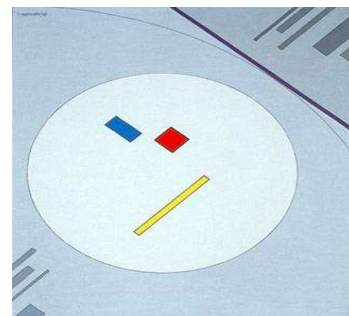


Gonzaga
Moglia
Motteggiana
Pegognaga
S. Benedetto Po
Suzzara

piano di zona
Ambito territoriale di Suzzara



**UN WELFARE CHE CREA VALORE PER LE
PERSONE, LE FAMIGLIE E LA COMUNITA'**

Piano di zona
2015/2017

COMUNI DI
GONZAGA, MOGLIA, MOTTEGGIANA, PEGOGNAGA,
SAN BENEDETTO PO E SUZZARA

INDICE

PREMESSA	PAG. 3
IL CONTESTO PROVINCIALE	PAG. 5
IL CONTESTO LOCALE	PAG. 28
GLI ORGANI PER LA REALIZZAZIONE DEL PIANO	PAG. 39
INTEGRAZIONE ASL/PIANI DI ZONA	PAG. 44

Premessa

Per collocare in termini chiari il presente strumento, esplicitiamo la valenza essenzialmente programmatoria del PdZ, che rimanda alla necessità di progettazioni esecutive - relative ai diversi ambiti d'intervento - governate dagli organi politici e tecnici dell'Ambito in cooprogettazione con il Terzo settore. Fondamentale a tal proposito, nelle singole progettualità, la valorizzazione di un nuovo ruolo del terzo settore, non più solo considerato come un soggetto erogatore ma come un partner affidabile con cui programmare e gestire le politiche in un'ottica di cooresponsabilità dei rischi e benefici della collettività.

L'obiettivo perseguito è quello di attuare il superamento dell'attuale sistema di welfare "riparatore" per proporre azioni basate sulla **prevenzione** e salvaguardia delle risorse autonome delle famiglie e delle singole persone per arrivare a mettere in atto un welfare non delle sole istituzioni ma dell'intera Comunità, con azioni di ricomposizione nel contrasto alle povertà siano esse di natura materiale, sociale e culturale. Un welfare inclusivo che si prende cura dei propri componenti soprattutto più fragili.

Ciò richiede l'impiego di energie per un lavoro serio di governance e di tenuta della rete, strumento principe che garantisce, in una logica di regia pubblica il forte coinvolgimento degli attori del territorio.

Si segnalano alcune attenzioni prioritarie da cui partire nella declinazione del nuovo Piano di Zona.

Le gestioni associate

Attualmente, a livello provinciale, mentre la spesa sociale comunale per ambito e per Comune raggiunge un buon livello (€ 101 pro capite) , invece la percentuale di risorse co-programmate ovvero trasferite per gestioni associate si mantiene ancora su bassi livelli (circa 14 %).

Il nuovo piano, a nostro avviso, deve tendere all'obiettivo di incrementare la percentuale delle risorse cooprogrammate in mondo congiunto tra Comuni per arrivare nel triennio ad una quota superiore al 30%.

L'ambito diviene, pertanto, il luogo fondamentale col quale confrontarsi per individuare le risorse in grado di sostenere e sviluppare i servizi, ma anche per leggere i bisogni di assistenza e definire le modalità gestionali più opportune per fornire risposte adeguate e coerenti.

Si ritiene, inoltre, importante potenziare una gestione associata rispetto a quegli interventi la cui GESTIONE UNITARIA garantisce una distribuzione uniforme in tutto il territorio (anche nei comuni più piccoli che da soli non ne avrebbero la forza), e sviluppa economie di scala contribuendo a qualificare i servizi sociali dell'ambito.

Inoltre, la gestione associata consente di dare maggiore efficienza al sistema e di ricercare anche una migliore integrazione con il settore sanitario il cui distretto coincide, di norma, con l'ambito sociale. Infatti, il confronto e la collaborazione con la ASL, ma anche con gli altri Enti Istituzionali e del terzo settore, possono essere produttivi e paritari se i comuni vi intervengono in modo unitario

e con la propria rappresentanza politica in modo da dare un peso significativo alla presenza comunale.

2. Il nuovo ISEE, primo, fondamentale banco di prova.

Nato come strumento di equità, di coesione e di cittadinanza a livello nazionale (Livello Essenziale delle prestazioni sociali), non è pensabile che possa essere disciplinato in modo diverso nei 6 Comuni. Dopo l'approvazione di un unico regolamento distrettuale l'obiettivo è quello di uniformare tra i Comuni, in modo graduale e sperimentale nel triennio:

- una quota minima per tutti i servizi che inducono un "risparmio" nella vita domestica familiare, ad esempio perché il servizio comprende il pasto (asili nido, mensa scolastica, trasporto scolastico, centri diurni estivi, pasti a domicilio, C.S.E., C.D.D., S.F.A., C.D.I.);
- definizione a livello distrettuale, servizio per servizio, di quote di esenzione o minime di partecipazione;
- definizione del "range" di scostamento (in più o in meno) dalle ipotesi medie formulate come ambito, all'interno delle quale i singoli Comuni, dovrebbero, nella loro autonomia, decidere di mantenersi (ad esempio: 15% il primo anno, 10 % il secondo, 5% il terzo).

Altro obiettivo è quello di rivedere ovvero introdurre, a livello di ambito ed in relazione al DPCM 159/2013, gli strumenti regolamentari per la concessione di contributi per l'inserimento di minori (di nuova introduzione) anziani e disabili (da revisionare) in strutture residenziali e semiresidenziali.

3. Miglioramento delle conoscenze e ri-composizione

Lavorare in un'ottica di moderno welfare territoriale significa programmare il miglioramento della conoscenza del contesto economico e sociale, leggere i bisogni - e non solo la domanda - dei singoli e delle famiglie, ri-componendo i settori di intervento, sociale e sanitario innanzitutto, ma anche riguardanti lavoro, casa, scuola...un welfare che agisca rafforzando le risorse individuali delle persone e le loro competenze sociali, integrando risorse e opportunità.

Un quadro ri-compositivo significa un sistema di relazioni più evoluto e maturo tra Regione, ASL e Comuni.

Spunti significativi, sono stati offerti dalla Regione, con l'indicazione di strumenti quali il fondo indistinto, lo sviluppo e il consolidamento della Cabina di Regia.

Ma anche il territorio deve fare un salto di qualità, cominciando dal praticare, con spirito e criteri nuovi, gli strumenti di governance.

È necessario in questo senso far sì che la modalità di collaborazione tra ASL ed Enti Locali consentano alle competenze che sono maturate nei diversi ambiti di incontrarsi e potenziarsi a

vicenda, così che i comuni mantengano anche nel confronto con la ASL il ruolo di attori politici, dal quale non si può prescindere.

Quando si parla di ricomposizione non è possibile tralasciare il tema delle diverse risorse economiche che concorrono alla programmazione dei Piani di zona (FNPS, FNA, Sondo sociale regionale, fondi comunali); a nostro avviso è necessario tendere sempre più all'unitarietà per arrivare alla programmazione indistinta delle risorse e non più a breve termine, bensì di ampio respiro

IL CONTESTO PROVINCIALE

L'analisi del contesto provinciale è elaborata a livello interdistrettuale; ciascun ambito territoriale della nostra provincia ha curato una singola area d'intervento, andando oltre alla dimensione distrettuale, in un'ottica di analisi trasversale provinciale delle diverse tematiche analizzate.

Più precisamente sono stati elaborati i seguenti temi

- **Minori, Famiglie e Giovani**
- **Emarginazione e Nuove Povertà**
- **Anziani**
- **Integrazione dei Cittadini Stranieri E Intercultura**
- **Adulti Fragili**

Area Minori, Famiglie e Giovani

Minori e Famiglie

Nel mantovano quasi il 60% delle famiglie sono composte da uno e due componenti: ciò significa che molto più della metà delle famiglie non hanno figli o se li hanno sono monoparentali. Ci si sposa sempre meno e ci si separa sempre di più, soprattutto dopo i primi anni di matrimonio o di convivenza, spesso dopo la nascita del primo figlio. Il 22% è composto da tre persone, un 15% da quattro e la percentuale si abbassa notevolmente con 5 o più componenti variando dall'Ambito di Suzzara con il 7.36% a Guidizzolo con il 4.49%.

Nel corso degli anni abbiamo osservato un aumento esponenziale delle famiglie che si rivolgono ai servizi sociali; prima del 2008 le persone che vi afferivano erano principalmente persone singole; con l'acuirsi della crisi economica, e soprattutto dal 2009, si è registrato l'incremento del numero di richieste che arrivano ai servizi formalmente come famiglie; con il prorogarsi della crisi economica, nel 2011 le richieste di aiuto sono aumentate progressivamente.

Oltre all'aumento numerico delle richieste va specificato che è soprattutto la lettura della complessità dei bisogni evidenziati dalle famiglie che ci porta a modificare la modalità di operare

nel servizio sociale professionale. Si osserva che nel progressivo impoverimento è mutato il target delle famiglie che arrivano al servizio; esse appartengono spesso al ceto medio produttivo o commerciale: un'utenza che incidentalmente incontra il servizio sociale a fronte delle difficoltà economiche determinate dalla crisi. Sono famiglie spesso più fragili, meno capaci e attrezzate di fronte alle difficoltà. Spesso arrivano dopo aver sperimentato una serie di soluzioni fallimentari e dopo aver cercato in via autonoma soluzioni alternative; ciò che rappresentano ai servizi si traduce in una richiesta di aiuto economico molto elevata determinata da insolvenze per utenze domestiche, canoni di locazione o mutui che risultano non pagati da tempo. Si evidenzia, rispetto al passato una forte complessità rispetto alle possibili soluzioni che i servizi possono mettere in campo. Questa consapevolezza del mutamento e della complessità della domanda richiede al servizio sociale professionale di operare con le famiglie ed in particolare con modalità diverse, che vanno oltre la relazione di aiuto classica che si sviluppa nella relazione operatore -utente.

Alcuni dati desunti dall'Osservatorio Provinciale

Tabella n. 1 Minori suddivisi per età

Ambito territoriale	Eta' 0-2	Eta' 3-10	Eta' 11-17	Minorenni stranieri
OSTIGLIA	1053 (2.32%)	2898 (6.38%)	2415 (5.31%)	1370 (26.86%)
ASOLA	1350 (2.93%)	3957 (8.59%)	3128 (6.79%)	1959 (26,46%)
GUIDIZZOLO	1842 (2.84%)	5335 (8.23%)	4356 (7.65%)	2533 (26.26%)
MANTOVA	4185 (2.67%)	11450 (7.29%)	9352 (5.96%)	3936 (24.22%)
SUZZARA	1485 (2.78%)	4340 (8.13%)	3316 (6.21%)	2111 (26.85%)
VIADANA	1286 (2.66%)	3483 (7.19%)	2940 (6.07%)	1828 (27,59%)

Tabella n. 2 Componenti famiglie

Ambito territoriale	1 COMP	2 COMP	3 COMP	4 COMP	5 e+ COMP
OSTIGLIA	5.707(29.71%)	5.729(29.82%)	4.285 (22.30%)	2.583(13.45%)	907(4.72%)
ASOLA	3.485 (24.71%)	3.978(28.20%)	3.214(22.78%)	2.378 (16,86%)	1.051(7,45%)
GUIDIZZOLO	6.506 (26,40%)	6.725(27,29%)	5.451(22,12%)	4.119(16,71%)	1.846(7,49%)

MANTOVA	20.492(29,95%)	20.815(30,43%)	14.470(21,15%)	9.377(13,71%)	3.256(4,76%)
SUZZARA	5553(26.49%)	6039 (28.81%)	4707 (22.46%)	3119 (14.88%)	1542 (7.36%)
VIADANA	5.407(28,06%)	5.429(28,18%)	4.286(22,24%)	3.002(15,58%)	1.144(5,94%)

Tabella 3 Popolazione residente e % stranieri dal 2011 al 2013

AMBITO	2011		2012		2013	
	Popolazione Totale	% cittadini stranieri su pop totale	Popolazione Totale	% cittadini stranieri su pop totale	Popolazione Totale	% cittadini stranieri su pop totale
OSTIGLIA	47.720	12,88	48.161	13,76	48.418	14,01
ASOLA	45.567	15,36	45.995	16,10	46.075	15,84
GUIDIZZOLO	63.374	14,18	64.168	15,03	64.838	15,27
MANTOVA	152.915	9,68	154.686	10,51	157.001	11,08
SUZZARA	53.027	14,70	53.081	14,81	53.377	14,60
VIADANA	47.720	12,88	48.161	13,76	48.418	14,01

Analisi dei Bisogni

I bisogni più evidenti che le famiglie esplicitano sono legati alla disoccupazione o inoccupazione, lo scarso reddito, la perdita della casa. Le difficoltà sono inizialmente di carattere oggettivo soprattutto laddove le famiglie hanno figli. Dentro a questo panorama la lettura delle domande pervenute ci fornisce un'altra indicazione, ovvero che le famiglie straniere sono le prime a perdere il lavoro e sono loro che oggi hanno il problema maggiore delle morosità e delle insolvenze del mutuo.

Quindi anche in famiglie adeguate, non problematiche, al perdurare della disoccupazione succede di vedersi staccare le utenze domestiche, di vedersi sfrattare o di rimanere senza l'abitazione che magari si è già pagata in parte. Tutto questo accade in un panorama di risorse economiche e umane sempre più esigue per i Comuni. La dimensione della crisi di lungo periodo fa riflettere su un altro livello: quello dell'equità delle risposte che devono essere date ai cittadini, siano essi mantovani che provenienti da altri Paesi.

La crisi produce danni sul piano materiale, ma non si ferma a questo: nelle famiglie colpite nascono problemi sociali, identitari, di disagio psichico e relazionale, di conduzione del ruolo genitoriale.

Il Servizio Sociale Professionale incontra sempre più spesso famiglie con problemi relazionali al loro interno, con un'alta conflittualità di coppia ed un aumento di separazioni. Particolare importanza sta assumendo la difficoltà a gestire la transizione adolescenziale, spesso caratterizzata da conflittualità tra genitori e figli.

Altri fenomeni sociali che si osservano riguardano la diminuzione progressiva dei matrimoni: molte sono le coppie di fatto o allargate. Il volto delle famiglie è in modificazione. Anche i rapporti, le relazioni familiari più allargate mutano in un panorama di allentamenti delle reti parentali. Da ultimo: si registra un alto tasso di separazioni soprattutto nelle coppie giovani, con conflittualità molto forti.

Le conseguenze estreme rispetto all'aumentata difficoltà nel gestire il ruolo genitoriale ha come immediato indicatore il numero e la qualità dei provvedimenti delle Autorità Giudiziarie ed il lavoro del servizio di Tutela Minori. Un dato allarmante, in questo senso, è dato dall'aumento della spesa per i servizi connessi alla tutela minori, dato economico rilevante che mette in grossissima difficoltà i Comuni, oltre a costituire un problema rilevante per i minori e le famiglie. Si tratta di una spesa che è andata via via aumentando in modo esponenziale e che si fatica a reggere.

Sarà fondamentale per gli ambiti in questa fase di programmazione degli interventi connessi al nuovo Piano di zona, implementare servizi alternativi quali quelli educativi a rete, gli affidi familiari anche diurni; l'attivazione di progetti di prevenzione scuola/strada. L'idea è di far partire alcuni servizi "leggeri" per limitare gli inserimenti in comunità, cercando di individuare soluzioni condivise (istituzioni, terzo settore, ecc) il più vicine possibile ai luoghi di insorgenza dei problemi.

Al termine di questa analisi vanno evidenziati due elementi. Il primo è quello della composizione multi-etnica della popolazione mantovana: il 15% delle famiglie sono di origine straniera che hanno scelto questo territorio come progetto di vita per loro e soprattutto per i propri figli molti dei quali di seconda generazione, nati e cresciuti tra due culture e tra questi e la città nella sua interezza. Il secondo elemento riguarda il forte segnale inviato dai servizi educativi e scolastici circa l'aumento delle disabilità, comprese le difficoltà di apprendimento e, non da ultimo, del disagio psichico nei bambini; complessità che le famiglie fanno fatica a gestire (come pure i servizi e la scuola).

Servizi

I servizi sociali di base sono radicati su tutta la Provincia e tendono a dare risposta alla domanda esplicita delle famiglie fornendo aiuti e prestazioni volte a soddisfare i bisogni espressi.

Attraverso le esperienze di Nasko e Cresco si è sperimentato un modello di lavoro di rete tra i Consulenti Familiari ed i servizi sociali comunali, modello che si è verificato efficace.

Con la Neuropsichiatria Infantile si segnala l'utilità dell'esperienza di utilizzo della metodologia di presa in carico multidimensionale utilizzando scale di misurazione come l'ICF ma anche la necessità di strutturare e organizzare servizi integrati in grado di rispondere con appropriatezza al bisogno complesso e alla presa in carico.

Con l'ausilio degli Ufficio di Piano si dovrà lavorare maggiormente con la Scuola, la UONPIA e il Terzo Settore su queste tematiche cercando di restituire alla scuola le competenze necessarie per affrontare queste difficoltà. Nel contempo il territorio dovrà attivare percorsi di welfare generativo promuovendo azioni che favoriscano inclusioni nella comunità d'appartenenza.

Altra questione è l'aumento del disagio psichico che attraversa le famiglie o meglio uno o più di uno dei suoi membri. L'ipotesi tracciata dai Servizi Sociali si basa sull'assunto che esso sia anche una conseguenza del dramma della disoccupazione; perciò bisognerà collaborare col Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera al fine di promuovere linee operative rispondenti a questa nuova tipologia di bisogno.

Il problema economico sta poi mettendo in difficoltà l'utilizzo dei servizi da parte delle famiglie quali gli asili nido, le mense scolastiche, i servizi educativi e sportivi pomeridiani poiché pur collocandosi in fasce di reddito medie non si è in grado di sostenere nel tempo, le relative rette.

Un altro fenomeno che si osserva assieme ai partner del Terzo Settore e la Caritas, con cui si collabora costantemente, riguarda la grave emarginazione e la necessità di interagire coi servizi quali il SeRD, il Consultorio Familiare ed il CPS per situazioni complesse o con doppia diagnosi per prese in carico integrate.

Sostanzialmente occorrerà promuovere un cambiamento nel servizio sociale di base che oltre a riappropriarsi di metodologie atte alla rilevazione dei bisogni dei cittadini dovrà promuovere interventi di **welfare generativo**. Il territorio è il luogo dove nascono i problemi, ma nello stesso tempo è l'occasione per fare incontri interessanti e per costruire relazioni significative di aiuto, mutualismo, partecipazione. Questo modo di affrontare la nuova complessità presuppone un ripensamento degli schemi organizzativi, un lavoro sugli snodi, le relazioni da intessere con le altre organizzazioni pubbliche e del privato sociale, della cooperazione.

Presume, altresì, una nuova capacità che oggi è ineludibile, di promozione della cittadinanza partecipativa.

Concretamente occorrerà generare nuove risorse corresponsabilizzando cittadini e forze della società civile con un ruolo di regia del pubblico, capace di accompagnare la crescita di nuove risposte e di favorirne l'autonomia all'interno di un mercato sociale co-costruito e co-gestito da pubblico, privato sociale, cittadini attivi e imprese.

Obiettivi

Si sintetizzano gli obiettivi del triennio:

- progettazione concertata tra i sei piani di zona della Provincia;
- progettazione partecipata, tesa al coinvolgimento dei soggetti del settore socio-culturale ed educativo per i minori e gli adolescenti del territorio, pubblico e privato, valorizzandone le specificità;

- coordinamento degli interventi progettati e messi in atto che consenta il superamento di eventuali frammentazioni;
- utilizzo ottimale delle risorse umane, economiche e strutturali per una maggiore efficacia degli interventi.

L'obiettivo principale è quello di programmare la rete di servizi socio educativi del territorio in un sistema integrato pubblico-privato che, attraverso una pluralità di servizi educativi, informativi, formativi, di confronto e di scambio di esperienze, di prestazioni e tipologie di interventi specifici, sia in grado di avviare il processo di ascolto delle dinamiche relazionali che concorrono a soddisfare il bisogno di benessere dell'infanzia e dell'adolescenza, rispondendo adeguatamente alle esigenze della famiglia alla quale viene riconosciuto il ruolo di protagonista nelle scelte educative.

In queste condizioni si dovrà cercare di continuare con la logica di sostenere le persone e le famiglie da un punto di vista economico, affiancando a questo compito, un lavoro di costruzione dei nessi e dei raccordi con gli altri servizi. Ma soprattutto a sviluppare un lavoro che abbia al centro l'attenzione per la ricostruzione di legami comunitari, promuovendo ambiti di partecipazione attiva attraverso processi nuovi, di mutualismo e solidarietà leggera che in tempi di crisi possono prefigurare un cambiamento nel sistema di welfare, che possa in qualche modo sostituire l'idea del "cittadino astratto" a cui dare risposte preconfezionate, ad una ipotesi di welfare relazionale, in cui il cittadino si fa parte attiva.

Stante l'attuale situazione di incertezza rispetto alle risorse, non è facile parlare di programmazione e di progettazione per cui occorre dare impulso al Tavolo di coordinamento degli Uffici di Piano affinché esso sia sempre più finalizzato a costruire e sviluppare una rete di opportunità per i servizi del territorio al fine di favorire la costituzione di gruppi di lavoro su tematiche specifiche individuate di comune accordo quali:

1. Costituzione e conduzione di gruppi di lavoro e ricerca, composti da operatori dei diversi servizi sulle tematiche relative lo studio e la valutazione degli esiti del trattamento della casistica in carico ai servizi territoriali.
2. Individuazione delle aree di criticità e degli elementi positivi che caratterizzano il lavoro di trattamento e la costruzione di progetti integrati d'intervento sulla famiglia nei diversi servizi dell'area minori e famiglia.
3. Promozione di attività di scambio e confronto tra i servizi tutela minori circa i modelli e le metodologie sviluppati.
4. Messa a punto dei progetti di conciliazione vita e lavoro, della sperimentazione PIPPI, dell'applicazione della nuova ISEE.
5. Promozione di percorsi atti a costituire esperienze di welfare leggero sui diversi territori con il coinvolgimento dei cittadini, dell'associazionismo e della cooperazione sociale.

Giovani

Analisi dei bisogni

Le politiche Giovanili muovono passi rilevanti negli anni Novanta con le leggi di Settore (Legge 285/97; 309/90). Nascono in questi momenti le sperimentazioni e le prime esperienze di servizi strutturati di aggregazione; la parola chiave nei territori è partecipazione. Nel tempo questi interventi si sono strutturati e sono divenuti servizi stabili.

Rispetto ai temi del lavoro e dell'orientamento dei giovani, le principali azioni che caratterizzano il contesto attuale nel territorio provinciale mantovano sono le seguenti:

La gestione del portale www.networkdellecompetenze.it - strumento di intermediazione, al fine di promuovere sbocchi occupazionali per gli studenti delle scuole superiori e dei centri di formazione della provincia - . I risultati del Network sono il caricamento di 4.026 cv di giovani (di questi, 128 sono stati assunti e 1.659 stanno mantenendo in rete il proprio CV);

La realizzazione, tramite i servizi dei CPI, di **tirocini, tecniche di ricerca attiva del lavoro e di Doti Uniche** per giovani fino a 30 anni. Al 31/12/2014 sono stati realizzati 417 tirocini a favore di disoccupati del territorio, in gran parte giovani, al 55% dei quali ha fatto seguito un'assunzione.

Per quanto riguarda l'azione **Garanzia Giovani**, nel 2014, 160 giovani, nella fascia 15-29, hanno richiesto i servizi previsti dal bando ai CPI provinciali. Sono state assegnate 40 doti, di cui 39 tirocini e un'assunzione diretta. Nell'ambito della Convenzione Informagiovani, la Provincia ha rinnovato la Convenzione su base annuale fino al dicembre 2015. Sono attualmente 16 gli Informagiovani comunali attivi sul territorio provinciale e coordinati dalla Provincia: Asola, Cavriana, Curtatone, Gonzaga, Ostiglia, Pegognaga, San Benedetto Po, San Giorgio di Mantova, Sermide, Suzzara, Castiglione delle Stiviere, Goito, Guidizzolo, Medole, Monzambano, Volta Mantovana. Il coordinamento provinciale della rete IG è garantito anche per tutto il 2015 dalla Provincia di Mantova.

Grazie all'Azione 2 - Piano dell'Orientamento e Network delle competenze: una rete territoriale di giovani e di Informagiovani per l'orientamento" del progetto "Opportunità Lavoro" attivato grazie al finanziamento di Fondazione Cariverona dalla Provincia, in collaborazione con la Camera di Commercio di Mantova e le due rispettive aziende speciali Forma e PromolImpresa - Borsa Merci, si è promosso il coinvolgimento della rete territoriale degli Informagiovani e direttamente dei giovani mantovani nelle azioni di orientamento da promuovere capillarmente sul territorio.

Sono in corso due interventi:

"GIOVANI PER IL POTENZIAMENTO DELLA RETE"

Attivazione di 12 borse semestrali a supporto dei Centri presenti sul territorio per incrementare le azioni di orientamento, connesse alla gestione e comunicazione delle opportunità per l'inserimento lavorativo, orientando i coetanei verso i servizi del territorio, nell'ambito di specifiche iniziative pubbliche e/o di attività di supporto.

- Distretto di Asola - 2 borse a supporto dell'Informagiovani di Asola, utili anche ad incrementare la diffusione negli altri comuni del distretto;
- Distretto di Guidizzolo - 2 borse a supporto dell'Informagiovani Itinerante Castiglione d/s Cavriana Goito Guidizzolo Medole Monzambano Ponti s/m Solferino Volta Mantovana;

- Distretto di Mantova: 1 borsa a supporto degli Informagiovani di Curtatone e San Giorgio e 1 borsa a supporto dell'azione di sviluppo di nuovi centri promossa dai Comuni di Porto Mantovano e Roverbella;
- Distretto di Ostiglia: 2 borse a supporto degli Informagiovani di Ostiglia e Sermide;
- Distretto di Suzzara: 2 borse a supporto degli Informagiovani di Gonzaga, Pegognaga e San Benedetto;
- Distretto di Viadana: 1 borsa a supporto dell'Informagiovani di Bozzolo e 1 borsa dell'Informagiovani di Viadana.

2 borse sono a supporto della funzione di Coordinamento assunta dall'Informagiovani del Comune di Suzzara.

“COMPETENZE E SINERGIA PER IL POTENZIAMENTO DELLE RETE”

Al fine di accrescere le competenze da inserire all'interno dei Centri e della Rete e di sviluppare ulteriormente i momenti di scambio e sinergia tra i diversi Centri all'interno del coordinamento provinciale, viene attivato un percorso di formazione / affiancamento rivolto ai 14 giovani selezionati e aperto agli operatori IG. Il percorso, perfezionato e gestito dal Coordinamento provinciale, viene strutturato in alcuni moduli iniziali di alfabetizzazione e costruzione degli strumenti.

obiettivi

- **Incentivare attività di formazione, tirocinio, volontariato a disposizione dei giovani in rapporto all'inserimento lavorativo** attraverso la diffusione e messa in rete di tutte le proposte esistenti sul territorio (servizio civile, associazioni di volontariato, tirocini...)
- **Prevenzione e Promozione alla salute e quindi favorire la crescita**, tra gli attori del territorio impegnati nella prevenzione alle dipendenze e in generale nello sviluppo dell'autonomia personale delle fasce adolescenziali e giovanili, di una visione comune dei fenomeni, attraverso il confronto costante con la rete del territorio e percorsi formativi rivolti agli operatori.

Emarginazione e Nuove Povertà

La crisi socio-economica, le trasformazioni del mercato del lavoro e del tessuto sociale, i mutamenti demografici, la crescente difficoltà nella costruzione di legami sociali significativi hanno aperto una nuova e necessaria riflessione sulle fasce di popolazione che si trovano in condizione di maggior fragilità socio-economica (tra le quali possono rientrare sia situazioni storiche di “vecchie povertà” ma anche le situazioni di “nuove povertà”)

- nuclei familiari e persone sole (famiglie mono parentali giovani a causa di separazioni precoci) in precarie condizioni economiche con necessità di sostegno nei bisogni primari (abbigliamento, cibo) ;
- persone sottoposte a misure alternative alla detenzione e seguite nel progetto individualizzato dai servizi della Giustizia (Uepe);

- persone uscite dal mercato del lavoro e più in generale il difficile momento per l'accesso al mondo del lavoro (giovani lavoratori precari) e la conseguente difficoltà di accesso al credito;
- nuclei familiari e persone sole non in grado di sostenere economicamente una casa (bollette, affitto- il complesso tema degli sfratti);

Gli Enti locali, negli anni, hanno affrontato le nuove e vecchie povertà con misure economiche e prestazioni assistenziali, centrate sul contributo economico, in una logica di “tamponamento” della situazione di emergenza e di povertà.

Ad oggi tali azioni, oltre ad essersi dimostrate poco efficaci, non sono nemmeno più sostenibili e ci invitano a riflettere su un nuovo approccio, che non solo vada a tamponare l'emergenza ma che investa sulle capacità residue dei soggetti.

Questo lavoro culturale di nuovi approcci e nuove azioni per rispondere in modo più efficace ai bisogni dei cittadini, deve essere, sì governato dall'ente locale, ma va condiviso con l'intera comunità, con tutti gli attori che a vario titolo agiscono e si muovono su un territorio siano essi attori formali e informali:

- La Provincia;
- La Asl- l'Azienda Ospedaliera;
- Gli Enti gestori di strutture di accoglienza e di ascolto in particolare la Caritas Diocesana;
- L'associazionismo e la cooperazione;
- Le Aziende del territorio;
- L'intera Comunità con tutta la rete delle risorse pubbliche, private e personali presenti;
- Ministero della Giustizia - Ufficio esecuzione penale esterna;
- Forze dell'ordine.

Politiche Attive Del Lavoro

In stretta collaborazione e sinergia con tutti gli attori del territorio e supportati dalle competenze della Provincia di Mantova nell'area del lavoro, gli obiettivi strategici sono:

- Promuovere il lavoro (pari opportunità, conciliazione, valorizzazione del capitale umano, formazione professionale, soggetti fragili, disabili) e le imprese;
- Restituire armonicità ad un'area così complessa, come quella del lavoro, che negli ultimi anni, dopo la chiusura dei servizi per l'inserimento lavorativo (servizio Asl) è stata eccessivamente parcellizzata. E' necessario individuare percorsi diversificati in base alle effettive capacità e potenzialità dell'utente:
 - Piano disabili;
 - Percorsi di avviamento al lavoro per soggetti fragili, ma occupabili;
 - Percorsi di socializzazione, tramite le esperienze lavorative in enti profit o no profit;

- Favorire azioni di formazione congiunta tra gli operatori che gestiscono il momento di incontro tra domanda e offerta (uffici di collocamento, agenzie per il lavoro) per:
 - una condivisione delle modalità di valutazione delle capacità lavorative;
 - conoscere ed utilizzare al meglio gli strumenti messi a disposizione dalle istituzioni per affrontare la crisi lavorativa

Area Anziani

Analisi dei bisogni

Il lento ma progressivo aumento dell'età media della popolazione ha un profondo e inevitabile impatto sulle condizioni sociali, economiche e politiche di tutti i paesi. Diventa sempre più difficile erogare cure all'interno della famiglia poiché diminuisce la sua dimensione e la sua disponibilità di cura. L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno che non ha precedenti nella storia e crescerà in modo ancora più rapido nel ventunesimo secolo rispetto a ogni altro periodo precedente. ed ha profonde implicazioni su molti aspetti della vita umana.

Nel Rapporto Annuale 2014 dell'Istat ed in particolare nel capitolo dedicato a "Tendenze demografiche e trasformazioni sociali: nuove sfide per il sistema di welfare" emerge che, principalmente a causa dell'invecchiamento della popolazione, in Italia sono aumentate le persone che dichiarano di stare male o molto male, attestandosi attorno al 7,7 per cento della popolazione (circa un punto percentuale in più nel 2012 rispetto al 2005). Sono cresciute, inoltre, le persone che soffrono almeno di una patologia cronica grave.

"Con l'invecchiamento della popolazione - spiega l'Istat - aumenta la disabilità, intesa come una condizione della persona legata a quel ventaglio di attività di vita che subiscono una serie di restrizioni a causa di limitazioni funzionali (menomazioni fisiche o sensoriali legate alla vista, all'udito e alla parola). Si tratta di limitazioni che insorgono con il peggioramento delle condizioni di salute e riducono la mobilità degli anziani o le loro capacità sensoriali (vista e udito in particolare)". Di conseguenza ci può essere un aumento dell'emarginazione sociale degli anziani, almeno se "le politiche sociali non intervengono con adeguate strategie di aiuto e assistenza, che permettano loro di continuare a vivere in maniera autonoma e a partecipare attivamente alla vita sociale". In Lombardia vive il 16,35% degli anziani ultrasessantenni italiani 631.825 maschi, 932.809 donne per una popolazione totale di **1.564.634**.

Nella provincia di Mantova è evidente la numerosità della popolazione anziana complessiva con percentuali variabili nei diversi Distretti, come risulta nella tabella che segue

DISTRETTO	% over 64 anni
Asola	20,3
Guidizzolo	19,8

Mantova	23,9
Ostiglia	27,0
Suzzara	23,0
Viadana	23,6

Il sistema di welfare italiano si trova oggi a fronteggiare numerosi elementi di criticità, anche in conseguenza della crisi economica che attraversa il nostro Paese. In un contesto di riduzione di risorse destinate alle politiche sociali, da un lato, e di crescenti condizioni di disagio economico delle famiglie, dall'altro, si avvertono anche gli effetti delle trasformazioni demografiche e sociali. L'accelerazione del processo di invecchiamento della popolazione e i mutamenti della struttura delle famiglie fanno emergere una forte sofferenza dei caregiver che faticano a gestire le difficoltà legate al bisogno di assistenza di un familiare anziano e/o disabile.

Lo studio dell'ISTAT: "Quando l'anziano è colpito da demenza: strutture familiari e impatto sui componenti della famiglia", mette in evidenza che la presenza in famiglia di un anziano malato produce effetti negativi sulla salute dei familiari. L'impatto negativo sulla salute è più forte per i familiari in età lavorativa per il cumulo dei ruoli. Questo ci riconduce al problema della conciliazione dei tempi di lavoro e di cura e alla necessità di promuovere e sostenere azioni di responsabilità sociale da parte delle imprese. Emerge dall'analisi socio-demografica che gli aiuti di tipo formale (servizi privati di assistenza al malato anziano, assistenza domiciliare sanitaria e non sanitaria) non alleviano l'impatto negativo sulla salute per la presenza di un familiare malato. A tal proposito vengono evidenziati possibili problemi legati:

ad una difficoltà da parte delle famiglie, soprattutto quelle più fragili, ad ottenere le informazioni corrette e utili per un accesso mirato e coordinato alla rete dei servizi

una insufficiente capacità di integrazione e coordinamento tra i servizi forniti da caregiver formali ed informali

una non appropriatezza degli aiuti offerti alle famiglie.

Per altro dal documento regionale relativo al "Sistema di Conoscenza del welfare locale" si evince che una delle aree che presenta una maggiore frammentazione tra i servizi offerti è quella degli anziani non autosufficienti.

Analisi delle risposte e servizi esistenti

a) Programmazione di un percorso condiviso a livello provinciale (Cabina di regia) per una progressiva armonizzazione:

delle conoscenze e delle informazioni che alimentano le decisioni anche attraverso strutture già operative proprio attraverso la Cabina di Regia

azioni:

sviluppare, a livello provinciale, un metodo di lettura condivisa e integrata del bisogno e degli interventi, focalizzando l'attenzione sull'obiettivo di una programmazione strategica e di sistema;

pianificazione di azioni in funzione delle esigenze reali delle famiglie prevedendo il coinvolgimento diretto dei network attivi sul territorio;

sviluppare una integrazione dei sistemi informativi tra comuni e tra ASL e comuni (es. *Progetto Attivabili*)

delle risorse impiegate nel sistema di welfare locale a partire dall'esperienza già condivisa per la gestione del Fondo Non Autosufficienza e nella gestione associata delle risorse di servizi sperimentata in alcuni ambiti (es. SAD, NIL ecc.)

azioni:

favorire una gestione maggiormente integrata tra risorse dei Comuni, delle A.S.L. e risorse detenute dalle famiglie per ampliare la capacità dei sistemi di presa in carico delle domande sociali

favorire il coordinamento di competenze e interventi socio sanitari in un unico progetto integrato al fine di evitare le sovrapposizioni

privilegiare l'investimento di risorse sui servizi che favoriscono la domiciliarità

dei servizi offerti ai cittadini

azioni:

Armonizzare il sistema di cure formalizzato con il sistema di cure informali

Garantire criteri omogenei di accesso ai servizi

Garantire servizi omogenei e continuità assistenziale

b) Promozione di un approccio metodologico basato sul “one-stop-shop”

Il metodo “one-stop-shop” presuppone l'ingresso protetto alla rete da qualsiasi nodo si acceda, anche il più periferico, ampliando e migliorando il sistema di informazione e orientamento rivolto alle famiglie, in particolare a quelle più fragili e con meno strumenti a disposizione per orientarsi nella ricerca di risposte adeguate al proprio bisogno.

Questo presuppone:

di dover ragionare non di sistemi di offerta ma in termini di percorsi degli utenti

sistemi informativi adeguati e modelli di presa in carico che presuppongono un buon livello di integrazione dei servizi pubblico/privati in grado di offrire risposte a bisogni complessi in modo coordinato;

c) Riqualificazione del Ce.A.D. come luogo di progettazione individualizzata degli interventi che vanno pensati in funzione di una lettura del bisogno rivolta al nucleo “famiglia” nella sua complessità e non al solo portatore di bisogni socio/sanitari (*sperimentazione in corso relativamente alla modalità di gestione delle risorse del F.N.A. e ai progetti ministeriali di vita indipendente rivolti a soggetti disabili*)

Valutazione multidimensionale per una lettura integrata dei bisogni nelle diverse dimensioni della persona e della famiglia: individuale, relazionale e sociale;

Valutazione multiprofessionale , realizzata da équipe integrate da figure professionali dei Comuni e dell' ASL (medico, infermiere, terapeuta della riabilitazione, assistente sociale, educatore ecc.);

Elaborazione del progetto individualizzato e del/dei relativi piani di intervento;

Implementazione e governo della rete;

Presenza in carico e funzione di Case management;

Coinvolgimento attivo della persona e della famiglia, in particolare della figura del caregiver formale e/o informale

Il ruolo dei servizi socio-sanitari prevede che si sappiano attivare e valorizzare tutte le risorse, formali e informali, presenti nella comunità di riferimento sviluppando una presa in carico diffusa pur mantenendo il mandato istituzionale e formale del case management;

Un approccio basato su tecniche di empowerment e di resilienza attiva prevede che la persona e la sua famiglia vengano poste al centro di una rete di supporto pubblico/privata considerando tutti i vari aspetti di complessità tecnica ma anche relazionale che contraddistinguono il singolo caso. Il soggetto e la sua famiglia partecipano attivamente alla definizione di un progetto non frammentato in settori (sociale, sanitario, ecc.) o diversamente definito nei vari servizi (assistenza domiciliare, servizi diurni e residenziali, tempo libero e socializzazione ecc.) ma elaborato nell'ambito di équipe multiprofessionali;

d) Promozione della responsabilità sociale d'impresa e della conciliazione dei tempi di lavoro e di cura per garantire un valido sostegno ai caregivers di anziani non autosufficienti o soggetti affetti da patologie gravi con un carico assistenziale particolarmente pesante. Un'azienda che sostiene la diffusione di sistemi di prevenzione e di contenimento dell'emergenza legata al lavoro di cura, può favorire il benessere dei propri dipendenti e ridurre i fenomeni di assenteismo e malattia. (*Progetti provinciali di conciliazione vita e lavoro come buone prassi da promuovere alle imprese*)

e) Per un invecchiamento attivo e in buona salute si propongono azioni preventive e la sperimentazione di soluzioni ICT per il rilevamento precoce del rischio :

Particolare attenzione verrà posta alla prevenzione nonché alla promozione di stili di vita positivi attraverso la promozione di gruppi di cammino strutturati e guidati e progetti di vivibilità del territorio; investimenti costanti nel tempo per gli anziani sulle tematiche del movimento e dell'alimentazione.

Si promuove la sperimentazione e la diffusione di tecnologie innovative e metodi operativi a supporto della qualità della vita (domotica per la tranquillità reciproca) e ne verrà favorito l'utilizzo e l'accessibilità proponendo soluzioni personalizzate in grado di rispondere alle singole esigenze. Grazie ad un monitoraggio costante (in presenza e in remoto) del naturale decorso del deterioramento psico-fisico nell'anziano verranno consentiti interventi graduali, appropriati e personalizzati finalizzati a garantire la permanenza al domicilio il più a lungo possibile

Analisi dei soggetti e dei network attivi sul territorio

La rete dei servizi è costituita dai seguenti soggetti:

CURE DOMICILIARI: Ce.A.D. Medici di medicina generale, S.ad. A.d.i. Servizi di ospedalizzazione domiciliare (cure palliative asl/ poma), Assistenti familiari.

SERVIZI RESIDENZIALI E SEMI RESIDENZIALI: R.S.A, C.D.I.,

SERVIZI OSPEDALIERI: Azienda Ospedaliera di Mantova

CENTRI SOCIALI, COOPERATIVE SOCIALI, PATRONATI, ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO, PARROCCHIE ECC.

E' particolarmente importante che la rete delle unità di offerta del territorio condivida la programmazione degli interventi e garantisca la piena collaborazione per la realizzazione degli obiettivi che la comunità locale individua come prioritari. Ad ogni "punto di accesso" il network deve attivarsi secondo le modalità concordate. La rete "informata" è in grado di garantire l'accoglienza e l'orientamento della persona per un utilizzo consapevole e corretto dei percorsi previsti, in relazione al bisogno espresso, superando il limite rappresentato dall'autoreferenzialità di ogni singolo servizio.

Integrazione dei cittadini stranieri e Intercultura

L'analisi della cittadinanza straniera nella realtà lombarda, come risulta dal rapporto dell'ORIM (Osservatorio Regionale per l'Integrazione e la Multietnicità), ci rivela che circa il 16% degli stranieri presenti in Lombardia risiede nell'area meridionale (Pavia, Cremona, Mantova e Lodi), il 27% nelle province di Bergamo e Brescia, oltre il 40% nella provincia di Milano "allargata" a Monza e Brianza.

Analisi di bisogni

Le principali caratteristiche strutturali dei migranti in provincia di Mantova, che si desumono dai dati dell'Osservatorio Provinciale Immigrazione 2014, sono le seguenti:

- netto calo della percentuale di uomini nel corso degli anni;
- tra gli ultraquattordicenni, aumento degli ultraquarantenni, più sensibile tra le donne, dal 19%

d'incidenza del 2001 al 33% del 2013;

- vistosa diminuzione nel tempo dell'incidenza dei senza titolo di studio tra gli ultraquattordicenni, passati dal 14% del 2000 al 3% del 2013, mentre i laureati salgono all'11%;
- riduzione progressiva della quota di musulmani, scesi dal 64% al 44% del totale degli stranieri fra il 2000 e il 2013, mentre nello stesso lasso di tempo i cattolici si confermano attorno al 10-11% e sono soprattutto gli altri cristiani, per lo più ortodossi, ad aumentare dal 7% al 16%; anche l'incidenza delle professioni d'altra religione (soprattutto sikh, o indù) cresce, dal 15% al 22%;
- arrivo in Italia negli ultimi diciotto mesi che riguarda il 5% degli stranieri presenti nel 2013, a fronte dell'8% nel 2001;
- nel 2013 il 52% degli ultraquattordicenni ha figli in Italia, contro il 30% del 2001.

Il territorio provinciale, come del resto l'intero territorio nazionale, è stato interessato negli ultimi anni dall'imponente flusso di sbarchi di stranieri richiedenti asilo. Nella provincia di Mantova sono presenti 300 stranieri richiedenti protezione internazionale; a questi si aggiungono n. 40 stranieri, di cui 10 minori non accompagnati, già accolti nel "Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati" (SPRAR).

Si tratta di un'accoglienza difficile, gestita in modo differente nei diversi territori, che deve fare i conti con tensioni sociali, discriminazioni, senso d'insicurezza, e che in tutta la provincia ha visto il coinvolgimento di attori del terzo settore, dell'associazionismo, del volontariato, delle scuole, dell'ASL, della Croce Rossa, della Protezione Civile.

Un ulteriore elemento che si è imposto con forza negli ultimi anni è la perdita del lavoro da parte di cittadini stranieri a causa della crisi economica e occupazione che sta investendo il nostro Paese. In questa chiave va letto il fenomeno migratorio, dall'Italia verso altri paesi, a cui stiamo assistendo nell'ultimo periodo.

Analisi delle risposte

In tema di integrazione e inclusione sociale, importante il ruolo svolto dall'Osservatorio Provinciale Immigrazione, che negli ultimi anni ha collaborato con i diversi segretariati e con le iniziative dell'assessorato alla Coesione Sociale. Assieme al Centro di Educazione Interculturale ha approfondito i seguenti temi: alfabetizzazione, seconda generazione, condizione della donna, cultura e salute, cooperazione decentrata, problematiche abitative, associazionismo dei migranti, rapporto scuola e famiglia migrante, mediazione culturale e convivenza inter-religiosa.

Nei diversi distretti della provincia, le politiche per l'integrazione di cittadini stranieri hanno visto l'attivazione di risposte diverse: sportelli di segretariato sociale per stranieri, interventi di mediazione linguistico culturale, laboratori/corsi di alfabetizzazione, sportelli "badanti".

Obiettivi

Permangono, per il prossimo triennio, i seguenti obiettivi da perseguire, sia a livello provinciale che distrettuale:

- ***favorire l'integrazione dei minori stranieri*** e delle loro famiglie nel mondo scolastico e nei servizi pubblici e privati del territorio, attraverso il rafforzamento di interventi di mediazione linguistico-culturale e la diffusione su tutto il territorio dei corsi di alfabetizzazione;
- ***facilitare il processo di inclusione sociale dei cittadini stranieri residenti nel nostro territorio*** consolidando l'attività di segretariato sociale svolta dallo Sportello Stranieri e dallo "sportello badanti" (in coordinamento con la Provincia di Mantova).
- ***tendere ad una gestione dell'accoglienza "profughi" secondo il modello "SPRAR"***, considerando tale modello d'accoglienza quello che offre maggiori garanzie di integrazione, condivisione e specificità d'intervento, restituendo al territorio il governo di questa gestione;
- ***sensibilizzazione alla multiculturalità e contro il razzismo***, promuovendo occasioni di "conoscenza" e informazione, mediante il lavoro dei tavoli e con il coinvolgimento dell'associazionismo e del terzo settore.

Risorse

Prefettura, Questura, Provincia, privato sociale, associazionismo, scuole

Adulti Fragili

Disabili E Salute Mentale

Analisi dei bisogni

L'Area Disabili e Salute Mentale è un ambito che richiede l'intervento integrato di risorse ed energie professionali ed umane di diversa appartenenza istituzionale quali Enti Locali, Scuole, Servizi Sanitari dell'ASL e dell'Azienda Ospedaliera, Provincia, Regione, Terzo Settore e Privato Sociale.

I Comuni e i Piani di Zona investono in questo settore una consistente percentuale delle risorse finanziarie per attivare, insieme alle famiglie, percorsi che tengano conto delle specifiche storie di vita delle persone disabili.

In quest'area si evidenzia la necessità di un approccio personalizzato ai problemi della persona, che si realizza in un processo ininterrotto e condiviso di ascolto della domanda orientato ad assicurare la continuità e la qualità delle risposte, cercando di individuare e di reperire le risorse necessarie per realizzare una buona qualità di vita, evitando fenomeni di emarginazione e di esclusione sociale.

Affrontare l'organizzazione e la programmazione della rete dei servizi di un territorio, a favore delle persone disabili, nell'ottica del "Progetto di vita" (D.G.R. N° 9/983 del 15 /12/2010 "Determinazione in ordine al Piano d'Azione Regionale per le politiche in favore delle persone con disabilità e alla relativa Relazione Tecnica") vuol dire considerare che il progetto di vita di

ciascuno è inevitabilmente legato “All’esistenza” e quindi ogni persona, indipendentemente dalle proprie abilità, proprio perché vive ed esiste, ha necessariamente il proprio “progetto di vita”. E’ un approccio che chiama in causa l’utente e la sua famiglia e soprattutto la comunità in tutte le sue articolazioni che accompagna e supporta la persona nel suo percorso di vita, mettendo in gioco le risorse necessarie e possibili.

Nella Provincia di Mantova il numero di disabili risulta dalla seguente tabella:

DISABILI MANTOVANI (DATI ESTRATTI DALL’ANAGRAFE HANDICAP ASL AL 31/12/2013)

ASOLA	GUIDIZZOLO	MANTOVA	OSTIGLIA	SUZZARA	VIADANA
375	573	1791	454	501	396

Il totale dei disabili è di 4.090 di cui 1.800 femmine (44%) e 2.290 maschi (56%); suddivisi secondo le seguenti fasce di età:

ETA’

0-18	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64
890	344	487	645	775	949

Analisi delle Risposte

Con la DGR n. 1185/2013 si è intervenuti a livello regionale nell’ambito della disabilità che presentava aree di bisogno insoddisfatte e squilibri territoriali evidenti. È stato attuato uno sviluppo dell’offerta sociosanitaria residenziale e semiresidenziale per disabili attraverso l’accreditamento e la messa a contratto di tutti i posti di RSD, CDD e CSS disponibili sul territorio regionale, con un’offerta oggi complessivamente di 3.984 posti letto di RSD (174 nuovi p.l. e 5 nuove strutture), 6.305 posti di CDD (187 nuovi posti e 9 nuove strutture) e 1.373 posti letto di CSS (124 nuovi p.l. e 13 nuove strutture).

Inoltre con le DGR 856/2013 misura 3 “Residenzialità per minori con gravissima disabilità”; DGR 392/2013 “Sostegno alle famiglie con persone affette da autismo o DGS” e DGR 740/2013 azione 1 “Interventi di sostegno al domicilio delle persone con gravissima disabilità attraverso il supporto del caregiver familiare e/o dell’assistente personale” azione 2 “Interventi di sostegno al domicilio delle persone con gravissima disabilità attraverso il supporto del caregiver familiare e/o dell’assistente personale o il potenziamento del servizio di assistenza domiciliare” si è cercato di dare un’ulteriore risposta ai bisogni dei disabili.

IL PIANO PROVINCIALE DISABILI

Compete alla Provincia ai sensi della Legge 68/99 la realizzazione del servizio di collocamento mirato per l’integrazione lavorativa delle persone disabili. La l.r. 13/03 ribadisce il ruolo programmatico e di coordinamento delle Province, in base a finalità generali e priorità condivise con Regione Lombardia. Il ruolo centrale di governo della Provincia per quanto concerne il collocamento mirato deve essere inteso in senso ampio comprendendo tutto il ciclo di integrazione lavorativa delle persone disabili. La Provincia ha promosso lo sviluppo di un modello di gestione del

processo di inserimento lavorativo che prevede un coinvolgimento diretto degli operatori che si occupano di disabilità presenti nel territorio provinciale.

Il Piano Provinciale Disabili è' lo strumento che ha come finalità "la promozione dell'inserimento e dell'integrazione lavorativa delle persone disabili nel mondo del lavoro";

NUMERO ISCRITTI AL COLLOCAMENTO MIRATO DISABILI PER DISTRETTO (Aprile 2014)

ASOLA	GUIDIZZOLO	MANTOVA	OSTIGLIA	SUZZARA	VIADANA
263	365	913	310	392	257

ACCORDO DI PROGRAMMA PROVINCIALE PER L'INTEGRAZIONE SCOLASTICA DEGLI ALUNNI IN SITUAZIONE DI HANDICAP

Il GLIP ha predisposto la nuova versione dell'Accordo di Programma scaduto nel Maggio 2014. Tale protocollo ha lo scopo di assicurare ai soggetti in situazione di handicap gli specifici diritti all'educazione, all'istruzione in tutte le scuole di ogni ordine e grado, nonché all'integrazione scolastica, tutti finalizzati allo sviluppo delle potenzialità della persona disabile nell'apprendimento e nella socializzazione, occorre provvedere ad una programmazione coordinata dei servizi scolastici con quelli sanitari, socio-assistenziali, culturali, ricreativi, sportivi e alla loro gestione comune nel rispetto delle leggi di tutela vigenti e delle rispettive competenze degli Enti preposti.

Per attuare quanto predetto gli Enti Locali, gli Organi Scolastici Periferici e le Aziende Ospedaliere e Sanitarie stipulano appositi accordi di programma, ai sensi del D.L.vo n. 267 del 18 agosto 2000, finalizzati alla predisposizione, attuazione e verifica congiunta di progetti educativi, riabilitativi e di socializzazione individualizzati, nonché alla individuazione di forme di integrazione tra attività scolastiche ed attività integrative extrascolastiche.

Con il presente accordo vengono definiti:

- i reciproci impegni istituzionali in ordine all'integrazione dei soggetti in situazione di handicap;
- le modalità e i tempi degli interventi istituzionali a favore del soggetto in situazione di handicap che frequenta la scuola;
- le iniziative comuni per qualificare gli interventi;
- gli accordi per la gestione dei servizi e delle risorse.

GRUPPO DI LAVORO SERVIZI PER DISABILI ATTRAVERSO LA CABINA DI REGIA

L'obiettivo che si è dato il Gruppo di Lavoro è quello di sviluppare a livello provinciale una modalità comune e condivisa in merito alla compartecipazione delle famiglie alla spesa per la frequenza dei disabili ai servizi ed il relativo trasporto di tutta la provincia. Per avere una situazione attuale aggiornata, di tutti i servizi offerti a livello provinciale si costruiranno due questionari di rilevazione: uno a livello di singolo Comune e uno a livello di singolo UDP.

Inoltre verranno pianificate una serie di azioni al fine di:

- Garantire criteri omogenei di accesso ai servizi
- Favorire una modalità comune per la presa in carico
- Armonizzare le prestazioni erogate

SOTTOSCRIZIONE PROVINCIALE CONVENZIONI ENTI GESTORI DI C.S.E., S.F.A., C.S.S., C.D.D.

Nel 2011 si è cercato di uniformare a livello provinciale le modalità di convenzione con gli enti gestori dei CSE, SFA, CDD e CSS tenendo conto di alcuni principi fondamentali quali:

- diritto della persona con disabilità grave ad usufruire di prestazioni assistenziali che gli consentono di permanere nel proprio domicilio;
- libertà di scelta della persona con disabilità o della sua famiglia rispetto all'Ente gestore nell'ambito della stessa tipologia di servizi valutati pertinenti alle caratteristiche dei suoi bisogni;
- attenzione ad integrare competenze e risorse proprie di ciascuna istituzione in funzione del perseguimento delle finalità indicate dalla normativa statale e regionale;
- esercizio di un ruolo istituzionale proprio di ciascun Ente firmatario in modo sinergico e coordinato in una prospettiva che riconosca il ruolo essenziale e l'autonomia gestionale degli Enti gestori;
- garanzia di una partecipazione attiva delle persone con disabilità e delle loro famiglie nella valutazione e controllo dei servizi.

Analisi dei soggetti e dei network attivi sul territorio

La rete dei servizi è costituita dai seguenti soggetti

CURE DOMICILIARI: CeAD, Medici di medicina generale, SADH.

SERVIZI RESIDENZIALI E SEMI RESIDENZIALI: C.S.S., C.S.E., C.D.D., S.F.A., CASA DEL SOLE.

SERVIZI OSPEDALIERI: C.P.S., C.R.A., C.R.T., C.P.A., C.P.M., CENTRI DIURNI, NEUROPSICHIATRIA, S.P.D.C., O.P.G. CASTIGLIONE.

ASSOCIAZIONI FAMILIARI, COOPERATIVE SOCIALI

Area Dipendenze

Prevenzione e Promozione della Salute

Le attività di prevenzione intervengono, come da Linee Guida Regionali, su tutte le dipendenze sia da sostanze che senza sostanze (es. Gioco d'Azzardo Patologico), proponendo Programmi Regionali con evidenza scientifica nelle scuole (Life Skills Training nelle secondarie di primo grado ed Unplugged nelle secondarie di secondo grado).

L'ambito è quello della Prevenzione Universale, in cui si formano giovani (Peer Education, Assemblee di Istituto) e non solo (Sostegno alla genitorialità, formazione operatori e decisori politici).

Sulla prevenzione Selettiva e Indicata i contesti possono essere anche quelli del tempo libero e del divertimento.

- “Linee Guida Regionali delle prevenzione delle diverse forme di dipendenza nella popolazione preadolescenziale e adolescenziale (DGR n. 6219 del 19 dicembre 2007)
- “Linee Guida Regionali della prevenzione delle diverse forme di dipendenza nella popolazione generale” (DGR n. 10158 del 16.09.2009).

In questa logica vanno sostenuti anche i programmi che prevengono l’abbandono scolastico, riconosciuto come fattore di rischio verso comportamenti di dipendenza, e quelli che promuovono il protagonismo attivo dei giovani, in quanto fattore di protezione.

Il fenomeno dell’uso e dell’abuso

L’uso di sostanze psicoattive legali e illegali si è nell’ultimo decennio “normalizzato” culturalmente. Pur attestandosi il consumo su percentuali ancora minoritarie della popolazione, questo va determinando l’affermarsi - specie tra i giovani - di un immaginario collettivo per il quale l’assunzione di sostanze non rappresenta più un comportamento deviante, ma una condotta tollerabile, specie se non provoca disturbo e/o danni agli altri.

Questo processo è accelerato dai nuovi media che ne facilitano l’accesso, sia in termini di informazioni che di acquisto e consumo. Tale consumo oggi sembra assumere una funzione di veicolo per momenti di alterazione, piacere, gratificazione e benessere declinati, secondo le occasioni, in modo individuale o collettivo. Poiché tutte le sostanze d’abuso (alcol incluso) sono in grado di produrre alterazioni dello stato mentale, ogni sostanza diventa per il consumatore potenzialmente alternativa a qualunque altra. Il consumo di sostanze, infine, risulta strettamente legato sia alle caratteristiche dell’individuo che alle caratteristiche dei molteplici contesti in cui vive: famiglia, pari, scuola e comunità. In questa cornice s’inseriscono anche i comportamenti additivi senza sostanze (es. Gioco d’Azzardo Patologico). (Documento Programmazione ASL Mantova 2015)

Dati Regione Lombardia

(HBSC Lombardia 2010 - Sintesi dei dati relativi al “consumo di sostanze”)

- Alcolici: i ragazzi dichiarano di fare abbondante uso di alcolici, soprattutto al crescere dell’età: a 11 anni ha bevuto il 29.5% a 13 il 55.4% e a 15 l’81.0%. Particolarmente interessante risultano le preferenze di consumo fra gli studenti: al primo posto si posizionano gli alcolpop (33.1%), di cui fanno un uso frequente. Seguono la birre (32.0%), gli “altri alcolici” (29.2%) e il vino (28.3%).

Per quanto riguarda l’uso eccessivo di alcol, il 15.4% del campione riporta episodi di ubriacatura e il 17.4% di “binge drinking”. I 15enni coinvolti in tali episodi si aggirano intorno al 32%.

- Tabacco: il 24.1% dichiara di aver fumato almeno una sigaretta nella sua vita e tale consumo aumenta con l’età: 3.1% a 11 anni, 21.9% a 13 e 54.7% a 15 anni. Molti di questi “sperimentatori”

non si trasformano però in consumatori: il consumo attuale riguarda l'11.8% del campione (1.0% degli 11enni, 8.2% dei 13enni e 30.8% dei 15enni).

- Cannabis: il consumo di cannabis riguarda il 10.8% dei 13 e 15enni. Emerge tuttavia una notevole differenza fra le due fasce di età: a 13 anni hanno fatto uso di cannabis almeno una volta nella vita il 2.9% degli studenti e a 15 anni il 20.9%.

- Altre sostanze illegali: i ragazzi che dichiarano di aver fatto uso di almeno una droga differente dalla cannabis rappresentano il 6.7% dei quindicenni (66 ragazzi). Le sostanze più diffuse sono i funghi allucinogeni e la colla.

- Doping: l'uso di sostanze dopanti coinvolge il 2.0% dei 15enni.

Anche il ruolo dei social network e dei nuovi media, sta accelerando ulteriormente il processo di sdoganamento, di normalizzazione e diffusione delle droghe fra i cd. "nati nell'era digitale" (meno influenzati/bili su questi argomenti dai processi educativi classici della famiglia, della scuola e dei media tradizionali), facilitandone l'accesso (in termini di acquisto e consumo).

Gioco d'Azzardo Patologico

La dimensione del fenomeno in Italia è difficilmente stimabile in quanto, ad oggi, non esistono studi esaustivi del fenomeno. La popolazione italiana totale è stimata in circa 60 milioni di persone, di cui il 54% ha giocato d'azzardo (cioè spendendo denaro) almeno una volta negli ultimi 12 mesi.

La stima però dei giocatori d'azzardo "problematici" (cioè coloro che giocano frequentemente investendo anche discrete somme di denaro, che non hanno ancora sviluppato una vera e propria dipendenza patologica ma sono a forte rischio evolutivo) varia dall'1,3% al 3,8% della popolazione generale mentre la stima dei giocatori d'azzardo "patologici" (cioè con una vera e propria malattia che si manifesta con una dipendenza patologica incontrollabile) varia dallo 0,5% al 2,2% (DPA, Ministero della Salute, 2012).

Da alcune osservazioni inoltre emergerebbe che il 60% degli introiti totali da gioco (almeno per quanto riguarda le slot machine) sarebbero alimentati proprio da questa classe minoritaria di giocatori patologici più vulnerabili.

Nella popolazione studentesca la pratica del gioco d'azzardo è stata dichiarata dal 49,4% degli intervistati.

Questa popolazione è composta da una quota di giocatori sociali (39,0%), da giocatori problematici (7,2%) e da giocatori patologici (3,2%). I soggetti di genere maschile hanno una prevalenza di gioco nettamente superiore rispetto a quelli di genere femminile (59,2% vs. 37,1%).

Una interessante anche se preoccupante associazione è stata trovata tra frequenza della pratica del gioco d'azzardo e consumo di sostanze che evidenzia una correlazione lineare tra le due condizioni sia nella popolazione giovanile (15-19 anni) che generale (15-64 anni). (Indagine SPS-DPA del 2013 popolazione 15-19 anni).

La Lombardia è la regione con la maggiore spesa assoluta per gioco d'azzardo (14,8 miliardi nel 2011) ed è la quarta regione italiana per spesa pro capite. Pavia è al primo posto come spesa pro capite (2125 euro), mentre Mantova è al 35° posto con una spesa pro capite di 1.030 euro, ed un importo totale giocato in euro di 397.335.951. (Sole 24 Ore).

Dai dati in nostro possesso emerge chiaramente l'interconnessione tra il consumo di sostanze e tutti gli altri ambiti e contesti di vita. Lungi dall'essere un fenomeno storico e decontestualizzato, strettamente e unicamente legato a fattori individuali, il consumo di sostanze si connota come fortemente legato alle caratteristiche di diversi contesti di vita: famiglia, pari, scuola e comunità. Recenti contributi scientifici hanno infatti delineato un complesso sistema di relazioni interdipendenti tra individui ed ambiente sociale e culturale all'interno del quale il consumo di sostanze acquisisce forma e significato. In una prospettiva ecologico-sociale, il consumo di sostanze nelle diverse fasce di popolazione (in primis fra i più giovani) risulta strettamente legato sia alle caratteristiche dell'individuo sia alle caratteristiche dei molteplici contesti in cui vive.

In queste premesse trova motivazione l'avvio - a partire dal 2008 -, il successivo rafforzamento e il progressivo consolidamento a livello regionale e territoriale (grazie al coinvolgimento di tutte le ASL e alla sinergia e integrazione con i diversi livelli della programmazione sociale e di Zona in capo agli Enti locali) della Rete Regionale per la Prevenzione dipendenze.

Essa, anche in attuazione degli obiettivi strategici fissati dal Piano di Azione Regionale Dipendenze (di cui alla DGR IX/4225 del 25 ottobre 2012):

- Promuove e supporta il coordinamento multilivello degli interventi, la programmazione intersettoriale e le azioni dei diversi attori sociali presenti sul territorio;
- Qualificare le attività di prevenzione, promuove la diffusione di programmi coerenti con gli standard quali-quantitativi regionali, nazionali e internazionali;
- Aggiorna il patrimonio di conoscenza e gli strumenti metodologici a disposizione dei diversi attori in gioco e favorisce la conoscenza e lo scambio di buone pratiche.

A livello territoriale, in ciascuna ASL, questi obiettivi si concretizzano e attraverso lo strumento del Piano Locali Prevenzione Dipendenze (elaborato secondo quanto previsto dalla DGR IX/1999 del 13 luglio 2011 per il tramite del Comitato Rete Locale prevenzione Dipendenze, con il coinvolgimento di tutti gli Attori pubblici e istituzionali del territorio, Piano fortemente collegati agli altri strumenti programmatori nell'area preventiva: Documento di Programmazione e Coordinamento dei Servizi, Piano Integrato Locale per la promozione della salute).

In questa cornice trovano sfondo le più recenti azioni di Prevenzione del Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) in attuazione della LR 8/13 e della DGR 856/13, che hanno individuato anche in questo specifico campo la strategia del lavoro di rete e dello sviluppo di partnership e programmi di intervento intersettoriali quale forma promettente per la diffusione nella popolazione di atteggiamenti e comportamenti preventivi e in grado di individuare precocemente ed altrettanto efficacemente le situazioni a maggior rischio, anche con il coinvolgimento attivo di settori della

società civile tipicamente non coinvolti in questo tipo di strategie (es. gestori di locali; mondo della produzione ecc.).

IL CONTESTO LOCALE

Obiettivi di Sistema

- **A. Ricomporre** le risorse, informazioni e servizi fra Comuni all'interno dell'ambito e fra Comuni e ASL secondo indicatori del Sistema di conoscenza
- **B. Sperimentare nuovi servizi** per diversificare risposte e assicurare la sostenibilità, in particolare disabilità e minori e ri-progettare in ambito salute mentale e grave emarginazione
- **C. Dar risposta alle priorità sociali con azioni di sistema e di rete** - contrasto all'impovertimento.

Obiettivi Specifici

MINORI E POLITICHE GIOVANILI

Denominazione	Implementazioni di Servizi Educativi, a sostegno della famiglia e della rete primaria al fine di limitare inserimenti di minori in strutture residenziali
Bisogno Rilevato	-necessità di reperire maggiori risorse al fine di prevenire collocamenti residenziali di minori; -carico eccessivo degli operatori presenti tenuto conto degli interventi di carattere preventivo promossi dal Servizio Tutela Minori; - necessità di promuovere incontri periodici di confronto e condivisione dei bisogni rilevati con alcune Istituzioni (Dirigenti Scolastici e Forze dell'Ordine) e associazioni pubbliche e private (Rappresentanti comunità straniera, Parrocchia) presenti sul territorio.
Partners Coinvolti	Comuni Piano di Zona -Servizi Tutela Minori Terzo Settore Forze dell'Ordine Società Civile
Azioni	-favorire Convenzioni con servizi rivolti ai minori già presenti sul territorio; -garantire la continuità dei servizi educativi diurni soprattutto nei periodi di chiusura di altre agenzie (Scuola); -sensibilizzare le associazioni sportive e aggregative presenti sul territorio per favorire l'inserimento di minori in situazioni di fragilità economica e sociale della famiglia; -favorire la creazione di reti familiari e implementare quelle già esistenti volte all'accoglienza e al sostegno di famiglie fragili, -individuare un operatore che coordini le attività di comunità; -mantenimento delle risorse dedicate all'educativa domiciliare.
Risultati attesi	-maggiore facilità di inserimenti in servizi diurni; -limitare periodi di assenza di interventi di supporto alle famiglie più fragili;

	<ul style="list-style-type: none"> -ridurre il verificarsi di situazioni d'urgenza; -offrire a minori a rischio di emarginazione spazi e occasioni di integrazione con i pari attraverso servizi leggeri (sport e tempo libero); -maggiori risorse comunitarie a disposizione del Servizio Tutela Minori. - costituzione di rapporti strutturati con e tra i vari Soggetti
Risorse utilizzate	<p>Scuola Asl Comunali Terzo Settore</p>
Tempistica	<p>Secondo semestre 2015 Primo e secondo semestre 2016</p>

AREA EMARGINAZIONE E NUOVE POVERTA'

Denominazione	Contrasto all'impoverimento
Bisogno Rilevato	<ul style="list-style-type: none"> - Si rilevano bisogni economici sempre piu' pressanti a carico di vari ceti sociali della popolazione(ceto medio,artigiani,commercianti,ecc) e che colpiscono pesantemente le fasce piu' deboli(anziani,famiglie,nuclei monoparentali,singoli,ecc); - Si registra un aumento della fragilita' psicologica dovuta alla precarieta' economica con forti ricadute sull'equilibrio dei singoli e dei nuclei famigliari; - Conseguente maggior ricorso ai servizi specialistici e al consumo di psicofarmaci e di farmaci; - Sono in aumento le domande di aiuti economici riferite a bisogni legati alla casa,alle utenze e all'alimentazione da parte di gran parte della popolazione che si rivolge ai servizi; - Si registra un aumento di richieste di aiuto e accompagnamento in campo lavorativo ; - Sono aumentate le persone che si rivolgono ai servizi provenienti da ceti sociali non storicamente in carico - Si registra un aumento di condizioni di "insufficienza e inadeguatezza alimentare" che colpisce soprattutto i minori in fase di sviluppo e di crescita;
Partners Coinvolti	<ul style="list-style-type: none"> -comuni, tavoli tecnici del piano di zona, asl,

	enti accreditati, agenzie che erogano servizi per le pubbliche amministrazioni, caritas, cooperative, associazioni del territorio, servizi per il lavoro
Obbiettivi/Azioni	<p>1) sostegno al reddito: sperimentazione di una nuova modalita' per erogare aiuti ai cittadini in stato di bisogno tramite il " vouchers sociale in formato cartaceo o elettronico, valido per l'acquisto di servizi in sostituzione degli aiuti in denaro :generi alimentari,utenze domestiche,prodotti farmaceutici,mensa scolastica,prodotti per la prima infanzia. Rivedere un nuovo Regolamento per definire i requisiti di accesso all'assistenza economica alla luce del nuovo ISEE</p> <p>2) sostegno ai cittadini nei bisogni primari: creazione di una partnership per il banco farmaceutico e per i prodotti per la prima infanzia; studio di forme di sensibilizzazione delle mense aziendali e scolastiche per favorire la distribuzione di pasti, in collaborazione con le associazioni del territorio; incremento della disponibilita' dei negozi (coop, conad, discount) per la distribuzione di generi alimentari in scadenza alle fasce piu' bisognose; studio di convenzioni/protocolli da sperimentare con le principali reti di distribuzione di utenze (gas, acqua energia elettrica) per creare accordi sulle tariffe e per collaborare in caso di interruzione delle forniture;</p> <p>3) creazione di un iniziativa di " housing sociale " che favorisca percorsi di integrazione abitativa e sociale per coloro che vivono condizioni di disagio abitativo e non riescono ad accedere agli alloggi a canone sociale e al mercato privato;</p> <p>4) sostegno al lavoro: consolidare la sperimentazione in atto in alcuni comuni che prevede percorsi di accompagnamento al lavoro tramite enti accreditati per l'utilizzo del torcinio lavorativo extracurriculare (d.g.r 3153 20.03.2012) rivolto ai soggetti piu' deboli; prosecuzione e ampliamento di forme di sostegno al lavoro tramite lo strumento del " vouchers" lavoro in collaborazione con associazioni, enti,cooperative e privati.</p>
Risultati attesi	<p>Diminuzione del numero di distacchi di utenze e di sfratti</p> <p>Creazione di nuove opportunita' di lavoro, miglioramento dei percorsi individualizzati rivolti alle persone che si rivolgono ai servizi, maggiore integrazione della rete dei servizi e migliore utilizzo delle risorse</p>
Risorse utilizzate	<ul style="list-style-type: none"> - comunali, - asl, - Terzo Settore, - cooperative, - privati

TEMPISTICA	- ANNI 2016-2017
------------	------------------

AREA INTEGRAZIONE

Denominazione	Integrazione cittadini stranieri
Bisogno Rilevato	<p>Consolidare il servizio di mediazione linguistico culturale nella scuola e nei servizi sociali</p> <p>Favorire l'integrazione delle donne straniere nella comunità locale</p> <p>Favorire percorsi scolastici di preadolescenti</p> <p>Facilitare il processo di inclusione sociale dei cittadini stranieri residenti nel nostro territorio</p>
Partners Coinvolti	<p>Comuni</p> <p>CTI</p> <p>CPIA</p> <p>Terzo Settore</p> <p>Associazioni Immigrati</p>
Azioni	<p>Consolidare il servizio di mediazione linguistico culturale attivo nella scuola e nei servizi sociali dei Comuni;</p> <p>Partecipare alla rete delle scuole per l'intercultura;</p> <p>Consolidare l'esperienza dei corsi di alfabetizzazione per le donne straniere nei Comuni del territorio ovvero attività di alfabetizzazione integrate con esperienze di conoscenza dei servizi e della comunità locale</p> <p>Promuovere percorsi individualizzati di formazione e inclusione scolastica di ragazzi e ragazze</p>
Risultati attesi	<p>Facilitare processi di inclusione sociale</p> <p>Condividere buone prassi</p>
Risorse utilizzate	<p>Comuni</p> <p>Istituti Scolastici</p> <p>CPIA</p> <p>Terzo Settore</p>
Tempistica	Secondo semestre 2015

AREA FRAGILITA'

Denominazione	Per le fragilità
Bisogno Rilevato	<p>Sostenere la quotidianità dei soggetti adulti fragili in carico ai servizi specialistici (cps, serd, uepe)</p> <p>Migliorare la gestione delle “prese in carico” e delle “dimissioni protette” degli utenti adulti fragili in carico ai servizi specialistici (serd, cps, uepe) con particolare riferimento alle doppie diagnosi</p> <p>Favorire il coordinamento delle risorse del territorio legate al tempo libero, alla cultura e alle attività ricreative</p>
Partners Coinvolti	<p>Tavolo tecnico Piano di Zona</p> <p>ASL</p> <p>AZIENDA OSPEDALIERA</p> <p>UEPE</p> <p>CSVM</p>
Azioni	<p>sperimentare azioni di presa in carico condivisa tra i servizi coinvolti tramite una progettazione individualizzata sulla situazione condividendo prassi, modalità operative e un patto con l'utente</p> <p>attivazione di servizi di accompagnamento e sostegno, socio/educativi per adulti</p> <p>attivare percorsi di confronto, condivisione e definizioni di modalità operative di intervento nella delicata fase della dimissione</p> <p>affiancare le attività di sensibilizzazione territoriale sull'importante ruolo dell'amministratore di sostegno (Asl e Csvm)</p> <p>favorire la diffusione di corsi di formazione AdS per i cittadini (Asl e Csvm)</p> <p>sostenere e implementare le attività dei gruppi di mutuo aiuto organizzati dalla Asl</p> <p>creazione di buone prassi tra i servizi del territorio (in particolare per la procedura di nomina dell'amministratore di sostegno)</p> <p>attivare azioni di sensibilizzazione con le associazioni di volontariato – sportive e ricreative del territorio nel supporto ai cittadini fragili</p> <p>studio del fenomeno della Ludopatia e programmazione di iniziative volte a contrastare il gioco patologico</p> <p>co-progettazione delle attività di integrazione</p>
Risultati attesi	<p>Individuazione di equipe operative</p> <p>Realizzazione di progetti individualizzati integrati</p> <p>Costruzione di un modello operativo integrato</p> <p>Approvazione di protocolli operativi</p>
Risorse utilizzate	<p>Comunali</p> <p>ASL</p> <p>Azienda Ospedaliera</p> <p>Terzo settore</p>
Tempistica	Anni 2016-2017

Denominazione	Istituzione di un tavolo di studio per definire e uniformare tra i sei comuni dell'ambito le nuove fasce ISEE con le relative tariffe per i servizi SAD e Pasti.
Bisogno Rilevato	Il nuovo DPCM n. 159/2013 ISEE promuovere la modifica dell fasce e delletariffe che ogni Comune adotta per la fornitura dei servizi agli anziani; si ravvisa la necessità ne triennio di uniformazione
Patners Coinvolti	Personale sociale e amministrativo dei Comuni dell'Ambito
Azioni	Studio di un modello unico Adozione di un nuovo regolamento Attuazione di un sistema di Ambito
Risultati attesi	Superamento delle differenze tra i Comuni, con l'utilizzo di stesse fasce ISEE e tariffe economiche.
Risorse utilizzate	Risorse Comunali
Tempistica	Secondo semestre 2015

Denominazione	Promozione di una collaborazione tra le associazioni di volontariato presenti nei comuni dell'ambito che si occupano prevalentemente di benessere e di servizi rivolti alle persone anziane
Bisogno Rilevato	Nei nostri Comuni rileviamo un significativo numero di associazioni di volontariato rivolto a persone anziane che hanno la necessità di interagire tra di loro sia a livello comunale che intercomunale
Azioni	E' opportuno prevedere tali azioni di miglioramento attraverso incontri e attività congiunte: <ul style="list-style-type: none"> • superamento della frammentazione e condivisione di progetti e risorse nell'ambito territoriale dei comuni; • Promozione/arricchimento dell'offerta delle azioni del volontariato del nostro territorio; prevedendo che il compito delle associazioni vada oltre al servizio di trasporto, comprendendo visite di compagnia e azioni

	supplementari di supporto alla domiciliarità, ad integrazione dei servizi domiciliari erogati dal sistema istituzionale.
Risultati attesi	Condivisione di buone prassi Definizione di tipologia d'offerta Definizione di modalità di attivazione e raccordi con i Comuni
Risorse utilizzate	Risorse Comunali Risorse del privato sociale Risorse del terzo settore
Tempistica	Secondo semestre 2016

Denominazione	<i>Potenziamento dell'integrazione tra Comuni e CeAD e integrazione tra CeAD e Associazioni di volontariato per migliore utilizzo di risorse.</i>
Bisogno Rilevato	-Necessità di raccordo maggiore tra azioni del CeAD e di tutti i Comuni, cercando di uniformare le modalità di lavoro. -La scarsa conoscenza di offerte promosse dalle associazioni di volontariato locali non favorisce l'utilizzo delle stesse.
Partners Coinvolti	Comuni ASL CeAD Terzo settore
Azioni	<i>Potenziamento dell'integrazione tra Comuni e CeAD</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Definizione di modalità di aggiornamento/restituzione dell'operato del CeAD ai Comuni dell'ambito territoriale;</i> • <i>Ricerca di uniformità tra le modalità dei Comuni nella segnalazione e nella condivisione di presa in carico con il CeAD.</i> <i>Integrazione tra CeAD, Comuni e Associazioni di volontariato per migliore utilizzo di risorse</i> <ul style="list-style-type: none"> • Rafforzamento della conoscenza reciproca rispetto ai servizi erogati da CeAD, Comuni, ASL e associazioni di volontariato • Progettazione e realizzazione di un documento che contribuisca a far conoscere i servizi erogati dalle associazioni • Definizione di modalità di attivazione e collaborazione tra CeAD, Comuni e associazioni di volontariato
Risultati attesi	Maggior conoscenza e utilizzo delle risorse disponibili Maggior possibilità di integrazione della rete dei servizi

Risorse utilizzate	Risorse Comunali, Risorse ASL Risorse del Terzo Settore Risorse del privato sociale
Tempistica	Secondo semestre 2015

Denominazione	Ufficio Disabili intercomunale
Bisogno Rilevato	I soggetti disabili e le loro famiglie, terminato il percorso scolastico, sono privi di un “ servizio di riferimento “ che li accompagni ed orienti nella definizione del progetto di vita successivo.
Partners Coinvolti	Piano di Zona Terzo settore CTI UONPIA Associazioni Ce.A.D.
Azioni	<ul style="list-style-type: none"> - Costituzione dell’UFFICIO DISABILI quale ufficio del Piano di Zona - presa in carico del disabile e definizione del percorso di vita - coordinamento dei servizi / risorse territoriali esistenti - creazione/promozione/sviluppo di risorse del territorio (voucher educativi, SFA, Coop. Tipo B, laboratori protetti,.....) * propedeutici all’inserimento lavorativo; - ipotizzare forme di partecipazione economica delle famiglie al costo dei servizi semiresidenziali e dei servizi complementari
Risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> - istituzione dell’Ufficio Disabili con l’assunzione / incarico di una equipe di operatori ad hoc - realizzazione di percorsi di vita del giovane disabile terminata la scuola superiore (gruppo sperimentazione ICF / protocollo CTI) - uniformità nei criteri e nelle prestazioni date ai cittadini con disabilità - apertura di Servizi Formativi all’Autonomia - regolamento modalità partecipazione delle famiglie al costo dei servizi semiresidenziali e dei servizi complementari
Risorse utilizzate	Comunali Terzo Settore ASL Azienda Ospedaliera

	Risorse Ufficio Scolastico Regionale
Tempistica	Secondo semestre 2015

Denominazione	Gestione dei soggetti con disabilità e/o con disagio conclamato in età scolare
Bisogno Rilevato	<p>Per l'anno scolastico 2014-2015 nel distretto scolastico di Suzzara risultano iscritti: N. 287 alunni con bisogni educativi speciali (BES) ai sensi della direttiva ministeriale dicembre 2012</p> <p>N. 216 alunni certificati ai sensi della L.104 (mancano gli iscritti al CFP di Suzzara), N. 142 con diagnosi di DSA ai sensi della L.170;</p> <p>- le scuole registrano la progressiva diminuzione delle risorse ministeriali;</p> <p>pertanto questa situazione determina un notevole fabbisogno di supporto educativo scolastico ed extrascolastico;</p> <p>si registra inoltre, necessità di accompagnare gli alunni e le famiglie nei passaggi tra ordini di scuola e al termine del percorso scolastico.</p>
Partners Coinvolti	<p>Centro Territoriale per Inclusione CTI</p> <p>Comuni - Istituti Comprensivi</p> <p>UONPIA</p> <p>Terzo settore</p> <p>Istituto Casa Del sole</p>
Azioni	<ul style="list-style-type: none"> - Formazione di un tavolo di lavoro finalizzato alla costruzione di criteri per un valutazione omogenea del fabbisogno educativo - Adozione del protocollo elaborato dal CTI - Creare condizioni per la unificazione del soggetto gestore dei servizi di supporto educativo almeno per le scuole secondarie di 2° (da estendere nel triennio a tutti gli ordini scolastici) - Valutare il bisogno dei soggetti nell'ottica del "progetto di vita"
Risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Istituzione del tavolo di lavoro ➤ Stesura di linee guida per la definizione del servizio di supporto educativo scolastico ➤ Individuazione di criteri per la definizione del fabbisogno / monte ore di supporto educativo ➤ Sperimentazione del protocollo CTI ➤ Definizione di un progetto di vita individualizzato che si realizza in ambito scolastico ed extrascolastico
Risorse utilizzate	<p>Risorse comunali</p> <p>Risorse dell'Azienda Ospedaliera</p> <p>Risorse Ufficio scolastico Regionale</p>

Tempistica	Settembre 2015
Denominazione	Promozione dell'inserimento lavorativo (soggetti in difficoltà ad accedere autonomamente al mercato del lavoro)
Bisogno Rilevato	L'esperienza di collaborazione maturata con la Provincia nella realizzazione del piano provinciale Doti disabili ha consentito agli Ambiti di conoscere e quantificare il bisogno lavorativo espresso dai soggetti disabili del proprio territorio; la trasformazione del mercato del lavoro a seguito della crisi, rende sempre più difficile l'accesso al lavoro di soggetti deboli, con scarsa formazione o con limitate capacità personali, che necessitano pertanto, di un "accompagnamento" da parte dei servizi
Partners Coinvolti	<ul style="list-style-type: none"> - Provincia - ASL - - Azienda Ospedaliera - Terzo Settore - Enti Accreditati
Azioni	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Implementazione e messa a regime del tavolo territoriale (tavolo 1) istituito dalla provincia, per la gestione delle segnalazioni di candidati a dote disabili ➤ Incentivare le azioni di sistema che permettono esperienze di tirocinio propedeutiche all'inserimento lavorativo di soggetti deboli, anche attraverso convenzione con agenzia formativa/ Ente Accreditato.
Risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Individuare criteri omogenei per la definizione del grado di occupabilità del disabile che facilitino la selezione dei candidati a dote. ➤ Stesura convenzione con Enti Accreditati e realizzazione di tirocini lavorativi ➤ Realizzazione nel corso del triennio di inserimenti lavorativi
Risorse utilizzate	<p>Risorse comunali</p> <p>Risorse provinciale</p> <p>Risorse del Terzo settore</p> <p>Risorse di Privati</p>
Tempistica	Anni 2016-2017

Denominazione	Promuovere BENESSERE
Bisogno Rilevato	<p>Andare oltre l' offerta di servizi specialistici e professionali e sostenere le capacità e le risorse delle reti naturali.</p> <p>Contribuire a promuovere una cultura della solidarietà e della sussidiarietà, favorendo e promuovendo iniziative di partecipazione volte a costituire un tessuto sociale accogliente e rispettoso dei diritti di tutti.</p> <p>Considerare il cittadino problema e risorsa attraverso una logica progettuale che supera la metodologia assistenziale.</p>
Partners Coinvolti	<p>assistenti sociali dei Comuni</p> <p>assistenti sociali servizio tutela e CeAD</p> <p>ASL</p> <p>Terzo Settore – Cooperative ed Associazioni</p> <p>Parrocchie</p>
Azioni	<p>Ricerca sociale</p> <p>Progettazione partecipata</p> <p>Lavoro di rete</p> <p>Costruzione di alleanze, di coinvolgimento, di obiettivi comuni</p> <p>Valorizzazione delle reti locali</p> <p>Definizione di gruppi di lavoro interprofessionali</p> <p>Valutazione in itinere sulle singole progettazioni</p>
Risultati attesi	<p>Costituzione di un tavolo allargato composto da soggetti pubblici e privati che individuano bisogni e obiettivi</p> <p>Costituzione di un gruppo interprofessionale operativo che realizza azioni che operano sul senso di appartenenza e sulle relazioni quali attività di aggregazione, animazione territoriale, educativa di strada, sostegno alla genitorialità ecc.</p> <p>Realizzazione di progetti di progettazione partecipata</p> <p>Realizzazione di interventi formativi</p>
Risorse utilizzate	<p>Operatori Pubblici</p> <p>Cooperative</p> <p>Volontari</p> <p>Proventi da Fondazioni</p>
Tempistica	Costituzione dei tavoli entro il 2015

Gli organi per la realizzazione del Piano

1. Il livello Provinciale

- ◇ il Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci (CdR);
- ◇ Cabina di regia (DGR 326/13)
- ◇ il Tavolo di Coordinamento Provinciale degli Uffici Di Piano
- ◇ il Tavolo di rappresentanza del Terzo Settore

2. Il Livello locale dell'ambito di Suzzara

- ◇ l' Assema Distrettuale dei Sindaci;
- ◇ il Tavolo distrettuale di rappresentanza del Terzo Settore
- ◇ l' Ufficio di Piano;
- ◇ i Tavoli di progetto ;

1. Il livello Provinciale

Il Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci

Il governo politico provinciale è identificato nella Conferenza dei Sindaci a cui spetta l'esercizio della funzione di governo territoriale nel settore sociale e socio-sanitario.

Il Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci esercita le attribuzioni assegnate alla Conferenza dei Sindaci dell'ASL, ed in particolare:

- orienta e monitora i Piani di Zona in modo da renderne unitari ed organici i processi di attuazione, soprattutto in relazione ai livelli essenziali di assistenza, facilitando eventuali sinergie e collaborazioni tra le aree distrettuali;
- garantisce i rapporti con la Regione ed altri organismi di rilevanza provinciale (es. Provincia, Prefettura, Azienda Ospedaliera, Ufficio Scolastico Provinciale etc.);
- promuove, d'intesa con la Provincia, le attività formative e di supporto ai Piani di Zona.

Cabina di regia

La dgr n. 326/2013 ha identificato nella Cabina di regia il luogo dove garantire la programmazione, il governo, il monitoraggio e la verifica degli interventi socio sanitari e sociali, erogati da Asl e Comuni, singoli o associati nell'ambito delle Aree Comuni di intervento. La cabina di regia rappresenta un'importante risorsa che si pone in sinergia ed integra il ruolo degli uffici a supporto delle funzioni del Consiglio di rappresentanza. La cabina di regia di Mantova è composta da rappresentanti Asl, politici e coordinatori dei 6 Piani di zona.

Tavolo di Coordinamento Provinciale degli Uffici Di Piano

Gli uffici di piano dei sei Ambiti Territoriali del mantovano nell'ultimo anno hanno dato origine ad un nuovo organismo tecnico, ovvero il Tavolo di Coordinamento Provinciale degli Uffici di Piano con le seguenti finalità:

- raccordarsi maggiormente con il Consiglio di Rappresentanza;
- individuare gli interventi territoriali, sulla base degli indirizzi forniti dall'Assemblea;
- formulare la proposta di programmazione triennale ed annuale degli interventi/servizi a livello provinciale e interdistrettuale ed eventuali ulteriori progetti con i relativi budget di spesa e di finanziamento;
- monitorare costantemente lo stato di attuazione del progetto complessivo
- raccordarsi con le Assemblee distrettuali ed i sei Uffici di Piano per dare attuazione agli indirizzi programmatori.

Tavolo di rappresentanza del Terzo Settore provinciale

La partecipazione del Terzo Settore nello spirito della Legge 328/2000 e della LR 3/2008 supera la tradizionale forma dell'affidamento o convenzionamento per la gestione dei servizi e assume un vero e proprio significato di partnership con l'Ente pubblico per la definizione del disegno complessivo del sistema di welfare locale.

In questa ottica si intende sviluppare una pianificazione che assicuri la più ampia partecipazione degli Organismi rappresentativi del Terzo settore che operano nel territorio mantovano in particolare gli Organismi non lucrativi di utilità sociale, gli Organismi della Cooperazione e le Organizzazioni di volontariato.

2. Il Livello locale dell'ambito di Suzzara

Assemblea Distrettuale dei Sindaci

L'Assemblea Distrettuale dei Sindaci è composta da tutti i Sindaci dei Comuni appartenenti all'Ambito (o loro delegati), alla quale competono la definizione delle strategie di politica sociale del territorio del distretto ed il controllo sull'attuazione degli indirizzi.

Spettano all'Assemblea le seguenti competenze:

- il governo politico del processo di attuazione del Piano di Zona;
- l'individuazione e la scelta delle priorità e degli obiettivi delle politiche distrettuali;

- l'approvazione del documento del Piano di Zona e dei relativi aggiornamenti;
- la verifica annuale della compatibilità tra gli impegni e le risorse necessarie;
- l'allocazione delle risorse relative ai fondi inseriti nella gestione, per l'attuazione degli obiettivi previsti dal Piano di Zona;
- approva annualmente i piani economico-finanziari di preventivo ed i rendiconti di consuntivo;
- approva i dati relativi alle rendicontazioni richieste dalla Regione per la trasmissione all'ASL ai fini dell'assolvimento del debito informativo;
- la nomina/ratifica dei componenti dell'Ufficio di Piano, del Tavolo del Terzo Settore locale e di concertazione territoriale ed i coordinatori dei Gruppi tematici.

L'Assemblea dei Sindaci può essere integrata dai seguenti soggetti:

- ASL della Provincia di Mantova;
- Provincia di Mantova;
- Terzo settore.

Il Tavolo di Rappresentanza territoriale del terzo Settore

Si ribadisce l'utilità del tavolo di rappresentanza del terzo settore; tuttavia, è necessario in relazione all'evoluzione del ruolo del terzo settore procedere al rinnovo dei componenti e all'introduzione di modifiche all'attuale funzionamento e composizione.

L' Ufficio di Piano

E' la struttura tecnico-amministrativa che assicura la programmazione, pianificazione, valutazione e coordinamento degli interventi sulla base degli indirizzi espressi dall'Assemblea Distrettuale. Provvede alla costruzione e gestione del budget, all'amministrazione delle risorse, all'istruttoria degli atti di esecuzione; risponde del debito informativo. Esso si compone di un coordinatore oltrechè dei componenti tecnici dei servizi sociali e amministrativi dei Comuni.

- ◇ L' Ufficio di Piano, così come indicato dalle linee regionali, dovrà sempre più essere in grado di:
 1. connettere le conoscenze dei diversi attori del territorio;
 2. ricomporre le risorse che gli enti locali investono nei sistemi di welfare, favorendo l'azione integrata a livello locale;
 3. interloquire con le ASL per l'integrazione tra ambiti di intervento sociale e socio sanitario;
 4. promuovere l'integrazione tra diversi ambiti.

L'Ufficio di Piano rappresenta il livello tecnico/gestionale di attuazione delle azioni del Piano di Zona, di stimolo alle attività di programmazione come interfaccia dell'Assemblea Distrettuale e di supporto allo stesso.

Occorre però premettere che la complessità e la varietà delle azioni da compiere impone che lo stesso sia multidisciplinare, con competenze e ruoli definiti. Vengono richieste competenze professionali e formazione mirata al lavoro di gruppo ed alla conoscenza delle modalità per progettare (nella varie fasi ed in particolare nella valutazione), alla conoscenza delle teorie e delle procedure della programmazione negli enti locali in integrazione con la sanità e con il sociale allargato.

La precedente esperienza di programmazione di Piano di Zona ha dato origine ad alcune progettualità a gestione associata quali il Servizio Tutela minori ed il CeAD. In entrambi i casi, questo tipo di gestione associata riscontra una maggior efficacia ed una migliore qualità nell'erogazione dei servizi alla cittadinanza; servizi che, affidati all'esterno, necessitano di un più forte monitoraggio e coordinamento da parte dell'Ambito Territoriale.

Oltre a ciò, va ravvisato che il Servizio Sociale professionale presente in tutti i Comuni dalla fine degli anni settanta, si trova a confrontarsi con una maggiore complessità dei bisogni espressi e ciò richiede un intervento di risposta altrettanto complesso da parte dell'operatore il quale, sempre più, deve avvalersi di tecniche di intervento "a rete" che comportano tempi e modalità diverse di approccio ed erogazione.

Diviene quindi estremamente importante ragionare nel prossimo futuro sul tema della modalità di gestione, essendo necessario ridefinire il ruolo degli Enti locali, titolari della funzione di programmazione territoriale per le politiche sociali ai sensi della L.328/2000, operando su diversi livelli:

- 1) valutazione circa la sostenibilità dell'assetto di governance attuale del Piano di zona
- 2) potenziamento delle gestioni associate di servizi
- 3) verifica circa la fattibilità di nuove forme gestionali che offrano una maggiore flessibilità organizzativa, consentano una più appropriata risposta ai bisogni della cittadinanza potenzino la programmazione ed il controllo sugli interventi in essere.

Solo attraverso una nuova forma gestionale flessibile e multidisciplinare sarà possibile comporre:

I Tavoli di progetto

Sono coordinati da un membro dell'ufficio di piano.

Raccolgono e sono responsabili delle informazioni e dei dati necessari alla predisposizione delle proposte sulle varie tematiche, da sottoporre all'Ufficio di Piano e all'organo politico. Partecipano

attivamente all'attività di studio e ricerca delle soluzioni ottimali ai nodi problematici individuati nel territorio dell' ambito.

Detti organismi sono integrati dai referenti istituzionali individuati per ciascuna area tematica (referenti Asl, Azienda Ospedaliera, Istituzioni scolastiche ecc..). Inoltre, qualora l'argomento lo richieda vengono integrati dai rappresentanti del terzo settore, più nel dettaglio servizi convenzionati, accreditati, privati profit e non profit, mondo del volontariato ed organizzazioni sindacali, che esprimono le istanze di cui sono portatori in termini di idee e proposte di collaborazione in ordine ai bisogni individuati al fine di costruire un sistema di erogazione dei servizi razionale e moderno.

INTEGRAZIONE ASL/PIANI DI ZONA

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/ azioni di sistema	Modalità di integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Strumenti di valutazione	Tempistica
	Generale, specifico, strategico		Es.: informazione/ formazione, incontri cadenzati, equipe multidisciplinare	finanziarie e/o professionali	Es.: protocolli, procedure, banche dati, cartella sociosan e sociale,...	Qualitativo o quantitativo con descrizione (ogni obiettivo può avere più indicatori)	SI/No sul qualitativo, % di realizzazione sul quantitativo	Es.: Scale di valutazione, dati, cartella sociosan e sociale, ...	Data di realizzazione o periodo
VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE	STRATEGICO	GOVERNANCE DI ASL PER LO SVILUPPO E LA PROMOZIONE DELL'INTEGRAZIONE TRA SANITARIO, SOCIO-SANITARIO E SOCIALE AL FINE DI GARANTIRE UNA RISPOSTA GLOBALE ALLA MULTIDIMENSIONALITÀ DEI BISOGNI ESPRESSE DALLA PERSONA FRAGILE E DALLA SUA FAMIGLIA	CABINA DI REGIA EQUIPE MULTIDISCIPLINARE	PROFESSIONALI	ACCORDO ASL – AMBITTI TERRITORIALI "INTEGRAZIONE AI PROTOCOLLI CEAD PER ADEGUAMENTO INTERVENUTE NORMATIVE IN ORDINE ALLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DEI PAZIENTI FRAGILI", SOTTOSCRITTO IN DATA 13/10/2014, CON IL QUALE SI CONDIVIDE L'UTILIZZO, A PARTIRE DALLA DATA DI SOTTOSCRIZIONE, DELLA "SCHEDE DI VALUTAZIONE DI TRIAGE" QUALE STRUMENTO DI PRIMA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DEL BISOGNO DELLE PERSONE FRAGILI DA PARTE DEL PERSONALE DELL'ASL (CEAD) E DEI COMUNI-DELIBERAZIONE ASL N° 328 DEL 17.10.2014 PROCEDURE/SCALE DI VALUTAZIONE CONDIVISE	NUMERO SCHEDE TRIAGE INFORMATIZZATE UTILIZZATE 2015/ NUMERO TOTALE PROGETTI ATTIVATI MISURE INNOVATIVE	≥90%	SCALE DI VALUTAZIONE E TENUTA FASAS	ANNO 2015
PIANO INFORMATIVO	GENERALE	GOVERNANCE DELLA PIANIFICAZIONE TERRITORIALE E PROGRAMMAZIONE DEGLI STRUMENTI RITENUTI NECESSARI ED EFFICACI, SIA PER DIFFONDERE LE INFORMAZIONI RELATIVE AI SERVIZI DOMICILIARI ALLE PERSONE FRAGILI ED AI LORO FAMIGLIARI	PIANO DI INFORMAZIONE UNICO E CONDIVISO	FINANZIARIE E PROFESSIONALI	PIANO DI INFORMAZIONE DGR 2942/2014 – INTERVENTI A SOSTEGNO DELLA FAMIGLIA E DEI SUOI COMPONENTI FRAGILI AI SENSI DELLA DGR 116/2013: SECONDO PROVVEDIMENTO ATTUATIVO – CONFERMA MISURE AVVIATE NEL 2014 E AZIONI MIGLIORATIVE – ADEMPIMENTI CONSEGUENTI", UNITAMENTE AL PRIMO REPORT DEGLI ESITI DEGLI INCONTRI INFORMATIVI CON GLI STAKEHOLDER TERRITORIALI SULLE MISURE DELLA DGR 2942/2014 E DELLA DGR 2655/2014. ADOTTATO CON DELIBERAZIONE ASL N. 26 DEL 12/02/2015	ACCESSI AL SITO AZIENDALE (BANNER DEDICATO)	NUMERO ACCESSI	REPORT ACCESSI AI SERVIZI DOMICILIARI	ANNO 2015
PIANO FORMATIVO	GENERALE	PERCORSO FORMATIVO CONDIVISO ASL AMBITTI PER VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE	PIANO FORMATIVO UNICO E CONDIVISO	FINANZIARIE E PROFESSIONALI	PIANO FORMATIVO ADOTTATO CON DELIBERAZIONE ASL N. 18 del 30.01.2015	PERCENTUALE DI PARTECIPAZIONE DEL PERSONALE DEI COMUNI	≥60%	QUESTIONARI O ECM E CUSTOMER SATISFACTION	ANNO 2015
ATTIVABILI	STRATEGICO	SCAMBIO INFORMATIVO TRA BANCHE	INCONTRI	SERVIZI	PROGETTI DI RICERCA INDUSTRIALE E	QUESTIONARIO PER	SI/NO	INTEGRAZIONI	ANNO 2015

		DATI ASL/COMUNI/AMBITTI E SPERIMENTAZIONI DOMOTICA DOMICILIARE	CADENZATI	BANDO SMART CITIES	SVILUPPO SPERIMENTALE NEL SETTORE DELLE SMART CITIES AND COMMUNITIES - PROGETTO DENOMINATO ATTIV@BILI - ASSISTENZA DIGITALE E INNOVAZIONE SOCIALE IN AMBIENTI CONTROLLATI ADESIONE FORMALIZZATA CON DELIBERAZIONE ASL N 179 DEL 06.06.2013 E PER PARTE AMBITTI : DELIBERA CONSORZIO SERVIZI ALLA PERSONA VIADANA N 17/2013 DELIBERA COMUNE DI SUZZARA N 88/2013 DELIBERA CONSOZIO SOLIDARIETA' MANTOVA N 5/2013	MISURARE LA QUALITA' DELLA VITA		E BANCHE DATI ASL/COMUNI E MONITORAGGIO SULLA QUALITA' DELLA VITA DEI PAZIENTI "ATTIVABILI"	
PROTOCOLLO DIMISSIONI PROTETTE	SPECIFICO	RACCORDO EROGATORI SANITARI PUBBLIC E PRIVATI ACCREDITATI/CEAD/MMG	INCONTRI CADENZATI	PROFESSIONALI	PROTOCOLLO D'INTESA A GARANZIA DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE NEL PRENDERSI CURA DEL PAZIENTE FRAGILE NEL POST-DIMISSIONECON AZIENDA OSPEDALIERA CARLO POMA, CASA DI CURA SAN CLEMENTE DI MANTOVA OSPEDALE SAN PELLEGRINO DI CASTIGLIONE DELLE STIVIERE OSPEDALE DI SUZZARA S.P.A. E FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI-I.R.C.S.S. SEDE DI CASTEL GOFFREDO-VOLTA MANTOVANA ADOTTATO CON DELIBERAZIONI ASL N 422/2012 E 51/2013	QUANTITATIVI NUMERO DI DIMISSIONI PROTETTE COMPLESSIVE ATTIVATE PER DISTRETTO E PER PRESIDIO/STRUTTURA NUMERO DI DIMISSIONI PROTETTE ATTIVATE PER DISTRETTO TIPOLOGIA PAZIENTI/1000 >75ENNI ASSISTITI NUMERO DI DIMISSIONI PROTETTE ATTIVATE PER STRUTTURA/1000 >75ENNI RICOVERATI NUMERO DI DIMISSIONI PROTETTE IN CURE DOMICILIARI/NUMERO NUOVE ATTIVAZIONI CURE DOMICILIARI NEL PERIODO PER DISTRETTO NUMERO RE-RICOVERI IN PAZIENTI DIMESSI IN SEGUITO AD ATTIVAZIONE PROTOCOLLO NUMERO RE-RICOVERI IN PAZIENTI DIMESSI NON ATTIVAZIONE PROTOCOLLO A PARITA' DI QUADRO CLINICO QUALITATIVI	SI/NO	REPORT ANNUALI	ANNO 2015

						<p>NUMERO DI SOGGETTI SENZA DIMISSIONE PROTETTA PRESI IN CARICO DAL CEAD PER U.O./PRESIDIO/STRUTTURA DI PROVENIENZA</p> <p>NUMERO DI DIMISSIONI PROTETTE CON TEMPO INTERCORRENTE TRA DATA DI SEGNALAZIONE E DATA DI DIMISSIONE INFERIORE AI TRE GIORNI LAVORATIVI CON RELATIVA DOCUMENTAZIONE DELLE CRITICITÀ CONSEGUENTI</p> <p>NUMERO DI DIMISSIONI PROTETTE CHE HANNO PRESENTATO CRITICITÀ (RILEVATE DALL'OSPEDALE E DAL DISTRETTO)</p>			
PROTOCOLLO ABEO	SPECIFICO	RACCORDO CON TERZO SETTORE/OSPEDALE/CEAD/SERVIZI SOCIALI COMUNALI	EQUIPE MULTIDISCIPLINARE	PROFESSIONALI	COLLABORAZIONE PER SERVIZI DI SUPPORTO AI BISOGNI ASSISTENZIALI COMPLESSI DI FAMIGLIE CON FIGLI MINORI AFFETTI DA PATOLOGIE COMPLESSE E RARE – ANNO 2015”. RECEPITO CON DELIBERAZIONE N. 25 DEL 12/02/2015	QUALITÀ DELLA VITA DELLE FAMIGLIE CON MINORI GRAVEMENTE AMMALATI	SI/NO	REPORTISTICA A SECONDO PROTOCOLLO	ANNO 2015
TIAS (TAVOLO INTERISTITUZIONALE AMMINISTRATIVE ZONE DI SOSTEGNO)	SPECIFICO	RACCORDO PER SVILUPPO SISTEMA PROTEZIONE GIURIDICA SUL TERRITORIO	INCONTRI CADENZATI	PROFESSIONALI	PROTOCOLLO ADOTTATO CON DELIBERAZIONE N 279 DEL 30.09.2013	PARTECIPAZIONE DEI MEMBRI AGLI INCONTRI	≥80%	VERBALI INCONTRI CON FOGLIO PRESENZE	ANNO 2015
TELEFONIA SOCIALE	SPECIFICO	RACCORDO CON TERZO SETTORE PER AZIONI DI MONITORAGGIO/INFORMAZIONE AGLI ANZIANI FRAGILI E GAP	INCONTRI CADENZATI	VOLONTARI	CONVENZIONE PER IL PATTO DI SUSSIDIARIETÀ PER LA FASE MIGLIORATIVA DEL PROGETTO DI TELEFONIA SOCIALE REALIZZATO DA AUSER LOMBARDIA IN ESECUZIONE DELLA DGR 1185/20.12.2013 E DEL DECRETO n. 3903 del 12.5.2014 ADOTTATA CON DELIBERAZIONE ASL N 320 DEL 10.02.2014	REPORT TRIMESTRALI DESCRITTIVI	SI/NO	MONITORAGGIO DEBITI INFORMATIVI	ANNO 2015
PROGETTI IN AREA PENALE	SPECIFICO	GOVERNANCE DEL PIANO DI POTENZIAMENTO, SOSTEGNO E SVILUPPO PIANI TERRITORIALI INTEGRATI PER FAVORIRE LA PERMANENZA O IL RIENTRO DELLE	INCONTRI CADENZATI GRUPPO INTERISTITUZIONALE CUI	FINANZIARIE E PROFESSIONALI	PIANO DI AZIONE PER IL REINSERIMENTO DELLE PERSONE SOTTOPOSTE A PROVVEDIMENTI DELL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA - BIENNIO	DEBITO INFORMATIVO	SI/NO	MONITORAGGIO	ANNO 2015

		PERSONE, ADULTI E MINORI, NEL PROPRIO CONTESTO DI VITA	PARTECIPANO AMBITI DI MANTOVA E GUIDIZZOLO		2014-2015 ADOTTATO COND ELIBERAZIONE ASL N 107 DEL 31.03.2014				
PROGETTI IN AREA IMMIGRAZIONE	SPECIFICO	GOVERNANCE PROGETTI A VALENZA SOVRA DISTRETTUALE, AD ESTENSIONE PROVINCIALE O DI AMBITO ASL, CHE VALORIZZINO LE RETI INTERISTITUZIONALI E IL TERZO SETTORE ZIONI MIRATE AI COMUNI (TUTELA MINORI), ALL'ASL (CONSULTORI), ALL'AZIENDA OSPEDALIERA (SEVIZI DEDICATI)	INCONTRI CADENZATI	FINANZIARIE E PROFESSIONALI	PROGETTI FINANZIATI DA PROGRAMMI PER L'IMMIGRAZIONE AI SENSI DELLA D.G.R. N. VIII/ 3921 DEL 27.12.2006 E DEL DDG FAMIGLIA, SOLIDARIETA' SOCIALE E VOLONTARIATO N° 12796 del 30/12/2013 ADOTTATI CON DELIBERAZIONE ASL N 120 DEL 10.04.2014	DEBITO INFORMATIVO	SI/NO	MONITORAGGIO	ANNO 2015
PROGETTI CONCILIAZIONE FAMIGLIA-LAVORO	SPECIFICO	GOVERNANCE AZIONI PIANO TERRITORIALE DI CONCILIAZIONE 2014-2016 CAPOFILIA PROGETTI COMUNE DI SUZZARA COMUNE DI BORGOVIRGILIO CONSORZIO SOLIDARIETA' MANTOVA	INCONTRI CADENZATI	FINANZIARIE E PROFESSIONALI	PIANO TERRITORIALE DI CONCILIAZIONE 2014-2016 RETE TERRITORIALE DI CONCILIAZIONE DI MANTOVA APPROVATO CON DELIBERAZIONE ASL N 336 DEL 29.10.2014	INDICATORI SATBILITI DA REGIONE CON APPROSITO MONITORAGGIO	SI/NO	MONITORAGGIO	ANNO 2015
GRUPPO DI LAVORO SERVIZI PER DISABILI	SPECIFICO	RACCORDO TRA AMBITI DISTRETTUALI PER L'INDIVIDUAZIONE DI CRITERI CONDIVISI E OMOGENEI PER LA DEFINIZIONE DELLE TARIFFE PER I SERVIZI AGGIUNTIVI E IL TRASPORTO	INCONTRI CADENZATI	PROFESSIONALI	REPORT CON I DATI RELATIVI ALLA POPOLAZIONE DISABILE MANTOVANA, AI SERVIZI PER LA DISABILITA' E AI RELATIVI COSTI (PRESENTATO ALLA CABINA DI REGIA IN DATA 28/10/2014) DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE ASL 2015 BANCA DATI DISABILITA' DELL'ASL	PARTECIPAZIONE DEI MEMBRI AGLI INCONTRI	≥80%	VERBALI DEGLI INCONTRI CON FOGLIO PRESENZE	ANNO 2015
PROTOCOLLO TUTELA MINORI	SPECIFICO	RACCORDO TRA ASL E GLI AMBITI TERRITORIALI DELLA PROVINCIA PER LA GESTIONE INTEGRATA DEI CASI DI TUTELA MINORI CON PROVVEDIMENTO DELL'AUTORITA' GIUDIZIARIA - APPLICAZIONE DEL DPCM DEL 2001 (LEA)- COSTITUZIONE DI UN GRUPPO TECNICO MULTIPROFESSIONALE ED INTERISTITUZIONALE.	PREVISTI N° 5 INCONTRI CON CADENZA SETTIMANALE/Q UINDICINALE DEL GRUPPO MULTIPROFESSIONALE COMPOSTO DA PSICOLOGI ED ASSISTENTI SOCIALI DEI CONSULTORI FAMILIARI DELL'ASL ED ASSISTENTI SOCIALI E PSICOLOGI DEI	LE RISORSE IMPIEGATE SONO COSTITUITE DALLE PROFESSIONALITA' CHE COMPONGONO IL GRUPPO TECNICO	REVISIONE DEL PROTOCOLLO PRECEDENTE (DEL. ASL N° 561 DEL 30-12-2011) , LINEE GUIDA REGIONALI (DGR 4757 DEL 23-1-2013), DGR 2989 DEL 19-12-2014. ANALISI DEI DATI SUI MINORI SEGUITI PER PROVVEDIMENTO DELL'AUTORITA' GIUDIZIARIA.	STESURA DEL PROTOCOLLO	SI/NO	SOTTOSCRIZIONE DEL PROTOCOLLO DA PARTE DEGLI AMBITI TERRITORIALI E DELL'ASL	ANNO 2015

			SERVIZI TUTELA MINORI DEI COMUNI. COORDINAMENTO DALLA RESPONSABILE DEL SERVIZIO FAMIGLIA DELL'ASL						
<p>PROGETTO PIPPI</p> <p>(PROGRAMMA DI INTERVENTO PER PREVENIRE L'ISTITUZIONE ALIZZAZIONE DEI MINORI) ACQUISIZIONE E DI UN NUOVO MODELLO DI INTERVENTO PER LE FAMIGLIE TRASCURANTI CON FIGLI MINORI.</p>	STRATEGICO	<p>PROGETTO PROMOSSO E FINANZIATO DAL MINISTERO DELLE POLITICHE SOCIALI E DELLE PARI OPPORTUNITÀ PER GLI AMBITI DI ASOLA E MANTOVA. RECEPIMENTO DEL MODELLO D'INTERVENTO NEL PROTOCOLLO TUTELA MINORI IN VIA DI STESURA.</p> <p>MONITORAGGIO DEL PROGETTO NEI DUE AMBITI SPERIMENTALI E CONDIVISIONE CON I RIMANENTI AMBITI.</p>	<p>INCONTRI MENSILI DEL GRUPPO DI APPROFONDIMENTO TECNICO COMPOSTO DA RAPPRESENTANTI DELL'ORGANISMO DI COORDINAMENTO PER LA SALUTE MENTALE DELL'ASL, SERVIZI TUTELA MINORI, CONSULTORI FAMILIARI, UONPIA, PSICHIATRIA, SCUOLA E TERZO SETTORE DELLA INTERA PROVINCIA.</p>	<p>LE RISORSE IMPIEGATE SONO COSTITUITE DALLE PROFESSIONALITÀ CHE COMPONGONO IL GRUPPO TECNICO.</p>	<p>ISTITUZIONE DI UNA MAILING-LIST E DI UNO SPAZIO SUL SITO AZIENDALE MAIA. "GRUPPO TECNICO ETÀ EVOLUTIVA" APERTI AI COMPONENTI IL GRUPPO DI APPROFONDIMENTO TECNICO.</p> <p>STRETTO CONTATTO CON GLI AMBITI CHE STANNO SPERIMENTANDO IL PROGETTO PIPPI FINANZIATO, ED ESAME DEI RISULTATI.</p>	<p>INIZIO DI UTILIZZO DEL METODO PIPPI IN TUTTI GLI AMBITI TERRITORIALI NELLA GESTIONE INTEGRATA DI INTERVENTI A FAVORE DELLE FAMIGLIE TRASCURANTI CON FIGLI MINORI.</p>	SI/NO	<p>COSTITUZIONE E DI EQUIPE MULTIPROFESSIONALI PER IL SINGOLO CASO SEGUITO</p>	<p>L'ATTIVITÀ INIZIATA NEL 2012 PROSEGUITA NEL CORSO DEL 2015</p>
<p>MISURE A SOSTEGNO DELLA NATALITA' E RUOLO GENITORIALE IN SITUAZIONI DI DISAGIO ECONOMICO</p>	SPECIFICO	<p>ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTI ECONOMICI IN SITUAZIONE ISEE DEFINITA DALLE DISPOSIZIONI REGIONALI.</p>	<p>OGNI PROGETTO FINANZIATO PREVEDE UN PROGETTO PERSONALIZZATO CHE CONTEMPLA L'INTERVENTO DEL</p>	<p>RISORSE ECONOMICHE ASSEGNATE ALL'ASL DA RL DESTINATE AI BENEFICIARI, PERSONALE DEI CONSULTORI E DEL</p>	<p>SOTTOSCRIZIONE DI UN PATTO DI CORRESPONSABILITÀ PER ACCETTAZIONE DEL PIANO PERSONALIZZATO.</p> <p>VERIFICHE MENSILI SULL'ANDAMENTO DEL PROGETTO DA PARTE DEI CONSULTORI.</p> <p>IN SEGUITO ALLA VERIFICA,</p>	<p>PROSECUZIONE E CONCLUSIONE DEI PROGETTI IN SEGUITO AL RISPETTO DEL PIANO PERSONALIZZATO.</p>	> 70%	<p>VERIFICA ANDAMENTO PROGETTI ATTRAVERSO I DATI PRESENTI SULLA PIATTAFORMA REGIONALE.</p>	<p>2015 ED OLTRE, SECONDOLE SCELTE REGIONALI.</p>

<i>(Nasko, Cresco e Sostengo)</i>			<p><i>CONSULTORIO IN COLLEGAMENTO CON I COMUNI DI RESIDENZA DEL BENEFICIARIO ED ALTRI ENTI DEL TERRITORIO CHE POSSONO RAPPRESENTAR E UNA RISORSA PER IL SUPERAMENTO DELLA DIFFICOLTA' PERSONALE ED ECONOMICA.</i></p>	<p><i>SERVIZIO FAMIGLIA DELL'ASL, ASSISTENTI SOCIALI DEI COMUNI.</i></p>	<p><i>LIQUIDAZIONE DELLA MENSILITA': UTILIZZO DELLA BANCA DATI PRESENTE SULLA SPECIFICA PIATTAFORMA REGIONALE.</i></p>				
<p><i>PROGETTO GAP</i></p>									