

Comuni di

Beringo, Castegnato, Castel Mella, Cellatica, Gussago, Ome,
Ospitaletto, Rodengo Sariano, Roncadelle, Torbole Casaglia, Travagliato.

PIANO

di

ZONA

2009 - 2011

INDICE

Premessa	pag. 2
Valutazione dei Risultati del Triennio 2006-200-8	pag. 3
Gestione delle funzioni trasferite agli ambiti distrettuali nel corso del triennio	pag. 6
Il processo di costruzione del nuovo Piano di Zona	pag. 7
Le Politiche Sovradistrettuali	pag. 9
Il Contesto Territoriale e le Caratteristiche Socio-Anagrafiche	pag. 13
GLI AMBITI SPECIFICI DI INTERVENTO	
AREE TRASVERSALI	
Introduzione	pag. 16
Criteri di accesso ai servizi	pag. 16
Titoli Sociali	pag. 17
Integrazione Socio Sanitaria	pag. 18
Integrazione Socio Sanitaria- Salute Mentale	pag. 28
AREA ANZIANI	
Analisi della popolazione e indici	pag. 30
Analisi dei Servizi	pag. 30
Analisi degli interventi del Piano di Zona 2006-2008	pag. 42
Obiettivi per il triennio 2009-2011	pag. 52
Spesa Area Anziani triennio 2005-2007	pag. 53
	pag. 56
AREA DISABILITA'	
Analisi della popolazione e indici	pag. 57
Analisi dei Servizi	pag. 57
Analisi degli interventi del Piano di Zona 2006-2008	pag. 69
Obiettivi per il triennio 2009-2011	pag. 82
Spesa Area Disabilità triennio 2005-2007	pag. 85
	pag. 93
AREA MINORI E FAMIGLIA	
Analisi della popolazione e indici	pag. 94
Analisi dei Servizi	pag. 95
Analisi degli interventi del Piano di Zona 2006-2008	pag. 98
Obiettivi per il triennio 2009-2011	pag. 108
Spesa Area Minori e Famiglia triennio 2005-2007	pag. 114
	pag. 115
AREA IMMIGRAZIONE	
Analisi della popolazione e indici	pag. 120
Analisi dei Servizi	pag. 121
Analisi degli interventi del Piano di Zona 2006-2008	pag. 124
Obiettivi per il triennio 2009-2011	pag. 125
Spesa Area Immigrazione triennio 2005-2007	pag. 126
	pag. 129
AREA DISAGIO ADULTO E DIPENDENZE	
Analisi della popolazione e indici	pag. 130
Analisi dei Servizi	pag. 130
Analisi degli interventi del Piano di Zona 2006-2008	pag. 134
Obiettivi per il triennio 2009-2011	pag. 138
Spesa Area Disagio Adulto e Dipendenze triennio 2005-2007	pag. 138
	pag. 142
ALLEGATI	
Piano Finanziario 2009	pag. 143

PREMESSA

Questo Piano di Zona nasce dopo l'introduzione di alcune importanti novità legislative (in applicazione della Legge quadro 328/2000), prima fra tutte l'entrata in vigore della L. R. 3 del 12 marzo 2008 "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario", cui hanno fatto seguito una serie di delibere della Giunta Regionale e di circolari applicative che hanno dato corpo ai contenuti della Legge stessa, fra cui la deliberazione n° 8551 del 3 dicembre 2008 "Determinazione in ordine alle Linee di indirizzo per la programmazione dei Piani di Zona - 3° triennio 2009-2011".

Si tratta di un Piano che, ancor di più rispetto a quello triennale in scadenza, deve necessariamente inserirsi nel quadro generale delineato dalle disposizioni regionali, *in primis*, e dal recepimento che di esse viene dato dall'Asl di Brescia anche attraverso il Documento di Programmazione e Coordinamento dei Servizi Sanitari e Socio Sanitari. Con la normativa succitata, infatti, la Regione esercita funzioni, se possibile ancora più pregnanti rispetto al passato, di regolazione, programmazione, coordinamento e indirizzo nel settore dei servizi sociosanitari e sociali, attraverso l'attuazione di strumenti e procedure volti a promuovere la collaborazione degli Enti Locali con l'Asl e con tutti i soggetti intermedi, presenti nella società, primo fra tutti le rappresentanze del cosiddetto Terzo Settore. Il Piano di Zona diventa, in questo contesto, lo strumento della programmazione locale della rete d'offerta sociale e dell'attuazione dell'integrazione tra la programmazione sociale e quella socio sanitaria, il tutto in rapporto al sistema della sanità, dell'istruzione, della formazione, della casa e del lavoro.

Tre sono i principi e gli obiettivi posti al centro della normativa e che costituiscono, di conseguenza, i cardini di questo documento:

- la centralità della persona e il sostegno alla famiglia: il sistema dei servizi e delle prestazioni deve essere pensato per rispondere ai bisogni di salute, assistenza e tutela delle persone all'interno delle loro comunità locali e non essere condizionato dal sistema di offerta di prestazioni e servizi che induce e determina la domanda;
- il diritto alle prestazioni, tema che si collega inevitabilmente alla questione della partecipazione degli utenti al costo dei servizi;
- il rapporto tra pubblico e privato.

Il modello lombardo del welfare, che si traduce nel relativo sistema dei servizi alla persona, ha sofferto e soffre, come del resto quello di altre Regioni, della generale crisi del welfare state: l'aumento dei bisogni, l'invecchiamento progressivo della popolazione, l'ingresso di nuove categorie di utenti. Questo scenario è ulteriormente aggravato dall'intensificarsi della congiuntura economica negativa, che sta interessando l'Italia intera ma anche il resto del mondo.

Il modello delineato dalla Regione Lombardia intende contrastare lo scenario descritto ponendo al centro del sistema il cittadino con i propri bisogni: resta tuttavia da chiarire come il carattere di "universalità del diritto di accesso" si confronti con la reiterata ed articolata previsione dei limiti cui questo accesso è subordinato, primo fra tutti il limite delle risorse disponibili come punto di riferimento per la definizione della rete dei servizi.

Su questo tema si inserisce anche la questione della compartecipazione degli utenti al costo del servizio, nella misura in cui anch'essi contribuiscono alla definizione del complesso delle risorse disponibili per il funzionamento ed il finanziamento della rete stessa. Comuni e Ambiti Distrettuali sono chiamati a confrontarsi con una prolifera giurisprudenza in materia, che sembra sempre più orientata, soprattutto rispetto all'utenza disabile, a non contemplare forme di contribuzione ai servizi da parte delle famiglie, interpretando in tal senso i disposti del D.Lgs. 130/2000, con evidenti ripercussioni sull'entità delle risorse che compiono il

sistema e, per certi versi, anche sulla corresponsabilizzazione degli attori coinvolti nei progetti individualizzati, sanciti dalla L.328/2000 e ribaditi dalla L.R. 3/2008.

L'ultimo tema enunciato è quello relativo al rapporto pubblico/privato. La parità tra soggetti istituzionali e soggetti privati (profili o meno), che sembra emergere dal testo normativo, non affiora alla definizione delle politiche generali bensì, sussistendone le condizioni, il riferimento è ad una parità a "livello pratico". In sostanza se le istituzioni constatano che "il terzo settore" in forma associata, impresa sociale, consorzio ecc... agisce in modo efficiente ed efficace in relazione alle attività che gli vengono richieste e alla domanda posta, ad esso va riconosciuta pari dignità in termini di confronto e di dialogo, senza che ciò comporti alcuno svuotamento del ruolo dei soggetti istituzionali, in capo ai quali resta la definizione delle politiche sociali territoriali.

VALUTAZIONE DEI RISULTATI DEL TRIENNIO 2006-2008

Questo Piano nasce dopo un'esperienza di lavoro insieme, che gli undici Comuni che compongono il Distretto n. 2 stanno svolgendo da ormai sei anni. E' di tutta evidenza come la stesura di un nuovo documento triennale di programmazione del sistema dei servizi sociali e socio-sanitari (per le parti che si è ritenuto, in accordo con l'Asl, di sviluppare) non possa che partire da una valutazione degli obiettivi raggiunti con la realizzazione dei progetti e degli interventi previsti dai piani precedenti e, più in generale, dai risultati ottenuti, anche in termini di sviluppo della struttura organizzativa e di una metodologia di lavoro in grado di creare e potenziare i rapporti di rete.

L'Assemblea dei Sindaci e l'Ufficio di Piano, che nel caso di questo Distretto, hanno potuto contare su una sostanziale continuità nei sei anni di programmazione zonale, si sono soffermati ad analizzare gli aspetti positivi e gli aspetti di criticità dell'esperienza, legati per lo più alla necessità di far dialogare realtà con nature e storie di servizio diverse.

Con il primo Piano di Zona è stato possibile da un lato attivare interventi e servizi nuovi su tutto il territorio del Distretto n. 2 e, dall'altro, mettere a fuoco quelli che avrebbero dovuto essere i nodi principali della seconda programmazione in funzione della realizzazione, nel medio-lungo periodo, dell'obiettivo del legislatore nazionale prima e regionale poi, di addiventare ad un documento che rappresentasse realmente l'intero sistema locale dei servizi. In quest'ottica l'Assemblea dei Sindaci, organismo politico chiamato a governare il sistema, aveva declinato, nel Piano di Zona 2006-2008, alcuni passaggi importanti da porre a fondamento dell'intero processo per la sua attuazione ed è di questi che si intende proporre qui una valutazione (per i risultati ottenuti nelle singole aree si rinvia ai relativi paragrafi di questo Piano):

- 1) individuazione chiara del luogo della "governance" del sistema, cui competono gli aspetti decisionali e di coordinamento;
- 2) creazione di uno strumento per la gestione associata dei servizi e degli interventi che compongono il sistema stesso;
- 3) sviluppo di sistemi informativi e di produzione della conoscenza, integrati;
- 4) individuazione di luoghi di coordinamento e integrazione a livello provinciale, sia tecnici che politici.

Giunti a conclusione del triennio di valenza di quel documento, si può affermare che gli obiettivi individuati dall'Assemblea dei Sindaci come fondamentali per lo sviluppo del sistema sono stati in gran parte realizzati.

In particolare, per quanto attiene ai punti 1) e 2), la creazione dell'**Azienda Speciale Consortile**, costituita nel settembre 2007, ha consentito di definire e scindere con chiarezza il ruolo programmatico e di "regia" dal ruolo gestionale-operativo. L'Assemblea dei Sindaci e l'Ufficio di Piano, per quanto di competenza di ciascuno, sono stati investiti del primo mentre

all'Azienda e agli organi di cui si compone (Assemblea Consortile e Consiglio di Amministrazione) è stato affidato, come si evince dallo statuto, un compito esclusivamente di gestione. La scelta di dotarsi di uno strumento quale l'Azienda, e non per esempio una Fondazione, una Società ecc..., come avvenuto in altri Ambiti Distrettuali, è stata assunta dopo attenta analisi dei pro e dei contro che caratterizzano la natura giuridica di questi enti. In proposito ci si è avvalsi anche della consulenza di un esperto successivamente nominato, a maggioranza, revisore dei conti dell'Azienda stessa.

Lo strumento scelto è risultato da subito il più snello e comunque quello che meglio rispondeva alle esigenze legate all'attuazione dei contenuti del Piano. Gli organi dell'Azienda, inoltre, sono stati composti partendo da quelli di cui già la zona disponeva ovvero l'Assemblea Consortile coincide, in termini di componenti, con l'Assemblea dei Sindaci e il C.d.A. con l'Ufficio di Piano. La prima non ha alcun costo ed il secondo viene remunerato con gli stessi criteri con cui veniva finanziato l'Ufficio di Piano, i cui componenti non percepiscono più alcun compenso. Questo ha fatto sì che la costituzione dell'Azienda comportasse, in termini di costi, una maggiorazione legata esclusivamente al compenso per il revisore dei conti e per il commercialista, compensi ampiamente riequilibrati dai risparmi ottenuti dal passaggio dagli incarichi effettuati dall'Ente Capo-fila (prima Comune di Gussago) alle assunzioni a tempo determinato prima ed indeterminato a partire dallo scorso 1° gennaio, fatte dall'Azienda per il personale amministrativo, per il servizio di tutela minori (per ora unico servizio gestito con personale assunto direttamente dall'Azienda). Un ulteriore indubbio vantaggio legato alla gestione dei servizi e degli interventi attraverso l'Azienda discende dal fatto che quest'ultima risponde a modalità operative molto più snelle e semplificate ed è soggetta a minori vincoli anche rispetto al tema delle assunzioni.

Passando al **p.to 3)** relativo alla creazione di sistemi informativi e di produzione della conoscenza, integrati, nel corso del triennio è stato acquistato e sviluppato il software "La mia città", con il preciso intento di creare una banca dati ed un sistema di comunicazione, fra gli enti che compongono il Distretto, sempre più efficace ed interconnesso. Questo obiettivo è risultato quello di più difficile realizzazione sebbene siano stati fatti significativi passi avanti. Ad oggi praticamente tutti i bandi distrettuali vengono gestiti attraverso questo programma e pertanto ciascun Comune, inserendo i dati dei propri cittadini, contribuisce ad alimentare la banca dati distrettuale: attraverso il software vengono stese e aggiornate le graduatorie. L'aspetto invece più critico è risultato quello legato all'uso della cartella sociale informatica: ancora troppo poche sono le assistenti sociali che la utilizzano abitualmente e pertanto i dati raccolti sono poco rappresentativi. Per quanto attiene poi alla sezione "rette", ovvero a quella parte di software che permetterebbe di gestire i cosiddetti ruoli o comunque di costruire la banca dati degli utenti anche in funzione dei servizi di cui dispongono e di quanto pagano, la stessa verrà resa operativa successivamente all'approvazione del Regolamento distrettuale per la compartecipazione degli utenti al costo dei servizi. Infine è stato attivato il sito dell'**Ambito Distrettuale** (www.pianodizona Bresciaovest.it) al quale il cittadino può collegarsi per conoscere come è strutturato e che servizi offre.

Concludiamo questa analisi con il **p.to 4)** relativo all'individuazione di luoghi di coordinamento e integrazione a livello provinciale, sia tecnici che politici. L'esperienza maturata fino ad oggi ha fatto emergere chiaramente l'esigenza di raccordare le politiche distrettuali con le più ampie politiche sociali provinciali. Questo aspetto è divenuto tanto più importante quanto più l'Asl ha progressivamente dismesso la gestione di alcune funzioni che, per loro natura, richiedono scelte uniformi su tutto il territorio della provincia. Si pensi, uno per tutti, al riparto dei fondi dell'ex circolare 4 che da due anni è passato in capo agli Ambiti Distrettuali. I diversi criteri di distribuzione dei fondi ai Distretti, adottati dalla Regione, hanno fatto sì che gli stessi non prendano a riferimento solo le strutture presenti sul territorio ma il numero di abitanti. Se non vi fosse stato un raccordo (e nonostante ci sia stato non sono

mancati alcuni problemi) fra i diversi Distretti, questa modalità avrebbe penalizzato fortemente i cittadini "costrutti" a frequentare servizi al di fuori del proprio territorio (es. i nostri utenti che vanno ai CDD di Brescia). Il coordinamento a livello provinciale fra i diversi Ambiti Distrettuali è stato realizzato attraverso la costituzione di un organismo denominato "coordinamento provinciale uffici di piano": questo coordinamento, anche se informalmente, esisteva già da diversi anni ed era nato per rispondere all'esigenza di confronto che da subito era emersa fra i tecnici incaricati della realizzazione della "partita" Piani di Zona. Le crescenti funzioni e responsabilità attribuite agli Ambiti hanno indotto la Conferenza dei Sindaci, che a sua volta necessitava di un supporto tecnico che le permettesse un confronto più consapevole con la struttura Asl, a formalizzare e regolamentare l'esistenza ed il funzionamento di questo organismo. Da un punto di vista formale ciò si è tradotto nella stesura ed approvazione, da parte di tutte le Assemblee distrettuali, di un Regolamento di coordinamento del coordinamento in questione, regolamento che prevede una figura di coordinatore ed individua, come struttura operativa di supporto, l'Associazione Comuni Bresciani. La scelta di creare questo organismo, di cui fanno parte i coordinatori degli uffici di piano di tutti i Distretti, inoltre, ha permesso agli Ambiti di disporre di un proprio referente tecnico nei momenti di confronto, sempre più frequenti, fra la struttura tecnica dell'Asl e quella dei Comuni, confronto che ormai avviene quasi esclusivamente in questa sede. E' indubbio, infatti, come per l'Asl sia significativamente più comodo disporre di un unico referente, sia tecnico sia politico (Conferenza dei Sindaci) da consultare in questa delicata fase di passaggio da ente di gestione ad ente di sola programmazione e controllo.

GESTIONE FUNZIONI TRASFERITE AGLI AMBITI DISTRETTUALI NEL CORSO DEL TRIENNIO 2006-2008

Riparto Fondo Sociale Regionale

A partire dal 2006 gli Ambiti Distrettuali sono stati chiamati a gestire il riparto del Fondo sociale regionale (ex circ. 4). Nel primo anno l'A.S.L., che da sempre si occupava del riparto, ha supportato i Comuni nell'esame delle domande e nella determinazione dei criteri, sostanzialmente in continuità rispetto agli anni precedenti.

Nel secondo anno, il 2007, la Regione Lombardia ha avviato una nuova modalità di assegnazione dei fondi che prevedeva il passaggio, nell'arco di un triennio (presumibilmente divenuto quadriennio, visto che nel 2008 sono stati confermati i criteri 2007) da un'assegnazione sul costo storico sostenuto dagli Enti Gestori, alla quota capitolata, cioè proporzionale alla popolazione dei singoli ambiti. Questo nuovo metodo ha mostrato fin da subito alcune criticità, prima fra tutte il fatto di assegnare più fondi ad ambiti più popolosi e con poche strutture sul territorio rispetto ad ambiti con una popolazione inferiore ma con un concentrazione di strutture più elevata.

In proposito la Regione Lombardia ha poi introdotto alcuni correttivi ed è probabilmente per correggere queste distorsioni che il passaggio al nuovo metodo di riparto ha subito dei rallentamenti.

L'obiettivo del legislatore regionale è quello di giungere ad un fondo unico, che risulti essere la somma tra il fondo nazionale per le politiche sociali, già oggi comprensivo della quota relativa alle Leggi di settore, e il fondo sociale regionale. Questo permetterà ad ogni ambito di programmare complessivamente gli interventi in ambito sociale, purché i tempi di erogazione del fondo stesso siano compatibili con la logica della programmazione.

Il riparto del Fondo sociale regionale, a partire dall'anno 2009, dovrà tenere in considerazione la nuova articolazione dei servizi socio assistenziali per l'handicap ed in particolare l'apertura di un nuovo CSE nel Distretto potrebbe comportare un impegno finanziario superiore rispetto al passato: a tal proposito, tuttavia, va rilevato che il nostro Ambito Distrettuale è stato comunque favorito dal nuovo criterio di assegnazione delle risorse in quanto è fra i più densamente popolati e, in ragione del fatto che si compone di paesi in alcuni casi anche molto vicini alla città di Brescia, ha un numero di strutture da finanziare proporzionalmente inferiori rispetto ad altri. Questo comporta che, a parità di risorse complessive, il trend del fondo dovrebbe crescere gradualmente fino all'applicazione del solo criterio della distribuzione pro-capite.

Autorizzazioni al Funzionamento delle strutture socio assistenziali – comunicazione preventiva

Fino al 2007 era la Provincia di Brescia ad occuparsi dell'istruttoria delle pratiche e del rilascio dei titoli abilitativi al funzionamento delle strutture socio assistenziali: a seguito di modifiche normative, è iniziato un progressivo passaggio della competenza ai Comuni, attraverso un Protocollo di Intesa con la Provincia di Brescia che continuava a garantire l'istruttoria delle pratiche e forniva agli Enti Locali un supporto consulenziale. I Comuni hanno così iniziato ad emettere, ognuno per le strutture presenti nel proprio territorio, le autorizzazioni. Nel 2007 l'Assemblea dei Sindaci ha ritenuto di passare ad una gestione associata del servizio, tramite l'Azienda, creando una piccola struttura composta da due tecnici incaricati: uno per l'esame degli standard strutturali e uno per gli standard gestionali per fornire un'adeguata consulenza ai Comuni. Dopo una iniziale ricognizione delle autorizzazioni al funzionamento già rilasciate dalla Provincia, per un controllo capillare di eventuali necessità di aggiornamento della documentazione, l'equipe è stata chiamata in causa

dai singoli Comuni, che hanno ricevuto richieste di apertura di nuove strutture, per effettuare l'istruttoria sulla documentazione presentata.

L'entrata in vigore della Legge Regionale n. 3/2008, che ridisegna il governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario, ha introdotto una novità molto importante in questo settore, eliminando di fatto le autorizzazioni al funzionamento per le unità di offerta socio assistenziali e sostituendole con una comunicazione di inizio attività, effettuata al Comune dal soggetto gestore. Questo ha comportato una rivisitazione delle procedure che sono comunque state concordate con i Comuni. La vigilanza sulle strutture socio assistenziali rimane invece di competenza dell'A.S.L. che, tempestivamente, deve informare il Comune di eventuali sopralluoghi che impongano provvedimenti restrittivi.

Contestualmente alle modifiche citate si è costituito un gruppo di lavoro a livello provinciale, composto da referenti del Coordinamento degli Uffici di Piano e dell'Asl, servizio vigilanza e controllo, con l'obiettivo di concordare e uniformare la modulistica da utilizzare per presentare le comunicazioni di inizio attività.

IL PROCESSO DI COSTRUZIONE DEL NUOVO PIANO DI ZONA

Coinvolgimento del Terzo Settore

Facendo tesoro del percorso già realizzato in fase di stesura dei Piani di Zona precedenti e tenendo conto delle disposizioni contenute nelle "Linee di indirizzo per la programmazione dei Piani di Zona – 3° triennio" nonché nella Deliberazione di G.R. n. 779/7 del 30 luglio 2008, "Rete dei servizi alla persona in ambito sociale socio-sanitario. Istituzione del Tavolo di Consultazione dei soggetti del Terzo Settore", l'Assemblea dei Sindaci e l'Ufficio di Piano hanno affrontato la stesura di questo documento partendo, innanzi tutto, dal confronto con le diverse realtà presenti sul territorio. Con deliberazione n. 28 dell'Assemblea stessa, assunta in data 12/11/2008, è stato formalmente costituito il Tavolo del Terzo Settore, nei termini previsti dal succitato atto. Il 21/11/2008 si è poi costituito, come articolazione del Forum Provinciale, il Forum del Terzo Settore del Distretto di Brescia Ovest, con l'ambizione di raccogliere le diverse associazioni che operano nel Distretto stesso in un organismo in grado di essere rappresentativo anche nel confronto con i soggetti istituzionali. Il primo banco di prova per questo nuovo soggetto è stato, per l'appunto, il confronto con gli Enti Locali per la definizione delle priorità e degli obiettivi da inserire nel Piano di Zona 2009-2011. Il Forum, che agisce attraverso un comitato di coordinamento, ha preso parte alla prima seduta del Tavolo insieme ad altri rappresentanti individuati dalle cooperative e da alcune delle associazioni del territorio (il Forum ha di fatto pochi mesi di vita e pertanto, almeno per ora, la sua capacità rappresentativa è inferiore alle potenzialità reali): al Tavolo erano presenti il Direttore Sociale dell'Asl di Brescia e il Direttore del Distretto Socio Sanitario n. 2 e n. 3. Date le caratteristiche dell'organismo è stato possibile affrontare, in termini generali, il tema dell'importanza e del valore che la realtà in esso rappresentate sono in grado di portare all'interno del sistema dei servizi alla persona, così come è concepito dal legislatore regionale. In ordine poi alla valutazione di quanto fatto nel triennio 2006-2008 nonché al confronto finalizzato alla stesura del nuovo Piano, il Tavolo ha valutato di dar vita a gruppi di lavoro tematici, in continuità con quanto scelto nelle triennalità precedenti, in grado, per composizione e numero, di lavorare in maniera più snella ed efficace. In questo contesto è stato utilizzato, per quanto riguarda l'area disabilità, il tavolo di lavoro permanente che ormai da oltre tre anni si riunisce a cadenza mensile e al quale, peraltro, si deve la realizzazione di obiettivi significativi quali la stesura del primo Protocollo d'Intesa Distrettuale sul tema dell'integrazione scolastica e territoriale dei minori in situazione di handicap, l'elaborazione di Linee di indirizzo relativamente alla stesura del Progetto Individualizzati, la definizione di bandi per l'accesso a contributi finalizzati alla realizzazione di progetti di socializzazione ecc....

Sorti meno felici erano toccate, invece, nel triennio concluso, al tavolo minori e famiglia, riunitosi per circa un anno e poi sciolto per mancanza di partecipazione. I partecipanti al gruppo di lavoro relativo alla medesima area (sostanzialmente diversi da quelli del tavolo precedente), costituitosi per l'elaborazione di questo documento, hanno però espresso già da ora la volontà di comotarsi come un organismo permanente, con l'obiettivo, in futuro, di monitorare l'andamento del Piano ma anche di costituire un laboratorio di pensiero e di confronto sui temi della promozione della famiglia e della tutela dei minori, teni la cui gestione risulta sempre più complessa e articolata e rispetto ai quali è sempre più necessaria l'efficace partecipazione ed integrazione di tutti i soggetti coinvolti.

Sono stati infine costituiti il gruppo di lavoro per l'area anziani, il gruppo di lavoro per l'area stranieri e disagio adulto e il gruppo di lavoro che ha affrontato il tema dell'integrazione socio-sanitaria, tema particolarmente sollecitato anche dalla L.R.3/2008. Agli incontri hanno partecipato, sebbene non previsti nella Delibera Regionale, rappresentanti delle organizzazioni sindacali.

Gli incontri hanno avuto come principale obiettivo quello di riunire gli osservatori privilegiati della popolazione oggetto/oggetto dell'azione sociale al fine di raccogliere una lettura del bisogno ed un'analisi della rete dei servizi esistenti, di consolidare la costruzione di legami tra enti, cooperative e associazioni così da integrare professionalità e risorse e mettere le stesse al servizio della collettività, alimentando la cultura solidaristica e della partecipazione. In questi incontri sono emerse alcune importanti riflessioni che hanno poi trovato spazio, nel limite del possibile, all'interno dei contenuti di questo documento. L'intenzione non era quella di rimettere in discussione l'intera politica sociale del territorio portata avanti sia dai singoli Comuni sia dai Comuni associati nei sei anni di attuazione della Legge 328/2000 quanto, piuttosto, di valutare il sistema dei servizi esistenti in un'ottica di potenziamento e di sviluppo che tenesse conto dell'evolversi continuo delle problematiche e dei bisogni espressi dalla popolazione. Questo importante lavoro di confronto ha rappresentato il presupposto su cui andare a completare ed implementare, anche attraverso questo Piano di Zona, il "sistema dei servizi socio-sanitari integrati", attraverso la costruzione di reti e di processi finalizzati a promuovere sperimentazioni e innovazioni sia a livello di "governance" sia a livello gestionale/operativo, così da poter affrontare la complessità e l'eterogeneità del bisogno, in una visione globale ed interdipendente.

Il confronto e la discussione hanno portato all'individuazione di specifiche priorità, tradotte in progetti e interventi che sono stati ampiamente descritti e scadenziati nelle sezioni di questo documento relative alle diverse aree individuate dalla programmazione regionale, cui si aggiunge un'area definita "trasversale", che racchiude il tema dei criteri di accesso ai servizi, dei titoli sociali, del segretariato sociale e dell'integrazione socio-sanitaria.

LE POLITICHE SOVRA DISTRETTUALI

Il Coordinamento Provinciale degli Uffici di Piano:

Le linee di indirizzo definite dalla Regione Lombardia relativamente al nuovo Piano di Zona triennio 2009 - 2011 indicano tra gli obiettivi in relazione ai quali lavorare nel nuovo prossimo triennio l'integrazione sociale e socio-sanitaria, precisando che "la nuova programmazione dovrà essere guidata dal concetto di integrazione ai suoi diversi livelli: integrazione istituzionale, che si basa sulla necessità di promuovere collaborazioni tra enti e istituzioni diverse, in particolare tra Comuni, ecc."

Le indicazioni regionali proseguono sviluppando ulteriormente il concetto di integrazione, ribadendo la necessità e la funzionalità di una forte integrazione socio-sanitaria. A questo proposito si rimanda alla parte del presente documento che sviluppa questo argomento (pagg. e seguenti).

In questa sede si ritiene invece fondamentale riprendere l'accezione di integrazione istituzionale, sopra indicata, per esplicitare da una parte alcune prassi operative che, nell'arco del triennio trascorso si sono particolarmente affermate e raffinate, dall'altra alcune ipotesi di prospettiva che entrano a pieno titolo nella programmazione zonale.

Dall'avvenimento del primo Piano di Zona, si sono spontaneamente avviati tra i dodici Ambiti Distrettuali dell'Asi di Brescia, momenti man mano più strutturati di incontro e confronto tra i vari responsabili degli Uffici di Piano, che hanno trovato presso la sede dell'Associazione Comuni Bresciani un luogo di incontro fisico dove condividere da subito le incertezze e le difficoltà, nonché le proposte rispetto alla gestione della nuova, e per certi versi imprevista, parità del Piano di Zona.

La portata e il valore di un luogo (o meglio di uno spazio mentale) di incontro, confronto, sintesi, approfondimenti, valutazione, limatura delle differenze, supporto e decisione tecnica come quello che nel tempo si è venuto a definire "Coordinamento provinciale degli Uffici di Piano dell'Asi di Brescia" è stata da subito colta dai singoli Responsabili degli Uffici di Piano che si sono indirettamente trovati a gestire questa importante scommessa della gestione associata dei servizi ed interventi, così come delineata dalla legge 328/2000 e successivamente dalla L.R. 3/2008, potendo confrontarsi e coordinarsi con altri professionisti che stavano in quel momento vivendo la medesima e per certi versi assai complessa esperienza professionale.

Benché all'interno del singolo Ufficio di Piano sia consueto il confronto e l'elaborazione condivisa con gli altri colleghi che generalmente appartengono ad alcuni altri Comuni dell'Ambito Distrettuale, la funzione del responsabile dell'Ufficio di Piano è specifica e difficilmente confrontabile con quella degli altri componenti di detto organismo.

Il responsabile dell'Ufficio di Piano ha più di tutti gli altri componenti dell'Ufficio di Piano il compito forte di garantire una serie di funzioni essenziali al processo di implementazione del Piano di Zona:

1. innanzitutto il "giusto" equilibrio tra le istanze dei singoli Comuni e le istanze di un nuovo soggetto, che è appunto l'Ambito Distrettuale, poco definito, fragile, poco strutturato, ma portatore di interessi propri non sempre coincidenti con quelli del singolo Comune;
2. l'organizzazione di un'attività che sia coerente con le indicazioni regionali, che spesso rischiano di essere DISTANTI dalla specifica realtà e che hanno bisogno di dipanarsi nello specifico del singolo territorio, garantendo comunque il rispetto di scelte e indirizzi dati;
3. ancora una specificità territoriale che non sia tuttavia troppo spinta rispetto alle scelte di altri territori;
4. una rappresentatività esterna del nuovo soggetto (Ambito Distrettuale) che rende il responsabile dell'Ufficio di Piano interlocutore di vari soggetti istituzionali e non (Asi, Regione Lombardia, Provincia di Brescia, Tribunale, mondo del privato sociale, ecc.), i quali

chiedono al responsabile di esprimere le scelte e gli orientamenti tecnici dell'Ambito Distrettuale nei confronti dell'esterno.

Si è trattato per tutti i responsabili degli Uffici di Piano di un ruolo nuovo da svolgere, che ha presupposto competenze nuove ed uno stretto raccordo con il livello politico, cui compete la definizione delle linee di indirizzo della politica sociale dei territori.

Per tutte le ragioni sopradette il "Coordinamento provinciale degli Uffici di Piano" è diventato nel tempo luogo fisico e mentale fondamentale nella direzione di garantire un giusto equilibrio tra l'attività specifica del singolo Ambito Distrettuale e una prospettiva più generale e trasversale che si deve necessariamente misurare con istanze di carattere sovra distrettuale, rispetto alle quali ogni territorio deve comunque riferirsi e orientarsi.

Non solo, ma nel tempo si è consolidata anche nei confronti dell'esterno (esterno rappresentato da tutti gli altri soggetti della rete, tra cui l'Asl, l'Amministrazione Provinciale, il Terzo Settore, ecc.) la funzione del Coordinamento provinciale degli uffici di piano, come opportunità di confronto e di incontro di tutti i territori e momento di sintesi delle specificità di ogni Ambito Distrettuale. A partire dal livello del coordinamento provinciale sono state quindi assunte decisioni di carattere tecnico che hanno poi trovato ricadute specifiche nei singoli territori (ad esempio per quanto riguarda le modalità di assegnazione delle risorse riferite al F.S.R. o, al momento attuale, relativamente all'individuazione di un modello organizzativo/gestionale riferito all'attività del Servizio per l'integrazione lavorativa) e che hanno l'obiettivo di assicurare una gestione "regolata" delle politiche sociali.

A fronte di quanto sopra e dopo un ampio confronto tra i vari responsabili degli Uffici di Piano, a partire dalla fine dell'anno 2007, si è concordemente deciso di operare nella direzione di rendere stabile e soprattutto riconosciuto sul piano istituzionale detto organismo, attraverso la predisposizione di un "Regolamento", volto a disciplinare la composizione, l'organizzazione, il funzionamento e le competenze dello stesso, Regolamento che è stato approvato dalle Assemblee Distrettuali dei Sindaci dei dodici Ambiti e successivamente ratificato dalla Conferenza provinciale dei Sindaci, nella forma del Consiglio di Rappresentanza (seduta del 19 maggio 2008).

Ad oggi il Coordinamento degli Uffici di Piano degli Ambiti Distrettuali dell'Asl di Brescia è costituito dai Responsabili dei dodici Uffici di Piano degli Ambiti Distrettuali appartenenti al territorio dell'Asl di Brescia.

Il Coordinamento al suo interno individua un componente con funzione di coordinamento del gruppo e quale rappresentante del Coordinamento nei rapporti con l'esterno.

Possono essere chiamati a partecipare al coordinamento rappresentanti e referenti di servizi specialistici e/o rappresentanti del terzo settore, in riferimento a specifiche tematiche oggetto dei lavori del Coordinamento.

Il coordinamento degli Uffici di Piano ha la propria sede presso l'Associazione dei Comuni Bresciani, ovvero sede operativa presso l'Ente di appartenenza del coordinatore e si avvale per le attività di segreteria del personale dell'ACB.

Il ruolo specifico del Coordinamento degli uffici di piano previsto nel Regolamento soprachiamato, quale organo tecnico collegiale, è il seguente:

- garantire attività di consulenza ai componenti della Conferenza dei Sindaci e ai Presidenti (e più in generale ai componenti) delle Assemblee Distrettuali relativamente ai vari temi di ordine sociale ed in relazione a tematiche inerenti l'integrazione socio-sanitaria, anche sottoposti all'attenzione della Conferenza dei Sindaci/Consiglio di Rappresentanza, che la stessa Conferenza individua come opportune da approfondire;
- svolgere una funzione di elaborazione e di proposizione rispetto a varie tematiche afferenti al contesto sociale e in particolare alla programmazione e gestione degli interventi e Servizi Sociali;

- formulare idonea proposta programmatica per la realizzazione dei programmi e progetti previsti dal Piano Sociale di Zona;
- monitorare e verificare i programmi/progetti;

- garantire momenti di confronto e di approfondimento delle varie tematiche connesse alla gestione degli interventi e Servizi Sociali;
 - svolgere in generale una funzione di supporto e di istruttoria relativamente a temi e problemi che gli Amministratori locali ritengono opportuno approfondire ed istruire;
 - condividere sul piano tecnico modalità di organizzazione e di gestione concreta di azioni, interventi e Progetti nell'ottica di addiventare, quando opportuno, ad una maggiore omogeneità progettuale ed operativa.
- Il Coordinamento degli Uffici di Piano ha autonomia funzionale ed organizzativa, nel rispetto degli indirizzi/obiettivi programmatici previsti dalla Conferenza dei Sindaci.

Attività sovra distrettuali per il triennio 2009-2011

Per il triennio di validità del Piano di Zona 2009 - 2011, l'attività sovra distrettuale che verrà svolta dal Coordinamento provinciale degli Uffici di Piano, può essere così sintetizzata:

- 1) Consolidamento della funzione di supporto gestionale/organizzativo del Coordinamento degli Uffici di Piano;
- 2) Progettazione e organizzazione del NII, a seguito del termine della gestione delegata del Servizio da parte dell'Asl: i Comuni tramite gli Ambiti conferiranno ad ACB la gestione degli interventi di politiche attive del lavoro, al cui interno sarà previsto anche il servizio degli inserimenti lavorativi rivolto a soggetti in condizione di fragilità sociale. ACB organizzerà un servizio provinciale, articolato in unità operative sovra distrettuali. Si procederà con tale organizzazione per due anni, a partire dal gennaio 2010, al termine dei quali si passerà ad un Servizio, sempre gestito a livello centrale tramite ACB, con compiti di programmazione, coordinamento, consulenza e regia delle politiche attive del lavoro, compreso il servizio degli inserimenti lavorativi, che nello specifico operativo verrà svolto dai singoli Ambiti;
- 3) Procedure per comunicazioni inerenti l'attivazione di nuove unità d'offerta sociale: si procederà nella definizione di procedure condivise per la regolamentazione delle richieste/dichiarazioni di inizio attività delle unità di offerta sociale (ex autorizzazione al funzionamento);
- 4) Accredittamento sovra zonale delle unità d'offerta sociale:
 - 4.1. per i servizi ad utenza sovra distrettuale, in specifico comunità educative minori, comunità alloggio per disabili, centri di pronto intervento, si intende procedere con:
 - l'identificazione del "tipo" di accredittamento da realizzare;
 - la definizione dei requisiti che devono essere posseduti dai singoli soggetti gestori e dalle unità di offerta;
 - l'identificazione del modello di accredittamento;
 - 4.2. per alcune tipologie di servizi che dovranno essere accredittati dai singoli ambiti, quali SFA, CSE ed altri che potranno essere identificati nel periodo di vigenza del Piano di Zona, il coordinamento potrà lavorare nella direzione di esprimere indirizzi omogenei e criteri comuni a partire dai quali sviluppare l'accredittamento;
- 5) Regolazione degli interventi nell'area carcere: in considerazione delle indicazioni delle linee guida regionali per la programmazione del triennio 2009-2011 che richiamano integralmente le indicazioni contenute nelle linee di indirizzo per i Piani di Zona 2° triennio (circ. 48/2005) nonché quanto definito dalla L. R. 8/2005" si ritiene di:
 - a) mantenere l'attività del Tavolo permanente in materia di esecuzione pene presso l'Ufficio del Garante delle persone private della libertà personali, istituito dal Comune di Brescia, quale luogo di integrazione per:
 - la definizione congiunta di bisogni e priorità di intervento;
 - la verifica e lo sviluppo delle iniziative in atto, attraverso la partecipazione dei Direttori degli istituti penali del territorio, del UEPE, del Servizio Sociale Minori del Ministero di

- Giustizia, delle organizzazioni che hanno esperienza significativa in materia, dei Responsabili degli UDP o loro delegati;
- b) garantire attenzione al reinserimento sociale delle persone in uscita dal carcere uniformando le azioni specifiche a quelle previste per tutte le categorie di cittadini che hanno problemi di reinserimento", nella logica delle pari opportunità e nel rispetto della programmazione locale";
 - c) garantire attenzione alle problematiche dei minori sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria attraverso il tavolo tematico minori e famiglia, al quale potranno essere invitati i rappresentanti dei servizi del ministero della giustizia (USM).
- 6) Condivisione dei criteri di assegnazione del Fondo Sociale Regionale: a conferma di quanto già avviene da alcuni anni, si conferma il ruolo del Coordinamento Provinciale nella condivisione di comportamenti comuni da parte degli Ambiti Distrettuali nelle relazioni con gli Enti Gestori delle diverse unità di offerta sociale, mediante la definizione di criteri condivisi e applicati da tutti gli ambiti per la determinazione dell'entità dei contributi da assegnare ai diversi Enti Gestori (es. quale tipologia/indicatore di spesa valorizzare/riconoscere ai fini della determinazione dell'eventuale contributo);
- 7) Altri temi di interesse del Coordinamento provinciale da sviluppare nell'arco del triennio:
- confronto, scambio e progettazione di scenari innovativi di sviluppo delle politiche sociali nel territorio provinciale, relativamente alle diverse aree di intervento e alle tematiche trasversali dell'integrazione socio-sanitaria, dell'accesso alla rete dei servizi e delle prestazioni;
 - interlocuzione con soggetti terzi che intervengono sul bacino sovra territoriale, istituzionali e non (oltre all'Asl, Organizzazioni del Terzo Settore, Amministrazione Provinciale, Organismi associativi di rappresentanza di Enti Gestori privati delle diverse unità di offerta, ecc.), anche attraverso la definizione di strumenti di concertazione condivisi;
 - definizione di percorsi di formazione sovra distrettuale.

IL CONTESTO TERRITORIALE E LE CARATTERISTICHE SOCIO-ANAGRAFICHE DELLA POPOLAZIONE DEL DISTRETTO

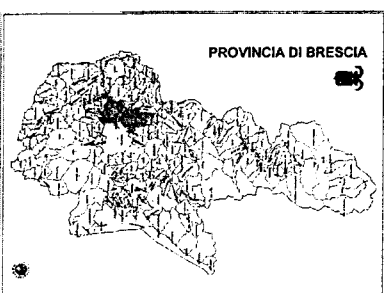
L'Ambito Distrettuale n. 2, Brescia Ovest, si estende per una superficie di 124,36 Km²: a nord ovest, ovest e sud ovest rispetto al capoluogo di provincia.

Gli undici Comuni appartenenti al Distretto sono, in ordine di numero di abitanti: Gussago, Ospitaletto, Travagliato, Castelmella, Roncadelle, Rodengo Saino, Castegnato, Torbole Casaglia, Cellatica, Ome, Berlingo.

Il territorio distrettuale confina, partendo da est, con: Brescia, Collebeato, Concesio, Villa Carcina, Brione, Polaveno, Monticelli Brusati, Passirano, Paderno Franciacorta, Gazzago S. Martino, Rovato, Trenzano, Macoldio, Lograto, Azzano Mella, Capriano del Colle, Flero, come si evidenzia nella mappa.

Gli abitanti al 31.12.2007 erano 93.043 e la densità abitativa media era, pertanto, di 748,17 abitanti per chilometro quadrato.

E' interessante, a questo proposito, notare la diversità di densità abitativa riferita ai singoli Comuni, come da scherma sottostante:



Comune	Superficie in Km ² .	Abitanti al 31.12.2007	Densità abitativa (n. abitanti per Km ²)
GUSSAGO	24,65	16.175	656,19
OSPITALETTO	9,50	13.070	1375,79
TRAVAGLIATO	17,80	12.657	711,07
CASTELMELLA	7,45	10.032	1346,58
RONCADELLE	9,19	8.909	969,42
RODENGO SAIANO	12,74	8.274	649,49
CASTEGNATO	8,90	7.460	838,20
TORBOLE CASAGLIA	13,10	5.990	457,25
CELLATICA	6,5	4.862	748,00
OME	9,96	3.219	323,19
BERLINGO	4,57	2.395	524,07
Totali	124,36	93.043	Valore medio 748,17

I dati sopra riportati sono collegati alle diverse caratteristiche geografiche dei vari Comuni, da un punto di vista morfologico, la parte a nord ovest è prevalentemente pede collinare e collinare con punti di mezza montagna, anche se sono presenti zone di pianura, la zona di sud ovest è, invece, caratterizzata dalla pianura.

Le diverse morfologie hanno determinato, oltre alle scelte di politica territoriale dei singoli Comuni, insediamenti abitativi differenziati nella tipologia e nella quantità: più residenziali e limitate in collina e con diffusione massiccia in pianura.

Anche la localizzazione, con particolare riferimento alla vicinanza al capoluogo di provincia, ha influenzato l'incremento esponenziale di insediamenti abitativi in quei Comuni che di fatto si configurano nella cintura urbana (casi emblematici Ospitaletto e Castelmella con densità di popolazione ampiamente sopra la media).

AREE TRASVERSALI

In questa sezione di Piano vengono riportati quegli interventi che non afferiscono ad un'area specifica ma interessano, in maniera trasversale, tutte le aree in quanto si riferiscono a strumenti di attuazione delle politiche sociali distrettuali, da un lato, e al più generale tema dell'integrazione fra i servizi sociali e quelli sanitari, che è anch'esso di carattere trasversale. In particolare il tema della **Salute Mentale**, che la Regione Lombardia individua come area a se stante, è trattato in questo documento fra gli interventi di natura socio-sanitaria.

Criteria di accesso ai servizi

Nel Piano di Zona 2006-2009 era prevista, fra gli obiettivi, la realizzazione di un percorso di confronto fra i Comuni volto alla definizione di criteri di accesso ai servizi il più possibile omogenei sull'intero territorio del Distretto. Tale obiettivo, peraltro ripreso e sottolineato anche dalla L. R. 3/2008 al punto da prevedere il commissariamento degli Enti in caso di non ottemperanza, è stato in parte raggiunto attraverso la definizione, già nel 2006 (deliberazione n. 10 del 15/11), di un criterio comune per la determinazione degli aventi diritto ai contributi integrativi del reddito, partendo dalla fissazione di un Minimo Vitale Distrettuale e attraverso l'approvazione della deliberazione dell'Assemblea dei Sindaci n. 12 del 20/12/2006 con la quale è stato uniformato il concorso dell'utenza alla spesa del servizio semiresidenziale Centro Diurno Disabili. Tale deliberazione, tuttavia, è stata annullata dal TAR Lombardia - Sezione di Brescia con sentenza n. 350 del 04.04.2008 a seguito di ricorsi presentati dall'ANFFAS e da alcune famiglie. La sentenza, pur annullando l'atto in questione, ne sosteneva alcune parti sostanziali e lamentava, invece, una insufficiente istruttoria formale nonché la mancata concertazione preventiva con le associazioni di familiari. Per tale motivo ma più in generale per la volontà di intervenire ad una decisione che risultasse da un lato rispettosa dei contenuti della sentenza e, dall'altro, coerente con le scelte dell'Assemblea dei Sindaci, almeno per le parti che lo stesso giudice non ha ritenuto di contraddire, è stato avviato un confronto con le associazioni dei familiari presenti sul territorio che ha portato all'approvazione della deliberazione n. 3 del 07/02/2007, che sostituisce la precedente e i cui effetti sono stati fatti decorrere dal 1 gennaio 2007.

Nel corso del 2008, inoltre, le assistenti sociali degli undici Comuni e l'Assemblea dei Sindaci sono stati impegnati in un percorso formativo che ha portato all'elaborazione di un "Regolamento d'Ambito Territoriale per i servizi socio assistenziali" nel quale, dopo aver effettuato una serie di simulazioni per valutarne l'impatto a livello di singolo Comune, sono state definite le formule per la compartecipazione degli utenti al costo dei servizi assistenziali, sociali e socio sanitari, attraverso il metodo della progressione lineare, (valutato più equo rispetto al criterio delle fasce) con riferimento all'ISEE. L'Indicatore della Situazione Economica Equivalente, introdotto ormai dieci anni fa con il D.Lgs 109/1998, costituisce infatti per il legislatore l'unico criterio legittimo per verificare la situazione economica dei soggetti che richiedono servizi a costo agevolato. L'approvazione del Regolamento, anche in virtù del fatto che alcune delle Amministrazioni che compongono l'Ambito Distrettuale sono a fine mandato, verrà sottoposta alla Assemblea dei Sindaci dopo le elezioni, in modo da non vincolare le scelte degli amministratori futuri.

Dal regolamento sono rimasti esclusi i servizi relativi all'area disabilità, con la sola eccezione dei CDD, dei quali si è già detto, in quanto è attualmente in corso la concertazione con le associazioni relativamente a CSE, SFA, ecc.... Le decisioni assunte in sede di concertazione verranno automaticamente recepite dai singoli Comuni e, una volta approvato, andranno ad integrare il succitato Regolamento che a quel punto si potrà considerare completo in quanto interesserà tutta la gamma dei servizi offerti dai Comuni in ambito assistenziale.

L'approvazione di questo documento costituirà un traguardo importante e testimonierà, nel concreto, come il Distretto, cogliendo appieno lo spirito della normativa sia nazionale sia

regionale, abbia saputo superare i particolarismi e le difficoltà dettate dalle inevitabili differenze che caratterizzano la situazione di singoli Comuni su questa materia, per perseguire l'interesse del cittadino-utente che in questo modo potrà contare su un trattamento omogeneo ed il più possibile rispettoso delle sue esigenze, qualunque sia il Comune in cui risiede. Per completare questo processo, nel triennio che ci attende, l'Assemblea dei Sindaci si pone quale ulteriore obiettivo quello di uniformare, nel limite del possibile, anche le tariffe su cui applicare le formule previste dal Regolamento, attraverso gare d'appalto centralizzate, accreditamenti e/o la definizione di tariffe distrettuali che prescindono dai costi reali dei servizi.

Titoli Sociali

I titoli sociali rappresentano una fra le forme di erogazione dei servizi su cui, da oltre otto anni (a partire dalla Legge 328/2000), sta puntando sia la legislazione nazionale sia quella della Regione Lombardia (Legge 3/2008). La logica che sottende a questa scelta è legata, anzitutto, alla volontà di porre il cittadino al centro del sistema dei servizi, attribuendogli un più ampio potere di scelta rispetto al soddisfacimento dei propri bisogni, da un lato, e ponendo sostanzialmente sullo stesso piano, almeno per quanto riguarda l'ambito della gestione (non della programmazione e del governo della rete), i soggetti pubblici e privati. Mutuando dal sistema sanitario, primo ad utilizzare i voucher, nei Piani di Zona dei due trienni scorsi sono apparsi anche i titoli sociali, in questo caso sia in forma di buoni che di voucher. La logica dei titoli sociali, in Regione Lombardia, è stata infine trasferita anche al settore dell'istruzione e della formazione, come dimostra il "Sistema Dote Scuola", che da quest'anno si è arricchito della Dote Formazione e della Dote Lavoro.

Appare evidente come la Regione Lombardia intenda sostenere questa forma di gestione dei servizi, ponendola quindi fra quelle da preferire anche nella programmazione sociale territoriale, come si evince chiaramente dalle Linee di indirizzo per la stesura del Piano di Zona 2009-2011.

Per quanto attiene, nello specifico, a questo Distretto, buoni e voucher hanno trovato spazio prevalentemente nel settore anziani e disabili (buono sociale per favorire la permanenza al proprio domicilio) e nel settore minori e famiglia (buoni di sostegno al reddito, voucher per il sostegno alla natalità e voucher per il servizio di assistenza domiciliare educativa per minori). Nella triennalità futura gli ambiti di applicazione di questo strumento resteranno sostanzialmente gli stessi mentre, nel merito, i servizi gestiti mediante titoli sociali aumenteranno. In proposito si rimanda ai capitoli seguenti, laddove sono meglio specificati i voucher per garantire l'assistenza domiciliare ad anziani e disabili nei giorni festivi, l'introduzione di un buono volto al sostegno delle famiglie che utilizzano care-giver professionali o comunque regolarmente retribuiti, il potenziamento dei buoni denominati "Nuove Povertà", finalizzati a sostenere le categorie di soggetti economicamente più deboli, in aumento anche a causa della recente crisi economica che sta interessando l'intero Paese e non solo.

Integrazione Socio sanitaria

Le linee di indirizzo per la programmazione dei Piani di Zona – 3° triennio (2009-2011), approvate con D.G.R. n. 8551 del 3 dicembre 2008, riconoscono particolare importanza, nella definizione del nuovo documento di programmazione territoriale, alle forme di collaborazione con l'Asl al fine di potenziare e migliorare l'efficacia degli interventi di natura socio-sanitaria. L'integrazione socio sanitaria è un processo lungo, che attraversa tutti i temi della programmazione zonale e che ha riflessi e priorità differenziate nei diversi ambiti a seconda delle esperienze che nel tempo si sono maturate a livello locale.

Per quanto attiene al Distretto n. 2, per dare attuazione a questo processo e in coerenza con quanto definito in sede di coordinamento degli Uffici di Piano della Provincia di Brescia, si è proceduto attraverso la compilazione di uno strumento di sintesi, anch'esso concordato sia a livello provinciale sia con i referenti Asl per i Piani di Zona, attraverso il quale sono state individuate, area per area, le principali tematiche relative all'integrazione socio-sanitaria evidenziando, per ciascuna di esse, punti di forza, criticità ed obiettivi di miglioramento.

Il percorso è stato effettuato con i referenti dell'Ufficio di Piano del Distretto di Brescia Est, che fa capo alla stessa Direzione Generale di Distretto, e con il Direttore dell'Ambito Distrettuale Socio Sanitario, coadiuvato da alcuni dei responsabili delle diverse aree. Ciascuno dei soggetti coinvolti ha singolarmente analizzato le tematiche dal proprio punto di vista per poi condividere con gli altri, compresi i referenti politici, le riflessioni svolte.

Per prima cosa si è ritenuto opportuno ribadire l'importanza dei Tavoli Distrettuali di consultazione con il Terzo Settore, già istituiti dai Distretti di Brescia Ovest e di Brescia Est, ai quali partecipa anche l'Asl, attraverso il Direttore Sociale (o suo delegato) ed il Direttore di Distretto: il coinvolgimento delle realtà del Terzo Settore che operano sui diversi territori, peraltro, è una delle priorità individuate dalla Regione per lo sviluppo della terza triennialità dei Piani di Zona ed interessa trasversalmente sia il settore sociale che quello socio-sanitario.

Si è poi proceduto ad individuare, area per area, quali potessero essere i servizi/interventi di natura socio sanitaria sui quali avviare una riflessione, partendo da una valutazione dei punti di forza e dei punti di debolezza riscontrati nell'organizzazione attuale degli stessi. Di seguito è riportato, nel dettaglio, il risultato di questa analisi: l'attenzione va posta soprattutto sugli obiettivi di miglioramento ai quali si intende dare priorità nel triennio 2009-2011.

DETTAGLI	PUNTI DI FORZA	CRITICITÀ	OBETTIVI DI MIGLIORAMENTO (con l'indicazione di possibili strumenti da utilizzare e/o azioni da implementare)
1) ANALISI DELL'INTEGRAZIONE NELLE VARIE AREE DI INTERVENTO:			
Anziani			
Punti unici di accesso per non autosufficienti (DGR 8243, allegato B, punto 1)	Presenza consolidata del servizio UCAM	Conoscenza incompleta del complesso delle prestazioni erogate dall'Asl e dai Comuni a sostegno della	<ul style="list-style-type: none"> migliorare le modalità di comunicazione fra UCAM e Comuni anche attraverso lo sviluppo del segretariato sociale; sviluppare il tema delle dimissioni

			non autosufficienza	<p>protette, anche attraverso l'estensione ai Comuni del Protocollo di Intesa sulle dimissioni protette, siglato tra Asl e A.O.</p> <ul style="list-style-type: none"> realizzare un sistema informativo (banca dati) che consenta scambio di informazioni, reciprocità di accesso in riferimento alle prestazioni e agli interventi erogati dall'Asl e dai Comuni per avere un quadro completo delle prestazioni di cui beneficiano gli utenti
	Presenza in carico persone non autosufficienti attraverso il PAI (DGR 8243, allegato B, punto 2)	Presenza consolidata del servizio UCAM	Conoscenza incompleta del complesso delle prestazioni erogate dall'Asl e dai Comuni a sostegno della non autosufficienza Collaborazione ed integrazione poco formalizzata, lasciata più alla buona volontà dei singoli	<ul style="list-style-type: none"> sviluppare proficue forme di collaborazione fra UCAM e servizi sociali comunali anche attraverso la stesura di Linee guida operative
	Titoli sociali (Buoni anziani e voucher SAD) e Titoli socio-sanitari (Voucher socio-sanitari e ADD) (DGR 8243, allegato B, punto 3)	Possibilità di remunerare il lavoro di cura anche dei care-giver non professionali Libertà di scelta dell'utente	Manca di una banca dati integrata che consenta di conoscere il complesso delle prestazioni di cui godono gli utenti	<ul style="list-style-type: none"> realizzare un sistema informativo (banca dati) che consenta scambio di informazioni, reciprocità di accesso in riferimento al riconoscimento di questi titoli per avere un quadro completo delle prestazioni di

				cui beneficiano gli utenti ed indirizzare meglio il complesso delle risorse disponibili
	Verifica andamento, gestione e criteri lista unica di accesso nelle RSA.	Esistenza consolidata della lista unica buon funzionamento della stessa, con tempi di attesa adeguati, almeno per i casi più gravi	Difficoltà di accesso per gli utenti che non risiedono nel Distretto ma hanno figli e/o parenti stretti solo nel Distretto	<ul style="list-style-type: none"> Monitorare i criteri utilizzati per stilare la lista unica in funzione di miglioiane, se necessario, l'efficacia Acquisire le informazioni da parte del servizio sociale comunale per arricchire gli elementi che compongono la valutazione sociale, al fine dell'inserimento nella lista unica
	Problemi legati alla fornitura di ausili per la non autosufficienza.	Esistenza di un servizio distrettuale di protesica minore Esistenza di un servizio centrale di protesica maggiore	Assenza di un servizio di protesica maggiore distrettuale Tempi di attesa lunghi	<ul style="list-style-type: none"> Creare un servizio distrettuale di protesica maggiore Ridurre i tempi di attesa Definire una lista del materiale a disposizione nelle R.S.A. e/o nelle associazioni in pronto intervento, a deposito, (carrozine, letti ecc...) da utilizzare per situazioni urgenti Valutare l'opportunità di definire accordi con le R.S.A. e l'UCAM rispetto a quanto sopra
	Centri Diurni Integrati	Presenza di 2 servizi sul territorio del Distretto	Difficoltà nella gestione del servizio di trasporto per garantire la frequenza	<ul style="list-style-type: none"> Valutare la possibilità di creare un servizio, se non distrettuale almeno sovracomunale
	Tavolo congiunto di riflessione sulla residenzialità	Presenza di un tavolo tematico, di	Si tratta di un intervento che potrebbe	<ul style="list-style-type: none"> Riflettere sul complesso tema della

	leggera (alloggi protetti, ricoveri di sollevio ecc...)	recente istituzione, in cui affrontare il tema	richiedere anche investimenti strutturali	residenzialità leggera e contestualmente valutare la possibilità di attuare accordi con i gestori delle RSA per fronteggiare situazioni di emergenza
	Osservatorio sulla non autosufficienza (Invalidità e accompagnamenti di ultra sessantacinquenni)		I Comuni non dispongono di dati sul numero di residenti invalidi al 100%, utili per impostare un'efficace politica per il supporto alla non autosufficienza	<ul style="list-style-type: none"> Attivare ASL per reperimento e valutazione congiunta dei dati

Disabili	Raccordo EOH/NSH/Comuni	Raccordo tra EOH e Comuni mediante il CSH	Conclusioni, nel 2010, della delega all'Asl del CSH problematicità legate alla necessaria ridefinizione del servizio	<ul style="list-style-type: none"> Affrontare congiuntamente il passaggio dalla gestione ASL del NSH alla costruzione di un nuovo servizio distrettuale che definisca chiaramente le competenze sia rispetto ai soggetti sia in termini di monitoraggio e valutazione delle unità di offerta Curare, nella definizione del nuovo servizio, l'aspetto relativo all'integrazione socio-sanitaria e, più in generale, al raccordo fra Asl e Comuni
	Raccordo NPI e	Competenza	Scarsa	

		Terzo Settore) numerosi servizi e iniziative promossi da ciascuno	diversi soggetti	Famiglia. Questo tavolo consentirebbe di facilitare la realizzazione degli obiettivi di miglioramento indicati di seguito
	Tutela minori: Verifica Protocollo di intesa, Supervisione ass. soc./psicologi	Buon funzionamento e buona capacità di raccordo fra enti diversi Esistenza di un protocollo d'intesa consolidato	Carenza di ore di psico-terapia a disposizione in rapporto alle esigenze	<ul style="list-style-type: none"> Costante adeguamento del personale, sia sociale che sanitario per fronteggiare la significativa crescita del numero di casi in carico Mantenimento di percorsi di supervisione congiunti fra personale sociale e sanitario Verifica costante del Protocollo di intesa
	Adozioni	Servizio consolidato e adeguato alle esigenze Buone professionalità		<ul style="list-style-type: none"> Valutare l'opportunità e i termini di un maggior coinvolgimento dei Comuni
	Affidi	Servizio consolidato e adeguato alle esigenze Buone professionalità	Scarsità del numero di famiglie disponibili	<ul style="list-style-type: none"> Valutare l'opportunità e i termini di un maggior coinvolgimento dei Comuni
	Progetti di prevenzione (ex L. 285/97, L. 23/99)	Presenza di numerosi progetti e iniziative, proposte sia dall'Asl che dai Comuni e	Poca condivisione fra attività del Distretto, dei Comuni e del terzo settore (L. 23/99) con rischi	<ul style="list-style-type: none"> Migliorare il raccordo e l'integrazione fra le attività promosse dai diversi enti

24

		dal Terzo settore Sviluppo di una cultura della prevenzione e promozione del benessere della persona	di sovrapposizioni su determinati temi e carenze su altri	
	Sostegno alla famiglia in particolare nel periodo pre-natale e prima infanzia (linee regionali pag. 16)	Presenza di progetti distrettuali gestiti dall'Asl Presenza di interventi economici garantiti dai Comuni	Scarsa conoscenza reciproca delle azioni attuate	<ul style="list-style-type: none"> Miglioramento dell'integrazione e fra l'attività dei due enti
	Conciliazione tempi lavoro e famiglia. Es. flessibilità ed estensione accessi servizi socio sanitari (linee regionali pag. 17).	Presenza di un giorno di apertura del consultorio con orario continuato	Orari ancora poco compatibili con le esigenze degli utenti	<ul style="list-style-type: none"> Valutare la possibilità di ampliare e/o articolare diversamente gli orari per andare incontro alle esigenze delle famiglie
	Progetti sperimentali innovativi per la riorganizzazione dei Consultori familiari (DGR 8243, allegato A, Punto B1)	Promozione di azioni sperimentali sia da parte dell'asl che dei Comuni		<ul style="list-style-type: none"> Definizione di un protocollo d'intesa che preveda la presentazione dei servizi del consultorio, da parte del personale ASL, nell'ambito dei corsi di alfabetizzazione e che i Comuni promuovono per stranieri, in particolare per donne

Emarginazione grave e disagio sociale				<ul style="list-style-type: none">
---------------------------------------	--	--	--	--

25

Dipendenze	Prevenzione dipendenze da sostanze leggere, illecite, gioco compulsivo (linee regionali pag. 18)	Presenza di un SERT convenzionato o nel Distretto	Settore poco conosciuto dai Comuni	<ul style="list-style-type: none"> Miglioramento del raccordo tra ASL e Comuni su questi temi
	Osservatorio delle dipendenze	Esistenza di numerosi dati	Poca conoscenza dei dati da parte dei Comuni	<ul style="list-style-type: none"> Migliorare la conoscenza delle banche dati Promuovere una analisi attenta dei dati da parte dei Comuni

Salute mentale				<ul style="list-style-type: none"> Potenziamento degli ambulatori Miglioramento della comunicazione fra i due servizi eventualmente anche attraverso la definizione di linee di indirizzo condivise Potenziare e migliorare l'efficacia del tavolo distrettuale
	Collegamento tra servizi per la salute mentale e servizi territoriali di appoggio alla famiglia.	Presenza di ambulatori psichiatrici territoriali	Numero di ore di ambulatorio insufficiente rispetto alle esigenze	
	Tavolo distrettuale della psichiatria	Esistenza del tavolo	Incontri saltuari e poco incisivi rispetto alla complessità dell'area	

2) LIVELLO DI RACCORDO TRALE RETI SOCIALI E SOCIO-SANITARIE IN MERITO:

	Costruzione integrata della banca dati;	Attività di Segretariato Sociale tradizionale in tutti i Comuni dell'Ambito	Fornisce informazioni solo rispetto alle unità di offerta sociale e ai servizi sociali comunali.	<ul style="list-style-type: none"> Istituzione del segretario sociale in grado di svolgere le funzioni integrate indicate dalla
Segretariato sociale	Aggiornamenti o costante della stessa; Raccordo con servizi centralizzati.			

					1. r. n. 3/08.
Funzioni di autorizzazione e, vigilanza e controllo per le unità di offerta sociale	Ricevimento comunicazioni preventive e consulenza per i gestori di nuove unità di offerta sociali	Semplificazione e della normativa di riferimento Precedente gestione associata delle autorizzazioni al funzionamento Attivato a livello sovra zonale un gruppo di lavoro tra UDP e ASL	"Diffidenza" verso la comunicazione preventiva si ragiona ancora nella logica dell'autorizzazione vincolante Difficoltà di raccordo con la vigilanza, in capo all'ASL, sulla definizione degli standard di funzionamento delle unità di offerta sociali.	<ul style="list-style-type: none"> Individuazione congiunta della documentazione da richiedere e definizione dettagliata dei requisiti da possedere da parte delle diverse unità d'offerta. 	
Prevenzione del disagio e promozione del benessere	Collegamento con progetti 285/97. Interventi di prevenzione nelle scuole	(Vedere Area minori e famiglie)			
Continuità assistenziale	(V. linee regionali pag. 12)	(Vedi precedenti iniziative di coordinamento)	(già definite ai punti precedenti)	<ul style="list-style-type: none"> (già definiti ai punti precedenti) Convenzione tra Comuni e ASL per utilizzo prestazioni dell'Ufficio. Promozione contatti con Giudice Tutelare per semplificazione delle procedure e riduzione dei tempi di attesa. 	
Ufficio Protezione giuridica degli incapaci	Protocollo di intesa	Servizio già istituito dall'ASL	Scarso utilizzo dell'istituto dell'Amministratore di sostegno. Procedure lunga e costosa (spese legali).		

L'evoluzione delle sperimentazione nei singoli ambiti sarà oggetto di confronto con le DGD e a livello provinciale, tra il Coordinamento Provinciale degli Uffici di Piano e la Direzione Sociale dell'Asl di Brescia. In allegato si riportano i dati relativi ai servizi sanitari e socio-sanitari, riferiti alla realtà del Distretto di Brescia Ovest, ripresi dal Documento di Programmazione e Coordinamento dei servizi sanitarie e socio-sanitari dell'Asl di Brescia - Anno 2008.

Interpretazione Socio-Sanitaria - Salute Mentale

Nel corso del triennio 2006-2008 il Distretto di Brescia Ovest ha affrontato il tema della salute mentale partendo dalla presentazione e dalla discussione, nell'Assemblea dei Sindaci del 28/03/2007, del "Patto Territoriale per la Salute Mentale", approvato dall'Organismo di Coordinamento della Salute Mentale dell'Asl di Brescia. Tale documento apre con il riconoscimento indiscusso dell'importanza di promuovere la salute mentale e il reinserimento sociale delle persone con problemi di disagio psichico, attuando interventi coordinati, in grado di coinvolgere tutte le risorse socialmente rilevanti di un territorio (istituzionali e non). L'obiettivo prioritario è quello, anzitutto, di prevenire l'insorgenza di questi disturbi, combattere lo stigma e la discriminazione e favorire una cultura del recupero, dell'accoglienza e del reinserimento nella società delle persone che soffrono di problemi di salute mentale. Il documento procede poi con l'analisi di alcuni dati (agli atti) che consentono di meglio comprendere l'entità e le caratteristiche del fenomeno, nella Provincia di Brescia, e conclude con l'annunciazione degli obiettivi e delle priorità che il coordinamento stesso individua, obiettivi che prevedono sempre il coinvolgimento degli Enti Locali. A differenza delle altre aree di intervento, sulle quali i Comuni dispongono di servizi consolidati e comunque, anche se innovativi e sperimentali, di servizi che sono in grado di governare appieno, la salute mentale rappresenta per gli stessi, intesi sia in forma singola che associata, un'area poco esplorata. Non è un caso, infatti, che anche in termini di rendicontazione economica, la scheda relativa alla salute mentale non abbia mai riportato, da quando è entrato in vigore lo strumento dei Piani di Zona, stanziamenti significativi: nella realtà ciò non ha mai voluto dire che i Comuni e il Distretto non attuino servizi e interventi in favore di questa categoria di soggetti, significa piuttosto che tali interventi trovano collocazione all'interno di altre voci di spesa riferite, per esempio, all'area anziani e disabili. I Comuni garantiscono anche agli utenti psichiatrici il servizio di assistenza domiciliare, il servizio pasti a domicilio, il servizio pasti presero mense e/o ristoranti convenzionati, il servizio di teleseccorso, il servizio di trasporto, interventi di inserimento lavorativo tramite il NIL e tramite le Cooperative di tipo B, con le quali stipulano apposite convenzioni di gestione di alcuni servizi ecc... Si pensi, inoltre, al fatto che praticamente tutti i Comuni del Distretto hanno sul proprio territorio uno o più utenti psichiatrici che a cadenza regolare, in alcuni casi anche più volte in una settimana, sono accolti dal servizio sociale in condizioni non compensate. In questo caso vengono attuati interventi di ascolto, di accompagnamento, di trasporto, se necessario, e per i casi più gravi di escuzione, su proposta dei servizi specialistici, di Trattamenti o Accertamenti Sanitari Obbligatorii. Questa tipologia di utenza paralizzata, in alcuni casi, il normale svolgimento delle attività del servizio in quanto è di tutta evidenza come si tratti di situazioni non trattabili senza supporti specialistici. Nel triennio trascorso il Distretto, proprio per poter rendere in qualche modo più incisiva la collaborazione dei Comuni in questo settore, aveva interpellato il Centro Psico Sociale del territorio affinché conducesse un percorso formativo rivolto alle figure di ASA e OSA, finalizzato a trasmettere loro competenze in riferimento al rapporto con l'utente psichiatrico, così da caratterizzare anche in tal senso, nel limite del possibile, i Servizi di Assistenza Domiciliare dei Comuni. Il percorso non è stato avviato in quanto il CPS, seppure disponibile in linea teorica, non ha mai fornito il supporto richiesto, presumibilmente a causa dell'eccessivo carico di lavoro. Pertanto, un servizio di questo genere, necessiterebbe di figure molto preparate e specializzate e pertanto poco inquadrabili in ASA e OSA.

Sempre nel triennio trascorso il Consiglio di Amministrazione dell'Azienda che gestisce il Piano di Zona ha valutato l'opportunità, su sollecitazione del Terzo Settore, di attivare un progetto di assistenza domiciliare con figure specializzate nel settore, riprendendo un'esperienza fatta da una Cooperativa Sociale del territorio con i CPS del Distretto, utilizzando fondi messi a disposizione da un bando specifico promosso da una Fondazione. In questo caso, tuttavia, i Comuni pur riconoscendo la validità della proposta, hanno dimostrato una certa preoccupazione e remora legata per lo più al fatto che il sostegno, anche in termini

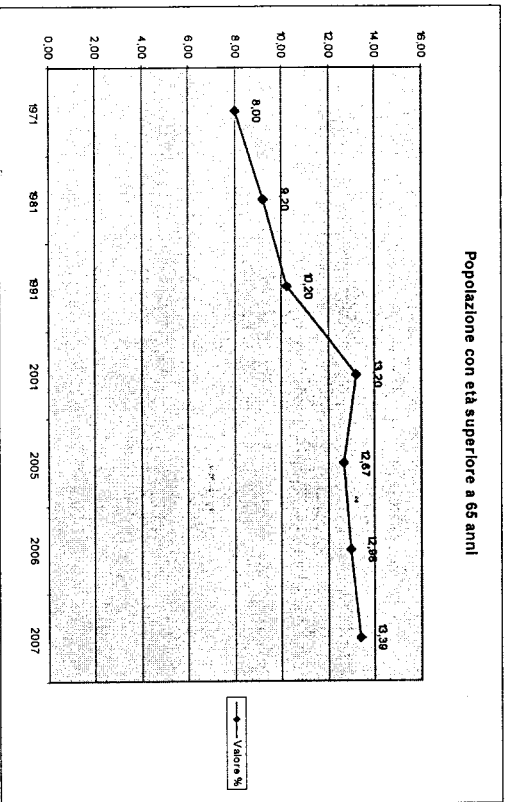
economici, di questo ulteriore intervento potesse poi evidenziare problemi di gestione legati per lo più al rapporto con il soggetto titolare degli interventi stessi, ovvero il servizio psichiatrico, lontano dai possibili e limitati interventi comunali in questo ambito. I soggetti da assistere al domicilio avrebbero potuto essere individuati esclusivamente dal CPS stesso e questo avrebbe potuto comportare l'esclusione di alcuni utenti che i Comuni ritenevano di difficile gestione sui territori: nell'esperienza decisa, infatti, risultavano inseriti nel programma di assistenza domiciliare utenti segnalati dal CPS e, in alcuni casi, non conosciuti dai Comuni, almeno in qualità di utenti abituali. Il coinvolgimento dei Comuni su questa ipotesi di progetto, peraltro, è passato esclusivamente dalla Cooperativa: stante le caratteristiche di questa area, più volte ribadite, riteniamo che se la ricerca di collaborazione partisse dai servizi istituzionali direttamente potrebbe far supporto ai Comuni una reale possibilità di confronto e di collaborazione e quindi una migliore destinazione di eventuali proprie risorse. Se è vero che la L. 328/2000 individua nei Comuni, e nei Distretti in particolare, i registi della programmazione sociale degli Ambiti distrettuali è altrettanto innegabile che tale ruolo diviene di difficile interpretazione in settori che non gli sono propri, come appunto il servizio di salute mentale che è erogato attraverso il CPS del Servizio Sanitario Nazionale, e rispetto ai quali potrebbero risultare preziosa risorsa nell'ambito di una programmazione condotta da altri. Gli spazi di confronto in questa area sono quelli istituzionalmente individuati ovvero il Tavolo Tecnico Centrale, di cui si avvale l'Organismo di Coordinamento della Salute Mentale, e i Tavoli Distrettuali per la Salute Mentale, che per il nostro Distretto è stato istituito il 7/03/2006 e si è riunito, ad oggi, tre volte. Seppure si tratta di organismi importanti, che raccolgono i diversi soggetti che concorrono alla progettazione e realizzazione dei programmi di assistenza per la salute mentale, coinvolgendo competenze e responsabilità di tutti gli attori, istituzionali e non, anche in essi non sempre è chiaro il ruolo dei Comuni. Pur nella consapevolezza che si tratti di una materia particolarmente complessa ed assolutamente difficile da progettare nel tempo, auspichiamo che nel triennio di valenza di questo documento, anche sulla base degli impegni assunti con l'Asl nella scheda sopra riportata, si possa individuare un nuovo e più proficuo sistema di confronto e di collaborazione fra tutti i soggetti coinvolti.

AREA ANZIANI

Analisi della popolazione e indici

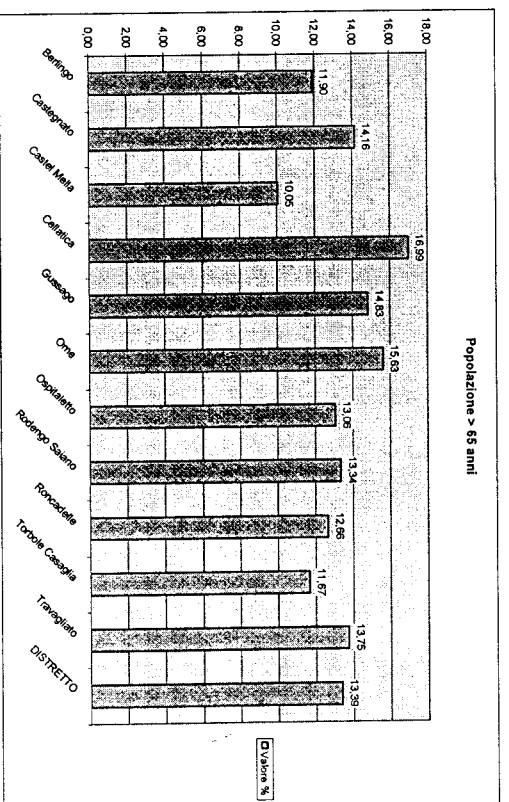
Quando si parla di popolazione anziana ci si riferisce al numero di abitanti, in un determinato territorio, con un'età superiore ai 65 anni. Per la nostra analisi si è ritenuto opportuno suddividere questa popolazione in due diverse fasce d'età: una prima, che comprende le persone con età tra 65 e 74 anni, e una seconda per coloro che hanno più di 75 anni. Il paragrafo è strutturato in modo da confrontare lo stesso indice o valore assoluto su base distrettuale in un arco di tempo di otto anni (2000 - 2007) e in alcuni casi affiancando anche i valori dei censimenti (1971 - 1981 - 1991 - 2001) così da ottenere un arco temporale di 46 anni.

Per gli stessi indici o dati assoluti della popolazione anziana si è poi voluto dare uno sviluppo per singolo Comune, questo per evidenziare come le dinamiche di distribuzione possono variare e risentire di particolari situazioni locali. Tali differenze, poi, condizionano le politiche sociali dei singoli Comuni e la loro strutturazione dei servizi rivolti agli anziani.

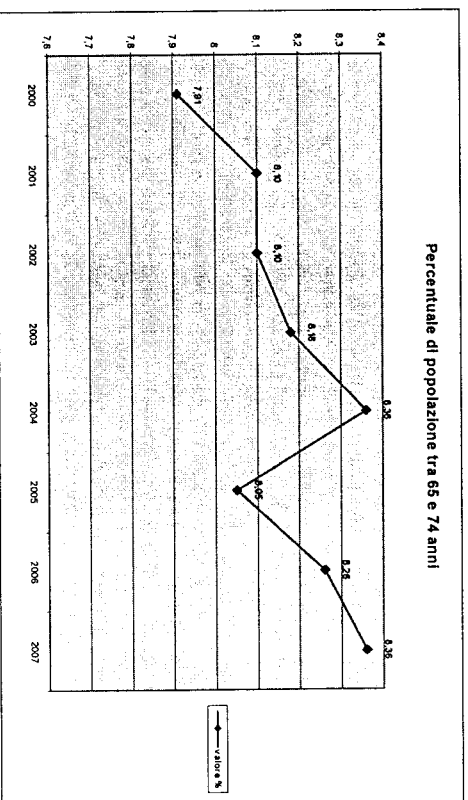


La popolazione superiore ai 65 anni ha avuto un aumento molto sensibile negli ultimi decenni grazie anche al costante miglioramento delle condizioni sociali e di reddito nonché dei servizi sanitari e sociali che le Istituzioni hanno messo a disposizione della popolazione. Infatti partiamo da una percentuale dell'8,00% nel 1971 per arrivare al 13,39% del 2007, praticamente il numero è aumentato di oltre il 60%.

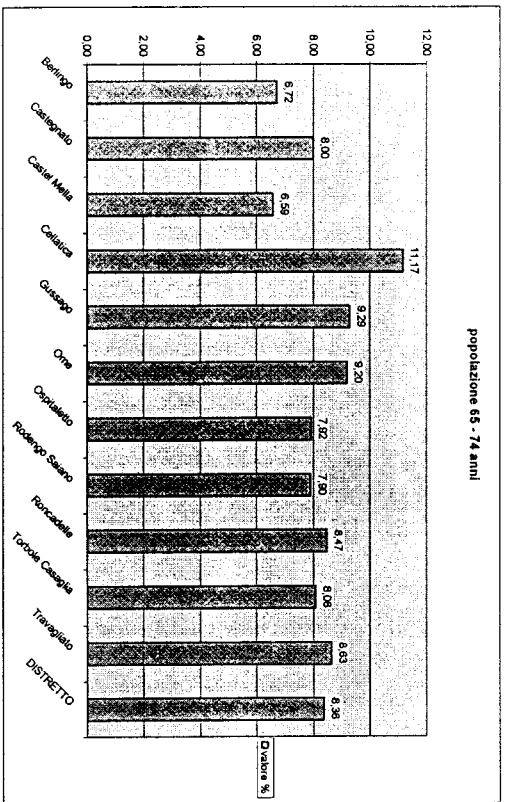
Vedendo la distribuzione nei vari Comuni si ottiene un'analisi certamente più statica nel tempo ma comunque esistono situazioni fortemente differenti tra loro, ci riferiamo alla situazione del Comune di Cellatica, che ha un dato di molto oltre la media percentuale del Distretto (16,99%), e del Comune di Castel Mella dove, al contrario, la popolazione con oltre 65 anni è al 10,05 %.



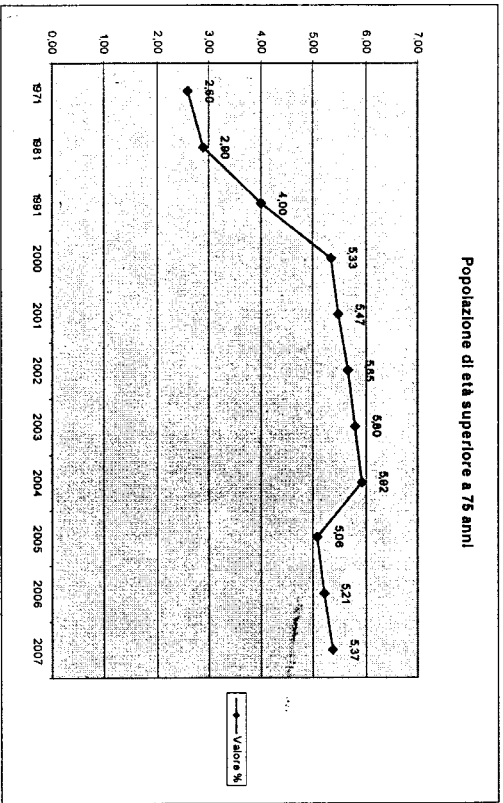
La percentuale di popolazione tra 65 e 74 anni cresce, nel periodo di riferimento, dell'1,45% molto di più della popolazione sopra i 65 anni nello stesso periodo significando un aumento dell'età media generale.



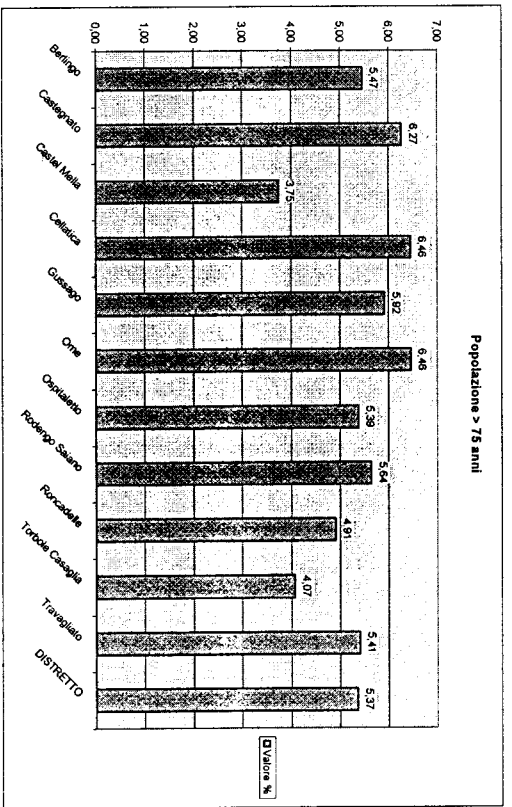
A livello comunale il dato assoluto conferma il precedente con la punta superiore rappresentata da Cellatica e inferiore da Castel Mella.



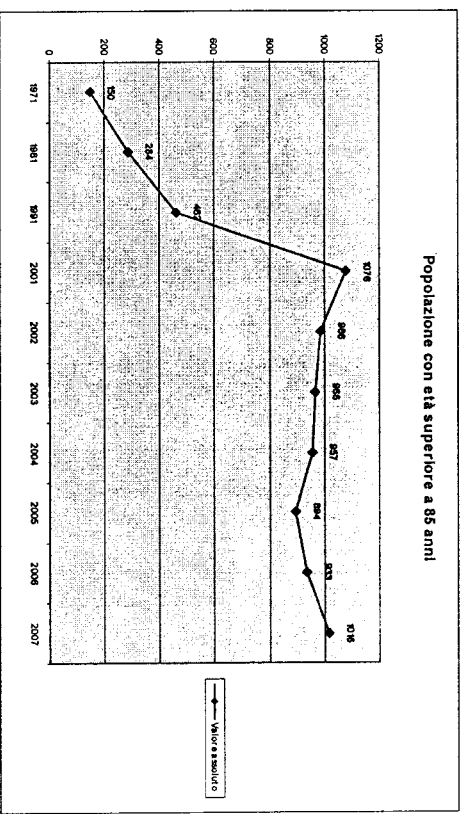
La popolazione con età superiore a 75 anni raddoppia negli ultimi 40 anni crescendo costantemente, altro segnale inequivocabile di un aumento dell'età media.

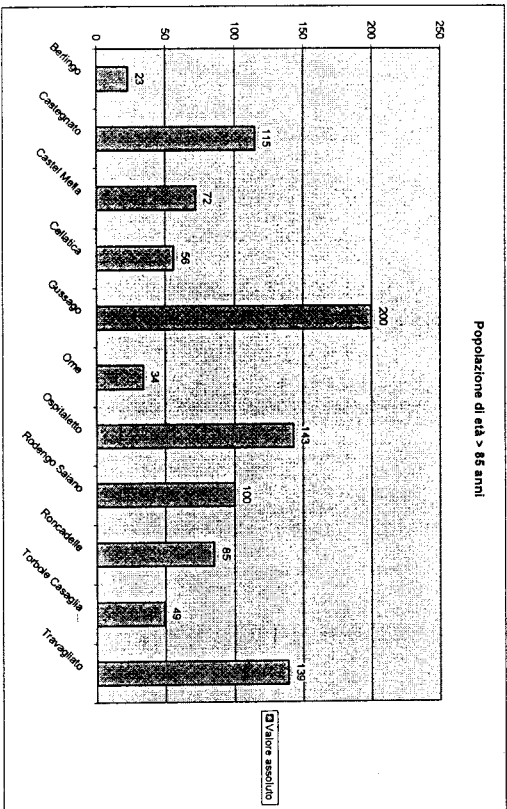


Castel Mella e Torbole Casaglia sono le realtà con minor numero di cittadini residenti oltre la soglia dei 75 anni valori di gran lunga inferiori agli altri Comuni che riportano un valore percentuale tendenzialmente simile entro uno scarto dell'1%.

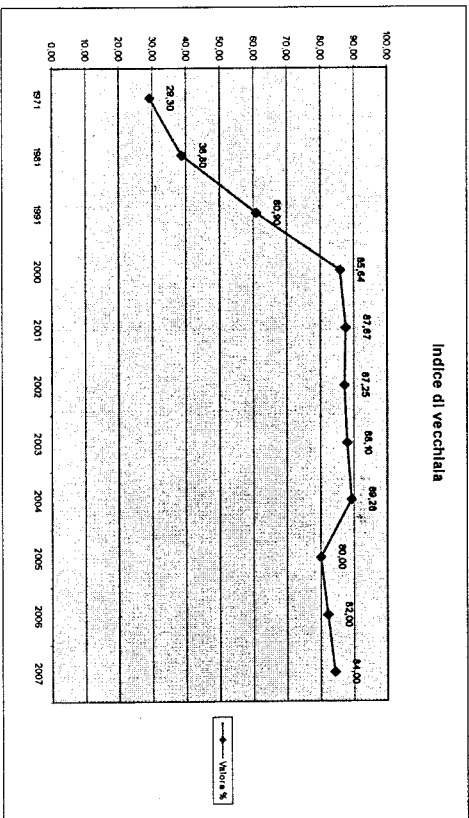


La fascia di popolazione con oltre 85 anni è qui riportata in valore assoluto e non percentuale per la non uniformità di tutti i valori a disposizione: dopo l'incremento esponenziale tra il 1991 e il 2001 assistiamo a un andamento altalenante nel periodo 2001 - 2007, sembra di poter sostenere che i valori massimi raggiunti siano in effetti non superabili con il trascorrere del tempo ma si assista ora a un andamento oscillante attorno alle mille unità.

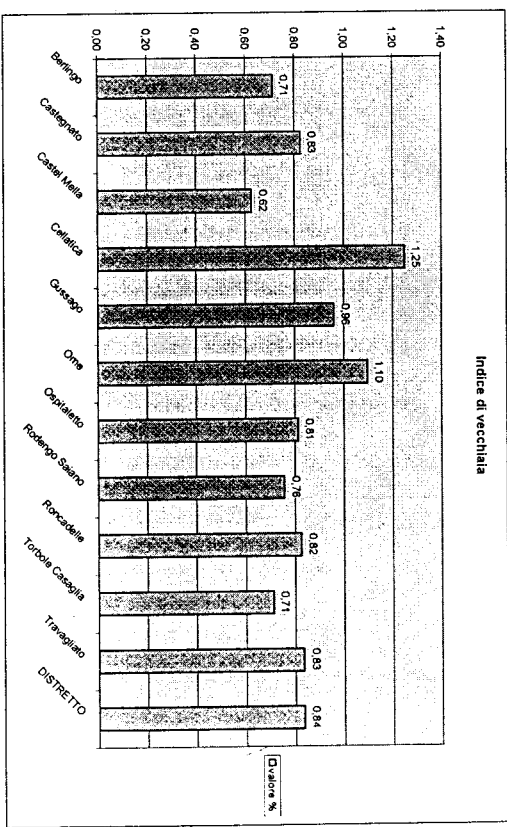




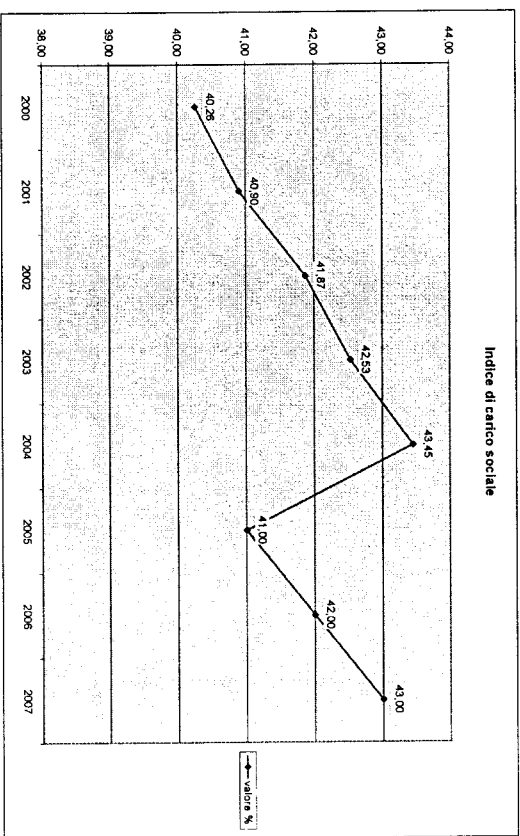
Indice di vecchiaia: l'indice di vecchiaia rappresenta il rapporto tra la popolazione con più di 65 anni e la popolazione di età compresa fra 0 e 14 anni. Osservando questo andamento nella parte dei dati relativi al censimento della popolazione con cadenza decennale, si osserva un aumento consistente in linea con i valori assoluti mentre dal 2001 in poi il dato si stabilizza più che per la diminuzione degli anziani per un aumento più che proporzionale della popolazione giovane (0-14 anni).



Dove i giovani crescono meno, probabilmente anche per uno sviluppo urbanistico più contenuto, permangono punte di indici di vecchiaia più alte rispetto agli altri Comuni: si veda a tale proposito i valori dei Comuni di Cellatica, Ome e Gussago. Di segno inverso, ma coerente con gli altri indici, la situazione di Castel Mella dove la popolazione più giovane è quasi il doppio di quella anziana.



Indice di carico sociale: l'indice di carico sociale esprime il rapporto tra la popolazione che non è in età lavorativa (vale a dire i giovani tra 0 e 14 anni) e la popolazione con più di 65 anni, e la "popolazione attiva", cioè la fascia 15-65 anni. Il dato si muove di circa il 2% negli otto anni presi a riferimento con una proporzione 43% di popolazione che non è in età lavorativa rispetto al 57% che dovrebbe sostenerne il carico.



Nel Distretto il carico sociale è pressoché uniforme per il fatto che l'indice comprendendo sia la popolazione anziana che quella giovane tende a livellare le situazioni. Non ritroviamo i picchi degli istogrammi precedenti ma un valore che si muove in un "range" pari allo 0,6 %.

