CITTÀ DI SESTO SAN GIOVANNI
MEDAGLIA D'ORO AL VALOR MILITARE

Città di COLOGNO MONZESE

AMBITO Sesto San Giovanni

PIANO DI ZONA PER GLI INTERVENTI SOCIALI E SOCIO-SANITARI

TRIENNIO 2015-2017

Documento elaborato dall'Ufficio di Piano
Ambito di Sesto San Giovanni

www.ambitosestosg.net

INDICE

CAP. I	**IL SISTEMA DI GOVERNANCE DELL'AMBITO**	Pag. 1
1.1	Un welfare che crea valore per le persone, le famiglie e la Comunità - Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2015-2017	Pag. 1
1.2	La collaborazione tra gli Ambiti di Sesto e Cinisello	Pag. 3
1.3	Definizione del processo programmatorio per il triennio 2015 -2017 Atto di indirizzo	Pag. 5
CAP. II	**GLI OBIETTIVI DI PROGRAMMAZIONE**	Pag. 17
2.1	**Obiettivi di integrazione sociosanitaria**	Pag. 17
	Favorire la permanenza al domicilio delle persone non autosufficienti disabili e anziane	Pag. 18
	Promuovere l'inclusione scolastica degli alunni con disabilità	Pag. 23
	Prevenire il fenomeno delle dipendenze	Pag. 26
	Promozione della salute	Pag. 33
	Politiche per la tutela dei minori	Pag. 36
	Conciliazione tempi di vita e tempi di lavoro	Pag. 41
	Politiche per la salute mentale	Pag. 45
2.2	**Obiettivi del territorio e della comunità**	Pag. 48
	Sostegno alle relazioni familiari	Pag. 48
	Prevenire fenomeni di dispersione dal mondo scolastico e formativo	Pag. 50
	Potenziare le opportunità di apprendimento delle Life Skills	Pag. 53
	Favorire l'occupabilità giovanile	Pag. 56
	Contrasto alla povertà	Pag. 61
	Residenzialità protetta per anziani e persone con disabilità	Pag. 65
	Accesso alla rete dei servizi	Pag. 68
	Sostegno all'inclusione lavorativa delle persone fragili	Pag. 70
	Partecipazione delle persone con disabilità alla vita della comunità	Pag. 71
	Promuovere reti e coesione sociale	Pag. 72
2.3	**Obiettivi di gestione associata**	Pag. 74
CAP. III	**DATI E APPROFONDIMENTI METODOLOGICI**	Pag. 77
3.1	Profilo socio demografico del territorio	Pag. 79
3.2	La popolazione straniera residente	Pag. 93
3.3	La salute mentale nel territorio	Pag. 102
3.4	Le risorse economiche	Pag. 112
3.5	Sistema di Conoscenza – Evidenze dal Rapporto CerGAS	Pag. 113
3.6	Soft e Life Skills: definizioni e ambiti di applicazione	Pag. 119
Elenco organizzazioni		
Glossario		

CAPITOLO I

IL SISTEMA DI GOVERNANCE DELL'AMBITO

1.1. Un welfare che crea valore per le persone, le famiglie e la Comunità - Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2015-2017

Nel mese di dicembre 2014 Regione Lombardia, con Delibera di Giunta n. 2941, ha approvato il documento "Un welfare che crea valore per le persone, le famiglie e la Comunità - Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2015-2017". Il programmatore regionale individua quale focus di attenzione per il riordino del welfare lombardo la ricomposizione istituzionale e finanziaria degli interventi. Questo tema è stato oggetto di un percorso di approfondimento e confronto, promosso da Regione Lombardia e CeRGAS Bocconi, che ha coinvolto 78 Ambiti sociali - sui 98 attualmente presenti in Regione - e 15 ASL. A partire dalle informazioni relative alla spesa sociale, i dati sono stati raccolti ed elaborati nel rapporto "Sistema di conoscenza – raccolta dati 2014". Tale strumento, che verrà ulteriormente migliorato nel prossimo triennio, consente da un lato di aumentare il livello di conoscenza dei fenomeni, dall'altro di fornire elementi di confronto – in un'ottica di benchmarking - tra differenti territori così da supportare le scelte del programmatore locale. L'obiettivo è quello di stimolare gli Enti Locali a costruire una solida base dati sulla quale poter impostare la programmazione sociale e sociosanitaria di medio e lungo periodo.

Il sistema degli interventi e dei servizi sociali si confronta con una società le cui esigenze si stanno modificando e intensificando: aumentano e si diversificano i bisogni della popolazione anziana anche grazie alla maggiore spettanza di vita, la crisi economica ha acuito il fenomeno delle vecchie e delle nuove povertà, aumentano le problematiche legate al lavoro e alla casa, le reti familiari sono sempre più fragili e sempre meno in grado di sviluppare forme autonome di presa in carico rispetto ai bisogni più tradizionali. Le difficoltà che molte famiglie vivono nel mondo del lavoro si traducono sempre più in fragilità sociale, in particolare con riferimento ai minori e alla casa.

Di fronte alla complessità di queste nuove esigenze, la prospettiva delle finanze pubbliche non permette di sviluppare ipotesi espansive rispetto agli interventi, mentre sono necessarie competenze e risorse per intervenire anche su nuove aree di bisogno. Nella sfida determinata dalla crescita dei bisogni più noti e dall'affacciarsi e affermarsi di nuovi bisogni, è necessario investire su modelli di intervento in grado di integrare maggiormente l'azione dei diversi soggetti che operano nei sistemi di welfare. Una situazione così complessa richiede la collaborazione di tutti i soggetti in campo; è necessario consolidare e rafforzare i livelli di integrazione tra Enti Locali, Aziende Sanitarie, soggetti pubblici e soggetti privati, tra intervento pubblico e risposta autonoma organizzata dalle famiglie.

La frammentazione dei sistemi di welfare locali si manifesta su molteplici piani:

- le titolarità che individuano competenze e responsabilità differenziate tra Enti Locali, ASL, AO, pubblico e privato, privato sociale e profit, ecc.;

- le risorse economiche derivate dai bilanci comunali, dalla spesa sanitaria, dalla compartecipazione alla spesa delle famiglie, dalle risorse nazionali, ecc.;
- le conoscenze, evidenziando l'assenza di un'unica visione condivisa della domanda e dei bisogni;
- i servizi, che scontano la frammentazione su più livelli: percorsi di accesso tortuosi e complicati, distanza tra i servizi e le persone, scarsa possibilità di accesso per i meno informati e quindi le persone potenzialmente più fragili, rischio di duplicare gli interventi, confini poco chiari tra le azioni dei diversi attori.

Le Linee di indirizzo hanno individuato l'Ufficio di Piano quale soggetto strategico per rafforzare e qualificare le forme di integrazione tra i soggetti del welfare locale. La ricomposizione dovrà riguardare tre differenti dimensioni:

- le conoscenze e le informazioni che supportano le decisioni - è necessario dotarsi di modalità di lavoro e strumenti per condividere dati statistici, accesi ai servizi e alle prestazioni, utenza in carico, domanda inespressa che non arriva ai servizi, stime sui bacini potenziali di soggetti portatori di bisogni;
- le risorse impiegate nel sistema di welfare - la spesa sociale e la spesa sociosanitaria degli Enti Locali è oggi molto eterogenea, le risorse programmate e gestite insieme dai Comuni sono circa il 20% e sono dedicate a interventi in ambito sociale e sociosanitario, mentre 80% delle risorse comunali per interventi sociali è gestito dai singoli Comuni;
- i servizi offerti ai cittadini - l'offerta dei servizi erogata dai Comuni dei diversi Ambiti è molto eterogenea sia in merito ai diversi livelli di spesa sia in merito alle differenze dei regolamenti, i criteri di accesso e le forme di compartecipazione.

La ricomposizione è il filo conduttore della nuova programmazione sociale, da declinarsi nei territori, individuando obiettivi coerenti e realistici che tengano conto delle tre dimensioni sopra descritte: conoscenze, risorse e servizi. Il processo di definizione del Piano di Zona rappresenta, dunque, un momento qualificato di confronto, analisi e individuazione di priorità strategiche condivise con gli attori del territorio; gli obiettivi di programmazione devono essere esplicitati attraverso indicatori di processo, prodotto e risultato. Le risorse regionali saranno trasferite agli Ambiti sia in quota indistinta (compatibilmente con i vincoli indotti dai trasferimenti ricevuti dalla Regione medesima), sia in quota correlata ad obiettivi di risultato condivisi e negoziati.

In merito al sistema di governance, il programmatore regionale evidenzia due importanti elementi:

- la necessità di supportare il processo di integrazione socio sanitaria attraverso l'istituzione della Cabina di Regia (DGR 326/13) quale luogo dove garantire la programmazione, il governo, il monitoraggio e la verifica degli interventi sociosanitari e sociali erogati da ASL e Comuni, singoli o associati, nell'ambito delle aree comuni di intervento;
- l'esigenza di coinvolgere il Terzo Settore che in Regione Lombardia rappresenta una realtà radicata e organizzata, capace di sostenere le famiglie in situazioni di difficoltà e disagio e di costituire, in modo integrato con i servizi pubblici, una rete di protezione sociale che trova espressione in un ricchissimo tessuto di volontariato, associazionismo e cooperative

sociali. I soggetti del Terzo Settore concorrono, quindi, all'individuazione degli obiettivi dei processi di programmazione regionale e locale e partecipano, anche in modo coordinato con gli Enti Locali, alla definizione di progetti per servizi e interventi di cura alla persona. L'obiettivo è quello di sviluppare e favorire con adeguati strumenti, la partecipazione del Terzo Settore ai processi di programmazione, co-progettazione e gestione.

Si riconferma, anche per il triennio di programmazione 2015-2017, l'indicazione di proseguire e potenziare le politiche di gestione associata delle funzioni sociali almeno a livello distrettuale, mediante il ricorso alle diverse modalità gestionali previste dalla normativa vigente. La promozione della gestione unitaria su base distrettuale dovrà permettere l'identificazione delle specificità del territorio, garantendo una unitarietà di risposta nell'ambito territoriale del Piano di Zona. Verrà introdotto, inoltre, un meccanismo incentivante per i Comuni che trasferiranno la maggiore quota possibile di risorse a forme di gestione associata.

Regione Lombardia, infine, incentiva la sperimentazione di una programmazione sociale condivisa tra più Ambiti afferenti alla stessa ASL; in tale direzione si è sviluppata la collaborazione tra l'Ambito di Sesto San Giovanni e quello di Cinisello Balsamo, illustrata nel succesivo paragrafo.

1.2. La collaborazione tra gli Ambiti di Sesto San Giovanni e Cinisello Balsamo

Gli Ambiti di Sesto San Giovanni e Cinisello Balsamo, nell'ultimo decennio, hanno condiviso diverse esperienze progettuali e di policy che risultano determinanti al fine di una riflessione comune sul welfare locale.

Nello specifico, si evidenziano i progetti e le azioni relative all'infanzia e all'adolescenza finanziati con la Legge 285/98 e i progetti di contrasto alle dipendenze promossi con la Legge 45/99. Nel 2010, grazie alle risorse della Presidenza del Consiglio, è stato finanziato il progetto "Start Up" volto a favorire percorsi di imprenditorialità giovanile. Significative anche le sinergie attivate negli interventi di riqualificazione urbana e di coesione sociale quali i Contratti di Quartiere, URBAN, Fondazione Cariplo – Bando Coesione Sociale.

Nel 2013 i due Ambiti hanno collaborato, con un ricco e articolato partenariato, alla redazione del Piano Territoriale delle Politiche giovanili Nord Milano che, oltre ad approfondire strategie e strumenti per la promozione di interventi efficaci, ha individuato le priorità di intervento e le linee strategiche per i prossimi anni. L'esperienza ha consentito di costituire un network stabile ed integrato sul tema delle politiche giovanili. Anche i Piani Territoriali per la conciliazione tempi di vita tempi di lavoro hanno visto una stretta e proficua collaborazione – anche in fase progettuale – dei due territori.

Nel corso del 2014, gli Ambiti di Sesto San Giovanni e di Cinisello Balsamo hanno costituito un partenariato pubblico-privato (Comuni di Sesto San Giovanni, Cologno Monzese e Cinisello Balsamo, Cooperativa Lotta Contro l'Emarginazione, Croce Rossa Italiana Comitato Locale Sesto San Giovanni, Cooperativa Famiglie e dintorni ACLI, Cooperativa La Grande Casa, Caritas Decanale, San Vincenzo, Volontariato Caritas Salesiani, Cooperativa A&I, Associazione Genitori e Persone con sindrome di Down – AGDP-, Associazione Amici Caritas di Cinisello, Fondazione per la Famiglia Edith Stein, Cooperativa Il

Torpedone, Associazione MARSE, Cooperativa Progetto Integrazione) che ha lavorato alcuni mesi sul Bando Cariplo "Welfare in azione", partecipando alle due selezioni previste dal bando. La stesura dello Studio di Fattibilità del progetto "Traiettorie per l'Inclusione sociale" ha reso possibile un approfondimento sul tema dell'impoverimento dei nuclei familiari nel territorio del Nord Milano e la condivisione di linee strategiche di sviluppo delle politiche di contrasto alla povertà.

Oltre alle comuni esperienze di progettazione e di programmazione, i due Ambiti si presentano omogenei sia per le caratteristiche di contesto sia per la condivisione di comuni elementi di problematicità. Il profilo socio demografico è simile, entrambi vedono un'elevata presenza di anziani, di nuclei unipersonali e di cittadini stranieri (circa il 18% dei residenti). I Comuni dei due Distretti, inoltre, sono considerati ad Alta Tensione Abitativa, in quanto presentano una serie di fattori e condizioni che determinano uno stato di disagio abitativo. Tale condizione si manifesta nonostante il forte investimento fatto nei decenni passati che ha prodotto, rispetto ad altre aree della Provincia di Milano, un ingente patrimonio di Edilizia Residenziale Pubblica (ERP e ALER), in particolare nei tre Comuni più grandi. Anche dal punto di vista del tessuto economico, l'area del Nord Milano si presenta omogenea: le imprese del territorio appartengono sia a settori tradizionali, sia innovativi ed è elevata la presenza di piccole imprese sulle quali la crisi si ripercuote in maniera drammatica. Il territorio, inoltre, è caratterizzato dalla forte e articolata presenza di cooperative sociali che, oltre a generare occupazione, sono impegnate, al fianco dell'associazionismo, del volontariato e delle Amministrazioni Comunali, in azioni a favore della comunità.

A seguito della pubblicazione "Un welfare che crea valore per le persone, le famiglie e la Comunità - Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2015-2017", gli Uffici di Piano dell'Ambito di Sesto San Giovanni e di Cinisello (Azienda speciale - Insieme per il sociale) hanno lavorato - su mandato delle Assemblee dei Sindaci e della Cabina di Regia - per aumentare il livello di integrazione, attraverso:

- la costruzione di un unico strumento per il monitoraggio e la valutazione dell'Accordo di programma 2012-2015, sviluppato secondo i seguenti item: Obiettivi di programmazione – Risultati raggiunti – Indicatori di esito – risorse impiegate – Raggiungimento dell'obiettivo – Aree di criticità – Ambiti di miglioramento. Lo strumento ha permesso di determinare in modo condiviso le future aree di sviluppo;
- l'individuazione di obiettivi di programmazione comuni, poi discussi con le rispettive governance territoriali, con particolare riferimento all'integrazione socio sanitaria;
- la definizione di un indice condiviso degli argomenti;
- La rappresentazione degli obiettivi di programmazione attraverso il medesimo modello;
- la revisione del sistema di governance locale per favorire la costituzione di ambiti di interlocuzione stabili e comuni, come di seguito descritto.

1.3. Definizione del processo programmatorio per il triennio 2015-2017 Atto di indirizzo

Premesso, che:

- la Legge Regionale 3/2008, "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario", esercitando la potestà legislativa esclusiva in materia sociale attribuita alle regioni dal riformato art. 117 della Costituzione, riordina e supera la precedente normativa in materia di Servizi Sociali e Sociosanitari, ridefinendo principi e obiettivi del sistema di welfare lombardo. In particolare, la Legge valorizza la definizione, in termini normativi, di una rete di unità d'offerta e la piena espressione delle capacità progettuali dei soggetti pubblici e privati, in particolare appartenenti al Terzo Settore. Questa Legge rappresenta, al contempo, un punto di arrivo e di partenza per realizzare un nuovo modo di rispondere ai bisogni attraverso una rete aperta e dinamica e la definizione, nel pieno rispetto del principio di sussidiarietà, dei compiti degli Enti Locali e degli altri soggetti pubblici e privati che concorrono alla programmazione, progettazione e realizzazione della rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie;
- la Legge Regionale 3/2008 si inserisce in un filone di riforme che, nel solco tracciato dalla Legge 328/2000, tende alla valorizzazione delle comunità locali e delle Istituzioni, nonché di tutti i soggetti impegnati nella costruzione del sistema integrato di Servizi Sociali. In questo ambito, è assegnato ai Comuni un ruolo di regia e di coordinamento in quanto titolari diretti di servizi e funzioni e più vicini alle comunità;
- l'art. 18 della Legge Regionale 3/2008 definisce il Piano di Zona come lo strumento di programmazione in ambito locale della rete d'offerta e dell'integrazione sociale e sociosanitaria in ambito distrettuale, anche in rapporto al sistema della sanità, dell'istruzione e della formazione, della casa e del lavoro. Il Piano di Zona si configura come lo strumento privilegiato per conseguire forme di integrazione tra le politiche mediante l'analisi dei bisogni, la definizione delle priorità, la gestione innovativa, flessibile e partecipata del sistema di offerta. Il sistema integrato si configura anche come rete di responsabilità e di attenzioni condivise tra quanti, a diverso titolo, per competenze istituzionali o per scelta, si occupano di politiche dei servizi alla persona e le realizzano;
- la responsabilità dei Comuni, individuata non solo nella legge regionale ma anche attraverso le funzioni a loro attribuite dal Testo Unico delle Autonomie Locali, è dunque quella di promuovere e tutelare la rappresentanza delle comunità locali. Nell'esercizio di tale funzione, le Amministrazioni Comunali sostengono la programmazione del sistema locale attraverso lo strumento del Piano di Zona e garantiscono la gestione del processo di coinvolgimento dei tanti soggetti titolati a partecipare alla costruzione del Piano di Zona e, successivamente, alla sua progettazione e gestione;
- il percorso normativo ha peraltro sottolineato ed evidenziato il tema delle responsabilità non solo istituzionali e dei soggetti del Terzo Settore, ma anche del cittadino che, oltre ad essere titolare di diritti, è chiamato in causa responsabilmente a contribuire, nelle diverse forme, al sistema locale di promozione e protezione della qualità della vita. I soggetti che, nella propria operatività, garantiscono interessi esterni alla propria compagine, svolgono di fatto una funzione di pubblica utilità. A fondamento del diritto alla partecipazione, è posto il riconoscimento di competenze nel leggere i bisogni e nel proporre, progettare e attuare

risposte coerenti con i problemi e con le condizioni di vita del territorio. Tali competenze vengono alimentate dall'esigenza di mettere in rete dati, esperienze, saperi, affinché il processo programmatorio risulti realmente comunitario e possa garantire quei risultati di benessere auspicati, nell'interesse della comunità locale.

Vista/o la/il:

- Delibera di Giunta Regionale 7797 del 30 luglio 2008, che prevede l'istituzione di un Tavolo locale di Consultazione del Terzo Settore con la finalità di attivare modalità di dialogo continuo e di confronto sugli elementi strategici di definizione delle politiche sociali di Ambito;
- Delibera di Giunta Regionale 12884 del 28 dicembre 2011 "Indicazioni in ordine alla procedura di co-progettazione tra Comune e soggetti del Terzo Settore per attività e interventi innovativi e sperimentali";
- Decreto Direttore Generale 326 del 27 giugno 2013 che prevede l'istituzione della Cabina di Regia congiunta tra ASL e Comuni;
- Delibera di ASL Milano 892 del 12 luglio 2013, che istitusce la Cabina di Regia ;
- Delibera di Giunta Regionale 2941 del 19 dicembre 2014 "Un welfare che crea valore per le persone, le famiglie e la comunità – Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale".

L'Ambito di Sesto San Giovanni definisce e individua le regole di funzionamento del sistema di governo della programmazione per il triennio 2015-2017:

Oggetto della programmazione	La programmazione locale dell'Ambito rivolge la propria azione alle aree di intervento di seguito elencate: Minori; Famiglia; Disabilità; Anziani; Immigrazione; Adulti in difficoltà; Grave Emarginazione; Salute Mentale; Dipendenze. Sempre nell'ottica di una lettura integrata ed esaustiva dei bisogni del territorio è importante rilevare, nella fase di formulazione della base conoscitiva, eventuali problematiche relative anche alle politiche abitative, dell'istruzione, della formazione, dell'avviamento al lavoro e reinserimento nelle attività lavorative, per individuare possibili sinergie con le altre aree di programmazione e assicurare alla cittadinanza risposte coordinate e coerenti. Si ritiene, inoltre, prioritario individuare alcuni ambiti di lavoro trasversali alle differenti aree tematiche, a partire da fenomeni che attraversano i differenti target e attorno ai quali si coagulano i differenti interessi. Si citano, a titolo esemplificativo, alcuni di essi: fragilità e non autosufficienza, sostegno alle relazioni familiari, conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, coesione sociale, nuove e vecchie povertà.
Il territorio di competenza	Il sistema di governo della programmazione è riferito al territorio coincidente con il Distretto Sanitario 6, ovvero i Comuni di Sesto San Giovanni e Cologno Monzese. Vista l'elevata convergenza di temi e obiettivi con l'Ambito di Cinisello Balsamo, sono previste specifiche modalità di collaborazione e integrazione dei due Ambiti territoriali.

I soggetti della programmazione	La Legge Regionale 3/2008 individua i soggetti chiamati a concorrere alla programmazione, progettazione e realizzazione della rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie e ne definisce le responsabilità. <u>Le Amministrazioni Comunali:</u> I compiti dei Comuni, nell'adempimento della funzione di programmazione, sono specificati nell'art. 13 della Legge Regionale 3/2008: - programmano, progettano e realizzano la rete locale delle unità d'offerta sociali, nel rispetto degli indirizzi e conformemente agli obiettivi stabiliti dalla Regione, anche promuovendo la partecipazione dei soggetti di cui all'art. 3 della Legge Regionale 3/2008; - riconoscono e promuovono la sperimentazione di unità d'offerta e di nuovi modelli gestionali nell'ambito della rete sociale, nel rispetto della programmazione regionale; - definiscono i requisiti di accreditamento delle unità di offerta sociali in base ai criteri stabiliti dalla Regione, accreditano le unità d'offerta e stipulano i relativi contratti; - definiscono eventuali livelli di assistenza ulteriori rispetto a quelli definiti dalla Regione; - determinano i parametri per l'accesso prioritario alle prestazioni; - gestiscono il sistema informativo della rete delle unità d'offerta sociali. <u>Azienda Sanitaria Locale e Azienda Ospedaliera:</u> - programmano, a livello locale, la realizzazione della rete delle unità d'offerta sociosanitarie, nel rispetto della programmazione regionale ed in armonia con le linee di indirizzo formulate dai Comuni, attraverso la Conferenza dei Sindaci del territorio di competenza di ciascuna ASL; - gestiscono i flussi informativi a supporto dell'attività di programmazione comunale e regionale; - collaborano con i Comuni nella programmazione della rete locale delle unità di offerta sociali. <u>Terzo Settore:</u> Rappresenta la risorsa che la cittadinanza attiva mette a disposizione della comunità locale per il conseguimento del benessere e della salute. I soggetti del Terzo Settore, ai sensi della Legge Regionale 3/2008, concorrono alla programmazione, progettazione e realizzazione della rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie, secondo gli indirizzi definiti dalla Regione. Sono individuati come soggetti del Terzo Settore, in virtù di quanto disposto dalla Legge Regionale 1/2008 "Testo Unico delle leggi regionali in materia di volontariato, cooperazione sociale, associazionismo e società di mutuo soccorso" e dalla Legge 328/2000: gli organismi della cooperazione; le cooperative sociali; le associazioni e gli enti di

	promozione sociale; le fondazioni; gli enti di patronato; le associazioni familiari; gli enti riconosciuti delle confessioni religiose; altri soggetti sociali senza scopo di lucro; le organizzazioni di volontariato. I soggetti del Terzo Settore che partecipano al processo programmatorio e di conseguenza investono, in base alle proprie risorse e competenze, nel perseguimento degli obiettivi del Piano di Zona, possono essere firmatari dell'Accordo di Programma. <u>Gli altri soggetti istituzionali:</u> Le Autonomie Scolastiche e gli Organi locali del Ministero della Giustizia partecipano al processo programmatorio a partire dalle proprie competenze istituzionali. Le Organizzazioni Sindacali rappresentative del territorio, nello svolgimento della propria azione di rappresentanza dei diritti sociali e di cittadinanza e nella promozione di percorsi di inclusione sociale, partecipano al processo programmatorio e all'implementazione del Piano di Zona, a partire dalle proprie competenze e specifiche aree di intervento.
La struttura organizzativa della programmazione	**<u>Assemblea Distrettuale dei Sindaci</u>** E' l'organismo di rappresentanza politica del Piano di Zona e viene costituita ai sensi dell'art. 6 della Legge Regionale 31/1997, poi art. 11 della Legge Regionale 33/2009 e della DGR 41788/1999. I Comuni, attraverso l'Assemblea Distrettuale dei Sindaci, possono formulare proposte e pareri alla Conferenza dei Sindaci, in ordine alle linee di indirizzo e di programmazione dei servizi sociosanitari ed esprimere il proprio parere sulla finalizzazione e sulla distribuzione territoriale delle risorse finanziarie. Nell'esercizio delle proprie funzioni, l'Assemblea: - elegge il suo Presidente; - individua l'Ente capofila per la gestione del Piano di Zona; - individua e sceglie le priorità e gli obiettivi delle politiche locali; - verifica la compatibilità tra impegni e risorse necessarie per la realizzazione delle azioni; - delibera in merito all'allocazione delle risorse Fondo Nazionale Politiche Sociali, Fondo Sociale Regionale, FNA e delle altre risorse che per atto di Regione Lombardia si riferiscono all'Ambito territoriale, e quote di risorse autonome conferite per la gestione associata dell'attuazione degli obiettivi previsti dal Piano di Zona; - approva l'Accordo di Programma per l'attuazione del Piano di Zona; - licenzia il documento Piano di Zona; - effettua il governo politico del processo di attuazione del Piano di Zona; - promuove l'integrazione delle politiche (dei Comuni e delle Aree di intervento);

	- garantisce l'interlocuzione, a livello territoriale, in merito alla rete di unità d'offerta secondo un'agenda di lavori coerente con quanto indicato nella DGR 7797 del 30 luglio 2008; - individua e promuove forme di gestione associata di servizi, progetti e interventi; - individua e promuove forme di gestione associata di servizi, progetti e interventi, al fine di rafforzare l'integrazione sovradistrettuale. L'Assemblea è composta da tutti i Sindaci dei Comuni compresi nell'Ambito territoriale del Distretto. Possono partecipare all'Assemblea, senza diritto di voto: - il Presidente dell'Assemblea Distrettuale dei Sindaci dell'Ambito di Cinisello Balsamo; - i Direttori dei Settori comunali interessati, in relazione agli argomenti che l'Assemblea intende discutere; - il Responsabile dell'Ufficio di Piano; - il Direttore Sociale dell'ASL; - il Responsabile del Distretto; - altri dirigenti od operatori dell'ASL la cui partecipazione sia ritenuta utile. Le decisioni politiche relative alla definizione, attuazione e valutazione dei risultati conseguiti nel Piano di Zona sono assunte a maggioranza dei voti dei Sindaci presenti e votanti, in ragione dei voti espressi, secondo le quote di ciascuno rappresentate. E' compito dei referenti politici comunicare alle Giunte Comunali e alle Commissioni Consiliari preposte gli orientamenti e le decisioni prese in tema di realizzazione degli obiettivi della programmazione. L'Assemblea Distrettuale dei Sindaci è coordinata dal Presidente o suo delegato che, sentiti gli altri Sindaci, definisce l'agenda dei lavori e convoca le sedute almeno una settimana prima della data stabilita. Tutti i partecipanti hanno facoltà di contribuire alla definizione dell'ordine del giorno e/o richiedere la convocazione di una seduta. Sulla base dell'agenda dei lavori, l'Assemblea si riunisce non meno di una volta ogni due mesi presso la sede del Comune capofila. Le Assemblee Distrettuali dei Sindaci dell'Ambito di Sesto San Giovanni e di Cinisello Balsamo possono essere convocate in seduta congiunta, qualora le tematiche trattate siano di interesse sovra-locale. Quando le Assemblee sono convocate congiuntamente, la presidenza spetta al Presidente più anziano.
	<u>Tavolo Locale di Consultazione del Terzo Settore</u> Il Tavolo Locale di Consultazione del Terzo Settore, come definito dalla DGR 7797 del 30 luglio 2008, ha la finalità di: - attivare modalità di dialogo continuo e di confronto sugli elementi strategici di definizione delle politiche sociali di Ambito; - affrontare le tematiche inerenti la rete delle unità

	di offerta sociali, così come definito dalla Legge Regionale 3/2008; - individuare e promuovere obiettivi di lavoro comuni con il Distretto di Cinisello Balsamo; - costituire il luogo di confronto e condivisione, coerentemente con le fasi della programmazione, di elementi tecnico conoscitivi relativi a materie di contenuto generale e trasversale ai Tavoli Tematici. Il Tavolo Locale ha come obiettivo principale la promozione della partecipazione dei soggetti del Terzo Settore, nella: - programmazione, progettazione e realizzazione della rete locale delle unità di offerta sociali; - individuazione di nuovi modelli gestionali e sperimentali nell'ambito della rete sociale; - definizione dei requisiti di accreditamento delle unità di offerta sociali; - definizione dei livelli ulteriori di assistenza rispetto a quelli definiti dalla Regione; - determinazione dei parametri di accesso prioritario alle prestazioni sociali; - promozione e divulgazione dell'istituto dell'Amministratore di Sostegno, in stretto accordo con l'ufficio competente della ASL del Distretto di riferimento. Il Tavolo Locale può prevedere la convocazione di sedute aventi all'ordine del giorno materie di interesse sanitario, con l'obiettivo di favorire la promozione della partecipazione dei soggetti del Terzo Settore, in particolare nella programmazione, progettazione e realizzazione, a livello locale, della rete delle unità di offerta sociosanitarie e nella realizzazione di sperimentazioni nell'ambito della rete sociosanitaria. Le sedute che vedranno all'ordine del giorno i suddetti temi, saranno presiedute dalla Direzione Sociale dell'ASL. Al Tavolo partecipano: - i soggetti del Terzo Settore, con una rappresentanza nell'Ambito sociale di riferimento, che abbiano presentato richiesta di adesione; - il Presidente dell'Assemblea di Distretto, che svolge le funzioni di presidente; - i Responsabili dei Servizi Sociali ed Educativi dei Comuni dell'Ambito di riferimento; - il Direttore Sociale dell'ASL territorialmente competente; - il Direttore di Distretto dell'ASL territorialmente competente. Partecipa, su invito, il Presidente del Tavolo di Consultazione del Terzo Settore (Tavolo di Sistema) dell'Ambito di Cinisello. Vista l'attuale composizione del Tavolo – che vede la partecipazione di oltre 20 organizzazioni – si prevede, nel corso del triennio, di attivare dei sottogruppi così da consentire una più

	efficace e agevole organizzazione dei lavori. Il Tavolo Locale di Consultazione del Terzo Settore è coordinato dal Presidente dell'Assemblea dei sindaci o suo delegato che definisce l'agenda dei lavori e convoca le sedute almeno dieci giorni prima della data stabilita, salvo urgenze. Il Tavolo si riunisce minimo 2 volte l'anno.
	Cabina di Regia ASL La DGR 326 del 27 giugno 2013 ha identificato nella Cabina di Regia il luogo dove garantire la programmazione, il governo, il monitoraggio e la verifica degli interventi sociosanitari e sociali erogati da ASL e Comuni, singoli o associati, nell'ambito delle aree comuni di intervento. Gli obiettivi di lavoro della Cabina di Regia, sono: - evitare duplicazioni e frammentazioni nell'utilizzo delle risorse e nell'erogazione degli interventi; - garantire l'appropriatezza delle prestazioni; - monitorare lo stato di avanzamento degli obiettivi del Piano di Zona nei territori, rispetto alle dimensioni conoscenze – risorse – servizi; - programmare e pianificare azioni e risorse rispetto alla non autosufficienza; - valorizzare la dimensione della conoscenza anche con riferimento al percorso di accompagnamento promosso da Regione Lombardia; - condividere i piani operativi relativi alle misure e ai canali di finanziamento regionali e nazionali in tema di interventi e servizi sociali e sociosanitari; - adottare un metodo di lavoro e di procedure definite da ASL e Comuni, prevedendo modalità di funzionamento flessibili e orientate alla concretezza dei risultati ottenuti; - prevedere l'utilizzo condiviso (ASL/Ambiti) di sistemi informativi e di banche dati per la condivisione dei dati e lo scambio informativo sugli utenti in carico. Partecipano alla Cabina di Regia: Il Direttore Sociale di ASL Milano o suo delegato, il Direttore del Dipartimento Assi o suo delegato, funzionari ASL in relazione alle specifiche tematiche, il Direttore Settore Servizi alla Persona e Promozione Sociale Comune di Sesto San Giovanni, il Direttore dell'Ufficio di Piano Ambito di Cinisello, i responsabili degli Uffici di Piano di Sesto e Cinisello, i Direttori dei Distretti 6 e 7. La Cabina di Regia è coordinata dal Direttore Sociale della ASL di Milano o suo delegato che, sentiti i partecipanti, definisce l'agenda dei lavori e convoca le sedute almeno una settimana prima della data stabilita. Tutti i partecipanti hanno facoltà di contribuire alla definizione dell'ordine del giorno e/o richiedere la convocazione di una seduta.

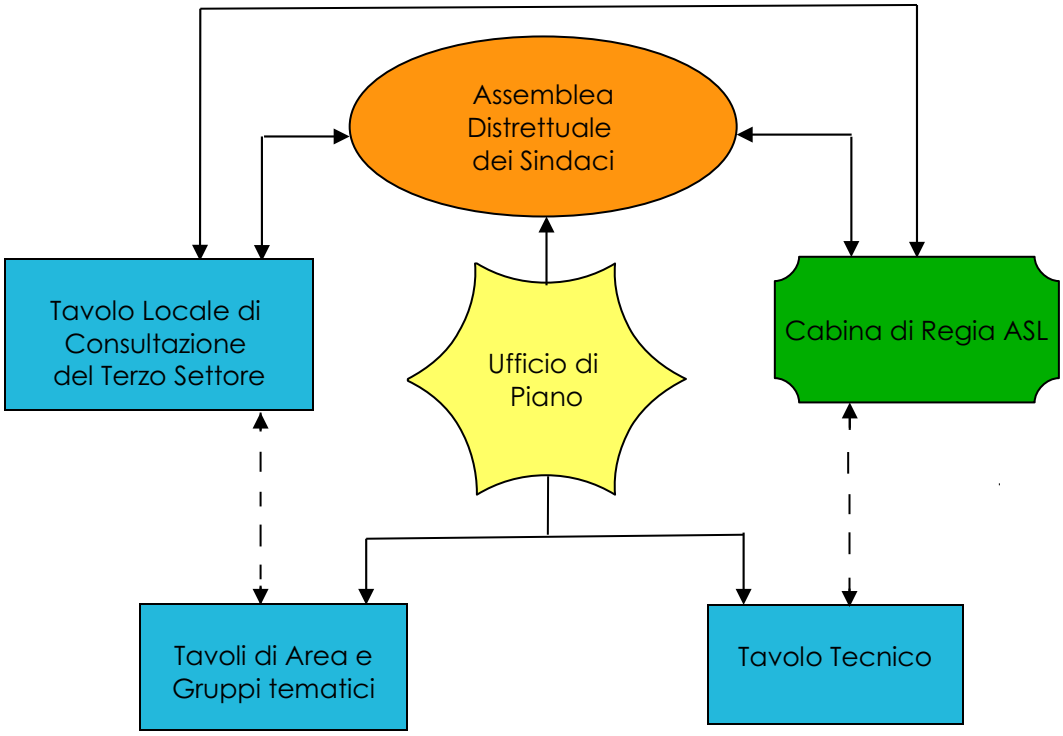
	<u>Tavolo Tecnico</u> I compiti del Tavolo Tecnico, sono: - approfondire a livello tecnico, anche con funzione istruttoria, i temi e gli argomenti discussi in Assemblea dei Sindaci, al Tavolo Locale di Consultazione del Terzo Settore, in Cabina di Regia; - aumentare il livello di sinergia e di integrazione tra gli obiettivi di programmazione zonale e gli obiettivi dei Servizi; - individuare ambiti di collaborazione interistituzionale e interdistrettuale, in particolare con l'Ambito di Cinisello Balsamo; - individuare percorsi di collaborazione nelle aree ad integrazione sociosanitaria, al fine di garantire una migliore presa in carico dell'utenza; - individuare e promuovere ambiti di gestione associata tra i Comuni. Partecipano ai lavori il Direttore del Settore Servizi alla Persona e Promozione Sociale del Comune di Sesto San Giovanni, Il Direttore alle Politiche Sociali del Comune di Cologno Monzese, i funzionari comunali in relazione alle specifiche tematiche, l'Ufficio di Piano. Quando le materie trattate riguardano l'integrazione sociosanitaria, è prevista la partecipazione del Direttore del Distretto 6 o suo delegato. Al fine di favorire l'integrazione con l'Ambito di Cinisello, il Tavolo Tecnico prevederà delle sedute di lavoro congiunte per uniformare maggiormente le politiche dei due territori.
	<u>Tavoli di area e gruppi tematici</u> Rappresentano il luogo di confronto tra programmatori istituzionali e realtà sociale. I Tavoli d'Area operano stabilmente per tutta la durata dell'attuazione del Piano di Zona: dalla sua costruzione, al monitoraggio, compresa la fase di valutazione del processo programmatorio. I Tavoli sono costituiti da soggetti istituzionali e non istituzionali, che: - svolgono funzione pubblica in merito all'area oggetto di programmazione, come indicato all'art. 1, commi 4 e 6, della Legge 328/2000; - contribuiscono alla definizione e costruzione della rete di unità di offerta locale attraverso progetti, servizi e azioni, ai sensi dell'art. 3 della Legge Regionale 3/2008; - mettono a disposizione della comunità risorse e competenze utili, a: rilevare le condizioni sociali del territorio, analizzare le criticità, individuare i bisogni, individuare le risorse e i punti di forza presenti nella comunità locale, proporre le priorità di intervento contenenti le linee guida fondamentali delle azioni che devono impattare sui bisogni prioritari individuati. Chi partecipa è

	quindi riconosciuto portatore di saperi, esperienze, competenze utili per fotografare il volto della città, le condizioni di vita di chi vi abita, i diritti da garantire. I Tavoli d'Area attivati per il triennio di programmazione 2015-2017, sono: - Tavolo politiche per l'infanzia, adolescenza, giovani, responsabilità familiari; - Tavolo politiche a favore della popolazione anziana; - Tavolo politiche a favore delle persone con disabilità; - Tavolo interdistrettuale sulle politiche per la salute mentale. Nel corso del triennio saranno attivati dei gruppi tematici, anche con un afflato territoriale sovra locale, su ambiti di lavoro trasversali alle differenti aree tematiche – attorno ai quali i partecipanti ai Tavoli Tematici saranno chiamati a contribuire - a partire da fenomeni che attraversano i differenti target e attorno ai quali si coagulano gli interessi della comunità. Si citano, a titolo esemplificativo, alcuni di essi: impoverimento della popolazione, conciliazione, politiche per i giovani.
	<u>Ufficio di Piano</u> E' la struttura tecnico amministrativa che: - supporta la responsabilità istituzionale nelle diverse fasi del ciclo di vita della programmazione sociale e sociosanitaria integrata; - gestisce il sistema di partecipazione; - garantisce il collegamento tra i diversi soggetti attivi nel processo di programmazione; - assicura il coordinamento degli interventi e l'istruttoria degli atti di esecuzione del Piano; - supporta i soggetti della governance nelle progettazioni; - connette le conoscenze dei diversi attori del territorio; - ricompone le risorse che gli Enti Locali investono nei sistemi di welfare, favorendo l'azione integrata a livello locale; - interloquisce con le ASL per l'integrazione tra ambiti di intervento sociale e sociosanitario; - promuovere l'integrazione tra diversi ambiti di policy; - individua e mette a punto strumenti per consolidare e integrare la base conoscitiva utile alla formulazione di diagnosi di fenomeni e di ipotesi di intervento sul territorio; - fornisce assistenza e supporto organizzativo al Tavolo Tecnico, al Tavolo Locale di Consultazione del Terzo Settore e all'Assemblea di Distretto e coordina i Tavoli d'area e i gruppi tematici; - partecipa ai lavori della Cabina di Regia;

	- adempie agli obblighi di debito informativo nei confronti di Regione Lombardia e del territorio. E' composto da risorse con competenze tecniche e amministrative utili alla gestione del sistema di partecipazione, alla costruzione della base conoscitiva, alla progettazione e alla gestione dei processi di lavoro conseguenti l'approvazione del Piano. Ciascun Comune dell'Ambito contribuisce al funzionamento dell'Ufficio di Piano proporzionalmente alle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili e comunque senza maggiori oneri a carico del bilancio regionale.
Organismi di lavoro sovralocali	**Comitato Rete Locale per la Prevenzione** Il Comitato Rete Locale per la Prevenzione del Dipartimento Dipendenze di ASL Milano è un organismo collegiale a carattere consultivo, presieduto dal Direttore di Dipartimento e coordinato dal referente dipartimentale della prevenzione. E' composto da tutti i soggetti, pubblici e privati, che hanno titolo a valorizzare una rete territoriale unitaria sul tema della prevenzione delle dipendenze e dei comportamenti additivi in genere. Il Comitato ha il compito di consolidare i rapporti di collaborazione interistituzionale, attivare un livello formalizzato di confronto sul tema della prevenzione delle dipendenze, garantire un lavoro di analisi dei bisogni e l'individuazione di proposte strategiche per la programmazione, nonché l'utilizzo di evidenze di efficacia negli interventi di prevenzione. Partecipano ai lavori i rappresentanti, di: - ASL – Dipartimento di Prevenzione – Servizio Medicina Preventiva di Comunità; - ASL – Dipartimento ASSI – Servizio Famiglia; - ASL – Dipartimento Dipendenze – Ufficio Prevenzione specifica Provincia di Milano; - Comune di Milano – Ufficio di Piano; - Ambito Territoriale di Cinisello Balsamo – Ufficio di Piano; - Ambito Territoriale di Sesto San Giovanni – Ufficio di Piano; - Ufficio Scolastico Territoriale; - Prefettura di Milano.
Obiettivi di integrazione con l'Ambito di Cinisello Balsamo	La collaborazione con l'Ambito di Cinisello si sostanzia nei seguenti obiettivi di lavoro: 1) formalizzazione e messa a regime del Tavolo Interdistrettuale sulla Salute Mentale e coinvolgimento del privato sociale; 2) analisi comparativa dei modelli organizzativi del Tavolo Locale di Consultazione del Terzo Settore dell'Ambito di Sesto San Giovanni e del Tavolo di Consultazione del Terzo Settore dell'Ambito di Cinisello per la definizione di un modello omogeneo di interlocuzione con gli attori territoriali;

	3) istituzione di una Tavolo Tecnico interdistrettuale con l'obiettivo di omogeneizzare, progressivamente, i criteri di accesso alle prestazioni, le quote di compartecipazione sostenute dalle famiglie e di individuare obiettivi di gestione associata; 4) promuovere la costituzione di gruppi tematici sovralocali per approfondire i contenuti della programmazione zonale e/o per promuovere progettazioni in specifiche aree di intervento; 5) sviluppare un percorso di formazione sul tema del fundraising rivolto a tutti gli attori della rete.

Organigramma della governance locale



CAPITOLO II

GLI OBIETTIVI DI PROGRAMMAZIONE

Il presente capitolo individua gli obiettivi di programmazione valevoli per il triennio 2015-2017. Ogni obiettivo è sviluppato a partire dall'analisi delle criticità e dai bisogni rilevati. Completano il quadro conoscitivo la rappresentazione del sistema di offerta, la descrizione delle risorse impiegate – economiche e di personale – e la descrizione dei network attivi sul territorio; l'insieme di questi elementi ha consentito di individuare, per ogni obiettivo, il corrispondente set di azioni.

Molti degli obiettivi sono poi articolati in obiettivi specifici, anch'essi sviluppati attraverso l'individuazione di interventi e azioni, indicatori di esito (di processo e di prodotto), tempistica, strumenti di valutazione e risorse utilizzate. Tale declinazione consentirà, nel corso del triennio, di monitorare e valutare il raggiungimento degli obiettivi in modo preciso e puntuale. Gli obiettivi specifici sono riferiti a quattro tipologie di attività:

- azioni volte a consolidare ed incrementare la base conoscitiva in modo da fornire al programmatore locale analisi sempre più puntuali e rigorose;
- analisi e revisione del sistema d'offerta e delle modalità di accesso alla rete delle unità di offerta sociali, così da renderla più flessibile e adeguata alle esigenze del territorio;
- introduzione di nuovi strumenti di lavoro e potenziamento delle competenze tecnico professionali degli operatori;
- realizzazione di servizi e interventi a favore di specifici target di popolazione.

Nel primo paragrafo vengono illustrati gli obiettivi di integrazione sociosanitaria, ovvero quelli che prevedono – per la realizzazione delle attività – la messa in comune di risorse economiche, professionali e strumentali delle Amministrazioni Comunali e dell'ASL. Tali obiettivi – generali e specifici - sono esplicitati nell'Accordo di Programma per l'attuazione del Piano di Zona. Seguono gli obiettivi del territorio e della comunità che hanno una valenza prevalentemente sociale. Conclude il capitolo il paragrafo riferito alla gestione associata di funzioni, servizi e interventi.

Hanno contribuito alla definizione del presente documento e all'individuazione degli obiettivi di programmazione tutti gli attori che compongono la governance territoriale, in particolare il Tavolo Politiche per l'infanzia, adolescenza, giovani, responsabilità familiari, il Tavolo Politiche a favore della popolazione anziana, il Tavolo Politiche a favore delle persone con disabilità, il Tavolo di Consultazione del Terzo Settore, il Tavolo Tecnico, la Cabina di Regia ASL e l'Assemblea dei Sindaci.

Gli elementi che hanno costituito la piattaforma di discussione sono stati individuati a partire dalla documentazione prodotta per il monitoraggio e la valutazione del Piano di Zona e dell'Accordo di Programma valevole per il triennio 2012-2014, dagli elaborati dei Tavoli di progettazione e di pianificazione, integrati con i dati socio demografici e di contesto.

2. 1. Obiettivi di integrazione socio sanitaria

Favorire la permanenza al domicilio delle persone non autosufficienti disabili e anziane

Quadro Critico:

- aumento del numero di persone non autosufficienti e con patologie gravemente invalidanti ed elevato carico assistenziale che le famiglie e i servizi devono sostenere;
- gli alti costi derivanti dai carichi di cura impoveriscono i nuclei familiari;
- aumenta l'età media dei caregiver;
- limitato livello di integrazione tra gli interventi socio-sanitari in ambito domiciliare e difficoltà di coinvolgimento dei MMG e dei Pediatri;
- aumento delle richieste di assistenza domiciliare, anche a carattere riabilitativo ed educativo, in tutte le fasce di età;
- la modifica delle normative nell'erogazione dei servizi socio sanitari spesso comporta un allungamento dei tempi di accesso alle informazioni e di conseguenza alle prestazioni. Tale difficoltà è maggiormente sentita da persone sole, con problemi di deambulazione, con limitati strumenti culturali e senza riferimenti familiari e amicali di supporto;
- difficoltà a garantire dimissioni protette tra Aziende Ospedaliere e territori. I pazienti dimessi, nella maggior parte dei casi, necessitano di interventi sia socio assistenziali sia sanitari. Le Aziende Ospedaliere possono richiedere direttamente al Servizio Fragilità l'attivazione dell'ADI, ma spesso ciò non avviene e il cittadino si deve attivare in autonomia per richiedere le prestazioni a cui ha diritto;
- disomogeneità nel livello di qualificazione professionale degli operatori della domiciliarità;
- difficoltà a sostenere economicamente il costo derivante dalla regolarizzazione delle assistenti familiari, specie in mancanza di risorse pubbliche finalizzate;
- scarsa disponibilità, da parte di volontari, a svolgere il ruolo di Amministratore di Sostegno;
- le persone disabili con difficoltà motorie spesso assumono farmaci in modo continuativo e sono costrette a recarsi diverse volte all'anno dal MMG e in farmacia per la prescrizione e l'acquisto dei medicinali necessari.

Bisogni rilevati:

- migliorare le attività di orientamento e accompagnamento della persona non autosufficiente e delle famiglie verso il servizio più idoneo e coerente allo stato di salute e al livello di autosufficienza;
- comunicazione circolare tra i servizi sociali e sanitari in merito alla casistica;
- integrazione tra le diverse banche dati a livello ASL e comunale;
- qualificazione della rete dell'assistenza domiciliare;
- maggiore professionalizzazione degli operatori delle cure domiciliari;
- accompagnare le famiglie a riconoscere i rischi di fragilità per evitare l'insorgere di crisi;
- supporto alle famiglie.

Rappresentazione del sistema d'offerta:

- Servizio SAD Comune di Sesto e Comune di Cologno;
- Servizio Pasti caldi Comune di Sesto e Comune di Cologno;

- Servizio ADI ASL Distretto 6 (elenco fornitori accreditati);
- Sportello Assistenza Familiare; CAF/ Patronati;
- Medici di Medicina Generale; Pediatri di Libera Scelta;
- RSA Aperta – Fondazione La Pelucca;
- servizi privati di Assistenza domiciliare;
- Sportello "Punto di Prossimità";
- Sportello territoriale promozione auto mutuo aiuto (AMA).

2013	**Sesto S.G**	**Cologno M.**	**Ambito**
	N. utenti beneficiari	**N. utenti beneficiari**	**Tot. utenti**
Servizio SAD	73	86	159
Pasti caldi	133	20	153
ADI	485	307	792
Centro Diurno Integrato	30	0	30
Sportello Assistenti familiari			
Famiglie prese in carico	172	16	188
Assistenti familiari in carico	532	69	601
Abbinamenti positivi	60	3	63

FNA - Dgr 740/13	**Risorse assegnate**	**Anziani**	**Disabili**	**Totale**	**Tot. Buoni**
Sesto San Giovanni	€ 226.992,00	26	20	46	367
Cologno Monzese	€ 136.707,00	50	11	61	291
Ambito	€ 363.699,00	76	31	107	658

Azioni:

- attivare un costante scambio e confronto di dati tra ASL ed Enti Locali;
- individuare strumenti di lavoro che facilitino l'integrazione delle informazioni, sia sull'utenza in carico sia sull'attività dei Servizi;
- garantire una presa in carico sociale e sanitaria integrata, anche attraverso la realizzazione di nuovi protocolli operativi tra i servizi;
- migliorare il livello di integrazione Aziende Ospedaliere – Servizi territoriali in merito alle dimissioni protette;
- potenziare la collaborazione diretta tra MMG e servizi;
- prevedere occasioni di aggiornamento e formazione rivolti agli operatori della domiciliarità (Assistenti familiari, ASA, infermieri);
- individuare strategie di potenziamento dello Sportello di Assistenza Familiare;
- sostenere il mantenimento al domicilio dei cittadini in condizioni di non autosufficienza, totale o parziale, contribuendo alle spese, attraverso l'erogazione di risorse economiche;
- individuare standard di qualità per la rete dell'assistenza domiciliare;
- promuovere l'avvio di gruppi di Auto Mutuo Aiuto;
- attivare progetti e iniziative per promuovere la figura dell'Amministratore di Sostegno;
- accordi tra MMG e farmacie comunali in merito alle prescrizioni ricorrenti di farmaci per persone con difficoltà motorie e senza riferimenti amicali/familiari.

Risorse economiche utilizzate:

- bilanci comunali;
- ASL Milano e MMG;
- famiglie (quota di partecipazione);
- Regione Lombardia (FNA – Misure B1 e B2);
- bandi di finanziamento Legge 23/99.

2013	Sesto		Cologno		Ambito	
	Spesa	Compartecip.	Spesa	Compartecip.	Spesa	Compartecip.
Servizio SAD	270.064	32.636	215.307	34.311	443.342	60.082
Pasti caldi	165.765	65.254	23.064	9.189	185.745	73.752
CDI	35.218	Non rilevato	------	Non rilevato	35.218	Non rilevato
Sportello Assistenza Familiare	45.000	-----	7.500	-----	52.500	-----
Totale	516.047	97.890	245.871	43.500	716.805	133.834

Risorse professionali:
Assistenti sociali; personale ASA; personale sanitario (medici e infermieri); operatori sociali.

Network attivi sul territorio:
Servizio Anziani Comune di Sesto, Servizio Anziani Comune di Cologno, Servizio Fragilità ASL Distretto 6, Cooperativa Famiglie e Dintorni, Patronati, Aziende Ospedaliere, MMG, Fondazione La Pelucca, offerta privata di Servizi di Assistenza domiciliare.

Obiettivo specifico 1:
Aumentare il livello di integrazione degli interventi in ambito sociale e sanitario.

Intervento/Azioni:
costruire una banca dati integrata sulla fragilità (a partire dagli utenti dei servizi domiciliari);
attivazione e monitoraggio dei protocolli sulla Misura B1 e B2;
utilizzo in via sperimentale dei medesimi strumenti di valutazione (Scheda Triage, ADL e IADL);
rendere maggiormente efficace l'attività dell'UVM attraverso la definizione di un protocollo operativo;
definire procedure concordate sulle dimissioni protette;
sperimentare sul territorio la Ricetta Dematerializzata (cfr. DPCS 2014) che consente ai MMG e ai PDF di prescrivere in modalità elettronica la farmaceutica convenzionata per i propri assistiti.

Indicatori di esito:
elenco informatizzato;
report di monitoraggio e valutazione dei processi di lavoro rappresentati nei protocolli;
n. di utenti valutati attraverso Scheda Triage – ADL – IADL e valutazione sull'adeguatezza degli strumenti;
n. utenti valutati in UVM; n. di riunioni; stesura del protocollo;
individuazione/identificazione delle procedure più adeguate;
messa a regime della Ricetta Dematerializzata.

Tempistica: 2015-2017
Range di valutazione: Si/No; Si/No; Si/No – adeguato vs non adeguato; Si/No – incremento % registrato; Si/No; Si/No.
Risorse: personale socio sanitario del Distretto 6; Assistenti Sociali Comunali; personale amministrativo.

Obiettivo specifico 2: Ricomposizione e qualificazione della rete dell'assistenza domiciliare.
Intervento/Azioni: mappatura dell'offerta privata di assistenza domiciliare in ambito sociale e sanitario; individuare criteri e strumenti per selezionare soggetti qualificati (ambito sociale).
Indicatori di esito: n. di servizi privati – n. di cittadini residenti a Sesto e Cologno che usufruiscono dei suddetti servizi – rivelazione costi; istituzione Albo dei fornitori.
Tempistica: 2015-2016
Strumenti di valutazione: materiali prodotti (Mappatura e report); n. fornitori selezionati.
Range di valutazione: Si/No
Risorse: Servizi Sociali Comunali, Ufficio di Piano, Tavoli del Piano di Zona

Obiettivo specifico 3: Misura B2 - Sostenere il mantenimento al domicilio delle persone non autosufficienti.
Intervento/Azioni: Erogazione di: - Buono Sociale mensile, finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza assicurate dal caregiver familiare e/o per acquistare le prestazioni da assistente familiare impiegato con regolare contratto; - Buono finalizzato a sostenere progetti di vita indipendente di persone con disabilità fisico-motoria grave e gravissima, con capacità di esprimere la propria volontà, di età compresa tra i 18 e i 64 anni, che intendono realizzare il proprio progetto senza il supporto del caregiver familiare, ma con l'ausilio di un assistente personale autonomamente scelto e con regolare contratto. L'accesso alla misura è subordinato alla presa in carico da parte del Servizio Sociale, alla stesura del Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) valutato con modalità integrata con ASL e alla valutazione della condizione economica e reddituale del nucleo e/o della persona (ISEE), conforme al D.P.C.M. n. 159/2013.
Indicatori di esito: n. beneficiari suddivisi tra Anziani e Disabili – n. buoni erogati – valore medio del Buono;

n. progetti di vita indipendente attivati – n. buoni erogati – valore medio del Buono.
Tempistica: 2015-2016
Strumenti di valutazione: analisi risorse allocate; rilevazione numero nuovi utenti beneficiari; materiali prodotti – quadro dei punti di forza e dei punti di debolezza.
Range di valutazione: Si/No; incremento % registrato; eventuale presenza di lista di attesa/domande inevase.
Risorse 2015 stanziate con DGR 2883/14 388.857 euro, di cui 143.900 euro Cologno e 244.956 euro Sesto.

Obiettivo specifico 4: Misura B1 - Sostenere il mantenimento al domicilio delle persone in condizione di dipendenza vitale.

Intervento/Azioni:
Erogazione di:
- Buono economico mensile di 1.000 euro senza limiti di reddito per assicurare l'assistenza continuativa da parte dei familiari e/o della badante assunta con regolare contratto;
- Voucher socio-sanitario mensile, che può essere:
  - fino ad un massimo di 500 euro ai minori, con vita di relazione fortemente limitata, per sostenere progetti a carattere educativo e socializzante proposti da realtà sociosanitarie accreditate, oppure già autorizzate da Comune, ASL/Regione;
  - fino ad un massimo di 360 euro per adulti e anziani.
Dipendenza vitale: si intendono quelle persone che necessitano di assistenza continuativa e monitoraggio di carattere socio sanitario nelle 24 ore, per i bisogni derivanti dalla compromissione delle funzioni respiratorie, nutrizionali, dello stato di coscienza, privi di autonomia motoria e/o comunque bisognosi di assistenza vigile da parte di una persona per garantirne l'integrità psico-fisica.

Indicatori di esito: n. beneficiari suddivisi tra Anziani e Disabili – n. buoni erogati – valore medio del Buono; n. beneficiari suddivisi tra Anziani e Disabili – n. buoni erogati – valore medio del Voucher.
Tempistica: 2015-2016
Strumenti di valutazione: analisi risorse allocate; rivelazione n. nuovi utenti beneficiari.
Range di valutazione: Si/No; incremento % registrato; eventuale presenza di lista di attesa/domande inevase.
Risorse 2015 stanziate con DGR 2655/14

Promuovere l'inclusione scolastica degli alunni con disabilità

Quadro critico:

- aumento della richiesta di supporto educativo a favore degli alunni disabili a carico degli Enti Locali a fronte della diminuzione delle risorse allocate, a livello nazionale, per gli insegnanti di sostegno;
- aumento del numero di alunni che presentano "Bisogni Educativi Speciali" (BES)[1];
- aumento dei minori con disturbi specifici dell'apprendimento (DSA);
- presenza di patologie per le quali non è previsto il riconoscimento di invalidità;
- presenza di un numero significativo di minori con patologie molto gravi che necessitano di elevati livelli di assistenza e di interventi sociali e sanitari;
- aumento del numero di minori stranieri disabili e maggiore difficoltà a costruire un'interlocuzione con la famiglia. Nelle classi primarie, si colloca la maggioranza dei casi di richiesta di accertamento handicap ai fini dell'integrazione scolastica: la percentuale di stranieri valutati è pari al 39% dei casi, soprattutto riferita a minori nati in Italia;
- resistenza, da parte di alcune famiglie, a richiedere la certificazione di invalidità, rinunciando così alle opportunità di sostegno;
- elevato turnover e assegnazione, ad anno scolastico avviato, del personale di sostegno;
- carenza di percorsi individuali di orientamento scolastico in merito alle offerte formative del territorio nel passaggio da un ordine all'altro, in particolare alle scuole superiori;
- limiti e difficoltà degli attuali modelli organizzativi nel rispondere adeguatamente alle esigenze poste dall'inserimento scolastico degli alunni con disabilità grave;
- disomogeneità nelle modalità di costruzione dei PEI da parte degli Istituti Scolastici e sottoutilizzo dello stesso quale strumento di integrazione tra il progetto didattico e il progetto di vita;
- carenza di opportunità di formazione e aggiornamento del personale scolastico su metodi di intervento, anche sulla base delle nuove ricerche scientifiche.

Bisogni rilevati:

- accoglienza e integrazione nel contesto scolastico attraverso soluzioni organizzative efficaci, personalizzate e continuative nei diversi ordini di scuola;
- rinforzo e potenziamento delle competenze degli operatori dei servizi mediante interventi di mediazione linguistica e culturale.

Rappresentazione del sistema d'offerta:

Servizio di assistenza educativa presso le scuole dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado, UONPIA, Pediatri, Ufficio Scolastico Regionale; Istituti scolastici del territorio.

[1] L'espressione "Bisogni Educativi Speciali" (BES) è entrata nel vasto uso in Italia dopo l'emanazione della Direttiva ministeriale del 27 dicembre 2012 "Strumenti di intervento per alunni con Bisogni Educativi Speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica". La Direttiva stessa ne precisa succintamente il significato: "L'area dello svantaggio scolastico è molto più ampia di quella riferibile esplicitamente alla presenza di deficit. In ogni classe ci sono alunni che presentano una richiesta di speciale attenzione per una varietà di ragioni: svantaggio sociale e culturale, disturbi specifici di apprendimento e/o disturbi evolutivi specifici, difficoltà derivanti dalla non conoscenza della cultura e della lingua italiana perché appartenenti a culture diverse".

	Sesto San Giovanni		Cologno Monzese		Ambito	
N. alunni in carico	2013/14	2014/15	2013/14	2014/15	2013/14	2014/15
Scuola dell'infanzia	12	18	18	15	30	33
Scuola Primaria	54	62	22	42	76	104
Secondaria di I grado	32	50	35	34	67	84
Totale alunni	98	130	75	91	173	221
Totale ore assegnate	580	716	569	638	1.149	1.354

Azioni:

- sostenere e potenziare i progetti di supporto educativo mirati a favorire la piena inclusione scolastica dei minori disabili;
- sperimentare modelli organizzativi innovativi per favorire l'accoglienza della disabilità grave nella scuola;
- favorire lo scambio e il confronto tra le diverse esperienze, realizzate nei contesti scolastici, maturate nell'ambito dell'inclusione dei minori disabili;
- promuovere azioni finalizzate al rinforzo delle competenze e aggiornamento del personale scolastico;
- individuare strategie per rendere maggiormente omogenei ed efficaci i PEI;
- sostenere gli alunni disabili e le famiglie con attività di orientamento, al fine di garantire un passaggio accompagnato ed adeguato da un ciclo di scuola ad un altro.

Risorse economiche utilizzate:

- bilanci comunali;
- risorse regionali;
- organizzazioni del territorio;
- bandi di finanziamento.

	Anno Scolastico 2013/14	Anno Scolastico 2014/15
Sesto (costo appalto)	€ 358.594,00	€ 471.583,00
Cologno (costo appalto)	€ 350.325,00	€ 420.00,00
Totale Ambito	€ 708.919,00	€ 891.583,00

Risorse professionali: educatori, psicologici, personale amministrativo, personale sanitario.

Network attivi sul territorio:
Comune di Sesto San Giovanni, Comune di Cologno Monzese, Istituti scolastici del territorio, Cooperativa Sociale Icaro 2000, Associazione l'Arcobaleno, UONPIA, ASL Milano, Codess.

Obiettivo specifico 1: Aumentare il livello di integrazione e di coordinamento degli interventi per la promozione del diritto allo studio e all'integrazione scolastica degli alunni disabili.
Intervento/Azioni: diffusione e condivisione, con i Servizi Sociali territoriali e con gli attori della rete, dei dati e dei bisogni rilevati da ASL attraverso il Collegio per l'accertamento

dell'alunno disabile; sottoscrizione "Accordo di Programma per la promozione del diritto allo studio e dell'integrazione scolastica degli alunni disabili" in fase di elaborazione; partecipazione agli organi di gestione individuati nel suddetto Accordo.
Indicatori di esito: dati e analisi comparata (con Distretto 7); attuazione Accordo di Programma; monitoraggio processo/prodotti.
Tempistica: 2015-16-17
Strumenti di valutazione: report dati; materiali prodotti – analisi punti di forza e punti di debolezza; report riunioni.
Range di valutazione: Si/No
Risorse: personale tecnico e amministrativo del Comune di Sesto San Giovanni, Dirigenti scolastici del territorio, UONPIA, ASL Distretto 6, Associazioni e organizzazioni del territorio.

Obiettivo specifico 2: Favorire la piena inclusione del minore con disabilità grave nel contesto scolastico.
Intervento/Azioni: Monitorare l'attivazione, in via sperimentale, di nuove modalità di accoglienza per i bambini con disabilità grave.
Indicatori di esito: sperimentazione del modello.
Tempistica: 2016-2017
Strumenti di valutazione: materiali prodotti; verbali; accordi.
Range di valutazione: Si/No
Risorse FNPS (residui 2014): 10.000 euro

Prevenire il fenomeno delle dipendenze

Le presenti priorità di intervento sono state elaborate dal Comitato Rete Locale per la Prevenzione del Dipartimento Dipendenze della ASL di Milano, costituito in seguito alla pubblicazione della Deliberazione 1287 del 05.08.2010. Il Comitato è un organismo collegiale a carattere consultivo, presieduto dal Direttore di Dipartimento e coordinato dal referente dipartimentale della prevenzione. E' composto da tutti i soggetti, pubblici e privati, che hanno titolo a valorizzare una rete territoriale unitaria sul tema della prevenzione delle dipendenze e dei comportamenti additivi in genere.
Il Comitato ha compiti di consolidare i rapporti di collaborazione interistituzionale, attivare un livello formalizzato di confronto sul tema della prevenzione delle dipendenze, garantire un lavoro di analisi dei bisogni e l'individuazione di proposte strategiche per la programmazione, nonché l'utilizzo di evidenze di efficacia negli interventi di prevenzione. Partecipano ai lavori i rappresentanti di: ASL – Dipartimento di Prevenzione – Servizio Medicina Preventiva di Comunità; ASL – Dipartimento ASSI – Servizio Famiglia; ASL – Dipartimento Dipendenze – Ufficio Prevenzione specifica; Provincia di Milano; Comune di Milano – Ufficio di Piano; Ambito Territoriale di Cinisello Balsamo – Ufficio di Piano; Ambito Territoriale di Sesto San Giovanni – Ufficio di Piano; Ufficio Scolastico Territoriale; Prefettura di Milano.
Gli obiettivi di seguito riportati, sia quelli generali sia quelli specifici, sono assunti dal Piano Locale per la Prevenzione di ASL Milano.

Obiettivo: Prevenzione al fenomeno delle dipendenze da sostanze legali e illegali

Quadro critico[2]

- precocizzazione dell'utilizzo e dell'iniziazione ad alcool e droghe con conseguente aumento del rischio per la salute;
- progressiva diffusione del consumo e del poli-consumo di sostanze nelle fasce giovanili della popolazione, in contesti di normalità e con scarsissima consapevolezza del rischio;
- sottovalutazione dei rischi connessi all'uso e all'abuso;
- forte prossimità dei giovani con la disponibilità di droghe;
- i social network e i nuovi media stanno accelerando ulteriormente il processo di sdoganamento, di normalizzazione e diffusione delle droghe fra i cosiddetti "nati nell'era digitale" (meno influenzati/bili su questi argomenti dai processi educativi classici della famiglia, della scuola e dei media tradizionali), facilitandone l'accesso (in termini di acquisto e consumo) (Prevo. Lab 2010);
- diffusione dell'uso e dell'abuso di sostanze in differenti contesti socio economici e culturali;
- tendenza a non riconoscersi come consumatori problematici;
- aumenta il numero di giovani, in particolare nella fascia di età 15-19 anni, che consuma sostanze "sconosciute" e assume psicofarmaci senza prescrizione medica (Fonte: Consiglio Nazionale delle Ricerche, 2014);
- ritardo, da parte dei consumatori, nel richiedere aiuto e prestazioni di cura e riabilitazione;

[2] Per la costruzione del quadro conoscitivo si è fatto riferimento ai dati contenuti nel"Piano Locale di prevenzione 2013-2014" – ASL Dipartimento dipendenze e al Rapporto di Ricerca 2012 – Generazione 20.10: comportamento di salute, contesti di vita e livelli di benessere degli studenti lombardi. Indagine Health Behaviour in school-aged Children (HBSC) Lombardia: stili di vita e salute degli studenti di 11,13 e 15 anni, a cura di Eupolis Lombardia e ORED Osservatorio regionale sulle dipendenze.

- i dati del contesto milanese risultano molto elevati, il capoluogo lombardo si attesta su valori circa doppi rispetto alla media nazionale per cannabinoidi e cocaina, e oltre tripli per amfetamine e allucinogeni;
- dalla lettura del rapporto di ricerca "Generazione 20.10: comportamento di salute, contesti di vita e livelli di benessere degli studenti lombardi 11,13 e 15 anni", si evidenzia:
    - il consumo di alcolici è un comportamento largamente diffuso nella popolazione esaminata: il 53,2% del campione ha dichiarato di aver bevuto un alcolico almeno 1 volta nella propria vita. La maggior parte dei giovani consuma alcolici nel weekend. Sono i maschi a bere più delle femmine, indipendentemente dalla fascia d'età considerata;
    - la bevanda più consumata è rappresentata dagli alcolpop (si intendono quelle bevande con gradazione alcolica compresa tra i 4 e i 7 gradi, spesso al gusto di frutta, a volte gassate), assunta almeno 1 volta dal 33,2%, seguita da birra (32%), "altri alcolici" (29,2%) e vino (28,3%). I superalcolici registrano percentuali più basse (20,9%);
    - la frequenza di consumo di tutte le sostanze aumenta con l'età;
    - nel confronto tra la rilevazione del 2007/08 e quella del 2009/10, è possibile rilevare una diminuzione dei ragazzi che dichiarano di essersi ubriacati (il 18,4% nel 2007/08 contro il 14,4% del 2009/10) e un calo parallelo della frequenza di consumo. Tale diminuzione è maggiormente rilevabile tra gli undicenni, in particolare i maschi, e i tredicenni;
    - il 10,8% del campione dichiara di aver assunto cannabis almeno 1 volta nella propria vita. In particolare, si evidenzia che il 3,7% dei giovani dichiara di averlo fatto 1-2 volte, il 3,4% 3-9 volte, il 2,8% 10-30 volte e lo 0,9% afferma di assumerne quotidianamente. La percentuale di chi dichiara di aver utilizzato tale sostanza cresce dal 2,9% a 13 anni al 20,9% a 15 anni;
    - il 6,7% dei quindicenni dichiara di aver fatto uso di almeno una delle sostanze di seguito elencate: ecstasy, stimolanti, eroina, medicine per sballarsi, cocaina, colla, lsd, funghi allucinogeni, ketamina, ghb, popper. Tra le sostanze indicate, quelle maggiormente utilizzate dagli adolescenti risultano essere la colla e i funghi allucinogeni;
    - per completare il panorama del consumo di sostanze, è stato indagato anche l'uso di doping. Il 2% degli adolescenti ha dichiarato di farne uso: 1,1% 1 volta, lo 0,6% più di 1 volta e lo 0,3% spesso. I pochi soggetti che affermano di essere coinvolti in questo tipo di condotta si distribuiscono equamente tra maschi e femmine;
    - gli adolescenti più coinvolti nell'uso di droghe sono quelli che hanno un maggior numero di amici che le consumano.

Bisogni rilevati:

- bisogno, anche non espresso, di sviluppare competenze che favoriscano un migliore adattamento al contesto di vita e il fronteggiamento di momenti difficili (aumentare la capacità di resistenza alle pressioni del gruppo; imparare ad agire una comunicazione efficace tra pari e con gli adulti; elaborare soluzioni per fronteggiare i problemi);
- maggiore diffusione di consapevolezza in merito ai rischi legati al consumo (uso e abuso).

Azioni:

- contrastare i fattori di rischio e promuovere i fattori di protezione individuati dalla letteratura scientifica, attraverso la realizzazione di progetti di prevenzione primaria e di lotta al fenomeno delle dipendenze da sostanze legali e illegali che prevedono la realizzazione di training mirati all'incremento delle Life skills, in coerenza con le direttive dell'Osservatorio Europeo sulle Dipendenze e Tossicodipendenze, le linee guida regionali di cui alla DGR 6219 del 19.12.2007 e con la DGR 1999/2011. Nella progettazione di interventi e azioni, dovranno essere utilizzati modelli teorici di provata efficacia scientifica e strumenti di valutazione validati;
- promuovere la salute nella scuola (dalle scuole dell'infanzia alla scuola secondaria di primo grado), incrementando la capacità degli insegnanti di costruire percorsi di promozione di stili di vita sani, attraverso il potenziamento delle Life Skills, da integrare con l'attività curriculare.

Risorse economiche utilizzate:

- ASL;
- Regione Lombardia.

Risorse professionali:
educatori, psicologi, insegnanti.

Network attivi sul territorio:
ASL – Dipartimento di Prevenzione – Servizio Medicina Preventiva di Comunità; ASL – Dipartimento ASSI – Servizio Famiglia; ASL – Dipartimento Dipendenze – Ufficio Prevenzione specifica; Amministrazioni comunali; Cooperativa Lotta Contro L'Emarginazione, Istituti Scolastici del territorio.

Obiettivo specifico 1: Evitare e/o innalzare l'età del primo consumo delle droghe legali e illegali fra gli studenti delle scuole secondarie di primo grado del territorio, potenziando le risorse individuali degli studenti e formando gli insegnanti.
Intervento/Azioni: Proporre alle scuole secondarie di primo grado del Distretto 6 l'adozione del LST – LIFESKILLS TRAINING LOMBARDIA – ASL MILANO. Il progetto ha come obiettivo generale quello di sperimentare l'utilizzo, a livello territoriale, di un programma di provata efficacia, con l'obiettivo di evitare e/o innalzare l'età del primo consumo delle droghe legali ed illegali fra gli studenti delle scuole secondarie di primo grado del territorio. La letteratura di settore evidenzia come l'innalzamento dell'età del primo consumo favorisca, quindi, la riduzione della domanda e del consumo di droghe lecite e illecite nella fascia di età giovanile, riducendo nettamente le probabilità di un uso continuativo e problematico. Il progetto intende diffondere l'utilizzo del Lifeskills Training Programm (Botvin et al., 1991) per sviluppare e potenziare le risorse individuali degli studenti, utili per affrontare le sfide della vita in modo efficace. Le abilità a cui si fa riferimento, sono: problem solving, abilità sociali, sviluppo del pensiero critico, assertività, gestione della rabbia e dell'ansia, miglioramento dell'immagine di sé, informazioni sul tema delle sostanze. La sperimentazione, inoltre, prevede di formare gli insegnanti quali figure stabili di riferimento all'interno della scuola che possano favorire un cambiamento del contesto in cui sono inseriti gli studenti, con un coinvolgimento di almeno il 75% delle classi

prime delle scuole che aderiscono al progetto stesso. Nella realizzazione della sperimentazione, la ASL di Milano è coinvolta in rete con tutte le altre AASSLL regionali.
Indicatori di esito: n. scuole contattate; n. scuole aderenti; n. docenti partecipanti al programma LST Lombardia.
Tempistica: 2015 - 2017
Strumenti di valutazione: Registrazione esiti
Range di valutazione: Si/No
Risorse: Piano Locale per la prevenzione; Distretto 6 ASL; ASL Milano.

Obiettivo specifico 2: Prevenire, in ambito scolastico, l'uso di sostanze sulla base del modello dell'influenza sociale, che mira a migliorare il benessere dei ragazzi potenziando le loro abilità personali e sociali.
Intervento/Azioni: Proporre alle scuole secondarie di secondo grado del Distretto 6 il programma UNPLUGGED - ASL MILANO. Unplugged è un programma di prevenzione in ambito scolastico dell'uso di sostanze basato sul modello dell'influenza sociale, volto a migliorare il benessere e la salute psicosociale dei ragazzi attraverso il riconoscimento e il potenziamento delle abilità personali e sociali necessarie per gestire l'emotività e le relazioni sociali e per prevenire e/o ritardare l'uso di sostanze. Gli obiettivi specifici del progetto, sono: favorire lo sviluppo e il consolidamento di competenze interpersonali; sviluppare e potenziare le abilità interpersonali; correggere le errate convinzioni dei ragazzi sulla diffusione e l'accettazione dell'uso di sostanze psicoattive, nonché sugli interessi legati alla loro commercializzazione; migliorare le conoscenze sui rischi dell'uso di tabacco, alcol e sostanze psicoattive e sviluppare un atteggiamento non favorevole alle sostanze.
Indicatori di esito: n. scuole contattate; n. scuole aderenti; n. studenti coinvolti nelle attività.
Tempistica: 2015 - 2017
Strumenti di valutazione: rilevazione dati
Range di valutazione: Si/No
Risorse: Piano Locale per la prevenzione; Distretto 6 ASL; Dipartimento Dipendenze ASL Milano.

Obiettivo specifico 3: Aumentare il livello di competenza degli operatori pubblici e privati del territorio nella progettazione e gestione di interventi volti ad incrementare le Life Skils.

Intervento/Azioni: Promuovere, in collaborazione con il Dipartimento Dipendenze ASL Milano, uno o più percorsi formativi ad hoc su programmi di promozione delle competenze (Life e Soft Skills) rivolto agli operatori del territorio.
Indicatori di esito: n. corsi attivati; n. partecipanti; customer satisfaction.
Tempistica: 2015-2016
Strumenti di valutazione: materiali prodotti; livello di adesione all'iniziativa.
Range di valutazione: Si/No
Risorse da FNPS anno 2015: 5.000 euro

Obiettivo: Informazione, sensibilizzazione, formazione e prevenzione in tema di Gioco d'Azzardo Patologico (GAP)

Quadro Critico:
Il gioco d'azzardo patologico è un disturbo del comportamento che, anche se rientra tuttora nella categoria diagnostica dei disturbi ossessivo-compulsivi, ha in realtà una grande attinenza con la tossicodipendenza, tanto da rientrare nell'area delle cosiddette "dipendenze senza sostanze". Il giocatore patologico, infatti, mostra una crescente dipendenza nei confronti del gioco, aumentando la frequenza delle giocate, il tempo passato a giocare, la somma spesa nel tentativo di recuperare le perdite, investendo più delle proprie possibilità economiche e trascurando i normali impegni delle vita per dedicarsi al gioco. In Italia sta assumendo dimensioni amplissime che investono ogni sfera del vivere delle famiglie. Si è passati da 17,32 miliardi di euro giocati nel 2002 a ben 61,4 miliardi giocati nel 2010, a fronte di una contrazione dei consumi in tutti gli altri settori e in un periodo difficile di crisi economica, occupazionale, ecc.
In Italia i dati disponibili segnalano una prevalenza di gioco patologico nel corso della vita pari al 1%, mentre il 5% della popolazione appare a rischio di sviluppo della patologia.
Nella popolazione studentesca la percentuale di soggetti con gioco d'azzardo problematico appare maggiore (10%), come anche la presenza di forme già patologiche (5%).
La Lombardia si colloca, nel panorama nazionale, tra i primi posti per diffusione di questa patologia: si cita il caso più eclatante della provincia di Pavia, che con 2.125 euro giocati pro capite, è al primo posto in Italia.
I dati mostrano un fenomeno in rapido e consistente incremento. Infatti, in soli due anni, gli utenti seguiti per gioco d'azzardo dai Servizi ambulatoriali per le dipendenze (Ser.t.) sono passati da 866 a 1.477, con un incremento del 70% circa (flussi sociosanitari regionali, dati 2012). Da sottolineare che il 71% degli utenti sono uomini, il 29% donne e il 53% si colloca nella fascia d'età tra i 30 ed i 54 anni. Si evidenzia che la fascia d'età più numerosa per le donne è quella superiore a 65 anni.
I sempre maggiori introiti percepiti dall'industria del gioco - da 24,8 miliardi di euro nel 2004 a 87,1 miliardi di euro nel 2012[3] - dimostrano il *trend* di crescita del fenomeno. A questo si aggiunge il mercato del gioco *online,* che riserva per il futuro un possibile margine di sviluppo[4].

[3] Fonte AAMS - Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato.
[4] Il gioco online in Italia: un mercato già maturo? Osservatorio gioco online ICT & Management, Politecnico di Milano, aprile 2013.

Azioni:

- sensibilizzazione e informazione della popolazione. L'azione si concretizza mediante l'organizzazione, da parte delle ASL, di interventi di prevenzione specifici in contesti scolastici, nel mondo del lavoro e presso gli ambiti di aggregazione. Si prevede l'organizzazione d'invertenti di sensibilizzazione rivolti alla popolazione indirizzati alla diffusione e alla conoscenza del fenomeno. Si prevedono attività finalizzate a fornire informazioni alla cittadinanza sui trattamenti di cura esistenti e i gruppi di auto mutuo aiuto;
- accoglienza, presa in carico e cura dei soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico. Gli interventi si concretizzano attraverso percorsi psicodiagnostici, consulenza sanitaria, trattamenti psicologici individuali e/o di gruppo, tutoraggio economico.

Risorse economiche utilizzate:

- ASL e Regione Lombardia;
- famiglie.

Risorse professionali:
educatori, psicologi, operatori sociali.

Network attivi sul territorio:
ASL – Dipartimento di Prevenzione – Servizio Medicina Preventiva di Comunità; ASL – Dipartimento ASSI – Servizio Famiglia; ASL – Dipartimento Dipendenze – Ufficio Prevenzione specifica; Amministrazioni comunali; Cooperativa Lotta Contro L'Emarginazione; Istituti Scolastici del territorio; Amministrazioni locali; Associazioni di categoria.

Obiettivo specifico 1: Informare e sensibilizzare i cittadini sul tema del Gioco d'Azzardo Patologico, con particolare attenzione alle caratteristiche del fenomeno e ai rischi connessi.
Intervento/Azioni: Iniziativa pubblica rivolta alla popolazione.
Indicatori di esito: realizzazione iniziativa; partecipanti.
Tempistica: 2015-2016
Strumenti di valutazione: materiali prodotti; foglio presenza.
Range di valutazione: Si/No
Risorse: personale ASL e personale Amministrazioni comunali.

Obiettivo specifico 2: Aumentare le competenze degli operatori pubblici e privati in merito al GAP.
Intervento/Azioni: Percorso formativo rivolto agli operatori dei servizi pubblici e privati che nella loro attività possono incontrare tale problematica; a partire dai dati epidemiologici e di contesto, sarà individuato uno specifico target di operatori.
Indicatori di esito:

realizzazione di almeno 1 percorso formativo; n. partecipanti; adesione al percorso.
Tempistica: 2015-2017
Strumenti di valutazione: materiali prodotti; foglio presenza.
Range di valutazione: Si/No e %
Risorse: personale ASL e personale Amministrazioni comunali.

Obiettivo specifico 3: Realizzare progetti di prevenzione e di contrasto alle forme di dipendenza da Gioco d'Azzardo Patologico.
Intervento/Azioni: A seguito della manifestazione di interesse presentata ai sensi della Decreto D. G. Territorio 11729 del 4.12.2014, partecipazione al bando di prossima pubblicazione.
Indicatori di esito: progetti presentati; progetti finanziati.
Tempistica: 2015-2017
Strumenti di valutazione: graduatoria di merito.
Range di valutazione: Si/No
Risorse: messe a bando da soggetti pubblici e privati.

Promozione della salute

Sono numerose le evidenze scientifiche che indicano come i comportamenti individuali non corretti possano agire in modo importante nello sviluppo di condizioni patologiche come le malattie cardiovascolari, i tumori e il diabete. I Piani Sanitari, nazionali e regionali, ormai da anni riportano tra gli obiettivi la promozione di comportamenti e stili di vita in grado di favorire la salute, soprattutto nei confronti di gruppi sociali più a rischio: l'obiettivo è di attivare nella popolazione modificazioni dei fattori, legati agli stili di vita, che possono determinare la comparsa di patologie.
Nel 1986, la Carta di Ottawa per la Promozione della Salute e l'Organizzazione Mondiale della Sanità riconoscono le Life Skills come competenze necessarie alle persone per fare scelte orientate alla salute e apprendere lungo tutto l'arco della vita. Il termine viene generalmente riferito ad una gamma di abilità cognitive, emotive e relazionali di base, che consentono alle persone di operare con competenza, sia sul piano individuale sia su quello sociale.

Quadro critico:

- il fumo è un importante fattore di rischio per numerose patologie tumorali, respiratorie e circolatorie ed è considerato dall'OMS la prima causa di morte evitabile. Provoca, inoltre, una forte dipendenza e danneggia la salute anche delle persone che non fumano. Negli ultimi anni si assiste ad aumenti considerevoli di consumo nel periodo preadolescenziale;
- è confermato da molteplici ricerche che un'attività fisica di moderata intensità, svolta in modo regolare, agisce come fattore protettivo nei confronti di numerose patologie molto diffuse;
- le abitudini alimentari scorrette e l'obesità rivestono un problema di grande rilevanza sociale ed economica, in quanto costituiscono fattori di rischio di numerose patologie. L'aspetto più preoccupante riguarda le giovani generazioni: l'obesità infantile rappresenta, infatti, un fattore predittivo di obesità nell'età adulta e predispone a patologie di natura cardiocircolatoria;
- lo stile di vita sedentario contribuisce allo sviluppo di malattie dell'apparato muscolo-scheletrico, cardiovascolari, diabete, ipertensione e obesità;
- isolamento e demotivazione nella popolazione anziana spesso concorrono a generare sindromi depressive e ansiose, per le quali si ricorre a un elevato consumo di farmaci;
- cattive abitudini alimentari (scarso consumo di frutta e verdura), particolarmente accentuate dalla crisi economica.

Per un maggior approfondimento circa gli stili di vita e le condizioni di salute della popolazione, si consiglia di consultare i seguenti documenti:

- Generazione 20.10: comportamento di salute, contesti di vita e livelli di benessere degli studenti lombardi. Indagine Health Behaviour in school-aged Children (HBSC) Lombardia: stili di vita e salute degli studenti di 11,13 e 15 anni, a cura di Eupolis Lombardia e ORED Osservatorio Regionale sulle Dipendenze. La ricerca offre un interessante spaccato sulla popolazione giovanile, gli item individuati riguardano: contesti (familiare, scolastico, amicale), relazioni personali e benessere, scelte, comportamenti e abitudini (attività fisica, alimentazione, sessualità, violenza, bullismo, consumo di sostanze, fruizione dei media);

- Documento di Programmazione dei Servizi sanitari e socio sanitari DPCS 2015 - ASL Milano.

Bisogni rilevati:
- maggiore consapevolezza circa i fattori di rischio e di protezione;
- agire comportamenti orientati alla salute;
- corretta e puntuale rilevazione degli stati di salute per prevenire le fragilità;
- bisogno, anche non espresso, di sviluppare competenze che costituiscano fattori protettivi;
- invecchiamento in salute.

Azioni:
- promuovere interventi di promozione della salute basati sull'empowerment di comunità e sull'educazione tra pari;
- migliorare il benessere e la salute dei bambini e degli adolescenti tramite l'apprendimento di abilità e competenze utili per affrontare varie situazioni, anche di fronte all'imprevisto o a situazioni di forte stress emotivo (es. perdita di una persona cara, disoccupazione, insuccesso scolastico o professionale, fallimento in campo affettivo, ecc);
- promuovere la salute nella scuola (dalle scuole dell'infanzia alla scuola secondaria di primo grado), incrementando la capacità degli insegnanti di costruire percorsi di promozione di stili di vita sani, attraverso il potenziamento delle Life skills da integrare con l'attività curriculare;
- fornire una adeguata alfabetizzazione alla salute delle persone in età avanzata;
- attivare incontri sui temi dell'alimentazione corretta, sicurezza domestica e uso adeguato dei farmaci e incentivare corsi di educazione al movimento;
- sostenere una programmazione integrata coinvolgendo tutti i soggetti che, a diverso titolo, promuovono il benessere della popolazione.

Risorse economiche utilizzate:
- bilanci comunali (Settore Sociale, Sport, Cultura);
- ASL Milano, Distretto 6, MMG, Pediatri;
- bandi di finanziamento (da ricercare) e Agenzie del territorio private.

Risorse professionali:
Equipe servizi Sociali comunali (Area Anziani); operatori comunali dei Settori Sport e Cultura; personale educativo, sanitario e psicologico impiegato nelle agenzie del territorio.

Network attivi sul territorio:
Comune Sesto San Giovanni, Comune Cologno Monzese, ASL Milano, Società e associazioni sportive, Agenzie private del territorio, Istituti scolastici del territorio, Farmacie Comunali.

Obiettivo specifico 1: Promuovere opportunità di movimento e di aggregazione, con particolare riferimento alla popolazione anziana.
Intervento/Azioni: Consolidamento dell'attività dei gruppi di cammino organizzati da ASL Milano. Sostenere interventi di promozione della salute verso questa parte di

popolazione ha come principale obiettivo il mantenerne il più a lungo possibile il benessere psicofisico, preservandone l'autonomia. Le cadute rappresentano il più frequente incidente nella popolazione anziana, con gravità crescente all'aumentare dell'età. Una costante attività fisica si configura come ottimo strumento preventivo per mantenere autonomia e mobilità, anche in presenza di malattie cronico-degenerative.
Indicatori di esito: n. gruppi; n. anziani coinvolti.
Tempistica: 2015-2017
Strumenti di valutazione: raccolta dati
Range di valutazione: Si/No
Risorse: Distretto 6 e volontari

Obiettivo specifico 2: Aumentare il livello di consapevolezza circa gli stili di vita sani in tutte le fasce di età.
Intervento/Azioni: Sviluppo di specifiche azioni di sanità pubblica concordate con la Conferenza dei Sindaci e con gli stakeholders nelle diverse aree (educazione alimentare, salute nei luoghi di lavoro, salute della popolazione anziana, counseling vaccinale, altri).
Indicatori di esito: n. iniziative realizzate e tematiche approfondite/affrontate; collaborazioni attivate; n. di partecipanti.
Tempistica: 2015-2017
Strumenti di valutazione: raccolta dati
Range di valutazione: Si/No
Risorse: ASL Milano, Distretto 6, personale comunale e delle organizzazioni del territorio (Tavoli tematici del Piano di Zona).

Obiettivo specifico 3: Consolidamento dell'attività di promozione della salute nelle tematiche dell'affettività e della sessualità.
Intervento/Azioni: Visite presso i Consultori Familiari da parte delle scuole del territorio.
indicatori di esito: n. classi coinvolte e n. studenti visitatori; ordini di scuola coinvolti.
Tempistica: 2015-2017
Strumenti di valutazione: raccolta dati
Range di valutazione: Si/No Incremento rispetto al triennio precedente.
Risorse: Distretto 6, Istituti scolastici del territorio.

Politiche per la tutela dei minori

Il Servizio Sociale imposta i propri interventi con la finalità di promuovere il benessere dei minori e delle famiglie, in un'ottica di tutela dell'infanzia.
Per definire esattamente il fenomeno della tutela minori, si è stabilito di adoperare il criterio giuridico: sono sottoposti a tutela i minori per i quali l'Autorità Giudiziaria (Tribunale per i Minorenni e/o Tribunale Ordinario) ha prescritto un intervento con un provvedimento civile, amministrativo o penale, di carattere provvisorio o definitivo. Oltre a definire quali sono gli interventi che devono essere attivati a favore di un minore e degli esercenti la potestà genitoriale, un provvedimento può prevedere gradi più o meno elevati di limitazione della potestà genitoriale, attraverso lo strumento dell'affido all'Ente del minore in particolari aree in cui i suoi diritti devono essere garantiti. Questo significa che le decisioni, negli specifici campi definiti dall'AG che riguardano i minori soggetti a provvedimento, vengono esercitate dal Servizio dell'Amministrazione Comunale che ha in carico il caso. Condizioni maggiormente ablative della potestà genitoriale, come ad esempio la decadenza, vengono decretate solo a seguito di valutazioni di gravissimo pregiudizio per i minori, associate a una valutazione di mancanza di margini di recuperabilità della funzione genitoriale.
L'Autorità Giudiziaria può emanare un provvedimento civile, penale o amministrativo, col quale dà mandato al Servizio di compiere una delle seguenti azioni:

- indagine psicosociale sul nucleo a partire da una segnalazione pervenuta alla Procura della Repubblica, a seguito della quale la stessa richiede un approfondimento che permetta di valutare l'apertura di un procedimento o l'archiviazione, ma non necessariamente l'assenza di utilità di interventi a favore del nucleo familiare;
- intervento specifico su uno o più aspetti della vita del minore, dei suoi genitori e della sua famiglia allargata. Tale intervento può essere associato a una procedura di affidamento all'Ente stesso, qualora l'AG ritenga che i genitori non siano in grado di prendersi adeguatamente cura del minore nelle aree specificate.

Anche se numericamente i minori in tutela rappresentano solo una quota dei minori in carico, molte delle risorse (economiche e professionali) del Servizio Sociale sono impegnate nel trattamento di questi casi - le risorse psicologiche ed educative in dotazione al Servizio si occupano, quasi ed esclusivamente, di minori in tutela.

	Sesto San Giovanni			**Cologno Monzese**		
Anni	**Nuclei con provv. A.G.**	**Totale**	**% sul totale in carico**	**Minori con provv. A.G.**	**Totale**	**% sul totale in carico**
2009	258	695	37,1	136	454	30
2011	242	570	42,5	126	484	26
2014	270	745	36,2	154	530	29,1

La tutela minori è un'area di intervento ad elevata integrazione socio sanitaria. Sotto il profilo della responsabilità e della presa in carico, rientrano nella competenza della ASL gli interventi di prevenzione, diagnosi, cura e assistenza sanitaria e socio sanitaria, compresa l'assistenza psicologica, la psicoterapia e il recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abuso, con particolare attenzione

ai percorsi clinici di valutazione psicodiagnostica e di intervento terapeutico realizzati con il coinvolgimento di tutte le unità di offerta del Distretto sociosanitario e/o degli altri servizi sanitari specialistici, accreditati o dell'Azienda Ospedaliera.

Con l'Accordo di Programma per l'attuazione del Piano di Zona per il triennio 2009/11, l'Ambito territoriale di Sesto San Giovanni e la ASL di Milano si sono impegnati a ricercare e mettere in atto percorsi concreti di collaborazione finalizzati all'integrazione socio sanitaria, in particolare concernente situazioni relative a minori sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria Minorile e/o Ordinaria. A seguito di ciò, con il Protocollo Operativo sottoscritto nel febbraio 2012, hanno provveduto a disciplinare le modalità di attuazione dell'integrazione socio sanitaria nell'ambito delle prestazioni a tutela dei minori.

Di seguito, una breve schematizzazione del percorso di integrazione socio sanitaria previsto nel Protocollo, che ha come obiettivo la necessaria e fattiva collaborazione tra il Servizio Minori/Adulti e Famiglia del Comune di Sesto San Giovanni e il Servizio Famiglia Dipartimento ASSI dell'ASL Milano, in un'ottica di una reale collaborazione relativamente all'erogazione di prestazioni a tutela dei minori.

Quadro critico: l'aggravarsi del fenomeno

- nel triennio il numero dei minori in tutela è leggermente diminuito, ma i casi sono sempre più complessi e partono dalla rilevazione di condizioni ed eventi di gravità più elevata che in passato. Aumentano le segnalazioni e le richieste di indagine che prendono le mosse da presunti episodi e condizioni di maltrattamento intrafamiliare che vedono anche il coinvolgimento di minori vittime, in questi casi, di violenza assistita. Durante lo svolgimento delle indagini psicosociali emerge, di frequente, la presenza di lunghi processi di degrado delle relazioni familiari e forme di manifestazione psicopatologica/psichiatrica di media e grave entità (disturbi psicotici, disturbi di personalità borderline, disturbi della condotta di tipo aggressivo/ossessivo-compulsivo);
- negli ultimi cinque anni è aumentato il numero di provvedimenti in casi di maltrattamento e abuso (fisico e/o psicologico), così come di separazioni conflittuali, con una diminuzione consistente di prese in carico dovute a situazioni di trascuratezza. Ne consegue che i tempi di presa in carico, valutazione, progettazione e attivazione degli interventi aumentano considerevolmente, oltre ad avere esiti più difficilmente positivi;
- è in aumento la casistica con molteplici provvedimenti dell'A.G. (penale, amministrativo, civile) in età adolescenziale che presenta livelli elevati di multiproblematicità: coinvolgimento in reati, consumo e abuso di sostanze, insorgenza di psicopatologia grave quali i disturbi di personalità borderline, espulsione dai nuclei di origine. Gli interventi in questo campo sono spesso caratterizzati da una difficoltà nell'ottenere l'adesione al trattamento da parte dei minori e delle loro famiglie e a una difficoltà di accesso alle prestazioni di cura sanitarie. Ne risente, pertanto, la possibilità di agire in termini di tutela reale ed efficace a favore degli interessati. Infine, si segnala che il tasso di drop-out nella fase di passaggio da UONPIA e CPS è molto elevato, nonostante la presenza di un protocollo ASL;
- i servizi educativi che intervengono nell'aera tutela riportano un incremento della richiesta di interventi di sostegno educativo (individuale e di gruppo), anche per minori non interessati da alcun provvedimento (ad esempio, minori BES senza sostegno educativo).

Il rapporto con l'Autorità Giudiziaria:

- il rapporto con l'A.G. è complesso: sempre più spesso i provvedimenti assegnano al Servizio Sociale compiti impropri, quali l'allontanamento di adulti dalla propria abitazione per ragioni di protezione dei minori e degli altri componenti della famiglia, così come vengono procrastinati nel tempo interventi che si cristallizzano, nonostante i margini di recuperabilità siano ridotti o inesistenti (perdurare nel tempo di visite in Spazio Neutro/incontri protetti e osservati). Accade infine, con maggiore frequenza nel 2014, che l'Autorità Giudiziaria dia mandato al Servizio Sociale, con modalità urgenti e immediate, di eseguire allontanamenti per maltrattamenti intrafamiliari per poi richiedere indagini psicosociali per il nucleo stesso, con l'inevitabile effetto di "sporcare" il ruolo del servizio stesso e creare condizioni difficoltose per la costruzione dell'alleanza con i componenti del nucleo. In generale, questi elementi fanno valutare una sorta di "scivolamento" dei temi che dovrebbero essere affrontati nei procedimenti penali verso i procedimenti civili di tutela minori che sono di competenza del servizio sociale, affidando quindi a quest'ultimo la trattazione di questioni che il Servizio Sociale non dovrebbe affrontare.

L'accesso alle prestazioni sanitarie e il monitoraggio del Protocollo Operativo:

- dall'analisi dei dati raccolti per il monitoraggio del Protocollo Operativo emerge che, nel corso del 2014, il Servizio Minori/Adulti e Famiglia del Comune di Sesto San Giovanni[5] ha inviato 41 richieste di collaborazione al Servizio Famiglia dell'ASL Milano – dipartimento ASSI, per l'attivazione di prestazioni sanitarie riguardanti minori e/o loro familiari maggiorenni (per lo più i loro genitori), sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria. Le richieste di collaborazione hanno coinvolto 23 minori e 18 maggiorenni appartenenti a 27 nuclei familiari. Le richieste inviate, relative a genitori o familiari adulti, sono così suddivise: CPS 19%; Sert e NoA 30,5%; Consultorio Familiare 50%. Per quanto riguarda gli adulti, la tipologia di prestazioni prevalente è la valutazione/sostegno delle competenze genitoriali, seguita dalla psicodiagnosi. In merito alle prestazioni rivolte ai minori per le quali è stata richiesta la collaborazione all'ASL, la situazione è la seguente: Consultorio Familiare 60%; UONPIA 40%. La tipologia di richieste di collaborazione per i minori, vede una netta prevalenza per la psicodiagnosi. Si precisa, inoltre, che per un medesimo nucleo familiare il mandato, quindi la conseguente richiesta di prestazioni, riguarda di frequente più componenti o due adulti o adulti e minori;
- i processi di collaborazione attivati tramite il Protocollo sono valutati positivamente; il processo è ben concepito ed è un efficace strumento di lavoro. Le criticità si riferiscono invece ai tempi di attesa e all'accesso alle prestazioni, con particolare riferimento a UONPIA e CPS. I tempi di attesa in media sono di 60 giorni (minimo 15 giorni - massimo 114). Più efficace la collaborazione per le prestazioni erogate direttamente dal Consultorio. Relativamente alla psicodiagnosi, si evidenziano altre criticità, quali la limitata stabilità delle risorse professionali e la tendenza a standardizzare la durata dei percorsi di cura;
- dall'analisi dei processi di lavoro emerge un forte investimento nella fase valutativa (osservazioni prolungate, indagini, valutazione delle competenze genitoriali, ecc.) e un minor livello di efficacia sul trattamento. Anche nell'ambito della collaborazione istituzionale, c'è una maggiore disponibilità alla valutazione piuttosto che all'attivazione di un percorso di cura;
- l'area di maggiore criticità riguarda il trattamento degli adulti coinvolti nei progetti di tutela: la componente adulta del nucleo familiare deve essere trattata, altrimenti non possono essere stabilite/ristabilite condizioni che consentano al minore di essere accolto in un contesto familiare sicuro e adeguato;
- l'offerta di prestazioni sanitarie specialistiche è sottodimensionata rispetto al bisogno di cura espresso dai nuclei in carico ai Servizi Sociali comunali, in particolar modo per quanto riguarda gli adulti, ma anche per i minori. I percorsi di cura, inoltre, sono molto frammentati e parcellizzati perché riferiti a differenti soggetti e competenze (eccessiva settorializzazione).

Rappresentazione del sistema di offerta (anno 2104):

Servizio Sociale Comune di Sesto San Giovanni, Servizio Sociale Comune di Cologno Monzese, ASL Milano e Distretto 6, UONPIA, Sert, Noa, CPS Azienda Ospedaliera, Servizio SEMF Sesto San Giovanni (gestito da Coop. La Grande Casa), Servizi SEPS Cologno Monzese (Gestito dalle Coop. La Grande Casa e Spazio Giovani), Comunità per minori, Servizio Affidi "Mondi Solidali".

[5] I dati sono riferiti al solo Servizio Minori Adulti e Famiglia del Comune di Sesto San Giovanni, in quanto il monitoraggio e conseguente raccolta dati si è avviata sperimentalmete solo per il Comune Capofila.

Risorse professionali:
educatori, Assistente Sociale, psicologo e operatori dei servizi specialistici.
Le figure professionali normalmente coinvolte nella trattazione dei casi di tutela sono quelle di Assistenti Sociali, educatori e psicologi. Le risorse psicologiche ed educative sono sottodimensionate rispetto agli obiettivi di cambiamento che è necessario raggiungere nei progetti di presa in carico. Tra le conseguenze di questa condizione, c'è il sovraccarico della casistica per le Assistenti Sociali (a Sesto circa 80 casi in media in carico).

Azioni:
Sotto il profilo della responsabilità e della presa in carico della casistica, rientrano nella competenza del Comune:
- gli interventi di sostegno ai minori esposti a situazioni di pregiudizio, di disagio, di disadattamento, di devianza;
- gli interventi di superamento del disagio familiare, nonché gli interventi sociali e socio educativi per minori soggetti a provvedimenti penali, civili e amministrativi.

Gli strumenti di cui si dota il Servizio Sociale per perseguire gli obiettivi di salute dei minori e delle famiglia, sono:
- valutazione del minore e del suo contesto di vita;
- sostegno educativo e psicologico;
- sostegno alle funzioni genitoriali;
- assistenza educativa domiciliare;
- inserimento in struttura semiresidenziale;
- inserimento in comunità educative e familiari;
- sostegno economico, quando necessario;
- affido familiare;
- Spazio neutro.

Rientrano nelle competenze dell'ASL gli interventi di prevenzione, diagnosi, cura e assistenza sanitaria e socio-sanitaria, compresa l'assistenza psicologica, la psicoterapia e il recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abuso, con particolare attenzione ai percorsi clinici di valutazione psicodiagnostica e di intervento terapeutico realizzati con il coinvolgimento di tutte le unità di offerta del Distretto sociosanitario e/o degli altri servizi sanitari specialistici, accreditati. Le azioni indicate nel Protocollo di collaborazione, sono: indagine psicologica, psicodiagnosi, valutazione capacità genitoriale, sostegno psicologico, mediazione familiare, invio al CPS, al Ser.T, al Noa, alla UONPIA.

Obiettivo specifico 1: Aumentare la garanzia di accesso alle prestazioni sanitarie da parte dei minori e delle loro famiglie coinvolti nei progetti di tutela**.**
Intervento/Azioni: Monitorare, tramite lo strumento di raccolta dati del Protocollo Operativo ASL-Comuni, il fabbisogno di prestazioni sanitarie (tipologie di prestazioni richieste suddivisa per servizio specialistico) e i relativi tempi di accesso.
Indicatori di esito: riduzione dei tempi di attesa
Tempistica: 2015-2017
Strumenti di valutazione: report di monitoraggio
Range di valutazione: Si/No
Risorse da FNPS anno 2015:

Conciliazione tempi di vita e tempi di lavoro

La presente priorità è stata condivisa, oltre che dal Tavolo politiche per l'infanzia adolescenza, giovani e responsabilità familiari dell'Ambito di Sesto, con i soggetti sottoscrittori della rete locale per la Conciliazione.
Rete dei soggetti coinvolti nel "Progetto CIP – Conciliazione in pratica: La piccola e media impresa si rinnova": Città Metropolitana; Ambito di Cinisello Balsamo tramite A.S.C. Insieme per il sociale; Camera di Commercio; Associazione IRENE; Camera del Lavoro (CGIL); CISL Milano Metropoli; UIL CSP di Milano e Lombardia, UNIONE ARTIGIANI, LEGACOOP LOMBARDIA; CONFCOOPERATIVE Milano, APA CONFARTIGIANATO IMPRESE Milano, Monza e Brianza; Unione del Commercio del Turismo dei Servizi e delle Professioni della Provincia di Milano, Cooperativa La Grande Casa, Cooperativa il Torpedone; Cooperativa Famiglie e dintorni. Gli obiettivi di seguito riportati, sia quelli generali sia quelli specifici, sono assunti dal Piano Territoriale per la Conciliazione.

Quadro critico:

- aumenta la difficoltà di conciliazione delle famiglie a causa di orari di lavoro sempre più estesi, spesso articolati su sette giorni lavorativi e nelle fasce serali. Sul territorio non sono presenti servizi che prevedano aperture durante il fine settimana e la sera;
- la richiesta di accesso ai nidi comunali è difforme nei due Comuni dell'Ambito: a Sesto sono presenti consistenti liste di attesa, a Cologno no;
- aumentano le richieste di accesso alla scuola dell'infanzia, che si distribuiscono in modo disomogeneo sul territorio cittadino;
- aumento delle richieste di adesione alle attività di custodia e cura dei bambini nei periodi di sospensione del calendario scolastico, sia relativamente al numero di iscritti, sia ai tempi di permanenza;
- aumento dei nuclei monoparentali che esprimono un maggiore bisogno di supporto organizzativo e gestionale;
- diminuzione della rete parentale per la gestione dei carichi di cura;
- scarsa capacità delle famiglie di elaborare soluzioni organizzative autonome, per rispondere al bisogno di conciliazione, attraverso forme di auto mutuo aiuto;
- carenza di luoghi per l'incontro e la socializzazione tra famiglie, al fine di favorire forme di auto-organizzazione;
- atrofizzazione delle reti sociali e ridotta possibilità, da parte delle famiglie, di promuovere soluzioni gestionali autonome;
- lo stato di disoccupazione e la precarietà lavorativa rendono difficoltoso l'accesso ai servizi di conciliazione; il difficile accesso a questi servizi rende problematica la ricerca di un lavoro, in particolare quello femminile;
- difficoltà da parte delle famiglie di accedere ai servizi di conciliazione, a causa di ostacoli di tipo economico;
- scarso livello di integrazione tra offerta pubblica e privata;
- scarsa presenza di proposte per la fascia pomeridiana dedicata ai ragazzi di età 10-14 anni;
- i centri estivi comunali accolgono bambini dai 3 ai 10 anni;
- le politiche di sostegno alla conciliazione insistono particolarmente sulla fascia di età 0-10 anni; oggi i bisogni sono più diversificati e complessi e si riferiscono anche alla cura – oltre che dei bambini – di anziani e disabili.

Bisogni rilevati:

- richiesta di una maggiore flessibilità oraria dei servizi;
- elevata diversificazione dei bisogni di conciliazione delle famiglie nelle

diverse fasi di vita: il tema della conciliazione si caratterizza come trasversale alle differenti aree oggetto della programmazione. I compiti di cura, infatti, si differenziano al variare delle fasi di vita del nucleo familiare e interessano i soggetti con limitati livelli di autosufficienza (bambini, anziani, disabili);
- esigenza di misure rivolte ai padri: i bisogni di conciliazione non possono essere ricondotti unicamente alle donne, anche se è vero che l'Italia vede ancora una decisa sotto-occupazione femminile rispetto agli obiettivi dell'Unione Europea;
- necessità di accompagnare le famiglie nella ricerca di soluzioni organizzative (favorire un migliore impiego del tempo e delle risorse interne alla famiglia, anche allargata);
- individuare soluzioni organizzative più flessibili e meno standardizzate, preservando la qualità relazionale, la continuità educativa e la presenza stabile di un adulto di riferimento per il bambino piccolo e per l'adolescente.

Rappresentazione del sistema d'offerta (anno 2014):

	Sesto	**Cologno**	**Ambito**
Posti asilo nido comunali	409	120	529
Nidi privati accreditati	4	3	7
Nidi, micronidi e nidi famiglia privati	7	5	12
Baby sitter formate dal Servizio "Per Mano"	24	0	24
Iscritti al servizio pre scuola e giochi serali (AS 2014-15)	678	215	893
Iscritti ai Centri Ricreativi Estivi Comunali – Estate 2014	641	303	944
Oratori (centri estivi)	3.060	1.720	4.780
Offerta Estiva Privata	Dato ND	Dato ND	Dato ND

Azioni:
- sostenere l'accesso ai servizi per la conciliazione;
- supportare le famiglie nell'individuazione e nella ricerca di soluzioni organizzative adeguate a rispondere al proprio bisogno di conciliazione;
- valorizzare e promuovere le esperienze in materia di politiche di conciliazione attivate negli anni dalle Amministrazioni Comunali e dalle imprese del territorio nei confronti dei propri dipendenti (Family Friendly). Ad esempio, alcune cooperative e aziende del territorio di Sesto hanno già sperimentato forme di sostegno economico o creazione di servizi ad hoc (servizi ludico-ricreativi nei periodi estivi e invernali di chiusura delle scuole, commessi e maggiordomi aziendali, servizi babysitting per i figli dei dipendenti che si ammalano, voucher di cura, assistenza fiscale ai dipendenti...);
- ricerca e valutazione di esperienze innovative su altri territori.

Risorse economiche utilizzate:
- spesa sociale (bilanci comunali, Fondo Sociale Regionale, Fondo Intese e Famiglie);
- Fondo Nazionale Politiche Sociali;
- rette delle famiglie che partecipano alle attività (quota di compartecipazione);
- Piano territoriale per la Conciliazione.

Risorse professionali:
personale educativo, psicopedagogisti e psicologi.

Network attivi sul territorio:
Comune Sesto San Giovanni, Comune Cologno Monzese, nidi privati accreditati, ASL Milano, Ambito di Cinisello Balsamo tramite A.S.C. Insieme per il sociale; Cooperativa La Grande Casa, Cooperativa il Torpedone; Cooperativa Famiglie e dintorni; Cooperativa Icaro 2000.

Obiettivo specifico 1: Realizzare un sistema nidi integrato a livello territoriale costituito da unità d'offerta pubbliche, unità d'offerta private accreditate, unità d'offerta private autorizzate al funzionamento.
Intervento/Azioni: valutazione dell'attuale Regolamento a tre anni dall'entrata in vigore e dopo l'esperienza del Piano triennale per la prima infanzia; revisione del Regolamento; approvazione nuovo Regolamento in Assemblea dei Sindaci e nei Consigli Comunali.
Indicatori di esito: revisione Regolamento; approvazione nuovo Regolamento.
Tempistica: 2015-2016
Strumenti di valutazione: raccolta dati
Range di valutazione: Si/No
Risorse: personale comunale e Organismi della governance

Obiettivo specifico 2: Allargare la rete di soggetti che oggi collaborano alla programmazione e alla gestione dei servizi di conciliazione, al fine di promuovere forme di collaborazione e partenariato pubblico-privato (profit e no profit).
Intervento/Azioni: mappare le esperienze di welfare aziendale presenti sul territorio; individuare forme di collaborazione (convenzioni, protocolli, ecc.) tra enti pubblici e privati; individuare nuove soluzioni gestionali e organizzative da realizzarsi in collaborazione pubblico-privato.
Indicatori di esito: n. di esperienze censite; nuovi soggetti coinvolti sul tema; modelli di accordo pubblico-privato individuati.
Tempistica: 2015-2017
Strumenti di valutazione: raccolta dati
Range di valutazione: Si/No e incrementi %
Risorse Piano per la Conciliazione: 5.500 euro

Obiettivo specifico 3: Promuovere e sostenere azioni di conciliazione rivolte ai lavoratori delle imprese del territorio.
Intervento/Azioni: analisi dei bisogni di conciliazione espressi dalle aziende locali partners del Progetto CIP – Conciliazione in Pratica; progettazione di servizi di conciliazione e/o salva tempo nelle aziende locali partners del Progetto CIP – Conciliazione in Pratica; attivazione dei servizi; monitoraggio e valutazione.
Indicatori di esito: report su analisi dei bisogni; n. servizi attivati; n. beneficiari; modelli di accordo pubblico-privato individuati.
Tempistica: 2015-2017
Strumenti di valutazione: raccolta dati
Range di valutazione: Si/No e incrementi %
Risorse Piano per la Conciliazione: 35.000 euro

Politiche per la salute mentale

Il tema della salute mentale e della presa in carico delle persone con problemi psichiatrici è un argomento prioritario e sfidante; l'integrazione tra i servizi socio sanitari, i servizi sociali e il privato sociale è strategica ed essenziale per rispondere ai complessi e molteplici bisogni dell'utenza.

Quadro critico:
Le caratteristiche del fenomeno: incidenza e prevalenza[6]

- nel 2013 il tasso di prevalenza[7] registrato nell'Ambito è di 143,60 utenti ogni 10.000 abitanti, così distribuito: 133,50 a Sesto San Giovanni e 160,66 a Cologno Monzese che risulta, pertanto, essere la città che presenta la maggiore criticità. Il confronto tra i tassi di prevalenza a livello di Ambito del 2007 (128,5), del 2010 (135,34) e del 2013 (143,6), evidenzia un incremento di circa 15 utenti ogni 10.000 abitanti nel periodo 2007-13 e di 8 nel periodo 2010-13, il che dimostra un complessivo peggioramento delle condizioni di salute sul territorio. I dati di prevalenza trattata separati per i due Comuni, evidenziano una differenza nella distribuzione di casi osservati: a Cologno il dato più consistente è rappresentato da coloro ai quali è stata diagnosticata una sindrome nevrotica (257 utenti su 678) a Sesto i cittadini che accedono al CPS risultano prevalentemente affetti da patologie classificabili come schizofrenia e sindromi deliranti (299 utenti su 951). Per le sue caratteristiche questa ultima categoria rappresenta, dal punto di vista clinico, l'utenza che richiede il maggior numero di interventi e di intensità di cura e assistenza, oltre che tempi notevolmente più lunghi per il raggiungimento di risultati positivi, anche parziali;
- i dati di incidenza[8] indicano come, nel 2013, i nuovi utenti che si sono presentati ai CPS del territorio dell'Ambito sono stati 302, di cui 163 a Sesto (54%) e 139 a Cologno (46%). Rispetto al 2010 non si registrano cambiamenti significativi, Il tasso di incidenza resta pressoché stabile (da 26,40 a 26,62);
- si registra un aumento delle seguenti problematiche: anziani con anomalie del comportamento, demenze senili, disabili con comorbilità, ritardi mentali. Questa fascia di utenza, in mancanza di altre soluzioni e risposte, viene dirottata verso i servizi psichiatrici, in particolare verso l'SPDC. I tempi di permanenza in reparto di questi pazienti sono spesso prolungati, distogliendo tempo e risorse da dedicare ad altri casi. Si tratta di circa 15-20 pazienti l'anno;
- in base a quanto riportato dal Documento di programmazione dei servizi sanitari e sociosanitari 2015 di ASL Milano, i prossimi anni potrebbero essere caratterizzati dall'aumento dei disturbi psichiatrici, con rappresentazione sempre più ampia riguardo al ceto sociale e al livello culturale dei nuovi accessi.

L'accesso alle prestazioni:

- nel 2013 gli utenti presi in carico dall'Ambulatorio dell'ansia e della depressione – finanziato come Progetto Innovativo Regionale - nei due presìdi territoriali di Sesto e di Cologno sono stati 277, di cui 205 residenti

[6] Per una fotografia maggiormente esaustiva dello stato di salute, si consulti la sezione del Piano di Zona: Dati e approfondimenti metodologici – La salute mentale nel territorio.
[7] La prevalenza è il rapporto fra il numero di eventi sanitari rilevati in una popolazione in un definito momento (o in un breve arco temporale) e il numero degli individui della popolazione osservati nello stesso periodo.
[8] L'incidenza è una misura di frequenza epidemiologica che misura quanti nuovi casi di un evento sanitario compaiono in un intervallo di tempo definito.

nel Distretto 6 (il 74%), 32 nel Distretto 7 (l'11,6%) e ulteriori 40 utenti provenienti da altri territori (il 14,4%). Le prestazioni complessivamente erogate sono state 674. Tali dati evidenziano la consistente presenza di persone affette da sindromi depressive e ansiose sul territorio, pertanto bisognose di cura; con la chiusura dell'Ambulatorio, gli utenti dovranno rivolgersi direttamente al CPS;
- si segnala che il tasso di drop-out nella fase di passaggio da UONPIA a CPS è molto elevato, nonostante la presenza di uno specifico protocollo ASL;
- l'offerta di prestazioni sanitarie specialistiche risulta sotto dimensionata rispetto al bisogno di cura espresso dai nuclei in carico ai Servizi Sociali comunali.

Rappresentazione del sistema di offerta (anno 2104):
Servizio Sociale Comune Sesto San Giovanni, Servizi Sociale Comune di Cologno Monzese, ASL Milano e Distretto 6, UONPIA, Sert, Noa, Azienda Ospedaliera Centro Psico Sociale (CPS), Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC).
Strutture residenziali ad alta e a media protezione, 1 Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza (CRA), 1 Comunità Protetta ad Alta Assistenza (CPA), 1 Comunità Protetta a Bassa Assistenza (CPB) e 1 Comunità Protetta a Media Assistenza (CPM), 2 Residenzialità Leggere, Centri Diurni "Boccaccio" e "Marelli".

Risorse economiche utilizzate:
- bilanci comunali;
- Fondo Nazionale Politiche Sociali;
- Regione Lombardia;
- Sistema Sanitario Nazionale;
- ASL e Azienda Ospedaliera.

Risorse professionali:
Assistenti Sociali, psicologi, MMG, psichiatri, personale educativo ed infermieristico.

Azioni:
Gli assi di intervento di seguito descritti si riferiscono alle azioni promosse con le risorse del Fondo Sociale Psichiatria, erogato tramite la convenzione tra Azienda Ospedaliera e Ambiti. Le azioni, pertanto, non sono da considerarsi in alcun modo esaustive e rappresentative del sistema di risposte nel suo complesso:

- interventi di sostegno economico finalizzato: gli interventi di sostegno economico a favore dei cittadini in carico alla UOP hanno l'obiettivo di contribuire al mantenimento e/o rafforzamento dei livelli di autonomia dei beneficiari, unitamente agli altri interventi definiti nel Piano terapeutico;
- tirocinio terapeutico in contesto lavorativo: l'integrazione sociale dei cittadini in difficoltà a causa di problemi di salute mentale, è perseguibile anche attraverso interventi di sostegno in contesto lavorativo protetto. Tali interventi sono finalizzati ad attivare e/o recuperare le abilità (sociali e non) utili all'acquisizione dei livelli di autonomia esercitabili tipicamente nei contesti di lavoro;
- interventi educativi sul territorio: gli interventi educativi rappresentano un valido strumento di sostegno per l'inclusione sociale e l'acquisizione di gradi di autonomia e di competenze, utili alla gestione della vita quotidiana.

Network attivi sul territorio:
Servizio Sociale Comune Sesto San Giovanni, Servizi Sociale Comune di Cologno Monzese, ASL Milano e Distretto 6, UONPIA, Sert, Noa, Azienda Ospedaliera Centro Psico Sociale (CPS) Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), Cooperativa Lotta Contro L'Emarginazione, Associazione La Tartavela, Afol Nord Milano.

Obiettivo specifico 1: Potenziare la collaborazione socio sanitaria nell'ambito dei percorsi di cura dei pazienti psichiatrici, individuando modelli organizzativi e prassi operative omogenee nei Distretti 6 e 7.
Intervento/Azioni: omogeneizzare le modalità di gestione del Fondo Sociale per la salute mentale; definizione di un protocollo operativo sul trattamento della cosiddetta "zona grigia", rappresentata da quella utenza che non risulta in carico ai singoli servizi ma che, da segnalazioni diverse, manifesta caratteristiche di fragilità e disagi associate ad anomalie del comportamento.
Indicatori di esito: uniformità di contenuti e procedure; approvazione convenzione per la gestione del Fondo Sociale per la salute mentale sovra distrettuale; elaborazione protocollo aree grigie.
Tempistica: 2015-2017
Strumenti di valutazione: interni ai protocolli
Range di valutazione: Si/No
Risorse: operatori dei servizi sociali e sanitari e 42.000 euro (FNPS 2014 Residui)

2. 2. Obiettivi del territorio e della comunità

Sostegno alle relazioni familiari

Quadro critico:

- cresce il senso di inadeguatezza dei genitori in relazione ai propri compiti educativi e di cura, anche a causa dei profondi mutamenti sociali avvenuti negli ultimi anni;
- aumentano le difficoltà di gestione delle relazioni familiari in conseguenza a rotture e separazioni del nucleo;
- atrofizzazione delle reti sociali e ridotta possibilità, da parte delle famiglie, di fare riferimento a relazioni positive con le quali condividere le responsabilità connesse ai compiti di cura ed educazione dei propri figli;
- rottura dell'equilibrio familiare conseguente al ricongiungimento familiare;
- scarsa capacità dei nuclei familiari di fronteggiare i momenti di crisi;
- aumento della conflittualità intra-familiare;
- aumento del numero di famiglie monoparentali, portatrici di bisogni complessi;
- aumento di comportamenti aggressivi e violenti;
- aumentano le famiglie in condizione di povertà; le difficoltà economiche innescano spesso problematiche di altra natura (difficoltà di relazioni tra i coniugi e/o con i figli, stress, ansia);
- per le famiglie straniere è difficile dividere il sostegno alle figure genitoriali dal sostegno tout court;
- scarsa padronanza della lingua italiana da parte di genitori stranieri che, quindi, faticano a comprendere le problematiche educative;
- il sistema d'offerta è scarsamente integrato;
- aumenta la richiesta di sostegno e di accesso alle prestazioni sanitarie – in particolare psicodiagnosi e psicoterapia – da parte di nuclei familiari che attraversano momenti di forte crisi relazionale. L'offerta di prestazioni specialistiche è sottodimensionata rispetto al bisogno di cura espresso dai nuclei in carico ai Servizi Sociali comunali, in particolar modo per quanto riguarda gli adulti, ma anche i minori.

Bisogni rilevati:

- bisogno diffuso degli adulti di supporto, confronto, formazione, orientamento e aiuto nella gestione delle relazioni familiari nelle diverse fasi evolutive (capacità di resilienza);
- richieste di aiuto concreto anche di tipo economico in momenti di crisi, quali: malattia, lutto, separazione e perdita del lavoro;
- sostegno nella gestione delle relazioni familiari e dei carichi di cura (minori, anziani, disabili);
- supporto per l'orientamento e la conoscenza delle risorse territoriali.

Rappresentazione del sistema d'offerta (anno 2014):

- servizio di Psicoterapia e Parent Training (Consultorio Familiare ASL, Consultorio Familiare privato accreditato Centro per la famiglia);
- servizio di psicoterapia privato e serate tematiche rivolte ai genitori (Icaro 2000);
- Centro counseling (La Grande Casa);
- servizio di mediazione presso l'Istituto Comprensivo Rovani (AMELINC);
- Sportello di consulenza scolastica per genitori, serate formative legate alla dimensione educativa nell'ambito scuola (Passo dopo passo...insieme);
- Servizio Piccoli&Grandi – supporto alle famiglie che frequentano i nidi

pubblici - servizio psicopegagogico per i genitori e formazione educatrici (Comune di Sesto);
- Progetti NASCO, CRESCO, SOSTENGO – ASL MILANO;
- Casa per padri separati (Caritas);
- Sportello territoriale Auto Mutuo Aiuto – AMA.

Azioni:
- incremento delle competenze genitoriali attraverso percorsi formativi su funzioni genitoriali/Life Skill;
- promozione di occasioni per la socializzazione e il confronto tra genitori per mettere in rete esperienze e risorse, per incrementare l'auto efficacia;
- promozione di momenti e incontri informativi su tematiche familiari specifiche e presentazione delle risorse territoriali;
- percorsi di counseling e di mediazione familiare;
- sostegno specialistico (psicoterapia).

Risorse economiche utilizzate:
- bilanci comunali (Settori Sociale ed Educativo);
- Fondo Nazionale Politiche Sociali;
- ASL – Consultori familiari pubblici e privati accreditati;
- Istituti Scolastici;
- famiglie che partecipano alle attività (quota di compartecipazione);
- bandi di finanziamento (Fondazione Comunitaria Nord Milano);
- fondazioni bancarie e di impresa;
- aziende profit;
- bandi europei e FEI.

Risorse professionali:
Equipe psicopedagogica 0-3 anni, Equipe Servizi Sociali comunali (Area minori e famiglia), personale educativo e psicologico impiegato nelle Agenzie del territorio.

Network attivi sul territorio:
Comune Sesto San Giovanni, Comune Cologno Monzese, 3 Consultori Familiari ASL, 1 Centro per la Famiglia privato accreditato, Cooperativa La Grande Casa, Associazione Passo dopo passo....insieme; Centro per la famiglia; Icaro 2000, AMELINC, Associazione Contrasti, Creare primavera, Rete di scuola MI3, Centro di Ascolto Caritas; Gruppo AMA di genitori con figli disabili.

Obiettivo specifico 1: Incremento delle competenze genitoriali e della capacità di fronteggiare i momenti di crisi legati alle diverse fasi evolutive (capacità di resilienza).
Intervento/Azioni: realizzazione laboratori formativi; promozione di percorsi di auto mutuo aiuto.
Indicatori di esito: n. percorsi formativi attivati e n. partecipanti; n. gruppi AMA attivati e n. di partecipanti.
Tempistica: 2015-2016
Strumenti di valutazione: raccolta dati; osservazione sul campo;

questionari.
Range di valutazione: Si/No
Risorse da FNPS 2015: 10.000 euro

Obiettivo specifico 2: Aumentare il livello di integrazione del sistema di offerta, con particolare attenzione al mondo della scuola.
Intervento/Azioni: Realizzazione momenti di confronto con le Istituzioni scolastiche sul tema.
Indicatori di esito: 2 focus group con i Dirigenti scolastici dell'Ambito.
Tempistica: 2016
Strumenti di valutazione: report incontri
Range di valutazione: Si/No
Risorse: personale comunale e Dirigenti scolastici.

Prevenire fenomeni di dispersione[9] dal mondo scolastico e formativo

Quadro critico

- Il tasso di scolarità[10] in Lombardia è pari al 85,8, più basso di sette punti rispetto alla media nazionale;
- cresce il fenomeno dell'abbandono scolastico e mancano interventi di individuazione precoce del problema, sia relativamente alla durata dell'anno scolastico, sia relativamente ai cicli di scuola;
- aumento degli alunni che presentano "Bisogni educativi speciali" BES)[11];
- il contesto scolastico, quale ambito di vita prevalente per i ragazzi, è quello nel quale maggiormente il disagio si esplicita e concretizza, non sempre le difficoltà che si manifestano nel contesto scolastico sono legate al rendimento;
- elevato livello di conflittualità tra genitori e figli a causa di problemi legati al rendimento scolastico; l'alta conflittualità interna alla famiglia rispetto al tema scuola e studio è suffragata da ricerche nazionali (Eurispes, 2010), secondo cui il principale argomento di conversazione tra adolescenti (12-19 anni) e genitori è la scuola (ne parla "sempre" il 75% del campione e il 22% "almeno in parte") e il principale argomento di discussione e scontro tra genitori e figli (12-19 anni) è lo studio (32,3%);
- scarsa possibilità della scuola di metabolizzare e risolvere i problemi

[9] Il termine dispersione scolastica include differenti significati: mancati ingressi, abbandoni, elusione dell'obbligo (adempimento solo formale), proscioglimento dall'obbligo senza conseguimento del titolo, ripetenze e ritardi rispetto all'età, frequenze irregolari, qualità scadente degli esiti.

[10] Rapporto tra iscritti alla scuola secondaria di secondo grado e la popolazione compresa tra i 14-19 anni (2013).

[11] L'espressione "Bisogni Educativi Speciali" (BES) è entrata nel vasto uso in Italia dopo l'emanazione della Direttiva ministeriale del 27 dicembre 2012 "Strumenti di intervento per alunni con Bisogni Educativi Speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica". La Direttiva stessa ne precisa succintamente il significato: "L'area dello svantaggio scolastico è molto più ampia di quella riferibile esplicitamente alla presenza di deficit. In ogni classe ci sono alunni che presentano una richiesta di speciale attenzione per una varietà di ragioni: svantaggio sociale e culturale, disturbi specifici di apprendimento e/o disturbi evolutivi specifici, difficoltà derivanti dalla non conoscenza della cultura e della lingua italiana perché appartenenti a culture diverse".

autonomamente, anche a causa delle critiche condizioni organizzative e gestionali.

Bisogni rilevati:

- rinforzo di competenze trasversali Life Skills) che migliorano i processi di apprendimento e aiutano il successo scolastico e formativo;
- richiesta di supporto, espressa da genitori e insegnanti, per sostenere la motivazione scolastica dei ragazzi;
- bisogno di ascolto e sostegno da parte degli studenti nei momenti di crisi;
- sostegno per conseguire il successo scolastico;
- richiesta di spazi pomeridiani assistiti dove svolgere i compiti.

Rappresentazione del sistema d'offerta:

I progetti attivi nel 2014 sono promossi, da: Cooperativa Sociale la Grande Casa; Associazione Passo dopo passo...insieme; Cooperativa Exodus; Associazione Paolo Freire (attività di dopo scuola); Centro Sirio/Cooperativa Lotta Contro l'Emarginazione; Associazione Volontariato San Giuseppe; I Sassi di Betania; Associazione Creare Primavera; Doposcuola presso le parrocchie (San Carlo Borromeo, Santissimo Redentore, San Francesco...), Associazione Contrasti, Spazio Ginco.

Azioni:

- promuovere interventi volti a favorire l'apprendimento di conoscenze didattiche e lo sviluppo di competenze trasversali (Life Skills e Soft Skills). La scuola è un ambito particolarmente favorevole al quale proporre interventi volti ad incrementare le Skills. Sono le caratteristiche proprie dell'ambiente scolastico a renderlo favorevole, in particolare: accesso su larga scala di giovani, bassi costi nell'uso di infrastrutture, disponibilità di educatori, credibilità della scuola per genitori e comunità, possibile valutazione a breve-lungo termine;
- strutturare attività di sostegno al conseguimento del successo scolastico che prevedano l'attivazione dei pari; i peer educator ("educatori alla pari") assumono una funzione integrativa e di affiancamento a quella dei professori, con lo scopo di favorire il passaggio di conoscenze ed esercitare un effetto benefico sulla motivazione all'apprendimento;
- promuovere percorsi di orientamento qualificati nei diversi passaggi scolastici e ri-orientare gli studenti verso percorsi di istruzione e formazione idonei alle proprie attitudini.

Risorse economiche utilizzate:

- organizzazioni del territorio;
- Amministrazioni comunali;
- Istituti scolastici;
- famiglie;
- bandi di finanziamento (FCNM e altre fondazioni).

Risorse professionali:

educatori, animatori di comunità; operatori volontari formati; esperti in orientamento.

Network attivi sul territorio:

AFOL Nord Milano, Comune di Sesto San Giovanni, Comune di Cologno Monzese, Comune di Cinisello Balsamo, ASL Milano; Cooperativa Sociale La Grande Casa; Cooperativa Sociale Lotta Contro l'Emarginazione, Cooperativa Sociale Spazio

Giovani; Associazione Creare Primavera; Associazione Passo dopo passo… Insieme; Cooperativa Sociale Amelinc; Cooperativa Sociale Icaro 2000, Cooperativa Sociale Incontrasti; Associazione Paolo Freire di Sesto San Giovanni, Oratori e Parrocchie.

Obiettivo specifico 1: Supportare le attività di contrasto alla dispersione scolastica, in collaborazione con le scuole secondarie di primo grado del territorio.
Intervento/Azioni: attivare percorsi di sostegno didattico e formativo rivolto ad alunni a rischio dispersione, con la collaborazione degli Istituti scolastici del territorio di Sesto.
Indicatori di esito: n. interventi attivati; n. scuole coinvolte; n. alunni coinvolti nelle attività.
Tempistica: 2016
Strumenti di valutazione: alunni a rischio dispersione che, grazie ai percorsi attivati, sono rimasti nel circuito scolastico e formativo.
Range di valutazione: Si/No e %
Risorse da FNPS anno 2015: 35.000 euro

Potenziare le opportunità di apprendimento delle Life Skills

E' prioritario lavorare per rinforzare le competenze trasversali (Soft Skills, Life Skills), perché:

- aiutano il successo scolastico e formativo: le Life Skills migliorano i processi di apprendimento e la didattica degli insegnanti;
- favoriscono un migliore adattamento al contesto di vita, in particolare aiutano a fronteggiare i momenti difficili, aumentano la capacità di resistenza alle pressioni del gruppo, favoriscono una comunicazione efficace tra pari e con gli adulti, supportano l'elaborazione di soluzioni per fronteggiare i problemi;
- costituiscono un fattore protettivo nel passaggio scuola-lavoro. L'inserimento e la permanenza nel mondo del lavoro sono favoriti dalla presenza, a corredo delle conoscenze didattiche e specialistiche, di competenze trasversali;
- gli interventi di promozione della salute che prevedono la realizzazione di training mirati all'incremento delle Life Skills – a partire dai progetti di prevenzione primaria e di lotta al fenomeno delle dipendenze da sostanze legali e illegali – si rivelano particolarmente efficaci e generano risultati duraturi.

Le Life Skills sono abilità necessarie per adottare comportamenti positivi che permettono all'individuo di affrontare efficacemente le richieste e le sfide della vita quotidiana, possono guidare le azioni personali e i comportamenti adottati in relazione agli altri, così come le azioni rivolte al cambiamento dell'ambiente circostante, per fare in modo che sia favorevole per la salute. La mancanza di tali Skills socio-emotive può causare, in particolare nei giovani, l'instaurarsi di comportamenti negativi e a rischio in risposta agli stress; per insegnare ai giovani le "Skills for life" è necessario introdurre specifici programmi nelle scuole o in altri luoghi deputati all'apprendimento" (Bollettino OMS "Skills for life" n. 1, anno 1992). Nella sezione del Piano "Dati e approfondimenti metodologici" è possibile consultare il documento prodotto dalle organizzazioni che hanno aderito al Piano territoriale delle politiche giovanili: "SOFT E LIFE SKILLS: definizioni e ambiti di applicazione." che contiene utili indicazioni metodologiche per la progettazione di interventi volti a favorire l'incremento delle competenze trasversali.

Azioni:

- riconoscere il valore delle esperienze di apprendimento delle Life Skills in contesti extrascolastici e informali. Vi sono molti contesti dove è possibile acquisire competenze attraverso esperienze più o meno strutturate e guidate. Le competenze maturate in contesto extrascolastico, costituiscono un ricco patrimonio che può essere molto utile anche nel passaggio scuola-lavoro. Il capitale esperienziale costruito in contesti associativi e aggregativi più o meno strutturati, arricchisce il proprio bagaglio formativo. Inoltre, l'adesione a contesti organizzativi consente di allargare le proprie reti relazionali e di arricchire il capitale sociale di ogni individuo. A tal fine, risulta utile sottolineare che di particolare interesse risultano essere i contesti che consentono lo sviluppo di relazioni tra pari (gruppi di coetanei) e di quelle con adulti significativi;
- investire, in particolare, sui contesti che promuovano attività di gruppo dove individuare, riconoscere e allenare le proprie Skills, in particolare il Problem Setting, il Problem Solving e la Comunicazione Interpersonale. Le attività di gruppo diventano palestre di sperimentazione in cui i ragazzi e

le ragazze possano costruire percorsi di empowerment individuale e di gruppo. Il gruppo non è solo uno strumento di lavoro (il miglior luogo dove imparare e sperimentare), ma è in primis una dimensione sociale dove sperimentare relazioni e approcci collettivi;
- promuovere l'adesione ad attività extra curriculari da realizzarsi in contesti organizzativi formali e informali;
- creare laboratori ad hoc per l'apprendimento delle Life Skills nella scuola e nella formazione che valorizzino la dimensione "apprendere facendo", dove i giovani sono coinvolti attivamente nei processi (per esempio, lavoro in piccoli gruppi di coetanei, brainstorming, role play);
- promuovere il protagonismo e la partecipazione giovanile, attraverso progetti che attivino le capability individuali e l'ampliamento del capitale sociale e relazionale. Gli interventi dovranno privilegiare le attività di gruppo, che incrementino: problem setting, problem solving, comunicazione interpersonale e capacità gestionali e organizzative.

Risorse economiche utilizzate:
- bilanci comunali (Cultura, Giovani, Sport, Tempo Libero, Commercio e attività produttive);
- bilanci provinciali e regionali;
- risorse regionali e Fondo Nazionale per le politiche giovanili;
- ASL Milano;
- organizzazioni del territorio;
- bandi di finanziamento (CARIPLO e FCNM).

Risorse professionali:
educatori, psicologi, esperti in progettazione sociale.

Network attivi sul territorio:
AFOL Nord Milano, Informagiovani del Comune di Sesto, Comuni di Cologno, Cinisello, Cormano, Paderno, ASL Milano, Cooperativa Sociale Il Torpedone; Cooperativa Sociale La Grande Casa; Cooperativa Sociale Lotta Contro l'Emarginazione, Cooperativa Sociale Spazio Giovani; Associazione Marse; Associazione Creare Primavera; Associazione Passo dopo passo…Insieme; Centro per la Famiglia; Cooperativa Sociale Amelinc; Cooperativa Sociale Icaro 2000, Cooperativa Sociale Incontrasti; Associazione Contrasti, ARCI Milano.

Obiettivo specifico 1 (Come da Priorità Prevenzione al fenomeno delle dipendenze): Aumentare il livello di competenza degli operatori pubblici e privati del territorio nella progettazione e gestione di interventi volti ad incrementare le Life Skils.
Intervento/Azioni: promuovere, in collaborazione con il Dipartimento Dipendenze ASL Milano, uno o più percorsi formativi ad hoc su programmi di promozione delle competenze (Life e Soft Skills) rivolti agli operatori del territorio.
Indicatori di esito: n. di corsi attivati; n. di partecipanti; customer satisfaction.
Tempistica: 2015-2016
Strumenti di valutazione: materiali prodotti e livello di adesione all'iniziativa.
Range di valutazione: Si/No
Risorse da FNPS anno 2015: 5.000 euro

Favorire l'occupabilità giovanile

La presente priorità di intervento è stata elaborata grazie al contributo, oltre che del Tavolo politiche per l'infanzia, adolescenza, giovani e responsabilità familiari dell'Ambito di Sesto, delle organizzazioni aderenti al Piano territoriale per le politiche giovanili del Nord Milano (ex Dgr n. 2508 del 11/11/2011).
Le realtà coinvolte, sono: Afol Nord Milano, Comune di Sesto San Giovanni, Comune di Cologno Monzese, Comune di Cinisello Balsamo, Comune di Cormano, Comune di Paderno Dugnano, ASL Milano, Cooperativa Sociale Il Torpedone, Cooperativa Sociale La Grande Casa, Cooperativa Sociale Lotta Contro l'Emarginazione, Cooperativa Sociale Spazio Giovani, Associazione Marse, Associazione Creare Primavera, Associazione Passo dopo passo…Insieme, Centro per la Famiglia, Cooperativa Sociale Amelinc; Cooperativa Sociale Icaro 2000, Cooperativa Sociale Incontrasti; Associazione Contrasti, ARCI Milano.
Il network (rete locale), costituito durante la prima annualità del Piano Giovani, ha generato un gruppo stabile di lavoro sovralocale (Ambiti di Sesto e Cinisello).

Il quadro critico relativo all'occupazione giovanile è stato ben rappresentato nel rapporto di ricerca della McKinsey&Company "Studio ergo Lavoro" – Come facilitare la transizione scuola-lavoro per ridurre in modo strutturale la disoccupazione in Italia" pubblicato nel gennaio 2014. Secondo la prestigiosa società di consulenza organizzativa, le inefficienze proprie del nostro sistema di transizione scuola-lavoro hanno differenti origini:

- struttura del sistema economico italiano;
- carenza di preparazione nelle competenze richieste dalle imprese;
- tendenza ad entrare tardi nel mercato del lavoro;
- scelta di percorsi formativi non allineati alla domanda di lavoro;
- rigidità nell'accettare impieghi non completamente allineati al proprio profilo;
- scarsa mobilità geografica;
- inefficienza dei meccanismi di collocamento dei giovani sul mercato del lavoro;
- scarsa considerazione sociale nei confronti delle professioni ad alto tasso di manualità.

Solo il 42% delle imprese italiane ritiene che i giovani che entrano per la prima volta nel mondo del lavoro abbiano una preparazione adeguata alle esigenze del mercato del lavoro. Ciò che i datori di lavoro lamentano tra i neo assunti non è tanto una carenza nei contenuti specialistici dei vari indirizzi di studio, quanto un deficit nelle competenze generali e una limitata esperienza pratica. Tra le competenze generali in cui i neo assunti presentano maggiori carenze, troviamo: la padronanza delle lingue straniere, la matematica di base, le capacità analitiche e di problem solving; ma anche competenze più soft, quali la capacità di leadership, l'etica e la deontologia professionale non sono sviluppate in maniera sufficiente.
La ricerca della McKinsey&Company individua nello sbilanciamento quantitativo tra la domanda delle imprese e le scelte formative dei giovani uno dei principali ostacoli nella transizione scuola-lavoro. La ricerca osserva, infatti, che nonostante l'alto numero di giovani disoccupati, numerose posizioni professionali vengono con difficoltà ricoperte in modo ottimale a causa della scarsità di candidati in possesso dei requisiti corrispondenti al profilo richiesto. Uno dei principali fattori alla base di tale sbilanciamento risiede nel fatto che, al momento della selezione del percorso di studio, i giovani non hanno una conoscenza sufficiente delle

implicazioni della loro scelta sulle prospettive lavorative. Al momento della decisione, solo il 38% degli studenti è al corrente delle opportunità occupazionali offerte dai vari percorsi scolastici. Anche quando le opportunità sono note, la disponibilità di posti di lavoro rimane un criterio secondario nella scelta del percorso; gran parte dei giovani, infatti, è motivata quasi solamente dagli interessi e dalle inclinazioni personali (66%).

Il documento prodotto da ISFOL "Indicazioni per la programmazione e la realizzazione di iniziative per l'educazione all'imprenditorialità" - pubblicato nel 2013 - offre un'interessante lettura circa le esigenze del mercato del lavoro. Ai lavoratori nelle imprese, sia pubbliche sia private, è sempre più richiesto un atteggiamento pro-attivo, una propensione all'imprenditorialità, senza necessariamente occupare un ruolo di rilievo nella gerarchia aziendale.
Più che di imprenditorialità, infatti, occorre parlare di "mindset imprenditoriale", vale a dire la propensione alla gestione produttiva delle iniziative, al saper rappresentare e negoziare gli obiettivi, a lavorare sia individualmente sia in team, a saper riconoscere i propri punti di forza e di debolezza e a valutare ed assumere i rischi, quando necessario.
Vi è oggi una forte richiesta di mindset imprenditoriale non solo tra gli imprenditori; è noto che una tensione al conseguire risultati in autonomia è necessaria anche in altre fasce di lavoratori, in quanto le nuove forme di organizzazione del lavoro si fondano sulla presenza, a tutti i livelli, di un orientamento al business, della capacità di assumere rischi, saper individuare soluzioni creative, capacità di innovare. In questo senso, l'imprenditorialità non riguarda solo specifici contesti professionali e produttivi, ma un insieme di attitudini e competenze chiave nel loro complesso.
Occuparsi oggi di imprenditorialità giovanile, nel senso dello sviluppo di un mindset imprenditoriale, non è rilevante quindi ai soli fini della futura creazione di nuove imprese, ma soprattutto per garantire più margini di occupabilità dei giovani, determinando quindi un patrimonio diffuso, tra le nuove leve, di abilità trasversali utili sia nel campo del lavoro dipendente, sia indipendente.

Quadro critico:

- aumento della disoccupazione giovanile: in dieci anni, in Provincia di Milano, il tasso di disoccupazione è più che raddoppiato (nel 2004 era di 10.2 nel 2014 di 21.50)[12];
- aumenta il numero di giovani NEET - l'acronimo inglese di "Not (engaged) in Education, Employment or Training", in italiano anche né-né ed è utilizzato, in economia e in sociologia del lavoro, per indicare individui che non sono impegnati nel ricevere un'istruzione o una formazione, non hanno un impiego, né sono impegnati in altre attività assimilabili, quali, ad esempio, tirocini o lavori domestici. In Lombardia, nel 2007, i NEET erano il 7% della popolazione giovanile, nel 2013 il 18,4%;
- scarsa consapevolezza, dei giovani e dei genitori, circa l'importanza di sperimentarsi – ai fini dell'inserimento lavorativo - in contesti più o meno organizzati che consentano di fare esperienza e di rinforzare il proprio bagaglio di competenze;
- oggi i giovani utilizzano continuamente le nuove tecnologie, ma il livello di competenza tecnica è basso. L'utilizzo della rete è scarsamente finalizzato all'apprendimento di conoscenze tecniche e di informazioni;
- assenza di un sistema di certificazione e di validazione delle competenze

[12] Classe di età considerata 15 e 29 anni. Fonte: ISTAT

trasversali;
- assenza – nel network territoriale – di imprese e Università.

Azioni:

E' prioritario lavorare per rinforzare le competenze trasversali (Soft Skills, Life Skills), perché esse costituiscono un fattore protettivo nel passaggio scuola-lavoro. L'inserimento e la permanenza nel mondo del lavoro sono favoriti dalla presenza, a corredo delle conoscenze didattiche e specialistiche, di competenze trasversali:

- promuovere contesti capacitanti (attivare processi, percorsi, incubatori, spazi fisici) che permettano ai ragazzi di fare esperienza, di apprendere, di allenare le proprie Skills, di acquisire competenze tecnico professionali innovative, di sviluppare una mentalità autonoma e imprenditoriale;
- favorire l'apprendimento delle Life Skills in ambiti extrascolastici e informali. Investire, in particolare, sui contesti che promuovano attività di gruppo dove individuare, riconoscere e allenare le proprie Skills, in particolare il Problem Setting, il Problem Solving e la Comunicazione Interpersonale. Le attività di gruppo diventano palestre di sperimentazione in cui i ragazzi e ragazze possano costruire percorsi di empowerment individuale e di gruppo. Il gruppo non è solo uno strumento di lavoro (il miglior luogo dove imparare e sperimentare) ma è, in primis, una dimensione sociale dove sperimentare relazioni e approcci collettivi;
- promuovere progetti a sostegno del protagonismo giovanile e della partecipazione alla vita della comunità locale, attraverso strategie di empowerment, con l'obiettivo di sostenere e mettere le persone nelle condizioni di svolgere un ruolo attivo per ottenere cambiamenti nel contesto di vita e nella risoluzione di problemi specifici. Le progettazioni dovranno, di preferenza, prevedere interventi rivolti a gruppi per innescare e accompagnare processi che promuovano l'attivazione di strategie efficaci per il cambiamento, prevedendo il coinvolgimento dei giovani in tutte le fasi: dall'analisi del contesto all'individuazione dei problemi e/o dell'oggetto di lavoro; alla definizione degli obiettivi; all'individuazione di soluzioni e alla realizzazione delle stesse;
- promuovere la mobilità giovanile, al fine di favorire sia l'apprendimento della lingua straniera, sia la conoscenza di giovani di differenti Paesi;
- promuovere l'adesione dei giovani del territorio alla risorsa "Garanzia Giovani";
- sostenere forme di auto imprenditorialità e imprenditività;
- aumentare le opportunità di stage, tirocini, borse lavoro rivolte ai giovani nelle organizzazioni del network;
- promuovere attività di orientamento che prevedano: il potenziamento della capacità di lettura delle dinamiche occupazionali così da ridurre lo sbilanciamento tra la domanda e l'offerta, un lavoro per ridurre la rigidità dei giovani e delle famiglie nell'accettare impieghi non completamente allineati al proprio profilo e alle proprie aspettative;
- il criterio dell'interesse e dell'inclinazione personale deve essere maggiormente coniugato con le reali possibilità occupazionali offerte da un determinato percorso scolastico e formativo.

Vi sono molti contesti informali dove è possibile acquisire competenze attraverso esperienze più o meno strutturate e guidate; è necessario dare valore a tutti i contesti che consentono questo tipo di esperienze. Le competenze maturate in contesto extrascolastico costituiscono un ricco patrimonio che può essere molto

utile anche nel passaggio scuola-lavoro. Il capitale esperienziale, costruito in contesti associativi e aggregativi più o meno strutturati, arricchisce il proprio bagaglio formativo e deve trovare una giusta valorizzazione nella costruzione del progetto professionale (oltre che trovare un'adeguata rappresentazione nella stesura dei C.V.). Inoltre, l'adesione a contesti organizzativi consente di allargare le proprie reti relazionali e di arricchire il capitale sociale di ogni individuo. Di particolare efficacia risultano essere i contesti che permettono di sviluppare sia relazioni tra pari (gruppi di coetanei), sia con adulti significativi.
L'apprendimento delle competenze apre la riflessione sul tema della certificazione. A tal proposito, le organizzazioni del terroristico esprimono un forte interesse rispetto al modello che Regione Lombardia (AFOL/ISFOL) sta elaborando e intendono, nelle proprie progettazione rivolte ai giovani, valorizzare i percorsi di individuazione, riconoscimento e attestazione di competenze informali.

Risorse economiche utilizzate:
- bilanci comunali (Cultura, Giovani, Sport, Tempo Libero, Commercio e attività produttive);
- provinciali e regionali (AFOL);
- organizzazioni del territorio;
- Istituti scolastici;
- bandi di finanziamento (Cariplo e FCNM).

Risorse professionali:
educatori, animatori di comunità, specialisti in programmazione e progettazione di interventi per le politiche giovanili, operatori dei servizi per il lavoro, esperti in orientamento.

Network attivi sul territorio:
Afol Nord Milano, Informagiovani - Comune di Sesto San Giovanni, Comune di Cologno Monzese, Comune di Cinisello Balsamo, Comune di Cormano, Comune di Paderno Dugnano, ASL Milano, Cooperativa Sociale Il Torpedone; Cooperativa Sociale La Grande Casa; Cooperativa Sociale Lotta Contro l'Emarginazione, Cooperativa Sociale Spazio Giovani; Associazione Marse; Associazione Creare Primavera; Associazione Passo dopo passo…Insieme; Centro per la Famiglia; Cooperativa Sociale Amelinc; Cooperativa Sociale Icaro 2000, Cooperativa Sociale Incontrasti; Associazione Contrasti, ARCI Milano, MadeinMage, Spazio MIL.

Obiettivo specifico 1: Promuovere contesti/opportunità che permettano di acquisire competenze utili all'inserimento nel mondo del lavoro.
Intervento/Azioni: partecipazione della rete locale alla seconda annualità dei "Piani territoriali delle politiche giovanili - seconda annualità 2015/2016". D.d.o. n. 1258 del 19/2/15 e ad altri bandi volti a sostenere l'occupabilità giovanile; ricercare modelli di intervento efficaci relativi all'incremento di competenze trasversali apprese in contesti informali.
Indicatori di esito: n. riunioni effettuate; n. bandi a cui la rete locale risponde;

n. progettazioni attivate; n. modelli di intervento analizzati.
Tempistica: 2015-2017
Strumenti di valutazione: verbali riunioni; esiti.
Range di valutazione: Si/No
Risorse: Personale delle seguenti organizzazioni: Afol Nord Milano, Comune di Sesto San Giovanni, Comune di Cologno Monzese, Comune di Cinisello Balsamo, Comune di Cormano, ASL Milano, Cooperativa Sociale Il Torpedone; Cooperativa Sociale La Grande Casa; Cooperativa Sociale Lotta Contro l'Emarginazione, Cooperativa Sociale Spazio Giovani; Associazione Marse; Associazione Creare Primavera; Associazione Passo dopo passo…Insieme; Centro per la Famiglia; Cooperativa Sociale Amelinc; Cooperativa Sociale Icaro 2000, Cooperativa Sociale Incontrasti; Associazione Contrasti, ARCI Milano, MadeinMage, Spazio MIL.

Obiettivo specifico 2: Allargare il network di riferimento del Piano giovani ad alcune imprese del territorio.
Intervento/Azioni: individuare le aziende; costruire momenti di confronto sul tema dell'occupabilità giovanile; costruire percorsi capacitanti rivolti ai giovani, con la collaborazione di alcune imprese.
Indicatori di esito: n. aziende contattate; n. aziende coinvolte; n. aziende fidelizzate; n. giovani coinvolti.
Tempistica: 2015-2017
Strumenti di valutazione:
Range di valutazione: Si/No
Risorse: organizzazioni del network (Piano territoriale Politiche Giovanili).

Contrasto alla povertà

Nel corso del 2014 l'Ambito di Sesto San Giovanni e l'Ambito di Cinisello Balsamo hanno costituito un partenariato pubblico-privato (Comuni di Sesto San Giovanni, Cologno Monzese e Cinisello Balsamo, Cooperativa Lotta contro l'Emarginazione, Croce Rossa Italiana Comitato Locale Sesto San Giovanni, Cooperativa Famiglie e dintorni ACLI, Cooperativa La Grande Casa, Caritas Decanale, San Vincenzo, Volontariato Caritas Salesiani, Cooperativa A&I, Associazione Genitori e Persone con sindrome di Down – AGDP, Associazione Amici Caritas di Cinisello, Fondazione per la Famiglia Edith Stein, Cooperativa Il Torpedone, Associazione MARSE, Cooperativa Progetto Integrazione), che ha lavorato alcuni mesi sul Bando CARIPLO "Welfare in azione", partecipando alle due selezioni previste dal bando. La stesura dello Studio di Fattibilità del progetto "Traiettorie per l'Inclusione sociale", ha reso possibile un approfondimento sul tema dell'impoverimento dei nuclei familiari nel territorio del Nord Milano, a partire dalla considerazione che i processi di esclusione sono oggi caratterizzati da forte velocità, intensificazione delle problematiche ed elevata stratificazione e diversificazione dei bisogni.

Quadro critico:
Come si presenta la povertà oggi:

- trasversale rispetto ai target (adulti e famiglie, minori, anziani, persone disabili);
- più diffusa fra le famiglie numerose e unipersonali – in particolare i nuclei monoparentali composti da madri sole con figli e anziani soli - ma peggiora anche la condizione delle famiglie con quattro componenti, in particolare quella delle coppie con due figli minori;
- frequente nei casi di rottura di vincoli familiari (matrimoni o convivenze), con un impoverimento del nucleo nel suo complesso e di ciascuna delle sue componenti;
- la variabile del livello culturale tende ad essere meno determinante che in passato; se le persone con titolo di studio medio-basso risultano essere più esposte, il fenomeno interessa anche persone con titoli medio alti. Analoga dinamica è riscontrabile anche nella variabile professionale: la crisi colpisce sia i profili medio bassi, sia quelli medio alti;
- in condizione di particolare fragilità socio economica si trovano le famiglie in cui si registra la presenza di parenti anziani, disabili o bisognosi di cure continue. La famiglia non sempre riesce a porre in essere meccanismi di protezione dei soggetti più vulnerabili.

I principali fattori di rischio che concorrono a generare una condizione di povertà, sono:

- la precarizzazione del mercato del lavoro, in particolare nelle famiglie monoreddito;
- la diminuzione del potere di acquisto e le scarse competenze di pianificazione del budget familiare;
- l'elevata incidenza delle "spese per la casa" (affitto, mutuo, utenze);
- gli oneri economici e gestionali derivanti dai carichi di cura dei componendi fragili (anziani, disabili, bambini…);
- la frammentazione dei nuclei familiari e gli eventi traumatici ad essa connessi;
- l'incidenza delle spese sanitarie;
- reti sociali atrofiche, inadeguate a garantire l'integrazione sociale;

- competenze poco adeguate (competenze gestionali, organizzative, relazionali, capacità di individuare e perseguire obiettivi di crescita, ecc.).

Dai dati raccolti per la redazione dello studio di fattibilità emerge un complessivo aumento delle richieste di aiuto per problematiche economiche. In particolare, nell'ultimo triennio i Servizi Sociali comunali testimoniano un incremento negli accessi pari al 30%, sia per problematiche relative a casa, lavoro e sostegno al reddito, sia per l'acuirsi dei conflitti intra-familiari. La rete di prossimità (Banco alimentare, Centri di Ascolto, Parrocchie, CRI, ecc.) riporta una costante crescita del numero di assistiti per aiuto alimentare, emergenza abitativa, assistenza sanitaria, igiene e cura, abbigliamento. Nel dettaglio: Croce Rossa testimonia un incremento nell'ultimo triennio che si assesta attorno al 60%; San Vincenzo un incremento pari al 20% e Caritas Decanale pari al 12%.
Le cooperative sociali del territorio registrano un aumento di casi in carico (es. Lotta Contro l'Emarginazione +30%; La Grande Casa +25%; Il Torpedone +15%; Progetto integrazione +10%) dove, a situazioni di vulnerabilità, si sommano gravi problemi economici. Anche i dati del Centro per impiego (AFOL) sono allarmanti: dal 2008 al 2013 il numero di DDL (Dichiarazione Disponibilità al lavoro) è aumentato del 152%.
I Servizi per la casa e le cooperative edificatrici[13] testimoniano, nell'ultimo triennio, un consistente aumento di soci morosi (+40%) e di sfratti per morosità incolpevole. I nuclei familiari non riescono a sostenere i costi di gestione (spese comuni, affitto, riscaldamento…).

Bisogni rilevati:
- sostegno e orientamento alla ricerca del lavoro e della casa;
- accesso ai beni di prima necessità, quali cibo, vestiti, arredi;
- sostegno economico;
- maggiore integrazione del sistema d'offerta;
- formazione degli operatori e dei volontari sui temi del welfare generativo.

Rappresentazione del sistema d'offerta:
L'attuale assetto del sistema dei servizi pone le Amministrazioni Comunali, insieme a molte agenzie territoriali del privato sociale e del volontariato, su traiettorie parallele che solo a tratti si incontrano o si scambiano informazioni. La specificità degli interventi e delle prestazioni confina i diversi attori dentro limiti di azione pre-stabiliti, in parte condivisi o regolati, in una veste di immutabilità, a volte pregiudiziali rispetto a possibilità di condividere dati di cambiamento e di possibile trasformazione dell'offerta. Gli interventi sono caratterizzati da un approccio prevalentemente assistenziale ed individualistico; è limitato il livello di integrazione tra risorse e strumenti. Bassa è la ricerca di sinergia con altri attori fuori dalla rete tradizionale della promozione sociale e scarsa è la capacità di coinvolgimento nel welfare territoriale di risorse altre. I principali soggetti che agiscono nel nostro territorio, sono:
- Servizi Sociali Comunali: segretariato sociale, Uffici casa;
- CARITAS: Centri di Ascolto;
- Parrocchie/San Vincenzo: sportelli di sostegno;
- Croce Rossa Internazionale;
- Banco Alimentare;
- associazioni di volontariato;
- cooperative sociali;
- AFOL Nord Milano: Centro per l'Impiego e SISL;
- cooperative edificatrici.

[13] Fonte UNIABITA 2010-2013

Azioni :

- promuovere interventi che producano capitale sociale all'interno del territorio e quindi intensifichino le relazioni e i rapporti nella comunità;
- sviluppare le competenze dei singoli e dei gruppi, evitando così situazioni di cronicizzazione;
- promuovere la mutualità tra i beneficiari degli interventi;
- aumentare la capacità di aggregare la domanda sociale con l'intento di sviluppare soluzioni collettive, creative ed economicamente sostenibili;
- produrre nuovi strumenti per la gestione e la condivisione delle informazioni e dei progetti (ad esempio, banche dati condivise);
- modificare le logiche di erogazione dei contributi;
- sviluppare modalità basate sulla reciprocità, in cui i beneficiari degli inteventi si attivino a favore della comunità.

Risorse economiche utilizzate:

- bilanci comunali;
- Fondo Nazionale Politiche Sociali;
- bandi di finanziamento (Europei, Nazionali, Regione Lombardia);
- fondazioni bancarie e di impresa;
- raccolta fondi: privati e aziende profit.

Risorse professionali:
équipe servizi sociali comunali, operatori sociali delle cooperative, associazioni e agenzie del territorio, volontari.

Network attivi sul territorio:
Comuni di Sesto San Giovanni, Cologno Monzese e Cinisello Balsamo, Coop. Lotta contro l'Emarginazione, Croce Rossa Italiana Comitato Locale Sesto San Giovanni, Cooperativa Famiglie e dintorni ACLI, Cooperativa La Grande Casa, Caritas Decanale, San Vincenzo, Volontariato Caritas Salesiani, Cooperativa A&I, Associazione Genitori e Persone con sindrome di Down – AGDP, Associazione Amici Caritas di Cinisello, Fondazione per la Famiglia Edith Stein, Coop. Il Torpedone, Associazione MARSE, Coop. Progetto Integrazione, ASL Milano, Associazione Creare Primavera, Associazione Una casa per gli amici, Fondazione Comunitaria Nord Milano, Circolo ACLI San Clemente, Azienda Speciale Insieme per il sociale, Coop. ACLI Service, Circolo ACLI Quartiere Garibaldi, UNIABITA, ANFFAS Nord Milano, Fondazione AUPREMA, ACLI Service Nord Milano s.r.l.

Obiettivo specifico 1: Promuovere misure di inclusione sociale e di sostegno al reddito.
Intervento/Azioni: erogazione contributi economici; sperimentazione di micro progetti secondo la logica della reciprocità.
Indicatori di esito: n. beneficiari; n. micro progetti attivati.
Tempistica: 2015-2016
Strumenti di valutazione: rendicontazione contributi erogati e tipologia di soggetti beneficiari; relazioni sociali.
Range di valutazione: Si/No

Risorse da FNPS 2015: 178.066 euro

Obiettivo specifico 2: Ridefinire i processi di erogazione dei contributi per una maggiore efficacia ed efficienza.
Intervento/Azioni: introduzione, in via sperimentale, di voucher di spesa sostitutivi (o altri strumenti analoghi); realizzazione di una banca dati integrata dei beneficiari per limitare o ridurre le sovrapposizioni.
Indicatori di esito: individuazione e messa a regime di nuovi strumenti di erogazione; maggiore integrazione del sistema di risposta.
Tempistica: 2015-2017
Strumenti di valutazione: report semestrale; quadro dei punti di forza e dei punti di debolezza dei processi attivati.
Range di valutazione: Si/No
Risorse: personale comunale e delle organizzazioni del territorio.

Obiettivo specifico 3: Aumentare le competenze del network territoriale attivo negli Ambiti di Cinisello Balsamo e Sesto San Giovanni.
Intervento/Azioni: organizzazione di un seminario/convegno sul Welfare generativo; promuovere un percorso formativo sul fund-raising.
Indicatori di esito: n. partecipanti - atti del convegno/seminario; n. partecipanti – documentazione del percorso.
Tempistica: settembre 2015
Strumenti di valutazione: Questionario custumer satisfaction.
Range di valutazione: Si/No
Risorse da FNPS 2015: 2.500 euro

Residenzialità protetta per anziani e persone con disabilità

La tematica è stata oggetto di approfondimento, nella scorsa triennalità, da parte di un sottogruppo di lavoro sia del Tavolo politiche a favore delle persone con disabilità, sia del Tavolo politiche a favore dei cittadini anziani. I sottogruppi hanno ricercato modelli gestionali, interventi ed esperienze maturate sui territori della Provincia di Milano.

Quadro critico per persone con disabilità :

- la filiera di servizi residenziali per le persone con disabilità oggi è a prevalenza sociosanitaria;
- costi elevati delle esperienze di residenzialità sociale (con canone basso: problemi di sostenibilità per gli enti gestori, con canone alto: problemi di insolvenza per i ceti medi);
- le attuali forme di residenzialità leggera sperimentate sul territorio della Provincia di Milano, presentano tutte problemi di sostenibilità economica soprattutto per le famiglie che le hanno avviate (ad esempio, progetto milanese ProgettaMI);
- non appropriatezza di alcuni ricoveri soprattutto per alcune tipologie di disabilità e per età;
- scarsa sensibilità del nuovo mercato immobiliare al tema dell'abitare a favore delle categorie fragili;
- vecchie abitazioni poco adeguate alla permanenza di persone con problemi di autonomia.

Quadro critico per persone anziane:

- elevata percentuale di anziani che vivono soli;
- difficoltà, da parte degli anziani, a pensare a soluzioni abitative non legate alla propria casa;
- costi elevati delle esperienze di residenzialità sociale (con canone basso: problemi di sostenibilità per gli enti gestori, con canone alto: problemi di insolvenza per i ceti medi);
- le attuali forme di residenzialità leggera sperimentate sul territorio del Nord Milano presentano tutte problemi di sostenibilità economica;
- le soluzioni abitative protette, già realizzate in contesti degradati o periferici, sono scarsamente fruibili;
- alcune offerte di residenzialità leggera, gestite dai privati, non sono in rete con la programmazione territoriale;
- scarsa sensibilità del nuovo mercato immobiliare al tema dell'abitare a favore delle categorie fragili;
- si riducono le liste di attesa per l'accesso alle RSA, a causa della crisi economica e degli elevati costi di inserimento;
- vecchie abitazioni poco adeguate alla permanenza di anziani in autonomia.

Bisogni rilevati per persone con disabilità :

- alcune persone con disabilità, soprattutto giovani, esprimono bisogni di vita autonoma e indipendente;
- accompagnamento e sviluppo delle autonomie nella cura di sé e nella gestione dello spazio abitativo;
- differenziare l'offerta abitativa, oggi schematizzata nei due poli vita con la famiglia di origine e ricovero in RSD, individuando modelli innovativi e sostenibili;
- sostegno alle famiglie che faticano a staccarsi e a dare autonomia al

figlio/a con disabilità;
- ampliare spazi e situazioni per sperimentare l'accompagnamento all'autonomia e i progetti di vita delle persone con disabilità;
- necessità di adeguare le abitazioni dove risiedono persone con disabilità, secondo criteri di sicurezza ed ergonomia.

Bisogni rilevati per persone anziane:
- dare risposte resindenziali a persone ancora autosufficienti o che presentano bisogni saltuari riferibili alla gestione dell'ambiente di vita e della cura di sé;
- differenziare l'offerta abitativa tra i due poli, rappresentati dall'autonomia abitativa e dal ricovero in RSA;
- necessità di adeguare le abitazioni dove risiedono persone anziane, secondo criteri di sicurezza ed ergonomia.

Rappresentazione del sistema di offerta per persone con disabilità:
- M.A.P. Mini Alloggi Protetti via Campanella – 20 appartamenti – Sesto;
- Cascina Gatti – Comunità sociosanitaria – 8/9 utenti – Sesto;
- RSD Fondazione La Pelucca di nuova attivazione – Sesto;
- Comunità alloggio disabili (DGR 20763/2005) Villa Corrado – 10 utenti - Cologno Monzese.

Rappresentazione del sistema di offerta per persone anziane:
- Sesto San Giovanni: RSA Fondazione La Pelucca – 108 ospiti; RSA Mons. Olgiati – 74 ospiti; M.A.P. Mini Alloggi Protetti via Campanella – 20 appartamenti;
- Cologno Monzese: RSA Fondazione Mantovani – 139 ospiti; Villa Citterio – 23 alloggi ERP destinati agli anziani.

Azioni:
- sostenere le forme di autorganizzazione che le famiglie promuovono per individuare soluzioni residenziali protette/assistite ed economicamente sostenibili;
- coinvolgere il mondo imprenditoriale e della cooperazione per realizzare soluzioni protette ed economicamente sostenibili.

Risorse economiche utilizzate:
- bilanci comunali (Ufficio di Piano, Area Disabili Settore Sociale, Urbanistica e Lavori Pubblici);
- ASL e Regione Lombardia (sperimentazioni nuove unità di offerta sociale);
- famiglie e i singoli (compartecipazione alla spesa);
- cooperative edificatrici e singoli imprenditori;
- bandi di finanziamento (da ricercare).

2013	**Sesto**			**Cologno**			**Ambito**		
	Spesa	Rette	Utenti	Spesa	Rette	Utenti	Spesa	Rette	Utenti
Disabili	859.166	30.995	35	23.047	7.852	3	882.213	38.847	38
Anziani	1.240.572	53.993	120	111.394	14.638	14	1.351.966	68.631	134

Risorse professionali:
- personale comunale (Ufficio di Piano, Area Disabili Settore Sociale, Urbanistica e Lavori Pubblici);
- ASL;

- famiglie, associazioni e cooperative del territorio.

Network attivi sul territorio:
Comune Sesto San Giovanni, Comune Cologno Monzese, 2 Servizi Fragilità ASL, Uniabita, Auprema, ALER, Fondazione La Pelucca, Lotta contro l'Emarginazione, ANFFAS Nord Milano

Obiettivo specifico 1: Sperimentare forme di housing/co-housing.
Intervento/Azioni: ricerca finanziamenti e fondi (Bando Housing Sociale Cariplo 2015); realizzazione di una micro esperienza di housing sociale.
Indicatori di esito: n. progetti presentati; n. anziani coinvolti.
Tempistica: 2015-2017
Strumenti di valutazione
Range di valutazione: Si/No
Risorse da FNPS anno 2015: 30.000 euro

Obiettivo specifico 2: Individuare forme organizzative e gestionali di residenzialità protetta che siano sostenibili economicamente.
Intervento/Azioni: realizzare un evento pubblico dedicato al tema della residenzialità protetta per categorie fragili; allargare la mappatura di buone prassi oltre i confini del Nord Milano.
indicatori di esito: realizzazione evento; n. casi (buone prassi) censiti.
Tempistica: 2016-2017
Strumenti di valutazione:
Range di valutazione: Si/No

Accesso alla rete dei servizi

Quadro critico:

- limitato livello di conoscenza, da parte della cittadinanza, dei servizi sociali e socio-sanitari pubblici e privati;
- funzione diffusa di Segretariato sociale pubblico e privato scarsamente integrata e insufficiente circolazione delle informazioni tra gli operatori dei diversi servizi;
- frammentazione dei servizi e delle funzioni di presa in carico;
- carenza di informazioni sulle opportunità di promozione del benessere per le persone con disabilità, offerti da contesti ricreativi e di socializzazione (biblioteche, attività sportive, eventi culturali, viaggi e vacanze);
- inadeguatezza dei materiali informativi rivolti agli anziani in merito al linguaggio, alla grafica, alle dimensioni dei caratteri;
- disomogeneità dei regolamenti di accesso ai servizi e presa in carico anche nella compartecipazione alla spesa;
- il MMG può essere un ottimo orientatore alla rete dei servizi, ma questo ruolo è limitato a causa dell'elevato numero di pazienti in carico (nel Distretto Sanitaro 6 i medici hanno in media 1.330 pazienti);
- presenza di barriere architettoniche che ostacolano e limitano l'accesso.

Bisogni rilevati:

- orientamento e accompagnamento dell'utenza alla rete di offerta dei servizi territoriali;
- aggiornamento costante e tempestivo degli operatori dei servizi pubblici e privati;
- accesso facilitato alle informazioni sulle opportunità culturali, ludico, ricreative e di socializzazione offerte dal territorio per le persone con disabilità.

Rappresentazione della mappa dell'offerta:

- 2 servizi di segretariato sociale (Comuni di Sesto e Cologno);
- 2 servizi Fragilità/ASL;
- Centri di ascolto Caritas;
- ANFFAS Nord Milano;
- Servizi semi-residenziali che orientano i propri utenti alle risorse del territorio.

	Sesto		**Cologno**		**Ambito**	
Accessi over 65	**2012**	**2013**	**2012**	**2013**	**2012**	**2013**
Segretariato Sociale	269	223	165	187	434	410
Servizi Fragilità					2.267	1.762

Azioni:

- promuovere occasioni di formazione e confronto tra gli operatori pubblici e privati;
- attivare un aggiornamento costante dei siti internet delle Pubbliche Amministrazioni;
- promuovere, presso i punti di accesso, una funzione informativa integrata che tenga conto anche delle informazioni relative alle opportunità culturali, sportive e del tempo libero;
- promuovere una visione della persona fragile non solo come utente di servizi ma come cittadino, potenziale fruitore delle opportunità offerte dal territorio;

- coinvolgimento degli attori della governance territoriale per la definizione di strategie per migliorare l'accesso alle informazioni e alla rete dei servizi;
- promozione dell'utilizzo del logo sull'accessibilità sui materiali che descrivono i servizi e le iniziative di aggregazione e socializzazione.

Risorse economiche utilizzate:
- bilanci comunali;
- ASL - Servizio Fragilità e MMG;
- associazioni, Cooperative sociali, Centri di Ascolto, Patronati, Organizzazioni Sindacali.

Risorse professionali:
Equipe Servizi Sociali comunali, Equipe Servizio Fragilità/MMG - ASL, personale educativo e psicologico impiegato nelle Agenzie del territorio.

Network attivi sul territorio:
Comune Sesto San Giovanni, Comune Cologno Monzese, 2 Servizi fragilità e MMG/ASL, A.O., associazioni e cooperative del territorio

Obiettivo specifico 1: Rendere più omogenei i regolamenti di accesso ai servizi nel Nord Milano.
Intervento/Azioni: Istituzione Tavolo di lavoro interdistrettuale (Sesto e Cinisello) sui regolamenti comunali.
Indicatori di esito: n. incotri del tavolo; n. atti amministrativi conseguenti.
Tempistica: 2015-2017
Strumenti di valutazione: verbali incontri
Range di valutazione: Si/No

Obiettivo specifico 2: Monitorare l'applicazione del nuovo ISEE.
Intervento/Azioni: individuazione oggetto del monitoraggio (quale/i servizio/i); raccolta dati; report.
indicatori di esito: Monitoraggio e rilevazione dei dati di cambiamento.
Tempistica: 2015-2017
Strumenti di valutazione: Materiali prodotti
Range di valutazione: Si/No

Sostegno all'inclusione lavorativa delle persone fragili

Quadro critico:

- difficoltà di accesso al mercato del lavoro e limitata applicazione della Legge 68/1999, in conseguenza della crisi economica e produttiva;
- presenza di lunghe liste d'attesa all'interno dei Servizi Sociali comunali per l'invio e la presa in carico da parte del Servizio Inserimenti Socio-Lavorativi (SISL);
- lunghi periodi di non occupazione e di inattività durante i quali la persona con disabilità, se non inserita in un servizio, trascorre il tempo a casa nell'inattività che provoca – oltre all'isolamento sociale – la perdita di competenze sociali e relazionali;
- i tirocini professionalizzanti sono, nella maggior parte dei casi, brevi e a volte ripetuti e non finalizzati all'assunzione;
- in merito all'assistenza educativa nelle scuole secondarie di secondo grado, le competenze istituzionali dei diversi attori e le conseguenti responsabilità (anche economiche) non sono definite;
- mancanza di efficaci azioni di orientamento individualizzato verso percorsi formativi e professionalizzanti, che prevedano anche il coinvolgimento della famiglia;
- scarsa offerta di servizi e di opportunità territoriali con finalità professionalizzanti dedicati alla fascia d'età 16-18 anni, con disabilità, che non frequentano le scuole;
- i Servizi di promozione all'autonomia, che mirano al potenziamento di abilità e competenze di tipo sociale, favoriscono l'acquisizione di alcuni prerequisiti per successive esperienze di tirocini lavorativi; non offrono, tuttavia, occasione di sviluppo delle competenze professionali specifiche spendibili in un successivo inserimento lavorativo;
- scarsa sensibilità delle aziende al tema della responsabilità sociale d'impresa.

Bisogni rilevati:

- bisogno di orientamento per gli studenti con disabilità in uscita e di consulenza agli insegnanti che svolgono la funzione di orientatori in merito alle opportunità del territorio;
- orientamento al lavoro costruito sul doppio binario: da un lato, creare le condizioni propedeutiche all'integrazione lavorativa e dall'altro, attraverso brevi esperienze formative, favorire l'acquisizione di competenze professionali.

Rappresentazione del sistema di offerta:

- Servizi Sociali (Comuni di Sesto e Cologno);
- Istituti professionali;
- Servizi di Inserimento Lavorativo (SISL) a Sesto e Cologno;
- AFOL Nord Milano; Agenzie di lavoro interinali.

Azioni:

- costruire una filiera di servizi e di progetti coordinati tra loro nel passaggio: scelta formativa scolastica - acquisizione competenze e abilità di tipo sociale - inserimento lavorativo;
- costruire e rinsaldare i legami con le realtà produttive locali, con le realtà del privato e con le agenzie interinali;
- promuovere interventi educativi mirati a supportare la persona nella realizzazione del progetto di vita, con particolare attenzione ai momenti

di passaggio e alla continuità della presa in carico;
- monitorare le opportunità offerte dagli enti/organizzazioni predisposti per l'erogazione delle misure volte a favorire l'inclusione lavorativa.

Risorse economiche utilizzate (anno 2013):
- bilanci comunali (costo del Servizio SISL: Sesto 246.836 euro, Cologno 123.986 euro, per 153 utenti in carico).

Risorse professionali:
Assistenti sociali comunali dei servizi sociali, educatori, psicologi delle Agenzie territoriali.

Network attivi sul territorio:
Servizi sociali comunali, AFOL Nord Milano, SISL, consorzi di cooperative sociali, imprese.

Partecipazione delle persone con disabilità alla vita della comunità

Quadro critico:
- le famiglie con bimbi disabili hanno maggiori difficoltà a individuare soluzioni per la gestione del tempo "non scuola", con particolare riferimento al periodo estivo. Nello specifico, due sono gli elementi di maggiore problematicità: 1) l'offerta privata è poco attrezzata ad accogliere bambini con disabilità, 2) i CRE comunali sono rivolti alla fascia di età 3-10 anni;
- limitata accessibilità alle opportunità culturali, ludiche, ricreative, sportive e di socializzazione;
- elevata difficoltà, da parte dei Servizi, a soddisfare tutte le richieste di trasporto;
- la partecipazione alle attività sportive, del tempo libero e di svago, è rivolta per lo più agli utenti in carico ai Servizi;
- presenza di barriere architettoniche che ostacolano e limitano l'accesso a diversi luoghi e strutture.

Bisogni rilevati:
- integrazione e partecipazione alla vita comunitaria per contrastare solitudine e isolamento sociale;
- visione della persona con disabilità non solo come utente di servizi ma come cittadino, potenziale fruitore delle opportunità offerte dal territorio.

Rappresentazione del sistema di offerta:
Servizi sociali ed educativi (Comuni di Sesto e Cologno); Servizi culturali, biblioteche (Comuni e privati); Servizi sportivi pubblici e privati; luoghi del tempo libero pubblici e privati; associazioni, cooperative, Agenzie del territorio.

Estate 2014	Sesto	Cologno	Ambito
Iscritti Centri Ricreativi Estivi Comunali	641	303	944
Di cui disabili	37	15	52

Azioni:
- sostenere le forme di auto organizzazione che le famiglie promuovono per individuare risposte ai bisogni di socializzazione;
- ampliare le iniziative sportive e del tempo libero non in rete con i Servizi;

- mantenere l'attuale capacità ricettiva dei Centri Ricreativi Estivi e di altre realtà che garantiscono ambiti di ricreazione e socializzazione;
- promozione dell'utilizzo del logo sull'accessibilità sui materiali che descrivono i servizi e le iniziative di aggregazione e socializzazione.

Risorse economiche utilizzate:
- bilanci comunali;
- famiglie e singoli.

Risorse professionali:
Assistenti sociali comunali dei servizi sociali, operatori dei servizi comunali culturali, biblioteche, sport, educatori, allenatori, ecc.. delle Agenzie territoriali.

Network attivi sul territorio:
Servizi sociali, culturali, biblioteche, sport dei Comuni, associazioni, cooperative, operatori del tempo libero.

Promuovere reti e coesione sociale

Quadro critico:
- presenza di reti sociali disgregate;
- atrofizzazione delle reti sociali e ridotta possibilità da parte delle famiglie nel fare riferimento a relazioni positive con le quali condividere le responsabilità connesse ai compiti di cura;
- aumenta il numero di anziani che, a causa dell'isolamento, sviluppano sindromi dell'ansia e della depressone;
- il modello aggregativo e socializzante dei Centri Anziani è messo in crisi da differenti fattori: scarso ricambio, carico gestionale oneroso, elevati costi;
- carenza di competenze specifiche, sia nel settore pubblico sia in quello privato, per creare reti sociali significative;
- difficile convivenza – negli spazi e nei luoghi pubblici – tra differenti popolazioni;
- difficoltà a progettare iniziative e proposte in grado di rispondere a bisogni aggregativi e di socializzazione, oggi sempre meno standardizzati.

Bisogni rilevati:
- necessità di promuovere reti sociali e relazionali significative come fattore preventivo delle fragilità;
- realizzare uno stretto collegamento tra la rete dei servizi e le attività di promozione del benessere.

Azioni:
- sviluppare e potenziare le reti sociali e relazionali, sia negli interventi di assistenza alle famiglie e/o alle persone che già manifestano condizioni di fragilità, sia negli interventi preventivi;
- integrare le competenze di presa in carico della fragilità con le competenze di costruzione di reti e di coesione sociale;
- promuovere l'attivazione di gruppi di auto mutuo aiuto;
- integrare l'attività dei Centri Anziani, proprio per la loro funzione promozionale e socializzante, con l'offerta territoriale dei servizi;
- realizzare iniziative con la finalità di creare solidarietà tra le generazioni;
- accompagnare un processo di cambiamento dei Centri Anziani anche riflettendo sull'allargamento e l'apertura alle altre generazioni, non prevedendo più spazi separati vecchi/giovani;

- condurre e monitorare i processi di aggregazione, anche intergenerazionali, in modo da trasformare la conflittualità in una opportunità di coabitazione e convivenza positiva (esempio del Progetto realizzato nel Parco Marx a Sesto).

Risorse economiche utilizzate:
- bilanci comunali (Settore Sociale, Settore Cultura, Educazione/Istruzione, URP, Sport);
- singoli e famiglie (quota di partecipazione);
- bandi di finanziamento (Fondazione Comunitaria Nord Milano, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Fondazione CARIPLO, Fondo Sociale Europeo,...);
- auto-finanziamento, raccolta fondi e 5xmille.

Risorse professionali:
Equipe servizi Sociali comunali; operatori dei Settori sport, cultura, tempo libero; personale educativo, sanitario e psicologico impiegato nelle Agenzie del territorio; personale volontario impegnato in attività aggregative e socializzanti.

Network attivi sul territorio:
Comuni di Sesto e Cologno, ASL Milano Distretto 6, 7 Centri Anziani, associazioni e cooperative sociali del territorio, Cinema Rondinella, Università Terza Età, Sportello territoriale Auto Mutuo Aiuto - AMA.

2. 3. Obiettivi di gestione associata

Una gestione associata fra Amministrazioni comunali è un sistema sussidiario duraturo, definito attraverso accordi volontari, oppure cogentemente richiesti da leggi regionali o nazionali, nel quale gli enti, che mantengono in parte o totalmente le loro prerogative istituzionali, si accordano formalmente per esercitare funzioni pubbliche, di cui possiedono la titolarità in base alla legge, che hanno un diretto impatto sull'ambiente economico, sociale o sui sistemi di funzionamento degli enti associati.

Obiettivo specifico 1: Funzionamento dell'Ufficio di Piano

L'Atto di indirizzo relativo al funzionamento del sistema di governance dell'Ambito, indica l'Ufficio di Piano[14] quale soggetto di supporto alla programmazione, responsabile delle funzioni tecniche, amministrative e della valutazione degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi del Piano di Zona. In conseguenza dell'alto livello assegnato alla programmazione zonale, appare fondamentale che la pianificazione sia presidiata attraverso professionalità qualificate e modelli organizzativi che consentano di dare valore a tale funzione. L'Ufficio di Piano, infatti, dovrà garantire un sistema integrato di azioni, attraverso:

- la programmazione, la pianificazione e la valutazione degli interventi;
- la costruzione e la gestione del budget;
- l'amministrazione delle risorse economiche complessivamente assegnate (Fondo Nazionale Politiche Sociali, Fondo Sociale Regionale, Fondo per le Non Autosufficienze, quote dei Comuni e di altri eventuali soggetti);
- il coordinamento della partecipazione dei soggetti che compongono il sistema di governance dell'Ambito.

La Legge Regionale 3/2008 stabilisce che ciascun Comune del Distretto debba contribuire al funzionamento dell'Ufficio di Piano proporzionalmente alle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili e comunque senza maggiori oneri a carico del bilancio regionale. L'Ufficio di Piano dovrà adempiere, nel corso del triennio 2015-2017, alle seguenti funzioni:

- gestione della funzione di avvio, trasformazione e chiusura delle unità di offerta sociali;
- gestione del sistema di governo di programmazione nelle sue fasi attuative: coordinamento e conduzione dei Tavoli Tematici e supporto agli organismi strategico-decisionali;
- progettazione e/o accompagnamento e consulenza per interventi da realizzare sul territorio dell'Ambito;
- gestione dei canali di finanziamento attribuiti all'Ambito;
- rappresentanza dell'Ambito in sede interistituzionale: Regione, Provincia, ASL, partecipazione ai gruppi di programmazione e coordinamento sovradistrettuale.

In funzione del ruolo sempre più rilevante assegnato rispetto alla programmazione zonale, un'attenzione particolare andrà rivolta dagli Amministratori locali all'organizzazione dell'Ufficio di Piano, in modo da rendere tale struttura sempre più adeguata, in termini di risorse umane ed economiche assegnate e di tempo dedicato, ai compiti richiesti. Di conseguenza, al fine di

[14] Le attività dell'Ufficio di Piano sono elencate nel capitolo "Sistema di governo della programmazione".

garantire la continuità delle funzioni e l'adempimento di quelle previste dal nuovo assetto, i Comuni stabiliscono di procedere all'organizzazione di questo Ufficio in forma associata, attraverso la forma giuridica più adeguata.

Obiettivo specifico 2: Gestione in forma associata delle funzioni relative all'avvio, trasformazione e chiusura delle unità di offerta sociali

L'art. 15 della Legge Regionale 3/2008 dispone che l'esercizio delle strutture relative alle unità d'offerta della rete sociale di cui all'art. 4, comma 2, è soggetto alla presentazione di una Comunicazione Preventiva al Comune e alla ASL competente per territorio che certifichi, da parte del gestore, il possesso dei requisiti previsti dalle disposizioni regionali. La Comunicazione Preventiva di Esercizio è disciplinata dal Decreto 1254 del 15 febbraio 2010.
L'Ambito di Sesto San Giovanni ha gestito in forma associata le funzioni relative ad avvio, trasformazione e chiusura delle unità di offerta sociali. In particolare, ha centralizzato presso l'Ufficio di Piano:

- il recapito delle Comunicazioni, l'analisi delle stesse e dei relativi allegati;
- la corrispondenza con gli uffici di ASL Milano competenti in materia di vigilanza e controllo;
- la consulenza agli enti gestori e ai cittadini interessati.

Si prevede, per il triennio di programmazione 2015-2017, il mantenimento e il consolidamento di tale funzione in forma associata.

Obiettivo Specifico 3: Individuazione requisiti per l'accreditamento delle unità di offerta sociali

Per quanto riguarda la definizione dei requisiti per l'accreditamento delle unità di offerta sociali, facoltà attribuita ai Comuni dalla Legge Regionale 3/2008 art. 11, comma 1, lettera d), si stabilisce di procedere, nel triennio di programmazione 2015-2017, all'individuazione dei medesimi relativamente ai servizi domiciliari e ai servizi per i minori. Tale attività prevederà la redazione di linee guida uniformi per l'intero Ambito, pur nel rispetto dell'autonomia comunale e la realizzazione di un percorso che preveda un adeguato coinvolgimento del Tavolo di Consultazione del Terzo Settore.

Obiettivo Specifico 4: Revisione Regolamenti di accesso ai servizi comunali

Al fine di avviare un processo di armonizzazione e uniformità dei criteri di accesso ai servizi per tutti i cittadini dell'Ambito, si stabilisce di istituire un gruppo di lavoro con il compito di rivedere i criteri di accesso ai servizi e di contribuzione al costo delle prestazioni da parte della cittadinanza, sulla base di fasce ISEE omogenee nei due Comuni, in accordo con l'Ambito di Cinisello Balsamo.

Obiettivo Specifico 5: Servizi in gestione associata

Con la finalità di aumentare il livello di omogeneità del sistema di offerta tra i comuni dell'Ambito e in coerenza con quanto disposto dalla normativa nazionale e regionale, nel corso del triennio si procederà all'individuazione di alcuni servizi sui quali sperimentare forme e modalità di gestione associata delle risorse e degli interventi, a partire da:

- Sportello Assistenza Familiare e Sportello per la volontaria giurisdizione;
- servizi domiciliari per categorie fragili.

CAPITOLO III

SEZIONE DATI E APPROFONDIMENTI METODOLOGICI

La valorizzazione della conoscenza, quale strumento indispensabile per orientare e sostenere le scelte strategiche del welfare locale, è un elemento cardine sul quale si fonda la programmazione zonale. Il Piano di Zona, proprio per questa ragione, si configura come luogo privilegiato di costruzione di saperi e competenze diffuse e di messa in comune di dati e informazioni raccolte dai diversi osservatori territoriali.

Il capitale conoscitivo maturato durante le diverse fasi della programmazione è la dote più significativa che le organizzazioni e gli Enti mettono a disposizione - in un'ottica di sussidiarietà e reciprocità - per affrontare i cambiamenti del welfare.
Le competenze costruite nel triennio, che andranno ulteriormente potenziate in futuro, sono orientate alla comprensione dello scenario, all'individuazione di criticità e bisogni espressi dalla comunità, allo sviluppo del capitale sociale, all'integrazione delle reti locali - in un'ottica di ricomposizione dell'offerta e delle risorse - e all'individuazione di soluzioni efficaci in grado di rispondere adeguatamente ai complessi bisogni della popolazione.

Le informazioni contenute in questa sezione si integrano con il punto di vista espresso dagli operatori sociali, sanitari ed educativi del pubblico e del privato e sono state utilizzate da tutti i soggetti della governance per la formulazione dei nuovi obiettivi strategici. Le criticità e i bisogni espressi dalle organizzazioni del territorio sono state integrate e supportate anche grazie alla lettura e alla condivisione degli elementi contenuti nell'apparato statistico.

La sezione dati, contenuta nelle pagine seguenti, descrive il profilo socio demografico del territorio, le informazioni relative alle condizioni di salute tratte dall'analisi di contesto allegata al Documento di Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio Sanitari 2015 – ASL Milano. Le aree di indagine sono state così strutturate:

- i dati demografici provengono, nella maggior parte dei casi, dall'Anagrafi dei Comuni di Sesto San Giovanni, Cologno Monzese e dall'ISTAT. Nella produzione di questa sezione si è proceduto ad un'analisi preliminare dei fenomeni specifici prevalenti sul territorio relativi ad ogni singola area. Isolando questi fenomeni è stato poi possibile individuare il set di dati da raccogliere e valutare perché ritenuti significativi nel disegnare lo stato attuale della popolazione nelle sue principali caratteristiche, nonché la condizione sociale riferita a specifiche fasce di popolazione. La componente straniera è stata descritta in base alle principali caratteristiche anagrafiche e ai luoghi di provenienza;
- i dati sulle diagnosi - resi disponibili dall'Unità Operativa Psichiatria 39 di Sesto San Giovanni - forniscono un quadro sulla salute mentale del territorio dell'Ambito e mirano ad evidenziare criticità emergenti.

Tutte le aree indagate comprendono confronti temporali relativi all'ultimo triennio di programmazione e a quello precedente. Tutti i dati riportati in questa sezione sono stati analizzati e commentati dall'Ufficio di Piano, mentre la loro raccolta ed elaborazione statistica ha visto il significativo contributo degli Uffici Comunali coinvolti.

Il paragrafo contiene, inoltre, un rapido excursus sulle risorse finanziarie che nel corso del triennio sono confluite nel Piano di Zona, analizzandone la composizione, la consistenza e l'andamento: Fondo Nazionale Politiche Sociali, Fondo per la Non Autosufficienza, Fondo Intesa Famiglie, e Fondo Sociale Regionale e una sintetica rappresentazione delle evidenze emerse nel documento "Sistema di Conoscenza - Anno 2014" elaborato da Regione Lombardia e CerGAS Bocconi.

La sezione si conclude con un approfondimento metodologico relativo alle Soft e Life skill, elaborato nel Piano Territoriale per le Politiche Giovanili. Il lavoro sulle competenze risulta centrale ai fini della realizzazione di interventi efficaci in ambito preventivo e promozionale e interessa diversi livelli di azione. La riflessione su questa tematica risulta, pertanto, di importanza strategica.

3.1. Profilo socio demografico del territorio

Al 31/12/2014 la popolazione residente sul territorio dell'Ambito è di 129.941 abitanti, di cui 62.777 maschi (48,3%) e 67.164 femmine (51,7%), con un aumento di 887 abitanti rispetto alla fine del 2010[1]. Il 63% dei residenti vive a Sesto, il restante 37% a Cologno. Rispetto alla fine del 2010, quando gli abitanti erano 129.055, non si registrano variazioni sulla distribuzione di popolazione tra i due comuni, né per quanto concerne la distribuzione per genere.

Luogo	Residenti	Superficie Kmq	Densità abitativa
Sesto San Giovanni	81.981	11,7	7.007
Cologno Monzese	47.960	8,5	5.643
Ambito	129.941	20,2	6.433

Tabella 1 - Densità abitativa a livello comunale e di Ambito al 31/12/2014 – Fonte: Anagrafi Comunali

La densità di popolazione sul territorio dell'Ambito risulta inferiore al dato della città di Milano e a quello del territorio dell'ASL Milano[2] ma significativamente superiore al dato provinciale, regionale e nazionale. Rispetto alla fine del 2010, la densità abitativa nel nostro Ambito ha fatto registrare un leggero aumento (+45 abitanti per kmq).

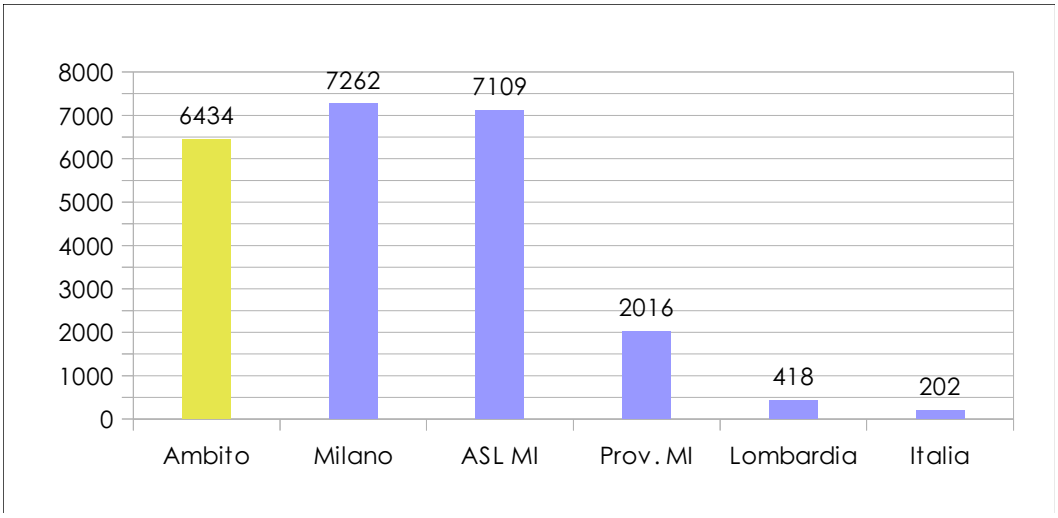


Grafico 1 – Densità abitativa dell'Ambito in rapporto ai dati dell'ASL Milano, della città di Milano, della Provincia di Milano, della Lombardia e dell'Italia al 31/12/2014 – Fonti: ISTAT e Anagrafi Comunali

Nel territorio dei Distretti socio-sanitari 6 e 7 risiedono poco meno di 270 mila abitanti, di cui 140 mila nel Distretto socio sanitario 7 che comprende i Comuni di Cinisello Balsamo (74.472), Bresso (25.800), Cormano (19.799) e Cusano Milanino (19.376).
I due Ambiti hanno caratteristiche socio demografiche omogenee, entrambi sono caratterizzati da un'elevata presenza di anziani e di nuclei unipersonali e da una cospicua presenza di cittadini stranieri (circa il 18% dei residenti).

[1] Tutti i dati relativi al 31/12/2010 riportati in questa sezione sono disponibili nel Piano di Zona 2012–14. I dati relativi al 31/12/2007 sono disponibili sul Piano di Zona 2009-11.
[2] Il territorio dell'ASL Milano comprende i Comuni di Milano, Bresso, Cinisello Balsamo, Cologno Monzese, Cormano, Cusano Milanino, Sesto San Giovanni.

I Comuni dei due Distretti, inoltre, sono considerati ad Alta Tensione Abitativa, in quanto presentano una serie di fattori e condizioni che determinano uno stato di disagio abitativo, tra i quali:

- elevato canone di locazione nel libero mercato;
- esigua disponibilità del patrimonio di Edilizia Residenziale Pubblica (ERP) rispetto alle richieste provenienti dai residenti o lavoratori aventi i requisiti;
- presenza di bisogni espressi da altre categorie di cittadini non ritenuti in emergenza abitativa (lavoratori precari, giovani, famiglie di nuova formazione, famiglie con numerosi figli a carico, nuclei coinvolti da separazioni o divorzi).

Tale condizione di disagio si manifesta nonostante il forte investimento fatto nei decenni passati che ha prodotto, rispetto ad altre aree della Provincia di Milano, un ingente patrimonio di Edilizia Residenziale Pubblica (ERP e ALER), in particolare nei tre Comuni più grandi.

A fine 2014 a Sesto San Giovanni la popolazione residente è di 81.981 abitanti, suddivisa in 39.512 maschi (48,2%) e 42.469 femmine (51,8%).
Nel decennio 2005-2014[3] il numero di abitanti ha subito un decremento di 1.563 unità ma rispetto alla fine del 2010 si è lievemente incremento (720 abitanti).

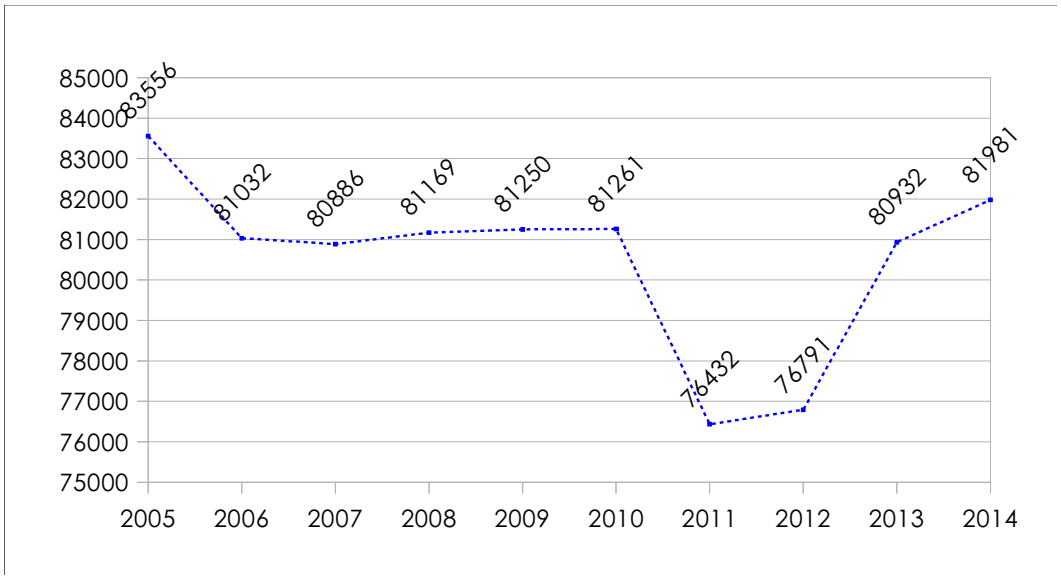


Grafico 2 – Popolazione residente a Sesto San Giovanni dal 2005 al 2014 – Fonte: Anagrafi Comunali

Alla stessa data, a Cologno Monzese, gli abitanti sono 47.960 suddivisi in 23.269 maschi (48,5%) e 24.691 femmine (51,5%).
Nei periodi 2005-2014 e 2010-2014 la popolazione residente è rimasta sostanzialmente invariata.

[3] I dati relativi agli anni 2011 e 2012, per entrambi i territori comunali, sono stati influenzati dal ritardo con cui alcuni cittadini hanno risposto al questionario per il Censimento 2011.

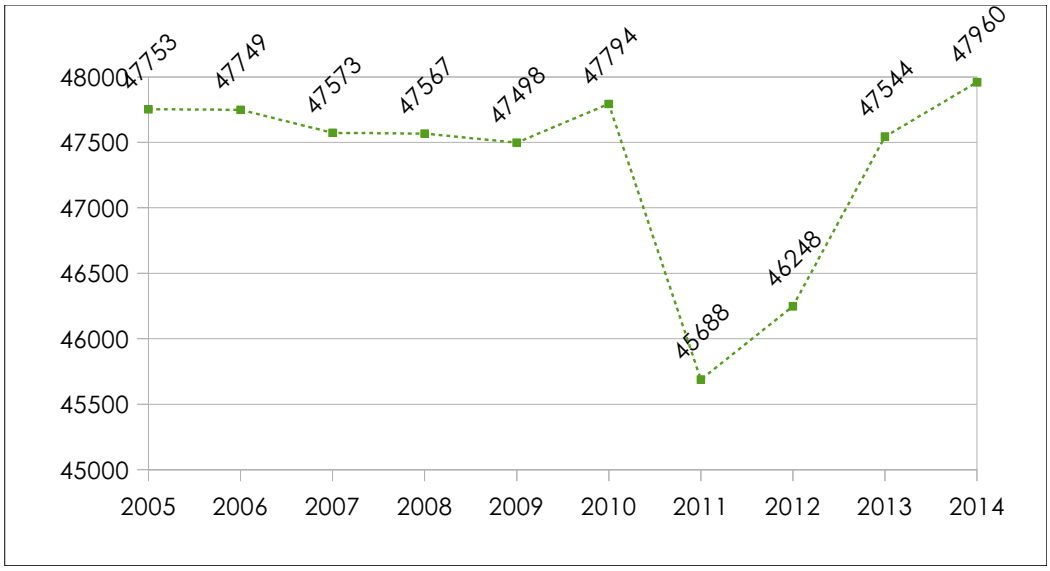


Grafico 3 – Popolazione residente a Cologno Monzese dal 2005 al 2014 – Fonte: Anagrafi Comunali

Le variazioni demografiche di un territorio sono determinate dal saldo naturale e dal saldo migratorio:

- il saldo naturale è la differenza tra il numero di nascite e il numero di decessi nella popolazione di riferimento in un dato periodo;
- il saldo migratorio è la differenza tra il numero degli iscritti e il numero dei cancellati dai registri anagrafici per trasferimento di residenza in un dato periodo.

Il saldo naturale dell'Ambito, nel periodo 2005-2009, risulta sempre positivo (anche se in calo di anno in anno), mentre dal 2010 si registrano anche valori negativi. Il saldo migratorio fa registrare soprattutto valori negativi fino al 2011 per poi risultare positivo negli anni 2012, 2013 e 2014.

Anno	Nascite	Morti	Saldo Naturale	Iscritti	Cancellati	Saldo Migratorio
2005	1.258	1.003	255	4.911	5.637	-726
2006	1.262	1.088	174	5.087	7.889	-2.802
2007	1.212	1.121	91	4.545	4.858	-313
2008	1.201	1.120	81	5.208	5.148	60
2009	1.196	1.129	67	4.524	4.565	-41
2010	1.156	1.194	-38	4.992	4.656	336
2011	1.242	1.107	135	5.336	6.179	-843
2012	1.194	1.205	-11	5.958	4.800	1.158
2013	1.139	1.132	7	6.462	5.185	1.277
2014	1.187	1.198	-11	5.372	4.405	967

Tabella 2 - Saldo naturale e saldo migratorio di Ambito dal 2005 al 2014 – Fonte: Anagrafi Comunali

Ulteriori informazioni sulla situazione demografica del nostro territorio possono essere desunte dalla suddivisione della popolazione per fasce (quinquennali) d'età. Il grafico 4, con i suoi istogrammi orizzontali, evidenzia una diversa distribuzione dei residenti per fasce d'età in base al genere: quello maschile presenta una base più ampia, mentre il genere femminile presenta una parte

centrale e superiore più consistente. Nascono più maschi, ma le donne hanno aspettativa di vita maggiore (anche se il processo di convergenza della sopravvivenza maschile a quella femminile si manifesta anche nel nostro Ambito). Fino alla fascia d'età 40-44 anni, il genere maschile è più numeroso in ogni fascia d'età (ad esclusione della fascia d'età 25-29 anni a Sesto). A partire dalla fascia 45-49 anni, le donne risultano più numerose (ad esclusione della fascia 50-54 a Cologno).
Più nel dettaglio, le fasce d'età più consistenti sono la 45-49 e la 40-44 anni (entrambe al 8,3%), seguite dalla fascia d'età 50-54 anni (7,4%). Rispetto al 2010, le tre fasce d'età menzionate risultavano sempre le più consistenti, ma bisogna evidenziare che la fascia d'età 50-54 anni ha fatto registrare un deciso incremento (1.035 unità). Rispetto alla fine del 2007, quando le fasce più consistenti erano quelle comprese fra i 30 e i 44 anni, la popolazione residente sul nostro territorio denota una sempre più marcata tendenza a replicare una delle principali caratteristiche dei grandi centri urbani: la loro elevata velocità di invecchiamento.
Suddividendo la popolazione residente nel nostro Ambito per le tre tipiche macrofasce d'età, si deduce che la fascia 0-14 anni è composta in misura prevalente da maschi (51,5%), la fascia "centrale" 15-64 anni risulta praticamente suddivisa in modo equo tra i due generi, mentre la parte di cittadini anziani è costituita soprattutto da donne (57,7%).

L'età media della popolazione dell'Ambito è di 44,1 anni, quella di Sesto è di 45 anni e quella di Cologno di 43,1 anni.

Grafico 4 - Piramide delle fasce d'età della popolazione residente sul territorio dell'Ambito al 31/12/2014 – Fonte: Anagrafi Comunali

Fascia d'età 0-14 anni

I giovanissimi residenti nell'Ambito sono 17.592 unità (13,5% del totale), di cui 9.066 maschi (51,5%) e 8.526 femmine (48,5%). Rispetto al 2010 si registra un aumento di 697 unità, aumento che rispetto al 2007 diviene più corposo (+1.324 unità). La fascia d'età più numerosa è la 5-9 anni (6.159 unità, il 35% di questa fetta di residenti). A livello comunale (Tabella 3)[4] a Sesto la fascia 0-14 anni si compone di 11.029 unità (di cui 5.691 maschi e 5.338 femmine) e rappresenta il 13,5% della popolazione residente; rispetto alla fine del 2010 si registra un incremento di 575 unità. La fascia d'età più numerosa è la 5-9 anni (il 35,2% di questa parte di popolazione). A Cologno la fascia 0-14 anni ammonta a 6.563 unità (di cui 3.375 maschi e 3.188 femmine) e rappresenta il 13,8% della popolazione residente; rispetto alla fine del 2010 il dato fa rilevare un incremento di 122 unità.
Come a Sesto, la fascia d'età più consistente è la 5-9 anni (il 34,7% del campione considerato).

Fascia d'età	**Sesto San Giovanni**				**Cologno Monzese**			
	M	F	Totale	%	M	F	Totale	%
0 – 4	1.849	1.774	3.623	4,4	1.137	1.023	2.160	4,7
5 – 9	2.033	1.846	3.879	4,8	1.150	1.130	2.280	4,7
10 –14	1.809	1.718	3.527	4,3	1.088	1.035	2.123	4,4
0 – 14	5.691	5.338	11.029	13,5	3.375	3.188	6.563	13,8
Totale popolazione	39.512	42.469	81.981		23.274	24.696	47.960	

Tabella 3 - Popolazione 0-14 anni residente a Sesto San Giovanni e a Cologno Monzese al 31/12/2014 – Fonte: Anagrafi Comunali

Fascia d'età 15-64 anni

Questa fetta di popolazione del nostro Ambito è composta da 81.663 abitanti (63% del totale), di cui 40.719 maschi (49,9%) e 40.944 femmine (50,1%). Rispetto al 2010 si registra un decremento di 1.944 unità, decremento che diviene ancora più deciso rispetto al 2007 (-3.106 unità). Le fasce d'età più numerose sono, a pari merito, la 40-44 e la 45-49 anni (8,3% della popolazione residente).

A livello comunale (Tabella 4) a Sesto la fascia 15-64 anni è di 50.926 unità (di cui 25.460 maschi e 25.466 femmine) e rappresenta il 62,1% della popolazione residente. Le fasce d'età più numerose sono la 40-44 e la 45-49 anni che, sommate tra loro, rappresentano il 27,1% di questa parte di residenti. Nel 2010 la fascia d'età più corposa era la 35-39 anni.

A Cologno la fascia 15-64 anni è di 30.737 unità (15.259 maschi e 15.478 femmine) e rappresenta il 64,1% dei residenti. Come a Sesto, le fasce d'età più cospicue sono la 40-44 e la 45-49 anni che, sommate tra loro, formano il 24,9% della popolazione di riferimento.

[4] Le percentuali inserite nelle tabelle 3, 4 e 5, riferite alle singole fasce d'età, sono calcolate sul totale della popolazione residente.

Fascia d'età	Sesto San Giovanni				Cologno Monzese			
	M	F	Totale	%	M	F	Totale	%
15 - 19	1.773	1.542	3.315	4	1.078	1.075	2.153	4,5
20 - 24	1.761	1.664	3.425	4,2	1.221	1.112	2.333	4,9
25 - 29	2.026	2.073	4.099	5	1.391	1.334	2.725	5,7
30 - 34	2.512	2.355	4.867	5,9	1.512	1.477	2.989	6,2
35 - 39	3.002	2.793	5.795	7,1	1.756	1.619	3.375	7
40 - 44	3.490	3.436	6.926	8,5	1.912	1.896	3.808	7,9
45 - 49	3.415	3.467	6.882	8,4	1.874	1.983	3.857	8
50 - 54	3.036	3.086	6.122	7,5	1.727	1.725	3.452	7,2
55 - 59	2.384	2.615	4.999	6,1	1.380	1.658	3.038	6,3
60 - 64	2.061	2.435	4.496	5,5	1.408	1.599	3.007	6,3
15 - 64	25.460	25.466	50.926	62,1	15.259	15.478	30.737	64,1
Totale popolazione	39.512	42.469	81.981		23.274	24.696	47.960	

Tabella 4 - Popolazione 15-64 anni residente a Sesto San Giovanni e a Cologno Monzese al 31/12/2014 – Fonte: Anagrafi Comunali

Questa fascia di popolazione ha un ruolo fondamentale nella struttura socio demografica di in un territorio in quanto costituisce la parte "attiva" della società quella parte che – in termini sociologici – provvede al sostentamento delle fasce inattive. In tal senso il fenomeno della disoccupazione giovanile[5] risulta ancora più allarmante. Alla fine del 2014, nella Provincia di Milano, la fascia d'età 15-24 anni fa registrare un tasso del 34,1% (nel 2004 era del 16,7% - incremento registrato + 17,4%), mentre la fascia d'età 15-29 anni si attesta al 21,5% (nel 2004 era del 10,2% - incremento registrato 11,3%).

La popolazione anziana

La popolazione con almeno 65 anni d'età, residente nel nostro Ambito, è di 30.684 unità (23,6% del totale) suddivisa in 12.992 maschi (42,3%) e 17.692 femmine (57,7%). Rispetto al 2010 i cittadini anziani sono aumentati di 2.225 unità, con un incremento più considerevole per il genere femminile (+1.185 unità). Rispetto alla fine del 2010 gli ultra 65enni sono aumentati del 7,8%.
Le fasce d'età più numerose sono la 65-69 anni (8.046 unità) e la 70-74 anni (7.371 unità) che compongono, insieme, il 50,2% di tutti gli anziani residenti e il 11,9% della popolazione del nostro Ambito.
Gli anziani ultraottantenni sono 8.677 e formano il 6,7% della popolazione di Ambito. Questo ultimo dato appare ancora più significativo se confrontato con quello riferito alla fine del 2007, quando gli ultraottantenni formavano "solo" il 4,9% dei residenti.

I dati di seguito riportati evidenziano una più cospicua presenza di cittadini anziani a Sesto: nel Comune capofila sono 20.024 e rappresentano il 24,4% della popolazione residente, di cui 8.361 maschi (41,7%) e 11.663 femmine (58,3%). Rispetto alla fine del 2010 gli ultra 65enni sono aumentati del 6%.
A Cologno gli ultra sessantacinquenni sono 10.660 (il 22,2% dei residenti), di cui 4.631 maschi (43,4%) e 6.029 femmine (56,6%) e rispetto alla fine del 2010 sono aumentati del 11,5%.
A livello comunale (Tabella 5) a Sesto le fasce d'età più numerose sono la 65-69 e la 70-74 anni che, sommate tra loro, formano il 48,8% degli anziani residenti e il 11,9% della popolazione sestese. Gli anziani con almeno 80 anni sono 5.393 (il 27% degli anziani residenti).

[5] Fonte: www.dati.istat.it

A Cologno le fasce d'età più consistenti sono la 65-69 anni e la 70-74 anni che, sommate tra loro, rappresentano il 52,9% degli anziani e il l'11,8% dei residenti. Gli anziani con almeno 80 anni sono 2.738 (il 25,7% degli anziani residenti).
Rispetto al 2010, come a Sesto, si è verificato un incremento di tutte le fasce d'età, soprattutto della 65-69 anni (+344 unità) ed un calo delle fasce 70-74 e 95-99 anni.
Un dato significativo aiuta a comprendere quanto le due città stiano invecchiando: a fronte di un 24,4% attuale, alla fine del 2010 gli anziani sestesi rappresentavano il 23,3% della popolazione residente, alla fine del 2007 il 22,8%. In sette anni si è verificato un incremento di 1.592 unità (+8,6%), a fronte di aumento della popolazione residente decisamente più contenuto (1.092 unità, l'1,3%). A Cologno, ancora più che a Sesto, l'invecchiamento della popolazione residente appare degno di essere evidenziato: dal 2007 al 2014 gli anziani sono aumentati di 1.653 unità (+18,3%) a fronte di aumento della popolazione residente di sole 387 unità (lo 0,8%).

Fascia d'età	**Sesto San Giovanni**				**Cologno Monzese**			
	M	F	Totale	%	M	F	Totale	%
65 – 69	2301	2695	4996	6,1	1.404	1.646	3.050	6,4
70 – 74	2107	2674	4781	5,8	1.228	1.362	2.590	5,4
75 – 79	1828	2480	4308	5,3	991	1.291	2.282	4,8
80 – 84	1273	1973	3246	4	665	894	1.559	3,2
85 – 89	629	1150	1779	2,2	260	549	809	1,7
90 – 94	201	565	766	0,9	77	226	303	0,6
95 – 99	16	109	125	0,1	5	46	51	0,1
100 e +	6	17	23	0	1	15	16	0
65 - 100 e +	8.361	11.663	20.024	24,4	4.631	6.029	10.660	22,2
Totale popolazione	39.512	42.469	81.981		23.274	24.696	47.960	

Tabella 5 - Popolazione anziana residente a Sesto San Giovanni e a Cologno Monzese al 31/12/2014 – Fonte: Anagrafi Comunali

La componente femminile risulta maggioritaria in ogni fascia d'età e via via più crescente all'aumentare dell'età stessa. A Sesto essa rappresenta il 58,2%, a Cologno il 56,5%.
E' prevedibile che nei prossimi decenni ci si debba attendere un ulteriore aumento del carico assistenziale relativo alle classi di età più anziane.
L'aumento dell'aspettativa di vita e del concomitante incremento delle patologie croniche e degenerative, associate alla riduzione dei livelli di autonomia, fanno assumere una valenza sempre maggiore alle cure domiciliari.

La distribuzione della popolazione residente in entrambi i comuni in base alle tre macro fasce d'età adottate, è rappresentata nel grafico 5.

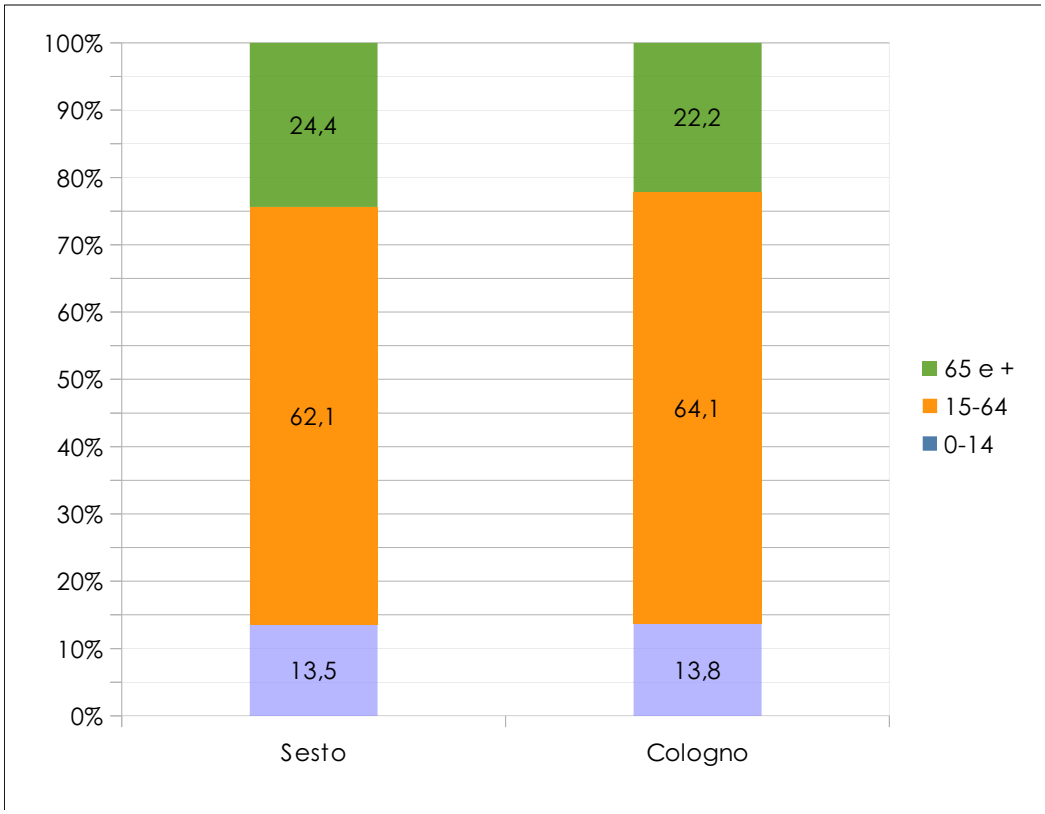


Grafico 5 - Popolazione suddivisa per macro fasce d'età residente a Sesto San Giovanni e a Cologno Monzese al 31/12/2014 – Fonte: Anagrafi Comunali

In conclusione, l'analisi della popolazione suddivisa per fasce d'età residente nei due Comuni dell'Ambito permette di affermare che in entrambi i territori si manifesta, rispetto alla fine del 2010, una diminuzione della fascia d'età 15-64 anni, un aumento di cittadini anziani e un incremento, più contenuto, di giovanissimi.

Indicatori strutturali della popolazione

I costanti e profondi cambiamenti sociodemografici in atto nel nostro territorio da alcuni anni possono essere evidenziati attraverso l'utilizzo di strumenti statistici, quali indici e tassi. Il continuo incremento della popolazione anziana e le scelte riproduttive adottate dai cittadini in età fertile (soprattutto dei cittadini italiani) spingono verso l'utilizzo dei seguenti strumenti:

- tasso di natalità - rapporto tra il numero dei nati vivi e la popolazione, ogni mille abitanti, in un tempo dato;
- tasso di mortalità - rapporto tra il numero di decessi e la popolazione, ogni mille abitanti, in un tempo dato;
- tasso di fecondità specifico - numero di nati ogni 1000 donne in età feconda comprese nella fascia d'età 20-40 anni;
- indice di vecchiaia - rapporto tra la popolazione anziana e quella in età 0-14 anni;
- indice di dipendenza strutturale - rapporto tra la popolazione in età non attiva e in età attiva;
- indice di dipendenza anziani - rapporto tra popolazione anziana e popolazione in età attiva.

La tabella 6 rappresenta il confronto tra i tassi di natalità, di mortalità (con il conseguente tasso di crescita naturale) e il tasso di fecondità specifico nei territori di Sesto, Cologno, Città di Milano, Ambito di Cinisello B.mo, ASL Milano, Provincia di Milano, Lombardia e Italia.
Il tasso di natalità dell'Ambito è 9,1‰, rispetto al 31/12/2010 si è mantenuto sostanzialmente stabile e rispetto al 2007 è diminuito dello 0,3‰. I dati indicano che a Sesto nascono 9 bambini ogni mille abitanti in un anno, mentre a Cologno si arriva a 9,3. I dati di ASL Milano evidenziano che il calo delle nascite che si registra da alcuni anni è determinato dal minor numero di parti delle donne italiane, controbilanciato in parte dall'aumento dei parti delle donne straniere.
Il tasso di mortalità dell'Ambito è 9,2‰, rispetto al 2010 si è mantenuto stabile, mentre rispetto al 2007 è aumentato dello 0,4‰. A Sesto è 9,8‰ a Cologno 8,3‰. Il più elevato tasso di mortalità a Sesto può essere spiegato, in parte, con la maggiore presenza di persone anziane sul proprio territorio (vedi grafico 5).
Il tasso di crescita naturale dell'Ambito risulta di poco negativo (-0,1‰), dato attribuibile all'aumento del tasso di mortalità a Sesto. Il tasso di fecondità specifico del nostro Ambito è di 76,4 nati ogni 1.000 donne in età compresa tra i 20 e i 40 anni, dato leggermente inferiore a quello della città di Milano e dell'ASL Milano, ma superiore a quelli riferiti all'Ambito di Cinisello, alla Provincia di Milano, alla Lombardia e all'Italia. Il dato relativo a Sesto risulta superiore a quello colognese (+3 nati).

Luogo	**Tasso di natalità ‰**	**Tasso di mortalità ‰**	**Tasso di crescita naturale ‰**	**Tasso di fecondità specifico ‰**
Sesto San Giovanni	9	9,8	-0,8	77,5
Cologno Monzese	9,3	8,3	1	74,5
Ambito	9,1	9,2	-0,1	76,4
Città di Milano	8,9	10,1	-1,2	77
Ambito di Cinisello B.				
ASL Milano	9,4	10,2	-0,6	76,5
Provincia di Milano	8,8	9	-0,1	73,9
Lombardia	8,8	9	-0,2	71,9
Italia	8,4	9,8	-1,4	66,2

Tabella 6 - Tasso di natalità, di mortalità, di crescita naturale e di fecondità specifico dell'Ambito in rapporto agli stessi tassi dell'ASL Milano, della Città di Milano, della Provincia di Milano, della Lombardia e dell'Italia al 31/12/2014 - Fonte: ISTAT

L'analisi statistica dei mutamenti socio demografici in atto può proseguire prendendo in considerazione gli indici riportati in tabella 7.
L'indice di vecchiaia rappresenta un indicatore dinamico che stima il grado di invecchiamento della popolazione: valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di soggetti anziani rispetto ai giovanissimi.
L'indice di vecchiaia dell'Ambito risulta più elevato di quello provinciale e regionale ma inferiore al dato della Città di Milano, dell'Ambito di Cinisello Balsamo e della ASL Milano. Questo dato è influenzato dall'indice di vecchiaia di Sesto, superiore a quello di Cologno di quasi 20 punti. Rispetto alla fine del 2010 e alla fine del 2007 tale divario si è decisamente ridotto, riduzione attribuibile al dato colognese.

Luogo	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani
Sesto San Giovanni	181,6	61	39,3
Cologno Monzese	162,4	56	34,7
Ambito	170	59	37,6
Città di Milano	184,2	61,3	39,7
Ambito di Cinisello B.			
ASL Milano	183	58,1	37,6
Provincia di Milano	158,8	57,2	35,1
Lombardia	152,3	56,1	33,9
Italia	157,3	55,2	33,7

Tabella 7 – Indici di vecchiaia, di dipendenza strutturale e di dipendenza anziani comunali, di Ambito, dell'ASL Milano, della città di Milano, dell'Ambito di Cinisello Balsamo, provinciale, regionale e nazionale al 31/12/2014 – Fonte: ISTAT e Anagrafi Comunali

L'indice di dipendenza strutturale esprime il carico soco-economico teorico della popolazione in età attiva: valori superiori al 50% indicano una situazione di squilibrio generazionale. Un indice di dipendenza strutturale di Ambito del 59% significa che la popolazione non attiva (quella compresa tra 0-14 anni e gli anziani) è poco più della metà di quella attiva (compresa tra i 15 e i 64 anni). Considerando che la tra la popolazione attiva non tutti svolgono attività lavorative (studio, disoccupazione, casalinghe, ecc.), questa percentuale è da considerarsi abbastanza elevata. Come l'indice di vecchiaia, l'indice di dipendenza strutturale dell'Ambito (Tabella 8) risulta inferiore a quello della città di Milano e superiore al dato della ASL Milano e provinciale. L'indice di Sesto è più elevato di quello di Cologno di 5 punti, vista la maggiore presenza di cittadini anziani sul totale della popolazione residente. Rispetto al 2010, questo indice è aumentato sia a Sesto sia a Cologno, rispettivamente di 4,5 e di 4,4. L'incremento registrato a Sesto è stato più significativo di quello rilevato nel triennio 2010-07.
L'indice di dipendenza degli anziani rappresenta il numero di individui non autonomi per ragioni demografiche (età>=65 anni) ogni 100 individui potenzialmente indipendenti (15-64 anni). Il dato del nostro Ambito (37,6) risulta inferiore al dato della città di Milano e dell'Ambito di Cinisello e uguale a quello dell'ASL di Milano.
Come per gli indici di vecchiaia e di dipendenza strutturale, quest'ultimo indice risulta più elevato nel Comune capofila.

Le cause di morte

Secondo l'analisi di contesto dell'ASL Milano allegata al Documento di Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio Sanitari 2015, le principali cause di morte della popolazione residente nei Comuni facenti parte dei Distretti 6 e 7 (Sesto San Giovanni e Cinisello Balsamo) sono i tumori e le malattie al sistema cardiocircolatorio. Insieme, queste due cause rappresentano il 66,6% di tutti i decessi. Disaggregando i dati per genere, emerge che i tumori sono la prima causa di morte negli uomini (in particolare i tumori al polmone), mentre le malattie al sistema cardiocircolatorio (soprattutto cardiopatia ischemica e accidenti vascolari celebrali) colpiscono principalmente le donne. Rispetto ai dati relativi al 2010, emerge che negli uomini sono diminuiti i decessi derivanti da problemi cardiocircolatori (-16 casi), dell'apparato genitourinario (-13 casi) e dell'apparato digerente (-11 casi). I decessi per tumore sono rimasti pressappoco stabili (+3 casi). Per quanto riguarda le donne, invece, si segnala l'aumento dei decessi provocati da problemi all'apparato respiratorio (+13 casi). I decessi

causati da tumori e quelli riferibili al sistema cardiocircolatorio sono calati (rispettivamente di 11 e 9 casi).
Se si effettua una comparazione con i dati relativi al territorio della nostra ASL e alla città di Milano, emerge che i numeri relativi ai decessi per tumore negli uomini risultano decisamente superiori, mentre il dato relativo ai decessi provocati da disturbi del sistema cardiocircolatorio nelle donne sono leggermente inferiori.

Cause di morte	**Uomini**		**Donne**		**Totale**	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Tumori	488	42	366	31,3	854	35,3
Sistema cardiocircolatorio	305	26,2	393	33,6	698	29,7
Apparato respiratorio	95	8,2	83	7,1	178	6,7
Sistema nervoso	41	3,5	54	4,6	95	4,3
Sistema endocrino	35	3	51	4,4	86	3,5
Traumatismi	50	4,3	48	4,1	98	
Apparato digerente	43	3,7	44	3,8	87	3,9
Disturbi psichici e comportamentali	27	2,3	43	3,7	70	3
Segni e sintomi	44	3,8	37	3,2	81	2,3
Apparato genitourinario	11	0,9	18	1,5	29	1,9
Altre cause	24	2,1	31	2,7	55	6,7
Totale	**1.163**	**100**	**1.168**	**100**	**2.331**	**100**

Tabella 8 - Distribuzione per genere dei decessi occorsi tra i residenti di Bresso, Cinisello Balsamo, Cormano, Cusano Milanino, Sesto San Giovanni e Cologno Monzese nel 2013 ripartiti nelle dieci cause di morte (grandi gruppi) più frequenti – Fonte: ASL Milano

Le due principali cause di decesso (tumori e malattie cardiovascolari) sono anche le due principali cause di ricovero ospedaliero. In particolare, in entrambi i generi la prima causa è quella cardiovascolare.
I dati clinici riportati dal Documento di programmazione sociale e sociosanitaria 2015 di ASL Milano evidenziano, per il genere maschile, un aumento di incidenza dei tumori direttamente proporzionale all'aumento della deprivazione socioeconomica.
Gli anziani ultra 75enni, per i quali il supporto familiare è assente o inadeguato a mantenere il soggetto al proprio domicilio, fanno registrare elevate percentuali di casi di ricovero in hospice per il trattamento di fine vita.

Le strutture socio-familiari

La popolazione residente nei due Comuni del nostra Ambito, suddivisa per stato civile, è rappresentata in tabella 9. Le trasformazioni in atto nel nostro tessuto sociale si manifestano anche rispetto alle strutture familiari.

I dati relativi agli anni 2007, 2010 e 2014 evidenziano la riduzione della forbice tra coniugati e celibi/nubili e l'aumento dei divorziati. Considerando che i separati legalmente sono considerati comunque coniugati, si comprende bene come il dato relativo a questi ultimi risulti di fatto sovrastimato.

Comune	Stato civile	% 2007	% 2010	% 2014
Sesto San Giovanni	Coniugati	49,3	47,1	45,6
	Celibi/Nubili	40,3	42,3	43,9
	Vedovi	8,1	8	7,7
	Divorziati	2,4	2,6	2,8
Cologno Monzese	Coniugati	51,7	50,8	47,8
	Celibi/Nubili	39,4	40,1	42,6
	Vedovi	7,1	7,1	7,2
	Divorziati	1,8	2	2,4

Tabella 9 - Popolazione residente a Sesto San Giovanni e a Cologno Monzese suddivisa in percentuale per stato civile alla fine degli anni 2007, 2010 e 2014 – Fonte: Anagrafi Comunali

Le famiglie[6] presenti sul territorio dell'Ambito sono 60.005, di cui 39.794 a Sesto (66,3%) e 20.211 a Cologno (33,7%). Il numero di componenti il nucleo familiare è mediamente di 2,1 a Sesto e 2,3 a Cologno.

Nell'Ambito prevale la famiglia composta da una sola persona (21.449, il 35,7%), a seguire quella composta da due persone (17.605, il 29,3%), che insieme formano il 65% delle famiglie residenti.

A Sesto le famiglie unipersonali sono le più numerose (15.461, il 38,8% delle famiglie); assieme ai nuclei composti da due persone (11.353, il 28,5%), si raggiunge il 67,3%. A Cologno i nuclei con due componenti rappresentano la maggioranza (6.252, il 30,9% delle famiglie), seguono le famiglie unipersonali (5.988, il 29,6%); accorpate raggiungono il 60,5% del totale. Se si considerano le famiglie composte da almeno tre componenti, vi è una maggiore concentrazione di casi a Cologno (39,4%), che a Sesto (30,1%).

Componenti	Sesto San Giovanni		Cologno Monzese		Ambito	
	Famiglie	% su totale	Famiglie	% su totale	Famiglie	% su totale
1	15.461	38,8	5.988	29,6	21.449	35,7
2	11.353	28,5	6.252	30,9	17.605	29,3
3	6.304	15,8	4.013	19,9	10.317	17,2
4	4.184	10,5	2.901	14,3	7.085	11,8
5	1.048	2,6	757	3,7	1.805	3
6 e +	444	1,1	300	1,5	744	1,2
Totale	**39.794**	**100**	**20.211**	**100**	**60.005**	**100**

Tabella 10 – Nuclei familiari per numero di componenti a Sesto San Giovanni e a Cologno Monzese al 31/12/2014 – Fonte: Anagrafi Comunali

[6] Secondo la definizione dell'ISTAT, la famiglia è un insieme di persone legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela o da vincoli affettivi, coabitanti o aventi dimora abituale nello stesso luogo.

Nel Comune capofila – negli ultimi quattro anni – aumentano i nuclei unipersonali, crescono i nuclei composti da sei persone (50%) e calano quelli composti da tre e quattro persone. Anche a Cologno aumentano i nuclei unipersonali e quelli composti da due persone. Come a Sesto, calano le famiglie composte da tre e quattro componenti. Alla fine del 2007 a Sesto i nuclei unipersonali erano 13.626 (il 36,5% delle famiglie), mentre a Cologno 5.239 (il 27,2% delle famiglie). L'aumento dei nuclei unipersonali riscontrato in entrambi i Comuni si caratterizza come un importante fenomeno sociale di lungo periodo ed è sintomo di un territorio socialmente frammentato.

L'isolamento sociale rappresenta - in particolare per la popolazione anziana - un fattore di rischio che concorre a generare condizioni di fragilità e vulnerabilità, sia dal punto di vista sociale sia sanitario.
Per meglio analizzare tale fenomeno i nuclei unipersonali sono stati suddivisi in fasce d'età decennali (Grafico 6). Entrambe le linee del grafico (riferite ai nuclei residenti nei due Comuni dell'Ambito), evidenziano l'esistenza di due picchi in corrispondenza delle medesime fasce d'età (41-50 e 71-80 anni). Nella prima fascia di collocano soprattutto maschi, nella seconda fascia, grazie alla maggiore durata di vita, si collocano soprattutto donne.
Nel complesso, a Sesto i dati evidenziano una maggiore concentrazione di cittadini che vivono soli fino ai 60 anni d'età.
Nello specifico, nel comune capofila la fascia d'età 41-50 risulta la più numerosa (2.646 cittadini, il 17,1% dei nuclei unipersonali), seguita dalla 71-80 anni (2.564 residenti, il 16,6% dei nuclei unipersonali). A Cologno, invece, la fascia d'età 71-80 anni risulta la più numerosa (1.126 residenti, il 18,8% dei nuclei unipersonali), seguita dalla fascia 41-50 anni (922 residenti, il 15,4% dei nuclei unipersonali).

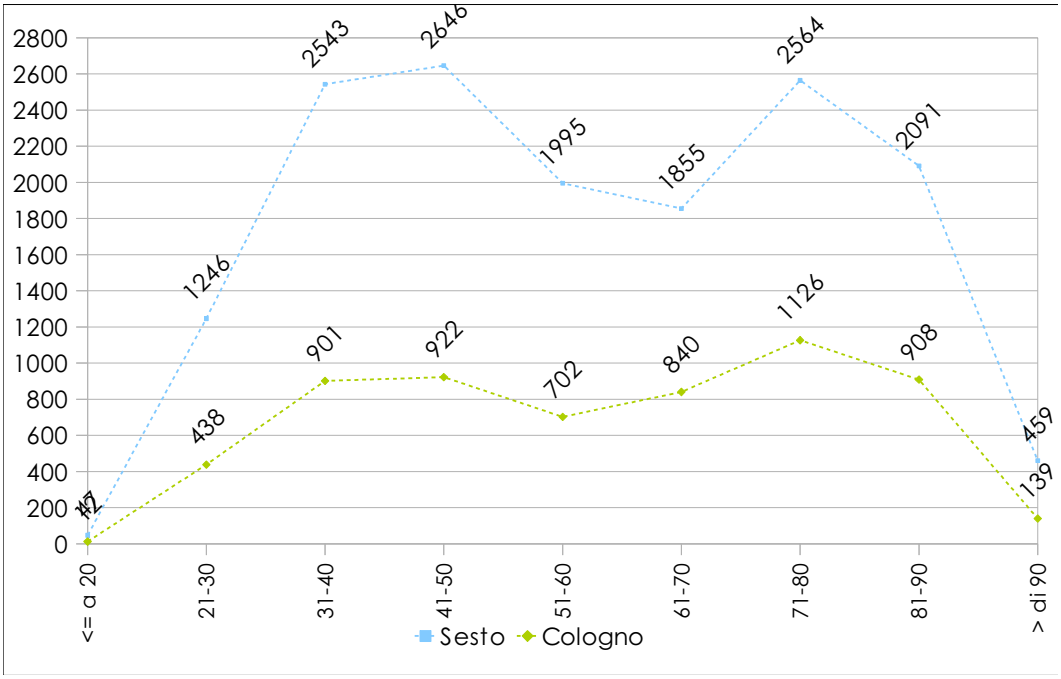


Grafico 6 – Famiglie unipersonali suddivise per fasce d'età decennali a Sesto San Giovanni e a Cologno Monzese al 31/12/2014 – Fonte: Anagrafi Comunali

Gli ultra 65enni che vivono soli a Sesto sono 6.309, rappresentano il 31,5% della popolazione anziana e il 7,7% della popolazione residente. A Cologno sono 2.765, rappresentano il 25,9% della popolazione anziana e il 5,8% di quella residente.

I nuclei unipersonali composti da ultra 80enni sono a Sesto 2.822 (rispetto ai 2.555 del 2010), rappresentano il 14,1% della popolazione anziana e il 3,4% della popolazione residente, mentre a Cologno sono 1.170 (rispetto ai 1.060 del 2010), rappresentano il 11% degli anziani residenti e il 2,4% degli abitanti.
In base ai dati riportati dal Documento di Programmazione dei Servizi Sanitari e Sociosanitari 2015 dell'ASL Milano, nei Distretti socio sanitari 6 e 7 su 12.727 ultra 75enni, il 25,5% risulta economicamente deprivato e il 35,2% risulta anche malato.
Età, stato civile, livello di scolarizzazione e percezione soggettiva della propria salute o della propria qualità di vita, sono alcuni dei fattori di rischio per la salute degli anziani, soprattutto a partire dai 75 anni di età.

In sintesi, la "nuova" famiglia, frutto di profondi mutamenti socio-culturali, possiede almeno una di queste caratteristiche: single non vedovi, monogenitori non vedovi, coppia non coniugata/ricostituita, con sempre meno figli, con almeno un anziano.

3. 2. La popolazione straniera residente

I cittadini stranieri[7] residenti nell'Ambito al 31 dicembre 2014 sono 22.164[8], di cui 14.090 a Sesto (63,6%) e 8.074 a Cologno (36,4%). Rispetto al totale della popolazione gli stranieri rappresentano il 17% nell'Ambito, il 17,2% a Sesto e il 16,8% a Cologno. Rispetto alla fine del 2010 gli stranieri a Sesto sono aumentati di 2.404 unità
Come si evince dalla lettura del grafico 7[9], nel decennio 2005-14 il numero di stranieri presenti sul territorio è di fatto raddoppiato.

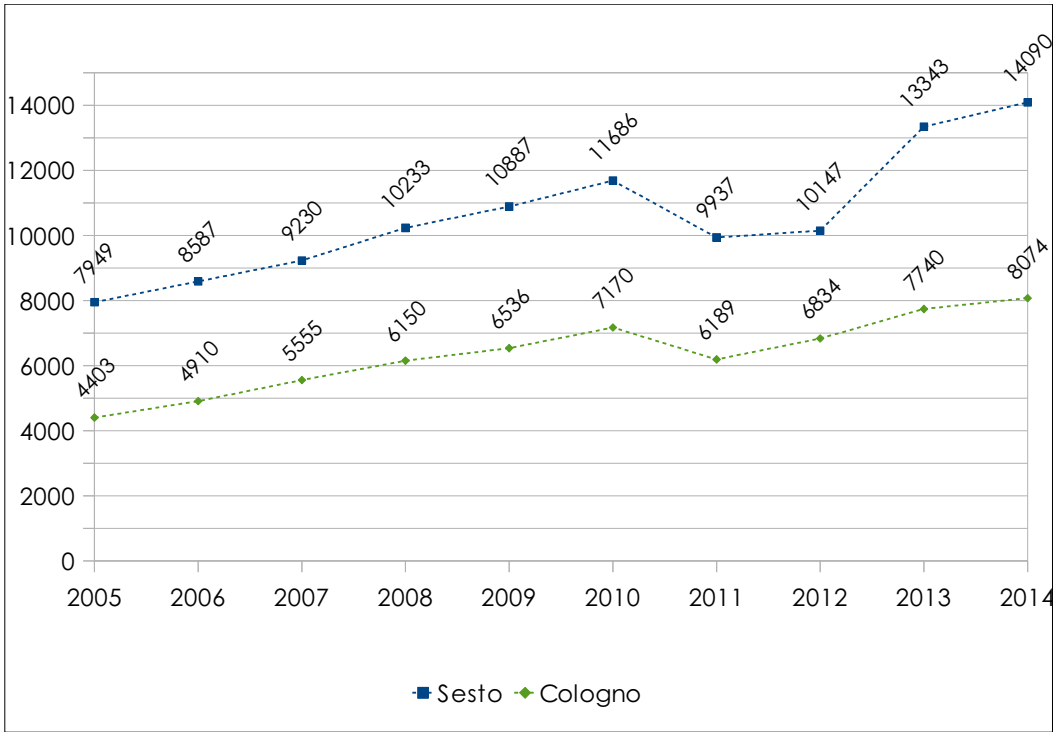


Grafico 7 – Andamento della presenza dei cittadini stranieri residenti a Sesto San Giovanni e a Cologno Monzese dal 2005 al 2014 – Fonte: Anagrafi Comunali

Il territorio di competenza della nostra ASL è interessato dai fenomeni migratori in maniera più intensa rispetto alla media regionale. Gli stranieri che vivono nel territorio dell'ASL Milano rappresentano quasi il 24% di coloro che risiedono in Lombardia, dato decisamente superiore se confrontato alla percentuale di residenti totali sulla popolazione lombarda (16,5%).
Per quanto riguarda l'anzianità di presenza, nella Provincia di Milano poco più del 42% degli stranieri vive nel territorio da almeno cinque anni e il 41% da oltre 10 anni. Il progressivo radicamento dei cittadini stranieri in Italia, in funzione della loro giovane età media, comporta ricadute rilevanti in termini di integrazione.

La popolazione straniera contribuisce in modo significativo alla natalità e al ripristino di un saldo demografico positivo. Il tasso di natalità[10] delle donne

[7] Persone, nate in Italia o all'estero, di cittadinanza straniera o apolide.
[8] Il dato si riferisce esclusivamente agli stranieri in possesso di regolare documento di soggiorno iscritti all'Anagrafe. Accanto a questi, una quota di stranieri è costituita da coloro che, pur in regola con i documenti, non sono iscritti (o non ancora iscritti). Ulteriori presenze sono costituite dagli irregolari.
[9] I dati riferiti agli anni 2011 e 2012 sono influenzati dalla mancata risposta al Censimento 2011.
[10] Per quanto riguarda gli indicatori strutturali della popolazione residente si rimanda al paragrafo "Profilo socio-demografico del territorio".

straniere risulta decisamente più elevato rispetto a quello generale riferito alla popolazione residente: a Sesto esso è di 19,3 nati ogni mille abitanti, a Cologno è 16,3.
In base ai dati riportati dal Documento di Programmazione dei Servizi sanitari e sociosanitari 2015, il 31,2% dei parti avvenuti sul territorio dell'ASL Milano è da attribuire a donne straniere (dato che nel 2010 si attestava al 28%) e la loro età media risulta essere di quattro anni inferiore a quella delle donne italiane (30 anni contro 34). Nel punto nascita di Sesto il 57,6% dei parti è effettuato da donne straniere, la cui residenza non è solo sestese, ma si allarga anche a donne che risiedono nel territorio della nostra ASL (soprattutto Cinisello e Milano).

Accanto alla popolazione straniera residente, vi è una parte di popolazione che vive sul territorio dell'ASL Milano pur non essendo in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno: ad esempio, a partire dal dicembre 2013 Milano è teatro di un costante flusso migratorio proveniente in larga parte da Siria ed Eritrea. Tutto ciò impone una elevata attività di assistenza sanitaria, soprattutto per quanto riguarda i minori. Le situazioni residenziali sono molto poche, con una permanenza media di circa una settimana, mentre è rilevante il flusso quotidiano di persone in transito verso il nord Europa.
Secondo il XIII° rapporto dell'Osservatorio Regionale per l'Integrazione e la Multietnicità (ORIM), al 1° luglio 2013 la componente irregolare dell'immigrazione nella Provincia di Milano si attesta sulle 43mila presenze, di cui 26.700 (il 62%) a Milano. Sul territorio lombardo circa il 7% degli stranieri non è in possesso di regolare documentazione di soggiorno. Le comunità più rappresentative sono quelle marocchina, albanese ed egiziana.

L'incidenza della presenza dei cittadini stranieri sul totale della popolazione residente è destinata, nei prossimi anni, ad aumentare: secondo le stime dell'ISTAT - nell'ipotesi centrale che indica lo scenario più probabile - la popolazione straniera in Lombardia al 31/12/2020 dovrebbe salire al 15,7% e al 31/12/2030 al 20,2%. Ciò significherebbe che a livello di Ambito la popolazione straniera raggiungerebbe il 22% circa nel 2020 e quasi il 30% nel 2030[11].

In rapporto alla presenza di cittadini immigrati negli altri contesti territoriali (Grafico 8), nell'Ambito la presenza degli stranieri risulta inferiore al dato della città di Milano (-0,4%) e uguale a quello del territorio dell'ASL Milano; risulta invece superiore a tutti gli altri territori considerati. Rispetto alla fine del 2010 il dato del nostro Ambito risulta decisamente in aumento (2,4%), raggiungendo quello relativo al territorio della nostra ASL, che nel 2010 era maggiore del 1,2%.

[11] I dati di lungo termine vanno letti con cautela: le previsioni demografiche divengono tanto più incerte quanto più ci si allontana dalla base di partenza, in particolare per le piccole realtà geografiche.

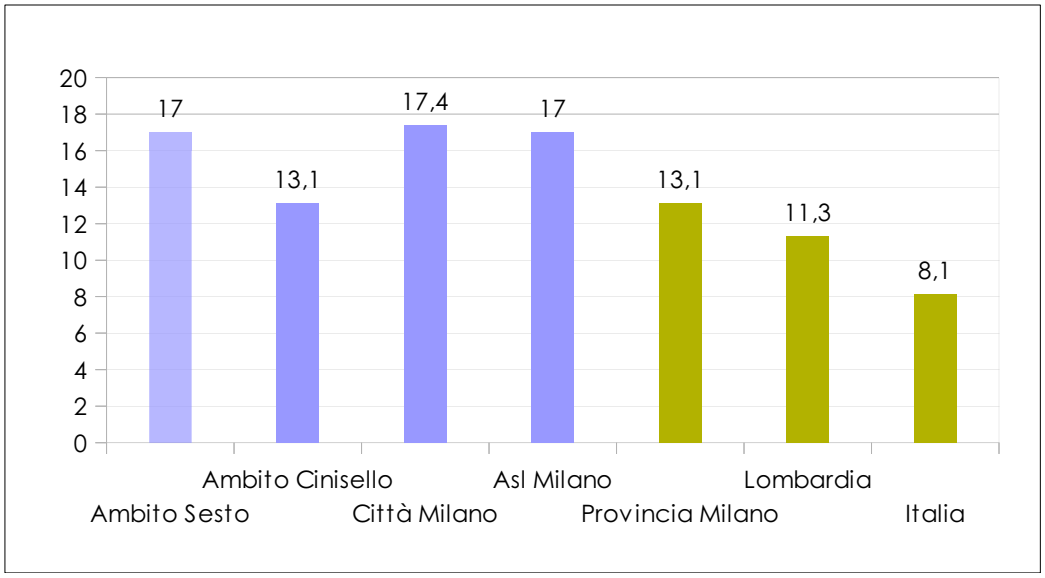


Grafico 8 – Confronto tra la densità di presenze dei cittadini stranieri nell'Ambito e quella dell'Ambito di Cinisello, dell'ASL Milano, della Città di Milano, della Provincia di Milano, della Lombardia e dell'Italia al 31/12/2014 – Fonti: Anagrafi Comunali e ISTAT

Analizzando la presenza di cittadini stranieri per Circoscrizioni/Zone di residenza emerge che, in entrambi i Comuni, quelle centrali registrano il maggior numero di residenti. Per quanto riguarda Sesto le Circoscrizioni 1 e 3 (Rondò/Torretta e Isole del Bosco/Delle Corti) ospitano il 65 % circa del totale degli stranieri residenti.

I Paesi di provenienza

La popolazione straniera residente al 31/12/2014 è stata suddivisa per nazionalità[12]: considerato l'elevato numero, per una maggiore chiarezza espositiva si analizzano le prime cinque. A livello di Ambito la nazionalità più numerosa è quella egiziana (19,3%), seguita da quelle rumena (11,9%), peruviana (11,1%), ecuadoregna (7,4%) e filippina (7,3%). Rispetto alla fine del 2010 i rumeni sono aumentati di 447 unità, diventando la seconda comunità più numerosa in luogo dei peruviani, la cui comunità aumenta di sole 79 unità.
Sul territorio regionale le comunità più numerose sono quelle rumena, marocchina e albanese.
Le principali nazionalità residenti a Sesto, come rappresentato nel grafico 9, sono l'egiziana (3.284), la rumena (1.527), la peruviana (1.322), la filippina (1.303) e l'ecuadoregna (1.007) che, sommate tra loro, rappresentano il 59,9% degli stranieri residenti. Rispetto alla fine del 2010 si conferma la graduatoria appena esposta; le nazionalità considerate hanno fatto registrare un incremento nelle presenze, soprattutto per quanto riguarda gli egiziani in termini assoluti (690 unità) e i filippini in percentuale (37,6%, passando da 947 a 1.303 unità). La comunità ecuadoregna è quella che è cresciuta meno (84 unità).
Cinese, albanese e ucraina sono le altre nazionalità più presenti a Sesto.

[12] I Paesi inclusi in questa suddivisione sono considerati a forte pressione migratoria (Pfpm).

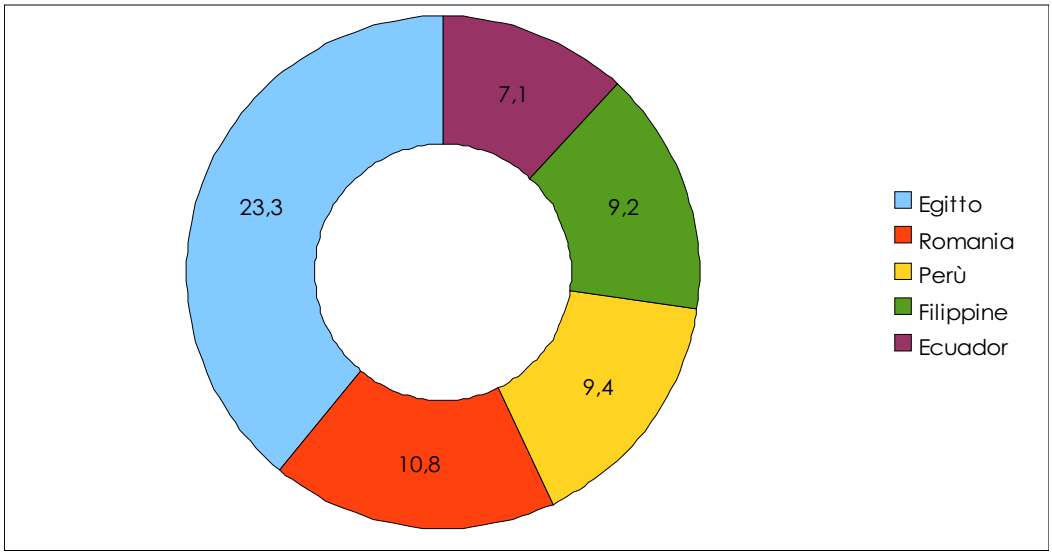


Grafico 9 – Le prime cinque nazionalità più numerose residenti a Sesto San Giovanni al 31/12/2014 – Fonte: Anagrafi Comunali

Le principali nazionalità residenti a Cologno - come si evince dal grafico 10 - sono la peruviana (1.146), la rumena (1.107), l'egiziana (992), l'albanese (707) e l'ecuadoregna (624). Sommate tra loro, rappresentano il 56,7% degli stranieri residenti. La comunità albanese supera quella ecuadoregna, divenendo la quarta più numerosa. La comunità latino americana ha fatto registrare un decremento di 160 unità, pur rimanendo la più rappresentativa. Cinese, ucraina e filippina sono le altre nazionalità più presenti a Cologno.

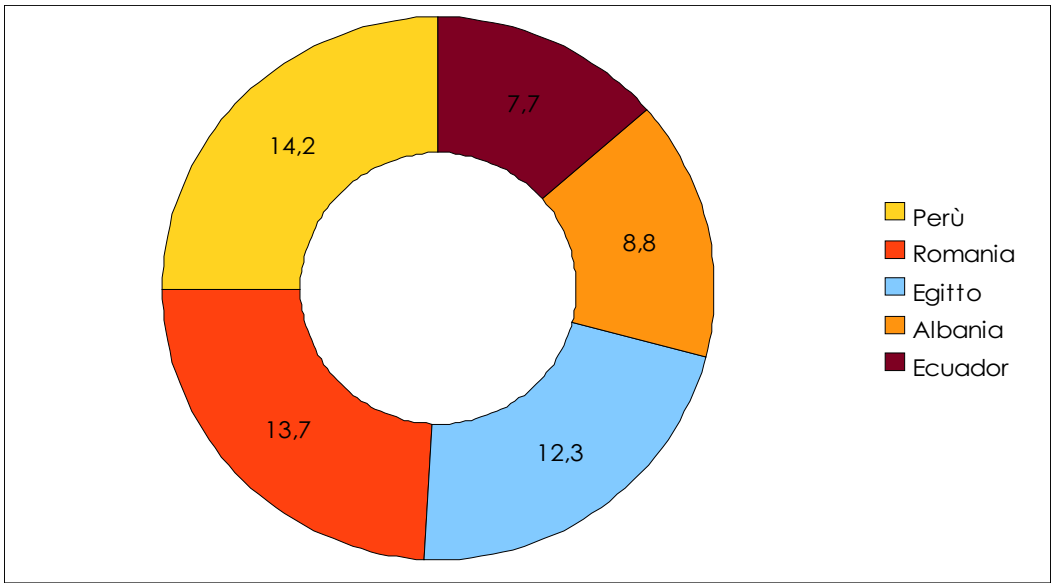


Grafico 10 – Le prime cinque nazionalità più numerose residenti a Cologno Monzese al 31/12/2014 – Fonte: Anagrafi Comunali

Ad esclusione delle prime cinque nazionalità più presenti sul nostro territorio, la comunità ucraina ha fatto registrare un incremento complessivo di 306 unità (46,1%), di cui 183 a Sesto e 123 a Cologno, quella cinese di 245 unità (25,2%), di cui 163 a Sesto e 82 a Cologno.

In base ai dati riportati dal Documento di Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio Sanitari – Analisi di contesto – nel territorio dell'ASL Milano il 29,6% degli accessi ai Consultori familiari è effettuato da cittadini stranieri. Di questi, quasi il 35% proviene dall'America latina (soprattutto dal Perù), il 21,2% dall'Africa (soprattutto dall'Egitto), il 20,8% dall'Asia (soprattutto dalle Filippine) e il 19,4% dall'Europa orientale (soprattutto dalla Romania). La metà circa delle problematiche della domanda si riferisce all'assistenza per gravidanza e puerperio e a situazioni inerenti il diritto di famiglia e la tutela minori.

A livello di genere (Tabella 11), sul totale della popolazione di Ambito, la componente femminile risulta leggermente maggioritaria. Rispetto alla fine del 2010 la componente femminile è aumentata del 21,8%, (passando da 9.131 a 11.126 unità), quella maschile del 13,5% (passando da 9.725 a 11.038 unità).

Luogo	Totale	Maschi	%	Femmine	%
Sesto San Giovanni	14.090	7.056	50,1	7.034	49,9
Cologno Monzese	8.074	3.982	49,3	4.092	50,7
Ambito	22.164	11.038	49,8	11.126	50,2

Tabella 11 – Cittadini stranieri suddivisi per genere residenti a Sesto San Giovanni e a Cologno Monzese al 31/12/2014 - Fonte: Anagrafi Comunali

La suddivisione per genere dei cittadini, appartenenti alle principali nazionalità presenti, fa emergere una decisa diversificazione in base alle caratteristiche geo etniche. E' possibile osservare che a Sesto (Grafico 11), la presenza di maschi provenienti dall'Egitto risulta superiore alla componente femminile, mentre per le altre quattro comunità più numerose le donne sono la maggioranza, soprattutto peruviane e rumene. Rispetto al 2010, quando la suddivisione di genere era sostanzialmente in equilibrio, si segnala l'aumento delle donne nella comunità rumena.

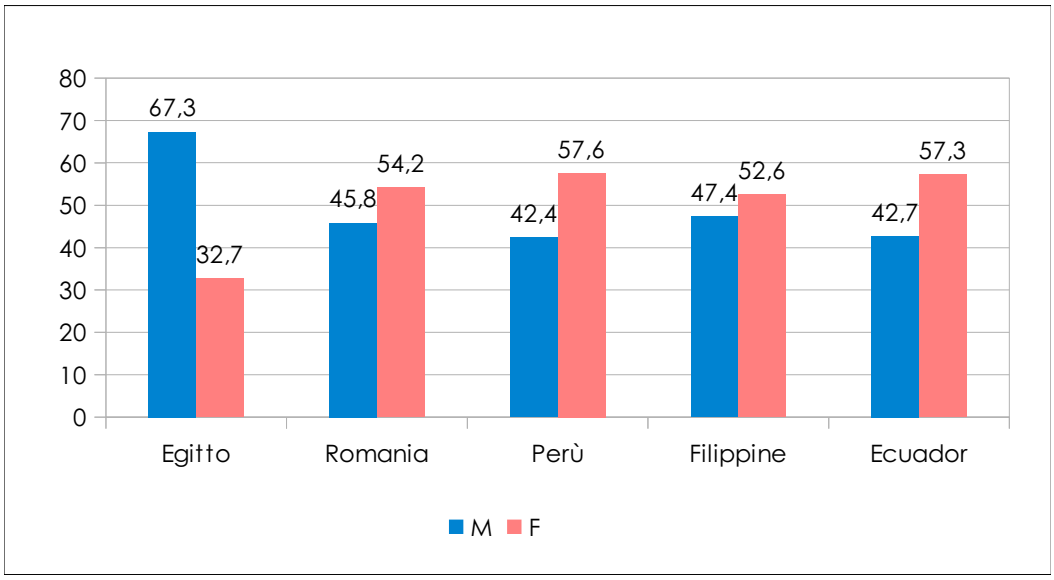


Grafico 11 - Suddivisione percentuale per genere delle nazionalità maggiormente rappresentative sul territorio di Sesto San Giovanni al 31/12/2014 – Fonte: Anagrafi Comunali

A Cologno (Grafico 12), come a Sesto, le comunità peruviana, ecuadoregna e rumena fanno registrare una prevalenza femminile, mentre l'Egitto si conferma

paese ad immigrazione decisamente maschile. In confronto alla fine del 2010 si segnala l'aumento della componente femminile nella comunità albanese, per una sostanziale parità di genere.

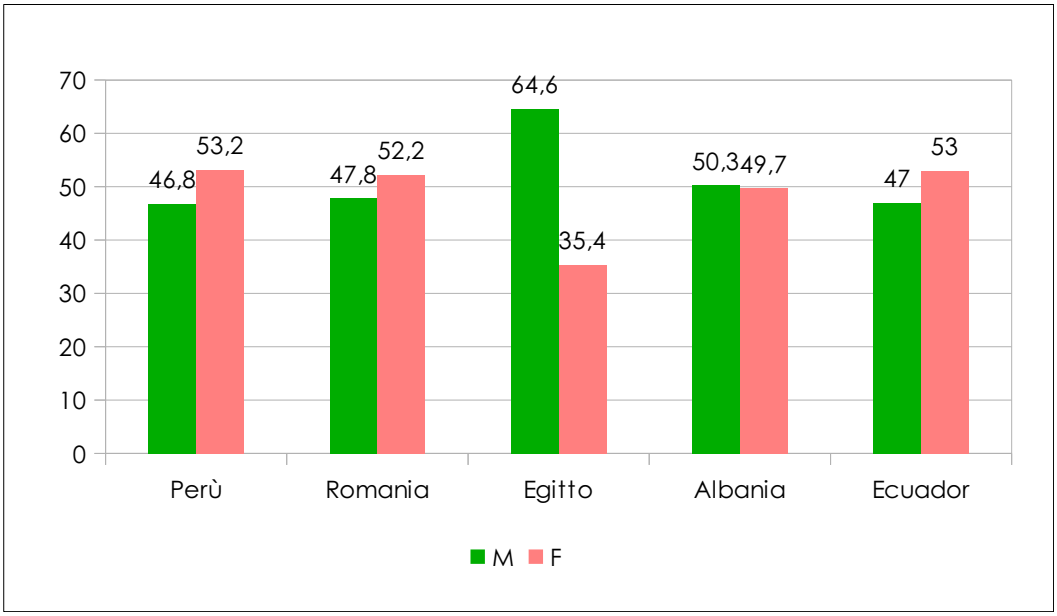


Grafico 12 - Suddivisione percentuale per genere delle nazionalità maggiormente rappresentative sul territorio di Cologno Monzese al 31/12/2014 – Fonte: Anagrafi Comunali

Da segnalare, infine, la decisa predominanza di donne nella comunità ucraina, che a Sesto raggiunge il 75,7%, a Cologno il 70,1%.
Per quanto riguarda l'assistenza alle donne, Regione Lombardia ha istituito i fondi Nasko e Cresco: in entrambi i casi più del 80% delle beneficiarie è rappresentato da donne straniere

Le famiglie

Le famiglie straniere[13] presenti nel nostro Ambito sono 7.737, di cui 5.447 a Sesto (70,4%) e 2.290 a Cologno (29,6%). Rispetto alla distribuzione della popolazione complessiva tra i due Comuni (63% dei residenti dell'Ambito vive a Sesto), nel comune capofila si registra una maggiore presenza di famiglie, dato determinato soprattutto dal numero di quelle unipersonali, che a Sesto sono poco più del 40%.
A Cologno si registra una maggiore distribuzione percentuale su tutto il campione considerato, principalmente in riferimento ai nuclei composti da 3 e 4 componenti.

[13] Nucleo familiare composto esclusivamente da cittadini stranieri.

Componenti	Sesto San Giovanni		Cologno Monzese		Ambito	
	Famiglie	% su totale	Famiglie	% su totale	Famiglie	% su totale
1	2.182	40,1	546	23,8	2.728	35,3
2	962	17,7	423	18,5	1.385	17,9
3	853	15,7	470	20,5	1.323	17,1
4	784	14,4	481	21	1.265	16,3
5	404	7,4	238	10,4	642	8,3
6 e +	262	4,8	132	5,8	394	5,1
Totale	**5.447**	**100**	**2.290**	**100**	**7.737**	**100**

Tabella 12 – Famiglie straniere suddivise per numero di componenti al 31/12/2014 – Fonte: Anagrafi Comunali

Rispetto alla suddivisione di tutte le famiglie residenti[14], si evidenzia che i nuclei familiari composti da 4 e 5 componenti raggiungono il 31,4% a Cologno (contro il 18% del dato aggregato) e il 21,8% a Sesto (contro il 13,1% del dato aggregato).
Nella stragrande maggioranza dei casi, i coniugi/conviventi sono della stessa nazionalità.
Oltre alle famiglie appena considerate, sono presenti sui territori comunali anche forme familiari definite "miste"[15]: a Sesto ne sono presenti 2.110, di cui 1.918 (91%) con intestatario della scheda anagrafica di nazionalità italiana e coniuge/convivente straniera. A Cologno ne sono registrate 824, di cui 621 (75,4%) con scheda anagrafica intestata a cittadino italiano e coniuge/convivente straniera. A livello regionale, i dati[16] evidenziano che la sposa straniera è principalmente di nazionalità rumena, segue quella ucraina e in minor misura albanese.

Popolazione per fasce d'età

La suddivisione della popolazione straniera nelle quinquennali fasce d'età consente di analizzare nel dettaglio le caratteristiche e la composizione di questa quota di residenti.
Il confronto tra la suddivisione dei cittadini italiani e stranieri nelle differenti fasce di età (Grafico 13), fa emergere le seguenti differenze:

- i giovanissimi stranieri di età compresa tra 0-14 anni rappresentano il 22,4% della popolazione straniera;
- i giovanissimi italiani di età compresa tra 0-14 anni rappresentano l'11,9% della popolazione italiana;
- più della metà (53,7%) dei cittadini stranieri dell'Ambito ha un'età inferiore a 35 anni e il 78,2% non supera i 44 anni;
- i cittadini italiani che non superano i 34 anni sono il 29,3% e quelli che non superano i 44 anni sono il 42,7%;
- la classe d'età straniera più numerosa è la 35-39, quella italiana la 45-49 anni.

[14] Vedi tabella 10 paragrafo "Il profilo socio demografico del territorio".
[15] Per famiglia "mista" di intende quel nucleo familiare al cui interno è presente almeno un/a componente straniero/a.
[16] Fonte: www.dati.istat.it

Gli stranieri fino ai 14 anni (Tabella 13) rappresentano, a Sesto, il 28,7% della popolazione 0-14 anni residente, a Cologno il 27,4%. In entrambi i Comuni, la maggiore percentuale di stranieri si colloca nella fascia d'età 0-4 anni.

Fascia d'età	**Sesto San Giovanni**				**Cologno Monzese**			
	Italiani	Stranieri	Totale	% Stranieri	Italiani	Stranieri	Totale	% Stranieri
0-4	2.385	1.239	3.624	34,2	1.479	681	2.160	31,5
5-9	2.770	1.108	3.878	28,6	1.633	647	2.280	28,4
10-14	2.704	823	3.527	23,3	1.654	469	2.123	22,1
0-14	7.860	**3.171**	11.029	28,7	4.766	**1.797**	6.563	27,4

Tabella 13 - Popolazione 0-14 anni suddivisa in italiani e stranieri residente a Sesto San Giovanni e a Cologno Monzese al 31/12/2014 – Fonte: Anagrafi Comunali

Dai 15 ai 64 anni (Tabella 14), nei due Comuni la fascia d'età più cospicua degli stranieri in termini assoluti è la 35-39 anni (rappresenta infatti il 18,5% degli stranieri compresi in questa macro fascia), mentre come peso percentuale rispetto alla popolazione della singola fascia d'età è la 30-34 anni (specialmente a Sesto). La fascia d'età 15-64 anni di stranieri, a Sesto, rappresenta il 19,7% del totale di questa parte di popolazione, a Cologno il 20%.

Fascia d'età	**Sesto San Giovanni**				**Cologno Monzese**			
	Italiani	Stranieri	Totale	% Stranieri	Italiani	Stranieri	Totale	% Stranieri
15-19	2.655	660	3.315	19,9	1.764	389	2.153	18,1
20-24	2.674	751	3.425	21,9	1.879	454	2.333	19,5
25-29	2.795	1.304	4.099	31,8	1.964	761	2.725	27,9
30-34	3.162	1.705	4.867	35	2.074	915	2.989	30,6
35-39	3.941	1.854	5.795	32	2.358	1.017	3.375	30,1
40-44	5.337	1.589	6.926	22,9	2.841	967	3.808	25,4
45-49	5.608	1.274	6.882	18,5	3.121	736	3.857	19,1
50-54	5.275	847	6.122	13,8	3.001	451	3.452	13,1
55-59	4.521	478	4.999	9,6	2.733	305	3.038	10
60-64	4.279	217	4.496	4,8	2.858	149	3.007	5
15-64	40.247	**10.019**	50.926	19,7	29.359	**6.144**	30.737	20

Tabella 14 - Popolazione 15-64 anni suddivisa in italiani e stranieri residente a Sesto San Giovanni e a Cologno Monzese al 31/12/2014 – Fonte: Anagrafi Comunali

In sintesi nel Comune capofila, rispetto all'insieme della popolazione residente, risulta più consistente la popolazione straniera giovanissima, mentre a Cologno è la popolazione compresa nel range 15-64 anni a "pesare" di più.

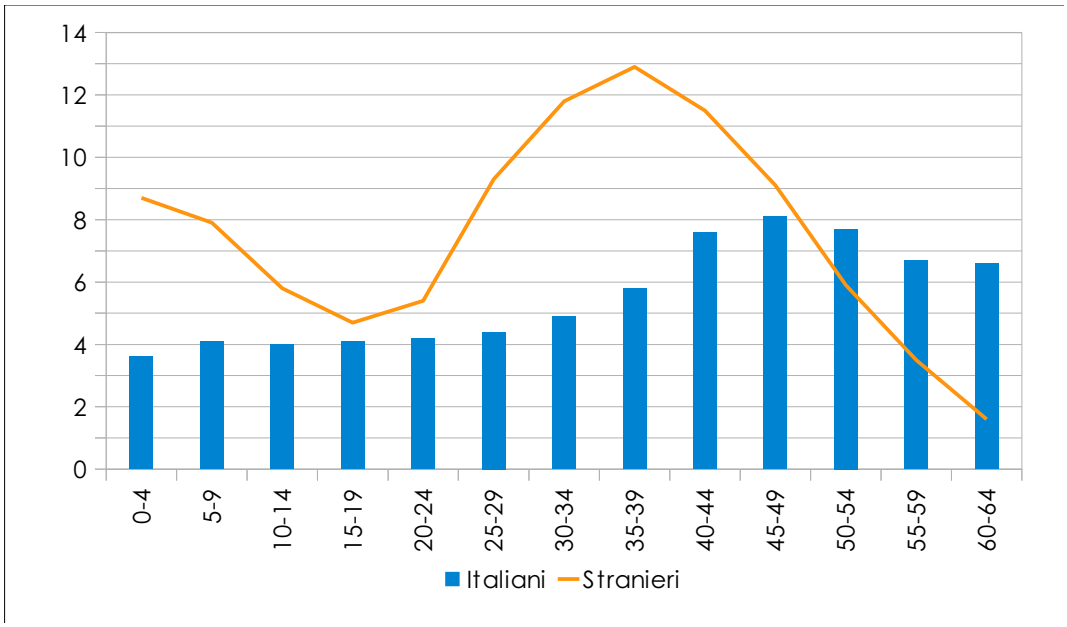


Grafico 13 – Italiani e stranieri residenti sul territorio dell'Ambito suddivisi per fasce d'età in percentuale rispetto alla popolazione di riferimento al 31/12/2014 – Fonte: Anagrafi Comunali

Per quanto riguarda la popolazione anziana, in entrambi i Comuni la presenza degli stranieri risulta molto limitata e si concentra prevalentemente nella fascia d'età 65-69 anni.

Rispetto alla fine del 2010, si possono rimarcare i seguenti cambiamenti:

- a Sesto i giovanissimi stranieri sono aumentati di 752 unità (31,1%), a Cologno l'incremento è stato di 255 unità (16,5%);
- la popolazione compresa tra i 15 e i 64 anni fa registrare un maggior incremento percentuale a Cologno (11,3%, per un aumento di 624 unità) rispetto a quanto avvenuto a Sesto (9,7%, per un aumento di 884 unità);
- comparando i dati sulla presenza dei cittadini stranieri e italiani, emerge che al crescere dei primi si accompagna una progressiva diminuzione dei secondi: a Sesto gli italiani sono calati di 1.712 unità (-2,5%), a Cologno il calo è stato più contenuto (-654 unità, per un calo del 1,6%).

Volendo allargare l'orizzonte temporale di analisi, i dati a disposizione evidenziano che, dal 2007 al 2010, a Sesto la diminuzione dei cittadini italiani è stata del 2,8%, dal 2004 al 2010 è dell'8,9%. A Cologno dal 2007 al 2010 la loro diminuzione è stata del 3,3%, dal 2004 al 2010 dell'8,2%. Questo travaso produce, tra l'altro, un significativo effetto di ringiovanimento della struttura per età della popolazione residente.

Alcuni fattori rendono questo territorio particolarmente appetibile per i cittadini stranieri: la vicinanza a Milano, una maggiore accessibilità dei prezzi delle abitazioni nel libero mercato rispetto al capoluogo, la presenza di sei fermate della Metropolitana (tre a Sesto e tre a Cologno) e della stazione delle Ferrovie dello Stato a Sesto (in interscambio con la fermata Sesto 1° Maggio FS della metro), oltre ad una buona rete di servizi territoriali.

3.3. La salute mentale nel territorio

I dati e le informazioni statistiche - relative ai servizi che afferiscono all'Unità Operativa di Psichiatria 39 (UOP) di Sesto San Giovanni - contenute nelle pagine seguenti hanno l'obiettivo di offrire un quadro sulla salute mentale nel territorio dell'Ambito di Sesto San Giovanni.
L'elaborazione è stata possibile grazie alle informazioni raccolte tramite il sistema informatico regionale "Psiche" in dotazione ai Dipartimenti di Salute Mentale, finalizzato al monitoraggio e alla valutazione della loro attività.
L'approccio alla lettura dei dati richiede la conoscenza di tre elementi fondamentali:

- i dati sono stati elaborati nel 2014 e si riferiscono alle informazioni raccolte durante l'attività dell'UOP nel corso del 2013, confrontate con quelle del 2010[17] e, in alcuni casi, con quelle del 2007;
- i dati sulle diagnosi si riferiscono alla casistica diagnosticata in seguito all'accesso ai CPS di Sesto San Giovanni e Cologno Monzese; ne consegue che il dato epidemiologico risulta essere un indicatore indiretto e filtrato sulle reali condizioni di salute mentale nel territorio, poiché non sono registrate le informazioni relative ai cittadini che non si presentano ai Servizi UOP e alle condizioni ascrivibili al disagio psichico. Sulla base delle stime prodotte da studi epidemiologici nazionali e internazionali, è ragionevole ritenere che i dati di incidenza e prevalenza trattata, prodotti a livello territoriale, siano pertanto una sottostima della condizione reale;
- la popolazione di riferimento per il calcolo dei tassi di incidenza e prevalenza patologica coincide con il segmento di popolazione che parte dai 14 anni di età.

Il presente capitolo illustra, inoltre, i dati relativi alle prestazioni e agli utenti trattati presso tutti i Servizi afferenti alla UOP che - come indicato nel Testo Unico in materia di Sanità 33/2009 - sono: Centro Psicosociale (CPS), Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), Strutture Residenziali e Centri Diurni. Sul territorio dell'Ambito sono presenti due CPS, uno a Sesto San Giovanni e l'altro a Cologno Monzese; i due presìdi dell'Ambulatorio dell'Ansia e della Depressione presenti sul territorio hanno cessato la loro attività alla fine del 2014.

<u>La prevalenza e l'incidenza trattate per tipologia di diagnosi</u>

Il numero di pazienti che annualmente entra in contatto con i CPS è superiore al numero di utenti trattati: nel 2013 i primi sono stati 1.833, di cui 1.063 a Sesto San Giovanni e 770 a Cologno Monzese, mentre i residenti con diagnosi psichiatrica sono stati 1.629, di cui 951 nel Comune capofila (58,4%) e 678 a Cologno Monzese (41,6%).
Le persone che sono entrate in contatto con le strutture a livello di Ambito sono così distribuite per genere: 853 maschi (46,5%) e 980 femmine (53,5%).
Dal 2003 al 2013 gli utenti contattati sono aumentati del 37% (da 1.336 a 1.833).
Il numero di pazienti dimessi dai percorsi di cura è estremamente contenuto, la maggior parte degli utenti resta in carico per lunghi periodi. Appare importante segnalare come negli ultimi 10 anni siano raddoppiate le segnalazioni di cittadini stranieri residenti sul territorio, dei quali solo il 15% circa ha aderito ai percorsi terapeutici e di cura, anche in situazioni di elevata gravità.

[17] I dati relativi al 2010 sono riportati nel Piano di Zona per gli interventi sociali e sociosanitari 2012-2014.

I dati di prevalenza e di incidenza di seguito descritti e analizzati si riferiscono alla casistica diagnosticata presso i CPS di Sesto San Giovanni e Cologno Monzese, limitatamente ai 1.629 cittadini ai quali è stata diagnosticata una patologia psichiatrica. Nel 2013 il tasso di prevalenza[18] registrato nell'Ambito è di 143,60 utenti ogni 10.000 abitanti, così distribuito: 133,50 a Sesto San Giovanni e 160,66 a Cologno Monzese che risulta, pertanto, essere la città che presenta la maggiore criticità. Il confronto tra i tassi di prevalenza a livello di Ambito del 2007 (128,5), del 2010 (135,34) e del 2013 (143,6), evidenzia un incremento di circa 15 utenti ogni 10.000 abitanti nel periodo 2007-13 e di 8 nel triennio 2010-13, il che dimostra un complessivo peggioramento delle condizioni di salute sul territorio. Come evidenziato nella tabella 1, l'incremento del tasso di prevalenza nel 2013 è determinato soprattutto dal numero di pazienti di Sesto San Giovanni (+11,3 utenti ogni 10.000 abitanti). Nonostante il sensibile aumento registrato a Sesto San Giovanni, il Comune con la maggiore prevalenza trattata rimane Cologno Monzese.
I dati di prevalenza di seguito riassunti indicano come, nel 2013, il numero maggiore di casi osservati presso i CPS dell'Ambito sia compreso nei raggruppamenti diagnostici delle sindromi nevrotiche, della schizofrenia/sindromi deliranti e delle sindromi affettive, come evidenziato più nel dettaglio nel seguente grafico.

	N. utenti 2013			**Tasso/10.000 abitanti**			**-/+ tasso su dato 2010**		
	SSG	**CM**	**Ambito**	**SSG**	**CM**	**Ambito**	**SSG**	**CM**	**Ambito**
Disturbi psichici di natura organica	18	14	32	2,53	3,32	2,82	0,10	-2,66	-0,98
Disturbi da uso di sostanze psicoattive	19	7	26	2,67	1,66	2,29	-0,71	-0,70	0,70
Schizofrenia e sindromi deliranti	299	124	423	41,97	29,38	37,55	3,35	-4,10	0,82
Sindromi affettive	216	133	349	30,32	31,52	30,76	1,07	-0,05	0,66
Sindromi nevrotiche	231	257	488	32,43	60,90	43,02	7,00	9,72	7,80
Sindromi e disturbi del comportamento associati ad alterazioni fisiche e somatiche	5	4	9	0,70	0,95	0,79	0,14	0,23	0,17
Disturbi di personalità	127	99	226	17,83	23,46	19,92	-0,22	1,22	0,32
Ritardo mentale	29	31	60	4,07	7,35	5,29	0,15	0,17	0,17
Sindrome da alterato sviluppo psicologico	5	8	13	0,70	1,90	1,15	0,14	0,23	0,18
Sindromi e disturbi del comportamento con esordio nell'infanzia	2	1	3	0,28	0,24	0,26	-0,56	-2,63	-1,33
Totale	**951**	**678**	**1629**	**133,5**	**160,66**	**143,6**	**11,3**	**2,86**	**8,3**

Tabella 1 - Prevalenza trattata per diagnosi presso i CPS: dati cittadini e di Ambito per l'anno 2013 - Fonte: UOP 39 Sesto San Giovanni

I dati di prevalenza trattata separati per i due Comuni evidenziano una differenza nella distribuzione di casi osservati: se i cittadini di Sesto che accedono al CPS risultano prevalentemente affetti da patologie classificabili come schizofrenia e sindromi deliranti (299 utenti su 951), a Cologno il dato più

[18] La prevalenza è il rapporto fra il numero di eventi sanitari rilevati in una popolazione in un definito momento (o in un breve arco temporale) e il numero degli individui della popolazione osservati nello stesso periodo.

consistente è rappresentato da coloro ai quali è stata diagnosticata una sindrome nevrotica (257 utenti su 678).

I dati di prevalenza trattata a livello di Ambito suddivisi percentualmente per diagnosi indicano che, su 1.629 utenti in carico nel 2013 ai CPS, il 29,9% è stato accolto per problemi di sindromi nevrotiche, il 26% per schizofrenia e sindromi deliranti, 21,4% per sindromi affettive. Queste diagnosi rappresentano il 77,3% di tutte quelle effettuate.
Le sindromi nevrotiche sono nel 2013 la principale diagnosi (29,9%), nel 2010 era la schizofrenia/sindrome delirante (27%).

Nel 2013 il CPS di Sesto ha trattato 951 persone, la maggior parte delle quali affetta da schizofrenia/sindrome delirante (31,4%), seguite da cittadini che sono entrati in relazione con la struttura per problemi collegati a sindromi nevrotiche (24,3%) e da utenti affetti da sindromi affettive (22,7%). Rispetto al 2010 si evidenzia che le diagnosi di sindromi nevrotiche hanno superato quelle da sindromi affettive.
A Cologno il CPS ha trattato 678 utenti, la maggior parte dei quali affetta da sindromi nevrotiche (37,9%), seguiti da utenti affetti da sindromi affettive (19,6%) e da utenti affetti da schizofrenia e sindromi deliranti (18,3%).
In conclusione, a fronte delle differenze territoriali che condizionano i dati epidemiologici disponibili, si ritiene importante evidenziare l'aumento dei casi in trattamento nel 2013 per patologia nevrotica su tutto il territorio e la consistente presenza del numero di pazienti in carico per una sofferenza di tipo schizofrenico-delirante. Per le sue caratteristiche questa ultima categoria rappresenta, dal punto di vista clinico, l'utenza che richiede il maggior numero di interventi e di intensità di cura e assistenza, oltre che tempi notevolmente più lunghi per il raggiungimento di risultati positivi anche parziali.

In sintesi, le differenze riscontrate a livello di Ambito rispetto al 2010 sono così riassumibili:

- aumentano gli utenti con sindrome nevrotica che sono passati da 399 a 488 utenti (+89 utenti, il 22,3%);
- diminuiscono notevolmente le sindromi dei disturbi del comportamento con esordio nell'infanzia, che passano da 18 a 3. Tale diminuzione seppur riferita ad un limitato numero di pazienti impone comunque una riflessione.

In sintesi, le differenze riscontrate a livello comunale rispetto al 2010 sono così riassumibili:

- a Sesto aumentano sia i pazienti affetti da schizofrenia e sindromi deliranti sia quelli affetti da sindromi nevrotiche, i secondi più dei primi;
- a Cologno si registra un sensibile aumento di pazienti affetti da nevrosi ed un calo del numero di pazienti schizofrenici e sindromi deliranti.

I dati di incidenza[19] trattata riportati in tabella 2 indicano come, nel 2013, i nuovi utenti che si sono presentati ai CPS del territorio dell'Ambito sono stati 302, di cui 163 a Sesto San Giovanni (54%) e 139 a Cologno Monzese (46%).
Rispetto al 2010 non si registrano cambiamenti significativi, il tasso di incidenza resta pressoché stabile (da 26,40 a 26,62).

[19] L'incidenza è una misura di frequenza epidemiologica che misura quanti nuovi casi di un evento sanitario compaiono in un intervallo di tempo definito.

	Nuovi utenti			Tasso/10.000 abitanti			Variazione % sul 2010		
Diagnosi	**SSG**	**CM**	**Ambito**	**SSG**	**CM**	**Ambito**	**SSG**	**CM**	**Ambito**
Disturbi psichici di natura organica	5	4	9	0,7	0,95	0,79	-0,14	-0,24	-0,44
Disturbi dovuti all'uso di sostanze psicoattive	3	2	5	0,42	0,47	0,44	0,28	0,47	0,35
Schizofrenia e sindromi deliranti	19	6	25	2,67	1,42	2,2	-0,41	0,22	-0,18
Sindromi affettive	42	21	63	5,9	4,98	5,55	0,44	-0,28	0,17
Sindromi nevrotiche	76	88	164	10,67	20,85	14,46	0,59	6,5	2,81
Sindromi e disturbi del comportamento associati ad alterazioni fisiche e somatiche	2	0	2	0,28	0	0,18	0,14	0	0,9
Disturbi di personalità	13	16	29	1,82	3,79	2,56	-0,84	-1,47	-1,06
Ritardo mentale	3	1	4	0,42	0,24	0,35	-0,28	-0,48	-0,36
Sindrome da alterato sviluppo psicologico	0	1	1	0	0,24	0,09	0	0	0,09
Sindromi e disturbi del comportamento con esordio nell'infanzia	0	0	0	0	0	0	-0,14	-2,87	-1,15
Totale	**163**	**139**	**302**	**22,88**	**32,94**	**26,62**	**-0,42**	**1,14**	**0,22**

Tabella 2 - Incidenza trattata per diagnosi presso i CPS: dati cittadini e di Ambito anno 2013 - Fonte: UOP 39 Sesto San Giovanni

Il numero più elevato di nuovi accessi è costituito da soggetti con diagnosi di sindrome nevrotica (54,3%), da utenti con sindrome affettiva (20,9%) e con disturbi della personalità (9,6%). Insieme i tre raggruppamenti costituiscono l'84,8% dei nuovi casi nel 2013.
Rispetto al 2010 le sindromi nevrotiche passano da 132 a 164 casi, mentre calano i disturbi della personalità (da 41 a 29), i disturbi psichici di natura organica (da 14 a 9) e si azzerano le sindromi e disturbi comportamentali con esordio nell'infanzia (nel 2010 erano 13).

A Sesto e soprattutto a Cologno la sindrome nevrotica risulta quella con la più alta percentuale di nuovi utenti (rispettivamente 76 utenti su 163 e 88 utenti su 139). Come nel 2010, il dato sestese si discosta da quello di prevalenza: infatti nel Comune capofila è la schizofrenia/sindrome delirante la diagnosi con la più alta percentuale di utenti in carico presso il CPS cittadino (299 utenti su 951). Rispetto al 2010, a Cologno le sindromi affettive hanno superato i disturbi della personalità (nel 2010 risultavano appaiate).

Il dato sull'incidenza trattata nel 2013 dai CPS può essere ulteriormente integrato con le informazioni contenute nel grafico 1, che riporta il numero di utenti al primo contatto con i CPS del territorio nel periodo 2003-2013.

Il dato sull'incidenza trattata nel 2013 dai CPS può essere ulteriormente integrato con le informazioni contenute nel grafico 1, che riporta il numero di utenti al primo contatto con i CPS del territorio nel periodo 2003-2013.

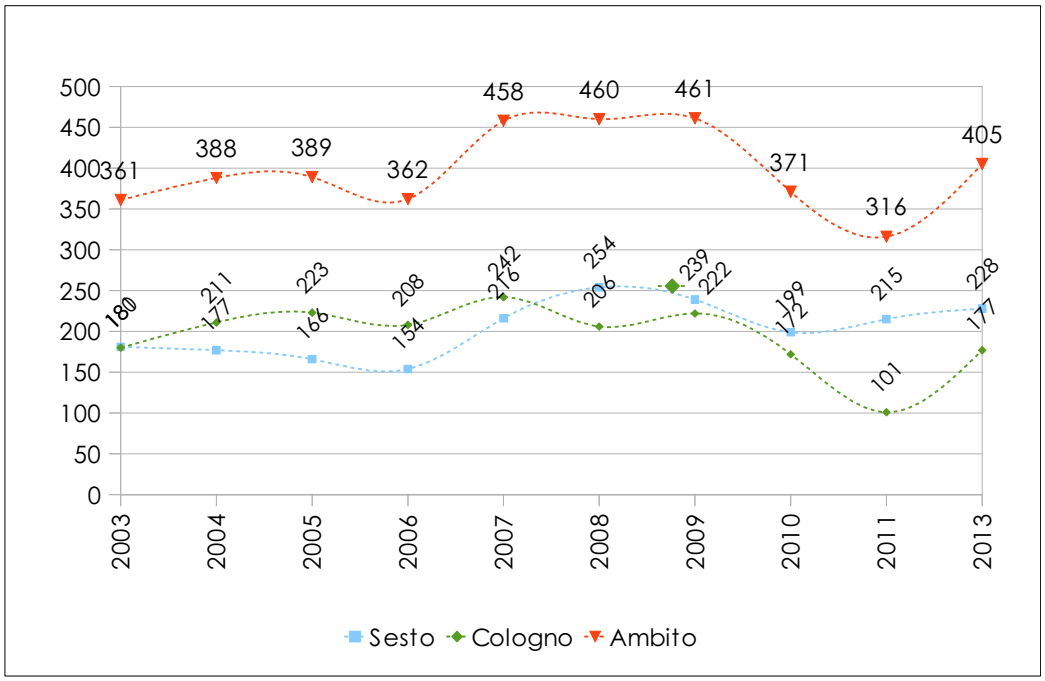


Grafico 1 – Prime visite ai CPS di Sesto San Giovanni e Cologno Monzese dal 2003 al 2013 - Fonte: UOP 39 Sesto San Giovanni

Dal 2004 al 2007 il CPS di Cologno ha fatto registrare un maggior numero di primi contatti rispetto al servizio di Sesto; la tendenza si inverte a partire dal 2008 e fino al 2013.
Dalla lettura del grafico emerge che, a livello di Ambito, il triennio 2007-2009 si caratterizza come il periodo – in relazione a tutto il periodo considerato – con il maggior numero di prime visite, mentre il 2011 fa registrare il dato più basso, dovuto soprattutto al CPS di Cologno.

<u>L'attività del CPS nel 2013</u>

Le prestazioni erogate e gli interventi attivati presso i CPS dell'Ambito sono di seguito indicati:

- visita/colloquio;
- somministrazione di farmaci;
- valutazione;
- psicoterapia individuale e familiare;
- colloquio con familiari;
- intervento psico educativo;
- riunione sul caso interna alla UOP;
- riunione con altre strutture/Enti;
- riunione con persone o gruppi non istituzionali;
- intervento individuale sulle abilità di base e di risocializzazione;
- inserimento lavorativo;
- supporto sociale e alle attività quotidiane.

La tabella 3 riporta il numero di interventi effettuati presso i CPS di Sesto e Cologno per le diagnosi principali: schizofrenia e sindromi deliranti, sindromi affettive, sindromi nevrotiche e disturbi della personalità.
In entrambi i Comuni la maggioranza dei pazienti ha ricevuto un pattern di trattamento a bassa intensità (fino a 5 interventi/prestazioni).
Su 1.608 utenti considerati, 1.296 (80,6%) hanno ricevuto fino ad un massimo di 20 prestazioni l'anno.

Pattern di trattamento	Sesto San Giovanni	%	Cologno Monzese	%
Bassa intensità (1-5 contatti)	415	43,8	347	52,6
Media intensità (6-20 contatti)	313	32,9	221	33,5
Medio-alta intensità (21-50 contanti)	149	15,7	59	9
Elevata intensità (> 50 contatti)	72	7,6	32	4,9
Totale	**949**	**100**	**659**	**100**

Tabella 3 – Pattern di trattamento per le principali diagnosi in base all'intensità nel 2013 – Fonte: UOP 39 Sesto San Giovanni

A Sesto - coerentemente con i dati relativi alla prevalenza trattata (vedi tabella 1) - risulta più consistente il numero di utenti con gravi patologie che hanno ricevuto pattern di trattamento a medio-alta intensità e ad elevata intensità (221 utenti su 949 (il 23,3%). Sul territorio colognese è decisamente più significativo il numero di pazienti che ha ricevuto un pattern di trattamento a bassa intensità.
Complessivamente i due CPS hanno erogato 24.870 prestazioni, di cui 17.163 a Sesto (69%) e 7.707 a Cologno (31%). Rispetto al 2010 le prestazioni erogate sono aumentate (+838), soprattutto a Sesto.
L'analisi della distribuzione delle prestazioni per profilo di attività indica come, per le principali categorie diagnostiche rappresentate nel campione di utenza dei CPS, le prestazioni complessive maggiormente erogate siano state l'attività infermieristica (7.524 prestazioni), l'attività psichiatrica (6.673 prestazioni) e l'attività di coordinamento (3.552 prestazioni). A livello comunale, a Sesto ha prevalso l'attività infermieristica (5.964 prestazioni su 17.163, vale a dire il 34,7%), mentre a Cologno l'attività psichiatrica (3.028 prestazioni su 7.707, vale a dire il 39,3%).

Utenti trattati presso gli altri servizi afferenti alla UOP

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) rappresenta il luogo contenitivo della crisi per una prima risposta all'acuzie; in questo senso ha un ruolo centrale nella valutazione clinico-diagnostica, nell'impostazione delle terapie farmacologiche e nello sviluppo di condizioni favorevoli alla presa in carico da parte delle strutture territoriali. Inoltre, in accordo con i programmi di cura del Dipartimento Salute Mentale e delle strutture territoriali, il ruolo dell'SPDC è rilevante per il recupero funzionale e cognitivo dell'utente ricoverato, per l'attenzione agli aspetti riabilitativi, di reintegrazione sociale e per l'informazione agli utenti e ai familiari.
Nel 2013 il numero di ricoverati in carico ai CPS è stato di 184 pazienti (rispetto ai 174 del 2010), di cui 130 in carico al CPS di Sesto (rispetto ai 134 del 2010) e 54 in carico a quello di Cologno (rispetto ai 40 del 2010).
Si precisa che il dato elaborato si riferisce esclusivamente agli utenti ricoverati che risultano in carico al CPS e pertanto non rappresentativo dell'intera attività del reparto.
I giorni complessivi di degenza sono stati 4.318 rispetto ai 5.074 del 2010 e ai 5.233 del 2007; la durata media delle degenze è stata di 13 giorni. Un dato da integrare a quanto illustrato in precedenza è il numero di ricoveri, che nel 2013 è stato di

294 (nel 2010 è stato di 322), così suddiviso per afferenza territoriale: Sesto San Giovanni 200, Cologno Monzese 94.
A livello di Ambito, il 54,9% degli utenti ricoverati lo è stato per una volta, il 20,1% per due volte e il 9,2% per tre volte. A livello comunale, si segnala che a Sesto i pazienti ricoverati una sola volta sono stati il 56,9% (dato superiore a quello relativo ai pazienti provenienti dal CPS di Cologno), mentre il 25,9% dei pazienti afferenti al CPS di Cologno è stato ricoverato due volte (dato ben superiore rispetto ai pazienti sestesi).

	Afferenti al CPS di Sesto	**Afferenti al CPS di Cologno**	**Totale Ambito**
Utenti ricoverati	130	54	184
di cui al 1° ricovero	22	8	30
Giornate di degenza	4318		
Degenza media	13 gg		
N. di ricoveri	200	94	294
Giornate di degenza	3.973		
Degenza media	12 gg		

Tabella 4 – Utenti ricoverati e numero complessivo di ricoveri al Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) nel 2013 – Fonte: UOP 39 Sesto San Giovanni

Rispetto al 2010 si evidenzia un aumento del numero degli utenti ricoverati e un calo complessivo del numero di ricoveri.

I posti letto a disposizione nelle strutture residenziali ad alta e a media protezione sono complessivamente 41, così ripartiti: 20 in Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza (CRA), 10 in Comunità Protetta ad Alta Assistenza (CPA), 3 in Comunità Protetta a Bassa Assistenza (CPB) e 8 in Comunità Protetta a Media Assistenza (CPM).
Gli utenti che, nel corso del 2013, sono stati ospitati presso le CRA, CPA e CPB sono stati complessivamente 60. I giorni complessivi di degenza nelle strutture menzionate sono stati 11.477. La degenza media risulta più elevata nella CPA (161), per poi calare nella CPB (152) e nella CRA (89).

Struttura	**Posti letto**		**Afferenti al CPS di Sesto**	**Afferenti al CPS di Cologno**	**Altro territorio**
CRA	20	Utenti	32	9	3
		Giorni degenza	6.863		
		Degenza media	89		
CPA	10	Utenti	7	5	0
		Giorni degenza	3.549		
		Degenza media	161		
CPB	3	Utenti	4	0	0
		Giorni degenza	1.065		
		Degenza media	152		

Tabella 5 - Utenza presente nelle strutture residenziali nel 2013 - Fonte: UOP 39 Sesto San Giovanni

Rispetto al 2010 il numero di pazienti ospitati è calato di due unità, mentre i giorni di degenza sono complessivamente diminuiti, passando da 11.774 a 11.477 (-297 gg), così come il periodo di degenza media (-61 gg).
Si ricorda che dal 2007 al 2010 i giorni complessivi di degenza e il periodo di degenza media risultarono in aumento.

Sul territorio di Sesto San Giovanni, grazie alla disponibilità di un appartamento ALER e di un bene sequestrato alla mafia, è stato possibile attivare due Residenzialità Leggere[20] dove realizzare percorsi di autonomia per persone con disagio psichico. Gli appartamenti accolgono cittadini che, a causa dell'insorgere o del persistere di difficoltà personali, relazionali o familiari, non sono più in grado di vivere da sole o con la propria famiglia, oppure persone che hanno concluso positivamente la parte di percorso riabilitativo presso altre strutture residenziali.
Il progetto è il frutto della collaborazione che, a partire dal Tavolo del Piano di Zona sulla Salute Mentale, ha visto protagonisti il Comune di Sesto San Giovanni - che interviene economicamente per la quota sociale dei cittadini senza o a basso reddito - l'Unità Operativa di Psichiatria di Sesto San Giovanni dell'Azienda Ospedaliera Istituti Clinici di Perfezionamento (ICP), la Cooperativa Lotta Contro l'Emarginazione di Sesto - che realizza la gestione operativa degli appartamenti - e l'Associazione di familiari La Tartavela. I posti a disposizione nelle 2 strutture sono complessivamente 8 (4 per i maschi e 4 per le femmine).

Sul territorio di Sesto sono inoltre presenti due Centri Diurni - "Boccaccio" e "Marelli" - che accolgono in tutto 86 utenti; queste strutture a carattere semiresidenziale svolgono funzioni terapeutiche e riabilitative, consentono di sperimentare e apprendere abilità nella cura di sé, nelle attività della vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali individuali e di gruppo, anche ai fini dell'inserimento lavorativo.

Gli utenti presi in carico[21] dai due presìdi territoriali di Sesto e di Cologno dall'Ambulatorio dell'ansia e della depressione nel 2013 sono stati 277, di cui 205 residenti nel Distretto 6 (il 74%), 32 nel Distretto 7 (l'11,6%) e ulteriori 40 utenti provenienti da altri territori (il 14,4%). Rispetto al 2010, si registra un calo di 32 utenti. Le prestazioni complessivamente erogate sono state 674.
Se i dati relativi agli utenti presi in carico si suddividono in base al Comune di residenza, si evince che gli utenti residenti nel Comune di Sesto compongono più della metà dei pazienti dell'Ambulatorio. Da segnalare anche il dato relativo agli utenti provenienti da Comuni non inseriti nei Distretti 6 e 7, superiore al dato relativo agli utenti residenti nel solo Distretto 7 (40 contro 32).

[20] I requisiti di funzionamento delle strutture sono definiti dalla DGR n. 7861 del 30 luglio 2008.
[21] Qualsiasi utente visitato dall'Ambulatorio, anche solo una volta, viene considerato in carico.

Comune di residenza	Utenti	%
Bresso (Distretto 7)	9	3,2
Cinisello Balsamo (Distretto 7)	20	7,2
Cologno Monzese (Distretto 6)	61	22
Cormano (Distretto 7)	1	0,2
Cusano Milanino (Distretto 7)	2	0,4
Sesto San Giovanni (Distretto 6)	144	52
Fuori territorio	40	14,4
Totale	**277**	**100**

Tabella 6 – Suddivisone degli utenti contattati/presi in carico dall'Ambulatorio dell'ansia e della depressione per Comune di residenza nel 2103 – Fonte: UOP 39 Sesto San Giovanni

Gli utenti presi in carico nel 2013 per la prima volta dall'Ambulatorio sono stati 146, così suddivisi per territorio di provenienza: Bresso 2, Cinisello 10, Cologno 27, Cormano 1, Sesto 82, Fuori territorio 24.
Anche questi dati confermano il Comune di Sesto come quello nel quale si registra la percentuale più elevata, seguito da utenti residenti nel Comune di Cologno. Insieme, questi pazienti rappresentano il 74,7% di tutti gli utenti.
Rispetto al 2010 si è verificato un calo di 51 utenti presi in carico per la prima volta in assoluto.

I pazienti presi in carico dall'Ambulatorio nel 2013 sono 277, suddivisi in 178 donne (il 64,3%) e 99 uomini (il 35,7%). Le fasce d'età 25-34, 35-44, 55-64 e soprattutto la fascia d'età 65 anni e oltre, sono caratterizzate da una predominanza femminile. L'unica fascia d'età dove gli uomini sono maggioranza (ma solo di una unità) è quella 45-54 anni.
La suddivisione degli utenti per fasce d'età evidenzia una prevalenza di coloro che hanno almeno 65 anni (73 utenti, vale a dire il 26,3% di tutti i pazienti), seguita dalla fascia d'età di utenti compresi tra i 45 e i 54 anni (65 utenti, vale a dire il 23,4%). Insieme, queste due categorie d'età rappresentano poco meno della metà dei pazienti presi in carico.

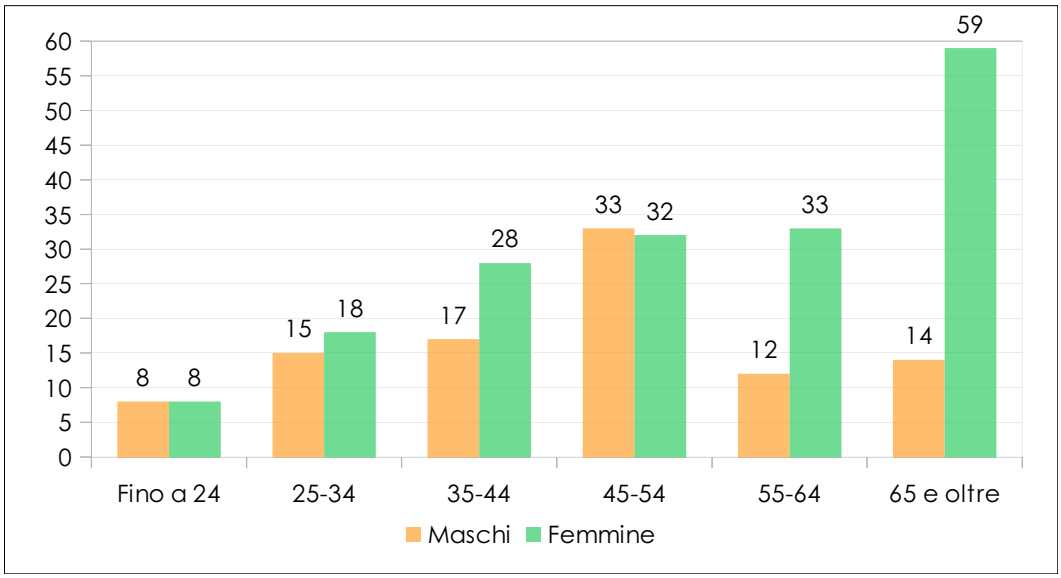


Grafico 2 – Utenti contattati/presi in carico dall'Ambulatorio dell'ansia e della depressione suddivisi per genere e fasce d'età nel 2013 – Fonte: UOP 39 Sesto San Giovanni

Rispetto al 2010, si registra un decremento soprattutto dei pazienti inclusi nella fascia d'età 35-44 anni (da 59 a 45) e dei pazienti anziani (che passano da 85 a 73). L'unica fascia di utenti a far registrare un – seppur lieve - incremento è quella 45-54 anni (+2). Si ricorda che, rispetto al 2010, sono calati sia gli utenti presi in carico (-32 utenti, vale a dire -10,4%), sia i pazienti al primo contatto in assoluto con l'Ambulatorio (-51 utenti, per un calo del 25,9%).

I dati sopra illustrati evidenziano la consistente presenza di persone affette da sindrome depressive e ansiose sul territorio e pertanto bisognose di cura; con la chiusura dell'Ambulatorio, avvenuta alla fine del 2014, i pazienti dovranno rivolgersi direttamente al CPS.

3.4. Le risorse economiche

Nel triennio di programmazione 2012-2014, le risorse economiche destinate al Piano di Zona sono derivate dai seguenti canali di finanziamento:

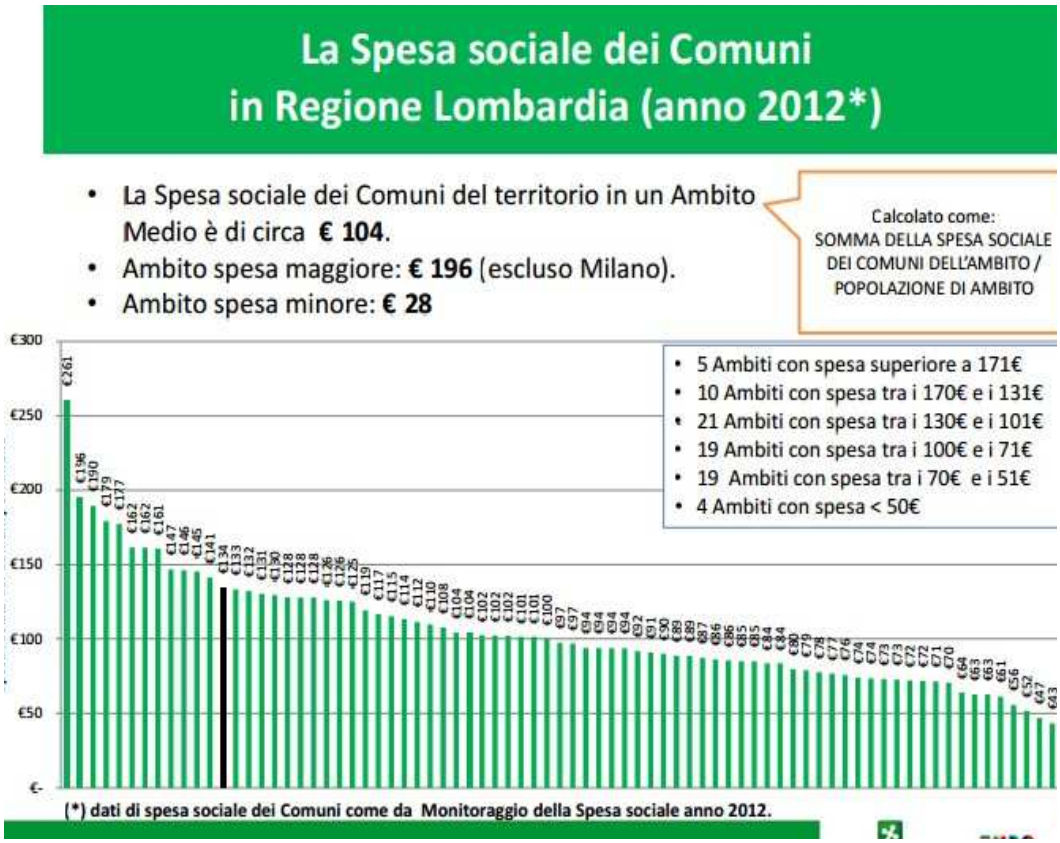
- FNPS - Fondo Nazionale per le Politiche Sociali che concorre a realizzare gli obiettivi e le priorità di intervento individuate nel Piano di Zona;
- FNA - Fondo Non Autosufficienza finalizzato alle azioni di sostegno alla domiciliarità delle persone in condizione di non autosufficienza;
- Fondo Intese per la realizzazione di interventi a supporto della funzione di cura delle famiglie con la presenza di numerosi figli o di familiari non autosufficienti;
- FSR - Fondo Sociale Regionale finalizzato al cofinanziamento delle unità di offerta sociali afferenti alle Aree Minori, Disabili, Anziani, Adulti e costituisce una risorsa economica per gli Enti gestori pubblici e privati situati nell'Ambito.

L'assegnazione del FNPS da parte di Regione Lombardia agli Ambiti, è avvenuta sulla base del numero di cittadini residenti. La ripartizione delle risorse tra i due Comuni ha seguito il medesimo criterio: a Sesto è attribuito circa il 63% del Fondo, a Cologno il restante 36%. Il Fondo Non Autosufficienza è assegnato in relazione alla percentuale di popolazione residente over 65.

Canale di finanziamento	**Anno**			
	2012	2013	2014	2015
Fondo Nazionale Politiche Sociali	**259.207,00** DGR 2866/2011	-	**545.635,00** DGR 974/2013	**462.056,00** DGR 2939/2014
Fondo Non Autosufficienza	-	-	**363.699,00** DGR740/2013	**388.857,00** DGR 2883/2014
Fondo Intese		**179.210,94** DDG 12560/2012		
Fondo Sociale Regionale	**569.968,00** DGR 3850/2012	**997.443,00** DGR 326/2013	**843.164,00** DGR 2260/2014	Non ancora assegnato
Totale	**829.175,00**	**1.176.653,94**	**1.752.498,00**	**850.913,00**

3.5. Dati a supporto della programmazione sociale. Frammentazione Ricomposizione nei territori: Evidenze dal Sistema di Conoscenza raccolta dati 2014 a cura di Regione Lombardia e CeRGAS Bocconi.

La ricerca condotta dal CeRGAS Bocconi, denominata "Sistema di conoscenza: raccolta dati 2014", ha dato l'opportunità di parametrare i dati locali con il livello regionale. Alla ricerca hanno partecipato 78 Ambiti sociali - sui 98 presenti in Lombardia e 15 ASL. E' opportuno precisare che gli Ambiti che hanno aderito non sempre hanno interpretato in modo uniforme le consegne e le indicazioni dei ricercatori, anche perché la modalità di gestione dei servizi è ancora molto disomogenea. In questo paragrafo sono stati analizzati i livelli di spesa nel loro complesso, l'omogeneità raggiunta nei servizi e il posizionamento dell'Ambito di Sesto San Giovanni, rispetto agli altri Ambiti, riportando alcune schede estratte dalla ricerca CeRGAS e dal monitoraggio della spesa sociale dei comuni elaborato da Regione Lombardia sui dati 2012.



Come si evince dalla tabella, si registra una forte variabilità nel livello di investimento dei singoli Comuni e degli Ambiti. In media la differenza tra la spesa sociale del Comune dell'Ambito con il pro capite più basso e quello più alto è di 98 euro. La variabilità interna massima rilevata è di 228 euro, la minima è di 36 euro circa.

Per quanto riguarda il posizionamento dell'Ambito di Sesto San Giovanni, la spesa sociale comunale pro capite di Ambito è di 189,51 euro collocandosi tra i 5 Ambiti con spesa superiore ai 171 euro.

Un'altra area indagata riguarda i trasferimenti agli Uffici di Piano per la gestione associata del Piano di Zona: 30 Ambiti trasferiscono tra lo 0 e il 5% della spesa sociale a UdP, 18 Ambiti tra il 6 e il 10%, 7 tra il 15 e il 30%, 18 più del 30%.
L'Ambito di Sesto San Giovanni trasferisce all'UdP risorse comunali per le gestioni associate con un VALORE MEDIO DI AMBITO di 1,51%, dato che varia rispetto al trasferimento di risorse co-programmate in modo congiunto tra i due Comuni che registra un valore di 5,09%.

Emerge la difficoltà della maggior parte degli Ambiti nella gestione associata dei servizi mentre in media, a livello di Ambito, i Comuni programmano in modo congiunto il 22% della spesa sociale, aumenta cioè l'attività di definizione e programmazione dell'utilizzo delle risorse a disposizione per la spesa sociale fatta in modo integrato/condiviso tra più Comuni di uno stesso Ambito.

L'indagine allargata alle sperimentazioni che coinvolgono più Comuni di uno stesso Ambito, riporta che sono in corso 280 sperimentazioni "integrate" in 63 Ambiti, in media 4 per ogni Ambito, che riguardano principalmente l'area Minori e Famiglia, l'area Anziani e l'area Servizio Sociale Professionale. Le fonti di finanziamento più utilizzate sono: i Fondi regionali, le risorse proprie comunali, i Fondi nazionali. Più della metà delle sperimentazioni non riguardano solo il settore Servizi sociali, solo 119 su 280 sono svolte insieme ad altre aree di policy (settore Casa, Educazione..).

In merito alla gestione omogenea o coordinata della rete di offerta, gli Ambiti mostrano di avere livelli molto diversi. Rispetto ad alcune unità di offerta pochissimi Ambiti hanno lavorato sulla definizione dei criteri di accreditamento. La maggior parte degli Ambiti ha concentrato le sue forze nel definire criteri di accesso omogenei e fasce di tariffazione omogenee per un limitato numero di unità di offerta del territorio. A fronte di questo si segnala la positiva presenza di numerosi gruppi di lavoro intercomunali attivi su questi temi su più fronti.

Le Unità di Offerta considerate nella tabella sotto sono: RSA; CDI Anziani; Sad Anziani; RSD; CDD Disabili; CSE Disabilità; SADH Disabili; Comunità per minori; Assistenza Domiciliare minori ADM; Nidi.

N° Ambiti (sui 78 ispondenti) che hanno criteri omogenei	**Criteri Accreditamento**	**Criteri Accesso**	**Fasce Retta**	**Presenza gruppi di lavoro**
Nessun servizio	9	13	24	24
Almeno 1 tra i servizi considerati	69	65	54	54
Meno della metà dei servizi considerati	52	26	35	35
Almeno metà dei servizi considerati	17	39	19	19
Tutti i servizi	0	9	0	0

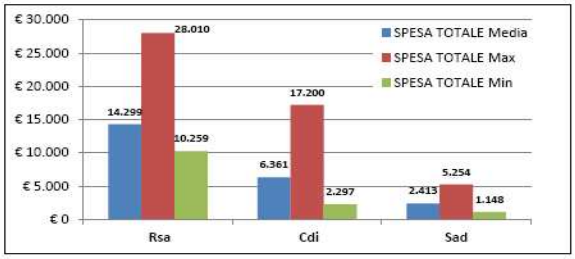
L'Ambito di Sesto San Giovanni ad oggi ha definito i criteri di accreditamento unicamente nell'ambito dei servizi per la prima infanzia e prevede criteri di accesso omogenei per il Servizio SISL.

Le schede successive rappresentano i costi medi di alcuni servizi rispetto alle seguenti aree di bisogno: Anziani, Persone con disabilità e Area Minori comparati con alcuni dati che riguardano l'Ambito. In generale la variabilità nella spesa per servizi è molto ampia sia rispetto al dato di spesa media per utente di territorio (confrontando valori medi di Ambito) sia rispetto al dato di spesa media per utente comunale, confrontando Comuni di uno stesso Ambito.

Omogeneità nella spesa per servizi (1)

Livelli di Spesa Sociale Comunale per alcuni servizi:
dati di sintesi dagli Ambiti del Sistema di Conoscenza
Valori in € annui per utente

	SPESA SOCIALE COMUNALE TOTALE			DI CUI SPESA COMUNALE			DI CUI COMPARTECIPAZIONE		
	Media	*Max*	*Min*	*Media*	*Max*	*Min*	*Media*	*Max*	*Min*
Rsa	14.299	28.010	10.259	8.939	16.627	3.310	5.360	14.400	517
Cdi	6.361	17.200	2.297	4.699	9.889	519	1.662	8.250	-
Sad	2.413	5.254	1.148	2.018	3.743	937	400	1.764	-



NOTE:
- ***Per le RSA*** *sono stati esclusi dall'Analisi tutti i Comuni e di conseguenza gli Ambiti che riportavano dati di spesa totale (comunale + compartecipazione) inferiore a 10.000 euro annui o superiore a 60.000 euro annui.*
- ***Per i CDI*** *sono stati esclusi i territori che riportavano dati di spesa totale inferiori a 2.000 euro annui o superiori a 20.000 euro annui.*

Ambito Sesto San Giovanni - RSA
- Spesa totale(Comune + utente) media di Ambito: 10.755,82 euro
- Spesa comunale media di Ambito: 10.238,60 euro
- Spesa utente media di Ambito: 517,22 euro

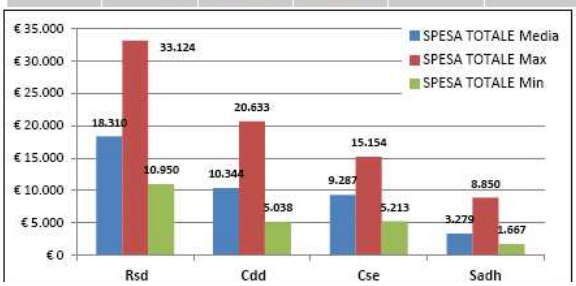
Ambito Sesto San Giovanni - CDI
- Spesa totale(Comune + utente) media di Ambito: 1.147,5 euro
- Spesa comunale media di Ambito: 1.147,5 euro
- Spesa utente media di Ambito: 0 euro

Ambito Sesto San Giovanni - SAD
- Spesa totale(Comune + utente) media di Ambito: 3.922,85 euro
- Spesa comunale media di Ambito: 3.517,94 euro
- Spesa utente media di Ambito: 404,91euro

Omogeneità nella spesa per servizi (2)

Livelli di Spesa per alcuni servizi:
dati di sintesi dagli Ambiti del Sistema di Conoscenza
Valori in € annui per utente

	SPESA SOCIALE COMUNALE TOTALE			DI CUI SPESA COMUNALE			DI CUI COMPARTECIPAZIONE		
	Media	*Max*	*Min*	*Media*	*Max*	*Min*	*Media*	*Max*	*Min*
Rsd	**18.310**	**33.124**	**10.950**	14.944	31.624	7.056	3.367	11.794	-
Cdd	**10.344**	**20.633**	**5.038**	9.265	19.673	3.368	1.101	4.406	-
Cse	**9.287**	**15.154**	**5.213**	8.584	14.746	4.359	703	4.658	-
Sadh	**3.279**	**8.850**	**1.667**	2.932	8.032	1.088	353	1.769	-



NOTE:
- *Per le RSD non sono stati considerati i territori che hanno riportato un spesa annua complessiva per utente inferiore a € 10.000 o superiore a € 35.000.*
- *Per i CDD non sono stati considerati territori che hanno riportato un spesa annua complessiva per utente inferiore a € 5.000 o superiore a € 20.000.*
- *Per i CSE non sono stati considerati territori che hanno riportato un spesa annua complessiva per utente inferiore a € 5.000.*

Ambito Sesto San Giovanni - CDD
- Spesa totale(Comune + utente) media di Ambito: 24.150,56 euro
- Spesa comunale media di Ambito: 19.905,57 euro
- Spesa utente media di Ambito: 4.244,99 euro

La spesa in merito a questa tipologia di servizio è decisamente oltre i valori MAX, infatti i dati dell'Ambito di Sesto Sa Giovanni non sono stati considerati nei conteggi perché sopra i 20.000 euro di spesa annua complessiva per utente.

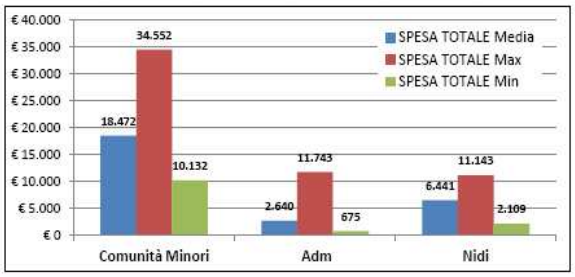
Ambito Sesto San Giovanni - SADH
- Spesa totale(Comune + utente) media di Ambito: 5.095,17 euro
- Spesa comunale media di Ambito: 5.026,41 euro
- Spesa utente media di Ambito: 68,76 euro

la spesa si attesta nei valori medio alti con una compartecipazione da parte dell'utenza molto bassa.

Omogeneità nella spesa per servizi (3)

Livelli di Spesa per alcuni servizi:
dati di sintesi dagli Ambiti del Sistema di Conoscenza
Valori in € annui per utente

	SPESA SOCIALE COMUNALE TOTALE			DI CUI SPESA COMUNALE			DI CUI COMPARTECIPAZIONE		
	Media	*Max*	*Min*	*Media*	*Max*	*Min*	*Media*	*Max*	*Min*
Comunità Minori	18.472	34.552	10.132	18.408	34.552	10.132	66	698	-
Adm	2.640	11.743	675	2.596	11.422	675	45	1.259	-
Nidi	6.441	11.143	2.109	4.468	8.477	1.083	1.973	3.581	350



NOTE:
- *Per le COMUNITA' MINORI non sono stati considerati i territori che hanno riportato un spesa annua complessiva per utente inferiore a € 10.000 o superiore a € 35.000.*
- *Per i NIDI non sono stati considerati i territori che hanno riportato un spesa annua complessiva per utente inferiore a € 2.000.*

Ambito Sesto San Giovanni - Comunità Minori
- Spesa totale(Comune + utente) media di Ambito: 15.992,14 euro
- Spesa comunale media di Ambito: 15.992,14 euro
- Spesa utente media di Ambito: 0 euro

La spesa si colloca tra il livello MIN – MEDIO della spesa degli Ambiti.

Ambito Sesto San Giovanni - ADM
- Spesa totale(Comune + utente) media di Ambito: 4.891,30 euro
- Spesa comunale media di Ambito: 4.891,30 euro
- Spesa utente media di Ambito: 0 euro

L'Ambito esprime una spesa comunale tra la fascia MEDIA e MAX degli altri Ambiti.

Ambito Sesto San Giovanni - Nidi
- Spesa totale(Comune + utente) media di Ambito: 10.063,08 euro
- Spesa comunale media di Ambito: 8.134,18 euro
- Spesa utente media di Ambito: 1530,23 euro

Il livello di spesa comunale si attesta vicino alla fascia MAX con una compartecipazione da parte delle famiglie più bassa della MEDIA.

Seppure con i limiti espressi in premessa, il "Sistema di Conoscenza raccolta dati 2014" è un utile strumento di monitoraggio e valutazione per la programmazione sociale e sociosanitaria, in grado di avviare confronti e scambi di buone pratiche tra singoli Comuni che compongono un Ambito, tra i Comuni e l'ASL di riferimento e tra Ambiti e territori diversi.

3.6. Soft e Life Skills: definizioni e ambiti di applicazione

Nel 1986 la Carta di Ottawa per la Promozione della Salute e l'Organizzazione Mondiale della Sanità, riconoscono le Life Skills come competenze necessarie alle persone per fare scelte orientate alla salute e apprendere lungo tutto l'arco della vita. Il termine viene generalmente riferito a una gamma di abilità cognitive, emotive e relazionali di base, che consentono alle persone di operare con competenza sia sul piano individuale sia su quello sociale.
Le Life Skills sono abilità necessarie per adottare comportamenti positivi che permettono all'individuo di affrontare efficacemente le richieste e le sfide della vita quotidiana, possono guidare le azioni personali e i comportamenti adottati in relazione agli altri, così come le azioni rivolte al cambiamento dell'ambiente circostante per fare in modo che sia favorevole per la salute. La mancanza di tali skills socio-emotive può causare, in particolare nei giovani, l'instaurarsi di comportamenti negativi e a rischio in risposta agli stress; per insegnare ai giovani le "Skills for life", è necessario introdurre specifici programmi nelle scuole o in altri luoghi deputati all'apprendimento" (Bollettino OMS <<Skills for life>> n. 1 anno 1992).
Gli studi psicologici hanno messo in evidenza una serie di competenze della mente e della personalità umana che chiariscono la trama più articolata del funzionamento psicologico, riconducendolo a tre sfere:

1. sfera cognitiva: appartengono a questa sfera le capacità di risolvere problemi, di prendere decisioni, di operare con spirito critico e creativo;
2. sfera della personalità e delle emozioni: appartengono a questa sfera l'autostima e l'autoefficacia, la capacità di gestire emozioni e gli stress derivanti dalla vita quotidiana;
3. apertura alle relazioni sociali: empatia e competenze comunicative.

L'OMS ha definito un nucleo fondamentale di skills che deve rappresentare il fulcro di ogni programma di prevenzione, mirato alla promozione del benessere dei bambini e degli adolescenti, indipendentemente dal contesto (P. Marmocchi, C. Dall'Aglio e M. Tannini – EDUCARE LE Life Skills, Presentazione – Erickson, 2004).

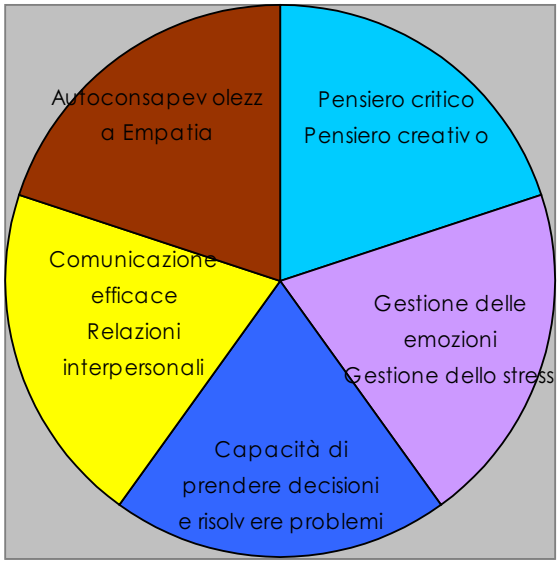
Di seguito, la definizione sintetica delle Life Skills proposta dall'OMS (1994):

- Decision making (capacità di prendere decisioni): competenza che aiuta ad affrontare in maniera costruttiva le decisioni nei vari momenti della vita. La capacità di elaborare attivamente il processo decisionale, valutando le differenti opzioni e le conseguenze delle scelte possibili, può avere effetti positivi sul piano della salute, intesa nella sua accezione più ampia;
- Problem solving (capacità di risolvere i problemi): in maniera analoga, questa capacità permette di affrontare i problemi della vita in modo costruttivo;
- Pensiero creativo: agisce in modo sinergico rispetto alle due competenze sopracitate, mettendo in grado di esplorare le alternative possibili e le conseguenze che derivano dal fare e dal non fare determinate azioni. Il pensiero creativo aiuta a guardare oltre le esperienze dirette e può aiutare a rispondere in maniera adattiva e flessibile alle situazioni della vita quotidiana;
- Pensiero critico: è l'abilità ad analizzare le informazioni e le esperienze in maniera obiettiva. Può contribuire alla promozione della salute, aiutando

a riconoscere e valutare i fattori che influenzano gli atteggiamenti e i comportamenti, vedi per esempio i valori, le pressioni dei coetanei e l'influenza dei mass-media;

- Comunicazione efficace: sapersi esprimere sul piano verbale e non verbale, con modalità appropriate rispetto alla cultura e alle situazioni. Questo significa essere capaci di manifestare opinioni e desideri, ma anche bisogni e paure. Può voler dire inoltre esser capaci, se necessario, di chiedere consiglio e aiuto;
- Capacità di relazioni interpersonali: aiuta a mettersi in relazione e a interagire con gli altri in maniera positiva, riuscire a creare e mantenere relazioni amichevoli che possono avere forte rilievo sul benessere mentale e sociale. Tale capacità può esprimersi sul piano delle relazioni con i membri della propria famiglia, favorendo il mantenimento di un'importante fonte di sostegno sociale; può inoltre voler dire esser capaci, se opportuno, di porre fine alle relazioni in maniera costruttiva;
- Autoconsapevolezza: riconoscimento di sé, del proprio carattere, delle proprie forze e debolezze, dei propri desideri e delle proprie insofferenze. Sviluppare l'autoconsapevolezza può aiutare a riconoscere quando si è stressati o quando ci si sente sotto pressione. Si tratta di un prerequisito di base per la comunicazione efficace, per instaurare relazioni interpersonali, per sviluppare empatia nei confronti degli altri;
- Empatia: è la capacità di immaginare come possa essere la vita per un'altra persona anche in situazioni con le quali non si ha familiarità. Provare empatia può aiutare a capire e accettare le diversità; questo può migliorare le interazioni sociali (per esempio in situazioni di differenze culturali o etniche);
- Gestione delle emozioni: implica il riconoscimento delle emozioni in noi stessi e negli altri; la consapevolezza di quanto le emozioni influenzino il comportamento e la capacità di rispondere alle medesime in maniera appropriata. Emozioni intense come la rabbia o il dolore, se non si è in grado di reagire in modo positivo, possono avere effetto negativi sulla salute;
- Gestione dello stress: consiste nel riconoscere le fonti di stress nella vita quotidiana, nel comprendere come queste ci "tocchino" e nell'agire in modo da controllare i diversi livelli di stress. Questo può significare prendere iniziative per ridurre le stesse sorgenti di stress apportando, ad esempio, cambiamenti nell'ambiente o nello stile di vita, oppure può voler dire imparare a rilassarsi, così che le tensioni create da stress inevitabili non diano luogo a problemi di salute.

Raggruppando le skills per tipologia e per sfera di appartenenza, si propone la seguente rappresentazione grafica.



L'OMS ha dato un forte impulso alla diffusione delle Life Skills nel mondo. Secondo questa prestigiosa agenzia internazionale, le "competenze psicosociali" giocano un ruolo importante nella promozione della salute, intesa nel senso più pieno di benessere biopsicosociale. L'OMS sostiene, inoltre, che i cambiamenti intervenuti nelle diverse culture e nei vari Paesi si accompagnano spesso ad una riduzione della dotazione di Life Skills nelle giovani generazioni, probabilmente come conseguenza dei fenomeni di industrializzazione e di globalizzazione e dell'impoverimento delle risorse sociali in alcune aree del mondo.
In sintesi l'OMS, con la promozione delle Life Skills nelle scuole e nelle istituzioni formative, avvia una strategia di prevenzione attraverso processi di istruzione e di formazione, assumendo il concetto di salute del singolo come "stato di benessere psico-fisico e relazionale" in continuo divenire. Gli obiettivi dell'OMS possono essere sintetizzati nei tre seguenti punti:

- migliorare il benessere e la salute dei bambini e degli adolescenti tramite l'apprendimento di abilità e competenze utili per affrontare varie situazioni, anche di fronte all'imprevisto o a situazioni di forte stress emotivo (es. perdita di una persona cara; disoccupazione; insuccesso scolastico o professionale; fallimento in campo affettivo; ecc.);
- prevenire comportamenti a rischio (es. malattie trasmesse sessualmente; uso di sostanze psicotrope; cattiva alimentazione; ecc.);
- formare i genitori, gli insegnanti, gli educatori in genere e/o eventuali animatori per il tempo libero (es. sport).

E', quindi, nell'ambito della salute che la riflessione sulle Life Skills trova il suo più importante incubatore. A tal proposito, appare opportuno riportare alcuni stimoli in merito al concetto di salute, che negli ultimi 60 anni ha subito profonde trasformazioni:

"La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste soltanto in un'assenza di malattia o di infermità" (OMS,1948). "La salute è una condizione di armonico equilibrio fisico e psichico dell'individuo dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale" (A. Seppilli, 1966). "…il concetto che definisce la salute come la misura in cui un gruppo o un individuo possono, da un lato, realizzare le proprie ambizioni e soddisfare i propri bisogni e dall'altro, evolversi con l'ambiente o adattarsi a questo…"(Carta di Ottawa,1986).
Il concetto di salute evolve nel corso degli anni e assume un valore sempre più dinamico, dove l'interazione con gli altri e con l'ambiente acquisisce un sempre maggior significato; dalla concezione utopistica sviluppata nel periodo post bellico (stato di completo benessere fisico, mentale e sociale) si passa ad una concezione più realistica, dove il nesso individuo - ambiente assume una sempre maggiore valenza, così come la capacità di adattamento ad esso.

Il concetto di salute e di promozione del benessere oggi è indissolubilmente legato al tema delle competenze; per vivere una vita in salute le competenze sono una risorsa necessaria e irrinunciabile.
La promozione della salute supporta lo sviluppo personale e sociale fornendo informazioni e valorizzando le Life Skills. Facendo questo, si aumenta l'opportunità per le persone di avere maggior controllo sullo stato della propria salute e sulle condizioni del proprio ambiente di vita e fare scelte orientate alla salute. Sostenere le persone nell'apprendimento, lungo tutta la vita, per prepararsi ad attraversarne tutte le sue fasi e fronteggiare possibili malattie e incidenti, è fondamentale. Questo deve essere facilitato nei diversi contesti: nelle scuole, a casa, al lavoro, nelle comunità. Questa azione è richiesto che venga portata avanti da Organizzazioni e Istituzioni educative, professionali, commerciali, del mondo del volontariato.
Nell'esperienza internazionale, i programmi Life Skills sono stati inizialmente orientati ad obiettivi di carattere preventivo, misurabili, ma settoriali, quali ad esempio la prevenzione di uso e abuso di droghe (Botvin et al., 1980, 1984; Pentz, 1983); la prevenzione delle gravidanze in adolescenza (Zabin et al., 1986; Schinke, 1984); la prevenzione del bullismo (Olweus, 1990), dell'HIV (WHO/GPA, 1994). Alcuni programmi inseriscono la Life Skills Education in una prospettiva più ampia (ad es. l'educazione alla pace, Prutznam et al. 1988). Successivamente la prospettiva si è ampliata, connettendo le Life Skills al conseguimento di obiettivi di carattere più generale, in sintonia con le esigenze educative dei diversi sistemi. Un passo significativo in questa direzione può venire da esperienze orientate all'educazione delle Life Skills come abilità generali per la vita quotidiana. Questi programmi costituiscono, soprattutto, un approccio efficace per la prevenzione primaria (Errecart et al., 1991, Perry and Kelder, 1992; Caplan et al., 1992).

L'approccio "educazione alle Life Skills" è utilizzato da lungo tempo nel campo dell'età evolutiva e della promozione della salute. E' riconosciuto come un approccio efficace per trattare diverse questioni inerenti lo sviluppo di bambini e adolescenti e tematiche che richiedono interventi rilevanti. L'applicazione di questi programmi mira a riconoscere e valorizzare conoscenze, valori, attitudini e abilità, con particolare enfasi su alcune abilità chiave, quali: il pensiero critico e il problem solving, le competenze organizzative, comunicative e interpersonali. Questi programmi di comprovata efficacia, rivolti ai giovani, vengono svolti generalmente nel contesto scolastico per promuovere comportamenti orientati alla salute e prevenire i fattori di rischio. Ma è anche dimostrato che i programmi Life Skills migliorano i processi di apprendimento e la didattica degli insegnanti.

L'approccio Life Skills education si basa su ricerche, studi ed esperienze effettuate da decenni nel campo delle scienze del comportamento, dell'età evolutiva, e dell'educazione, su come gli uomini - e in particolare bambini e adolescenti - crescono e imparano, acquisiscono conoscenze, atteggiamenti e competenze, e di conseguenza si comportano. La teoria che principalmente sta alla base di questo modello è quella dell'apprendimento sociale (o teoria socio-cognitiva) di Albert Bandura, che studia come avviene l'apprendimento in relazione al contesto sociale. Sostiene che le persone imparano le une dalle altre, soprattutto attraverso l'osservazione, l'imitazione e l'esperienza vicaria (modelling). "La maggior parte dei comportamenti umani è appresa attraverso l'osservazione di modelli: osservando il comportamento degli altri, ci formiamo un'idea di come è possibile agire un nuovo comportamento, e in occasioni successive questa esperienza osservata ci servirà da guida per una possibile azione" (Bandura 1977).

I presupposti storici del Documento OMS (1993) e i principi in esso contenuti sono stati accolti nelle norme di molti Paesi sia europei sia extraeuropei. In particolare, in Europa le politiche economiche degli anni '90 e dell'inizio del terzo millennio, tese a ridurre la disoccupazione nel vecchio continente, si fondano sulla formazione e sugli investimenti sui processi dell'istruzione e di apprendimento. In particolare, l'istruzione e la formazione rappresentano uno strumento basilare di lotta al tipo di disoccupazione che più affligge il nostro sistema, quello giovanile e quella di lunga durata. Il principio fondamentale alla base di ogni azione riguardante la formazione deve essere, secondo il Rapporto Delors ("Libro Bianco" di J. Delors), la valorizzazione del capitale umano lungo tutto il corso della vita attiva. L'obiettivo è quello di "imparare a imparare lungo l'arco dell'intera esistenza". Ma perché questo principio abbia una seria applicazione, è necessario che il giovane acquisisca e assuma diverse "skills" fra quelle presenti nel Documento dell'OMS.
Lo stimolo introdotto dall'OMS ha pertanto fortemente influenzato il dibattito a livello internazionale ed europeo. Il Parlamento e il Consiglio Europeo, nel 2006, hanno approvato una raccomandazione relativa alle competenze chiave per l'apprendimento permanente con l'obiettivo di imprimere un impulso al mondo dell'istruzione e della formazione. Nella Raccomandazione si citano 8 competenze; al fianco di quelle linguistiche, scientifiche e tecniche, se ne individuano altre che afferiscono alla sfera cognitiva e socio-relazionale:

- comunicazione nella madrelingua;
- comunicazione nelle lingue straniere;
- competenza matematica e competenze di base in scienza e tecnologia;
- competenza digitale;
- imparare ad imparare;
- competenze sociali e civiche;
- spirito di iniziativa e imprenditorialità;
- consapevolezza ed espressione culturale.

Le competenze chiave sono una combinazione di conoscenze, abilità e attitudini che permettono di adattarsi ai costanti cambiamenti della società - la Raccomandazione definisce la competenza come la "combinazione di conoscenze, abilità e attitudini adeguate per affrontare una situazione particolare". Attraverso l'acquisizione di esse gli individui saranno in grado di analizzare, ragionare e comunicare in modo efficiente nel momento in cui propongono e interpretano i problemi nei diversi ambiti. Allo stesso tempo, le key competences sono quelle di cui tutti gli individui hanno bisogno per la

realizzazione, lo sviluppo personale, la cittadinanza attiva, l'inclusione sociale e l'occupazione. Esse serviranno come base per un apprendimento permanente, perciò dovranno essere acquisite durante il periodo obbligatorio di istruzione e formazione.

Il Parlamento Italiano recepisce tali indicazioni attraverso il Decreto Ministeriale 139/2007 (Decreto Fioroni), che individua un set di competenze da acquisire al termine dell'istruzione obbligatoria. Il Decreto sottolinea come l'elevamento dell'obbligo di istruzione a dieci anni intende favorire il pieno sviluppo della persona nella costruzione del sé, delle corrette e significative relazioni con gli altri e della positiva interazione con la realtà naturale e sociale:

- **imparare ad imparare**: organizzare il proprio apprendimento individuando, scegliendo e utilizzando varie fonti e varie modalità di informazione e di formazione (formale, non formale ed informale), anche in funzione dei tempi disponibili, delle proprie strategie e del proprio metodo di studio e di lavoro;
- **progettare**: elaborare e realizzare progetti riguardanti lo sviluppo delle proprie attività di studio e di lavoro, utilizzando le conoscenze apprese per stabilire obiettivi significativi e realistici e le relative priorità, valutando i vincoli e le possibilità esistenti, definendo strategie di azione e verificando i risultati raggiunti;
- **comunicare o comprendere** messaggi di genere diverso (quotidiano, letterario, tecnico, scientifico) e di complessità diversa, trasmessi utilizzando linguaggi diversi (verbale, matematico, scientifico, simbolico, ecc.) mediante diversi supporti (cartacei, informatici e multimediali) o rappresentare eventi, fenomeni, principi, concetti, norme, procedure, atteggiamenti, stati d'animo, emozioni, ecc. utilizzando linguaggi diversi (verbale, matematico, scientifico, simbolico, ecc.) e diverse conoscenze disciplinari, mediante diversi supporti (cartacei, informatici e multimediali);
- **collaborare e partecipare:** interagire in gruppo, comprendendo i diversi punti di vista, valorizzando le proprie e le altrui capacità, gestendo la conflittualità, contribuendo all'apprendimento comune e alla realizzazione delle attività collettive, nel riconoscimento dei diritti fondamentali degli altri;
- **agire in modo autonomo e responsabile:** sapersi inserire in modo attivo e consapevole nella vita sociale e far valere al suo interno i propri diritti e bisogni, riconoscendo al contempo quelli altrui, le opportunità comuni, i limiti, le regole, le responsabilità;
- **risolvere problemi:** affrontare situazioni problematiche costruendo e verificando ipotesi, individuando le fonti e le risorse adeguate, raccogliendo e valutando i dati, proponendo soluzioni utilizzando, secondo il tipo di problema, contenuti e metodi delle diverse discipline;
- **individuare collegamenti e relazioni:** individuare e rappresentare, elaborando argomentazioni coerenti, collegamenti e relazioni tra fenomeni, eventi e concetti diversi, anche appartenenti a diversi ambiti disciplinari, lontani nello spazio e nel tempo, cogliendone la natura sistemica, individuando analogie e differenze, coerenze e incoerenze, cause ed effetti e la loro natura probabilistica;
- **acquisire e interpretare l'informazione:** acquisire e interpretare criticamente l'informazione ricevuta nei diversi ambiti, attraverso diversi strumenti comunicativi, valutandone l'attendibilità e l'utilità, distinguendo fatti e opinioni.

L'elenco di competenze definite nel Decreto rappresenta un interessante mix tra le skills di tipo cognitivo, sociale e relazionale indicate dall'OMS e altre più connesse al contesto didattico e formativo; le competenze chiave di cittadinanza rappresentano un presupposto indispensabile all'apprendimento permanente.

L'ISFOL – Ente pubblico di riferimento per lo sviluppo della formazione professionale dei lavoratori – contribuisce al dibattito offrendo questa interessante lettura che divide le competenze, in:

- competenze di base, ovvero gli elementi riconosciuti consensualmente come prerequisiti per l'accesso alla formazione e considerati imprescindibili per inserirsi o reinserirsi positivamente nel mondo del lavoro e per fronteggiare in modo positivo le situazioni di cambiamento;
- competenze tecnico-professionali, che sono costituite dai saperi e dalle tecniche connessi all'esercizio delle attività operative richieste da funzioni e processi di lavoro;
- competenze trasversali, che comprendono quelle caratteristiche personali che entrano in gioco quando una persona si attiva a fronte di una richiesta dell'ambiente organizzativo e che sono ormai ritenute essenziali al fine di produrre la trasformazione di un sapere professionale in un comportamento lavorativo efficace.

E' proprio sulle competenze trasversali che l'elaborazione di ISFOL risulta di particolare interesse e si collega in modo virtuoso al set di competenze cognitive, sociali e relazionali indicate dall'OMS, ponendo particolare enfasi al contesto organizzativo (la scuola, l'ambiente di lavoro) e alla capacità di adattamento ad esso.
L'Istituto approfondisce ulteriormente il tema delle competenze trasversali, raggruppandole in tre aree e declinando lo sviluppo delle stesse in azioni.

COMPETENZE TRASVERSALI	AZIONI
Diagnosticare, ovvero prendere in analisi le caratteristiche dell'ambiente e del compito, capire e saper rappresentare la situazione, il problema, se stessi come condizione indispensabile "per la progettazione e l'esecuzione di una prestazione efficace" (abilità cognitive).	- ricercare informazioni; - selezionare e organizzare le informazioni; - creare collegamenti; - saper individuare l'obiettivo.
Relazionarsi, ovvero mettersi in relazione adeguata con l'ambiente, le persone e le cose di un certo contesto. Comprende le abilità interpersonali o sociali: insieme di abilità emozionali, cognitive e stili di comportamento, ma anche abilità comunicative.	- convivere all'interno di un contesto (ascoltare, accettare e integrare gli altri, rispettare il turno di parola, rispettare le regole, immedesimarsi nell'altro, lasciare spazio agli altri, darsi dei limiti); - saper lavorare in gruppo (sostenere gli altri, saper chiedere aiuto agli altri, partecipare attivamente, mediare, negoziare); - comunicare (esprimere il proprio punto di vista, farsi capire e saper spiegare, esprimere e controllare emozioni, adeguare il tipo di

	comunicazione al contesto, gestire il contatto fisico); - saper proporre (rendere il prodotto comprensibile, far partecipare, saper coinvolgere, saper trasmettere un contenuto).
Affrontare, fronteggiare, "predisporsi ad affrontare l'ambiente e il compito, sia mentalmente sia a livello affettivo e motorio". Capacità di attivarsi nella realizzazione di un progetto o nell'affrontare una situazione (uno specifico evento, una criticità, una varianza e/o una anomalia). Costruire e implementare le "strategie di azione, finalizzate al raggiungimento degli scopi personali del soggetto e di quelli previsti dal compito".	- gestire le emozioni: gestire lo stress, sentirsi sicuri, saper reagire all'imprevisto, gestire le delusioni; - progettare e organizzare le attività (rispettare gli obiettivi prefissati, saper ritarare gli obiettivi; definire priorità, tempistica, strumenti, metodi, risorse).

Nella classificazione proposta dall'ISFOL la riflessione verte sull'aspetto ecologico delle Life Skills, sottolineando in modo molto significativo e incisivo - più di quanto non faccia l'OMS - l'interazione con l'ambiente, con gli ambienti. Si sposta il baricentro: il focus non sono solo le competenze individuali, ma anche quelle richieste dall'ambiente nel quale si vive e si è inseriti.

La definizione dell'OMS costituisce il primo vero punto di riferimento, la pietra angolare dell'intera riflessione, l'assunto sul quale si fondano le successive discussioni ed interpretazioni. Le altre definizioni analizzate rappresentano, nella sostanza, la concreta applicazione e declinazione delle indicazioni date dall'OMS nei contesti di istruzione, formazione e lavoro. Dalla lettura del documento si evince con chiarezza che la declinazione delle Life Skills nel contesto scolastico e formativo ha assunto una forte connotazione didattica e di apprendimento; i contesti formativi, infatti, dovrebbero fornire un corredo di conoscenze tecnico professionali che si integrano alle competenze sociali e relazionali.
In estrema sintesi, è possibile riconoscere nell'OMS il paradigma originario, le altre si configurano come declinazioni operative della medesima matrice.

Le fonti utilizzate:

- STRUMENTI EDDRA, Quaderno della Prevenzione n. 4 - a cura di ASL Milano 2, anno 2009;
- Decreto 9380 del 22/10/2012 "Approvazione del modello e delle procedure per il sistema di certificazione delle competenze acquisite in ambito non formale e informale in Regione Lombardia";
- Raccomandazione del Consiglio Europeo del 22 aprile 2013 "Istruzione di una garanzia per i giovani";
- DGR 6219 del 19/12/2007 "Approvazione delle linee guida regionali di prevenzione delle diverse forme di dipendenza nella popolazione preadolescenziale e adolescenziale" - Allegato A;
- Il Life Skills Training Program in Regione Lombardia – scheda a cura di ASL Milano, Dipartimento Dipendenze;
- Pro-Skills - Il rinforzo delle abilità di vita in adulti vulnerabili, come base per l'apprendimento permanente - ASL Milano, Dipartimento Dipendenze;

- Studio ergo Lavoro. Come facilitare la transizione scuola - lavoro per ridurre in modo strutturale la disoccupazione giovanile in Italia – ricerca a cura di McKinsey & Company, gennaio 2014;
- P. Marmocchi, C. Dall'Aglio e M. Tannini – EDUCARE LE Life Skills – Erickson 2004;
- Life Skills Education, slide a cura di Paride Braibanti – Università degli Studi di Bergamo, da cui:
    - la prevenzione della gravidanza in adolescenza (Zabin et al., 1986, Schinke, 1984);
    - la promozione dell'intelligenza (Gonzalez,1990);
    - la prevenzione del bullismo (Olweus, 1990), dell'HIV (WHO/GPA, 1994); l'educazione alla pace (Prutznam et al., 1988);
    - la prevenzione primaria (Errecart et al., 1991, Perry and Keller-1992, Caplan et.al, 1992).

Elenco organizzazioni che hanno contribuito alla stesura del nuovo documento di programmazione 2015-2017

Attori Istituzionali
Comune di Sesto San Giovanni - Settore Servizi alla Persona e Promozione Sociale
Comune di Sesto San Giovanni - Settore Educazione
Comune di Sesto San Giovanni - Settore Sport e Politiche giovanili
Comune di Cologno Monzese - Settore Servizi sociali
Comune di Cologno Monzese - Settore Istruzione
Ambito di Cinisello Balsamo
Insieme per il Sociale – Azienda Speciale
ASL Milano - Distretto 6
ASL Milano – Direzione Sociale e Dipartimento ASSI
Dipartimento Dipendenze ASL Milano
UONPIA - Sesto San Giovanni e Cologno Monzese
Dipartimento di Salute Mentale - ICP
Attori della Rete locale
FNP CISL - Sesto San Giovanni
FNP CISL - Cologno Monzese
SPI CGIL - Sesto San Giovanni
SPI CGIL Milano - SPI Lega Sesto
SPI CGIL - Coogno Monzese
UILP UIL
AFOL Nord Milano - Sesto San Giovanni
ANFFAS Nord Milano e ANFFAS Cinisello Balsamo
Associazione Creare primavera - Cologno Monzese
Associazione Colognese Famiglie Anziani ACFA - Cologno Monzese
Associazione Contrasti – Cologno Monzese
Associazione Genitori della Nostra Famiglia - Sesto San Giovanni
Associazione La Nostra Famiglia – Sesto San Giovanni
Associazione La Tartavela - Sesto San Giovanni
Associazione Medici Sestesi
Associazione Passo dopo passo...Insieme - Sesto San Giovanni
Associazione Sacumè - Sesto San Giovanni
Associazione Sestese Persone Disabili ASPED - Sesto San Giovanni
Associazione Volontariato Caritas Sesto San Giovanni
Associazione Volontariato S. Giuseppe - Sesto San Giovanni
AUSER

Caritas Decanale - Sesto San Giovanni
Cooperativa A.ME.LIN.C - Milano
Cooperativa Famiglie e dintorni - Sesto San Giovanni
Cooperativa Icaro 2000 - Sesto San Giovanni
Cooperativa La Grande Casa - Sesto San Giovanni
Cooperativa Lotta contro l'Emarginazione - Sesto San Giovanni
Cooperativa Progetto A - Milano
Cooperativa Spazio Giovani - Monza
Consorzio Sociale CS&L – Cavenago di Brianza
Consultorio privato accreditato Centro per la famiglia - Sesto San Giovanni
Fondazione La Pelucca - Sesto San Giovanni

GLOSSARIO

AA.OO.: Aziende Ospedaliere
ADI: Assistenza Domiciliare Integrata
ADM/ADH: Assistenza Domiciliare Minori/Disabili
ADP: Assistenza Domiciliare Programmata
AFOL: Agenzia per la Formazione e l'Orientamento al Lavoro
AG: Autorità Giudiziaria
CAF: Centro Assistenza Fiscale
CDD: Centro Diurno Disabili
CDI: Centro Diurno Integrato
CIFAP: Consorzio per l'Istruzione Artigiana e Professionale
CPA: Comunità Protetta ad Alta Assistenza
CPI: Centro per l'Impiego
CPM: Comunità Protetta a Media Assistenza
CPS: Centro Psico Sociale
CRA: Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza
CSE: Centro Socio Educativo
DGR: Delibera di Giunta Regionale
DSM: Dipartimento di Salute Mentale
DP: Dimissioni Protette
SFA: Servizio Formazione Autonomia
ICP: Istituti Clinici di Perfezionamento
ISEE: Indicatore Situazione Economica Equivalente
ISMU: Iniziative per lo Studio sulle Multietnicità
MCA: Medici di Continuità Assistenziale
MMG: Medici di Medicina Generale
NOA: Nucleo Operativo Alcologia
OCSM: Organismo Coordinamento Salute Mentale
PAI: Piano Assistenziale Individualizzato
PEI: Piano Educativo Individualizzato
PLS: Pediatri di Libera Scelta
PDF: Pediatri di Famiglia
PS: Pronto Soccorso
PTI: Progetti Terapeutici Individualizzati
PTR: Progetti Terapeutici Riabilitativi
RSA: Residenza Sanitaria Assistenziale
RSD: Residenza Sanitaria Assistenziale per Disabili
SAD: Servizio Assistenza Domiciliare
SERT: Servizio Tossicodipendenze
SISL: Servizio Inserimenti Socio Lavorativi
SPDC: Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
UOP: Unità Operativa Psichiatria
UOMTS: Unità Operativa Malattie Trasmissibili Sessualmente
UPT: Ufficio Pubblica Tutela