



Ambito
Distrettuale
Cremasco



PIANO DI ZONA 2018-2020



Comune
di Crema



Comunità
Sociale
Cremasca

Giugno 2018



INDICE

Premessa	pag. 2
Esiti della programmazione zonale 2015-2017	pag. 4
Sistema per la valutazione	pag. 8
Obiettivi e azioni del nuovo Piano di Zona	pag. 10
Progetti e obiettivi strategici	pag. 25
Organismi e sistemi di governance	pag. 43
Quadro economico	pag.47



Premessa

A premessa di questo documento di programmazione del welfare locale si riporta e si fa nostro un contributo di don Luigi Ciotti tratto da una intervista pubblicata su Animazione Sociale (n. 03/2018).

"Tre premesse mi stanno a cuore, pensando al tanto che c'è da fare oggi.

*La prima è che non basta sperare nel cambiamento, o chiedere agli altri il cambiamento, ma dobbiamo diventare **noi stessi il cambiamento** che vogliamo vedere nel mondo. Come diceva Gandhi, noi possiamo cambiare il mondo solo cambiando prima noi stessi, le nostre scelte.*

Oggi tante volte ci sentiamo prigionieri della realtà. Non esserlo richiede di avere una idea molto chiara in testa: che noi siamo chiamati a contribuire a cambiare la storia, non a subirla. Ognuno di noi deve mettere in gioco un po' della propria storia per cambiare la storia più grande nella quale è inserito.

*Chi è prigioniero della realtà perde la capacità di sognare. Ma la nostra vita è – o dovrebbe essere – una sintesi instabile tra la realtà e il sogno. E' il sogno che ci apre alla visione del possibile. Dobbiamo **sognare partendo dalla realtà**: ce lo chiede il faccia a faccia con la storia delle persone, spesso ferite da una realtà pesante. Dobbiamo dare spazio alla forza del sogno, un sogno che però ha bisogno di tradursi. Mai come oggi è necessario infatti porre delle discontinuità rispetto al presente.*

*Seconda premessa. Per tradursi i sogni, come le idee, hanno bisogno di **un anticipo di realtà dentro di noi**. Se non trovano un anticipo di corpo dentro di noi, non sono credibili. Tutti abbiamo delle idee, le catturiamo nella relazione con gli altri, ce le scambiamo ogni giorno; le idee sono esperienze, sono pezzi di vita. Ma una volta colte, bisogna elaborarle. Ma prima ancora dobbiamo metterle un po' dentro di noi, devono diventare di carne.*

Se non le interiorizziamo, il rischio è che accada alle idee ciò che accade alle emozioni. Le emozioni ci afferrano, ma se poi non diventano sentimenti, come sono venute così svaniscono. Lo stesso per le idee: devono maturare in noi, se vogliamo che si traducano in realtà.

*Terza premessa. Abbiamo l'obbligo di **illuminare le positività**: per sostenerle e incoraggiarle, ma anche per guardare oltre. Abbiamo l'obbligo di cogliere il positivo che già c'è, di riconoscere quello che è stato fatto, che viene fatto, e dargli spazio. Ma poi è importante **denunciare** quello che non va: denunciarlo perché di fronte a tante situazioni ci si arrabbia anche".*



Il **Piano di Zona 2018-2020** è stato costruito attraverso un percorso di riflessione partecipata, coordinato dall'Ufficio di Piano, che si è sviluppato nel periodo febbraio-giugno 2018.

Il percorso partecipato per la costruzione del Piano di Zona ha visto diversi livelli di lavoro:

- **Gruppo Policy Maker:** un gruppo di sindaci e assessori, con i responsabili di diverse realtà del terzo settore, i referenti di CSC, ATS Val Padana e ASST Crema, con i rappresentanti delle organizzazioni sindacali e del Forum del Terzo Settore hanno accompagnato l'intero processo di lavoro, focalizzando la propria attenzione in particolare sul sistema di governance locale descritto nell'Accordo di Programma e sulla costruzione di un mandato forte verso la costruzione di un sistema di welfare locale sempre più di natura sovracomunale e ricomposto all'interno di un assetto unitario territoriale.
- **L'Ufficio di Piano:** oltre a garantire una regia complessiva al percorso, l'UdP ha concentrato la propria attenzione sugli obiettivi e sulle azioni del nuovo Piano di Zona (punto 7 del format regionale) e ha curato l'organizzazione dei necessari momenti di raccordo con i gruppi tematici, con i sub ambiti e che le diverse realtà rappresentate al suo interno.
L'UdP, integrato dal gruppo dei "valutatori" e dei "referenti" delle diverse azioni del PDZ 2015-2017, ha presidiato il tema connesso alla valutazione, organizzando uno specifico momento di rilettura di quanto fatto nel triennio precedente e di definizione di un rinnovato modello valutativo da impiegare nel prossimo triennio.
- **Gruppi di lavoro tematici:** come già richiamato, hanno lavorato per lo sviluppo di progettualità connesse agli obiettivi strategici del Piano di Zona tre gruppi di lavoro composti da tecnici dei servizi, operatori e rappresentanti del terzo settore, dell'associazionismo e del volontariato, operatori dell'ASST di Crema. Questi gruppi sono stati un fondamentale luogo di analisi, di confronto e di produzione di idee innovative da inserire nel nuovo Piano di Zona. I gruppi continueranno ad approfondire contenuti e le piste di lavoro declinate, per giungere alla redazione delle schede progettuali da inoltrare a Regione Lombardia, come previsto dalla Linee guida regionali.
- **Incontri pubblici di confronto:** sono stati realizzati 3 incontri aperti a tutti i soggetti del pubblico e del privato sociale per condividere le linee guida del percorso di lavoro e per ampliare la riflessione a tutti i soggetti coinvolti nel processo. Gli incontri pubblici sono stati realizzati a Soncino (7 marzo) a Madignano (4 maggio) e a Pandino (19 giugno). Tutti gli incontri hanno registrato un'ampia partecipazione, in prevalenza di operatori sociali comunali e del terzo settore.
- **Incontri di Sub Ambito:** nella seconda metà del mese di giugno sono stati programmati specifici incontri di sub ambito finalizzati a condividere con gli amministratori locali il quadro complessivo dei contenuti del nuovo Piano di Zona in preparazione dell'Assemblea dei Sindaci di approvazione del Piano di Zona (30 giugno).

E' stato un percorso forse troppo ristretto nei tempi, ma fortemente partecipato e pienamente inserito in un continuum che ci vede da tempo impegnati in momenti di analisi, di riflessione, di progettazione e di attuazione.

I contenuti emersi in questo lavoro sono un ulteriore gradino nel processo che il nostro territorio da anni sta portando avanti.

Un sentito ringraziamento a tutti coloro che a vario titolo hanno partecipato al percorso, mettendosi in gioco in prima persona per il cambiamento, credendo ancora nella possibilità di "sognare" seppur partendo dalla realtà e dalla concretezza delle questioni, dando "corpo" alle idee," illuminando" il positivo che già c'è ma anche "denunciando" che c'è ancora tanto, ... tanto da fare.

PUNTO 1 del format regionale

Esiti della programmazione zonale 2015-2017

Il territorio cremasco da anni si è impegnato nello strutturare esperienze di valutazione degli esiti della propria programmazione zonale. Già nel IV Piano di Zona il territorio si era infatti impegnato avviando spazi di valutazione con la consapevolezza che una *"... valutazione regolare e sistematica dell'appropriatezza, efficacia, efficienza dei processi ed esiti di progetti e interventi di qualsiasi tipo diviene un passaggio metodologico fondamentale per migliorare la gestione, la pianificazione e la realizzazione di nuovi obiettivi. Valutare per analizzare, confrontare e scegliere tra opzioni alternative oppure per migliorare gestione e rendimento di unità organizzative, per comunicare l'utilità in più delle soluzioni adottate, e anche per formare soggetti interessati a condividere nuovi approcci, e anche per avere più ragioni che motivino una collettività verso scopi comuni. La valutazione incorpora un movimento migliorativo verso azioni, atteggiamenti e comportamenti successivi. E lo fa attraverso la trasformazione del pensiero degli operatori sul campo, dei responsabili, dei valutatori, dei politici"*¹.

Con il V Piano di Zona si è scelto di essere ancor più incisivi, costituendo un organismo di valutazione. Per accompagnare la valutazione del Piano di Zona 2015 – 2017 l'Ufficio di Piano integrato ha costituito un organismo di valutazione esterno, composto da tre professionisti localmente riconosciuti per competenze ed esperienze (amministratori di enti locali e operatori sociali durante il triennio precedente) che potessero accompagnare, con uno sguardo "neutro" e competente in materia, la valutazione del Piano di Zona 2015 – 2017. A tale organismo di valutazione è stato assegnato il compito *"di presidiare e monitorare l'andamento delle azioni progettuali, individuando livelli di responsabilità meglio definiti e strumenti di lavoro costanti e permanenti"*. Per l'attività di valutazione si è così cercato di tenere un doppio sguardo: indicatori di esito (legati a standard quantitativi) ed indicatori di processo (legati a quelli qualitativi) con la consapevolezza che solo l'equilibrio tra tali due elementi avrebbe portato ad una valutazione il più articolata e corrispondente alla complessità della programmazione avviata. Tale doppio sguardo ha permesso di realizzare in itinere azioni correttive per il raggiungimento degli obiettivi dichiarati.

Complessità oggi ancor più evidente, dato che il piano di zona 2015/2017 prevedeva il raggiungimento di un totale di 10 obiettivi, suddivisi a loro volta in sotto obiettivi, per ciascuno dei quali sono stati identificati indicatori di realizzazione (di processo) e di risultato (prodotto finale), ponderati a seconda della rilevanza del singolo sotto obiettivo rispetto al raggiungimento dell'obiettivo generale.

Dal punto di vista **quantitativo**, alcuni obiettivi sono stati raggiunti pienamente altri invece in valori inferiori (valore minimo pari al 24% in riferimento all'ob. 10). In media si può affermare che i 10 obiettivi sono stati raggiunti per il 61% del valore complessivo, dato che deve essere letto in relazione ad alcuni elementi di osservazione e valutazione ritenuti significativi dall'Ufficio di Piano, quali:

- una formulazione di indicatori di performance sovra stimata rispetto i tempi della programmazione triennale;
- una formulazione quantitativamente "eccessiva" delle azioni per ciascun obiettivo.

Si ritiene che tale percentuale non sia un indicatore pienamente rappresentativo dei risultati raggiunti almeno per due motivi.

Dal punto di vista **qualitativo** si ritiene che il processo messo in campo nel corso del Piano di Zona abbia assunto una significativa importanza in quanto:

- ha introdotto un processo di cambiamento culturale delle funzioni del lavoro sociale non di poco conto, cambiamento culturale che presuppone un percorso articolato e dilatato nel tempo (ne sono esempio gli ob. 4/5/6 quali la progettazione di Fare Legami con i laboratori e i Patti e l'area accoglienza/riorganizzazione dei servizi);
- ha allestito spazi di riflessività su tematiche e problemi che hanno coinvolto una molteplicità di attori sociali implicati e implicabili nei processi.

Nello specifico sembra significativo evidenziare i seguenti aspetti:

RISULTATI RAGGIUNTI	CRITICITÀ EVIDENZIATE
RISULTATI DI PROCESSO 1) Risultato <i>culturale</i> : si sono attivate dinamiche generative e comunitarie.	1) Non completa chiarezza di mandato, in particolare nella traduzione operativa in alcuni contesti locali. 2) Perdurante frammentazione territoriale, non sufficientemente superata.

¹ Piano di Zona 2012-2014 Ambito Distrettuale Cremasco "Ipotesi per un welfare locale" pag. 46

<p>2) Risultato <i>relazionale</i>: c'è stato un maggiore coinvolgimento delle comunità locali.</p> <p>3) Risultato <i>operativo</i>: c'è stata partecipazione attiva (con collaborazione pubblico e privato e tenuta nel tempo dei processi).</p> <p>4) Risultato di <i>riconoscimento</i> del "luogo" Piano di Zona (come spazio/tempo).</p>	<p>3) Parziale scollamento fra obiettivi previsti ed esiti prodotti.</p> <p>4) Ridotta sostenibilità complessiva del sistema e dell'organizzazione.</p> <p>5) Coinvolgimento dei diversi attori locali nel processo di progettazione e programmazione non sempre attivo e non costante.</p> <p>6) Permane una certa distanza fra progettazione e realizzazione.</p> <p>7) Necessità di maggiore integrazione fra aspetti quantitativi e aspetti qualitativi nel processo di valutazione.</p>
RISULTATI DI ATTIVITÀ	
<p>5) Avvio della riorganizzazione dei servizi: accoglienza sovracomunale e riorganizzazione SSP.</p> <p>6) Maggiore coesione territoriale: progettualità distrettuali, gestione sovracomunale delle risorse, accesso unitario (regolamento, RSA).</p> <p>7) Il progetto Fare Legami (Welfare in Azione) ha introdotto nuovi metodi di lavoro, raggiungendo i risultati quantitativi attesi.</p>	

Di seguito si riporta una sintesi degli esiti di ciascuno dei 10 obiettivi componenti il Piano di Zona 2015/2017.

- 1) *Obiettivo n.1 – Osservatorio Territoriale Permanente per la raccolta dati quantitativi e qualitativi delle vulnerabilità e delle risorse*

Percentuale di avanzamento al 31/12/2017: 45%

Nel corso del triennio l'Ufficio di Piano ha concentrato questa azione sull'approfondimento della tematica dei cittadini stranieri, interrogando diverse banche dati territoriali e raccogliendo alcuni primi dati significativi, senza tuttavia poter raggiungere un prodotto finale condivisibile a livello d'Ambito (relazione di analisi statistica), e senza poter costruire un sistema in grado di garantire la continuità della raccolta dati in vista di un'analisi in prospettiva temporale.

L'obiettivo in oggetto è uno degli obiettivi che maggiormente ha risentito di due criticità generali trasversali a più obiettivi:

- difficoltà di condivisione di dati con altre istituzioni del territorio, con particolare riferimento alle istituzioni pubbliche non sociali;
- scarsità di risorse umane da dedicare specificatamente alle azioni del Piano di Zona, con conseguente sovraccarico delle risorse già impegnate su altri fronti.

- 2) *Obiettivo n.2 – Implementazione e pieno utilizzo della Cartella Sociale Informatizzata (CSI)*

Percentuale di avanzamento al 31/12/2017: 78%

Nel triennio in oggetto si è lavorato efficacemente per aumentare sensibilmente sia l'utilizzo della CSI (numero di assistenti sociali coinvolti, quantità di dati registrati) sia il tipo di dati e le procedure obbligatoriamente da registrare tramite questo strumento, tanto da poter confermare il suo pieno utilizzo su tutto il territorio, contribuendo all'uniformizzazione delle procedure a livello distrettuale. Il lavoro in corso su questo obiettivo, oltre ad aver ricevuto pubblicamente il riconoscimento di Regione Lombardia (tanto da permettere al nostro territorio di accedere al terzo livello di premialità per i progetti di sviluppo presentati in accordo con le linee guida regionali), ha messo le basi per la creazione di una piattaforma integrata socio-sanitaria (tra Servizi Sociali, ATS Val Padana e ASST di Crema), prevista nel 2018. Non è stato possibile arrivare ad una integrazione con il sistema di INPS, a causa dei vincoli presentati da parte di questo stesso ente.

- 3) *Obiettivo n.3 – Costruzione di un sistema unitario di ACCESSO ai servizi di natura distrettuale*

Percentuale di avanzamento al 31/12/2017: 68%

Grazie ad un approfondito lavoro condiviso con tutti gli attori territoriali, nell'anno 2016 è stato definito ed approvato da 44 comuni (92% dei comuni dell'Ambito) lo schema di regolamento distrettuale dei servizi sociali. Alla fine del primo anno di sperimentazione il regolamento è stato revisionato e perfezionato sulla base dei riscontri raccolti dal territorio.

Nell'anno 2017 è stato avviato un tavolo di confronto tra pubblico e privato in funzione di una eventuale revisione delle modalità operative per l'applicazione dei contenuti riferiti all'area della domiciliarità; nonostante il lavoro del gruppo sia stato proficuo in termini di confronto e raggiungimento di una visione condivisa dell'indirizzo di cambiamento atteso, non ha esitato nella definizione puntuale di nuove modalità operative.

- 4) *Obiettivo n.4 – Definizione e attuazione sperimentale dei PATTI GENER-ATTIVI quale nuova modalità di finalizzazione progettuale delle risorse destinate a misure economiche*

Percentuale di avanzamento al 31/12/2017: 85%

L'obiettivo è da ritenersi ampiamente raggiunto. La presenza di un progetto strutturato, con scadenze e finanziamenti fissi, ha certamente contribuito a tale successo.

Le difficoltà maggiori sono state riscontrate in merito all'introduzione delle logiche fondanti dei patti anche in altre misure (es. Titoli Sociali, Progetti FNA, tirocini socio-lavorativi) in quanto non tutte le misure ipotizzate lo permettevano per loro natura.

Sono state inoltre rilevate resistenze culturali da parte di alcuni operatori ad accogliere i cambiamenti proposti e la condivisione degli interventi, in quanto non sempre in linea con l'organizzazione ordinaria del servizio sociale erogato nei singoli comuni.

- 5) *Obiettivo n.5 – Definizione e attuazione sperimentale dei LABORATORI di COMUNITA' con una contestuale riprogettazione di servizi e interventi consolidati in ottica promozionale*

Percentuale di avanzamento al 31/12/2017: 100%

L'obiettivo è da ritenersi completamente raggiunto. Come per il precedente punto, la presenza di un progetto strutturato, con scadenze e finanziamenti fissi, ha certamente contribuito a tale successo.

Le azioni implementate sono state un'ottima opportunità per ri-focalizzare il lavoro sociale di comunità e una buona occasione di incontro/confronto con il privato sociale, permettendo di incontrare anche associazioni di piccole dimensioni, che hanno un forte impatto locale ma che normalmente sono meno rappresentate a livello distrettuale.

Le azioni che hanno riscontrato maggiori difficoltà in fase di attuazione sono state quelle relative ai laboratori con le imprese, anche a causa dell'assenza di alleanze e modalità di relazione strutturate con il mondo del profit.

- 6) *Obiettivo n. 6 – Attuazione di un nuovo sistema di ACCOGLIENZA presso i servizi territoriali pubblici e del privato sociale*

Percentuale di avanzamento al 31/12/2017: 69%

Le attività relative a questo obiettivo hanno trovato piena attuazione grazie ai finanziamenti del PON inclusione legati alla misura SIA/Rel, non previsti e non prevedibili alla data di stesura del precedente Piano di Zona. Tali risorse finanziarie hanno permesso di avviare la concretizzazione del piano di riorganizzazione dei servizi sociali, elaborato dall'Ambito cremasco nel 2013. Ciascun sub-ambito ha infatti presentato un piano di attuazione di tale modello di riorganizzazione nel proprio territorio, arrivando alla fine del 2017 ad avviare operativamente l'apertura di Punti di Accoglienza (PUA) a livello sovracomunale. Essendo tale attività fortemente innovativa per il nostro territorio, al momento sono state evidenziati approcci differenziati tra i sub-ambiti, circa l'organizzazione ed il livello del servizio di accoglienza, opportunamente da uniformare.

- 7) *Obiettivo n.7 – Implementazione dei sistemi di GESTIONE associata dei Fondi per servizi definiti da criteri omogenei di natura distrettuale. Incremento del Fondo di Solidarietà*

Percentuale di avanzamento al 31/12/2017: 25%

Il presente obiettivo si componeva di diversi sotto-obiettivi accomunati dall'intento di giungere ad un incremento di servizi e fondi gestiti in modo associato, estendendo a nuove aree di intervento la modalità solidaristica tra comuni, a partire dal lavoro di costruzione del regolamento distrettuale ISEE e sulla base dei criteri di accesso unitari di cui all'obiettivo 3.

Nel triennio in oggetto la spesa sociale gestita a livello distrettuale è sensibilmente aumentata (oltre il 10%), includendo nuovi servizi quali: Servizi Incontri Protetti (IP), Attività Integrative Minori (AIM), Attività Integrative Disabili (AID) e Assistenza Domiciliare Educativa Adulti (ADEA).

Sempre in termini di revisione delle modalità di accesso ai servizi in funzione di una maggiore omogeneità a livello distrettuale, nel 2017 è stata avviata una sperimentazione di un nuovo modello di valutazione dei cittadini anziani in condizione di cronicità e di fragilità ai fini dell'accesso in RSA, grazie ad un proficuo lavoro di confronto tra Servizi Sociali, ASST di Crema e enti gestori.

La percentuale relativamente bassa di avanzamento è indicativa di alcuni aspetti:

- la mancata revisione complessiva del modello gestionale-organizzativo del Sistema disabilità nell'ambito cremasco;
- la mancata realizzazione di uno studio di fattibilità per l'implementazione di un nuovo modello sperimentale di accoglienza e protezione per minori sottoposti a decreto (e conseguente sospensione del processo di revisione del sistema solidaristico distrettuale – Tutela Minori);
- la complessità dei diversi sotto-obiettivi, il cui raggiungimento è conseguente anche ad un necessario confronto con tutti gli attori territoriali, portatori di interessi e punti di vista a volte non conciliabili.

8) *Obiettivo n.8 – Costituzione di un fondo distrettuale finalizzato ad interventi di natura PREVENTIVA e PROMOZIONALE*

Percentuale di avanzamento al 31/12/2017: 85%

Il fondo promozionale disposto dal Piano di Zona (€ 100.000) ha permesso la partecipazione ad un bando della Fondazione Comunitaria della Provincia di Cremona, il cui conseguimento ha permesso all'Ambito di raddoppiare le risorse finanziarie a disposizione su questo obiettivo. Nel 2017 sono state avviate le azioni e gli interventi previsti dal progetto CLAC (Comunità di Legami Adolescenti al Centro), finalizzati ad interventi di natura preventiva e promozionale, rispetto al possibile acutizzarsi delle loro problematiche che potrebbe potenzialmente portare alla necessità di ricorrere alla rete di servizi strutturati, con conseguente aumento della spesa del servizio distrettuale Tutela Minori.

Se l'obiettivo progettuale può dirsi raggiunto, rimane a carico del lavoro ordinario la gestione e il monitoraggio delle azioni progettuali stesse. Si rimanda invece alla conclusione del progetto biennale (2019) la valutazione degli impatti sulla spesa sociale e sulle amministrazioni locali in termini di attivazione di azioni preventive.

9) *Obiettivo n. 9 – Progettazione operativa e possibile attuazione di un MODELLO unitario e stabile di gestione del servizio sociale professionale*

Percentuale di avanzamento al 31/12/2017: 69%

Le azioni relative a questo obiettivo si sono concentrate sulla riorganizzazione degli incarichi degli operatori sociali distrettuali, annullando il problema degli operatori che lavoravano a scavalco di diversi sub-ambiti, in funzione di una loro maggiore efficienza. Lo scavalco si è riproposto con la gestione degli operatori assunti per le azioni PON.

Seppur sul territorio permangono modelli gestionali differenti e situazioni di precarietà di servizio/di operatori, alcuni primi passi in direzione di una definizione di un nuovo sistema organizzativo territoriale dei servizi sociali, che superi la frammentazione esistente, sono in corso anche grazie agli impulsi metodologici ricevuti dal livello regionale e nazionale (assegnazione della gestione di determinate misure a livello di Ambito, quali SIA/Rel, Servizi abitativi, Dopo di Noi, Bonus famiglia, ecc).

10) *Obiettivo n. 10 – Consolidamento della dimensione associativa per i servizi distrettuali Tutela Minori e Inserimento Lavorativo*

Percentuale di avanzamento al 31/12/2017: 24%

La traduzione operativa del presente obiettivo ha portato l'Ufficio di Piano a suddividere lo stesso in due sotto-obiettivi, relativamente ai due settori citati che anche dal punto di vista gestionale afferiscono a due servizi separati, per contenuti, organizzazione e professionalità coinvolte.

L'obiettivo relativo alla Tutela Minori ha incontrato sostanziali difficoltà nella sua traduzione operativa. Sussistono differenti modalità e visioni strategiche del servizio Tutela Minori rispetto a quelle dei servizi sociali territoriali che si traducono in diverse modalità di funzionamento delle equipe allargate nei sub-ambiti (là dove attivate) ed in divergenze circa le modalità di approccio alle situazioni decretate.

Per quanto riguarda l'obiettivo relativo all'inserimento lavorativo, si è lavorato proficuamente alla costruzione di un tavolo di lavoro in grado di facilitare il confronto tra i diversi attori coinvolti in questo settore che ha avuto l'esito positivo di porre le basi per la creazione di linguaggi e strumenti condivisi. Grazie al lavoro svolto, gli operatori sociali pubblici e privati del territorio hanno a disposizione uno strumento in grado di facilitare l'accesso dei propri utenti alle diverse misure e ai diversi servizi. Rimane aperto il versante del rapporto istituzionale con il settore profit, strettamente correlato al raggiungimento di risultati concreti in questo settore.



PUNTO 6 del format regionale

Definizione di un sistema per la valutazione delle politiche e delle azioni

Com'è noto il processo di valutazione delle politiche e delle azioni sociali rappresenta uno strumento fondamentale per incrementare la qualità e l'efficacia degli interventi, per ottimizzare l'impiego di risorse economiche e professionali e per dare visibilità al lavoro svolto, nell'ottica del miglioramento continuo.

In questo senso un buon sistema di valutazione assolve a due fondamentali funzioni: consentire l'apprendimento continuo in corso d'opera per chi agisce gli interventi e rendere conto verso terzi (istituzioni, beneficiari, comunità).

Nella sua peculiarità formativa (to improve) l'attività di valutazione consente ai molti attori che agiscono di riflettere sul proprio lavoro, individuare ciò che non funziona e trovare soluzioni migliorative.

Nella sua declinazione rendicontativa (to prove) la valutazione è impegnata nella necessità (pratica e deontologica) di verificare la qualità degli interventi, nei confronti dell'ente finanziatore e degli utenti.

Possiamo definire la valutazione come un processo dinamico attraverso il quale un soggetto ("chi") esprime dei giudizi di valore, qualitativi e/o quantitativi, nei confronti di un'azione ("cosa") in corso di realizzazione o realizzata ("quando") in un determinato contesto ("dove"), sulla base di criteri determinati e utilizzando strumenti appropriati ("come").

Nell'esperienza concreta si registra una certa confusione fra due attività che, dal nostro punto di vista, è importante tenere distinte: la valutazione e il monitoraggio.

La letteratura internazionale (OCSE) ci aiuta a distinguere questi due processi come segue:

- **monitoraggio:** funzione continua che utilizza la raccolta sistematica dei dati relativi a indicatori stabiliti per fornire, in corso d'opera, all'ente esecutore e alle principali parti interessate di un intervento di sviluppo, indicazioni sullo stato di avanzamento, sul conseguimento degli obiettivi e sull'utilizzazione dei fondi allocati;
- **valutazione:** l'apprezzamento sistematico e oggettivo su formulazione, realizzazione ed esiti di un progetto, programma o politica di sviluppo che si effettua in corso d'opera o dopo il completamento delle attività previste. Trattasi della formulazione di un giudizio, nel modo più sistematico e oggettivo possibile, su un intervento di sviluppo pianificato, in fase di realizzazione o già completato.

A partire dall'esperienza della precedente programmazione è nostra intenzione gestire i processi di monitoraggio e di valutazione in modo maggiormente chiaro e distinto, sulla base del seguente schema teorico-metodologico (Schema 1).

SCHEMA 1. PECULIARITÀ DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

	MONITORAGGIO	VALUTAZIONE
PROCESSO	Informazione	Giudizio
DESCRIZIONE	Il monitoraggio è un processo di raccolta di dati e informazioni sulle modalità di attuazione di un progetto o di una politica	La valutazione intende fornire un giudizio di merito sull'attuazione di un progetto o una politica e sui suoi risultati
FUNZIONE	Il monitoraggio serve per: - lo stato di avanzamento dei programmi - raccogliere le informazioni basilari necessarie alla valutazione	La valutazione serve per: - dare informazioni sulla qualità delle politiche e delle azioni - dare informazioni sugli esiti e sui risultati ottenuti (efficacia)
RISULTATI	Il monitoraggio: - fornisce l'informazione; - viene effettuato con rilevazioni regolari; - misura il raggiungimento di standard	La valutazione: - aiuta a capire meglio un problema; - capire meglio le scelte fatte e le implicazioni - scoprire cose nuove e inaspettate

Contiamo che la chiara distinzione fra i due processi possa facilitare la raccolta delle informazioni utili a produrre la formulazione di un giudizio valutativo.

Sulla base dell'esperienza del precedente Piano di Zona riteniamo importante che il sistema valutativo si basi su un mix di tecniche quantitative e qualitative: le prime forniscono informazioni utili al dimensionamento dei fenomeni (quote, percentuali, numeri reali), le seconde consentono di allargare lo spettro delle informazioni raccolte, ricostruire le dinamiche delle diverse politiche e azioni messe in atto, individuandone punti di forza e criticità, con il supporto degli attori che ne hanno preso parte (vedi Schema 2).

SCHEMA 2. PECULIARITÀ DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

APPROCCI QUANTITATIVI	APPROCCI QUALITATIVI
Hanno come obiettivo la rappresentatività dei fenomeni indagati	Hanno come obiettivo l'approfondimento intensivo dei fenomeni indagati
Le considerazioni sono estendibili all'intero universo	Le considerazioni non sono estendibili all'intero universo
Vengono raccolti dati numerici, organizzati in matrici, elaborati statisticamente e rappresentati in grafici/tabelle	Gli strumenti impiegabili hanno un'impronta dialogica e riflessiva
Strumenti possibili: questionari chiusi; interviste strutturate; Analisi statistiche su base-dati (per survey; analisi campionarie o censuarie)	Strumenti possibili: interviste in profondità, focus-group, approcci etnografici, osservazione partecipante, case-study, metodo Delphi e altri ancora (che verranno messi a punti in corso d'opera)

L'esperienza della precedente programmazione ci ha indotto a mettere a punto, a partire dai vincoli formali, un sistema di monitoraggio e valutazione con i seguenti requisiti:

- snello, che non richieda cioè risorse temporali ingenti alle operatrici e agli operatori a cui verrà chiesto di concentrarsi su un set di informazioni-indicatori essenziali rispetto alla propria attività;
- da implementare gradualmente, in modo da prevenire reazioni di rigetto da parte dei gestori dei progetti per eccesso di richiesta;
- gestibile in modo autonomo senza eccesso di deleghe o di ridondanti passaggi di informazioni;
- integrato, cioè che contempra la raccolta di informazioni attinenti output e prestazioni fornite, i tempi di realizzazione, l'utilizzo di risorse umane ed economiche, i target raggiunti ed in parte alcuni risultati;
- pubblico e accessibile, prevedendo, al termine di ogni sessione di monitoraggio, momenti di restituzione e condivisione con il complesso degli attori coinvolti (accountability).

Come da richiesta istituzionale il sistema di monitoraggio e valutazione si articola in una serie di indicatori.

Tali indicatori sono stati pertanto inseriti come parte integrante del Piano Operativo 2018 (pag.51) per poterli rendere maggiormente flessibili e coerenti con l'esecuzione del Piano e permettere un loro aggiornamento in itinere, contestualmente alla definizione dei piani operativi 2019 e 2020, con particolare attenzione all'introduzione di indicatori di natura qualitativa.

Ci sembra utile sottolineare che nella ricerca sociale, gli indicatori sono strumenti che consentono di operativizzare dei concetti, riducendone la complessità e selezionandone alcuni aspetti.

Attraverso gli indicatori si cerca cioè di fornire un'informazione sintetica (e quantificabile) di un determinato fenomeno/processo/intervento.

In continuità con il triennio precedente si intende continuare l'esperienza di valorizzazione del sistema di monitoraggio e valutazione attraverso la costituzione di un organismo di valutazione esterno all'Ufficio di Piano, composto da tre professionisti localmente riconosciuti per competenze ed esperienze. Il ruolo che verrà affidato a tale organismo sarà quello di accompagnare, con uno sguardo "neutro" e competente in materia, il monitoraggio e la valutazione del Piano di Zona, ovvero affiancare l'Ufficio di Piano nel rispettare le scadenze interne di monitoraggio (indicativamente fissate con cadenza semestrale) ed elaborare un giudizio di merito (valutazione) sulla qualità delle azioni del Piano, in funzione di un costante aggiornamento e miglioramento dell'intervento in atto.

PUNTO 7 del format regionale

Obiettivi e azioni del nuovo Piano di Zona

7.1 - Cartella Sociale Informatizzata: dalla "cartella" alla "piattaforma socio-sanitaria"

Descrizione

Cartella Sociale Informatizzata (CSI) è un applicativo web che supporta a livello operativo gli assistenti sociali, ed in generale gli operatori pubblici e privati, e fornisce informazioni utili per la programmazione ai comuni ed a CSC. In sintesi, la CSI facilita la gestione delle informazioni, la collaborazione fra gli operatori, la pianificazione e gestione delle attività e l'analisi dei dati.

Al fine di comprendere maggiormente i fenomeni sociali in un contesto frammentato, sia a livello istituzionale sia gestionale, e favorire la costruzione di percorsi a rete integrata tra attori sociali e tra sociale e socio-sanitario, si è ritenuto opportuno agire per un'evoluzione della "cartella sociale" in piattaforma socio-sanitaria, conforme alle linee guida regionali, accessibile via web da qualsiasi dispositivo (App-mobile, Smartphone/tablet).

Tale strumento si configura, pertanto, quale strumento cardine nell'ottica della presa in carico integrata, finalizzata alla ricomposizione della conoscenza ed alla lettura dei fenomeni/criticità ricorrenti, al fine di orientare la programmazione sociale e/o le politiche sociali.

Modalità di realizzazione

Realizzazione di un sistema informativo dinamico e flessibile, adattabile ai processi ed ai procedimenti, in grado di:

- facilitare la collaborazione, la costruzione di reti, la comunicazione e semplificare il processo di scambio di informazioni e documenti tra tutti gli enti coinvolti e gli operatori chiamati ad operare su un progetto di aiuto in tutte le sue fasi (accoglienza, presa in carico, progettazione, erogazione, monitoraggio);
- promuovere una adeguata formazione al fine di accrescere ed armonizzare la conoscenza nell'utilizzo delle tecnologie informatiche;
- realizzare l'INTEROPERABILITÀ, in linea con la normativa vigente in materia di privacy, ossia l'integrazione e lo scambio di dati con altri sistemi: ATS Val Padana, ASST di Crema, Inps, Regione Lombardia e Terzo Settore, favorendo la conoscenza dei dati in tempo reale;
- elaborare report periodici di dati (con possibilità di esportazione in diversi formati e con campi dinamici in merito ai dati conoscitivi aggregati) a disposizione del livello politico-amministrativo al fine di condividere informazioni utili a fini gestionali e programmatori;
- leggere i fenomeni/criticità ricorrenti al fine di orientare/riorientare le politiche sociali.

Tempistiche

- **2018** (luglio-dicembre)

- evento pubblico di presentazione dello strumento innovativo;
- formazione degli operatori sociali che interagiscono con il sistema (comunali, dell'azienda e degli enti del Terzo Settore);
- implementazione di progettualità/ procedure da inserire in cartella sociale.

- **2019/2020**

- formazione costante degli operatori sociali che interagiscono con il sistema (comunali, dell'azienda e degli enti del Terzo Settore);
- consolidare e sviluppare progettualità/ procedure da inserire in cartella sociale.

Target di riferimento

Target: Cittadini cremaschi beneficiari dei servizi

Attori coinvolti: CSC, operatori sociali che interagiscono con il sistema (comunali, di CSC, di ASST e degli enti del Terzo Settore), amministratori, Klan.it (fornitore privato).

7.2 - Servizio Sociale Professionale: dalla presenza sul territorio alla costruzione di un modello integrato di servizio sociale distrettuale e comunale

Descrizione

L'ambito distrettuale cremasco, dal 2013 ad oggi, ha proposto e prodotto diversi documenti tecnico/amministrativi approvati dagli organismi politici, inerenti la ri-organizzazione dei servizi sociali territoriali sia nell'ambito dell'accoglienza sia in merito alla strutturazione di equipe territoriali di sub ambito.

A distanza di anni però, permangono ancora differenti assetti organizzativi che non solo non sono coerenti alla traduzione degli indirizzi dati, ma rivelano una serie di fragilità. Tale scenario rende infatti evidente che da un lato non è scontata la traduzione organizzativa degli indirizzi delle politiche sociali locali e dall'altro che, anche quando si avviano buone prassi e sperimentazioni, queste non hanno garanzia di tenuta nel tempo.

Alla luce di queste considerazioni si ritiene che nel Piano di Zona 2018/2020 sia necessario introdurre nuove strategie affinché siano attuati la riorganizzazione attesa nei sub ambiti (vedi linee guida del 2013 e linee guida dei PUA sovracomunali) e il nuovo modello dei servizi sociali integrato.

Pertanto, si ritiene necessario riconfermare le seguenti precondizioni:

- ridefinire una regolamentazione tra i comuni del sub ambito che dia sufficiente garanzia di tenuta e sia coerente con gli indirizzi approvati a livello distrettuale;
- garantire uno standard adeguato del personale componente le equipe territoriali di sub ambito;
- garantire un investimento sulla formazione continua degli operatori (sociali e amministrativi);
- individuare forme stabili di relazione con il privato sociale.

Modalità di realizzazione

- definizione di uno strumento giuridico amministrativo di regolamentazione degli accordi tra i Comuni del sub ambito secondo uno schema distrettuale condiviso e che possa comprendere anche il ruolo dell'azienda CSC;
- definizione di requisiti minimi di cui ciascun sub ambito dovrà dotarsi per mantenere la propria conformazione territoriale e beneficiare delle risorse distrettuali. Tra i requisiti minimi si dovrà prevedere: il consolidamento della figura del coordinatore con incarico formale (per la durata dell'intero piano di zona) e adeguati requisiti professionali (tecnici e organizzativi) e adeguato tempo lavoro dedicato alla funzione; il ripristino delle posizioni vacanti del personale sociale e amministrativo nel rispetto dello standard abitanti per ogni Comune; eventuale introduzione di altre figure professionali in relazione alle progettualità / sperimentazioni di sub ambito;
- accompagnamento del territorio alla strutturazione e/o consolidamento delle progettualità/ sperimentazioni in atto mediante percorsi formativi dedicati;
- coinvolgimento dell'azienda CSC nei processi di riorganizzazione nel territorio mediante l'individuazione di specifici dispositivi di attuazione (equipe territoriali integrate).

Tempistiche:

- **2018 (luglio-dicembre)**
 - definizione dello strumento di regolazione dei rapporti tra i Comuni del sub ambito.
- **2019/2020**
 - implementazione di una puntuale riorganizzazione dei servizi, nella quale troveranno declinazione gli aspetti operativi-organizzativi del nuovo modello.

Target di riferimento

Target: Cittadini cremaschi beneficiari dei servizi

Attori coinvolti: amministratori, operatori dei servizi sociali comunali e distrettuali

7.3 – Servizio Tutela Minori: nuove forme di accoglienza e lavoro integrato con il territorio

Descrizione

Come dimostra l'esperienza svolta negli anni precedenti, è soltanto attraverso una dimensione maggiormente collaborativa tra servizi distrettuali e territoriali che si possono favorire interventi funzionali e risposte più adeguate alle criticità evidenziate nei servizi. Le Linee Guida sulla Riorganizzazione dei Servizi Sociali Distrettuali elaborate nel 2013 già prevedevano l'istituzione di equipe territoriali di Sub ambito allargate alla presenza dell'assistente sociale del

servizio tutela, metodologia di raccordo che è stata attuata e tradotta con prassi operative differenti nei diversi contesti territoriali.

In continuità con tali esperienze si prevede di concentrare il lavoro su tre direttive principali:

1. sviluppo e potenziamento servizi di accoglienza per minori, in base all'esperienza realizzata con l'implementazione dell'unità d'offerta "Centro Diurno Minori Lo Spazio";
2. raccordo tra Equipe TM distrettuale e Servizi Sociali dei Comuni (a cadenza regolare);
3. ampliamento e consolidamento dei rapporti operativi con l'Autorità Giudiziaria.

Modalità di realizzazione

- studio della realtà esistente e valutazione delle risposte possibili ai bisogni di accoglienza alternativa alla casa familiare, nelle situazioni di minori in grave pregiudizio, tenendo conto del rapporto tra aspetto qualitativo dell'intervento e dimensione quantitativa dell'impegno economico. Progettazione e realizzazione di nuove unità di offerta territoriali;
- sul modello delle esperienze già attivate, calendarizzazione di equipe allargate da svolgersi presso i territori, con una cadenza tale da consolidare una lettura condivisa dei fenomeni, condivisione dei contenuti di lavoro e delle pratiche di presa in carico e di confronto tra colleghi, sia a livello organizzativo che sul singolo caso, includendo anche la possibilità di partecipazione di figure diverse dall'assistente sociale del servizio tutela;
- sul modello delle esperienze già attive, prosecuzione ed implementazione dei rapporti sistematici e regolari con l'Autorità giudiziaria (Procure e Tribunali), per una sempre maggiore concordanza dei tempi e degli obiettivi degli interventi a tutela dei minori ed a sostegno dei nuclei familiari con minori in situazioni di accentuata fragilità, in collaborazione e stretto raccordo con i servizi di tutto il territorio provinciale di Cremona.

Tempistiche

- **2018 (luglio-dicembre)**
 - analisi delle risorse già presenti ed utilizzate sulle situazioni di minori per cui sia previsto un allontanamento parziale o totale dall'ambiente familiare; individuazione di aree di intervento potenzialmente innovative rispetto all'esistente; individuazione delle migliori modalità di implementazione di realtà accoglienti sul territorio e gestione delle procedure per la realizzazione;
 - definizione di un metodo di lavoro condiviso a livello distrettuale e attuazione dello stesso per ciascun sub-ambito in relazione alle specificità presenti ed all'esperienza maturata nell'ultimo triennio;
 - prosecuzione delle attività del Protocollo provinciale riguardante il "Presidio presso il Tribunale per i Minorenni di Brescia"; realizzazione di momenti di confronto tra i servizi del territorio provinciale impegnati nell'esecuzione dei mandati delle A.G.
- **2019/2020**
 - realizzazione di nuove unità di offerta;
 - realizzazione delle equipe secondo quanto evidenziato nel punto precedente; stesura di un documento di sintesi circa l'andamento, i risultati e le criticità;
 - calendarizzazione e realizzazione di occasioni di confronto strutturate con Procura presso il Tribunale per i Minorenni e Tribunale di Cremona;
 - prosecuzione di quanto realizzato e stesura di un documento di sintesi delle attività svolte, con indicazioni circa i punti di forza e di criticità.

Target di riferimento

Target: minori in situazione di pregiudizio per cui sia necessario un allontanamento dall'ambiente familiare o una permanenza, a supporto dell'impianto educativo familiare, presso un adeguato contesto in modalità diurna; nuclei familiari caratterizzati da fragilità socio-psico-educative in carico ai servizi distrettuali e comunali.

Attori coinvolti: assistenti sociali, psicologi, educatori e altri operatori presenti nei servizi tutela e territoriali; servizio Tutela Minori, Servizi sociali comunali.

7.4 Servizio Inserimento Lavorativo (SIL): rinnovare il profilo del servizio per aprirsi agli altri attori

Descrizione

Durante il precedente Piano di Zona è stato costituito il Tavolo Integrato Lavoro, quale gruppo di lavoro distrettuale (ASST di Crema, Ufficio di Piano, Enti Accreditati, Cooperative B, SIL, Provincia di Cremona) con l'obiettivo di ricomporre le risorse presenti sul territorio e connettere i diversi attori coinvolti nel mondo dell'inserimento lavorativo, attraverso strategie e strumenti condivisi.

Ad oggi è fondamentale operare al fine di coinvolgere nella rete costituita anche il mondo Profit, creando occasioni di conoscenza e condividendo linguaggi, modalità operative e strumenti.

Emerge anche la necessità di promuovere lo sviluppo di una cultura comune sull'inserimento lavorativo di persone fragili, al fine di creare "luoghi" nuovi di accoglienza e di accompagnamento al lavoro. Verranno sviluppate nuove strategie di coinvolgimento dei soggetti fragili in un'ottica di proattività della persona stessa.

Il Tavolo Integrato potrebbe diventare il luogo di raccordo delle diverse misure e progettualità, presenti e future (tra cui: Rel, Patti generativi), che afferiscono all'area lavoro, interfacciandosi con tutte le altre aree connesse al tema (es. Tavolo Disabilità).

Modalità di realizzazione

- consolidamento del Tavolo Integrato e definizione di incontri periodici tra i suoi membri;
- creazione di nuove strategie per il coinvolgimento attivo di persone fragili;
- calendarizzazione degli incontri formativi/informativi con i Sub ambiti, in continuità con quanto realizzato nel precedente Piano di Zona e su mandato di CSC;
- adozione e pieno utilizzo della "Scheda di segnalazione e accoglienza" da parte di tutto il territorio cremasco;
- organizzazione della formazione ICF (classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute);
- creazione di Workshop in piccoli gruppi rivolti al mondo profit per un primo confronto sul tema;
- realizzazione di iniziative aperte alla cittadinanza, agli Enti Pubblici, agli imprenditori e alle Scuole per promuovere una cultura comune sull'inserimento lavorativo;
- confronto con i referenti degli altri Obiettivi del Piano di Zona (Rel, Disabilità, ecc.).

Tempistiche

- **2018 (luglio-dicembre)**
 - definizione di incontri periodici tra i membri del Tavolo Integrato;
 - calendarizzazione degli incontri formativi/informativi con i Sub ambiti, in continuità con quanto realizzato nel precedente PdZ e su mandato di CSC;
 - definizione del piano formativo ICF;
 - ampliamento della sperimentazione della *Scheda di segnalazione e accoglienza* a tutto il territorio cremasco;
 - creazione del primo workshop con il mondo Profit;
 - organizzazione di una prima iniziativa di sensibilizzazione;
 - apertura di un confronto con i referenti degli altri Obiettivi del PdZ.
- **2019/2020**
 - organizzazione della formazione ICF;
 - creazione di workshop con il mondo Profit;
 - organizzazione iniziative di sensibilizzazione.

Target di riferimento

Target: persone fragili e loro famiglie, imprenditori.

Attori coinvolti: operatori, amministratori, scuole, comunità.

7.5 Gestione associata servizi: gestire insieme per promuovere solidarietà tra i comuni

Descrizione

L'Azienda speciale consortile Comunità Sociale Cremasca, ente strumentale dei Comuni dell'Ambito, ha un ruolo strategico nella ricomposizione del processo di realizzazione degli obiettivi previsti dal Piano di Zona distrettuale.

I Comuni dell'Ambito Cremasco, nel corso degli ultimi anni, hanno ampliato la gestione associata dei servizi, permettendo di assicurare una idonea integrazione gestionale nonché la definizione di criteri omogenei e logiche solidaristiche.

Attualmente CSC gestisce per conto dei Comuni soci i servizi accreditati (SAD, SAAP, ADM, SIP), l'accesso alla rete dei servizi diurni per disabili, il CDD "Il Sole", le rette di accoglienza per minori allontanati dal proprio nucleo familiare, il servizio di emergenza sociale, il telesoccorso, il trasporto, il servizio Tutela Minori, il Servizio Inserimento Lavorativo, la messa in esercizio delle unità di offerta sociale.

Con riferimento al Piano di Zona 2018-2020 si conferma la volontà di consolidare i servizi e i fondi gestiti in forma associata, anche valutando la possibilità di estendere a nuove aree di intervento la modalità solidaristica già attiva tra i comuni (Fondo di solidarietà).

Modalità di realizzazione

- Consolidamento ed implementazione dei servizi gestiti in forma associata;
- Revisione delle modalità/criteri del Fondo di solidarietà ed ampliamento dello stesso a nuovi servizi;
- Ampliamento del numero dei Comuni che si avvalgono dell'albo enti accreditati.

Tempistiche

- **2018**
 - Consolidamento della gestione dei servizi in forma associata
- **2019/2020**
 - Implementazione della gestione dei servizi in forma associata
 - Ampliamento del Fondo solidaristico a nuove aree di intervento.

Target di riferimento

Target: Cittadini cremaschi beneficiari dei servizi

Attori coinvolti: Comuni dell'Ambito distrettuale Cremasco, enti gestori accreditati e/o in convenzione con CSC.

7.6 – Coordinamento rete servizi e delle unità di offerta

Descrizione

A partire dai gruppi di lavoro nati per la stesura del nuovo Piano di Zona (con particolare riferimento al "gruppo domiciliarità" e al "gruppo disabilità") si intende favorire la nascita di una rete stabile di enti gestori di unità di offerta sociali, impegnati nella gestione di servizi fra loro omogenei, al fine di favorire un confronto fra i diversi soggetti per l'adozione di politiche e strategie condivise.

La rete, coordinata dall'Azienda, rappresenta un momento privilegiato per lo scambio di buone prassi conoscitive e gestionali nonché per la circolazione di informazioni, oltre a consentire lo sviluppo di specifiche iniziative progettuali.

Dall'attuale rapporto con l'Azienda, quasi esclusivamente prestazionale e/o di controllo-vigilanza, ci si intende muovere verso una dimensione conoscitiva in grado di stimolare percorsi di ricerca e innovazione e sviluppare nuove strategie e modalità di risposta ai bisogni dei cittadini del territorio.

Il coordinamento proposto sarà anche riferimento per la sperimentazione degli obiettivi strategici relativi al tema della domiciliarità e della disabilità di cui al punto 8.

Modalità di realizzazione

- costituzione di una rete stabile di enti gestori di unità di offerta sociali, fra loro omogenee che si incontrerà con cadenza prestabilita;

- organizzazione di percorsi formativi condivisi e strutturati per aree, con le reti di unità di offerta sociale di riferimento;
- raccolta, con cadenza prestabilita, di dati conoscitivi sui servizi e sull'utenza afferente alla rete di unità di offerta sociale;
- acquisizione dagli enti accreditati di eventuali esperienze extra-territoriali da diffondere presso gli enti pubblici-territoriali del Distretto;
- partecipazione a progettualità condivise che permettano di sperimentare forme di co-progettazione a sostegno dell'innovazione e dello sviluppo di un sistema territoriale coeso.

Tempistiche

- **2018 (luglio-dicembre)**
 - costituzione di una rete stabile di enti gestori di unità di offerta sociali fra loro omogenee e avvio di incontri di coordinamento con cadenza regolare;
 - definizione di un format per la raccolta dei dati conoscitivi sui servizi e prima raccolta dati entro dicembre 2018;
 - definizione del percorso formativo condiviso con la rete di unità di offerta.
- **2019/2020**
 - prosieguo incontri di coordinamento della rete stabile di enti gestori di unità di offerta sociali fra loro omogenee;
 - realizzazione di percorsi formativi condiviso con la rete di unità di offerta;
 - ri-elaborazione dei dati conoscitivi raccolti dagli enti gestori e prosieguo dell'aggiornamento degli stessi con cadenza prestabilita;
 - stesura di un breve documento di sintesi rispetto al percorso realizzato evidenziandone criticità e punti di forza.

Target di riferimento

Target: Cittadini cremaschi beneficiari di servizi erogati da unità di offerta sociale del Distretto Cremasco.

Attori coinvolti: Operatori professionali, enti gestori di unità di offerta sociale del Distretto Cremasco

7.7 – Accredimento e Co-progettazione

Descrizione

Il modello dell'accREDITamento, ad oggi strumento principale di relazione tra pubblico e privato nel Distretto Cremasco, risulta non sufficientemente flessibile, rispetto ad elementi di innovatività connessi agli interventi previsti dal Piano di Zona.

Per questo motivo si ritiene opportuno affiancare lo strumento della co-progettazione, che prevede una nuova modalità di costruzione e gestione di iniziative e interventi sociali, attraverso una partnership tra pubblica amministrazione e soggetti del privato sociale.

A livello legislativo, la co-progettazione, introdotta nel D.p.c.m. 30/03/2011 in attuazione dell'art. 5 della Legge 328/2000, si consolida con l'approvazione del Codice del Terzo Settore D.Lgs 117/2017 e viene configurata dal Codice stesso come strumento ordinario di esercizio dell'azione amministrativa, attraverso cui si realizzano le forme di collaborazione pubblico/privato sociale, per l'organizzazione degli interventi e dei servizi di interesse generale, e non esclusivamente limitata ad interventi di carattere innovativo e sperimentale.

Gli enti locali e i soggetti del privato sociale si trovano così ad agire in una cornice che supera il tradizionale rapporto committente/fornitore, a favore di una relazione caratterizzata da partenariato e corresponsabilità.

Modalità di realizzazione

- aggiornamento delle linee guida di ambito per il sistema di accREDITamento;
- sperimentazione di forme di co-progettazione a livello di Ambito, sui temi ritenuti maggiormente funzionali all'uso di tale strumento. Considerata l'alta complessità di tale processo, la sua implementazione dovrà prevedere un'attenzione specifica sui seguenti aspetti:

- presidio gestionale di tutto il processo con un adeguato livello di accompagnamento;
- costituzione di uno spazio tecnico permanente di co-costruzione e revisione del progetto di co-progettazione tra i partner pubblici e privati;
- costruzione di un impianto di valutazione che consenta una lettura condivisa degli esiti degli interventi derivanti dalla co-progettazione;
- investimento nella capacità di valorizzare le diverse realtà del Terzo settore e anche quelle che oggi non sono coinvolgibili in percorsi ordinari di affidamento dei servizi.

Azioni e tempistica

- **2018 (luglio-dicembre)**
 - scelta dell/i tema/i su cui focalizzare la co-progettazione, indicativamente entro il mese di ottobre 2018, e successivo avvio del "progetto di massima".
- **2019/2020**
 - avvio dell'istruttoria pubblica di co-progettazione;
 - valutazione delle proposte progettuali, selezione del partner co-progettante, sviluppo della co-progettazione e sottoscrizione dell'Accordo di collaborazione, a seguito della manifestazione di interesse da parte del Terzo Settore;
 - avvio fase operativa della co-progettazione;
 - avvio fase di valutazione e rinegoziazione del progetto.

Target di riferimento

Target: Cittadini cremaschi beneficiari dei servizi

Attori coinvolti: enti locali e soggetti del terzo settore

7.8 Progettazione e gestione dei progetti di Ambito

Descrizione

Il gruppo di lavoro costituitosi nel precedente Piano di Zona con l'obiettivo di condividere e sviluppare progetti a carattere distrettuale è chiamato ora a strutturarsi quale tavolo permanente di confronto in merito alle tematiche ritenute prioritarie dall'Ufficio di Piano, al fine di favorire un confronto fra i diversi soggetti per l'adozione di azioni progettuali condivise.

Si riscontra infatti che sono operativi diversi progetti, generalmente di tipo settoriale per target (minori, anziani) nello stesso periodo di realizzazione e/o sullo stesso bando, che comportano a volte delle sovrapposizioni e con un elevato rischio di frammentazione degli interventi, dei progetti e delle risorse.

La progettazione condivisa che viene proposta oggi, può diventare un'importante possibilità per costruire un "pensiero anticipatore" condiviso e ben strutturato, predittivo di scenari possibili, che orienti gli interventi verso risposte ritenute non solo adeguate, ma anche efficienti.

Il tavolo rappresenta inoltre un momento privilegiato per lo scambio di conoscenze dei fenomeni, delle problematiche ma anche di raccordo delle iniziative sperimentali già attuate o attuabili, con l'obiettivo ultimo di realizzare proposte progettuali per il territorio, intercettando canali di finanziamento dedicati.

Il tavolo di confronto permanente sarà anche riferimento prioritario per il monitoraggio della proposta progettuale di welfare comunitario di cui al punto 8.

Modalità di realizzazione

- superare la settorializzazione e l'autoreferenzialità delle differenti appartenenze, delle fonti erogative e delle modalità di accesso;
- presidiare i bandi potenziando le funzioni di raccordo e ricomposizione a livello distrettuale per favorire l'integrazione;
- rileggere i dati qualitativi e quantitativi in un'ottica strategica, ad esempio sviluppando approcci integrati capaci di riconnettere e condividere schemi interpretativi sul benessere complessivo della persona/comunità, sull'orientamento degli interventi e sul monitoraggio dei cambiamenti;
- rivedere gli interventi in termini di: uniformità/riproducibilità, razionalizzazione, misurazione dell'efficacia e della appropriatezza;

- evidenziare elementi di conoscenza dei fenomeni, delle problematiche e delle azioni in atto (ricomposizione);
- intercettare nuovi finanziamenti esterni a supporto della programmazione di Ambito;
- definire da parte delle realtà aderenti al Piano di Zona modalità e criteri generali di condivisione in Ufficio di Piano della manifestazione d'interesse a un bando;
- individuare forme di coordinamento degli attori e di presidio dei bandi.

Tempistiche

- **2018 (luglio-dicembre)**
 - costituzione del tavolo di confronto permanente;
 - approvazione delle indicazioni di massima per l'elaborazione di proposte progettuali distrettuali da parte degli enti aderenti;
 - elaborazione di una griglia delle progettualità che hanno una portata d'Ambito in corso sul nostro territorio.
- **2019/2020**
 - monitoraggio costante dei progetti in corso e condivisione dei dati quantitativi e qualitativi in ottica strategica con gli organi programmatori.

Target di riferimento

Target: beneficiari delle progettualità a vari livelli: comunità locali, amministratori, soggetti appartenenti a target diversi.

Attori coinvolti: Enti pubblici, Terzo settore, Gruppi formali/informali.

7.9 Reddito di Inclusione: strategie e modalità di ambito

Descrizione

Il Reddito di Inclusione, introdotto con il D.lgs. N. 147 del 15/9/2017, è una misura nazionale di contrasto alla povertà a carattere universale, che prevede un beneficio economico alle famiglie economicamente svantaggiate. La misura prevede inoltre un progetto personalizzato di attivazione e di inclusione sociale e lavorativa volto al superamento delle condizioni di povertà. Il Rel costituisce un livello essenziale delle prestazioni.

Alla luce di quanto sopra esposto risulta quindi importante che l'Ambito territoriale assuma un ruolo di regia definendo **modalità di gestione e monitoraggio** della misura uniformi per tutti i Comuni, in conformità con le indicazioni normative previste a livello nazionale. Il coordinamento tra gli operatori del territorio e il monitoraggio dei dati permette di fotografare l'impatto della misura a livello distrettuale e orientare l'attività programmatoria.

Trattandosi di una misura strutturale appare importante promuovere la diffusione della stessa, costruendo un processo inclusivo che veda coinvolti cittadini, operatori, ma anche attori diversi della rete (terzo settore, agenzie per il lavoro, ...).

Modalità di realizzazione

Al fine di garantire la piena attuazione della misura sul territorio quale livello essenziale delle prestazioni risulta importante definire modalità di lavoro condivise, in particolare:

- implementazione dei punti di accesso al Rel – PUA sovracomunali (come previsto all'art.5 del D.lgs 147 del 15/9/17) presso i quali è offerta informazione, consulenza, orientamento ai nuclei familiari e, qualora ricorrano le condizioni, l'accompagnamento nella presentazione della domanda;
- costituzione di un tavolo operativo in cui siano coinvolti diversi attori del territorio (CSC, gli operatori dei Punti Unici di Accoglienza - PUA, Cpl, etc.) al fine di uniformare la modulistica e le procedure per l'intero distretto, offrendo inoltre spazi di confronto tecnico operativo in merito all'intero processo;
- adozione di strumenti informatici (Cartella Sociale Informatizzata) a supporto dell'intera procedura;
- implementazione dei rapporti con i servizi per il lavoro per incentivare la costruzione di sinergie tra servizi sulle singole progettualità;
- integrazione della Misura Rel e del relativo progetto sul nucleo familiare con altre progettualità esistenti o attuabili nell'ottica di una presa in carico globale del nucleo (PATTI);
- monitoraggio della misura, tramite rilevazione periodica di dati e confronto tra operatori, nonché tramite il raccordo con gli altri tavoli previsti a livello distrettuale (vd. 7.4).

Tempistiche

- **2018** (*luglio-dicembre*)
 - piena attuazione dei PUA per la gestione della Misura e coordinamento tra i diversi PUA del territorio;
 - sviluppo integrato e uniforme delle procedure;
 - monitoraggio della misura - sperimentazione 2018.
- **2019/2020**
 - adeguamento tempistica come previsto dalla normativa;
 - consolidamento delle funzioni attribuite ai PUA;
 - mantenimento raccordo tra operatori;
 - monitoraggio della misura anche attraverso confronti con la Provincia di Cremona.
 - consolidamento della misura nell'attività ordinaria dei servizi;
 - monitoraggio della misura e rielaborazione dei dati in chiave programmatoria.

Target di riferimento

Target: singoli o nuclei familiari in grave condizione di disagio socio-economico

Attori coinvolti: operatori della rete dei servizi

7.10 Misure distrettuali e regionali: per ricomporre all'interno di un progetto sulla personaDescrizione

Negli ultimi anni il legislatore regionale ha emanato una serie di normative per l'accesso a misure a favore di persone con disabilità e anziani, che si sintetizzano come segue:

- DGR 6674/2017 "Programma operativo regionale per la realizzazione degli interventi a favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare – Dopo di Noi – Legge 112/2016", con l'intento di finanziare azioni ad implementazione sul territorio locale di soluzioni abitative o gruppi-appartamento che riproducano le condizioni della casa familiare e che sfruttino le nuove tecnologie per evitare l'isolamento della persona, ed alla promozione di forme innovative di residenzialità e di co-housing, anche attraverso forme di mutuo aiuto tra famiglie e tra persone disabili; nonché sviluppare programmi di accrescimento di consapevolezza e sviluppo delle competenze per una gestione autonoma della vita quotidiana e, in via residuale, per interventi temporanei di permanenza extra-familiare in caso di emergenza;
- DGR 7487 del 4.12.2017 "Misure reddito di autonomia 2017: implementazione di interventi volti a migliorare la qualità della vita delle persone anziane fragili e percorsi di autonomia finalizzati all'inclusione sociale delle persone disabili", finalizzato a garantire alla persona anziana fragile la possibilità di permanenza al proprio domicilio, attraverso il potenziamento ed il rafforzamento di abilità personali e relazionali; nonché alla persona con disabilità (giovani ed adulti) azioni con l'obiettivo di implementare le proprie competenze ed abilità per il raggiungimento di un maggior grado di inclusione sociale ed allo sviluppo di una maggiore autonomia personale;
- DGR 7856 del 12.02.2018 "Programma operativo regionale a favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al Fondo Nazionale per le non Autosufficienze anno 2017", che con la conferma della misura B2 anche per l'anno in corso ripropone la possibilità di implementare interventi di sostegno e supporto alla persona ed al nucleo familiare di riferimento finalizzato a garantire alla persona fragile (con disabilità o anziano in condizioni di non autosufficienza) la permanenza presso il proprio domicilio e nel suo contesto di vita.

Dall'analisi della recente normativa in materia e dalla conseguente implementazione a livello territoriale emerge una chiara ed evidente frammentazione, che inevitabilmente si ripercuote su due livelli di programmazione territoriale:

- a livello di processo: la frammentazione delle politiche spesso comporta l'emanazione di molteplici bandi ed avvisi pubblici a favore di un target di popolazione con requisiti molto ristretti;
- a livello di presa in carico della persona, che spesso si traduce in una difficoltà ad implementare interventi organici con un orientamento all'obiettivo da raggiungere piuttosto che alla prestazione da erogare, incrementando la frammentazione all'accesso alle informazioni da parte della persona interessata.

Nonostante ciò, si rilevano alcuni punti di forza richiamati in tutte le recenti politiche emanate da Regione, la quale individua all'interno dei testi normativi alcuni elementi ricorrenti che rispondono ad una idea programmatica specifica che rimanda ad un superamento della logica prestazionale. Le normative richiamano infatti i seguenti concetti:

- equipe multi-professionali per la valutazione multidimensionale dei potenziali beneficiari delle misure, a garanzia di una visione organica della persona, considerando anche il suo contesto socio-relazionale e comunitario;
- progetto individualizzato, all'interno del quale si chiede di esplicitare non solo le azioni e gli interventi che si intendono porre in essere, ma anche le aspettative e/o motivazioni della persona e del contesto familiare, in tutte le dimensioni del vivere quotidiano;
- l'indicazione del budget complessivo/Budget di progetto, che richiama non solo le risorse economiche disponibili ai fini della realizzazione delle azioni che si intendono implementare, ma è costituito dall'insieme delle risorse economiche, professionali e umane, di capitale sociale e relazionale della comunità locale, necessari a promuovere contesti relazionali, familiari e sociali idonei a favorire una migliore inclusione sociale della persona.

Modalità di realizzazione

Alla luce di quanto esposto, si intende lavorare al fine di ridurre la frammentazione insita nella logica della "progettazione a bando/avviso", al fine di sviluppare politiche territoriali maggiormente efficienti e rispondenti ai bisogni rilevati del target di riferimento, ed in particolare:

- co-progettazione e co-costruzione di strumenti organizzativi-gestionali per la realizzazione di progetti personalizzati nel lungo periodo, che superino la logica insita nel binomio bando-prestazione, al fine di favorire la presa in carico globale della persona;
- promozione di azioni informative/formative che facilitino l'individuazione dei potenziali beneficiari delle singole misure, anche attraverso l'utilizzo dei canali informatizzati già attivi e/o da attivare;
- promozione di prassi sia a livello di programmazione del processo sia a livello di presa in carico del potenziale beneficiario maggiormente integrate, che prevedano il coinvolgimento/ potenziamento delle risorse del singolo e/o del nucleo di riferimento;
- promozione delle potenzialità insite nella comunità locale, in una logica di potenziamento del welfare locale;
- implementazione di politiche maggiormente rispondenti alle reali caratteristiche e specificità del territorio.

Tempistiche

- **2018 (luglio-dicembre)**
 - costruzione di un percorso di sperimentazione di valutazione integrata quale modalità per la costruzione di un modello operativo sostenibile e applicabile a determinate misure individuate nella prospettiva del progetto di vita;
 - sperimentazione delle potenzialità della Piattaforma informatizzata rispetto al circolo informativo e di presa in carico in una logica di processo.
- **2019/2020**
 - avvio sperimentale del modello di valutazione integrata;
 - avvio sperimentale di un percorso condiviso finalizzato all'integrazione delle diverse misure e delle risorse comunitarie;
 - promozione di momenti formativi dedicati alle singole misure regionali nell'ottica del progetto di vita della persona;
 - creazione di una banca dati, anche con l'utilizzo della piattaforma informatizzata che faciliti la raccolta dei dati utili ad una programmazione efficace delle risorse e degli interventi;
 - verifica degli esiti della sperimentazione e eventuale ri-valutazione degli elementi di criticità rilevati.

Target di riferimento

Target: beneficiari singole misure, Amministrazioni comunali e realtà comunitarie specifiche

Attori coinvolti: Comuni, CSC, ASST di Crema, rappresentanti terzo settore

7.11 Integrazione cittadini stranieri

Descrizione

Nei precedenti Piani di Zona non era previsto un obiettivo specifico riferito a questo target; tuttavia, la precedente programmazione sociale includeva alcune azioni specifiche. La stessa mediazione linguistico-culturale, prevista anche nell'ultimo Piano di Zona ed oggetto di alcune progettualità intese ad intercettare fonti di finanziamento esterne, negli anni è stata ridimensionata tanto da essere spesso intesa come mera mediazione linguistica.

Nell'accezione diffusa, si assiste ad una netta distinzione tra due categorie distinte di cittadini stranieri: "Stranieri" (cittadini di origine straniera, soggiornanti da tempo in Italia) e "Migranti" (derivanti da flussi migratori recenti, quali i richiedenti asilo). Questa sottolineatura, richiamata anche nei criteri di accesso ad alcune misure regionali, rileva la necessità di focalizzare gli interventi in maniera diversa sui due macro gruppi citati.

La delicatezza della tematica dei diritti, con particolare riferimento alla dicotomia italiani/stranieri, pone la necessità di programmare interventi finalizzati all'integrazione dei cittadini stranieri che prevedano anche una ricaduta sulla promozione della comunità locale vista nei termini più ampi, affinché l'intera progettualità non venga penalizzata dalla percezione esterna degli interventi stessi.

A tal proposito si rende necessario una policy condivisa rispetto alla "questione stranieri" a livello di Ambito distrettuale, che permetta ai comuni di rapportarsi con modalità differenti con gli enti superiori e di coordinarsi per la gestione degli invii prefettizi in urgenza.

I bisogni rilevati sul territorio si sviluppano su tre direttive principali:

- integrazione scolastica. Si rileva la necessità di alfabetizzazione per gli alunni stranieri recentemente immigrati dal proprio paese d'origine, soprattutto nelle scuole superiori. Tali azioni sono attualmente sostenute sporadicamente in alcuni contesti grazie alla presenza di volontari, rilevata l'assenza di finanziamenti specifici a gestione diretta degli Enti Locali. Si rileva pertanto la necessità di un'azione coordinata delle diverse istituzioni scolastiche che attingono a specifici finanziamenti ma in difficoltà a promuovere pacchetti formativi adeguati e sostenibili a fronte di numeri ridotti per ogni singolo istituto.
- diritti e doveri. Come evidenziato nell'obiettivo 7.10 si evidenzia la necessità di curare la fase di accoglienza quale momento valutativo per la costruzione del progetto di vita che sappia ricomporre le diverse misure ed opportunità offerte anche ai cittadini stranieri. In tale prospettiva assume un nuovo valore la presenza di mediatori culturali all'interno dei PUA sovracomunali.
- in continuità con il Piano di Zona precedente permane la necessità di avere maggiore conoscenza dei fenomeni presenti sul territorio anche dal punto di vista qualitativo.

Modalità di realizzazione

Ci proponiamo di ricomporre e proporre azioni su tre aree di supporto differenti:

- supporto a cittadini stranieri (alfabetizzazione in contesto scolastico, mediazione linguistico-culturale, accompagnamento ai servizi);
- supporto a tecnici (consulenza legale, accesso alle misure, modalità e possibilità per i servizi);
- supporto alle comunità (rapporto con i laboratori di comunità, modelli di partecipazione attiva alla vita della comunità) e promozione di iniziative e percorsi multiculturali.

Le azioni qui previste sono state incluse nella proposta progettuale inviata a Regione Lombardia in merito all'avviso 1/2018 "FAMI".

Tempistiche

- **2018 (luglio-dicembre)**
 - coordinamento con i dirigenti scolastici in funzione della raccolta dei bisogni degli alunni stranieri e lo sviluppo di proposte inter-istituzionali;
- **2019/2020**
 - potenziamento degli interventi di mediazione linguistico-culturale;
 - promuovere una forma di coordinamento distrettuale delle realtà che accolgono cittadini stranieri.

Target di riferimento

Target: cittadini stranieri che si rivolgono ai servizi

Attori coinvolti: operatori sociali, istituti scolastici e strutture di accoglienza

7.12 Coordinamento di ambito per azioni a contrasto della violenza di genere

Descrizione

La DGR 28 dicembre 2017 n° x/ 7631 individua, quale punto di partenza per la nuova programmazione la declinazione del ruolo dell'UDP ossia: "costruire risposte innovative ai bisogni sociali che stanno emergendo nei territori, sperimentando nuove partnership e nuove azioni, e tenendo fede ad una impostazione rivolta al potenziamento e al miglioramento della rete dei servizi di welfare locale.". Il documento sottolinea inoltre l'importanza di garantire il **coordinando e l'integrazione integrando delle politiche sociali prodotte nei Comuni ed a livello di programmazione zonale con le politiche nazionali e regionali e, nello specifico, con le politiche di contrasto alla violenza di genere** in applicazione del piano regionale quadriennale antiviolenza (Dgr xx/ 894 del 10 novembre 2015 (legge regionale 11 del 2012).

Il "Piano quadriennale regionale per le politiche di parità e di prevenzione e contrasto alla violenza contro le donne 2015 - 2018" prevede, al punto 2.2, tra le finalità strategiche, lo sviluppo di Reti inter-istituzionali antiviolenza al fine di consolidare e rendere omogeneo sul territorio un sistema integrato di servizi in grado di far emergere il fenomeno e di accogliere e proteggere le donne vittime di violenza. Obiettivo regionale è quello di incrementare il sistema di "rete aperta" che veda la presenza dei soggetti istituzionali essenziali, così come indicati dal Piano regionale.

Il distretto cremasco aderisce alla Rete Inter-istituzionale Provinciale "A.R.C.A. delle Donne", realtà riconosciuta e finanziata da Regione Lombardia, ed ha manifestato storicamente sensibilità e operatività sui temi del contrasto alla violenza di genere grazie alle azioni messe in campo dall'Associazione Donne contro la violenza, sorta a Crema nel 1996 - ed ora costituitasi Centro Antiviolenza regionale.

La Rete distrettuale Con-Tatto contro il maltrattamento delle donne, a cui aderiscono 42 realtà locali cremasche, pubbliche e private, rappresenta una rete di diversi operatori che, intervenendo in ambiti diversi, mira ad intercettare precocemente le situazioni di violenza sulle donne e ad intervenire efficacemente, grazie alla possibilità di mettere in campo azioni caratterizzate da un approccio multidisciplinare. Il funzionamento della Rete Con-Tatto è regolato da due documenti: un regolamento interno ed un protocollo operativo ora in fase di revisione.

La vitalità e la ricchezza di pensieri, azioni e percorsi che caratterizzano il territorio in tema di violenza di genere evidenziano tuttavia anche una sempre crescente complessità nell'integrare e coordinare i vari livelli e la pianificazione delle relative azioni.

Obiettivo prioritario è portare il tema della violenza di genere nella dimensione programmatoria del Piano di Zona e di rafforzare e potenziare il raccordo tra le reti presenti, in un'ottica di razionalizzazione delle risorse, condivisione di obiettivi comuni, definizione e gestione di progetti, salvaguardando le specificità che contraddistinguono le diverse realtà ed il valore che hanno saputo creare ed alimentare, con particolare riferimento alla cultura del rispetto, che caratterizza l'approccio alle vittime e, in termini più generali, la metodologia di lavoro a più livelli.

Modalità di realizzazione (come previste dal piano regionale)

- ricomposizione di un quadro conoscitivo condiviso del sistema dei servizi sociali e socio-sanitari presenti sul territorio in atto sul territorio distrettuale;
- previsione di integrazione delle azioni specifiche di contrasto alla violenza di genere con gli altri filoni di attività previsti dalla programmazione territoriale (piani della conciliazione, piani degli orari delle città ecc.);
- sviluppo di un modello di integrazione degli attori della rete, dei servizi e degli strumenti per soddisfare i bisogni del territorio e per garantire l'appropriatezza degli interventi;
- strutturazione di modalità operative per garantire la sostenibilità delle azioni e dei servizi attivati, con l'individuazione delle risorse disponibili;
- individuazione degli strumenti per garantire le attività di monitoraggio e controllo delle azioni programmate, prevedendo una verifica almeno semestrale.

Tempistiche

- **2018 (luglio-dicembre)**
 - formazione del gruppo di lavoro.
- **2019**
 - incontri programmati del gruppo di lavoro;
 - presentazione del Protocollo Tecnico Operativo.

- **2020**

- attuazione del nuovo Protocollo Operativo.

Target di riferimento

Target: Donne vittime di violenza, e loro famiglie

Attori coinvolti: Enti pubblici e Comunità locale, Progetto ARCA, Rete Con-Tatto, Centro Antiviolenza

7.13 Protezione Giuridica

Descrizione

In considerazione dell'esperienza acquisita nel tempo in tema di protezione giuridica dall'introduzione della norma e delle criticità riscontrate nella gestione delle amministrazioni di sostegno da parte degli amministratori locali, il territorio ha individuato un percorso sperimentale (ispirato all'esperienza dell'Azienda Legnanese SO.LE e inserita nell'iniziativa innovativa di co-progettazione del Comune di Crema quale capofila) per assicurare un supporto alle persone fragili che per la propria condizione psicofisica e/o per l'età avanzata non sono in grado di esercitare la propria capacità di agire e rendere esigibili i propri diritti, al fine di curarne, nel miglior modo, la salute, di tutelarne le esigenze esistenziali e di salvaguardarne il patrimonio.

L'amministratore di sostegno è nominato dal giudice tutelare del tribunale competente ed è normalmente individuato nella rete delle relazioni familiari del soggetto; esistono però circostanze particolari in cui non è possibile reperire l'Amministratore all'interno della cerchia parentale o nel contesto di altre reti informali della persona fragile. Emerge quindi l'esigenza di strutturare un modello di intervento che consenta di evitare, nei casi sopracitati, la nomina dell'Ente Locale quale Amministratore di sostegno o Tutore, garantendo, in accordo con il Tribunale, altre soluzioni condivise, certe e professionalmente idonee. Si vuole offrire ai Comuni aderenti uno strumento attraverso il quale garantire l'assolvimento dei propri compiti istituzionali di protezione giuridica e al contempo assicurare alle persone meritevoli di tutela un supporto adeguato e competente per garantire loro una vita dignitosa.

Modalità di realizzazione

L'obiettivo è giungere a forme di co-gestione relative alle amministrazioni di sostegno/tutele affidate agli amministratori locali per sviluppare modalità operative innovative e funzionali. Si intende quindi:

- costituire un'equipe multi-professionale che integri competenze giuridiche, sociali e amministrative e che presidi la formulazione e l'attuazione – d'intesa con il Tribunale competente e gli Amministratori di Sostegno – dei Progetti di Vita di qualità per l'utente in collaborazione con i servizi territoriali di base e specialistici. In tali progetti saranno stabiliti gli interventi e le prestazioni che l'Amministratore di Sostegno dovrà attivare, attingendo alle disponibilità dell'utente per il sostenimento dei relativi costi (o concordando con i Comuni eventuali contributi economici, qualora le risorse dell'utente non risultassero sufficienti);
- realizzare e gestire, mediante apposita procedura di selezione, un elenco di soggetti (Avvocati, Operatori Sociali, ...) che assumano, su nomina del Tribunale le responsabilità previste dalla normativa in materia e collaborano ad attuare le misure e gli interventi previsti dai "progetti di vita di qualità";
- garantire interventi di prossimità della rete informale e formale di supporto mediante operatori volontari e professionali, appositamente formati e specializzati e incaricati di attuare gli interventi di sostegno e i monitoraggi previsti dai "progetti di vita di qualità";
- attivare modalità di collaborazione, integrazione e confronto con l'Ufficio Protezione Giuridica dell'ASST di Crema;
- rivedere il Protocollo inter-istituzionale in essere con il tribunale, promuovendo opportuni confronti in funzione della sperimentazione innovativa.

Tempistiche

- **2018 (luglio-dicembre)**

- raccolta dei dati dei singoli comuni in merito alla dimensione del fenomeno e alle modalità di gestione in essere;
- a seguito dell'avvio del programma di Protezione Giuridica di co-progettazione del Comune di Crema, Ente capofila, entro dicembre 2018, presentazione di una proposta strutturata agli amministratori dei comuni del distretto.

- **2019/2020**

- avvio del progetto sperimentale, con i comuni aderenti: costituzione dell'equipe / selezione e gestione elenco soggetti / azioni formative e di sensibilizzazione / collaborazione, integrazione e confronto con UPG/ vicinanza con G.T.
- revisione del Protocollo inter-istituzionale in essere con il tribunale.

Target di riferimento

Target: persone che necessitano di amministrazione di sostegno e amministratori di sostegno

Attori coinvolti: servizio sociale e amministratori

7.14 Gestione di ambito dei Servizi Abitativi

Descrizione

Costituzione di un coordinamento stabile e strutturato di professionalità del pubblico e del privato sociale in grado di supportare il Comune di Crema, quale ente capofila, e i comuni dell'Ambito, nello svolgimento dei nuovi compiti assegnati dalla normativa regionale (Legge regionale 16/2016). Obiettivo del legislatore regionale è passare da un sistema polverizzato, avente dimensione esclusivamente comunale, ad un sistema coordinato e integrato con la rete dei servizi alla persona su scala sovra comunale (Piani di Zona), che pone l'accento su una gestione e programmazione condivisa (triennale e annuale).

Questa azione si colloca dunque in una fase di prima attuazione della Legge per la stessa Regione Lombardia e coinvolge tutti i comuni dell'Ambito. Per questo è importante giungere ad un modello di coordinamento e di organizzazione per la gestione dei servizi e degli interventi al fine di rispondere alla necessità di realizzare efficaci politiche abitative territoriali in particolare per due aspetti che ne qualificano la sperimentabilità e l'innovazione: un rinnovato ruolo dell'ente pubblico e il coinvolgimento dei soggetti del terzo settore e di attori privati.

Le nuove domande abitative richiedono un rinnovato protagonismo del soggetto pubblico, non tanto nel predisporre direttamente interventi con mezzi propri, quanto nell'assumere una posizione di regia e di coordinamento delle iniziative del terzo settore/private, di promozione di nuovi attori accreditati e competenti e di gestione e promozione condivisa delle misure e opportunità a livello regionale/nazionale.

Modalità di realizzazione

L'obiettivo è giungere, quindi, a forme di co-progettazione e di co-gestione di Servizi abitativi per lo sviluppo di proposte e modalità operative finalizzate a garantire i seguenti punti, tutti intesi da svilupparsi in un'ottica sovracomunale:

- costruzione degli strumenti di programmazione triennali e annuali per i Servizi abitativi e di tutti gli adempimenti operativi che ne conseguano;
- istruttorie per la gestione delle misure/linee di finanziamento nazionali e/o regionali in materia di contenimento del disagio abitativo e sostegno al mantenimento dell'alloggio nel mercato privato;
- raccolta, verifica e organizzazione dell'offerta di alloggi del mercato privato e di quello pubblico, non di esclusiva proprietà dell'ALER, sfitti e disponibili per la locazione;
- raccolta, verifica e organizzazione della domanda dei nuclei famigliari che presentano un bisogno intermedio tra i Servizi abitativi Pubblici (SAP) e il libero mercato;
- interventi nelle procedure di sfratto, limitatamente ai casi di morosità incolpevole e per i quali il nucleo familiare presenti un bisogno abitativo intermedio tra i SAP e il libero mercato (o nell'accompagnamento all'assegnazione di un alloggio SAP);
- adozione e gestione degli strumenti di incentivazione economica nella forma di contributi concessi ai nuclei familiari e alla proprietà (iniziative per il mantenimento dell'abitazione in locazione e di proprietà) e di garanzia concessa ai proprietari che accettano di stipulare nuovi contratti di locazione a canone moderato;
- comunicazione e promozione delle opportunità offerte dai servizi per la casa ai proprietari e alle famiglie richiedenti;
- attività di partecipazione a bandi che consentano di intercettare risorse aggiuntive a sostegno dell'innovazione e dello sviluppo del sistema territoriale;
- individuazione di appartamenti, immobili da destinare all'housing sociale allo scopo di ampliare l'offerta di soluzioni abitative sociali temporanee;

- monitoraggio e accompagnamento dei nuclei familiari, in continuità con le modalità di intervento e le buone prassi sperimentate dal progetto "Casa Vuoi?";
- promozione/regia della gestione sociale (prevista dalla LR16) in termini di mediazione abitativa e educazione all'abitare.

Tempistiche

- **2018** (luglio-dicembre)

- costituzione di un coordinamento integrato pubblico-privato per la co-progettazione e la co-gestione dei servizi abitativi, avvalendosi del percorso di co-progettazione in atto da parte del Comune di Crema, ente capofila per l'attuazione della Legge regionale 16/2016;
- primo Piano Annuale dei Servizi Abitativi e primo Avviso pubblico.

- **2019/2020**

- piena attuazione delle indicazioni regionali rispetto sia alla dimensione programmatoria (Piano Triennale e annuale), alla dimensione operativa gestionale (avvisi e assegnazioni) e alle misure di contenimento dell'emergenza abitativa;
- consolidamento delle modalità progettuali di politiche abitative in relazione al mercato privato, di gestione/accompagnamento in occasione di situazione di emergenza abitativa e di mediazione (sulla fattispecie di quanto implementato dal progetto "Casa Vuoi?").

Target di riferimento

Target: singoli cittadini e nuclei familiari che presentano un bisogno abitativo, che sono esposti a rischio di sfratto per morosità incolpevole o che versano in grave condizione di disagio socio-economico.

Attori coinvolti: operatori professionali del settore immobiliare, privati proprietari di immobili.



PUNTO 8 del Format regionale

Progetti e obiettivi strategici

Le Linee guida regionali invitano i territori a sviluppare obiettivi strategici prendendo a riferimento le tipologie di obiettivi di seguito riportate:

- Obiettivo strategico 1. Progettualità tese alla definizione dei requisiti di accesso/compartecipazione ai servizi e agli interventi, attraverso strumenti quali: uniformità dei regolamenti, dei criteri di accesso, delle soglie ISEE, il fattore famiglia, ecc.;
- Obiettivo strategico 2. Progettualità tese alla definizione di requisiti, parametri e indicatori comuni per la valutazione della qualità e dell'appropriatezza delle strutture e dei servizi, attraverso strumenti, anche sperimentali, che portino all'omogeneità dei criteri di valutazione (es. bandi condivisi, indicatori di risultato ecc.);
- Obiettivo strategico 3. Progettualità tese all'innovazione sociale (nuovi servizi, modalità innovative di risposta al bisogno, percorsi innovativi di presa in carico, ecc.) anche grazie a percorsi di co-progettazione e di partnership pubblico/privato con il Terzo Settore.

Il contesto cremasco ha già lavorato sull'obiettivo strategico indicato nella tipologia 1, giungendo all'approvazione di un regolamento distrettuale per l'accesso ai servizi sociali in fase di attuazione, di graduale applicazione e di costante monitoraggio e adeguamento.

Anche in relazione alla seconda tipologia di obiettivi strategici si è già operato e sono attive continue integrazioni evoluzioni e sviluppi del sistema nell'ambito del più ampio percorso connesso all'accreditamento delle unità di offerta e dei servizi presenti sul territorio. A tal proposito si rimanda alle azioni 7.6 e 7.7 indicate nella sezione precedente.

A partire da queste considerazioni, l'Ambito distrettuale cremasco ha valutato di concentrare la propria attenzione su obiettivi strategici coerenti con la tipologia 3 indicata dalle Linee guida regionali richiamate.

In tal senso sono stati attivati 3 gruppi di lavoro composti da operatori pubblici e del privato sociale, facilitati da esperti esterni, che hanno ripreso riflessioni ed elementi di confronto già avviati nel corso del precedente Piano di Zona e hanno declinato un primo livello di elaborazione progettuale che sarà la base per la presentazione a Regione Lombardia di progettualità di rilevanza strategica in relazione a tre filoni di attività, tra di loro strettamente connessi: 1) innovazione delle modalità di sostegno alla domiciliarità per persone anziane; 2) nuove forme di integrazione per la costruzione del progetto di vita per minori con disabilità; 3) sviluppo del lavoro di comunità con riferimento alle nuove forme di vulnerabilità personale e sociale.

Si riportano di seguito alcuni estratti sintetici dei contenuti elaborati dai gruppi di lavoro utilizzando i punti indicati dal format regionale:

- A. Descrizione delle condizioni esistenti che spingono alla realizzazione di questo progetto (ad esempio indicatori socio-economici, condizioni di vulnerabilità diffuse sul territorio, sperimentazione di un nuovo servizio in risposta ad un nuovo bisogno ben determinato ecc...)
- B. Descrizione del progetto e degli obiettivi da raggiungere
- C. Aspetti che rendono innovativo il progetto (anche rispetto ad altre esperienze)
- D. Attori coinvolti (es. Terzo Settore, privato profit, altri attori pubblici ecc...)
- E. Soggetti beneficiari

Si rimanda ad un successivo livello di elaborazione sia l'approfondimento dei contenuti già sviluppati sia l'integrazione della scheda progettuale con i punti mancanti relativi a: Potenzialità e sostenibilità dell'obiettivo nel futuro; Impatto atteso rispetto ai bisogni della comunità; Spese da sostenere; Indicatori di risultato.

8.1 Progetto nuove reti e per nuove forme di sostegno alla domiciliarità

A - Le condizioni esistenti che spingono alla realizzazione di questo progetto

L'attuale sistema dell'offerta dei servizi legati alla domiciliarità del Distretto Creмасco è composto sia dai soggetti pubblici (servizi sociali territoriali, Servizio sociale Ospedaliero, ASST) che dal privato sociale (associazioni di volontariato, Cooperazione Sociale e Fondazioni/Residenze socio assistenziali). Questi soggetti hanno partecipato, attraverso propri referenti, al gruppo di lavoro che ha pensato a come costruire sinergie e innovazioni sul tema.

Il gruppo di lavoro ha ragionato in primis sui punti di forza e criticità dei servizi al fine di sviluppare una progettazione specifica che potesse provare a risolvere eventuali nodi e criticità.

Ci sembra di poter dire che le parole chiave che rappresentano gli attuali limiti del sistema della domiciliarità sono: frammentazione - mancanza di integrazione tra prestazioni socio-sanitarie e socio assistenziali - mancanza di strategie che permettano una maggiore condivisione sia nella valutazione che nella progettazione - qualificazione del lavoro di cura.

Nello specifico l'analisi valutativa effettuata dal gruppo ci porta a segnalare:

- disomogeneità delle modalità e tempi di attivazione dei servizi a supporto alla domiciliarità-burocrazia per accedere ai servizi domiciliari;
- complessità nel raccordarsi nell'eventuale passaggio "snodo" dai servizi socio sanitari (es ADI o RSA aperta) ai servizi socio assistenziali (es SAD). Gli interventi spesso si sovrappongono, e non prevedono una progettualità condivisa;
- eccessiva discrezionalità nella definizione degli interventi sia per la quantificazione economica che per la tempestività dell'avvio dei progetti;
- mancanza di un raccordo/integrazione tra l'ADI e le cure intermedie e il sistema delle assistenti famigliari; si evidenzia una scarsa condivisione di informazioni tra i diversi luoghi di informazione e l'opportunità di costruire e monitorare adeguatamente progetti personalizzati;
- scarsa cultura sul tema dell'amministratore di sostegno non solo come strumento di tutela ma opportunità/risorsa nell'ambito di una progettualità più ampia. Da sviluppare/incrementare anche la funzione dell'amministrazione di sostegno svolta da soggetti volontari;
- scarsa valorizzazione del ruolo degli Enti gestori dei servizi accreditati in ordine alla loro funzione valutativa e di fiducia relazionale con l'anziano e la sua famiglia/caregiver, da esercitare/valorizzare in collaborazione con gli enti titolari delle prestazioni;
- scarsa qualificazione del ruolo delle assistenti famigliari per le quali il sistema evidenzia poco investimento sulla formazione e valorizzazione del lavoro di cura prestato;
- scarsa omogeneità di informazione nei luoghi d'accoglienza deputati ad accogliere ed accompagnare i cittadini ad orientarsi nella rete dei servizi.

Il contesto territoriale cremasco si caratterizza per una popolazione anziana importante circa 35.697 abitanti sul Distretto Creмасco, l'indice di vecchiaia al 31/12/2016 è pari a 161.41, ciò significa che, per 100 bambini di età compresa tra 0 e 14 anni sono presenti 161 persone di età superiore ai 65 anni. In Lombardia questo indice è pari a 159 e in Italia a 165.

Analizzando anche il tasso di vecchiaia, ossia l'invecchiamento della popolazione (n. anziani ogni 100 abitanti), si evidenzia che nel territorio cremasco il tasso è pari a 21,92 (in Lombardia e in Italia questo indice è pari a 22).

Negli ultimi due anni si osserva inoltre che l'utenza SAD è calata del -17% (si è passati da 321 a 265 persone in carico) dato significativo se correlato all'incidenza sull'utenza potenziale, ovvero alle persone + 65 in condizioni di assistenza. Sul territorio cremasco si stimano infatti 4.900 persone over 65 non autosufficienti (cfr approfondimento IRS *Costruiamo il welfare di domani*, 2016), di cui il servizio SAD ne raggiunge solo 16 ogni 100, 84 persone dunque si auto organizzano (caregiver familiari o cura privata).

Insieme all'utenza diminuiscono le risorse investite: la spesa sociale delle amministrazioni dedicata al settore (domiciliarità anziani) è diminuita del -12%, compensata solo parzialmente dall'introduzione della compartecipazione diretta dell'utenza, che ha registrato +6% nel biennio 2013/2015. Accanto ai dati quantitativi emergono alcuni tratti qualitativi riferiti alle persone che attualmente fruiscono del servizio di assistenza domiciliare garantito dai Comuni.

Si tratta di persone in carico da tempo (anche un decennio, talvolta definiti "casi sociali"), connotando dunque il servizio di una certa staticità e contenuto turnover. Inoltre emerge l'elevata fragilità dell'utenza, ovvero una forte incidenza di anziani in condizioni di solitudine o con reti familiari non in grado di fronteggiare le necessità di assistenza. Questo dato è correlato anche alla progressiva riduzione delle risorse, che ha indotto ad una maggior selettività all'accesso, la quale giocoforza ha privilegiato le condizioni di maggior gravità e marginalità. Rispetto alla struttura

familiare, si segnala che il 55,8% degli anziani che usufruiscono del servizio è rappresentato da famiglie unipersonali, dato che sale al 62,3% se si considerano anche le persone assistite da un'assistente familiare.

Allargando l'analisi ai nuclei familiari di provenienza, si evidenzia una crescente fatica da parte delle reti familiari nell'assumere la responsabilità della cura, talvolta avanzando richieste giudicate eccessive (o improprie) nei confronti del servizio (es. non lasciar sola la persona) e con atteggiamenti di delega eccessiva.

Al contempo si riconosce nei famigliari una significativa fatica nell'accedere all'informazione - nel venire a conoscenza dei supporti possibili - ma anche, e soprattutto, nel comprendere i meccanismi di funzionamento del sistema di aiuti al domicilio (cresciuto per frammentarietà ed eterogeneità di regolamentazione) e dunque spesso alla presenza di attese e aspettative difficili da soddisfare (es. continuità RSA aperta-SAD con le medesime regole). La frammentazione e lo scarso accesso alla comprensione delle "regole del gioco" portano l'utenza a cercare strade alternative e (per chi può) a privilegiare altri tipi di aiuti rispetto al SAD. A questo si aggiunge il deterrente della compartecipazione e dell'iter burocratico per accedere al servizio, che spesso induce i potenziali utenti (e i loro famigliari) a desistere e non considerare il SAD come servizio rispondente al proprio bisogno.

I dati estrapolati dal recente monitoraggio sull'applicazione dell'ISEE ci forniscono alcuni rimandi interessanti relativi alla specificità cremasca. In particolare:

- ✓ l'88,10 % dei progetti SAD attivati per il 2017 sono in continuità con il 2016;
- ✓ più della metà delle persone che usufruisce del Servizio di Assistenza Domiciliare non compartecipa al costo di erogazione del servizio (il 27% dei fruitori non compartecipa alla spesa) o compartecipa con una quota minima (solo 30,8% compartecipa in relazione all'ISEE).

La residualità del servizio SAD viene confermata anche dai dati sulla qualità e quantità dell'intervento. Emerge una prevalenza di interventi di assistenza alla persona, in particolare l'alzata e l'igiene mattutina, che hanno visto crescere il loro peso nel tempo, mentre sempre più limitati risultano gli interventi di mantenimento delle autonomie. In media si svolgono 3 accessi settimanali per una media oraria settimanale di 3h (1 h ad accesso).

Dunque un servizio limitato, schiacciato sulla protezione della persona, in cui è sempre più assente la dimensione preventiva e promozionale (ad es. in alcuni casi non sono previsti accompagnamenti), sebbene le competenze del personale impiegato nel SAD spesso siano anche altre (competenze educative di sostegno al caregiver e competenze di tipo valutativo per il monitoraggio della persona e della condizione di bisogno).

Si evidenzia inoltre che negli ultimi anni vi è una moltiplicazione dei sostegni al domicilio (B1, B2, Voucher per l'autonomia, RSA aperta, SAS, ADI...), rispondenti a differenti titolarità (comuni e AST/ATS) e con regole autonome, non sempre omogenee tra loro (es. RSA aperta gratuita, SAD con compartecipazione). Tale complessità ha reso frammentati gli interventi ed a volte anche poco coordinati.

Per quanto riguarda l'ambito delle Assistenti famigliari, presidiato a livello distrettuale dallo Sportello Badanti convenzionato con Comunità Sociale Cremasca emerge che si sono intercettate circa 248 lavoratrici e circa 100 nuclei famigliari. Negli ultimi anni si evidenzia il calo significativo di candidati "in regime di convivenza" (la cosiddetta *badante 24 ore su 24 ore*) nonostante sia presente ancora in modo importante una richiesta di un'assistenza continuativa "senza pause" 7 notti su 7. Ci sembra inoltre importante evidenziare che sono aumentate le lavoratrici italiane che si candidano per un lavoro domestico oppure per l'assistenza agli anziani così come i lavoratori uomini.

E' tuttavia importante richiamare, accanto ai dati riferiti, la presenza, pare ancora elevata, di lavoratrici prive di regolare assunzione e l'esistenza, nel distretto, di altri organismi (patronati etc..) che, seppur in assenza delle funzioni di intermediazione tra domanda ed offerta, affiancano le famiglie nella stipula dei contratti di assunzione di personale per l'assistenza ad anziani e che potrebbero essere coinvolti, in una prospettiva di quantificazione del fenomeno e di qualificazione del lavoro di cura.

A fronte della funzione residuale del SAD, della importante ma comunque parziale funzione svolta dai vari interventi e dalle misure attive in ambito socio sanitario (voucher, misura RSA Aperta) e dalle strutture diurne, oltre che attraverso la soluzione, difficilmente quantificabile, dell'assistente familiare, i dati raccolti in contesto ospedaliero descrivono invece, sia dal punto di vista quantitativo che della tipologia dei bisogni evidenziati, la complessità e le problematiche connesse al fenomeno dell'invecchiamento della popolazione.

Prendendo ad esempio come riferimento l'anno 2017 e considerando il numero degli accessi in Pronto Soccorso e dei ricoveri si evince quanto segue:

Accessi al Pronto Soccorso – Anno 2017	65 – 75 anni	Oltre 75 anni
Codice bianco e verde	5760	8451
Codice Giallo e Rosso	968	2926
Totale	6728	11377

Ricoveri in Ospedale – Anno 2017

Età	H. Crema	H. Rivolta	CCS Soncino	Altro H	Totali	%
65-75	2106	216	13	1653	3988	30,53
Oltre 75	4084	363	206	1590	6243	47,80

I dati riportati evidenziano l'importante ricorso alla struttura ospedaliera, che diviene punto di riferimento per la popolazione anziana anche per problematiche che afferiscono alla sfera indifferenziata del bisogno di salute e che frequentemente includono o evidenziano necessità assistenziali e/o problematiche sociali.

Considerando inoltre i dati relativi alla U.O di Medicina Generale, reparto al quale afferiscono prevalentemente anziani - l'età media dei ricoverati è 80,5 anni- pluripatologici, con acuzie di patologie croniche, emerge che i pazienti, residenti nel distretto, ricoverati nel 2017 sono pari a 1352.

Interessante valutare poi le modalità di dimissione:

Modalità di dimissione dalla U.D.O. Medicina Generale – Anno 2017

Ordinaria a domicilio	682
Volontaria	3
Trasferito altro H per acuti	12
Deceduto	150
Ordinaria in RSA	88
Ospedalizzazione domiciliare	21
Traferito ad altro regime	337
Trasferito in istituto di riabilitazione	111
Ordinaria in ADI	99
TOTALE	1352

In merito ai dati riportati risulta utile evidenziare l'elevato numero di pazienti dimessi verso il domicilio e precisare che la voce "trasferito altro regime" è riferita alle strutture di Cure Sub Acute, dove in genere vengono trasferiti i pazienti che presentano un quadro caratterizzato da complessità clinica, dall'elevato carico assistenziale previsto e/o dalle problematiche sociali rilevate e/o segnalate.

Nel corso del 2017, il servizio sociale ospedaliero è stato infatti coinvolto per 450 persone ricoverate, in relazione a necessità di orientamento dei familiari relativamente alle scelte assistenziali, ad esigenze di tutela ed anche in considerazione della complessità della situazione generale dei pazienti, frequentemente caratterizzata da quadri clinici instabili e/o deterioramento cognitivo, ma anche dall'assenza di reti familiari di supporto (113 gli anziani segnalati in relazione all'assenza di figli, figure di norma legittimate ad operare scelte e ad individuare idonee soluzioni assistenziali).

B - Il Progetto e gli obiettivi da raggiungere

Dall'analisi del contesto cremasco, e della normativa nazionale e regionale vigente, il gruppo domiciliarità si è posto l'obiettivo di giungere ad una proposta capace di ripensare al sistema della domiciliarità del territorio cremasco, ponendo attenzione al processo per la presa in carico multiprofessionale dell'utenza anziana ed alla cura di tutte quelle dimensioni (informazione, formazione del personale, modalità di accesso, integrazione) che possono elevare la qualità e l'efficacia delle prestazioni messe in campo. Si ipotizza inoltre di riqualificare il SAD attraverso la valorizzazione di tre importanti funzioni di questo servizio:

- l'essere strumento di tutela (ad esempio per le persone con deterioramento cognitivo) e di continuità di cura per i soggetti fragili nelle fasi di transito da un setting all'altro (es. dall'ospedale a casa);
- essere servizio in grado di diversificare le proprie prestazioni ricomprendendo l'osservazione/valutazione delle potenzialità e delle limitazioni della persona e l'accompagnamento/orientamento della persona e /o dei suoi familiari nel contesto della rete dei servizi
- l'essere perno attorno al quale si snoda ed articola il processo per la valutazione e la presa in carico multidimensionale e multiprofessionale, e per l'attivazione di una rete calibrata ed articolata di sostegni;

Le attenzioni metodologiche che hanno guidato il gruppo di lavoro si sono articolate secondo queste tre variabili:

- **RISPETTO ALL'ORGANIZZAZIONE:** strutturare un sistema capace di trattare la domiciliarità in modo omogeneo, che punti non solo sull'erogazione dei servizi ma ad affiancare le famiglie nell'informazione, nell'identificare i problemi e l'insieme dei supporti e dei sostegni necessari per strutturare un progetto di vita che garantisca all'anziano di permanere al domicilio, mettendo insieme le diverse risorse e opportunità presenti sul territorio;
- **RISPETTO AL SINGOLO (persona):** puntare su un progetto (più) globale di sostegno alla domiciliarità della persona e del suo nucleo familiare (ove esistente), che possa ricomprendere non solo servizi volti al soddisfacimento dei bisogni di assistenza ma anche altri interventi più promozionali garantiti sia dal pubblico che dal privato sociale e associazionismo - l'accento passa dalla prestazione al progetto.
- **RISPETTO AL CONTESTO:** sembra importante lavorare sulla valorizzazione delle risorse territoriali del contesto comunitario d'appartenenza in considerazione del valore e del ruolo che i legami sociali svolgono, ad esempio nel prevenire l'invecchiamento cognitivo che nel garantire elevati livelli di compliance terapeutica, ed in linea con le altre progettualità attive nel distretto (es. Fare Legami).

La finalità del progetto è dunque quella di sviluppare strategie per incrementare l'integrazione tra le risorse disponibili ipotizzando un sistema di servizi per la domiciliarità che soddisfi più esigenze della persona, e che tenga meglio connessi i diversi interventi (inclusi tutti i diversi servizi e operatori che per titolarità e competenza intervengono sul territorio).

OBIETTIVO 1 - Costruire un sistema in grado di migliorare e rendere omogenea l'informazione sul territorio circa i servizi disponibili per il sostegno della domiciliarità.

Per dare attuazione all'obiettivo 1, si intende avviare le seguenti azioni:

- prevedere una formazione/informazione rivolta a tutti gli operatori attivi nei punti di accesso del territorio che intercettano la domanda dei cittadini sul tema della domiciliarità;
- costruire le condizioni per far confluire maggiori informazioni e dati sulla Piattaforma socio sanitaria affinché siano disponibili tutte le informazioni sulle misure, sulle prestazioni e su tutti servizi offerti da ciascun erogatore. Tale azione può essere gestita e monitorata da Comunità Sociale Cremasca in qualità di ente gestore dei servizi accreditati e servizio sociale distrettuale, in collaborazione con l'Ufficio di Piano e ASST Crema.

OBIETTIVO 2 - Garantire uno spazio di valutazione, progettazione e monitoraggio integrato per i progetti di supporto alla domiciliarità, per le situazioni più fragili e complesse.

Per dare attuazione all'obiettivo 2, e consolidare quanto già sperimentato nell'accordo RSA, nei tavoli di continuità assistenziale relativamente alla funzione fondamentale della valutazione multidimensionale nell'avvio dei progetti di supporto alla domiciliarità, si intende avviare le seguenti azioni:

- incrementare le occasioni di valutazione multidimensionale per situazioni complesse in carico ai servizi della domiciliarità affinché si possa giungere alla stesura di un Programma Assistenziale Individualizzato – centrato sulla persona e non sulle prestazioni.²

Per casi complessi si intendono casi multi problematici, persone in situazioni di particolare difficoltà date da condizioni di instabilità clinica e fragilità sociale, casi in cui è un necessario coinvolgimento di altri servizi/unità d'offerta in fase di progettazione e per la successiva presa in carico e in cui si richiede una valutazione multi dimensionale.

² Saranno chiamati a concorrere alla valutazione multidimensionale gli operatori già coinvolti nella presa in carico della persona quali ad esempio: un referente dell'UVMD dell'ASST di Crema; l'operatore sociale del comune di residenza e/o del servizio segnalante, l'operatore dei servizi sanitari e degli enti accreditati se già operativi; il medico di Medicina Generale e la rete familiare o la rete informale e di vicinato, se implicata o implicabile sul problema.

- portare a “modello” una procedura di valutazione multidimensionale sul territorio distrettuale che possa trovare la sua definizione in un accordo territoriale che coinvolga i diversi attori del sistema della domiciliarità e che sia finalizzata a superare la frammentazione delle risorse e servizi e porre al centro la progettazione sulla persona.

OBIETTIVO 3 - Sperimentare nuove modalità di erogazione del servizio SAD.

Per dare attuazione all'obiettivo 3, si intende avviare una sperimentazione di una nuova modalità di erogazione del servizio SAD in linea con i contenuti emersi nel gruppo domiciliarità che ha lavorato sul tema di revisione del modello SAD nel periodo di settembre/dicembre 2017 (*“Verso la revisione del sistema dei servizi a sostegno della domiciliarità nell'ambito cremasco” V. Ghezzi, IRS*).

I fattori che caratterizzano la nuova sperimentazione sono:

- **GRATUITA'**: in avvio, fondamentale per l'ingaggio della persona e del nucleo familiare anche per superare il disinvestimento che spesso si innesca a causa dei vincoli, della burocrazia e dei tempi di attesa (ISEE) nonché per garantire maggior equità rispetto ad altre misure;
- **TEMPESTIVITA'**: ovvero la possibilità, data la gratuità in avvio, di intervenire immediatamente dopo il momento dell'accesso in uno dei diversi luoghi di accoglienza, superando i tempi di attesa dati dalla creazione di liste o dal tempo di produzione documentale e di verifica dei requisiti d'accesso al sistema SAD distrettuale;
- **TEMPORANEITA'**: un servizio temporaneo per una massimo di tre mesi modulabile in relazione alla necessità, erogabile una sola volta per persona, al fine di avere uno spazio di costruzione della relazione di fiducia con la persona e del suo nucleo familiare e svolgere un'osservazione funzionale ad una progettazione più ampia e alla costruzione (e poi attivazione) di una rete di sostegno alla domiciliarità intorno alla persona;
- **INNOVATIVITA'**: un servizio non tariffato a prestazione oraria ma un budget di cura da quantificare in relazione ai livelli di complessità assistenziale e che preveda diversificate competenze e prestazioni. *Si veda ad esempio proposta allegato A.*

Le prime aree su in cui si ritiene di poter sperimentare questa nuova proposta di servizio sono:

- **le dimissioni protette**: ambito privilegiato ove intercettare situazioni connotate da fragilità e complessità per le quali avviare una valutazione multidimensionale e un progetto individualizzato che garantisca una continuità del percorso assistenziale;
- **nuovi accessi ai diversi punti di accoglienza** connotati da urgenza, e grave complessità, nello specifico: anziani non autosufficienti e/o fragili ultra 65 anni che presentano fattori di rischio sanitari (patologie, demenze e/o disabilità gravi) e/o sociali (età avanzata, condizioni abitative precarie, assenza di reti di supporto, problematiche economiche) con priorità per le situazioni non in carico ai servizi; casi particolari in situazione di aggravamento o casi particolari di età inferiori a 65 per i quali vi sono caratteristiche tali da rendere necessario e tempestivo l'avvio di un percorso di accompagnamento alla domiciliarità.

Oltre alla sperimentazione di questo voucher di cura, modulato a budget, la cui finalità è giungere ad una progettazione più ampia e alla costruzione (e poi attivazione) di una rete di sostegno alla domiciliarità intorno alla persona, si ritiene utile specificare che, qualora si ritenga necessario proseguire con un servizio domiciliare, questo sarà gestito nel rispetto del regolamento vigente (compartecipazione) ma con la modalità di prestazione non oraria ma a budget.

OBIETTIVO 4 - Favorire il riconoscimento e coinvolgimento delle realtà del volontariato nei progetti personalizzati a sostegno della domiciliarità.

Per dare attuazione all'obiettivo 4 si intende avviare le seguenti azioni:

- azione di mappatura delle realtà di volontariato presenti nel distretto cremasco affinché si dia valore alle esperienze in atto e si potenzi la conoscenza e l'informazione. Tale azione potrebbe essere sviluppata anche attraverso una connessione con il lavoro di comunità avviato grazie al progetto Fare Legami e resa poi disponibile mediante la piattaforma socio sanitaria. Si ritiene importante mappare i soggetti e cosa essi fanno;
- azione di coinvolgimento delle realtà presenti attraverso attività laboratoriali e/o formative da svolgere in collaborazione con la rete dei servizi locali anche orientata a valorizzare le competenze acquisite dalle realtà di volontariato in merito all'affiancamento delle reti familiari.

OBIETTIVO 5 - Favorire la qualificazione del lavoro di cura offerto dalle assistenti familiari sia mediante il potenziamento dell'offerta dei servizi sul territorio Cremasco che strutturando attività formative e l'utilizzo di nuove forme contrattuali (es. badante condivisa di quartiere e badante di condominio).

Per dare attuazione all'obiettivo 5 si intende avviare le seguenti azioni:

- sviluppo di azioni volte a garantire una maggiore qualità dei servizi di assistenza familiare in grado di sostenere:
 - una maggiore relazione tra assistente familiare, famiglia e territorio;

- attività formativa specialistica. In particolare si intende realizzare l'organizzazione di una formazione annuale realizzata con il contributo della rete ACLI e del sistema Doti Lombardia che metta a disposizione specifiche risorse economiche e garantisca la possibilità di attivare della Formazione strutturata "su misura";
- integrazione e coinvolgimento dei referenti dello Sportello Assistenti familiari nel progetto di vita della persona valorizzandone le competenze valutative e progettuali;
- strutturazione di un servizio che possa sperimentare la badante condivisa di quartiere, la badante di condominio e nuove forme di assunzioni contrattuali (es. l'utilizzo dell'interinale).

C - Aspetti che rendono innovativo il progetto

Gli aspetti che rendono particolarmente innovativo il progetto trovano la loro definizione nello specifico negli obiettivi 3-5. Per innovazione abbiamo inteso sia quegli elementi che per la prima volta verranno sperimentati nel territorio con lo scopo di verificarne la sostenibilità e l'eventuale sviluppo ed estensione su di una platea di beneficiari diversi (es. Sperimentazione SAD a budget di cura; badante condivisa; superamento della prestazione con l'idea di progettualità più ampia della domiciliarità che ricomprenda non solo interventi assistenziali ma promozionali e di supporto/sostegno anche ai caregiver) che quegli elementi che rafforzano e potenziano l'attuale assetto del sistema dei servizi legati alla domiciliarità valorizzandone le reti e la pluralità di competenze presenti nel territorio come specificato negli obiettivi 1-2-4.

D - Attori coinvolti

Il progetto coinvolge tutta la rete del sistema della domiciliarità così come rappresentata al punto 1: soggetti pubblici (Servizi Sociali Territoriali, Servizio sociale Ospedaliero, ASST, ATS - Cure primarie con i Medici di medicina Generale), privato sociale (Associazioni di volontariato, Cooperazione Sociale e Fondazioni/Residenze socio assistenziali), famiglie, caregiver e amministratori di sostegno.

E - Soggetti beneficiari

I soggetti beneficiari degli interventi sono molteplici:

Beneficiari diretti:

- anziani non autosufficienti e/o fragili ultra 65 anni che presentano fattori di rischio sanitari (patologie, demenze e/o disabilità gravi) e/o sociali (età avanzata, condizioni abitative precarie, assenza di reti di supporto) con priorità per le situazioni non in carico ai servizi; casi particolari in situazione di aggravamento o casi particolari di età inferiori a 65;
- assistenti famigliari;
- famigliari / caregiver – amministratori di sostegno di anziani fragili e in situazioni di complessità socio sanitaria;

Beneficiari indiretti:

- tutti i soggetti, gli operatori ed i volontari della rete del sistema della domiciliarità pubblici e del privato sociale.



8.2. Progetto di vita delle persone con disabilità

A - Le condizioni esistenti che spingono alla realizzazione di questo progetto

"Il coraggio è un calcolo che ci consiglia di affrontare un male per prevenirne uno maggiore" (Luis Philippe de Segur).

La qualità della vita, intesa come grado di autonomia, realizzazione personale, e integrazione sociale di una persona (Shalock & altri, 1989) è un concetto imprescindibile dell'essere umano che deve essere valorizzato fin dall'inizio del percorso di vita. Questo concetto, a maggior ragione, vale per tutti coloro che nelle scelte hanno necessità di essere sostenuti.

Ogni fase di vita si caratterizza per specifici bisogni: questi devono prevedere risposte che vanno dal massimo sforzo nello sviluppare tutte le funzioni (infanzia e adolescenza => abilitazione delle funzioni) alla continua ridefinizione dei sostegni a garanzia della qualità di vita. A fianco del disabile vi sono moltissime persone che, in base alle proprie competenze specifiche, supportano l'individuo in difficoltà nelle diverse fasi di vita co-costruendo e accompagnandolo nella definizione di un "progetto di vita". Nel progetto di vita vengono evidenziate le "finalità globali e specifiche", partendo dai desideri e dalle aspettative della persona e della sua famiglia e identificando poi, insieme ad esse, gli obiettivi generali e specifici di ciascuna fase affrontata.

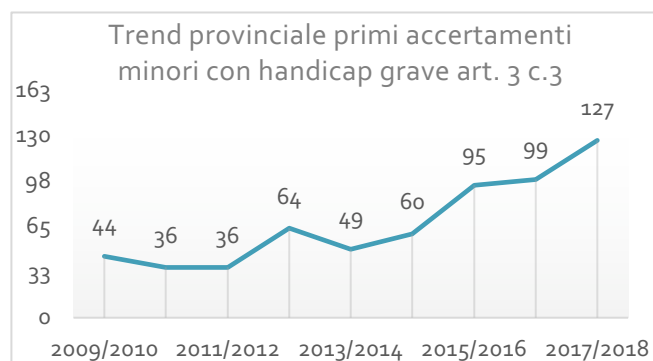
È sulla base di questo concetto che, seppur siano evidenti i diversi ostacoli che le persone adulte disabili incontrano quotidianamente nella realizzazione di sé stesse, si è pensato di focalizzare la nostra attenzione e la nostra azione a partire dalla pre-adolescenza. È in questo periodo, infatti, che diventa propedeutico cominciare a "lavorare" per creare le premesse necessarie all'ingresso nella vita adulta "su base di uguaglianza con gli altri".

Al fine di garantire una buona qualità di vita ed la valorizzazione della persona disabile nel suo percorso di vita, è necessario che i progetti tengano conto dei diversi ecosistemi (istituzione, scuola, famiglia, lavoro, etc) all'interno dei quali la persona disabile è inserita e delle proposte che da essi ne derivano.

Alla base del lavoro di interazione dei diversi ecosistemi ci deve essere la visione della "normalizzazione" dei modi e dei ritmi di vita della persona disabile e l'"integrazione" della persona disabile nel contesto di vita.

Nel nostro territorio invece non vi è una vera e propria *équipe* stabile composta da tutti gli attori che ruotano attorno al soggetto (famiglia, servizi socio-sanitari-riabilitativi, servizi sociali, scuola, servizi tempo libero...) o un luogo di pensiero continuativo; il Servizio SAAP offerto dai Comuni, inoltre, dovrebbe consolidare una visione degli obiettivi a lungo termine, centrati sull'interesse ed il benessere del minore disabile e legati ai diversi contesti di vita, evitando la frammentazione e l'estemporaneità, spesso dovute al turnover del personale scolastico.

Per la definizione del contesto all'interno del quale collocare le azioni di questo progetto è indispensabile analizzare e confrontare alcuni dati utili per rappresentare i possibili futuri scenari ai quali si andrà incontro nei prossimi anni in tema di disabilità adulta.



Dall'analisi del *trend* a livello provinciale dei primi accertamenti di alunni con handicap grave nel periodo 2009/2018 si evince che il numero di bambini e ragazzi certificati art. 3 c. 3 è quasi triplicato in meno di un decennio.

L'andamento del *trend* provinciale è sostanzialmente in crescita senza che vi sia ragione di ipotizzare una inversione dello scenario.

Analizzando i dati del Distretto di Crema nell'ultimo biennio è possibile fotografare il numero di minori per i quali dovrà essere attivata una nuova presa in carico.

Distretto di Crema - Primi accertamenti

	Handicap	Handicap grave	TOTALE
2016/2017	84	41	125
2017/2018	84	48	132

Dei 132 minori (erano 125 nell'a.s. 2016/2017) accertati nell'anno scolastico 2017/2018, 48 sono esitati in condizione di gravità (art. 3 c. 3) mentre i restanti 84 sono stati certificati art. 3 c. 1.

Risultano inoltre interessanti i dati relativi alle tempistiche di primo accertamento: 44 accertamenti (33, 5%) sono avvenuti durante la Scuola dell'Infanzia, 59 (44,7%) durante la Scuola Primaria, 16 (12,1%) durante la Scuola Secondaria di primo grado e 13 (9,9%) durante la Secondaria di secondo grado.

Da queste informazioni ne deriva che non è possibile sempre iniziare precocemente un intervento a supporto del minore disabile e della sua famiglia sin dai primi anni di vita perché, come dimostrato, un discreto numero di certificazioni (22%) purtroppo è stato rilasciato durante il ciclo degli studi secondari.

Altri dati del contesto sono quelli relativi ai progetti SAAP attivi sul territorio di Crema nell'anno scolastico 2017/2018.

PROGETTI SAAP A.S. 2017/2018 –DISTRETTO DI CREMA

SC. INFANZIA	SC. PRIMARIA	SC. SECONDARIA I° GRADO	SC. SECONDARIA II° GRADO	TOTALE
98	157	100	81	436

Il dato dei progetti SAAP della scuola secondaria di secondo grado risulta mediamente inferiore al dato relativo all'intero ciclo scolastico; ciò da una parte è coerente con il trend dei primi accertamenti provinciali (tab. 1) dall'altra evidenzia un immediato incremento degli alunni che avranno necessità di progetti personalizzati per l'uscita dal circuito scolastico.

PROGETTI SAAP A.S. 2017/2018 –SCUOLE SECONDARIE DI PRIMO E SECONDO GRADO

SCUOLA SECONDARIA PRIMO GRADO	CLASSE I	CLASSE II	CLASSE III
	32	36	30
SCUOLA SECONDARIA SECONDO GRADO	CLASSE I	CLASSE II	CLASSE III
	18	23	15
	CLASSE IV	8	
	CLASSE V	18	
	TOTALE	180	

Nei prossimi 8 anni 181 ragazzi (una media di 23 all'anno) usciranno dal circuito scolastico, media che si alza a 27 all'anno se si considera tutto il ciclo di studi. Questo dato va oltremodo stimato al rialzo se si pensa agli studenti che non hanno attivo il SAAP ma per i quali in futuro potrebbe rendersi necessaria una presa in carico.

Osservando come cambieranno gli scenari nei prossimi tre anni nelle Scuole Secondarie di Secondo Grado può notare come si passerà dagli 82 progetti attivi (una media di 16 all'anno) ai 139 (per una media di 28 all'anno) con un incremento del 70%.

Si riporta infine la distribuzione degli studenti del distretto negli istituti superiori: si rileva la significativa concentrazione degli studenti disabili in 2 istituti che accolgono il 48% degli alunni certificati frequentanti istituti del distretto e il 39% di tutti gli studenti certificati.

Si evidenzia l'importanza di un'evoluzione del lavoro d'équipe, soprattutto nel momento in cui il ragazzo adolescente esce dal ciclo scolastico e si trova a dover cercare i sostegni necessari per affrontare l'età adulta. E' in questo momento infatti che la famiglia si sente maggiormente in difficoltà, poco supportata e disorientata ad affrontare un momento così delicato ove le esigenze emergenti sono di tipo quantitativo, qualitativo e di condivisione

FREQUENTANTI SCUOLE SECONDARIE DI SECONDO GRADO - A.S. 2017/2018

SRAFFA	16
LICEO ARTISTICO MUNARI	13
CFP	7
PACIOLI	7
CFP SACRA FAMIGLIA	5
STANGA	5
RACCHETTI	3
CR FORMA	2
ISTITUTI FUORI DISTRETTO	16

e si rischia di trovare soluzioni secondo la logica dell'offerta standardizzata degli enti e non costruite invece a partire dalla persona stessa.

E' fondamentale quindi riorganizzare la presa in carico fin dalla Scuola Secondaria di primo grado, con un lavoro di equipe che supporti le famiglie anche nella scelta dell'Istituto scolastico superiore che sia il più idoneo allo sviluppo del progetto di vita del singolo ragazzo. Questo lavoro di condivisione e supporto continuerà poi nell'individuazione di possibilità e risorse nel progetto della persona.

Pertanto l'équipe deve essere quel "luogo" dinamico che accompagna la persona nel suo percorso di vita sostenendola nella sua piena realizzazione. Questo significa per il disabile e la sua famiglia avere un supporto costante nell'individuazione delle risorse più appropriate alla realizzazione del Progetto di Vita in quel particolare momento.

Allo stato attuale, le risorse esistenti alle quali si può accedere, oltre a non soddisfare appieno i bisogni delle persone disabili e delle loro famiglie, necessitano di una mappatura costante al fine di permettere alle équipe di valutare e scegliere le risorse migliori da attivare per la realizzazione del progetto.

B - Il progetto e gli obiettivi da raggiungere

La finalità verso la quale si vuole tendere riprende il concetto di Qualità di Vita, attraverso un modello che vede e pone la persona disabile e la sua famiglia al centro di un percorso di presa in carico globale, continuativo ed individualizzato. Ciò è possibile anche grazie ad una riorganizzazione funzionale delle risorse disponibili e alla ricerca di quelle che il territorio può offrire nell'ottica della personalizzazione, della differenziazione e dell'equità. Progettare nell'area disabilità significa partire dall'assunto di base, non scontato, che ogni individuo abbia una propria personalità differente dagli altri, riconoscendone l'unicità ed evitando l'omologazione alla categoria.

Il progetto intende far tesoro delle buone prassi già avviate con la sperimentazione SAAP, con il Tavolo di Continuità Assistenziale dell'ATS e con sperimentazioni portate avanti da singoli Istituti scolastici, da alcuni Comuni e da enti no-profit.

L'intento quindi è quello di "adottare" una presa in carico centrata sul Progetto di Vita attraverso l'individuazione di risposte innovative maggiormente aderenti ai bisogni delle persone, la creazione di condizioni per comunità includenti, l'ottimizzazione degli interventi esistenti, la messa a sistema delle risorse territoriali già presenti.

La finalità sopra citata si declina su due livelli differenti, uno più di macro-sistema e uno micro maggiormente centrato sulla singola persona:

- livello di macro-sistema dove creare un patrimonio di orientamenti culturali, di linguaggi e di strumenti a disposizione degli attori che intendono lavorare nella prospettiva della qualità della vita delle persone disabili (e dei loro progetti di vita) e delle loro famiglie;
- livello micro-individuale dove lavorare per garantire l'accompagnamento ed il sostegno in un'ottica di presa in carico continuativa, globale e aderente all'unicità della persona.

Sono state pertanto individuati i seguenti obiettivi funzionali alla finalità di questo progetto agendo su entrambi i livelli.

OBIETTIVO 1 - Implementazione e diffusione dell'approccio culturale centrato sul Progetto di vita.

Azione: Organizzazione e realizzazione di momenti formativi finalizzati a:

- allineare gli attori del territorio sulle normative vigenti e divulgare gli scenari culturalmente affermati sui temi della disabilità;
- condividere nuove opportunità e potenzialità di una modalità di operare centrata su un lavoro di équipe di progetto;
- condividere linguaggi e strumenti comuni a tutti gli attori che ruotano attorno alla persona disabile e alla sua famiglia nei vari contesti di vita (scuola, extra-scuola, servizi specialistici e di base, istituzioni, luoghi informali,...).

OBIETTIVO 2 - Creazione di un Luogo Permanente di raccordo sul tema Disabilità.

Azione: costituzione di un tavolo permanente sulla disabilità come:

- luogo di lettura dell'emergente e di analisi dei bisogni;
- luogo di orientamento e supporto alla programmazione delle politiche sociali territoriali;
- luogo di pensiero al fine di far maturare nuovi orientamenti e visioni.

OBIETTIVO 3 - Implementazione della piattaforma socio-sanitaria e del sito di Comunità Sociale Cremasca.

Azione: Realizzazione di sezioni dedicate a:

- la ricomposizione di quanto offerto dal territorio (privato sociale formale ed informale) in termini di risorse e opportunità. Tale sezione dovrà essere facilmente consultabile e aggiornabile.
- La ricomposizione delle misure economiche attivabili (elenco misure, tempistiche, modulistica, ...)
- La condivisione di informazioni e di documenti tra gli operatori sociali che operano e collaborano all'interno del Progetto di Vita.

Vengono individuati quali strumenti funzionali a questa azione la Piattaforma Socio-Sanitaria e il sito di Comunità Sociale Cremasca. La scelta dello strumento da utilizzare e relative modalità sarà oggetto di successivo confronto.

OBIETTIVO 4 - Avvio sperimentazione di Progetti di Vita.

Azione: Stesura e realizzazione di Progetti di vita personalizzati e costruiti attorno alle peculiarità, potenzialità, risorse e limiti della persona con disabilità. Il compito dell'équipe di progetto (composta dalla persona disabile, dalla sua famiglia, dalle istituzioni, dai servizi formali ed informali,...) consiste in:

- definire obiettivi a medio-lungo termine e obiettivi trasversali ai diversi ambiti di vita della persona con disabilità;
- favorire il raccordo e la convergenza verso gli obiettivi tra i diversi enti che ruotano attorno alla persona nella logica del superamento delle erogazioni di prestazioni e servizi intesa come "copertura" e assistenza;
- attuare il Progetto di Vita attraverso le azioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi definiti nel Progetto e gestendo le risorse individuate alla sua realizzazione con un Budget di Progetto (diritto allo studio, risorse bilancio comunali e/o risorse regionali, risorse familiari, altre risorse pubbliche e private, ecc).

OBIETTIVO 5 - Riqualificazione dei tempi di vita .

Azione: definizione di nuove modalità di utilizzo delle risorse e dei servizi esistenti e creazione di nuovi servizi al fine di fornire risposte aderenti al Progetto di Vita. Questo potrebbe favorire l'impiego delle risorse in attività maggiormente idonee, con modalità più efficaci ed efficienti e nei contesti appropriati. Si riporta a titolo esemplificativo il ricorso all'utilizzo del Servizio SAAP che, a fronte delle potenzialità tipiche dello strumento, si scontra

con i limiti e vincoli che l'attuale sistema presenta. Le ore che vengono dedicate al minore durante il periodo di frequenza scolastica potrebbero trovare collocazione non solo all'interno della scuola, ma anche in luoghi e momenti extra-scolastici, ed a seconda dei casi in un rapporto operatore/minore diverso dall'1/1.

OBIETTIVO 6 - Coinvolgimento del sistema scolastico

Azione 1: Favorire il processo di convergenza tra i diversi Istituti Scolastici del Distretto sul tema "Disabilità e Scuola" attraverso la condivisione delle problematiche rilevate e delle risorse disponibili, oltre alla creazione di relazioni e canali comunicativi.

Azione 2: Creazione di un luogo di raccordo tra le varie scuole al fine di individuare degli interlocutori rappresentativi delle problematiche e risorse della scuola.

C - Aspetti che rendono innovativo il progetto

Gli aspetti che rendono innovativo questo progetto (trasversali ad una o più azioni individuate al punto B) sono:

- l'approccio alla persona con disabilità nella sua totalità: implica la valutazione di tutti gli aspetti che incidono sulla sua Qualità di Vita (autodeterminazione, aspettative e desideri, inclusione, etc..) e correlati alle proprie competenze peculiari. Tutto ciò nella logica di un superamento della modalità operativa legata alle prestazioni erogate, con l'idea di una progettualità globale e più ampia che ricomprenda non solo prestazioni assistenziali, ma promuova un Progetto di Vita aderente ai bisogni, aspettative, potenzialità e limiti di ogni individuo pensato da un'équipe formata da tutti coloro che ruotano attorno al soggetto;
- la creazione di uno Zainetto di Progetto: il Progetto di Vita deve implicare la definizione di un budget complessivo (Zainetto) e necessario alla realizzazione delle azioni definite. Il Budget di Progetto può essere composto ricorrendo tanto ai canali già noti (diritto allo studio, risorse bilancio sociale comunali e/o regionali, risorse familiari, etc.) quanto a risorse alternative di natura economica e non. Così facendo si andrà verso un utilizzo delle risorse territoriali più efficace, evitandone la dispersione;
- l'istituzione di un luogo permanente composto da attori di diverse appartenenze e ruoli, che territorialmente sia di orientamento, di supporto alla programmazione delle politiche sociali territoriali e di aiuto nella lettura dell'emergente.

D - Attori coinvolti

Questo progetto coinvolge tutti i soggetti che in ogni forma e misura possono essere significativi per la realizzazione del Progetto di Vita, così come precedentemente rappresentato. Premesso che non esistono soggetti non interessati dalle tematiche connesse alla disabilità (le persone disabili, in quanto persone, hanno diritto come tutti ad ambire ad avere una casa, un lavoro, godere del tempo libero, praticare attività sportive, muoversi, esercitare una cittadinanza attiva, etc.), si individuano come attori dai quali partire: Il minore e la sua famiglia in quanto co-costruttori (e non solo beneficiari) del Progetto di Vita e corresponsabili del processo di presa in carico; i soggetti pubblici; le Amministrazioni Comunali tanto a livello di Servizio Sociale Territoriale quanto a livello di singoli Assessorati; la scuola nel ruolo di co-attuatore del progetto di vita e con l'aspettativa di una presenza attiva nei luoghi di programmazione; l'ASST quale interlocutore specialistico in ambito socio-sanitario; Comunità Sociale Creasca; il Privato Sociale; i soggetti della rete informale.

E - Soggetti beneficiari

Il primo beneficiario di tutti gli interventi previsti dal progetto è il minore con disabilità perché è al fine di valorizzare la sua persona che si costruisce e realizza il Progetto di Vita. Tutti gli altri soggetti (le famiglie dei minori con disabilità, gli operatori sociali del pubblico e del privato sociale, la scuola, gli enti pubblici, i soggetti della rete informale, la comunità) beneficiano del progetto, in qualità di stakeholders, nella misura in cui riusciranno a ricoprire meglio il loro specifico ruolo di co-responsabili diretti o indiretti dei Progetti di Vita.

8.3. Progetto Patto di Comunità

A - Le condizioni esistenti che spingono alla realizzazione di questo progetto

Il territorio cremasco ha avviato negli ultimi dieci anni un profondo ripensamento delle politiche sociali. Queste riflessioni sono nate dalla consapevolezza di dover avviare un cambiamento di fronte ad una situazione di grande trasformazione che caratterizza tutte le diverse componenti della società.

Già nel 4[^] Piano di Zona (2012-2014) si sono evidenziate visioni diffuse e ipotesi di lavoro quali elementi centrali che hanno ispirato le aree di priorità, le azioni progettuali realizzate ed un ripensamento complessivo della rete dei servizi in termini di potenziamento del lavoro di comunità come strategia innovativa.

Il primo elemento di cambiamento ha riguardato proprio il servizio sociale: nella consapevolezza che il "disagio" ci sarà sempre, era diventato prioritario superare l'illusione di poter "risolvere definitivamente le questioni", ed era necessario lavorare per gestire e trattare al meglio le situazioni, conoscendo al meglio il contesto in cui si opera, superando sterili generalizzazioni, imparando a leggere ed affrontare in modo attivo i fenomeni sociali. E' stata inoltre introdotta una modalità di lavoro sociale in grado di impiegare energie, risorse e tempo lavoro come investimento sul potenziale delle persone e delle famiglie, legittimando l'operato quotidiano verso aree di intervento non necessariamente segnate da gravità (fino a poco tempo prima target di utenza prevalente dei servizi di base).

Ulteriore elemento di cambiamento è stato il passaggio da un modello di lavoro sociale che prevede una modalità di affrontare il disagio attribuendo ai comuni di occuparsene per "obbligo" all'interno di un sistema di gerarchie e di responsabilità ad un modello di lavoro sociale che valorizza la costruzione di alleanze tra istituzioni pubbliche e realtà del privato sociale all'insegna della corresponsabilità. Questa visione richiede che siano costruite vicinanze tra tutti i soggetti che fanno parte della comunità locale, valorizzando a pieno le competenze, contaminando i "saperi", ricomponendo la frammentarietà e superando logiche di salvaguardia degli interessi. Poiché delle problematiche sociali non si occupano solo i servizi sociali, la cooperazione, le associazioni di volontariato e le realtà caritative, è stato avviato un processo di ampliamento e allargamento della rete e della sfera dei soggetti coinvolti per la promozione del benessere nelle comunità, con il coinvolgimento diretto di nuove realtà quali il mondo delle imprese, le associazioni di categoria, le organizzazioni sindacali, il sistema profit oltre a tutti i diversi settori della pubblica amministrazione.

Anche il 5[^] Piano di Zona (2015-2017) si è posto in piena continuità con gli orientamenti, i contenuti e i lavori che hanno caratterizzato il triennio precedente e ha portato a compimento il lavoro avviato per concretizzare le nuove visioni e la riorganizzazione del Servizio Sociale Professionale. In particolare, la dimensione comunitaria del lavoro sociale, indicata nel 4[^] Piano di Zona ha trovato il suo compimento nel lavoro di progettazione per la partecipazione al Bando della Fondazione Cariplo "Welfare di comunità e innovazione sociale". E' stato avviato un importante lavoro di progettazione territoriale, prima di natura distrettuale e poi in accordo con gli altri distretti provinciali di Cremona e Casalmaggiore, per giungere all'elaborazione del Progetto "FARE LEGAMI" che ha ottenuto il finanziamento Cariplo.

Molti degli obiettivi indicati nel 5[^] Piano di zona coincidono con gli obiettivi di "FARE LEGAMI". Il progetto aveva l'obiettivo di dare contenuti al Piano di Zona e il Piano di Zona quello di essere elemento di risonanza e di sviluppo programmatico dei contenuti del progetto.

Anche l'esperienza della co-progettazione sperimentata nel distretto dal Comune di Crema, ha rappresentato un tassello importante che si è aggiunto al ventaglio delle opportunità di collaborazione tra l'Ente Pubblico e il Terzo Settore: uno strumento innovativo attraverso cui il Terzo settore "è chiamato ad assumere un ruolo attivo, rischiando risorse proprie e proponendo soluzioni progettuali". La co-progettazione è divenuta uno strumento operativo e al contempo ha rappresentato una sfida per l'Ente Locale e per il terzo settore per modificare lo sguardo sul lavoro sociale, in continuità con quanto già avviato dai Piani di Zona.

La vulnerabilità è stato il target privilegiato di intervento nel progetto "FARE LEGAMI".

Se in passato erano più evidenti le situazioni di disagio conclamato e il lavoro dei servizi era concentrato sulla gravità, con la crisi economica si sono rese più visibili nuove tipologie di povertà, la vulnerabilità e la fragilità.

Il progetto, focalizzando l'attenzione sulla dimensione sociale, ha individuato alcuni fattori che possono concorrere in modo significativo a rendere la vulnerabilità sociale un fenomeno che riguarda fasce sempre più ampie di popolazione. Tali fattori sono ascrivibili a quattro dimensioni della vita di una persona, tutte importanti: i legami sociali, le relazioni intra-familiari e i carichi di cura, la casa, il lavoro.

Il venir meno di almeno una dimensione può costituire un fattore di rischio che, se non adeguatamente fronteggiato e se combinato ad altri elementi di precarietà, può far scivolare la persona in una condizione di emarginazione. Ciò che viene definita vulnerabilità è sostanzialmente uno stato di precarietà perdurante nel tempo e nello spazio, materiale e immateriale, che induce nelle persone un senso d'incapacità, di impotenza, di disorientamento, di sfiducia e solitudine. Questa condizione, nel migliore dei casi, non consente alle persone di emanciparsi in modo definitivo e risolutivo da situazioni di partenza poco favorevoli; nel peggiore dei casi impedisce di costruirsi e di esprimere serenamente un proprio progetto di vita.

Le persone, nelle diverse fasi della vita, a causa di eventi, avvenimenti, si possono trovare in una di queste dimensioni e possono oscillare e spostarsi da una dimensione all'altra, in un continuum a seconda di ciò che accade.

Nella sperimentazione di "FARE LEGAMI", a partire da quanto è stato appreso dalle azioni messe in campo, abbiamo provato a definire diverse possibili situazioni:

- **equilibrio instabile:** alcuni eventi della vita possono produrre nei soggetti dei disequilibri che a volte, attraverso le relazioni, si ristabilizzano. In questa dimensione il contesto è vicino e facilitante. In mancanza di relazioni e di legami è possibile scivolare verso la vulnerabilità. Il tempo, in queste situazioni, è un elemento incisivo. Prima queste situazioni si intercettano, prima sarà possibile evitare lo scivolamento.
- **vulnerabilità:** è la situazione in cui la problematicità esiste, è grave, ma è circoscritta. La persona ha di sé una percezione di risorsa, nonostante possano esserci elementi di vergogna e di depressione. Esiste una rete attorno al soggetto ma il soggetto stesso fatica a dividerne i problemi della vita. Il contesto non è espulsivo. Il soggetto vulnerabile che rimane in una situazione di stallo per circa un anno rischia di scivolare nella fragilità o nel disagio.
- **fragilità:** è la condizione in cui i problemi iniziano a strutturarsi e a cristallizzarsi. La persona inizia con l'aver un'immagine negativa di sé e ad identificarsi con il problema. Il sistema di relazioni è ancora presente, ma le persone iniziano ad allontanarsi. Il contesto inizia ad essere espulsivo.
- **disagio:** i problemi si strutturano e diventano multiproblematici, il contesto diventa quindi espulsivo.

A partire dagli apprendimenti derivanti dalle azioni, che hanno reso visibile il continuum delle dimensioni sopra citate, con il nuovo progetto si vuole promuovere un'ulteriore fase di lavoro per continuare a mettere in gioco una vicinanza sempre maggiore alle persone e ai contesti di vita, provando a costruire legami di fiducia e non di dipendenza, attivando una comunità competente che riconosca i bisogni e attivi delle risorse.

Le azioni sperimentate hanno permesso di approcciare nuove modalità di relazione nei confronti di un target poco conosciuto ai servizi che, anche per questa ragione, ha richiesto una messa in discussione dei servizi stessi e degli operatori. Su questa linea di azione si pone la nuova iniziativa progettuale che intende dare continuità e strutturazione a quanto sperimentato.

B - Il progetto e gli obiettivi da raggiungere

Il progetto intende valorizzare le azioni di generatività sociale già sperimentate all'interno di "Fare Legami" e le tre azioni principali che hanno caratterizzato il triennio precedente promuovendo una nuova declinazione di intervento sociale attraverso il "**Patto di Comunità**".

Tale strumento è in grado di agire sul singolo nucleo familiare in rapporto con l'esterno oppure sul gruppo/comunità che condivide interessi/difficoltà, attraverso un'assunzione di responsabilità da parte di tutti i soggetti coinvolti (operatori, beneficiari e comunità).

Il Patto di Comunità può avere le seguenti declinazioni:

- la presa in carico progettuale di una famiglia o di un singolo (*Patti di comunità per famiglie*) con riferimento al modello del patto generativo che riconosce la centralità delle risorse dei beneficiari e del loro contesto di vita secondo un approccio di attivazione ed empowerment. Il patto prevede la possibilità di investire un budget di welfare a sostegno delle azioni progettuali;
- l'investimento progettuale verso un gruppo o target specifico (*Patti di comunità per gruppi*) quali ad esempio i giovani di un determinato contesto, gli anziani di un quartiere, le famiglie di un particolare condominio, di un contesto scolastico (esempio sperimentazione Famiglie consapevoli); investimento finalizzato alla realizzazione di un progetto secondo il modello generativo che risponda ai criteri della corresponsabilità, vicinanza reciproca, rafforzamento della coesione sociale nella risoluzione di problematiche concrete (sistemazione degli spazi comuni, sostegno generazionale, attività legate al benessere sociale facilitante le relazioni). Il patto prevede la possibilità di investire un budget di welfare a sostegno delle azioni progettuali;
- l'investimento progettuale dei cittadini e delle organizzazioni che "abitano" i quartieri, le parrocchie, le scuole, i luoghi di aggregazione e in generale le zone vitali del territorio (*Patti di comunità per il territorio*). L'azione intende favorire i legami sociali in un'ottica di co-progettazione e corresponsabilità: la generatività sociale si realizza laddove i soggetti coinvolti, mentre operano per potenziare le risorse personali e del loro contesto, al contempo generano nuovo capitale sociale. Al contempo questa azione può dare risposta ai bisogni conciliativi delle famiglie. Il patto prevede la possibilità di investire un budget di welfare a sostegno delle azioni progettuali;
- l'investimento progettuale che si rivolge alle imprese (*Patti di comunità per le imprese*), finalizzato a realizzare in una prima fase una lettura dei bisogni conciliativi dei dipendenti e delle loro famiglie e la rilevazione della qualità delle relazioni lavorative. In una seconda fase l'individuazione delle strategie per promuovere il benessere personale e familiare dei lavoratori. Tali strategie necessitano di una forte condivisione tra il datore di lavoro, i vari livelli aziendali, le rappresentanze sindacali e la comunità

circostante, istituzionale e non. Il patto prevede la possibilità di investire un budget di welfare a sostegno delle azioni progettuali.

Il Patto di Comunità nasce dall'esperienza delle tre azioni del progetto "Fare Legami", ma permette di focalizzare il bisogno, le risorse del contesto e la forma più opportuna per realizzarlo, attraverso la flessibilità dello strumento.

In particolare il Patto di Comunità ha origine dal Patto Gener-attivo, dal quale eredita aspetti fondanti. Il Patto Gener-attivo, sperimentato con il progetto "Fare legami", si presenta come trasformazione della "presa in carico" tradizionale dei servizi socio-assistenziali, socio-sanitari e del lavoro, superando così una visione dell'intervento centrata sul singolo individuo, sui suoi bisogni e su azioni di supporto passive. Il patto rappresenta un accordo di collaborazione che investe sulle capacità delle persone e sui fattori di coesione sociale: consapevolezza e valorizzazione delle risorse/capacità individuali e familiari, attivazione delle rispettive relazioni, assunzione di precise responsabilità, reciprocità tra aiuto ricevuto e impegno attivo verso la comunità. La prospettiva di una tale innovazione mette al centro l'investimento sulla capacità di agire delle persone, che si configura sempre come una capacità di azione "in relazione" e inserita in un dato contesto sociale e ambientale. In altre parole, il supporto alla persona non è mai un semplice intervento sull'individuo, ma anche un'azione che "abilita" le sue possibilità di scelta, di decisione e di azione sia nell'ambito delle relazioni personali che nel contesto di vita (empowerment) affinché la persona/famiglia sia in grado di ri-attivarsi verso un cambiamento della situazione di difficoltà.

Il patto gener-attivo rappresenta un percorso individuale e/o familiare che coinvolge diversi soggetti, rispondendo a due ordini di bisogno:

- il bisogno del beneficiario del patto, ovvero quello di uscire da una fase di difficoltà transitoria causata da un evento o una serie di eventi, attraverso la riscoperta delle proprie risorse personali e il supporto del patto in termini di risorse umane ed economiche;
- il bisogno della comunità di prevenire lo scivolamento di alcune situazioni di vulnerabilità verso la fragilità o il disagio e di promuovere e rafforzare i legami sociali.

Il metodo utilizzato, prevalentemente focalizzato sul riconoscimento delle risorse della persona e del suo contesto, è l'aspetto che qualifica il patto gener-attivo e che lo rende effettivamente portatore di un valore sociale.

Il patto, infatti, è generativo:

- se è l'esito di una attenta valutazione focalizzata sulle risorse individuali, familiari, ambientali
- se è l'esito di un processo di attivazione della persona e della comunità verso un cambiamento
- se è l'esito di un processo di cambiamento "nella cultura dell'aiuto"
- se è l'esito di un processo di integrazione e contaminazione di saperi, professionalità e strumenti a tutti i livelli
- se le attività a corrispettivo sociale (generative) sono realizzate con gratuità e non sono sottoposte a condizionalità (se la persona non assolve ai propri impegni, non è prevista alcuna forma di "sanzione" o "revoca")
- se il beneficio ricevuto e offerto è reciproco e chiaramente individuabile (la persona che offre il proprio aiuto deve poter percepirsi contemporaneamente come "persona che dà un sostegno perché ne trae un beneficio" e la persona o la comunità che lo riceve deve poter riconoscerne i contenuti e i benefici)
- se attiva un processo di empowerment nella persona beneficiaria
- se crea o rafforza i legami tra le persone
- se permette al beneficiario di "vedersi" ed "essere visto" dalla comunità come risorsa e non come portatore di difficoltà.

Considerato quanto sopra esposto, il progetto intende promuovere nei territori del distretto la sperimentazione di processi virtuosi volti all'implementazione della generatività non solo individuale ma anche di gruppo. Il Patto di Comunità racchiuderà tutte le componenti essenziali della sperimentazione "Fare Legami": la corresponsabilità, la capacità di leggere e cogliere i fenomeni di vulnerabilità nella prossimità, la capacità di valorizzare le risorse, e di attivare pratiche di resilienza.

La generatività sociale che si attua nelle varie declinazioni del patto di Comunità è finalizzata alla prevenzione. Si intende evitare lo scivolamento da vulnerabilità a fragilità, attivando una comunità competente che riconosca i bisogni e attivi delle risorse. Attraverso il progetto 'Fare Legami' abbiamo riscontrato che esiste un continuum tra le possibili situazioni di vita in cui le persone si possono ritrovare.

Tale approccio trova una declinazione ancora più sistemica se riesce ad aprirsi alle contaminazioni con altre progettualità o misure e a interventi di prevenzione del disagio.

La metodologia può continuare ad essere quella della ricerca azione per consentire la definizione di un perimetro e non di un esito-traguardo da raggiungere.

Implementare il modello "Fare Legami" significa inoltre sostenere i vari contesti e territori che già hanno fatto esperienza di azioni generative; al contempo si rende però necessario offrirne l'opportunità a coloro che, ad oggi, non hanno potuto o voluto sperimentare azioni della progettualità. In questa direzione sembrerebbe utile valorizzare i ruoli

e le funzioni che hanno visto protagonisti i community maker, i lab maker, i coordinatori e tutte quelle figure che attraverso la vicinanza hanno cercato di facilitare i processi e favorirne gli apprendimenti.

Il progetto prevede di concentrarsi su due direttrici strategiche (macro strategie di intervento) per ciascuna delle quali si intendono raggiungere specifici obiettivi.

Prima macro strategia di intervento: Consolidare il processo di cambiamento culturale a diversi livelli: dagli amministratori agli operatori sociali

OBIETTIVO 1 - Ampliare, condividere e consolidare con gli amministratori gli orientamenti, le letture sociali realizzate in questi anni e le buone prassi attuative in tema di lavoro di comunità.

OBIETTIVO 2 - Promuovere un processo di corresponsabilità tra i diversi policy maker del territorio (amministratori pubblici e figure apicali del terzo settore) anche attraverso occasioni formative e di apprendimento che abbiano una maggiore strutturazione e continuità nel tempo.

OBIETTIVO 3 - Favorire lo sviluppo di modelli organizzativi che permetta di riconoscere ed impattare con fenomeni e dinamiche sociali e culturali nuovi, non necessariamente caratterizzati da problematicità.

OBIETTIVO 4 - Raccontare e diffondere i processi, gli esiti, gli apprendimenti, le buone prassi al fine di "contaminare" organizzazioni, operatori, amministratori, cittadini, comunità, privilegiando occasioni di sub ambito ma anche incontri di scambio di esperienze simili e su oggetti comuni di lavoro.

OBIETTIVO 5 - Sviluppare strategie e modalità comunicative finalizzate a promuovere adesione e partecipazione sulla base di un riconoscimento del valore della proposta.

Per dare attuazione a questi obiettivi si prevedono le seguenti azioni:

- **COMUNITÀ DI PRATICHE PER I POLICY MAKER:** realizzazione di incontri periodici tra Policy maker e il gruppo di lavoro "Fare Legami" volti alla lettura dei diversi punti di vista, alla gestione dei momenti di confronto, in risposta al bisogno di riconoscimento delle buone prassi realizzate nel proprio contesto e all'aspettativa di visibilità. Riconoscibilità e visibilità vengono orientati agli oggetti di lavoro, alle dinamiche virtuose attuate in ambito sociale, ponendo anche attenzione a supportare il ruolo dell'Amministratore Pubblico rispetto alla complessità normativa e di istanze (regionali e non) in cui opera e alla necessità di sostenere le azioni e i processi di welfare generativo. Questa azione comprende infatti, dei moduli formativi specifici, da declinare in tematiche utili e di supporto all'agire dei Policy maker. Una riflessione verterà sul definire tempi e luoghi di lavoro adeguati ad un approccio di welfare comunitario. Si intende inoltre incontrare i nuovi amministratori a seguito delle elezioni di giugno 2018 e maggio 2019.
- **INCONTRI DI CONDIVISIONE BUONE PRASSI PER OPERATORI:** presentazione degli strumenti che sostengono la lettura delle risorse del soggetto, del suo sistema di relazioni e favoriscono la costruzione di progettualità. Si tratta di allestire momenti di confronto e affiancamento partendo dagli strumenti e dalle modalità che gli operatori utilizzano per realizzare la raccolta dati e la valutazione. Definizione e condivisione delle modalità di coinvolgimento di "altri soggetti sociali" nelle fasi del processo di conoscenza delle situazioni intercettate, attraverso incontri periodici con le figure di riferimento dei singoli territori. Costruzione di un vademecum che raccolga le esperienze già realizzate nei setting di lavoro evidenziandone nuove proposte fruibili dagli operatori. Inoltre particolare attenzione verrà posta ai seguenti aspetti: luoghi di incontro (ripensandoli e riallestendoli) e tempi di lavoro (riorganizzazione).

Seconda macro strategia di intervento: rafforzare il processo di integrazione tra modalità di lavoro più tradizionali e le nuove acquisizioni attraverso esperienze mirate di accompagnamento-affiancamento.

OBIETTIVO 6 - Sostenere una riformulazione del ruolo più simmetrica nelle differenze rispetto a modalità di collaborazione e di connessione con le reti formali e informali sui diversi oggetti/progetti.

OBIETTIVO 7 - Potenziare il lavoro relativo alla dimensione relazionale di aiuto attraverso un cambio di ruolo degli operatori, sempre più imprenditori di rete e capaci di essere accanto per facilitare.

OBIETTIVO 8 - Consolidare la logica che rifugge risposte di tipo assistenzialistico e/o preconstituito al fine di favorire la centralità della persona primariamente attraverso la rilevazione delle sue risorse.

OBIETTIVO 9 - *Sperimentare nuovi setting di lavoro che permettano di viverci sia come operatori che come cittadini attivi.*

OBIETTIVO 10 - *Sostenere e/o rimodulare le progettualità del lavoro di comunità già in essere secondo il modello sperimentato in Fare Legami, favorendone il consolidamento degli apprendimenti e creando collegamenti e contaminazioni.*

Il progetto si caratterizza per la forte valenza di integrazione sia all'interno del Distretto (integrazione tra i 48 Comuni del Distretto cremasco), tra i diversi profili (amministratori e tecnici) e tra i diversi attori (enti locali, enti del privato sociale e comunità informali) in un'ottica di collaborazione/ integrazione tra i servizi territoriali, le associazioni di volontariato e il terzo settore, al fine di attivare una "comunità accogliente". A tale scopo si prevedono le seguenti azioni:

- **LAVORO DI COMUNITA'**: rimodulazione delle progettualità del lavoro di comunità garantendo azioni di vicinanza, scambio e confronto al fine di diffondere le buone prassi per aumentare le competenze nel riconoscere i bisogni e le risorse della comunità stessa. Pianificare e promuovere nuove azioni fondate sugli apprendimenti acquisiti. Si intende quindi attuare azioni che favoriscano la responsabilità della comunità, ne evidenzino il ruolo acquisito di attore sociale e la dimensione solidale. L'azione si svolge attraverso fasi di monitoraggio e di formazione declinate in base ai bisogni-risorse della comunità di riferimento. Verranno organizzati, con una modalità di coinvolgimento crescente, occasioni di incontro e confronto dall'assemblea pubblica ai focus group, a seconda delle specificità dei territori e ai livelli di apprendimento e appropriazione dei contenuti del lavoro di comunità.
- **PATTI DI COMUNITÀ**: il Patto di Comunità è l'evoluzione dell'esperienza dei laboratori di comunità, laboratori per le imprese, Civic Center e Patti generativi. Si tratta di progettualità che possono coinvolgere singoli, famiglie, gruppi, quartieri, microcontesti, imprese, scuole, luoghi di aggregazione, oratori, comuni ecc. L'idea chiave su cui si fonda il Patto di comunità, come emerge dalla valutazione del progetto Fare legami, è la generatività, la corresponsabilità e i legami di comunità; si traduce in forme differenti a seconda del target e del contesto. Il Patto di comunità verrà dotato di un budget declinabile in specifiche attività:
 - a. **Costruzione del legame di comunità**: sostegno economico ad attività funzionali a creare, supportare, sviluppare, rinforzare i legami di comunità. Azione ascrivibile nella animazione territoriale, nelle dinamiche occupazionali, nell'attenzione al benessere nei luoghi di lavoro, nella dimensione conciliativa a seconda della progettazione del Patto di comunità. L'azione intende sviluppare reti, scambi, un welfare generativo e comunitario, attraverso un ingaggio continuo dei diversi target della comunità;
 - b. **Intervento formativo per il gruppo locale del Patto**: tutti soggetti del contesto specifico considerando le diverse risorse esistenti. Potrebbe quindi occuparsi della formazione del gruppo e della rete (es: team building, dinamiche decisionali, funzionamento ruoli etc...) e dell'apprendimento degli strumenti progettuali e gestionali. La formazione perciò potrebbe essere volta alla valorizzazione della risorsa-legame nel proprio contesto al fine di giungere allo sviluppo di azioni coerenti (per area problematica e/o per risorse messe in campo);
 - c. **Monitoraggio**: accompagnamento del soggetto-soggetti che intendono attivare il Patto di Comunità con il team di "Fare Legami" al fine di sostenere tutte le fasi del processo: lettura del bisogno e intercettazione della vulnerabilità, definizione dell'oggetto di lavoro, proposta progettuale, consolidamento del gruppo di lavoro, valutazione in itinere e post progetto.
- **GRUPPO DI ATTIVAZIONE**: per la realizzazione delle diverse azioni progettuali, a fronte degli esiti raggiunti nella sperimentazione di "Fare Legami", si ritiene necessario valorizzare e sostenere le competenze acquisite dalle figure professionali coinvolte in qualità di Coordinatori delle azioni e in qualità di Community Maker. La messa a disposizione dei territori di questo team qualificato è risorsa di sostenibilità e qualità del processo del lavoro di comunità. Inoltre è garante della coerenza delle azioni comunitarie agli obiettivi del Piano di Zona. Si ritiene fondamentale attivare un processo di contaminazione che coinvolga altre figure del territorio che siano vicine al contesto e ai suoi bisogni per trasferire competenze, ruoli e funzioni. Al fine di favorire la continuità del lavoro già in essere sul Distretto, il team qualificato dovrebbe comprendere anche le figure dei Lab maker e dei Coordinatori dei Civic Center: soggetti che hanno acquisito competenze di coordinamento operativo durante la sperimentazione di "Fare Legami". Si ritiene inoltre che nei territori dove si avvieranno nuove esperienze, la componente economica di ingaggio rappresenterà un aspetto da considerare al fine di supportarne l'avvio e la tenuta della progettualità. L'azione, mediante incontri, tavoli distrettuali e focus group tematici, prevede diverse fasi di accompagnamento per individuare e leggere bisogni-risorse, per

contestualizzare le azioni nei territori (patti di comunità); per supportare nella gestione delle azioni (coaching, relazioni ravvicinate).

C - Aspetti che rendono innovativo il progetto

Per poter evidenziare gli aspetti innovativi dell'attuale progetto è importante riprendere alcuni elementi che hanno caratterizzato il progetto Fare Legami. All'interno del progetto Fare Legami si sono già sperimentati diversi livelli di "innovazione": di idee e contenuti (generatività e target vulnerabilità), di forme organizzative (civic center, laboratori di comunità, anche nelle imprese), di metodologie professionali (patti), e di processi sociali (nuovi setting, gruppi locali). Pensando all'innovazione come processo si può affermare che Fare Legami abbia sperimentato delle azioni che hanno decostruito i processi tradizionali, in termini di cristallizzazioni di ruoli, prassi e visione in termini di problema e non di risorsa. Il passaggio successivo per alcuni contesti e per alcuni operatori è stata una riformulazione del lavoro sociale, con nuove simmetrie, setting e oggetti di lavoro. Tale sperimentazione è avvenuta però a macchia di leopardo e quindi con il nuovo progetto si intende promuoverne una maggiore diffusione e sistematicità.

Alla luce degli apprendimenti evidenziati, con questa nuova progettualità intendiamo avviare una NUOVA FASE, dall'ampio potenziale innovativo, che è possibile esplicitare nei seguenti punti.

La promozione di accompagnamenti professionali degli operatori nei singoli contesti, attraverso la vicinanza e il potenziamento delle relazioni simmetriche e ravvicinate tra i soggetti coinvolti, facilita l'apprendimento dei contenuti sia sull'oggetto che sul processo; si tratta di un elemento non visto nella prima fase, ma già sperimentato in corso d'opera con Fare Legami. Si intende quindi potenziare in modo capillare il ruolo dei coordinatori e inoltre promuovere un gruppo locale 'dedicato' con obiettivi specifici, per ogni subambito: come accompagnamento sull'oggetto ma anche al cambiamento culturale e sociale, individuando in ogni territorio altri soggetti che già rappresentano un riferimento per il territorio, con l'intento di scardinare le cristallizzazioni di alcuni contesti attraverso il lavoro di comunità.

La possibilità inoltre di favorire e sviluppare sperimentazioni di welfare comunitario e generativo è essa stessa un elemento innovativo delle pratiche sociali. Essa passa anche attraverso una rimodulazione dei setting sia in base alle esigenze dei soggetti che delle singole realtà coinvolte, con accompagnamenti mirati che tengano conto delle diverse velocità dei soggetti e dei contesti e riescano ad agevolare spazi di ascolto al di fuori di contesti tradizionali, luoghi in cui è inoltre possibile intercettare nuove situazioni attraverso la collaborazioni con "soggetti sentinella". L'idea è quindi di avvicinare gli operatori nel loro lavoro di ascolto e accompagnamento ai "luoghi dell'abitare".

Altro elemento innovativo è la promozione di una formazione capillare sul lavoro di comunità che coinvolga tutti i soggetti (amministratori, operatori sociali del pubblico e del privato, cittadini attivi, ecc) anche come parte attiva sia nella lettura dei bisogni che nella attivazione delle progettualità; una formazione che può incentivare una visione progettuale sulle persone a cui poi si collegano i vari progetti singoli.

Si intende inoltre favorire la contaminazione e la connessione con altri progetti come un elemento di contenuto e non solo di processo, perché sia presidiata e sostenuta una visione di insieme sulla persona che rischia altrimenti di essere parcellizzata su singoli progetti/finanziamenti. In tale modo si può assistere ad un cambiamento dell'immaginario dell'operatore da parte della comunità ma anche che lo stesso si approcci alle situazioni non solo connotate come "problema". Al fine di poter agire sulla situazione nella sua globalità può essere utile adottare strumenti quali la co-progettazione e il lavoro in microequipe.

In conclusione il gruppo considera quale elemento di innovatività del progetto l'aspirazione che la sperimentazione possa diventare "ordinario".

D - Attori coinvolti

Il progetto Fare Legami ha promosso la collaborazione di diversi soggetti del pubblico e del privato sociale, permettendoci di sperimentare come territorio non solo la collaborazione su singoli progetti o azioni ma delle modalità di lavoro finalizzate alla costruzione di una reale forma di corresponsabilità: costruzione della rete con tutti i soggetti interessati, analisi dei bisogni della comunità condivisa, definizione di azioni e strategie per rispondere ai bisogni emersi a cui corrispondono ruoli e tempi, monitoraggio e verifica sia del processo che degli esiti.

In questo percorso abbiamo verificato che è opportuno costruire delle reti a partire dalle realtà più vicine ai contesti o alle persone/famiglie/gruppi. La prossimità con le persone che rappresentano le realtà e non solo gli enti formali e la capacità di leggere e accompagnare i processi di cambiamento sono l'elemento di snodo che ha facilitato non solo l'avvio ma anche la continuità di alcune azioni. Attraverso il progetto intendiamo sviluppare, potenziare o consolidare questa modalità di aggancio e sostegno alle realtà vicine al contesto e alle problematiche che si intendono sviluppare.

Possono essere attori coinvolti nei singoli contesti: operatori del pubblico: comuni, servizi distrettuali; ASST: operatori di Azienda Ospedaliera, Consulitori, CPS, SERD, UONPIA; operatori di ATS; insegnanti e dirigenti degli istituti scolastici; forze dell'ordine e Prefettura; operatori e volontari del terzo settore: cooperative sociali, associazioni, enti accreditati, ecc; volontari delle parrocchie e degli oratori; operatori delle imprese e del privato profit; gruppi informali; cittadini attivi.

E - Soggetti beneficiari

Sono soggetti beneficiari tutti quei soggetti che partecipano alle azioni del progetto all'interno di un processo virtuoso in cui i beneficiari possono diventare anche attori e viceversa. Ad esempio amministratori e operatori sociali sono attori promotori delle singole azioni, ma diventano anche i beneficiari di un percorso di accompagnamento che facilita il passaggio dalla comprensione, alla condivisione degli obiettivi del lavoro di comunità, alla appropriazione, tenuta delle modalità di lavoro acquisite.

Sono soggetti beneficiari delle azioni formative e di accompagnamento: amministratori e stakeholder dei singoli territori (scuole, imprese, profit, scuole, ecc); operatori sociali del pubblico e del privato; volontari di associazioni e parrocchie; gruppi informali e cittadini attivi.

Sono soggetti beneficiari delle esperienze dei Patti di comunità: singoli e famiglie; gruppi informali; le comunità (a diversi livelli).

Diventano soggetti beneficiari anche quei luoghi che possono sperimentare un processo di ri-significazione, quali: microcontesti (condomini, piazze, oratori, ecc); scuole; imprese.



Organismi e sistemi di governance

I contenuti del presente punto sono desunti da quanto riportato in modo più esteso nell'Accordo di Programma per l'attuazione del Piano di Zona 2018-2020. In questa sezione del documento se ne richiamano i passaggi fondamentali.



Come illustrato nello schema, il Comitato Ristretto si configura come un organismo finalizzato a facilitare l'azione di raccordo e di scambio comunicativo tra i diversi soggetti sottoscrittori e aderenti all'Accordo di Programma e a presidiare il necessario raccordo tra programmazione e gestione.

Nello specifico il Comitato Ristretto assume funzione di comitato politico-amministrativo di riferimento sia per il presidio delle questioni di natura programmatica connesse all'attuazione e allo sviluppo dei contenuti del Piano di Zona, sia di interazione con la dimensione gestionale e operativa attuata dall'Azienda Speciale Consortile Comunità Sociale Cremasca (CSC). In tal senso il Comitato Ristretto diviene snodo centrale del sistema di governance locale e consente ai sindaci dell'Ambito di essere direttamente connessi sia con la programmazione sia con le conseguenti ricadute gestionali.

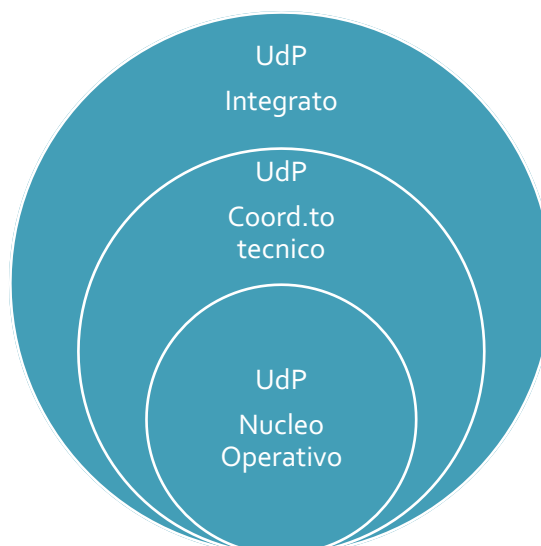
Il coordinamento operativo tra i diversi enti ed i diversi progetti di attuazione del Piano di Zona è svolto da un organismo di supporto tecnico ed esecutivo, rappresentato dall'Ufficio di Piano, quale soggetto di supporto alla programmazione, responsabile delle funzioni tecniche, amministrative e della valutazione degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi del Piano di Zona.

In conseguenza dell'alto livello di importanza assegnato alla programmazione zonale, appare fondamentale che la pianificazione sia presidiata attraverso professionalità qualificate e modelli organizzativi che consentano di dare valore a tale funzione.

A tale proposito si definisce che l'Ufficio di Piano si avvalga della personalità giuridica dell'ente capofila dell'Accordo di Programma, individuato nel Comune di Crema, che garantisce la presidenza dell'Assemblea dei Sindaci e la responsabilità tecnica dell'Ufficio di Piano.

Con questo Piano di Zona si introduce una nuova strutturazione dell'Ufficio di Piano pensata proprio al fine di rispondere meglio alla forte dimensione strategica che viene attribuita a tale organismo e per favorire condizioni migliori per fronteggiare in modo qualificato ed efficiente le molteplici competenze che allo stesso sono attribuite sia dal livello nazionale che regionale.

Il nuovo Ufficio di Piano nel prossimo triennio sarà strutturato su tre livelli di operatività:



1. **UdP - Nucleo Operativo:** un ufficio composto da operatori dell'ente capofila e di **Comunità Sociale Cremasca** a.s.c. che ha il compito di presidiare l'operatività quotidiana di tutte le procedure, le scadenze, gli adempimenti amministrativi, il monitoraggio e le diverse attività che compongono l'attività dell'Ufficio di Piano. Fanno parte del Nucleo Operativo il Responsabile dell'Ufficio di Piano individuato dal Comune di Crema, il Coordinatore dell'Ufficio di Piano, individuato da CSC, e un numero adeguato di operatori tecnici e amministrativi.
2. **UdP - Coordinamento Tecnico:** uno spazio stabile di incontro e di raccordo tra il Nucleo Operativo, i referenti tecnici delle équipe di servizio sociale professionale dei sub ambiti, la Direzione di CSC e un referente tecnico dell'ASST Crema. Il Coordinamento tecnico è lo spazio di ascolto dei territori, di elaborazione delle proposte e delle modalità di realizzazione delle diverse procedure, di confronto in relazione ai servizi gestiti a livello sovra comunale e di ambito, di possibile sviluppo di nuove progettualità e di verifica dell'effettiva attuazione sul territorio dei contenuti delle diverse azioni del Piano di Zona.
3. **UdP – Integrato:** una modalità strutturata di partecipazione e concorso attivo allo sviluppo dei contenuti del Piano di Zona da parte di tutti i soggetti aderenti all'Accordo di Programma. La presenza fattiva nell'Ufficio di Piano del Terzo Settore e delle diverse componenti la comunità locale è da sempre stato un punto di forza del nostro modello. Alla luce dell'art. 55 del Decreto Legislativo 3 luglio 2017, n. 117, il ruolo del terzo settore è stato ulteriormente valorizzato. In tale prospettiva l'UdP Integrato è la modalità concreta per agire la dimensione della co-programmazione pubblico/privato sociale e per favorire il pieno coinvolgimento di tutti gli attori locali nella traduzione operativa delle azioni contenute nel nuovo PdZ. Al fine di garantire un ruolo di raccordo con tutti gli enti aderenti e favorire la condivisione dei contenuti discussi, oltre ai componenti dell'UdP Coordinamento Tecnico saranno invitati a partecipare all'UdP integrato fino a 2 rappresentanti designati da ognuna delle seguenti categorie di soggetti potenzialmente aderenti all'Accordo di Programma: associazioni di volontariato, cooperative sociali, enti di promozione sociale, realtà che operano nell'area sociale e educativa per le diocesi interessate, fondazioni, istituzioni scolastiche del territorio. Al fine di dare concretezza alla dimensione di corresponsabilità del pubblico e del privato sociale nella conduzione dell'UdP Integrato, si prevede la costituzione di un gruppo di coordinamento composto dal coordinatore dell'Ufficio di Piano e da quattro referenti del "privato sociale" designati dai soggetti aderenti, per una piena co-conduzione

dei lavori dell'UdP Integrato. L'UdP Integrato potrà inoltre procedere alla costituzione di tavoli tematici di progettazione partecipata.

La relazione tra pubblico-privato sociale, in continuità con il passato, si conferma un asse portante della co-programmazione zonale che trova attuazione con la partecipazione attiva e fattiva del Terzo settore all'Ufficio di Piano Interato e, nella prospettiva dell'art. 55 del Dlgs 117/ 2017, nella linea di lavoro che prevede lo sviluppo di percorsi di co-progettazione e di co-gestione, come illustrato ai punti 7.7 e 7.8 del presente documento. In tale scenario, in accordo i soggetti coinvolti, si potranno sviluppare idonee modalità di raccordo a livello distrettuale con il **Tavolo di consultazione sociosanitaria** promosso da ATS Val Padana.

La programmazione sociale territoriale prevede la stretta collaborazione e l'attiva partecipazione dell'Ambito Distrettuale di Crema alla **Cabina di Regia** Integrata a supporto del processo di integrazione sociosanitaria e sociale, attivata da **ATS Val Padana** di cui all'articolo 6, comma 6, lettera f) della LR 23/15.

La Cabina di Regia opera al fine di evitare duplicazioni e frammentazione nell'utilizzo delle risorse e nell'erogazione degli interventi e contestualmente per garantirne appropriatezza ed equità territoriale. Rappresenta un'importante risorsa che si pone in sinergia con le funzioni del Dipartimento della Programmazione per l'Integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie con quelle Sociali, a supporto della Conferenza dei Sindaci di ATS e delle Assemblee Distrettuali.

Il coordinamento complessivo tra Sistema sociale e ATS è conseguentemente descrivibile secondo il seguente schema:

- Consiglio di Rappresentanza: Direzione strategica ATS (con il supporto della Direzione Sociosanitaria):
 - decisioni strategiche, di indirizzo, non solo di materia strettamente sociosanitaria;
 - gestione delle attività della Conferenza dei Sindaci ATS;
 - definizione delle linee di indirizzo per le Assemblee Distrettuali e di Ambito.
- Cabina di regia integrata: Direzione Sociosanitaria (coord.to UOC Raccordo Sist. Sociale):
 - supporto tecnico per Consiglio di rappresentanza;
 - analisi risorse ed organizzazione;
 - processi di uniformità territoriale;
 - partecipazione ASST.
- Coordinamento UdP: UOC Raccordo sistema Sociale (supporto altre UOC per competenza):
 - raccordo tecnico con Ambiti;
 - informative su DGR e problematiche territoriali
 - pre-analisi tecnica;
 - partecipazione tecnica ASST (dove possibile)
 - strumenti di monitoraggio.

L'UdP – Nucleo Operativo, oltre a garantire la presenza ai lavori della Cabina di Regia Integrata e del Coordinamento degli Uffici di Piano, avrà il compito specifico di favorire un puntuale scambio informativo con l'ATS e la massima collaborazione affinché possono essere adeguatamente esercitate le funzioni di monitoraggio, verifica e controllo degli interventi e dei servizi integrati sociali e sociosanitari e le attività di monitoraggio-controllo relative all'erogazione e utilizzo delle risorse dei fondi sociali (Fondo Sociale Regionale, FNPS, FNA). In tale prospettiva, oltre agli strumenti e alle modalità ordinarie di raccordo e di monitoraggio già in essere, assume particolare rilevanza il contenuto declinato all'Azione di cui al punto 7.1 - Cartella Sociale Informatizzata: dalla "cartella" alla "piattaforma socio-sanitaria".

Sulla base dell'esperienza maturata nel corso nei precedenti Piani di Zona, viene rinnovata la funzione e confermato il valore del modello che prevede l'organizzazione per **sub-ambiti**.

I comuni di Pandino, Sergnano, Bagnolo Cremasco, Soncino e Castelleone assumono il ruolo di referente di sub ambito e si impegnano a garantire forme di coordinamento tra i diversi comuni che compongono il sub ambito sia sul piano **politico-amministrativo** attivando tutte le modalità di incontro, raccordo e condivisione previste dall'Accordo di Programma, sia sul piano **tecnico – professionale**, individuando e formalizzando l'incarico a specifiche figure che assumano la funzione di coordinatore tecnico dell'equipe di servizio sociale professionale sovracomunale di sub ambito.

La relazione con **Comunità Sociale Cremasca a.s.c.** è sempre più qualificata dalla presenza stabile dell'Azienda ai diversi livelli di confronto e di lavoro integrato soprarichiamati. Sul piano procedurale il Contratto di servizio distrettuale con Comunità Sociale Cremasca a.s.c. è lo strumento guida che definisce il mandato operativo alla Azienda. A tale proposito si evidenzia che sulla base del Piano di Zona approvato dall'Assemblea dei Sindaci, viene definito il Contratto di Servizio triennale con Comunità Sociale Cremasca, attraverso il quale si definiscono gli obiettivi gestionali. Di anno in anno, con l'approvazione del Piano Operativo si potrà integrare il Contratto di servizio con l'assegnazione puntuale dei budget stabiliti in sede programmatoria.



Quadro Economico

Si riportano di seguito i budget analitici a sostegno degli obiettivi indicati nel punto 7 e nel punto 8 e che costituiscono il **Piano Operativo 2018**, primo anno di attuazione del presente Piano di Zona.

OBIETTIVO 1: CARTELLA SOCIALE	
Azione 1: Sistema cartella sociale	
Gestione e sviluppo software	€ 12.000,00
Piattaforma cartella sociale	€ 14.274,00
Azione 2: Informatizzazione	
Sviluppo sistemi informatici	€ 5.000,00
Noleggio Tablet	€ 10.000,00
Azione 3: Formazione e promozione	
Eventi e formazione	€ 3.000,00
Azione 4: Gestione operativa	
Costo del personale	€ 24.769,57
TOTALE OBIETTIVO 1	€ 69.043,57

OBIETTIVO 2: MODELLO UNITARIO SERVIZIO SOCIALE	
Azione 1: Servizio Sociale in convenzione con CSC	
Servizio sociale comunale	€ 305.000,00
Supporto amministrativo alle attività	€ 15.000,00
Azione 2: Coordinamento Sub Ambito	
Indennità di coordinamento	€ 18.397,92
Rimborso ai Comuni per coordinamento	€ 28.335,95
Azione 3: Accoglienza	
Punti accoglienza distretto/sub ambiti	€ 189.225,26
Risorse derivanti da ex budget Indennità di coordinamento	€ 45.337,52
Supporto Amministrativo	€ 50.000,00
Percorso formativo	€ -
Azione 4: Servizio Sociale Distrettuale	
Servizio sociale di distretto gestito da CSC	€ 29.495,69
Consulente legale	€ 6.000,00
TOTALE OBIETTIVO 2	€ 686.792,34

OBIETTIVO 3: SERVIZIO TUTELA MINORI	
Azione 1: Servizio Tutela Minori	
Coordinamento TM	€ 50.000,00
Equipe Tutela Minori - Assistenti Sociali	€ 177.181,73
Equipe Tutela Minori - Psicologi	€ 81.602,61
Supervisione / Formazione	€ 5.000,00
Azione 2: Servizio Affidi	
Coordinamento Affidi	€ 27.334,25
Centro Adozioni e Affidi - Assistente Sociale	€ 20.755,37
Centro Adozioni e Affidi - Educatore	€ 20.848,64
Consulente legale	€ 5.000,00
TOTALE OBIETTIVO 3	€ 387.722,60

OBIETTIVO 4: SERVIZIO INSERIMENTO LAVORATIVO	
Azione 1: Servizio Inserimento Lavorativo	
Referente servizio	€ 23.865,70

Equipe Integrazione lavorativa - Educatore	€	17.364,84
Equipe Integrazione lavorativa - Psicologo	€	6.110,00
Supporto amministrativo alle attività	€	6.727,00
Formazione tirocinanti	€	300,00
TOTALE OBIETTIVO 4	€	54.367,54

OBIETTIVO 5: GESTIONE ASSOCIATA		
Azione 1: Gestione servizi accreditati		
SAAP	€	2.663.204,29
SAD	€	644.147,77
ADM- ADEA	€	187.728,27
SAAP Comune di Crema	€	30.000,00
Implementazione gestione ulteriori servizi (SIP/AID/AIM)	€	22.402,15
Gestione informatizzata dei servizi	€	1.000,00
Revisione sistema domiciliarità	€	-
Gestione del servizio SSD	€	19.851,36
Supporto amministrativo alle attività	€	17.779,44
Azione 2: Gestione rette TM		
Gestione rette	€	1.480.000,00
Supporto amministrativo alle attività	€	10.000,00
Azione 3: Gestione Centro Diurno Minori		
Gestione rette	€	68.000,00
Affitto sede	€	6.000,00
Supporto amministrativo alle attività	€	3.796,77
Azione 4: Gestione CDD "Il Sole" di Crema		
Costo del servizio esternalizzato	€	599.402,50
Affitto sede	€	40.603,60
Tassa di registro	€	396,40
Rimborso ATS	€	30.000,00
Supporto amministrativo alle attività	€	11.211,66
Azione 5: Gestione Fondi Distrettuali		
SAP - Sistema premiante - da finanziare	€	-
SAD - Sistema premiante - da finanziare	€	-
ADM - Sistema premiante - da finanziare	€	-
Supporto amministrativo alle attività	€	-
Azione 6: Servizio di emergenza sociale		
Costo del servizio esternalizzato	€	19.200,00
Costo degli interventi	€	5.000,00
Supporto del servizio sociale distrettuale	€	3.863,66
Azione 7: Gestione modello accesso RSA		
Supporto amministrativo alle attività	€	5.517,94
Azione 8: Trasporto Sociale		
Contributo ex dipendenti Ospedale	€	1.000,00
Spese gestione e manutenzione	€	3.500,00
Spese carburante	€	3.000,00
Supporto amministrativo alle attività	€	1.868,61
Azione 9: Telesoccorso		
Interventi	€	27.000,00
Supporto amministrativo alle attività	€	3.737,22
Azione 10: Gestione del sistema		
Direttore	€	38.158,84
Coordinatore	€	13.048,24
Supporto amministrativo per la gestione	€	18.846,88
Segreteria + Dote Comune	€	21.214,13

Consulenze	€	21.000,00
Consulenze	€	6.000,00
Revisori	€	9.100,00
Assicurazione	€	11.000,00
Affitto sede Via Goldaniga	€	30.100,00
Piano ammortamento strutturazione spazi Via Goldaniga	€	8.000,00
Utenze sede Via Goldaniga	€	27.000,00
IRAP	€	26.000,00
Mensa	€	11.000,00
Aggiornamento professionale	€	10.000,00
Informatizzazione sede	€	3.000,00
Spese generali	€	45.000,00
TOTALE OBIETTIVO 5	€	6.207.679,73

OBIETTIVO 6: RETE UNITA' D'OFFERTA		
Azione 1: Gestione Rete Disabilità		
Gestione accesso rete servizi SFA - CSE - CDD - CAH	€	1.006.684,00
Supporto amministrativo alle attività	€	11.211,66
Azione 2: Gestione FSR		
Sostegno Comunità Alloggio (CAH)	€	80.000,00
Supporto amministrativo alle attività	€	3.728,07
Azione 3: Coordinamento reti unità di offerta omogenee		
Facilitatori reti unità di offerta	€	-
Formazione rivolta a unità di offerta omogenee	€	-
TOTALE OBIETTIVO 6	€	1.101.623,73

OBIETTIVO 7: ACCREDITAMENTO E CO-PROGETTAZIONE		
Azione 1: Accreditamento / Qualità / Controllo		
Procedure di esercizio / accreditamento	€	31.172,17
Ispezione / controllo	€	18.974,24
Supporto amministrativo alle attività	€	2.759,35
Formazione enti accreditati / Commissione	€	4.565,45
Azione 2: Co-progettazione		
Studio di fattibilità	€	-
TOTALE OBIETTIVO 7	€	57.471,21

OBIETTIVO 8: PROGETTAZIONE		
Azione 1: Fondo distrettuale progetti		
Risorse a supporto dei progetti	€	-
Azione 2: Progetti distrettuali		
Coordinamento gestione progetti distrettuali	€	38.993,01
Azione 3: Progetto CLAC		
Interventi di gruppo per pre-adolescenti / adolescenti a rischio o autori di reato	€	51.840,00
Centro Territoriale Diurno	€	15.788,46
Famiglie affidatarie professionali - 2017/2018	€	8.000,00
Famiglie affiancanti- 2017/2018	€	2.086,50
Eventi di promozione affido familiare -2017/2018	€	879,20
Formazione famiglie affidatarie - 2017	€	1.347,00
Sostegno educativo e psicoterapeutico - 2017/2018	€	3.490,00
Interventi di gruppo sull'attività e sulla relazione - 2017		
Formazione specialistica operatori affido - 2018	€	3.000,00
Prevenzione primaria	€	12.150,00

Percorsi ponte per minori disabili	€	62.613,00
Azione 4: Fare Legami - CARIPLO		
Attuazione di azioni di budget di welfare personale per beneficiari III Anno	€	10.600,00
Attuazione budget welfare di comunità laboratori e civic center III Anno	€	50.200,00
Attuazione patti sostenibilità sociale imprese I Anno (2 lab.)	€	12.000,00
Attuazione patti sostenibilità sociale imprese II Anno (2 lab.)	€	9.376,99
Attuazione patti sostenibilità sociale imprese III Anno (2 lab.)	€	10.500,00
Azione 5: Progetti area lavoro		
Tirocini Lavorativi	€	-
Progetto Orti Sociali	€	10.000,00
Progetto Orti Sociali	€	2.500,00
Progetto avvio al lavoro	€	4.220,00
Progetto Banca dell'Acqua	€	7.327,93
Progetto Banca dell'Acqua	€	32.672,07
Progetto Terra	€	3.614,00
Piano Provinciali azioni di sistema -Tirocini Lavorativi	€	30.000,00
Azione 6: Piano conciliazione		
Progetti conciliazione	€	8.000,00
TOTALE OBIETTIVO 8	€	391.198,16

OBIETTIVO 9: REI - REDDITO DI INCLUSIONE		
Azione 1: REI Servizio Distrettuale		
Costo di personale	€	26.018,16
Azione 2: Altri interventi PON		
Collaborazione con Provincia (budget in carico a Comune di Crema)		
Tirocini lavorativi (budget in carico a Comune di Crema)		
Formazione (budget in carico a Comune di Crema)		
TOTALE OBIETTIVO 9	€	26.018,16

OBIETTIVO 10: MISURE DISTRETTUALI E REGIONALI		
Azione 1: Titoli Sociali		
Buoni sociali distrettuali – Risorse confluite ad integrazione FNA	€	-
Buoni sociali distrettuali - Risorse confluite ad integrazione FNA	€	-
Azione 2: FNA		
FNA - Buono Sociale Assistenza	€	50.000,00
FNA - Buono Sociale Assistenza	€	132.451,91
FNA - Buono acquisto prestazioni	€	150.000,00
FNA - Buono Sociale Assistenza	€	33.000,00
FNA - Buono Sociale Assistenza	€	90.000,00
Contributo per sollievo	€	-
FNA -Voucher	€	-
Azione 3: Misure reddito di autonomia		
Anziani graduatoria 2017	€	32.261,19
Disabili graduatoria 2017	€	38.400,00
Misure regionali integrative disabilità gravissima e NA	€	11.795,82
Azione 4: Dopo di noi		
Interventi infrastrutturali	€	41.560,00
Interventi infrastrutturali - Sostegno di canoe di locazione e/o spese condominiali	€	65.004,00
Interventi gestionali - Sostegno a percorsi di accompagnamento verso l'autonomia	€	43.791,00
Interventi gestionali - Interventi di supporto alla residenzialità	€	88.994,00
Interventi gestionali - Sostegno al ricovero in situazioni di emergenza	€	8.476,00
Azione 5: PRO-VI		
Provi	€	80.000,00

Azione 6: Sportello badanti		
Azione di supporto alla domiciliarità	€	10.000,00
TOTALE OBIETTIVO 10	€	875.733,92

OBIETTIVO 11: INTEGRAZIONE CITTADINI STRANIERI		
Azione 1: FAMI 1		
Gestione sistema mediazione	€	24.000,00
Azione 2: FAMI 2		
Gestione sistema mediazione	€	-
TOTALE OBIETTIVO 11	€	24.000,00

OBIETTIVO 12: VIOLENZA DI GENERE		
Azione 1: Rete anti violenza		
Coordinamento rete locale	€	-
TOTALE OBIETTIVO 12	€	-

OBIETTIVO 13: PROTEZIONE GIURIDICA		
Azione 1: Protezione giuridica		
Equipe distrettuale protezione giuridica	€	-
TOTALE OBIETTIVO 13	€	-

OBIETTIVO 14: SERVIZI ABITATIVI		
Azione 1: Contenimento emergenza abitativa		
Azioni di supporto emergenza abitativa	€	125.118,23
Equipe integrata servizi abitativi	€	-
TOTALE OBIETTIVO 14	€	125.118,23

15. UFFICIO DI PIANO		
Azione 1: Programmazione del sistema		
Coordinamento attività programmatorie	€	35.000,00
Nucleo Operativo Programmazione	€	27.256,32
Attività UdP	€	12.000,00
Supporto amministrativo alle attività	€	8.712,31
TOTALE OBIETTIVO 15	€	82.968,63

A completamento dei dati relativi al Piano Operativo 2018, primo anno di attuazione del Piano di Zona, si riportano di seguito gli indicatori di riferimento per i diversi obiettivi indicati al Punto 7.

7.1 - Cartella Sociale Informatizzata: dalla "cartella" alla "piattaforma socio-sanitaria"

Indicatori:

- il 75% delle cartelle aperte sulla piattaforma è completa in tutti i campi previsti;
- presentazione al Comitato Ristretto di almeno un report di settore rispondente ad una richiesta specifica programmatoria del comitato stesso;
- realizzazione di almeno un incontro per ciascun sub ambito entro dicembre 2018.

7.2 - Servizio Sociale Professionale: dalla presenza sul territorio alla costruzione di un modello integrato di servizi sociale distrettuale e comunale

Indicatori

- elaborazione e validazione da parte dell'Assemblea dei Sindaci di uno strumento di regolazione dei rapporti tra i Comuni appartenenti allo stesso sub-ambito entro dicembre 2018.

- il 90% degli operatori sociali pubblici partecipa ad almeno 10 ore di formazione distrettuale annuali in merito ai contenuti della riorganizzazione;

7.3 – Servizio Tutela Minori: nuove forme di accoglienza e lavoro integrato con il territori;

Indicatori:

- realizzazione di almeno un incontro mensile con il TM di Brescia e un incontro mensile con il TO di Cremona;
- attivazione delle equipe integrate di sub ambito entro dicembre 2018;
- l'indice di utilità rilevato su tutti gli operatori partecipanti alle equipe integrate è pari almeno al 75%.

7.4 Servizio Inserimento Lavorativo: rinnovare il profilo del servizio per aprirsi agli altri attori

Indicatori:

- realizzazione di un workshop con il settore Profit entro dicembre 2018;
- 100% dei soggetti segnalati mediante l'utilizzo della scheda di segnalazione distrettuale;
- realizzazione di 1 incontro formativo con ciascun sub ambito entro dicembre 2018.

7.5 Gestione associata servizi: gestire insieme per promuovere solidarietà tra i comuni

Indicatori

- il 90% dei Comuni dell'Ambito si avvalgono della gestione centralizzata del servizio SAD, SAAP, ADM, SIP.
- variazione inferiore al 5% del numero di soggetti con servizio SAD, SAAP, ADM, SIP attivo.
- presentazione all'Assemblea dei Sindaci di una prima proposta di revisione delle modalità e dei criteri di utilizzo del Fondo di Solidarietà entro dicembre 2018.

7.6 – Coordinamento rete servizi e delle unità di offerta

Indicatori:

- il 75% degli enti gestori di unità di offerta sociali partecipa agli incontri di coordinamento proposti;
- presentazione al comitato ristretto di un report conoscitivo riportante i dati raccolti dal 100% degli enti partecipanti al coordinamento entro dicembre 2018;
- definizione con il coordinamento di un Piano formativo per l'anno 2019.

7.7 – Accreditamento e Co-progettazione

Indicatori

- approvazione da parte del comitato ristretto del tema oggetto della co-progettazione entro ottobre 2018;
- stesura del progetto di massima in funzione dell'avvio dell'istruttoria pubblica di co-progettazione entro dicembre 2018;
- approvazione da parte dell'Assemblea dei Sindaci della revisione delle Linee guida per l'accREDITamento per il servizio SAD entro dicembre 2018.

7.8 Progettazione e gestione dei progetti di Ambito

Indicatori:

- realizzazione di 4 incontri con gli operatori del "Tavolo di confronto permanente";
- elaborazione e approvazione di indicazioni operative per la gestione distrettuale delle progettualità entro dicembre 2018;
- pubblicazione sul sito dell'UdP di una griglia riassuntiva delle progettualità che hanno una portata di Ambito, aggiornata al 31/12/2018.

7.9 Reddito di Inclusione: strategie e modalità di ambito

Indicatori:

- il 75% delle nuove domande Rel viene accolto e gestito direttamente da uno sportello sovracomunale;
- il 90% delle progettualità Rel viene gestita tramite la modulistica e la procedura distrettuale;

- presentazione al Comitato Ristretto di un report annuale (aggiornato al 31/12/2018) relativo all'implementazione distrettuale della misura nell'anno 2018.

7.10 Misure distrettuali e regionali: per ricomporre all'interno di un progetto sulla persona

Indicatori:

- il 25% delle persone beneficiarie di misure regionali nell'anno 2018 viene inserito nel modello di sperimentazione per una valutazione integrata;
- il 75% degli operatori coinvolti per singolo progetto partecipano alla valutazione integrata;
- il 100% delle cartelle relative alla sperimentazione contiene tutte le informazioni necessarie ai diversi stakeholder coinvolti nella presa in carico (nessuna richiesta di ulteriori documenti tra i referenti della presa in carico).

7.11 Integrazione cittadini stranieri

Indicatori:

- sottoscrizione di un protocollo d'intesa per l'avvio di corsi di alfabetizzazione con almeno 4 istituti scolastici di superiori;
- conclusione di tutte le fasi preliminari (es. assegnazione incarichi, stipula convenzioni, selezione appalti esterni, ecc.) del progetto FAMI entro dicembre 2018;
- presentazione al comitato ristretto di un report inerente la presenza di cittadini stranieri sul territorio cremasco aggiornato al 31/12/2018.

7.12 Coordinamento di ambito per azioni a contrasto della violenza di genere

Indicatori:

- realizzazione di almeno 3 incontri di raccordo tra gli operatori di: Rete Inter-istituzionale Provinciale "A.R.C.A delle Donne", Rete Contatto, Centro Antiviolenza di Crema.

7.13 Protezione Giuridica

Indicatori:

- presentazione al comitato ristretto di un report conoscitivo del fenomeno e delle modalità di gestione in essere a livello comunale aggiornato al 31/12/2018;
- il 75% dei 48 comuni del distretto aderiscono alla proposta definita nel progetto di co-progettazione del Comune di Crema entro dicembre 2018;
- organizzazione di almeno un incontro con il tribunale per aggiornare e rendere partecipe tale istituzione della sperimentazione innovativa in fase di elaborazione.

7.14 Gestione di ambito dei Servizi Abitativi

Indicatori:

- presentazione del primo Piano Annuale dei Servizi Abitativi dell'Ambito Distrettuale Cremasco entro dicembre 2018;
- costituzione di un coordinamento integrato pubblico-privato per la co-progettazione dei servizi abitativi entro dicembre 2018;
- assegnazione del 100% delle risorse messe a disposizione da Regione Lombardia per gli interventi di dell'emergenza abitativa e al mantenimento dell'alloggio in locazione (DGR 6465/2017).

Si riporta infine lo schema di **Piano Economico - Preventivo triennale**, evidenziando che il dettaglio dei budget relativi al 2019 e 2020 saranno definiti in modo puntuale in occasione della costruzione dei Piani Operativi relativi al secondo e terzo annuo di attuazione del Piano di Zona.

PIANO ECONOMICO – PREVENTIVO TRIENNALE

MACRO BUDGET – VOCI DI COSTO	ANNO 2018	ANNO 2019	ANNO 2020	TRIENNIO
1: CARTELLA SOCIALE	€ 69.043,57	€ 69.043,57	€ 69.043,57	€ 207.130,71
2: MODELLO UNITARIO SERVIZIO SOCIALE	€ 686.792,34	€ 686.792,34	€ 686.792,34	€ 2.060.377,02
3: SERVIZIO TUTELA MINORI	€ 387.722,60	€ 387.722,60	€ 387.722,60	€ 1.163.167,80
4: SERVIZIO INSERIMENTO LAVORATIVO	€ 54.367,54	€ 54.367,54	€ 54.367,54	€ 163.102,62
5: GESTIONE ASSOCIATA	€ 6.207.679,73	€ 6.207.679,73	€ 6.207.679,73	€ 18.623.039,19
6: RETE UNITA' D'OFFERTA	€ 1.101.623,73	€ 1.101.623,73	€ 1.101.623,73	€ 3.304.871,19
7: ACCREDITAMENTO COPROGETTAZIONE	€ 57.471,21	€ 57.471,21	€ 57.471,21	€ 172.413,63
8: PROGETTAZIONE	€ 391.198,16	€ 391.198,16	€ 391.198,16	€ 1.173.594,48
9: REI - REDDITO DI INCLUSIONE	€ 26.018,16	€ 26.018,16	€ 26.018,16	€ 78.054,48
10: MISURE DISTRETTUALI E REGIONALI	€ 875.733,92	€ 875.733,92	€ 875.733,92	€ 2.627.201,76
11: INTEGRAZIONE CITTADINI STRANIERI	€ 24.000,00	€ 24.000,00	€ 24.000,00	€ 72.000,00
12: VIOLENZA DI GENERE	€ -	€ 15.000,00	€ 15.000,00	€ 30.000,00
13: PROTEZIONE GIURIDICA	€ -	€ 30.000,00	€ 30.000,00	€ 60.000,00
14: SERVIZI ABITATIVI	€ 125.118,23	€ 150.118,23	€ 150.118,23	€ 425.354,69
15: UFFICIO DI PIANO	€ 82.968,63	€ 82.968,63	€ 82.968,63	€ 248.905,89
	€ 10.089.737,82	€ 10.159.737,82	€ 10.159.737,82	€ 30.409.213,46

Si evidenzia che le risorse necessarie per le azioni previste dai progetti indicati al precedente punto 8 "Obiettivi strategici" potranno trovare allocazione nel macro budget indicato al punto 8 della Tabella "Piano Economico – Preventivo Triennale".

CANALI DI FINANZIAMENTO AGGREGATI RICAVI	ANNO 2018	ANNO 2019	ANNO 2020	TRIENNIO
RESIDUI	€ 655.263,23	€ 655.263,23	€ 655.263,23	€ 1.965.789,69
FNPS	€ 588.222,09	€ 588.222,09	€ 588.222,09	€ 1.764.666,27
FRS	€ 824.314,00	€ 824.314,00	€ 824.314,00	€ 2.472.942,00
FSOL	€ 814.405,00	€ 814.405,00	€ 814.405,00	€ 2.443.215,00
FNA	€ 383.019,00	€ 383.019,00	€ 383.019,00	€ 1.149.057,00
COMUNI	€ 5.750.378,20	€ 5.750.378,20	€ 5.750.378,20	€ 17.251.134,60
PROVINCIA	€ 30.000,00	€ 30.000,00	€ 30.000,00	€ 90.000,00
ATS	€ 387.229,00	€ 387.229,00	€ 387.229,00	€ 1.161.687,00
ALTRI FONDI	€ 656.907,30	€ 726.907,30	€ 726.907,30	€ 2.110.721,90
	€ 10.089.737,82	€ 10.159.737,82	€ 10.159.737,82	€ 30.409.213,46

Nel grafico di seguito indicato si evidenzia la percentuale di risorse comunali a sostegno del Piano di Zona, pari al 65% del valore complessivo delle risorse oggetto di programmazione e gestione zonale, di cui il 57% come risorse dei **COMUNI** trasferite alla gestione unitaria per l'accesso a servizi, prestazione e interventi e l'8% come risorse comunali che alimentano il **FSOL** (Fondo di solidarietà).

