

IL PIANO DI ZONA

Premessa	p. 2
Introduzione	p. 4
Capitolo 1	p. 6
Aree di Welfare	
Capitolo 2	p.10
Servizi esistenti e prestazioni offerte	
Capitolo 3	p.35
Analisi dei bisogni	
Capitolo 4	p.44
Obiettivi strategici e azioni di supporto al raggiungimento degli obiettivi	
Capitolo 5	p.75
Risorse finanziarie, strutturali ed umane	
Capitolo 6	p.77
Gli organi politici e tecnici del piano di Zona	
Capitolo 7	p.78
Modalità di collaborazione e di coordinamento	

P R E M E S S A

La legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali n° 328/00, individua quali strumenti di programmazione necessari a connettere tra di loro i diversi livelli di governo delle politiche sociali: il piano nazionale triennale, i piani regionali triennali ed i piani di zona, superando l'ottica di una "programmazione a cascata" per abbracciare invece quella della "programmazione interconnessa".

In tale nuova ottica il piano di zona, così come definito dall'art. 19 della legge quadro, si configura quale strumento strategico non più dei comuni singoli, bensì dei comuni riuniti nell'ambito territoriale distrettuale per l'esercizio della loro funzione di governo del sistema dei servizi. In questo senso la legge recepisce la tendenza, in atto da alcuni anni negli enti locali, dell'affidamento della gestione dei servizi a soggetti esterni, accompagnandola tuttavia alla previsione del rafforzamento della funzione di programmazione e di governo delle politiche sociali complessive.

La nuova prospettiva implica quindi certamente lo sviluppo di una capacità strategica di indirizzo e di orientamento cui va associato però anche il potenziamento delle capacità di costruzione del consenso intorno alle politiche sociali elaborate con i diversi attori operanti nel territorio. Il riconoscimento e la valorizzazione dei soggetti che, seppure a diverso titolo e con modalità specifiche, contribuiscono al sistema locale dei servizi è presupposto imprescindibile per passare dal semplice "government" alla "governance" dell'ente locale, intesa come attività di governo svolta attraverso la mobilitazione delle risorse per sviluppare azioni appropriate al contesto locale.

Per tale ragione nell'avviare il processo di elaborazione di questo primo piano di zona, i sedici comuni hanno inteso prestare attenzione non solo ai contenuti dello stesso ma anche al processo di sua costruzione, ovvero agli aspetti metodologici, riconoscendo che essi ne costituiscono una condizione imprescindibile per la sua efficace attuazione.

Il percorso avviato si è subito presentato irto di ostacoli, connessi con la scarsa capacità e l'assenza di una qualsiasi tradizione a lavorare insieme tra i sedici comuni interessati, cui si è aggiunta la difficoltà ad organizzare e gestire la partecipazione e l'attivo coinvolgimento dei soggetti previsti dalla legge, dalle organizzazioni sindacali, all'azienda sanitaria locale ai soggetti di terzo settore.

Nonostante i limiti incontrati ed in parte ancora da superare si ritiene che il percorso di attivazione, agevolazione della partecipazione e del coinvolgimento dei diversi soggetti, seppure con le difficoltà che esso presenta, vada sviluppato con continuità nel tempo.

Si ritiene infatti che l'analisi dei bisogni della popolazione e la definizione delle priorità, nonché la pianificazione delle risposte e degli standard di qualità delle stesse debbano essere il risultato di un processo di elaborazione, analisi, discussione e negoziazione condotto con il contributo di tutti i soggetti attivi nella comunità.

Per tale ragione si è previsto che i cosiddetti tavoli di consultazione, istituiti in questa fase, debbano trovare adeguata organizzazione e strutturazione, per proseguire sotto la veste di "osservatori" per la riflessione e l'elaborazione delle politiche sociali a favore della comunità locale.

Vi è consapevolezza della necessità di istituire luoghi organizzativi che consentano lo svolgimento e la valorizzazione di tale funzione nonché la promozione di nuove capacità e competenze professionali in seno agli enti locali, in grado di assumere le nuove funzioni centrate non più sulla gestione diretta bensì volte alla programmazione, alla promozione, al coordinamento ed alla negoziazione con le realtà significative del territorio.

Alla luce delle considerazioni sopra svolte, il presente piano va inteso quale strumento strategico, dotato di un forte carattere di dinamicità, ovvero in grado di recepire le modifiche ed i suggerimenti che potranno rendersi opportuni in relazione alle esigenze che verranno prospettate dall'attività che i sedici comuni, insieme con i soggetti identificati, hanno da poco avviato.

Infine i comuni del distretto si impegnano fortemente a coinvolgere le varie realtà del privato sociale, secondo le proprie caratteristiche e competenze, sia nella fase di continua verifica-progettazione delle politiche sociali e dei conseguenti obiettivi, sia nella concertazione ed implementazione o attivazione degli interventi.

E' questa una scommessa che l'ambito dei 16 comuni intende assumere, forte della convinzione che solo abbracciando tale ottica progettuale - flessibile ed incrementale a fronte della complessità crescente - sarà possibile uscire da quella dell'urgenza all'interno della quale il sociale è purtroppo ancora oggi troppo spesso relegato.

Introduzione

Il Piano di Zona

Il processo di riorganizzazione della rete dei servizi assume necessariamente connotati diversi nei vari Comuni referenti al Piano di Zona.

La presenza di servizi non è sempre omogenea sul territorio e le domande a cui è necessario rispondere sono legate alle specifiche caratteristiche dei contesti sociali. Organizzare un'offerta di servizi corrispondente ai bisogni delle comunità interessate significa pensare servizi che, pur rispondendo a un impianto regionale unitario, sappiano tenere conto delle peculiarità di ogni situazione (l'ambito urbano è certamente diverso da quello rurale, la presenza o meno di un forte tessuto associativo e di cooperative sociali può influire sulla qualità dell'offerta, l'immigrazione extracomunitaria è più concentrata in alcuni comuni rispetto ad altri, ecc.).

Per queste ragioni, e per il fatto che l'innovazione della rete dei servizi non potrà che essere graduale e processuale, si prevede una programmazione "dal basso" che veda nei Comuni i soggetti principali.

Secondo quanto disposto dalla legge 328/00 e recepito dalla regione Lombardia con DGR. VII/7069 del 23/11/01e con Circolare Regionale N° 7 del 29 aprile 2002, l'ambito territoriale di riferimento per la redazione e attuazione dei P.D.Z. è individuato nell'ambito distrettuale, corrispondente ai distretti sociosanitari delle ASL.

L'ambito territoriale di riferimento del presente Piano di Zona è il distretto di Mantova che vede al suo interno i seguenti comuni: Bagnolo S.Vito, Bigarello, Borgoforte, Castelforte, Casteldario, Castelluccio, Curtatone, Mantova, Marmirolo, Porto Mantovano, Roncoferraro, Rodigo, Roverbella, S.Giorgio, Villimpenta, Virgilio.

I Comuni del distretto di Mantova nell'elaborare il proprio piano di zona hanno individuato nei punti seguenti i contenuti che lo stesso dovrà avere:

1. I servizi esistenti o da realizzare per ciascuna area di welfare (leggero, domiciliare, comunitario, residenziale e semiresidenziale, dell'emergenza);
2. La descrizione dei servizi propri del singolo Comune, di quelli che, per complessità organizzativa o tecnico-gestionale, hanno necessariamente una dimensione sovracomunale nonché delle integrazioni istituzionali e dei servizi attivati in collaborazione con altri Comuni o enti diversi;
3. Gli indirizzi programmatici e pertanto obiettivi strategici di promozione e protezione sociale che si vogliono raggiungere nell'arco di validità del Piano di Zona
4. Le risorse impegnate (quelle proprie, della Regione o di fonte nazionale ed europea) suddivise per tipologia di welfare e le eventuali modalità di compartecipazione degli utenti al costo dei servizi;
5. Gli organi politici e tecnici del Piano di Zona: l'individuazione dei tavoli politici per la definizione dei possibili obiettivi e indirizzi generali e specifici nonché l'individuazione della struttura tecnica (segreteria del Piano) che attiverà il PDZ predisponendo tutti i presupposti conoscitivi

6. Le modalità di coordinamento e di collaborazione tra i Comuni ricompresi nell'Ambito Territoriale di riferimento e tra gli stessi Comuni e l'ASL provinciale
7. Le modalità di confronto e di collaborazione con i soggetti privati e del Terzo Settore esistenti nel territorio nonché con altri soggetti istituzionali quali la Provincia, il Provveditorato agli Studi e le Scuole, i Centri per l'Impiego, l'Amministrazione Penitenziaria, l'Università, ecc;

Il Piano di zona decorre dall'anno 2002 e ha durata triennale: 2002-2004. Lo stesso prende avvio "operativo" nel momento in cui l'ASL dispone nei confronti dell'ambito distrettuale l'assegnazione del fondo per le politiche sociali.

La scadenza per la presentazione dei Piani di Zona all'ASL competente per territorio, da parte degli ambiti distrettuali, dovrà avvenire, di norma, entro il 30 giugno dell'anno di scadenza.

Il Piano di Zona viene approvato con l'accordo di programma che rappresenta lo strumento con il quale le diverse amministrazioni interessate all'attuazione del Piano coordinano i rispettivi interventi per il raggiungimento degli obiettivi comuni, determinando il ruolo e gli impegni di ogni soggetto, i sistemi di regolazione interna delle relazioni reciproche, i tempi, il finanziamento e gli adempimenti necessari alla realizzazione degli obiettivi.

Attraverso l'accordo di programma i comuni dell'ambito distrettuale si dotano della configurazione necessaria e sufficiente per la gestione delle funzioni di loro competenza nell'attuazione del piano di zona.

L'autonomia decisionale e organizzativa che contraddistingue il ruolo degli enti locali renderà possibile lo sviluppo delle diverse forme di gestione associata previste dalla legislazione vigente.

In questo scenario sia la pubblica amministrazione che i cittadini diventano non solo fruitori ma acquirenti di pacchetti di servizi in grado di condizionare l'offerta.

Per le particolari caratteristiche del Distretto di Mantova si potrà prevedere uno studio di fattibilità per prefigurare una azienda multiservizi distrettuale che aggregati, in forma che sarà definita successivamente, i servizi erogati e gli stessi erogatori di servizio appartenenti all'ambito.

Seguendo le indicazioni del Piano Sociale Nazionale e del Piano per la Inclusione Sociale l'azienda multiservizi distrettuale non dovrà limitarsi alla pur importante gestione dell'area anziani, ma dovrà occuparsi anche di promozione sociale intervenendo nel campo della risposta ai temi del bisogno e della povertà ma soprattutto della inclusione sociale. Tale azienda multiservizi potrebbe far parte del sistema integrato dei servizi sociali ed è quindi un nodo della rete.

Capitolo 1

Aree di Welfare

Il Piano vuole coniugare universalità e differenza proponendo un sistema unico di servizi, alternativo a percorsi "speciali", in grado di accogliere le diversità qualitative che contraddistinguono le soggettività, il ciclo di vita, le transizioni esistenziali delle persone e delle famiglie; un sistema che sappia garantire ascolto e riconoscimento a bisogni normali e quotidiani, complessi o straordinari e sappia, di conseguenza, offrire supporti appropriati a intensità assistenziale diversificata.

La diversità qualitativa e l'intensità del supporto disegnano le diverse aree di welfare che il Piano di Zona individua, graduandole su cinque livelli e affiancando a esse le relative tipologie di intervento o di servizio che vanno a costituire la **dotazione dei servizi essenziali per area di welfare**.

Aree di Welfare

- welfare d'ingresso
- welfare domiciliare e di supporto familiare
- welfare comunitario
- welfare residenziale e semiresidenziale
- welfare del sostegno all'emergenza

Metodologicamente il Piano di Zona procede alla definizione delle singole aree di welfare e all'individuazione delle tipologie di **servizio innovativo**, afferenti a ciascuna di esse. Altresì, procede alla ricollocazione nelle medesime aree, dell'insieme dei **servizi consolidati** esistenti.

Servizi innovativi:

Sono considerati servizi innovativi le nuove progettualità di servizio. Sono servizi a elevato contenuto relazionale il cui funzionamento richiede modalità di tipo adattivo in quanto sono dentro un percorso sperimentale non ancora riconducibile a standard omogenei.

Servizi consolidati:

Sono considerati servizi consolidati i servizi che possono essere definiti in modo sufficientemente standardizzato, i servizi già operanti per i quali se ne propone il rafforzamento. Essi sono i servizi storici strutturati sulle forme conclamate di disagio.

Welfare d'ingresso: il segretariato sociale

È uno "spazio pubblico" a disposizione di tutti i cittadini di un dato territorio dove possono essere mobilitate risorse aggiuntive, secondo necessità, attraverso azioni di ascolto, orientamento, accompagnamento e mediazione per rispondere a bisogni e problemi delle persone e delle famiglie.

Infatti, è nella dimensione del "normale quotidiano" che prende forma la diversa qualità del vivere ed è lì che si registrano le difficoltà, i fallimenti, le impossibilità che possono aprire percorsi di emarginazione e di disagio, a volte senza ritorno.

I servizi del Welfare leggero sono attivatori di risorse, incardinati sulla "normalità" e non sul disagio conclamato, che vuol dire fare leva su ciò che si ha e non su ciò che si è perso e mettere in rete le persone e le famiglie nei momenti di difficoltà del loro corso di vita affinché, in autonomia, possano gestirsi segmenti della propria realtà sociale.

Oggi le persone e le famiglie si devono misurare con:

- la grande velocità dei cambiamenti sociali e culturali;
- il moltiplicarsi degli stimoli a volte in contraddizione tra loro;
- gli effetti del mercato del lavoro e delle innovazioni tecnologiche;
- la crescita di aspettative e le conseguenti frustrazioni;
- la fragilità dei punti di riferimento familiari e parentali.

Tutto ciò può produrre disorientamento, difficoltà, condizioni di solitudine delle persone adulte con un conseguente forte bisogno di ascolto, orientamento e supporto.

In continuità con questi principi ispiratori il *Segretariato Sociale* deve rappresentare un significativo punto di riferimento per le persone e le famiglie della comunità dove poter conoscere e attingere risorse, trovare accompagnamento nel corso dell'intero ciclo di vita. Si colloca a questo livello l'intervento del servizio sociale professionale, che si traduce nella presa diretta in carico di un utente per aiutarlo a superare le sue difficoltà attraverso una relazione specializzata detta *counseling*.

Questo servizio realizza anche un utile osservatorio sulle risorse e sui problemi del territorio.

Welfare domiciliare e di supporto familiare

È l'area costituita dall'insieme delle azioni sociali (interventi e servizi) rivolte all'ambito primario della vita delle persone, inteso come trama di relazioni significative che si sviluppano nel vissuto con altre persone che, proprio per questo, assumono il significato di figure di riferimento fattuale e simbolico.

Sono ascrivibili a questo ambito tutte quelle relazioni familiari, parentali e di vicinanza che presentano queste valenze

Per welfare domiciliare non si intende, dunque, un decentramento delle prestazioni fino al domicilio, bensì si intende l'attenzione ai luoghi e ai soggetti protagonisti della "cura": una pratica fondata sullo scambio emozionale e strumentale fra persone che mette insieme la protezione con l'accompagnamento di cui hanno bisogno le persone che, in un contesto dato, per condizione o vicende di vita sono divenute fragili o limitate nelle proprie capacità di vivere o di crescere in modo indipendente.

Dall'esistenza e dalla qualità di questo sistema di scambi è largamente dipendente lo star bene delle persone e la possibilità di costruire o recuperare autonomia.

Per questo il Piano nel riconoscere la portata sociale che ha il "prendersi cura" dell'altro, indica nella domiciliarità il fulcro del sistema assistenziale che si va ridefinendo.

In questa area si inseriscono i seguenti servizi:

assistenza domiciliare

assistenza domiciliare integrata

assistenza domiciliare educativa

servizi di supporto familiare (telesoccorso, pasti a domicilio, trasporto etc)

volontariato

Welfare comunitario

Il welfare comunitario mette al centro dell'azione sociale il territorio-comunità come luogo dove si possono costruire relazioni significative fra persone, fra culture diverse, fra generazioni. Un welfare che valorizza i legami di condivisione e di responsabilità fra coloro che appartengono allo stesso territorio-comunità.

In tal senso il welfare comunitario include fra le risorse necessarie ad affrontare la complessità esistenziale delle persone (che è data dalla condizione sociale, dal sesso, dall'età, dalla cultura) la ricostruzione dei vincoli di reciprocità attraverso azioni sociali diffuse volte a creare un ambiente territoriale solidale e a sostenere le competenze e le responsabilità delle persone in ordine ai problemi che si aprono all'interno della comunità dove agiscono la propria vita. *La dimensione comunitaria è una dimensione che va promossa*, come suggerisce il deficit di socialità oggi riscontrabile, creando luoghi ed opportunità di relazione dove il radicamento soggettivo si esprima per rispondere ad esigenze quotidiane e minute attraverso forme di autoproduzione sociale. Per questo i servizi del welfare comunitario sono pensati all'interno di un intreccio tra pubblico, privato e sistema delle famiglie che crea reciproche interazioni, pur mantenendo ciascuno identità e ruoli distinti, a sostegno di una diffusa capacità autoimprenditiva.

In questa area si inseriscono i seguenti servizi:

Centri di aggregazione giovanile

Ludoteca

Cred estivi

Asili nido

Gruppi interistituzionali o di mutuo-aiuto

Banca del tempo

Servizi attivati e promossi dalla legge 285, legge 23, legge 45 e legge 40

Centri sociali e ricreativi

Welfare residenziale e semiresidenziale

È l'area costituita dall'insieme delle strutture residenziali e semiresidenziali destinate ad accogliere, in modo temporaneo o stabile, persone adulte in disagio o in età minore che necessitano di cura e assistenza tutelare le cui esigenze di vita non possono trovare soluzione adeguata con gli altri interventi previsti dalla rete dei servizi essenziali.

Nella generalità, questa offerta residenziale ha come esito la separazione dei diversi soggetti dal loro abituale contesto (famiglia e territorio) contravvenendo, in tal senso, a un principio cardine, fatto proprio dalla filosofia del Piano di Zona, che collega la possibilità di risolvere i bisogni delle persone dipendenti alle relazioni che possono intrattenere con il mondo degli adulti che stanno bene, vissuti come loro riferimento di vita.

A fronte di questa situazione, il Piano intende impegnare la programmazione locale nell'obiettivo prioritario di superare lo scarto che esiste, in questa area di welfare, fra la qualità dei bisogni socio-assistenziali e l'offerta di servizi mediante:

1. lo sviluppo integrato di **servizi domiciliari e servizi comunitari di tipo semi-residenziale** secondo tipologie di bisogno e con modalità di funzionamento flessibili e aperte (servizi di accoglienza giornaliera per bambini con problemi; centri di accoglienza diurna per disabili adulti; centri diurni per anziani bisognosi di assistenza tutelare integrati con le attività sanitarie territoriali);

2. la realizzazione di **servizi micro-residenziali a struttura familiare o comunitaria** (di piccole dimensioni) almeno uno per tutto l' 'Ambito territoriale' secondo le tipologie di bisogno prevalenti (gruppo famiglia per bambini o ragazzi; gruppo appartamento per minori disabili con una strutturazione del disagio, anche psichico, consolidata o per disabili adulti in situazione di gravità; casa famiglia per anziani bisognosi di supporti assistenziali);

3. la progettazione di interventi di **adeguamento delle strutture esistenti** alle tipologie di servizio indicate dal Piano;

In questa area si inseriscono i seguenti servizi:

strutture residenziali per anziani sia non autosufficienti totali che parziali

centri diurni integrati per anziani

alloggi protetti per anziani

centri socio educativi per handicap

centri residenziali handicap

comunità alloggio handicap

comunità alloggio per adulti in difficoltà

centri diurni per disabili psichici

hospice

centri diurni per minori

comunità o case famiglie per minori

affido familiare

servizi di accompagnamento e protezione sociale

Welfare del sostegno all'emergenza

Ricomprende le attività e i servizi di pronto intervento e di pronta accoglienza a fronte di situazioni di rischio emergente che possono interessare:

1. minori che devono essere allontanati, ai sensi di legge, dall'ambiente familiare;

2. minori, anche stranieri irregolari, trovati in stato di abbandono;

3. adulti, genitori con figli in situazione di grave difficoltà sociale;

4. donne sole e con figli vittime di maltrattamenti, violenza, abuso sessuale.

Il sostegno all'emergenza consiste nell'offrire tempestivamente l'accoglienza, la cura e la tutela ai soggetti interessati in spazi appositamente organizzati; altresì, consiste nel garantire la collaborazione e il sostegno di specifiche e qualificate competenze professionali per l'individuazione di percorsi riorganizzativi della propria vita e per la costruzione delle soluzioni più adeguate.

In questa area si inseriscono i seguenti servizi:

servizi di prima necessità (mensa, cambio indumenti, doccia etc)

centro d'accoglienza per donne maltrattate

dormitorio pubblico

pensionato sociale

centro accoglienza per stranieri

comunità per minori

servizi contro la tratta delle donne e lo sfruttamento sessuale

Capitolo 2

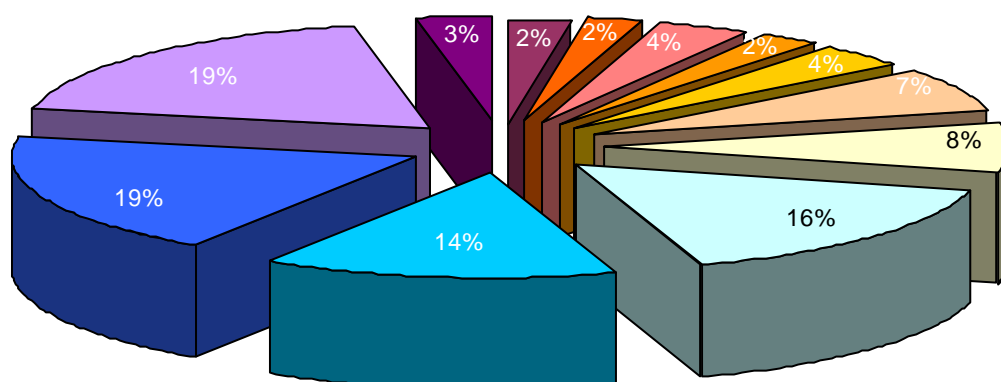
Servizi esistenti e prestazioni offerte

La popolazione dell'ambito distrettuale è di **142.013** abitanti e precisamente:

67.644 maschi e 74.369 femmine.

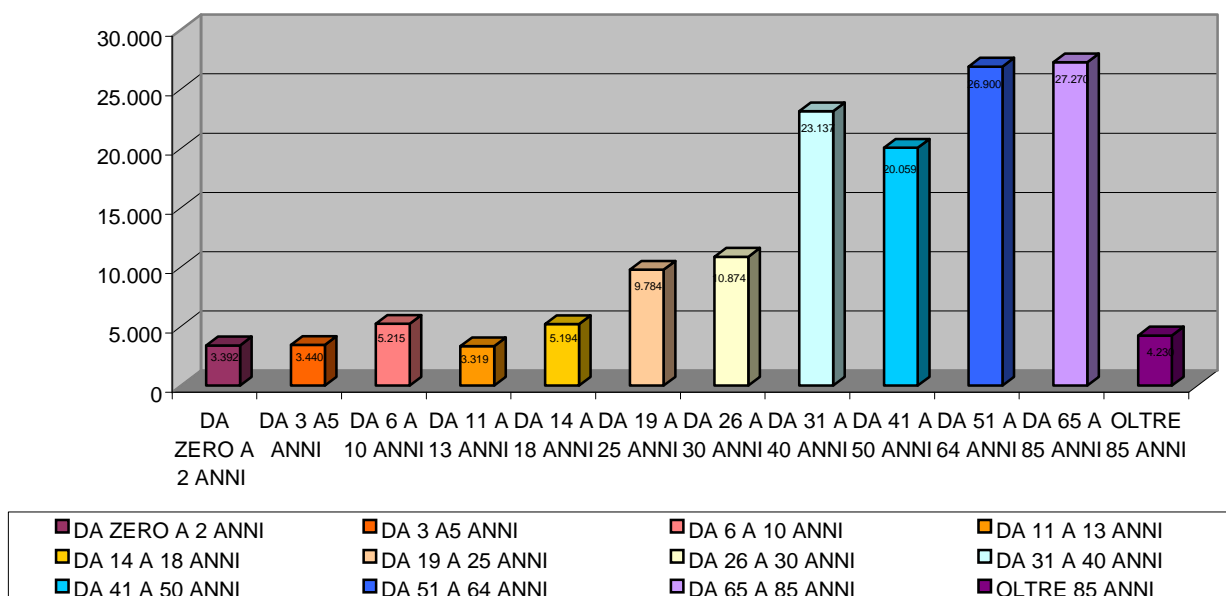
PERCENTUALE SUL TOTALE DELLA POPOLAZIONE SUDDIVISA PER FASCE D'ETA'

TOTALE POPOLAZIONE: 100%=142.013



DA ZERO A 2 ANNI N°3392	DA 3 A 5 ANNI N°3440	DA 6 A 10 ANNI N°5215
DA 11 A 13 ANNI N°3319	DA 14 A 18 ANNI N°5194	DA 19 A 25 ANNI N°9784
DA 26 A 30 ANNI N°10874	DA 31 A 40 ANNI N°23137	DA 41 A 50 ANNI N°20059
DA 51 A 64 ANNI N°26900	DA 65 A 85 ANNI N°27270	OLTRE 85 ANNI N°4230

**POPOLAZIONE RESIDENTE NEL DISTRETTO DI MANTOVA AL 31/12/2001
SUDDIVISA PER FASCE D'ETA'
TOTALE POPOLAZIONE 142.013**



Minori residenti nel distretto di Mantova in carico ai servizi psico sociali del servizio famiglia, infanzia, età evolutiva

Totale minori: n. 567.

Questi minori sono in carico ai servizi psico sociali per diverse Aree problematiche. Ne indichiamo alcune più significative:

- Area dell'individualità, delle relazioni di coppia e famiglia
- Rapporto genitori/figli
- Area dell'affido etero e parentale
- Maltrattamento, incuria, abbandono di minori
- Abuso e violenza su minori
- Tutela sociale della maternità (interventi di natura prevalentemente socio assistenziale)
- Area minori figli di coppie in separazione/divorzio
- Area dell'apprendimento/comportamento scolastico
- Adozione nazionale e internazionale

Nel totale dei minori in carico (N. 567) sono già conteggiati i sub totali di seguito riportati per specifica tipologia

TIPOLOGIA	NUMERO MINORI
minori con provvedimento dell'autorità giudiziaria (tribunale per i minorenni – tribunale ordinario – procura della repubblica)	129 per i quali nel corso dell' Anno 2001 sono stati effettuati specifici interventi
minori inseriti in comunità alloggio	30
minori in affidamento parentale ed eterofamiliare	59
minori con assistenza domiciliare	84

Mappe delle unità d'offerta socio-assistenziali a favore delle persone handicappate nel distretto di MANTOVA

CENTRI SOCIO EDUCATIVI	ente gestore	posti autorizzati al funzionamento	Posti convenzionati con ASL	Posti occupati	Domande in attesa di impegno di spesa comunale
Centro Socio Educativo ANFFAS Mantova Via Primaticcio, 3 - 46100 Mantova	ANFFAS Mantova	20	20	19	1
Centro Socio Educativo «Tam Tam» Mantova Via Concezione, 22 - 46100 Mantova	Coop. Sociale a r.l. «Società Dolce» Bologna	24	24	23	2
Centro Socio Educativo «Centro Accoglienza» Corso Vitt. Emanuele II, 22 - 46100 Mantova	Associazione «Casa del Sole» S.Silvestro di Curtatone	30	30	30	0
Centro Socio Educativo «Fior di Loto» Via S.Martino, 2/B (loc. Formigosa) 46100 Mantova	Coop. sociale a r.l. «Fior di Loto» Mantova	15	15	15	0
Centro Socio Educativo «Spazio Aperto» Via Nicolajeska, 18 - 46048 Roverbella	Coop. sociale di solidarietà a r.l. «La Quercia» Roverbella	19	19	19	0
Centro Socio Educativo «L'Ippocastano» Via Molinara, 48 (loc. Correggio Micheli) 46031 Bagnolo San Vito	Coop. Servizi Assistenziali CSA Mantova	30	0	3	0
TOTALE C.S.E.		138	108	109	3

SERVIZI DI FORMAZIONE ALL'AUTONOMIA	ente gestore	posti disponibili	Posti convenzionati con ASL	Posti occupati	Domande in attesa di impegno di spesa comunale
Servizio di Formaz. all'Autonomia «Leonardo» di Roverbella Viale dell'Artigianato, 25 - 46048 Roverbella	Coop. sociale di solidarietà a r.l. «La Quercia» Roverbella	25	25	25	0
Servizio di Formaz. all'Autonomia «La Stazione» di Castellucchio Via Stazione, 12 - 46014 Castellucchio	Coop. sociale di solidarietà a r.l. «La Stazione» Castellucchio	15	15	14	0
TOTALE S.F.A.		40	40	39	0

STRUTTURE RESIDENZIALI PER DISABILI	ente gestore	posti autorizzati al funzionamento	Posti convenzionati con ASL	Posti occupati	Domande in attesa
Comunità Alloggio per Disabili ASPEF di Mantova Viale Gorizia, 4 - 46100 Mantova	Azienda Servizi alla Persona e alla Famiglia (ASPeF) Mantova	6	6	6	0
Comunità Alloggio per Disabili «Don P. Bazzotti» di Roverbella Via Roma, 7 - 46048 Roverbella	Coop. sociale di solidarietà a r.l. «La Quercia» Roverbella	7	7	7	0
Comunità Alloggio per Disabili «Sacca» di Goito Via F.A. Mori, 54 (loc. Sacca) - 46044 Goito	ANFFAS Mantova	9	9	6	2
Centro Residenziale Handicap di Mantova loc. Trincerone - 46100 Mantova apertura prevista entro l'anno 2002 per 20 posti di CRH + 6 posti di pronto intervento	Consorzio «Sol.Co Mantova»	0	0	0	9
TOTALE SERVIZI RESIDENZIALI		22	22	19	11

QUANTIFICAZIONE DEI DISABILI COLPITI DA RITARDO MENTALE DI ETÀ COMPRESA TRA 0-59 ANNI RESIDENTI NEL DISTRETTO DI MANTOVA

fascia di età	grado di ritardo mentale	in strutture scolastiche				in strutture diurne per disabili		
		scuola element.	scuola media	scuola secondaria	Centri di Formazi. Profession.	Istituto Casa del Sole	Centri Socio Educativi	Servizi di Formazione all'Autonom.
0-9 anni	<i>lieve</i>	1				1		
	<i>medio</i>	3				1		
	<i>grave</i>	4				14		
	Totale	8				16		
10-19 anni	<i>lieve</i>	5	13	11	3	1		1
	<i>medio</i>	6	11	7	3	9		
	<i>grave</i>	3	1			24		
	Totale	14	25	18	6	34		1
20-29 anni	<i>lieve</i>			2	4			
	<i>medio</i>			2	5	1		8
	<i>grave</i>			1	1	3	40	7
	Totale			5	10	4	40	15
30-39 anni	<i>lieve</i>							
	<i>medio</i>							7
	<i>grave</i>						39	7
	Totale						39	14
40-49 anni	<i>lieve</i>							
	<i>medio</i>							
	<i>grave</i>						14	3
	Totale						14	3
50-59 anni	<i>lieve</i>							
	<i>medio</i>							1
	<i>grave</i>						14	1
	Totale						14	2
TOTALE 0-59 ANNI	<i>lieve</i>	6	13	13	7	2		1
	<i>medio</i>	9	11	9	8	11		16
	<i>grave</i>	7	1	1	1	41	107	18
	Totale	22	25	23	16	54	107	35

QUANTIFICAZIONE DEI DISABILI COLPITI DA RITARDO MENTALE DI ETÀ COMPRESA TRA 0-59 ANNI RESIDENTI NEL DISTRETTO DI MANTOVA

fascia di età	grado di ritardo mentale	in attività occupaz.		in strutture residenziali				Non fruiscono di servizi diurni o residenzial.
		Borsa-lavoro o tirocinio lavorativo	Occupati	Comunità alloggio per disabili	Istituti residenziali o CRH	Istituti Geriatrici	altre strutture residenz.	
0-9 anni	<i>lieve</i>							
	<i>medio</i>							
	<i>grave</i>							
	Totale							
10-19 anni	<i>lieve</i>							15
	<i>medio</i>		1	1			1	7
	<i>grave</i>				3		1	6
	Totale		1	1	3		2	28 (21%)
20-29 anni	<i>lieve</i>	5	19					29
	<i>medio</i>	5	3		1			16
	<i>grave</i>	2	1	1	2		1	14
	Totale	12	23	1	3		1	59 (34%)
30-39 anni	<i>lieve</i>	1	12					13
	<i>medio</i>		21					29
	<i>grave</i>	1	3	3	9			17
	Totale	2	36	3	9			59 (36%)
40-49 anni	<i>lieve</i>	1	8	1				7
	<i>medio</i>	1	18					31
	<i>grave</i>			3	11	2	2	21
	Totale	2	26	4	11	2	2	59 (48%)
50-59 anni	<i>lieve</i>		2	1				10
	<i>medio</i>		3			3	1	27
	<i>grave</i>		2	6	7	9	8	44
	Totale		7	7	7	12	9	81 (58%)
TOTALE 0-59 ANNI	<i>lieve</i>	7	41	2				74 (42%)
	<i>medio</i>	6	46	1	1	3	2	110 (45%)
	<i>grave</i>	3	6	13	32	11	12	102 (27%)
	Totale	16	93	16	33	14	14	286 (36%)

ELENCO RSA ACCREDITATE

DISTRETTO DI MANTOVA		SERV. ANZIANI		VALORI AL 30.04.2002				<i>In corsivo: richiesta modifica</i>	
DENOMINAZIONE	COMUNE	PL ACCREDITATI 2001				PL AUTORIZZATI			
RESIDENZA		NAT	NAP	ALZ	TOT	NAT	NAP	AUT	TOT
Isabella D'Este - ASPeF	Mantova	61	45		106	69	37		106
Ist.Ger. Mazzali	Mantova	177		36	213	213			213
Geriatrico Intercomun.	Rodigo	178	16		194	181	12		193
Antonio Nuvolari	Roncoferraro	103	12		115	103	12		115
Villa Azzurra	Borgoforte	126	20		146	126	20		146
	TOTALE	645	93	36	774	692	81		773

ELENCO RSA NON ACCREDITATE

DISTRETTO DI MANTOVA		SERV. ANZIANI		VALORI AL 30.04.2002				<i>In corsivo: richiesta modifica</i>	
DENOMINAZIONE	COMUNE	PL ACCREDITATI 2001				PL AUTORIZZATI			TOT
RESIDENZA		NAT	NAP	ALZ	TOT	NAT	NAP	AUT	TOT
Casa pace	Mantova	Accreditati				20	29	4	53
Sereno soggiorno	Mantova	Accreditati				20	15	31	66
I Girasoli	Virgilio	Accreditati				51	6	3	60
	TOTALE					91	50	38	179

**SERVIZIO SA.D. ANZIANI E DISABILI:
ANALISI DELLA SPESA E INDICATORI DI QUALITA'**

N. pro gr.	BENEFICIARI (Enti gestori)	POPOLAZ. ANZIANA 65 ANNI E OLTRE	TOTALE UTENTI ASA		INDICE DIFFUSIONE %UT. SU ANZ.	Ore annue personale		INTENSITA' SETTIMAN. (n° ore x ut)
		Rif. Anno 2000	Anziani n°	Handic ap n°		A.S.A.	Educat.	
1	BAGNOLO S.V.	1133	24	6	2,65	2.388		1,53
2	BIGARELLO	272	3	0	1,10	205		1,31
3	BORGOFORTE	788	35	6	5,20	5.546		2,60
4	CASTELBELFORTE	549	18	0	3,28	1.643		1,76
5	CASTEL D'ARIO	928	88	8	9,58	2.339		0,62
6	CASTELLUCCHIO	961	43	2	4,68	3.613	816	1,89
7	CURTATONE	2106	60	3	2,99	4.304		1,31
8	MANTOVA/ASPeF	12256	373	29	3,28	32.382		1,55
9	MARMIROLO	1383	57	0	4,12	7.847		2,65
10	PORTO MANTOV.	2205	68	7	3,40	12.360		3,17
11	RODIGO	1136	26	3	2,55	3.599		2,39
12	RONCOFERRARO	1534	43	3	3,00	5.586		2,34
13	ROVERBELLA	1473	31	0	2,10	2.512		1,56
14	S. GIORGIO	1153	50	2	4,51	7.488		2,77
15	VILLIMPENTA	562	20	0	3,56	2.492		2,40
16	VIRGILIO	1681	56	12	4,05	5.950		1,68
	TOTALE	30120	995	81	3,75	100.254	816	1,97

Dati forniti da ASL DI MANTOVA - DIPARTIMENTO ASSI-SERVIZIO ANZIANI

ANALISI DEI SERVIZI E AREE WELFARE

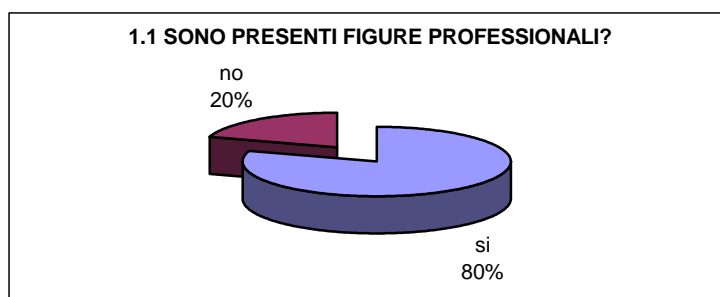
La descrizione seguente si basa su una ricerca svolta presso tutti i Comuni del distretto ed è mirata a fotografare lo stato esistente sia di determinati servizi sia di determinate aree di welfare.

I servizi trattati sono **segretariato sociale e servizi domiciliari**. Le aree di welfare sono **anziani, handicap, famiglia e minori, immigrati, emarginazione e giovani**.

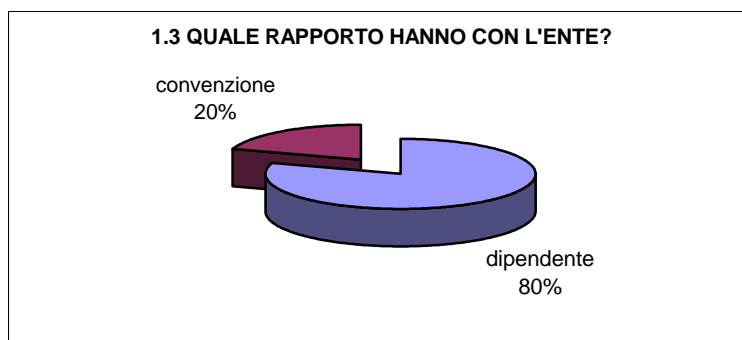
ANALISI DEI SERVIZI

1 SEGRETARIATO SOCIALE

L'80% dei comuni del distretto offre i servizi di segretariato sociale erogato da due tipologie di figure professionali: assistenti sociali e amministrativi. Solo il 50% dei comuni gode di entrambe le figure.



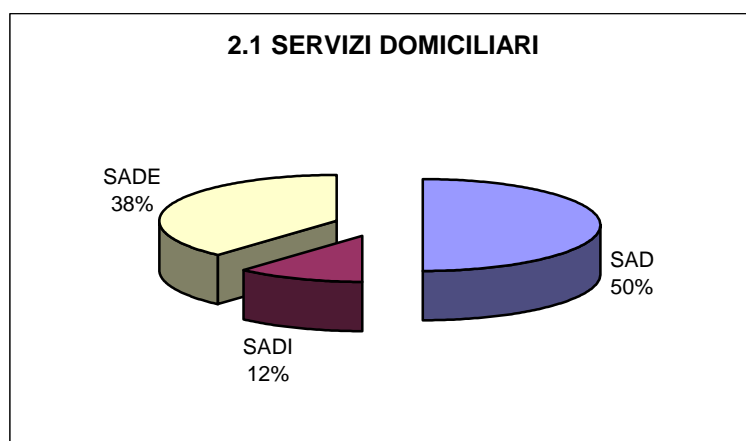
L'80% delle persone che operano nel segretariato sono dipendenti e il 20% sono in convenzione. Questi ultimi rientrano nella categoria assistenti sociali.



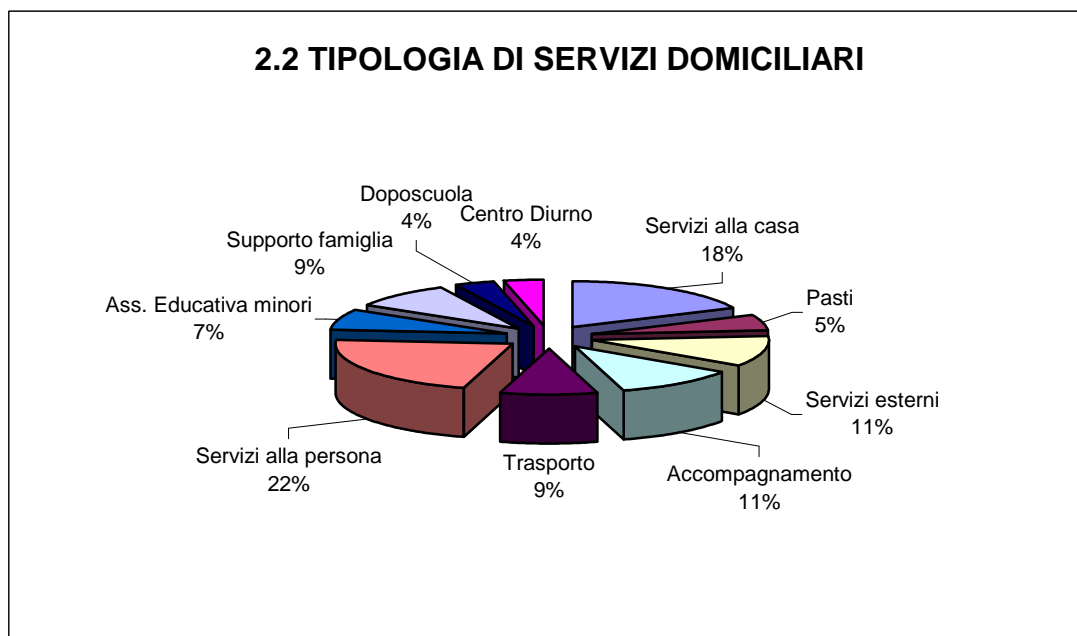
2 SERVIZI DOMICILIARI

Nel distretto sono presenti i seguenti servizi domiciliari: SAD, SADI, SADE. Il SAD è presente in tutti i comuni, il SADI è presente in solo 3 comuni e il SADE nel 70% dei comuni.

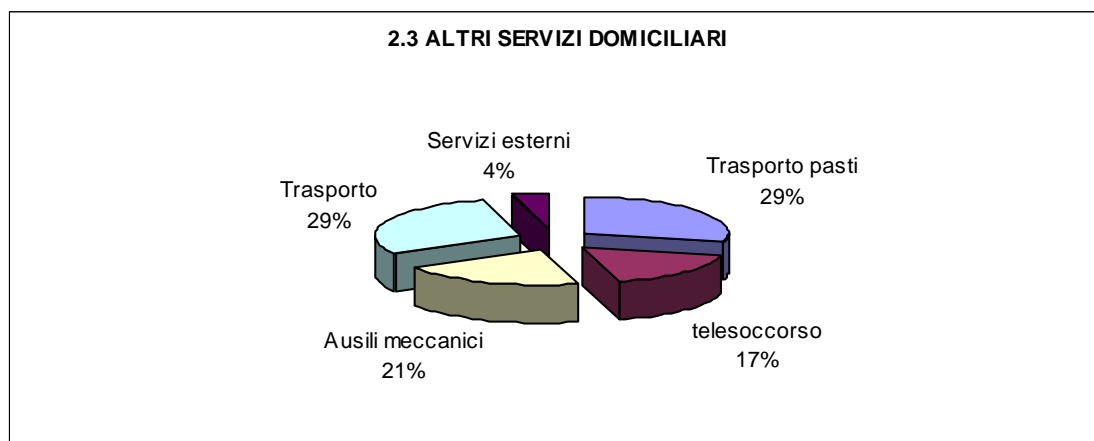
Nello specifico pertanto risulta che all'interno dei servizi sociali il 50% è SADI, il 12% SADI e il 38% SADE.



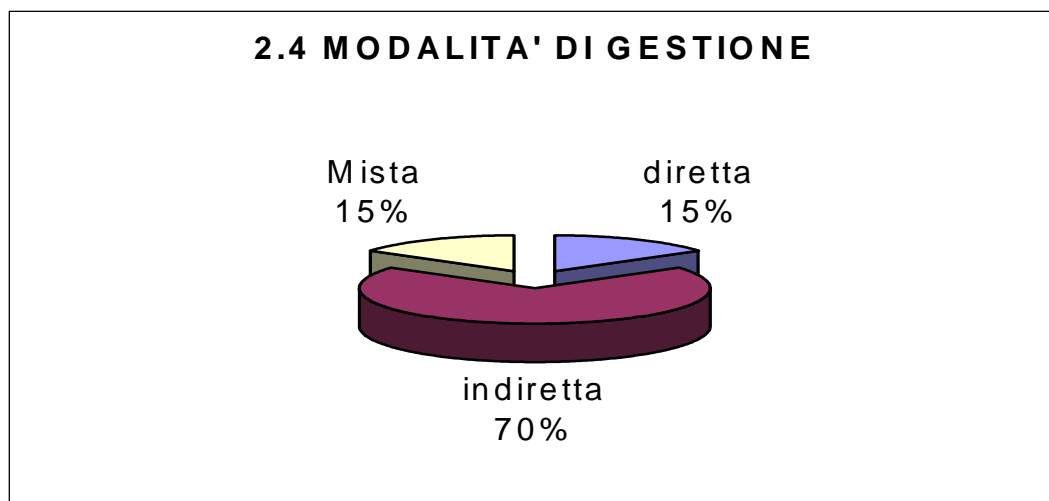
Nel grafico seguente sono riportate le tipologie di servizi domiciliari e la relativa percentuale.



Tra i servizi domiciliari di supporto sono state individuate 5 tipologie che sono state riportate nel grafico 2.3 con le relative percentuali.



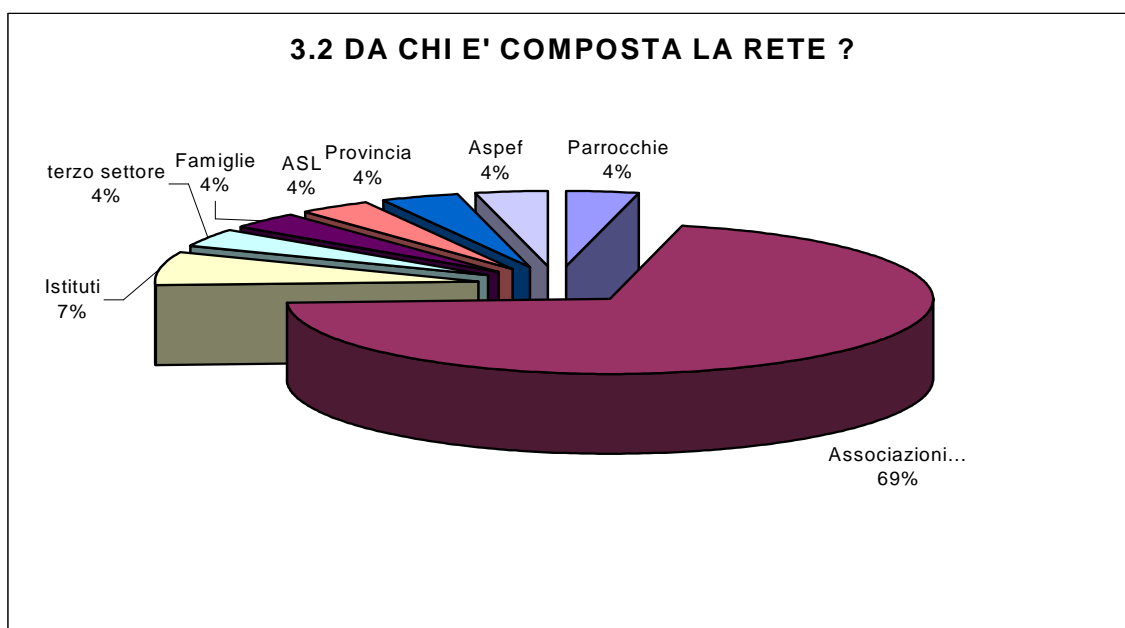
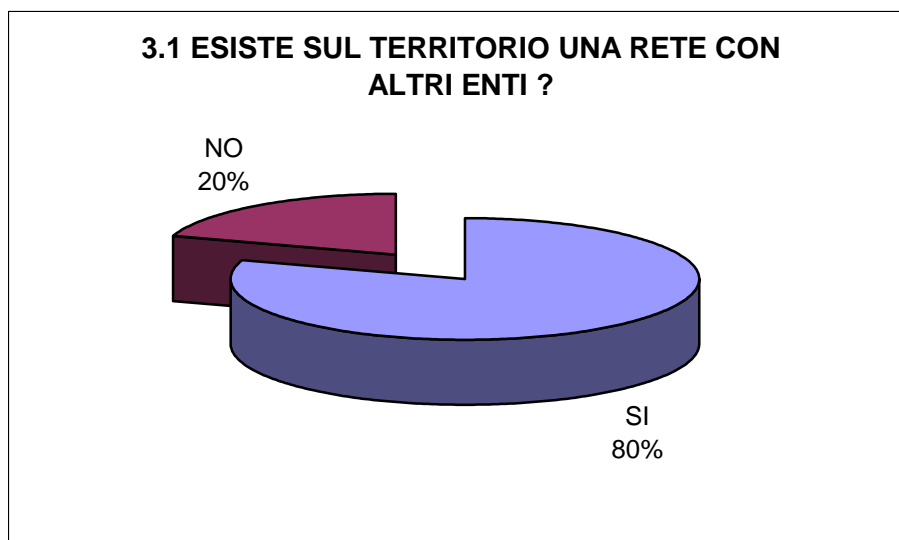
Per quanto riguarda la modalità di gestione, i servizi sopra elencati sono gestiti direttamente o indirettamente dall'ente. Prevale la gestione indiretta 70%, contro il 15% di gestione diretta e 15% di gestione mista. Altri enti che contribuiscono direttamente o indirettamente nella gestione dei servizi domiciliari sono: ASL, aziende private, terzo settore o aziende speciali (Aspef), Caritas, e parrocchie.



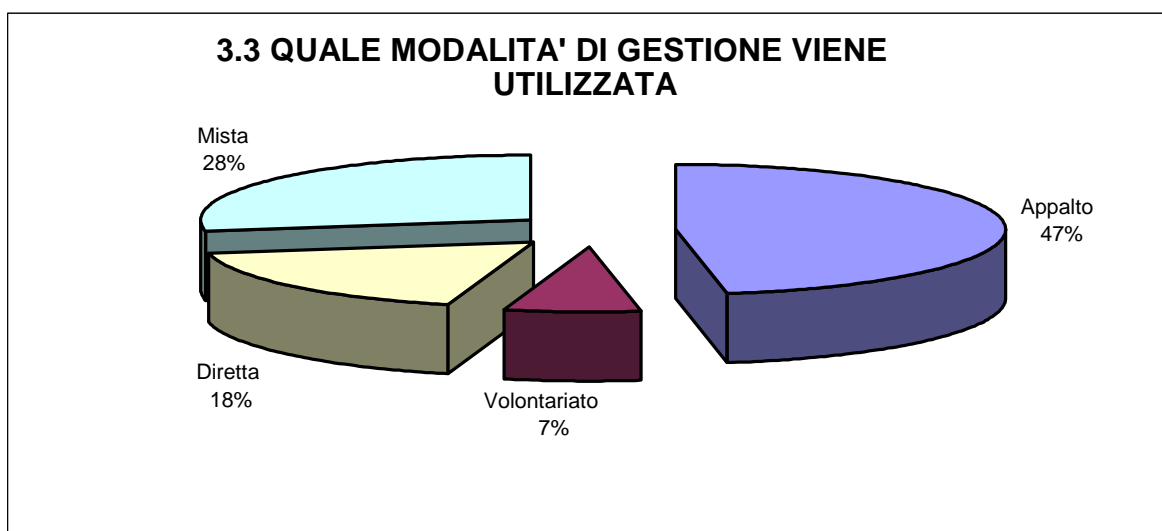
AREE DI WELFARE

3 ANZIANI

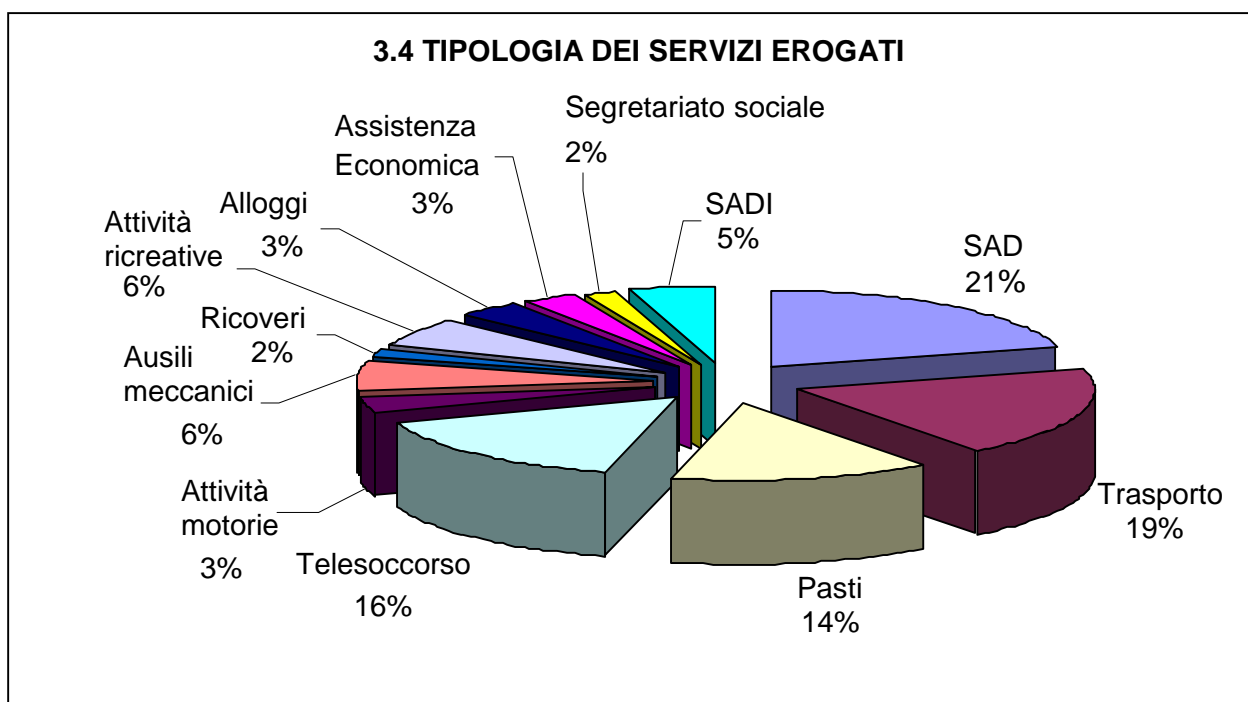
L'80% dei Comuni del distretto opera sul territorio tramite una rete composta da altri enti pubblici e privati. I pochi che non operano in rete è perché offrono pochi o nessun servizio a tale categoria. Nel grafico sono riportati gli enti e la percentuale di presenza: la categoria più numerosa risulta l'Associazione in cui rientrano i circoli ricreativi, la Caritas, la croce rossa e ogni tipo di associazione (volontariato, sportiva, culturale, ecc...).



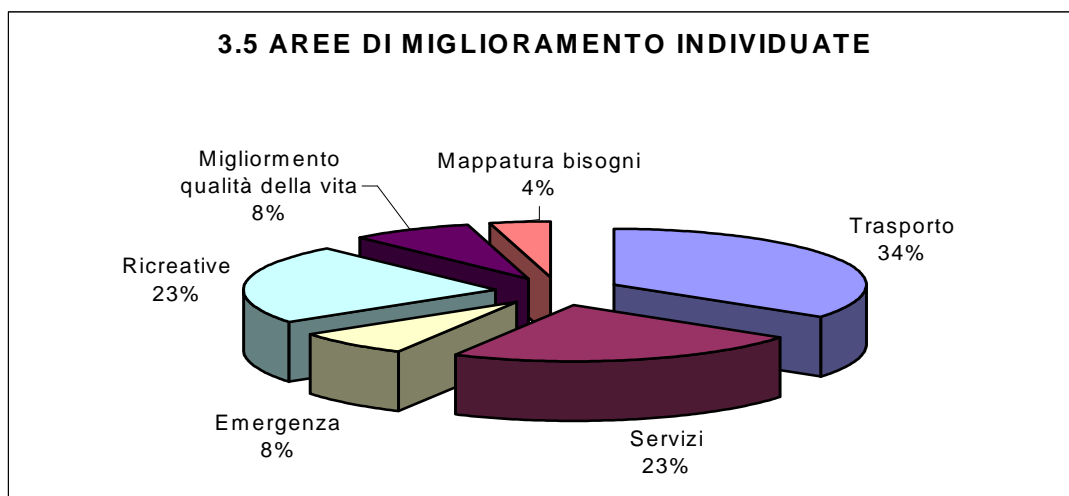
I Comuni erogano diversi servizi sul territorio secondo le seguenti modalità: diretta 18%, indiretta 47%, mista 28% e volontariato 7%. Quest'ultima modalità di rete, se pur limitata, è significativa perché è uno dei pochi esempi in cui i comuni operano in rete collaborazione con il volontariato.



Per quanto riguarda i servizi erogati, oltre a quelli precedentemente descritti (segretariato sociale e servizi domiciliari) vi sono quelli riportati nel grafico con la relativa percentuale. I primi quattro sono SAD, trasporto, telesoccorso e pasti.

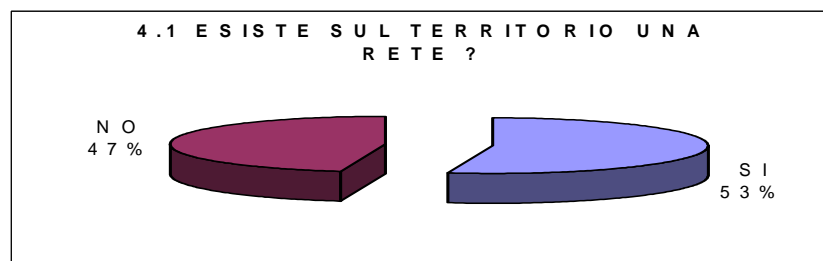


Per l'area anziani il distretto ha individuato 6 aree di miglioramento, le 3 principali sono: trasporto, servizi in genere e attività ricreative (vedi grafico).

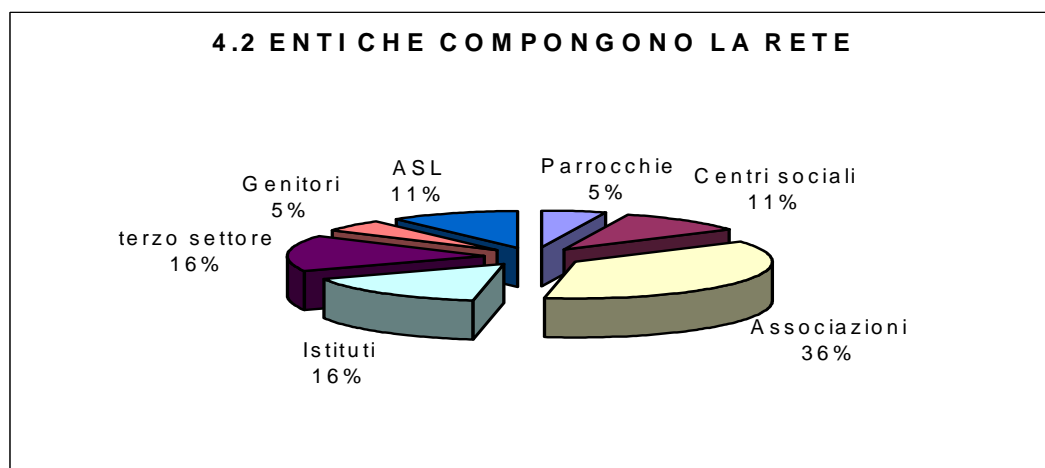


4 HANDICAP

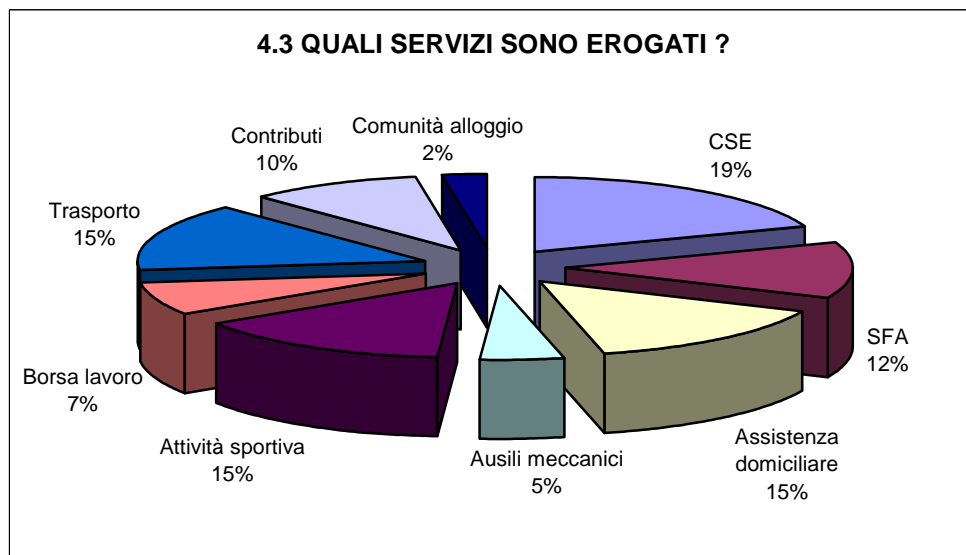
A differenza del settore AZIANI, nel settore handicap il 53% dei Comuni opera in rete con altri Enti. (Vedi grafico).



La rete è composta prevalentemente da associazioni, Istituti, Centri specializzati (vedi grafico).

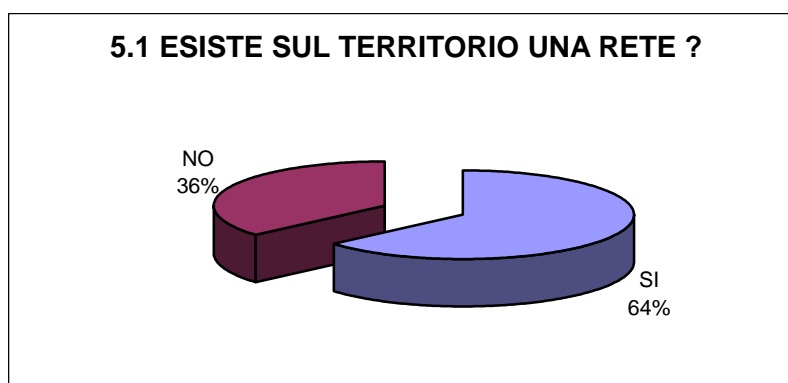


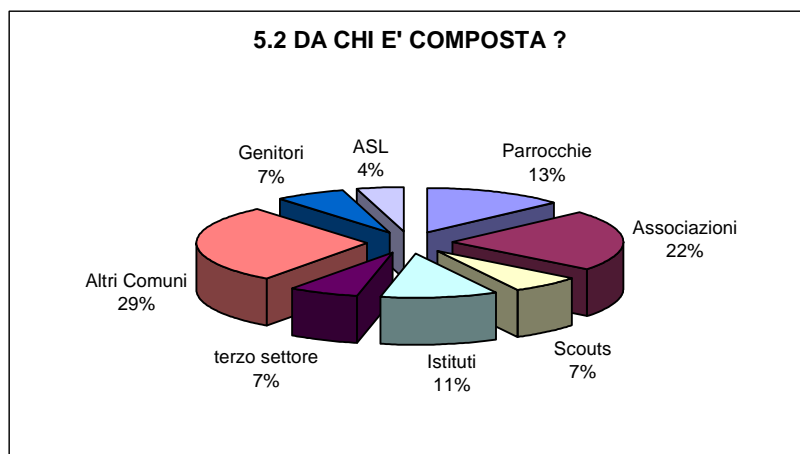
I servizi erogati sono diversificati (vedi grafico) e quello principale è il CSE. Per quanto riguarda la modalità di gestione è determinante il ruolo del volontariato.



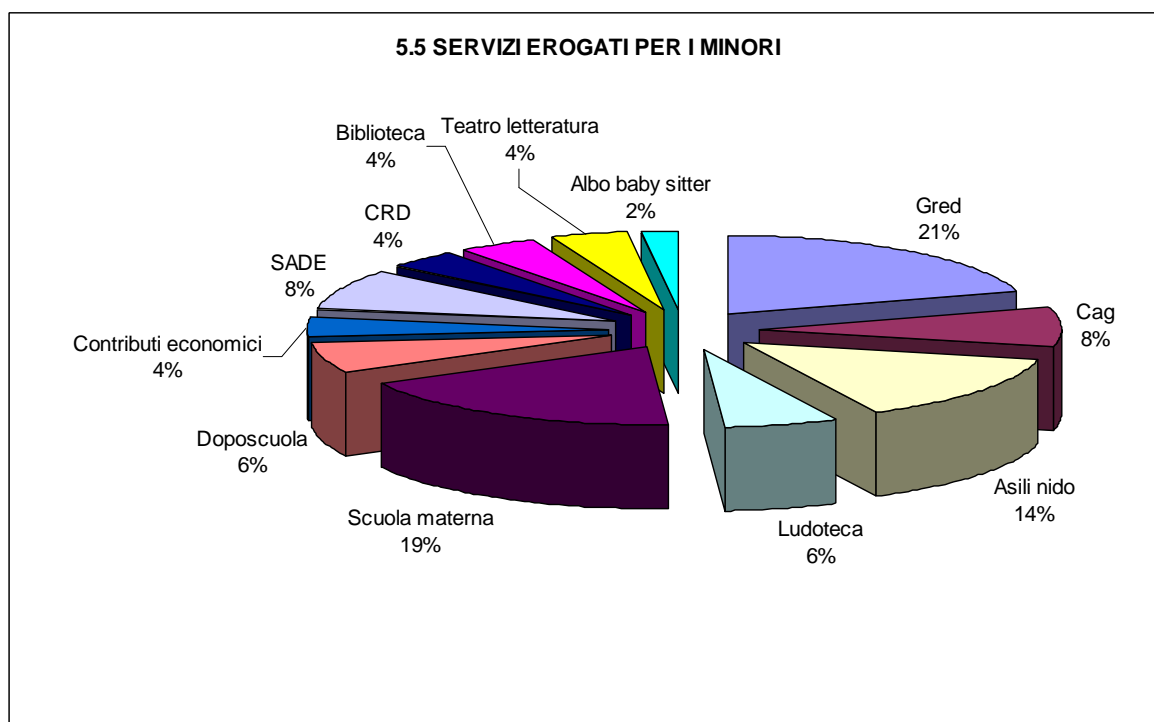
5 FAMIGLIA E MINORI

Per quanto riguarda i MINORI, nel distretto vi è ancora il 36% dei comuniche non opera in rete con altri Enti pur erogando dei servizi. (vedi grafico 5.1). Gli elementi che compongono la rete si differenziano dalle altre; infatti, in questa area è composta da altri Comuni, associazioni e parrocchie, questo è dovuto dalla collaborazione ormai pluriennale nella gestione dei progetti della legge 285 del 97.

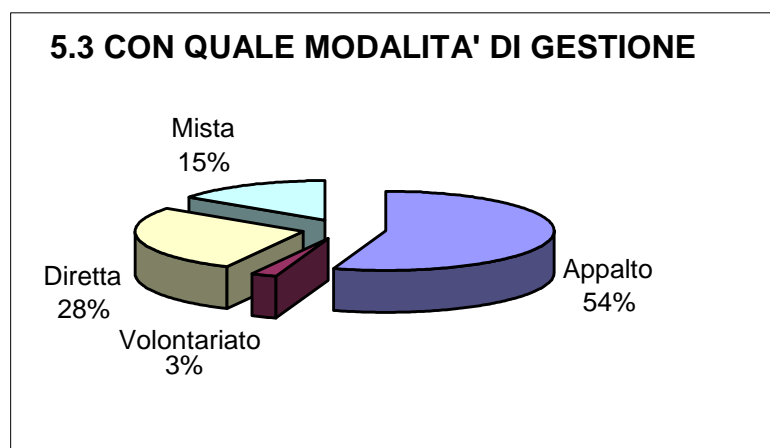




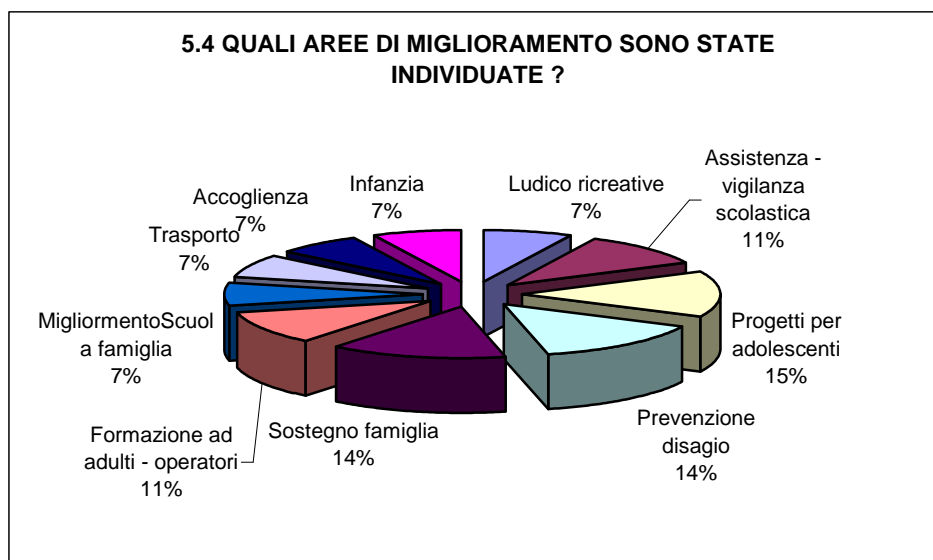
I servizi erogati sono molto diversificati e tra tutte le categorie prese in esame quella dei minori risulta composta da 12 tipologie di servizi e i primi tre sono CRED, scuola materna , asili nido (Grafico 5.5).



La maggior parte dei servizi (il 54%) sono in appalto a terzi (grafico 5.3).

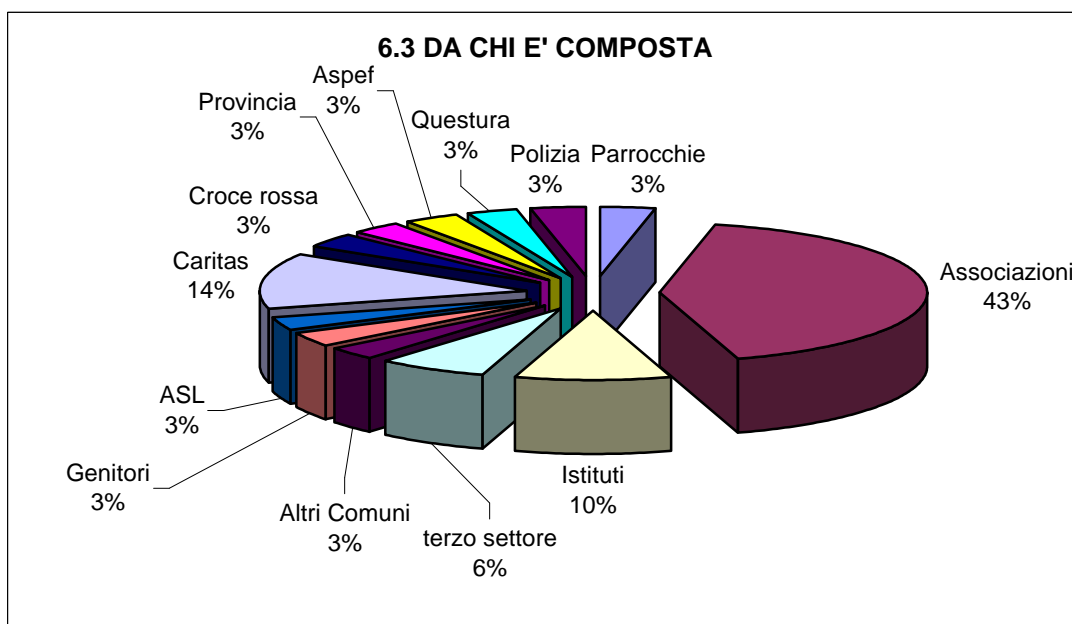
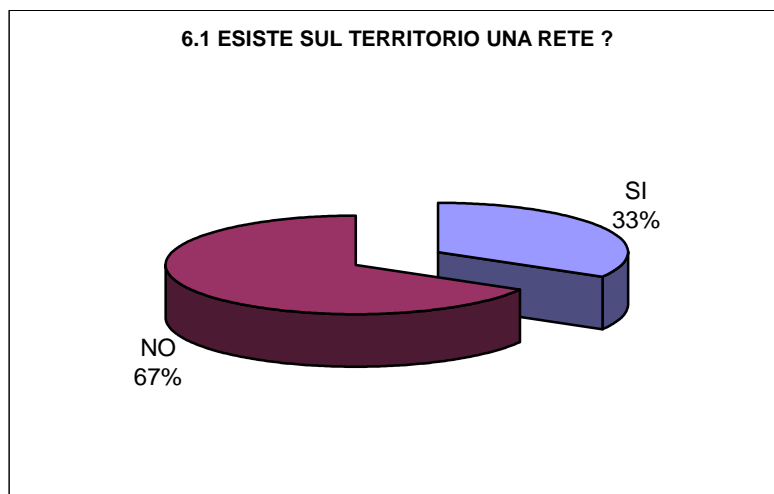


Nell'erogare tali servizi sono stati individuati una serie di aree di miglioramento, le principali sono : definire progetti per i preadolescenti, sostegno alla famiglia e prevenzione del disagio. (grafico 5.4).

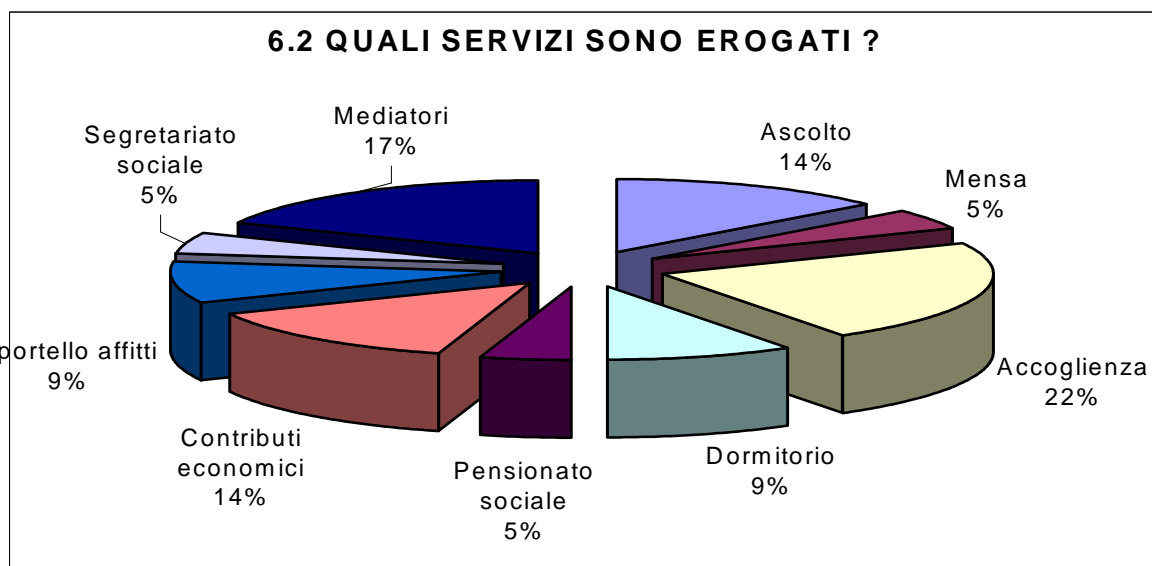


6 IMMIGRATI

Nel distretto il 67% dei comuni lavora in rete. Essa è molto diversificata infatti è composta da 13 enti tra cui Polizia di Stato e Questura e come nelle altre reti anche in questa prevale il ruolo delle associazioni. (grafico 6.3).



I servizi erogati sono descritti nel seguente grafico (6.2). Il servizio più presente è quello dell'accoglienza ed emerge il nuovo servizio dei mediatori culturali.



Stima del numero di stranieri presenti in provincia di Mantova al 30 giugno 2001 secondo il Paese di provenienza (arrotondamento a 10 unità)

Principali Paesi di provenienza	Residenti	Non residenti		Totale	
		Minimo	Massimo	Minimo	Massimo
Marocco	3.670	860	960	4.530	4.630
India	1.820	430	520	2.250	2.340
Albania	1.520	400	480	1.920	2.000
Cina (R.Pop.)	940	280	340	1.220	1.280
Nigeria	700	150	180	850	880
Romania	650	180	240	830	890
Ghana	640	130	180	770	820
Tunisia	630	160	210	790	840
Macedonia	460	110	170	570	630
Jugoslavia	420	110	150	530	570
Bangladesh	410	110	160	520	570
Brasile	310	70	110	380	420
Pakistan	240	50	80	290	320
Sri Lanka	200	50	70	250	270
Filippine	180	40	60	220	240
Senegal	170	60	80	230	250
Bosnia	170	40	60	210	230
Polonia	140	30	50	170	190
Croazia	120	20	40	140	160
Vietnam	110	20	30	130	140
Totale 20 paesi	13.500			16.800	17.670
% sul totale	92%	92%	92%	92%	91%

Fonte: n/elaborazioni su dati Osservatorio Fondazione I.S.M.U. – Provincia di Mantova anno 2001

Differenze di genere nell'ambito degli stranieri presenti nella provincia di Mantova nel 2001		
<i>Indicatori</i>	<i>Maschi</i>	<i>Femmine</i>
% Residenti	88,7	90,1
% Regolari	89,4	90,0
Età mediana (anni)	34,1	32,1
% Est Europa	21,5	20,3
% Nord Africa	32,8	30,2
% Altri Africa	18,0	23,1
% Asia	24,9	18,7
% America Latina	2,8	7,7
Celibi, Nubili/Coniug.x100	53,85	31,09
% Cattolici	11,4	24,0
% Musulmani	60,6	44,0
% Nessuna religione	1,3	1,7
% senza alcun titolo di studio	6,3	13,2
Anzianità media della presenza in provincia di Mantova (anni)	5,57	5,28
Anzianità media della presenza in Lombardia (ani)	6,05	5,48
Anzianità media della presenza in Italia (anni)	8,03	6,12
% di soggetti soli (*)	17,1	9,4
% di soggetti che vivono solo con coniuge (*)	8,4	18,8
% di soggetti che vivono con coniuge e figli (*)	29,9	51,6
% di soggetti con soluzione abitativa autonoma	59,5	67,5
% di soggetti in abitazione precaria o in struttura d'accoglienza	8,9	6,0
% di disoccupati	10,8	15,8
occupati irregolari/occupati regolari x 100	8,63	13,92
reddito mensile medio	1.813.000	1.503.000
(*) Poiché si fa riferimento al concetto di convivenza con altri individui (indipendentemente da vincoli parentali), le percentuali sono riferite ad un totale che comprende anche modalità non familiari come "con amici o conoscenti"		
Fonte: n/elaborazioni su dati Osservatorio Fondazione I.S.M.U. – Provincia di Mantova 2001		

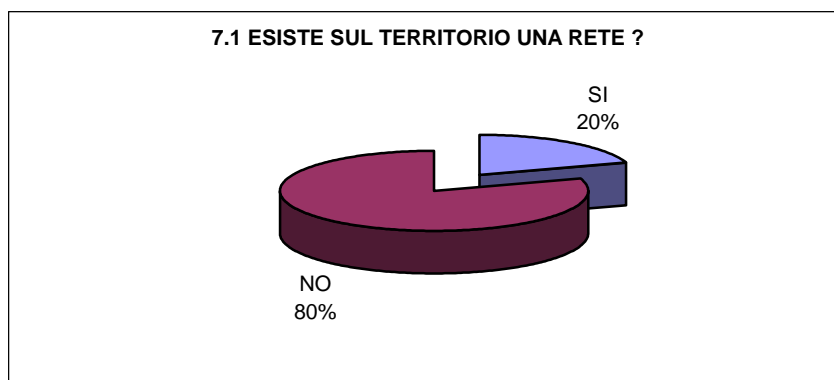
Condizione lavorativa prevalente degli stranieri presenti nella provincia di Mantova nel 2001 classificati secondo la provenienza (valori percentuali)						
<i>Occupazione prevalente</i>	<i>Est Europa</i>	<i>Nord Africa</i>	<i>Altri Africa</i>	<i>America Latina</i>	<i>Asia</i>	<i>Totale</i>
Disoccupato	15,4	15,8	7,1	16,7	9,7	12,6
Studente	--	--	1,0	12,5	--	0,8
Casalinga	7,7	19,1	6,1	4,2	9,7	11,2
Occ. Regol. tempo determ.	13,5	12,5	8,1	4,2	12,4	11,4
Occ. Regol. part-time	3,8	1,3	9,1	12,5	1,8	4,1
Occ. Regol. tempo indetermin.	43,3	40,1	58,6	41,7	42,5	45,1
Occ. Irregol. stabile	5,8	1,3	1,0	--	5,3	3,0
Occ. Irregol. precario	4,8	1,3	2,0	4,2	3,5	2,8
Autonomo regolare	3,8	7,9	5,1	4,2	14,2	7,7
Autonomo irregolare	1,9	0,7	2,0	--	0,9	1,2
Totale	100	100	100	100	100	100
<i>Fonte: n/elaborazioni su dati Osservatorio Fondazione I.S.M.U.– Provincia di Mantova anno 2001</i>						

La mediazione culturale

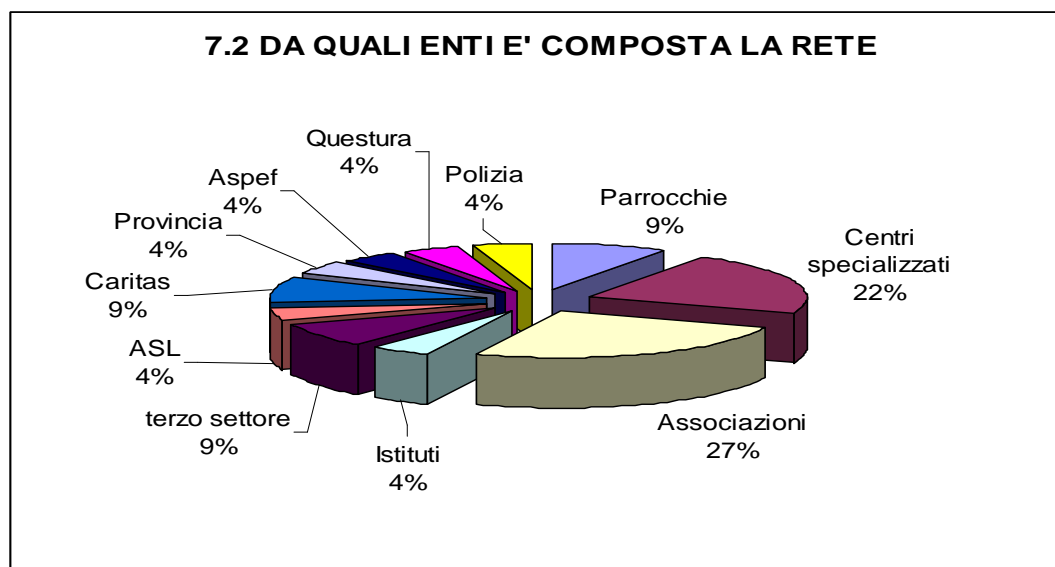
La mediazione culturale, oltre ad essere svolta dai singoli comuni in specifici progetti, trova una adeguata collocazione nell'ambito di progetti avviati dalla Provincia con il centro Interculturale e la costituenda Agenzia dei mediatori Culturali.

7 EMARGINAZIONE

Nell'area emarginazione sociale rientrano le seguenti categorie: prostituzione, carcere, nomadi, tossicodipendenza e alcool dipendenza. Dal grafico è evidente che solo il 20 % eroga i servizi in collaborazione con altri enti.

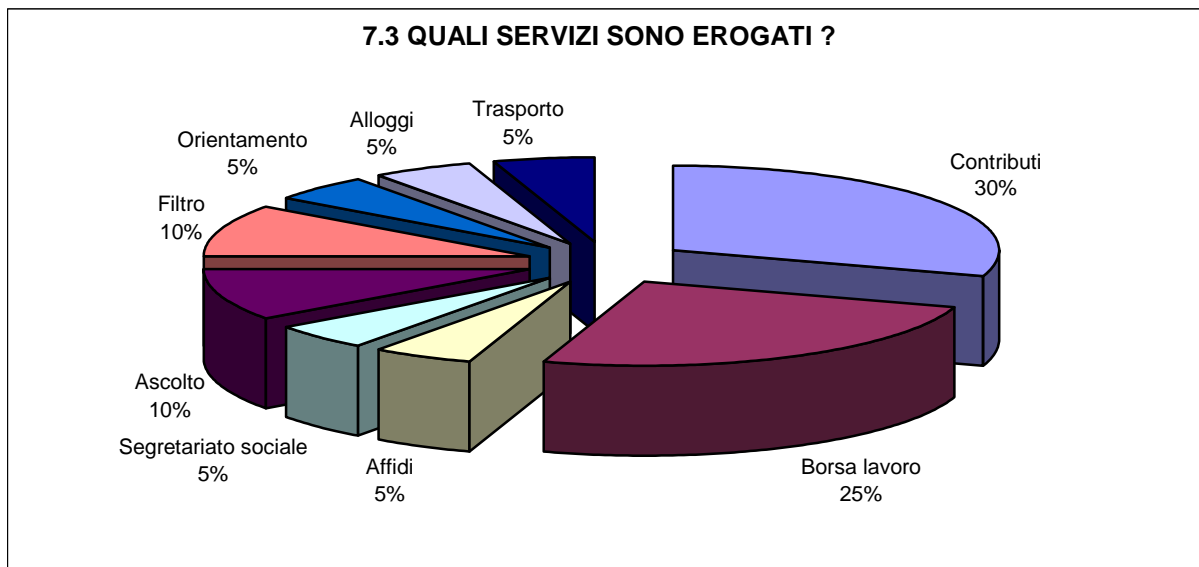


Per quanto riguarda il rimanente 80% la maggior parte (70%) non eroga nessun servizio mentre il 30 % riesce ugualmente a garantirne alcuni come ad esempio contributi economici e borsa lavoro.

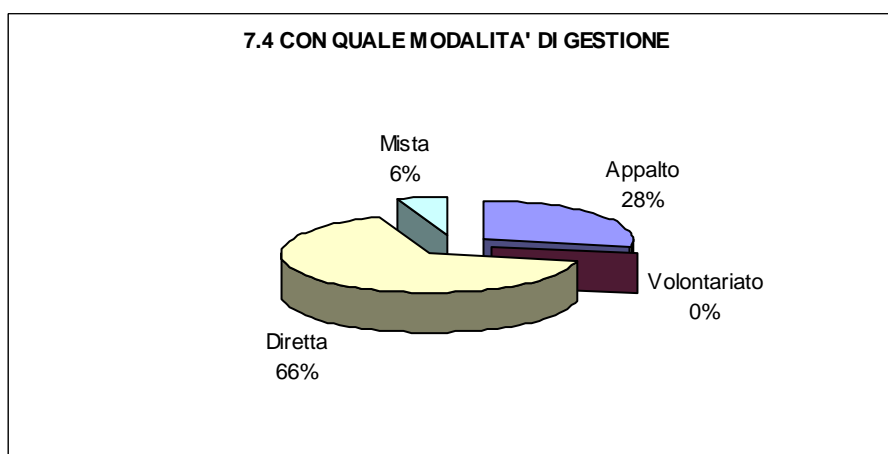


Per il 20 % che opera in rete, tale rete è composta nel modo seguente (vedi grafico): prevalgono i centri specializzati in cui rientrano il CSSA (centro servizi sociali adulti), Centro aiuto alla vita, , Centro solidarietà ecc...

I servizi erogati sul territorio sono elencati nel grafico. I principali, perché presenti anche nei Comuni che operano senza rete, sono: Contributi economici e Borsa lavoro.



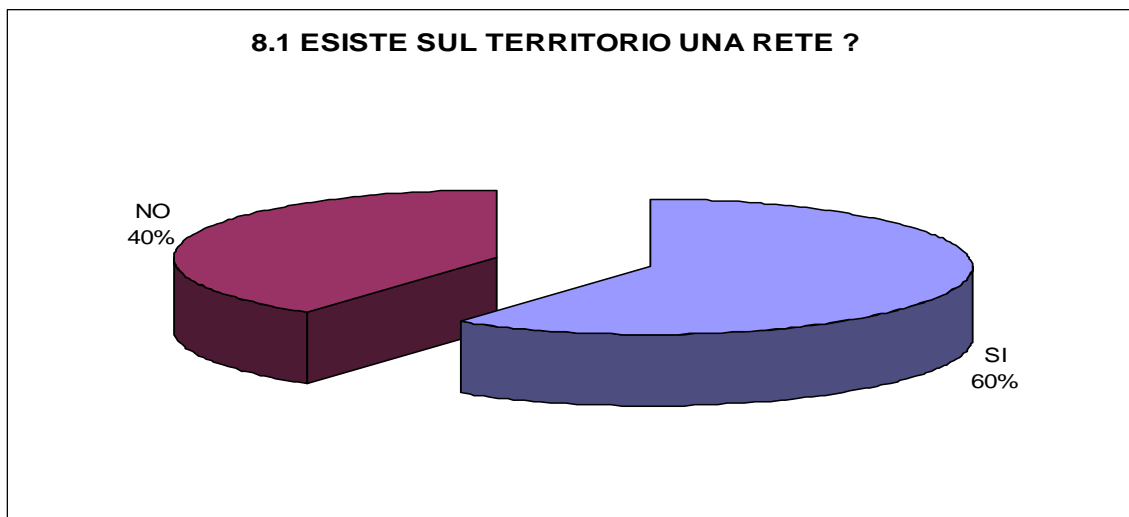
A differenza delle precedenti modalità di gestione, i servizi per l'emarginazione sono gestiti direttamente per il 66%.



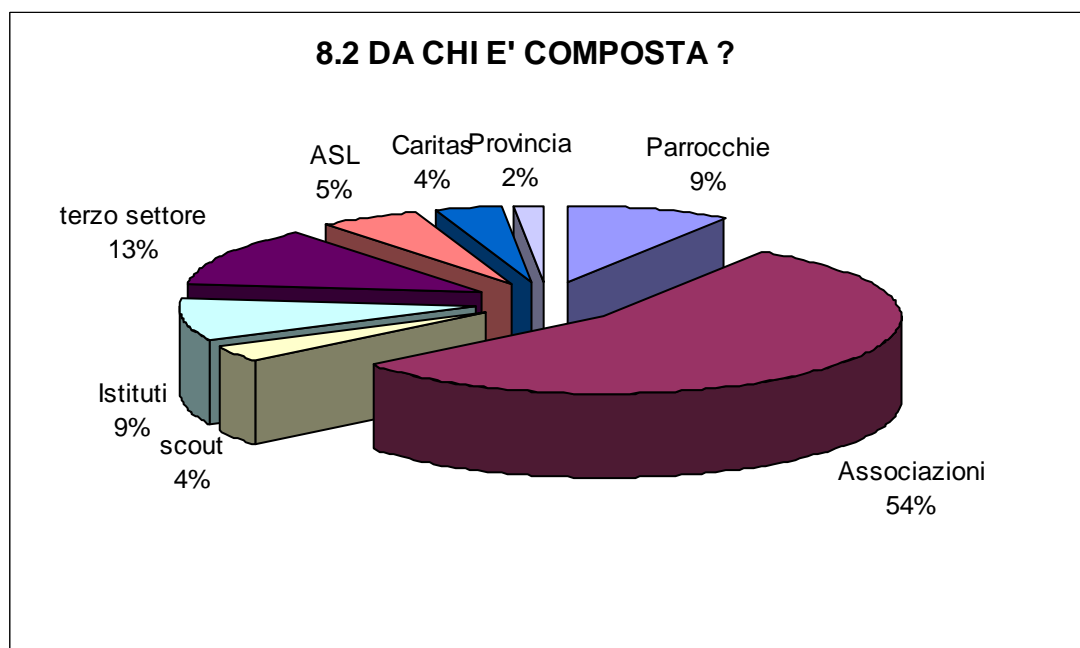
8 GIOVANI

L'ultima categoria trattata è quella dei giovani. Come tipologia di rete e di servizi è simile a quella dei minori.

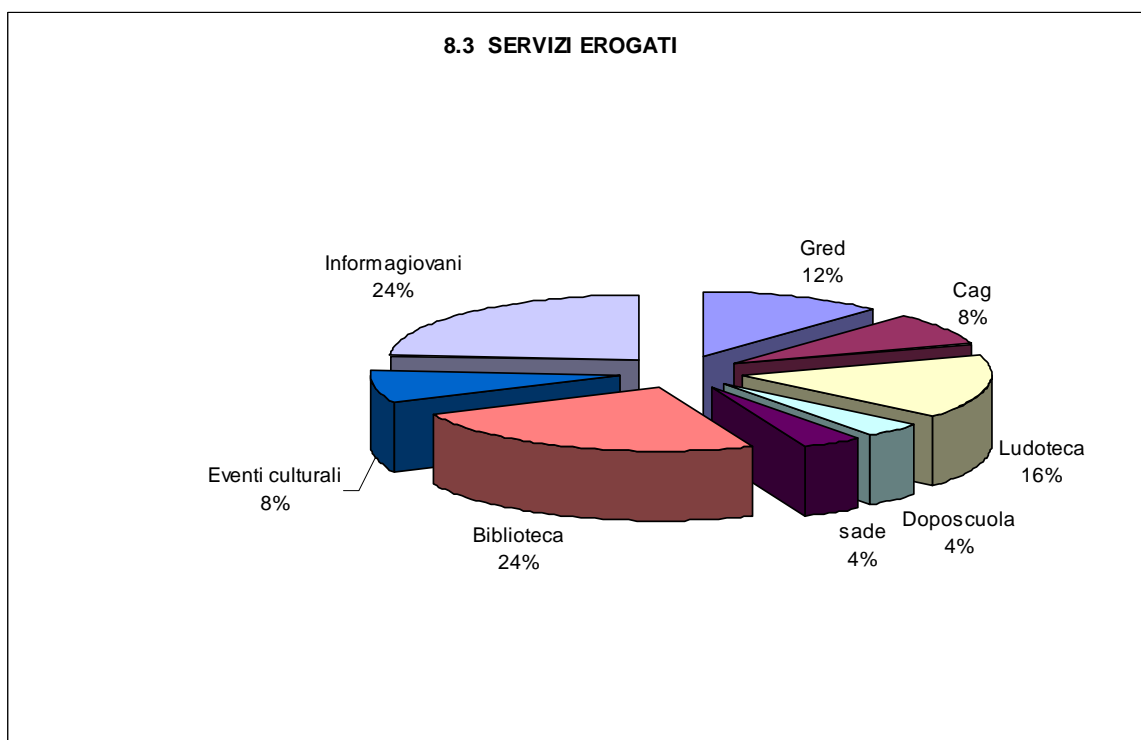
In particolare vediamo che il 60% dei Comuni eroga servizi sul territorio con altri Enti.



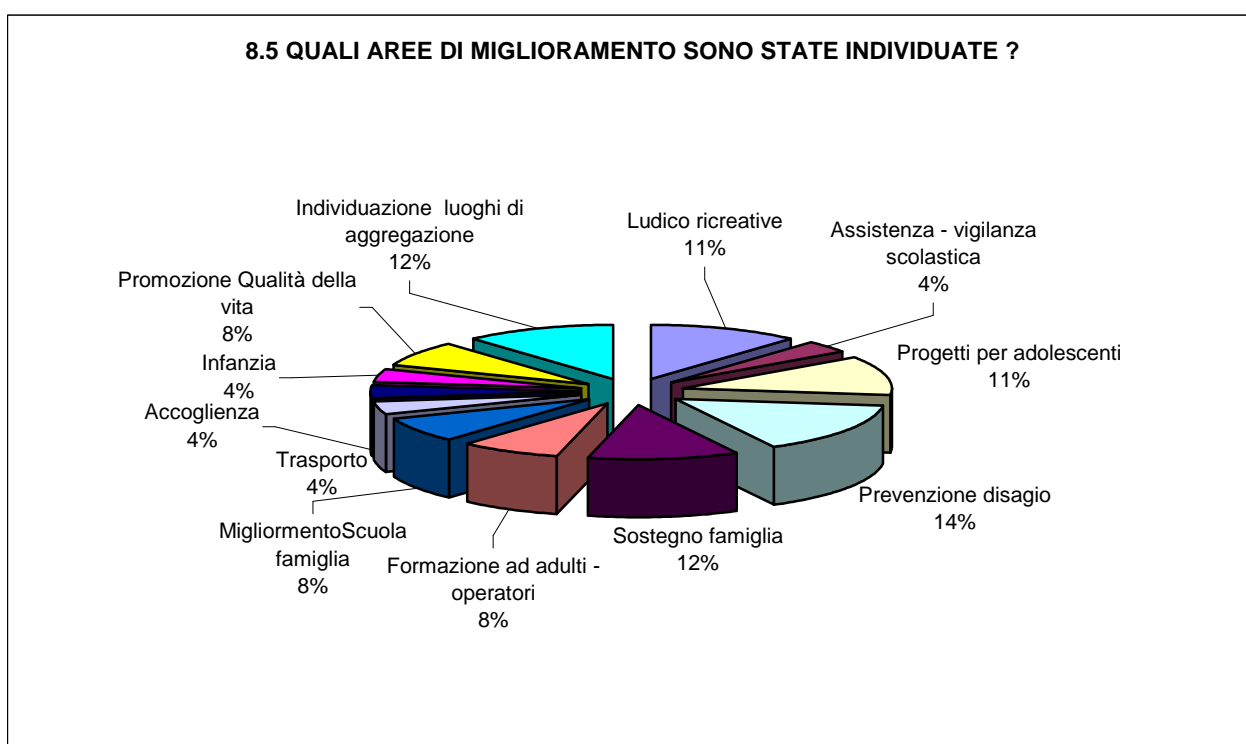
Il 54% degli enti sono associazioni di diverso tipo da quelle sportive a quelle culturali, emerge il terzo settore con una presenza del 13%.



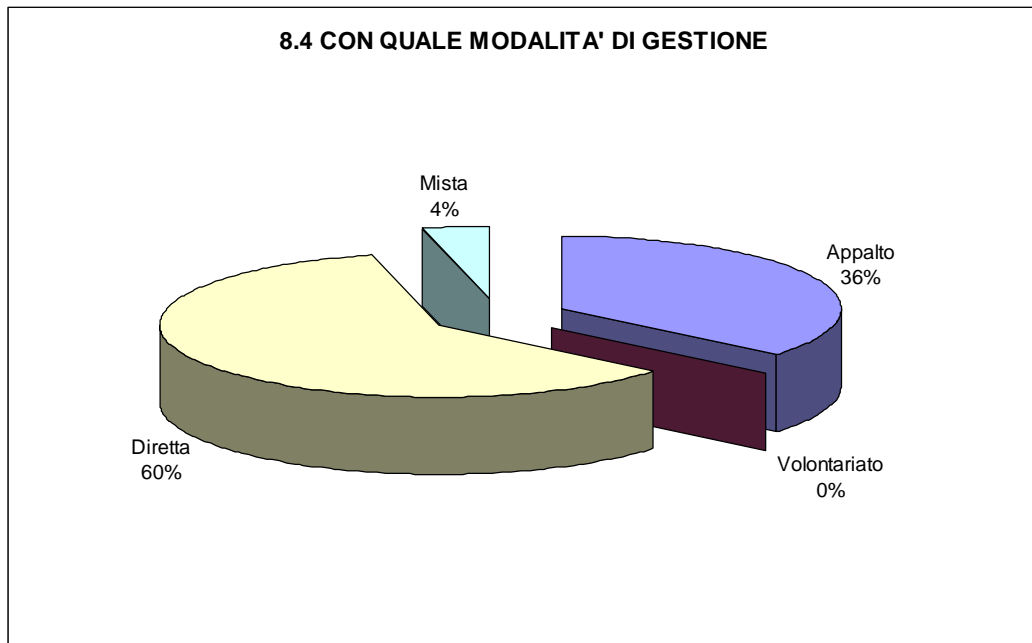
I servizi erogati sul territorio sono di 8 tipologie (vedi grafico) i principali sono: biblioteca, informagiovani e ludoteca.



Tali servizi sono erogati in relazione alle seguenti aree di miglioramento (vedi grafico 8.5). Le principali sono prevenzione disagio, individuazione dei luoghi di aggregazione e sostegno alla famiglia.



Per quanto riguarda la tipologia di gestione il 66% di tali servizi è diretta.(grafico 8.4),



Capitolo 3

Analisi dei bisogni

Uno degli elementi portanti della legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali è il riconoscimento e la valorizzazione del ruolo degli organismi del terzo settore chiamati a partecipare a pieno titolo alla programmazione ed alla organizzazione del sistema.

Esplicitamente richiamati all'art.1, comma 4, vengono ulteriormente riconosciuti e valorizzati all'art.3, comma 2, lettera b) che prevede il loro coinvolgimento diretto in termini di concertazione e cooperazione alla programmazione degli interventi e delle risorse del sistema integrato.

La particolare considerazione attribuita dal legislatore al terzo settore si evince altresì dall'art.5 che prevede che gli enti pubblici, anche in attuazione del principio di sussidiarietà, "promuovono azioni per il sostegno e la qualificazione dei soggetti operanti nel terzo settore anche attraverso politiche formative e interventi per l'accesso agevolato al credito ed ai fondi dell'Unione Europea".

Sulla base degli input forniti dalla legge, i sedici comuni dell'ambito distrettuale hanno adottato quale scelta metodologica la consultazione dei soggetti significativi del terzo settore operanti sul territorio.

Si è proceduto all'identificazione delle aree tematiche che di seguito vengono illustrate e per ciascuna di esse si sono promossi specifici tavoli di discussione e confronto con la presenza sia dei comuni del distretto, della Provincia, dell'ASL, delle Organizzazioni Sindacali che dei soggetti del terzo settore identificati.

Attraverso gli incontri si è giunti alla ricognizione dei bisogni e ad un confronto sulle priorità.

"TAVOLO MINORI E FAMIGLIE"

Problemi evidenziati:

- aumento separazioni con incidenza delle situazioni di donne sole con minori che devono far conciliare con grosse difficoltà i bisogni familiari con quelli lavorativi soprattutto dove sono carenti o del tutto assenti altre figure parentali di supporto
- aumento segnalazioni al Tribunale dei minori
- situazioni di maltrattamento fisico maggiormente presenti in nuclei di extracomunitari
- drastica diminuzione di segnalazioni da parte della scuola superiore rispetto alla fascia dell'obbligo e maggiore difficoltà a collaborare con attivazione spesso di meccanismi espulsivi
- abbassamento dell'età nei casi di depressione
- incidenza del "costo dei figli"
- aumento del consumo di alcool tra gli adolescenti, con scarsa consapevolezza del problema
- bisogno di ascolto e di conferma da parte soprattutto degli adolescenti ("di tutte le età")

Proposte di obiettivi ed attività

Area prevenzione:

- *favorire la conciliazione dei tempi famiglia\lavoro con particolare attenzione ai bisogni dei nuclei monogenitoriali* attraverso: il sostegno alla sperimentazione di nidi famiglia, il riconoscimento di un servizio di supporto offerto da singoli o famiglie, la predisposizione di voucher di accudimento, il favorire il mutuo aiuto, l'agevolazione su ticket e tariffe, interventi di sensibilizzazione o incentivazione delle imprese rispetto all'inserimento lavorativo di persone sole con figli e all'organizzazione del lavoro che tenga conto di specifici bisogni (flessibilità, assegnazione turni, ecc.)
- *accrescere la capacità di ascolto e di presa in carico soprattutto degli adolescenti da parte di tutta la comunità* attraverso: individuazione e sviluppo di canali adeguati in contesti vari (dalla scuola alla strada ai servizi più strutturati come gli informagiovani), interventi di formazione, creazione di partnership territoriali
- *supportare e accompagnare i genitori nel loro ruolo educativo* attraverso: la costituzione di gruppi di confronto, la formazione, l'offerta di punti di riferimento e consultazione
- *migliorare la capacità di relazionarsi in un contesto multiculturale* attraverso: interventi di sensibilizzazione e mediazione
- *prevenire il disagio scolastico ed evitare il fenomeno della dispersione (anche nelle superiori)* attraverso: iniziative che favoriscano lo star bene (tipo laboratori espressivi dove far emergere ed elaborare bisogni, desideri, conflitti, potenzialità, disagi), attività di supporto all'apprendimento, istituzione di spazi di ascolto individuale per ragazzi e genitori, momenti di consulenza e formazione per gli insegnanti.

Molte di queste attività sono sostenute dalle leggi di settore ed è importante garantirne la continuità.

Area disagio:

- *migliorare in termini qualitativi e quantitativi, l'offerta di servizi in risposta al disagio conclamato* prima di tutto facendo ordine nel sistema dei servizi attualmente in essere all'interno del distretto. Significa avviare una riflessione sulla loro effettiva rispondenza ai bisogni, fissando dei criteri di valutazione condivisi che definiscano i livelli di qualità dei servizi stessi, individuando aree scoperte, indicando il fabbisogno del distretto, sperimentando forme di gestione associata, uniformando modalità operative di raccordo sociale-sanitario, pubblico-privato, servizio inviante-servizio gestore dell'intervento, individuando sviluppi o trasformazioni di servizi tradizionali, sperimentando altre risposte innovative.

Per realizzare questo percorso di ridefinizione del sistema distrettuale di servizi in risposta al disagio dei minori deve essere previsto un intervento di accompagnamento e consulenza esterna. Il Tavolo della 285 può rappresentare lo spazio di raccordo del percorso.

“TAVOLO NOMADI”

Problemi evidenziati:

Analisi della realtà sociale della popolazione rom sinti.

Sul territorio dell'ambito territoriale dei 16 comuni risiedono pressoché stabilmente popolazioni di etnia rom sinti, comunemente ed ormai impropriamente definite nomadi. La stanzialità infatti caratterizza ormai anche il loro stile di vita. Gli unici gruppi in transito sul territorio mantovano sono i giostrai, in coincidenza con l'esercizio della loro attività ed i sinti camminanti, ma mentre i primi trovano generalmente una collocazione specifica all'interno dei comuni che li ospitano i secondi in genere si collocano su aree non autorizzate alla sosta.

Dei residenti: nel comune di Mantova circa 25 nuclei familiari vivono presso l'area attrezzata a sosta, mentre altri due nuclei vivono su aree di terreno agricolo privato, attrezzato autonomamente, e circa cinque nuclei vivono in abitazioni civili.

Nei restanti 15 comuni dell'ambito si registra un nucleo a Curtatone.

La popolazione rom sinti è al 70% composta da giovani al di sotto dei 30 anni di età e la speranza di vita è ampiamente più bassa della restante popolazione.

Tutti i minori in età scolare sono regolarmente inseriti nelle strutture scolastiche e l'assolvimento dell'obbligo è un obiettivo quasi totalmente raggiunto.

Non sussistono invece positive esperienze di prosecuzione degli studi oltre l'obbligo scolastico, né nella scuola media superiore e nemmeno negli istituti e scuole professionali.

Sul piano economico le famiglie provvedono per lo più alla loro sussistenza attraverso le attività di vendita porta a porta svolta dalle donne e l'attività di raccolta ferro e metalli degli uomini: entrambe senza regolarizzazione. Significativi inoltre sono stati in questi anni i sostegni economici erogati dalle pubbliche amministrazioni e gli aiuti forniti dal privato sociale.

Proposte di obiettivi ed attività

Settore habitat

1. Completamento entro pochi mesi della ristrutturazione e dell'ampliamento dell'area attrezzata a sosta ubicata sul territorio del comune di Mantova.

2. Elaborazione, insieme con le famiglie interessate di progetti di *uscita dal campo sosta* e individuazione con le stesse di micro-aree private o pubbliche in cui stabilirsi con i propri famigliari più stretti. Sembra questa infatti la strada che le famiglie più autonome e con più risorse hanno negli ultimi tempi imboccato spontaneamente, e che spesso si è mostrata soddisfacente anche sotto il profilo occupazionale-lavorativo, rendendo sostanzialmente autonome le famiglie.

3. Studio della possibilità di creare un' area di transito, in accordo con gli altri ambiti distrettuali della provincia.

Settore formazione scolastica e professionale

1. Garantire per tutti l'istruzione obbligatoria, favorendo il recupero delle, seppur poco numerose, situazioni di interruzione della frequenza scolastica, avendo riguardo al valore che la formazione scolastica assume in sé, al di là di ogni possibile suo utilizzo in termini occupazionali.

2. Favorire lo sviluppo della pedagogia interculturale nella scuola, allo scopo di valorizzare gli aspetti peculiari della cultura rom sinti, così come quelli delle altre culture presenti nel territorio, sì da costruire la base di *conoscenza, scambio, rispetto reciproco* per la costruzione di una pacifica convivenza civile. A tale scopo potrà risultare utile individuare intese tra le istituzioni scolastiche, i settori comunali interessati e le organizzazioni che operano senza fini di lucro per la promozione delle popolazioni rom sinti.

3. Elaborare criteri omogenei per l'accesso a misure di sostegno dirette a consentire alle famiglie in difficoltà la scolarizzazione e la formazione professionale.

Settore Inserimento lavorativo

1. Completare la definizione del progetto attualmente in fase di elaborazione, promosso da Comune di Mantova, Opera Nomadi, Consorzio della cooperazione sociale Sol.co-Mantova e Provincia di Mantova, finalizzato alla costruzione di percorsi per il perseguimento dell'autonomia economica delle famiglie rom sinti attraverso il lavoro e che contempla quali presupposti imprescindibili da un lato la conoscenza e l'attenta considerazione delle caratteristiche peculiari della cultura in oggetto e dall'altro l'individuazione degli spazi esistenti nel locale mercato del lavoro.

2. Alla definizione del progetto seguirà il reperimento delle risorse economiche necessarie alla sua attuazione, quindi si potrà procedere al suo concreto avvio.

Settore metodologia del lavoro sul territorio

Valorizzare la rete tecnica esistente, composta dai servizi e dagli organismi operanti sulle tematiche attinenti la popolazione rom sinti, attraverso il suo riconoscimento formale e valutarne le possibili necessità di ampliamento, in relazione alle esigenze del nuovo ambito territoriale.

Allo stato appartengono alla rete gli enti pubblici (Comune, Provincia, CSSA del Ministero della Giustizia e Consulta Provinciale del nomadismo), i soggetti del privato sociale (CRI, Opera Nomadi, CASA San Simone, Centro di Aiuto alla Vita) ed alcuni cittadini a vario titolo coinvolti dalla tematica.

Gli obiettivi della rete consistono essenzialmente nella valutazione dei bisogni delle famiglie e nella elaborazione delle relative proposte di intervento nonché valutazione di idee e progetti generali.

Mediazione culturale

Una metodologia di lavoro sperimentata in questi ultimi anni e riconosciuta anche da alcuni enti pubblici, quali il Comune di Mantova e la Provincia di Mantova che l'hanno resa oggetto di specifiche intese ed atti deliberativi con l'Opera Nomadi e la Sucar Drom, è la mediazione culturale. Essa consiste in un insieme di attività ed interventi diretti a favorire la reciproca conoscenza, l'approccio e la costruzione di relazioni tra le popolazioni rom sinti e le diverse realtà istituzionali e non che compongono - insieme con la società civile - il tessuto sociale locale.

I risultati positivi della sperimentazione sino ad ora condotta inducono a ritenere che sia opportuno consentirne la prosecuzione, introducendo tuttavia anche strumenti per la sua valutazione nonché progetti di formazione degli operatori che la attuano.

“TAVOLO PROSTITUZIONE”

Problemi evidenziati:

Analisi del problema.

Nel distretto di Mantova è il capoluogo il comune più attivo ed impegnato ad affrontare il problema della prostituzione

L'Assessorato ai Servizi Sociali del Comune di Mantova già dal 1997 ha istituito un tavolo interistituzionale al quale partecipano agenzie del pubblico e del privato per studiare strategie innovative per la riduzione del fenomeno della tratta e dello sfruttamento sessuale nell'ambito della prostituzione.

Il territorio maggiormente coinvolto dal lavoro di strada è Mantova (in orario notturno) e, per quanto riguarda la provincia, Castiglione delle Stiviere (in orario diurno).

Il coordinamento dell'Assessorato fa sì che le associazioni del territorio mantovano s'incontrino mensilmente per trattare temi legati al fenomeno in questione, oltre a cooperare per quanto concerne l'accoglienza delle ragazze nelle varie strutture dislocate sul territorio italiano che hanno avviato programmi di intervento di protezione sociale.

Proposte di obiettivi ed attività:

- 1- Prevenire e ridurre il danno da HIV e MTS
- 2- Operare contro la tratta e lo sfruttamento sessuale di donne e minori
- 3- Concordare con gli organi di stampa locale modalità di corretta informazione
- 4- Identificare soluzioni di accoglienza immediata e concreta, eventualmente attraverso l'istituzione di una “casa di fuga”

“TAVOLO ANZIANI”

Problemi evidenziati:

- Carenza del servizio di assistenza domiciliare a favore degli anziani, sia in termini di qualità che di quantità di prestazioni erogate, che causa molte volte il ricorso al ricovero improprio dell'anziano in struttura protetta o l'assunzione di personale extracomunitario non in regola, con conseguente incentivazione del lavoro nero;

- Disomogeneità del sistema di determinazione e applicazione delle tariffe a carico degli utenti nei diversi comuni dell'ambito distrettuale;
- Scarsa collaborazione e assenza di una rete formale, soprattutto nei casi di anziani non autosufficienti, tra servizi sociali, medicina di base, servizi distrettuali ASL ed azienda ospedaliera;
- Carezza di spazi e servizi di ascolto a favore della popolazione anziana, finalizzati alla prevenzione ed alla promozione di iniziative specifiche sul territorio;

Proposte di obiettivi ed attività:

- Favorire la permanenza a domicilio delle persone anziane e disabili e ridurre i rischi di ricovero improprio;
- Perseguire una omogeneizzazione in termini di qualità e di organizzazione dei servizi di assistenza domiciliare per favorire il più possibile l'autonomia dell'anziano e il suo mantenimento presso la famiglia;
- Promuovere una organizzazione dei servizi in grado di valutare i bisogni della persona anziana, in modo globale ed integrato, fornire orientamento rispetto al sistema dell'offerta, attuare la presa in carico e l'attuazione di progetti individuali attraverso l'istituzione dell'unità di valutazione multidimensionale dell'anziano, nella quale integrare l'UVG attualmente esistente presso l'ASL;
- Potenziare il servizio di assistenza domiciliare integrata, ADI, attualmente garantito dall'ASL;
- Implementare il servizio dei ricoveri di sollievo;
- Sostenere e finanziare ulteriormente l'attività del consultorio geriatrico, a favore di tutti quegli anziani, soprattutto soli, che necessitano di sostegno non solo in termini assistenza, ma anche psicologico;
- garantire un sistema di qualità nell'erogazione dei servizi sul territorio attraverso l'espletamento di gare d'appalto che tengano conto, della qualità, dell'esperienza e della formazione del personale che opera sul territorio e non solo del prezzo offerto;
- garantire, all'interno dei Comuni del distretto un sistema omogeneo di applicazione dello strumento ISEE;
- per quanto riguarda l'erogazione del buono socio sanitario, è prevista l'erogazione da parte dell'ASL, agli attuali beneficiari, fino al mese di dicembre 2002; dal 2003 la competenza in materia di erogazione di buoni/voucher a favore di persone non autosufficienti passerà ai Comuni. Si dovrà quindi provvedere entro breve termine a fissare

i nuovi sistemi di calcolo del buono socio sanitario nonché i requisiti necessari per accedere da parte degli utenti a tale forma di finanziamento .

“TAVOLO POVERTA’ ESTREME”

Problemi evidenziati:

Con il termine di “povertà estreme” si intende una condizione *trasversale* a tutte le aree del sociale dove il disagio ha carattere multi dimensionale, si situa nella storia dell’individuo sfociando sovente in una situazione di cronicità ed è determinata da fattori interni alla persona (crollo delle reti familiari e sociali, dinamiche devianti ed evoluzioni delle conseguenze associate, manifestazioni di dipendenza da sostanze o da gioco, malattia e invalidità, manifestarsi di disagio psichico in soggetti affetti da patologie psichiatriche permanenti o transitorie, quale ad esempio la depressione, ...) e da fattori esterni (precarietà ed espulsione dal mondo del lavoro, specie in fasce di età avanzata, perdita della casa, reddito familiare insufficiente, ...). La concomitanza di questi fattori agisce in modo tale da provocare la perdita dei diritti di cittadinanza (residenza, partecipazione al voto, accesso ai servizi, ...) e, conseguentemente, ostacola il percorso di inclusione.

Le aree maggiormente coinvolte sono prevalentemente quelle delle famiglie povere, delle persone senza dimora, degli immigrati, delle dipendenze, del disagio giovanile, del carcere, delle donne e dei minori sfruttati.

Spesso queste problematiche risultano connesse al disagio abitativo ed occupazionale.

La manifestazione multidimensionale del disagio esige qui più che altrove un approccio integrato e una efficace rete dei servizi in grado di dare *unitarietà* ai cammini e ai progetti di reinserimento sociale e di recupero dell’autonomia personale che non possono essere affrontati attraverso una settorializzazione degli interventi sociali. Un tale approccio necessita non solo di un univoco concorso di risorse sociali ma anche di una elevata ed efficiente integrazione socio-sanitaria (con particolare riferimento alle condizioni di dipendenza da sostanze e alle situazioni di disagio psichico).

Una delle carenze rilevate riguarda i servizi di ascolto e di accoglienza pronti ad affrontare le emergenze con un’apertura 24 ore al giorno ed inseriti in un sistema di rete.

Proposte di obiettivi ed attività:

- Costruire una rete di servizi capace di intervenire sulle emergenze e nel percorso successivo in maniera integrata;
- Strutturare ed ampliare sul territorio distrettuale un servizio di “Pronto intervento sociale” per fronteggiare le emergenze connesse con il soddisfacimento dei bisogni primari e definire i criteri per la successiva presa in carico e l’elaborazione dei progetti individuali;
- Sviluppare iniziative sociali che si risolvano in esiti di sicurezza per i cittadini, mostrando che la spesa pubblica può essere ben investita nella promozione della salute e del benessere delle persone piuttosto che in misure di controllo e repressione;

- Attivare servizi per favorire l'accesso alla casa ed al lavoro, in particolare per le fasce svantaggiate, anche senza formale certificazione, a livello distrettuale superando il concetto di "intervento comunale" puramente assistenziale anche attraverso accordi ed intese con le realtà produttive e in particolare con il mondo della cooperazione sociale;
- Sperimentare l'introduzione del Reddito Minimo di Inserimento nei percorsi di inclusione sociale;
- Promuovere azioni preventive e sinergiche in relazione al disagio giovanile orientate alla attivazione e al coinvolgimento diretto dei giovani nella progettazione degli interventi che li riguardano;
- Potenziare i servizi di accoglienza temporanea per donne, donne con minori e famiglie in difficoltà;
- Potenziamento della capacità ricettiva del dormitorio;
- Rielaborare e potenziare il progetto "Dimora" a favore delle persone senza dimora.

In sintesi si ritiene che debbano essere attivati e/o incrementati il Servizio Sociale Professionale il Segretariato Sociale, i servizi di pronto intervento e di bassa soglia, l'accoglienza in un sistema residenziale o semi-residenziale.

"TAVOLO CARCERE"

Problemi evidenziati:

I problemi più rilevanti attengono all'area lavoro, alla casa e ai rapporti tra l'interno del carcere e la società esterna.

- Carenza di forme di scambio tra la realtà del carcere e la realtà sociale esterna;
- Mancanza di modalità di coordinamento tra carcere e territorio, dirette ad agevolare il reinserimento sociale del detenuto;
- Applicazione insufficiente delle varie misure alternative alla detenzione, connessa con la carenza di risorse occupazionali ed abitative sul territorio
- Difficoltà di reperimento dell'abitazione e del lavoro per soggetti con esperienze detentive;

Proposte di obiettivi ed attività:

- Formalizzazione del gruppo denominato "carcere e territorio" che ha funzioni di promozione culturale, sensibilizzazione sulle tematiche inerenti il carcere ed il suo rapporto con il territorio, promozione di accordi ed intese tra i diversi soggetti coinvolti sul tema carcerario, promozione e valutazione di progetti, anche innovativi, sul tema.
- Definizione di rapporti istituzionali con le agenzie per la casa (ALER o altri) con le quali predisporre progetti di tipo abitativo.
- Sviluppo di una maggiore integrazione tra istituzioni e imprese, anche attraverso accordi atti a promuovere forme di impiego sostenute da progetti mirati e individualizzati.

“TAVOLO HANDICAP”

Problemi evidenziati:

- Carezza di sostegni di vario genere alle persone disabili ed alle loro famiglie,
- Sussistenza di forme di esclusione sociale della persona handicappata a tutt'oggi rilevanti, aggravate dall'assenza di offerte nell'area del tempo libero
- Mancanza di un sistema di servizi strutturato ed organizzato per la gestione delle emergenze;
- Aumento delle situazioni di handicap correlato a problemi psicologici;
- Incremento *dell'handicap senile*

Proposte di obiettivi ed attività

- Ampliare l'unità d'offerta dei ricoveri di sollievo per garantire sostegno alla famiglia:
- Intensificare, riqualificare e specializzare il servizio di assistenza domiciliare a favore delle persone disabili. Lo sviluppo di una nuova cultura gestionale “per progetti” è un valido strumento che consente la permanenza a casa anche a persone in situazioni di handicap “grave”
- Implementare i gruppi di auto-aiuto: la logica del self-help muove dalla convinzione che la condivisione ed il confronto tra caregivers prevengano vissuti di forte isolamento, depressione e disperazione;
- Strutturare un modello organizzativo che garantisca alla famiglia una rete formale di supporto, integrata tra servizi pubblici, privati e del volontariato, ed una rete informale costituita dalle risorse famigliari, parentali, amicali e di vicinato.
- Favorire l'integrazione tra servizi sociali e sanitari per una lettura dei bisogni della persona handicappata considerata nella sua interezza, globalità e specificità incrementando le sinergie tra partners (enti locali e terzo settore), per la realizzazione di interventi integrati ;
- Ampliare le già avviate esperienze di integrazione sociale sviluppando le esperienze di inserimento lavorativo delle persone con handicap, anche avvalendosi del prezioso contributo svolto dalla cooperazione sociale di tipo “B”, e strutturando progetti di qualificazione del tempo libero della persona handicappata.

Capitolo 4

Obiettivi strategici e azioni di supporto

4.1 Gli Obiettivi

Il Piano di Zona costituisce lo strumento di governo dei servizi socio-assistenziali; in particolare, unitamente ad altri provvedimenti amministrativi costituisce il riferimento operativo per la riorganizzazione delle reti dei servizi in ambito locale secondo criteri di omogeneizzazione dello standard di protezione sociale. Pertanto, coerentemente a un criterio della qualità riconducibile alla valutazione di efficacia, gli obiettivi selezionati nel presente Piano, che per il loro carattere generale connoteranno l'azione strategica degli Enti Locali anche oltre il tempo di validità del Piano, vengono indicati congiuntamente ai risultati attesi nel triennio di validità dello stesso.

Alla conclusione dei tavoli tematici di confronto fra i comuni appartenenti all'ambito distrettuale e i soggetti erogatori di servizi o comunque coinvolti nello scenario delle attività sociali, nel condividere i bisogni e gli obiettivi strategici, sono state individuate le seguenti priorità:

Obiettivo 1.

Attività di progettazione, consulenza, esecuzione degli obiettivi strategici: l'ufficio di piano

Poiché l'ambito di riferimento è caratterizzato da forti diversificazioni territoriali e culturali e di conseguenza di tipologia di servizi erogati, in questi ultimi anni non si è mai potuto creare una cultura reale di lavorare in rete. Non va dimenticato inoltre che tra i comuni del distretto vi è la presenza del comune capoluogo nel quale vengono spesso riassunte tutte le tipologie di richieste e di servizi erogabili. Pertanto si è ravvisata la necessità forte di istituzionalizzare e attivare un nucleo operativo tecnico e politico così come del resto voluto dalla normativa statale e regionale. Del resto questo è sicuramente uno dei primi obiettivi indicati dallo spirito del legislatore che auspicava una forte sinergia sia di risorse umane, tecniche, strutturali e di professionalità tra i vari comuni. Obiettivo questo raggiunto dai comuni del distretto che non senza difficoltà hanno dopo anni di storia messo insieme le proprie risorse professionali e di esperienza.

L'**Ufficio di Piano** avrà sede presso il comune capofila dove verrà messo a disposizione un ufficio completamente arredato ed attrezzato. Il personale, un coordinatore e un amministrativo saranno impiegati a 18 ore settimanali coprendo un orario che garantisca l'apertura dell'ufficio dal lunedì al sabato mattina dalle ore 8,30 alle ore 12,30 e due pomeriggi al bisogno.

A supporto dell'ufficio si costituirà un gruppo tecnico composto da tecnici e assistenti sociali che periodicamente si incontreranno e valuteranno il grado di soddisfacimento dei bisogni territoriali, il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Tra le attività di competenza dell'Ufficio di piano spettano:

- il coordinamento tra i 16 comuni circa le attività necessarie per realizzare gli obiettivi proposti
- il raccordo tra i soggetti firmatari dell'intesa siano essi sottoscrittori che aderenti
- la funzione amministrativa tecnico/contabile delle attività svolte dagli organi politici
- la funzione di consulenza e di progettualità
- la funzione di controllo e monitoraggio nonché di valutazione dei servizi erogati oggetto dell'accordo programma
- la promozione e la informazione continua e capillare alla popolazione, ai comuni, ai partners

Obiettivo 1	Costi	Tempi di realizzazione
Attività di progettazione, consulenza, esecuzione degli obiettivi strategici: l'ufficio di piano	Euro 129.114,23	Entro ottobre 2002

Obiettivo 2

Attuazione dei livelli essenziali di servizi e prestazioni

Come è emerso dall'analisi dei servizi nell'ambito del welfare effettuata nei comuni del distretto e dagli incontri con il Terzo Settore le richieste di intervento nell'ambito dei servizi essenziali sono state pressanti.

In particolare si sono individuati i seguenti servizi essenziali.

1. Interventi e servizi essenziali, trasversali rispetto alle varie aree tematiche.

A) Servizio sociale Professionale

1° Il Servizio Sociale Professionale, area del sapere specifico per l'aiuto alla persona-cittadino in difficoltà, nel suo percorso di vita, è preposto dalle norme dello Stato alla realizzazione delle politiche assistenziali di aiuto e sostegno alla persona, alla famiglia e alla comunità.

2° L'Assistente Sociale è il professionista che esercita il sapere del Servizio Sociale, in forma subordinata e autonoma, ed ha il compito di intervenire nella individuazione delle carenze e dei bisogni della persona della famiglia e della comunità per promuovere con essi azioni risolutive.

3° L'azione professionale efficace comporta metodi tesi al coinvolgimento dei soggetti in progetti in cui essi assumono la responsabilità dei ruoli che rivestono e dell'uso corretto delle risorse, siano esse personali che collettive.

4° Il progetto di aiuto anche se rivolto ad un soggetto singolo non può prescindere da un'azione di coinvolgimento globale del contesto con cui la persona o il problema da essa presentato interagisce.

5° Il progetto di Servizio Sociale deve essere definito nel tempo e nello spazio e opportunamente verificato nelle tappe fondamentali.

6° L'incapacità dei soggetti in carico al Servizio Sociale di assumere le responsabilità dovute ai loro ruoli familiari e sociali porta l'Assistente Sociale a segnalare e/o richiedere misure di tutela dei soggetti deboli coinvolti.

B) Segretariato Sociale

Il Segretariato Sociale professionale è un servizio svolto da un operatore sociale professionale ed è definibile nel seguente modo:

1° Il servizio di Segretariato Sociale è il servizio chiamato nell'ambito del Servizio Sociale Professionale, dal quale dipende organizzativamente e tecnicamente, a fornire ai cittadini con problemi dell'area sociale le informazioni necessarie per orientarsi nella rete dei servizi e delle risorse pubbliche e private.

2° Il Segretariato Sociale deve aiutare il cittadino a rintracciare la soluzione al suo problema quando questo non presenta la necessità di essere preso in carico dal Servizio Sociale Professionale.

3° E' compito del Segretariato Sociale tutelare le persone nel loro accesso ai servizi e alle risorse precostituite disponibili.

4° E' compito del Segretariato Sociale tenere la documentazione del Servizio Sociale e monitorarne le domande complessive per l'osservatorio epidemiologico dei problemi sociali.

5° E' compito del Segretariato Sociale tenere aggiornato il dossier delle leggi e dei provvedimenti del settore di intervento e il dossier dei dati conoscitivi del territorio su cui incide il servizio sociale professionale di cui esso fa parte.

6° Nelle attività di Segretariato Sociale rientra la tenuta della documentazione necessaria per attivare i progetti di prevenzione sul territorio nell'ambito della competenza specifica di Servizio Sociale.

La funzione di segretariato sociale risulterà tanto più efficace quanto più sarà progettata ed attuata in modo collaborativo con tutti gli attori sociali della rete e in particolare con le organizzazioni solidali presenti nel territorio, cioè con le forme di cittadinanza attiva nella tutela dei soggetti deboli e nella promozione dei loro diritti.

Sul piano organizzativo occorre istituire in ogni ambito distrettuale una "*porta unitaria di accesso*" al sistema dei servizi tale da essere accogliente nei confronti della più ampia tipologia di esigenze e tecnicamente capace di assolvere le funzioni sopraindicate; queste potranno essere svolte:

- al *primo livello*: funzioni di informazione e conoscenza del territorio da un amministrativo,

- al *secondo livello*: funzioni di ascolto e di accompagnamento da una figura professionale quale l'Assistente Sociale.

Si può ipotizzare la messa in rete di tale figura tra più Comuni attraverso modalità da concordare.

Inoltre si dovrà mantenere e potenziare il segretariato sociale per extracomunitari con funzioni di consulenza per disbrigo pratiche in rapporto con la Prefettura e la Questura

C) Servizio emergenza sociale

Sempre più emerge la necessità, individuata sia dagli operatori del Pubblico, sia dal Privato Sociale (siano essi volontari, operatori di coop. ecc...), di costituire un "Pronto Intervento Sociale".

Con tale termine si definisce un modello organizzativo improntato sul coordinamento tra tutte le istituzioni impegnate in grado di fronteggiare le emergenze/urgenze legate a soggetti che hanno carenze che vanno da elementi igienico-sanitari, a quelli affettivo relazionale, dalle condizioni di precarietà di vita sul piano della casa e del lavoro, alla mancanza di relazioni familiari, parentali o amicali, quindi che si trovano in uno stato di non appartenenza sociale.

Si tratta, quindi, di organizzare un vero e proprio servizio di Pronto Soccorso Sociale strettamente collegato ed in collaborazione con il Pronto Soccorso Sanitario e con le Forze dell'Ordine.

Mettere in azione un servizio di Pronto Intervento può voler dire:

- individuare l'area in cui il servizio deve operare;

- individuare tutte le fonti di intervento e di risorse sociali del territorio (distretto);

- fare una puntuale raccolta di dati e creare un sistema informativo adeguato.

Dare avvio al suddetto servizio significa anche verificare la correttezza delle procedure, raccogliere in modo sistematico i dati relativi agli interventi, al numero dei casi, al metodo, ai casi in stato di "cronicità", alle azioni di integrazione per poter delineare delle ipotesi di coordinamento di azioni, di integrazione fra i servizi, di monitoraggio della reale "urgenza".

L'obiettivo diventa pertanto quello di creare un reale osservatorio di epidemiologia sociale al fine di superare il mero aspetto dell'urgenza e di avere un chiaro ritorno dell'andamento dei bisogni ricorrenti.

Si fa presente che il suddetto Progetto potrà avere attuazione nella misura in cui lo studio preliminare verrà effettuato dal gruppo tecnico delle AA.SS., insieme agli operatori delle realtà sociali maggiormente coinvolte nell'affrontare l'emergenza sociale, che ne avrà posto le basi.

(Tale spesa è stata inserita nella scheda di rendicontazione relativa all'area minori, data l'impossibilità di prevedere una collocazione trasversale; rimane inteso, comunque, che potranno usufruire di tale servizio le diverse categorie di utenza -minori,anziani, handicap, immigrazione, ecc..- in situazione di emergenza.)

D) Servizi d' accoglienza

Dal confronto delle esperienze evidenziate nell'ambito del tavolo dedicato alle "povertà estreme" e alla marginalità grave è emersa l'esigenza di immettere in un sistema di rete distrettuale i servizi attualmente presenti sul territorio, definibili appunto "servizi di accoglienza", quali:

- C.A.S.A. S. Simone
- Centro d' accoglienza di Mottella per lavoratori stranieri
- Casa della rosa
- Dormitorio
- Accoglienza per minori presso comunità alloggio "Il Giardino Fiorito"

Questi servizi dovranno diventare pertanto una risorsa comune con l'obiettivo per l'anno 2003 di rivedere e ripensare insieme i vari regolamenti d'uso, d'accesso ecc...

2. Interventi e servizi essenziali per area tematica specifica

A) Anziani

Dal confronto con le Agenzie del territorio coinvolte nella tematica degli anziani è emersa la necessità di riconfermare i servizi attualmente in essere quali:

- Servizio di Assistenza domiciliare;
- Assistenza Domiciliare Integrata;
- Centri Diurni Integrati;
- Residenza Socio Assistenziale.

E' emersa altresì la necessità di potenziare i "ricoveri di sollievo" al fine di sostenere e valorizzare il ruolo fondamentale svolto dalla famiglia nell'ambito della cura alle persone.

Si è sottolineato l'importanza dell'operato dell'Unità di Valutazione geriatrica (U.V.G.), e in tal senso anche del suo mantenimento, quale strumento di orientamento, coordinamento degli interventi, in grado di individuare la struttura residenziale più idonea ai bisogni in situazioni di emergenza, nonché l'importanza dell'istituzione di un'unità di valutazione multidimensionale del bisogno dell'anziano

Tale servizio dovrà vedere un primo momento di orientamento al segretariato sociale e si chiederà successivamente agli enti erogatori una o più unità di valutazione consortili.

B) Handicap

Nell'ambito del tavolo dedicato all'area dell'handicap, oltre a confermare i servizi attualmente in essere quali:

- Centri socio educativi
- Servizio Formativo Autonomia
- Comunità alloggio

- Centro residenziale handicap
- Assistenza domiciliare handicap

Si è sottolineata con particolare attenzione la necessità:

- di favorire la permanenza del disabile al proprio domicilio, attraverso il potenziamento di servizi domiciliari adeguatamente specializzati,
- di incentivare l'eliminazione delle barriere architettoniche al fine di migliorare la qualità della vita domestica e di relazione delle persone diversamente abili.
- Di dare continuità al servizio nuoto disabili

C) Famiglie e Minori

Nell'area della prevenzione l'obiettivo definito è consolidare e rafforzare la promozione dei diritti e di coordinare e realizzare interventi per l'infanzia e l'adolescenza.

Nell'area del disagio viene individuato come obiettivo la realizzazione di un sistema integrato di offerta territoriale composto dal servizio domiciliare per minori, dal servizio residenziale educativo per minori (comunità alloggio) e **dall'affido familiare**. Al centro di questo sistema integrato viene il minore e la sua famiglia e tale sistema di offerta dovrà operare in funzione della valorizzazione e/o recupero delle funzioni educative familiari compromesse.

La famiglia, protagonista della vita sociale, va valorizzata e sostenuta nell'impegno della responsabilità genitoriale, delle pari opportunità per l'accesso al mondo del lavoro, alla protezione della maternità, alla cura dei figli.

Servizi di supporto quali, appunto l'affido familiare - che non può non essere rivalutato nella sua funzione - possono sostenere famiglie fragili ed in difficoltà nell'espletamento del proprio ruolo genitoriale ed educativo attraverso qualificati interventi e percorsi formativi mirati a ritessere una trama familiare idonea al rientro del minore o dei minori nel proprio contesto familiare.

Per quanto riguarda il servizio Asilo Nido, presente dagli ultimi anni nella maggior parte del distretto, si è convenuto sulla necessità del loro consolidamento ed omogeneizzazione dal punto di vista della qualità e delle modalità organizzative. Entro il 2003 sarà invece necessario analizzare eventuali sviluppi e diversificazioni del servizio offerto, tenendo conto delle diverse opportunità previste dalla legge, attraverso una specifica progettazione.

Obiettivo 2	Costi	Tempi di realizzazione
A) Servizio Sociale Professionale B) Segretariato Sociale	Inizialmente per la formazione degli operatori sociali si avrà come partner l'Amministrazione Provinciale	definizione delle attività del Segretariato Sociale entro ottobre 2002; riqualificazione, formazione dei segretariati Sociali esistenti entro marzo 2003; presenza dell'A.S. per tutti i Comuni del distretto entro dicembre 2003.
C) Servizio emergenza sociale	Euro 67.506,72	da febbraio 2003 attivazione del servizio
D) Servizi di pronta accoglienza	Euro 247.899,31	Creazione di sistema di rete distrettuale con i servizi presenti sul territorio entro 2002 Definizione nuovi protocolli di intesa con i vari servizi entro 2003
F) Potenziamento servizio domiciliare handicappati	Euro 90.205,92	Entro il 2003
G) famiglie e minori	Euro 25.822,85 Euro 200.575,00 a carico della Provincia per l'anno 2002	Progetto implementazione affido familiare entro 2003 Definizione studio progettuale sviluppo asili nido entro 2003 Fondo ex omni e minori riconosciuti da un solo genitore (da erogarsi al comune capofila)

OB.2 risultati attesi rispetto alle tre aree tematiche anziani, handicap, famiglie e minori

1. rafforzare le politiche a favore delle responsabilità familiari e genitoriali, sviluppando le azioni già in corso di attuazione (Legge 285/97), incentivando l'affido familiare nei confronti dei minori in situazioni di forte disagio e promovendo misure di sostegno alla famiglia;
2. consolidare e rafforzare le risposte per l'infanzia e l'adolescenza evidenziando sul territorio nuovi bisogni e nuove attese delle giovani generazioni, promovendo interventi innovativi che rispondano a tali bisogni/attese;
3. favorire il coordinamento degli interventi su infanzia e adolescenza coinvolgendo le agenzie educative del territorio. Per raggiungere l'obiettivo della ridefinizione del sistema distrettuale di servizi e interventi nell'area del disagio
4. favorire la costruzione di una rete di servizi capace di intervenire sulle emergenze e nel percorso successivo in maniera integrata;
5. consolidare ed estendere, a breve termine, a tutto l'ambito distrettuale, gli interventi già in atto in collaborazione con l'Amministrazione Provinciale, la Caritas e l'ASPEF per la gestione di strutture di accoglienza e di pronto intervento, inserendo nella gamma dei

servizi offerti il progetto “Casa della Rosa”, potenziano il dormitorio, favorendo l’accesso ai servizi di prima necessità a bassa soglia;

6. ampliare, a medio/lungo termine, la collaborazione tra i soggetti interessati per l’offerta di servizi aggiuntivi, quali: uno sportello di ascolto attivo anche nei giorni festivi e nelle ore notturne, la creazione di una struttura di pronto intervento per famiglie;

7. realizzare una rete di servizi e di relazioni tra Amministrazioni, utenti, famiglie e ambiente sociale che rispetti la soggettività degli anziani, che ne riconosca le differenti necessità, che riduca al minimo l’istituzionalizzazione dell’anziano, anche attraverso l’impiego di tutto ciò che nuovi modelli assistenziali e l’esperienza maturata in questi anni dalle R.S.A. possono offrire per qualificare i servizi, per migliorare la vita degli anziani, per concorrere alla loro permanenza nell’ambiente familiare;

8. favorire la ricerca costante di condizioni materiali, sociali, culturali rispondenti ai bisogni dei soggetti handicappati, anche attraverso tavoli di concertazione con l’ASL di Mantova, affinché vengano uniformate le modalità di offerta dei servizi, ridefiniti i contenuti delle convenzioni in scadenza tra l’ASL e i soggetti interessati tenendo in particolare considerazione l’esigenza di una maggiore integrazione tra sociale e sanitario.

Obiettivo 3

Regolamentazione ed applicazione dell'ISEE a livello distrettuale

Dopo alcuni anni di riflessioni e discussioni e alcune sperimentazioni in ordine all'utilizzo dell'indicatore della situazione economica (Ise), i Comuni del distretto hanno concordato circa l'opportunità di definire un unico Regolamento per l'individuazione della situazione economica equivalente per l'accesso alle prestazioni sociali agevolate e l'applicazione di criteri omogenei di partecipazione alla spesa in modo da garantire uguale trattamento a tutti i cittadini residenti nella zona.

Considerate le attuali diversità organizzative e gestionali esistenti tra i Comuni del Distretto si ritiene di dover, entro ottobre 2002, definire il Regolamento mentre l'applicazione dei criteri di partecipazione alla spesa avranno validità a far data dal 01/01/2003 in modo da consentirne una puntuale informazione ai cittadini.

Obiettivo 3	Costi	Tempi di realizzazione
<i>Regolamentazione ed applicazione dell'ISEE a livello distrettuale</i>	<i>A totale carico dei singoli comuni del distretto</i>	<i>entro ottobre 2002, definire il Regolamento validità a far data dal 01/01/2003</i>

OB.3 risultati attesi

- Predisposizione di un unico regolamento ISEE, condiviso dai comuni del distretto;
- Informazione alla cittadinanza;
- Applicazione sperimentale dello strumento e sua validazione

Obiettivo 4

Definire e sperimentare una metodologia di lavoro integrato (rete)

La legge 328/00 prevede l'attivazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali attraverso la concertazione e la cooperazione tra i diversi livelli istituzionali e tra questi ed i soggetti di terzo settore, le organizzazioni sindacali e l'azienda sanitaria locale, utile per poter dare una ampia e mirata risposta alle numerose e sempre più qualificate esigenze espresse dall'utenza.

In base a tale premessa si rende irrinunciabile operare nella direzione di una "nuova cultura" del saper lavorare insieme attraverso uno sforzo comune traducibile nel mettere in comune il saper fare e il saper essere.

In linea con quanto sopra, l'obiettivo del progetto si dovrà tradurre nella ricerca di strategie di messa in rete dei servizi stessi, erogabili con criteri di omogeneità nell'ambito del distretto, sia sotto l'aspetto della qualità che dei costi.

In particolare tale metodologia dovrà essere adottata per i seguenti servizi:

- Servizio di Assistenza Domiciliare anziani e handicap;
- Servizio di Assistenza Domiciliare Educativa;
- Assistenza Domiciliare Integrata.

Obiettivo 4	Costi	Tempi di realizzazione
<i>Definire e sperimentare una metodologia di lavoro integrato (rete)</i>	<i>A totale carico dei singoli comuni del distretto</i>	<i>Costituzione di un gruppo di lavoro entro ottobre 2002 definizione dei livelli assistenziali e progettuali entro il giugno del 2003 attuazione dal 2004.</i>

OB.4 risultati attesi

1. articolare l'organizzazione dei servizi e le competenze tecnico-professionali nell'ambito territoriale distrettuale di riferimento, attraverso la costituzione di équipes interistituzionali individuate per diverse aree tematiche, definendo in modo strutturato i ruoli e le competenze dei diversi agenti;
2. finalizzare il lavoro delle équipes a:
 - individuazione delle pratiche e delle metodologie in atto con validazione delle stesse evidenziando fattori positivi e criticità;
 - predisposizione e progettazione graduale di una metodologia comune, nel rispetto delle peculiarità delle singole realtà.
3. promozione di azioni sinergiche per la messa in rete di un Osservatorio a livello distrettuale in collaborazione con altri enti quali Provincia e ASL.

Obiettivo 5

Introduzione di una metodologia e di strumenti di valutazione della qualità dei servizi

Al fine di perseguire l'obiettivo del *miglioramento della qualità dei servizi* i comuni del distretto promuoveranno l'adozione di specifiche metodologie di valutazione partecipata da tutti i soggetti coinvolti: utenti e loro organizzazioni di rappresentanza, famigliari, operatori dei servizi, organizzazioni sindacali.

Possibili strumenti:

A) *La Carta dei Servizi.*

Prevista anche dall'art.13 legge 328/00 con finalità di tutela dei diritti soggettivi degli utenti, mira a definire i criteri per l'accesso ai servizi, le modalità del relativo funzionamento, le condizioni per facilitarne le valutazioni da parte degli utenti e dei soggetti che rappresentano i loro diritti. Poiché la carta dei servizi è stata prevista esplicitamente dal legislatore come condizione necessaria per l'accreditamento, si desume che essa si configuri anche come strumento per il miglioramento dei servizi stessi.

Con la Carta gli utenti verificano che i Servizi Sociali rispettino gli impegni assunti e possono esigerne l'osservanza.

La Carta sarà uno strumento per:

- avvicinare gli utenti ai Servizi Sociali;
- far partecipare gli utenti all'attività ed alla valutazione dei Servizi Sociali;
- garantire la qualità dei servizi.

La carta dei servizi dovrà contenere

- gli standard di qualità dei servizi offerti;
- l'individuazione gli strumenti di tutela del cittadino;
- la definizione dei tempi di validità ed i modi di pubblicità della Carta;
- garantire gli standard di accreditamento di funzionamento dei servizi

Obiettivo 5	Costi	Tempi di realizzazione
A) <i>La Carta dei Servizi.</i>	Euro 51.645,69	<i>Entro il 2003 distribuzione alla popolazione distrettuale</i>

Ob.5/A risultati attesi

- Predisposizione della carta dei servizi e sua diffusione;
- Definizione degli standard di qualità di ciascuna tipologia di servizio nell'ambito distrettuale
- Adeguamento dei servizi agli standard prefissati;

• Predisposizione di metodologie e di strumenti di valutazione della qualità

(Tale spesa è stata inserita nella scheda di rendicontazione relativa all'area anziani, data l'impossibilità di prevedere una collocazione trasversale; rimane inteso, comunque, che all'interno della carta verranno illustrati tutti i servizi del distretto e le relative modalità di accesso.)

B) Bilancio di utilità sociale

Quella che nel Total Quality Management si chiama ricerca di mercato, nella prospettiva del bilancio di utilità sociale viene definita come individuazione, analisi e legittimazione del bisogno e sua traduzione in domanda. Si tratta di un passaggio rilevante e impegnativo in quanto le questioni connesse al trattamento conoscitivo dei bisogni sono molto complesse, visto che per definizione i bisogni non sono mai finiti.

L'assunzione di forme di rendicontazione sociale trasparente e compartecipata diviene nell'attuale scenario una delle priorità e uno strumento indispensabile e strategico per il distretto affinché, accanto alla gestione di un bilancio prettamente economico da cui si evince solo la spesa, sia sviluppata una nuova cultura di rendicontazione attraverso la quale si possa leggere quanto la stessa abbia portato al miglioramento delle condizioni complessive dei destinatari, delle loro famiglie e della comunità locale tutta.

Obiettivo 5	Costi	Tempi di realizzazione
<i>. B) Bilancio di utilità sociale</i>	<i>A carico dei comuni del distretto</i>	<i>Tempi: si attuerà con il consuntivo del 2003</i>

OB. 5/B risultati attesi

1. coordinare il processo che porta all'erogazione di servizi rapportando tra loro i seguenti fattori: pianificazione, controllo, rendicontazione
2. promuovere la partecipazione all'elaborazione dello strumento di programmazione di utenti, clienti, lavoratori, rappresentanze sociali ed economiche, amministrative, ecc.

Obiettivo 6

Sperimentazione di una nuova modalità di gestione: Dal “Buono Socio sanitario” al “Voucher Socio-Sanitario”

La Giunta Regionale Lombarda, con delibera n°9379 del 14 giugno 2002, dopo aver preso atto che il “vecchio buono socio-sanitario” è stato di fatto trattenuto dalle famiglie e pochissimo usato per l’acquisto di servizi socio-sanitari, ha deciso la sua riconversione in “Voucher socio-sanitario” con la chiara finalità di favorire l’acquisto di servizi e l’attività degli erogatori, pubblici e privati, profit e no profit, per una nuova forma di assistenza domiciliare socio-sanitaria.

Per far questo la Giunta ha stabilito che il “vecchio buono” sarà erogato in via conclusiva fino al 31 dicembre del 2002 alle sole persone che già ne siano titolari alla data del 30 giugno 2002, mentre nelle sole ASL di Lecco e Milano 3 (Monza) il nuovo Voucher sarà introdotto sperimentalmente dal 1° luglio 2002 e solo dal 1° gennaio 2003 sul resto del territorio regionale.

Con l’introduzione del voucher si dovrebbe quindi determinare un graduale trasferimento delle prestazioni domiciliari attualmente svolte dalle ASL ai nuovi soggetti erogatori di servizi.

Dentro il coordinamento della Direzione generale, ai Direttori Generali delle ASL viene quindi affidato il compito di garantire che, in sede di prestazione dei Piani di Zona venga data continuità alla sperimentazione regionale e che il Buono/Voucher sociale, distribuito dai Comuni non si sovrapponga né si contrapponga all’erogazione dell’ADI, ottimizzando le risorse Comunali e Regionali.

Bloccate quindi al 1° luglio le graduatorie del “vecchio buono”, l’adozione di nuove convenzioni o nuove gare d’appalto per l’assistenza domiciliare integrata, viene definito il primo finanziamento sperimentale e l’articolazione del “Voucher Socio-sanitario”, che viene organizzato su tre livelli economici rispondenti a tre diversi tipi di assistenza domiciliare.

Più precisamente queste le tariffe mensili del Voucher per gravità del paziente:

Livello di assistenza Domiciliare Integrata	Onere a carico Fondo Sanitario Regionale
1° profilo di base	Euro 362,00
2° profilo per pazienti complessi	Euro 464,00
3° profilo per pazienti terminali	Euro 619,00

Dal 1° luglio, nelle sole ASL di Lecco e Milano 3, potranno quindi accedere al nuovo Voucher Socio-Sanitario tutti coloro che faranno richiesta di ADI e che dal 30 giugno non siano già in carica all’ADI stessa.

Viene quindi rinviato ad un successivo provvedimento il completamento e l’estensione dell’intervento su tutto il territorio regionale, che dovrebbe anche essere accompagnato dall’introduzione di una quota di compartecipazione alla spesa da parte dell’utenza

La complessità di questo provvedimento (adottato dalla Regione Lombardia a soli 15 giorni dalla scadenza di presentazione dei Piani di Zona) in tutte le sue articolazioni, in parte qui non considerate, renderà necessaria fin dai prossimi giorni una valutazione unitaria più puntuale ed approfondita. In altre parole si renderà necessario promuovere più incontri tra i Comuni del Distretto, la ASL, le organizzazioni sindacali, per elaborare una progettualità di erogazione del voucher socio-sanitario che preveda con estrema chiarezza i destinatari, le modalità di accesso, il percorso progettuale di assistenza sia sociale che sanitaria, la quota di partecipazione economica partecipazione dell'utenza, le forme di accreditamento, le forme di controllo etc etc.

Per la realizzazione di tale percorso progettuale verrà istituito un tavolo politico tecnico tra Comuni, ASL e OOSS al fine di delineare le modalità di erogazione e per quanto riguarda le risorse economiche verrà allocata specifica quota parte del finanziamento relativo al 2003 per procedere ad un periodo di sperimentazione prima di estendere su tutto il territorio distrettuale tale forma di intervento socio-sanitario.

Naturalmente il vecchio Buono socio sanitario, del quale la Regione Lombardia chiude la sperimentazione congelando le graduatorie al 1° luglio 2002 ritenendolo più una forma di assistenza economica che sanitaria, verrà come sempre garantito dai Comuni.

Si sottolinea:

- naturalmente in quanto, in fase di recepimento degli artt. 15 e 16, comma 3, lettere d) ed e) della legge 328/2000 riguardanti gli interventi volti al mantenimento a domicilio delle persone fragili, la provvidenza economica sopraccennata rientra nell'ambito della rete dei servizi sociali di competenza dei Comuni appartenenti all'ambito distrettuale i quali si sono già strutturati sia per le modalità di erogazione, di accesso, di competenza che di quota partecipazione alla spesa da parte dell'utenza (ISEE)
- come sempre perché non è dal 2002 bensì da molti anni che i Comuni garantiscono forme di provvidenza economica in favore delle persone fragili per assistenza domiciliare prestata da familiari o caregiver non professionali nell'ambito della rete informale di solidarietà e da caregiver professionali sociali. Tutto questo proprio per evitare o ritardare la istituzionalizzazione dell'individuo non autosufficiente, consentendogli di ottenere supporto alla fragilità nella sua casa.

Obiettivo 6	Costi	Tempi di realizzazione
<p><i>Sperimentazione di una nuova modalità di gestione: Dal "Buono Socio sanitario" al "Voucher Socio-Sanitario"</i></p>	<p><i>Verranno stanziare idonee risorse sul bilancio 2003 conformemente a quanto previsto dalla progettazione e dai relativi criteri adottati</i></p>	<p><i>Progettazione entro giugno 2003 Attivazione da luglio 2003</i></p>

Obiettivo 7

Promuovere agevolazioni innovative per l'accesso alla casa

Una parte consistente delle richieste che giungono al servizio sociale viene presentata da persone o nuclei privi di alloggio o in difficoltà a reperirlo nel mercato privato a causa di affitti troppo elevati o a causa delle loro condizioni di svantaggio sociale.

L'assegnazione di alloggi di edilizia residenziale pubblica risponde in misura molto parziale al problema, sia per i requisiti richiesti, sia per i lunghi tempi di attesa.

Appare urgente pertanto ricercare soluzioni innovative al problema che agevolino l'accesso al mercato della casa (sia in locazione sia in acquisto) alle persone ed alle famiglie svantaggiate.

Rispetto alla gestione pubblica di questo servizio, fino ad ora affidato all'ALER, vista anche le ipotesi di trasformazione della Azienda Regionale, si riafferma la centralità di tale funzione, auspicando che l'Aler stessa possa continuare a svolgerla, ma al contempo anche prevedendo il coinvolgimento diretto del mercato privato attraverso la rappresentatività di una agenzia per la casa che rientra in un progetto di prossima istituzione.

Questo tema sarà argomento di studio del gruppo tecnico che si avvarrà della collaborazione delle agenzie interessate.

Obiettivo 7	Costi	Tempi di realizzazione
Promuovere agevolazioni innovative per l'accesso alla casa	Euro 51.645,69	Partecipazione bando affitti entro settembre 2002 Elaborare nuove strumenti e/o percorsi per agevolare l'accesso al mercato privato relativamente ad affitto e/o acquisto entro primo semestre 2003

OB. 7 risultati attesi

- Predisporre strumenti di coordinamento e di integrazione degli interventi già in atto,
- Elaborare nuove strumenti e/o percorsi per agevolare l'accesso al mercato privato relativamente ad affitto e/o acquisto.

Obiettivo 8

Sviluppo di progetti e percorsi per l'inserimento sociale

Spesso accedono ai servizi sociali persone espulse dal mercato del lavoro o che ne fanno parte in modo precario.

Alcune condizioni personali o familiari, quali lo stato di donne sole o di donne con minori che non riescono a conciliare il lavoro con l'accudimento dei figli, di soggetti con problemi di marginalità e difficoltà a reinserirsi, di persone sprovviste della formazione e della qualificazione richiesta rendono particolarmente difficile l'inserimento o il reinserimento nel mercato del lavoro.

Allo stato attuale e sino al 31/12/02, ai sensi di una convenzione stipulata da alcuni comuni con l'ASL, esiste la possibilità per le persone già in carico ai servizi sociali comunali o specialistici di intraprendere *percorsi mirati di avviamento al lavoro*, tramite l'utilizzo di strumenti quali la borsa lavoro o il tirocinio lavorativo.

Entro tale scadenza, in conseguenza della cessazione del SIL - servizio di inserimento lavorativo - da parte dell'ASL di Mantova, sarà necessario prevedere un nuovo schema organizzativo che garantisca la possibilità di dare continuità a tale servizio.

Inoltre i comuni del distretto valuteranno la possibilità di sperimentare l'introduzione dello strumento denominato "reddito minimo di inserimento" quale misura di contrasto della povertà, prevedendo - secondo quanto suggerito dalla normativa in materia- sia le risorse finanziarie che operative necessarie.

Tale strumento presuppone un progetto stipulato tra soggetto svantaggiato e servizio che assume la forma di un contratto in cui, a fronte di un contributo economico erogato per un certo tempo, il soggetto si impegna in alcune attività decise, condivise e mirate al superamento della situazione di svantaggio, quali ad esempio la riqualificazione professionale, il tirocinio, il lavoro sociale, ecc.

Obiettivo 8	Costi	Tempi di realizzazione
Sviluppo di progetti e percorsi per l'inserimento sociale	Euro 82.633,10	Valutazione della possibilità di avviare una sperimentazione del reddito minimo di inserimento entro primo semestre 2003 Predisposizione di un regolamento di applicazione e degli strumenti di verifica del RMI entro fine 2003 Attivazione 2004

OB. 8 risultati attesi

- Definizione di un progetto di servizio, concordato tra i comuni del distretto per consentire la continuità e lo sviluppo di percorsi di inserimento al lavoro di soggetti svantaggiati,
- Valutazione della possibilità di avviare una sperimentazione del reddito minimo di inserimento
- Predisposizione di un regolamento di applicazione e degli strumenti di verifica del RMI,
- Sperimentazione per un periodo di due anni.

Obiettivo 9

Istituzione e regolamentazione di un fondo di solidarietà per minori e portatori d'handicap

Dai tavoli dedicati alle tematiche “minori-famiglia” ed “handicap” è emerso il problema, sentito da diversi comuni, relativo alla difficoltà, in rapporto sia al proprio budget che alla proporzione tra n. di residenti e n. dei casi inseriti nelle diverse strutture, di sopperire al pagamento delle relative rette.

Pertanto si è valutata l'opportunità di istituire uno specifico Fondo di Solidarietà.

Tale fondo permette a tutti i comuni di far fronte alle spese relative a tali interventi, di evitare le emergenze economiche e i relativi ritardi nel predisporre gli inserimenti talvolta urgenti.

Entro il primo semestre del 2003 si provvederà a studiare le modalità con cui ripartire il Fondo e destinarlo ai diversi comuni.

Obiettivo 9	Costi	Tempi di realizzazione
Istituzione e regolamentazione di un fondo di solidarietà per minori e portatori d'handicap;	Euro 180.759,92	Entro il primo semestre del 2003 si provvederà a studiare le modalità con cui ripartire il Fondo e destinarlo ai diversi comuni.

OB. 9 risultati attesi

- Garantire inserimento immediato in strutture di minori e portatori di handicap in situazione di emergenza
- Istituzione del fondo e studio della modalità di erogazione.

(Tale spesa è stata inserita nella scheda di rendicontazione relativa all'area handicap, data l'impossibilità di prevedere una collocazione trasversale; rimane inteso, comunque, che tale fondo è a favore sia dell'area handicap che di quella minori.)

Obiettivo 10

Progetto accoglienza donna

Il Centro di pronta accoglienza a favore di donne e donne con minori in difficoltà, già attivo sul territorio ma ad uso esclusivo dell'utenza residente nel Comune di Mantova, è nato come risposta concreta a situazioni di emergenza e grave difficoltà in cui vengono a trovarsi donne, madri e bambini esposti a grave rischio (a causa di problemi connessi a separazioni, divorzio, maternità difficile, maltrattamenti, disagio socio-economico ed abitativo).

L'accesso è attualmente subordinato alla possibilità di definire e concordare un progetto individualizzato diretto al superamento delle difficoltà ed al recupero dell'autonomia della donna.

Il 31/12/02 scadrà il contratto di locazione del Centro presso l'attuale sede, senza possibilità di rinnovo.

Nel territorio mantovano, e più precisamente nel comune di Goito, è operativo dal 1999 anche il Centro di accoglienza per donne e donne con bambini denominato "Casa della Rosa", espressione della chiesa mantovana, realizzata e gestita dalla Caritas diocesana.

Alla luce di un'attenta analisi dei bisogni delle donne sole o con minori in situazione di grave rischio, si rende pertanto necessario valutare, a livello distrettuale, quale nuova configurazione attribuire al servizio in precedenza svolto dal centro accoglienza donne di Mantova e nel contempo riconfermare nella rete distrettuale l'accoglienza e l'attività di Casa della Rosa

Si procederà alla ridefinizione degli obiettivi, del target di utenza, dei criteri e modalità di accesso da parte dell'utenza dell'intero distretto.

Obiettivo 10	Costi	Tempi di realizzazione
Potenziamento degli interventi atti a rispondere al bisogno di donne e minori in situazioni di emergenza sociale ed abitativa	Euro 16.184,21	Entro il primo quadrimestre del 2003

OB.10 risultati attesi

- Studio di un progetto a livello distrettuale per rispondere al bisogno di donne e minori in situazioni di emergenza sociale ed abitativa
- Attivazione e/o regolamentazione dell'accesso a strutture di accoglienza di diverso livello.

Obiettivo 11

Sviluppare una nuova cultura gestionale anche attraverso la qualificazione della spesa sociale.

Il quadro complessivo di riforme in materia sociale e sanitaria ha ridefinito l'esercizio delle responsabilità istituzionali e nella materia "socio assistenziale" il contesto delle responsabilità viene univocamente riaffermato negli Enti Locali.

In questa prospettiva il Comune svolge il ruolo che gli è proprio di "organismo" istituzionale deliberante con compiti di programmazione e di valutazione; e sarà impegnato a sviluppare un processo politico e tecnico/metodologico volto a definire nuove culture gestionali che coniughino l'efficacia degli interventi e la loro economicità ed efficienza.

Obiettivo 11	Costi	Tempi di realizzazione
Sviluppare una nuova cultura gestionale anche attraverso la qualificazione della spesa sociale	A carico dei comuni del distretto	Entro il 2003 progettazione Attivazione dal 2004

OB. 11 risultati attesi

1. "studiare" forme innovative di gestione dell'organizzazione nel settore sociale dedicando una primaria attenzione al modello di organizzazione del lavoro, incentivando le azioni formative e di aggiornamento dei soggetti coinvolti..
2. "chiarire" quali soluzioni consentono di affrontare in modo unitario i bisogni, qualunque sia il loro modo di estrinsecarsi, selezionando risposte appropriate con riferimento alle diverse condizioni di bisogno;
3. "precisare" fin dove la personalizzazione degli interventi debba tener conto del bisogno ma anche della disponibilità delle risorse (economiche, personali, familiari, comunitarie);
4. "adottare" la progettualità, diventata oggi un metodo di lavoro obbligatorio, come elemento innovativo non tanto rispetto alle cose che si vogliono fare quanto piuttosto nelle relazioni tra soggetti che dovrebbero creare e produrre cambiamenti significativi ed efficaci;
5. verificare i risultati e la qualità delle prestazioni erogate, anche attraverso l'introduzione di forme strutturate di controllo gestione;
6. promuovere azioni di informazione e partecipazione dei cittadini;
7. elaborare anche attraverso la Carta dei Servizi Sociali un percorso progettuale finalizzato a conseguire gli obiettivi di promozione della cittadinanza attiva;

Obiettivo 12

Realizzare l'integrazione a livello territoriale fra interventi sociali, sanitari ed educativi.

La nuova dimensione operativa sopra delineata dovrà trovare chiarezza di regole e di rapporti che necessitano di essere supportati da scelte e metodologie ordinate.

A seconda delle politiche da perseguire l'integrazione può avere interlocutori professionali differenti (medici, psicologi, assistenti sociali), strutture e servizi difforni (consultori familiari, consultori adolescenti, mediazione familiare, servizio sociale di base), forme e modalità organizzative differenziate e diversificate.

Indispensabile sarà un forte rapporto con l'azienda ospedaliera Carlo Poma attraverso la stipula di protocolli di intesa e di protocolli operativi che permettano continuità di fruizione dei servizi sanitari, dei servizi socio-sanitari e sociali da parte di un'utenza fragile che ha bisogno di certezze.

E' necessario stabilire le varie responsabilità rispetto all'erogazione delle prestazioni sanitarie e dei servizi socio assistenziali tra gli attori istituzionali. A questo scopo servirebbe un'intesa sui programmi tra tutti gli operatori e i cittadini possibili utenti.

Obiettivo 12	Costi	Tempi di realizzazione
Realizzare l'integrazione a livello territoriale fra interventi sociali, sanitari ed educativi.	A carico dei comuni del distretto	Accordo di programma con ASL/ADI entro giugno 2003 Accordo di programma con azienda Poma entro il 2003

OB. 12 risultati attesi

1. stipulare protocolli d'intesa fra Enti Locali e altri servizi del comparto assistenziale che stabiliscano modalità di coordinamento e di integrazione;
2. definire progetti integrati, sia riferiti alla singola persona o a gruppi di persone, e individuare il Responsabile del Progetto;
3. redigere protocolli assistenziali, contenenti modalità operative e di collaborazione fra i singoli servizi, nei confronti dell'utenza;
4. stipulare accordi di programma fra i Comuni, Azienda ASL, Azienda Poma, fra Comuni di diversi distretti per la gestione associata dei servizi.

Obiettivo 13

Il distretto di Mantova e i suoi giovani

L'universo giovanile è un mondo in continuo cambiamento: l'appartenenza dei giovani a più ambiti di socializzazione, a più mondi vitali (scuola, famiglia, associazione, gruppo, oratori parrocchiali...) e quindi la coesistenza e difficoltà di gestire ruoli diversi, ma soprattutto, la trasmissione dei valori non più verticalmente (dai genitori/insegnanti ai figli), ma orizzontalmente (tra coetanei), sono elementi da tenere in considerazione per un progetto di politiche giovanili che parta dai giovani per arrivare ai giovani.

Le motivazioni principali di un'azione di riflessione sulle politiche giovanili nel distretto di Mantova sono riassumibili nei seguenti punti essenziali:

- L'emergere del "problema giovani" come oggetto di riflessione essenzialmente sconosciuto alle politiche sociali, nei sui tratti di "normalità", la normalità del crescere in famiglia, del frequentare la scuola, del trovare lavoro, del relazionarsi e divertirsi insieme;
- L'emergenza di comportamenti di eccedenza dalla normalità, di nuove forme di devianza non riconducibili a situazioni classiche di emarginazione; certi modi di divertirsi, i riti iniziatori, il rapporto con l'alcool, la violenza e la solitudine.

I diversi progetti sviluppati nel corso degli ultimi anni nel distretto di Mantova a favore dei gruppi giovanili aprono una riflessione sulla opportunità di operare nella direzione di un consolidamento delle forme di sostegno, da realizzare tramite il perseguimento, nel breve-medio, periodo di due obiettivi principali:

1. La creazione di un centro di Aggregazione dove si offre l'opportunità di accedere a spazi strutturati, adeguati e vivibili, creando così il presupposto della valorizzazione dei bisogni aggregativi e del riconoscimento effettivo ai diritti del mondo giovanile, capaci di dare risposte a bisogni specifici dei giovani e non solo.
2. La costituzione di "strumento operativo" capace di gestire il centro, formata dagli stessi giovani.

Il progetto non deve essere semplicemente un contenitore di eventi culturali ed artistici ma un luogo di aggregazione e progettazione sociale che vuole rispondere ad un bisogno di luoghi di discussione, progettazione e confronto tra giovani e che sia capace di trasformare e integrare in eventi e servizi le nuove richieste ed i progetti consolidati.

In quest'ottica i fruitori potranno dotarsi di una soggettività giuridica in grado di favorire una crescita collettiva dei partecipanti secondo i principi dell'autoimprenditorialità, dell'autogestione e dell'autofinanziamento. Si favorirebbe così un processo di aggregazione dal basso.

La struttura dovrà prevedere la possibilità di inserire al suo interno spazi per la vendita di bevande ed alimenti per permettere il maggiore coinvolgimento dei diversi gruppi.

Obiettivo 13	Costi	Tempi di realizzazione
Il distretto di Mantova e i suoi giovani	A carico dei comuni del distretto con appositi finanziamenti regionali, europei, fondazioni etc etc	Studio progettuale entro ottobre 2003

Obiettivo 14

Attività di promozione e tutela della salute mentale

L'attività di promozione e tutela della salute mentale costituisce campo universalmente riconosciuto di sviluppo integrato delle attività socio-sanitarie di tipo comunitario. La psichiatria di comunità si articola, proprio per questo, a tutti i livelli assistenziali, da quello domiciliare a quello ospedaliero.

La natura intrinseca della natura sociosanitaria degli interventi di salute mentale è stata ribadita anche nel documento relativo ai Livelli essenziali di assistenza, allorchè, proprio per la natura integrata delle prestazioni si è riconosciuto che alcuni Lea debbano essere cofinanziati secondo percentuali predefinite dal fondo sanitario e dal fondo sociale. Per l'area della salute mentale i Lea sono riassunti nella tabella allegata.

Nell'ambito del Distretto di Mantova la soddisfazione dei Lea di tipo sanitario sono garantiti dall'Azienda "C. Poma" con parametri strutturali (dotazione di posti letto o equivalenti e di risorse umane) superiori allo standard, intervenendo anche a sostegno dei Lea sociosanitari.

Per queste ragioni mentre da un lato si sollecita il distretto per il futuro ad una maggior attenzione alla attività di promozione e tutela della salute mentale ed alla attivazione, nella analisi dei bisogni, di un tavolo relativo alla salute mentale, per poter anche ottenere una rilevazione delle attività riguardanti quest'area e che vengono svolte sia dal servizio sanitario locale, che dai servizi sociali professionali dei Comuni e da imprese private non profit, dall'altro si esprime apprezzamento per aver comunque attivato un confronto utile a presentare proposte che la durata triennale del Piano di Zona consentirà un'adeguato sviluppo.

Gli obiettivi che il Piano si propone di raggiungere possono essere così descritti:

- Attivazione di un osservatorio dedicato alla salute mentale, che si riferisca all'intero ciclo della vita. Si ricorda che nel PSSR è richiesta l'attivazione di un organismo di coordinamento a livello provinciale, che potrebbe utilizzare l'attività di osservatori di distretto.
- Analisi ed eventuale riprogettazione all'interno del Piano di Zona di quattro percorsi di integrazione sociosanitaria quali:
 1. integrazione e coordinamento delle funzioni sociali e sanitarie per la tutela della salute mentale e della cura e riabilitazione dei disturbi psichici a livello domiciliare e territoriale
 2. percorso lavoro organizzato su opportunità di formazione e assunzione lavorativa,
 3. percorso di risocializzazione e reinserimento sociale del paziente psichiatrico
 4. percorso casa, costituito da strutture residenziali a valenza riabilitativa ed evolutiva

Grazie al contributo dato dall'Unita Operativa di psichiatria n°27 dell'azienda Carlo Poma allo sviluppo di tale progettazione vengono riportate alcune schede relative ai quattro percorsi sopraccitati che trovano riscontro anche in precedenti obiettivi del Piano:

<i>Percorso 1</i>		
1	Denominazione	integrazione e coordinamento delle funzioni sociali e sanitarie per la tutela della salute mentale e della cura e riabilitazione dei disturbi psichici a livello domiciliare e territoriale
2	Bisogno rilevato	Persone con grave disagio psichico, con necessità di cura e riabilitazione delle disabilità psico sociali.
3	Mission	Garantire lo sviluppo di processi di prevenzione, cura e riabilitazione psicosociale.
4	Strategie	1. Progettazione di percorsi di prevenzione, cura e reintegrazione sociale; 2. Promozione di interventi integrati sociosanitario; 3. Implementazione di strategie di comunità;
5	Azioni/attività	1. Progettazione di percorsi di riabilitazione individuali; 2. Collaborazione alla Progettazione del percorso casa: in Centri residenziali sanitari e Comunità residenziali socio riabilitative 3. In merito ai servizi di seguito elencati il Fondo sociale garantisce la propria partecipazione economica, in particolare: <ul style="list-style-type: none"> • Inserimento dell'utente in centri residenziali, in appartamenti o altri luoghi a bassa intensità assistenziale; • Inserimento dell'utente in attività domiciliari; • Sensibilizzazione dell'ambiente sociale di reinserimento del paziente.
6	Destinatari	Persone con gravi patologie psichiatriche
7	Problemi criticità	<ul style="list-style-type: none"> • Necessità di sviluppare una metodologia condivisa e coordinata tra sociale e sanitario coinvolti nella presa in carico dell'utente. • Mancanza di alloggi
8	Azioni di Miglioramento	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentare la dimissione dalle strutture protette e semiprotette verso soluzioni abitative per permettere un reale reinserimento sociale • Sviluppare una rete di assistenza domiciliare infermieristica e assistenziale per garantire il permanere a domicilio
9	Risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuire le necessità di cure intensive • Sviluppare percorsi di reale riabilitazione psico sociale

Percorso 2		
1	Denominazione	Percorso Lavoro organizzato su opportunità di formazione e assunzione lavorativa, anche tramite convenzione con Coop Sociali
2	Bisogno rilevato	Tendenza alla esclusione dal mondo del lavoro di persone con problemi psichiatrici
3	Mission	Garantire lo sviluppo di processi di prevenzione idonei a : <ul style="list-style-type: none"> · Contrastare lo stigma sociale · Promuovere percorsi individuali di formazione e avviamento al lavoro · Favorire una reale e significativa attività occupazionale lavorativa
4	Strategie	<ul style="list-style-type: none"> • Integrazione e coordinazione di processi di collaborazione tra Amm. Prov., DSM, S.Sociali dei Comuni , Coop Sociali e mondo delle imprese · Costruzione di uno Sportello Lavoro a gestione unitaria
5	Azioni/attività	<ul style="list-style-type: none"> · Definizioni di griglia di accesso condivisa · Percorsi di valutazione e programmazione individualizzati di formazione professionale ed inserimento lavorativo · Verifiche condivise dei programmi individualizzati · Attivazione di un Centro di Avviamento al lavoro · Organizzazione di Corsi di Formazione e stages formativi presso Aziende pubbliche e private
6	Destinatari	Persone con grave patologia psichiatrica di età giovane adulta con potenzialità occupazionali
7	Problemi criticità	<ul style="list-style-type: none"> - Cultura dei Servizi Sanitari (SSM) e S.Sociale basate sul rilievo della patologia piuttosto che della potenzialità e abilità residue del paziente psichiatrico - Scarsa sensibilizzazione del mondo sociale al problema della esclusione ed emarginazione del paziente psichiatrico - Limiti e vincoli date dell'attuale assetto normativo e legislativo in materia
8	Azioni di Miglioramento	<ul style="list-style-type: none"> • Sviluppare l'integrazione fra S.S.M e S.Sociale e le Coop Sociali e mondo delle imprese • Interventi diretti alla sensibilizzazione del mondo sociale ed imprenditoriale
9	Risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> • Raggiungimento di livelli di attività occupazionali lavorativa soddisfacente per il paziente psichiatrico • Inserimenti e assunzioni lavorative presso Coop Sociali e Aziende del Mercato libero

Percorso 3		
1	Denominazione	percorso di risocializzazione e reinserimento sociale del paziente psichiatrico
2	Bisogno rilevato	Persone con problemi psichiatri con grave ritiro sociale ed emarginazione
3	Mission	<ul style="list-style-type: none"> · Garantire lo sviluppo di processi di prevenzione · Contrastare lo stigma sociale · Promuovere percorsi di risocializzazione · Favorire il reinserimento del paziente psichiatrico nel contesto sociale normale
4	Strategie	<ul style="list-style-type: none"> · Progettazione di percorsi individualizzati di socializzazione · Promozione di interventi integrati tra sanitario, sociale e volontariato · Implementazione di strategie per lo sviluppo di competenze nella comunità
5	Azioni/attività	<ul style="list-style-type: none"> · Elaborazione di programmi individualizzati per il recupero delle abilità sociali · Costruzione di spazi intermedi gestiti dal volontariato sociale per favorire l'uscita dal ritiro sociale e la prima alfabetizzazione relazionale sociale · Inserimento del paziente in spazi sociali adeguatamente preparati e supportati dai Servizi (circoli sportivi e ricreativi, ecc..) · Inserimento dell'utente in attività sportive a carattere locale e nazionale · Organizzazione di momenti ricreativi, vacanze e gite tesi al recupero delle capacità di socializzazione · Attività varie gestite dal volontariato teso a favorire espressività e conferme sociali: corsi di musica, teatro, cucina, computer, inglese, ricamo · Gruppi di auto aiuto teso a favorire una relazione di comprensione e supporto reciproco rivolto sia ai pazienti, sia anche ai familiari
6	Destinatari	Paziente con grave patologia psichiatrica in grave ritiro sociale ed emarginazione
7	Problemi criticità	<ul style="list-style-type: none"> - Cultura sanitaria, psichiatrica e sociale centrata sulla patologia e non sulle potenzialità e abilità residue del paziente psichiatrico - Pregiudizi sociali sulla patologia psichiatrica e sulla sua pericolosità - Scarsa sensibilità delle normative che potrebbero maggiormente favorire l'attività del volontariato e l'integrazione sociale

8	Azioni di Miglioramento	<ul style="list-style-type: none"> • Formazione rivolta al Volontariato Sociale sull'intervento di rete e sullo sviluppo di competenze nella comunità • Programmare all'interno della società momenti di riflessione e sensibilizzazione al superamento dello stigma sociale e favorire il reinserimento del paziente psichiatrico • Incentivare l'attività ludico sportiva con la partecipazione di pazienti psichiatrici
9	Risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> - Superamento dello stigma sociale - Reinserimento sociale del paziente psichiatrico - Facilitazione nella partecipazione ad attività ludico sportiva di tempo libero e di socializzazione

<i>Percorso 4</i>		
1	Denominazione	percorso casa, rete di strutture residenziali a valenza riabilitativa ed evolutiva
2	Bisogno rilevato	Disabilità della persona con grave problematica psichiatrica nella convivenza e nella conduzione della casa
3	Mission	<ul style="list-style-type: none"> · Garantire lo sviluppo di Processi di Prevenzione · Contrastare lo Stigma Sociale · Promuovere dei percorsi di Riabilitazione Psicosociale · Favorire il reinserimento nel contesto sociale normale
4	Strategie	<ul style="list-style-type: none"> · Formare l'attività Riabilitativa Psicosociale su metodologie accreditate e basate su evidenza di efficacia · Integrare e coordinare processi di collaborazione fra servizi sanitari e sociali, cooperative sociali, volontariato e centri di aggregazione sociale · Coinvolgere come soggetti attivi i pazienti e le famiglie, come risorsa importante nel processo di reintegrazione sociale
5	Azioni/attività	<ul style="list-style-type: none"> · Progettazione di programmi di riabilitazione residenziale personalizzati, utilizzando strumenti validati e accreditati (es :VADO) · Gestione degli Invii in Programmi Residenziali in coprogettazione con ASL, Aler e Comuni: attraverso l'Unità di Valutazione Riabilitativa Residenziale · Progettazione e coordinazione delle strutture residenziali che compongono il Percorso Casa: <ul style="list-style-type: none"> - Residenze Terapeutiche Riabilitative: - Residenze Socio Riabilitative: - Appartamenti Protetti - Appartamenti Semiprotetti: - Appartamenti autogestiti :

		Inserimento di pazienti in Centri Residenziali Assistiti Management ed interventi a domicilio del paziente Sensibilizzazione dell'ambiente sociale del reinserimento del paziente
6	Destinatari	Persone con gravi patologie psichiatriche e forti bisogni socio assistenziali
7	Problemi criticità	- Cultura sanitaria psichiatrica e sociale centrata sulla patologia e non sulle potenzialità e abilità residue del paz. Psichiatrico - Non condizione e non coordinazione nella metodologia di osservazione, programmazione e intervento riabilitativo residenziale nei SSM e S.Sociale coinvolti
8	Azioni di Miglioramento	<ul style="list-style-type: none"> • Formazione diretta agli operatori della riabilitazione su metodologia di conduzioni di gruppo e interventi psicoeducativi ai familiari dei pazienti • Sviluppare una rete di assistenza domiciliare infermieristica e assistenziale per garantire il permanere a domicilio dei pazienti psichiatrici Elaborare modelli di abitazione con intervento domiciliare modulabile, per permettere l'evoluzione all'interno del Percorso Casa fino ad un reale reinserimento sociale
9	Risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> • Evoluzione all'interno delle varie strutture che compongono il Percorso Casa • Evoluzione e raggiungimento di livelli di autonomia e reinserimento effettivo nella società • Miglioramento della qualità di vita del paziente psichiatrico

Per ciascuna area sarà svolto un lavoro di censimento delle attività in corso e delle risorse attualmente investite, (entro l'ottobre 2002) cui far seguire una riprogettazione anche in funzione degli obiettivi proposti dal PSSR, con particolare attenzione al tema del sostegno della domiciliarità per le persone fragili, in modo che i primi risultati della riprogettazione siano operativi nel 2003.

4.2 Azioni di supporto al raggiungimento degli obiettivi

A) Il monitoraggio dei bisogni sociali e del sistema di risposta: l'osservatorio

Si rende necessario migliorare la capacità di lettura dei bisogni delle diverse aree e la capacità di valutazione integrata dell'adeguatezza del sistema dell'offerta ai bisogni stessi.

Pertanto il Servizio Sociale e il Segretariato Sociale, così come definiti precedentemente, diverranno sensori privilegiati dei bisogni sociali emergenti e del loro evolversi e di conseguenza daranno fondamentale apporto all'istituzione dell'Osservatorio delle politiche sociali, strumento di utilità per il territorio distrettuale al fine di attivare risposte più mirate. Verrà attuato in collaborazione con la Provincia che già in parte è in possesso di banche dati utili al distretto. Parallelamente all'attività dell'osservatorio vanno mantenute e valorizzate le varie consulte già istituite per l'area della casa, nomadismo ed immigrazione.

Costi	Tempi di realizzazione
<i>A carico della Provincia</i>	<i>Progettazione entro giugno 2003 Attivazione da luglio 2003</i>

I risultati attesi dall'attivazione dell'osservatorio:

- Costituzione e/o consolidamento a livello distrettuale di gruppi tecnici di lavoro formati da soggetti pubblici e privati nell'ambito delle aree anziani, handicap, famiglie e minori, nomadi, carcere, immigrati;
- Elaborazione di un sistema informativo di monitoraggio permanente dei bisogni e delle dinamiche demografiche, sociali, culturali, produttive/occupazionali che costituiscono il tessuto sociale del Welfare del distretto

B) La formazione

La Legge 328/00, all'art 7 – funzioni delle provincie- al punto C precisa che “ le Provincie concorrono alla promozione, di intesa con i comuni, iniziative di formazione, con particolare riguardo alla formazione professionale di base ed all'aggiornamento”. In tal senso viene riconfermata la competenza storicamente riconosciuta alle Provincie, sottolineando l'accordo con i Comuni, in materia di formazione, sia per quanto riguarda la professionalizzazione di base degli operatori che per quanto concerne la formazione permanente degli operatori sociali. Il prolungarsi e la necessità di riconvertirsi della carriera lavorativa degli operatori, la loro diversa appartenenza, il rapido mutamento dei bisogni e delle risposte, il perseguimento della

qualità nei servizi richiedono in maniera pressante la competenza di un “accompagnamento formativo” adeguato ed in sintonia con le nuove politiche sociali. In particolare, nei nuovi contesti di Welfaremix l’operatore è chiamato a definire in modo ancora più chiaro la sua professionalità e gli obiettivi degli interventi da perseguire, per non correre il rischio di cadere in una “indeterminatezza” dell’agire sociale. Nello scenario che va configurandosi, secondo quanto indicato dalla stessa normativa, vengono sempre più richieste competenze strategiche nella progettazione ed organizzazione di un “sistema integrato di interventi e servizi sociali” in relazione al quale la formazione rappresenta il “luogo” privilegiato per ripensare i concetti base della metodologia del lavoro sociale come: la capacità di azione, l’empowerment, il lavoro di rete.

Il distretto di Mantova, che già in fase di avvio dei Piani di Zona si è avvalso di un percorso di accompagnamento da parte della Provincia, intende avvalersi in forte sinergia delle opportunità offerte dalla stessa Provincia circa la formazione degli operatori del sociale facendosi sensore e portavoce dei loro bisogni formativi e individuando con il territorio le azioni di formazione permanente a supporto dello sviluppo degli obiettivi strategici del Piano.

Con la Provincia si formulerà un “piano dei percorsi formativi” rivolti agli operatori e rispondenti ai bisogni del territorio.

Costi	Tempi di realizzazione
<i>A carico della Provincia</i>	<i>Stesura del Piano dei percorsi formativi entro dicembre 2002 Attivazione da gennaio 2003</i>

C) La valutazione dell’attuazione del piano

Il presente Piano di Zona prevede tra gli obiettivi prioritari il miglioramento della capacità di analisi e lettura dei bisogni della popolazione, attraverso l’istituzione di specifici gruppi di lavoro, nelle diverse aree tematiche, che potranno confluire in un più ampio osservatorio delle politiche sociali.

In base agli esiti di tale attività potrà rendersi necessario o opportuno ridefinire i progetti in corso e/o ritardare gli interventi, sulla base di nuove esigenze prioritarie che via via emergeranno.

I gruppi di lavoro sopraccitati trasmetteranno in modo sistematico all’ufficio del piano, secondo scadenze che verranno prefissate, dati e informazioni sullo stato di avanzamento dei vari progetti afferenti le diverse aree tematiche. Tale ufficio partecipa all’attività di valutazione dei progetti, congiuntamente con i gruppi di lavoro, e trasmette periodicamente ai rappresentanti politici del distretto un aggiornamento dello stato degli stessi.

L’ufficio del piano svolge, tra le altre, la funzione di raccordo tra i vari gruppi di lavoro, favorendone le relazioni e le opportune integrazioni.

All'ufficio del piano e pertanto anche all'osservatorio viene in particolare riconosciuta la funzione della valutazione della attuazione del piano. A tale scopo lo stesso dovrà dotarsi di specifiche metodologie che dovranno avere le seguenti caratteristiche:

- essere finalizzata alla crescita e all'apprendimento delle figure coinvolte nei progetti, al fine di migliorarne la capacità di operare, attraverso la riflessione ed il confronto sui dati e sui risultati dell'esperienza;
- contemplare l'uso di strumenti e tecniche diversificate, anche innovative;
- mirare specificatamente al miglioramento degli interventi e dei servizi.

Capitolo 5

Risorse finanziarie, strutturali e umane

Il piano di zona con la sua assunzione attraverso la formula dell'accordo di programma consente di trasformare i vincoli in opportunità attraverso la ottimizzazione delle risorse, la omogeneizzazione per quanto possibile dei criteri di erogazione, la individuazione di indicatori di performance, l'uso intensivo della modalità del progetto con il conseguente riferimento all'uso dei fondi comunitari e regionali

Nel Piano di Zona saranno definiti i livelli essenziali di politica sociale garantiti ai cittadini del territorio di riferimento e sarà definito il volume delle risorse disponibili attraverso le varie forme di finanziamento.

In questa direzione il bilancio del Piano di Zona si attua con le stesse caratteristiche dei bilanci comunali.

Nella struttura del bilancio si farà riferimento al quadro dei possibili interventi comunitari e si definirà la caratteristica ed il numero dei progetti co-finanziabili.

Nel Piano di Zona sono definite le decisioni, le strategie, gli obiettivi, una linea di indirizzo complessiva ed articolata per la gestione dei servizi sociali ed integrati, per il governo del sistema di offerta e per la risposta alla domanda emergente dal territorio del distretto di Mantova.

Oltre a prevedere cosa e come verrà fatto il Piano di Zona individua in particolare nell'ufficio di piano e nella carta dei servizi gli strumenti fondamentali atti a verificare lo sviluppo dei processi necessari alla sua realizzazione, i risultati intermedi nonché la definizione per ogni obiettivo di indicatori di risultato e metodologie di verifica e valutazione.

Nell'individuazione degli interventi prioritari da realizzare si è tenuto conto degli indirizzi ed orientamenti definiti dal Piano nazionale triennale degli interventi e dei servizi sociali, dal Piano Socio Sanitario Regionale 2002/2004 e della circolare regionale n° 7 del 29 aprile 2002" linee guida esplicative della DGR 11 novembre 2001 nVII/7069. Come risulta evidente dal prospetto seguente nel triennio le risorse del fondo Nazionale per le Politiche Sociali assegnate al Distretto di Mantova sono state destinate per il **32,81%** per la realizzazione ed il potenziamento di servizi di pronto intervento sociale e per il **67,19%** per lo sviluppo di interventi volti al sostegno di soggetti fragili per il loro mantenimento a domicilio

Al momento non sono state indicate, nelle tabelle relative alle risorse finanziarie aggregate per distretto, le risorse che si renderanno necessarie per la sperimentazione del Voucher socio sanitario in quanto come già detto nella descrizione dell'obiettivo 7 l'esatta quantificazione delle risorse necessarie potrà essere fatta solamente dopo aver definito criteri di attuazione. Verrà pertanto fatto un successivo aggiornamento al Piano.

Obiettivi strategici da realizzare	TOTALE
Ob.1 Attività di progettazione, consulenza, esecuzione degli obiettivi strategici: l'ufficio di Piano	129.114,23
Ob. 2. a) servizio sociale professionale b) segretariato sociale c) servizio emergenza sociale d) servizi pronta accoglienza e) potenziamento servizio domiciliare handicap f) famiglie e minori	provincia 67.506,72 247.899,92 90.205,92 25.822,85
Ob.3 Regolamentazione ed applicazione dell'ISEE a livello distrettuale	A totale carico dei singoli comuni del distretto
Ob. 4 Definire e sperimentare una metodologia di lavoro integrato (rete)	A totale carico dei singoli comuni del distretto
Ob. 5 a) carta dei servizi b) bilancio di utilità sociale	51.645,69 A totale carico dei singoli comuni del distretto
Ob. 6 Monitoraggio dei bisogni sociali e del sistema di risposta: l'osservatorio	A totale carico della Provincia
Ob. 7 Sperimentazione di una nuova modalità di gestione: dal buono socio-sanitario al Voucher socio-sanitario	Verranno stanziare idonee risorse sul bilancio 2003 conformemente a quanto previsto dalla progettazione e dai relativi criteri adottati
Ob. 8 Promuovere agevolazioni innovative per l'accesso alla casa	51.645,69
Ob. 9 Sviluppo di progetti e percorsi per l'inserimento sociale	82.633,10
Ob. 10 Istituzione e regolamentazione di un fondo di solidarietà per minori e portatori di handicap	180.759,92
Ob.11 Potenziamento degli interventi atti a rispondere al bisogno di donne e minori in situazione di emergenza sociale ed abitativa	16.184,21
Ob. 12 Sviluppare una nuova cultura gestionale anche attraverso la qualificazione della spesa sociale	A totale carico dei singoli comuni del distretto
Ob. 13 Realizzare l'integrazione a livello territoriale fra interventi sociali, sanitari ed educativi	A totale carico dei singoli comuni del distretto
Ob. 14 Il distretto di Mntova e i suoi giovani	A totale carico dei singoli comuni del distretto e con appositi finanziamenti regionali, statali, europei e fondazioni etc etc
totale	943.417,64

La rilevazione della spesa sostenuta per gli anni 2000,2001,2002,2003,2004 a livello distrettuale viene rimandata all'allegato A del Piano di Zona

Capitolo 6

Gli organi politici e tecnici del piano di Zona

6.1 L'Assemblea zonale dei sindaci e il Consiglio di Rappresentanza Zonale

L'assemblea zonale dei sindaci è composta da tutti i sindaci (o loro delegati) dei comuni afferenti all'ambito territoriale i quali nomineranno un Presidente.

L'assemblea ha funzione deliberante delle attività pertinenti al distretto.

Il consiglio di Rappresentanza è composto da:

Presidente (lo stesso presidente dell'assemblea dei sindaci)

Quattro sindaci nominati dall'assemblea dei sindaci (uno di questi con funzioni di vice presidente nominato dal presidente)

Il consiglio ha funzioni di proposta degli atti da deliberare.

Assistono alle assemblee dei suddetti organi il coordinatore del Piano di Zona con funzioni di supporto tecnico amministrativo e un amministrativo con funzioni di verbalizzante

6.2 La struttura tecnico scientifica amministrativa

Il coordinatore: è il responsabile amministrativo degli atti e dei provvedimenti adottati dal Consiglio di Rappresentanza. E' il responsabile della corretta gestione dell'ufficio

Un amministrativo: recepisce ed attua le direttive del coordinatore

Oltre alle consulenze che ogni amministrazione potrà mettere a disposizione con proprio personale in organico, l'ufficio si avvarrà di consulenti esterni di volta in volta individuati a seconda della materia da trattare.

Sede degli organi politici e tecnici del piano di Zona

La sala consigliare, la sala giunta del comune capofila saranno le sedi rispettivamente dell'assemblea e del consiglio di rappresentanza.

Presso il comune capofila sarà messo a disposizione un ufficio per lo svolgimento dell'attività della struttura tecnico amministrativa dotata di idonee attrezzature.

Il funzionamento degli organi

La disciplina per il funzionamento degli organi verrà stabilita da appositi regolamenti e precisamente:

1. Regolamento per il funzionamento dell'assemblea e del consiglio di rappresentanza dei sindaci
2. Regolamento per il funzionamento della struttura tecnico-amministrativa

Capitolo 7

Modalità di collaborazione e di coordinamento

7.1 Forum Terzo Settore

ACCORDO D'INTESA TRA
LE AMMINISTRAZIONI COMUNALI DEL DISTRETTO DI MANTOVA
E
FORUM PROVINCIALE 3° SETTORE

I comuni dell'ambito distrettuale di Mantova ed il Forum provinciale del 3° settore partendo dal riconoscimento del ruolo e del peso del mondo no profit per lo sviluppo dell'economia della nostra comunità e con lo scopo di valorizzare l'impegno solidale di cui sono portatrici le associazioni di promozione sociale, il volontariato e la cooperazione sociale, assumono la presente intesa come uno strumento utile per definire lo sviluppo sociale sul territorio.

INTESA

- 1) I comuni riconoscono nel Forum Provinciale del 3° settore la rappresentanza politica del mondo mantovano dell'associazionismo, del volontariato e della cooperazione sociale.
- 2) Le parti si impegnano, condividendo i principi fondanti della legge 328/00, tesi all'inclusione sociale degli strati della popolazione in stato di disagio e alla prevenzione di situazioni di rischio sociale, allo sviluppo dello stato di benessere della persona attraverso un sistema di servizi e di interventi sociali integrati, ad avviare un percorso concertativo e cooprogettuale che sappia fornire una cornice di riferimento, certa nella quale collocare i rapporti delle singole associazioni che compongono il mondo del 3° settore. In questa logica normativa, fondamentale è il contestuale trasferimento di risorse e responsabilità da parte della Regione ai Comuni per le finalità di cui ai Piani di Zona socio-sanitari, compresi i contributi devoluti ai singoli cittadini.
- 3) Le parti assumono come base di partenza la condivisione della analisi per cui è indispensabile una trasformazione di una parte dei servizi sociali, ancora oggi incentrati sullo schema individuo-domanda-emergenza, per rendere concreto il circolo virtuoso comunità-bisogni-sviluppo;
- 4) I comuni e Forum 3° settore concordano che l'offerta dei servizi, partendo dalla domanda, debba essere "personalizzata" con interventi "flessibili", integrando i vari soggetti che operano dentro una regia "pubblica". Si tratta di valorizzare la rete esistente nel territorio per offrire pacchetti che comprendano un insieme di interventi da quelli "domiciliari leggeri", a quelli di "domiciliarità pesante", alla "istituzionalizzazione" temporanea e di sollievo a quella permanente;

- 5) Le parti, oltre alla flessibilità, sottolineano come sia fondamentale l'integrazione fra il comparto assistenziale e quello sanitario, in modo che l'interazione sia reale e concreta. Solo in questo modo è possibile, tra le altre cose, dare continuità e programmazione ai vari passaggi di fase (domiciliarità, ospedalizzazione, semiresidenziale).
- 6) Queste logiche hanno, come presupposto, che già nella fase iniziale di applicazione delle nuove norme legislative, sotto il profilo del piano sociale, ci si orienti verso una dimensione territoriale distrettuale per realizzare un intreccio con il piano di intervento del distretto sanitario. Le parti, ognuna per il ruolo e la funzione che svolge, si assumono la responsabilità di sostenere questa opzione affinché prevalga nelle sedi istituzionali.
- 7) Nel sostenere l'integrazione degli interventi e dei servizi, le parti si impegnano a:
- (a) Procedere a definire forme di accreditamento in cui decisiva sia la qualità che si esplica in professionalità, efficacia, efficienza del servizio e rispetto delle condizioni contrattuali dei lavoratori e delle lavoratrici impegnati e della loro dignità;
 - (b) a far sì che l'intervento del volontariato debba essere un valore aggiunto delle scelte programmate e non debba, in alcun modo, intendersi come sostitutivo di personale dipendente;
 - (c) a realizzare la carta della cittadinanza sociale che non si limita a regolamentare l'accesso ai servizi riproducendo la logica dei soggetti erogatori, ma si concentra sulle persone che hanno bisogno di accedere ai servizi. In tal senso la carta dei servizi sociali viene a caratterizzarsi come per corso progettuale finalizzato a conseguire gli obiettivi di promozione della cittadinanza attiva, consapevole nella popolazione, nelle istituzioni e nei servizi.
 - (d) Sostenere nel quadro di assunzione di responsabilità reciproche, la ricerca di forme di finanziamento innovative, che oltre all'Ente pubblico, al contributo dei cittadini, possa vedere partecipi - in modo sperimentale - le Fondazioni Bancarie. Tali risorse devono essere in grado di sopportare la realizzazione dei progetti integrati e le compatibilità economiche richieste dai requisiti di qualità.
- 8) Le parti concordano sulle necessità di continuare l'approfondimento e il confronto sulle tematiche sociali con ulteriori tavoli di lavoro che dovranno di norma essere riuniti almeno semestralmente.
- 9) Le parti ritengono di dover, pur nella diversità dei ruoli, attivare tutte le iniziative possibili anche con investimenti specifici, per promuovere la partecipazione consapevole e solidale dei cittadini e delle famiglie alla organizzazione e gestione dei servizi alla persona.

7.2 Azioni di sistema per l'implementazione di nuovi modelli collaborativi con gli altri partners del piano di zona.

Per ogni area tematica saranno istituite apposite consulte composte da un rappresentante di ogni soggetto istituzionale interessato all'area .

Il ruolo della consulta è di portare a conoscenza le eventuali problematiche dell'area, di confrontare tra loro i vari soggetti interessati e di proporre interventi, strategie e priorità da adottare.

I comuni dell'ambito territoriale provvederanno a richiedere un rappresentante di riferimento di ogni parte sociale presente sul territorio (a titolo esemplificativo: 1 rappresentante per il volontariato, 1 rappresentante per le cooperative, ...) a cui sarà presentato il Piano di Zona elaborato dagli stessi comuni. Ogni comune si impegnerà, a livello territoriale comunale, a consultare le rappresentanze più significative delle suddette parti sociali al fine di predisporre una mappatura completa dei servizi resi dalle stesse parti, ciò anche e soprattutto al fine di individuare i punti di forza e di debolezza su cui indirizzare le azioni strategiche del piano, trasversali a tutti i comuni ricompresi nell'ambito.

ALLEGATO A

Le tabelle regionali (per non appesantire eccessivamente il file) sono in consultazione presso il comune capofila