



UFFICIO DI PIANO

**Alta Valtellina**

**PIANO DI ZONA DELL'AMBITO  
TERRITORIALE DELL'ALTA  
VALTELLINA**

**2009 – 2011**

**SISTEMA INTEGRATO DI  
INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI**



**INDICE**  
**PIANO DI ZONA 2009 / 2011**

**AMBITO DI BORMIO**

<b>CAPITOLO 1 PREMESSA .....</b>	<b>3</b>
Introduzione .....	5
1.1 Finalità .....	5
1.2 La Programmazione in campo sociale .....	6
1.3 Il contesto normativo .....	7
1.4 La Programmazione nei Piani di Zona.....	8
1.5 Il Processo di elaborazione del Pdz in provincia di Sondrio.....	9
1.6 I livelli di integrazione .....	9
1.7. La compartecipazione ai costi dei servizi a carico degli utenti.....	10
<b>CAPITOLO 2 ANALISI DI CONTESTO.....</b>	<b>13</b>
2.1. Dati Provinciali sintesi.....	15
2.2. DATi ambito di Bormio sintesi.....	29
<b>CAPITOLO 3 LE PRIORITA' PROVINCIALI.....</b>	<b>45</b>
3.1 Il coordinamento degli Uffici di Piano .....	47
3.2. Le linee di indirizzo dell'integrazione socio – sanitaria .....	48
3.3 I rapporti con la Provincia.....	57
<b>CAPITOLO 4 IL GOVERNO DELLA RETE .....</b>	<b>61</b>
4.1 I soggetti della rete.....	63
4.2 Le regole .....	63
4.3. Il modello di gestione nell'Ambito di Bormio.....	64
<b>CAPITOLO 5 VALUTAZIONE .....</b>	<b>69</b>
5.1. Il sistema di valutazione adottato per il PDZ 2006 – 2008.....	71
5.2. La valutazione del Piano di Zona 2009 / 2011.....	72
<b>CAPITOLO 6 IL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI .....</b>	<b>75</b>
6.1. Il triennio 2006/2008.....	77
6.2. La programmazione per il triennio 2009/2011 .....	80
<b>CAPITOLO 7 I L PIANO FINANZIARIO .....</b>	<b>89</b>
Allegati	
Modalità di funzionamento dell'Assemblblea dei Sindaci .....	97
Costituzione del tavolo di consultazione del Terzo Settore.....	101
Unità d'offerta.....	103
Bibliografia .....	113
Glossario .....	115



## **CAPITOLO 1**

### **PREMESSA**

Nel primo capitolo del Piano di Zona viene posta attenzione alle novità introdotte dal nuovo quadro normativo delineato dalla Legge Regionale n. 3 del 12 marzo 2008 “Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario”, con riferimento in particolare ai livelli di integrazione e all’evoluzione del sistema dei servizi, avviato con l’introduzione della programmazione in campo sociale.



## INTRODUZIONE

La programmazione per la triennalità 2009/2011 dell’Ambito di Bormio, poggia sul presupposto che le condizioni di fragilità si esprimono e sviluppano in modo precipuo, poiché collegate alle caratteristiche di un territorio specifico e nel territorio devono essere affrontate. L’Ente Pubblico è tenuto a definire delle priorità, destinare risorse, verificando gli esiti dei propri investimenti, realizzare interventi, attraverso i propri servizi, ma anche a riconoscere, valorizzare, implementare e collegare le risorse che già un territorio esprime in termini espliciti o impliciti.

I problemi sociali possono essere affrontati, per una certa quota ridotti, non completamente eliminati. “Emergono periodicamente pretese di avere rimedi definitivi, ovvero soluzioni che liquidino una volta per tutte i problemi della salute e dell’assistenza. In realtà i problemi, per la loro stessa natura, solo in parte sono suscettibili di ‘soluzioni’. In essi infatti si intrecciano fattori fisici e psichici, relazionali e sociali che è già difficile distinguere e descrivere e ancora più modificare.”<sup>1</sup> Una visione dinamica del ruolo dei servizi, impone l’idea che l’approccio ai problemi sociali possa essere volto alla ricerca di saperi e risorse, con una forte vicinanza alla realtà locale, sviluppando la capacità di ascolto e interazione con plurime e diverse istanze, creando contesti in cui vengano rese più esplicite le rappresentazioni dei problemi e i modi utilizzati per trattarli.

Questo documento di programmazione vuole essere anche uno stimolo alla riflessione e un invito alla partecipazione per il territorio, entro l’idea che la programmazione deve rimanere aperta a cogliere nuovi bisogni e risorse.

### 1.1 FINALITÀ

Il Piano di zona è lo strumento attraverso il quale i Comuni disegnano il sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali.

La peculiarità del Piano di Zona rende la programmazione un processo locale che, a partire dalle caratteristiche delle persone e del territorio, ne disegna lo sviluppo. Il Piano di Zona ha come presupposto l’integrazione tra soggetti pubblici e privati e tra servizi sociali e sanitari, testimonia il fatto che le Comunità locali sono un ambito privilegiato di analisi dei problemi, visti nel loro emergere e nelle loro caratteristiche specifiche, e di elaborazione delle risposte, fortemente ancorato alla realtà; inoltre costituisce un’occasione di coordinamento e di sviluppo alla partecipazione da parte di tutti quei soggetti interessati ad attività ed azioni di promozione e tutela sociale a livello territoriale.

Trattandosi del documento di programmazione di una zona, rappresenta per i Comuni uno spazio significativo per confrontarsi e negoziare orientamenti e scelte anche nell’utilizzo delle risorse, per costruire un’appartenenza di ambito.

Il Piano di zona è considerato uno strumento processuale, oltre che incrementale, in quanto si arricchisce e si modifica in corso d’opera, in base all’emergere di problematiche, ma anche all’individuazione di risorse che si sviluppano in itinere, comprese le connessioni tra i vari protagonisti.

---

<sup>1</sup> F. Olivetti Manoukian, *Produrre servizi – lavorare con oggetti immateriali*, op. cit pag. 149 – 150, Il Mulino, Bologna, 1998

I contenuti del Piano riguardano:

- analisi dei bisogni sociali emergenti entro la Comunità;
- definizione di obiettivi strategici e priorità, oltre che di strumenti e mezzi per la loro realizzazione;
- individuazione delle risorse disponibili;
- definizione delle strategie di prevenzione
- individuazione dei soggetti istituzionali e dei soggetti privati maggiormente coinvolti;
- identificazione delle modalità di coordinamento e integrazione con gli interventi sanitari e con le altre politiche attive in materia sociale;
- precisazione dei risultati attesi;
- determinazione degli standard di funzionamento ed efficacia
- definizione delle responsabilità gestionali;
- definizione delle modalità di valutazione del Piano di Zona.

## **1.2 LA PROGRAMMAZIONE IN CAMPO SOCIALE**

In Lombardia l'introduzione del Piano di Zona, quale strumento di programmazione locale, si inserisce in una prassi consolidata, avviata fin dagli anni 80 con la Legge Regionale 1/86 e il Piano regionale socio-assistenziale 1988-1990.

Tale normativa introduce la programmazione associata e l'integrazione tra politiche sociali e sanitarie, attraverso processi di delega dei Comuni alle USSL, individua le funzioni da svolgere obbligatoriamente a livello associato, lasciando ai Comuni singoli la gestione dei servizi privi di complessità tecnico gestionale.

Nel corso degli anni 90 con la riforma dell'Ordinamento delle Autonomie locali, viene riconosciuta al Comune la centralità assoluta e la piena autonomia nella gestione amministrativa del proprio territorio, mentre i Decreti Legislativi 502/92 e 517/93 trasformano le USSL in ASL, enti strumentali della Regione.

Successivamente la Regione Lombardia, attraverso la L.R. 31/97 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali", assegna alla ASL un ruolo primario nel nuovo modello di organizzazione del sistema di servizi sociali e socio-sanitari.

Con la Legge 328/00 di riforma dell'assistenza viene sottolineata e ribadita la centralità dell'Ente locale nell'ambito dei servizi sociali. Gli effetti sono ravvisabili in un accrescimento della responsabilità politica, da gestirsi a livello di Ambito territoriale, attraverso l'Assemblea dei Sindaci e la definizione di una programmazione triennale attraverso il Piano di zona.

Questa normativa e le successive indicazioni applicative consentono di:

- individuare il distretto socio-sanitario come ambito territoriale di riferimento
- garantire i livelli essenziali di assistenza
- definire, progettare e realizzare gli interventi che compongono l'offerta complessiva dei servizi-socio assistenziali forniti da soggetti pubblici, privati e del privato sociale,
- coinvolgere e coordinare tutte le realtà locali presenti sul territorio
- qualificare la spesa sociale con un impiego coerente delle risorse
- promuovere solidarietà e aiuto



La Legge Regionale n. 3/2008 dà attuazione a quanto previsto dalla riforma costituzionale (Legge 18.10.01 n. 3), in merito a potestà legislativa esclusiva delle Regioni in materia di assistenza sociale e prestazioni sociali, fatta salva “la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale” (art. 117 Costituzione).

Con questa normativa viene ribadita l’importanza della programmazione condivisa, che si sostanzia nella consultazione dei soggetti che concorrono alla programmazione, progettazione e realizzazione delle unità di offerta sociali e sociosanitarie, in particolare i soggetti del Terzo Settore, le organizzazioni sindacali e gli altri soggetti di diritto privato che operano in ambito sociale e sociosanitario.

### **1.3 IL CONTESTO NORMATIVO**

Il terzo Piano di Zona 2009-2011 si sviluppa entro le indicazioni fornite dalla Legge n. 3 del 12 marzo 2008 “Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario”.

Tra i principi indicati nella Legge Regionale n. 3/08 si citano:

- La centralità della persona e il sostegno alla famiglia;
- Il principio di libertà di scelta e affermazione della personalizzazione delle prestazioni ai fini di un’effettiva presa in carico della persona, promozione dell’autonomia della persona tese a favorire la vita indipendente e la flessibilità delle prestazioni;
- Universalità del diritto di accesso e uguaglianza nel trattamento, nel rispetto della specificità delle esigenze;
- Promozione delle condizioni di benessere e di inclusione sociale;
- Attuazione della sussidiarietà verticale e orizzontale, con definizione delle competenze amministrative;
- Compartecipazione degli utenti al costo dei servizi in rapporto alle condizioni economiche come previsto dalla normativa in materia di ISEE;

La normativa regionale ribadisce la funzione del Piano di Zona “Il Piano di Zona è lo strumento di programmazione in ambito locale della rete d’offerta sociale. Il Piano definisce le modalità di accesso alla rete, indica gli obiettivi e le priorità di intervento, individua gli strumenti e le risorse necessarie alla loro realizzazione. Il Piano di zona attua l’integrazione tra la programmazione della rete locale di offerta sociale e la rete d’offerta sociosanitaria in ambito distrettuale, anche in rapporto al sistema della sanità, dell’istruzione e della formazione e alle politiche del lavoro e della casa”.<sup>2</sup>

Con l’art. 14 della Legge Regionale viene attribuito alle ASL il compito di collaborare con i Comuni nella programmazione della rete locale delle unità d’offerta sociali, l’ASL si occuperà di verificare la coerenza con gli obiettivi e gli indirizzi regionali.

Con le Linee di Indirizzo per la Programmazione dei Piani di Zona – 3° Triennio (2009 – 2011) del 03.12.2008, la giunta Regionale fornisce indicazioni per la programmazione integrata degli obiettivi e degli interventi sociali, attuati nell’ambito distrettuale, con una particolare attenzione all’integrazione socio-sanitaria, in un’ottica non solo riparativa e di tutela, ma anche di prevenzione e promozione del benessere.

---

<sup>2</sup> Legge Regionale 12 marzo 2008, n. 3, art. 18

In linea con le indicazioni regionali, per la definizione del presente Piano si prende in considerazione la valutazione degli obiettivi prioritari, definiti per il Piano di zona 2006-2008 con le circolari n. 34/2005 e n. 48/2005:

1. titoli sociali;
2. attivazione di forme di gestione associata dei servizi sociali;
3. costituzione di un fondo di solidarietà tra comuni associati;
4. costituzione di un tavolo di rappresentanza del Terzo Settore.

La programmazione si sviluppa entro i nuovi paradigmi definiti dalle Linee di Indirizzo:

- L'organizzazione / potenziamento del segretariato sociale;
- La stesura della carta d'ambito, attraverso la quale vengono definite modalità di accesso omogenee al sistema delle unità d'offerta sociali presenti sul territorio;
- La definizione di strategie per l'integrazione sociale e sociosanitaria ai diversi livelli: istituzionale, gestionale e operativo-funzionale;

Gli obiettivi si sviluppano nella direzione del consolidamento e innovazione:

- Consolidamento e sviluppo dei titoli sociali, prevedendo tra l'altro il raccordo con i titoli socio-sanitari;
- Miglioramento delle capacità di utilizzo delle risorse del FNPS e di gestione del budget unico;
- Lo sviluppo di interventi di sostegno alla maternità, alla famiglia nei diversi cicli di vita, alla domiciliarità;
- La definizione di strategie di prevenzione e promozione delle politiche rivolte ad adolescenti e giovani, la promozione della salute;
- La definizione di interventi di tutela della salute mentale (con gli organismi di coordinamento previsti dalle ASL e con le Aziende Ospedaliere), di sostegno e assistenza ai disabili e alle loro famiglie;
- La valutazione del fabbisogno di formazione del personale;
- Il governo delle unità d'offerta sociali consolidate e in fase di sviluppo o sperimentazione.

## **1.4 LA PROGRAMMAZIONE NEI PIANI DI ZONA**

### **1.4.1 La Programmazione nei Piani di Zona 2002/2004**

Il primo triennio di programmazione associata è stato essenzialmente caratterizzato da:

1. Assunzione da parte dei Comuni, attraverso l'Assemblea dei Sindaci, della gestione associata degli interventi in campo sociale in stretto raccordo con la Direzione Sociale dell'ASL;
2. Assunzione da parte della Comunità Montana, Ente Gestore dell'Ufficio di Piano, della gestione degli interventi in campo sociale (fino al 31.12.2003 gestiti dall'ASL) e del fondo di solidarietà distrettuale;
3. Avvio della sperimentazione dei titoli sociali;
4. Organizzazione dei Tavoli di consultazione per area con i soggetti del Terzo Settore e con le istituzioni locali;

5. Avvio del coordinamento tra Uffici di Piano per una condivisione di linee comuni nella gestione degli interventi e delle novità introdotte dalla normativa regionale.

#### **1.4.2 La Programmazione nei Piani di Zona 2006/2008**

Il secondo triennio di programmazione associata è stato essenzialmente caratterizzato da:

1. Ridefinizione della collaborazione di Ufficio di Piano e Assemblea dei Sindaci con il Terzo Settore, tramite un percorso di valutazione, gestito da un'agenzia di consulenza;
2. Implementazione del coordinamento tra Uffici di Piano;
3. Sviluppo della collaborazione con l'Amministrazione Provinciale, attraverso la definizione di progettualità comuni;
4. Definizione e adozione di regolamenti condivisi tra Comuni, per la gestione di attività di loro competenza;
5. Avvio di coprogettazione con soggetti del Terzo Settore e istituzionali;
6. Concertazione tra i componenti dell'Assemblea dei Sindaci per la definizione di un regolamento dell'organismo.

#### **1.5 IL PROCESSO DI ELABORAZIONE DEL PDZ IN PROVINCIA DI SONDRIO**

Gli Uffici di Piano della provincia di Sondrio, anticipando quanto previsto nelle linee regionali fin dagli inizi del 2008, hanno richiesto all'Amministrazione Provinciale di organizzare un percorso formativo finalizzato ad acquisire strumenti per la valutazione del PDZ.

Al percorso di formazione *La valutazione e la programmazione dei Piani di Zona della Provincia di Sondrio: analisi e strumenti. La gestione associata dei servizi sociali*, gestito dall'Istituto di Ricerca Sociale di Milano, hanno partecipato responsabili e operatori dei cinque Uffici di Piano, rappresentanti dell'ASL e della Provincia, dando vita a un gruppo di lavoro con l'obiettivo di predisporre linee comuni nella stesura del nuovo Piano di Zona.

Durante il percorso si è proceduto a una valutazione ex-post dei modelli di governance, del ruolo del Terzo Settore, delle regole, dei vincoli e delle risorse, nonché alla condivisione di un sistema di valutazione da applicare al nuovo PDZ.

Il presente Piano è quindi, nella sua struttura portante, la sintesi del lavoro svolto ed è composto da documenti che rispondono al principio condiviso di garantire, nel rispetto delle peculiarità dei singoli territori, una risposta il più possibile omogenea a livello provinciale dei bisogni dei cittadini.

#### **1.6 I LIVELLI DI INTEGRAZIONE**

La distinzione delle responsabilità istituzionali e gestionali in ordine al funzionamento dei servizi sanitari e sociali rende oggi più necessaria che in passato la realizzazione di interventi capaci di integrare professionalità e risorse sociali e sanitarie. La Legge Regionale 3/2008 guarda all'integrazione istituzionale e operativa come a un obiettivo strategico a cui tendere, promuovendo il superamento di servizi settoriali e l'alternativa introduzione di servizi integrati che soddisfino la necessità di considerare la globalità della persona in tutte le sue dimensioni. L'integrazione rappresenterà, per il prossimo triennio, la strategia prioritaria per lo sviluppo della rete delle unità d'offerta sociali; la sua realizzazione consentirà di superare la frammentarietà degli interventi settoriali per realizzare una progettualità allargata a tutti gli attori sociali, in grado di promuovere il benessere dei singoli e delle famiglie a partire da un approccio unitario alla persona ed ai suoi bisogni.

La costruzione di un efficace modello di integrazione tra servizi sociali e sanitari territoriali comporterà un lavoro di programmazione coordinato e accordi a diversi livelli:

- istituzionale: si rende necessaria la promozione di collaborazioni fra istituzioni diverse, in particolare tra Comuni, ASL e Terzo Settore, che si organizzano per conseguire comuni obiettivi di salute e benessere;
- operativo – funzionale: richiede capacità di lavorare secondo una logica progettuale e di incontro nel processo operativo di più operatori e di più professionalità;
- socio sanitario: attraverso una programmazione coordinata con le politiche sanitarie, che costituisce il reale obiettivo di una presa in carico unitaria dei bisogni e della persona.

Le strategie principali per garantire la realizzazione dell'integrazione sociosanitaria vanno sicuramente ricercate:

nel **livello istituzionale**: tra gli Enti titolari dei servizi assistenziali e l'Azienda Sanitaria Locale verranno determinate, oltre agli obiettivi da raggiungere nelle singole aree, anche le competenze di ogni soggetto istituzionale, le risorse messe a disposizione, le modalità per la gestione integrata, tutti gli altri strumenti di monitoraggio, verifica e valutazione partecipata.

nel **livello organizzativo**, attraverso la valorizzazione del lavoro territoriale di distretto, come luogo in cui realizzare i processi di presa in carico integrati, a cura di professionalità dipendenti da istituzioni diverse;

nel **livello finanziario**, in generale, mediante la corretta imputazione ai fondi dei due comparti (sanitario e sociale), rispettivamente per le attività e prestazioni sanitarie e quelle assistenziali a rilievo sanitario. La corretta imputazione è possibile a condizione che siano definite chiaramente le quote di responsabilità di ogni ente rispetto alle attività da garantire.

## **1.7. LA COMPARTICIPAZIONE AI COSTI DEI SERVIZI A CARICO DEGLI UTENTI**

### **1.7.1. Riferimenti normativi**

Per accedere agli interventi e servizi sociali del sistema integrato si procede alla verifica della condizione economica dei richiedenti secondo le disposizioni previste dal D.Lgs. n. 109/1998, come modificato dal D.Lgs. n. 130/2000. Tali decreti hanno definito i criteri unificati di valutazione della situazione economica di coloro che richiedono prestazioni o servizi sociali e assistenziali erogati dal Comune e/o dall'Ufficio di Piano non destinati alla generalità dei soggetti o comunque collegati, nella misura o nel costo, a determinate situazioni economiche autonomamente stabilite dagli stessi enti erogatori.

Il criterio che si considera è l'ISEE cioè l'indicatore della situazione economica equivalente.

La Legge Regionale n. 3/2008 all'art. 8 "Partecipazione al costo delle prestazioni" afferma che "le persone che accedono alla rete partecipano, in rapporto alle proprie condizioni economiche... (ISEE)... alla copertura del costo delle prestazioni mediante il pagamento di rette determinate secondo modalità stabilite dalla Giunta Regionale... Partecipano altresì i soggetti civilmente obbligati secondo le modalità stabilite dalle normative vigenti."

Finora la Giunta Regionale non ha adottato alcun provvedimento, pertanto i riferimenti per la compartecipazione a carico degli utenti sono i Regolamenti adottati dai Comuni e/o dall'Ufficio di Piano, ai sensi del D.Lgs. n. 109/1998, come modificato dal D.Lgs. n. 130/2000.

L'applicazione dell'ISEE non è tuttavia estesa a tutte le prestazioni sociali erogate dai Comuni e/o dall'Ufficio di Piano, per le quali la compartecipazione è definita in base ad altri criteri (es. dichiarazione dei redditi) previsti dai rispettivi regolamenti.

### **1.7.2. Controlli**

Ai fini dell'accertamento della veridicità della documentazione presentata, l'amministrazione comunale e/o l'Ufficio di Piano possono effettuare controlli sui dati a loro disposizione.

In caso di dichiarazioni non veritiere è prevista la revoca e la sospensione del beneficio ottenuto, con segnalazione d'ufficio del fatto all'autorità giudiziaria e attivazione della procedura per il recupero delle somme anticipate o derivanti da minori entrate, oltre gli interessi di legge e a eventuali spese.

Nel caso il dichiarante si accorga d'aver commesso un errore oppure un'omissione nella compilazione della richiesta della prestazione e della dichiarazione sostitutiva unica dandone immediata comunicazione, l'amministrazione provvederà a verificare se sussistono le condizioni per concedere la prestazione ed eventualmente recuperare le somme anticipate o derivanti da minori entrate, senza segnalare il fatto all'autorità giudiziaria.

### **1.7.3. Riferimenti per la programmazione – risorse e vincoli**

La compartecipazione ai costi dei servizi a carico degli utenti costituisce una componente delle risorse economiche che compongono il fondo d'ambito a disposizione dell'ente gestore per la programmazione e l'attuazione degli interventi stessi.

Gli attuali limiti finanziari presuppongono un'oculata analisi della spesa al fine di razionalizzare al meglio l'allocazione delle risorse, con l'intento altresì di armonizzare l'aspetto economico con la definizione delle politiche di ambito, mantenendo come principio quello dello sviluppo di una comunità solidale.

Il Piano, tenuto conto di quanto sopra, prevede come obiettivo la revisione e l'adeguamento dei vari regolamenti comunali e dell'Ufficio di Piano per meglio definire le quote di compartecipazione, in considerazione dei costi dei servizi e della capacità contributiva, come desunta dalla certificazione ISEE. I regolamenti vigenti presentano infatti divergenze da questo punto di vista.

La compartecipazione dell'utenza, per i servizi disposti dall'Ufficio di Piano, nell'ultimo triennio è stata esigua, soprattutto per la natura di tali servizi, attivati soprattutto in esecuzione di indicazioni impartite dall'Autorità Giudiziaria.

L'intervenuto accreditamento nel 2006 dell'ex Centro Socio Educativo (CSE) di Valfurva in Centro Diurno Disabili (CDD) e della Comunità Alloggio per Disabili in Comunità Alloggio Socio Assistenziale per Disabili ha comportato l'assunzione della titolarità del servizio da parte dei soggetti che prima erano soltanto affidatari dei servizi stessi. Tale nuova situazione si è riflessa anche sui rapporti di tipo economico: da un rimborso delle spese a piè di lista si è passati a un sistema di integrazione rette, tuttora subordinato a criteri ancora sperimentali. Obiettivo di questa programmazione è di addivenire alla definizione di criteri meglio definiti, con valutazione anche per i disabili della situazione ISEE, con differenziazione rispetto al livello certificato di compromissione e, nell'eventualità, di voucherizzazione dei servizi stessi.



## **CAPITOLO 2**

### **ANALISI DI CONTESTO**

Nel secondo capitolo del Piano di Zona vengono riportati dati di tipo quantitativo e qualitativo inerenti la situazione provinciale e dell'ambito di Bormio. Le fonti consultate sono diverse, i dati riguardano principalmente la composizione ed evoluzione della popolazione, le problematiche, gli interventi e le risorse. Dall'interpretazione dei dati vengono riportate alcune analisi.





## 2.1. DATI PROVINCIALI SINTESI<sup>3</sup>

Si riportano di seguito alcuni dati provinciali, prevalentemente di tipo quantitativo, suddivisi per aree tematiche, con alcune considerazioni sintetiche. Taluni dati sono raccolti per ambito territoriale, è quindi possibile un raffronto.

Alla data del 1° gennaio 2008 gli abitanti della Provincia di Sondrio ammontavano a 181.338 unità, di cui 88.818 maschi e 92.520 femmine, con un numero di famiglie pari a 75240.

La popolazione risultava suddivisa nelle seguenti classi di età:

Tabella 2.1 distribuzione classi di età popolazione provinciale al 01.01.2008:

fascia d'età	popolazione	% sul totale della popolazione
nati 2007	1.585	0,87%
1-3 anni	4.955	2,73%
4-17 anni	24.149	13,32%
18-64 anni	114.966	63,40%
65-79 anni	26.168	14,43%
da 80 anni	9.515	5,25%

Gli stranieri residenti nel territorio provinciale erano 6153 unità, pari al 3.39% della popolazione complessiva.

### 2.1.1. Area Minori<sup>4</sup>

Negli ultimi anni le famiglie richiedono sempre più spesso il sostegno di agenzie esterne, cui affidare la cura e l'educazione dei minori, soprattutto di quelli in più tenera età. E' importante quindi disporre di informazioni che siano in grado di monitorare sia la domanda che l'offerta dei servizi specifici.

Verranno presi in considerazione alcuni indicatori giudicati significativi, che permettono di monitorare questo specifico segmento della popolazione e della situazione che si è andata sviluppando negli anni a livello provinciale.

L'analisi dell'interazione tra questi indicatori statistici è finalizzata alla valutazione della situazione nel suo complesso e fornisce una base di partenza per programmare le future azioni in campo sociale.

#### Segmento dell'infanzia

Il segmento dei bambini in età compresa fra 0 e 2 anni (la fascia dell'infanzia) rappresenta un fattore fondamentale della capacità di ricambio della società, ma permette anche di individuare i bisogni delle famiglie in termini di servizi socio-assistenziali ed educativi a sostegno dei compiti di cura e socializzazione.

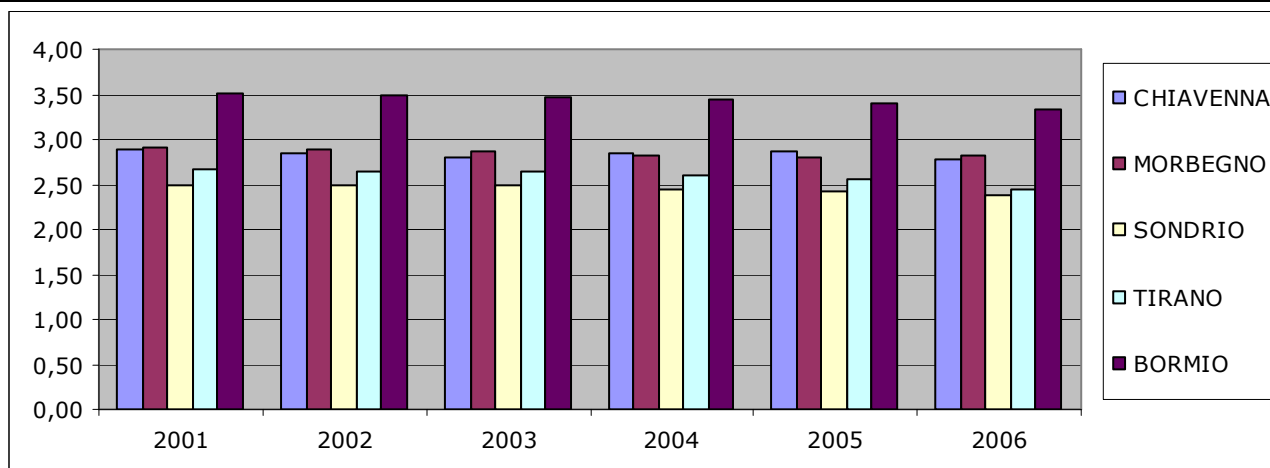
La quota di bambini fino a 2 anni sulla popolazione residente va considerata, oltre che per i servizi di cui essa necessita, anche in relazione al tasso di occupazione femminile.

<sup>3</sup> I dati relativi alla composizione numerica della popolazione utilizzati nel capitolo provengono dal sito ISTAT e dalle anagrafi comunali.

<sup>4</sup> Fonte Indagine 2007 dell' "Osservatorio sul Disagio e i Servizi Sociali" in provincia di Sondrio.

Tabella 2.1.1.1 Indice per ambito territoriale. Anni 2001-2006.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
CHIAVENNA	2,88	2,84	2,81	2,85	2,86	2,78
MORBEGNO	2,92	2,88	2,86	2,83	2,81	2,82
SONDRIO	2,50	2,49	2,48	2,45	2,42	2,38
TIRANO	2,67	2,65	2,65	2,59	2,56	2,44
BORMIO	3,51	3,48	3,46	3,45	3,41	3,33

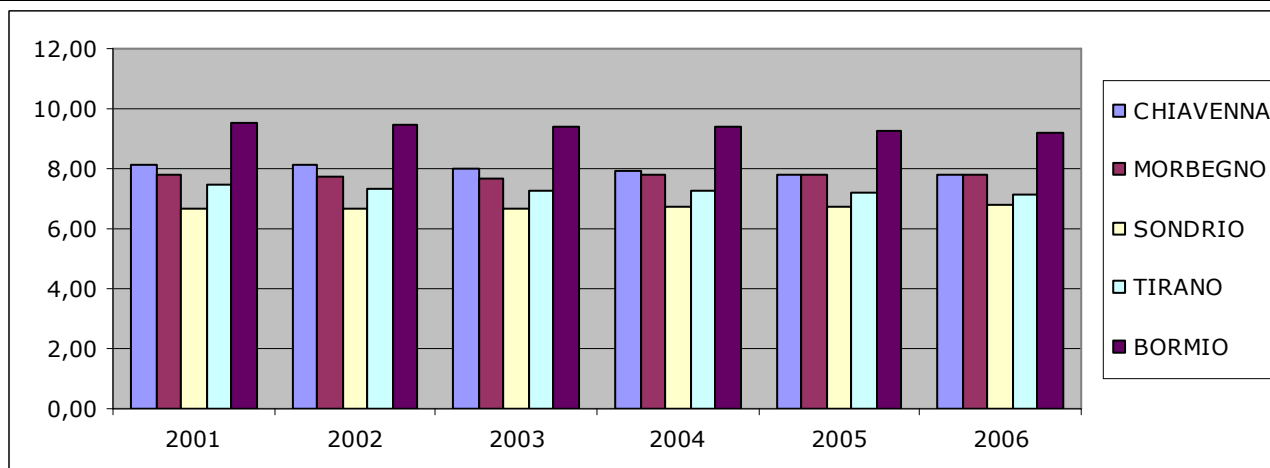


### Segmento dei bambini

Il segmento dei bambini fra 3 e 10 anni assume particolare rilevanza all'interno di un sistema demografico e sociale, non solo per quanto riguarda la capacità del sistema di rinnovarsi, ma anche per tutta una serie di aspetti che riguardano la fase di prima formazione e di primo inserimento sociale dei bambini stessi. Pure in questo caso, il rapporto tra l'insieme dei bambini e il complesso della popolazione va valutato, oltre che per i servizi di cui essa necessita, pure in relazione al tasso di occupazione femminile.

Tabella 2.1.1.2 Indice per ambito territoriale. Anni 2001-2006.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
CHIAVENNA	8,16	8,11	8,02	7,96	7,80	7,80
MORBEGNO	7,77	7,73	7,70	7,78	7,82	7,81
SONDRIO	6,70	6,69	6,67	6,73	6,73	6,81
TIRANO	7,46	7,34	7,28	7,29	7,17	7,15
BORMIO	9,54	9,50	9,43	9,37	9,28	9,23



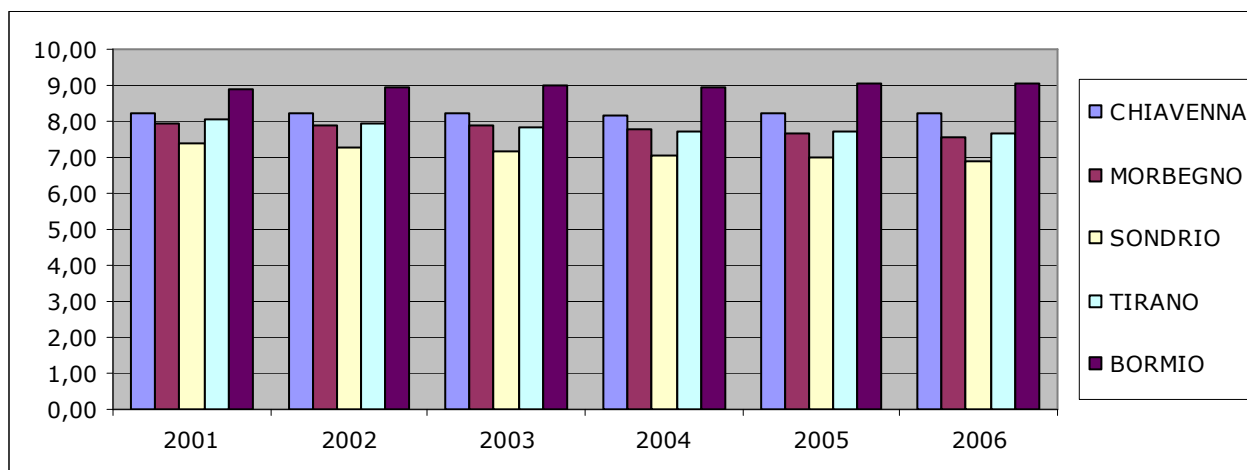
### Segmento dei ragazzi

All'interno della fascia di popolazione rappresentata dai minori assume una rilevanza specifica, e per molti aspetti "socialmente delicata", il segmento dei ragazzi tra gli 11 e i 18 anni che frequentano la scuola media inferiore e (la gran parte) quella superiore.

La quota percentuale di ragazzi sulla popolazione residente, oltre che in relazione alla situazione familiare, deve essere osservata con riferimento ad una serie di servizi formativi in senso stretto, ma pure con riferimento ad un mix di servizi socio-educativi che il sistema sociale è in grado di offrire.

Tabella 2.1.1.3 Indice per ambito territoriale. Anni 2001-2006.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
CHIAVENNA	8,20	8,21	8,23	8,19	8,23	8,20
MORBEGNO	7,93	7,91	7,89	7,79	7,66	7,53
SONDRIO	7,39	7,27	7,17	7,07	7,01	6,90
TIRANO	8,04	7,95	7,82	7,70	7,72	7,68
BORMIO	8,91	8,95	9,00	8,97	9,05	9,05



### Tasso di occupazione femminile

Il tasso di attività femminile, calcolato rapportando le donne occupate alla popolazione femminile tra i 15 e 64 anni, sta ad indicare l'apertura del sistema economico e sociale e il raggiungimento di un adeguato livello nelle "pari opportunità", con la presumibile conseguenza però dell'aumento del carico di lavoro sociale per le donne.

Quanto più alto è il suo valore, tanto più cresce il numero delle donne che vivono una doppia presenza essendo gravate oltre che dal carico di lavoro extradomestico, da un carico di compiti familiari socialmente rilevanti (cosa difficilmente sostenibile soprattutto in mancanza di una flessibilità dei tempi di lavoro e di servizi di sostegno).

Tabella 2.1.1.4 Indice percentuale di occupazione femminile (15-64 anni). Anni 2001-2006.

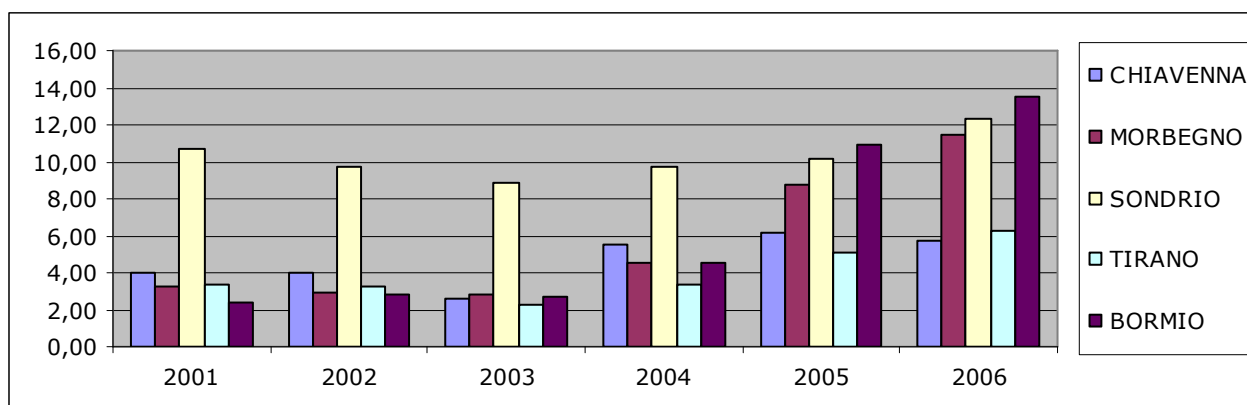
	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Occupazione femminile	30.900	30.500	31.800	29.000	29.200	31.600
Popolazione femminile 15-64 anni	59.400	59.100	59.000	59.000	59.000	58.900
Indice	52,02	51,61	53,90	49,15	49,49	53,65

### Tasso di frequenza ai servizi per la prima infanzia

La frequenza alle scuole della prima infanzia, sempre più diffusa sul territorio e ormai non più limitata al tradizionale asilo nido, consente alle donne di alleggerirsi del compito di cura e, in particolare, garantisce a quelle che lavorano una copertura adeguata. L'indice è costruito rapportando il numero di iscritti agli asili nido alla popolazione con 0-2 anni e andrebbe letto in relazione al tasso di natalità e al tasso di occupazione femminile. Quanto più è basso il valore di tale indice, tanto minore è il ricorso a tali servizi: non è però dato di sapere se il ricorso ai servizi è scarso perché non ce n'è bisogno oppure perché i posti offerti sono troppo limitati oppure ancora perché non si dà fiducia a tali istituzioni. L'aumento dell'indice nell'Ambito di Bormio è strettamente connesso all'apertura dell'asilo nido di Livigno.

Tabella 2.1.1.5 Indice percentuale di iscritti nei servizi per la prima infanzia sulla popolazione tra 0-2 anni, articolazione per distretti. Anni 2001-2006.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
CHIAVENNA	4,00	4,04	2,56	5,51	6,21	5,73
MORBEGNO	3,29	2,91	2,83	4,54	8,73	11,46
SONDRIO	10,74	9,71	8,82	9,77	10,12	12,34
TIRANO	3,38	3,29	2,25	3,32	5,13	6,31
BORMIO	2,34	2,82	2,70	4,50	10,94	13,53



### Tasso di frequenza alla scuola materna

La frequenza alla scuola materna sta ad indicare la diffusione di una cultura che considera positivamente la precoce scolarizzazione e il distacco dall'ambiente familiare, ma non è da escludere che abbia peso anche la necessità di collocare i bambini, dato che le madri lavorano fuori casa.

L'indice, calcolato rapportando il numero degli iscritti al numero degli appartenenti alla classe di età, rileva quanto è diffuso il ricorso al servizio. La presenza di un valore superiore a 100 segnala una quota di iscritti con un'età diversa da quella di riferimento (3-5 anni).

Tabella 2.1.1.6 Indice percentuale di iscritti nella scuola materna sulla popolazione con 3-5 anni. Anni 2001-2006.

	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05	2005/06	2006/07
Iscritti	5.121	5.129	5.103	5.135	5.169	5.159
Popolazione 3-5 anni	5.098	5.100	5.034	5.087	5.019	5.026
Indice	100,45	100,57	101,37	100,94	102,99	102,65

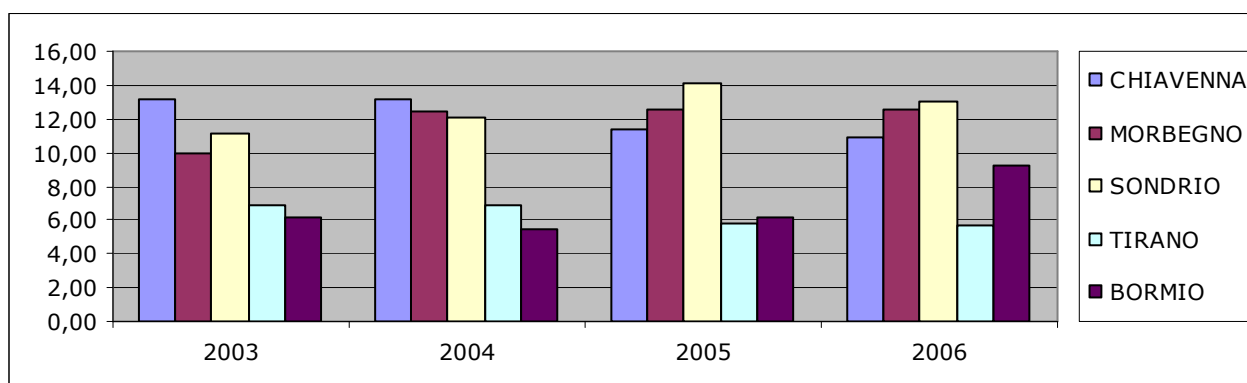
## Tutela dei minori

Le situazioni di marginalità in cui si possono venire a trovare soggetti in età minorile non sono poche e per la maggior parte sono generate da comportamenti di altri soggetti (genitori, familiari, ecc.). Nella fattispecie si è fatto riferimento ai minori che su mandato dell'Autorità Giudiziaria sono stati presi in carico dallo specifico servizio presso l'ASL di Sondrio; per l'Ambito di Bormio, in coincidenza con il ritiro delle deleghe, dal 1° aprile 2004, il servizio competente è gestito dalla Comunità Montana Alta Valtellina.

I dati non comprendono i minori sottoposti a un procedimento penale e seguiti su mandato del Tribunale per i Minorenni né quelli seguiti dal Centro Adozione (anche in questo caso su mandato del Tribunale per i Minorenni).

Tabella 2.1.1.7 Indice percentuale minori seguiti dai servizi sociali in collaborazione con l'autorità giudiziaria per 1.000 minori, suddivisi per distretto. Anni 2003-2006.

	2003	2004	2005	2006
CHIAVENNA	13,11	13,11	11,32	10,91
MORBEGNO	9,93	12,47	12,62	12,62
SONDRIO	11,10	12,12	14,06	13,03
TIRANO	6,82	6,82	5,76	5,63
BORMIO	6,18	5,46	6,18	9,26



## 2.1.2 Area Immigrazione<sup>5</sup>

Si procede a una breve descrizione delle caratteristiche del fenomeno migratorio in Provincia, rispetto ai suoi tratti più significativi, evidenziando gli elementi utili per valutare la dinamica dell'integrazione e delle problematiche connesse.

### Aspetti quantitativi e la tipologia della presenza

Negli ultimi anni, a partire dal 01.01.2001, la popolazione straniera regolarmente iscritta in anagrafe nella Provincia è più che triplicata, passando da 1,7 mila a 5,4 mila unità. A tale popolazione residente vanno poi aggiunte le collettività regolari non residenti e quelle irregolari.

<sup>5</sup> Indagine 2007 dell' "Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multietnicità" dati relativi alla popolazione straniera presente nella città capoluogo e in un insieme di 20 comuni scelti con criteri di rappresentatività nel resto del territorio provinciale.

Rispetto alla Regione Lombardia, la nostra provincia rimane comunque l'area meno interessata dal fenomeno dell'immigrazione straniera, e nonostante i numeri aumentino costantemente, sono caratterizzati da una minore intensità rispetto al resto della Regione.

Tabella 2.1.2.1. Stima degli stranieri presenti nella provincia di Sondrio. Anni 2001-2007. Valori in migliaia di unità.

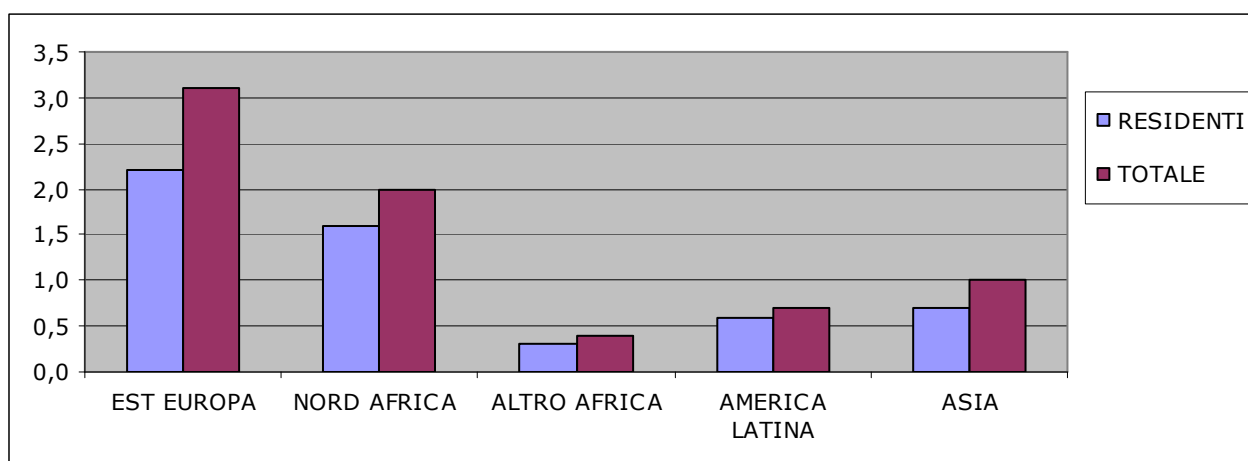
Tipologia di presenza	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Regolari residenti	1,7	1,8	2,0	3,0	4,1	4,8	5,4
Regolari non residenti	0,2	0,4	1,0	1,0	1,2	0,7	1,0
Irregolari	0,6	0,7	0,5	0,5	0,9	1,0	0,8
<b>TOTALI</b>	<b>2,5</b>	<b>2,9</b>	<b>3,4</b>	<b>4,5</b>	<b>6,3</b>	<b>6,5</b>	<b>7,2</b>

### Aree e Paesi di provenienza

Vengono esaminati ora i dati relativi alle macroaree geografiche maggiormente rappresentate in Provincia di Sondrio al 01-07-2007. L'area est-europea ha più che triplicato in sei anni il numero delle proprie unità sul territorio, rappresentando così la maggioranza relativa per provenienza, per l'esattezza il 43%. Al secondo posto troviamo l'area nord-africana con un'incidenza del 28%. Nel complesso dunque, est-europei e nord-africani coprono quasi tre quarti della popolazione straniera presente.

Tabella 2.1.2.2. Stima del numero di stranieri presenti in provincia di Sondrio secondo la provenienza. Migliaia di unità secondo la variante media.

	Est Europa	Nord Africa	Altro Africa	America Latina	Asia	Totale
<b>Residenti</b>	2,2	1,6	0,3	0,6	0,7	5,4
<b>Totale</b>	3,1	2,0	0,4	0,7	1,0	7,2
<b>%</b>	<b>43,05%</b>	<b>27,78%</b>	<b>5,56%</b>	<b>9,72%</b>	<b>13,89%</b>	/



### Immigrazione straniera nei distretti socio-sanitari

Alla data del 1° luglio 2007 il distretto socio-sanitario di Sondrio risulta essere l'area territoriale con maggior presenza straniera in provincia, con 2,6 mila unità, subito seguita in ordine decrescente da Morbegno, Tirano, Bormio e Chiavenna, e ciascuna, seppure con andamento differente, registra una continua crescita numerica della popolazione regolare presente nel proprio territorio. Osservando in particolare le percentuali di crescita della popolazione irregolare, le aree di Morbegno e di

Chiavenna si caratterizzano rispettivamente per la minore e la maggiore diminuzione percentuale di unità irregolari al proprio interno negli ultimi dodici mesi: pressoché stabile la componente irregolare nel primo distretto (240 unità), decrescente invece quella del secondo (da 120 ad 80 unità).

Tabella 2.1.2.3. Totale delle presenze, numero di irregolari e tasso di irregolarità degli stranieri presenti in provincia al 01.07.2007. Arrotondamento a 10 unità.

<b>Distretto socio-sanitario</b>	<b>Totale presenze</b>	<b>Irregolari</b>	<b>Tasso di irregolarità</b>
<b>Sondrio</b>	2.250	280	11,1
<b>Morbegno</b>	2.030	230	11,4
<b>Tirano</b>	1.050	120	11,5
<b>Bormio</b>	880	100	11,4
<b>Chiavenna</b>	660	80	11,9
<b>Totale provincia</b>	7.170	810	11,2

### **Caratteristiche strutturali**

Nella provincia di Sondrio nel 2007 si osserva un perfetto equilibrio di genere considerando l'intera popolazione, mentre tra i soli ultra-quattordicenni la quota di uomini scende al 47,6%. Negli anni precedenti la percentuale di uomini oscillava tra il 47% del 2002 e il 57% del 2001.

Bisogna però specificare che i dati relativi alla classificazione per genere fino all'anno 2005 fanno riferimento alla popolazione straniera presente con almeno 15 anni di età, mentre dal 2006 in avanti sono stati considerati globalmente tutti gli presenti indipendentemente dall'età.

Tabella 2.1.2. 4. Stranieri presenti in provincia classificati secondo il genere, anni 2001-2007.

<b>Genere</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
<b>Uomini</b>	57,0 %	47,1 %	47,9 %	49,4 %	51,2 %	48,4 %	50,0%
<b>Donne</b>	43,0 %	52,9 %	52,1 %	50,6 %	48,8 %	51,6 %	50,0%

I dati riguardanti la presenza di alunni stranieri, estrapolati da una ricerca effettuata dalla Fondazione ISMU e dall'Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia, nell'anno scolastico 2006/2007 evidenziano una presenza percentuale inferiore al dato regionale da correlare alla presenza complessiva della popolazione straniera (al 01.01.2008 la popolazione straniera in provincia era pari al 3,9% della popolazione totale rispetto al valore regionale di 8,46%).

Tabella 2.1.2.5. Alunni stranieri presenti nell'a.s. 2006/2007, incidenze percentuali e totali provinciali e regionali.

	<b>Alunni stranieri</b>	<b>Totale alunni</b>	<b>Incidenza %</b>
<b>Totali Provincia</b>	926	27.012	3,43
<b>Totali Regione</b>	121.520	1.316.993	9,23

### **Anzianità della presenza**

Nel 2007 più di quattro stranieri su dieci in provincia di Sondrio sono entrati in Italia da meno di 5 anni dalla rilevazione, tale quota si mantiene pressoché stabile relativamente agli anni precedenti, con un minimo pari al 36% nel 2001.

Relativamente agli ingressi in provincia il quadro è simile, anche se le quote degli ultimi 5 anni sono più elevate: raggiungono addirittura il 68% nel 2005, mentre il minimo si attesta al 47% nel 2001 (Tabella 2.1.2.6).

Tabella 2.1.2.6. Stranieri presenti nella provincia di Sondrio classificati secondo l'anzianità della presenza. Anni 2001-2007.

Anzianità della presenza in provincia	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
> 10 anni	24,9%	19,8%	23,7%	14,9%	9,4%	13,5%	9,6%
5-10 anni	27,8%	21,1%	26,6%	19,4%	23,1%	30,2%	33,0%
< 5 anni	47,3%	59,1%	49,7%	65,7%	67,6%	56,3%	57,4%

### **Condizione lavorativa**

La condizione lavorativa maggiormente presente tra gli immigrati è l'occupazione regolare a tempo indeterminato, che impiega circa uno straniero su 3 nel 2007, e raggiunge il picco massimo del 42% l'anno precedente. L'occupazione regolare a tempo parziale triplica passando dal 2001 al 2007 e quella a tempo determinato o stagionale raddoppia raggiungendo il 12% nel 2007. Solo il 9,4% dei presenti risulta disoccupato.

### **Condizione abitativa e familiare**

La sistemazione abitativa degli immigrati mostra una graduale tendenza verso la stabilità: la quota di soluzioni private da soli o con famiglia incrementa nel corso degli anni e raggiunge l'80% nel 2007. La quota di sistemazioni in coabitazione si mantiene molto bassa per tutti gli anni considerati e raggiunge il 3% nel 2007, mentre la sistemazione precaria scende dal 12% al 9% passando dal dato del 2001 a quello del 2007 (Tabella 2.1.2.7.).

Per quanto riguarda invece lo stato civile, la maggioranza di stranieri presenti in provincia di Sondrio sono coniugati, per entrambi i generi e per tutti gli anni considerati. Il picco massimo viene raggiunto dal genere femminile nel 2006, con circa 2 donne su 3 coniugate. Parallelamente, la tipologia di nucleo familiare maggiormente sperimentato dal genere femminile è quello classico, formato da coniuge o convivente ed eventuali figli, che raggiunge un picco del 67% nel 2002, mentre per l'anno corrente la quota si ferma al 57%.

Tabella 2.1.2.7. Stranieri presenti nella provincia di Sondrio classificati secondo il titolo di godimento dell'alloggio, valori percentuali. Anno 2007.

Godimento dell'alloggio	2007
Sistemazione. privata solo o con famiglia	80,5 %
di cui: casa di proprietà	16,8 %
Sistemazione privata in coabitazione	2,6 %
Sistemazione precaria	8,6 %
centro di accoglienza	0,7 %
sul luogo di lavoro	7,6 %



### Aspetti della povertà e dell'integrazione

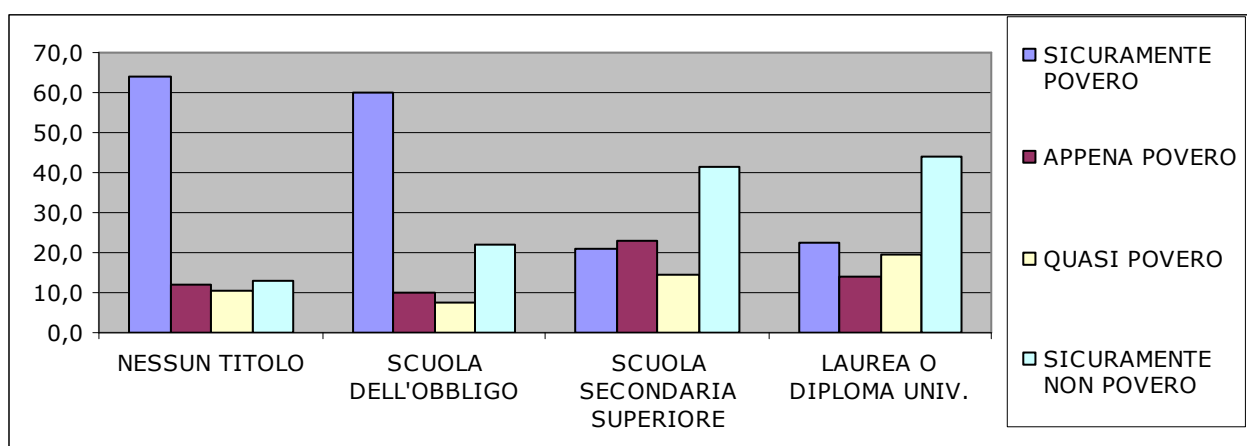
In questa sezione si vuole fornire un quadro del livello di integrazione e del grado di povertà sperimentato dagli stranieri presenti in provincia di Sondrio.

Al livello di povertà sembra essere associato il titolo di studio: circa due stranieri su tre senza titolo si trovano decisamente al di sotto della soglia di sussistenza a fronte del solo 13% dei possessori di laurea o diploma universitario. Di pari passo tra questi ultimi circa due su cinque si posizionano decisamente al di sopra del livello di povertà a fronte del solo 22% dei senza titolo.

Rispetto al livello di integrazione, la nostra provincia si colloca leggermente al di sopra della media regionale. Anche in questo caso, c'è un fattore che sembra essere correlato alla maggiore o minore integrazione dei soggetti, ed è l'anzianità della presenza.

Tabella 2.1.2.8. Stranieri ultra-quattordicenni presenti in provincia classificati rispetto all'indice di povertà e al titolo di studio. Anno 2007.

indice di povertà	nessun titolo	scuola dell'obbligo	scuola secondaria superiore	laurea o diploma univ.	totale
sicuramente povero	64,2 %	60,2 %	21,1 %	22,4 %	38,6 %
appena povero	12,2 %	10,1 %	23,1 %	14,0 %	16,0 %
quasi povero	10,5 %	7,5 %	14,6 %	19,7 %	12,7 %
sicuramente non povero	13,1 %	22,1 %	41,3 %	43,8 %	32,8 %



### 2.1.3 Area Salute Mentale<sup>6</sup>

#### Tasso di suicidio e tentato suicidio

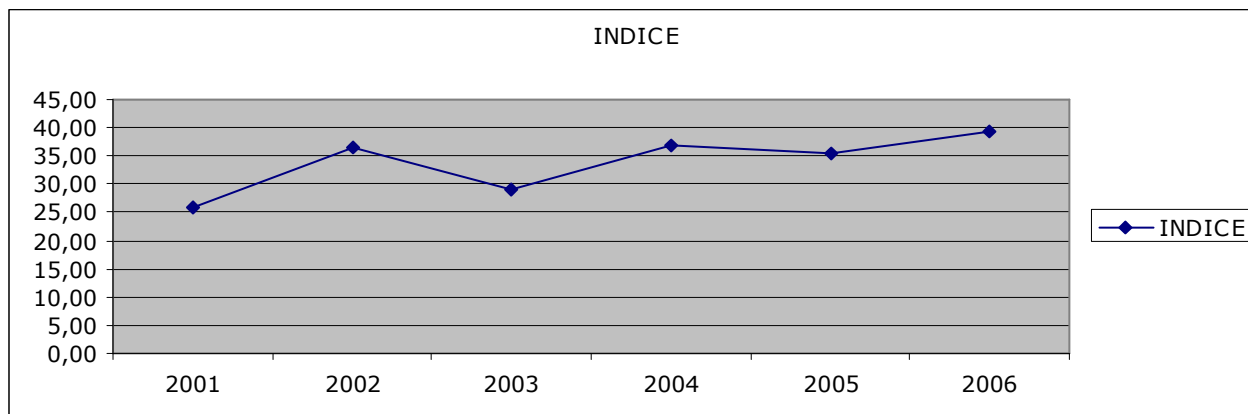
Il tasso di suicidio e di tentato suicidio è costruito rapportando il numero di suicidi e i tentativi di suicidio avvenuti nell'anno al totale della popolazione residente. Quanto più alto è il valore che lo esprime, tanto più è diffuso nella popolazione un disagio comunicabile e disperato.

E' questa una situazione di disagio per affrontare la quale non esistono specifiche e puntuali risposte attraverso servizi e strutture ad hoc; tale disagio deve essere affrontato in termini più generali e dove possibile attivando azioni di tipo preventivo.

<sup>6</sup> Dati Indagine 2007 dell' "Osservatorio sul Disagio e i Servizi Sociali" in provincia di Sondrio.

Tabella 2.1.3.1 Numero di suicidi e tentati suicidi per 1.000 residenti in provincia. Anni 2001-2006.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
n° di suicidi e tentati suicidi	46	65	52	66	64	71
popolazione provinciale	176.769	177.568	178.393	179.089	179.767	180.429
Indice	<b>26,02</b>	<b>36,61</b>	<b>29,15</b>	<b>36,85</b>	<b>35,60</b>	<b>39,35</b>



### Tasso di diffusione dei disturbi psichici

Le Unità Operative di Psichiatria (UOP) sono articolazioni del Dipartimento di salute mentale all'interno dell'Azienda Ospedaliera (di Valtellina e Valchiavenna), cui afferiscono tutti i servizi che si occupano di malati psichici. Come utenti delle UOP sono considerati coloro che si sono rivolti a uno qualunque dei servizi (per una manifestazione acuta o per cronicità) predisposti dal dipartimento sul territorio. La consistenza degli utenti affetti da disturbi psichici evidenzia situazioni di disagio non solo con riferimento ai soggetti interessati, ma pure per le loro famiglie e in senso più ampio per le comunità in cui vivono.

Tabella 2.1.3.2. Numero di utenti nelle UOP per 1.000 residenti in provincia. Anni 2001-2006.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<b>Utenti UOP</b>	3.174	2.936	2.701	3.183	3.272	3.472
<b>Popolazione provinciale</b>	176.769	177.568	178.393	179.089	179.767	180.429
<b>Indice</b>	<b>17,96</b>	<b>16,53</b>	<b>15,14</b>	<b>17,77</b>	<b>18,2</b>	<b>19,24</b>

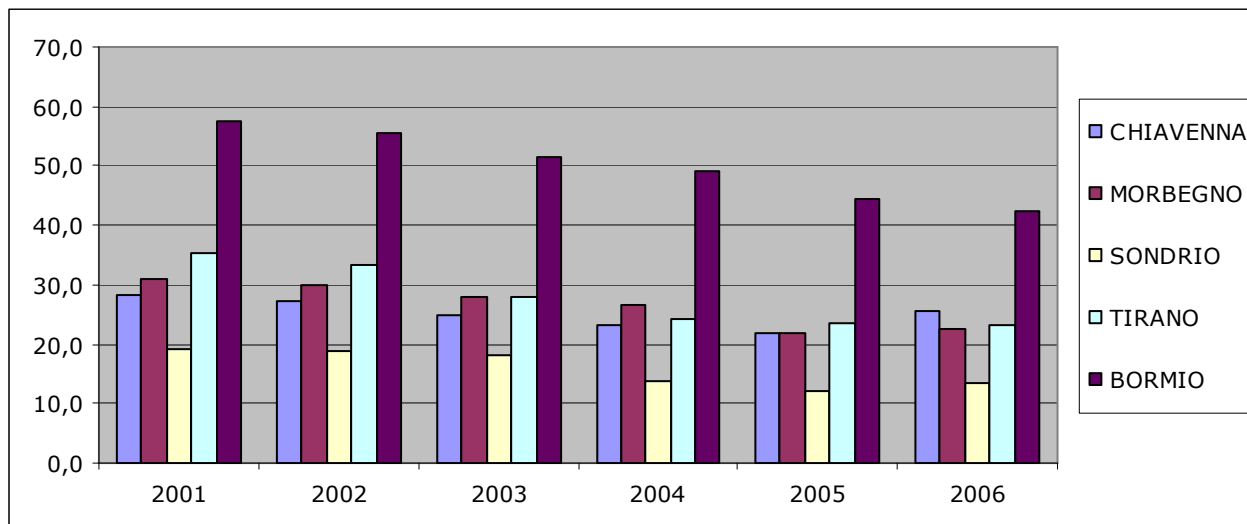
### Pazienti Anziani con disturbi psichici

L'indicatore è costruito tenendo conto del numero di pazienti anziani presi in carico dai Centri Psico-sociali (CPS) sul totale degli anziani. Esso fornisce un'idea (approssimata per difetto) della diffusione del fenomeno della malattia psichica cronicizzata: si deve peraltro tener presente che un certo numero di soggetti non ricorre ai CPS in quanto i familiari tendono a negare il problema, oppure perché i familiari stessi se ne accollano completamente il carico.

Per quanto riguarda l'Ambito di Bormio, il dato è di molto superiore rispetto a quello degli altri territori.

Tabella 2.1.3.3. Articolazione dell'indice di pazienti con 65 anni e oltre nei CPS **per 1.000 residenti** in provincia con 65 anni e oltre, suddivisione per ambito territoriale. Anni 2001-2006.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
CHIAVENNA	28,3	27,2	24,9	23,2	21,8	25,7
MORBEGNO	30,8	30,0	28,0	26,5	21,9	22,7
SONDRIO	19,1	18,8	18,1	13,9	12,2	13,3
TIRANO	35,5	33,3	28,1	24,1	23,4	23,2
BORMIO	57,5	55,6	51,4	49,2	44,3	42,4



### Pazienti con disturbi psichici manifesti

La presenza di disturbi psichici nella popolazione, misurata attraverso il numero di soggetti che accedono ad un servizio di valutazione della loro condizione (in fase di manifestazione acuta), è un indicatore di disagio individuale (in quanto il disturbo psichico fa star male il singolo soggetto), familiare (in quanto mette in crisi l'organizzazione familiare sia a livello strutturale sia a livello relazionale), sociale (in quanto pone la collettività in situazione di pericolo e richiede cure e servizi che hanno un costo economico rilevante). Quanto più elevato è il valore dell'indice, tanto più è possibile pensare ad una diffusa sofferenza sociale, ma anche a una capacità dei servizi di essere presenti.

Tabella 2.1.3.4. Numero di pazienti dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, **per 1.000 residenti** in provincia. Anni 2001-2006.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Pazienti SPDC	449	412	415	444	447	442
Popolazione provinciale	176.769	177.568	178.393	179.089	179.767	180.429
<b>Indice</b>	<b>2,54</b>	<b>2,32</b>	<b>2,33</b>	<b>2,48</b>	<b>2,49</b>	<b>2,45</b>

### Capacità di risposta dei servizi: l'offerta di personale nelle UOP

Nelle unità operative di psichiatria le risorse umane impiegate (medici, operatori psico-sociali e sanitari) rappresentano una componente fondamentale del servizio stesso. Non potendo misurare

l'attività delle risorse umane in termini qualitativi nella fattispecie si è fatto ricorso al numero di unità utilizzate in rapporto al numero di utenti delle UOP, considerando che un rapporto adeguato possa rispondere alle esigenze degli utenti stessi.

L'indicatore non tiene peraltro conto dell'organizzazione del lavoro e del livello tecnologico degli impianti e delle strutture che, pur in presenza di un minor numero di unità lavorative, garantiscono pari qualità del servizio.

Tabella 2.1.3.5. Unità di personale medico-psicosociale-sanitario per 100 utenti delle Unità Operative di Psichiatria (UOP). Anni 2001-2006.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Unità di personale	209	202	194	182	177	179
Utenti delle UOP	3.174	2.936	2.701	3.183	3.272	3.472
<b>Indice</b>	<b>6,58</b>	<b>6,88</b>	<b>7,18</b>	<b>5,72</b>	5,41	5,16

## 2.2.4 I.V.G.<sup>7</sup>

### Quoziente di IVG

L'interruzione di gravidanza, per quanto presunta normale, è un evento che segnala la presenza di situazioni in alcuni casi complesse con possibili conseguenze che possono travalicare la sola sfera personale. Il quoziente di IVG esprime il rapporto tra le interruzioni volontarie di gravidanza effettuate, relative alle donne residenti in provincia, e il numero di nati vivi.

Quanto più è alto il quoziente di IVG, tanto più le probabilità di effetti negativi per il sistema nel suo complesso vanno aumentando.

Tabella 2.1.4.1 Interruzioni volontarie di gravidanza **per 1.000 nati vivi**, indice provinciale. Anni 2001-2006.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<b>Totale Ivg</b>	251	260	238	229	221	214
<b>Nati vivi</b>	1576	1668	1641	1616	1619	1676
<b>Indice</b>	<b>159,26</b>	<b>155,88</b>	<b>145,03</b>	<b>141,71</b>	<b>136,5</b>	<b>127,68</b>

### Tasso di abortività volontaria

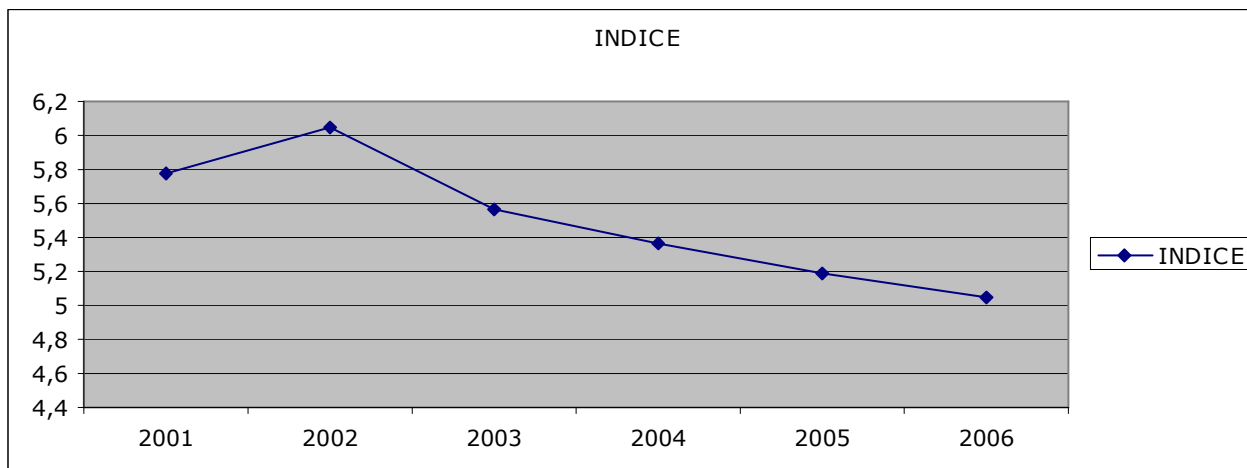
Il tasso di abortività volontaria, calcolato rapportando il numero di IVG al numero di donne in età feconda, dà un'idea di quanto diffusa sia l'accettazione sociale tra la popolazione femminile dell'aborto: quanto più è alto il valore che lo esprime, tanto più esso è accettato. Ma ciò non riduce i rischi, in precedenza delineati, di ricadute negative a livello personale e sociale.

Occorre tener presente che le statistiche si basano sulle IVG eseguite nel rispetto della legge potrebbero sottostimare, quindi, il fenomeno.

Tabella 2.1.4.2. Interruzioni volontarie di gravidanza **per 1.000 donne in età feconda** (15-49 anni), residenti in provincia. Anni 2001-2006.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<b>Totale Ivg</b>	251	260	238	229	221	214
<b>Pop. femminile 15-49 anni</b>	43.394	42.970	42.808	42.744	42.573	42.405
<b>Indice</b>	<b>5,78</b>	<b>6,05</b>	<b>5,56</b>	<b>5,36</b>	<b>5,19</b>	<b>5,05</b>

<sup>7</sup> Dati Indagine 2007 dell' "Osservatorio sul Disagio e i Servizi Sociali" in provincia di Sondrio.



### 2.1.5. Uso e Abuso di Droghe e Alcol

Dal Rapporto 2008 dell'Osservatorio Dipendenze,<sup>8</sup> a cui si rimanda per un maggior approfondimento, si traggono alcune importanti annotazioni, utili a inquadrare il fenomeno.

L'uso e abuso di droghe e alcol è un problema sociale che interessa trasversalmente diverse fasce di popolazione. Il consumo avviene infatti tra i giovani ma anche tra gli adulti, in maniera episodica o in modo problematico, in contesti di piena integrazione sociale o di grave marginalità.

Nell'approccio alle sostanze legali e illegali, sia tra la popolazione adulta che tra le nuove generazioni, si assiste ad una progressiva trasformazione culturale, anche se nella maggior parte dei cittadini permane la percezione che l'assunzione delle droghe sia rischioso per la tutela della salute.

Il fenomeno del consumo delle sostanze stupefacenti è in rapida evoluzione e assume proporzioni e modalità inedite e non completamente conosciute.

Gli attuali servizi intercettano una parte dei bisogni. Permane e cresce una vasta area di uso/abuso non in contatto con i servizi che deve essere indagata.

Il mercato delle sostanze ha subito una evoluzione da ambito critico pressoché centrato sul consumo di eroina ad ambito in cui si verificano consumi che non hanno l'eroina come sostanza esclusiva. Sempre più ampia è la diffusione dei fenomeni della poliassunzione, del consumo diffuso di cannabis e del consumo di stimolanti dove le stime sul consumo cocaina pongono questa sostanza al secondo posto tra le più consumate, poco più avanti dell'anfetamina e dell'ecstasy.

Lo scenario evidenziato pone quesiti di non facile interpretazione; sempre più evidente infatti risulta infatti il ruolo tra sostanze illecite e lecite, la differenza di genere nel consumo, l'uso delle sostanze in ambiti ricreativi. A fronte di tale situazione, la conoscenza del fenomeno e delle dinamiche sottese diviene elemento indispensabile per il contrasto della diffusione, dell'uso/abuso di droghe di svariata natura o la cura di coloro che assumono tali sostanze, ma non solo, le informazioni acquisite potrebbero trasformarsi in un valido programma di prevenzione primaria.

L'analisi del contesto relativo alla provincia di Sondrio indica che anche in ambito locale, come nel resto della Lombardia, siamo di fronte a un quadro complesso, in continuo cambiamento per quanto riguarda le proporzioni e le modalità inedite e non completamente conosciute che il fenomeno droga sta assumendo.

<sup>8</sup> Dipartimento delle Dipendenze A.S.L. della Provincia di Sondrio, Direzione Sociale, *Rapporto 2008 dell'Osservatorio Dipendenze*.

I dati raccolti dall'Osservatorio Dipendenze dell'A.S.L. della provincia di Sondrio mostrano una sostanziale coerenza con i dati nazionali e regionali ed evidenziano come il fenomeno dell'uso/abuso di sostanze stupefacenti tra i giovani stia velocemente cambiando, sia per il tipo di sostanze assunte, sia per le modalità di assunzione, oltre che per le problematiche individuali e sociali che lo caratterizzano.

### **2.1.6. Alcuni dati utili per gli interventi di prevenzione**

L'attenzione all'area della prevenzione delle dipendenze, e più in generale al contesto della promozione del benessere per minori, adolescenti e giovani, risulta strategico; affrontare il disagio è indubbiamente un compito complesso, spesso gli interventi non possono essere risolutivi, agiscono da contenimento.

La ricerca qualitativa "La prevenzione delle dipendenze attraverso le relazioni e il monitoraggio tra gli adolescenti e la rete degli adulti significativi", realizzata nel 2007,<sup>9</sup> offre degli spunti molto significativi per l'impostazione degli interventi di prevenzione. Di seguito si espongono alcuni contenuti, tratti dalla ricerca, che vogliono anche fungere da stimolo. Per un maggior approfondimento si rimanda al documento citato.

La ricerca viene definita con l'obiettivo di comprendere gli aspetti connessi con l'uso e abuso di alcool e sostanze da parte dei giovani residenti in Provincia. È stata condotta tramite lo strumento del focus group a cui hanno partecipato separatamente giovani ("a rischio": con precedenti segnalazioni dei servizi / istituzioni per uso di alcool e/o droghe; "normativi" : che non hanno avuto contatti precedenti con i servizi / istituzioni per uso di alcool e / o droghe) e adulti (genitori e insegnanti, tendenzialmente dei ragazzi intervistati) dei cinque distretti della Provincia.

Circa l'area delle relazioni familiari, dal lavoro realizzato emerge il disorientamento degli adulti, in particolare i genitori esprimono impotenza e ipercontrollo, così come gli insegnanti manifestano la fatica a declinare il loro ruolo in una prospettiva educativa. I ragazzi fanno emergere il timore di deludere le aspettative degli adulti, dei genitori in particolare, con ricadute sulla qualità delle relazioni familiari e per l'esercizio dell'autonomia e del monitoraggio parentale. Gli operatori dei servizi sanitari e sociali riportano la necessità di creare maggiore vicinanza al mondo giovanile, conoscere le culture giovanili, con la consapevolezza che gli sguardi risultano differenziati (operatore, insegnante, genitore... e dello stesso ragazzo).

Diversi significati sono attribuiti dai giovani all'uso di sostanze: espressione di un disagio, compito di sviluppo, aspetti relazionali. Per quanto riguarda l'uso di alcool emerge, in termini omogenei sul territorio, la consuetudine: un elemento che fa parte della tradizione locale e quindi vissuto in termini tolleranti. Abbastanza diffuso l'utilizzo di alcol come ricerca di sicurezza legata al buon esito delle relazioni, in alcuni casi si evidenzia l'uso come superamento di un malessere emotivo e come rinforzo dell'autostima.

Sul tema "cosa rappresenta un problema per i giovani" emerge: sensazione di svalutazione dei problemi che vivono i ragazzi, anche attraverso l'utilizzo di modelli stereotipati, una rappresentazione dei giovani come poco capaci ad assumersi delle responsabilità. Unitamente a ciò si evidenzia una percezione di incomunicabilità e soprattutto il peso del giudizio che i ragazzi sentono da parte del mondo degli adulti.

Quello che sembra essere carente nelle comunità coinvolte nella ricerca è la fiducia fra le generazioni, fiducia intesa come componente essenziale della vita sociale.

---

<sup>9</sup> A cura di Dipartimento delle Dipendenze A.S.L. della Provincia di Sondrio, Direzione Sociale.

## 2.2. DATI AMBITO DI BORMIO SINTESI

### 2.2.1. Elementi socio – economici del contesto dell’ambito territoriale di Bormio

Il territorio coincide con l’omonima Comunità Montana Alta Valtellina, composta da sei Comuni: Bormio, Livigno, Sondalo, Valdidentro, Valdisotto e Valfurva. Tranne Bormio, gli altri sono suddivisi in frazioni.

L’Alta Valle, situata nelle Alpi Retiche, è territorio montano, i paesi si collocano tra gli 800 metri s.l.m. (Comune di Sondalo) ai 2100 (Comune di Livigno).

Il contesto dell’Alta Valle ha assunto una propria fisionomia e peculiarità che la differenzia dal resto della Provincia, come si può evincere da un testo di Celli.<sup>10</sup> Nel libro indicato l’autore mette in risalto, come dato distintivo del territorio, il protrarsi per un periodo significativo, sino al dominio Napoleonico, dell’esercizio della democrazia e cura del bene comune. Nello specifico lo spirito dell’organizzazione politica del luogo si sostanziava in una partecipazione diretta agli affari pubblici dell’insieme della comunità. I sentimenti democratici della popolazione bormiese (Bormio e valli) apparivano profondamente radicati: si manifestavano costantemente negli atti pubblici e nel comportamento dei diversi organi, da cui traspariva la convinzione che ogni potere appartenesse al popolo, naturalmente come insieme della comunità, non come ceto, e che per questo la Comunità doveva esprimere la propria volontà con la maggiore rappresentatività possibile.

Si ipotizza che questa esperienza molto forte abbia lasciato una qualche traccia nella cultura del luogo, e possa quindi rappresentare una risorsa per un Piano di Zona centrato sulla responsabilità comunitaria e sull’attivazione delle solidarietà.

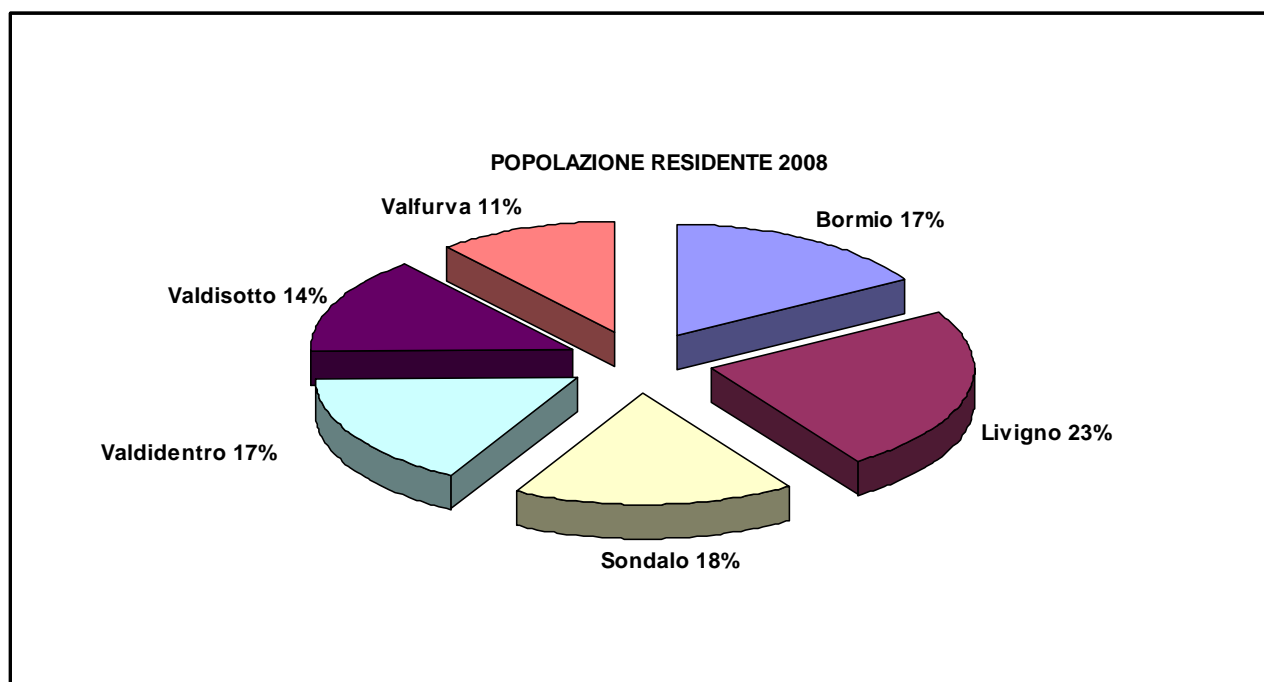
### 2.2.2. Popolazione

La concentrazione maggiore della popolazione si evidenzia in tre Comuni: Bormio, Livigno e Sondalo. Il numero minore di famiglie si concentra a Bormio (1742), quello maggiore a Livigno (1971).

Tabella 2.2.2.1. Andamento della Popolazione residente periodo 2004-2008

Comune	Residenti	Famiglie	Media componenti	Residenti	Famiglie	Media componenti
Bormio	4087	1689	2,42	4079	1742	2,34
Livigno	5326	1763	3,02	5794	1971	2,94
Sondalo	4537	1898	2,39	4314	1877	2,30
Valdidentro	3975	1496	2,66	4031	1582	2,55
Valdisotto	3363	1249	2,69	3439	1320	2,61
Valfurva	2727	996	2,74	2730	1029	2,65
Totale CMAV	<b>24015</b>	<b>9091</b>	<b>2,64</b>	<b>24437</b>	<b>9521</b>	<b>2,57</b>
	<b>31.12.2004</b>			<b>31.12.2008</b>		

<sup>10</sup> R. Celli, *Longevità di una democrazia comunale – le istituzioni di Bormio dalle origini del Comune al dominio napoleonico*, Del Bianco Editore, Udine, 1984.



La famiglia tipo di Sondalo ha un numero medio di componenti pari a 2,3, quella di Livigno pari a 2,94. La presenza di famiglie numerose, con almeno quattro figli, è significativa nei comuni di Valdidentro e Livigno, trascurabile a Sondalo.

Di fatto, in base anche alle osservazioni del Servizio Sociale, Sondalo si avvicina più che gli altri Comuni al modello di vita urbano, mentre Livigno, accanto ad elementi di modernità, conserva caratteristiche di tipo tradizionale.

Tabella 2.2.2.2. Popolazione residente nell'ambito alla data del 31.12.2008

Comune	Nati 2008	1-3 anni	4-17 anni	18-64 anni	65-79 anni	da 80 anni	Totale
Bormio	35	117	588	2545	581	213	<b>4.079</b>
Livigno	100	276	1196	3815	337	70	<b>5.794</b>
Sondalo	31	81	560	2665	748	229	<b>4.314</b>
Valdidentro	41	83	652	2581	486	188	<b>4.031</b>
Valdisotto	41	118	548	2168	434	130	<b>3.439</b>
Valfurva	20	44	359	1805	311	191	<b>2.730</b>
<b>Totale CMAV</b>	<b>268</b>	<b>719</b>	<b>3.903</b>	<b>15.579</b>	<b>2.897</b>	<b>1.021</b>	<b>24.387</b>
<b>Incidenza %</b>	<b>1,10%</b>	<b>2,95%</b>	<b>16,00%</b>	<b>63,88%</b>	<b>11,88%</b>	<b>4,19%</b>	

Raffrontando dati dell'Ambito alla situazione della Provincia di Sondrio, si evidenzia che, a fronte di una percentuale di popolazione attiva (18-64 anni) molto simile, il segmento dei giovani (4-17 anni) ha invece un'incidenza maggiore sul totale della popolazione e la fascia degli ultrasessantacinquenni ne rappresenta una quota inferiore.

La maggiore quota di anziani si trova a Sondalo, quella minore a Livigno. Significativa l'alta percentuale di giovani a Livigno, rispetto al resto del comprensorio; a ciò va aggiunto inoltre che nel 2004 Livigno risultava essere il Comune italiano in cui vi è il tasso di natalità più elevato.

L'indice di vecchiaia, calcolato come rapporto in percentuale tra la popolazione con un'età superiore ai 65 anni e quella di età inferiore ai 14 anni, evidenzia quanti anziani (<65 anni) sono

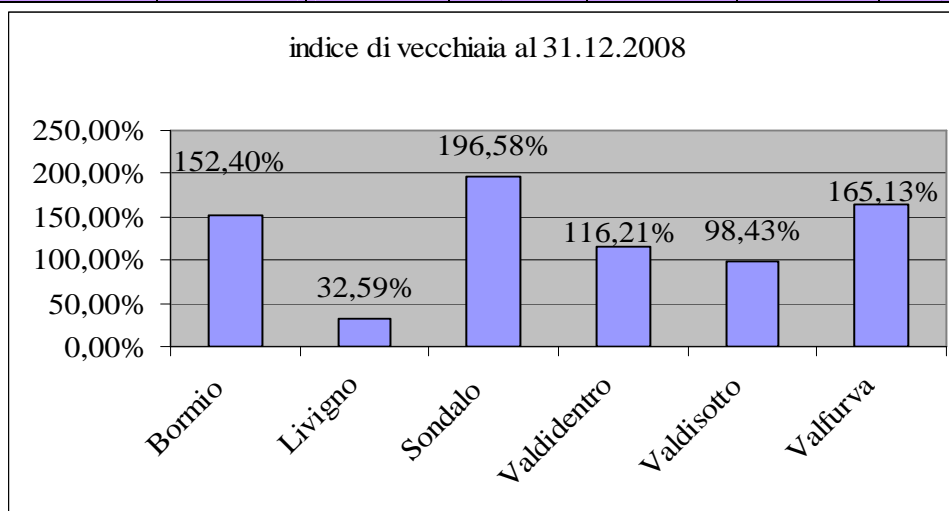


presenti nella popolazione ogni 100 giovani (>14 anni). Rispetto a questo dato i comuni di Livigno e Sondalo mostrano una situazione diametralmente opposta.

Il valore medio del territorio della Comunità Montana per l'anno 2008 si discosta sia dal valore regionale, pari a 142 %, sia da quello nazionale 143%.

Tabella 2.2.2.3. Indice di vecchiaia nell'ambito alla data del 31.12.2008

Comune	31.12.2004			31.12.2008		
	<14 anni	>65 anni	indice	<14 anni	>65 anni	indice
Bormio	642	728	113,40%	521	794	152,40%
Livigno	1248	361	28,93%	1249	407	32,59%
Sondalo	614	1006	163,84%	497	977	196,58%
Valdidentro	698	602	86,25%	580	674	116,21%
Valdisotto	578	524	90,66%	573	564	98,43%
Valfurva	398	457	114,82%	304	502	165,13%
<b>Totale CMAV</b>	<b>4178</b>	<b>3678</b>	<b>99,65%</b>	<b>3724</b>	<b>3918</b>	<b>126,89%</b>



L'analisi del tasso di invecchiamento della popolazione (rapporto percentuale tra numero di ultrasessantacinquenni e la popolazione complessiva) nel periodo 1996-2008 evidenzia un generale aumento del peso percentuale degli anziani nel complesso dell'ambito.

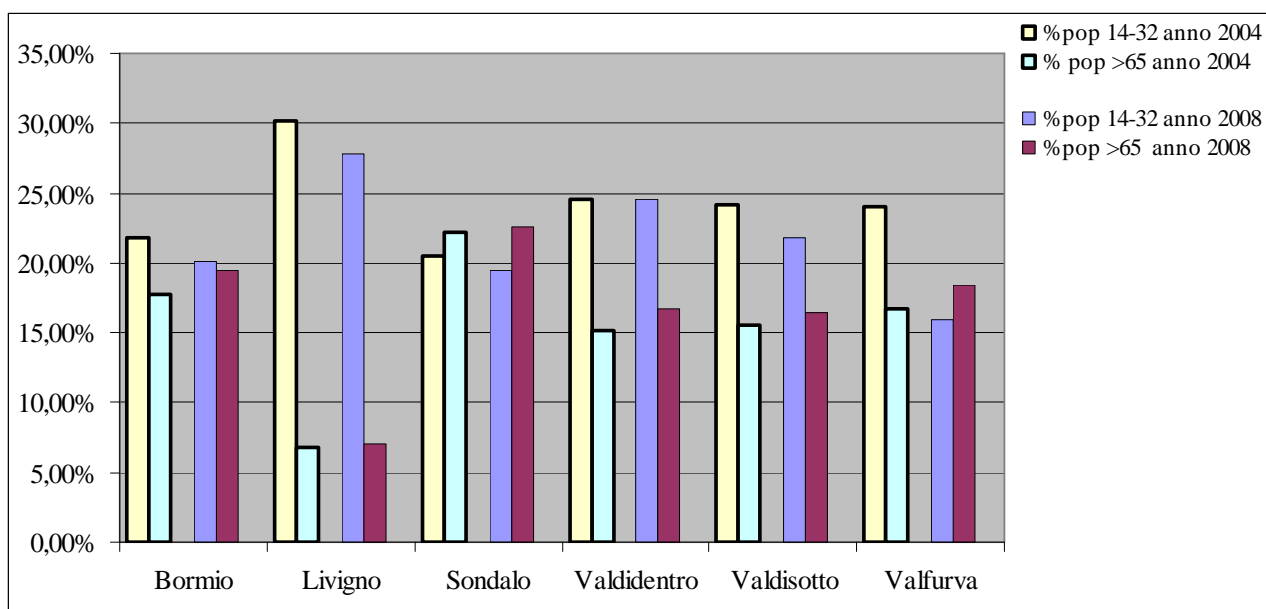
Tabella 2.2.2.4. Tasso di invecchiamento 1996-2008.

Comuni CMAV	1996	2004	2007	2008
Bormio	14,86%	17,84%	19,16%	19,47%
Livigno	5,93%	6,78%	7,11%	7,02%
Sondalo	17,47%	21,56%	23,74%	22,65%
Valdidentro	13,70%	16,05%	15,56%	16,72%
Valdisotto	13,40%	15,58%	16,48%	16,40%
Valfurva	14,55%	16,76%	17,00%	18,39%
<b>TOT.</b>	<b>13,32%</b>	<b>15,76%</b>	<b>16,51%</b>	<b>16,77%</b>

Osservando il rapporto tra i giovani, di età compresa fra 14 e 32 anni, e gli anziani ultrasessantacinquenni nel quadriennio 2004-2008 si rileva la progressiva diminuzione della quota dei giovani nella composizione della popolazione. Il fenomeno è decisamente marcato per Valfurva, stazionario per Sondalo e meno rilevante per Livigno.

Tabella 2.2.2.5. Popolazione 14-32 e oltre 65 anni in valore assoluto e percentuale 2004-2008.

Comune	31.12.2004				31.12.2008			
	14 -32 anni		>65 anni		14 -32 anni		>65 anni	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Bormio	892	21,83%	728	17,81%	823	20,18%	794	19,47%
Livigno	1604	30,12%	361	6,78%	1610	27,79%	407	7,02%
Sondalo	933	20,56%	1006	22,17%	841	19,49%	977	22,65%
Valdidentro	978	24,60%	602	15,14%	992	24,61%	674	16,72%
Valdisotto	811	24,12%	524	15,58%	752	21,87%	564	16,40%
Valfurva	654	23,98%	457	16,76%	436	15,97%	502	18,39%
<b>Totale CMAV</b>	<b>5872</b>	<b>24,45%</b>	<b>3678</b>	<b>15,32%</b>	<b>5454</b>	<b>22,32%</b>	<b>3918</b>	<b>16,03%</b>



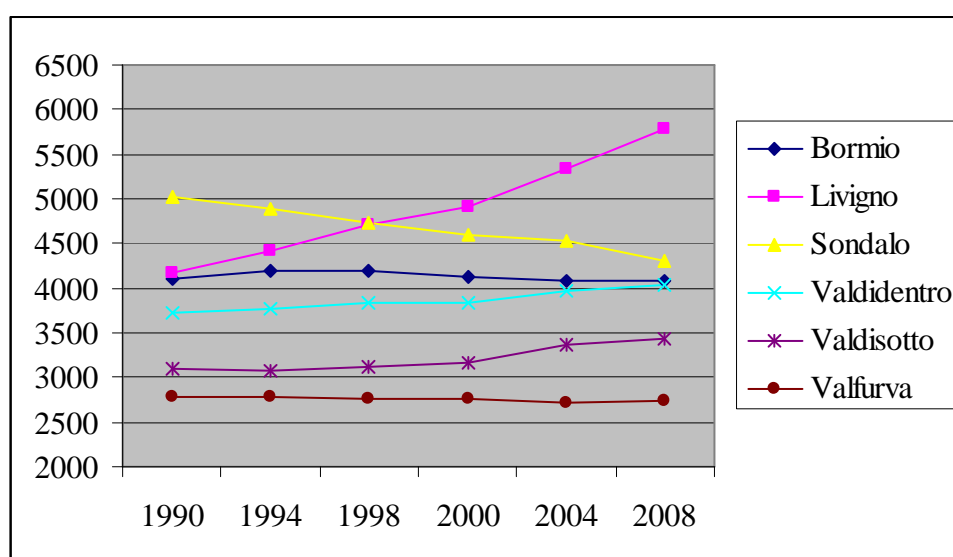
Il saldo naturale del distretto, cioè la differenza tra il numero di nati ed il numero di morti in un dato intervallo temporale, per il periodo 2004-2008 ha registrato valori positivi, evidenziando un fenomeno di contenuta espansione demografica, a fronte di un dato nazionale che segnava una ripresa molto più lenta dopo decenni di costante negatività.

Nell'anno 2007 il tasso di natalità, pari al 10,47 ‰, è risultato superiore al valore medio nazionale pari al 9,5 ‰. L'indicatore misura la frequenza delle nascite di una popolazione in un arco di tempo (normalmente un anno) ed è calcolato come rapporto tra il numero dei nati in quel periodo e la popolazione media.

La crescita della popolazione è sensibile a Livigno, meno accentuata a Valdisotto e a Valdidentro, mentre a Bormio e Valfurva la popolazione è stabile e a Sondalo in calo costante. Come si nota, Livigno rappresenta il motore della crescita demografica che è in buona parte collegabile alla vitalità delle attività economiche di quel territorio. A Sondalo, che invece risente del ridimensionamento del polo ospedaliero e del settore artigianale, si assiste a una contrazione dopo la fase di immigrazione, a cui è stato interessato negli anni 50 – 60 stante l'offerta di lavoro, rappresentata dal sanatorio prima e dall'Ospedale poi, ora non più disponibile.

Tabella 2.2.2.6 Andamento della popolazione nell'ambito di Bormio anni 1999-2008.

Comune	1990	1994	1998	2000	2004	2008
Bormio	4097	4183	4204	4132	4087	4079
Livigno	4181	4408	4717	4901	5326	5794
Sondalo	5027	4890	4721	4600	4537	4314
Valdidentro	3714	3769	3833	3843	3975	4031
Valdisotto	3090	3065	3126	3165	3363	3439
Valfurva	2785	2777	2770	2752	2727	2730
<b>Totale CMAV</b>	<b>22894</b>	<b>23092</b>	<b>23371</b>	<b>23393</b>	<b>24015</b>	<b>24387</b>



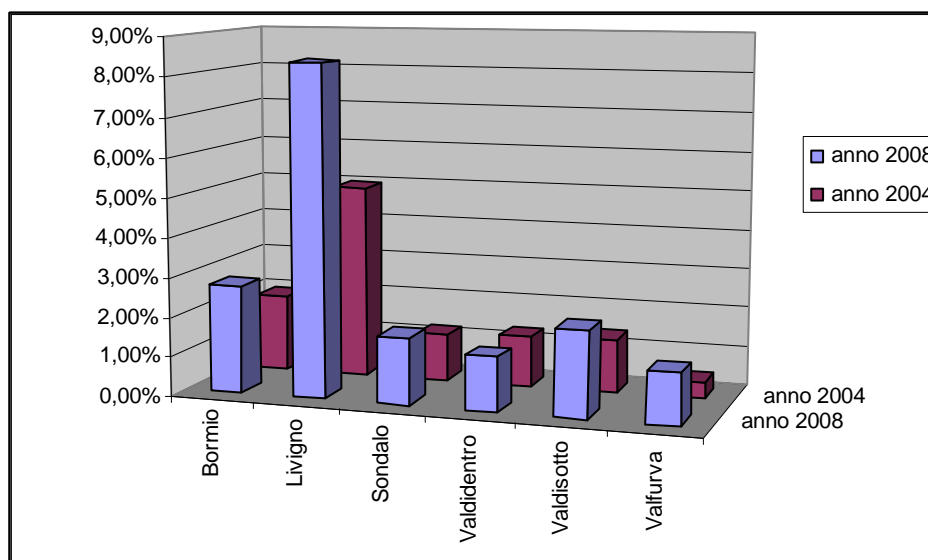
Raffrontando i dati per anno si registrano flessioni del totale della popolazione nei Comuni di Bormio, Valfurva e Sondalo, e per contro un aumento considerevole di popolazione che interessa Livigno.

Nel triennio 2004-2007 si assiste ad una flessione del valore dell'indice di dipendenza, che rappresenta il rapporto percentuale tra popolazione residente in età non attiva (da 0 a 14 anni e da 65 anni e oltre) e la popolazione in età lavorativa (da 15 a 64 anni), passando dal 51,92% al 48,97%.

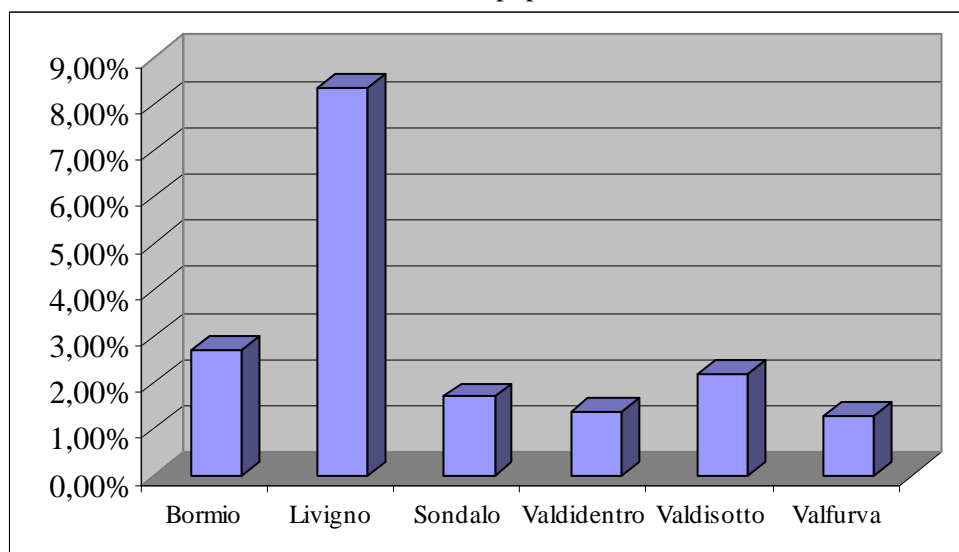
Il fenomeno dell'immigrazione di extracomunitari interessa, solo da alcuni anni, anche questo territorio, questo tipo di popolazione si concentra in particolare nel territorio comunale di Livigno. L'immigrazione è in larga misura destinata al mercato del lavoro turistico e dell'indotto, per parte delle donne a quello delle badanti.

Tabella 2.2.2.7. Incidenza popolazione stranera anni 2004-2008.

Comune	31.12.2004		31.12.2008	
	Stranieri	Incidenza % sulla popolazione	Stranieri	Incidenza % sulla popolazione
<b>Bormio</b>	80	1,96 %	111	2,72 %
<b>Livigno</b>	264	4,96 %	485	8,37 %
<b>Sondalo</b>	55	1,21 %	73	1,69 %
<b>Valdidentro</b>	51	1,28 %	55	1,36 %
<b>Valdisotto</b>	46	1,37 %	75	2,18 %
<b>Valfurva</b>	12	0,44 %	35	1,28 %
	media			
<b>Totale CMAV</b>	<b>508</b>	<b>1,87 %</b>	<b>834</b>	<b>2,94 %</b>



Incidenza % stranieri sulla popolazione al 31.12.2008



Dal 2002 al 2008 si assiste ad un progressivo incremento della popolazione straniera nel territorio dell'ambito con un valore pari al 56,12%. Gli stranieri residenti rappresentano il 2,91% della popolazione totale alla data del 01.01.2008, quota lievemente inferiore al livello provinciale (3,39%) ma decisamente poco coerente con quello regionale (8,46%).

L'incremento maggiore si evidenzia a Valdisotto, seguito da Livigno. Bormio ha avuto la crescita minore. Si ipotizza che la scelta di abitare nelle Valli sia obbligata, dovuta ai costi inferiori degli affitti, oltre che alla maggiore disponibilità di abitazioni in locazione, che a Bormio sono generalmente riservate ai turisti.

Tabella 2.2.2.8 Andamento popolazione straniera anni 2002-2008.

<b>Comune</b>	<b>2002</b>	<b>2008</b>	<b>variazione</b>	<b>% incremento</b>
Bormio	71	111	40	36,04%
Livigno	204	485	281	57,94%
Sondalo	32	73	41	56,16%
Valdidentro	26	55	29	52,73%
Valdisotto	15	75	60	80,00%
Valfurva	18	35	17	48,57%
<b>Totale CMAV</b>	<b>366</b>	<b>834</b>	<b>468</b>	<b>56,12%</b>

### 2.2.3. Economia<sup>11</sup>

L'Alta Valtellina si caratterizza per un'economia prevalentemente di tipo turistico, questo dato interessa tutti i Comuni, ad eccezione di Sondalo che risulta meno coinvolto.

Nel 1999 nei sei Comuni si sono contate circa 1.600.000 presenze turistiche, divise a metà tra Livigno e il bacino di Bormio (per quest'ultimo si intendono i Comuni di: Bormio, Valdidentro, Valdisotto e Valfurva).

Al censimento del 1991 risultavano circa 6300 abitazioni utilizzate a scopo di vacanza, verosimilmente l'attuale numero è di molto maggiore.

Per quanto attiene il settore alberghiero la concentrazione maggiore si individua a Livigno e Bormio, il dato di Valfurva si attesta oltre il 6,8%, Valdidentro tra il 3,8 e 6,8%, Sondalo e Valdisotto tra lo 0,8 e il 3,8%. Le dinamiche registrate tra il 2001 e il 2002, nonché tra il 2002 e il 2003, evidenziano un'indubbia crescita. Un aumento consistente negli anni novanta della percentuale del numero di addetti anche nel settore della ristorazione.

L'attuale fase di crisi economica, che investe il livello nazionale e mondiale, si può ipotizzare che inciderà sul mercato del lavoro locale nel prossimo futuro.

### 2.2.4. Associazionismo

Molto attivo in zona questo tipo di realtà, sia per gli adulti che per i giovani, a carattere sportivo, religioso, ricreativo, legato alle tradizioni locali, meno presente quello culturale, conta tuttavia due realtà di rilievo a livello provinciale ed extra: il Centro Studi Storici Alta Valtellina e gli Amici della Musica di Sondalo. Praticamente in ogni comune sono attivi gruppi teatrali, sia a livello organizzato e strutturato (per es. gli Hasta & Basta di Sondalo), che a livello amatoriale e parrocchiale.

<sup>11</sup> I dati riportati sono tratti dal Documento di analisi territoriale anno 2003, a cura della Comunità Montana Alta Valtellina.

Da una ricerca sui gruppi giovanili,<sup>12</sup> condotta nel 1999, emerge una situazione molto ricca, variegata, che per certi versi si discosta dal trend nazionale, soprattutto per quanto attiene la significativa partecipazione ai gruppi formali. Per quanto riguarda l'aggregazione di tipo informale è più attiva nel Comune di Livigno.

Per quanto concerne l'aggregazione formale è significativa la presenza nel Comune di Valdidentro delle cd. "Gioventù", ovvero gruppi di giovani che si occupano di promuovere aggregazione entro il tema del mantenimento delle tradizioni locali. Originariamente questi gruppi, di cui si rintraccia presenza sin dalla notte dei tempi, erano presenti in tutti i Comuni. La loro formalizzazione, tramite statuto avviene intorno al 1800. Su questa realtà è stata condotta un'indagine<sup>13</sup> da cui emerge chiaramente come in questo Comune l'esigenza di ancorarsi alle tradizioni è molto presente, alle Gioventù questo compito è affidato dalla collettività, con valenza di forte mandato sociale. I gruppi continuano a rispondere alla richiesta implicita del contesto, nonostante i cambiamenti avvenuti sull'aggregazione, ai bisogni di crescita dei giovani e ai rapporti tra generazioni.

### **2.2.5. Istruzione**

Sono presenti 13 scuole per l'Infanzia, di cui una sola, quella di Sondalo, è pubblica, le altre 12 sono gestite dalle Parrocchie dei diversi paesi, sono presenti in ogni Comune e in alcune frazioni.

Il territorio è dotato di 9 scuole Primarie presenti in tutti i Comuni, scomparse progressivamente dalle frazioni ad eccezione di Semogo (Comune di Valdidentro) e Trepalle (Comune di Livigno).

Le Scuole secondarie di primo grado sono 6: una in ogni Comune.

Il processo di chiusura delle scuole presso le frazioni è stato accompagnato da alcune resistenze, legate anche al tentativo di conservazione di identità di paese, il cambiamento ha però consentito, tra l'altro, anche una progressiva integrazione dei bambini in contesti più ampi, favorendo il superamento di chiusure e barriere.

Le Scuole secondarie di secondo grado sono concentrate prioritariamente a Bormio: Liceo Scientifico, Istituto Tecnico Commerciale e Istituto Professionale Statale Alberghiero. A Livigno è presente una sezione staccata dell'istituto Alberghiero con le prime due classi, a Sondalo un Centro di Formazione Alberghiero gestito dalla Provincia.

Per quanto riguarda altri Istituti i ragazzi si spostano a Tirano (38 Km da Bormio) e Sondrio (66 Km da Bormio). I residenti di Livigno gravitano anche su Merano e Bolzano.

Per quanto riguarda le Università si fa maggiormente riferimento a quelle di Milano (200 Km da Bormio) e Pavia (248 Km da Bormio).

Per alcuni ragazzi che frequentano le scuole superiori fuori zona si rende necessario il reperimento di alloggio, a Sondrio ci sono due collegi che, stante l'esiguità dei posti, non riescono a rispondere a tutte le richieste.

Da uno studio condotto nel 2008 dall'Unità Organizzativa disabili dell'A.S.L.,<sup>14</sup> emerge che nell'Ambito di Bormio gli alunni con certificazione attestante la situazione di handicap sono 85, di cui 14 con rapporto 1/1 di insegnante di sostegno. La percentuale degli alunni disabili in rapporto alla popolazione distrettuale risulta essere pari al 0,349 %, il valore più alto tra gli ambiti della Provincia. Tuttavia se si prende in considerazione il solo dato degli alunni con rapporto 1/1 di insegnante di sostegno, tale percentuale si ridimensiona di molto assumendo un valore pari al 0,057%. Tale valore risulta essere fra i più bassi rispetto agli altri ambiti della provincia.

---

<sup>12</sup> *Rapporto di ricerca: I gruppi formali ed informali in Alta Valtellina*, Comunità Montana Alta Valtellina, Bormio, settembre 1999.

<sup>13</sup> *Rapporto di ricerca: Le Gioventù a Valdidentro – incontro tra generazioni e tradizione*, Comune di Valdidentro, Ufficio di Piano Comunità Montana Alta Valtellina, Bormio, 2004-2005.

<sup>14</sup> *Unità organizzativa Disabili, Dipartimento A.S.S.I. della Provincia di Sondrio, Tra bisogni e risorse per una crescita della risposta*, 2008.

Tabella 2.2.5.1 Alunni con rapporto 1/1 di insegnante di sostegno

Distretti	Chiavenna	Morbegno	Sondrio	Tirano	Bormio
Alunni disabili	10	42	39	20	14
Percentuale	0,040%	0,091%	0,068%	0,068%	0,057%

Tabella 2.2.5.2 Alunni con rapporto inferiore a 1/1 di insegnante di sostegno

Distretti	Chiavenna	Morbegno	Sondrio	Tirano	Bormio
Alunni disabili	41	53	95	46	71
Percentuale	0,166%	0,116%	0,165%	0,157%	0,292%

Il dato degli alunni con rapporto inferiore a 1/1 di insegnante di sostegno pone interrogativi, sollecita la necessità di approfondimento da parte di diversi soggetti istituzionali.

### 2.2.6. Terzo Settore

Nel territorio operano attualmente 9 Cooperative Sociali.

Tra quelle che gestiscono servizi:

“L’Impronta” ha sede a Livigno (gestione C.A.G., I.G., S.A.D. e S.E.D.),

“Stella Alpina” ha sede a Bormio (gestione C.A.G., I.G., S.A.D., S.E.D., Progetto Giovani Livigno);

“La Sorgente” ha sede a Valdisotto (gestione C.S.S.),

“L’Ardesia” ha sede a Tirano (gestione R.S.A. di Valfurva)

“S. Michele” ha sede a Tirano (gestisce S.A.D. Comune di Sondalo)

“La Tata” ha sede a Piantedo (gestisce l’asilo Nido di Bormio)

Tra quelle che si occupano di inserimenti lavorativi:

“So.la.re.s.” ha sede a Bormio

“L’Alveare” ha sede a Livigno

“Il Germoglio” ha sede a Livigno

“Il Prisma” ha sede a Tirano

In Alta Valle il rapporto tra numero di cooperative che si occupano di inserimenti lavorativi e la popolazione è il più alto della Provincia, ciò farebbe ritenere che aumentino le opportunità per l’inserimento lavorativo delle persone svantaggiate.<sup>15</sup>

Nel territorio sono attive le seguenti Associazioni e Organizzazioni di Volontariato

“Associazione Anziani”, presente con delegazioni in ogni Comune

“Anffas”, *Associazione Nazionale Famiglie di Persone con Disabilità Intellettiva e/o Relazionale*, a livello provinciale con rappresentanza in Alta Valle

“Anteas”, *Associazione Nazionale Terza Età Attiva per la Solidarietà*, a livello provinciale, attiva in Alta Valle per il volontariato nel servizio trasporto radioterapia

“Associazione Ain Karim”, Valfurva

“Auser”, a livello provinciale, attiva in Alta Valle per il volontariato nel servizio trasporto radioterapia

“Centro di Ascolto Caritas”, Bormio

“CFD”, *Coordinamento Famiglie con Disabili*, Valdisotto

<sup>15</sup> *Rapporto sul disagio sociale – anno 2007*, Osservatorio sul disagio sociale della Provincia di Sondrio.

“Associazione Charitas Valtellina Superiore”, Valfurva

“Navicella”, *Associazione Pro Salute Mentale Valtellina e Valchiavenna*, a livello provinciale, attiva in Alta Valle

“Una Famiglia per l’Affido”, Tirano, attiva anche in Alta Valle

### 2.2.7. Le Unità d’offerta<sup>16</sup>

Le unità d’offerta sociali per l’area disabili e anziani continuano ad essere sostanzialmente quelle preesistenti, ormai consolidate. Incremento di servizi si è riscontrato nel settore minori, con il consolidamento dei servizi per la prima infanzia di Livigno e la recente nuova apertura di un asilo nido a Bormio.

**Le unità d’offerta sociali, attualmente, sono le seguenti:**

Servizio	Ubicazione
Asilo Nido	Bormio Livigno Sondalo
Spazio Gioco	Livigno
Centro di Aggregazione Giovanile	Bormio Livigno Sondalo
Informagiovani <sup>17</sup>	Bormio Livigno (Punto Giovani) Sondalo (Punto Giovani)

Presso la Comunità Alloggio è attivo un servizio di assistenza diurna per un certo numero di disabili. Tale servizio, che non rientra in alcuna delle tipologie definite dalla Regione, fruisce tuttavia dell’integrazione della retta dell’ente gestore del Piano di Zona. Sono in atto studi per una sua eventuale trasformazione in specifica unità d’offerta.

A integrazione dell’attività preventiva, per minori e giovani, si precisa che sono avviate attività di animativa territoriale anche nel Comune di Valdidentro. Il Comune di Livigno gestisce con fondi propri il C.A.G. e il Progetto Centro Giovani.

In tutti i Comuni sono attivi: Servizi di Assistenza Domiciliare (per anziani, disabili e famiglie in difficoltà), così come Servizi Educativi Domiciliari a favore di minori, anche disabili.

**Le unità d’offerta sociosanitarie, attualmente, sono le seguenti:**

Servizio	Ubicazione
Centro Diurno Disabili (CDD)	Livigno Valfurva
Comunità Alloggio Sociosanitaria (CSS) - voucher socio sanitario di lunga assistenza -	Valdisotto

<sup>16</sup> Per l’elenco delle unità d’offerta sociali e sociosanitarie indicate in tabella, si è fatto riferimento a quanto esposto da Paolo Ferrario nel seminario sulla Legge regionale n. 3/2008, tenuto presso l’Università Bicocca di Milano il 14 novembre 2008.

<sup>17</sup> L’Informagiovani non è al momento un servizio normato a livello nazionale e regionale.



RSA	Bormio Sondalo Valfurva
Voucher socio sanitario	In tutti i Comuni
Servizio per le tossicodipendenza (SerT)	Bormio
Consultorio Familiare	Bormio Livigno

Rispetto alle unità d'offerta sociosanitarie citate (normate da specifiche DGR), si precisa che relativamente a C.D.D. di Valfurva e C.S.S. è previsto un investimento consistente di risorse dei Comuni dell'Ambito e della Comunità Montana. Per il C.D.D. di Livigno, interviene direttamente l'Amministrazione Comunale di riferimento.

### 2.2.8. Il Servizio Sociale

Nell'Ambito territoriale dell'Alta Valtellina il servizio sociale viene gestito dalla Comunità Montana per conto dei sei Comuni.

L'organico è composto da: responsabile, tre assistenti sociali, un educatore, un amministrativo, messo a disposizione dalla Comunità Montana. E' attivata una collaborazione con uno psicologo / psicoterapeuta per il settore Tutela minori.

La sede di lavoro è a Bormio; per un giorno la settimana ognuno sono aperti due sportelli, a cura di due assistenti sociali, rispettivamente a Sondalo e Livigno.

Il numero limitato dei Comuni, unitamente al numero di abitanti abbastanza contenuto e la conseguente presenza di pochi operatori favoriscono una prossimità e sufficiente immediatezza di rapporti, tale da consentire un approccio di comunità, che costituisce l'orientamento teorico guida dell'organizzazione del servizio. La scelta quindi è stata quella, per le assistenti sociali, di mantenere il più possibile il riferimento territoriale e non per categorie di utenza, sviluppando competenze professionali in particolare relativamente all'analisi della domanda e alla costruzione dei problemi.<sup>18</sup>

Questa opzione favorisce l'attivazione di un operatore che agisce da filtro, intercettando problemi plurimi, poiché viene facilitata l'interlocuzione con attori diversi: i clienti diretti, indiretti, singoli e istituzionali (forze dell'ordine, servizi specialistici, medici di base, scuole, cooperative sociali, associazioni di volontariato, parrocchie ...).

Nel corso degli anni si nota un progressivo aumento dei casi seguiti dal servizio:

anno 2005: 168

anno 2006: 168

anno 2007: 185

anno 2008: 194

L'aumento dei casi è un segnale di progressivo intensificarsi delle fragilità; tuttavia si ritiene che la maggiore visibilità e credibilità del Servizio, acquisita nei confronti dei clienti diretti e indiretti, abbia favorito l'accesso.

<sup>18</sup> Orientamento psicosociologico.

Il numero dei casi indicato fa riferimento ai fascicoli aperti. Vi sono poi interventi delimitati, per i quali l'operatore non apre una cartella. Generalmente sono interventi brevi di consulenza o segretariato sociale.

### 2.2.9. Dati sulle problematiche espresse dal territorio: alcune suggestioni

Le riflessioni di seguito presentate sono frutto di un'analisi interna al Servizio, condivisa con gli amministratori locali, e da raffronti condotti con i soggetti istituzionali e del Terzo Settore. Per un approfondimento sulla casistica e gli interventi, si rimanda a tabelle e grafici allegati.

#### Area Famiglia e minori

L'aumento più consistente dell'utenza del servizio interessa l'area minori e famiglia, in particolare si segnala l'aumento per quanto attiene il Servizio Tutela Minori (la variazione era preventivata nel precedente Piano di Zona):

Utenza Tutela e penale Minori:

anno 2004	n. nuclei familiari 24	totale minori 33
anno 2007	n. nuclei familiari 30	totale minori 42
anno 2008	n. nuclei familiari 51	totale minori 72

Le famiglie che fanno riferimento al servizio portano problematiche inerenti a situazioni economiche precarie e fragilità di tipo relazionale, in particolare gli adulti mostrano difficoltà nell'assunzione del ruolo genitoriale. Più in generale gli adulti esprimono fatiche a trovare una dimensione equilibrata nella gestione del ruolo educativo, questo dato si rintraccia anche nei riscontri avuti con gli interventi di prevenzione.<sup>19</sup>

Le famiglie degli immigrati manifestano problematiche inerenti all'integrazione sociale; difficoltà di tipo linguistico e culturale, attese di una vita migliore, unite a sentimenti di rimpianto del paese d'origine, problematiche economiche, in mancanza di una rete sociale, rendono le condizioni di vita a volte molto difficili. Sono poi frequenti le situazioni di isolamento, non sempre le comunità mostrano disponibilità all'accoglienza, ciò non fa altro che acuire difficoltà e distanze. Il rischio è quello che gli immigrati assumano il ruolo di capro espiatorio, con possibile incremento delle tensioni sociali

Tra l'utenza si nota un aumento delle nuove tipologie familiari: divise, monoparentali, ricostituite. Famiglie divise e monoparentali sono due caratteristiche che denotano variazioni ascrivibili a *fattori strutturali* (gli elementi che connotano la struttura propria della famiglia): nel primo caso la separazione della coppia coniugale, nel secondo l'esistenza di un solo genitore; l'una e l'altra condizione possono esporre il nucleo a maggiore fragilità, con possibili ripercussioni sulla prole.

Nell'anno 2008, sulla casistica area famiglia e minori, l'incidenza delle famiglie divise è pari al 17%, così come quella dei nuclei monoparentali.

Con riferimento ai casi di tutela si rileva una percentuale consistente di genitori seguiti dai servizi specialistici C.P.S., Sert, così come bambini e ragazzi frequentemente sono in carico all'U.O.N.P.I.A.

Nel 2008 i casi per cui l'Autorità Giudiziaria ha richiesto un intervento sono tutti stati segnalati dal servizio stesso. Generalmente le situazioni afferiscono al servizio in termini spontanei, verificato un problema di rischio o pregiudizio a carico del minore, viene effettuata una segnalazione alla Procura

---

<sup>19</sup> In proposito vedasi l'approfondimento: Gli interventi di prevenzione.

del Tribunale per i Minorenni. Nel corso degli ultimi anni la Procura non ha mai disposto alcuna archiviazione.

Come ogni intervento in campo sociale anche quello della tutela minori necessita di assunzioni di responsabilità a livello comunitario. Il servizio può utilmente svolgere il proprio compito, quanto più la Comunità, intesa come singoli, istituzioni e privato sociale, è coinvolta, attenta e disponibile a farsi carico di una parte del problema.

Circa gli interventi si segnala un aumento degli affidi familiari:

2004: n. 5 minori

2007: n. 12 minori

2008: n. 18 minori

Questo dato fa ben sperare in una disponibilità del territorio. Alcuni affidi sono iniziati con la formula dell'accoglienza, si ritiene che l'avvio meno impegnativo abbia favorito la crescita di una risorsa importante.

Per quanto riguarda il settore tutela minori sono molte ancora le resistenze culturali, le difficoltà a cogliere il disagio del minore, è ancora molto diffusa l'idea che la famiglia d'origine, pur con tutte le difficoltà, è sempre il luogo migliore in cui un minore può essere cresciuto, così come il pensiero che il Tribunale per i Minorenni non rappresenti una risorsa, ma un vincolo.

### **Gli interventi di Prevenzione**

L'attività, condotta attraverso le Unità d'offerta e gli interventi specifici,<sup>20</sup> mette in evidenza una buona disponibilità e interesse del territorio ad accogliere interventi di questo tipo, tra i genitori, gli adulti impegnati a diverso titolo nelle funzioni educative e i giovani stessi.

Gli adulti esprimono qualche smarrimento nell'accompagnare la crescita delle nuove generazioni, il dato positivo è rappresentato dalla buona disponibilità riscontrata ad approfondire, anche attraverso lavori articolati e quindi impegnativi (relazione esperto, discussioni in piccolo gruppo, attivazioni). Le difficoltà espresse da tutti gli adulti sono acute dalla percezione della frammentazione degli interventi e dalla solitudine, unitamente all'idea di non essere all'altezza del compito, i genitori si sentono accusati dagli insegnanti e dagli allenatori, gli allenatori non si ritengono sufficientemente riconosciuti da insegnanti e genitori, gli insegnanti si sentono messi in discussione da genitori e allenatori...

Nei genitori si coglie una certa nostalgia per il modello normativo che hanno sperimentato come figli, ritenuto più definito e quindi rassicurante, rispetto al modello affettivo, diffuso nella società odierna. Nel territorio si percepisce la tensione tra nuovo e vecchio modello.<sup>21</sup>

La Comunità è caratterizzata, in termini più o meno accentuati nei diversi Comuni, da un attaccamento alle tradizioni, in alcune situazioni è ancora consistente la rete familiare, che garantisce supporti in momenti di difficoltà. Negli ambiti più turistici, in particolare Bormio e Livigno, si evidenziano anche stili di vita più assimilabili a quelli del contesto urbano. Per Livigno poi, realtà in cui i cambiamenti sono stati repentini e consistenti, pare più presente la difficoltà a conciliare le "tradizioni" con stili di vita imposti dalla "modernità", così come, in particolare per i

---

<sup>20</sup> Interventi di questo tipo sono stati riassunti in una Tabella riportata nel capitolo 6, paragrafo 1.

<sup>21</sup> S. Gastaldi (Associazioni Il Minotauro di Milano), relazioni sul tema "Adolescenti oggi – cambiamenti, risorse e paure" Isolaccia, febbraio / marzo 2007.

giovani, maggiormente accentuata l'ambivalenza verso l'esterno, visto con timore, ma anche con interesse e desiderio di emulazione.<sup>22</sup>

A Valdidentro nei giovani si coglie affinità e continuità tra i valori dei giovani e quelli degli adulti, sono prevalentemente valori personali, soggettivi e locali; i giovani coetanei della città sono visti in modo tendenzialmente negativo, soprattutto dai ragazzi appartenenti a gruppi formali.<sup>23</sup>

Significativo è l'interesse mostrato dai padri ad approfondire il proprio ruolo nell'educazione dei figli, anche nel contesto locale infatti i padri si trovano costretti a ridefinire il proprio ruolo, e quindi modificare il rapporto con i figli e con le compagne dentro il cambiamento imposto dalla società.<sup>24</sup> Più che altrove, in zona, anche tra i padri si coglie la fatica del passaggio dal modello di famiglia normativa a quello di famiglia affettiva.

Anche gli allenatori coinvolti in una riflessione sulle funzioni educative sono parsi risorse significative e coinvolgibili, adulti significativi per bambini e ragazzi. Anch'essi esprimono qualche difficoltà di gestione del proprio ruolo, entro il cambiamento culturale in atto, pur con una buona disponibilità a interrogarsi per trovare delle strade più funzionali.<sup>25</sup>

Tra gli insegnanti della scuola secondaria di primo grado si evidenzia la fatica di accompagnare la crescita di preadolescenti, percepiti come molto diversi rispetto ai ragazzi che frequentavano la scuola qualche anno fa. I docenti coinvolti esprimono però anche il desiderio e la disponibilità a capire e cercare modi nuovi per approcciarsi.

La sperimentazione di contesti, metodologie e strumenti centrati sulla relazione tra insegnanti e ragazzi e tra gli stessi ragazzi, dentro la scuola, ha consentito l'avvio, tra alcuni docenti, di una riflessione sulla necessità di adottare un approccio innovativo, per dare più sostanza alla funzione educativa.<sup>26</sup>

Dall'osservatorio degli educatori<sup>27</sup> si evidenzia, pur nella differenza dei territori, un panorama abbastanza uniforme. Emerge una richiesta, per lo più implicita da parte dei genitori di avere indicazioni sulla gestione dei figli, unitamente a spinte che vanno nella direzione della delega. Anche gli educatori confermano che pure gli altri adulti, impegnati in funzioni educative, paiono disorientati, anche se per la maggior parte mostrano disponibilità a costruire percorsi comuni.

I ragazzi ricercano punti di riferimento, adulti che li ascoltino e dialoghino con loro, li accompagnino, con discrezione, nell'affrontare i compiti di crescita. Spesso emerge una frattura tra le generazioni, con la fatica a riconoscere le reciproche posizioni e a comunicare.

La tensione al nuovo è poco presente, spesso i ragazzi si adeguano alla cultura del luogo, faticano a differenziarsi.

### **Area Fasce deboli (disabili, anziani, adulti in difficoltà - povertà ed emarginazione, dipendenze, salute mentale**

Circa questa fascia d'utenza si rileva una sostanziale stabilità degli accessi al servizio per gli anziani e i disabili, a differenza degli adulti in difficoltà, per i quali si evidenzia un incremento:

---

<sup>22</sup> Progetto "Centro Giovani di Livigno", a cura dell'Ufficio di Piano di Bormio, febbraio 2007.

<sup>23</sup> "Giovani e valori – Confronto tra giovani e adulti" A cura della Cooperativa S. Stella Alpina, nell'ambito del Progetto "Raccontagiovani", Maggio 2007.

<sup>24</sup> In proposito si vedano le sintesi degli incontri con i padri: "La voce dei papà nella famiglia che cambia" – S. Antonio Valfurva 11.12.03, "Il ruolo dei padri oggi", Isolaccia 04.16.08.

<sup>25</sup> Documento di sintesi a cura dell'Ufficio di Piano sul percorso per operatori dello sport "Vince chi fa più errori – anti-manuale di sopravvivenza nel contesto sportivo", giugno 2006.

<sup>26</sup> Relazione Conclusiva – Progetto di prevenzione Scuola secondaria di primo grado di Sondalo anno scolastico 2007/08, a cura dell'Ufficio di Piano di Bormio.

<sup>27</sup> Attività svolta entro i C.A.G. e animativa territoriale.

Anno 2005: n. 6 adulti in difficoltà  
Anno 2008: n. 10 adulti in difficoltà

A carico di questo tipo di utenti si segnala bassa soglia di legami significativi. Trattasi per lo più di persone che vivono sole, socialmente marginali, con fragilità emotive, che presentano spesso precarietà lavorativa, nonché problemi correlati all'abuso di alcolici o di tipo psichiatrico. L'intervento in loro favore comprende tanto aiuti economici che sostegno sociale finalizzato a contrastare l'esclusione e, ovviamente, a ritardare forme più massicce di assistenza.

Per gli anziani si conferma il ricorso al S.A.D., offerta riconosciuta come efficace, accanto a soluzioni alternative di supporto familiare quali ad esempio il ricorso alle assistenti familiari straniere. Il S.A.D. è utilizzato, in termini meno consistenti, anche da utenti disabili e ancora meno da famiglie in difficoltà.

Utenza S.A.D.  
Anno 2007: 50 utenti  
Anno 2008: 54 utenti

I S.A.D. sono offerte utilizzate anche da persone con patologie psichiatriche, a questo dato vanno quindi aggiunti gli interventi di assistenza domiciliare attivati dal servizio sociale del C.P.S.

Anche le assistenti familiari straniere, pur rappresentando una risorsa, a volte insostituibile, rischiano di vivere in condizione di isolamento sociale. Per la maggior parte dei casi, l'assenza della propria famiglia rende più difficile adattarsi a un paese straniero, inoltre, per questo motivo, sono anche inferiori le occasioni che le spingono ad accedere ai contesti sociali locali.

Per quanto attiene il S.A.D. accanto ad anziani soli ancora parzialmente autosufficienti, sono in aumento casi di persone assistite da familiari in situazione di grave non autosufficienza, per le quali si attivano collaborazioni con i medici di medicina generale e la Commissione A.D.I. dell'A.S.L.

Il tema dell'integrazione lavorativa assume significati di particolare criticità, le caratteristiche del contesto economico locale risultano a volte troppo impegnative per soggetti fragili, tuttavia è necessario uno sforzo congiunto per individuare risorse da attivare in tal senso, valutando attentamente il tipo di bisogno per differenziare le risposte.

Rimane stabile l'attività di supporto in questa area, garantita tramite il ricorso a strumenti propedeutici all'inserimento lavorativo e al monitoraggio per le persone assunte:

n utenti nell'ambito	BLSA TL	BLI	Monitoraggio	Totale
2004	10	3	7	20
2008	8	5	8	22

Degli strumenti propedeutici all'inserimento lavorativo, è previsto che ne possono fruire anche gli utenti in carico ai servizi specialistici (C.P.S. e SerT), nel 2008 sono stati attivati due interventi, uno per ogni servizio specialistico.

I soggetti fragili esprimono spesso necessità di integrazione sociale. Il territorio esprime risorse in tal senso, anche se si intravedono potenzialità di sviluppo sul tema della solidarietà, soprattutto nella direzione di ampliamento dei contesti e raccordo tra soggetti diversi. L'ambito del volontariato in

particolare potrebbe essere incrementato, in termini di attività, ma anche favorendo nuove aperture di impostazione.

Le famiglie di persone disabili spesso vivono in solitudine il carico assistenziale, con pesanti ripercussioni a livello emotivo. È questo un dato che interroga e chiama soggetti diversi a definire il problema e le possibili azioni per assumerlo.

Soprattutto i soggetti non autosufficienti sono interessati dall'intervento di diversi servizi e agenzie. L'apporto di soggetti diversi con interventi di tipo sociosanitario e socioassistenziale è indubbiamente una risorsa, può rappresentare tuttavia anche un problema nel momento in cui è la famiglia che deve farsi carico di fare sintesi e integrare diversi interventi e risposte.

Negli ultimi anni si sta evidenziando una fragilità economica, soprattutto nell'area famiglia e minori e per gli adulti in difficoltà. La crisi economica in corso, unitamente alla frammentazione e complessità del contesto sociale odierno, fanno ritenere che saranno ancora in aumento problematiche di questo tipo.

Sia per l'area famiglia e minori che per quella delle fasce deboli sono previsti interventi di supporto economico, tramite: Progetti Mirati e Personalizzati (buoni sociali mirati) e richieste di intervento economico in capo ai Comuni.

Il P.M.P. è teso a sostenere il soggetto fragile e il suo nucleo di appartenenza con interventi mirati, atti a favorire nei fruitori un percorso di sviluppo, aggancia il trasferimento monetario a misure di promozione / superamento di marginalità, tramite la definizione di un progetto, che preveda la valutazione delle condizioni di fragilità e quelle delle risorse del contesto di vita.

Gli interventi economici comunali sono definiti da un regolamento unico per l'ambito.<sup>28</sup> Anche queste misure contemplano, oltre alle condizioni di fragilità economica, la predisposizione di un piano individualizzato di assistenza, che prevede impegni del fruitore al superamento della condizione di bisogno. Degli interventi economici comunali possono fruire anche gli utenti in carico ai servizi specialistici (C.P.S. e SerT).

---

<sup>28</sup> Approvato dall'Assemblea dei Sindaci in data 27.09.07.

## **CAPITOLO 3**

### **LE PRIORITA' PROVINCIALI**

Nel terzo capitolo del Piano di Zona vengono individuate le priorità che interessano il livello provinciale. L'elaborazione è stata condotta a partire da quanto realizzato in precedenza e dalle problematiche emergenti, alla luce della nuova normativa di riferimento, è frutto del lavoro di confronto e scambio condotto tramite incontri congiunti degli Uffici di Piano della provincia con la Direzione Sociale dell'A.S.L. e l'Amministrazione provinciale.





### 3.1 IL COORDINAMENTO DEGLI UFFICI DI PIANO

#### **Premessa**

I cinque Uffici di Piano della Provincia realizzano, da alcuni anni, momenti di confronto / scambio, che hanno consentito di stabilire delle premesse comuni e definire alcune progettualità condivise, nella salvaguardia delle specificità territoriali. Nei Piani di Zona 2006 / 2008 questa risorsa era già indicata come attiva e opportuna. Nel triennio si sono intensificati i momenti di confronto tra Uffici di Piano e in particolare si è sviluppata la collaborazione con gli altri Enti (Provincia, A.S.L., A.O.).

Il confronto è esitato in azioni specifiche:

- Stesura dell'Accordo di programma della Provincia di Sondrio per l'integrazione scolastica degli alunni in situazione di Handicap (in via di approvazione);
- Definizione di un protocollo operativo con l'Amministrazione Provinciale per lo sviluppo del sistema informativo provinciale a favore dei giovani;
- Partecipazione alla definizione delle proposte formative per gli operatori dei servizi socio – assistenziali e socio – sanitari, di competenza dell'Amministrazione Provinciale;
- Adesione al Progetto "Intermediando 3";
- Adesione al Progetto T.R.A.T.T.A. - Tutela Regionale Articolo Tredici Territori per l'Accoglienza (Programmi di Assistenza previsti dall'art. 13 della Legge 11.08.03 n. 228, e art. 1 del regolamento di attuazione approvato con Decreto del Presidente della Repubblica, 19 settembre 2005, n. 237), che vede coinvolti: Cooperativa Lotta Contro l'Emarginazione, Prefettura, A.S.L., Provincia, Questura, Comando Provinciale Carabinieri, Comando Provinciale Guardia di Finanza, Sindacati CGIL, CISL E UIL;
- Collaborazione con l'Amministrazione Provinciale per la realizzazione di interventi a favore di disabili sensoriale (ai sensi dell'art. 5 Legge 67/1993);
- Stipula convenzione per la gestione del Centro di Prima accoglienza a Sondrio, rivolto ad adulti in stato di grave disagio sociale, che non hanno la possibilità immediata di trovare alloggio;
- Adesione al Progetto "Fare rete e dare tutela al sostegno alla maternità" (ai sensi dell'art. 4, comma 9, lettera d, L. R. n. 23/99), predisposto dall'Associazione Centro di Aiuto alla Vita;
- Definizione di un protocollo operativo, per l'ammissione di persone disabili alle strutture sociosanitarie accreditate, tra Enti gestori delle strutture, Uffici di Piano e A.S.L.;
- Definizione e adozione di un regolamento provinciale del servizio di affidamento familiare.

A fronte dei buoni risultati raggiunti, tra le finalità del Piano di Zona si individua la necessità di perseguire una maggiore similitudine delle politiche dei cinque ambiti della Provincia, condividendo alcune logiche di fondo, ciò anche nell'ottica di connettere, razionalizzare e implementare le risorse.

Per il Triennio 2009/2011 si prevedono le seguenti azioni:

- definizione di protocolli operativi condivisi tra tutti gli Uffici di Piano con Azienda Ospedaliera e A.S.L. per favorire l'integrazione sociosanitaria;
- definizione di criteri di accreditamento omogenei su tutto il territorio provinciale per le unità d'offerta socio assistenziali così come indicato dalla normativa regionale;
- collaborazione tra Uffici di Piano e Provincia di Sondrio per la realizzazione di investimenti e interventi innovativi per le unità d'offerta sociali e programmazione delle proposte formative a carattere provinciale per la qualificazione e l'aggiornamento professionale degli operatori;

- condivisione di strategie comuni per affrontare il fenomeno dell'immigrazione, favorendo in particolare il raccordo tra iniziative diverse che attraversano i territori e coinvolgendo soggetti istituzionali e del Terzo Settore;
- valutazione e definizione di Progetti a livello provinciale.

### **3.2. LE LINEE DI INDIRIZZO DELL'INTEGRAZIONE SOCIO – SANITARIA**

Quanto di seguito riportato è stato elaborato dalla Direzione Sociale dell'Azienda Sanitaria Locale di concerto con il coordinamento provinciale degli Uffici di Piano.

Premessa

Il sistema sanitario, socio sanitario e socio assistenziale è caratterizzato da forti livelli di disomogeneità, da diversa attribuzione della titolarità e dalla diversità delle forme di gestione.

Esiste quindi un problema d'integrazione, intesa come cooperazione tra diversi istituti del sistema di welfare, che nasce anche dalla consapevolezza che:

- il quadro epidemiologico vede un aumento delle patologie croniche, stabilizzate o degenerative che spesso coinvolge i servizi socio sanitari e socio assistenziali;
- aumentano le domande multidisciplinari con confini incerti tra sanitario e sociale;
- i cittadini sempre più chiedono, come risposta ai loro bisogni, modelli evoluti di servizi con unitarietà della presa in carico che impone organizzazioni integrate e coordinate.

La Regione Lombardia prevede, nelle linee di indirizzo per i Piani di Zona 2009-2011, che la programmazione deve essere guidata dal concetto d'integrazione a diversi livelli:

- integrazione istituzionale in particolare tra Comuni, ASL e Terzo Settore;
- integrazione socio- sanitaria, attraverso una programmazione coordinata con le politiche sanitarie;
- integrazione operativo-funzionale, che prevede il coinvolgimento operativo delle diverse professionalità.

L'integrazione socio sanitaria deve riguardare gli interventi di continuità assistenziale, il raccordo tra titoli sociali e titoli socio sanitari, in particolare gli interventi domiciliari, quelli a sostegno della genitorialità e la tutela dei minori, gli interventi e i progetti nell'ambito della salute mentale, delle dipendenze e la promozione di sani stili di vita.

A tal fine la Regione Lombardia prevede la sottoscrizione dell'accordo di programma da parte dell'ASL e la stesura di protocolli operativi nelle aree di maggior criticità.

L'integrazione a livello istituzionale

La legge n°328/2000 e la legge regionale n° 3 del 12 marzo 2008 prevedono l'organizzazione integrata degli interventi e dei servizi alla persona.

In conformità con la normativa e per favorire l'integrazione istituzionale a livello provinciale sono stati costituiti dall'ASL:

#### ***L'Ufficio di Supporto***

In conformità con la legge 3/2008 (art 13) e per favorire l'integrazione socio sanitaria si è costituito l'*ufficio di supporto* all'attività del Consiglio di Rappresentanza dei sindaci e delle Assemblee distrettuali.

#### ***L'Ufficio di protezione giuridica***

In conformità alla legge 3/2008 (art 9) l'ASL, in accordo con la Conferenza dei Sindaci, ha individuato una struttura finalizzata a promuovere o favorire, in collaborazione con i Comuni e con

gli Enti gestori di servizi socio sanitari accreditati, i procedimenti per il riconoscimento degli strumenti di tutela delle persone incapaci nonché dell' Amministratore di sostegno.

### ***Il Tavolo del Terzo Settore***

È previsto, *il Tavolo del Terzo Settore, (DGR 7797/2008)* riconosciuto come soggetto attivo della programmazione e della realizzazione della rete.

Al tavolo di consultazione dell'ASL partecipano anche i rappresentanti dell'Ufficio di Piano.

È inoltre garantita la partecipazione della Direzione Sociale a:

### ***Conferenza dei Sindaci e Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci***

Per garantire l'integrazione tra la programmazione d'offerta sociale e socio sanitaria il POA aziendale prevede la partecipazione della direzione sociale sia alla conferenza dei sindaci (Regolamento n.1 del 24 aprile) che al Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci (art 9, Legge 31/97).

### ***Assemblee distrettuali***

Per la trattazione di argomenti di natura socio sanitaria è prevista la partecipazione del Direttore Sociale o suo delegato e del Direttore di Distretto alle Assemblee Distrettuali.

### ***Comitati tecnici***

È prevista inoltre la partecipazione agli organismi tecnico-politici previsto in ogni ambito.

Nell'Ambito Territoriale di Sondrio è prevista la partecipazione della Direzione sociale al Comitato Esecutivo per lo svolgimento dei seguenti compiti: attuazione degli indirizzi generali dell'Assemblea dei Sindaci, raccordo fra l'Assemblea dei Sindaci e l'Ufficio di Piano, monitoraggio delle funzioni integrate.

### ***Incontri periodici con i responsabili degli UDP.***

Per garantire l'uniformità della programmazione a livello provinciale e per la verifica della progettualità in corso sono stati previsti incontri periodici tra direzione sociale e responsabili degli UDP.

### ***Tavoli distrettuali dei rappresentanti del Terzo Settore***

In ogni ambito è stato istituito un *Tavolo dei rappresentanti Terzo Settore, (DGR 7797/2008)*.

Al Tavolo di consultazione del Terzo Settore promosso dall'UdP partecipano anche il Direttore Sociale o suo delegato e il Direttore di Distretto.

### **L'integrazione socio-sanitaria e l'attivazione dei Punti Unici d'Accesso Distrettuali**

Con DGR 8243 del 22.10.2008 la Regione Lombardia, nell'ambito del fondo per la non autosufficienza, ha previsto l'istituzione di Punti unici di accesso che semplificano l'informazione e l'accesso ai servizi socio sanitari e sociali. A tal fine sono stati attivati progetti di integrazione tra il sistema socio sanitario e socio assistenziale attraverso l'istituzione di punti unici di accesso in ogni ambito distrettuale.

La condivisione del progetto tra ASL ed Uffici di Piano si basa sulla positiva collaborazione esistente tra i relativi servizi ed operatori, orientata ad offrire percorsi e risposte integrate ai bisogni espressi nell'area della non autosufficienza, consolidatasi nel tempo attraverso:

- programmazione del percorso assistenziale delle situazioni di maggiore difficoltà e criticità;

- collaborazione nella gestione della casistica con periodici incontri di verifica e confronto;
- utilizzo di una scheda segnalazione casi;
- attività di valutazione e orientamento della persona non autosufficiente;
- gestione ricoveri di sollievo in RSA;
- applicazione di protocolli operativi per l'inserimento in strutture socio sanitarie;
- progettazione di iniziative sperimentali e servizi innovativi;
- segnalazione di soggetti in ospedale per la programmazione di dimissioni protette;
- partecipazione ai tavoli tecnici d'area, anche in funzione della definizione dei PdZ

Per dare attuazione ai Punti Unici D'Accesso sono previste le seguenti azioni:

- Formazione ed aggiornamento degli operatori del servizio sociale professionale di base e dell'ASL, con specifico riferimento alle competenze socio sanitarie e socio assistenziali in carico rispettivamente all'ASL, ai Comuni e ad altri enti/soggetti gestori nell'area della non autosufficienza. La formazione viene garantita dall'ASL e dal personale degli Uffici di Piano, per le rispettive competenze.
- Definizione operativa delle fasi e delle modalità di attivazione dei punti unici di accesso e diffusione di materiale informativo.
- Gestione dei punti unici di accesso da parte dell'A.S. dei singoli UdP, con disponibilità di supporto, consulenza da parte del personale dei Servizi ASL. Nel processo di realizzazione dei punti unici l'ASL continuerà a garantire le informazioni al cittadino anche per la parte dei servizi sociali.

## **L'integrazione a livello operativo funzionale**

### ***L'intervento integrato per anziani e adulti non autosufficienti***

Il rapporto di collaborazione tra l'U.O. Anziani dell'ASL e Uffici di Piano è costante ed in continua crescita.

Nell'area anziani e adulti non autosufficienti l'UdP garantisce:

- gestione Punto Unico d'accesso;
- gestione associata dei titoli sociali per favorire la domiciliarità;
- attivazione servizi domiciliari garantiti dai singoli comuni;

L' Unità Operativa anziani e adulti non autosufficienti dell'ASL garantisce:

-la valutazione multidimensionale per :

- inserimento in RSA
- inserimento in CDI
- inserimento per ricoveri temporanei di sollievo
- valutazioni sociali per prescrizione ausili

-attività di informazione ed orientamento

-la collaborazione con le Commissioni di valutazione Distrettuali per la valutazione per le dimissioni protette attraverso protocolli ASL e AOVV per :

- pazienti con postumi di recenti fratture di femore
- anziani non autosufficienti con pluripatologie
- pazienti con gravi cerebrolesioni acquisite

La collaborazione tra UdP e U.O. Anziani e Adulti non autosufficienti dell'ASL prevede:

- la collaborazione nella gestione del Punto Unico d'accesso
- la tempestiva segnalazione, tra operatori, di casi particolarmente complessi con bisogni articolati e necessitanti la programmazione in comune del percorso assistenziale con stesura di PAI condivisi
- l'utilizzo di una scheda socio-sanitaria di segnalazione dei casi opportunamente costruita sui problemi e sui bisogni dell'utente non autosufficiente
- visite domiciliari, in ospedale o nelle strutture per anziani, congiunte tra personale ASL e personale degli UDP nelle situazioni a forte rilevanza sociale
- il coinvolgimento e il confronto di tutti gli operatori necessari a garantire nel migliore dei modi le dimissioni protette dalle strutture ospedaliere, anche in base a specifici protocolli ASL-AOVV (malati terminali, pluripatologie, gravi cerebrolesioni, postumi di fratture femore)
- incontri periodici, a richiesta o al bisogno, di verifica e confronto
- la consulenza medico-geriatrica alle assistenti sociali degli UDP in caso di forte valenza sanitaria dei problemi degli utenti
- la possibilità di percorsi di inserimento prioritari in RSA per utenti non autosufficienti ad alta valenza socio-assistenziale e/o in condizioni di urgenza sociale
- la gestione dei ricoveri di sollievo in RSA
- la disponibilità a realizzare incontri congiunti in vari comuni della provincia con gruppi di anziani (generalmente c/o le Ass. Amici Anziani) su temi relativi a problematiche socio-sanitario-assistenziali
- la partecipazione degli operatori ASL con gli operatori del SSB ai tavoli tecnici degli UDP
- la valutazione e la progettazione di iniziative sperimentali e di servizi innovativi

Tutte queste collaborazioni e attività dovranno essere mantenute, potenziate e metodizzate.

Si prevede inoltre l'istituzione di un osservatorio dell'adulto e dell'anziano non autosufficiente, con valenza socio-sanitaria, che poggi su un database condiviso e periodicamente aggiornato anche a scopo statistico-epidemiologico locale.

Sarà compito di futuri tavoli tecnici congiunti la stesura dell'architettura di tale strumento.

### ***L'intervento integrato per l'assistenza e le cure domiciliari.***

Il sistema delle cure domiciliari gestito dalle ASL permette di affrontare al domicilio del paziente bisogni socio sanitari, anche di una certa complessità. Per cure domiciliari si intende un insieme coordinato di prestazioni socio sanitarie svolte al domicilio del paziente da operatori professionali, rivolte a persone "in condizioni di fragilità" cioè persone che in via temporanea o permanente, per vari motivi, non possono svolgere autonomamente (parzialmente o totalmente) le normali attività della vita quotidiana o che sono fisicamente impediti a recarsi presso le strutture sanitarie. Gli anziani, i malati con prognosi infausta a breve termine, pazienti dimessi dall'Ospedale o portatori di gravi invalidità permanenti sono esempi di persone "fragili".

L'assistenza domiciliare viene invece garantita dai Comuni sia direttamente attraverso il Servizio di Assistenza Domiciliare, sia in forma associata da ogni Ufficio di Piano attraverso il Voucher Sociale. In entrambi i casi le prestazioni sono di carattere assistenziale (aiuto nella cura della persona, nella gestione della casa e nel mantenimento delle autonomie) e prevedono una compartecipazione ai costi da parte del beneficiario.

Per favorire la domiciliarità gli UdP attivano inoltre diverse forme di aiuto economico per riconoscere l'azione di cura attraverso l'erogazione di Buoni Sociali.

L'esperienza maturata in questi anni ha evidenziato come utenti, con importanti problematiche sanitarie e sociali, necessitano di più servizi in particolare ADI e SAD (o Voucher) in momenti successivi tra loro o contemporaneamente, ciò rende necessario una migliore integrazione con gli Uffici di Piano degli ambiti territoriali.

Con delibera della Giunta Regionale n.VIII/8234 del 22 ottobre 2008 ha messo a disposizione risorse per la costituzione di un fondo per le non autosufficienze che verrà utilizzato per l'attivazione e il rafforzamento di servizi domiciliari socio sanitari e socio-assistenziali.

Con gli Uffici di Piano si è concordato di sviluppare nel triennio:

- un "protocollo" per la gestione integrata dei casi più complessi attraverso l'attivazione di un piano individualizzato di assistenza condiviso, che tenga conto sia delle prestazioni erogate dai servizi sociali che di quelle erogate dai servizi sanitari di cui la persona non autosufficiente ha bisogno;
- momenti di confronto e di valutazione tra le Commissioni di Valutazione Distrettuali (CVD) e gli Ufficio di Piano per il passaggio della presa in carico dell'utente da assistenza socio-sanitaria ad assistenza socio-assistenziale e viceversa;
- l'integrazione tra CVD ed UdP per casi problematici quali pazienti affetti da SLA, stati vegetativi e dimissioni protette di malati terminali con problematiche familiari particolarmente complesse segnalati dalla A.O.V.V. tramite protocollo di dimissioni protette già in uso.
- sviluppo di rapporti e scambio di informazioni/aggiornamento sui servizi domiciliari tra CVD, UdP e medici di medicina generale;

### ***L'intervento integrato nell'area disabili***

L'aumento delle opportunità e degli interventi e dei servizi rivolti alla disabilità e la frammentarietà degli interventi oggi offerti sul territorio provinciale impongono agli Enti Erogatori, all'ASL e ai Comuni attraverso gli UdP, di essere promotori ed attori di una programmazione integrata della risposta.

L'UdP garantisce:

- gestione Punto Unico d'accesso;
- attivazione servizi domiciliari;
- collaborazione con le scuole;
- attivazione servizi assistenziali (Servizi per l'autonomia, Centri Socio Educativi, interventi per l'integrazione sociale e lavorativa...)

L'Unità Organizzativa Disabili dell'ASL garantisce:

- collaborazione alla gestione Punto Unico d'accesso;
- promozione di studi e di indagini conoscitive;
- partecipazione ad iniziative nell'ambito della prevenzione;
- rilevazione periodica ed osservazione dinamica del bisogno;
- aggiornamento semestrale del quadro delle risorse territoriali;
- prestazioni di valutazione psicodiagnostica con orientamento progettuale;

- interventi di consulenza, supporto psicologico e trattamento psicoterapico;
- partecipazione alla definizione degli accessi alle diverse strutture accreditate;
- prestazioni nel caso di nomina di tutore, curatore, amministratore di sostegno;
- partecipazione ai singoli tavoli distrettuali dell'area disabilità;
- attivazione e/o collaborazione su progetti di carattere innovativo;
- interventi mirati ad uno sviluppo dei servizi e della risposta offerta come comunità.

La collaborazione tra UdP e U.O. Disabili dell'ASL sarà in particolare rivolta alle seguenti priorità:

- **approfondimento del fenomeno della disabilità** in ogni suo aspetto, con particolare attenzione in una prima fase alle persone con disabilità inserite in ambito scolastico e/o in strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali. Fine di questa prima fase è la programmazione dei percorsi post-scolastici e della risposta ad esigenze di residenzialità;
- **verifica e sviluppo delle procedure previste dal Protocollo operativo in atto tra A.S.L. della Provincia di Sondrio, Uffici di Piano ed Enti gestori di strutture socio-sanitarie accreditate per disabili**, focalizzato all'iter di accesso, alle dimissioni e alle modalità di collaborazioni tra le parti, in particolare, per quanto concerne la valutazione e l'eventuale rivalutazione sanitaria e/o sociale, le modalità di ammissione/dimissione, l'inserimento in lista d'attesa, l'ingresso in strutture di comune interesse; si prevede l'estensione o la stesura di un nuovo protocollo per l'accesso alle strutture socio assistenziali.
- **realizzazione di linee di indirizzo comuni con l'A.O.V.V.**, e più specificatamente con il Dipartimento di Salute Mentale, necessarie per definire aspetti organizzativi ed operativi da adottare ed applicare nelle singole realtà distrettuali per la gestione di situazioni complesse di comorbilità: patologia psichiatrica in persone in situazione di disabilità. Tale fase è preliminare ad un protocollo integrato con gli U.D.P;
- **continuità e progressiva estensione a livello provinciale del 'Progetto Dopotrauma**, oggi attivo nel distretto di Morbegno in collaborazione con l'ufficio di Piano del predetto ambito e finalizzato a migliorare la qualità della vita delle persone con esiti da Trauma Cranico Encefalico (T.C.E.) e disabilità acquisite;
- **istituzione di un Coordinamento provinciale per l'Area Disabilità' con la partecipazione dell'ASL, Uffici di piano e Terzo Settore** nell'intento di accrescere la comunicazione e il confronto tra le parti su tematiche di interesse comune e lo svilupparsi di modalità di collaborazione e d'integrazione tra i diversi soggetti parte della rete dei servizi e, in senso ampio, della comunità.

### *L'intervento integrato nell'area famiglia e infanzia*

I Comuni negli ultimi anni sono stati investiti di maggiori responsabilità a seguito della restituzione delle deleghe minori da parte dell'ASL dal 1/01/2007 come previsto dalla Regione Lombardia. Per i Comuni dell'Ambito di Bormio la restituzione delle deleghe dell'area minori è avvenuta con decorrenza dal 01.04.2004.

L'UdP garantisce:

- promozione interventi di supporto alla genitorialità (sostenuti attraverso i fondi della L 285/97)
- interventi domiciliari (ADM)
- gestione servizio tutela minori

L'Unità Organizzativa Famiglia, Infanzia ed Età Evolutiva dell'ASL garantisce:

**1. L'erogazione delle prestazioni dei Consultori Familiari in ambito psico-sociale, ostetrico-ginecologico e pediatrico:**

- a) attività di accoglienza e presa in carico di utenti singoli, famiglie e gruppi sulle seguenti aree:
- la salute della donna nelle diverse fasi della vita;
  - la sessualità, la sterilità ed i metodi contraccettivi;
  - la gravidanza ed il post-parto;
  - il benessere e lo sviluppo fisico ed affettivo del neonato e del bambino;
  - la prevenzione delle patologie tumorali femminili ( controllo ginecologico, pap-test ecc.);
  - l'interruzione volontaria di gravidanza;
  - tutela sociale della maternità;
  - le relazioni familiari: rapporto di coppia, genitorialità, rapporto genitori-figli;
  - problematiche individuali, di coppia e di famiglia;
  - temi inerenti il diritto di famiglia;
  - mediazione familiare
- b) attività di prevenzione e di educazione alla salute, rivolta a gruppi target di popolazione, sui temi:
- dell'educazione affettiva e sessuale;
  - del disagio giovanile;
  - del sostegno alla genitorialità;
  - della tutela della salute;
  - del maltrattamento, abuso dei minori;
  - del maltrattamento di genere.
- c) gestione integrata ( su delega degli Uffici di Piano per le competenze dell'Assistente Sociale) delle attività relative :
- Centro provinciale adozione;
  - Servizio provinciale affidi.

**2. L'integrazione socio sanitaria nell'area materno-infantile:**

- a) con le strutture sanitarie (A.O.V.V.);
- b) con gli Uffici di Piano sulla Tutela Minori;
- c) con altri Servizi/Dipartimenti ASL.

Obiettivo prioritario del triennio è quello dell'integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale tra i servizi offerti dall'ASL, dagli Udp e dall'AOVV e dal Terzo Settore su area materno infantile/adolescenza /famiglia.

Sono previste modalità stabili di raccordo attraverso incontri periodici tra Direzione Sociale, Direttore U.O. Famiglia, Referenti Consultorio Familiare (CF) e Responsabili UDP finalizzate a :

- programmazione di un piano triennale di lavoro
- approfondimento rispetto alle offerte e alle modalità di lavoro reciproche ( SSB/Tutela/CF)
- definizione delle aree di interesse comune
- individuazione delle priorità
- definizione annuale degli obiettivi
- individuazione di gruppi di lavoro per aree
- monitoraggio



Si individuano di seguito le possibili macro-aree oggetto di lavoro:

### **Tutela Minori**

- costituzione di un gruppo di lavoro che valuti e attivi gradualmente le possibilità di gestione integrata della tutela minori in accordo con le indicazioni nazionali e regionali (ipotesi revisione gestione tutela minori);
- attività di vigilanza e monitoraggio relative alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate all'interno dell'area.

### **Area Infanzia-Famiglia**

Costituzione di gruppi di lavoro tematici, coordinati da un responsabile CF e un Responsabile UDP su:

- **Area prima infanzia:** Integrazione tra le attività del CF degli Uffici di Piano in relazione al progetto L23/99 "Famiglia in una rete che accoglie e sostiene" presentato dal CAV Morbegno.
- **Genitorialità a rischio:** definizione dei bisogni e dei possibili percorsi di presa in carico integrata tra CF e SSB di nuclei familiari con difficoltà nella gestione dei compiti genitoriali.
- **Maltrattamento di genere:** definizione dei bisogni e dei percorsi di presa in carico integrata tra CF e SSB.
- **Prevenzione:** individuazione di interventi di prevenzione, basati sullo sviluppo delle Life Skills, rivolti alla fascia della prima e seconda infanzia.

### ***L'intervento integrato nell'area delle dipendenze***

La promozione della salute e di sani stili di vita rappresenta un obiettivo prioritario per il prossimo triennio. Nel corso del 2008 è stato avviato un confronto tra il Dipartimento dipendenze dell'ASL e il Coordinamento degli uffici di Piano per l'individuazione di strategie d'azione per prevenire le diverse forme di dipendenza e dare attuazione alle Linee Guida Regionali.

Il Dipartimento Dipendenze svolge funzioni di programmazione ed indirizzo tecnico-scientifico e tecnico-professionale, di definizione di protocolli diagnostico-terapeutici e di linee guida in attuazione degli indirizzi regionali e di sistemi di valutazione e monitoraggio delle attività erogate dai Servizi Territoriali delle Dipendenze (SerT).

I SerT sono parte della rete delle unità d'offerta sociosanitarie. Nella prospettiva della tutela della salute, l'obiettivo degli interventi da essi effettuati è il raggiungimento e mantenimento della sospensione dell'uso di droghe attraverso la progressiva riduzione del livello di compromissione psico-socio-sanitaria. Tale obiettivo è ottenibile e atteso compatibilmente con le risorse intrinseche della persona e al suo contesto. A garanzia della continuità del percorso di cura e riabilitazione, i SerT operano in stretta relazione con i soggetti del territorio che a vario titolo intervengono in questo ambito.

Si ritiene opportuno favorire l'integrazione in particolare su due ambiti: la prevenzione e l'inclusione sociale.

Ambiti	Criticità	Azioni proposte
Prevenzione	Discontinuità fra i livelli politico, programmatico e operativo nella lettura del fenomeno dipendenza e dei comportamenti di uso e abuso ad esso correlati.	Avviare un'azione formativa per la diffusione delle Linee guida regionali su tutto il territorio provinciale diretta ai diversi livelli di interesse individuati (amministratori, programmatori, progettisti, operatori, adulti di riferimento).
	Frammentazione delle strategie di intervento nel territorio in tema di dipendenza e uso/abuso di sostanze legali e illegali.	A partire dal Gruppo di Lavoro UdP-DipDip l'Osservatorio condotto dall'ASL promuove seminari tematici di approfondimento rivolti anche al Terzo Settore e agli UdP nell'ottica di sviluppare processi di integrazione provinciale.
	Permanere di un contesto de-regolamentato nell'applicazione di programmi di intervento validati.	Concordare all'interno del Gruppo di Lavoro una serie di indicazioni vincolanti al rispetto delle Linee guida regionali. Concordare criteri minimi comuni da inserire nei bandi per il finanziamento di progetti di prevenzione. Sostenere la corretta applicazione della valutazione di processo e di esito dei percorsi finanziati.
Inclusione Sociale	Difficoltà nella gestione di specifici percorsi progettuali e dei relativi finanziamenti destinati all'inclusione sociale.	Avviare un'analisi e mappatura dei bisogni emergenti.  Avviare un percorso territoriale per il potenziamento e la qualificazione della rete di enti e associazioni impegnati nei programmi di inclusione sociale dei soggetti a rischio di emarginazione.

### ***La vigilanza e l'accreditamento delle strutture sociali e socio-sanitarie***

L'area vigilanza ed accreditamento collabora alla programmazione integrata e alla realizzazione di un sistema di qualità delle unità d'offerta sanitarie e socio assistenziali.

In particolare, collabora con gli ambiti distrettuali, trasmettendo ai comuni i verbali delle verifiche ispettive.

Il servizio ritiene opportuna la collaborazione agli Uffici di piano per una corretta mappatura delle risorse disponibili sul territorio, definendo criticità e punti di forza e condividendo standard di qualità anche in funzione di possibili accreditamenti.

Infine il servizio, nel rilevare i bisogni formativi nelle unità d'offerta soggette a vigilanza, collabora con l'amministrazione provinciale per la programmazione di percorsi formativi per il personale socio sanitario e socio assistenziale.

### ***L'intervento integrato nell'area della salute mentale***

Secondo il piano regionale triennale per la salute mentale, in attuazione del PSSR 2002-2004 (DGR 17.5.2004 n. 7/17513), l'ASL deve necessariamente assumere un ruolo intermedio tra le ASL, gli Enti accreditati, il mondo del 3° Settore, i Comuni nel momento in cui adottano il Piano di Zona.

A tale proposito l'ASL, sin dal 2004, si è dotata di una funzione organizzativa competente per questa azione di coordinamento della programmazione e della tutela dei diritti di salute, con l'istituzione dell'Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale. A tale organismo partecipa un rappresentante degli Uffici di Piano, nominato dalla Conferenza dei Sindaci.

Con DGR n. 8/4221 del 28.2.2007 la Regione Lombardia ha affrontato il riordino della residenzialità psichiatrica, istituendo l'area della "residenzialità leggera". I programmi di residenzialità leggera vengono implementati allo scopo di permettere il completamento del percorso riabilitativo dell'utente e tali programmi, per essere realizzati, si devono basare sul reperimento di opportune soluzioni abitative attraverso forme idonee di sostegno sociale da individuare con il concorso degli enti coinvolti nell'organismo di salute mentale, in particolare con il coinvolgimento dei Comuni e degli Uffici di Piano.

Nel 2008 l'ASL, in ottemperanza alla DGR 19.3.2008 n. 8/6861, si è dotata di uno strumento operativo per l'integrazione e la collaborazione fra i diversi soggetti che concorrono alla progettazione e alla realizzazione dei programmi di prevenzione e assistenza per la salute neuropsichica dei minori, coinvolgendo competenze e responsabilità di tutti gli attori istituzionali e non impegnati nel campo della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, istituendo l'Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale dell'Età Evolutiva. A tale organismo partecipa un rappresentante degli Uffici di Piano, nominato dalla Conferenza dei Sindaci che collabora con i rappresentanti dell'ASL, dell'Azienda Ospedaliera, della Provincia, dei Comuni, delle Cooperative Sociali, dell'Associazione Disabili, dell'Ufficio Scolastico Provinciale.

In entrambi gli organismi viene garantita l'attivazione di tavoli tecnici centrali o distrettuali per la gestione di specifiche problematiche.

In generale nelle funzioni dei Comuni, che si esplicano attraverso gli Uffici di piano, vi è l'integrazione e la partecipazione, secondo specifiche competenze, con l'ASL, per quanto riguarda Disabilità, Consultorio familiare, Tossicodipendenze e con la AOVV per la Neuropsichiatria infantile e la Psichiatria e con l'Ufficio Scolastico Provinciale, nella prospettiva di una necessaria integrazione socio-sanitaria e assistenziale.

### **3.3 I RAPPORTI CON LA PROVINCIA**

Nelle linee di indirizzo per i Piani di Zona si individua a livello di Governance che "competete alle Province programmare interventi formativi di qualificazione e aggiornamento professionale, nel rispetto della normativa nazionale e delle linee di indirizzo regionale, nonché sostenere, nel quadro della programmazione regionale, la realizzazione di investimenti e interventi innovativi per le unità d'offerta sociali e sociosanitarie, d'intesa con i comuni interessati. Inoltre alle Province concorrono, ai sensi dell'art. 12 della L.R. 3/2008, alla programmazione e realizzazione della rete delle unità d'offerta sociale e sociosanitaria, con specifico riferimento al sistema dell'istruzione, della formazione professionale e delle politiche del lavoro, oltre ad intervenire nella raccolta dei

fabbisogni formativi e nell'erogazione di percorsi di formazione continua per il personale sociale, l'organizzazione degli Osservatori, il sostegno ai disabili sensoriali".  
 Pertanto nel contesto del nuovo piano di zona si individuano le seguenti linee di intervento che valgono per tutto il territorio provinciale:

<b>Obiettivo</b>	<b>Azioni</b>	<b>Indicatori</b>
<p><i>73 linee PdZ</i></p> <p><b>PARTECIPAZIONE ALLA FORMAZIONE/ AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE</b></p>	<p>→ rilevazione periodica dei fabbisogni formativi</p> <p>→ definizione dei piani formativi annuali</p> <p>→ attivazione di proposte formative specifiche a sostegno della famiglia in particolare in merito a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ operatori/responsabili servizi prima infanzia</li> <li>○ assistenti familiari, a partire dalla sperimentazione dello sportello provinciale</li> </ul>	<p>- corsi attivati</p>
<p><b>7.2.2 C) linee PdZ</b></p> <p><b>COSTRUZIONE AZIONI SINERGICHE SULLE ATTIVITA' ASSISTENZIALI A FAVORE DEI DISABILI SENSORIALI</b></p>	<p>→ definizione protocollo operativo, con particolare riferimento a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ accordi di compartecipazione alla spesa in presenza di disabilità plurima</li> <li>○ presa in carico</li> </ul>	<p>- Sottoscrizione accordi</p>
<p><i>7.2.2 C) linee PdZ</i></p> <p><b>ATTUAZIONE DELL'ACCORDO QUADRO DI PROGRAMMA PER L'INTEGRAZIONE SCOLASTICA DEGLI ALUNNI IN SITUAZIONE DI HANDICAP</b></p>	<p>→ sottoscrizione accordo quadro di programma, promosso dalla Provincia di Sondrio</p> <p>→ monitoraggio ed aggiornamento dell'accordo quadro</p>	<p>-ricezione a livello di ambito</p>
<p><b>3. linee PdZ</b></p> <p><b>SVILUPPO DELL'ATTIVITA' DI OSSERVATORIO SOCIALE</b></p>	<p>→ condivisione degli indicatori per il monitoraggio dell'osservatorio provinciale sul disagio e i servizi sociali</p> <p>→ proposta di attivazione di un modello provinciale per la rilevazione dei bisogni e dei servizi</p> <p>→ definizione di ambiti specifici di ricerca a livello provinciale</p> <p>→ collaborazioni con Osservatorio provinciale immigrazione a livello di indagini o iniziative sperimentali</p>	<p>-pubblicazioni e divulgazioni sull'attività</p>

<b>Obiettivo</b>	<b>Azioni</b>	<b>Indicatori</b>
<b>3. linee PdZ</b> <b>PROMOZIONE DI BUONE PRASSI NEGLI INSERIMENTI LAVORATIVI DI SOGGETTI SVANTAGGIATI</b>	→ sottoscrizione di accordi di collaborazione (con il coinvolgimento del servizio provinciale per il lavoro) → buone prassi per l’inserimento lavorativo disabili	
<b>7.2.1. b) linee PdZ</b> <b>CONCILIAZIONE TEMPI DI LAVORO E VITA FAMILIARE</b>	→ definizione di azioni positive a favore delle donne	- collaborazioni con consigliera provinciale di parità
<b>PARTECIPAZIONE AD INIZIATIVE A VALENZA SOVRADISTRETTUALE O PROVINCIALE</b>	→ Convenzione interistituzionale per Centro di prima accoglienza → Protocollo d’intesa per la creazione di una rete interistituzionale finalizzata all’elaborazione di procedure e strategie comuni per affrontare la violenza sulle donne → Progetti sperimentali e interventi per la qualificazione del lavoro delle assistenti famigliari → Definizione di un modello di collegamento/rete degli servizi Informagiovani del territorio a partire da: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ valutazione dell’attività di Agenzia provinciale di secondo livello</li> <li>○ portale giovani</li> <li>○ protocollo operativo 2008 con attività del tavolo istituzionale</li> </ul> → Promozione e adesione a progetti innovativi a livello sovra distrettuale o provinciale	- progetti e attività svolte



## **CAPITOLO 4**

### **IL GOVERNO DELLA RETE**

Nel quarto capitolo del Piano di Zona viene fornito un quadro dei componenti della rete, soggetti diversi che concorrono alla realizzazione degli interventi in campo sociale nell'ambito di Bormio. Nell'ottica della sussidiarietà verticale e orizzontale, vengono definiti i livelli di responsabilità, i ruoli e i processi di coinvolgimento e comunicazione tra i diversi soggetti.

Quanto riportato è stato elaborato a partire dalle indicazioni normative vigenti in materia, il modello predisposto è frutto dell'analisi delle risorse e potenzialità locali e delle collaborazioni attivate in questi anni.





## 4.1 I SOGGETTI DELLA RETE

La normativa regionale (L. R. 3/2008 e successive disposizioni in materia) riconosce l'opportunità e la necessità, che diversi soggetti, in base alle rispettive competenze, partecipino alla definizione delle politiche sociali e forniscano il loro apporto alla realizzazione degli interventi.

I soggetti della rete forniscono un contributo sostanziale alla programmazione e concorrono alla realizzazione degli interventi in campo sociale nell'ambito distrettuale. Nella prospettiva della sussidiarietà e del lavoro di Comunità, il lavoro sociale non può prescindere dal coinvolgimento delle diverse realtà del pubblico e del privato sociale, e dalla definizione di connessioni e raccordi tra soggetti diversi, a partire dalla condivisione dell'importanza di intraprendere un percorso comune.

È necessario assumere la consapevolezza che la società odierna, così come il nostro ambito, è caratterizzata da complessità e frammentazione, aumentano i livelli di fragilità, gli squilibri, emergono fenomeni poco governabili, nuove forme di povertà e devianza, accanto a forme tradizionali di disagio sociale.

In tale situazione di frammentazione appare fondamentale *il tessere relazioni sociali* in cui i problemi siano visti, tollerati e condivisi da quanti più attori (...).<sup>29</sup> Il coinvolgimento di più soggetti quindi non rappresenta soltanto un'opportunità, ma diventa il presupposto per poter affrontare i problemi.

Nell'ambito di Bormio si individuano come soggetti della rete:

- I sei Comuni, la Comunità Montana Alta Valtellina, l'ASL e l'AO, le Scuole, l'Amministrazione Provinciale;
- I soggetti del Terzo Settore:<sup>30</sup> Associazioni, Organizzazioni di Volontariato, Parrocchie, Cooperative Sociali, le Fondazioni, gli Enti di Patronato, le Associazioni Familiari, altri soggetti sociali senza fine di lucro;
- Le persone fisiche, le famiglie e i gruppi informali di reciproco aiuto e solidarietà.

Con alcuni soggetti sono già avviate collaborazioni e progettualità comuni, nell'ottica dell'integrazione ai diversi livelli.

Altri soggetti sono al momento più esterni, operano maggiormente in solitudine.

Con altri infine vengono attivate con il servizio sociale delle collaborazioni per la gestione di situazioni specifiche.

La prospettiva della rete non può essere statica, la rete muta a seconda del modificarsi del contesto sociale, ci si pone quindi in una prospettiva di apertura per cogliere e sostenere nuove opportunità, così come è necessario assumere l'attenzione al coinvolgimento e promozione di una cultura della solidarietà.

## 4.2 LE REGOLE

Il Piano di Zona dell'Ambito territoriale di Bormio ha come riferimento principale la Legge Regionale 3/2008 e le linee di indirizzo regionali per la programmazione dei Piani di Zona.

Il modello di gestione associata di seguito descritto risponde a quanto delineato nei provvedimenti citati e in particolare sottolinea il ruolo attribuito all'ASL e nello specifico "il compito ad essa attribuito di collaborare con i Comuni nella programmazione della rete locale delle unità d'offerta sociali".

---

<sup>29</sup> Olivetti M. F., "Reimmaginare la funzione dei servizi", in *Animazione sociale*, n. 1 supplemento I Geki, gruppo Abele, Torino, 2005, pp. 22 - 31

<sup>30</sup> Per un elenco completo si rimanda al capitolo 2

Il presente Piano è approvato dall'Assemblea dei Sindaci ai sensi dell'art. 18 della L.R. 3/2008 e fa riferimento ai compiti attribuiti all'Assemblea dalla L.R. 31/97.

L'Accordo di programma è lo strumento tecnico-giuridico che dà attuazione al Piano di Zona. Lo stesso è sottoscritto da tutti i sindaci dei comuni dell'Ambito, dall'ASL ed eventualmente dalla Provincia. Gli organismi del Terzo Settore di cui alla Legge Regionale n. 14 febbraio 2008 n. 1 e alla D.G.R. 7797 del 30 luglio 2008, che partecipano all'elaborazione del documento di piano, aderiscono, su loro richiesta, all'accordo di programma nei modi e nelle forme di cui all'allegato A) alla D.G.R. n. 851 del 3 dicembre 2008.

Gli elementi organizzativo/gestionali che caratterizzano il governo del Piano di Zona si strutturano su tre livelli:

- livello di indirizzo e amministrazione politica;
- livello tecnico amministrativo di programmazione e gestione;
- livello di consultazione e collaborazione con il Terzo Settore.

Quest'ultimo livello si articola attraverso il Tavolo di consultazione (di cui al successivo paragrafo 4.3.5) e i Tavoli tecnici per singole problematiche, la coprogettazione e la partnership. Questi ultimi gruppi di lavoro sono aperti anche ai soggetti Istituzionali interessati (A.S.L., scuole...).

Si ha coprogettazione quando i vari soggetti aderenti a un'iniziativa o a un progetto collaborano alla individuazione di finalità, obiettivi e metodologia, alla realizzazione e alla valutazione. La partnership è invece caratterizzata, oltre che dalla condivisione degli intenti, anche da un investimento, in particolare in termini di risorse umane, strumentali ed economiche da parte dei soggetti aderenti a un'iniziativa o a un progetto innovativo nelle fasi concrete di realizzazione.

Gli organismi che concorrono alla gestione del Piano sono:

- Assemblea dei Sindaci
- Ente gestore e Ufficio di Piano
- Terzo Settore
- Altri soggetti pubblici e privati operanti nel settore

### **4.3. IL MODELLO DI GESTIONE NELL'AMBITO DI BORMIO**

#### **4.3.1. Assemblea dei Sindaci**

L'Assemblea dei Sindaci costituisce l'organismo politico del Piano di Zona dell'ambito territoriale di Bormio ed è costituita da tutti i Sindaci del distretto o dagli assessori/consiglieri comunali formalmente delegati e, senza diritto di voto, dall'Assessore di Comunità Montana e dal Direttore Sociale dell'ASL o suo delegato. Nell'eventualità di dimissioni del Sindaco e quindi di scioglimento del Consiglio Comunale, la rappresentanza del Comune, fino all'elezione del nuovo sindaco, è esercitata dal Commissario straordinario (o suo delegato). Le modalità organizzative e di funzionamento sono precisate nella regolamentazione allegata (v. allegato 1).

All'Assemblea dei Sindaci possono partecipare a titolo consultivo e, su invito, altri soggetti istituzionali e tecnici a supporto del processo decisionale proprio dell'Assemblea.

L'Assemblea dei Sindaci è l'organo di indirizzo e di controllo politico-amministrativo per le attività previste nel del PdZ ed è elemento di continuità rispetto alla programmazione sociosanitaria e ambito dell'integrazione tra politiche sociali e politiche sanitarie, sostenuto anche attraverso l'attività dell'apposito ufficio istituito dall'ASL ai sensi della L.R. 3/2008.

Le attribuzioni e le competenze dell'Assemblea dei Sindaci sono quelle previste dall'art 9 comma 6 della L.R. 11 luglio 1997 n.31 e delle direttive approvate con DGR. N. 41788/1999, dalla L.R. 12 marzo 2008 n. 3, dalla DGR. N. 8551/2008, nonché quelle previste dal Testo Unico delle leggi sull'ordinamento degli Enti Locali.

Le decisioni politiche di cui sopra sono assunte:

- a maggioranza qualificata dei 2/3 dei sindaci del mandamento per quanto riguarda l'approvazione del PdZ e delle sue eventuali modifiche e/o variazioni;

- a maggioranza dei voti dei sindaci presenti, in ragione dei voti espressi secondo le quote da ciascuno rappresentate, per quanto riguarda i restanti argomenti.

Le quote di rappresentanza di ciascun sindaco sono pari al peso attribuito in funzione del numero di residenti del proprio comune, al 31 dicembre dell'anno precedente alla data dell'Assemblea, secondo lo schema di seguito riportato:

	Bormio	Livigno	Sondalo	Valdidentro	Valdisotto	Valfurva	Totale
Popolazione	4.079	5.729	4.314	4.031	3.439	2.730	24.508
Peso attribuito	1,0	1,4	1,1	1,0	0,8	0,7	6,00

Il peso è stato calcolato rapportando il numero dei comuni (6) al numero di abitanti al 31/12/2008. La tabella andrà aggiornata di anno in anno in base alle variazioni demografiche.

#### **4.3.2. Presidente e Vicepresidente dell'Assemblea dei Sindaci**

L'Assemblea è presieduta dal Sindaco eletto dall'Assemblea in conformità a quanto previsto dall'art. 4 dell'allegato regolamento. L'Assemblea elegge inoltre il Vice Presidente che sostituisce il Presidente nelle funzioni ed attività a lui ascritte in occasione di ogni sua assenza.

Il Presidente dell'Assemblea dei Sindaci, convoca e presiede l'Assemblea, e rappresenta l'Assemblea nei confronti dell'ASL, partecipa al Coordinamento Politico provinciale, se costituito, dei Presidenti delle Assemblee dei Sindaci dei Piani di Zona.

#### **4.3.3. Livello tecnico amministrativo di programmazione e gestione**

La Comunità Montana Alta Valtellina viene individuata quale Ente capofila e Ente gestore del Piano di Zona dell'ambito territoriale di Bormio, al quale competono quindi le attività di gestione e l'organizzazione delle attività tecnico – gestionali conseguenti alle decisioni dell'Assemblea dei Sindaci. La delega alla gestione ha vigore fino alla scadenza prevista nell'accordo di programma datato 15 novembre 2005. Entro tale termine i Comuni provvederanno all'individuazione sia dell'Ente capofila che dell'Ente gestore per il restante periodo di vigenza del Piano di Zona 2009-2011.

L'Ente gestore assume l'onere di dare esecuzione alle indicazioni del presente Piano di Zona e si configura quindi come Ente strumentale dei Comuni associati dell'ambito territoriale.

In particolare all'Ente gestore compete l'organizzazione e la gestione delle strutture tecnico amministrative di programmazione e la gestione secondo quanto definito nel presente Piano e nell'accordo di programma.

La sede delle strutture e organismi tecnico-amministrativi è fissata presso l'Ente gestore.

#### **4.3.4. Ufficio di Piano**

L'Ufficio di Piano di Bormio, attualmente composto da un responsabile e un amministrativo, svolge la funzione di programmazione e gestione degli interventi e delle attività previste nel Piano e definite dall'Assemblea dei Sindaci, svolge altresì una funzione di supporto tecnico e di coordinamento dei soggetti che concorrono alla realizzazione del Piano.

Le funzioni dell'Ufficio di Piano di Zona si possono sintetizzare in:

- presidio e controllo dei processi di programmazione del Piano;
- coordinamento e responsabilità gestionale dei fondi assegnati secondo l'indirizzo fornito dall'Assemblea dei Sindaci;
- rendicontazione economiche all'ASL, Regione Lombardia e ai Comuni;
- predisposizione degli atti e della documentazione necessaria per il buon funzionamento del sistema integrato (accordi di programma, protocolli, convenzioni, modulistica);

- attivazione dei gruppi tematici di programmazione e approfondimento per le diverse aree di intervento;
- predisposizione delle bozze di regolamenti interni e delle modalità di erogazione delle prestazioni e dei servizi;
- aggiornamento dei dati relativi alla domanda e all'offerta;
- attività di coordinamento degli interventi e dei progetti sperimentali previsti dal Piano di Zona;
- raccolta di informazione sui servizi e sulle attività sociali attuate anche autonomamente dai comuni del distretto;
- avvio, con i soggetti istituzionali preposti, di attività formative e di processi di monitoraggio e valutazione delle attività previste nel presente Piano di Zona;
- attività di supporto amministrativo e di segreteria all'Assemblea dei Sindaci;
- organizzazione e coordinamento del Servizio Sociale di Base.

L'Ufficio di Piano dovrà inoltre:

- mantenere uno stretto raccordo con i Comuni associati fornendo consulenza, informazione, periodico aggiornamento sull'attività svolta, documentazione utile agli operatori amministrativi che dovranno garantire in ciascun comune un servizio di segretariato sociale e di prima informazione al cittadino;
- mantenere uno stretto collegamento con l'ASL;
- garantire il raccordo e il funzionamento di tutte le attività a gestione associata.

#### **4.3.5 Livello di consultazione e collaborazione con il Terzo Settore**

La legge regionale 3/2008, a cui si ispira il presente Piano, prevede la consultazione dei soggetti che concorrono alla programmazione, progettazione e realizzazione delle unità di offerta sociali e sociosanitarie. Particolarmente rilevante è in questo senso il ruolo attribuito agli organismi del Terzo Settore di cui alla Legge Regionale 14 febbraio 2008 n. 1, di seguito richiamati:

- Le cooperative sociali e gli organismi della cooperazione;
- Le organizzazioni di volontariato;
- Le associazioni e gli enti della promozione sociale;
- Le fondazioni;
- Gli enti di patronato;
- Le associazioni familiari;
- Gli enti riconosciuti dalle confessioni religiose (*a titolo esemplificativo le Parrocchie*);
- Altri soggetti sociali senza fine di lucro (*a titolo esemplificativo la Caritas*).

In coerenza con le indicazioni regionali e in continuità con quanto sperimentato nei due trienni precedenti, il presente Piano di Zona dà nuovo impulso alla partecipazione dei soggetti sopra richiamati, attraverso l'operatività del **Tavolo di consultazione del Terzo Settore** nel quale i rappresentanti dei diversi organismi, ai sensi della DGR. 7797 del 30 luglio 2008, potranno portare il proprio contributo per:

- sviluppare la rete delle unità d'offerta sociali e contribuire ad individuare nuovi modelli gestionali e sperimentali;
- esprimere, interpretare e tutelare i bisogni sociali dell'Ambito territoriale e contribuire alla valorizzazione delle risorse locali;
- contribuire alla definizione dei requisiti di accreditamento delle unità di offerta sociali e alla eventuale identificazione di ulteriori livelli di assistenza rispetto a quelli previsti dalla Regione Lombardia;
- fornire indicazioni per la determinazione dei parametri prioritari di accesso alle prestazioni sociali;

- sviluppare in accordo con gli Uffici di Piano l'attività di segretariato sociale e di informazione al cittadino relativamente alla rete delle unità d'offerta;
- contribuire alla promozione e divulgazione dell'istituto dell'amministratore di sostegno in accordo con l'Ufficio di Pubblica Tutela istituito presso l'ASL.

Le modalità di funzionamento del Tavolo del Terzo Settore saranno oggetto di apposito atto redatto a seguito di un confronto tra i membri dello stesso e dovranno in ogni caso rispettare i seguenti requisiti minimi:

- a) la presidenza del Tavolo è attribuita al Presidente dell'Assemblea dei Sindaci o suo delegato;
- b) la partecipazione al Tavolo del Responsabile dell'Ufficio di Piano, del Direttore Sociale dell'ASL o suo delegato e del Direttore di Distretto dell'ASL;
- c) la convocazione del Tavolo almeno due volte l'anno a cura dell'UdP, con indicazione preventiva dell'ordine del giorno e inoltro degli eventuali materiali a tutti i partecipanti;
- d) la convocazione del Tavolo su richiesta motivata da parte di almeno 1/3 degli organismi del Terzo Settore;

la partecipazione è garantita ai rappresentanti degli organismi del Terzo Settore operanti nel territorio dell'Ambito, tramite i propri rappresentanti.

In data 09.12.08 l'Assemblea dei Sindaci ha approvato la costituzione del Tavolo, indicando i seguenti rappresentanti:

- 3 per le cooperative sociali e gli organismi della cooperazione;
- 2 organizzazioni di volontariato;
- 2 per le associazioni e gli enti della promozione sociale;
- 1 per le fondazioni;
- 1 per gli enti di patronato;
- 2 per le associazioni familiari;
- 1 per gli enti riconosciuti dalle confessioni religiose;

Gli organismi del Terzo Settore hanno provveduto a eleggere i loro rappresentanti e a comunicarlo ufficialmente all'Ufficio di Piano. La prima riunione del Tavolo si è tenuta in data 03.03.09.

Ai lavori del Tavolo potranno partecipare altri organismi del Terzo Settore o altri soggetti pubblici o privati, qualora gli argomenti in discussione lo rendano opportuno e su invito del presidente. È prevista la possibilità che l'ASL o il Presidente dell'Assemblea dei Sindaci convochino, in aggiunta o in alternativa a quanto previsto da ciascun Ente, riunioni congiunte dei Tavoli di Consultazione del Terzo Settore per l'esame di questioni inerenti sia la rete delle unità d'offerta sociali che quella riguardante le unità d'offerta sociosanitarie.

In considerazione delle caratteristiche del territorio, degli esiti prodotti nei precedenti trienni, in particolare rispetto alla capacità del contesto di esprimere e realizzare coprogettazioni, si vuole valorizzare e incrementare tale risorsa. Determinante quindi sarà l'attività di gruppi di lavoro per aree tematiche, **Tavoli Tecnici**, che rappresentano un momento qualificato della partecipazione alla politica sociale di Ambito. In tali contesti, tenendo conto delle priorità indicate nel presente Piano, verranno definite co-progettazioni, a partire dalla condivisione sulle rappresentazioni dei problemi sociali. Si può ipotizzare che queste attività andranno a incrementare anche la raccolta e interpretazione dei dati sul contesto, oltre che ampliare la capacità di lavorare in termini sinergici. Sarà favorita la partecipazione ai Tavoli Tecnici, oltre che dei rappresentanti del Terzo Settore, di tecnici, esperti, referenti di soggetti istituzionali (A.S.L., scuole...) che possono portare un utile contributo alle tematiche trattate.

I soggetti del Terzo Settore sono stati coinvolti nella fase di programmazione del presente Piano.



## **CAPITOLO 5**

### **VALUTAZIONE**

Nel quinto capitolo del Piano di Zona si fornisce una panoramica degli ambiti e processi di valutazione adottati per il Piano di Zona 2006/2008. Viene inoltre indicato il modello che verrà utilizzato per la valutazione del Piano di Zona 2009/2011, declinando, entro uno specifico quadro di riferimento teorico, i diversi ambiti della valutazione che saranno presi in considerazione, nello specifico i processi e i servizi.





## **5.1. IL SISTEMA DI VALUTAZIONE ADOTTATO PER IL PDZ 2006 – 2008**

La valutazione del Piano di Zona 2006/2008 è stata condotta in contesti diversi, con il coinvolgimento di soggetti differenti, per elaborazioni parziali e progressive, successivamente integrate.

Si è partiti dall'assunto della complessità, insita nel lavoro sociale, che comporta il coinvolgimento di soggetti plurimi e letture diversificate, e dal presupposto che dalla valutazione emergono premesse importanti per definire la programmazione.

Per un monitoraggio costante, nel triennio il responsabile dell'Ufficio di Piano ha elaborato annualmente un rapporto sull'operato del servizio sociale, relativamente agli interventi realizzati e all'analisi delle problematiche emergenti, oltre che sulle risorse attive entro la Comunità. Questi documenti sono stati utilizzati dal servizio, condivisi con gli amministratori, pubblicati sul sito web dell'Ente gestore. I contenuti sono stati temi di discussione con gruppi, in particolare con le Commissioni Comunali.

In ogni contesto interessato dalla valutazione si è cercato di porre l'attenzione sul numero, tipologia e qualità degli interventi realizzati e sui processi di lavoro adottati.

### **L'ambito del servizio sociale e Ufficio di Piano**

Si è proceduto ad una raccolta e analisi di dati quantitativi, relativi all'utenza che negli anni si è rivolta ai servizi e degli interventi rivolti alla Comunità. Sono stati esaminati i processi di lavoro interni adottati e i sistemi di collaborazione con istituzioni e organizzazioni del privato sociale.

L'analisi dei dati è stata completata con un raffronto con dati di tipo qualitativo: i rimandi ricevuti dagli utenti, le percezioni e le rappresentazioni sulla Comunità, in termini di evoluzione dei problemi e di risorse.

### **L'ambito degli amministratori**

Si è aperto un dialogo con gli amministratori locali, condotto a più riprese. In tale contesto, ritenuto un osservatorio privilegiato in quanto strettamente collegato alle diverse Comunità locali per il tramite dei suoi rappresentanti, ci si è focalizzati sull'esplicitazione delle diverse rappresentazioni, raccordandole con quanto elaborato dal servizio, giungendo a nuove letture e interpretazioni.

### **L'ambito delle realtà sociali della Comunità, istituzionali e del privato sociale**

Sono stati condotti incontri singoli, con i diversi rappresentanti che hanno collaborato alla realizzazione di iniziative comuni e con i gestori delle unità d'offerta, un incontro collegiale e uno con il Tavolo di consultazione del Terzo Settore, recentemente costituito.

I confronti avviati hanno rappresentato un'occasione di analisi di quanto realizzato, un'opportunità per individuare nuove aree di lavoro da presidiare e nuove collaborazioni da avviare.

### **L'ambito degli incontri con la Direzione Sociale A.S.L. e con la Provincia**

Onde provvedere alla definizione della nuova programmazione, per quanto attiene il livello di integrazione, oltre che dalle normative vigenti, si è partiti dall'analisi della collaborazione avviata in termini di esiti e processi.

### **L'ambito formativo**

L'ambito formativo, realizzato con il coinvolgimento degli Uffici di Piano della Provincia, dell'amministrazione provinciale e dell'A.S.L., ha consentito un approfondimento sui modelli

adottati nei diversi contesti, un raffronto tra esperienze diverse e un'apertura su nuove progettualità comuni.

## **5.2. LA VALUTAZIONE DEL PIANO DI ZONA 2009 / 2011**

Il modello di valutazione che si utilizzerà nella valutazione del Piano di Zona partirà dagli obiettivi strategici e di sistema definiti dal Piano stesso.

La valutazione verrà svolta utilizzando criteri per la valutazione della qualità degli interventi realizzati, e criteri relativi alla efficienza ed efficacia delle politiche sociali programmate.

La valutazione del Piano di Zona dovrà tenere in considerazione due distinte esigenze: la valutazione dei processi di costruzione delle politiche territoriali, finalizzata alla individuazione di nodi strutturali su cui agire per supportare il processo di continuo aggiornamento del Piano e dei Programmi attuativi, e la valutazione dei servizi erogati, al fine di individuare elementi su cui intervenire in fase di riprogrammazione.

La valutazione del Piano, seguirà un modello teorico basato sulla analisi di 4 diversi elementi:

**ANALISI DEGLI INPUT:** intesi come le risorse messe in campo da ogni singolo soggetto.

Considerare l'entità delle risorse impiegate in un ambito per i servizi sociali, gli input, rappresenterà un primo elemento essenziale per ogni considerazione successiva, poiché le politiche sociali possono essere valutate solamente in relazione alle risorse disponibili ed impiegate, e queste possono essere valutate unicamente facendo riferimento agli input.

Questo approccio renderà conto della dimensione quantitativa delle risorse destinate alle politiche sociali nell'ambito, consentendo riflessioni comparative con i territori limitrofi.

**ANALISI DEL PROCESSO** inteso come valutazione delle modalità seguite per la costruzione della integrazione e della rete di soggetti erogatori. La valutazione del processo comporta l'analisi delle logiche e delle procedure seguite per svolgere la mediazione tra i diversi soggetti e tra gli interessi di cui erano portatori.

L'integrazione sociale e sanitaria, la sussidiarietà orizzontale, le politiche per i minori si basano sulla costruzione di alleanze effettive tra i soggetti istituzionali e nonprofit che operano in un ambito: le modalità con cui tali relazioni sono state costruite e mantenute è un elemento importante per una valutazione del Piano di Zona.

**ANALISI DEGLI OUTPUT:** analisi dei servizi che si sono svolti e le modalità della loro organizzazione. Valutare le scelte strategiche di un ambito, valutare i servizi che vengono erogati in termini di quantità e dimensione, è sicuramente necessario per poter dare un giudizio complessivo sugli orientamenti di politica sociale adottati, è anche necessario per poter ragionare in termini di efficacia o di coerenza tra bisogni e servizi.

**ANALISI DEGLI OUTCOME:** la valutazione di impatto o di risultato. Questa è in linea teorica la modalità più interessante da seguire per ricostruire in che modo ed in che misura un Piano di Zona abbia funzionato e sia stato valido per la collettività.

Valutare l'efficacia del Piano di Zona non sarà, tuttavia, per nulla semplice, poiché nel campo dei servizi sociali i criteri di valutazione delle politiche in termini di efficacia dei risultati prodotti scontano livelli di complessità non ancora pienamente risolti. Sarà quindi necessario assumere una logica incrementale, tesa a considerare i dati quanti-qualitativi delle politiche sociali per costruire interpretazioni progressive, in itinere, che considerino e interpretino gli elementi di incoerenza tra quanto programmato e quanto effettivamente realizzato.

Più in generale l'approccio alla valutazione del Piano di Zona dovrà partire dalla considerazione che le politiche integrate hanno diversi gradi di realizzabilità, dipendenti solo in parte da decisioni, interventi ed investimenti del soggetto programmatore.

La valutazione incrementale sarà lo strumento che consentirà di interpretare i fenomeni dandone una lettura che permetta una riprogrammazione continua.

Le diverse valutazioni verranno svolte attraverso il ricorso ad un modello teorico basato sulla individuazione di dimensioni, criteri ed indicatori da considerare, al fine di raccogliere dati che consentano di condividere una chiave di lettura comune dei processi programmati messi in atto a livello provinciale, e a definire strumenti per il confronto delle politiche sociali dei diversi ambiti.



## **CAPITOLO 6**

### **IL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI**

Nel sesto capitolo del Piano di Zona vengono illustrati i principali elementi ed esiti della programmazione del triennio 2006/2008. A partire dalle indicazioni normative vigenti in materia, alla luce di quanto emerso nel triennio precedente e dell'analisi e interpretazione dei dati di contesto vengono definiti gli obiettivi strategici per il triennio 2009/2011, azioni e indicatori.



## **6.1. IL TRIENNIO 2006/2008**

### **La Programmazione del Piani di Zona 2006/2008 dell'Ambito di Bormio: le priorità e alcuni esiti prodotti**

Con il Piano di Zona 2006/08 vengono individuate, entro una logica di innovazione, con particolare attenzione alle connessioni tra le risorse locali, le seguenti priorità:

1. Consolidare la rete dei servizi in una dimensione di ambito
2. Innovare i servizi
3. Sperimentare azioni e progetti di comunità

Si procede di seguito a un'analisi di quanto realizzato, dei significati dei processi messi in atto, al fine di individuare spazi e risorse da implementare nella nuova programmazione.

Gli elementi individuati infatti, nella logica di una valutazione di tipo incrementale, sono utili a circoscrivere alcuni nodi, sui quali si dovrà porre attenzione, ma anche risorse che si sono rese evidenti, da far crescere, utili per consentire l'introduzione di ulteriori elementi di sviluppo.

#### **1. Consolidare la rete dei servizi in una dimensione di ambito**

Il contesto in cui si è inserito il Piano di Zona 2006/08 necessitava di porre attenzione ad un sistema di recente costituzione, che richiedeva di rafforzare l'idea della dimensione dell'ambito.

Il panorama era rappresentato da: recente formalizzazione della delega per la gestione dei Servizi socio-assistenziali, per cinque anni, dai Comuni dell'ambito alla Comunità Montana; definizione del trasferimento dell'organico, prima in comando, all'Ente gestore. Tale scelta era indicativa di concertazione e orientata a dare stabilità.

La gestione associata delle risorse, pur unanimemente riconosciuta come conveniente, è stata accompagnata dallo sforzo di identificarsi nella nuova realtà sovracomunale, tanto per gli amministratori e gli operatori, quanto per i cittadini. Il PDZ pertanto, oltre che strumento per pianificare la spesa, è stato il mezzo che promuove una nuova identità territoriale.

In questa ottica si è negli anni intensificato il confronto tra i Comuni dell'Ambito sia in termini quantitativi che qualitativi, come occasioni di scambio e definizione di strategie condivise.

Nel triennio si è dato avvio fattivo al coordinamento centrale degli interventi di assistenza domiciliare educativa per i minori, è stato redatto un regolamento per gli interventi assistenziali unico per i sei Comuni, è stato mantenuto il coordinamento a livello centrale dei Servizi di assistenza domiciliare, si è implementato il rapporto tra Ufficio di Piano e personale amministrativo dei sei Comuni.

Per quanto attiene gli strumenti innovativi previsti dal precedente Piano di Zona, nello specifico: accoglienza e Progetti Mirati Personalizzati, si è assistito a un progressivo incremento. Nella precedente programmazione venivano individuate difficoltà o carenze soprattutto per quanto riguarda l'accoglienza e il buono ora volontari, carenze attribuibili all'ancora debole sviluppo di reti

solidali, si rendeva quindi necessario curare la dimensione comunitaria, terreno su cui si riteneva potesse crescere la capacità di condivisione e svilupparsi la prossimità.

L'implementazione dello strumento dell'accoglienza, come dato acquisito al termine della triennalità, indica l'avvio, in embrione, di nuclei di sensibilità entro la comunità, segnale che va monitorato e accompagnato. Questa presenza informa sulla bontà degli interventi di sollecitazione effettuati, derivanti anche dall'efficacia dell'organizzazione del servizio sociale, caratterizzato da interventi fortemente orientati alla prossimità nei confronti della Comunità.

Per quanto attiene la concertazione con altri Servizi, individuata come necessaria nella precedente triennalità, si sono intensificati, nel corso del triennio, le collaborazioni con la Commissione ADI, nella definizione di interventi comuni e per quanto attiene reciproche segnalazioni. Tale ambito rimane da implementare per il prossimo triennio.

## **2. Innovare i servizi**

Nella precedente triennalità veniva messa in rilievo la necessità per Pubblico e privato sociale di rendersi disponibili a conformare le offerte di beni e servizi in funzione degli utilizzatori e di coloro che ancora attendono di entrare nel circuito, entro un processo costante di ripensamento. Ciò nell'ottica di rendere le offerte maggiormente vicine al bisogno espresso dai cittadini.

Si prevedeva un adeguamento in due direzioni:

- offrire maggiore varietà nella tipologia
- mettere a disposizione moduli flessibili, non necessariamente pre-definiti, che può comportare l'abbandono di schemi di riferimento collaudati.

Nonostante l'avvio di qualche piccola sperimentazione, si reputa ancora insufficiente l'innovazione auspicata, in particolare per quanto attiene le unità d'offerta relative all'area disabili. Nel corso della triennalità si sono rintracciate alcune rigidità culturali che hanno reso di fatto complesso mettere in atto dei confronti produttivi, volti ad alcune ridefinizioni.

A fronte delle carenze di risorse economiche, si ritiene quanto mai necessario lavorare nella direzione di valorizzare le risorse già presenti, definendo percorsi che possano meglio rispondere ai bisogni, e quindi qualificando e razionalizzando le risorse del territorio.



### 3. Sperimentare azioni e progetti di comunità

Nel corso del triennio sono state diverse le sperimentazioni a questo livello. Si fornisce di seguito un elenco delle iniziative:<sup>31</sup>

Progetto Effatà - incontro per badanti	Parrocchia di Bormio – Patronati CGIL e CISL – Cooperativa Stella Alpina
Formazione operatori delle unità d’offerta area disabili	Comune di Livigno – Cooperativa La Sorgente – Associazione Charitas
Formazione assistenti alla comunicazione	Cooperative L’Impronta e Stella Alpina
Formazione insegnanti Scuola dell’Infanzia	Scuole Parrocchiali
Progetto Scuola Sondalo	Scuola – Amministrazione Comunale – C.A.G. - Parrocchia
Progetto integrazione offerte per bambini, preadolescenti e giovani	Parrocchie di Isolaccia, Premadio, Semogo – Amministrazione comunale – Cooperativa Stella Alpina - Scuola Secondaria di primo grado
Costituzione Tavolo Politiche giovanili Livigno e definizione progetto.	Amministrazione comunale – Cooperative L’Impronta e Stella Alpina – Associazioni culturali – Associazioni sportive – Istituto Alberghiero
Organizzazione trasporto per Radioterapia	Comunità Montana – Associazione Antreas – Auser – Cooperativa Stella Alpina
Formazione allenatori sulle competenze educative	Associazioni sportive locali
Progetti di supporto alla Genitorialità	Amministrazioni Comunali – Parrocchie – Cooperative
Progetto prevenzione all’abuso sessuale	Scuole Secondarie di primo e secondo grado

\*

I progetti riportati afferiscono alle diverse aree di intervento: disabili, anziani, minori e famiglia. L’attività dimostra la reale possibilità di produrre “contaminazioni” nel territorio tra soggetti diversi del pubblico e del privato sociale e promuovere la cultura della solidarietà.

Sono diversi i significati prodotti. Principalmente è stato possibile sollecitare l’avvio di contesti di pensiero e confronto, si è reso possibile l’incontro di soggetti diversi, accomunati dall’interesse a lavorare entro un territorio, che hanno sperimentato la definizione e realizzazione di percorsi di coprogettazione, promuovendo uno scambio di esperienze e competenze, con l’implementazione delle reciproche abilità.

Da alcuni anni sono attive nel territorio alcune Commissioni comunali, presiedute dall’assessore con delega ai Servizi Sociali, con il supporto di un tecnico, cui partecipano rappresentanti di agenzie, associazioni attive entro la Comunità. Tale contesto si è connotato come il luogo di scambio / confronto relativamente alle problematiche del territorio e all’attivazione di connessioni tra le diverse risorse per affrontare i problemi, definire e verificare progetti.

<sup>31</sup> Alcune azioni sono l’esito dell’attività condotta dalle Commissioni Comunali.

Le iniziative realizzate fanno ritenere che la Comunità locale sia pronta per sviluppare ulteriori percorsi, per il prossimo triennio sarà necessario proseguire in questa direzione, al fine di non disperdere gli apprendimenti e implementare le risorse.

## **6.2. LA PROGRAMMAZIONE PER IL TRIENNIO 2009/2011**

La programmazione di seguito esposta è l'esito della sintesi di diversi elementi: indicazioni normative regionali, analisi e interpretazione dei dati del contesto locale, in termini di bisogni e risorse attive e sviluppabili, confronto a livello provinciale tra Uffici di Piano e A.S.L. e con l'Amministrazione Provinciale, approfondimento con le realtà locali istituzionali e del privato sociale, esiti prodotti dalla precedente triennalità, risorse economiche, approccio teorico al lavoro sociale.

La programmazione per la triennalità si snoda entro il concetto di supporto / superamento delle condizioni di fragilità e promozione del benessere.

Nell'ottica di una programmazione incrementale sono state individuate degli obiettivi strategici e delle direttrici fondamentali, sviluppabili nel corso del triennio, poiché i problemi sociali non sono dati in termini assoluti, ma si modificano con i mutamenti che interessano la società. La programmazione va quindi tenuta aperta, con attenzione alle emergenze sociali, ma anche alle alleanze che via via si possono costruire entro la Comunità, per affrontare i problemi.

### **Gli obiettivi strategici per il triennio 2009/2011**

In ottemperanza a quanto indicato dalla Regione Lombardia, nel documento sulle linee di indirizzo per la programmazione dei Piani di Zona – 3° Triennio (2009 – 2011), la programmazione per la triennalità si snoda entro le seguenti direttrici fondamentali:

- Sostegno alla famiglia, intesa come ambito privilegiato di vita in cui si esprimono potenzialità e istanze propulsive, accanto a fragilità che vanno accompagnate e gestite con il supporto esterno dell'ente pubblico e del privato sociale, in termini integrati.
- Organizzazione di risposte / interventi integrati a diversi livelli: istituzionale, gestionale e operativo – funzionale. Questa strategia poggia sulla logica della presa in carico e gestione delle problematiche espresse dalle persone e dalle Comunità in termini globali, al fine di pervenire alla definizione di offerte il più possibile efficaci, massimizzando le risorse.
- Promozione di strategie di sensibilizzazione della Comunità Locale volte a stimolare l'assunzione di responsabilità e condivisione delle problematiche espresse nel territorio, nella logica della sussidiarietà orizzontale.
- Cura delle connessioni tra agenzie e contesti, anche afferenti ad aree di fragilità diverse.
- Sviluppo sul territorio di azioni integrate relative alle politiche giovanili centrate sulla prevenzione e promozione del benessere.

Si riportano di seguito gli obiettivi strategici, le azioni conseguenti e gli indicatori:

Obiettivo	Azioni	Indicatori
<p><b>MIGLIORARE L'ACCESSO ALLE UNITA' D'OFFERTA DELLA RETE, ATTRAVERSO LA DEFINIZIONE DI REGOLE UNIFORMI DA PARTE DEI COMUNI DELL'AMBITO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definizione e adozione della Carta d'Ambito;</li> <li>• Valutazione della sperimentazione del regolamento unico per le prestazioni socio – assistenziali dei Comuni dell'Ambito;</li> <li>• Ridefinizione dei criteri di partecipazione alla spesa dei cittadini, in vista di una omogeneizzazione per le diverse offerte;</li> <li>• Organizzazione e gestione del S.E.D. a livello comprensoriale;</li> <li>• Organizzazione e sperimentazione del P.U.A. in collaborazione con l'A.S.L.;</li> <li>• Intese con l'A.S.L. e il Terzo Settore per la piena realizzazione delle funzioni dell'Ufficio di Protezione giuridica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entro il 31.12.10</li> <li>• N. Riunioni con operatori amministrativi dei Comuni dell'Ambito</li> <li>• Entro il 31.12.09</li> <li>• Entro il 31.12.09</li> <li>• Definizione accordi con ASL - livello di coinvolgimento dei soggetti del Terzo Settore</li> </ul>
<p><b>DEFINIRE CRITERI DI ACCREDITAMENTO PER LE UNITA' D'OFFERTA SOCIALI</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attività di studio e confronto con gli altri Uffici di Piano della Provincia;</li> <li>• Attuazione del coinvolgimento del Tavolo di consultazione del Terzo Settore.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Livello di coinvolgimento diversi soggetti – adozione atti entro il termine fissato dalla normativa</li> </ul>

Obiettivo	Azioni	Indicatori
<p><b>IMPLEMENTARE LE FUNZIONI DI SEGRETARIATO SOCIALE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organizzazione e aggiornamento di una banca dati sulle unità d'offerta sociali e socio sanitarie, oltre che sugli interventi mirati in situazione di fragilità e promozione del benessere e sulle principali fonti informative, anche in collaborazione con le istituzioni locali e i soggetti del Terzo Settore;</li> <li>• Individuazione di azioni formative per gli assistenti sociali (nella prospettiva del case manager), relativamente all'analisi della domanda, valutazione del bisogno e orientamento dell'utente;</li> <li>• Sistematizzazione di una raccolta dati su richieste di questo tipo pervenute al servizio, in modo tale da poter leggere e interpretare i bisogni del territorio;</li> <li>• Mantenimento contatti con il personale amministrativo dei Comuni per fornire supporti nella gestione di alcuni contatti con l'utenza.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Livello di coinvolgimento dei diversi soggetti. Avvio organizzazione banca dati entro il 31.12.09</li> <li>• Organizzazione percorsi formativi</li> <li>• Definizione scheda raccolta dati entro il 30.06.09</li> <li>• Organizzazione di almeno due incontri collegiali all'anno</li> </ul>

Obiettivo	Azioni	Indicatori
<p><b>SOLLECITARE/ ACCOMPAGNARE GLI INTERVENTI DI COMUNITA’ PER LA MESSA IN RETE E VALORIZZAZIONE DEI SOGGETTI DEL TERRITORIO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Azioni di sensibilizzazione a diversi livelli: gestite dal singolo operatore nella quotidianità del lavoro sul caso; incontri a tema per target di popolazione tramite riunioni o assemblee;</li> <li>• Implementazione del Tavolo di consultazione del Terzo Settore;</li> <li>• Organizzazione dei Tavoli Tecnici tra operatori, soggetti istituzionali e del Terzo Settore, volti a specifiche coprogettazioni sulle priorità indicate nel presente Piano;</li> <li>• Individuazione, sostegno e implementazione, a diversi livelli, movimenti della Comunità che vanno nella direzione dell’auto-aiuto e della solidarietà nei confronti dei soggetti fragili, con il coinvolgimento delle agenzie e realtà locali che già operano;</li> <li>• Sviluppo dei contesti delle Commissioni Comunali, quali ambiti di confronto / scambio tra rappresentanti delle realtà locali del Terzo Settore e istituzionali per definizione / verifica di progettazioni specifiche.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Livello di coinvolgimento di diversi soggetti nell’organizzazione</li> <li>• Definizione delle priorità e contesto di lavoro. Organizzazione di almeno due incontri all’anno</li> <li>• Definizione di almeno due Tavoli, avvio incontri entro il 31.12.09</li> <li>• Avvio di incontri con le agenzie interessate</li> <li>• Ripresa dell’attività in almeno due Comuni entro il 31.12.09</li> </ul>

<b>Obiettivo</b>	<b>Azioni</b>	<b>Indicatori</b>
<b>CONSOLIDARE IL SISTEMA DEI TITOLI SOCIALI CON L'INTRODUZIONE DEI VOUCHER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definizione di raccordi tra titoli sociali e voucher sociosanitari in accordo con ASL;</li> <li>• Introduzione di buono sociale e voucher per l'accesso ai servizi per la prima infanzia per famiglie numerose;</li> <li>• Introduzione del buono sociale per pagamento assistenti familiari;</li> <li>• Mantenimento del buono sociale su Progetto Mirato Personalizzato per le situazioni di particolare fragilità economica e relazionale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Numero utenti coinvolti /adozione protocollo</li> <li>• Numero famiglie coinvolte</li> <li>• Numero famiglie coinvolte</li> <li>• Numero utenti coinvolti – valutazione esiti del progetto</li> </ul>
<b>VALUTARE ESIGENZE FORMATIVE DEL PERSONALE IN SERVIZIO E DEGLI OPERATORI DEL PRIVATO SOCIALE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoraggio costante del rapporto tra esigenze espresse dal personale e compito di lavoro, a fronte dei cambiamenti introdotti nella programmazione e delle domande che il territorio esprime;</li> <li>• Coinvolgimento del Tavolo del Terzo Settore;</li> <li>• Confronto entro il coordinamento UDP e con l'Amministrazione Provinciale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Livello di coinvolgimento / individuazione di esigenze formative / organizzazione attività</li> <li>• Definizione proposte formative</li> </ul>

Obiettivo	Azioni	Indicatori
<b>INDIVIDUARE STRATEGIE DI PREVENZIONE A LIVELLO DI AMBITO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenimento delle attuali offerte dei C.A.G. e I.G., individuando strategie per la razionalizzazione delle offerte, implementazione di azioni extramuro da realizzare in collaborazione con le altre agenzie educative del territorio;</li> <li>• Promozione tra operatori, amministratori e altri soggetti che si occupano di bambini, adolescenti e giovani, di una riflessione e condivisione dei principi e metodologia indicati nelle linee guida regionali (DGR n. 6219 del 19.12.07), in collaborazione con il Dipartimento Dipendenze dell’A.S.L.;</li> <li>• Implementazione di progetti di prevenzione in partnership tra diversi soggetti pubblici e del privato sociale, in armonia con le linee guida regionali e in continuità con gli esiti dei percorsi precedentemente realizzati.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definizione linee operative;</li> <li>• Organizzazione incontri</li> <li>• Costituzione di un Tavolo</li> </ul>

## **Obiettivi e azioni riferiti alle diverse condizioni di fragilità relative alle tappe della vita e alle condizioni di vita**

Relativamente agli obiettivi e azioni di seguito descritti, rimane prioritario, in ogni area, il focus sulla famiglia, ambito in cui si esprimono risorse e problemi, contesto da sostenere, accompagnando, laddove possibile, le funzioni di cura dei membri fragili. Così come centrale è l'apporto della Comunità locale che andrà sollecitato e incrementato con apposite azioni.

La definizione degli obiettivi discende dall'analisi riportata al capitolo 2, frutto della valutazione condotta sui dati raccolti dal servizio e dagli approfondimenti effettuati con gli interlocutori del territorio.

### ***Area Minori e Famiglia***

#### **1. Supporto alla genitorialità**

Si riportano di seguito le azioni

- Potenziamento delle azioni rivolte ai genitori soli e alle famiglie numerose, anche attraverso la definizione di percorsi di integrazione con i soggetti del territorio istituzionali e del Terzo Settore;
- Mantenimento e sviluppo dello strumento del Progetto Mirato Personalizzato per le situazioni di fragilità economica e relazionale;
- Sviluppo dello strumento dell'accoglienza, anche tramite percorsi di sensibilizzazione mirati, da definire in collaborazione con i soggetti del Terzo Settore, il Consultorio e il Servizio Affidi dell'ASL;
- Raccordo con i soggetti del territorio in particolare relativamente all'integrazione delle famiglie straniere con attenzione specifica ai minori, volto alla convergenza e potenziamento di risorse nell'ottica dell'inclusione e della solidarietà, attivando interventi a carattere interculturale;

#### **2. Tutela dei minori**

Si riportano di seguito le azioni

- Sviluppo dello strumento dell'affido familiare, anche tramite percorsi di sensibilizzazione mirati, da definire in collaborazione con i soggetti del Terzo Settore, il Consultorio e il Servizio Affidi dell'ASL;
- Sensibilizzazione della Comunità locale, in particolare dei soggetti istituzionali e del Terzo Settore al fine di promuovere azioni congiunte e una presa in carico il più possibile precoce delle situazioni di rischio e pregiudizio in cui versano i minori;
- Definizione di collaborazioni con il Consultorio e il Servizio Affidi e Adozioni dell'A.S.L.



3. Strategie di prevenzione atte a sostenere la genitorialità e supportare la crescita delle nuove generazioni entro percorsi che abbiano come scenario le competenze per la vita.

Si riportano di seguito le azioni

- Mantenimento delle attuali offerte dei C.A.G. e I.G., individuazione di strategie per la razionalizzazione delle offerte, rendendole più rispondente ai bisogni dell'utenza a fronte delle risorse disponibili. Sollecitare azioni extramunicipali, da realizzare in collaborazione con le altre agenzie educative presenti sul territorio, da attuare in tutti i Comuni dell'Ambito;
- Definizione di azioni a carattere preventivo dirette, oltre che ad adolescenti e giovani, anche agli adulti impegnati in funzioni educative. Le azioni andranno declinate tenendo presenti le indicazioni definite dalle linee guida regionali;
- Promozione di azioni che valorizzino il protagonismo giovanile e la comunicazione intergenerazionale;
- Promozione tra i soggetti che si occupano di bambini, adolescenti e giovani, di una riflessione e condivisione dei principi e la metodologia indicata nelle linee guida regionali sulla prevenzione (DGR 6219 del 19.12.07).

***Area Fasce deboli (Anziani, Disabili, Adulti in difficoltà - povertà ed emarginazione, dipendenze, salute mentale)***

#### 1. Sostegno della domiciliarità

Si riportano di seguito le azioni:

- Mantenimento degli interventi di Servizio di Assistenza Domiciliare, promuovendo integrazioni con l'attività condotta da A.S.L. e A.O., in particolare con la definizione di protocolli operativi e adozione del P.A.I., in situazione di grave non autosufficienza;
- Avvio del servizio trasporto per effettuazione radioterapia, con valutazione in itinere dell'introduzione di utilizzo del servizio per altri tipi di necessità;
- Organizzazione del servizio di Telesoccorso per anziani;
- Sperimentazione del buono badante;
- Promozione di una riflessione entro le realtà del Terzo Settore che si occupano di anziani e disabili onde approntare ulteriori risposte innovative sul tema della solidarietà;
- Mantenimento di supporti economici, in situazioni di grave fragilità economica, tramite l'applicazione del regolamento unico dei Comuni per le prestazioni socio assistenziali;
- Sperimentazione di forme di accoglienza per anziani e disabili;
- Definizione di forme di supporto alle famiglie, anche tramite percorsi di gruppo volti alla riflessione e condivisione e interazione con le offerte del territorio.

#### 2. Supporto all'integrazione sociale

Si riportano di seguito le azioni:

- Mantenimento dell'aiuto economico per il pagamento delle rette del Centro Diurno Disabili, individuare, per quanto di competenza e di concerto con l'A.S.L., strategie per la razionalizzazione dell'offerta complessiva, rendendola più rispondente ai bisogni dell'utenza a fronte delle risorse disponibili;

- Promozione dello sviluppo degli inserimenti lavorativi in collaborazione con le Cooperative sociali e con il mondo imprenditoriale, definizione di un raccordo con l'Amministrazione Provinciale;
- Sperimentazione di occasioni di inserimento sociale, per persone disabili, nell'ambito del tempo libero, culturale, sport... promuovendo ambiti di progettazione con le agenzie del territorio e contesti di riflessione sul significato della solidarietà;
- Potenziamento dei raccordi con le scuole e il Servizio U.O.N.P.I.A. per la definizione e realizzazione di progetti integrati, per minori disabili;
- Valutazione e definizione di percorsi a carattere socio – assistenziale per persone disabili;
- Mantenimento e sviluppo di percorsi di integrazione sociale tramite Progetti Mirati Personalizzati, nelle situazioni di grave fragilità economica e di integrazione sociale;
- Definizione di accordi con il privato sociale per la determinazione di programmi di intervento comuni sulle situazioni, nell'ottica di razionalizzare le risorse;
- Definizione di accordi con i servizi specialistici dell'ASL e AO per l'utenza in carico e percorsi di invio per le persone non in carico ai servizi specialistici;
- Sviluppo di supporti volti all'integrazione sociale per le assistenti familiari straniere in collaborazione con agenzie del privato sociale e istituzioni.

### 3. Favorire l'inserimento in strutture residenziali laddove necessario

- Mantenimento dell'integrazione pagamento rette presso le R.S.A. per anziani in situazione di fragilità economica, attraverso l'applicazione del regolamento unico dei Comuni per le prestazioni socio assistenziali;
- Mantenimento del supporto economico per il pagamento delle rette della Comunità Socio Sanitaria, individuare, per quanto di competenza, di concerto con l'A.S.L., strategie per la razionalizzazione dell'offerta, rendendola più rispondente ai bisogni dell'utenza a fronte delle risorse disponibili;
- Mantenimento dell'offerta del Centro di Prima Accoglienza di Sondrio, per soggetti in situazione di grave emarginazione sociale.

## **CAPITOLO 7**

### **IL PIANO FINANZIARIO**

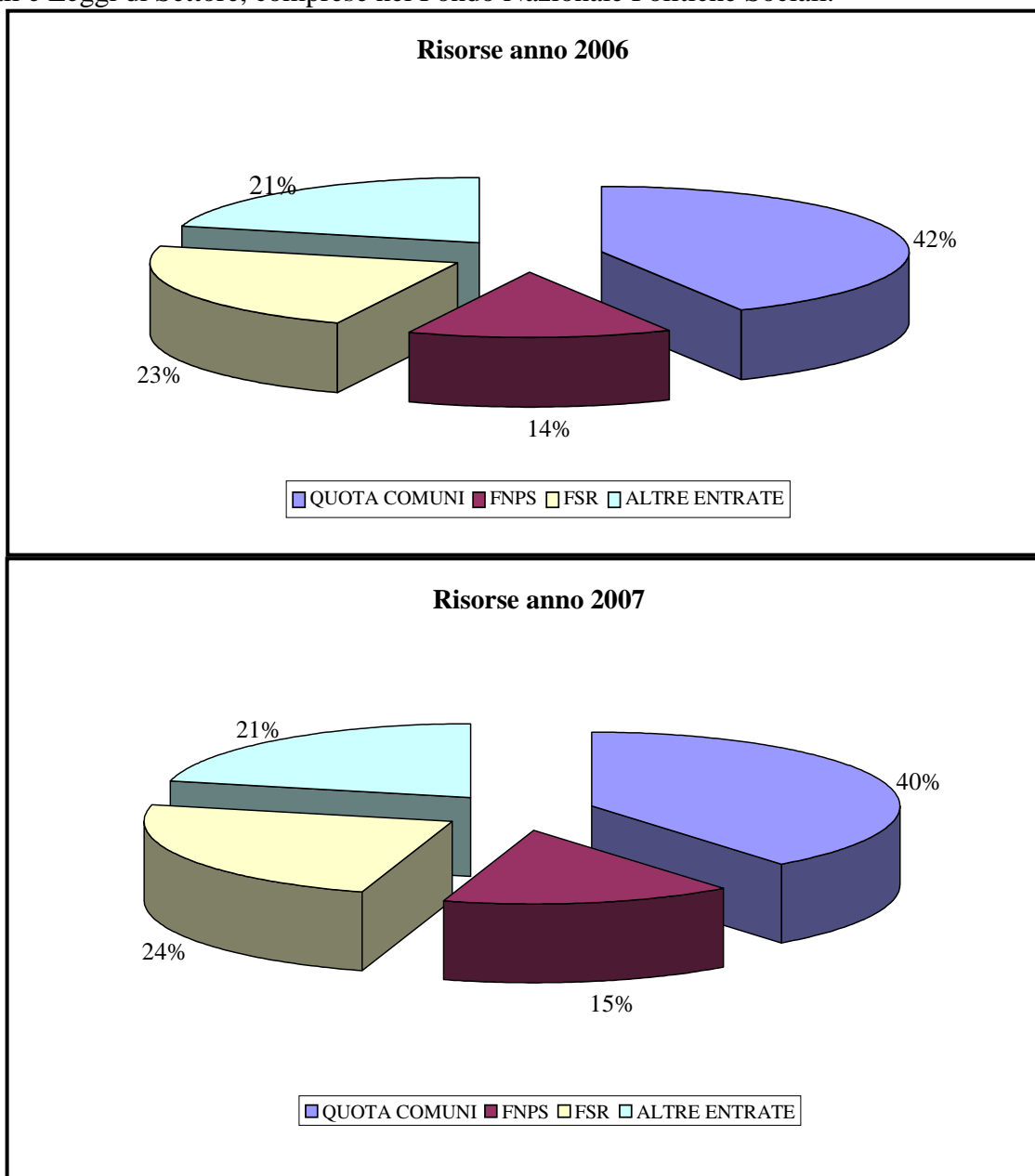


**Le risorse economiche del Piano di Zona sono costituite da:**

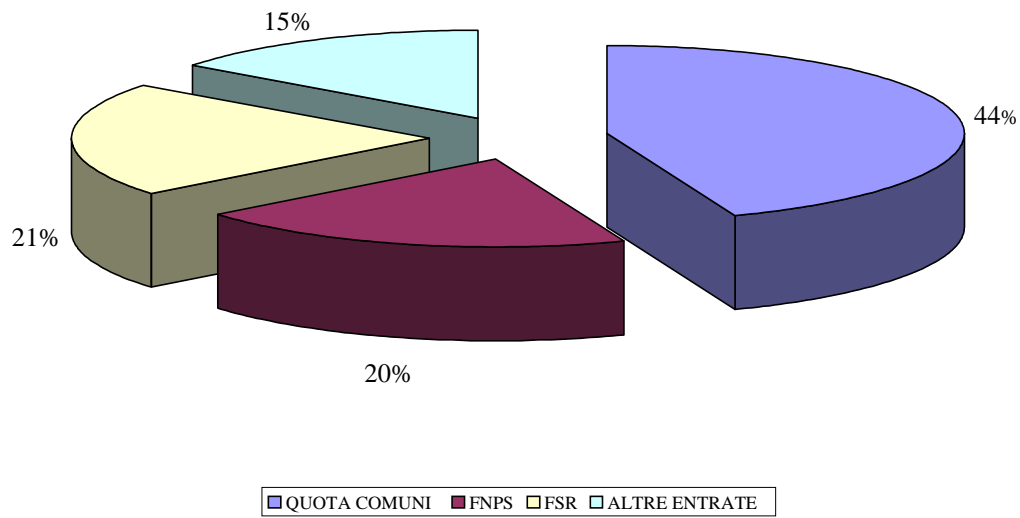
- Quote Comunali;
- Fondo Nazionale Politiche Sociali;
- Fondo Sociale Regionale;
- Entrate diverse (enti, privati, contribuzione utenti, ecc).

A partire dall'anno 2006 Fondo Sociale Regionale, riservato al sostegno dei servizi socio-assistenziali presenti a livello territoriale e storicamente gestito dall'Azienda Sanitaria Locale è stato assegnato direttamente agli ambiti territoriali, costituendo una quota rilevante dei canali di finanziamento della spesa. L'entità dei trasferimenti è andata diminuendo costantemente nel triennio 2006-2008 e, sulla base dell'assegnazione 2009, è ipotizzabile una progressiva contrazione di tale risorsa anche per il Piano di zona 2009-2011.

Nella triennalità precedente sono venute a mancare progressivamente entrate aggiuntive per progetti speciali e Leggi di Settore, comprese nel Fondo Nazionale Politiche Sociali.

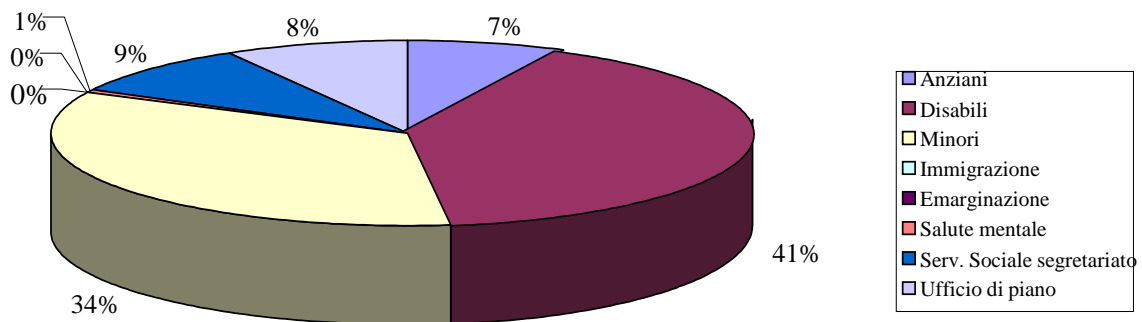


### Risorse anno 2008

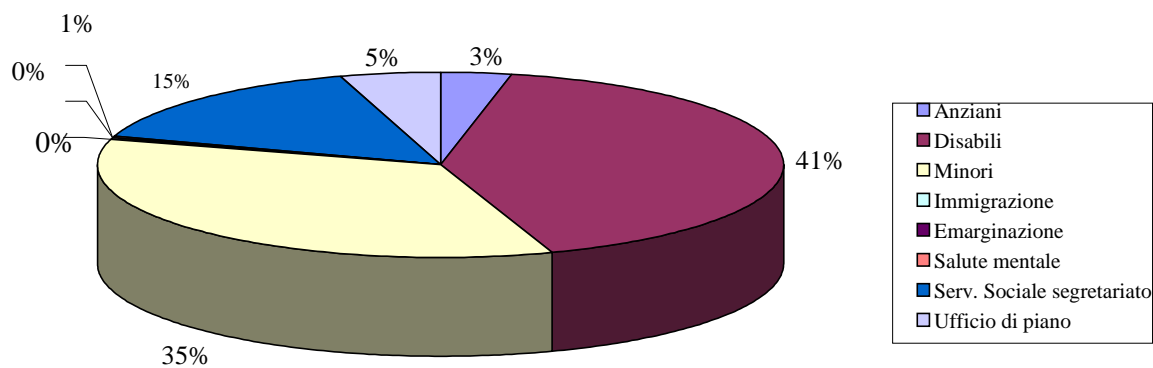


Dai grafici sopra riportati risulta che il finanziamento maggiore è dato dalla quota sociale versata dai Comuni, in forma solidale e proporzionale agli abitanti residenti. Si è verificato l'aumento progressivo di tale importo che ha portato negli anni di esercizio la quota capitaria da Euro 19,50 ad Euro 25,00.

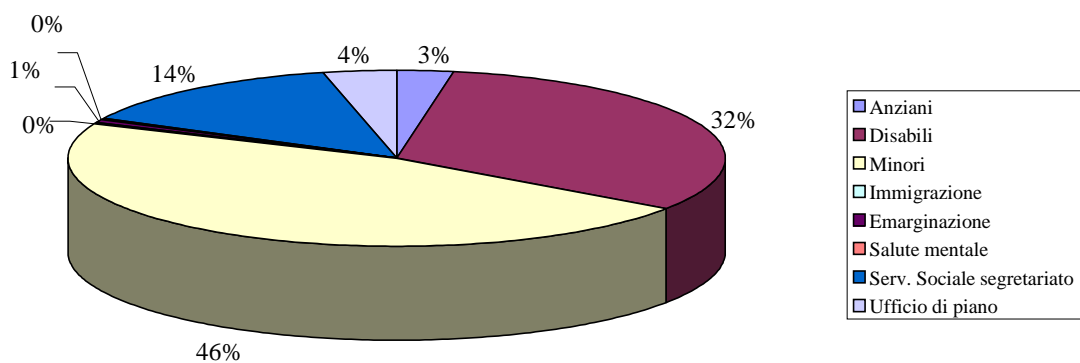
### Ripartizione risorse per area anno 2006



**Ripartizione delle risorse per area anno 2007**



**Ripartizione delle risorse per area anno 2008**

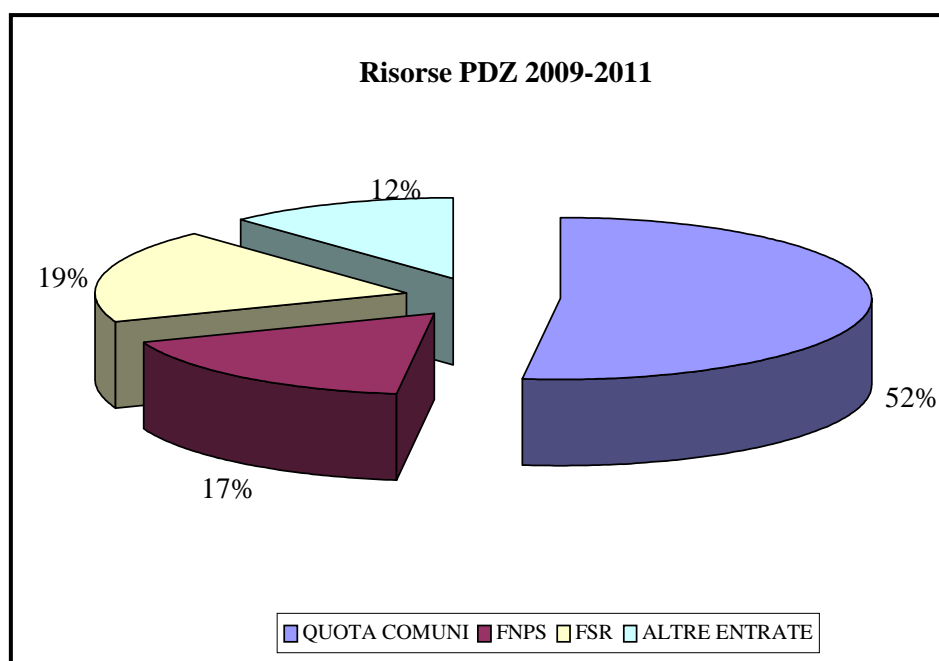


Confrontando gli investimenti per aree, rappresentati negli aerogrammi sopra riportati, si osserva in particolar modo l'incremento progressivo della spesa per i minori nel corso del 2008, da correlare direttamente con l'aumento del numero di casi in carico al servizio.

Il Piano economico per il triennio 2009 – 2011, di seguito rappresentato, evidenzia il potenziamento degli interventi a favore della famiglia, e dei soggetti in condizione di grave non autosufficienza, nel rispetto delle indicazioni regionali DGR n. VIII/8243 del 22.10.2008, ed in particolare l'assegnazione di risorse per:

- favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio delle persone in condizioni di non autosufficienza;
- assegnazione di titoli sociali a favore di famiglie numerose (con almeno quattro figli);
- la qualificazione del lavoro delle assistenti familiari
- l'attivazione dei Punti unici di Accesso

Il piano finanziario sarà suscettibile di variazioni nel corso del triennio a seguito degli accertamenti delle risorse assegnate.





**Preventivo 2009 / 2011**

AREA	TOTALE	SPESE				CANALI DI FINANZIAMENTO			
		Buoni e Voucher Sociali	Sviluppo Servizi	Mantenimento Servizi	Leggi di settore	QUOTA COMUNI	FNPS	FSR	ALTRE ENTRATE
ANZIANI	€ 95.000,00	€ 5.000,00	€ 90.000,00			€ 5.000,00	€ 90.000,00		
DISABILI	€ 1.126.500,00	€ 4.500,00		€ 1.122.000,00		€ 788.550,00	€ 22.530,00	€ 146.445,00	€ 168.975,00
MINORI	€ 1.558.110,00	€ 235.730,00	€ 150.000,00	€ 1.160.380,00	€ 12.000,00	€ 630.244,00	€ 373.946,00	€ 429.271,00	€ 124.649,00
IMMIGRAZIONE	€ 12.000,00			€ 12.000,00		€ 12.000,00			
EMARGINAZIONE	€ 21.000,00		€ 9.900,00	€ 11.100,00		€ 3.000,00	€ 13.500,00	€ 4.500,00	
SALUTE MENTALE	€ 13.500,00			€ 13.500,00		€ 10.000,00		€ 3.500,00	
SERV. SOCIALE SEGRETARIATO	€ 558.900,00		€ 65.000,00	€ 493.900,00		€ 307.395,00	€ 67.670,00		€ 83.835,00
UFFICIO DI PIANO	€ 163.500,00		€ 35.000,00	€ 128.500,00		€ 87.655,00	€ 32.700,00		€ 43.145,00
<b>TOTALE</b>	<b>€ 3.548.510,00</b>	<b>€ 245.230,00</b>	<b>€ 349.900,00</b>	<b>€ 2.941.380,00</b>	<b>€ 12.000,00</b>	<b>€ 1.838.844,00</b>	<b>€ 615.346,00</b>	<b>€ 673.716,00</b>	<b>€ 420.604,00</b>



## **Allegato 1 al Piano di Zona**

### **MODALITA' ORGANIZZATIVE E DI FUNZIONAMENTO DELL'ORGANO POLITICO DEL PIANO DI ZONA PER L'AMBITO TERRITORIALE DELL'ALTA VALTELLINA**

#### **CAP. I**

#### **DISPOSIZIONI GENERALI**

##### **Art. 1 – Oggetto**

Come previsto dal vigente Piano di Zona per i servizi socio assistenziali, il presente documento illustra le modalità organizzative e di funzionamento dell'organo di governo politico del Piano di Zona dell'ambito territoriale dell'Alta Valtellina.

##### **Art. 2 – Organi**

L'organo politico del Piano di Zona per l'ambito territoriale dell'Alta Valtellina è l'Assemblea dei Sindaci.

#### **CAP. II**

#### **ASSEMBLEA DEI SINDACI**

##### **Art. 3 – Composizione**

L'Assemblea dei Sindaci è composta da:

- tutti i Sindaci (o loro delegati) dei Comuni appartenenti all'ambito territoriale della Comunità Montana Alta Valtellina e sottoscrittori, con diritto di voto,
- Presidente della Comunità Montana Alta Valtellina (o suo delegato) senza diritto di voto,
- Direttore sociale dell'Asl (o suo delegato) senza diritto di voto.

All'Assemblea, di norma, interviene il Segretario dell'Ente gestore, o suo sostituto o designato, in qualità di verbalizzante.

Si prevede altresì che possano prendervi parte:

- il responsabile dell'Ufficio di Piano, in qualità di supporto tecnico senza diritto di voto;
- su invito della stessa Assemblea, rappresentanti di organismi non lucrativi di utilità sociale, organismi della cooperazione, associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni ed enti di patronato, organizzazioni di volontariato, enti riconosciuti delle confessioni religiose, ecc
- su invito della stessa Assemblea, altri soggetti con specifiche competenze nelle materie oggetto di esame.

L'Assemblea dei Sindaci è permanente e i suoi componenti si intendono automaticamente sostituiti da coloro che divengano nuovi rappresentanti degli enti a seguito di elezioni o di nuove nomine. L'eventuale partecipazione all'Assemblea di altro amministratore comunale è consentita previa apposita delega controfirmata dal Sindaco del Comune.

I componenti rimangono comunque in carica fino alla nomina dei successori anche nel caso di rinnovo dei consigli comunali.

#### **Art. 4 – Sede e presidenza delle sedute**

La sede dell'Assemblea è identificata presso la sede dell'Ufficio di Piano. Le adunanze potranno tuttavia tenersi anche presso le sedi dei Comuni su decisione del Presidente e per particolari esigenze logistiche.

Il Presidente dell'Assemblea dei Sindaci è uno dei Sindaci, eletto dalla stessa Assemblea, e rimane in carica per tutta la durata del proprio mandato elettivo.

Al Presidente dell'Assemblea dei Sindaci spettano le seguenti funzioni:

- a) rappresenta l'ambito distrettuale;
- b) convoca l'Assemblea dei Sindaci;
- c) formula l'ordine del giorno con il supporto del personale dell'Ufficio di Piano;
- d) coordina i lavori delle sedute.

L'Assemblea, con votazione palese, a maggioranza semplice e secondo le quote da ciascun Comune rappresentate, elegge un Vice-presidente che rimane in carica per tutta la durata del proprio mandato. Le quote di rappresentanza di ciascun Assessore sono pari al peso attribuito in funzione del numero di residenti del proprio comune al 31 dicembre dell'anno precedente alla data dell'Assemblea.

In caso di assenza o di impedimento del Presidente dell'Assemblea dei Sindaci, le sue funzioni sono esercitate dal Vice-presidente. In caso di assenza o di impedimento concomitante del Presidente e del Vice-Presidente le funzioni sono esercitate dal componente dell'Assemblea con maggiore anzianità amministrativa nel ruolo di assessore alle politiche sociali.

È possibile sfiduciare il Presidente dell'Assemblea dei Sindaci per gravi motivi. La mozione di sfiducia deve essere sottoscritta da almeno 4 rappresentanti dei Comuni e protocollata presso la Comunità Montana. Entro 15 giorni dalla consegna della mozione, il Presidente è tenuto a convocare l'Assemblea dei Sindaci per la discussione. Se la mozione viene approvata il Presidente sarà sostituito con un diverso rappresentante della Comunità Montana.

#### **Art. 5 – Ruolo**

L'Assemblea dei Sindaci rappresenta il luogo "stabile" della decisionalità politica per quanto riguarda i piani di zona. È chiamata pertanto a:

- approvare il documento di Piano di Zona e i suoi eventuali aggiornamenti;
- presiedere alle diverse fasi della predisposizione e poi della gestione del Piano di zona;
- verificare annualmente lo stato di raggiungimento degli obiettivi di piano;
- aggiornare le priorità annuali, coerentemente con la programmazione triennale e le risorse disponibili;
- definire gli indirizzi strategici delle politiche di ambito;
- definire gli elementi di indirizzo per regolare i rapporti economici tra i Comuni;
- svolgere funzioni di indirizzo complessivo del sistema integrato dei servizi sociali dell'ambito territoriale dell'Alta Valtellina;
- definire le modalità istituzionali e le forme di organizzazione gestionali più adatte all'organizzazione dell'ambito territoriale e della rete dei servizi sociali;
- definire le forme di collaborazione fra i Comuni e l'Asl;
- approvare annualmente i piani economici-finanziari di preventivo e i rendiconti di consuntivo;
- approvare i dati relativi alle rendicontazioni richieste dalla Regione Lombardia per la trasmissione all'ASL ai fini dell'assolvimento dei debiti informativi;

- svolgere le funzioni e le attribuzioni del comitato dei sindaci di distretto previsto dall'art. 3-  
quater, comma 4, del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni, così come  
previsto dall'art. 6 della L.R. 11 luglio 1997, n. 31, come modificata dalla L.R. 12 marzo 2008,  
n. 3.
- nominare il proprio Presidente e individuare l'ente capofila;
- definire le modalità di composizione degli organismi tecnici di supporto e di esecuzione;
- verificare la compatibilità impegni/risorse necessari;
- proporre l'allocazione delle risorse del FNPS (Fondo Nazionale per le Politiche Sociali), del  
Fondo sociale regionale e delle quote di risorse autonome conferite dai Comuni e dalla Comunità  
Montana per la gestione associata dell'attuazione degli obiettivi previsti dal Piano di Zona e in  
coerenza con le indicazioni regionali;
- definire la regolamentazione dei servizi sociali ovvero i criteri di accesso ai servizi stessi;
- definire le tariffe dei servizi e le relative contribuzioni e l'entità dell'integrazione delle rette per  
l'eccesso a servizi sociali o socio-sanitari.

#### **Art. 6 – Funzionamento**

L'Assemblea viene convocata dal Presidente, che la presiede, su sua iniziativa o su richiesta di almeno 1/3 dei componenti. La convocazione dovrà indicare la sede dell'adunanza e l'elenco degli argomenti da trattare.

Gli avvisi di convocazione sono inviati dagli uffici della Comunità Montana almeno cinque giorni prima della riunione al recapito che verrà comunicato dai componenti l'Assemblea.

Per motivi d'urgenza l'avviso potrà essere inviato o comunicato almeno 24 ore prima della riunione con opportuna modalità.

Presso l'Ufficio di Piano saranno disponibili gli atti relativi alle sedute, almeno tre giorni prima, in forma di proposte corredate degli eventuali necessari pareri.

Le sedute di norma non sono pubbliche. Potranno essere convocate in forma pubblica su decisione del Presidente e nel caso di particolari esigenze di comunicazione o di coinvolgimento della popolazione.

L'assemblea decide con il voto dei Sindaci presenti, pesato in rapporto al numero di residenti del Comune rappresentato.

L'Assemblea dei Sindaci in prima convocazione adotta le proprie determinazioni quando è presente un numero di componenti, secondo le quote a ciascuno assegnate, tali da rappresentare almeno i 2/3 della popolazione. In seconda convocazione la riunione è valida quando è presente un numero di componenti secondo le quote a ciascuno assegnate, tali da rappresentare almeno il 50% della popolazione.

La prima e la seconda convocazione dell'assemblea possono essere disposte con la medesima comunicazione e possono tenersi anche nella stessa giornata, a distanza almeno di un'ora.

Di norma le decisioni sono assunte a maggioranza di voti, con votazione palese. Sono soggette a scrutinio segreto le decisioni concernenti valutazioni sulle persone.

#### **Art. 7 – Validazione delle decisioni**

Le decisioni politiche relative alla definizione, attuazione e valutazione dei risultati conseguiti dal Piano di Zona sono assunte a maggioranza dei voti dei Sindaci presenti, in ragione dei voti espressi secondo le quote da ciascuno rappresentante.

Le decisioni assunte dall'Assemblea dei Sindaci sono vincolanti per le Amministrazioni facenti parte dell'ambito e che hanno sottoscritto il Piano di Zona e la relativa convenzione.

Nel caso della non adesione di uno o più Comuni a un servizio-progetto-attività sopra comunale programmato, i fondi stanziati verranno comunque utilizzati per la realizzazione del progetto stesso in favore dei Comuni aderenti.

La manifestazione della volontà dell'Assemblea dei Sindaci è documentata mediante la stesura di un verbale. Il verbale, sottoscritto dal presidente e dal verbalizzante, indicato dal Presidente stesso fra i presenti nel caso di assenza del segretario, dovrà essere inviato a tutti i Comuni, entro 15 giorni dalla seduta ed a cura dell'Ufficio di Piano, per l'eventuale presa d'atto e/o predisposizione degli atti (deliberazioni o determinazioni) di propria competenza.

Sarà cura di ogni ente trasmettere i verbali ai responsabili delle posizioni organizzative interessati all'attuazione di quanto deliberato.

La Comunità Montana ed i Comuni organizzeranno una raccolta degli atti dell'Assemblea dei Sindaci che saranno messi a disposizione degli amministratori.

I verbali sono approvati nella seduta successiva a quella cui si riferiscono, con gli emendamenti eventualmente richiesti dai membri interessati.

I verbali sono pubblicati all'albo pretorio della Comunità Montana e dei Comuni del comprensorio. Qualora la Comunità Montana Alta Valtellina o uno dei Comuni che ne fanno parte intendessero opporsi alle decisioni prese dall'Assemblea dei Sindaci dovranno comunicarlo, per iscritto ed entro 15 giorni dal ricevimento del provvedimento, all'Ufficio di Piano che provvederà, se possibile, a sospendere l'attuazione e darà risposta nei successivi trenta giorni.

I verbali dell'assemblea che trattino materie finanziarie, bilanci, controllo di gestione, investimenti, sono trasmessi all'Ufficio Ragioneria e al Consiglio Direttivo comunitario per gli adempimenti di competenza.

Gli atti deliberativi dell'Assemblea dei Sindaci sono il riferimento organizzativo per gli uffici interessati sia dei Comuni che della Comunità Montana e sono attuati con i provvedimenti che i regolamenti e la normativa vigente pongono a carico degli organi competenti.

#### **Art. 8 – Il rappresentante della Comunità Montana Alta Valtellina.**

Il rappresentante nell'Assemblea dei Sindaci della Comunità Montana Alta Valtellina svolge una funzione di collegamento e di coordinamento fra l'Assemblea dei Sindaci e gli organi politici della Comunità Montana, in sintonia e collaborazione con il responsabile dell'Ufficio di Piano, al fine di dare compiuta attuazione alle decisioni assunte dall'Assemblea dei Sindaci.

#### **Art. 9 – Entrata in vigore.**

Il presente regolamento verrà attuato dopo l'approvazione da parte della Comunità Montana Alta Valtellina e dei Comuni del comprensorio.

## Allegato 2 al Piano di Zona

### Costituzione del Tavolo di consultazione del Terzo Settore dell'Ambito territoriale di Bormio

La Delibera della Giunta regionale n. 7797 del 30 luglio 2008 prevede, entro il 16.12.08, la costituzione presso gli Ambiti di Tavoli di consultazione dei soggetti del Terzo Settore.

Vengono di seguito richiamati gli organismi del Terzo Settore (rif. Legge 8 novembre 2000 n. 328 e legge regionale 14 febbraio 2008 n. 1):

- Le cooperative sociali e gli organismi della cooperazione;
- Le organizzazioni di volontariato
- Le associazioni e gli enti della promozione sociale;
- Le fondazioni;
- Gli enti di patronato;
- Le associazioni familiari;
- Gli enti riconosciuti dalle confessioni religiose;
- Altri soggetti sociali senza fine di lucro.

**Il Tavolo di consultazione del Terzo Settore è costituito dai rappresentanti dei diversi organismi sopra indicati, potrà portare il proprio contributo per (rif. Delibera regionale 7797 del 30 luglio 2008):**

- sviluppare la rete delle unità d'offerta sociali e contribuire ad individuare nuovi modelli gestionali e sperimentali;
- esprimere, interpretare e tutelare i bisogni sociali dell'Ambito territoriale e contribuire alla valorizzazione delle risorse locali;
- contribuire alla definizione dei requisiti di accreditamento delle unità di offerta sociali e alla eventuale identificazione di ulteriori livelli di assistenza rispetto a quelli previsti dalla Regione Lombardia;
- fornire indicazioni per la determinazione dei parametri prioritari di accesso alle prestazioni sociali;
- sviluppare in accordo con gli Uffici di Piano l'attività di segretariato sociale e di informazione al cittadino relativamente alla rete delle unità d'offerta;
- contribuire alla promozione e divulgazione dell'istituto dell'amministratore di sostegno in accordo con l'Ufficio di Pubblica Tutela istituito presso l'ASL.

**Le modalità di funzionamento del Tavolo del Terzo Settore saranno oggetto di apposito atto redatto a seguito di un confronto tra i membri dello stesso, dovranno in ogni caso rispettare i seguenti requisiti minimi:**

- a) La presidenza del Tavolo è attribuita al Presidente dell'Assemblea dei Sindaci o suo delegato;
- b) Tra i membri del Tavolo dovrà essere prevista la partecipazione del Responsabile dell'Ufficio di Piano, del Direttore Sociale o suo delegato dell'ASL e del Direttore di Distretto dell'ASL;
- c) Il Tavolo sarà convocato almeno due volte l'anno con indicazione preventiva dell'ordine del giorno e inoltro degli eventuali materiali a tutti i partecipanti;
- b) Il Tavolo potrà inoltre essere convocato su richiesta motivata da parte di almeno 1/3 degli organismi del Terzo Settore;

- c) la partecipazione è garantita ai rappresentanti degli organismi del Terzo Settore operanti nel territorio dell'Ambito che dovranno designare con atto formale i propri rappresentanti per un numero massimo di:
- 3 rappresentanti per le cooperative sociali e gli organismi della cooperazione;
  - 2 rappresentanti organizzazioni di volontariato
  - 2 rappresentanti per le associazioni e gli enti della promozione sociale;
  - 1 rappresentante per gli enti di patronato;
  - 2 rappresentanti per le associazioni familiari;
  - 1 rappresentante per gli enti riconosciuti dalle confessioni religiose;
  - 1 rappresentante delle fondazioni
- d) ai lavori del Tavolo potranno partecipare di altri organismi del Terzo Settore o altri soggetti pubblici o privati , qualora gli argomenti in discussione lo rendano opportuno e su invito del presidente;
- e) dovrà essere prevista la possibilità che l'ASL o il Presidente dell'Assemblea dei Sindaci convochino, in aggiunta o in alternativa a quanto previsto da ciascun Ente, riunioni congiunte dei Tavoli di rappresentanza del Terzo Settore per l'esame di questioni inerenti sia la rete delle unità d'offerta sociali che quella riguardante le unità d'offerta sociosanitarie.

Al fine di favorire una partecipazione equilibrata, relativamente ai due Tavoli di Area (Minori – famiglie e Fasce deboli), si propongono di seguito indicazioni per la nomina dei rappresentanti:

- Per l'Area Minori e famiglie, quello in cui vi sono meno organizzazioni, si prevede la possibilità che partecipino tutti i soggetti: le due Cooperative Sociali che lavorano nel settore (L'Impronta e La Stella Alpina), La Caritas, come organizzazione di volontariato, L'Associazione familiare "Una Famiglia per l'Affido" e un rappresentante delle Parrocchie. Il numero potenziale di rappresentanti è quindi 5.
- Per L'Area Fasce deboli si chiederà che i soggetti nominino i loro rappresentanti con i seguenti criteri: 1 rappresentante per le Cooperative Sociali (escludendo le Cooperative già indicate sopra), 1 rappresentante per le Organizzazioni di Volontariato, 2 rappresentanti per le Associazioni, 1 rappresentante per gli Enti di Patronato, 1 rappresentante per le associazioni familiari, 1 rappresentante per le fondazioni. Il numero potenziale di rappresentanti è quindi 7.



## Allegato 3 al Piano di Zona

### UNITÀ D'OFFERTA

#### UNITÀ D'OFFERTA SOCIO SANITARIE al 31.12.2008

#### COMUNITÀ ALLOGGIO SOCIO SANITARIA E CENTRO DIURNO DISABILI

Struttura	n. posti accreditati	n. ospiti
CSS La Sorgente- Valdisotto	7 di lungoassistenza e 2 di pronto intervento/sollievo	7+2
CDD Livigno	15	14
CDD La nostra BaitaValfurva	26	20

#### Tipologia utenza<sup>32</sup>

	CSS La Sorgente Valdisotto	CDD Livigno	CDD "La nostra Baita" Valfurva
0-18	-	-	5%
19-35 anni	-	15%	59%
36-50 anni	29%	62%	36%
oltre 50 anni	71%	23%	0%

#### Permanenza nella struttura

	CSS La Sorgente – Valdisotto	CDD Livigno	CDD "La nostra Baita" Valfurva
0-15 anni	0%	0%	4%
6-15 anni	100%	0%	23%
oltre 15 anni	0%	100%	73%

Sono ospiti di una RSD in provincia due residenti del distretto e tre presso strutture fuori provincia.

<sup>32</sup> Tra bisogni e risorse per una crescita della risposta, Unità organizzativa Disabili, Dipartimento A.S.S.I. della Provincia di Sondrio 2008

## RESIDENZA SANITARIO-ASSISTENZIALE

### Provenienza ospiti

Struttura	Alta Valle	Provincia di Sondrio	Fuori Provincia
Bormio	68	4	0
Sondalo	40	1	3
Valfurva	30	10	3
<b>Totale ospiti</b>	<b>138</b>	<b>15</b>	<b>6</b>

Classificazione utenza secondo nomenclatura SO.S.I.A.

Struttura	Classe SOSIA	
	1-4 (meno compromessi)	5-8 (maggiormente compromessi)
Bormio	35	37
Sondalo	23	20
Valfurva	19	25
<b>Totale ospiti</b>	<b>77</b>	<b>82</b>

## UNITA D'OFFERTA SOCIALI

### CENTRI DI AGGREGAZIONE GIOVANILE

#### CAG di Livigno

Utenti inverno 2008-2009

N frequentanti	1° ciclo Scuola Primaria	2° ciclo Scuola Primaria	Scuola Secondaria di 1°	Totale
Abituali/continuativi	73	68	56	<b>197</b>
Partecipanti a Progetti	9		23	<b>32</b>

Programmazione estate 2008

N frequentanti	1° ciclo Scuola Primaria	2° ciclo Scuola Primaria	Scuola Secondaria di 1°	Totale
Abituali/continuativi	81	99	40	<b>220</b>
Partecipanti a Progetti	/	/	36	<b>36</b>

#### CAG di Bormio

N frequentanti	2° ciclo Scuola Primaria	Scuola Secondaria di 1°	Scuola Secondaria di 2°	Totale
Abituali/continuativi	40	21	20	<b>81</b>
Saltuari		20	10	<b>30</b>
Partecipanti a Progetti *				<b>210</b>

\* Comprendono iniziative a carattere collettivo, gestite in collaborazione con diverse agenzie del territorio, per ragazzi del 2° ciclo della Scuola Primaria, della Scuola Secondaria di Primo e Secondo Grado, il "Doposcuola" e il Percorso "Educazione all'affettività", per due classi terze della Scuola Secondaria 1°.

#### CAG di Sondalo

N frequentanti	Scuola Secondaria di 1°	Scuola Secondaria di 2°	Totale
Abituali/continuativi	20	35	<b>55</b>
Saltuari	10	75	<b>85</b>
Partecipanti a progetti *			<b>293</b>

\* Comprendono iniziative a carattere collettivo, gestite in collaborazione con diverse agenzie del territorio, per ragazzi della Scuola Secondaria di Primo e Secondo Grado e il Progetto “Frazioni”, il Progetto “Educazione all’affettività” (per due classi terze della Scuola Secondaria 1°) e il Percorso per gli animatori della Parrocchia.

### CAG di Valdisotto

N frequentanti	Scuola Secondaria di 1°	Scuola Secondaria di 2°	Totale
Abituali/continuativi	35	20	<b>55</b>
Saltuari	20	25	<b>45</b>
Partecipanti a progetti *			<b>125</b>

\* Comprendono iniziative a carattere collettivo, gestite in collaborazione con diverse agenzie del territorio, per ragazzi della Scuola Secondaria di Primo e Secondo Grado, il “Doposcuola” e il Percorso “Educazione all’affettività”, per due classi terze della Scuola Secondaria 1°.

### Animativa Valdidentro

N frequentanti	Abituali/continuativi	Progetti*
Scuola Secondaria di 1°	<b>40</b>	<b>286</b>

\* Comprendono iniziative a carattere collettivo, gestite in collaborazione con diverse agenzie del territorio, per ragazzi della Scuola Secondaria di Primo, il Percorso per gli animatori della Parrocchia e il Percorso “Educazione all’affettività”, per due classi terze della Scuola Secondaria di 1°.

### INFORMAGIOVANI

Utenza dal 01.01.2008 al 31.12.2008

Informagiovani	Accessi
Centro di Bormio	312
Punto di Livigno	75
Punto di Sondalo	86
<b>Totale</b>	<b>473</b>

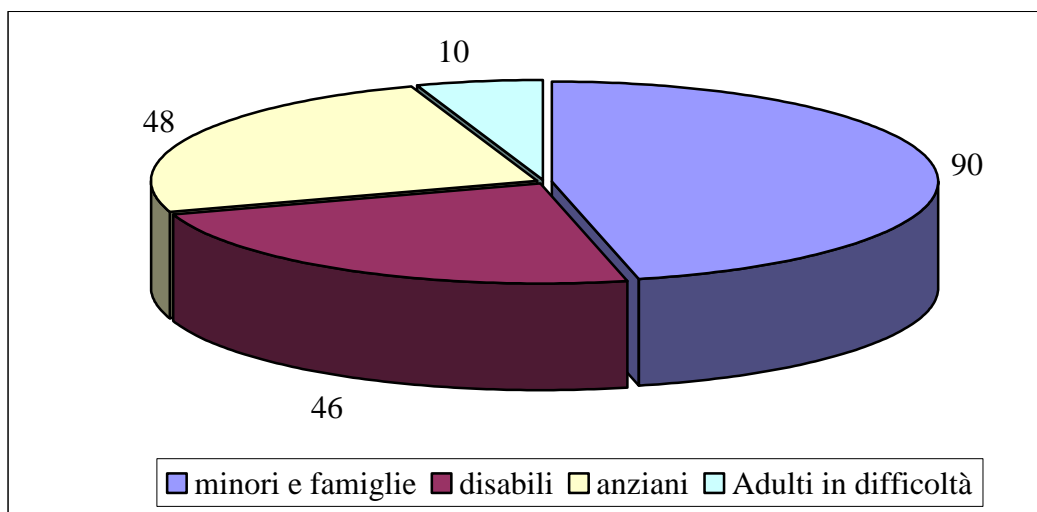
Utenza	Centro di Bormio	%	Punto di Livigno	%	Punto di Sondalo	%	Totali
Primi Ingressi	36	12%	17	23%	28	33%	<b>81</b>
Primi Ingressi 2008	63	20%	30	40%	22	26%	<b>115</b>
Ritorni	213	68%	28	37%	36	42%	<b>277</b>
<b>Totali</b>	<b>312</b>	/	<b>75</b>	/	<b>86</b>	/	<b>473</b>

## UTENZA SERVIZIO SOCIALE

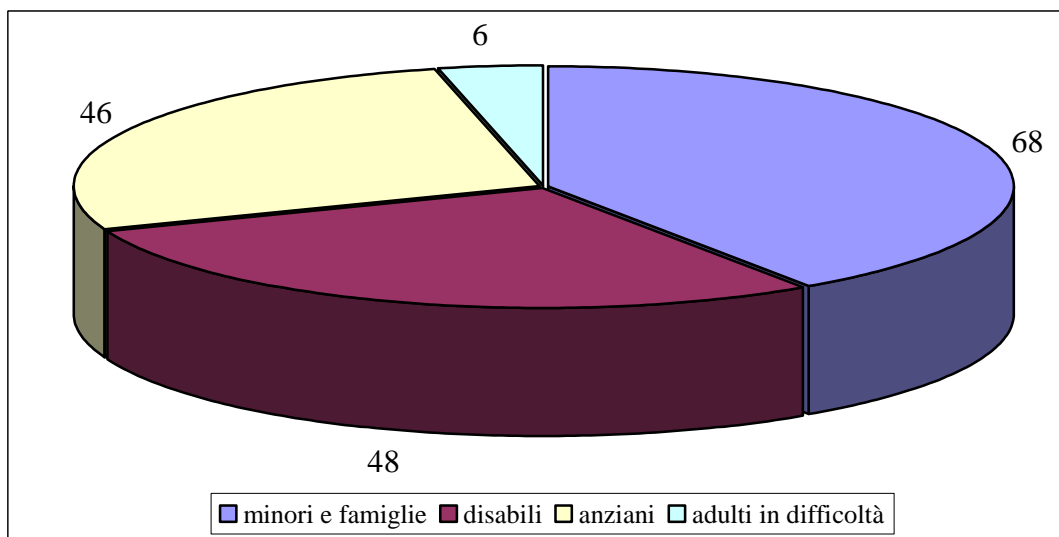
### Tipologia Utenza al 31.12.2008

Comuni	Totale	% in rapporto alla pop	Minori e Famiglie	Disabili	Anziani	Adulti in difficoltà
Bormio	32	0,78%	14	8	9	1
Valdisotto	32	0,93%	13	7	8	4
Valdidentro	17	0,42%	3	9	5	0
Valfurva	19	0,70%	3	6	10	0
Sondalo	50	1,16%	23	11	12	4
Livigno	44	0,76%	34	5	4	1
<b>Totale casi in carico</b>	<b>194</b>	/	<b>90</b>	<b>46</b>	<b>48</b>	<b>10</b>

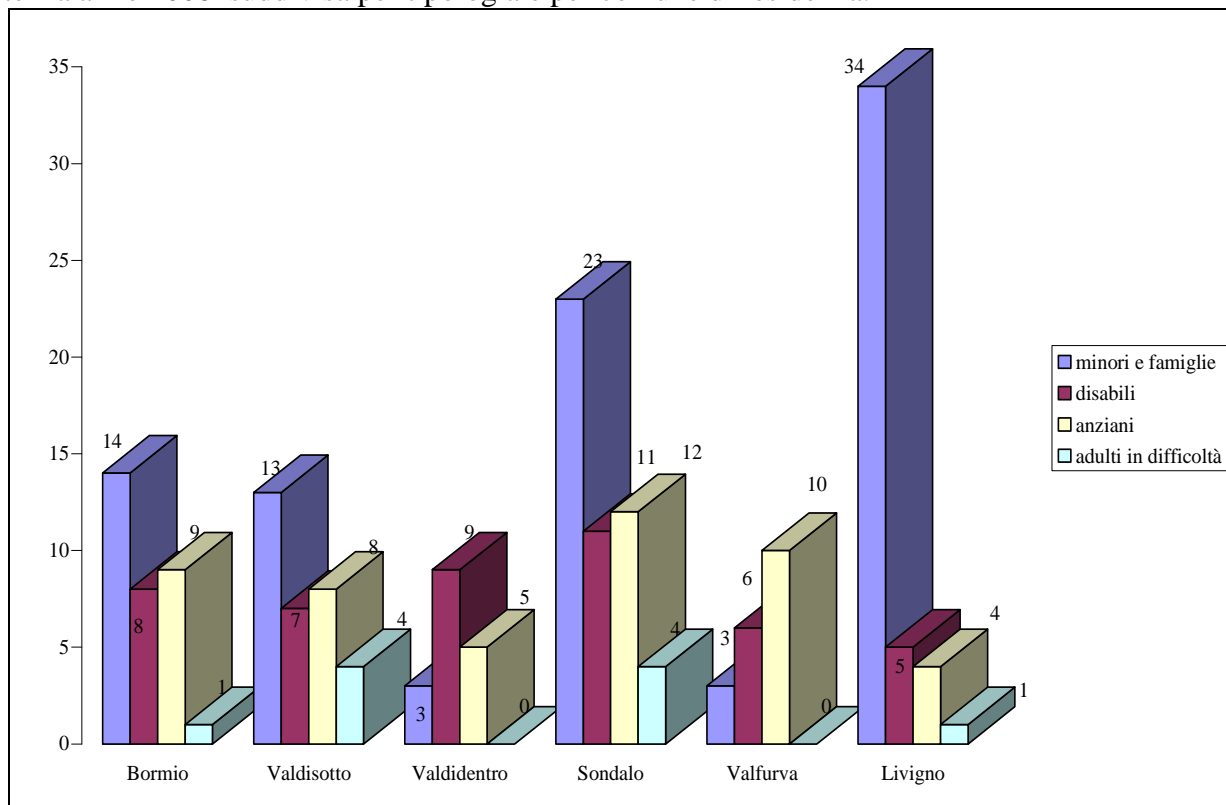
Utenza anno 2008 suddivisa per tipologia.



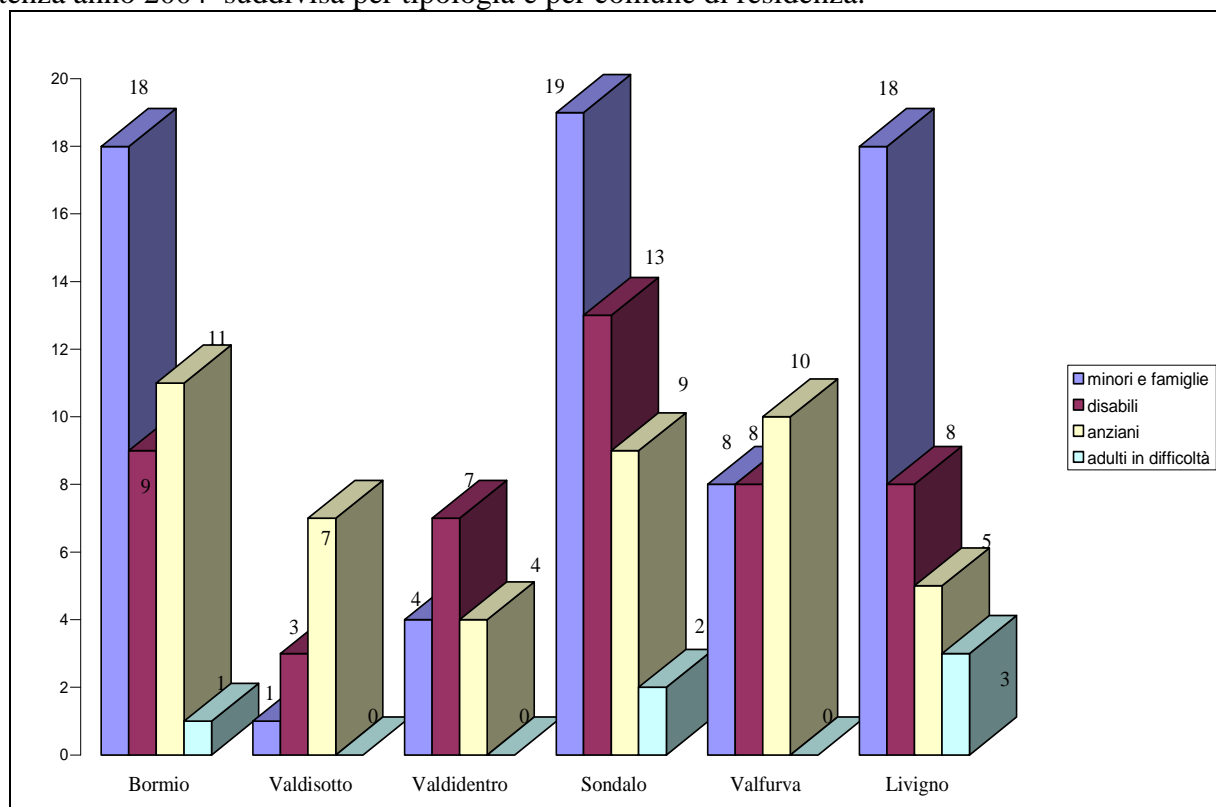
Utenza anno 2004 suddivisa per tipologia.



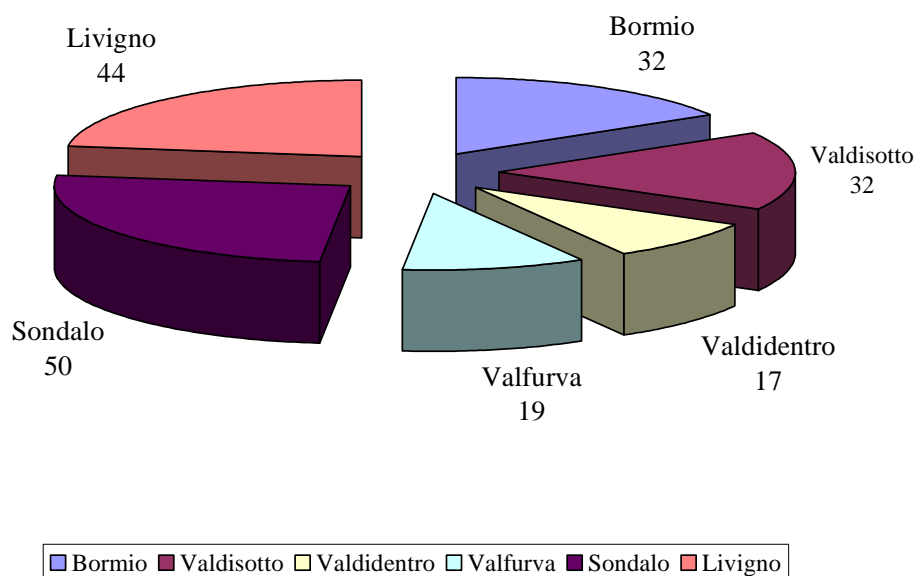
Utenza anno 2008 suddivisa per tipologia e per comune di residenza.



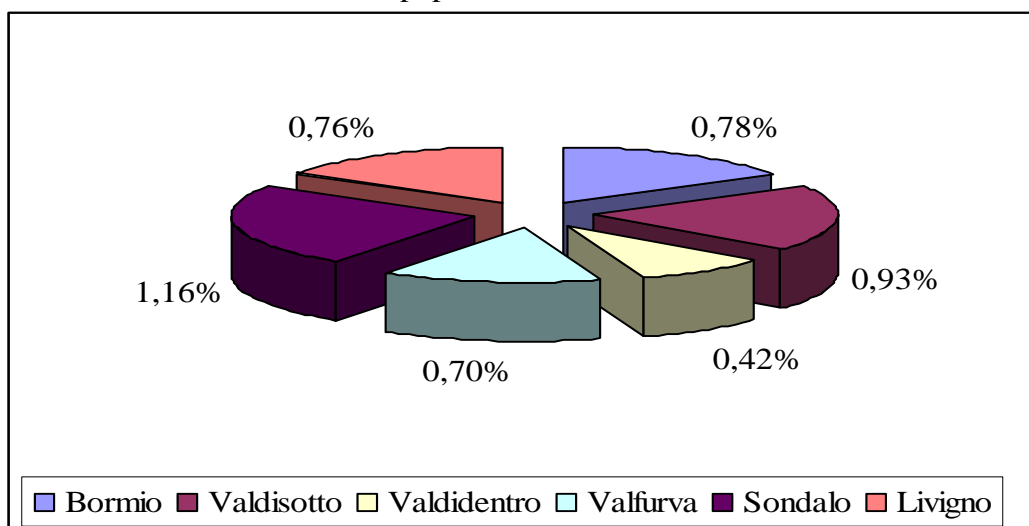
Utenza anno 2004 suddivisa per tipologia e per comune di residenza.



Utenza 2008 per comuni



Percentuale utenza 2008 sul totale della popolazione residente.



## Tutela minori

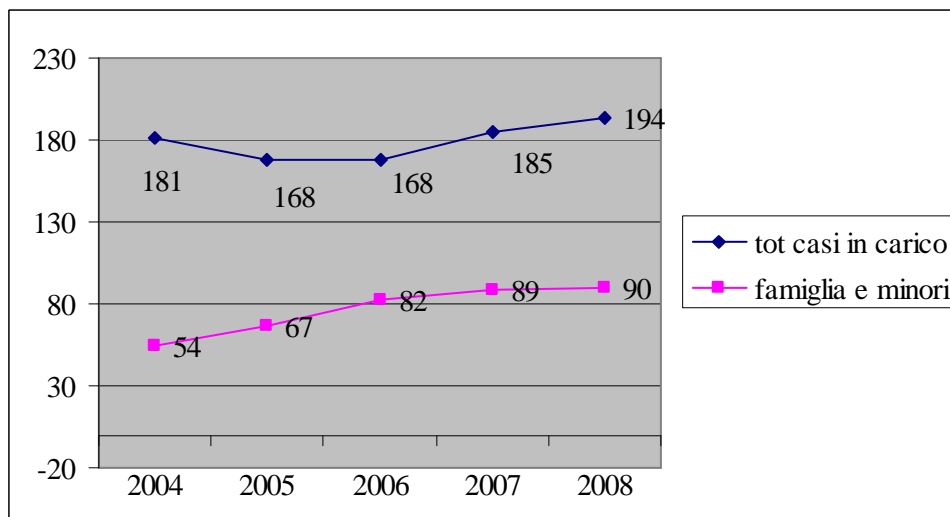
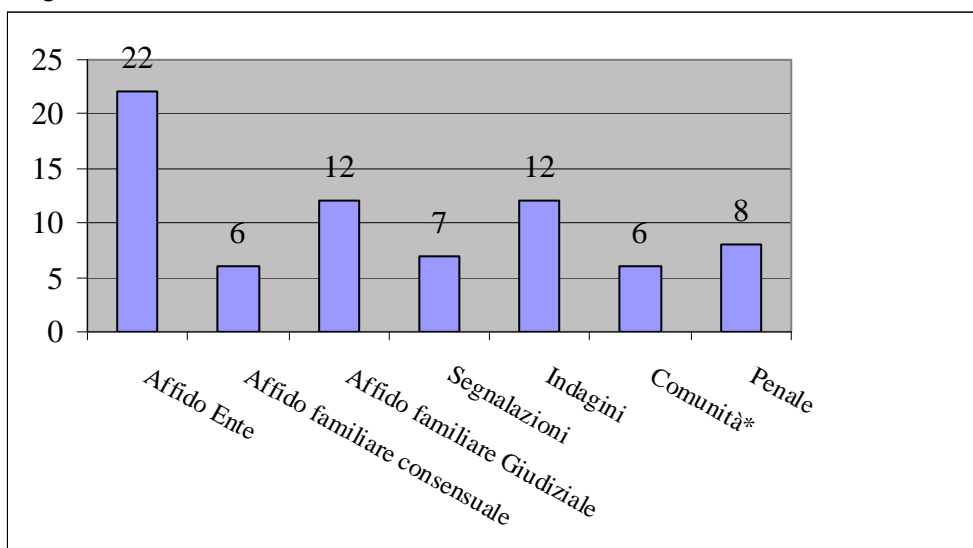
	Affido familiare	SED	PMP	Totale utenti nell'ambito
2004	5	6	10	21
2008	18	5	12	35

Casistica anno 2008

Tipologia intervento	Affido Ente	Affido familiare consensuale	Affido familiare Giudiziale	Segnalazioni	Indagini	Comunità*	Penale
Totale ambito	22	6	12	7	12	6	8

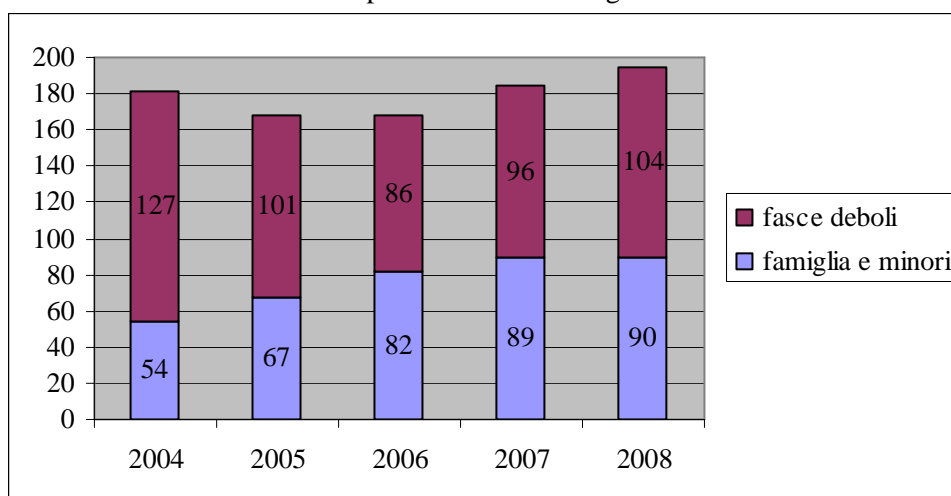
\* al 31.12.2008 i minori in comunità sono 3.

Tipologia intervento tutela minori





Andamento casi in carico suddivisi per totali e casi famiglia e minori 2004-2008.



#### Area Minori e Famiglia

Tipologia intervento	PMP totali	PMP con SED	SED	Consulenza/ supporto	Contributi assistenziali	Accoglienza
<b>Totale utenti</b>	<b>12</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>37</b>	<b>10</b>	<b>4</b>

#### Area Disabili

Tipologia intervento	Totale	BLSA TL	BLI	Monitoraggio	Nuove Attivazioni	SED	SAD	Segretariato sociale / Consulenza	Richieste Contributi
<b>N utenti</b>	<b>46</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>28</b>	<b>2</b>

#### Area Anziani

Tipologia Intervento	Totale	SAD	Nuove attivazioni	Termine	Segretariato sociale/ consulenza	Erogazione contributo assistenziale
<b>N utenti</b>	<b>48</b>	<b>42</b>	<b>12</b>	<b>18</b>	<b>26</b>	<b>1</b>

#### Area Adulti in difficoltà

Tipologia Intervento	Totale	SAD	Segretariato sociale/ consulenza	Erogazione contributo assistenziale
<b>N utenti</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>5</b>



## Bibliografia

R. Celli, *Longevità di una democrazia comunale – le istituzioni di Bormio dalle origini del Comune al dominio napoleonico*, Del Bianco Editore, Udine, 1984.

*Documento di analisi territoriale anno 2003*, a cura della Comunità Montana Alta Valtellina.

*Documento di sintesi a cura dell'Ufficio di Piano sul percorso per operatori dello sport "Vince chi fa più errori – anti-manuale di sopravvivenza nel contesto sportivo"*, giugno 2006.

P. Ferrario, *Seminario sulla Legge Regionale n. 3/2008*, tenuto presso l'Università Bicocca di Milano il 14 novembre 2008 (dispensa).

S. Gastaldi, *Relazioni sul tema "Adolescenti oggi – cambiamenti, risorse e paure"*, Isolaccia, febbraio / marzo 2007.

*Giovani e valori – Confronto tra giovani e adulti*, a cura della Cooperativa S. Stella Alpina, nell'ambito del Progetto "Raccontagiovani", maggio 2007.

*Le Gioventù a Valdidentro – Incontro tra generazioni e tradizione*, Comune di Valdidentro, a cura dell'Ufficio di Piano Comunità Montana Alta Valtellina, rapporto di ricerca, Bormio, 2004-2005.

*I gruppi formali ed informali in Alta Valtellina*, a cura della Comunità Montana Alta Valtellina, Bormio, rapporto di ricerca, settembre 1999.

*Indagine 2007*, a cura dell'Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multietnicità.

F. Olivetti Manoukian, *Reimmaginare la funzione dei servizi*, in "Animazione sociale", n. 1 supplemento "I Geki", gruppo Abele, Torino, 2005, pp. 22 – 31.

F. Olivetti Manoukian, *Produrre servizi – lavorare con oggetti immateriali*, op. cit., Il Mulino, Bologna, 1998, pp. 149-150.

*La prevenzione delle dipendenze attraverso le relazioni e il monitoraggio tra gli adolescenti e la rete degli adulti significativi*, a cura del Dipartimento delle Dipendenze A.S.L. della Provincia di Sondrio, Direzione Sociale, rapporto di ricerca, 2007.

*Progetto "Centro Giovani di Livigno"*, a cura dell'Ufficio di Piano di Bormio, febbraio 2007.

*Rapporto 2008 dell'Osservatorio Dipendenze*, a cura del Dipartimento delle Dipendenze A.S.L. della Provincia di Sondrio, Direzione Sociale.

*Rapporto sul disagio sociale – anno 2007*, Osservatorio sul disagio e i servizi sociali della Provincia di Sondrio.

*Relazione Conclusiva – Progetto di prevenzione Scuola secondaria di primo grado di Sondalo anno scolastico 2007/08*, a cura dell'Ufficio di Piano di Bormio, 2008.

*Tra bisogni e risorse per una crescita della risposta*, a cura dell'Unità organizzativa Disabili, Dipartimento A.S.S.I. dell'A.S.L. della Provincia di Sondrio, 2008.

M. Renaldini, *Il ruolo dei padri oggi*, Isolaccia, 16 aprile 2008, Sintesi dell'incontro con i padri.

S. Gastaldi, *La voce dei papà nella famiglia che cambia*, S. Antonio Valfurva, 11 dicembre 2003, Sintesi dell'incontro con i padri.



## Glossario

### Sigla / Acronimo

ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
AO	Azienda Ospedaliera
AOVV	Azienda Ospedaliera di Valtellina e Valchiavenna
ASL	Azienda Sanitaria Locale
ANTEAS	Associazione Nazionale Terza Età Attiva per la Solidarietà
ASSI	Attività Socio-Sanitarie Integrate
AUSER	Associazione per l'Autogestione dei Servizi e la Solidarietà
BLSA	Borsa lavoro socio assistenziale
BLI	Borsa lavoro Inserimento
CAG	Centro di Aggregazione Giovanile
CAV	Centro di Aiuto alla Vita
CDD	Centro Diurno Disabili
CDI	Centro Diurno Integrato
CF	Consultorio Familiare
CGIL	Confederazione Generale Italiana del Lavoro
CISL	Confederazione Italiana Sindacati Lavoratori
CM	Comunità Montana
CPS	Centro Psico-Sociale
CSS	Comunità Alloggio Socio Sanitaria
CVD	Commissione di Valutazione Distrettuale
DGR	Deliberazione della Giunta Regionale
DLgs	Decreto Legislativo
DSU	Dichiarazione Sostitutiva Unica
FNPS	Fondo Nazionale per le Politiche Sociali
IG	InformaGiovani
ISE	Indicatore della Situazione Economica
ISEE	Indicatore di Situazione Economica Equivalente
ISMU	Iniziative e Studi sulla Multiethnicità
IVG	Interruzioni Volontaria di Gravidanza
LR	Legge Regionale
PAI	Piano di Assistenza Integrato
PdZ	Piano di Zona
PUA	Punto Unico di Accesso
RL	Regione Lombardia
RSA	Residenza Sanitaria Anziani
SAD	Servizio di Assistenza Domiciliare
SED	Servizio Educativo Domiciliare
SerT	Servizio per le Tossicodipendenze
SLA	Sclerosi Laterale Amiotrofica
S.OS.I.A.	Scheda Osservazione Intermedia Assistenza
SPDC	Servizi Psichiatrici di Diagnosi
SSB	Servizio Sociale di Base
TCE	Trauma Cranico Encefalico
TRATTA	Tutela Regionale Articolo Tredici Territori per l'Accoglienza
UdP	Ufficio di Piano
UE	Unione Europea
UIL	Unione Italiana del Lavoro
UO	Unità Organizzativa
UONPIA	Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
UOP	Unità Operativa di Psichiatria
USSL	Unità Socio Sanitaria Locale