
Servizi di base	Segretariato sociale	Segretariato sociale	Segretariato sociale	Segretariato sociale
	Servizio sociale professionale	Servizio sociale professionale	Servizio sociale professionale	Servizio sociale professionale
Trasferimenti	Assistenza economica (X)	Assistenza economica (X)	Assistenza economica (X)	Assistenza economica (X)
Attività territoriali	Assistenza domiciliare	Assistenza domiciliare	Assistenza domiciliare	Assistenza domiciliare
	Assistenza socio educativa territoriale	Assistenza socio educativa territoriale	Assistenza socio educativa territoriale	Assistenza socio educativa territoriale
	Affidamento familiare	Affidamento familiare	Affidamento familiare	Affidamento familiare
	Inserimento in presidio residenziale	Inserimento in presidio residenziale	Inserimento in presidio residenziale	Inserimento in presidio residenziale
	Attività istruttorie per amministrazione di sostegno, tutela e curatela	Attività istruttorie per amministrazione di sostegno, tutela e curatela	Attività istruttorie per amministrazione di sostegno, tutela e curatela	Attività istruttorie per amministrazione di sostegno, tutela e curatela
	Inserimenti lavorativi	Inserimenti lavorativi	Inserimenti lavorativi	Inserimenti lavorativi
Altro	Progetto "Informa-mamme"	Progetto "Informa-mamme"	Progetto "Informa-mamme"	Progetto "Informa-mamme"
			Accompagnamento educativo di sostegno alla genitorialità	
			Sportello di ascolto e orientamento per adulti con funzioni genitoriali	

TAV.5: QUADRO DELL'OFFERTA TERRITORIALE AREA NUOVE POVERTÀ**5***(vedi nota iniziale)*

SERVIZI E INTERVENTI	C.I.S.AS.	I.S.PA.	C.I.S.S.	I.S.A.
Servizi di base	Segretariato sociale	Segretariato sociale	Segretariato sociale	Segretariato sociale
	Servizio sociale professionale	Servizio sociale professionale	Servizio sociale professionale	Servizio sociale professionale
Trasferimenti	Assistenza Economica (X)	Assistenza Economica (X)	Assistenza Economica (X)	Assistenza Economica (X)
Attività territoriali	Assistenza domiciliare	Assistenza domiciliare	Assistenza domiciliare	Assistenza domiciliare
	Assistenza socio educativa territoriale	Assistenza socio educativa territoriale	Assistenza socio educativa territoriale	Assistenza socio educativa territoriale
	Inserimento in presidio residenziale	Inserimento in presidio residenziale	Inserimento in presidio residenziale	Inserimento in presidio residenziale
	Inserimenti lavorativi	Inserimenti lavorativi	Inserimenti lavorativi	Inserimenti lavorativi
	Interventi per l'emergenza abitativa		Interventi per l'emergenza abitativa	
Altro	Interventi complementari alla assistenza domiciliare a sostegno delle persone fragili	Interventi complementari alla assistenza domiciliare a sostegno delle persone fragili	Interventi complementari alla assistenza domiciliare a sostegno delle persone fragili	Interventi complementari alla assistenza domiciliare a sostegno delle persone fragili
	Attivazione progetti attinenti all'area di interesse insieme ad altri servizi (Ser.T., Psichiatria, ISI, ecc.)	Attivazione progetti attinenti all'area di interesse insieme ad altri servizi (Ser.T., Psichiatria, ISI, ecc.)	Attivazione progetti attinenti all'area di interesse insieme ad altri servizi (Ser.T., Psichiatria, ISI, ecc.)	Attivazione progetti attinenti all'area di interesse insieme ad altri servizi (Ser.T., Psichiatria, ISI, ecc.)

**TAV.6: QUADRO GENERALE DELLE ENTRATE,
ANNO 2005, IN MIGLIAIA DI EURO**

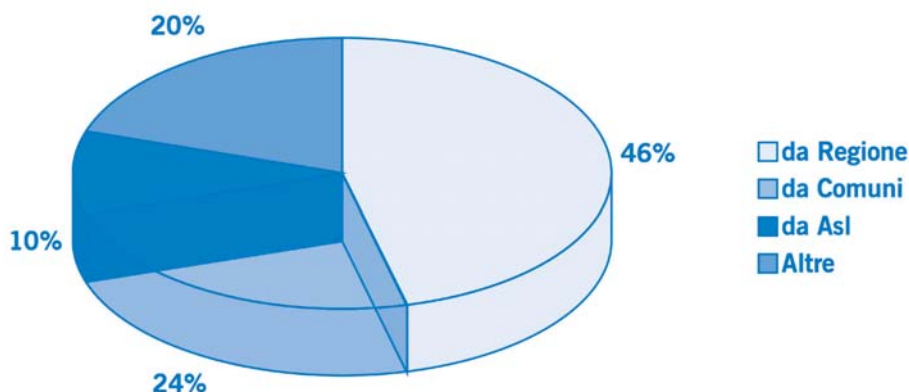
(vedi nota iniziale)

ENTRATE	C.I.S.AS.	I.S.P.A.	C.I.S.S.	I.S.A.	TOTALE
TOTALE	2.668	2.217	3.012	521	8.418
Da Regione	1.335	670	1.521	324	3.850
Da Comuni	817	166	890	152	2.025
Da Asl	390	179	260	35	864
Altre	126	1.202	341	10	1.679

Voci estrapolate derivanti da:

- *contributi e trasferimenti dalla Regione;*
- *contributi e trasferimenti dai Comuni all'Ente Gestore sulla base della quota pro-capite e per causali diverse dalla quota procapite;*
- *contributi e trasferimenti dall'Azienda Sanitaria Regionale per i costi a rilievo sanitario (strutture prevenzione e riabilitazione, strutture residenziali per anziani e per altre attività);*
- *contributi e trasferimenti dalla Provincia (compresi in "Altre");*
- *entrate diverse (comprese in "Altre").*

GRAFICO DI SINTESI DELLE ENTRATE DEI QUATTRO ENTI GESTORI, ANNO 2005



SPESA SOCIO-ASSITENZIALE SOSTENUTA DIRETTAMENTE DAI COMUNI

Nella valutazione delle risorse destinate ai servizi socio assistenziali è da comprendere anche la spesa sostenuta direttamente dai Comuni per interventi diretti degli stessi.

La situazione è molto diversa da Comune a Comune (e quindi tra i quattro Enti) e non facilmente confrontabile a causa delle diverse modalità di imputazione dei costi nei bilanci comunali e degli Enti. Rilevanti appaiono comunque, ad esempio, gli interventi per iniziative “sociali” a favore degli anziani (soggiorni, centri anziani, ecc.), l’assistenza economica, pasti a domicilio, servizi infermieristici e prelievi, trasporti.

**TAV.7: SPESA SOCIO-ASSISTENZIALE PER ALCUNE PRESTAZIONI,
ANNO 2005, IN MIGLIAIA DI EURO**

(vedi nota iniziale)

PRESTAZIONI	C.I.S.AS.	I.S.P.A.	C.I.S.S.	I.S.A.	TOTALE
Servizio sociale	183	78	129		390
Assistenza Economica	143	98	26	4	271
Assistenza domiciliare	630	419	393	174	1.616
Assistenza socio-educativa terr.le	221	144	375	127	867
Affidamento familiare	125	14	47		186
Adozioni	40	7	20		67
Inserimento in centro diurno	15	10	5	31	61
Inserimento in presidio	16	158	23	21	218
Attività istruttorie per amm.ne di sostegno tutela e curatela	5	3	20		28
Inserimenti lavorativi	111	24	132	2	269
Altro	462	319	628	306	1.715
Gestione diretta di centri diurni	318 Disabili	393 Disabili	397 Disabili, Minori		1.108

**TAV.8: SPESA SOCIO-ASSISTENZIALE PER TIPOLOGIA DI UTENZA,
ANNO 2005, IN MIGLIAIA DI EURO**

(vedi nota iniziale)

TIPOLOGIA DI SPESA	C.I.S.AS.	I.S.P.A.	C.I.S.S.	I.S.A.	TOTALE
TOTALE	2.471	2.077	2.499	674	7.721
Fondi vincolati	179	117	396		692
Minori	637	151	790	60	1.638
Minori disabili	100	156	144	71	471
Adulti	175	125	54	47	401
Adulti disabili	342	50	476	121	989
Anziani	359	358	40	186	943
Anziani non autosufficienti	338	434	294	180	1246
Gestione diretta presidi	318	393	397		1.108

Voci estrapolate derivanti da:

- *fondi vincolati dalla Regione: tutela salute mentale, sostegno alla natalità, presa in carico persone provenienti dai centri di riabilitazione, presa in carico anziani non autosufficienti;*
- *spesa per categoria di utenza: minori, minori disabili, adulti, adulti disabili, anziani, anziani non autosufficienti;*
- *spesa per gestione diretta di presidi (minori e disabili).*

GRAFICO DI SINTESI SPESA SOCIO-ASSISTENZIALE PER UTENTI NEI QUATTRO ENTI GESTORI, ANNO 2005

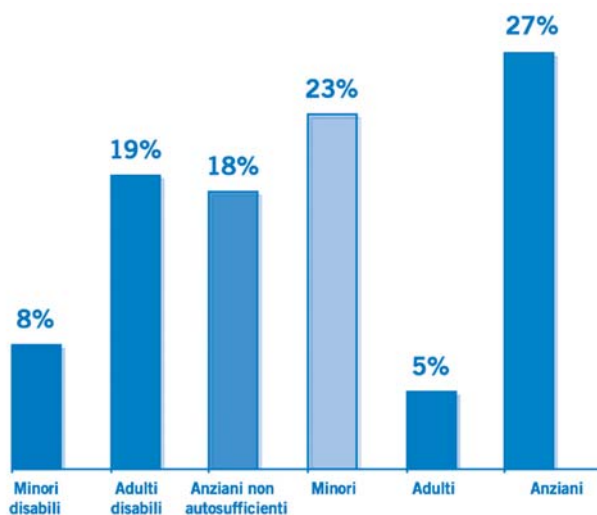
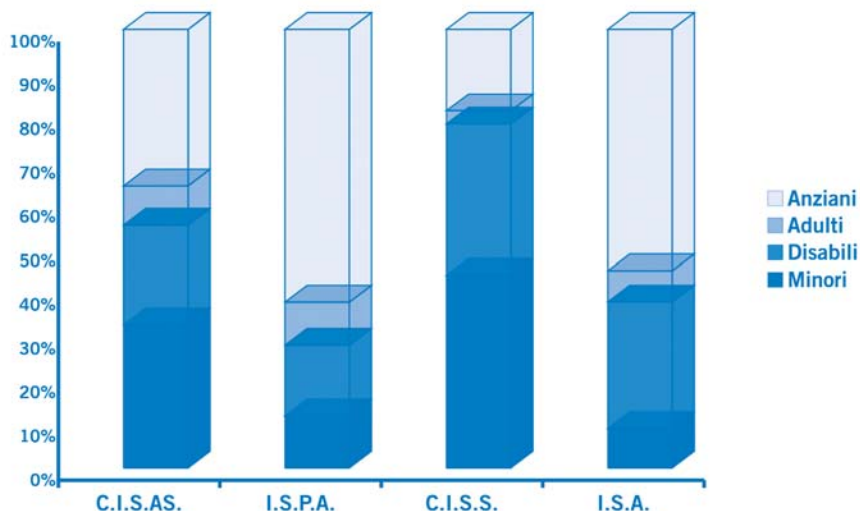


GRAFICO DI SINTESI SPESA SOCIO-ASSISTENZIALE PER UTENTI E PER ENTE GESTORE, ANNO 2005



SPESA SANITARIA RIFERITA AI DISTRETTI

QUADRO GENERALE DELLA SPESA SANITARIA RIFERITA AI DISTRETTI DI ARONA E BORGOMANERO, ANNO 2005

ASL 13 - DISTRETTO ARONA			
Assistenza protesica			€ 828.813
di cui:	fornitura pannoloni	€ 111.760	
	respiratori	€ 209.157	
Trasporti ambulanza			€ 121.082
Rimborsi assistenza sanitaria in Italia			€ 22.139
Rimborsi assistenza sanit. all'estero			€ 2.259
Abbattim. liste d'attesa domiciliare *			€ 71.185
Residenzialità riabilitativa			€ 1.885
Residenzialità			€ 2.163.447
di cui:	disabili	€ 603.532	
	anziani	€ 1.308.992	
	ospedale di comunità	€ 222.736	
	abbatt. liste attesa residenz.*	€ 28.186	
Riabilitazione ambulatoriale disabili			€ 48.668
Semiresidenzialità			€ 479.312
TOTALE			€ 3.738.794

QUADRO GENERALE DELLA SPESA SANITARIA RIFERITA AI DISTRETTI DI ARONA E BORGOMANERO, ANNO 2005

ASL 13 - DISTRETTO BORGOMANERO			
Assistenza protesica			€ 907.019
di cui:	fornitura pannoloni	€ 131.667	
	respiratori	€ 208.965	
Rimborsi dializzati			€ 41.148
Rimborsi assistenza sanitaria in Italia			€ 31.838
Rimborsi assistenza sanit. all'estero			€ 16.534
Abbattim. liste d'attesa domiciliare *			€ 62.126
Residenzialità riabilitativa			€ 1.880
Residenzialità			€ 3.558.440
di cui:	disabili	€ 575.883	
	anziani	€ 2.740.086	
	ospedale di comunità	€ 191.350	
	abbatt. liste attesa residenz.*	€ 51.121	
Riabilitazione ambulatoriale disabili			€ 49.991
Semiresidenzialità			€ 559.306
di cui:	centro diurno CISS	€ 180.237	
	centri diurni ANFFASS	€ 209.555	
	centro diurno Alzheimer	€ 121.698	
TOTALE			€ 5.228.286

ALLEGATO

**LA COMPARTECIPAZIONE
AI COSTI DELLE
PRESTAZIONI SOCIALI**

Avvertenza:

***Bozza di documento di lavoro predisposto da un tavolo tecnico di ANCI Piemonte, LEGA DELLE AUTONOMIE LOCALI Piemonte, CGIL, CISL e UIL Piemonte.
Contiene punti ancora da definire.***

Aggiornata al 31 dicembre 2006

APPROVAZIONE DI CRITERI DI VALUTAZIONE DELLA SITUAZIONE ECONOMICA PER LA PARTECIPAZIONE AI COSTI DELLE PRESTAZIONI SOCIALI

CONSIDERAZIONI PRELIMINARI

Ai sensi della legge 328/2000 gli interventi socio assistenziali devono essere erogati con priorità ai soggetti che si trovano in stato di grave disagio sociale e, in particolare, in situazione di povertà o con reddito limitato.

La situazione economica dei cittadini che richiedono servizi deve pertanto essere uno dei criteri per orientare le prestazioni, indirizzando le risorse pubbliche prioritariamente verso le persone che possiedono minori risorse proprie. Per la realizzazione di tale obiettivo assumono rilevanza anche le risorse economiche che potrebbero essere rese disponibili, per integrare l'assistenza del beneficiario di prestazioni socio assistenziali, dai famigliari (anche non conviventi) legati al beneficiario stesso da vincoli più stretti. Le motivazioni che stanno alla base di questa impostazione sono le seguenti.

L'intervento dei servizi sociali ha tra i suoi beneficiari, seppur indiretti, anche i famigliari della persona che fruisce direttamente dell'intervento, poiché le prestazioni (domiciliari, di collocazione diurna o residenziale) sono erogate anche a favore di coloro che hanno legami famigliari con il soggetto in stato di bisogno.

Un operatore che assiste a domicilio chi ha problemi di autonomia, svolgendo attività non solo sulla persona, ma sul contesto abitativo (acquisti, pulizie...), fornisce infatti prestazioni anche a favore degli altri famigliari: prestazioni di "sostegno" erogate ad una persona meno autonoma indirettamente "sostengono" l'insieme delle persone ad essa legate

Questo principio trova anche fondamento nella legge 328/2000, che individua nella famiglia, complessivamente considerata, il soggetto al quale sono dirette le prestazioni sociali. Inoltre è anche in base a tale principio che i famigliari possono avere titolo a richiedere ai servizi sociali prestazione per il proprio congiunto quando egli è incapace a farlo da solo.

Considerare la condizione economica del solo beneficiario implica la conseguenza di erogare lo stesso volume di prestazioni con oneri a carico del-

l'ente pubblico a favore di persone che sono in situazioni tra loro molto diverse: ad esempio persone sole e senza reti familiari di sostegno, e persone che hanno familiari che possono disporre anche di notevoli risorse economiche.

Questa situazione di disparità determina iniquità distributiva delle risorse dei servizi pubblici, perché non consente l'erogazione di maggiori prestazioni a chi è veramente bisognoso e che si trova in condizioni complessivamente più deboli.

Inoltre se si considera la situazione economica dei soli familiari conviventi con il beneficiario si rischia di penalizzare e disincentivare la convivenza con le persone in difficoltà, ad esempio con gli anziani non autosufficienti.

Prevedere un ruolo diretto dei familiari, purchè la loro condizione economica lo consenta, nel partecipare all'assistenza della persona in difficoltà, permette:

- agli Enti gestori dei servizi di erogare interventi di valore elevato e di garantire soprattutto alle persone con meno risorse prestazioni efficaci.*
- di aumentare la platea dei possibili beneficiari di prestazioni.*

Gli interventi e le attività a carattere sociale e sociosanitario, alla luce del principio della sussidiarietà di cui alla L.328/00, integrano e supportano le responsabilità personali e familiari nel contrastare le situazioni di svantaggio. Gli enti gestori delle attività socio-assistenziali esplicano anche un'azione di prevenzione delle condizioni di rischio.

Gli interventi sopra indicati hanno inoltre lo scopo di stimolare le persone ed i nuclei familiari a ricercare le migliori condizioni di vita personali e sociali nonché di renderle responsabili nell'organizzazione della vita familiare e del conseguente impegno delle risorse a propria disposizione.

OBIETTIVI

Gli obiettivi del presente atto sono:

- Definire, rispetto alle prestazioni sociali e sociosanitarie, un quadro di riferimento omogeneo e di sistema con caratteristiche di globalità ed in termini di indirizzo applicativo su tutto il territorio piemontese.
- Fornire una risposta al bisogno di ogni cittadino mettendo in relazione le disponibilità, in termine di servizio e di risorse, degli Enti Gestori con le potenzialità di risorse e di relazioni sociali del nucleo di appartenenza.
- Favorire la permanenza al proprio domicilio delle persone in particolare condizione di fragilità sociale (anziani non autosufficienti e disabili gravi) attraverso la condivisione di un Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) e l'erogazione di servizi a costi accessibili ed integrabili con l'impegno di proprie risorse personali e familiari.

AMBITO DI APPLICAZIONE

L'ambito di applicazione del presente atto include interventi integrati socio sanitari: si precisa pertanto che i criteri si applicano esclusivamente alla componente del costo dei servizi che è a carico degli Enti Gestori dei servizi sociali, e non si applicano al costo che è a carico del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta ovvero tramite compartecipazione alla spesa da parte delle ASL verso gli Enti Gestori dei servizi sociali.

La costruzione di un ruolo innovativo dei servizi sociali consente di trasfor-

marli da luoghi prevalentemente utilizzati da persone in difficoltà economiche a sedi capaci di ascolto e risposte per tutte le persone e famiglie portatrici di bisogni socio assistenziali, a prescindere dalle loro condizioni economiche. Questo obiettivo è anche in coerenza con lo sviluppo di un sistema di servizi sociali diretto a tutti i cittadini, come delineato dalla legge nazionale 328/2000 e da quella regionale 1/2004.

Le prestazioni che i cittadini potranno ottenere sono pertanto così articolate:

- a totale carico dell'Ente pubblico, senza oneri per i beneficiari, per quegli interventi la cui natura sia individuata come non compatibile con selezioni che riguardino la condizione economica;

per gli altri interventi:

- a totale carico dei beneficiari, entro le soglie di compartecipazione previste, quando la situazione economica di tali soggetti (determinata in base ai criteri stabiliti dal presente regolamento) risulti adeguata.
- a parziale carico degli Enti gestori quando la situazione economica dei beneficiari permetta loro di sostenere parzialmente i costi delle prestazioni;
- a carico degli Enti gestori, quando la situazione economica dei beneficiari denoti insufficiente capacità economica autonoma;

In tutti i casi i cittadini potranno comunque ottenere dagli enti gestori approfondite informazioni sugli interventi e servizi sociali forniti nell'ambito territoriale di riferimento.

Vengono individuati quali servizi universali a titolo gratuito e pertanto esclusi dall'applicazione dei criteri di valutazione della condizione economica, previsti dal presente atto:

- Segretariato sociale.
- Servizio sociale professionale.
- Servizi di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari.
- Attività istruttorie per l'adozione.

Sono subordinate alla valutazione della situazione economica l'erogazione e la partecipazione ai costi dei servizi indicati (a titolo esemplificativo) nell'elenco di cui sotto, passibile di integrazioni ad opera degli enti gestori:

Prestazioni nazionali erogate sulla base dell'ISEE

- Assegno per nuclei familiari con almeno tre figli minori.
- Assegno di maternità per le madri prive di altra garanzia assicurativa.
- Fornitura gratuita o semigratuita dei libri di testo.
- Erogazione borse di studio (ex *L. n. 62/2000*).
- Prestazioni del diritto allo studio universitario.
- Agevolazione per le utenze domestiche.

Prestazioni nazionali per cui è previsto in futuro l'utilizzo dell'ISEE

- Tariffa sociale per il servizio di distribuzione e vendita dell'energia elettrica (*cfr. il documento per la consultazione dell'Autorità per l'energia e il gas del 20 febbraio 2003*).

Principali prestazioni locali per cui si concorda che vengano erogate sulla base dell'ISEE e dei criteri successivamente esposti

- Asili nido e altri servizi educativi per l'infanzia.
- Mense scolastiche.
- Servizi socio-sanitari domiciliari.
- Pasti e servizi ausiliari al domicilio (lavanderia, trasporto farmaci, ...).
- Trasporti di persone in condizione di difficoltà , anche temporanea.
- Telesoccorso.
- Soggiorni di persone anziane, disabili o minori.
- Incontri in luogo neutro di genitori separati.
- Mediazione familiare.
- Servizi socio-sanitari diurni, residenziali, ecc.
- Altre prestazioni economiche assistenziali (ad es. reddito di cittadinanza).

Principali prestazioni che utilizzano discrezionalmente l'ISEE pur in assenza di un obbligo specifico

- Contributo per il pagamento dei canoni di locazione (ex *L. 431/1998*).
- Agevolazioni per il canone di locazioni in edilizia residenziale pubblica.
- Agevolazione per trasporto locale.
- Servizio di scuola-bus.
- Agevolazioni per tributi locali (rifiuti solidi urbani, ICI).
- Formulazione graduatorie per il pubblico impiego (ex art. 16 *L. 56/87*).
- Fornitura gratuita o semigratuita dei libri di testo.

Prestazioni nazionali per cui l'uso dell'ISEE è escluso dalla legge

- Integrazione al minimo pensionistico.
- Assegno e pensione sociale.
- Maggiorazione sociale.
- Pensione di invalidità civile.

Gli enti gestori, nell'ambito della propria autonomia regolamentare, possono attivare criteri aggiuntivi al fine di escludere, in tutto o in parte cittadini, dalla partecipazione alla spesa per il pagamento di prestazioni ritenute necessarie e strategiche dagli enti stessi.

Il procedimento descritto nei paragrafi successivi si applica per determinare:

- l'entità della compartecipazione degli utenti al costo delle prestazioni socio-assistenziali;
- il volume di prestazioni che l'ente gestore (con oneri a proprio carico) può fornire al beneficiario. Ulteriori prestazioni di cui l'utente necessita possono essere fornite dall'ente gestore con oneri a carico dell'utente stesso.

Nel piano di comunicazione sociale, ed in particolare nelle carte dei servizi, gli enti gestori informano i cittadini sui requisiti di accesso e di partecipazioni ai costi dei servizi.

SITUAZIONE ECONOMICA (ELEMENTI SOGGETTIVI)

Per l'accesso alle prestazioni socio assistenziali, con oneri a carico degli Enti gestori, ovvero con partecipazione degli utenti al costo delle prestazioni, si valuta la situazione economica del beneficiario della prestazione, delle persone componenti la famiglia anagrafica del beneficiario (v. art. 4 del DPR 30 maggio 1989, n. 223) ed eventuali altri conviventi (con esclusione dei soggetti che prestano attività lavorativa a favore di tali persone o che vivono nella stessa abitazione per motivi di studio o di lavoro esterno...) e del coniuge (non legalmente separato).

Gli enti gestori individuano precise ipotesi di particolare gravità che, avendo compromesso il principio di solidarietà all'interno del gruppo familiare, giu-

stifichino la decisione di non valutare le condizioni economiche di alcuni dei soggetti sopra indicati.

SITUAZIONE ECONOMICA (CRITERI)

Reddito e patrimonio

Ai fini dell'accesso alle prestazioni socio assistenziali, con oneri a carico degli Enti gestori, ovvero con partecipazione degli utenti al costo delle prestazioni, si considera la situazione economica delle persone descritte all'articolo..., in base ai criteri di seguito esposti.

La situazione economica è composta dal reddito complessivo e dal 20% del valore globale del patrimonio mobiliare ed immobiliare.

Sono da considerarsi i redditi e patrimoni posseduti alla data di presentazione dell'istanza volta ad ottenere l'erogazione di prestazioni socio-assistenziali.

Il reddito da valutare ai fini del presente provvedimento è costituito:

- dal reddito (al netto delle imposizioni fiscali e contributive) definito in base alle vigenti norme fiscali in materia di determinazione e tassazione dei redditi e liquidazione delle imposte; tale reddito deve essere considerato al lordo di eventuali quote per le quali si è fruito di agevolazioni;
- da ogni altra entrata a qualunque titolo percepita.

Sono pertanto ricompresi in tale definizione a titolo esemplificativo: il reddito delle attività finanziarie (determinato applicando il rendimento medio annuo dei titoli decennali del Tesoro al patrimonio mobiliare indicato al punto...), le pensioni di invalidità, le indennità e assegni concessi a titolo di minorazione dal Ministero dell'Interno e dall'INPS.

Non concorrono alla formazione del reddito le seguenti entrate:

- le rendite ed indennità erogate dall'INAIL aventi natura risarcitoria (verifica con l'INAIL) (anche per i superstiti);
- le pensioni di guerra.

Per quanto concerne i proventi derivanti da attività agricole, svolte anche in forma associata, per le quali sussiste l'obbligo della presentazione della dichiarazione IVA, va assunta la base imponibile (valore della produzione

netta) determinata ai fini dell'IRAP, al netto dei costi del personale a qualunque titolo utilizzato e di altri fattori produttivi costituiti da beni prodotti in altri comparti dell'azienda e reimpiegati nell'azienda stessa.

Qualora il reddito come sopra calcolato differisca di non oltre 1/5 dal reddito risultante dalla dichiarazione (Mod CUD,730,UNICO) dell'anno solare precedente, gli enti gestori possono assumere quale base di calcolo il reddito risultante da tale dichiarazione.

Il patrimonio mobiliare è costituito da:

- a) valore dei beni mobili registrati alla data di presentazione dell'istanza volta ad ottenere l'erogazione di prestazioni socio-assistenziali (non si valuta il valore della prima automobile in proprietà; per le successive si considera un valore forfetario);
- b) denaro liquido,
- c) depositi e conti correnti bancari e postali, per i quali va assunto il valore del saldo contabile attivo, al netto degli interessi, alla data di cui alla lettera a);
- d) titoli di Stato, obbligazioni, certificati di deposito e credito, buoni fruttiferi ed assimilati, per i quali va assunto il valore nominale delle consistenze alla data di cui alla lettera a);
- e) azioni o quote di organismi di investimento collettivo di risparmio (O.I.C.R.) italiani o esteri, per le quali va assunto il valore risultante dall'ultimo prospetto redatto dalla società di gestione alla data di cui alla lettera a);
- f) partecipazioni azionarie in società italiane ed estere quotate in mercati regolamentati, per le quali va assunto il valore rilevato alla data di cui alla lettera a) ovvero, in mancanza, nel giorno antecedente alla dichiarazione, ad esso più prossimo
- g) partecipazioni azionarie in società non quotate in mercati regolamentati e partecipazioni in società non azionarie, per le quali va assunto il valore della frazione del patrimonio netto, determinato sulla base delle risultanze dell'ultimo bilancio approvato anteriormente alla data di presentazione della dichiarazione sostitutiva, ovvero, in caso di esonero dall'obbligo di redazione del bilancio, determinato dalla somma delle rimanenze finali e dal costo complessivo dei beni ammortizzabili, al netto dei relativi ammortamenti, nonché degli altri cespiti o beni patrimoniali;
- h) masse patrimoniali, costituite da somme di denaro o beni non relativi all'impresa, affidate in gestione ad un soggetto abilitato ai sensi del decreto legislativo n. 415 del 1996, per le quali va assunto il valore delle

consistenze risultanti dall'ultimo rendiconto predisposto, secondo i criteri stabiliti dai regolamenti emanati dalla Commissione nazionale per le società e la borsa, dal gestore del patrimonio anteriormente alla data di cui alla lettera c);

- i) altri strumenti e rapporti finanziari per i quali va assunto il valore corrente alla data dei cui alla lettera c), i contratti di assicurazione mista sulla vita e di capitalizzazione (per i quali va assunto l'importo dei premi complessivamente versati a tale ultima data) e le polizze a premio unico anticipato per tutta la durata del contratto (per le quali va assunto l'importo del premio versato); sono esclusi i contratti di assicurazione mista sulla vita per i quali alla medesima data non è esercitabile il diritto di riscatto;
- l) imprese individuali per le quali va assunto il valore del patrimonio netto, determinato con le stesse modalità indicate alla precedente lettera g).

Il patrimonio immobiliare è costituito dal valore (determinato con le modalità di calcolo stabilite dalla normativa ICI) dei singoli cespiti posseduti alla data di presentazione dell'istanza volta ad ottenere l'erogazione di prestazioni socio-assistenziali. Dovrà essere detratto il valore del capitale residuo del mutuo contratto per l'acquisto o la costruzione del bene.

Nel patrimonio immobiliare è ricompreso:

- il valore dei diritti reali di godimento posseduti su beni immobili (usu-frutto, uso, abitazione, servitù, superficie, enfiteusi), con esclusione della "nuda proprietà".
- il valore dei beni donati successivamente alla richiesta di prestazioni
- il valore dei beni donati nei due anni precedenti la richiesta di prestazioni.

La situazione economica dichiarata ha validità annuale.

Eventuali variazioni positive o negative superiori ad 115 nella consistenza reddituale e patrimoniale o modificazioni degli elementi soggettivi (subentrate durante la fruizione delle prestazioni) devono essere segnalate dai beneficiari delle prestazioni medesime agli enti gestori entro trenta giorni dalla data delle suddette variazioni.

Franchigia

Si definisce franchigia il valore da utilizzare per determinare una quota di disponibilità da sottrarre al risultato della situazione economica complessiva.

La franchigia sul reddito

Comprende una quota base da attribuire al beneficiario della prestazione. Agli enti gestori compete la determinazione di tale quota il cui importo sarà ricompreso tra l'ammontare del minimo pensionistico (con esclusione delle maggiorazioni previste dalla legge 29 dicembre 1988, n. 544) erogato dall'INPS a carico del fondo pensioni lavoratori dipendenti (pari a nel 2004) e il doppio di tale valore.

una quota relativa alle spese per la casa (canone di locazione, rate di mutui relativi ad acquisto di immobile adibito a prima abitazione) fino ad un ammontare massimo stabilito dagli enti gestori

le quote di compartecipazione stanziare dagli utenti per la fruizione di servizi socio-assistenziali e le componenti del reddito che hanno determinato l'esclusione dall'erogazione di prestazioni socio-assistenziali con oneri a carico dell'ente gestore o la riduzione di tale erogazione.

Gli enti gestori possono altresì prevedere franchigie differenziate in base ai diversi contesti socio-economici presenti nel loro ambito territoriale e in riferimento a particolari situazioni di bisogno.

Franchigia sul patrimonio

Patrimonio mobiliare

Dall'ammontare del patrimonio mobiliare come sopra determinato, si detraggono - fino a concorrenza, le seguenti franchigie:

- Beneficiario: 5000 (10.000) euro.
- Altri soggetti indicati al paragrafo...: 15.000 euro.

Patrimonio immobiliare

Dall'ammontare del patrimonio immobiliare come sopra determinato, si detraggono, fino a concorrenza, le seguenti franchigie:

Beneficiario:

- 50.000 euro per la casa adibita a prima abitazione (detrazione alternativa a quella relativa al valore del capitale residuo del mutuo contratto).
- 20.000 euro per altri beni.

Nel caso in cui sia necessario valutare la situazione economica degli altri soggetti indicati al paragrafo ... si applica (per individuare le quote da attribuire a tali soggetti) la scala di equivalenza predisposta dagli enti gestori per la determinazione del minimo vitale.

COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA PER LE PRESTAZIONI EROGATE DIRETTAMENTE DAGLI ENTI GESTORI

Al fine di definire la quota direttamente sostenibile dal beneficiario, gli enti gestori stabiliscono le tariffe dovute dai cittadini per ogni tipologia di prestazione erogata, secondo quanto previsto nei rispettivi Regolamenti.

Al momento dell'erogazione di servizi da parte degli enti gestori, il primo soggetto coinvolto nella verifica della situazione economica è il diretto beneficiario della prestazione, in relazione al quale il Progetto Individualizzato avrà stabilito l'effettivo fabbisogno, il costo globale delle prestazioni necessarie e la tariffa a suo carico.

DETERMINAZIONE DELLA SITUAZIONE ECONOMICA AL FINE DELLA COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA PER PRESTAZIONI DIRETTAMENTE EROGATE DALL'ENTE GESTORE

Per determinare la compartecipazione del beneficiario, fatto salvo quanto sopra detto, vengono utilizzati i seguenti meccanismi:

Beneficiario

In relazione al diretto beneficiario la prestazione, vengono considerati il reddito e il patrimonio mobiliare disponibile, come definito al par e il patrimonio mobiliare e immobiliare, se pur non immediatamente disponibili.. Le parti del patrimonio mobiliare e immobiliare eccedenti le franchigie di cui sopra, concorrono nella misura del 20% ad implementare il reddito, che assume il valore di situazione economica di riferimento del beneficiario. Quando l'obbligo al pagamento della tariffa derivi non dal solo reddito immediatamente disponibile, ma dalla somma dei due fattori di cui sopra e il beneficiario non disponga in realtà di liquidità sufficiente a consentirgli la compartecipazione dovuta, potranno attivarsi le seguenti fattispecie:

- alienazione del patrimonio, o di parte di esso, al fine di consentire adeguata liquidità;
- accensione di ipoteche, contratti di recupero da parte dell'E.G. o quant'altro venga previsto dai rispettivi Regolamenti.

Integrazioni retta

In riferimento all'inserimento di persone in struttura, per il calcolo di quanto dovuto dall'E.G. si applicano gli stessi meccanismi di calcolo di cui sopra, fatto salvo il discorso della franchigia di euro 100 (soggetta a rivalutazione ISTAT a partire dal 1° gennaio 2008) che è la quota lasciata disponibile al beneficiario per le proprie esigenze.

Valore massimo prestazioni erogabili

In caso di erogazioni economiche alternative all'erogazione diretta delle prestazioni (voucher, assegni, etc.) e/o in un mix di prestazioni economiche e di prestazioni direttamente fornite, l'E.G. può stabilire il volume massimo (con oneri a proprio carico) di interventi erogabili al beneficiario e la tariffa teorica a carico dell'utente per ogni singola prestazione.

In questo caso, valutato il fabbisogno del beneficiario, quantificato il costo globale delle prestazioni necessarie e la relativa tariffa, la misura massima della partecipazione dell'Ente gestore viene definita dalla differenza fra tale fabbisogno, quantificato (entro il tetto massimo previsto) e la quota tariffaria teorica di spettanza a carico del beneficiario e/o dei tenuti, calcolata in base ai meccanismi sopra descritti.

CONTROLLI

In attuazione delle disposizioni di cui all'art. 71 del DPR 28.12.2000 n. 445 gli Enti gestori provvedono ad attivare i controlli sulle autodichiarazioni dei fruitori delle prestazioni o dei benefici secondo le seguenti indicazioni.

Si individuano due possibili tipologie di verifica a seconda del procedimento, del contenuto della autodichiarazione e del provvedimento finale conseguente:

- controlli a campione su un numero determinato di autodichiarazioni, da attivarsi periodicamente
- controlli su singole dichiarazioni, qualora al momento della presentazione o in corso di istruttoria insorgano ragionevoli dubbi sulla veridicità dei contenuti.

- L'attività di controllo deve essere innanzitutto finalizzata alla rilevazione di eventuali errori sanabili, con richiesta di rettifica o di integrazione da parte del dichiarante, anche in fase istruttoria, ogni qualvolta sia evidente la buona fede dell'interessato, dando priorità agli errori che hanno rilevanza sostanziale sul procedimento in corso.
- Di norma vengono effettuati controlli indiretti che comportano l'attivazione dell'amministrazione certificante affinché raffronti i dati contenuti nei propri archivi con quelli autocertificati; ai fini della tempestività delle verifiche, gli scambi di informazioni possono avvenire tramite fax, o posta elettronica, con particolare attenzione alle norme sulla riservatezza.
- I controlli a campione sono attivati per tipologia di prestazione e beneficio, in misura non inferiore al ...% dei beneficiari.
- Il criterio per la scelta del campione da sottoporre a verifica è stabilito dall'organo competente dell'Ente, con cadenza annuale.
- Qualora dai controlli emergano abusi o false dichiarazioni, fatta salva l'attivazione delle necessarie procedure di legge (segnalazione alla Procura della Repubblica), il competente settore adotta ogni misura utile a sospendere e/o revocare ed eventualmente recuperare i benefici concessi, ai sensi della normativa vigente sulla tutela della Pubblica Amministrazione. Per la restituzione coattiva delle somme dovute l'Amministrazione potrà avvalersi della procedura per la riscossione delle entrate patrimoniali dello Stato e degli altri Enti Pubblici, ai sensi del Regio Decreto 23.05.1924 n. 827, salvo quelle di modico valore.
- I controlli sostanziali competono alla Guardia di Finanza con cui l'Ente si rapporta in ottemperanza all'art. 4 c. D.Lgs. 109/98 e s.m.i., secondo l'informativa e l'autorizzazione rilasciata dal beneficiario in sede di auto-dichiarazione.

RECUPERO CREDITI

Nei confronti dei beneficiari morosi l'Ente Gestore invia una comunicazione con invito al pagamento entro 30 giorni dal ricevimento dello stesso, delle somme non corrisposte a titolo di compartecipazione.

A coloro che non ottempereranno verrà inoltrata una lettera di sollecito con invito a provvedere al versamento entro 20 giorni dal ricevimento, pena l'attivazione di un'azione legale di recupero. In caso di esito infruttuoso dei pre-

cedenti tentativi, l'Ente assume determinazione di accertamento del credito maturato a cura dell'organo competente.

MONITORAGGIO

Al fine di produrre politiche di qualità finalizzate alla costruzione di un nuovo sistema di welfare e la sua estensione a tutto l'ambito regionale, ANCI Piemonte - LEGA DELLE AUTONOMIE LOCALI Piemonte - CGIL CISL UIL Piemonte e l'Assessorato alle Politiche Sociali intendono connotare la gestione strategica della compartecipazione ai costi, e le procedure relative, attraverso un'azione di monitoraggio congiunto tramite il ricevimento degli atti amministrativi assunti dai singoli Enti per la rilevazione e mappatura dei criteri utilizzati dagli stessi.

SPERIMENTAZIONE

In considerazione della particolare rilevanza che assume la compartecipazione ai costi da parte dell'utenza e la necessità di valutarne l'impatto rispetto alle precedenti applicazioni sul territorio regionale, le presenti linee guida assumono il carattere di sperimentazione per l'anno 2007.

Progetto grafico
e impaginazione:
Marco Valloggia

Realizzazione:
Stand by Graph
Borgomanero (NO)

Finito di stampare
nel mese di Gennaio 2007

C.I.S.AS.

CONSORZIO INTERCOMUNALE

SERVIZI SOCIO ASSISTENZIALI

Piazza F.lli Cervi, 9 - Castelletto Ticino (NO)

C.I.S.S.

CONSORZIO INTERCOMUNALE PER LA

GESTIONE DEI SERVIZI SOCIO ASSISTENZIALI

Viale Don Minzoni, 38 - Borgomanero (NO)

I.S.A.

INTERVENTI SOCIO ASSISTENZIALI

Via Roma, 21 - Ghemme (NO)

I.S.P.A.

ISTITUZIONE SERVIZI ALLA PERSONA

Piazza De Filippi, 1 - Arona (NO)