PIANO DI ZONA 2009 – 2011
AMBITO TERRITORIALE DI MONZA

ALLEGATI

1. APPENDICE STATISTICA

1.1 Dati demografici

Tabella 1 – Andamento della popolazione dell'Ambito dal 31/12/2005 al 31/12/2007

	2005	2006	2007
Monza	121.961	121.445	120.826
Brugherio	32.839	32.849	32.871
Villasanta	13.313	13.397	13.480
Ambito	168.113	167.691	167.177

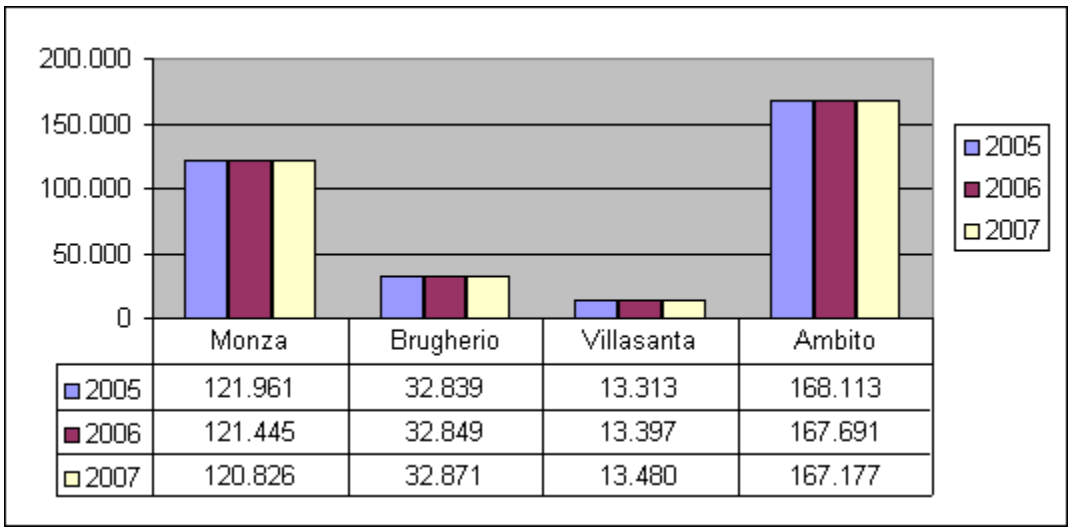


Tabella 2 - TASSO DI INCREMENTO DEMOGRAFICO al 31/12/2007

Monza	-0,51%
Brugherio	0,05%
Villasanta	0,62%
Ambito	-0,30%

Tabella 3 - SALDO NATURALE DELLA POPOLAZIONE al 31/12/2007

Monza	92
Brugherio	107
Villasanta	25
Ambito	274

Tabella 4 - INDICATORI DEMOGRAFICI al 31/12/2007

	Natalità	Mortalità	Vecchiaia	Dipendenza strutturale
Monza	9,39	8,63	167	55,5
Brugherio	10,4	7,2	128	50,9
Villasanta	8,3	6,5	147	51,8

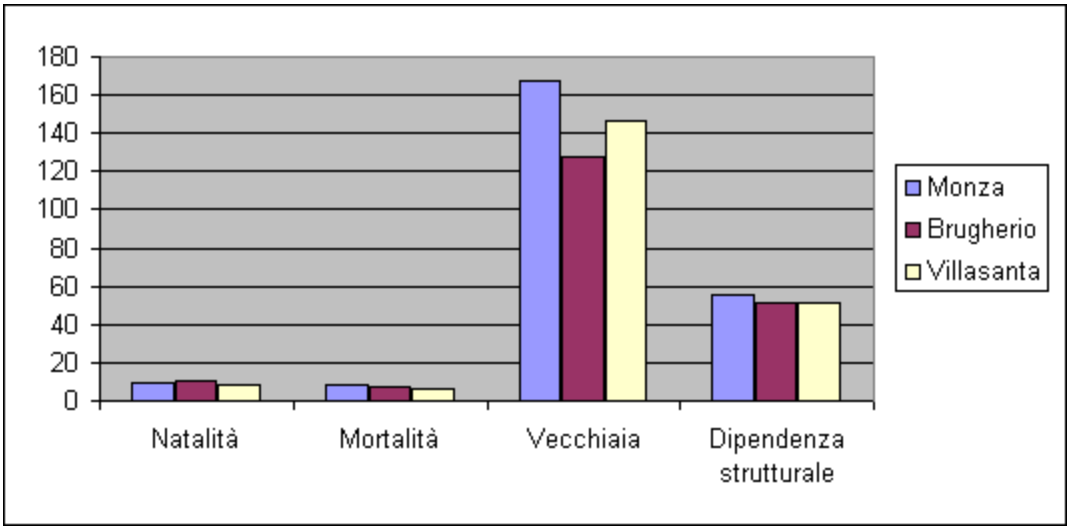


Tabella 5 - Composizione della popolazione per genere al 31/12/2007

	Maschi	Femmine	Totale
Monza	57920	62906	120826
Brugherio	16097	16774	32871
Villasanta	6523	6957	13480
Ambito	80540	86637	167177

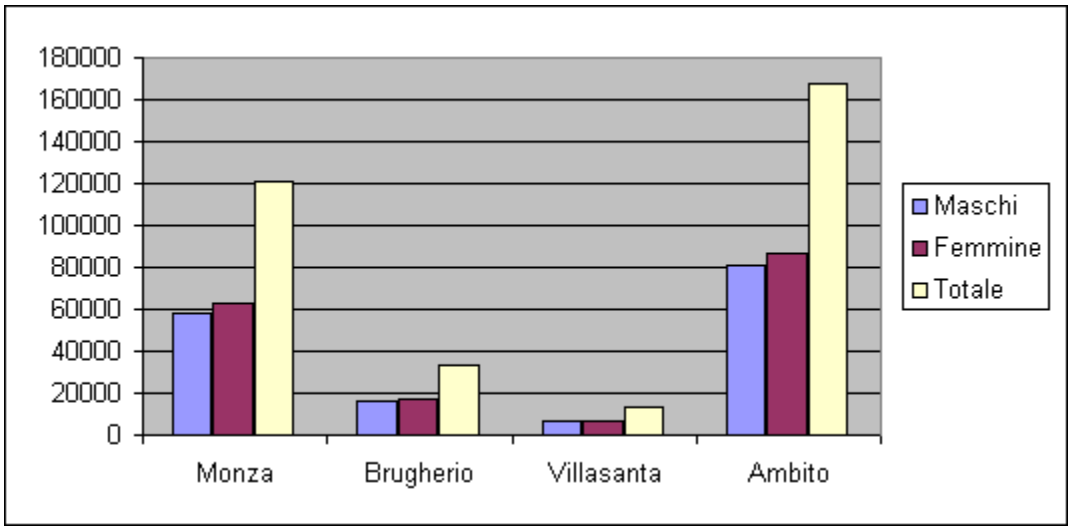


Tabella 6 - Composizione della popolazione per fasce di età

	Monza	Brugherio	Villasanta	Totale
Popolazione 0	1.085	320	116	1.521
Popolazione '1-2	2.250	668	246	3.164
Popolazione '3-5	3.429	1.049	367	4.845
Popolazione 6-13	8.454	2.532	1.036	12.022
Popolazione 14-17	4.000	1.163	531	5.694
Popolazione 18-30	14.706	4.208	1.730	20.644
Popolazione 31-44	28.066	7.948	3.072	39.086
Popolazione 45-64	31.897	8.751	3.789	44.437
Popolazione 65-74	14.775	3.706	1.510	19.991
Popolazione 75+	12.164	2.526	1.239	15.929
TOTALE	**120.826**	**32.871**	**13.636**	**167.333**

Tabella 7 - Le circoscrizioni di Monza

	Femmine	Maschi	Totale	Percentuale
Circoscrizione 1 - Centro storico - S.Gerardo - Libertà	11.318	10.157	21.475	17,80%
Circoscrizione 2 - Amati - Buonarroti - Cederna - S. Albino	15.195	14.248	29.443	24,40%
Circoscrizione 3 - S. Rocco - Casignolo - S.Alessandro	6.582	6.554	13.136	10,90%
Circoscrizione 4 - S. Fruttuoso - Triante - S. Carlo - S. Giuseppe	17.608	15.987	33.595	27,80%
Circoscrizione 5 - S. Biagio - Cazzaniga	12.203	10.974	23.177	19,20%
TOTALE	**62.906**	**57.920**	**120.826**	**100,10%**

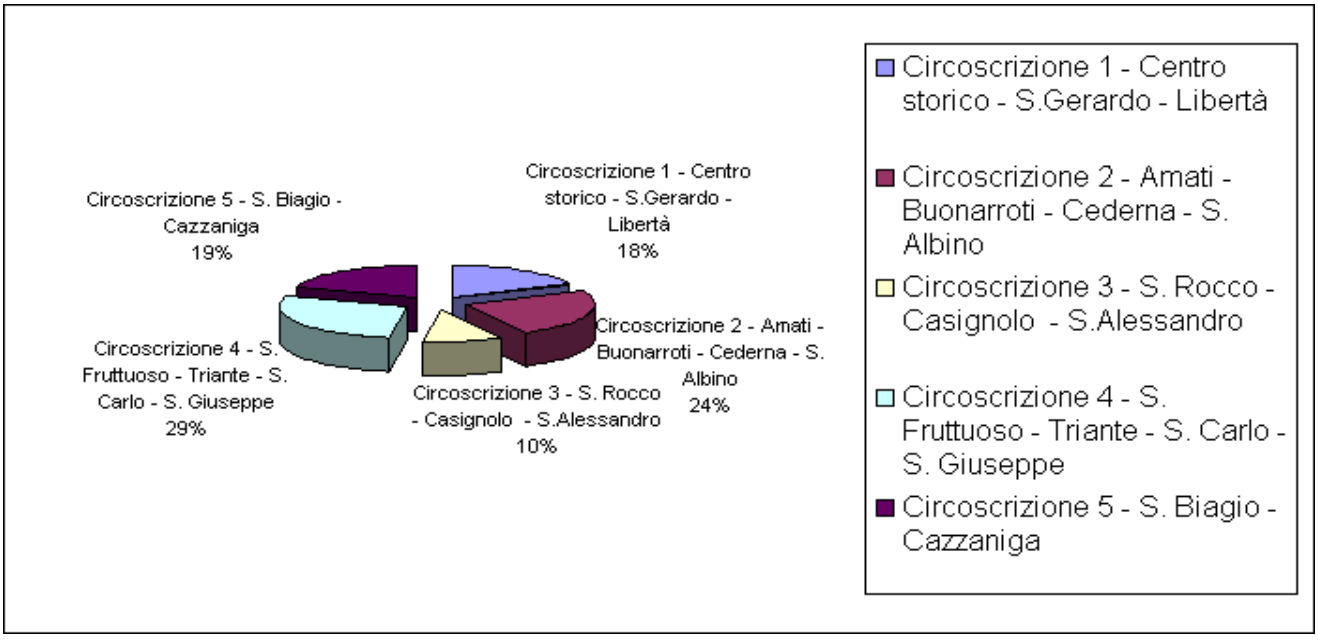


Tabella 8 - Composizione popolazione anziana

	Popolazione 65 -74	Popolazione > 75	Totale
Monza	14.775	12.164	26.939
Brugherio	3.706	2.526	6.232
Villasanta	1.510	1.239	2.749
Ambito	19.991	15.929	35.920

Tabella 9 - Composizione popolazione anziana nelle circoscrizioni di Monza

	Maschi	Femmine	Totale	Percentuale
Circoscrizione 1	1.761	2.671	4.432	16,45%
Circoscrizione 2	2.628	3.871	6.499	24,12%
Circoscrizione 3	1.056	1.497	2.553	9,48%
Circoscrizione 4	3.255	4.534	7.789	28,92%
Circoscrizione 5	2.357	3.309	5.666	21,03%
Totale	**11.057**	**15.882**	**26.939**	**100,00%**

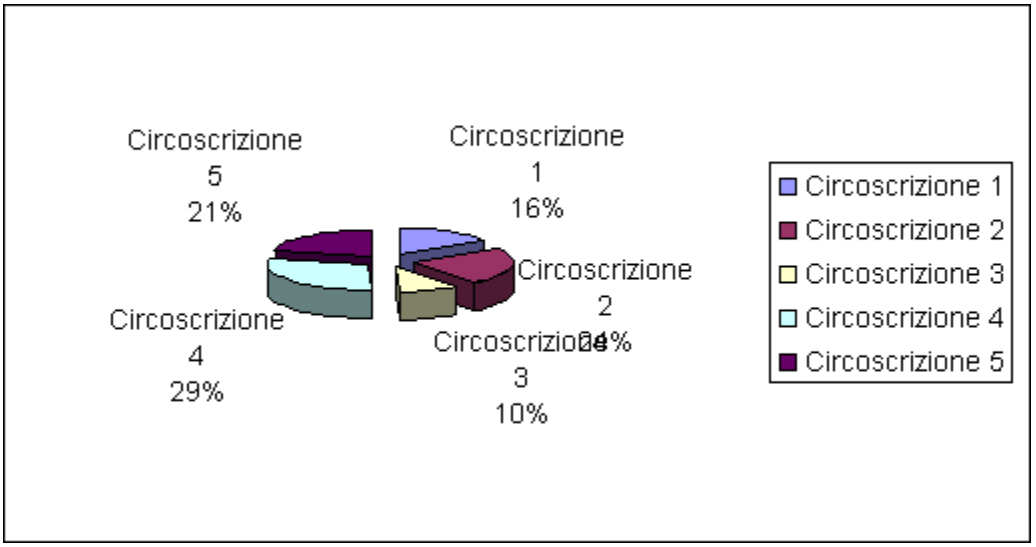


Tabella 10 - Composizione della popolazione straniera per genere - Dati al 31/12/2007

	Maschi	Femmine	Totale	Percentuale su residenti
Monza	4.721	4.689	9.410	7,79%
Brugherio	761	717	1.478	4,50%
Villasanta	336	362	698	5,18%
Ambito	5.818	5.768	11.586	9,58%

Tabella 11 - Minori stranieri

	Totale minorenni	Nati in Italia
Monza	1.977	1.199
Brugherio	309	177
Villasanta	184	115
Ambito	2.470	1.491

Tabella 12 - Numero famiglie

	Numero famiglie	Numero medio componenti famiglie
Monza	52.428	2,30
Brugherio	13.327	2,50
Villasanta	5.515	2,40
Ambito	71.270	

Tabella 13 - Analisi popolazione prima infanzia

	Popolazione residente 0 – 2 anni	Percentuale su totale popolazione residente	Popolazione residente 3 - 5 anni	Percentuale su totale popolazione residente
Monza	3.335	2,77	3.429	2,84
Brugherio	988	3	1.049	3,19
Villasanta	362	2,68	367	2,72
Ambito	4.685	2,8	4.845	2,9

Tabella 14 - La popolazione giovanile

	Popolazione 14 - 17 anni	Popolazione 18 - 30 anni	Totale
Monza	4.000	14.706	18.706
Brugherio	1.163	4.208	5.371
Villasanta	531	1.730	2.261
Ambito	5.694	20.644	26.338

Tabella 15 - Composizione popolazione minorenne

	0	**1-2**	**3-5**	**6-13**	**14-17**
Monza	1.085	2.250	3.429	8.454	4.000
Brugherio	320	668	1.049	2.532	1.163
Villasanta	116	246	367	1.036	531
Ambito	1.521	3.164	4.845	12.022	5.694

1.2. Dati epidemiologici - Distretto di Monza

Percentuale di donne sottoposte a screening per la diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale femminile (pap-test e mammografia) – biennio 06/07

Totale prestazioni ambulatoriali di mammografia e tassi per 100 residenti
Femmine età 50-69 anni per Distretto e tipologia di prestazione - anni 2006/2007

TIPO PRESTAZIONE	Carate	Cinisello	Desio	Monza	Seregno	Sesto	Vimercate	Totale
Prestazioni finalizzate alla diagnosi precoce	3.440	4.061	4.984	3.507	4.379	4.495	6.706	**31.572**
Prestazioni di assistiti che rientrano in un programma di screening	2.244	2.753	2.192	4.193	1.452	1.942	4.603	**19.379**
Altre prestazioni	4.668	5.995	4.972	5.223	4.070	6.013	5.916	**36.857**
Totale	**10.352**	**12.809**	**12.148**	**12.923**	**9.901**	**12.450**	**17.225**	**87.808**
Tasso copertura screening (x 100)	12,6	13,9	11,9	18,4	8,8	10,8	17,8	**13,9**
Tasso copertura diagnosi precoce (x 100)	31,8	34,5	39,0	33,7	35,4	35,9	43,7	**36,6**
Tasso mammografia totale (x 100)	58,0	64,8	66,1	56,6	60,1	69,5	66,5	**63,1**

Percentuali di pap test effettuati su donne residenti - anni 05-06-07

Distretto	25-34	35-44	45-54	55-64	Totale
Carate Brianza	23,0	24,9	25,5	23,5	24,3
Cinisello Balsamo	25,2	23,1	25,3	23,7	24,3
Desio	22,7	24,4	24,4	21,5	23,4
Monza	35,7	31,6	33,6	28,9	32,3
Seregno	18,5	20,5	21,7	21,0	20,4
Sesto San Giovanni	28,5	26,9	29,1	27,5	28,0
Vimercate	21,6	22,2	23,5	20,9	22,1
Totale complessivo	**24,9**	**24,9**	**26,2**	**23,9**	**25,0**

Giornate in strutture residenziali e semiresidenziali per l'assistenza psichiatrica, ogni 1.000 abitanti di età maggiore o uguale a 18 anni – anno 2007 – strutture accreditate a contratto

N giornate : 176.949
Pop residente età >=18anni: 884.106 (fonte ISTAT al 01/01/2007)
N giornate per 1000 residenti: 176.949 / 884.106 *1000 = 200.1 giornate ogni 1000 residenti

Tasso standardizzato di ospedalizzazione per degenza ordinaria e per day hospital – anno 2006

Aree distrettuali	tasso di ospedalizzazione Deg. Ordinaria	tasso di ospedalizzazione day hospital	tasso totale grezzo 2006	tasso totale standardizzato
Carate	132,0	54,5	186,5	188,6
Cinisello	151,6	67,2	218,7	213,5
Desio	137,5	54,7	192,1	196,6
Monza	141,7	52,6	194,3	189,7
Seregno	132,3	59,4	191,7	193,4
Sesto-Cologno	152,7	57,3	210,0	205,0
Vimercate	135,5	49,5	185,0	189,5
Totale	**140,2**	**55,9**	**196,1**	**196,1**

Indice di attrazione – anno 2006

Strutture di ricovero	Totale ricoveri 2006	% Lombardi	% stranieri o fuori regione
PO Carate	10.781	98,6	1,4
PO Desio	19.745	97,2	2,7
PO Giussano	5.823	97,2	2,8
PO Seregno	3.321	97,1	2,9
PO Sesto	10.674	95,9	4,2
PO Vaprio	2.380	97,5	2,5
PO Vimercate	21.105	97,4	2,5
PO Bassini	15.382	94,6	5,4
PO S.Gerardo	49.538	93,1	6,9
Ist.Cl.Zucchi di Carate	1.198	95,0	5,1
Ist.Cl.Zucchi di Monza	9.714	90,7	9,3
Fond.Maugeri di Lissone	504	98,0	2,0
IRCCS Multimedica	12.799	88,3	11,8
CC Policlinico di Monza	12.343	72,1	28,0
Polo Geriatrico di Cinisello	780	98,3	1,7
Totale ricoveri intra ASL	**176.087**	**93,0**	**7,0**

Indice di fuga - anno 2006

Sede di ricovero anno 2006	Carate	Cinisello	Desio	Monza	Seregno	Sesto	Vimercate	totale ASL Mi 3
ASL Bergamo							8,4	**2,1**
ASL Como					8,0			**1,8**
ASL Lecco	4,2						4,6	**2,1**
ASL Milano	12,2	40,1	20,7	18,4	15,9	41,1	16,2	**23,5**
ASL Milano 1		4,3	5,7		3,1			**2,3**
ASL Milano 2						4,6	2,9	**1,9**
ASL Varese					2,8			**0,9**
Fuori regione		2,9		3,2		3,7		**2,6**
Intra ASL	**74,9**	**48,9**	**64,3**	**71,4**	**63,8**	**46,0**	**63,3**	**61,8**

Posti letto per 1.000 abitanti – anno 2007

Sul territorio dell'ASL Mi 3 sono presenti **15** strutture di ricovero per un totale **4.053 posti letto** accreditati a contratto. Il tasso per mille abitanti di posti letto a contratto risulta essere di **3,8**

Azienda	Struttura	principale tipologia	p.l. ord	p.l dh	p.l. tot
AO San Gerardo dei Tintori di Monza	PO Bassini di Cinisello	acuti e riabilitazione	319	29	**348**
	PO S.Gerardo di Monza	acuti, nido e riabilitazione	1.029	111	**1.140**
				totale AO S.Gerardo	*1.488*
AO Ospedale Civile di Vimercate	PO Carate	acuti e nido	145	17	**162**
	PO Desio	acuti e nido	323	43	**366**
	PO Giussano	acuti e cure palliative	122	20	**142**
	PO Seregno	riabilitazione	81	19	**100**
	PO Sesto	acuti e nido	205	23	**228**
	PO Vario	acuti	97	25	**122**
	PO Vimercate	acuti e nido	507	39	**546**
				totale AO Vimercate	*1.666*
Istituti Clinici Zucchi	CC Privata di Carate	acuti – riab.e cure palliative	154	6	**160**
	CC Privata di Monza	acuti e riabilitazione	215	14	**229**
				totale Ist.Clinici Zucchi	*389*
Multimedica Holding	IRCCS Privato di Sesto	acuti	139	16	**155**
Policlinico di Monza	CC Privata di Monza	acuti e riabilitazione	204	10	**214**
Fondazione S.Maugeri	IRCCS Privato di Lissone	riabilitazione	44	14	**58**
Polo Geriatrico Riabilitativo	CC Privata di Cinisello	riabilitazione	83	0	**83**
		totale posti letto ASL Mi 3	**3.667**	**386**	**4.053**

Percentuale di parti cesarei – anno 2007

Sede della struttura	TOT Parti 2007	di cui cesarei	% cesarei
Parti in regione lombardia per residenti ASL Mi 3	10.258	2.488	24,3
di cui in strutture sul territorio dell'ASL Mi 3	**7.140**	**1.463**	**20,5**

Dettaglio per struttura

presidio	Tot parti	di cui cesarei	% cesarei
PO Sesto	881	205	**23,3**
PO Desio	1.366	404	**29,6**
PO Carate	1.555	220	**14,1**
PO Vimercate	1.122	223	**19,9**
PO S.Gerardo	2.216	411	**18,5**
Totale intra ASL	**7.140**	**1.463**	**20,5**

Tasso di utilizzo – anno 2006

Strutture di ricovero	Letti ordinari attivi	% saturazione
CC Privata Policlinico di Monza	198	71,0
Ist. Clinici Zucchi di Monza	172	65,2
Ist. Clinici Zucchi di Carate	137	96,8
IRCCS Multimedica di Sesto	128	74,4
Polo Geriatrico Riabilitativo	57	94,2
IRCCS Fond. Maugeri di Lissone	23	83,4
PO Sesto	165	85,7
PO Desio	279	94,9
PO Carate	130	88,6
PO Vaprio	35	80,4
PO Vimercate	352	88,6
PO Giussano	84	89,4
PO Seregno	71	92,6
PO Bassini	249	83,2
PO S.Gerardo	688	81,8
	Media regionale	**79,6**

Tasso di mortalità evitabile o per cause selezionate – anno 2000/2002

Mortalità 2000/2002 evitabile standardizzata per i 3 gruppi di cause: risultati e confronti per i soggetti tra 0 e 74 anni di età

	PREVENZIONE PRIMARIA		DIAGNOSI PRECOCE E TERAPIA		IGIENE E ASSISTENZA SANITARIA		TUTTE LE CAUSE EVITABILI	
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
ASL MI3	143.4	32.4	21.5	34.2	52.9	24.6	217.8	91.3
MEDIA REGIONE LOMBARDIA	163.2	38.2	19.5	36.8	60.7	28.6	243.4	103.7
MEDIA ITALIA	152.6	36.0	17.6	34.9	58.9	31.9	229.1	103.7
ELABORAZIONE ERA - ISTAT); TASSI STANDARDIZZATI PER 100.000 RESIDENTI								

Il dato presentato nella tabella precedente è il più recente disponibile su base nazionale, utile ai fini di un confronto territoriale.

Numero I.V.G. per età e nazionalità – anno 2007

IVG 2007 intra regione	**Classi di età delle donne**								
Distretto di residenza	**<18 aa**	**18-24 aa**	**25-29 aa**	**30-34 aa**	**35-39 aa**	**40-44 aa**	**>=45 aa**	**totale**	**% sul tot ASL**
Carate	7	42	40	50	47	24	1	**211**	**10,7%**
Cinisello	11	66	58	79	72	37	2	**325**	**16,5%**
Desio	11	56	57	66	53	28	3	**274**	**13,9%**
Monza	18	55	53	66	67	32	3	**294**	**14,9%**
Seregno	4	37	36	36	30	23	1	**167**	**8,5%**
Sesto-Cologno	12	71	69	71	60	31	1	**315**	**16,0%**
Vimercate	12	75	80	97	82	35	4	**385**	**19,5%**
totale I.V.G.	**75**	**402**	**393**	**465**	**411**	**210**	**15**	**1.971**	
% sul tot ASL	**3,8%**	**20,4%**	**19,9%**	**23,6%**	**20,9%**	**10,7%**	**0,8%**		

IVG intra regione - anno 2007
numerosità per distretto di residenza e raggruppati in base alla CITTADINANZA (>=20 casi)

	Distretto di residenza								
Paese di cittadinanza	**Carate**	**Cinisello**	**Desio**	**Monza**	**Seregno**	**Sesto**	**Vimercate**	**Totale**	**% sul tot.**
ITALIA	**167**	**209**	**221**	**196**	**143**	**186**	**259**	**1.381**	**70,1%**
Romania	11	30	10	15	10	16	28	**120**	**6,1%**
Ecuador	5	16	9	15	1	18	10	**74**	**3,8%**
Peru'	4	18	2	13	1	28	7	**73**	**3,7%**
Albania	6	4	1	9	3	13	10	**46**	**2,3%**
Marocco	3	3	4	5	1	7	9	**32**	**1,6%**
Ucraina		3	6	6	1	2	9	**27**	**1,4%**
Cina popolare		6	4	2		10	4	**26**	**1,3%**
Altri paesi	15	36	17	33	7	35	49	**192**	**9,7%**
Totale I.V.G.	**211**	**325**	**274**	**294**	**167**	**315**	**385**	**1.971**	
% cittad. non ITA	**20,9%**	**35,7%**	**19,3%**	**33,3%**	**14,4%**	**41,0%**	**32,7%**	**29,9%**	

Liste di attesa per le prestazioni di specialistica e diagnostica ambulatoriale – analisi dei dati di monitoraggio (rilevazioni mensili)

Anno	*% <=30 gg*	*% 31 – 60 gg*	*>60 gg*
2004	76,0	14,0	10,0
2005	79,2	13,1	7,7
2006	88,0	9,4	2,6
2007	94,1	4,9	1,0

Distribuzione delle prestazioni ambulatoriali monitorare in tre macro fasce di attesa

Anno	*% visite specialistiche* entro 30gg*	*% altre prestazioni specialistiche entro 60gg*
2004	61,0	91,1
2005	65,4	94,2
2006	78,4	98,1
2007	94,9	99,1

** cardiologia – ortopedica – oculistica – ginecologica - neurologica*

Tempi di attesa dei ricoveri chirurgici programmati - analisi dei dati di monitoraggio (rilevazioni mensili)

In tale ambito i valori standard di riferimento considerati per operare un confronto con il 2005 e 2006 sono stati quelli individuati, per alcuni interventi, dagli obiettivi regionali 2006, e cioè:
artroprotesi anca e cataratta: 95% entro 180 gg
asportazione k mammario e colon retto: 100% entro 30 gg

Intervento chirurgico programmato	**2005**	**2006**	**2007**
Artroprotesi anca	82	98	97,6
Cataratta*	91	100	98,4

Intervento chirurgico programmato	2005	2006	2007
Asp. neoplasia mammaria	90	100	96,5
Asp. neoplasia colon retto	100	100	100

dal 2007 in regime ambulatoriale

La tabella rappresenta un confronto 2005/2007 delle percentuali di interventi effettuati entro lo standard previsto
-artroprotesi anca e cataratta: 95% entro 180 gg
-asportazione neoplasia mammaria e colon retto: 100% entro 30 gg

Tasso standardizzato di mortalità per tutte le cause – anno 2006

Anno 2006	MASCHI				FEMMINE			
	tasso grezzo ASL	tasso grezzo distretto	tasso std	SMR	tasso grezzo ASL	tasso grezzo distretto	tasso std	SMR
Cinisello		9,65	8,88	1,13		8,98	8,58	1,06
Carate		7,60	7,90	1		8,14	8,36	1,03
Sesto S.G.		7,61	7,00	0,89		8,04	7,49	0,92
Desio	7,89	7,71	7,67	0,97	8,12	7,46	8,16	1
Monza		7,52	7,67	0,89		7,46	8,16	0,98
Seregno		8,55	8,62	1,09		7,90	7,83	0,96
Vimercate		7,31	8,09	1,03		7,69	8,22	1,01

Tasso standardizzato di mortalità per cause cardio e cerebrovascolari – anno 2006

Anno 2006	MASCHI				FEMMINE			
	tasso grezzo ASL	tasso grezzo distretto	tasso std	SMR	tasso grezzo ASL	tasso grezzo distretto	tasso std	SMR
Cinisello		2,7	2,48	1,07		3,63	3,49	1,11
Carate		2,31	2,40	1,04		3,15	3,24	1,03
Sesto S.G.		2,22	2,03	0,88		2,94	2,74	0,87
Desio	2,31	2,21	2,37	1,03	3,14	2,6	2,87	0,91
Monza		2,29	2,12	0,92		3,48	3,20	1,02
Seregno		2,24	2,25	0,97		2,94	2,95	0,94
Vimercate		2,17	2,43	1,05		3,02	3,24	1,03

Tasso standardizzato di mortalità per tumori – anno 2006

Anno 2006	MASCHI				FEMMINE			
	tasso grezzo ASL	tasso grezzo distretto	tasso std	SMR	Tasso grezzo ASL	tasso grezzo distretto	tasso std	SMR
Cinisello		4,46	4,06	1,17		2,47	2,35	0,93
Carate		3,49	3,64	1,04		2,64	2,72	1,08
Sesto S.G.		3,26	3,00	0,86		2,33	2,18	0,87
Desio	3,50	3,22	3,45	0,98	2,52	2,32	2,51	1,00
Monza		3,25	3,04	0,87		2,77	2,60	1,03
Seregno		3,81	3,86	1,10		2,48	2,51	1,00
Vimercate		3,06	3,37	0,96		2,44	2,60	1,03

Tasso di incidenza malattie infettive – anno 2007

Area dipartimentale	Totale notifiche 2007				Totale notifiche 2000-2007			
	num	*Lim Inf IC95%*	Tasso x 100.000	*Lim Sup IC95%*	num	*Lim Inf IC95%*	Tasso x 100.000	*Lim Sup IC95%*
Desio	1.107	398,61	423,18	448,86	8.466	395,97	404,54	413,25
Monza	1.064	333,31	354,28	376,23	10.448	426,56	434,86	443,28
Sesto Cinisello	990	352,47	375,50	399,63	9.203	411,33	436,32	462,14
Trezzo Vimercate	496	236,42	258,69	282,49	5.058	304,42	329,75	356,35
ASLMI3	***3.657***	***347,92***	***359,48***	***371,32***	***33.175***	***226,08***	***407,63***	***329,63***

Tasso di abortività - 2007

Consumi in strutture lombarde

Distretto residenza	parti	ivg	%
Carate	1.489	211	**14,2**
Cinisello	1.226	325	**26,5**
Desio	1.371	274	**20,0**
Monza	1.519	294	**19,4**
Seregno	1.344	167	**12,4**
Sesto	1.194	315	**26,4**
Vimercate	2.115	385	**18,2**
tot ASL	**10.258**	**1.971**	**19,2**

Tasso standardizzato di mortalità per cause in parte attribuibili al fumo – anno 2006

Decessi Anno 2006	MASCHI		FEMMINE	
Distretto	**N**	**Tasso SD**	**N**	**Tasso SD**
Carate Brianza	190	2,97	176	2,75
Cinisello Balsamo	261	3,65	200	2,94
Desio	190	2,91	166	2,67
Monza	217	2,57	239	2,76
Seregno	179	2,97	149	2,49
Sesto-Cologno	193	2,81	158	2,39
Vimercate	227	2,68	208	2,38
ASL MI 3	***1.457***	***2,92***	***1.296***	***2,62***

Tasso standardizzato di mortalità per cause in parte attribuibili al consumo di alcol – anno 2006

Decessi anno 2006	MASCHI		FEMMINE	
Distretto	**num**	**Tasso SD**	**Num**	**Tasso SD**
Carate Brianza	30	0,44	33	0,48
Cinisello Balsam	48	0,66	33	0,45
Desio	36	0,51	27	0,40
Monza	40	0,47	26	0,28
Seregno	44	0,69	25	0,39
Sesto-Cologno	35	0,52	23	0,33
Vimercate	43	0,45	27	0,28
ASL MI 3	***276***	***0,52***	***194***	***0,37***

Pazienti psichiatrici seguiti

Prevalenza riferita ai residenti dell'ASL MI 3 maggiori di 14 anni che hanno avuto almeno un contatto nel corso del 2007 con strutture psichiatriche accreditate a contratto (11.647 soggetti identificati per tessera sanitaria).

	Lombardia anno 2000	**ASL Mi 3 anno 2004**	**ASL Mi 3 anno 2007**
maschi	*115*	*113*	*113*
femmine	*138*	*135*	*142*
Totale	**127**	**125**	**128**

Pazienti con esenzione per invalidità o patologia

Esenti al 30/06/2008

domicilio	**Totale**
Non domiciliati	**1.369**
Carate Brianza	**33.729**
Cinisello Balsamo	**36.568**
Desio	**35.630**
Monza	**42.868**
Seregno	**32.217**
Sesto San Giovanni	**35.144**
Vimercate	**50.873**
Totale	**268.398**

Esenzioni al 30/06/2008

Domicilio	Totale
Non domiciliati	1.906
Carate Brianza	49.471
Cinisello Balsamo	56.888
Desio	51.341
Monza	64.257
Seregno	46.003
Sesto San Giovanni	55.362
Vimercate	74.492
Totale	**399.720**

Principali gruppi di esenzioni al 30/06/2008

Descrizione gruppo	Carate	Cinisello	Desio	Monza	Seregno	Sesto	Vimercate	TOT
Malattia ipertensiva	17.472	20.409	18.098	22.739	17.443	19.831	28.329	144.321
Invalidità	6.875	7.098	6.335	10.702	6.156	7.160	9.964	54.290
Diabete	5.660	6.533	6.062	6.707	5.003	6.185	7.398	43.548
Affezioni del sist.cardiocircolatorio	4.698	5.786	3.911	5.787	3.295	5.837	6.790	36.104
Altre mal.ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo	3.705	5.017	4.905	4.641	3.534	4.564	6.232	32.598
Neoplasie	4.118	4.433	4.257	5.427	4.008	4.168	5.896	32.307
Altre mal.sist.nervoso e degli organi di senso	1.670	1.904	1.898	2.376	1.462	1.922	2.459	13.691
Malattie apparato respiratorio	923	1.196	1.428	1.111	1.247	1.239	1.920	9.064
Malattie del fegato	1.076	1.046	1.133	983	984	1.158	1.159	7.539
Malattie rare	813	598	766	824	588	619	931	5.139

1.3. I dati relativi alla spesa

Tabella 1 - Composizione spesa

		Anno 2006	Anno 2007
Area Anziani			
	Monza	4.021.535,00	4.322.868,00
	Brugherio	490.822,50	434.085,30
	Villasanta	368.802,00	473.583,00
	Ambito	**4.881.159,50**	**5.230.536,30**
Area Disabili			
	Monza	6.213.022,00	6.022.323,00
	Brugherio	1.161.969,29	1.306.221,74
	Villasanta	368.654,00	615.592,97
	Ambito	**7.743.645,29**	**7.944.137,71**
Area Minori e famiglia			
	Monza	9.605.928,00	9.787.249,00
	Brugherio	1.838.238,12	1.665.281,04
	Villasanta	868.020,00	856.058,00
	Ambito	**12.312.186,12**	**12.308.588,04**
Area Immigrazione			
	Monza	397.601,00	423.691,00
	Brugherio	85.799,00	97.857,00
	Villasanta	41.950,00	100.460,00
	Ambito	**525.350,00**	**622.008,00**
Area emarginazione			
	Monza	722.586,00	772.194,00
	Brugherio	358.726,15	369.945,80
	Villasanta	3.028,00	2.994,00
	Ambito	**1.084.340,15**	**1.145.133,80**
Area dipendenze			
	Monza	543.125,00	614.665,00
	Brugherio	14.000,00	17.930,00
	Villasanta	0,00	0,00
	Ambito	**557.125,00**	**632.595,00**
Area salute mentale			
	Monza	101.480,00	81.143,00
	Brugherio	22.033,78	25.110,00
	Villasanta	0,00	3.720,00
	Ambito	**123.513,78**	**109.973,00**
Servizio sociale			
	Monza	2.400.958,00	2.711.954,00
	Brugherio	674.776,90	481.520,85
	Villasanta	364.217,00	293.549,00
	Ambito	**3.439.951,90**	**3.487.023,85**

Tabella 2 - Spesa sociale pro capite

Anno 2007	Numero abitanti	Spesa sociale totale	Spesa sociale pro capite
Monza	120.826	24.736.087,00	204,72
Brugherio	32.871	4.170.896,69	126,89
Villasanta	13.480	2.345.956,97	174,03
Ambito	167.177	31.252.940,66	186,95

Tabella 3 - Andamento spesa sociale

	2004	2005	2006
Monza	21.573.596,00	22.909.876,00	24.006.235,00
Brugherio	3.518.780,00	3.603.999,09	4.295.952,01
Villasanta	2.268.832,00	2.330.652,00	2.377.029,00
Ambito	27.363.212,00	28.846.532,09	30.681.222,01

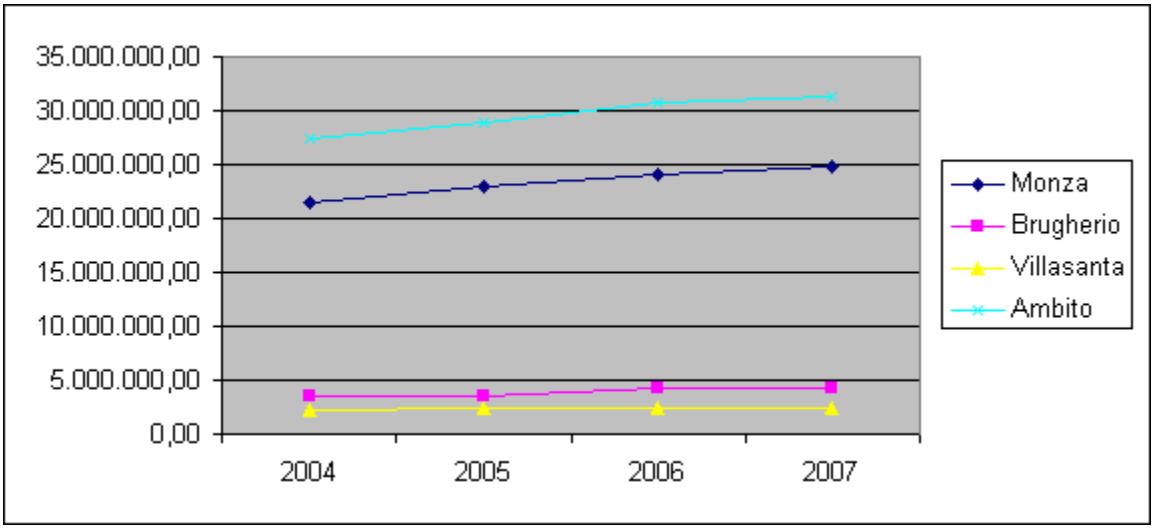


Tabella 4 - Distribuzione Spesa sociale del Distretto per fonti di finanziamento

	Comuni	Utenza	Fondo Sociale Regionale	Fondo Nazionale Politiche Sociali	Altro
2006	80,64%	7,73%	5,45%	5,54%	0,64%
2007	78,76%	7,98%	4,14%	7.90%	1,22%

Tabella 5 - Distribuzione spesa sociale del Distretto per forme di gestione

	Gestione diretta	Buono sociale	Voucher sociale	Appalto /concessione	Acquisto da terzi	Altro
2006	53,39%	2,95%	0,49%	12,67%	15,29%	15,21%
2007	49,06%	2,51%	2,25%	14,46%	17,42%	14,30%

2. REPORT SERVIZI ASSOCIATI

2.1. Ufficio Tutele

Report anno 2008

CASI IN CARICO :
Attualmente l'Ufficio Tutele Distrettuale ha 136 casi in carico :
40 Amministrazioni di sostegno (31 a Monza, 9 a Brugherio),
57 Tutele (44 a Monza, 11 a Brugherio, 2 a Villasanta) di cui 43 minori;
12 Interdizioni penali, cioè tutele di persone in carcere per reati con pene superiori ai 10 anni;
7 Eredità giacienti, cioè nomine di Curatore di patrimoni relitti senza eredi legittimi.
Di 54 casi di Amministrazione di Sostegno e Tutela Adulti, 33 sono seguiti dal Centro Psico-sociale di Monza e Brugherio.

Dal 1/01/2008 al 31/12/2008 sono state attivate 19 nuove Amministrazioni di sostegno, di cui 8 su mandato del CPS.
Tale attivazione ha comportato preventiva attività di consulenza ai Servizi coinvolti, udienze in Tribunale per l'audizione dei beneficiari, e per i giuramenti rituali per la presa in carico.
Ricevimento dei parenti, visite nelle rispettive Comunità.
Apertura di conti correnti, previa chiusura dei rapporti già in essere.
Rapporti con Inps, e ASl e Uffici Potali per le provvidenze economiche.
Apertura o disdetta dei contratti per le utenze. Pagamento rette di ricovero.
Rateizzazione di situazioni debitorie pregresse, e pagamento dei creditori.

Inoltre, ci si è occupati di recuperare crediti in nome di beneficiari danneggiati da terzi.
Si è provveduto allo sgombero di locali, alla ristrutturazione di immobili e alla loro bonifica.
Si è proceduto alla locazione e alla vendita di immobili, iniziando valide collaborazioni con Imprese del territorio.
Si è dato incarico a professionisti esperti : architetti, agenti immobiliari, avvocati penalisti e civilisti, commercialisti, psicoterapeuti, psichiatri.
Si è cooperato con la Procura e la Polizia Giudiziaria per delitti commessi ai danni di tutelati, che hanno subito molestie e abusi.
Ci si è costituiti in giudizio in rappresentanza di minori, parti offese o imputati, in procedimenti penali tuttora pendenti avanti l'Autorità giudiziaria, partecipando alle relative udienze.
Attualmente si stanno seguendo 4 pratiche di successione ereditaria particolarmente complesse, che sono tuttora in fase di definizione e hanno comportato :
redazione di istanze per accettazione con beneficio d'inventario, e numerosi accessi in tribunale per la discussione dei singoli casi;
rapporti con le banche per la raccolta dei documenti dalle stesse richiesti per lo sblocco dei conti in successione, e la collaborazione per le procedure burocratiche;
rapporti con Studi notarili che si sono occupati delle pratiche di successione, procure e vendite di beni.

Ci si è occupati anche dei funerali di alcuni assistiti, collaborando con gli Uffici Funerari Comunali, incaricando le Pompe Funebri, e provvedendo al pagamento delle spese relative, nonchè delle pratiche cimiteriali per la riesumazione dei resti di familiari di persone in tutela.
Nell'anno 2008 sono nati 3 minori non riconosciuti affetti da gravi patologie, che hanno necessitato di cure mediche e sanitarie, ricoveri e interventi particolarmente delicati, che si è dovuto autorizzare, previo incontro con i curanti presso i vari Ospedali, tra cui gli Ospedali Riuniti di Bergamo.
Periodicamente si fa visita alle Comunità e alle RSA in cui le persone in tutela sono inserite e ricoverate, su richiesta e insieme agli operatori che seguono il caso, per verificare l'efficacia del progetto e gli standard delle strutture scelte, confrontandosi con i Responsabili delle

stesse, anche in merito ad eventuali problematiche legato al soggetto in tutela o alla rete familiare.
Entro i primi 15 giorni del mese di Gennaio è obbligatorio depositare presso la cancelleria del Tribunale competente territorialmente rendiconto della gestione patrimoniale di ogni singola situazione seguita.
L'ufficio Tutele Distrettuale è dotato di un Fondo Cassa assegnato con Determina del Dirigente, che annualmente va rendicontato e richiesto per l'anno successivo.

ATTIVITA' DI CONSULENZA :

L'Ufficio Tutele Distrettuale per i cittadini e gli operatori dei territori di Monza, Brugherio e Villasanta, svolge attività di consulenza.
Tale attività è volta sia a dare indicazioni di massima sugli istituti della tutela e dell'Amministrazione di Sostegno e alla loro efficacia sul caso concreto, sia a mettere in grado chi ne usufruisce di presentare in autonomia la domanda di Amministrazione di sostegno per il proprio famigliare.
La consulenza si svolge in almeno due momenti :
uno conoscitivo in cui si consegna il fac-simile della domanda e l'elenco dei documenti da allegare, e si illustra il procedimento e si dà ampio spazio per le domande e i dubbi;
uno successivo in cui si dà la possibilità di controllare la redazione della domanda e dei documenti da presentare.
Negli ultimi mesi per rendere più efficiente tale servizio, si è utilizzata la corrispondenza di posta elettronica sia per il controllo, sia per le successive richieste di consigli e pareri, con buon esito e soddisfazione da parte dei cittadini.
In alcuni casi, particolarmente delicati, si è offerta la disponibilità di monitorare il deposito dell'istanza in Tribunale e la fissazione della data dell'udienza.
Nell'anno 2008 sono stati 67 gli interventi di consulenza, che hanno prodotto la nomina di altrettanti Amministratori di sostegno.
Per quanto riguarda la consulenza a operatori dei Servizi Territoriali, e del Terzo Settore, si sono individuati sia momenti formativi sia incontri individuali, finalizzati a valutare se sia più o meno utile l'attivazione di una misura di protezione giuridica per la persona presentata, e in caso positivo, chi sia meglio incaricare, se soggetto pubblico, privato o professionale, al fine della maggiore efficacia dell'intervento.

OBBIETTIVI RAGGIUNTI :

Buon livello di collaborazione e progettazione con i servizi sociali territoriali del distretto, raggiunta anche grazie alle numerose riunioni, strumento risultato utile per far comprendere e promuovere la funzione istituzionale dell'ufficio, sottolineando l'importanza di diversificare i ruoli delle diverse figure coinvolte.

Ottimo lavoro di squadra su situazioni particolarmente complesse in cui le diverse figure istituzionali (A.S., psicologhe, psicoterapeuti, tutore, legali, GT) hanno cooperato ben consapevoli delle diverse professionalità, a beneficio del progetto e del benessere delle persone coinvolte e da tutelare.

Maggiore ottimizzazione dei tempi di lavoro dovuta ad un miglioramento del livello di informatizzazione (uso di Internet, Webmail e Home-banking).

OBBIETTIVI DA RAGGIUNGERE :

Maggiore visibilità del lavoro svolto.
Comprensione del nuovo modello organizzativo per la collaborazione con le varie figure istituzionali che lavorano sui casi in tutela.

Consolidamento dei rapporti con le varie agenzie del territorio, prevedendo spazi di lavoro integrato per un ulteriore miglioramento del servizio al cittadino.

Miglioramento dell'organizzazione del lavoro per velocizzare ulteriormente la gestione patrimoniale e le complesse pratiche burocratiche.
Collaborazione con professionisti perchè vengano incaricati su casi particolarmente complessi e onerosi, pur con il supporto dei Servizi

2.2. Servizio Intercomunale Affidi

1. IL TERRITORIO: SENSIBILIZZAZIONE E PROMOZIONE DELLA CULTURA DELL'ACCOGLIENZA E DELL'AFFIDO

In congruenza con quanto previsto nel PdZ 2006-2008, l'attività del Servizio Intercomunale Affidi si è orientata in particolare all'obiettivo dell'incremento della rete di famiglie e di conseguenza dell'aumento del numero di possibili famiglie affidatarie, anche in stretta collaborazione con le Cooperative unite in joint-venture nel progetto "Reti di famiglie aperte all'accoglienza".

Al termine del terzo anno di lavoro condiviso tra operatori del SIA e operatori delle Cooperative, possiamo affermare che, la rete di famiglie aperte all'accoglienza è una realtà sufficientemente stabile e consolidata.
Il gruppo risulta attualmente così composto:
- 9 famiglie stabilmente presenti agli incontri da gennaio a giugno 2008; di queste, 6 hanno un affido in corso.
- altre 26 famiglie che seguono saltuariamente gli incontri e le iniziative pubbliche della rete.

La tipologia di famiglie che partecipa agli incontri della rete è molto variegata sia come motivazioni che come "grado" di preparazione e consapevolezza. Molte famiglie presenti alla rete non partecipano al gruppo del S.I.A. ed utilizzano l'ambito della rete come luogo di riflessione e di preparazione teorica ad un eventuale affido.

2. L'ATTIVITA' DEL SIA

Il SIA ha altresì operato per le sue attività specifiche: informazione e valutazione delle famiglie che propongono la propria disponibilità all'affido.

a) Richiesta consulenza e/o abbinamento

La presenza all'interno del SIA di operatori che hanno lavorato, o lavorano tuttora, nei servizi di base ha permesso una certa vicinanza con la realtà della tutela minorile. Di conseguenza ciò ha favorito una più facile accessibilità al SIA da parte dei Servizi Sociali dei tre Comuni, anche semplicemente per richiedere un confronto/consulenza sull'opportunità di avviare o meno progetti di affido in situazioni specifiche. Ciò ha condotto in alcune situazioni a sviluppare fasi propedeutiche al progetto di affido, necessarie per rafforzare la scelta stessa o talvolta per modificare il progetto.

b) Supporto alle famiglie affidatarie

L'attuale assetto organizzativo prevede un supporto mensile fornito al gruppo delle famiglie affidatarie dall'Assistente Sociale del S.I.A. con – fino al mese di dicembre 2008 –da una Psicologa diversa da quella che partecipa alla selezione delle famiglie.
Per l'anno 2008 si è deciso di utilizzare un'alternanza tra incontri "liberi", in cui sono le famiglie a portare direttamente le loro esperienze e/o difficoltà che li coinvolgono particolarmente, e incontri a tema, preparati e strutturati dagli operatori, relativi a contenuti evidenziati dalle stesse famiglie.
La frequenza da parte delle famiglie è stata pressoché stabile nel numero dei partecipanti, anche se la presenza di ogni famiglia del gruppo non è stata garantita in ogni incontro.
Il gruppo, e il sostegno che le famiglie ne ricevono, viene da loro riconosciuto e richiesto, e rappresenta un momento irrinunciabile nel loro percorso di affido.

Quello che emerge dall'esperienza condivisa sia dagli operatori che dalle famiglie è che il gruppo mensile, per quanto utile, non è però sufficiente ad offrire un vero e adeguato accompagnamento e sostegno.
Dal momento in cui avviene l'inserimento del minore nella famiglia che lo accoglie, hanno avvio anche tutte le dinamiche, le esperienze, le difficoltà ed i bisogni che comprendono sia gli aspetti tipici e ricorrenti dell'affido, sia aspetti particolari e individuali che caratterizzano in modo specifico ogni situazione, che hanno significato ed importanza solo in quella specifica situazione, in quella famiglia, con quel minore.
Emerge sempre più la consapevolezza relativa alla necessità di individuare differenti modalità per sostenere le famiglie affidatarie nel loro percorso quotidiano di accoglienza del minore in modo maggiormente mirato ed individualizzato. Tale intervento presuppone la possibilità di seguire le situazioni in modo più diretto e capillare per poter intervenire in supporto alla famiglia in modo più incisivo e sostanziale relativamente alle caratteristiche di ogni situazione specifica.

Questa necessità è stata più volte portata dalle stesse famiglie, sia nel gruppo di sostegno mensile del S.I.A., sia nei momenti di incontro della "rete di famiglie per l'accoglienza".
Queste considerazioni sono anche supportate dalle esperienze della maggior parte dei servizi affidi di altri territori (sia all'interno della Provincia che all'esterno), che già da tempo inseriscono come attività fondamentale nella loro struttura organizzativa percorsi di affiancamento e sostegno individualizzato alle famiglie che hanno in corso un affido. Tali considerazioni sono emerse anche nel lavoro di confronto avuto con gli operatori ed i responsabili dei Servizi Sociali dei tre Comuni, e sono stati oggetto di confronto nel Comitato Tecnico Servizio Affidi.

3. IL SIA E LA PROVINCIA

Il SIA partecipa attivamente al Coordinamento provinciale affidi, negli incontri periodici e ad alcune iniziative specifiche.

In particolare, all'interno del coordinamento provinciale è sorta l'esigenza di riflettere sulla richiesta/necessità formativa delle famiglie affidatarie. Dopo uno scambio di considerazioni si è deciso di costruire un breve percorso di approfondimento (3 incontri serali) finalizzato ad affrontare in modo interattivo alcuni aspetti nodali dell'esperienza di affido.
L'affido è un oggetto sconosciuto che non si finisce mai di scoprire. Questo vale per le persone che si avvicinano per la prima volta a questa esperienza, ma anche per chi è già famiglia affidataria.
Le emozioni che si provano rischiano di restare inespresse, perché troppo forti o troppo imbarazzanti, a volte nemmeno riconosciute.
Si è quindi pensato di proporre un breve percorso di approfondimento con l'obiettivo di aiutare a riconoscere e valorizzare le emozioni, a partire da alcuni temi ritenuti particolarmente significativi:
1- Fare spazio ad un bambino si può. I rituali dell'accoglienza.
2- I fili e le trame della storia del bambino ovvero dalla frammentarietà alla continuità.
3- Relazioni e affetti come segno di ciò che si costruisce nell'esercizio della genitorialità sociale.

Gli incontri sono stato condotti direttamente dagli operatori dei Servizi Affidi e hanno previsto l'utilizzo di modalità attive che hanno coinvolto in prima persona i partecipanti.
Il gruppo a cui ha partecipato il SIA comprendeva, oltre al nostro territorio, tutta l'area a nord di Milano, in specifico gli ambiti di Carate e Albiate, Cinisello Balsamo, Desio e Seregno, Paderno Dugnano e Novate, Rho, Vimercate.
Agli incontri sono state invitate alcune famiglie affidatarie di tutti i servizi affidi coinvolti, individuate dagli stessi operatori.
Le sedi scelte per il nostro gruppo sono state Monza, Seregno e Paderno Dugnano e gli incontri sono avvenuti nelle date del 3/4, 17/4, 8/5/2008.

Le serate hanno visto una buona partecipazione da parte delle famiglie, che hanno confermato l'importanza per loro, di avere spazi di confronto e condivisione dell'esperienza dell'affido.

Le altre iniziative realizzate nel corso del 2008 dalla Provincia a cui abbiamo partecipato come SIA, sono le seguenti:

- i risultati della ricerca sull'affido a parenti, a cui aveva partecipato anche l'ambito di Monza, sono stati presentati in un seminario organizzato in data 4 dicembre 2008. In quell'occasione è stato consegnato un libro contenente le modalità e gli esiti della ricerca, che forniscono degli spunti interessanti.
- La Provincia di Milano nell'ambito della campagna di sensibilizzazione sull'affido, ha deciso di proporre come evento per il 2008 una mostra sensoriale dell'artista Laura Morelli, con la disponibilità a coprire i costi di allestimento e disallestimento per alcuni ambiti provinciali. Come ambito di Monza abbiamo aderito all'iniziativa, assieme agli ambiti di Rho, Melegnano ed Assago.
- Rispetto alla banca-dati provinciale, sono stati forniti i dati relativi ad essa, che comprende
    - Famiglie inserite 133
    - Con affido in corso 81
    - Utilizzabili 49

In conclusione, si conferma che la partecipazione al Coordinamento Provinciale favorisce uno scambio e un confronto interessante e fruttuoso, aiutando anche ciascun servizio a rivedere le proprie modalità di intervento e a ripensarsi in termini propositivi ed innovativi al fine di fronteggiare i cambiamenti culturali e sociali che occorre tenere in considerazione anche rispetto alla promozione di una cultura dell'affido.

4. RIFLESSIONI CONCLUSIVE e PROSPETTIVE FUTURE

Alla luce dell'esperienza del precedente triennio si ritiene opportuno sottolineare due punti di attenzione per lo sviluppo dell'attività nel triennio 2009-2011.

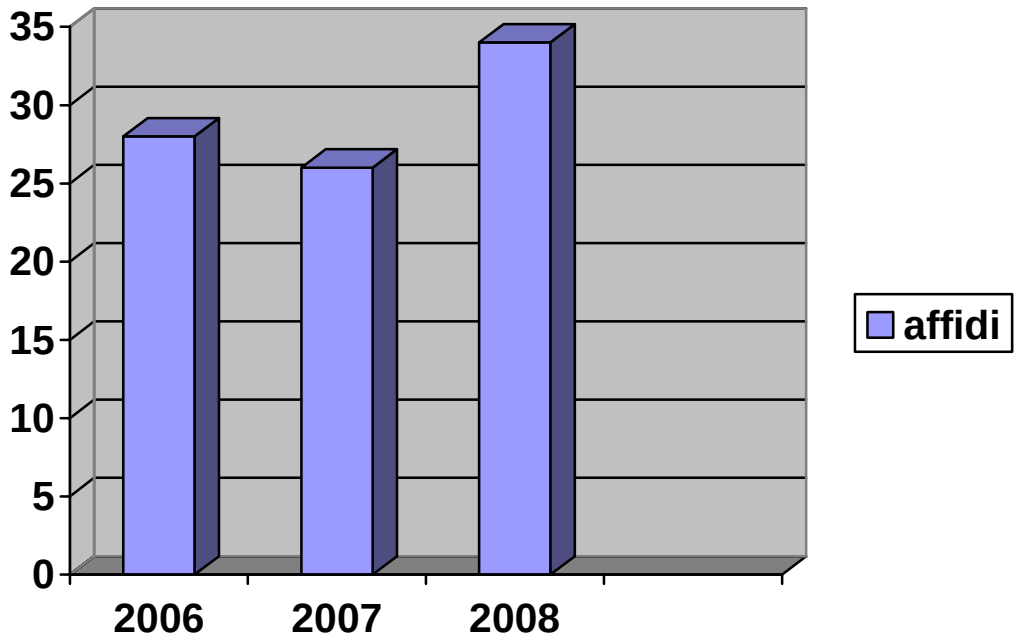
1. Indagare l'opportunità di strette connessioni con altri Servizi Affidi in base alla riflessione che un territorio di azione più ampio risulta essere più conveniente in termini di costi/benefici, ovvero: riferirsi ad una comunità più ampia e quindi ad una possibile rete di famiglie presumibilmente più significativa, nonché disporre di una banca dati più numerosa e di conseguenza di una presumibile maggior presenza di risorse da attivare per l'avvio degli affidi.
2. Contemporaneamente individuare nuove modalità di azione per garantire interventi di supporto alle famiglie affidatarie, sia nella direzione di continuità della collaborazione con il privato sociale come in essere, sia nella direzione sopraddetta di connessione/integrazione con Servizi Affidi che già offrono forme diverse –da quelle attuate nell'ambito di Monza- di sostegno alle famiglie affidatarie.

DATI RELATIVI ALL'ATTIVITA' DEL SERVIZIO INTERCOMUNALE AFFIDI

	2006		**2007**		**2008**	
Famiglie che hanno chiesto informazioni Di cui Monza Brugherio Villasanta Altri Comuni	**32**		**29**	 **10** **2** **2** **15**	**18**	 **7** **1** **2** **8**
Famiglie entrate in selezione Di cui Monza Brugherio Villasanta AltriComuni	**8**		**7**	 **2** **1** **0** **4**	**4**	 **3** **0** **1** **0**
Famiglie idonee	7		4		3	
Richieste di famiglie affidatarie da parte S.S. ambito S.S. altricomuni	40	 23 17	21	 10 11	20	 18 2
Affidi avviati con S.S. dei tre comuni	5		1		4	
Affidi avviati con altri comuni	1		5		0	
Incontri SIA con famiglie affidatarie per supporto/follow up	8		16		11	
Gruppo serale famiglie affidatarie	10		10		10	

AFFIDI COMUNE DI MONZA

	1.1			31.12
2008	26	-5	+13	34
2007	28	-8	+6	26
2006	25	-8	+11	28



Unità di Orientamento e Integrazione Lavorativa

I processi finalizzati a sostenere l'inclusione socio-lavorativa dei soggetti svantaggiati, sono centrali per lo sviluppo di politiche sociali efficaci, che mirano a promuovere un ruolo attivo delle persone, preservandole il più possibile da rischi di caduta nei circuiti assistenziali.

Ciò è ancora più evidente in un contesto come quello di Monza e Brianza, caratterizzato da una situazione economica e occupazionale tra le più positive d'Italia e d'Europa, dove l'integrazione viene identificata in una situazione di complessivo benessere socio-economico.

Frequentemente, in tale contesto, l'emarginazione lavorativa si configura come una esclusione netta e difficilmente recuperabile: l'accompagnamento al lavoro deve, pertanto, prevedere, sia un puntuale lavoro individualizzato di stampo educativo con la persona, sia

azioni di sensibilizzazione e diffusione della cultura dell'integrazione che coinvolgano il territorio e, in particolare, il sistema imprenditoriale.

L'attività UOIL, servizio attivo dagli anni '80, si è orientata nella direzione di sostenere le persone nello sviluppo delle proprie potenzialità, collaborando con altri soggetti pubblici e privati afferenti al sistema istruzione-formazione-lavoro e al sistema socio-sanitario, nell'intento di strutturare un'offerta integrata di servizi, e costruendo, nel contempo, relazioni positive con le imprese e le loro associazioni per facilitare l'accesso e il mantenimento del lavoro delle persone più deboli.

UOIL da tempo lavora in un'ottica dinamica, adeguandosi alle nuove prospettive delineate dagli indirizzi europei e dalle riforme normative, che hanno interessato in modo significativo il mercato del lavoro, la formazione e i servizi sociali, introducendo nuove modalità operative che prevedono la partecipazione al sistema regionale di accreditamento e la realizzazione di progetti finanziati attraverso bandi (FSE, Fondo regionale per l'Occupazione dei Disabili….).

Da gennaio 2007 UOIL si configura come servizio distrettuale, in quanto l'attività è stata estesa, anche al Comune di Brugherio (con il Comune di Villasanta è attiva una convenzione dal 2000): si allegano le relazioni prodotte dalle Educatrici Professionali referenti per Brugherio e Villasanta che riportano dati e considerazioni riferite all'attività UOIL realizzata a favore degli utenti residenti nei due comuni.

Gli obiettivi definiti per il 2007:

1. Realizzare bilanci attitudinali e di esperienze.
2. Realizzare tirocini, borse lavoro, inserimenti lavorativi e azioni di sostegno al mantenimento del posto di lavoro in collaborazione con le aziende del territorio.
3. Tenere aggiornato il sistema Qualità /Accreditamento.
4. Approfondire le problematiche relative all'utenza con patologie psichiatriche e all'utenza che risulta di difficile collocazione.
5. Rendere fruibile il servizio UOIL anche agli utenti residenti nel Comune di Brugherio.
6. Realizzare il progetto SOFIA :Sensibilizzare e Orientare per Facilitare l'Integrazione in Azienda, (ATS, Capofila UOIL Comune di Monza).
7. Approfondire fattibilità progetto VAI.
8. Realizzare progetto "mappAbilità" (ATS, Capofila ANFFAS Milano).

Di seguito si riportano alcune considerazioni in merito ai singoli obiettivi :

1. **Realizzare bilanci attitudinali e di esperienze**
2. **Realizzare tirocini, borse lavoro, inserimenti lavorativi e azioni di sostegno al mantenimento del posto di lavoro in collaborazione con le aziende del territorio.**

Questi due primi obiettivi riguardano la consueta attività UOIL: è allegata alla presente relazione,copia della rilevazione semestrale degli interventi, suddivisi per aree territoriali .

Si fa presente che, eccezionalmente, al fine di fornire fin da ora agli enti del Distretto, una panoramica complessiva del volume delle attività realizzate nel 2007, sono già stati predisposti gli elenchi riferiti al semestre luglio-dicembre 2007.

Si precisa, infatti, che il sistema di rilevazione dei dati attualmente in essere (che risponde alle esigenze del sistema qualità e all'organizzazione UOIL) prevede la rilevazione semestrale degli interventi con la seguente tempistica:

- entro 31 luglio: consegna delle informazioni relative al semestre gennaio/giugno da parte degli Educatori Professionali ;
- entro 30 settembre: predisposizione elenchi degli interventi - semestre gennaio/giugno;
- entro 31 gennaio: consegna delle informazioni relative al semestre luglio/dicembre dell'anno precedente da parte degli Educatori Professionali;
- entro febbraio: predisposizione elenchi degli interventi - semestre luglio/dicembre anno precedente;
- entro 31 maggio verifica e analisi delle informazioni e rappresentazione grafica (da utilizzare per il riesame della direzione, previsto dal sistema qualità, che di norma viene effettuato nella prima metà di giugno);

Si precisa, inoltre, che delle azioni di sostegno al mantenimento del posto di lavoro rivolte ad alcuni utenti con disabilità sono state realizzate nell'ambito di un progetto biennale finanziato dal Piano Provinciale Emergo 2005-2006 concluso nel luglio 2007 nel quale è stato sperimentato un percorso di sostegno di gruppo: si allega report finale del progetto.

3. Tenere aggiornato il sistema Qualità /Accreditamento

UOIL lavora in regime di qualità ISO 9001 ed è servizio accreditato nella macrotipologia orientamento (SO1-SO2-SO3) nell'ambito del sistema di accreditamento regionale.

Il sistema qualità definisce le procedure per la progettazione ed il controllo delle attività.

Come sopra evidenziato sono state definiti tempi e modalità per la raccolta delle informazioni relative agli interventi realizzati. Si precisa che, a tutt'oggi UOIL, non dispone di un sistema informatico per la gestione dei dati (richiesto nell'aprile 2005 in seguito a sollecitazione ricevuta, in sede di visita di sorveglianza, dall'Ente di certificazione). Una nostra operatrice amministrativa ha predisposto un data-base informatico che potrà essere sperimentato; tuttavia, per poter utilizzare tale sistema sarà necessario "mettere in rete" i p.c. usati dagli operatori UOIL nelle varie sedi di lavoro.

Nel 2007, l'attività riferita alla qualità e all'accreditamento si è svolta rispettando tempistica e modalità: la visita di sorveglianza ha rilevato l'adeguatezza del sistema e l'assenza di "non conformità".

Il piano di miglioramento prevede l'adeguamento delle procedure relative alle azioni di sostegno al mantenimento del posto di lavoro, in quanto è emersa l'opportunità di distinguere tali azioni (che possono essere realizzate durante il rapporto di lavoro anche molto tempo dopo l'assunzione) dalle azioni di monitoraggio dell'inserimento che si svolgono immediatamente dopo l'assunzione e si limitano al primo anno di lavoro.

Con la riforma del mercato del lavoro in Lombardia (L.R. 22 del 28 settembre 2006)è stato introdotto un ulteriore profilo di accreditamento che riguarda il "sistema regionale dei servizi per il lavoro".

L'opportunità di partecipare anche questo nuovo sistema di accreditamento,operativo dall'estate scorsa, deve essere attentamente valutata, prendendo in considerazione due aspetti:

1. i requisiti che il servizio deve possedere per presentare domanda di accreditamento

2. la fruibilità dei finanziamenti e delle eventuali altre opportunità offerte dal sistema.

Per quanto riguarda il primo aspetto, si evidenzia l' attuale mancanza dei seguenti requisiti obbligatori:

- specifica dotazione di software per la gestione del servizio;
- presenza, nella sede accreditata, di persona addetta alla accoglienza e informazione (con comprovata competenza ed esperienza), a completa disposizione del pubblico, per 30 ore settimanali;
- postazione informatica, dotata di collegamento Internet, a disposizione dell'utenza, ubicata in apposito spazio accessibile pubblico, per l'accesso alla Borsa continua nazionale del lavoro attraverso il Portale BORSALAVOROLOMBARDIA, da utilizzare sotto la guida e la sorveglianza della persona addetta all'accoglienza e informazione.

In relazione al secondo aspetto si osserva che

- le possibilità di finanziamento offerte attualmente dalla Regione (attraverso il programma LABORLAB) non riguardano le categorie di utenti seguiti dai SIL/UOIL ed hanno un meccanismo di erogazione del tutto nuovo, che prevede il riconoscimento di una "dote" all'utente che può essere spesa dallo stesso in un servizio a sua scelta;
- è ancora piuttosto confuso il funzionamento del sistema di valutazione previsto dalla normativa regionale che dovrebbe premiare o penalizzare i servizi - rispetto all'attribuzione di finanziamenti e alla permanenza nel sistema di accreditamento – in ragione dell'utilizzo dei finanziamenti assegnati.

4. Approfondire le problematiche relative all'utenza con patologie psichiatriche e all'utenza che risulta di difficile collocazione.

Una prima analisi del problema ha indicato l'opportunità di avviare l'approfondimento a partire dall'utenza seguita dai servizi psichiatrici nell'ambito della quale si individuano persone che spesso presentano le maggiori difficoltà di collocamento.

E' stata avviata una verifica dei casi segnalati dal CPS a UOIL che ha portato ad identificare un gruppo di pazienti in carico da molto tempo, che, pur essendo impegnati in attività a base lavorativa (tirocini, attività in coop, "Lavoro in Cammino"…) non riescono ad accedere ad una posizione lavorativa formalizzata da un contratto di lavoro.

La partecipazione all'attività del "Gruppo Lavoro e Territorio" - Patto per la Salute Mentale – (coordinato dalla responsabile UOIL), ha permesso un confronto sul tema con altri servizi della ASL. Poiché anch'essi hanno segnalato la presenza di utenza con analoghe caratteristiche, reputando tale problematica meritevole di attenzione prioritaria, si è ritenuto opportuno presentare un progetto nell'ambito del nuovo Piano Emergo, da realizzarsi sul territorio della Provincia di Monza e Brianza,.che si pone i seguenti obiettivi:

- la prosecuzione e la sistematizzazione delle metodologie di valutazione degli indicatori predittivi per l'integrazione lavorativa di disabili psichici a "alta vulnerabilità" attraverso una ricerca condotta con criteri scientifici omogenei;
- l'approfondimento attraverso una ricerca sul campo delle realtà PMI del territorio che potrebbero costituire risorse per la sperimentazione attraverso momenti di contatto, analisi, sensibilizzazione;

- la sperimentazione di percorsi di integrazione lavorativa che prevedano il passaggio graduale da situazioni protette a ambienti aziendali preferibilmente riferiti all'ambito della PMI;
- la sperimentazione di modalità di accompagnamento congiunto tra servizi per l'integrazione lavorativa e DSM e di coinvolgimento attivo dei beneficiari;
- la diffusione degli strumenti operativi (convenzioni, ecc.) e delle opportunità applicative della Legge 68/99 in riferimento all'ambito delle PMI.
- Se il progetto sarà finanziato (la richiesta di finanziamento è stata presentata nel dicembre 2007) verrà realizzato da una ATS composta da: UOIL Comune di Monza (capofila), UOIL area psicosociale Offertasociale di Vimercate, SIL/CEFIL ASLMI3, Consorzio C.S.§L.

Si precisa inoltre che, nel 2007 è stato verificato e aggiornato il protocollo di intesa tra CPS e UOIL, ricompreso nell'accordo per la Salute Mentale.

5. Rendere fruibile il servizio UOIL anche agli utenti residenti nel Comune di Brugherio

Ci si è attivati per l'avvio dell'attività UOIL nel territorio di Brugherio, a partire da novembre 2006, individuando un'Educatrice Professionale di riferimento, che è stata affiancata da un'Educ.Professionale esperta (così come previsto dal sistema di accreditamento) e dallo psicologo UOIL (che garantisce la supervisione).

Da subito ci si è collegati al SIL ASL per il passaggio dei casi già seguiti, proseguendo i tirocini e le Borse Lavoro già in atto.

La fase di impostazione del lavoro è stata faticosa ma la disponibilità e l'impegno espresso sia da parte degli operatori UOIL, sia da parte degli operatori del Servizio Sociale di Brugherio, ha permesso di far fruttare il lavoro comune e di superare le difficoltà via via incontrate.

La problematicità più rilevante è stata individuata nel numero consistente di utenti segnalati alla UOIL e dalla complessità di alcuni casi con la conseguente formazione di una lista d'attesa molto consistente: l'acquisizione di un'ulteriore Educ. Prof. part-time a partire dal mese di settembre 2007 è stata risolutiva ed ha permesso di raggiungere una soddisfacente organizzazione dell'attività.

Il processo di strutturazione dell'attività è stato monitorato con periodici incontri tra i responsabili e tutti gli operatori coinvolti.

La relazione allegata riporta con maggiori dettagli lo svolgimento di tale processo.

6. Realizzare il progetto SOFIA :Sensibilizzare e Orientare per Facilitare l'Integrazione in Azienda, (ATS, Capofila UOIL Comune di Monza).

Il progetto, realizzato da un'ATS (composta da UOIL Monza, SIL ASL MI3, SIL Consorzio Desio, UOIL Offerta Sociale Vimercate) si è svolto nei tempi e nei modi previsti, raggiungendo gli obiettivi individuati:

- sensibilizzare le imprese del territorio sui temi del collocamento mirato dei disabili (sono state coinvolte 130 aziende);
- dare informazioni - in ordine alle opportunità offerte dalla legge 68 e al funzionamento dei servizi- agli allievi disabili in procinto di concludere l'obbligo formativo e alle loro famiglie, in collaborazione con le scuole e i CFP del territorio;
- effettuare una ricerca qualitativa su quattro casi di inserimento lavorativo (la ricerca è stata rappresentata attraverso un video)

Nel mese di giugno 2007 è stato organizzato un convegno che ha visto la presenza di circa 100 partecipanti durante il quale sono stati illustrati i risultati raggiunti.

Si allega relazione finale trasmessa alla Provincia di Milano e si rimanda, per l'approfondimento delle attività progettuali realizzate, alla documentazione distribuita in occasione del Convegno

Si precisa che il progetto SOFIA ha confermato e rafforzato la prospettiva di sviluppo di progetti e attività condivisi tra servizi (SIL/UOIL) di Monza e Brianza, mirati a migliorare la qualità del lavoro con le persone e con le imprese con l'obiettivo di costruire un'offerta di servizi coordinata su tutta il territorio della nuova Provincia.

Ha inoltre contribuito ad aprire possibilità di ulteriore collaborazione con i CFP: portando all'elaborazione di un progetto "Sguardi a Confronto" (che coinvolge operatori di: UOIL, CFP ECFoP: CFP Borsa) volto a:

- confrontare le modalità di valutazione dello stage/tirocinio
- evidenziare gli indicatori di lettura dei risultati
- confrontare e valutare la modalità di comunicazione dei risultati (efficacia e chiarezza degli strumenti).

7. Approfondire fattibilità progetto VAI

Nell'aprile 2007 è stata inviata all'Ufficio di piano una sintesi rispetto al lavoro realizzato in ordine all'approfondimento del progetto VAI, che è stata oggetto di un successivo incontro nel quale è stata confermata la difficoltà di prevedere la sperimentazione della figura dell' "assistente personale"a sostegno individuale di persone disabili non autosufficienti che intendono vivere da sole in una propria casa, prevista dall'ipotesi progettuale presentata dagli Uffici Politiche Sociali CGIL e CISL. Si è invece concordato sulla possibilià di pensare ad una sperimentazione utilizzando la casa alicati presente a Villasanta anche se le persone disabili contattate si sono rivelate poco orientate a costruire relazioni tra loro e poco

disponibili a considerare la possibilità di utilizzare ausili tecnologici. UOIL rimane disponibile a collaborare – se si svilupperà nell'ambito del distretto un progetto orientato in tal senso – per quanto attiene l'eventuale impostazione e co-conduzione di incontri di gruppo con le persone disabili interessate.

8. Realizzare progetto "mappAbilità" (ATS, Capofila ANFFAS Milano)

Il progetto mappAbilità, è stato finanziato nell'ambito del Fondo Regionale per l'Occupazione dei Disabili, in parte destinato dalla Regione Lombardia alle azioni finalizzate a rafforzare l'attività regia, verifica e sostegno del sistema dei servizi, e della loro fruibilità da parte delle persone disabili e delle imprese.

Il progetto è stato realizzato da una ATS composta da : Anffas Milano Onlus (capofila), Anffas Regione Lombardia, Aias Milano Onlus, CFP CAPAC Milano, CFP AFGP Padre Piamarta Milano, UOIL Comune di Monza, UOIL area disabili OffertaSociale di Vimercate.

Sono state sviluppate 2 Azioni:

1. La mappatura dei servizi per l'inserimento lavorativo dei disabili attivi in Lombardia ricompresa in un catalogo informatico (data base aggiornabile) in fase di pubblicazione sul portale "informahandicap.it"
2. La messa a punto di strumenti di valutazione e monitoraggio delle attività dei servizi, alicati mediante una sperimentazione sul campo.

Il progetto è in fase di conclusione: a breve dovrebbe essere pronto il report finale che riporterà, oltre alle attività del progetto "mappAbilità", quelle di altri 2 progetti finanziati nell'ambito dello stesso dispositivo.

E' stato programmato per il mese di febbraio 2008, un convegno che sarà organizzato a Milano dall'ente capofila (ANFFAS) in accordo con la Regione e con gli enti capofila degli altri progetti.

Nel corso del 2007 UOIL si è anche attivata per:

- **Implementare la collaborazione con gli altri SIL/UOIL pubblici attivi sul territorio della Provincia di Monza e Brianza** (UOIL – Comune di Monza, SIL ASL MI3, SIL Consorzio Desio Brianza, UOIL Offertasociale Vimercate) tra i quali vi è un dialogo aperto da molti anni che ha portato a collaborazioni strutturate e informali.

Nell'ambito di questo dialogo è maturata una graduale crescita della capacità di lavorare insieme, in maniera coordinata e integrata; è stato possibile elaborare una analisi dei bisogni emergenti a livello territoriale e mettere a fuoco spunti di lavoro

I servizi hanno costruito nel tempo un'abitudine a sentirsi, a confrontarsi sugli aspetti del lavoro quotidiano con le persone e si sono impegnati in progettazioni comuni.

Nel corso del 2007 il collegamento tra i servizi è stato costante. Oltre alla realizzazione del progetto SOFIA , sono stati strutturati incontri periodici per una reciproca informazione rispetto alle attività realizzate, anche nel tentativo di evitare eccessive difformità rispetto all'offerta di servizi nelle varie aree della nuova Provincia di Monza e Brianza.

Si è lavorato insieme in modo particolare relativamente a:

- relazione con le imprese, attraverso il progetto S.O.F.I.A.
- integrazione lavorativa delle persone seguite dai servizi della psichiatria, attraverso il lavoro sviluppato nell'ambito del "Patto per la Salute Mentale dell'ASL MI3
- collaborazione con i servizi Provinciali, attraverso momenti di confronto finalizzati a mettere a fuoco modalità comuni per gestire la relazione con i vari uffici e con gli operatori del Piano EMERGO
- applicazione della L. 626 nell'ambito dei tirocini
- relazione scuole e CFP in riferimento all'orientamento lavorativo delle persone disabili giunte al termine dell'obbligo formativo, attraverso una specifica attività realizzata nell'ambito del progetto S.O.F.I.A.
- valutazione delle opportunità portate dal nuovo Piano Emergo

Il lavoro comune è stato sicuramente soddisfacente anche se si sono riscontrate alcune criticità.

Pur avendo i servizi raggiunto un livello di collaborazione molto proficuo ed un clima di lavoro basato sulla fiducia reciproca, emerge una difficoltà ad essere percepiti come un unico sistema nell'ambito della Provincia di Monza e Brianza.

In particolare la Provincia di Milano non facilita questo processo di aggregazione e tende a mantenere relazioni differenziate con i singoli servizi. Un esempio evidente è stata la modalità seguita nel coinvolgimento dei servizi di Monza e Brianza nel progetto Match del Piano Emergo (avviato nel dicembre 2007): la Provincia di Milano ha contattato solo alcuni servizi seguendo un criterio proprio e senza alcun confronto in merito a ruoli e attività da affidare a ciascuno nell'ambito del progetto.

Inizialmente sono stati coinvolti solo il SIL di Desio e la UOIL del Comune di Monza; successivamente, in seguito ad un sollecito, è stata coinvolta la UOIL di Vimercate, mentre il SIL della ASL (che non è ancora entrato nel sistema dell'accreditamento) non è stato per nulla coinvolto. Sarà tuttavia premura dei servizi mantenere i momenti di informazione e confronto comune anche rispetto a questa tematica.

Una ulteriore criticità riguarda l'applicazione della L.626 nell'ambito dei tirocini: su questo tema è stato promosso un incontro specifico con gli specialisti dei servizi di medicina del lavoro della ASL, ai quali sono state chieste indicazioni in merito. I servizi, in ordine a questa tematica ed in attesa di avere le indicazioni richieste, hanno individuato un comportamento comune, improntato alla prudenza.

Continuare il lavoro di rete per l'accompagnamento al lavoro di detenuti ammessi a misure alternative ed ex-detenuti, promosso nell'ambito del Comitato Carcere e Territorio, e che coinvolge diversi servizi (in particolare SPR- GEA- Sportello Carcere – Centro Lavoro –UEPE – Cooperative Sociali)

Nel 2007 UOIL ha garantito la collaborazione alla realizzazione di percorsi di avvicinamento al lavoro collegati ai seguenti progetti specifici:

"Oltre il carcere verso il lavoro", progetto promosso dal Centro Lavoro di Vimercate e realizzato in stretto collegamento con UEPE, finalizzato a sperimentare percorsi per l'inserimento lavorativo di detenuti ammessi a misure alternative ed ex detenuti adulti residenti nei Comuni dei distretti di Monza e Vimercate, attraverso il lavoro integrato di Centri Lavoro, UEPE, Servizi per l'Inserimento Lavorativo. Fino ad ora sono state coinvolte 4 persone seguite da UOIL.

"Lavoro per l'inclusione sociale dei detenuti beneficiari dell'indulto": progetto nazionale per lo sviluppo di politiche attive del lavoro volte a sostenere l'occupabilità ed il reinserimento lavorativo di coloro che hanno beneficiato dell'indulto. Il progetto è promosso dal Ministero del lavoro e della Previdenza Sociale, d'intesa con il Ministero della Giustizia, che ne ha affidato la realizzazione a Italia Lavoro. UOIL sta collaborando con Italia Lavoro e la Cooperativa "Sommozzatori della Terra" per l'inserimento lavorativo di una persona in carico.

"L.I.So.La": progetto promosso dal P.R.A.P. Lombardia per sostenere l'inserimento lavorativo di beneficiari d'indulto (liberi, in misura alternativa, detenuti ammessi all'art. 21 purchè prossimi alla scarcerazione). UOIL sta collaborando con UEPE e la Cooperativa "Il Ponte" per l'inserimento lavorativo di una persona in carico.

L'esperienza realizzata su questo target d'utenza ha messo in evidenza che l'intervento UOIL risulta particolarmente utile per quei detenuti/ex detenuti) con scarse competenze, disfunzioni dei processi di apprendimento, disagi psico-relazionali.

In altri casi si è rivelato più efficace l'intervento prospettato da altri servizi (SPR –GEA).

Continuare a collaborare rispetto alla qualificazione del lavoro di cura (assistenti familiari) allo scopo di individuare modalità utili a favorire l'integrazione socio-lavorativa di donne straniere.

UOIL ha, infatti, partecipato alla realizzazione del progetto NetWork, che ha coinvolto, nel periodo 2005/2006, i territori dei distretti di Monza e Vimercate: in particolare UOIL ha collaborato alla definizione delle modalità da seguire per "la certificazione delle competenze" delle persone che si candidano per il lavoro di assistente familiare. Ha inoltre partecipato alla sperimentazione delle azioni di monitoraggio e sostegno, rivolte ad alcune badanti straniere assunte attraverso il progetto, azioni che si sono protratte nel 2007.

UOIL ha continuato la collaborazione con l' A.S. Chiara Pozzi (referente del Distretto di Monza rispetto agli interventi a favore della popolazione anziana) e la partecipazione al gruppo territoriale costituito sul tema, che ha portato alla individuazione di possibili piste di lavoro, presentate al Direttore dell'Ufficio di Piano.

Implementare la collaborazione con il Servizio Occupazione Disabili (SOD) della Provincia di Milano.

Ci si è attivati soprattutto per consolidare un sistema di relazioni positive con i vari uffici del SOD. Sono state poste in essere le seguenti modalità di collaborazione:

- incontri periodici (a cura di ciascuna edc, prof. UOIL) rispetto alle persone seguite iscritte al SOD;

- incontri periodici per scambio di informazioni rispetto alle imprese del territorio;

- contatti in occasione di singoli avviamenti numerici, inserimenti mirati e avviamenti attraverso Match, volti soprattutto a coordinare gli interventi nei confronti degli utenti e delle imprese coinvolte, con l'obiettivo di prevenire e/o affrontare eventuali criticità;

- contatti frequenti tra responsabile UOIL e responsabile SOD.

Si segnala che il responsabile SOD ha partecipato attivamente al "Gruppo Lavoro e Territorio" ASL3 – Patto per la salute mentale-, contribuendo all'elaborazione del progetto "Costruire il Lavoro" (presentato per il finanziamento nell'ambito del Piano Emergo 2007-2008) rispetto al quale ha formalizzato lettera di adesione.

Rispetto alla collaborazione con il SOD, e più in generale con i servizi della Provincia di Milano afferenti all'area lavoro, pur riconoscendo la grande disponibilità e la sollecitudine degli operatori a fornire informazioni e a coinvolgere UOIL rispetto ai casi di competenza, si riscontra il permanere di una modalità di relazione più orientata a "dare indicazioni di intervento" piuttosto che a porsi su un terreno di confronto reciproco.

Tale percezione viene riportata anche dagli altri SIL/UOIL.

Costruire modalità di collaborazione efficaci con GEA e SPR e servizi sociali territoriali in ordine all'accompagnamento al lavoro di persone che si trovano in situazione di grave emarginazione.

Sono state approfondite le situazioni segnalate dal GEA, anche attraverso momenti di confronto nell'ambito di un gruppo di lavoro costituitosi ad hoc, che ha coinvolto gli operatori di GEA, UOIL, SPR, Servizi Territoriali, a conoscenza delle situazioni analizzate.

La complessità dei casi, che presentano gravi problematicità su più fronti, (e che hanno indotto alla istituzione di un servizio specifico quale il GEA), rendono difficoltosa la lettura dei bisogni e richiedono la messa a punto di un lavoro di rete che chiama i servizi ad integrarsi: è quindi necessario condividere l'analisi dei casi e mettere ben a fuoco quali interventi possono essere adeguatamente realizzati da ciascun servizio.

Vi sono situazioni in cui non è facilmente individuabile il progetto complessivo di intervento sull'utente (la complessità dei problemi rende a volte difficoltoso anche individuare gli obiettivi a cui dare priorità): probabilmente occorre un ulteriore sforzo di messa a punto di modalità operative che consentano risposte più mirate e sistemiche all'insieme dei bisogni espressi. Continuare a garantire la presenza di una educatrice prof., con funzioni di facilitatore, nell'ambito del gruppo di auto-mutuo–aiuto, composto da genitori di disabili, attivato nell'ambito della Circoscrizione 2.

Nucleo Integrato Specialistico

AREA MINORI E FAMIGLIE MULTIPROBLEMATICHE

ELEMENTI SIGNIFICATIVI EMERSI NELL'ATTIVITÀ DEL 2008

Il Nucleo Integrato Specialistico ha acquistato visibilità e consensi sia all'interno del settore, sia all'esterno diventando modello di riferimento per vari ambiti territoriali.

Nel 4° anno di attività a livello distrettuale si è mantenuto il modello di funzionamento già sperimentato nel 2007 (vedi report) strutturato per fasi organizzative.

La stabilità del team degli operatori ha permesso di affinare il percorso valutativo, di pervenire a sintesi organiche e integrate dei diversi modelli utilizzati e di costruire su elementi prognostici meglio definiti delle ipotesi progettuali più mirate.

Il percorso diagnostico che, negli anni precedenti, si focalizzava soprattutto sulle valutazioni individuali (di adulti e genitori) è andato ampliandosi e caratterizzandosi in una maggiore complessità, questo in relazione alle richieste dell'Autorità Giudiziaria comprendenti anche osservazioni valutative del funzionamento familiare e della qualità delle relazioni tra adulti, tra minori e adulti (non solo genitori ma conviventi, nonni e altre figure parentali) e tra minori. Per 31 nuclei quindi le ore di valutazione sono aumentate e si è reso necessario stabilire alcuni momenti di riflessioni e sintesi durante il percorso valutativo.

Quest'anno l'organizzazione degli incontri protetti in Spazio Neutro è stata demandata al N.I.S.

Sono emersi nodi critici sia a livello organizzativo sia a livello metodologico, quello più evidente è il permanere di molte situazioni nel percorso di Spazio Neutro per molti anni, senza cambiamenti significativi nella relazione genitori/ minori.

La riflessione in atto dovrebbe portare a una migliore ridefinizione dell'intervento stesso.

Nei rapporti con l'Autorità Giudiziaria sono emerse problematiche legate sia ai tempi di attesa estremamente lunghi di risposta alle relazioni inviate, sia alla difficoltà di interlocuzione (nelle situazioni di emergenza) con il giudice di riferimento.

L'incontro che si è svolto tra il presidente del Tribunale per i Minorenni, la Dirigente del Servizio Sociale e altri operatori del Comune, ha indubbiamente contribuito ad aprire un canale collaborativi più efficace. Rispetto all'ambito valutativo nel corso di quest'anno si è aperto l'aspetto legato alle valutazioni consensuali, aspetto estremamente delicato e complesso ma che probabilmente diventerà lo scenario in cui muoversi nei prossimi anni.

Con i servizi sociali dei comuni di Brugherio e Villasanta la collaborazione è risultata proficua e si è lavorato in un clima di condivisione di obiettivi.

Va sottolineato che l'apertura dello sportello degli avvocati AIAF ha permesso agli operatori del NIS di usufruire, in caso di necessità, di consulenze legali risultate

indispensabili nell'approfondimento e chiarificazione di aspetti legali nelle situazioni complesse .

A tal proposito gli avvocati AIAF hanno organizzato e condotto momenti formativi sia interni all'ente per il personale sia pubblici aperti alla cittadinanza.

Il percorso sul sostegno alla genitorialità ha acquistato una significatività riconosciuta da tutti gli operatori.

Va sottolineato per quanto riguarda gli specialisti del NIS (CPS, NPI, consultorio, Comune) l'importanza di essere riusciti a costruire un pensiero comune sui criteri di valutazione del rischio per quanto riguarda la segnalazione al Tribunale per i Minorenni sui percorsi di intervento per quanto riguarda le strategie e l'organicità nell'individuare risorse finalizzate al contenimento della problematicità del minore e della sua famiglia sul territorio.

A fronte della organizzazione proficua interna che permetterebbe di assolvere alle richieste valutative dell'autorità giudiziaria in tempi adeguati si è rilevata una difficoltà dell'utenza a mantenere gli appuntamenti, a comprendere scarsamente il significato del percorso valutativo nonostante le sollecitazioni degli operatori e per gli stranieri la difficoltà di attuare il percorso diagnostico pur utilizzando solo il colloquio clinico per la mancanza di mediatori culturali.

Quest'anno le relazioni dell'esito diagnostico sono state inviate oltre che all'Autorità Giudiziaria anche agli operatori dei servizi sociali territoriali

OBIETTIVI 2009

- Approfondimento e affinamento all'interno del NIS dei contenuti metodologici soprattutto inerenti alle nuove richieste dell' Autorità Giudiziaria.
- Definizione delle interconnessioni tra il NIS e gli ambiti minori, minori disabili alla luce del processo riorganizzativo
- Individuazione di una modalità che permetta di coinvolgere l'utenza e di risignificare l'importanza dell'aspetto valutativo
- Presidio e monitoraggio dei percorsi individualizzati post esito diagnostico (con gli operatori del territorio)
- Sperimentazione del progetto "Disagio" con gli operatori referenti dell'ambito minori costruito tenendo conto dell'esito del report 2008 sulla rilevazione dell'entità del fenomeno

- Sperimentazione di una modalità di sostegno ai genitori e al minore sinergica tra operatori della genitorialità e neuropsichiatria infantile, modulata in base alla dinamica ed all'evolversi degli eventi all'interno de nucleo famigliare (NIS svolge una funzione del monitoraggio)
- Costruzione di un percorso di Spazio Neutro che, possa da un lato, rinforzare il rapporto tra il minore e i genitori e dall'altro prevedere tempi e modi di apertura dei rapporti e di chiusura dell'intervento stesso.

TIPOLOGIA E PROBLEMATICA CASISTICA GENERALE

GRAVE MALTRATTAMENTO FISICO E/O PSICOLOGICO	GRAVE TRASCURATEZZA	ABUSO (SOSPETTO)	ABUSO (CONCLAMATO)	ADULTI DIPENDENTI DA SOSTANZE	COPPIE CON SEPARAZIONI CONFLITTUALI	ADULTI PSICHIATRICI	ADULTI DISABILI	GENITORI CON TRASCORSI PENALI
25	**96**	**3**	**0**	**7**	**39**	**22**	**0**	**4**

I dati riportati nella tabella evidenziano un numero elevato di situazioni di nuclei gravemente trascurati, modificando il dato degli anni precedenti che rilevava un maggior numero di situazioni di famiglie maltrattanti.

Non sono pervenute segnalazioni relative a situazioni di abuso (fenomeno che probabilmente va verso il sommerso). Rispetto al 2007 si rileva un aumento di famiglie con alta conflittualità di coppia. In relazione all'anno precedente gli altri dati rilevati risultano stabili.

NUCLEI SEGNALATI AL N.I.S. E TIPOLOGIA DI INTERVENTI (PIÙ NUMERO CHIUSURE) GENNAIO – DICEMBRE 2008

	NUCLEI SEGNALATI AL N.I.S.	NUCLEI VALUTATI	NUCLEI CON SOLA CONSULENZA	CHIUSURE VALUTAZION
S.S.T. n° 1	37	22	13	18
S.S.T. n° 2	26	14	12	12
S.S.T. n° 3	21	12	11	9
S.S.T. n° 4	35	20	14	15
S.S.T. n° 5	15	8	8	4
Brugherio	14	13	1	10
Villasanta	5	5	0	3
	153	**94**	**59**	**71**

Il carico di lavoro come si evince dalla tabella è elevato; la distribuzione degli interventi fa emergere l'elevato numero non solo di nuclei valutati ma anche di nuclei su cui è stata offerta agli operatori una consulenza. Le problematiche portate in consulenza comprendano, sia una valutazione della gravità del rischio sia un momento di verifica progettuale, inoltre situazioni di improvvisa emergenza che richiedevano una decisione condivisa.

I casi portati in valutazione nel mese novembre/ dicembre si chiuderanno a gennaio 2009.

FAMIGLIE VALUTATE – AUTORITÀ GIUDIZIARIA REFERENTE

	AUTORITÀ GIUDIZIARIA		SENZA A.G.	
	T.M.	T.O.		
Monza	55	12	9	
Brugherio	12	1	0	
Villasanta	5	0	0	
	72	**13**	**9**	**94**

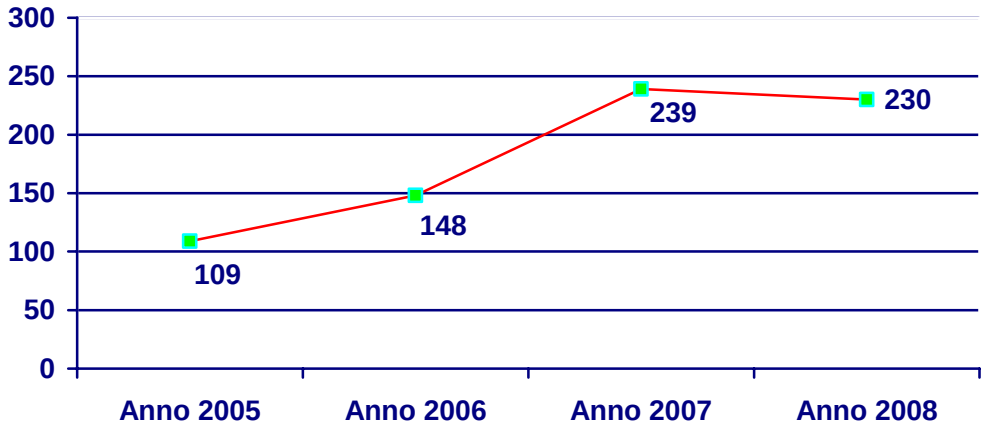
Le valutazioni richieste dal Tribunale per i Minorenni sono in numero molto elevato rispetto a quelle del Tribunale Ordinario, anche se, confrontando il dato dello scorso anno si nota un leggero incremento delle richieste del Tribunale Ordinario. Per la 1ª volta si sono effettuate 9 valutazioni consensuali.

VALUTAZIONI EFFETTUATE GENNAIO/ DICEMBRE 2008

	ADULTI		MINORI	
	GENITORI	PARENTI		
S.S.T. n° 1	25	2	25	
S.S.T. n° 2	14	0	18	
S.S.T. n° 3	13	0	12	
S.S.T. n° 4	32	5	18	
S.S.T. n° 5	4	0	5	
Brugherio	19	7	14	
Villasanta	8	5	4	
	115	**19**	**96**	**230**

La tabella quantifica, differenziandoli, i percorsi valutativi effettuati sui singoli soggetti. Il totale dei soggetti valutati è elevato e si attesta nella media di quello dello scorso anno. Si sottolinea che il numero più elevato delle valutazioni si è raggiunto nel 1° semestre dell'anno mentre nel 2° semestre a fronte di segnalazioni inviate dal servizio all'Autorità Giudiziaria, il Tribunale per i Minorenni ha allungato i tempi di risposta. Solo a dicembre sono arrivati numerosi decreti.

TREND NEL QUADRIENNIO 2005-2009 RIFERITO AL NUMERO DI VALUTAZIONI EFFETTUATE



DISTRIBUZIONE VALUTAZIONI TRA I VARI SPECIALISTI

	OPERATORI DEL COMUNE	C.P.S.	N.P.I.		CONSULTORIO
ADULTI	114	32	0		2
MINORI	57	0	57		0
	171	**32**	**57**	**TOT. 248**	**2**

Il totale delle valutazioni evidenziate in tabella (248) si discosta dal numero dei soggetti valutati 230 perché per 18 soggetti è stata effettuata una doppia valutazione sia psicologica che psichiatrica.

PRESTAZIONE ORARIA PSICOLOGI PER PERCORSI VALUTATIVI (COMPRESA SIGLATURA TEST/ RESTITUZIONE)

COMUNE DI MONZA	ORE SETTIMANALI
4 psicologi	47,00
C.P.S.	
1 psicologo	7,00
1 psichiatra	2,00
U.O.N.P.I.A.	
1 Responsabile	4,00
	60,00

Il numero delle prestazioni orarie è rimasto invariato nel triennio, nonostante l'aumento della casistica e la differenziazione maggiore delle richieste valutative pervenute dall'Autorità Giudiziaria

La regia e il coordinamento è garantito da una coordinatrice assistente sociale che presidia le funzioni di filtro/organizzazione e raccordo con i servizi sociali territoriali (36 ore settimanali). Una psicologa pedagogista supporta l'ambito clinico, garantisce la coniugazione dell'ambito clinico alla parte di intervento socio/pedagogico in una lettura sistemica, tiene monitoraggio con psicologhe S.S.T. (n° 18 ore).
Una volta al mese viene effettuato un incontro dello staff di lavoro del N.I.S. di 2 ore e 30 minuti a cui partecipano tutti gli operatori del N.I.S. . La psichiatra responsabile del C.P.S. e la psicologa responsabile del consultorio partecipano nelle riunioni di staff.

MINORI VALUTATI AL N.I.S. PRESI IN CARICO UONPIA/ NPI PER TRATTAMENTI SPECIFICI.

N° 35 MINORI IN CARICO DI CUI:

- **N.P.I. n° 11** per trattamento psicoterapico. Tutti i minori inviati sono stati presi in carico, non esiste lista di attesa, il livello di collaborazione con gli specialisti è stato positivo.

- **U.O.N.P.I.A.**N° 24 soggetti con interventi così diversificati:

PSICOTERAPIA	COLLOQUI GENITORI	RIVALUTAZIONI CLINICHE	SOSTEGNO PSICOLOGICO	MONITORAGGIO	COUSELING MADRE/BAMBINO	RIABILITAZIONE
2	**3**	**2**	**8**	**5**	**1**	**3**

SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ

Totale nuclei visti nel progetto genitorialità per vari interventi n° 35

35 di cui:

Sostegno alla genitorialità 30	Incontri protetti osservati 5

Numero utenti coinvolti nel percorso genitorialità:

- Dei 35 nuclei in carico al sostegno 6 situazioni sono state chiuse e 10 acquisite

- Restano in lista d'attesa 16 nuclei, numero destinato ad aumentare nel corso dell'anno quando dopo percorso valutativo del NIS, l'Autorità Giudiziaria emetterà decreto definitivo. La soddisfazione per le caratteristiche dell'intervento ha ampliato la domanda di sostegno anche per quei genitori su cui, pur essendo emerso un altro rischio di tenuta, non si è ritenuto di dare avvio a un percorso di segnalazione. Infatti la presenza di fattori protettivi riscontrati nella valutazione del rischio hanno indotto a pensare ad una possibilità di recupero.

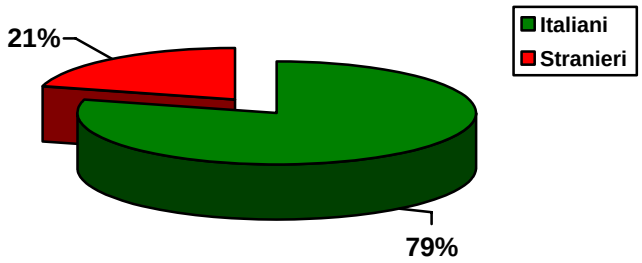
- Le ore dedicate al sostegno genitoriale sono 24 ore settimanali per 2 operatori comprensive dei tempi di incontro al N.I.S. e con gli operatori di base che seguono le situazioni. Nel mese di marzo gli operatori hanno potuto usufruire di 1 ora in più alla settimana.

- Nel corso di quest'anno, l'attività rivolte ai genitori ha riscosso la soddisfazione sia degli utenti che degli operatori coinvolti. Le modalità di connessione con gli operatori del territorio si sono rafforzate e si sono condivise finalità e obiettivi, nel rispetto delle diverse competenze.

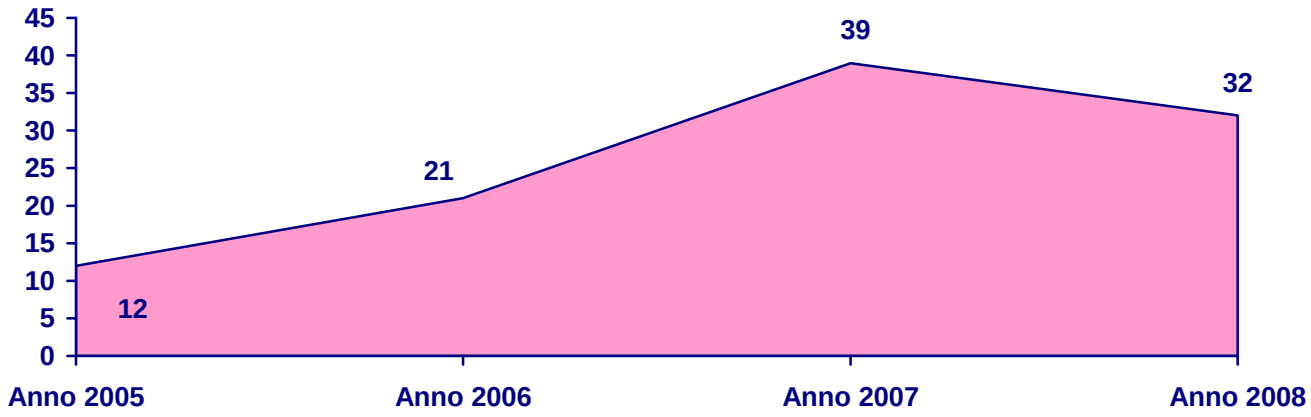
NUMERO FAMIGLIE ITALIANE E STRANIERE (LORO PROVENIENZA)

	NUCLEI ITALIANI SEGNALATI AL N.I.S.	NUCLEI STRANIERI SEGNALATI AL N.I.S.	PROVENIENZA
S.S.T. n° 1	29	8	1 ALBANIA, 1 ECQUADOR, 1 IRAN, 2 MAROCCO, 1 PERÙ, 1 SRI LANKA, 1 TUNISIA
S.S.T. n° 2	21	5	1BANGLADESH, 1 MAROCCO, 3 SENEGAL
S.S.T. n° 3	12	9	1 ALBANIA, 1 ECQUADOR, 1 EGITTO, 1 FILIPPINE, 4 MAROCCO, 1 TUNISIA
S.S.T. n° 4	33	2	1 MAROCCO, 1 PERÙ
S.S.T. n° 5	12	3	1 MAROCCO, 1 PERÙ, 1 UCRAINA
Brugherio	10	4	1 ROMANIA, 1 ECQUADOR, 1 MAROCCO, 1 PERÙ
Villasanta	4	1	1 CINA
	121	**32**	**153**

PERCENTUALE DELLE FAMIGLIE ITALIANE E STRANIERE VALUTATE AL N.I.S.



TREND PERIODO QUADRIENNIO 2005/2008 RIFERITO AI NUCLEI STRANIERI



Il grafico evidenzia che nel quadriennio il numero dei utenti stranieri dopo un considerevole aumento si sta stabilizzando

CONSULENZE OFFERTE ALLA CITTADINANZA DAGLI AVVOCATI DI FAMIGLIA DA GENNAIO A DICEMBRE 2008.

Le consulenze prestate dagli avvocati AIAF alla cittadinanza sono state **89**.

TEMATICHE AFFRONTATE

SEPARAZIONI	TUTELA	RICONGIUNGIMENTO FAMILIARE	AMM.NE DI SOSTEGNO
70	15	1	3

La tabella evidenzia come sia elevato il numero di persone che si sono rivolte al servizio per avere informazioni legali sul tema della separazione. La maggior parte dell'utenza era formata da donne.

3. REPORT PROGETTI INNOVATIVI

3.1. Report percorso accesso al welfare

Da due anni è in atto un complesso di azioni di miglioramento e di riqualificazione del processo di segretariato sociale professionale e dell'accesso ai servizi in linea con quanto disposto dall'art. 22 comma 2 e comma 4 della legge n. 328/2000

Il segretariato sociale costituisce uno dei livelli essenziali delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi secondo le caratteristiche ed i requisiti fissati dalla pianificazione nazionale, regionale e zonale.

Inoltre, in riferimento a quanto contenuto nel piano nazionale sociale 2001/2003, ci si è proposto di ottimizzare la funzione di segretariato sociale per rispondere in modo unitario e coordinato ai bisogni di informazione ed orientamento dei cittadini su risorse sociali e procedure per accedervi secondo un modello di Accesso Unitario alle risorse della Comunità , l'obiettivo é anche quello di di potere contribuire a realizzare un osservatorio sociale: raccogliere e sistematizzare le informazioni da fornire ai cittadini e le informazioni sui bisogni dei cittadini.

"… Il cittadino rivolgendosi al segretariato sociale, oltre ad avere informazioni,orientamento ed accompagnamento al sistema di offerta pubblica, solidaristica e di auto-aiuto presente nel welfare locale, potrà avere informazioni sui soggetti privati che erogano servizi a pagamento, sulle tariffe praticate e sulle caratteristiche dei servizi erogati…".

Cio' fa riferimento ad un sistema di welfare locale basato sulla valorizzazione delle risorse territoriali offerte da una pluralità di attori pubblici e non pubblici, gratuitamente o a pagamento.

Il segretariato sociale dunque non solo come uno dei livelli essenziali di assistenza, ma anche in stretta connessione con la porta unitaria di accesso*, in virtù della continuità esistente tra bisogno/diritto d'informazione e l'effettiva fruibilità dei servizi, appare quindi evidente la prossimità tra informazione ed accesso facilitato ed unitario ai servizi.*

Con ciò si intende favorire l'accessibilità affinchè " coloro che hanno più bisogno e perciò più titolo ad accedere al sistema integrato non vengano esclusi o, comunque, non siano ostacolati da barriere informative, culturali o fisiche nell'acceso ai servizi e agli interventi specificamente loro dedicati e a quelli universalistici.". "È quindi un livello informativo e di orientamento indispensabile per evitare che le persone esauriscano le loro energie nel procedere, per tentativi ed errori, nella ricerca di risposte adeguate ai loro bisogni" (PSN, 3 aprile 2001)

Ed ancora *"…. è necessario che le persone e le famiglie con situazioni di bisogno più acuto o in condizioni di maggiore fragilità siano messe in grado di poter accedere ai servizi rivolti a tutti, oltre che eventualmente a misure e servizi specificamente dedicati. A questo scopo non basta definire graduatorie di priorità che potrebbero, da sole, avere persino un effetto di segregazione sociale. Occorre soprattutto sviluppare azioni positive miranti a facilitare e incoraggiare l'accesso ai servizi e alle misure disponibili. Tali azioni dovranno riguardare la messa a punto di strumenti di informazione adeguati, di modalità di lavoro sociale (al contempo attive e rispettose della dignità e delle competenze dei soggetti), di misure di accompagnamento che compensino le situazioni di fragilità e valorizzino le capacità delle persone e delle loro reti sociali e familiari."(PSN, 3 aprile 2001).*

La recente Legge Regionale n° 3 del 12 marzo 2008 (articolo n° 6) precisa relativamente all'accesso alla rete quanto segue: " I comuni, in forma singola o associata, d'intesa con le ASL, anche in collaborazione con gli altri soggetti di cui all'articolo 3, comma 1, organizzano una attività di segretariato sociale finalizzata alla presa in carico della persona, con lo scopo di:
a) garantire e facilitare l'unitarietà di accesso alla rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie;
b) orientare il cittadino all'interno della rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie e fornire adeguate informazioni sulle modalità di accesso e sui relativi costi;
c) assicurare competenza nell'ascolto e nella valutazione dei bisogni, in particolar modo per le situazioni complesse e che necessitano di un pronto intervento sociale e di una continuità assistenziale;
d) segnalare le situazioni complesse ai competenti uffici del comune e dell'ASL ed alle unità di offerta, affinché sia assicurata la presa in carico della persona secondo criteri di integrazione e di continuità assistenziale.

All'articolo n° 3 (Soggetti) si legge: "…1. Nel quadro dei principi della presente legge e in particolare secondo il principio di sussidiarietà, concorrono alla programmazione, progettazione e realizzazione della rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie, secondo gli indirizzi definiti dalla Regione:
a) i comuni, singoli ed associati, le province, le comunità montane e gli altri enti territoriali, le aziende sanitarie locali (ASL), le aziende di servizi alla persona (ASP) e gli altri soggetti di diritto pubblico;
b) le persone fisiche, le famiglie e i gruppi informali di reciproco aiuto e solidarietà;
c) i soggetti del terzo settore, le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative e gli altri soggetti di diritto privato che operano in ambito sociale e sociosanitario;
d) gli enti riconosciuti delle confessioni religiose, con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese, che operano in ambito sociale e sociosanitario.
2. E' garantita la libertà per i soggetti di cui al comma 1, lettere b), c) e d) di svolgere attività sociali ed assistenziali, nel rispetto dei principi stabiliti dalla presente legge e secondo la normativa vigente, indipendentemente dal loro inserimento nella rete delle unità di offerta sociali."
E' importante richiamare quanto nell'articolo n° 2: " … b) universalità del diritto di accesso e uguaglianza di trattamento nel rispetto nel rispetto della specificità delle esigenze; c) libertà di scelta, nel rispetto dell'appropriatezza delle prestazioni; …".

SEGRETARIATO SOCIALE PROFESSIONALE

I Comuni dell'Ambito hanno uniformato il servizio di segretariato sociale professionale ed hanno avviato la sperimentazione della cartella sociale informatizzata nel sito dell'Ambito. Tale strumento concorre alla realizzazione dei seguenti obiettivi ritenuti prioritari :

- garantire al cittadino un accesso professionalmente qualificato, integrato ed organicamente distribuito sul territorio;
- effettuare la necessaria funzione di monitoraggio e reportistica anche relativamente ai percorsi del cittadino nella domanda di aiuto e di ingaggio del servizio.
- disporre di informazioni quantitative e qualitative sul processo di accesso ai servizi.
- Predisporre e realizzare strumenti atti a facilitare le relazioni degli attori sociali nell'ambito dell'accesso al welfare e garantire il funzionamento di un sistema ad esso relativo.

LA PORTA UNITARIA DI ACCESSO :UN POSSIBILE MODELLO

Nel *Piano di Zona 2004/2005* era stato previsto l'avvio del processo di costruzione di un modello di accesso unitario al sistema dei servizi alla persona.

Nel corso del 2006 è stato predisposto un modello di accesso unitario per il Distretto di Monza che risponde alla necessità di dare valore a quanto è già ora presente sul territorio, potenziando la capacità di risposta sia del pubblico che del privato sociale.

Questo obiettivo è stato confermato con il Piano di Zona 2006/2008 e sono stati delineati gli elementi di fondo del modello di accesso.

Tale modello prevede che, in qualunque punto della rete si incontri una domanda/bisogno, l'intero sistema viene ingaggiato per un'adeguata risposta e secondo la logica /modello ad un rinvio per il punto adeguato.

Al fine di attuare concretamente le linee di indirizzo contenute nel Piano di Zona relativamente all'orientamento del cittadino, alla costituzione della rete dei servizi, alla conoscenza delle risorse del contesto, alla valutazione dei bisogni del territorio e della capacità di risposta dei servizi a tali bisogni nella primavera del 2006 è stato realizzato un primo percorso formativo.

Tale percorso, incentrato sulla costruzione di una prima rete di attori, è stato proposto ai responsabili ed operatori delle organizzazioni che hanno sportelli di segretariato sociale a target generico attivi ed in fieri (sia professionale che non) a favore della popolazione in genere e che intendono far parte del sistema unitario di accesso al Welfare.

Durante questo primo percorso formativo si è lavorato principalmente sulla costruzione di una fiducia reciproca tra i rappresentanti delle diverse organizzazioni e sulla condivisione del modello di accesso.

Dal primo percorso formativo si è spontaneamente costituito il ***"gruppo pilota accesso al welfare"*** composto da responsabili ed operatori dei servizi del Comune di Monza, Comune di Villasanta, Comune di Brugherio, ASL, Caritas, Sindacati, etc… che si è incontrato periodicamente dal settembre 2006; durante gli incontri, coordinati dal responsabile di processo di segretariato sociale centrale del Comune di Monza, sono state individuate le necessità operative per la costruzione della rete e si sono messi in evidenza gli elementi operativi chiave su cui lavorare: la costruzione di un data base informativo, la realizzazione di una scheda unica di accesso, la definizione di procedure interne di scambio di dati e informazioni, la definizione delle modalità di relazione con l'ufficio centrale di coordinamento della rete.

In continuità rispetto alla fase sperimentale precedente è stato realizzato il percorso formativo 2007 che ha coinvolto in modo più ampio e diffuso le organizzazioni sociali locali pubbliche e del privato sociale al fine di realizzare sul territorio dei tre Comuni un Accesso al Welfare ai sensi dell'art. 22 della Legge 328/2000.

Sono stati realizzati quattro percorsi formativi che sono stati finanziati dalla Provincia di Milano:

- Condotti dal Prof. Reggio – Università Cattolica, Agenzia Metodi – rivolto ai responsabili e sportellisti di diverse organizzazioni sociali finalizzati a costruire positive relazioni e buone prassi tra enti diversi.

- Condotti dal Prof. Battistella - Irs Milano – rivolto ai responsabili del pubblico e del no profit, che avevano fatto la formazione nel 2006 di cui al punto 1, al fine di definire e preparare le procedure e gli strumenti da adottare presso gli sportelli di segretariato sociale del territorio.

Gli esiti del percorso emergono dalle relazioni allegate ma soprattutto da:

- La valutazione positiva espressa da tutti i partecipanti ha portato all'organizzazione della giornata pubblica del 3 aprile 2007 che si è conclusa con la firma della Dichiarazione di intenti e collaborazione. La contemporaneità dei due eventi è avvenuta in quanto soprattutto il no-profit ha richiesto la firma dell'accordo a garanzia della continuità del percorso attivato e per l'investimento che ogni organizzazione aveva compiuto.

- Il rinforzo alla strutturazione del "segretariato sociale professionale" dei tre Comuni che ha portato ad una effettiva e nuova attenzione degli operatori sociali alla richiesta del cittadino, anche attraverso nuove modalità organizzative e informatiche.

Il gruppo pilota ***"accesso al Welfare"*** ha usufruito di una formazione di secondo livello condotta da un esperto esterno che ha contribuito sin dall'inizio alla definizione delle caratteristiche fondamentali del modello di accesso al fine declinare in modo puntuale e compiuto il modello per la realizzazione del sistema.

La proposta formativa di secondo livello ha approfondito il significato dell'intera operazione e le conseguenze in termini di sistema, con l'obiettivo di delineare:

- ✧ una chiara definizione delle relazioni tra attori, soprattutto tra centro e periferia del sistema
- ✧ un modello di scheda unica di accesso
- ✧ linee di indirizzo per la costruzione di un data base operativo
- ✧ linee di indirizzo per la messa in rete delle informazioni

Durante gli incontri in particolare si è ragionato in primo luogo sul valore aggiunto del progetto rispetto alle modalità adottate da ogni ente, che consiste soprattutto nelle messa in rete dei servizi di tutto il territorio e in una maggiore conoscenza delle risorse che la realtà del distretto offre.

Il percorso mira ad estendere la modalità di accesso ai servizi sociali del Comune a tutte le risorse del contesto territoriale in cui sono presenti punti di accesso, proprio per riuscire a fornire il giusto orientamento e indirizzo dell'utente , per un accesso fluido a le tutte strutture del territorio.

Per attuare questo sono stati elaborati dal gruppo diversi strumenti:

- ✧ Un modello di banca dati: Risorsario atto a contenere tutte le risorse del territorio. La realizzazione è pensata sia a livello informatico che cartaceo, per permettere a tutte le organizzazioni e a tutte le sedi, anche quelle che non presentano terminali, di poter accedere alle risorse così organizzate.

E' stato presentato in merito un progetto con la ASL a finanziamento regionale.

- ✧ Una scheda di rilevazione che permetta di raccogliere tutte le informazioni relative alle associazioni e agli enti interessati ad entrare nella rete del Welfare, in modo da essere giustamente catalogate ed inserite all'intero della banca dati. La scheda di rilevazione permette la lettura incrociata e combinata dei dati presenti su di essa e nella banca dati, in modo che il suo inserimento all'interno del sistema delle risorse risulti il più facile possibile.
- ✧ Una scheda di segretariato sociale unitaria che permetta l'invio sicuro del cittadino a qualsiasi punto della rete. La formulazione di questo strumento si è basato ed ha attinto alla scheda di segretariato sociale utilizzata dai Servizi Sociali dei Comuni .È emerso, inoltre, il

fatto che non in tutte le sedi d'accesso esistono terminali, personale, sportellisti formati e questi obiettivi potranno essere perseguiti in modo incrementale.

Al termine, i corsisti (gruppo pilota), hanno individuato le necessità operative per la costruzione della rete e degli strumenti per l'accesso ai servizi, mettendo in evidenza gli elementi operativi chiave sui quali concretamente lavorare. Il gruppo ha, inoltre, contribuito all'analisi dei bisogni formativi per strutturare la seconda edizione del percorso.

Il percorso effettuato dal gruppo Pilota accesso al Welfare ed una serie di contenuti e rielaborazioni conduce alla ***definizione della Porta Unitaria di Accesso quale Sistema articolato in diversi punti (Porte).***
Tale sistema si doterà (a partire dal codice deontologico) di regole e procedure condivise tali che vengano da assumere un corpus costitutivo, imprescindibile dell'intero sistema da un punto di vista del funzionamento e condizione fondamentale per la partecipazione alla rete.
Il percorso per la definizione del "Codice deontologico" è in atto.
L'individuazione e la condivisione del sistema di regole, definito dal Gruppo "Codice Deontologico" si ritiene che sia imprescindibile per il corretto funzionamento della rete e quindi è importante sviluppare un percorso di lavoro per arrivare ad avere uno strumento organico, completo e condiviso.

Sono state affrontate tematiche quali: la garanzia che ogni punto di accoglienza deve offrire circa: la trasparenza, l'equità nell'invio degli utenti,, il rispetto del principio di autodeterminazione del cittadino, l'attenzione e impegno nel non indurre false aspettative circa le prestazioni erogabili dal servizio destinatario dell'invio, la competenza nell'ascolto, etc…

Prospettive future:

- Verifica dell'utilizzo della scheda di segretariato sociale nei tre Comuni di Ambito;
- Progetto inserito con ASL in una progettazione Regionale;
- Attivare certificazione.

PROGETTO "MAMME E PAPÀ PRIMA E DOPO"

In risposta alle possibili azioni di sviluppo e innovazione contenute nel P.d.Z. dello scorso triennio, volte a sostenere il ruolo genitoriale e ad implementare le occasioni di incontro, confronto e socializzazione, si è realizzato presso il Polo le Gemme un progetto nato e realizzato dalla collaborazione tra l'Assessorato alla Famiglia e Politiche Sociali del Comune di Monza e la Cooperativa Novomillennio – Caritas Decanale. Tale progetto si sviluppa attraverso due azioni che focalizzano l'attenzione sui ruoli materno e paterno e sulla sinergia e sull'interazione tra questi nella crescita delle nuove generazioni.

Progetto Mamme 0-1
Il progetto è partito nell'aprile del 2008. La partecipazione è gratuita.
Tutte le donne giunte sono impegnate nella fase del post partum e la maggior parte di loro sono arrivate quando il piccolo aveva pochi mesi.
La motivazione esplicita che le ha portate al servizio è il desiderio di avere un luogo in cui confrontarsi, attraverso lo sguardo di figure competenti, con altre madri e bambini che vivono la loro stessa esperienza.
I contenuti condivisi inizialmente avevano a che fare con aspetti organizzativi della vita con i bambini. Successivamente sono stati condivisi contenuti ed emozioni connesse alla storia di vita di ciascuna. Il gruppo ha creato legami spontanei che le portano ad incontrarsi e sostenersi anche al di fuori del progetto.

Progetto Papà 0-3
In questo progetto si pone attenzione *all'importanza di essere papà .* La peculiarità di questo progetto è data dal fatto che fin dalla fase di progettazione delle iniziative hanno partecipato a fianco degli operatori, pubblici e del privato, anche due giovani padri.

Presso l'Asilo Nido Libertà nel mese di novembre '08 sono stati proposti 4 sabati pomeriggio di gioco e confronto fra papà con i propri bambini alla presenza di un educatore e uno psicologo.
Presso l'Asilo Nido Libertà lo scorso dicembre c'è stata una serata di dibattito e confronto sulla paternità aperta alla cittadinanza con interventi di papà, psicologi ed educatori.
Nel 2009 il progetto prevede l'avvio del primo ciclo di incontri serali, rivolto innanzitutto ai padri che hanno partecipato ai sabati, una seconda edizione di 4 sabati di incontro e gioco e un secondo ciclo d'incontri serali.

Al termine di questo percorso sulla paternità è auspicabile che i padri possano gestire in autonomia l'organizzazione di un evento/attività che coinvolga l'intera famiglia.

SERVIZIO BIBLIONIDO

In risposta alle possibili azioni di sviluppo e innovazione contenute nel P.d.Z. dello scorso triennio, volte a sostenere il ruolo genitoriale e ad implementare le occasioni di incontro, confronto e socializzazione vi sono **tre biblionido** aperte al territorio monzese. Lo spazio adibito alla consultazione dei libri consente di accogliere fino a 4 bambini con relativi accompagnatori. A volte vi si accede su prenotazione.

DENOMINAZIONE	SEDE	ETA' BIMBI	ACCOMPAGNATORI	PARTECIPAZIONE	OPERATORI	APERTURE
Piccoli Lettori in Libertà	Polo Le Gemme / **Nido Libertà**	8 mesi – 5 anni	Genitori, nonni, baby sitter	Gratuita	Educatrici/ educatore professionale	**Mercoledì** 10.00-12.00 **Lunedì** e **Martedì** 16.00 – 18.00
Sala Girasoli	**Nido San Fruttoso**	18 mesi – 4 anni	Genitori, nonni, baby sitter	Gratuita	Educatrici	**Mercoledì** 15.30 – 17.00
Il giardino delle parole	**Nido San Rocco**	18 mesi – 4 anni	Genitori, nonni, baby sitter	Gratuita	Educatrici	**Martedì** 15.30 – 17.00

Nei momenti di approccio al libro è sempre presente un'educatrice che stimola nel piccolo lettore il piacere di avvicinarsi all'oggetto libro e di sviluppare una curiosità giocosa.
Il biblionido è uno spazio privilegiato per la coppia bambino-adulto, pensato anche per accompagnare i genitori in un percorso di stimolazione al piacere di ascoltare e raccontare.
I momenti dedicati alla lettura sono una giusta pausa, sia a casa che fuori casa, e richiedono un'atmosfera speciale, più intima. Entrare nel Biblionido richiede un rallentamento dei ritmi: il
corpo rallenta il proprio movimento e va alla scoperta con gli occhi, le orecchie, le mani, dei mondi racchiusi nelle pagine.
L' intervento degli educatori è un sostegno, che passa attraverso l'animazione, la comprensione del momento giusto per enfatizzare, rallentare il ritmo, abbassare o alzare il tono, cercando piccole strategie che creano coinvolgimento, il tutto è calibrato a seconda dell'età.
Talvolta il genitore ha sottolineato con stupore il successo dell'esperienza che ha permesso ai piccoli di ricercare e trovare a casa, sotto la guida dell'adulto, le stesse emozioni e il piacere all'ascolto sperimentate nel biblionido.

SERVIZIO CALL 03

Il **Call03** ha iniziato la sua attività il 20 Novembre 2006.
Fornisce:

1. risposte a quesiti posti attraverso il **numero verde;**
2. risposte a quesiti posti attraverso la **posta elettronica;**
3. possibilità di iscrizione ad una **mailing list** di famiglie e servizi, attraverso la quale ricevere informazioni su iniziative del territorio rivolte a famiglie con figli piccoli.

Tutti i servizi offerti dal **Call03** hanno registrato nel tempo un significativo incremento.

Contatti diretti NUMERO VERDE	
NOV – DIC **2006**	8
GEN – DIC **2007**	157
GEN – DIC **2008**	184

Contatti diretti attraverso MAIL	
NOV – DIC **2006**	3
GEN – DIC **2007**	45
GEN – DIC **2008**	67

Numero iscritti alla Mailing list	
NOV – DIC **2006**	148
GEN – DIC **2007**	337
GEN – DIC **2008**	371

In modo particolare si evidenzia l'utilizzo crescente da parte dei cittadini della posta elettronica e l'incremento costante del numero degli iscritti alla mailing list.

Anche il numero di invii di informazioni e promozione di iniziative (*spedizioni*) è in costante aumento.

Spedizioni alla rete	
NOV – DIC **2006**	2
GEN – DIC **2007**	21
GEN – DIC **2008**	44

Riteniamo che il servizio offerto dal **Call03** sia tuttora attuale e risponda con soddisfazione ai bisogni portati dalle famiglie che vi si rivolgono. Ciò viene evidenziato anche dai risultati dei questionari di rilevazione della soddisfazione percepita, che annualmente vengono sottoposti agli iscritti alla mailing list.

Evidenziamo che resta costante e quantitativamente significativa la richiesta di informazione/orientamento relativa ai Servizi per la prima infanzia.
Significativa è anche la richiesta di offerte ricreative e di informazioni inerenti agli interventi socio-assistenziali.

Sviluppo previsto per il prossimo triennio:

1. **Ampliamento del target a famiglie con figli da 0 a 6 anni.**

   PERCHÈ facilmente la famiglia con un figlio entro i tre anni di età può averne un altro maggiore e non disdegna di ricevere informazioni anche per quest'ultimo.

2. **Messa in rete con sportelli per l'accesso al welfare.**

   PERCHÈ i dati raccolti dal **Call03** possono essere di grande interesse in quanto rilevano alcuni bisogni ricorrenti espressi delle famiglie con figli piccoli:

   - accudimento del bambino nel momento del rientro al lavoro della mamma,
   - rendere qualitativamente più ricco il tempo libero della famiglia,
   - offrire servizi ricreativi-culturali a nonni e baby sitter impegnati nella cura dei bambini.

   La condivisione di tali dati potrebbe offrire elementi progettuali, per fare ciò è necessario creare una rete di comunicazione finalizzata essenzialmente a tale scopo.

3. **Verifica della ricaduta sulla partecipazione ad iniziative e all'utilizzo di opportunità.**

   PERCHÈ ipotizziamo che le informazioni veicolate dal **Call03** portino ad un incremento della partecipazione e/o delle iscrizioni alle iniziative proposte (es.: iniziative organizzate da altri Settori del Comune). Il **Call03** è cassa di risonanza anche di iniziative sociali (es.: bandi, bonus, ecc.) che necessitano spesso di un accompagnamento. Offre una semplificazione al cittadino nell'approccio ad altri Servizi Comunali (anagrafe, sportello al cittadino, punto comune ecc).

4. PROTOCOLLI

4.1. Protocollo d'intesa per l'integrazione socio sanitaria

Monza, 25.05.2005

PROTOCOLLO D'INTESA PER L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA NEL BACINO TERRITORIALE ASL MILANO 3

In considerazione dei positivi rapporti di collaborazione che si stanno ormai instaurando tra ASL, AAOO e Comuni associati negli Ambiti Distrettuali per l'attuazione dei Piani di Zona, in specie attraverso il Consiglio Interdistrettuale,

- constatata anche la disponibilità già intervenuta della Direzione della Asl MI 3
- visto il consolidamento della collaborazione su alcuni fronti, come ad es. all'interno del Coordinamento per la salute mentale, tra le tre componenti istituzionali sopra citate e l'insieme dei soggetti appartenenti alla sfera della sussidiarietà ;
- sembra opportuno rafforzare tale collaborazione andando a proporre la possibilità di definire canali comunicativi oltre a quelli già preesistenti che consentano all'insieme dei soggetti istituzionali, pur nell'assoluto rispetto delle reciproche competenze, di garantire in maniera adeguata, organica e coerente il governo della salute nel territorio corrispondente alla ASL MI3 di Monza.

Per altro, già lo stesso Piano sociosanitario della Regione Lombardia 2002-2004 precisava che le reti costitutive del welfare lombardo, reti che costituiscono nella nostra regione il "sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali", sono due, la rete dei servizi ad elevata integrazione sociosanitaria di competenza delle ASL e la rete dei servizi sociali di competenza dei Comuni.
Nelle circolari regionali relative ai Piani di Zona poi si affronta come strategico il tema dell'integrazione tra i livelli istituzionali e della sussidiarietà organizzata.
E, infine, nel recentissimo provvedimento di legge regionale "Politiche regionali per i minori" L.R. 14 dicembre 2004, n. 34 all'art. 7 (rete d'offerta sanitaria) si afferma che "Tutte le attività sono promosse nella logica dell'integrazione tra aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere, enti locali, istituzioni, organizzazioni pubbliche e private educative, sociali, sanitarie e scolastiche e famiglie".
Si ritiene che l'azione integrata, oltre a favorire l'efficacia degli interventi a garanzia dell'unitarietà e globalità della persona, consente di razionalizzare la spesa della gestione dei servizi e della erogazione delle prestazioni.

A tal fine l'ASL Milano 3, le AA.OO di Monza e Vimercate ed i Comuni concordano di:

- sottoscrivere un accordo di programma in cui vengono specificati oltre agli obiettivi da raggiungere nelle singole aree, anche la competenza di ogni soggetto istituzionale, le risorse umane ed economiche a disposizione, le modalità per la

erogazione integrata, tutti gli strumenti di monitoraggio, verifica e valutazione partecipata.

- predisporre progetti obiettivo interistituzionali nei quali i titolari delle competenze socio-assistenziali e sanitarie si assumano, per le rispettive competenze, la responsabilità di programmare e di realizzare quanto previsto (es. anziani non autosufficienti, minori, disabili, prevenzione socio-sanitaria).
- I progetti obiettivo potranno essere elaborati a livello centrale e distrettuale con il concorso ed il concerto di tutti gli attori pianificatori ed erogatori di servizi. I progetti obiettivo dovranno, ove necessario, integrarsi con i Piani di Zona distrettuali, questi ultimi elaborati anche con il concorso del Terzo settore e con le forze sociali del territorio.

Con l'accordo di programma si rende strutturale la funzione interistituzionale che raccorda quanto oggi viene rimesso alla determinazione univoca degli enti coinvolti, individuando così un nodo stabile di esercizio fra coloro che svolgono funzioni erogatorie e coloro che svolgono funzioni programmatorie all'interno del sistema socio-sanitario , più coerente alle esigenze ed ai bisogni del Territorio.

Firmato

Il Presidente della Conferenza dei Sindaci
Dr. Filippo VIGANO'

Il Direttore Generale ASL MI3
Dr. Pierluigino PEZZANO

Il Direttore Generale A.O. di Vimercate
Dr. Giuseppe SPATA

Il Direttore Generale A.O. S. Gerardo di Monza
Ddr. Ambrogio BERTOGLIO

4.2. Accordo di programma sulla governance socio sanitaria

ACCORDO DI PROGRAMMA TRA GLI AMBITI TERRITORIALI DI CARATE BRIANZA, CINISELLO BALSAMO, DESIO, MONZA, SEREGNO, SESTO S.G., OFFERTASOCIALE ASC E LA ASL MI 3 DI MONZA

La realizzazione dell'integrazione socio sanitaria è richiamata in più fonti normative, sia a livello nazionale che regionale, e trova specifica attuazione nella connessione tra i Piani di Zona e i Piani di salute.
L'ultimo documento regionale in materia di programmazione socio sanitaria (delibera VIII/3776 del 13.12.2006) indica nel raggiungimento della integrazione socio sanitaria uno degli obiettivi principali delle ASL, individuando soggetti, livelli ed organi di attuazione.
La pianificazione degli interventi sociali, socio sanitari e sanitari deve essere perseguita attraverso la valorizzazione del ruolo programmatorio della ASL e dei Comuni, e a sostegno dei processi di integrazione.
I Comuni e la ASL MI3 hanno già manifestato la propria volontà di collaborazione con la sottoscrizione del protocollo di intesa del 25 Maggio 2005, in cui si concordava la sottoscrizione di un successivo Accordo di Programma che ne rappresentasse l'attuazione.
L'Accordo di Programma relativo alla programmazione dei PdZ degli ambiti per il triennio 2006-2008, sottoscritto nel maggio 2006, all'art. 6 esprime l'impegno delle parti ad individuare percorsi concreti di collaborazione ai fini della integrazione socio sanitaria.

Alla luce di quanto sopra esposto, le parti si accordano sul seguente.

Art. 1 – Finalità
L'integrazione socio sanitaria è finalizzata a garantire un'organizzazione dei servizi e delle prestazioni che sia in grado di rispondere ai bisogni complessi del Cittadino, inteso sia nell'accezione di persona singola che di aggregato sociale della comunità.

Art. 2 – Obiettivi
I contenuti operativi dell'integrazione socio sanitaria comprendono diversi livelli attuativi declinabili in:
- indirizzi politici e strategie aziendali
- modalità organizzative e di lavoro
- unitarietà degli interventi diagnostico-assistenziali
- unitarietà dei percorsi di fruizione

L'avvio del processo richiede l'individuazione di ambiti prioritari di applicazione, che dovranno essere oggetto di monitoraggio, verifica e valutazione.

Art. 3 – Documenti di programmazione
I Piani di salute della ASL e i Piani di Zona degli ambiti rappresentano gli strumenti operativi attraverso i quali il Distretto e l'Ambito realizzano la programmazione locale, concertando le priorità e le modalità di collaborazione sulle tematiche socio sanitarie. Tali documenti indicano anche gli strumenti e i tempi di monitoraggio, verifica e valutazione degli obiettivi.

Art. 4 – Sedi di attuazione
Le sedi di attuazione dell'integrazione socio sanitaria si articolano su due livelli, l'uno distrettuale e l'altro sovra territoriale.

A livello distrettuale, le Assemblee dei Sindaci rappresentano il luogo di elezione del confronto tra gli enti locali e il Distretto socio sanitario, relativamente alla programmazione, monitoraggio e valutazione degli obiettivi socio sanitari.
All'Assemblea dei Sindaci partecipano, con pienezza di mandato, il Direttore di Distretto e il Direttore dell'Ufficio di Piano, che nelle loro funzioni sono garanti dell'esecuzione degli indirizzi politici e programmatori.
A livello sovra distrettuale, la Conferenza dei Sindaci, a cui partecipa la Direzione Generale della ASL, diventa il luogo di valutazione e definizione degli indirizzi politico-strategici in materia di programmazione e coordinamento dei servizi e degli interventi socio sanitari, in ottemperanza all'art. 6 della L.R. 31/97.
A garanzia di una maggiore efficacia, si individua quale ambito di confronto il Tavolo Interistituzionale, partecipato dai rappresentanti delle Direzioni della ASL e degli Ambiti. Il tavolo è finalizzato ad affrontare e approfondire le tematiche prioritarie, e a proporre le soluzioni operative ritenute più adeguate.

Art. 5 – Durata dell'Accordo
Il presente Accordo sarà valido sino al 31.12.2008

f.to IL DIRETTORE GENERALE
ASL-MI 3

f.to IL PRESIDENTE
CONFERENZA DEI SINDACI

f.to PRESIDENTI
ASSEMBLEA DI DISTRETTO DEGLI AMBITI

4.3. Accordo di collaborazione finalizzato a favorire il reinserimento sociale di persone adulte sottoposte a misure restrittive e/o limitative della libertà personale

Ambiti Territoriali dell'ASL di Monza e Brianza

e

Casa Circondariale di Monza

e

Ufficio Esecuzione Penale Esterna

e

Provincia di Milano – Direzione di Progetto Monza e Brianza

e

ASL della Provincia di Monza e Brianza

Premesso che tra le Amministrazioni dei Comuni dell'ASL Milano 3, nel dicembre 2003, è stato siglato un accordo di collaborazione volto alla realizzazione di interventi a favore delle persone sottoposte a misure restrittive e/o limitative della libertà personale nell'ambito della Casa Circondariale Sanquirico di Monza;

Rilevato che in esecuzione di tale accordo sono state realizzate diverse iniziative volte alla reinclusione sociale delle persone sottoposte a misure restrittive attraverso la costituzione di un Fondo Interdistrettuale Carcere mediante l'apporto di risorse dei diversi Comuni aderenti;

Atteso che si è rilevata la necessità di:

- valorizzare le azioni di sistema e la sinergia tra gli interventi pubblici e privati nell'ambito della Casa Circondariale di Monza considerata quale parte integrante del territorio;
- definire dei percorsi di continuità tra le azioni realizzate all'interno della Casa circondariale e all'esterno (U.E.P.E.) procedendo alla sistematizzazione dei diversi interventi;
- procedere alla definizione di azioni integrate nell'ambito della prevenzione, dei percorsi di accompagnamento e supporto, dell'offerta formativa e lavorativa, dei progetti di reinserimento e di housing sociale;
- promuovere interventi di riparazione del danno nell'ambito di processi di reinclusione sociale;
- prevedere iniziative specifiche rivolte alla popolazione straniera e attuare forme di sostegno ai familiari dei detenuti;
- tutelare i diritti dei detenuti attraverso l'attività del Garante dei detenuti

Vista la L. 328/2000 e la L.R. 3/2008 e nel rispetto della normativa vigente sull'assetto dell'ordinamento penitenziario;

Tutto ciò premesso, si concorda quanto segue:

Art. 1
"Oggetto"

Con il presente accordo gli Ambiti territoriali dell'ASL di Monza e Brianza, la Casa Circondariale di Monza, l'Ufficio di Esecuzione Penale Esterna, la Provincia di Milano – Direzione Progetto Monza e Brianza, ASL della Provincia di Monza e Brianza intendono costruire un sistema integrato per lo sviluppo di azioni a favore delle persone sottoposte a misure restrittive e/o limitative della libertà personale.

Art. 2
"Doveri dei Comuni"

I Comuni afferenti al territorio dell'ASL di Monza e Brianza si impegnano a:

- conferire, attraverso un contributo su base capitaria, le risorse economiche necessarie al consolidamento del Fondo Interdistrettuale Carcere;
- individuare il Comune di Monza quale ente capofila del presente Accordo e soggetto gestore del Fondo Interdistrettuale Carcere, nonché ente competente all'adozione dei provvedimenti amministrativi necessari alla realizzazione degli interventi;
- partecipare alle attività di monitoraggio, verifica e valutazione delle azioni realizzate attraverso le risorse del Fondo Interdistrettuale Carcere, sulla base dei report predisposti dal Comune di Monza, quale ente capofila;
- contribuire attivamente al raggiungimento degli obiettivi previsti dal presente Accordo, in particolar modo sostenendo l'attività del Laboratorio grafico mediante specifiche commesse di lavoro.

Art. 3
"Doveri del Comune capofila"

Il Comune di Monza quale ente capofila, si impegna a:

1. svolgere qualsiasi attività e a predisporre qualsiasi atto necessari all'adempimento del presente Accordo.

In particolare esso assume:

a. la responsabilità ed il coordinamento generale delle attività finanziate attraverso il Fondo Interdistrettuale Carcere;
b. la responsabilità della rendicontazione delle attività finanziate svolte fino alla data di scadenza del presente Accordo;
c. la responsabilità del raccordo tra il Fondo Interdistrettuale Carcere e le funzioni in capo al Tavolo Carcere;
d. la predisposizione dei rapporti di monitoraggio annuali relativi alla attività realizzate e ai risultati conseguiti; tali rapporti andranno consegnati agli Uffici di Piano degli ambiti sottoscrittori e presentati, per la discussione, al Consiglio Interdistrettuale della ASL M e B;
e. la predisposizione del report finale delle attività realizzate nel corso del triennio;
e. la predisposizione di materiale informativo da distribuire ai comuni degli ambiti sottoscrittori, al fine di garantire una adeguata conoscenza - a livello territoriale - delle risorse e dei servizi attivabili mediante il Fondo Interdistrettuale Carcere.

Art. 3
"Modalità di attuazione dell'Accordo"

Al fine di dare attuazione agli obiettivi individuati dal presente accordo, i soggetti firmatari, procederanno alla definizione di Protocolli operativi volti a sistematizzare gli interventi già in

essere e ad individuare efficaci processi di realizzazione delle azioni progettuali consolidate o innovative, prevedendo specifiche connessioni con altri soggetti istituzionali e del Terzo Settore presenti sul territorio.

Art. 4
"Durata"

Il presente accordo ha validità di tre anni, coincidente con il triennio di programmazione zonale 2009 – 2011.

4.4. Intesa per la realizzazione del Progetto sperimentale "Laboratorio di copisteria" e per l'attivazione degli interventi di mediazione all'interno della Casa Circondariale di Monza

INTESA

Tra

CASA CIRCONDARIALE DI MONZA

e

UFFICIO ESECUZIONE PENALE ESTERNA

e

COMUNE DI MONZA

e

CONSORZIO EX.IT. ONLUS

per la realizzazione del Progetto sperimentale "Laboratorio di copisteria" e per l'attivazione degli interventi di mediazione all'interno della Casa Circondariale di Monza

PREMESSA

Nell'ambito delle iniziative promosse in relazione all'attuazione dell'*Accordo di collaborazione finalizzato a favorire il reinserimento sociale di persone adulte sottoposte a misure restrittive e/o limitative della libertà personale* convenuto tra i Comuni dell'ASL Milano 3, a seguito di un percorso di approfondimento e valutazione dei bisogni realizzato a cura del "Tavolo Interdistrettuale Carcere", il "Consiglio Interdistrettuale degli Ambiti della Asl Milano 3" ha valutato l'opportunità di ampliare le esperienze fin qui positivamente realizzate, con l'obiettivo di creare nuove opportunità formative e lavorative per le persone condannate a misure restrittive della libertà personale e favorire il loro reinserimento sociale.

In particolare, in raccordo e connessione con la rete degli interventi già attiva all'interno della Casa circondariale di Monza (Progetti "Agenti di Rete" e "S.A.C. Sistema di accompagnamento carcere" finanziati dalla Regione Lombardia, Progetto "Il parco per il parco" e Laboratorio di Falegnameria), si prevede la realizzazione delle seguenti azioni integrate:

- attivazione di un Laboratorio di Copisteria intramurario, per il periodo sperimentale di un anno durante il quale potranno essere avviate le attività – base in modo da poter pervenire, in seguito, alla messa a regime dell'attività in maniera coordinata e incrementale; al fine di garantire la flessibilità necessaria in fase di start up del progetto si procederà al noleggio dei macchinari anziché disporne l'acquisto; tale progetto risulta essere inserito nel sistema degli interventi descritti dal progetto S.A.C.;
- avvio del Servizio di Mediazione Culturale per le persone in esecuzione penale attraverso il supporto di educatori e mediatori.

Per la realizzazione sperimentale dei progetti oggetto di tale intesa si è individuato il Consorzio Ex.it. Onlus in quanto partner del progetto "SAC", gestore del Laboratorio di Falegnameria nonché del Progetto "Agenti di Rete" e dotato delle competenze necessarie in relazione ai

servizi per stranieri e pertanto atto a garantire la coerenza degli interventi e la connessione tra i diversi soggetti coinvolti.

TUTTO CIO' PREMESSO SI CONVENGONO I SEGUENTI IMPEGNI TRA LE PARTI:

CASA CIRCONDARIALE DI MONZA:

- autorizza l'utilizzo degli spazi atti ad allestire il laboratorio di copisteria;
- collabora ai fini dell'individuazione delle persone che potranno essere inserite nel percorso formativo/lavorativo del progetto del laboratorio;
- collabora nell'accompagnamento e nella fruizione del servizio di mediazione;
- stipula convenzione con Consorzio Ex.it. (come per il Laboratorio di Falegnameria) per l'attività lavorativa del Laboratorio di copisteria;
- collabora alla verifiche periodiche sull'andamento dei progetti.

UFFICIO ESECUZIONE PENALE ESTERNA:

- collabora ai fini dell'individuazione delle persone che potranno essere inserite nel percorso formativo/lavorativo dei progetti relativi al laboratorio;
- collabora alle verifiche periodiche sull'andamento dei progetti.

COMUNE DI MONZA in qualità di ente capofila dell'accordo di programma sottoscritto dai Comuni afferenti all'ASL Milano 3:

- eroga le risorse del Fondo Interdistrettuale Carcere specificatamente destinate alla realizzazione della complessiva progettazione come da piano finanziario allegato;
- promuove una capillare attività di informazione e sensibilizzazione diretta ai Comuni aderenti al progetto al fine di promuovere l'affidamento di commesse di lavoro al laboratorio;
- favorisce il raccordo con le altre iniziative già presenti nell'ambito della propria organizzazione, anche attraverso la collaborazione del personale ad esse dedicato (personale educativo, tecnico grafico);
- eroga, grazie alle risorse del Fondo Interdistrettuale Carcere, le borse lavoro a favore dei detenuti beneficiari dei percorsi di tirocinio formativo e lavorativo all'interno del laboratorio;
- monitora i risultati raggiunti dai progetti in raccordo e sinergia con i Comuni aderenti al fine di valutare le eventuali modifiche da apportare in vista dell'implementazione delle azioni.

CONSORZIO EX.IT. onlus:

- individua e incarica il personale dedicato alla realizzazione dei progetti (coordinatore, tecnico di laboratorio, mediatori);
- assicura l'efficace collegamento tra il Laboratorio di copisteria e lo Sportello Mediazione e le iniziative già attive nell'ambito della Casa Circondariale (Laboratorio di Falegnameria/Agenti di Rete/Agenti Sociali);
- assicura tutti gli adempimenti in ordine al completo rispetto delle normative sulla sicurezza del lavoro ai sensi del D.Lgs. 193/2008 ed è responsabile per eventuale incidenti sul lavoro;
- assicura il coordinamento/monitoraggio complessivo delle attività di raccordo con la Direzione della Casa Circondariale e con i Comuni;
- procede alla rendicontazione trimestrale delle attività complessivamente realizzate;
- collabora alle verifiche in ordine al raggiungimento degli obiettivi previsti.

Inoltre, ai fini della realizzazione delle azioni programmate, il Consorzio assicura in particolare quanto di seguito indicato:

- Servizio di mediazione: con particolare riferimento alla fase di ingresso del detenuto nella Casa Circondariale o della condanna a misure alternative, il Servizio collabora con l'area educativa al fine di rispondere tecnicamente alle esigenze di carattere amministrativo dei condannati stranieri nonché ai fini della realizzazione di interventi di mediazione culturale. In funzione delle esigenze individuate l'attività di mediazione culturale dovrà interfacciarsi con le diverse istituzioni e realtà del terzo settore presenti sul territorio.

- Laboratorio di copisteria:
  - procede al noleggio dei macchinari e all'acquisto degli strumenti informatici necessari all'attivazione del laboratorio;
  - mette a disposizione il materiale di consumo;
  - coordina le attività del laboratorio e programma dei piani di lavoro rispondenti alla sua capacità produttiva e alle commesse che gli perverranno dagli Enti aderenti al Tavolo Interdistrettuale Carcere.

4.5. Protocollo per il ricorso delle cooperative di tipo B

ACCORDO AI SENSI DELL'ARTICOLO 3 COMMA 3 DELLA LEGGE N. 328/2000

TRA

La conferenza dei Sindaci ASL MI 3 Monza;

i Comuni del territorio ASL MI 3 Monza;

le Aziende Speciali Pubbliche del territorio ASL MI 3 Monza;

(in seguito indicati come "Enti")

E

i Consorzi di Cooperative Sociali del territorio ASL MI 3 Monza;

le Cooperative Sociali del territorio ASL MI 3 Monza;

(in seguito indicati come "Consorzi e Cooperative")

premesso che

1. La legge n.381/1991 prevede che:
- gli enti pubblici, compresi quelli economici, e le società di capitali a partecipazione pubblica, anche in deroga alla disciplina in materia di contratti della pubblica amministrazione, possano stipulare convenzioni con le cooperative sociali che svolgono attività di inserimento lavorativo di persone svantaggiate (ovvero con analoghi organismi eventi sede negli altri Stati membri della Comunità europea) per la fornitura di beni e servizi diversi da quelli socio-sanitari ed educativi il cui importo stimato al netto dell'IVA sia **inferiore** agli importi stabiliti dalle direttive comunitarie in materia di appalti pubblici, purché tali convenzioni siano finalizzate a creare opportunità di lavoro per le persone svantaggiate;
- per le forniture di beni o servizi diversi da quelli socio-sanitari ed educativi, il cui importo stimato al netto dell'IVA sia **pari o superiore** agli importi stabiliti dalle direttive comunitarie in materia di appalti pubblici, gli enti pubblici compresi quelli economici, nonché le società di capitali a partecipazione pubblica, nei bandi di gara di appalto e nei capitolati d'onere possono inserire, fra le condizioni di esecuzione, l'obbligo di eseguire il contratto con l'impiego delle persone svantaggiate, con l'adozione di specifici programmi di recupero e inserimento lavorativo.

2. L'articolo 2 "misure in materia di servizi di pubblica utilità e per il sostegno dell'occupazione e dello sviluppo", comma 203 della legge n. 662/1996 stabilisce che gli interventi che coinvolgono una molteplicità di soggetti pubblici e privati ed implicano decisioni istituzionali e risorse finanziarie a carico delle amministrazioni statali, regionali e delle province autonome nonché degli enti locali possono essere regolati -tra l'altro - attraverso accordi definiti di «Programmazione negoziata», come tale intendendosi la regolamentazione concordata tra soggetti pubblici o tra il soggetto pubblico competente e la parte o le parti pubbliche o private per l'attuazione di interventi diversi, riferiti ad un'unica finalità di sviluppo, che richiedono una valutazione complessiva delle attività di competenza.

3. La legge n. 328/2000 sul sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali stabilisce al terzo comma dell'articolo 3 che i soggetti cui compete la programmazione e la realizzazione del sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali (e cioè, gli enti locali, le regioni e lo Stato) possano avvalersi degli accordi previsti

dall'art. 2, comma 203, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per il conseguimento delle finalità di cui alla legge n. 328/2000. Tra le finalità suddette rientra anche quella di promuovere l'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate di cui all'articolo 4 della legge n. 381/1991 e regolamento CE n. 2204/2002 articolo 2 lettere f) e g).

4. L'articolo 118 della Costituzione stabilisce che "Stato, Regioni, Città metropolitane, Province e Comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà".

5. Non risulta pubblicata, nella Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea (già Gazzetta Ufficiale delle Comunità Europee), alcuna lista di organismi analoghi alle cooperative sociali di tipo "B" aventi sede negli altri Stati membri dell'Unione Europea e in possesso di requisiti equivalenti a quelli richiesti per l'iscrizione all'albo regionale della Lombardia.

6. In sintonia con i contenuti dei vigenti Piani di Zona e con le linee di indirizzo elaborate in particolare dal Comitato Carcere e Territorio di Monza, appare ai soggetti sottoscrittori del presente patto utile addivenire ad un accordo di "programmazione negoziata" attraverso cui, in applicazione anche del principio di sussidiarietà orizzontale di cui all'articolo 118 della Costituzione, i soggetti pubblici (Enti) e i soggetti del privato sociale (Consorzi e Cooperative) operanti sul territorio, si impegnino congiuntamente a perseguire l'obiettivo dell'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate di cui all'articolo 4 della legge n. 381/1991 e regolamento CE n. 2204/2002 articolo 2 lettere f) e g), residenti nel territorio di riferimento, con una particolare attenzione a favorire l'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate provenienti dalla Casa Circondariale di Monza, attraverso la condivisione delle responsabilità inerenti tale pubblica funzione; condivisione definita nella sua operatività e resa possibile ed attuale attraverso l'impegno sistematico di collaborazione di cui al presente accordo.

7. Visto l'articolo 3, terzo comma, della legge n. 328/2000.

8. Visto l'articolo 2, comma 203, della legge n. 662/1966.

9. Visti gli l'articoli 11 e 15 della legge n. 241/1990.

10. Visto l'articolo 119 del T.U. n. 267/2000.

11. Visti gli articoli 4 e 11 della legge regionale lombarda n. 21/2003.

12. Visto l'atto di indirizzo per la promozione, il sostegno e lo sviluppo di iniziative per l'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate residenti nei Comuni dell'ASL MI 3 Monza, redatto in data 11.11.2005.

SI CONVIENE QUANTO SEGUE

1. Le premesse fanno parte integrante del presente accordo.

2. Gli Enti si impegnano a:

a. riservare per le convenzioni dirette con le Cooperative Sociali di tipo "B", anche associate in Consorzio, almeno una quota compresa tra il 5% e il 30% degli stanziamenti del proprio bilancio per la fornitura di servizi diversi da quelli socio-sanitari ed educativi di importo unitario **inferiore** alla soglia comunitaria

b. rispettare i parametri di valutazione di cui all'allegato 3 in caso di gara fra più cooperative appartenenti allo stesso settore;

c. favorire l'inserimento nei bandi e nei capitolati relativi alla fornitura di servizi diversi da quelli socio-sanitari ed educativi di importo unitario **pari o superiore** alla soglia comunitaria delle condizioni di cui all'articolo 5, ultimo comma, della legge n. 381/1991 (obbligo di esecuzione dell'appalto mediante l'impiego di persone svantaggiate con l'adozione di specifici programmi di recupero e inserimento lavorativo) e articoli 52 e 69 comma 2, della legge 163/2006 (nuovo codice degli appalti) (appalti riservati e condizioni particolari di esecuzione del contratto prescritte nel bando o nell'invito). Fermo restando che la verifica della capacità di adempiere agli obblighi di inserimento lavorativo non può intervenire nel corso delle procedure di gara e comunque prima dell'aggiudicazione dell'appalto, i criteri di aggiudicazione dovranno valorizzare la qualità dei progetti di inserimento lavorativo con l'attribuzione agli stessi di un punteggio pari ad almeno il 50% rispetto al totale del punteggio relativo alla qualità. Detto punteggio si attribuisce in sede di gara, sulla base di criteri precedentemente dichiarati, tra i quali:
- le attività che verranno svolte dalle persone inserite;
- le modalità di raccordo con i servizi socio-sanitari del territorio e con i
centri per l'impiego della provincia;
- il personale addetto al recupero sociale e lavorativo delle persone svantaggiate che l'appaltatore si impegna ad impiegare con riferimento ai lavoratori che presso di sé beneficeranno di progetti di inserimento lavorativo nel periodo di tempo corrispondente a quello di esecuzione dell'appalto oggetto di gara;
- il numero e la tipologia delle persone svantaggiate che verranno inserite nell'attività lavorativa per i servizi cui si riferisce l'appalto, con l'indicazione del monte ore complessivo di impiego;
- l'impegno alla realizzazione di programmi di lavoro protetti e l'attenzione alle esigenze sociali.
Allo scopo, per la fornitura dei servizi diversi da quelli socio-sanitari ed educativi di importo unitario **pari o superiore** alla soglia comunitaria, di cui al presente paragrafo, può essere utilizzato lo schema di bando di gara predisposto dalla Regione Lombardia per appalto di servizi con obbligo di inserimento lavorativo di persone svantaggiate, allegato 4.

-3. Gli Enti firmatari del presente documento si impegnano a definire, approvare contrattualmente ed applicare un metodo di **affidamento diretto**, limitatamente alle forniture di servizi diversi da quelli socio-sanitari ed educativi di importo unitario **inferiore** alla soglia comunitaria, alle Cooperative sociali di tipo B, anche associate in Consorzio, al fine di :

- applicare un metodo di affidamento diretto omogeneo alle Cooperative sociali, che garantisca l'equo trattamento delle stesse in relazione alla loro dimensione, al legame con il territorio di riferimento, alle caratteristiche dei servizi appaltati in rapporto alle specificità di ogni singola cooperativa, ai progetti in corso con i servizi di invio per l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate, all'opportunità di creare forme associative tra le Cooperative e sinergie fra le stesse e fra esse ed il sistema locale dei servizi e degli interventi sociali;

- perseguire nel modo migliore la funzione sociale relativa all'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate e del pubblico interesse, comunque nel rispetto del principio di economicità dell'azione amministrativa, da applicarsi tenendo conto del valore complessivo dei servizi assicurati dalle Cooperative e, quindi, anche del valore economico-sociale degli inserimenti lavorativi;

Vengono di seguito esplicitate le seguenti procedure e i seguenti criteri di riferimento:

a. Convenzionamento diretto, in base all'art. 5 della Legge 381/91, come da schema di convenzione predisposto dalla Regione Lombardia, allegato 2, nel caso in cui, per la tipologia di servizio richiesta dall'Ente, risulti già in essere con una cooperativa un progetto di inserimento lavorativo di persone svantaggiate o nel caso in cui la cooperativa stia già svolgendo un'attività finalizzata all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate o nel caso in cui negli elenchi di cui al punto seguente, per la tipologia di servizio richiesto dall'Ente, risulti iscritta una sola cooperativa.

b. Facoltà di pubblicazione da parte di ogni singolo Ente di bandi finalizzati alla creazione di elenchi di cooperative, suddivise per la tipologia di servizio offerto (esempio: pulizie, verde, informatica, stampa, ambientale, manutenzioni) seguendo i criteri specificati nell'allegato 1 e successiva creazioni di elenchi a validità quinquennale.

c. Gara tra cooperative, nel rispetto dei parametri di valutazione di cui all'allegato 3, nel caso di due o più cooperative iscritte negli elenchi per la stessa tipologia di servizio richiesto dall'Ente.

4. I firmatari del presente accordo si impegnano ad istituire un tavolo permanente di coprogettazione e valutazione con lo scopo di:

a. monitorare costantemente l'esecuzione del presente accordo, provvedendo a proporre le soluzioni ritenute possibili nel caso di difficoltà nella sua applicazione;
b. monitorare costantemente l'andamento degli inserimenti lavorativi al fine anche di creare un collegamento stabile e sistematico con i Piani di Zona.

5. Le Cooperative sociali di tipo B, anche associate in Consorzio, si impegnano a collaborare con i servizi di inserimento lavorativo degli Enti di riferimento e della Provincia per l'avvio al lavoro di persone svantaggiate. Per le attività del presente accordo, le Cooperative sociali si impegnano ad assolvere l'obbligo ex art. 4 comma 2 L. 381/91 con l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate, di cui all'articolo 4 della legge n. 381/1991 e regolamento CE n. 2204/2002 articolo 2 lettere f) e g), residenti nel territorio dei Distretti socio-sanitari cui appartengono gli enti firmatari del presente accordo.

6. I soggetti firmatari della presente accordo accettano e si impegnano affinché anche altri enti locali territoriali ed istituzionali aderiscano al presente accordo, anche con atto separato e successivo.

7. La durata del presente accordo, che decorre dalla data della sua sottoscrizione, è stabilita in anni cinque.

8. Ogni questione che avesse ad insorgere tra le parti relativamente all'interpretazione ed applicazione delle norme contenute nel presente accordo e concernente diritti soggettivi dei sottoscrittori sarà devoluta ad un Collegio arbitrale, che deciderà ritualmente e secondo diritto, formato da tre Membri, di cui uno nominato dai Consorzi e Cooperative, uno dagli Enti ed un terzo, con funzioni di Presidente, nominato di comune accordo tra i primi due; in caso di mancato accordo, tale Membro sarà nominato dal Presidente del Tribunale di Monza.

....., lì ..... (seguono le firme)

4.6 Il Protocollo HIV

ACCORDO DI COLLABORAZIONE

fra .....

in materia di

"Assistenza integrata alle persone Hiv positive"

1. PREMESSA

L'integrazione, la stretta collaborazione, la sinergie di risorse sono elementi essenziali per affrontare problematiche complesse ad alta integrazione socio-sanitaria.
Le persone Hiv positive o malate di Aids presentano, oltre a una complessa situazione sanitaria che richiede importanti interventi di cura, problematiche sociali che possono derivare da gravi situazioni di fragilità sociale, dalla concomitante presenza di altre patologie o problematiche o da un forte rischio di stigma ed emarginazione sociale.
I significativi risultati nel campo dei trattamenti farmacologici creando le condizioni per superare la fase di "emergenza" migliorando le aspettative di vita, hanno fatto emergere aree di bisogno tipiche delle condizioni di cronicità e di lungo assistenza e la necessità di integrazione col normale circuito dei servizi.
Diversificare e ampliare le risorse attivabili, creare le condizioni per l'utilizzo di quelle esistenti, considerato che le persone in assistenza extra-ospedaliera hanno, in molti casi, un riconoscimento di invalidità civile e/o condizioni di fragilità sociale (adulti in difficoltà), sono fattive azioni per rispondere in modo più appropriato ai bisogni della persona. La possibilità di potenziare i progetti di autonomia e reinserimento sociale assume inoltre importanza nell'ottica di limitare le residenzialità improprie.

La Regione Lombardia ha dato indicazioni per una gestione integrata, prevedendo nuove forme di collaborazione con i servizi territoriali.
Questi i principali aspetti normativi nazionali e regionali che regolamentano la materia:

- D.P.R. 14.02.2001 "Atto d'indirizzo e di coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie"
- DPCM 29.11.2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza"
- D.G.R. 6471 DEL 19.10.2001„ "Riorganizzazione dell'assistenza territoriale del malati di AIDS e presa in carico dei malati di AIDS dell'area penale"
- D.G.R. 20766 del 16.02.2005 "Determinazioni in merito alle strutture residenziali e semiresidenziali extra-ospedaliere di assistenza alle persone affette da HIV/AIDS e conseguente adeguamento delle tariffe e aggiornamento dello schema tipo di convenzione"
- Direzione Regionale Sanità – UO Prevenzione – prot. H1.2005. 23181 "Prime indicazioni attuative della d.g.r. 16.2.2005 n. VII/20766"
- Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale – UO Prevenzione – UO Accreditamento e qualità – prot. 16744 del 201.2.2005 " Compartecipazione alle spese per l'assistenza extraospedaliera a persone affette da HIV/AIDS (d.g.r. 20766/2005)
- Direzione Generale Sanità – UO Prevenzione – prot. HI.2006 OOO 1414 "Punteggi minimi di disabilità e severità clinica ed assistenziale per l'inserimento nelle strutture residenziali e semiresidenziali extra-ospedaliere di assistenza delle persone affette da HIV/AIDS"
- Direzione Generale Sanità – Direttore Generale – Circolare n. 35/SAN - prot. H1 2006 54790 del 21.12.06 "Assistenza residenziale e semiresidenziale malati di AIDS e sindromi HIV correlate"

- Direzione Generale Sanità – Direttore Generale – Circolare n. 12/SAN/2007 - prot. H1 2007 16105 del 11.04.07 "Assistenza residenziale e semiresidenziale malati di AIDS e sindromi HIV correlate"

Nella ridefinizione del quadro programmatorio ha assunto particolare rilevanza la D.G.R. 19.10.2001 n. 7/6471 che:

- precisa il quadro normativo e organizzativo dell'assistenza territoriale dei malati di AIDS (assistenza extra ospedaliera – AEMA), richiamando i seguenti principi guida (punto1 – premessa):
  - ripensare l'operatività dei servizi per la presa in carico dei malati,
  - operare affinché l'assistenza sanitaria si esprima all'interno di percorsi terapeutici-trattamentali in grado di favorire nei soggetti la ri-motivazione alla vita e la ri-progettazione di un futuro possibile,
  - accompagnare il malato di AIDS a riviversi inserito nel contesto che si era lasciato, a recuperare relazioni, affetti, autonomia personale ed economica,
  - operare affinché la risposta al bisogno sia multidimensionale e flessibile, tramite interventi in rete, in condizione di pluralità di offerte ed interventi coordinati.
- stabilisce che spetta all'ASL favorire i rapporti e predisporre le necessarie intese con gli Enti Locali per favorire l'integrazione delle prestazioni (punto 2 competenze istituzionali)
- delinea l'impianto dell'assistenza territoriale da garantire tramite:
  - la rete dei presidi specificatamente dedicati, residenziali (Case Alloggio ad alta o bassa intensità assistenziale) o diurni (Centri Diurni Integrati),
  - l'assistenza domiciliare
  - le strutture sperimentali (es. i gruppi appartamento)
  - la rete dei presidi e delle strutture aspecifiche per le condizioni di comorbilità (patologie psichiatriche, tossicodipendenza) e/o per particolari fasce di età (minori, anziani).
  - interventi mirati a garantire l'assistenza agli stranieri, alle persone senza fissa dimora e nell'area penale.
- regolamenta le modalità di presa in carico da parte degli operatori dell'Asl (punto 2 Competenze istituzionali) da realizzare previa valutazione multidimensionale, effettuata utilizzando la scheda AIDASS, e stesura del piano di assistenza individualizzato (PAI), predisposto in accordo con il Comune di residenza.
- stabilisce che una quota parte delle rette per le Case alloggio (di tipo "a") che erogano prestazioni sociali a rilevanza sanitaria nella fase di lungoassistenza, a bassa intensità assistenziale, siano a carico dei Comuni e dell'ASL (punto 3 La rete di assistenza territoriale), la successiva D.G.R. n. VII/20766 del 16.02.2005 ha fissato (punto 6 del deliberato) nel 30% la quota a carico dell'utente e/o del Comune di residenza.

2. IL PROCESSO DELL'INTEGRAZIONE

L'Asl e gli Uffici di Piano, nel rispetto delle reciproche competenze e autonomie organizzative/finanziarie, danno avvio al processo di integrazione sottoscrivendo il presente Accordo di Collaborazione quale strumento per orientare l'operatività nei singoli contesti territoriali e implementare le capacità dei contesti di far fronte alla problematica.

Il processo di integrazione coinvolgerà i seguenti ambiti:

- il livello dell'operatività sui casi (valutazione - presa in carico – attuazione PAI)
- il livello della programmazione, sensibilizzazione ed implementazione dell'offerta

Trattandosi di un processo che si avvia col presente accordo saranno necessari momenti di verifica sulla fattibilità e sull'utilità di quanto stabilito con particolare attenzione alle aree che potrebbero far emergere elementi di problematicità.

3. IL LIVELLO DELL'OPERATIVITÀ SUI CASI

"E' compito degli operatori che hanno in carico il malato di AIDS, sulla base della valutazione multidisciplinare, effettuata attraverso la scheda di cui all'allegato 2, predisporre il suddetto piano di assistenza individualizzato, in accordo con il Comune di residenza del soggetto .(DGR 7/6471/2001 – pag. 7).

All'Unità Operativa per le Malattie a Trasmissione Sessuale (UO M.T.S.) dell'Asl spetta la valutazione e l'attivazione delle unità di offerta del circuito Aids.
L'UO M.T.S. riceve le segnalazioni per l'attivazione delle unità di offerta dell'Assistenza Extra-Ospedaliera ai Malati di Aids (A.E.M.A.) direttamente dall'utente, dai familiari o tramite servizi segnalanti (Reparti Ospedalieri, MMG, Servizi Sociali comunali, ecc.).

Per potenziare le capacità progettuali e ampliare le possibilità di risposta si concorda sull'utilità/necessità di coinvolgere gli operatori degli Enti Locali e/o di altri servizi specialistici, anche nel caso non siano i servizi segnalanti, qualora si intraveda l'utilità/necessità di una progettualità più complessa e di una gestione integrata del caso.
L'UO M.T.S procederà quindi:

- *alla raccolta del consenso scritto* dell'interessato alla trasmissione dei dati con registrazione in cartella delle limitazioni progettuali in caso di diniego;
- *alla presa di contatto,* anche telefonico, *con l'assistente sociale del Comune di residenza* per verificare se trattasi di utente già conosciuto, per condividere le informazioni in possesso, concordare l'opportunità del coinvolgimento del Comune e definire le modalità della collaborazione.

3.1. Fasi della presa in carico condivisa UOM.T.S./Comuni.

La gestione integrata prevede di norma le seguenti fasi:

- l'invio di una segnalazione scritta;
- l'avvio della *fase di valutazione* da effettuarsi congiuntamente o in ambiti separati in base alla situazione, fatto salvo che spetta all'ASL la valutazione delle condizioni di severità clinica (scheda Aidass);
- un incontro/i di confronto e *messa in comune* degli elementi di valutazione per la *definizione di obiettivi e ipotesi progettuali*;
- *la stesura del PAI Integrato* condiviso e sottoscritto dagli enti coinvolti.

3.2. Il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI)

Il Piano Individualizzato di Assistenza (PAI) è lo strumento operativo individuato per condividere gli elementi della valutazione, i bisogni individuati, gli obiettivi e le ipotesi progettuali, le risorse attivabili nell'ambito delle rispettive competenze, i tempi e le modalità delle verifiche. Il PAI costituisce inoltre la sintesi e il risultato finale del percorso di valutazione realizzato, può essere completato da singole relazioni allegate e viene condiviso e sottoscritto dagli enti coinvolti.

Rispetto alle risorse attivabili, si precisa che il PAI è lo strumento operativo utilizzato dagli operatori delle singole UO per condividere e progettare l'intervento a favore della persona, mentre rimangono atti separati quelli relativi all'assunzione degli specifici impegni di spesa predisposti secondo le disponibilità e le priorità dei singoli soggetti coinvolti. E' comunque auspicabile che la verifica della disponibilità economica, organizzativa e progettuale all'interno della singola organizzazione avvenga prima della stesura del PAI integrato

Nell'attuazione del PAI ogni unità di offerta attiverà le proprie risorse coerentemente con quanto condiviso con gli altri soggetti coinvolti al fine di creare sinergia fra le differenti azioni e garantire l'efficacia e l'efficienza del progetto.
La referenza progettuale è, di norma, in carico all'UO M.T.S. e comporta la redazione del PAI, il coordinamento dei diversi interventi realizzati, un continuo e tempestivo passaggio di informazioni, la programmazione degli incontri di verifica.
Le verifiche in itinere comportano la stesura di una relazione condivisa da tutti i soggetti coinvolti che evidenzi gli elementi emersi, i risultati raggiunti, le eventuali nuove ipotesi di lavoro. La verifica finale alla scadenza del PAI può esitare:

- nella riformulazione di una nuova ipotesi progettuale, nuovo PAI e relativa documentazione a sostegno

- nella conclusione del progetto con stesura di un documento congiunto sul raggiungimento dei risultati e sull'efficacia del processo di integrazione,
- nella riconferma del PAI in essere.

3.3. Gli interventi

La D.G.R. n. VII/20766 del 16.02.2005, individua le seguenti Unità di Offerta (UO):

a) Casa Alloggio ad alta integrazione sanitaria:

"garantisce assistenza riabilitativa specialistica a valenza socio-sanitaria ad alta integrazione sanitaria, rispondente all'intensità assistenziale della fase estensiva, le cui prestazioni erogate sono a totale carico del SSR"

b) Casa Alloggio socio-sanitaria a bassa intensità assistenziale:

"garantisce prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, rispondente all'intensità assistenziale della fase lungoassistenza le cui prestazioni gravano, così come previsto nell'allegato 1C del citato d.p.c.m. 29 novembre 2001, per il 30% dei costi complessivi sull'utente o sul Comune di residenza

L'inserimento in casa alloggio a bassa intensità assistenziale[1] richiedono differenti atti di impegno per il medesimo intervento spettando:

a. all'ASL la verifica dei requisiti, la ricerca dell'UO, l'autorizzazione all'ingresso, l'assunzione della quota spesa a carico del fondo sanitario;
b. all'utente o al comune di residenza l'eventuale contributo economico in applicazione degli specifici regolamenti comunali relativamente alla quota parte della retta (30%) non imputabile sul fondo sanitario

Tale circostanza rende necessario il coinvolgimento del Comune di residenza già nella fase di valutazione al fine di condividere l'opportunità dell'inserimento, armonizzare i tempi di valutazione e di assunzione dell'eventuale onere economico. Il coinvolgimento deve avvenire con un congruo anticipo, ove possibile in occasione della verifica a sei mesi dalla scadenza del PAI, anche nel caso di passaggio da una CA ad alta intensità assistenziale a una CA a bassa intensità assistenziale

c) Centro Diurno Integrato AIDS:

"garantisce assistenza riabilitativa specialistica che eroga, così come previsto nell'allegato 1C del citato d.p.c.m. 29 novembre 2001, prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, rispondente all'intensità assistenziale lungoassistenziale, totalmente a carico del SSR"

d) Assistenza domiciliare:

eroga prestazioni *"socio-sanitarie e dovranno comprendere l'assistenza medica ed infermieristica, secondo le necessità del soggetto; quella farmaceutica, quella psicologica, nonché supporti socio-assistenziali e di aiuto domestico"*[2] – viene inoltre specificato che *"le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria, erogate nella fase intensiva, estensiva e di lungoassistenza, gravano sul fondo sanitario vincolato allo scopo"*

L'Assistenza Domiciliare Integrata è assegnata dalla Regione (circolare n. 12/SAN/2007) tramite il Voucher socio sanitario all'ADI, mentre l'UO M.T.S. svolge la funzione di valutazione e verifica dei requisiti, autorizzazione per l'imputazione della spesa sul fondo vincolato, referenza specialistica (case manager).

Nell'ottica dell'integrazione assume particolare rilevanza la partecipazione di tutti gli operatori dei servizi interessati alle UVM Distrettuali (Unità di valutazione multidimensionali) in particolare qualora si ravvisi la necessità di integrare le prestazioni dell'ADI con quelle dei Servizi di Assistenza Domiciliari comunali.

e) Hospice:

"residenze con prevalente caratterizzazione sanitaria per l'accoglienza di pazienti gravemente compromessi o chiaramente terminali con bisogni sanitari elevati... "

f) Gruppi appartamento:

"forme assistenziali innovative riferibili a pazienti affetti d AIDS in fase non acuta" definiti come *"strutture a bassa protezione sanitaria e sociale che accolgono malati di AIDS con peculiari problemi esistenziali, in fase di reinserimento sociale. Queste strutture, in conformità al citato Atto di Indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie, erogano prestazioni sociali a rilevanza sanitaria i cui oneri gravano sui Comuni"*

g) Rete dei presidi e delle strutture aspecifiche:

"..si rileva che la terapia farmacologica antiretrovirale combinata permette il contenimento della malattia e la sua regressione. Si ritiene pertanto legittimo e doveroso che i malati di AIDS per le altre patologie debbano essere assistiti nelle strutture extra-ospedaliere preposte agli interventi per tali patologie, con oneri a carico dei rispettivi fondi" .... "L'intervento assistenziale in questi casi deve avvenire nel normale circuito assistenziale predisposto alla tutela della specifica patologia, non potendosi ipotizzare circuiti paralleli per i malati di AIDS e sindrome correlate"

4. IL LIVELLO DELLA PROGRAMMAZIONE, SENSIBILIZZAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DELL'OFFERTA

Come indicato in premessa l'integrazione, la stretta collaborazione, la sinergie di risorse sono elementi essenziali per affrontare problematiche complesse ad alta integrazione socio-sanitaria.

4.1. La programmazione

Il presente documento costituisce un accordo di collaborazione tra l'UOM.T.S. e le amministrazioni comunali consorziate in Offertasociale asc in materia di assistenza integrata alle persone affette da HIV/AIDS finalizzato ad integrare l'assistenza a questo tipo di utenza nei normali circuiti assistenziali. Esso si inserisce nella più ampia programmazione zonale.

Il presente documento, in un'ottica di miglioramento continuo e considerando le significative innovazioni introdotte dalla Regione nell'Assistenza Extraospedaliera ai Malati di Aids, è soggetto a revisioni periodiche. Si reputa opportuno evidenziare alcune aree di criticità di cui potrebbe essere utile monitorare l'evoluzione in sede di sperimentazione e verifica del presente Accordo:

- tempi dei due diversi iter amministrativi nel caso di inserimento in Casa Alloggio socio sanitaria a bassa intensità assistenziale (punto 3.3 b),
- risposte in caso di urgenze (es: dimissioni dall'ospedale, persone senza fissa dimora),
- armonizzazione dei tempi degli iter amministrativi con la disponibilità per il mantenimento del posto in caso di nuovo ingresso da parte della casa alloggio,

Nell'ambito del livello di programmazione è inoltre auspicabile un coinvolgimento delle strutture del circuito Aids (Case Alloggio, Centri Diurni) presenti sul territorio nella programmazione zonale.

4.2. L'implementazione dell'offerta

Diversificare e ampliare le risorse attivabili, creare le condizioni per l'utilizzo di quelle esistenti, calibrandole sulle specificità della singola situazione, è necessario per indurre, ove possibile, processi di cambiamento e superamento dei disagi o per sostenere obiettivi di qualità della vita, quali il mantenimento dei legami e delle relazioni sociali, riducendo il ricorso alle strutture residenziali.

E' auspicabile quindi un'implementazione dell'UO che può avvenire:

- valutando la possibilità di utilizzare le risorse esistenti nel campo degli interventi socio-assistenziali (borse lavoro, attività socializzanti, sostegno economico, bonus, trasporti, ecc.)
- avviando progetti sperimentali nell'ambito della progettazione zonale.

4.3. La sensibilizzazione

L'infezione da HIV si accompagna ancora a un forte rischio di discriminazione, emarginazione ed isolamento stante la preoccupazione del contagio e la non sempre corretta informazione sui rischi di trasmissione. Per sostenere le persone verso scelte di salute, nell'ottica dell'empowerment individuale, assumono rilevanza le azioni di sensibilizzazione sulla condizione delle persone sieropositive tese ad incrementare la capacità dei contesti di accogliere e supportare le persone.
Parallelamente è importante una costante attenzione alle forme di pregiudizio e/o stigma sociale che possono ostacolare le persone sieropositive nella ricerca di aiuto e nell'accesso alle risorse, riducendo le loro possibilità di affrontare la malattia.
Il Documento ASL *"La prevenzione HIV/MTS. Quali nuove strategie per gli anni 2000"* individua nel *Potenziare la solidarietà sociale verso le persone HIV positive per accrescere il loro senso di responsabilità* uno degli obiettivi significativi per la prevenzione della diffusione dell'infezione evidenziandone gli elementi di ricaduta sugli aspetti di salute dell'intera popolazione.

In questa direzione si colloca l'impegno dell'UO M.T.S. di mettere a disposizione la specializzazione acquisita con possibilità di organizzare, *"momenti di confronto e di formazione rivolti ad operatori di altri settori"* come le Unità di Offerta aspecifiche residenziali, diurne o territoriali. In questo ambito l'UO M.T.S. si rende disponibile a:

- partecipare alla valutazione e definizione progettuale nello spirito dei PAI Integrati
- effettuare il monitoraggio clinico del paziente sieropositivo (referenza specialistica)
- garantire consulenze specialistiche al bisogno
- realizzare momenti informativi rivolti al personale sulla gestione diretta del paziente (*precauzioni universali*) per esempio a favore delle ASA comunali impiegate nel SAD.

4.7. I Protocolli per la salute mentale

4.7.1. Protocollo per la gestione dei pazienti tossico-alcooldipendenti con comorbilità psichiatrica

PROTOCOLLO PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI TOSSICO-ALCOLDIPENDENTI CON COMORBILITÀ PSICHIATRICA DA PARTE DEL DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE DELLA ASL MI 3 E DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE DELLE AO SAN GERARDO DI MONZA E VIMERCATE.

PREMESSA

Il fenomeno della doppia diagnosi, comorbilità tra abuso-dipendenza da sostanze e un'altra condizione di sofferenza psichiatrica diagnosticabile come disturbo di asse I o di asse II, si presenta con sempre maggior frequenza tra i pazienti dei Servizi delle Dipendenze e quelli dei Servizi Psichiatrici. La letteratura scientifica internazionale e nazionale riporta fra i soggetti che consumano sostanze stupefacenti una prevalenza di concomitante disturbo psichiatrico che può superare anche sensibilmente il 50% dei casi.
Anche i dati finora raccolti localmente sembrano confermare le stime della letteratura.

A differenza di quanto avviene in altri Paesi, in Italia la dipendenza patologica viene trattata in Servizi Specialistici (Ser.D.) staccati dai Servizi Psichiatrici; inoltre nella Regione Lombardia i Dipartimenti appartengono attualmente ad aziende diverse: il Dipartimento per le dipendenze è struttura delle ed il Dipartimento di salute mentale è struttura delle AO.
Il trattamento del paziente che presenta comorbilità psichiatrica pone il problema della corretta integrazione tra i Servizi per le tossicodipendenze e i Servizi di salute mentale. Questi pazienti risultano infatti più difficili e gravosi da trattare per diversi fattori:

1) la prognosi della disabilità dei pazienti, con doppia diagnosi, è più grave rispetto alle condizioni considerate separatamente. L'utente, con doppia diagnosi, se non trattato adeguatamente, tende a diventare un utilizzatore cronico di entrambi i Servizi.
2) L'esperienza clinica suggerisce che la separazione degli interventi psichiatrici da quelli sulla tossicodipendenza può comportare l'erogazione di prestazioni ridondanti ed intempestive a rischio di risultare inefficaci.

Posto che i rispettivi campi di intervento presentano molte aree di sovrapposizione, è opportuno che, a fronte della complessità clinica presentata dai pazienti, della loro consistenza numerica, che è in costante incremento e dalle problematiche derivanti dall'aumento di soggetti con disturbi del comportamento di particolare rilevanza, risulta opportuno definire modalità di reciproca interazione e collaborazione volte a codificare una prassi operativa che sia applicabile alla generalità delle strutture dei rispettivi Dipartimenti, superando le differenti prassi e i differenti livelli di collaborazione attualmente esistenti.

SCOPO

Lo scopo del presente protocollo è quello di definire le azioni da condursi nelle articolazioni organizzative del Dipartimento Dipendenze e dei Dipartimenti di Salute Mentale per **le fasi di consulenza**, presa in carico e trattamento delle persone tossicodipendenti e alcoldipendenti con problemi di comorbilità psichiatrica, regolamentando i rapporti tra i Dipartimenti che afferiscono ad aziende differenti e fungere da stimolo per una collaborazione continua, coerente ed efficace, a tutela del paziente, definendo i possibili percorsi di presa in carico differenziati per le diverse tipologie di paziente, il servizio titolare della presa in carico e quello che è di

supporto o di consulenza, le modalità di relazione tra i servizi. Per quanto attiene alle strutture dei Dipartimenti di Salute Mentale il presente protocollo si riferisce essenzialmente alle strutture territoriali. Verranno comunque considerate le modalità di rapporto con le strutture deputate all'emergenza (SPDC e servizio in Pronto Soccorso). In considerazione che le situazioni di urgenza stanno coinvolgendo un numero crescente di adolescenti, sembra necessario coinvolgere anche le strutture della NPI, attraverso anche l'Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale in Età Evolutiva, recentemente costituito.

CAMPO D'APPLICAZIONE

I Servizi del Dipartimento Dipendenze della ASL 3 e i servizi territoriali dei Dipartimenti di Salute Mentale delle Aziende Ospedaliere San Gerardo di Monza e Vimercate.

RESPONSABILITA'

I Direttori dei Dipartimenti di Salute mentale delle AO di Vimercate, San Gerardo Monza e del Dipartimento per le Dipendenze della ASLMI3
I Responsabili di Unità Operativa dei Dipartimenti e i Responsabili di Sede
Gli operatori dei Dipartimenti.

PERCORSO RELATIVO AI PAZIENTI

Nei nuovi casi che si presentano all'osservazione l'iniziale richiesta di collaborazione tra i Servizi si configura generalmente come richiesta di consulenza di un Servizio in relazione al sospetto diagnostico pertinente allo specifico campo di intervento di pertinenza dell'altro Dipartimento.

La consulenza richiesta può esitare in:

- Approfondimento diagnostico
- Consulenza su aree specifiche (terapia farmacologica ecc.)
- Presa in cura
- Presa in carico
- Presa in carico congiunta
- Rinvio al servizio inviante in quanto non di specifica competenza

Per tutte queste possibilità vengono individuati specifici passaggi, meglio rappresentati nella flow-chart allegata al presente protocollo.

Pur nella consapevolezza che un sistema di assegnazione di competenze sul singolo caso che venga predefinito secondo procedure schematiche può presentare rigidità e semplificazioni si ritiene tuttavia utile come base di partenza necessaria a stabilire corretti e reciproci livelli formali di collaborazione, fatto salvo che particolari situazioni possano e debbano essere considerate di volta in volta.

E' possibile pertanto definire i passaggi per le seguenti situazioni:

- paziente con patologia di stretta pertinenza di un Servizio per il quale viene effettuata una consulenza specialistica che valuta l'opportunità di presa in cura, in carico e/o cogestione. La consulenza, es. psicodiagnostica o psicofarmacologica, può esaurirsi in questa fase con restituzione scritta.
- paziente con patologia di pertinenza di un Servizio per il quale il secondo offre una cogestione (per es. di tipo farmacologico)
- paziente con patologia complessa in carico ad entrambi i Servizi in cui il progetto viene definito in accordo con verifiche periodiche e monitoraggio condiviso (in tale situazione rientrano anche i cosiddetti "casi complessi" oggetto di una specifica procedura). In questo caso vi è una presa in carico da entrambe le agenzie istituzionali.

Al fine di instaurare una corretta collaborazione tra i servizi, che porti a ridurre incomprensioni e conflittualità e ad evitare al paziente il rimpallo tra un servizio e l'altro, si conviene che un ruolo decisivo venga assunto dalla la modalità di invio, che permette inoltre di considerare, caso per caso, il percorso più efficace alla cura.
E' necessaria tenere presente la figura del MMG, quale referente per le cure primarie e per il ruolo di regia che può assumere all'interno di svariati interventi. Inoltre riveste un ruolo privilegiato per la conoscenza spesso storica del nucleo familiare e gode di un antico rapporto di fiducia.

MODALITA' OPERATIVE

Invio del paziente:

Il primo contatto di un paziente con un Servizio riveste una particolare importanza per la successiva presa in carico. L'invio del paziente per consulenza deve essere opportunamente preceduto da una segnalazione telefonica in cui si forniscono i dati anagrafici del paziente e la motivazione della richiesta. La consultazione telefonica in presenza del soggetto (ed eventuali congiunti) ratifica il suo coinvolgimento diretto e può ridurre fraintendimenti e distorsioni comunicative, pregnanti in questa tipologia di disturbi. Il Servizio che riceve la richiesta fisserà un appuntamento al paziente secondo i tempi e le modalità previste dalle procedure interne esistenti, che devono però tenere in considerazione sia possibili percorsi specifici per tali pazienti che le possibili situazioni di urgenza, (proposta: entro al massimo 15 giorni)
Seguirà la trasmissione di una richiesta scritta che sinteticamente descriva la sintomatologia presentata dal paziente e ogni altra notizia utile ad una prima valutazione, ad una prima ipotesi diagnostica e alla definizione di massima della collaborazione richiesta al servizio cui è stato inviato il paziente. A tal fine viene predisposto il modulo n.1 *richiesta di consulenza* che si allega al presente protocollo.

Nei casi di riconosciuta complessità è opportuno organizzare, nell'ambito dei previsti incontri periodici, la discussione del caso tra gli operatori dei Servizi, per una più efficace modalità collaborativa ed affinamento graduale degli interventi terapeutici

Restituzione esito dell'invio:

La risposta alla richiesta di consulenza dovrà essere fornita in modo scritto e contenere sinteticamente le indicazioni diagnostiche, le indicazioni terapeutiche, se del caso, le modalità di collaborazione (o le motivazioni che non fanno ritenere necessario il coinvolgimento di quel Servizio) e l'eventuale richiesta di maggior approfondimento diagnostico a condizione clinica stabilizzata (per es. nel caso di intossicazione acuta di sostanze). A tal proposito si predispone il modulo n. 2 *esito consulenza* che si allega al presente protocollo.

Riunioni periodiche degli operatori:

Oltre alle riunioni periodiche degli specifici gruppi di lavoro previsti nell'ambito dell'Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale, che hanno prevalenti compiti di indirizzo e monitoraggio delle procedure definite e delle criticità che si dovessero successivamente manifestare, è necessaria l'attivazione di gruppi territoriali composti da operatori delle articolazioni territoriali dei Dipartimenti interessati.
Compatibilmente con la disponibilità di risorse è necessario creare tali gruppi di lavoro misti che, a livello locale, periodicamente si incontrano (almeno a cadenza trimestrale) per momenti strutturati di confronto clinico e per attività di formazione a supporto della cogestione dei casi. Fondamentale una presenza delle diverse figure operative coinvolte, (non solo medici e psicologi) nel progetto socio-terapeutico-assistenziale.
In tal senso si propone di valorizzare le esperienze di integrazione già attive in alcune situazioni territoriali.

Situazioni particolari:

Invio del paziente in strutture residenziali e/o semiresidenziali

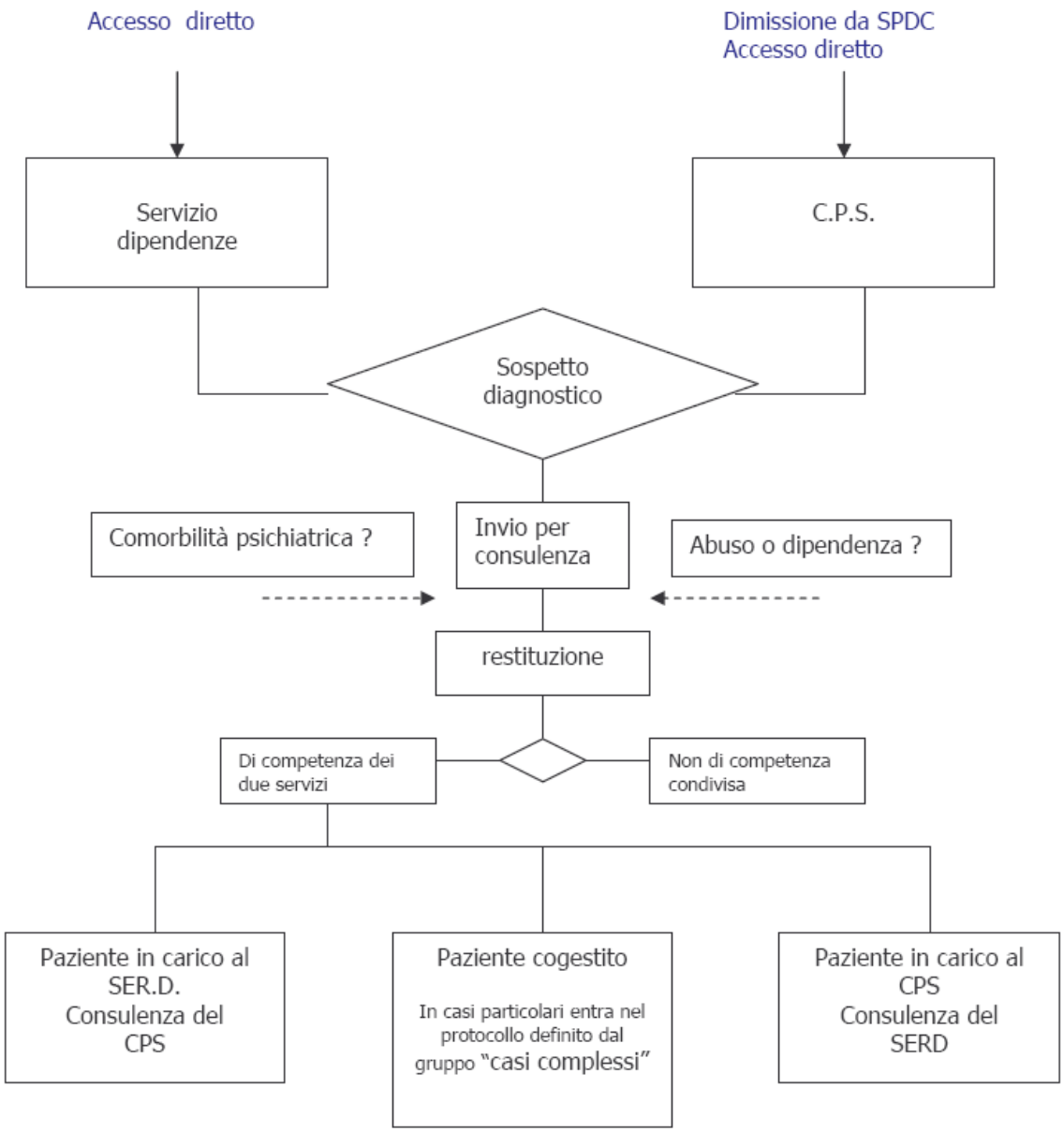
- strutture per pazienti tossicodipendenti, con modulo specialistico doppia diagnosi
- strutture per pazienti psichiatrici (con concomitanti problemi di dipendenza)

In considerazione dell'imminente emanazione di specifiche direttive Regionali in materia si suggerisce di attendere per definire i vari passaggi.

Il presente protocollo verrà sperimentato per un periodo di mesi 12 . I gruppi di lavoro su base territoriale ne valuteranno nel corso delle riunioni periodiche la corretta applicazione, anche al fine di proporre le necessarie modifiche ed integrazioni.

Il gruppo di lavoro centrale, oltre che monitorare l'andamento dell'applicazione del protocollo definirà le opportune modalità di risoluzione in caso di disaccordo, successivamente al monitoraggio dell'applicazione per mesi 12. Verranno inoltre definiti percorsi di formazione congiunta, ritenuti necessari per accompagnare il percorso di integrazione e collaborazione interistituzionale.

Flow chart



4.7.2 Protocollo TSO

Procedura per gli
ACCERTAMENTI E I TRATTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI

TAVOLA DI ESPLICITAZIONE DEGLI ACRONIMI RICORRENTI
ASO Accertamento Sanitario Obbligatorio
CPS Centro Psicosociale, struttura territoriale dell'Unità Operativa di Psichiatria
DSM Dipartimento di Salute Mentale
MMG Medico di Medicina Generale
UONPIA Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile dell'Adolescenza
PS Pronto Soccorso dell'ospedale
SPDC Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, reparto ospedaliero per acuti
SUE (118)Servizio per l'Urgenza e l'Emergenza Sanitaria
TSOO Trattamento Sanitario Obbligatorio Ospedaliero
TSOE Trattamento Sanitario Obbligatorio Extra-Ospedaliero
UOP Unità Operativa di Psichiatria
MDPA Medici di Dipartimento di Prevenzione ASL MI 3

1. OGGETTO
Oggetto di questo protocollo è definire le procedure applicative inerenti gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori (ASO E TSO).

2. SCOPO
- Tutelare i pazienti in modo che l'ASO e il TSO siano strumenti di intervento sanitario nell'interesse dei pazienti.
- Concordare le procedure tra i diversi attori coinvolti
- Diffondere l'informazione sull'utilizzo dell'ASO e del TSO
- Sviluppare la collaborazione tra gli attori coinvolti nelle procedure di ASO e TSO.

3. A CHI SI RIVOLGE
- Pazienti psichiatrici che necessitano di interventi urgenti, ma che li rifiutano
- Familiari dei pazienti
- Medici di medicina generale
- Medici del servizio di continuità assistenziale e del Servizio di Urgenza ed Emergenza (**118**)
- Medici del Dipartimento di Prevenzione della ASL
- Medici dell'UOP e dell'UONPIA
- Specialisti in psichiatria
- Sindaci
- Polizia locale
- Forze dell'Ordine
- Associazioni di Utenti

4. RIFERIMENTI
- Costituzione Italiana (art. 32)
- Codice deontologico dei medici – aggiornamento del 1999 (art. 33, 42, e 88)
- Legge n 180 del 13/5/78
- Legge 833/78 (art. 33,34 e 35)

- Circolare n. 3/2001 Ministero dell'Interno – Trattamento Sanitario Obbligatorio per soggetti con patologia mentale. Competenze della polizia municipale
- Progetto-Obiettivo Regionale "Tutela socio-sanitaria dei malati di mente- triennio 1995/1997" e successiva Deliberazione Consiglio Regione Lombardia n. V/1329 del 30 gennaio 1995.

5. RESPONSABILITA'

Attività	Competenza
Proposta di ASO o TSO	Medico
Convalida di TSO	Medico pubblico
Ordinanza di ASO o TSO	Sindaco del Comune in cui viene fatta la proposta
Accompagnamento al luogo di esecuzione	Polizia locale
Proposta di revoca o prolungamento del TSO	Medico responsabile del SPDC
Intervento in caso di necessità su richiesta della Polizia locale e/o del Sindaco	Polizia o Carabinieri

6. MODALITA' DI GESTIONE

6.1. Trattamento Sanitario Obbligatorio per malattia mentale (TSO)

6.1.1. Il medico che verifica che per un cittadino:

a. esistono alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici
b. che gli stessi non vengono accettati dall'infermo
c. che non vi sono condizioni e circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure extraospedaliere,

stende proposta di TSOO indirizzata al Sindaco del Comune in cui si trova il paziente.

6.1.2. Proposta

6.1.2.1. La proposta scritta deve specificare:
- i dati del paziente
- i dati del medico proponente insieme al recapito telefonico per eventuali comunicazioni urgenti
- la situazione clinica e le ragioni di urgenza che motivano la proposta del provvedimento
- il rifiuto del paziente di sottoporsi al trattamento
- la mancanza di condizioni e circostanze che consentono di adottare tempestive ed idonee misure extraospedaliere.

Va sempre stilata in presenza del paziente, nel momento in cui ricorrano le condizioni di cui sopra.

6.1.2.2. Sarebbe opportuno che il proponente, qualora non fosse uno psichiatra dell'Unità Operativa di Psichiatria, interpellasse lo psichiatra dei Centri Psicosociali, per illustrare la situazione e definire in maniera concordata le modalità migliori per affrontare la situazione. Negli orari di chiusura del Centro Psicosociale il proponente può rivolgersi al Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera, che gli potrà fornire il recapito dello psichiatra reperibile con cui potersi consultare.

6.1.2.3. Qualora il proponente non sia nelle condizioni di verificare compiutamente le condizioni cliniche della persona, è raccomandabile l'utilizzo dell'ASO come modalità di accertamento preliminare dell'esistenza di una patologia psichiatrica tale da richiedere urgenti interventi terapeutici e per la quale vi sia la possibilità di un trattamento extraospedaliero. L'ASO deve comunque essere attivato solo dopo che si siano verificati gli estremi del punto **6.2.1,** siano stati esperiti tutti i possibili tentativi di proporre e far accettare le cure e può essere applicato solo se vi siano situazioni che facciano legittimamente e oggettivamente sospettare l'esistenza di una patologia psichiatrica acuta e grave, tale da necessitare accertamenti psichiatrici urgenti.

6.1.2.4 La proposta va redatta in triplice copia: una accompagna il paziente nell'iter successivo, una rimane al Sindaco, una verrà dal Sindaco inviata al Giudice Tutelare. Ogni copia deve riportare la firma autografa e il timbro o comunque il nominativo leggibile del medico.

6.1.2.5. Il proponente fa pervenire la proposta al Comune (Servizi Sociali o Polizia Municipale) che provvede ad avvisare il medico pubblico per la successiva convalida. La Polizia Municipale deve recarsi con urgenza presso l'abitazione del paziente o la sede dove è presente il medico proponente.

6.1.2.6. La Polizia Municipale provvede a garantire che la proposta e la convalida giungano al Sindaco per l'emissione dell'Ordinanza.

6.1.3. Convalida

6.1.3.1. Il medico convalidante deve essere un medico pubblico (dipendente dal SSN, medico del dipartimento di Prevenzione dell'ASL 3 MI, del Servizio di Urgenza ed Emergenza (118) o del servizio di continuità assistenziale).
La convalida deve riportare:
- le generalità del paziente
- i dati del medico proponente insieme al recapito telefonico per eventuali comunicazioni urgenti
- la situazione clinica ed i motivi di urgenza per i quali è necessario il TSOO
- il rifiuto del paziente di sottoporsi al trattamento
- la mancanza di condizioni e circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure extraospedaliere.

6.1.3.2. La convalida va redatta in triplice copia; una accompagna il paziente nell'iter successivo, una rimane al Sindaco, una verrà dal Sindaco inviata al Giudice Tutelare. Ogni copia deve riportare la firma autografa e il timbro o comunque il nominativo leggibile del medico.

6.1.4. Ordinanza

6.1.4.1. Il Sindaco:
- Emette l'ordinanza di TSOO tempestivamente e comunque non oltre 48 ore dalla convalida. L'ordinanza, una volta emessa, conserva la sua validità fino all'esecuzione e comunque, non oltre sette giorni
- Invia comunicazione al Sindaco del comune di residenza del paziente qualora sia diverso da quello in cui si emette l'ordinanza
- Invia la comunicazione al Ministero dell'Interno, all'Ambasciata e/o al Consolato competente in caso di cittadino apolide o straniero
- Invia entro 48 ore copia dell'ordinanza al Giudice Tutelare.

6.1.4.2. Il Giudice Tutelare:
- Convalida il provvedimento e lo comunica al Sindaco
- Dispone, qualora ne sussistano le condizioni, i provvedimenti per conservare e tutelare il patrimonio dell'infermo.

6.1.4.3. Il Responsabile del SPDC (anche tramite fax):
- Comunica al Sindaco l'avvenuto ricovero
- Comunica al Sindaco la cessazione del TSOO
- Comunica al Sindaco la necessità di prolungamento del TSOO oltre i 7 giorni, indicando il numero presumibile di giorni di prolungamento
- Comunica al Sindaco l'intervenuta impossibilità di proseguire il TSO (es. per allontanamento del paziente dal reparto). In tal caso indica i provvedimenti necessari da attuare. Qualora il paziente rientri in reparto entro 7 giorni, l'ordinanza del Sindaco deve considerarsi ancora valida.

6.1.5. Accompagnamento del paziente in ospedale

6.1.5.1. La polizia locale interviene, su ordine del Sindaco, per accompagnare la persona in ospedale. E' sempre opportuna una consultazione preventiva tra operatori sanitari del SPDC o del CPS e Polizia locale sulle modalità e sui possibili rischi connessi all'operazione.

6.1.5.2. La polizia locale e/o il Sindaco ordinante possono chiedere la collaborazione di Carabinieri e/o Polizia in caso di necessità.

6.1.5.3. Di norma il paziente viene accompagnato in ospedale tramite il 118, con ambulanza.

6.1.6. Trasferimenti da ospedale a ospedale

Qualora per opportunità clinica fosse necessario trasferire il paziente in altro ospedale, occorre che egli venga accompagnato dall'ordinanza del Sindaco, di cui va trattenuta una copia nella cartella clinica. Del trasferimento va informato il Sindaco che ha emesso l'ordinanza. Se a seguito di specifica valutazione medica, fosse necessario l'accompagnamento della Polizia, il trasferimento viene svolto dalla Polizia locale.

6.2. ASO - Accertamento Sanitario Obbligatorio

6.2.1. Qualora vi sia la necessità di entrare in contatto con una persona difficilmente avvicinabile (per rifiuto della visita o per sottrazione alla stessa) e per la quale si abbia il fondato sospetto che ci sia una patologia psichiatrica tale da richiedere accertamenti e/o trattamenti urgenti può essere proposto l'Accertamento sanitario Obbligatorio (ASO).

6.2.2. Proposta

6.2.2.1. Il medico formula una proposta scritta motivata al Sindaco del Comune nel cui territorio si trova il paziente, facendola pervenire alla Polizia Municipale o ai Servizi Sociali.

6.2.2.2. Nella proposta devono essere specificati
- I dati del paziente
- I dati del medico proponente insieme al recapito telefonico per eventuali comunicazioni urgenti
- La situazione clinica e il motivo dell'urgenza che spingono il medico a chiedere il provvedimento
- Il rifiuto esplicito e/o l'inacessibilità del paziente
- La specificazione del luogo e del tempo in cui si intende effettuare l'ASO (ambulatorio, domicilio del paziente, Pronto Soccorso, Comunità Protetta, eccetera). E' bene scegliere un luogo idoneo per l'accertamento nel rispetto della sicurezza, ma anche della dignità del paziente. L'ASO non può essere effettuato in regime di degenza ospedaliera.

6.2.2.3. E' opportuno che il proponente, qualora non fosse uno psichiatra dell'Unità Operativa di Psichiatria, interpellasse lo psichiatra del Centro Psicosociale, per illustrare la situazione e definire in maniera concordata le modalità migliori per affrontare la situazione. Negli orari di chiusura del Centro Psicosociale il proponente può rivolgersi al Pronto Soccorso dell'Ospedale, che gli potrà fornire il recapito dello psichiatra reperibile con cui potersi consultare.

6.2.2.4. La proposta va redatta in triplice copia: una accompagna il paziente nell'iter successivo, una rimane al Sindaco, una viene inviata al Giudice Tutelare. Ogni copia deve riportare la firma autografa e il timbro o comunque il nominativo leggibile del medico.

6.2.2.5.La Polizia Municipale cura e garantisce che la proposta giunga al Sindaco per l'emissione dell'Ordinanza.

6.2.2.6. Qualora il proponente l'ASO sia diverso dal medico che effettuerà l'accertamento, quest'ultimo va adeguatamente e tempestivamente informato.

6.2.3. Ordinanza

6.2.3.1. Il Sindaco:

- Emette l'ordinanza tempestivamente e comunque entro 48 ore . L'ordinanza, una volta emessa, conserva la sua validità fino all'esecuzione e comunque non oltre 7 giorni - Invia comunicazione al Sindaco del comune di residenza del paziente, qualora sia diverso da quello in cui si emette l'ordinanza
- Invia comunicazione al Ministero dell'Interno, all'Ambasciata e/o al Consolato competente in caso di cittadino apolide o straniero
- Invia copia dell'ordinanza al Giudice Tutelare.

6.2.4. Accompagnamento del paziente

6.2.4.1. La Polizia Locale interviene, su ordine del Sindaco, per mettere "a disposizione" il soggetto per l'accertamento. E' sempre opportuna una consultazione preventiva tra operatori sanitari del SPDC o del CPS e Polizia locale sulle modalità dell'intervento.

6.2.4.2. La Polizia locale e/o il Sindaco ordinante possono chiedere la collaborazione di Carabinieri e Polizia in caso di necessità.

6.2.5. Fase successiva all'accertamento

A seguito dell'ASO si possono verificare le seguenti situazioni:

a. Non e ' necessario alcun trattamento (ipotesi improbabile laddove si siano create le condizioni per un ASO). Il medico scrive al Sindaco informandolo della non necessità del trattamento.

b. E' necessario intervenire con un trattamento ed il paziente acconsente: se è stato proposto l'accertamento in modo obbligatorio il medico scrive al Sindaco dichiarando effettuato l'ASO e si procede con il trattamento

c. Esistono condizioni per un TSO ospedaliero o extraospedaliero . In tal caso il medico attiva le specifiche procedure.

6.3. Procedure per il TSO Extraospedaliero (TSOE)

6.3.1.1. Il medico che accerta la necessità di interventi terapeutici urgenti che vengono rifiutati dall'infermo e che esistono condizioni per eseguire tali interventi al di fuori del ricovero in ospedale, formula una proposta scritta motivata al Sindaco del Comune nel cui territorio si trova il paziente, facendola pervenire alla Polizia Municipale o ai Servizi Sociali.

6.3.1.2. Nella proposta devono essere specificati:

- I dati del paziente
- I dati del medico proponente insieme al recapito telefonico per eventuali comunicazioni urgenti
- La situazione clinica e il motivo dell'urgenza che spingono il medico a chiedere il TSOE
- Il rifiuto esplicito del paziente
- La specificazione del luogo e del tempo in cui si intende effettuare il TSOE (ambulatorio, domicilio del paziente, Pronto Soccorso, eccetera) E' bene scegliere un luogo idoneo per il TSOE nel rispetto della sicurezza, ma anche della dignità del paziente
- Indicazioni su quale trattamento venga proposto e sulle modalità di esecuzione.

6.3.1.3. E' opportuno che il proponente, qualora non fosse uno psichiatra dell'Unità Operativa di Psichiatria, interpellasse lo psichiatra del Centro Psicosociale , per illustrare la situazione e definire in maniera concordata le modalità migliori per affrontare la situazione. Negli orari di chiusura dei Centri Psicosociali il proponente può rivolgersi al Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera, che gli potrà fornire il recapito dello psichiatra reperibile con cui potersi consultare.

7

6.3.1.4. La proposta va redatta in triplice copia: una accompagna il paziente nell'iter successivo, una rimane al Sindaco, una viene inviata al Giudice Tutelare. Ogni copia deve riportare la firma autografa e il timbro o comunque il nominativo leggibile del medico.

6.3.1.5. La Polizia Municipale cura e garantisce che la proposta giunga al Sindaco per l'emissione dell'ordinanza.
6.3.1.6. Nell'ipotesi che il medico proponente non coincida con il medico che eseguirà il TSOE, soprattutto se il TSOE si prolunga per più giorni consecutivamente, è necessario comunicare tempestivamente al medico esecutore la condizione del TSOE e concordarla insieme.

6.3.1.7. Il provvedimento di TSOE dura al massimo 7 giorni, ed è rinnovabile, a seguito di proposta del responsabile dell'Unità Operativa di Psichiatria.

6.3.2. Ordinanza
6.3.2.1. Il Sindaco:
- Emette l'ordinanza tempestivamente e comunque entro 48 ore . L'ordinanza, una volta emessa, conserva la sua validità fino all'esecuzione e comunque non oltre 7 giorni
- Invia comunicazione al Sindaco del comune di residenza del paziente, qualora sia diverso da quello in cui si emette l'ordinanza
- Invia comunicazione al Ministero dell'Interno, all'Ambasciata e/o al Consolato competente in caso di cittadino apolide o straniero
- Invia copia dell'ordinanza al Giudice Tutelare

6.3.4. Accompagnamento del paziente
6.3.4.1. La Polizia Locale interviene, su ordine del Sindaco, per mettere "a disposizione" il soggetto per il TSOE. E' sempre opportuna una consultazione preventiva tra operatori sanitari e Polizia locale sulle modalità dell'intervento.

6.3.4.2. La Polizia locale e/o il Sindaco ordinante possono chiedere la collaborazione di Carabinieri e Polizia in caso di necessità.

***6.4.* Aspetti specifici del TSO e dell'ASO nei minori**
Il TSO è strumento utilizzabile anche prima della maggiore età.
Tale procedimento viene considerato strumento di notevole importanza, soprattutto perché attraverso il coinvolgimento del Giudice Tutelare, prevede un duplice livello di garanzia, in un procedimento per sua natura eccezionale, sia rispetto all'obbligo in sé, sia rispetto al fatto che tale obbligo si esplica nei confronti di un minore, o comunque del suo contesto familiare.

6.4.1. Condizioni applicative
Il TSO, per il ricorso al quale la Legge 180/78 non stabilisce un tetto d'età, è utilizzabile per ragazzi più vicini alla maggiore età , in presenza di disturbi psichiatrici che richiedono interventi urgenti, nei casi in cui si rivela impossibile creare uno spazio di alleanza con l'adolescente e/o la sua famiglia, per ottenere l'adesione ai trattamenti necessari.
In particolare, vanno considerate le seguenti situazioni:
- Minore con grave psicopatologia, bisognoso di cure urgenti, consenziente ad esse, ma genitori contrari all'intervento proposto dal sanitario
- Minore con grave psicopatologia, bisognoso di cure urgenti, con genitori favorevoli all'intervento.

6.4.2. Modalità di gestione
Le modalità da seguire sono sovrapponibili a quelle utilizzate nel caso di persona di maggiore età, sia per quanto riguarda il TSO che per quanto riguarda l'ASO.

Si segnalano solo le seguenti variazioni per quanto riguarda la proposta del TSO:

6.4.2.1. Qualora non fosse un Neuropsichiatria Infantile, sarebbe opportuno che il proponente interpellasse il Neuropsichiatria del Servizio UONPIA per illustrare la situazione e definire in maniera concordata le migliori modalità per affrontare la situazione. Il proponente TSO sarà opportuno contatti uno psichiatra dell'Unità Operativa di Psichiatria presso i Centri Psicosociali.
Negli orari di chiusura delle strutture territoriali (UONPIA e CPS) il proponente può rivolgersi al Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera che potrà fornire il recapito dello psichiatra reperibile con il quale potersi consultare.

6.4.2.2. Qualora il proponente non fosse un Neuropsichiatra Infantile e non fosse possibile una consultazione specialistica, è raccomandabile l'utilizzo dell'ASO, come modalità di accertamento preliminare dell'esistenza di una patologia psichiatrica tale da richiedere urgenti interventi terapeutici e per la quale vi sia la necessità di un trattamento ospedaliero. L'ASO deve comunque essere attivato solo dopo che si siano verificati gli estremi del punto **6.2.1**, siano stati esperiti tutti i possibili tentativi di proporre e far accettare le cure e può essere applicato solo se vi siano situazioni che facciano legittimamente e oggettivamente sospettare l'esistenza di una patologia psichiatrica acuta e grave tale da necessitare accertamenti psichiatrici urgenti.

6.4.3. Strutture di accoglienza
In riferimento alle strutture di accoglienza la legge identifica l'SPDC come luogo deputato al TSO.

1) NB: Ciascun Distretto dell'ASL e ciascuna UOP fornirà ogni indicazione utile (numeri di telefono, orari di servizio ecc…) da allegare alle procedure, per rendere il protocollo di facile utilizzo.
2) NB: I Tavoli della Psichiatria dei Distretti dell'ASL allegheranno, al documento, le specificità dei comuni di competenza (per es. il subentro delle forze di polizia, carabinieri dopo un certo orario ecc…)
3) NB: Questo protocollo è un'elaborazione del lavoro di D.Iacchetti, S.Cogrossi, S.Madini "Procedure per gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori: l'esperienza del DSM di Crema", pubblicato su Psichiatria Oggi XVII, 1, 2004

4.8 Protocollo Dimissioni Protette

PERCORSO CONDIVISO PER GARANTIRE LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE TRA OSPEDALE E TERRITORIO DEL PAZIENTE RICOVERATO

(dimissioni protette)

Documento elaborato e condiviso da:

- ASL Provincia di Milano 3
- A.O SAN GERARDO
- A.O. VIMERCATE
- CLINICA ZUCCHI
- POLICLINICO DI MONZA
- MULTIMEDICA
- MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Atto d'intesa tra ASL3 di Monza, Medici di Medicina Generale, Strutture Ospedaliere pubbliche e private accreditate afferenti al territorio dell'ASL Provincia di Milano 3 ed i Comuni per la attuazione di percorsi di DIMISSIONI PROTETTE .

La dimissione protetta è una sequenza integrata di interventi volti a facilitare la continuità delle cure tra l'ambito specialistico ospedaliero e l'ambito dell'Assistenza sanitaria e socio-assistenziale territoriale, entro cui si collocano le Cure domiciliari.
La dimissione protetta è rivolta in particolare ai pazienti che siano giudicati clinicamente dimissibili, ma che necessitino di un supporto a domicilio perché incapaci ad autogestire le cure e le proprie funzioni primarie quotidiane.
Le parti consapevoli della necessità di condividere indirizzi comuni per l'attuazione delle dimissioni protette su tutto l'ambito territoriale che garantiscano uniformità di comportamenti nel rispetto dei singoli contesti locali, concordano le procedure di seguito descritte che costituiscono modello di riferimento per la attuazione dei percorsi di dimissioni protette a livello dei singoli Distretti/Presidi Ospedalieri/Comuni su tutto il territorio dell'ASL.

Considerato che:

- la responsabilità clinica della dimissione è del Direttore di unità operativa ospedaliera
- la responsabilità dell'attivazione del percorso della dimissione è in capo alla direzione di presidio o a suo delegato
- la responsabilità clinica del piano assistenziale al domicilio è del medico di medicina generale
- la responsabilità del percorso dell'attivazione delle Cure Domiciliari è dell'ASL e dei Comuni (ciascuno per le parti di competenza) che garantiscono la continuità delle cure favorendo l'integrazione tra i diversi livelli assistenziali e le differenti unità d'offerta.

Le Aziende ospedaliere si impegnano a:

(disponibilità della famiglia e/o del care giver, definizione delle necessità socio-assistenziali e dei relativi presidi e ausili)
- educare il care giver sulle modalità di assistenza domiciliare al paziente ivi compreso l'utilizzo di presidi/ausili
- definire il piano clinico/assistenziale applicabile al domicilio contente le indicazioni terapeutiche e di assistenza sanitaria e sociale, in accordo con il medico di medicina generale ed il Servizio Sociale Comunale, sentito per quanto di competenza il medico dell'unità operativa ospedaliera
- definire con il medico di medicina generale ed il Servizio Sociale Comunale gli obiettivi del PAI (Piano Assistenziale Individualizzato), concordando anche i tempi e i modi per il monitoraggio e la rivalutazione
- assicurare l'erogazione dei presidi e ausili necessari per il rientro a domicilio

- collaborare con il MMG e con il medico dell'unità operativa ospedaliera ed il Servizio Sociale Comunale nella individuazione di soluzioni alternative nel caso di impossibilità di rientro a domicilio dell'assistito,

I Comuni si impegnano a:

- Promuovere le dimissioni protette, per le persone residenti sul territorio comunale che necessitano di un supporto socio-assistenziale a domicilio per le funzioni primarie quotidiane, garantendo che ogni Servizio Sociale Comunale attui le seguenti azioni:

  - individuare un referente delle dimissioni protette per il territorio comunale e comunicarlo ai presidi ospedalieri, ai medici di medicina generale, ai referenti dei Distretti *(n.b. la proposta è di far arrivare le segnalazioni in cui l'ospedale individua solo fragilità sociali ed ipotizza l'avvio di supporti socio assistenziali direttamente ai comuni, non farle passare dai distretti per ottimizzare i tempi: in tal caso ogni comune dovrebbe fornire un recapito tel e fax di riferimento disponibile)*
  - concordare le modalità della dimissione con il medico di medicina generale, il medico curante dell'unità operativa ospedaliera ed il Servizio Sociale Ospedaliero se presente, valutando l'accettabilità al domicilio del paziente (disponibilità della famiglia e/o del care giver, definizione degli interventi della rete territoriale di supporto)
  - erogare direttamente con propri operatori o attraverso agenzie accreditate interventi diretti di supporto alla persona, al mantenimento della qualità dell'ambiente nel rispetto dei regolamenti in atto
  - educare il care giver sulle modalità di assistenza domiciliare al paziente ivi compreso l'utilizzo di presidi/ausili
  - definire con il medico di medicina generale ed il Distretto gli obiettivi del PAI (Piano Assistenziale Individualizzato), sentito per quanto di competenza il medico dell'unità operativa ospedaliera ed il Servizio Sociale del Presidio Ospedaliero se presente, concordando anche i tempi e i modi per il monitoraggio e la rivalutazione

- collaborare con il MMG, il Distretto, con il medico dell'unità operativa ospedaliera ed il Servizio Sociale del Presidio ospedaliero nella individuazione di soluzioni alternative nel caso di impossibilità di rientro a domicilio dell'assistito,

Impegni per tutti i soggetti

L'ASL3, i Medici di Medicina Generale, le Aziende Ospedaliere ed i Comuni nel sottoscrivere il presente documento, che costituisce atto di intesa tra le parti, si impegnano a rispettare le linee di indirizzo in esso definite ed a garantire il monitoraggio del processo in corso attraverso una Commissione Tecnica (Tavolo Interaziendale Permanente) coordinata dall'ASL, composta da referenti individuati da Medici di medicina generale, Aziende Ospedaliere, ASL e Comuni con il compito di:

- definire percorsi/eventi formativi che coinvolgono le figure professionali delle Aziende e Strutture implicate nelle dimissioni protette,
- identificare e perfezionare gli strumenti di comunicazione in atto tra i diversi attori implicati nel percorso delle dimissioni protette,
- monitorare periodicamente il livello di applicazione della presente procedura nelle diverse realtà locali,
- monitorare l'omogeneità e la rapidità nell'erogazione dei presidi,
- recepire le criticità e proporre i possibili percorsi di miglioramento.

(*) care giver :"*donatore di cure*". Persona di riferimento che si prende cura della persona non autosufficiente.

4.9 Protocollo d'intesa sull'organizzazione della scuola nell'area territoriale di Monza

PROTOCOLLO D'INTESA
SULL'ORGANIZZAZIONE DELLA SCUOLA
NELL'AREA TERRITORIALE DI MONZA

La normativa vigente in materia di autonomia delle Istituzioni Scolastiche e delle competenze dell'Ente Locale nella predisposizione dei servizi per le scuole, per gli alunni e le loro famiglie, nonché per la qualificazione dell'offerta formativa, e precisamente:

- il D. Lgs. n° 267/2000;
- il D. Lgs. n° 297/1994;
- la Legge n° 59/1997;
- il DPR n° 275/1999;
- la Legge regionale n. 31/1980;
- la Legge regionale n° 1/2000;
- il DPR n° 233/1998;
- il D. Lgs. n° 112/1998;
- il D. Lgs. n° 3/1999;
- il D. Lgs. n° 233/1999;
- il DPR n° 347/2000;
- il Protocollo di Intesa sottoscritto tra la Direzione Generale dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia ed il Comune di Monza il 26 febbraio 2002 e successivamente integrato e modificato in data 13/01/2004 e sottoscritto dai Comuni di Monza Seregno e Vimercate.

PREMESSO CHE

- il D. Lgs. 112/98 prevede il trasferimento alle Province e ai Comuni di specifici compiti in materia di istruzione;
- le modifiche al Titolo V della Costituzione, introdotte con la legge costituzionale 3/2001, ridefiniscono le competenze generali e concorrenti di Stato, Regioni, Provincie e Comuni in materia di istruzione;
- dal 10 settembre 2001 a tutte le Istituzioni Scolastiche dimensionate è stata riconosciuta la personalità giuridica e attribuita l'autonomia didattica, organizzativa, di ricerca e sperimentazione;
- è stato costituito l'Ufficio Scolastico per la Lombardia – Direzione Generale, quale autonomo centro di responsabilità amministrativa del Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca;
- è stato costituita nel territorio della Brianza un'articolazione territoriale dell'Ufficio Scolastico Regionale, che opera in stretta collaborazione con l'Ufficio Scolastico Provinciale di Milano: l'Ufficio Scolastico per la Provincia di Monza e Brianza, con sede a Monza;
- in data 4 luglio 2001 è stato firmato un "Protocollo d'Intesa sull'organizzazione territoriale della Scuola tra la Regione Lombardia e le Province Lombarde";
- in data 26 febbraio 2002 è stata firmata una prima Intesa sull'organizzazione territoriale della scuola di Monza e Brianza, integrata e modificata in data 13/01/2004**;**
- i Comuni di Biassono, Brugherio, Lissone, Macherio, Monza, Sovico, Vedano al Lambro, Villasanta e le Istituzioni scolastiche presenti nel medesimo territorio ravvisano l'esigenza di lavorare in modo coordinato per migliorare i servizi formativi, l'utilizzo delle risorse disponibili e per sostenere lo sviluppo dell'autonomia delle Istituzioni Scolastiche e del ruolo propositivo degli Enti Locali anche in ambito educativo e formativo;
- che nel corso degli anni si sono già sviluppate attività che hanno visto la condivisione e la realizzazione di progetti da parte dei Comuni e delle Istituzioni Scolastiche del territorio.

TUTTO CIO' PREMESSO

I Comuni di Biassono, Brugherio, Lissone, Macherio, Monza, Sovico, Vedano al Lambro, Villasanta, l'Ufficio Scolastico per la Provincia di Monza e Brianza e le Istituzioni scolastiche presenti nel medesimo territorio, stipulano il seguente Protocollo d'Intesa.

ART. 1 – OGGETTO DEL PROTOCOLLO D'INTESA
FINALITA' E OBIETTIVI

La finalità del presente Protocollo d'Intesa è la costituzione di un "Comitato per l'organizzazione territoriale del sistema educativo e formativo nell'area territoriale di Monza" avente come obiettivo primario la programmazione e la realizzazione di un sistema condiviso di politiche scolastiche/formative nell'area territoriale di Monza, elemento che i sottoscrittori considerano di rilevanza strategica per lo sviluppo complessivo del territorio.

Gli obiettivi da perseguire sono quindi i seguenti:

- sperimentare i compiti e le funzioni degli Enti Locali, di cui all'art. 139 del D. Lgs. 112/98, ripresi e recepiti dalla L.R. 1/2000, in coerenza con la nuova configurazione dell'Amministrazione periferica dell'Istruzione regionale e con le caratteristiche dell'autonomia scolastica;
- favorire l'interazione tra le diverse istituzioni e i diversi soggetti presenti sul territorio coinvolti nei processi educativi e formativi, compresi i Centri di Formazione Professionale;
- sostenere lo sviluppo dell'autonomia delle Istituzioni Scolastiche, intesa come risorsa nel e per il territorio, anche concordando compiti, funzioni, collocazione e organizzazione di centri di supporto e di consulenza per gli istituti scolastici;
- ricercare e favorire intese tra la Direzione Generale e le sue articolazioni periferiche, gli Enti Locali, le singole Scuole statali e Scuole paritarie e i Centri di Formazione Professionale per l'attuazione delle innovazioni derivanti dall'applicazione delle riforme scolastiche;
- realizzare l'utilizzo ottimale di tutte le risorse educative e formative integrando i sistemi presenti nel territorio.

Al fine di raggiungere i suddetti obiettivi si stabilisce di valorizzare e sviluppare gli interventi previsti dal D. Lgs. 112/98 e da norme successive:

- educazione degli adulti: interventi dopo l'obbligo in campo educativo e formativo, compresa la formazione di docenti ed operatori;
- interventi integrati in materia di orientamento suddivisi in:
  - orientamento scolastico e professionale
  - orientamento al lavoro;
- azioni tese a realizzare le pari opportunità di istruzione, suddivise in ambiti
  - stranieri
  - disabilità
  - disagio;
- azioni di supporto tese a promuovere e sostenere la coerenza e la continuità in orizzontale e verticale tra i diversi gradi e ordini di scuola;
- interventi integrati di prevenzione della dispersione scolastica e di educazione alla salute, intesi come promozione del benessere e del successo formativo.

ART. 2 – ORGANI DI GOVERNO E RAPPRESENTANZA

I soggetti sottoscrittori ritengono di doversi dotare di una opportuna struttura di governo che consenta di dare attuazione a quanto sopra indicato, struttura articolata attraverso i seguenti organi:

ORGANI DI DECISIONE

2.1 Assemblea

Funzioni

L'Assemblea è l'organo di indirizzo attraverso il quale si delineano le scelte strategiche attinenti le politiche scolastiche territoriali e attraverso cui vengono definite le regole di governo del sistema. All'interno dell'Assemblea vengono individuate quindi:

- le linee progettuali da perseguire e il livello di priorità degli interventi;
- il livello di risorse territoriali da investire in ogni singolo ambito.

Composizione

L'Assemblea è composta da un rappresentante di ogni Comune (Sindaco o suo delegato di Giunta), dal Dirigente dell'Ufficio Scolastico per la Provincia di Monza e Brianza (o suo delegato), da un Dirigente di ogni Istituzione Scolastica (statale e paritaria) e dai Direttori dei Centri di Formazione Professionale del territorio (come da elenchi B allegati).

E' presieduta da 1 rappresentante fra gli Assessori all'Istruzione dei Comuni, mentre il Vice presidente verrà individuato fra i Dirigenti Scolastici.

2.2 Comitato Ristretto

Funzioni

Il Comitato Ristretto ha la funzione di attuare le scelte strategiche e le linee progettuali deliberate nell'Assemblea. In particolare il Comitato Ristretto:

- dettaglia e precisa le scelte strategiche identificando progetti concreti;
- individua i finanziamenti e le risorse necessarie alla loro realizzazione;
- definisce gli strumenti giuridici necessari per l'attuazione dei progetti;
- promuove l'integrazione e il coordinamento con il Gruppo di Referenti di cui all'art. 3;
- presidia le relazioni con gli organismi esterni.

Composizione

Il Comitato Ristretto è composto da:

- 5 Assessori all'Istruzione dei Comuni dell'area territoriale di Monza
- il Rappresentante dell'Ufficio Scolastico per la Provincia di Monza e Brianza
- 7 Dirigenti Scolastici in rappresentanza delle Istituzioni scolastiche,di cui uno di scuola statale dell'infanzia e primaria, uno di scuola statale secondaria di primo grado e uno di scuola secondaria di secondo grado, uno di scuola paritaria dell'infanzia e primaria, uno di scuola paritaria secondaria di primo e secondo grado, uno per il Centro di Formazione Professionale e uno per il Centro Territoriale Permanente.

Il Comitato Ristretto è presieduto dal Presidente dell'Assemblea.

ART. 3 – ORGANISMI DI PARTECIPAZIONE

Al fine di garantire la massima partecipazione e integrazione con il sistema dei soggetti che nell'area territoriale di Monza operano in ambiti strettamente correlati alle realtà scolastiche, educative e formative viene costituito un **Gruppo di Referenti** territoriali che si relaziona con l'Assemblea e con il Comitato Ristretto per:

- promuovere e garantire la continua ricerca dell'integrazione fra i diversi soggetti
- costruire e condividere le linee progettuali del territorio
- favorire l'attivazione di progetti e partnership
- definire e condividere regole operative per la realizzazione degli interventi.

All'interno del **Gruppo di Referenti potranno essere** invitati tutti i soggetti che a diverso titolo si occupano di formazione, orientamento e sviluppo. Viene proposto di seguito un elenco che potrà essere integrato nel tempo: Università, Associazione Industriali, Centri Lavoro, Centri per l'Impiego, Terzo Settore (individuato dall'Assemblea del Terzo Settore), Organizzazioni a fine benefico e ONLUS (Rotary, Lyons, Fondazioni bancarie, Associazioni culturali…..), ASL MI3, Azienda Ospedaliera, …

ART. 4 – ORGANIZZAZIONE TECNICA

Per dare attuazione concreta a quanto stabilito dagli organi decisionali è costituito un Sistema di Gestione.
Tale sistema sarà così organizzato:

- segreteria degli organi: prevede la presenza di un referente amministrativo con il compito di supportare l'organizzazione delle attività dell'Assemblea e del Comitato Ristretto (convocazioni, verbalizzazione, predisposizione di materiale, istruttoria degli argomenti in discussione…);
- coordinamento tecnico: prevede la presenza di figure professionali esperte nelle questioni oggetto dell'Intesa. Tale coordinamento ha la funzione di definire i contenuti tecnici dei progetti predisposti in attuazione delle decisioni assunte dall'Assemblea e dal Comitato Ristretto, di promuovere le relazioni tra e con i membri dell'Intesa e con i rappresentanti presenti nel Gruppo di Referenti, di sviluppare la lettura dei bisogni e di sottoporre proposte agli organi decisionali.

ART. 5 – MODALITA' OPERATIVE

Gli obiettivi operativi assunti, in attuazione del presente Protocollo d'Intesa sull'organizzazione territoriale della scuola, sono perseguiti con accordi di programma, convenzioni e altre forme giuridiche idonee ad individuare con certezza gli impegni, anche finanziari, delle parti, le modalità di attuazione e le verifiche dei risultati conseguiti.
L'azione di coordinamento, razionalizzazione e qualificazione dei servizi, delle istituzioni e degli enti coinvolti dovrà ispirarsi a principi di buona amministrazione, di interesse pubblico e collettivo, di efficienza della pubblica amministrazione.

ART. 6 – FINANZIAMENTO

Tutti i soggetti aderenti metteranno a disposizione risorse necessarie per le attività previste nel presente protocollo d'Intesa, in particolare per quanto riguarda le figure tecniche a supporto dell'attività di programmazione, di cui all'art. 4. L'entità delle risorse da destinare sarà definita in appositi atti.
Le Amministrazioni locali metteranno a disposizione un contributo finanziario annuale per ciascun abitante residente nel proprio territorio comunale.
Per il primo anno di attività il contributo sarà di 10 centesimi di euro.
Per gli anni successivi sarà concertato tra le Amministrazioni Comunali sottoscrittori.

ART. 7 – DURATA

Il presente protocollo ha validità triennale, a partire dal 1° febbraio 2007.

ACCREDITAMENTO UNITA' DI OFFERTA SOCIALI

La legge regionale n.1/05 ha trasferito ai Comuni le competenze in ordine all'autorizzazione, sospensione, revoca dell'autorizzazione al funzionamento ed all'accreditamento delle strutture socio-assistenziali. E' opportuno precisare che la successiva legge regionale n.3/08 ha modificato la disciplina dell'autorizzazione al funzionamento prevedendo la Dichiarazione inizio attività per le strutture socio-sanitarie e la Comunicazione di inizio attività per quelle sociali.

Con le DGR numero:
20943/05 (criteri accreditamento servizi sociali 1^ infanzia, residenziali per minori e servizi sociali disabili),
1692/05 (protocollo attuativo leggi 1 e 6 del 2005),
7433/08 (requisiti minimi per gli SFA),
7437/08 (individuazione delle unità di offerta sociali)

e con le Circolari n.35/05, 18/07, 25/07,
la Regione ha definito i criteri e ha dato indicazioni ai Comuni, per l'accreditamento delle strutture socio-assistenziali. Con la più recente Circolare n.1/09 ha definito altresì i tempi, nei quali i Comuni devono provvedere alla definizione dei requisiti per l'accreditamento.

In particolare la DGR 20943/05 e la Circolare n.35/05 sono esplicative del processo di accreditamento sia nel merito della finalità voluta dalla Regione, in connessione al dettato della L.328/00, sia nel merito delle fasi del percorso.
Nella DGR citata si fa infatti, riferimento al percorso di accesso al sistema integrato di interventi e servizi sociali, -in seguito ribadito dalla legge 3/08 che ha definito la rete integrata degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario-, stabilendo che il provvedimento di autorizzazione al funzionamento costituisce la condizione necessaria per ottenere il successivo provvedimento di accreditamento di quelle strutture e servizi che intendono erogare prestazioni all'interno del sistema integrato. Si precisa inoltre che il criterio generale di accreditamento è il miglioramento dei requisiti organizzativi. La DGR stabilisce specificamente i criteri, a cui i Comuni devono fare riferimento per la definizione dei requisiti per l'accreditamento, per i servizi sociali 1^ infanzia – servizi residenziali per minori – servizi sociali disabili.
La Circolare 35 da gli indirizzi ai Comuni per il percorso di accreditamento, precisando altresì che l'accreditamento non da diritto ai finanziamenti pubblici, per accedere ai quali è necessaria la stipula di un contratto.

Alla luce di quanto sopraddetto e vista la scadenza posta dalla Regione si considerano, allo stato, i criteri stabiliti dalla Regione quali requisiti per l'accreditamento e che, quindi, con tale livello sono inseriti nel PDZ 2008/2011.
Si intende perfezionare nel triennio e nel rispetto della scadenza prevista, la definizione dei requisiti per l'accreditamento delle Unità di Offerta sociali.

E' utile infine precisare in questo contesto una considerazione relativa alle funzioni di vigilanza e controllo:

La legge regionale n.6/05 e la DGR 1648/05 hanno attribuito alle ASL i compiti di vigilanza e controllo sia in ambito socio-sanitario che in ambito socio-assistenziale.

Le funzioni di controllo che esercitate invece dai Comuni, afferiscono sia alla necessità di verificare in itinere il mantenimento dei requisiti che hanno determinato l'accreditamento delle Unità di offerta sociale, sia alla necessità di verifica del rispetto delle condizioni poste in sede di stipula di un contratto.

4.10 Progetti per l'attivazione di Équipe Territoriali Integrate per Minori

ASLMI3

Organismo di Coordinamento e Integrazione della Salute Mentale in Età Evolutiva

Progetto

Attivazione di Equipe Territoriali Integrate per minori

- ☐ Premessa
- ☐ Contesto e Motivazioni
- ☐ Obiettivo e risultati attesi
- ☐ Soggetti coinvolti, modalità operative e livelli di responsabilità
- ☐ Articolazione, tempistica e indicatori delle azioni previste
- ☐ Risorse
- ☐ Valutazione

Marzo 2008

Premessa

La valutazione e la presa in carico delle situazioni complesse di disagio minorile richiedono il concorso e l'integrazione di professionalità e competenze sanitarie, socio sanitarie e assistenziali che fanno capo ad Aziende ed Enti diversi.

Nel 2006, la riflessione avviata da Asl, Ambiti Comunali e Aziende Ospedaliere intorno agli aspetti di criticità relativi alle situazioni complesse di disagio minorile ha condotto alla definizione di un modello operativo fondato su **Unità Interistituzionali Valutative** dei minori multiproblematici **(UIV)** costituite a livello distrettuale con le seguenti finalità:

- Concordare le modalità di segnalazione per i casi di disagio minorile in situazione di multiproblematicità giunti all'attenzione dell'operatore inviante;
- Valutare l'opportunità clinica di attivare interventi specialistici di carattere riabilitativo e psicoterapeutico, anche prescritti dall'Autorità Giudiziaria a favore del minore o dei membri della sua famiglia;
- Concordare la modalità di svolgimento dell'attività di valutazione psicodiagnostica (del minore, degli adulti di riferimento e delle loro relazioni), anche su prescrizione dal Tribunale dei Minori, nonché il tipo di restituzione prognostico/progettuale;
- Coordinare e programmare, in modo unitario e condiviso, gli interventi.

L'attività delle UIV, costituite da professionisti dei Comuni, dei Servizi ASL (Consultori e Sert), delle UO di NPIA e della Psichiatria, ha evidenziato la necessità di fare seguire alla valutazione condivisa un processo di presa in carico e di follow up integrato dei minori e delle loro famiglie.

In continuità con l'attivazione delle UIV il progetto intende rispondere a tale necessità mettendo a punto un modello di equipe territoriali integrate, sperimentandone il funzionamento e impostando la loro messa a regime tenendo conto dei risultati della sperimentazione.

Contesto e motivazioni

Il contesto territoriale di riferimento del Progetto è rappresentato dai 5 Distretti per i quali è prevista una continuità di gestione nel passaggio dall'ASL Provincia di Milano3 all'ASL di Monza e Brianza: Carate, Desio, Monza, Seregno, Vimercate.

A livello di ciascun Distretto sono attualmente presenti le UIV attivate nel 2006 che, nell'arco del 2007, hanno valutato complessivamente 135 minori con il relativo nucleo familiare.

L'attività delle UIV è stata oggetto di osservazione e monitoraggio sia a livello distrettuale che a livello aziendale.

A livello distrettuale attraverso i Tavoli tecnici ASL / Ambiti dei Piani di Zona, a livello aziendale attraverso uno specifico Tavolo di monitoraggio costituito nell'ambito dell'Organismo di Coordinamento e di Integrazione per la Salute Mentale in Età Evolutiva (OCISME), attivato dall'ASL agli inizi del 2007.

Da tale monitoraggio sono emerse riflessioni positive e al contempo alcune criticità:

- le UIV hanno permesso, seppur in modo differenziato sul territorio, la costituzione di un ambito di confronto e progettazione con i diversi attori istituzionali preposti ad intervenire sul disagio minorile, favorendo l'incontro tra servizi specialisti e servizi territoriali che avevano difficoltà pluriennali di raccordo;

- le UIV hanno portato ad un maggiore coinvolgimento delle UO di NPIA, con un aumento delle prestazioni specialistiche erogate.

I nodi critici attengono al percorso successivo alla valutazione, collegabile ai processi di presa in carico e follow up:

- I diversi modelli culturali di riferimento (sanitario / socio sanitario / assistenziale) concorrono ad aumentare il rischio di non soddisfare le aspettative reciproche. Così, per esempio, i servizi comunali si aspettano come restituzione della prestazione una relazione complessiva a fronte dei servizi specialistici che formulano una diagnosi sul soggetto. Inoltre, i differenti modi di assumere gli adempimenti connessi con la legge sulla privacy e gli obblighi di pagamento del ticket ostacolano la possibilità di una presa in carico adeguata.
- I Comuni segnalano che permangono difficoltà a tradurre le valutazioni delle UIV in piani di presa in carico.

Si è resa pertanto evidente la necessità di implementare, accanto alla funzione di valutazione, una funzione di presa in carico e di follow up, attraverso la definizione di un progetto individuale e del suo monitoraggio in forma integrata con tutti gli attori istituzionali coinvolti, fino alla risoluzione del problema e/o alla chiusura del caso.

Il progetto tiene conto altresì dell'esperienza in atto da alcuni anni nell'ambito territoriale del Distretto di Monza in cui funziona un'equipe territoriale integrata.

I 135 minori valutati dalle UIV nell'arco del 2007 rappresentano una parte dei minori in situazione di grave disagio presenti nell'ambito territoriale.

Accanto a tali minori il progetto si rivolge a tutti i minori con un pregiudizio reale o presunto e con necessità di protezione e alle loro famiglie.

Obiettivo e risultati attesi

L'obiettivo del progetto è l'attivazione a livello di 5 Distretti di una **EQUIPE TERRITORIALE INTEGRATA PER MINORI** che assicuri la presa in carico del minore in grave situazione di disagio e della sua famiglia, attraverso la valutazione e definizione di un progetto individuale, il monitoraggio delle azioni messe in atto dai diversi professionisti coinvolti, la valutazione dei risultati.

Il risultato atteso è il miglioramento dei percorsi di diagnosi e cura dei minori in situazioni di disagio e delle loro famiglie, compresi i minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria.

Soggetti coinvolti, modalità operative e livelli di responsabilità

La realizzazione dell' **EQUIPE TERRITORIALE INTEGRATA PER MINORI** richiede a livello operativo:

- la continuità nella presenza dei professionisti delle Aziende / Enti coinvolti per un numero di ore adeguato ai percorsi di valutazione e presa in carico;
- un percorso formativo condiviso per sviluppare una cultura comune sull'approccio e la gestione dei problemi dei minori e delle loro famiglie;

- un coordinamento operativo delle singole equipe, che assicuri la partecipazione e l'integrazione tra i diversi professionisti secondo il modello condiviso;
- una rete di offerta accreditata in grado di assicurare le prestazioni previste dai progetti messi a punto dalle Equipe.

Gli attori coinvolti nelle **EQUIPE TERRITORIALI INTEGRATE PER MINORI** e i relativi ruoli sono:

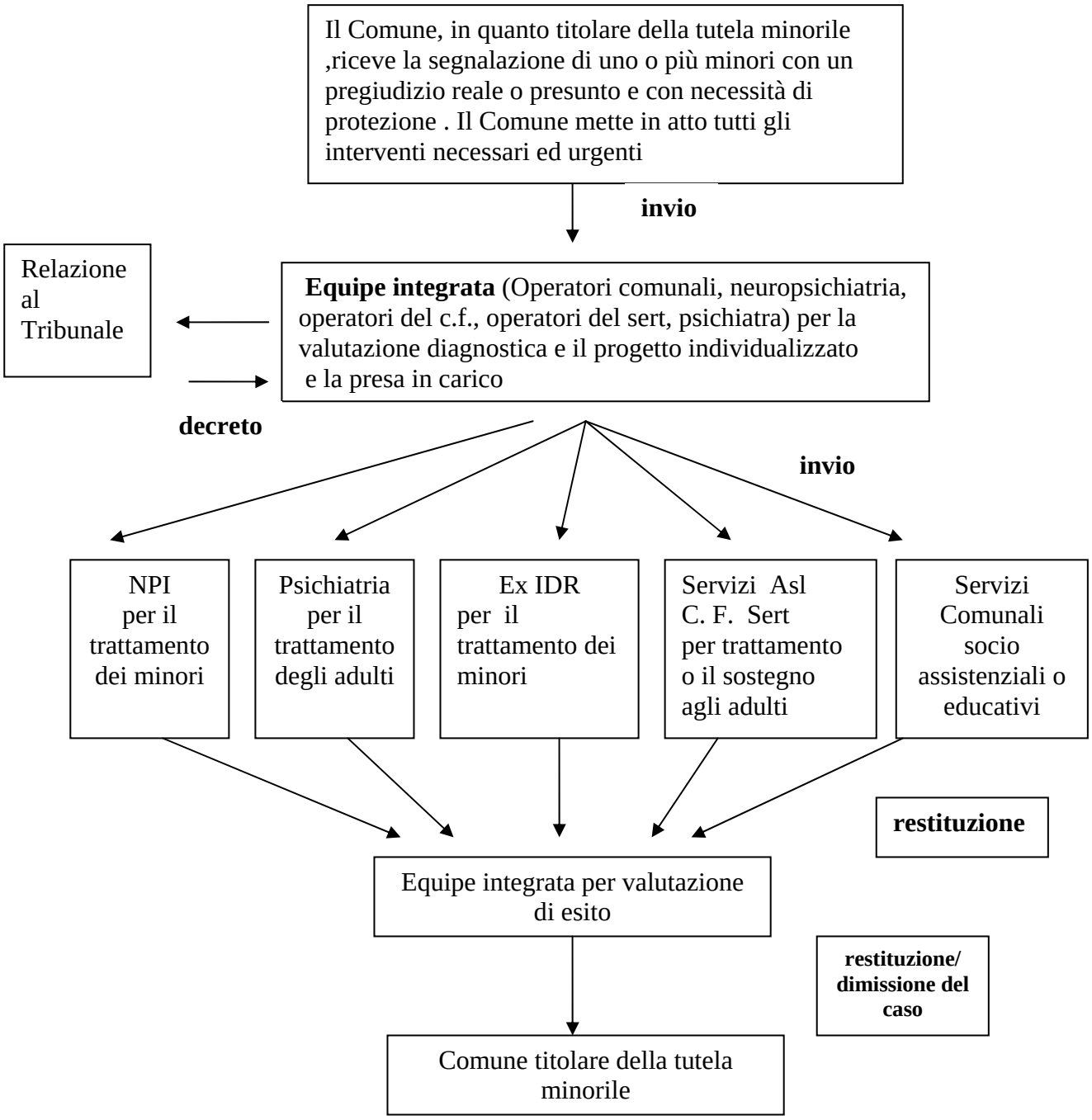
□ ASL: rete dei Distretti, Servizio Famiglia e Servizio Dipendenze del Dipartimento ASSI.
Il ruolo principale dell'ASL attiene alla propria mission di assicurare la governance della rete di offerta, programmando una valutazione e una presa in carico adeguata dei minori in grave disagio e delle loro famiglie. Tale ruolo si esplica attraverso:
- il coordinamento complessivo del progetto e il collegamento con la Direzione Generale Sanità e la Direzione Generale Famiglia della Regione;
- il coinvolgimento delle Aziende Ospedaliere e la definizione del loro contributo al progetto sia per quanto riguarda la partecipazione alle equipe territoriali integrate per minori, che per quanto riguarda le prestazioni da erogare in rapporto ai percorsi di diagnosi e cura dei minori e delle loro famiglie;
- il coinvolgimento delle strutture private accreditate per quanto riguarda le prestazioni da erogare in rapporto ai percorsi di diagnosi e cura dei minori e delle loro famiglie.

Accanto a tale ruolo l'ASL, assicura la partecipazione diretta degli psicologi dei Consultori familiari e del Servizio Dipendenze alle attività del progetto.

□ Aziende Ospedaliere San Gerardo e Desio/Vimercate: Unità Operative di Neuropsichiatria infantile (UONPIA) e Unità Operative di Psichiatria.
Il ruolo delle Aziende è di concordare con l'ASL le risorse necessarie al funzionamento delle equipe territoriali integrate per minori, garantendo la presenza dei medici specialisti, e di assicurare, nell'ambito della rete di offerta, le prestazioni previste dai progetti individuali.

□ Comuni: Uffici di Piano.
Il ruolo dei Comuni è di assicurare il "coordinamento operativo" delle Equipe territoriali integrate per minori a livello dei singoli Distretti e di:
- predisporre una sede per ambito distrettuale con le caratteristiche anche del "setting" per l'Equipe territoriale che si costituisce;
-Definire un modello di segnalazione dalle equipe dei singoli Comuni all'Equipe territoriale.

Il modello di **percorso diagnostico terapeutico assistenziale** che il progetto delinea viene riportato nello schema seguente.



Articolazione, tempistica e indicatori delle azioni previste (Cronoprogramma)

□ **Prima fase**: Costituzione dell'Equipe territoriale integrata per minori a livello dei 5 Distretti interessati

Azioni previste: Predisposizione sedi (almeno una per ogni distretto) e modello comunale di presa in carico funzionale al modello ETIM
Individuazione operatori
Definizione accordi ASL / AA.OO. per disponibilità delle ore dei medici specialisti psichiatri e neuropsichiatri

Indicatori: - Disponibilità di una sede adeguata in ciascun Distretto
- Documento formale con composizione delle Equipe

Tempi: Aprile/ Luglio 08

Responsabile: -Direttori Uffici di Piano degli ambiti comunali (per le singole ETIM)
-Servizio Famiglia, Anziani, Domiciliarità

□ **Seconda fase**: Attivazione / messa in atto del modello dell'Equipe territoriale integrata per minori / formazione di supporto

Azioni previste: Incontri degli operatori delle èquipe con il Servizio Famiglia per concordare il modello di funzionamento
Incontri operatori delle singole èquipe per predisporre il modello territoriale
Formazione comune
Definizione delle informazioni necessarie al monitoraggio e alla valutazione del progetto

Indicatori: - Documento contenente le procedure di funzionamento delle equipe
- Relazione conclusiva del percorso di formazione
- Formalizzazione di una reportistica

Tempi: Luglio / Novembre 08

Responsabile: -Direttori Uffici di Piano degli ambiti comunali (per le singole Equipe Territoriali)
-Servizio Famiglia, Anziani, Domiciliarità (per il coordinamento e la formazione)

□ **Terza fase**: Funzionamento a regime delle Equipe territoriali integrate per minori

Azioni previste: Incontri delle èquipe per la presa in carico dei casi
Incontri periodici con Servizio Famiglia per monitoraggio

Indicatori: - Verbali degli incontri di equipe
- Verbali incontro tra servizio Famiglia e Coordinatori delle equipe
- Report periodici

Tempi: Dicembre 08 / Novembre 09

Responsabile: - Direttori Uffici di Piano degli ambiti comunali (per le singole Equipe)
-Servizio Famiglia, Anziani, Domiciliarità (per il coordinamento)

□ **Quarta fase**: Valutazione, implementazione e messa a regime delle Equipe territoriali integrate per minori

Azioni previste: Valutazione dell'attività svolta, nodi critici e azioni di miglioramento

Indicatori: - Relazione di valutazione del progetto
- Indicazione delle risorse professionali per la messa a regime dell'attività

Tempi: Novembre / Dicembre 09

Responsabile: - Direttori Uffici di Piano degli ambiti comunali (per le singole Equipe)
-Servizio Famiglia, Anziani, Domiciliarità.

Risorse

Le risorse professionali previste sono state definite tenendo conto:
- dei minori e delle loro famiglie già valutati nelle UIV nell'arco del 2007 ;
- dei minori sottoposti a tutela, e delle loro famiglie, per i quali i Comuni hanno stimato dei volumi di prestazioni sanitarie;

- del carico di lavoro stimato per i diversi professionisti chiamati a contribuire alle attività delle equipe, sulla base dell'esperienza in atto nell'ambito territoriale di Monza.

A regime il numero atteso di minori e delle rispettive famiglie sono di circa 300.

Tabella figure professionali, enti di appartenenza, monte ore per ciascuna Equipe a regime

Figura professionale	Ente di appartenenza	N. ore/ settimana /mese
Coordinatore (AS e/o Psicologo)	Comune	36h/sett
Psicologi	Comune	30h/sett
Psichiatra Psicologo	Psichiatria AA.OO. Psichiatria AA.OO.	4h/sett 10h/sett
Neuropsichiatria infantile	Neuropsichiatria AA.OO.	12h/sett.
Psicologo	Consultorio Familiare ASL	2h/sett
Psicologo	Sert -Noa ASL	Al bisogno (4h/ mensili)

I costi del Personale appartenente ai Comuni e alla Asl verrà sostenuto dagli Enti medesimi.

I Costi aggiuntivi per i quali viene richiesto il finanziamento regionale sono relativi all'impegno aggiuntivo richiesto alle Aziende Ospedaliere per garantire la loro partecipazione alle Equipe territoriali integrate per minori negli anni 2008 / 2009 e sostenere il percorso formativo / organizzativo di supporto.

Anche per il 2008 verrà comunque mantenuta come per il 2007:

- la contrattazione con le AA.OO. per le ore di psicodiagnostica e psicoterapia per quelle situazioni che non rientrano nella partecipazione alle Equipe ambiti distrettuali (Cinisello e Sesto) che, in attesa della nuova suddivisione dell'ASL, non rientrano operativamente nel progetto
- un monitoraggio sulle liste d'attesa della Neuropsichiatria infantile.

Valutazione

L'ASL assicura il monitoraggio e la valutazione delle Equipe territoriali integrate per minori attraverso il Servizio Famiglia del Dipartimento ASSI.

La valutazione finale del progetto terrà conto dei seguenti indicatori:

- numero e tipologia di casi valutati e presi in carico sui segnalati
- numero di ore di professionisti utilizzate rispetto al numero di casi presi in carico
- numero e tipologia di minori per i quali si è arrivati alla risoluzione del problema.
- Livello di soddisfazione dei diversi portatori di interesse: famiglie, professionisti, Aziende / Comuni.

La Direzione dell'ASL si impegna a presentare alla Direzione Generale Sanità una relazione sui risultati del progetto al fine acquisirne il parere relativamente alla messa a regime del modello operativo sperimentato.