

## CAP. 5 - ANALISI DEI BISOGNI PER MACRO AREE DI INTERVENTO E ILLUSTRAZIONE DELLE MOTIVAZIONI ALLA BASE DELLA SCELTA RIGUARDO ALLE AREE INDIVIDUATE PER LA PROGRAMMAZIONE

### 5.1 SNODI DI COLLABORAZIONE, PUNTI UNICI DI ACCESSO, VALUTAZIONE, DIGITALIZZAZIONE

Nel nuovo contesto, segnato dai cambiamenti di sistema introdotti dal legislatore regionale e da quello nazionale – anche per il tramite del PNRR – l'integrazione sociosanitaria è una priorità che va perseguita anche attraverso la definizione di accordi tra istituzioni sociali e sociosanitarie per la gestione dei nuovi contesti/strutture organizzative che sono stati istituiti sui territori.

Presso i Punti Unici di Accesso (PUA) operano équipe integrate, composte da personale appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli Ambiti Territoriali Sociali (ATS), che sono chiamati ad assicurare la funzionalità delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM). In primo luogo, è importante definire i percorsi di presa in carico nell'ambito dei Punti Unici di Accesso (PUA) e la valutazione multidimensionale dei bisogni ad opera di équipe multidisciplinari che rappresentano il prerequisito perché i servizi territoriali funzionino come una filiera integrata.

Di seguito un richiamo alla principale normativa di riferimento:

- Il D.M. 77/2022 che assegna alla “Casa di Comunità” il compito di promuovere un modello di intervento integrato e multidisciplinare, quale sede privilegiata di progettazione ed erogazione di interventi sanitari, nonché di fornire la risposta e la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari, attraverso le funzioni svolte dal Punto Unico di Accesso (PUA);
- la Legge n. 234/2021 (Legge di bilancio 2022) che ridefinisce ed amplia le funzioni dei Punti Unici di Accesso (PUA), incardinando al loro interno anche l'attività delle Unità di Valutazione Multidimensionali (UVM), finalizzata alla valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale delle persone (art. 1, co. 163);
- il Piano per la non autosufficienza (PNNA) 2022-2024 per quanto riguarda gli obiettivi di servizio individuati per la progressiva attuazione del LEPS di Processo "Percorso assistenziale integrato" (art. 1, co. 162 e co. 164, L. n. 234/2021);
- Piano Nazionale degli interventi sociali 2021-2023 che indica tra le azioni prioritarie l'implementazione dell'integrazione e collaborazione della parte sociale con quella sanitaria all'interno delle équipe multidisciplinari incardinate nel Punto Unico di Accesso (PUA);
- la L.R. n. 22/2021 recante “Modifiche al Titolo I e al [Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33](#) (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)”;
- la DGR n° XI/6760/2022 di approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'applicazione del decreto 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale”.

#### PUNTI UNICI DI ACCESSO INTEGRATI E U.V.M.

L'Ambito Oglio Po ha sul proprio territorio n. 3 Case della Comunità, n. 2 nel viadanese (Viadana e Bozzolo), n. 1 nel casalasco (Casalmaggiore). In ognuna di queste è presente un Punto Unico di Accesso (P.U.A.) e una Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.).

La precisa individuazione delle competenze di queste nuove strutture operative, la definizione condivisa delle modalità di collaborazione, la composizione dell'équipe, la disponibilità e l'utilizzo degli spazi in Casa di comunità ha richiesto e richiederà ancora un impegno sia da parte delle ASST che dell'ambito, anche in ragion del fatto

che il territorio fa capo a due ASST diverse. Sono presenti accordi formalizzati come descritto nel capitolo 3.

Dando seguito al lavoro svolto nella precedente triennalità si andranno a consolidare i già avviati percorsi di integrazione sociosanitaria che prevedono modalità di lavoro congiunto.

Diversi sono i terreni sfidanti per consolidare l'integrazione, anche in stretto raccordo con la realizzazione dei LEPS. Il Protocollo d'intesa approvato tra ASST Mantova e gli ambiti di riferimento tra cui il territorio viadanese definisce, in linea di massima, le funzioni del Punto Unico di Accesso (PUA) e della Unità di Valutazione Multidisciplinare e Multidimensionale (UVM/UVMD) inoltre prevede la modalità di funzionamento, la composizione e articolazione territoriale dei PUA, le risorse umane dedicate e il raccordo con i MMG/PLS.

Le Linee di indirizzo per la programmazione sociale territoriale prevedono che le fasi di programmazione, realizzazione, monitoraggio e valutazione debbano essere tutti passaggi da realizzare in modo congiunto tra Ambiti e ASST con il coordinamento delle ATS. Questo permette di garantire l'effettivo raccordo di parte della programmazione sociale definita attraverso i Piani di Zona con la programmazione dei Piani di sviluppo dei poli territoriali (PPT) delle ASST.

Nell'ottica di armonizzare la programmazione dei Piani di Zona con i Piani di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT), nel territorio mantovano ASST ha organizzato il percorso formativo "PUA e UVM – strumenti e metodi per la valutazione e per la presa in carico multidisciplinare dell'utente fragile – integrazione con gli ambiti territoriali della provincia di Mantova". L'obiettivo prioritario è stato quello di coinvolgere gli operatori che operano nelle UVM all'interno dei PUA dei servizi sociosanitari, operatori di ASST e Ambiti Territoriali, in diverse azioni quali:

- mappare i processi e percorsi integrati attualmente in essere e le criticità esistenti;
- avanzare una proposta di percorso condiviso di presa in carico, attraverso la conoscenza degli strumenti necessari per sviluppare un approccio globale e multidimensionale alla persona ed ai suoi bisogni.

Sono stati definiti n. 4 Gruppi di miglioramento che hanno lavorato sulle seguenti aree tematiche:

1. DIMISSIONI PROTETTE - PROGETTO PNRR – stesura buone prassi operative
2. MINORI processo di progettazione e valutazione circolare: 1° valutazione, monitoraggio e valutazione dei risultati – stesura buone prassi operative
3. ANZIANI processo di progettazione e valutazione circolare: 1° valutazione, monitoraggio e valutazione dei risultati – stesura buone prassi operative
4. ADULTI processo di progettazione e valutazione circolare: 1° valutazione, monitoraggio e valutazione dei risultati – stesura buone prassi operative

Il Piano di sviluppo del Polo Territoriale di ASST Mantova prevede, tra gli indicatori e risultati attesi per il triennio, la realizzazione di almeno un corso di formazione per Distretto entro il 2026 che vede la partecipazione dell'associazionismo, degli Ambiti di riferimento e del personale ASST. La realizzazione di una formazione dedicata ai principali attori chiamati ad integrarsi nell'ambito della CdC potrebbe avere particolare rilevanza nel consolidamento delle collaborazioni attivate.

ASST Cremona nella definizione del PPT ha avviato, con la consulenza di un ente esterno, un lavoro integrato tra le varie aree della componente sociosanitaria, le aziende sociali e gli enti del terzo settore (rappresentati sia dal forum del terzo settore cremonese che dal CSV Lombardia sud). Le aree di approfondimento del documento vedono una coerenza con gli obiettivi della prossima triennalità del piano di zona: in particolare sul tema della domiciliarità e presa in carico, disabilità, tutela minori e famiglia.

La complessità dell'integrazione è data da diversi aspetti:

- Disomogeneità tra i due sub ambiti. Il viadanese ha la figura dell'assistente sociale inserita in équipe sociosanitarie integrate e collocate presso la sede del Distretto sociosanitario dal 2008 quando è stato approvato il primo *"protocollo d'intesa distrettuale finalizzato all'integrazione socio-sanitaria dei servizi rivolti all'area anziani e adulti non autosufficienti. nel 2009 è stato approvato il protocollo d'intesa per la costituzione e la regolamentazione del funzionamento del centro per l'assistenza domiciliare (ceAD)"*.

Successivamente la stessa équipe è stata denominata Centro Multiservizi ed ora équipe PUA della Casa della Comunità. Pur con situazioni sempre mutevoli in termini di gestione dei rapporti e delle collaborazioni, l'integrazione sociosanitaria è sempre stata considerata un obiettivo prioritario che ha comportato investimenti in termini economici e di personale. Nel casalasco il CeAD non ha avuto la stessa evoluzione, ma ha rappresentato l'avvio del processo di integrazione sociosanitaria. E' stato avviato nel 2010 con la sottoscrizione del *"protocollo d'intesa per la costituzione e la regolamentazione del funzionamento del centro per l'assistenza domiciliare (ceAD) in attuazione della D.G.R. VIII/10759 dell'11 dicembre 2009"* e ha visto la presenza di un assistente sociale e fondi dedicati. Inoltre, al fine di valorizzare il processo di integrazione, i servizi specialistici si sono sempre integrati con gli assistenti sociali comunali e con l'ufficio di piano: questo ha permesso sia di lavorare in équipe integrate sia di promuovere prassi e modelli condivisi, seppur non sempre formalizzati. Nel 2023 con la sottoscrizione dell'accordo *tecnico operativo tra la ASST di Cremona, il Consorzio Casalasco Servizi Sociali e il Comune di Casalmaggiore per lo sviluppo di processi d'integrazione, in ambito sanitario, sociosanitario e sociale"* ha consentito un ulteriore sviluppo del processo di integrazione;

- Ancora si confonde la progettazione integrata con la costruzione di filiere di servizi (sociali/sanitari), con richieste di adesione al mero piano operativo o con funzioni puramente erogative;
- La progettazione spesso si attua in ristrettezze di tempi, di personale e in mancanza di piena legittimazione politico/istituzionale. Le sempre più forti richieste di efficienza e produttività, sicuramente legittime, hanno assunto una tale importanza da saturare buona parte del tempo lavoro e ridurre in maniera significativa lo spazio professionale per il pensiero progettuale, per le azioni partecipate di valutazione e di analisi del bisogno e incidendo sul livello di soddisfazione e sulla qualità di vita dei professionisti;
- L'incremento della complessità e la difficoltà, da parte dei professionisti, a farvi fronte corre il rischio di limitare l'azione professionale ad una mera erogazione di prestazioni;
- Seppur le Unità di Valutazione Multidimensionale siano state particolarmente valorizzate negli ultimi anni, il loro funzionamento è fortemente connesso, come già anticipato, alla legittimazione istituzionale ed alle risorse, soprattutto di personale;
- Non vi è ancora piena consapevolezza, da parte di alcuni professionisti, della valenza dell'integrazione sociosanitaria;
- La persona non sempre è al centro dell'agire dei professionisti, questo in quanto conseguenza (a volte inconsapevole) delle eccessive frammentazioni delle titolarità, delle funzioni, dei servizi pubblico/privati;
- La mancanza di un pieno ed efficace utilizzo della cartella sociale e la mancata interoperabilità tra le banche dati sociali e sanitarie bisogni., non permette di integrare fonti di dati in capo a diversi attori ma la cui ricomposizione sarebbe essenziale per una migliore capacità di intervento, anche in termini di personalizzazione delle azioni;
- Le due ASST di Mantova e Cremona hanno storie molto differenti. ASST Cremona comprende due ambiti: Cremona e Casalmaggiore. I due ambiti sono molto diversi per dimensioni e anche per quel che riguarda l'organizzazione dei servizi. Cremona rappresenta il polo maggiore mentre Casalmaggiore ha dimensioni nettamente inferiori ed esigenze molto diverse. ASST MN comprende 6 ambiti e tre distretti sociosanitari;
- Si ritiene che vi sia ancora poca conoscenza da parte delle persone circa i servizi offerti e il funzionamento di questo nuovo modello organizzativo.

L'introduzione di una nuova figura, l'infermiere di famiglia, ha permesso nuove modalità di collaborazione sul territorio con i servizi sociali. Inoltre, integrandosi con le diverse équipe multiprofessionale, stanno apportando processi nuovi e in evoluzione per la presa in carico integrata.

La costituzione dell'organismo consultivo distrettuale vede la presenza di diversi soggetti territoriali, sia del pubblico che in rappresentanza del privato sociale. La finalità è quella di garantire una risposta assistenziale integrata nel contesto della rete dei servizi territoriali, sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali, per determinare un'efficace presa in carico della popolazione e la definizione di una progettualità condivisa in favore dei cittadini.

Richiamando le linee guida dei PDZ, gli enti del Terzo Settore e più in generale l'associazionismo rappresentano un capitale sociale ad alto valore aggiunto per rafforzare e accrescere la prossimità della rete dei servizi territoriali e il carattere inclusivo del territorio lombardo.

Si fa riferimento sia all'azione degli enti che operano prevalentemente grazie al volontariato, espressione della cittadinanza attiva di giovani e adulti, sia alla realtà delle imprese sociali che gestiscono attività economiche in grado di generare non solo un valore economico ma anche un rilevante valore sociale in termini di occupazione, di inserimento lavorativo delle persone più a rischio di esclusione (ad esempio le persone con disabilità) di servizi per la cura e assistenza per le categorie più fragili.

## **BISOGNI RILEVATI**

Il Piano Sociosanitario Integrato Lombardo 2024-2028 approvato con D.C.R. 395/2024 richiama esplicitamente l'impegno ad armonizzare la programmazione dei Piani di Zona (PDZ) con i nuovi Piani di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT) anche attraverso la progettazione condivisa col terzo settore. "(...) Questo è indispensabile per assicurare una regia che dia reale efficacia ai progetti individuali definiti dalle équipes di valutazione insieme agli enti gestori scelti dalla persona e dalla famiglia. Le ASST e le ATS devono attivarsi affinché nei Distretti si sviluppi la capacità sia di individuare e valorizzare le risorse formali, informali e del Terzo Settore, sia di co-progettare con esse un welfare di prossimità. Con la condivisione di tutte le informazioni aumenterà il valore preventivo ed inclusivo del progetto individuale che le Équipe di Valutazione Multidimensionale (EVM) definiscono con la persona e la sua famiglia". Si individua pertanto come rilevante la necessità di potenziare i rapporti di cooperazione con tutti gli attori territoriali di interesse in grado di dare continuità e struttura alle collaborazioni, attraverso accordi anche formali.

E' necessario valorizzare e potenziare gli strumenti dell'amministrazione condivisa: si tratta di una condivisione di poteri e responsabilità tra enti pubblici e Terzo settore, chiamati a programmare, progettare e agire congiuntamente a favore delle loro comunità. Tale strumento si basa su relazioni di collaborazione e condivisione, e si ispira a diversi valori e principi: la fiducia reciproca, la responsabilità, l'inclusività la sostenibilità la prossimità e territorialità.

Enti pubblici e Terzo settore sono quindi chiamati ad allearsi per realizzare insieme finalità comune; questo richiede a tutti i soggetti coinvolti un cambiamento culturale di grande rilievo e, coerentemente, di ripensare ruoli, compiti e organizzazione. È importante accompagnare processi che sono fondamentali per un territorio e le sue comunità: le regole della partecipazione non possono prescindere da una condivisa attribuzione di senso rispetto agli obiettivi definiti, potenziare quindi questo metodo nella prossima programmazione è necessario per costruire una strategia di comprensione e fronteggiamento dei problemi sociali e sociosanitari presenti sul territorio.

Per quanto riguarda il tema della digitalizzazione dei servizi emerge, in particolare dai confronti nell'ambito delle équipes sociosanitarie integrate, l'importanza che potrebbe avere l'integrazione delle banche dati e delle Cartelle sociali con quelle gestite dai servizi di ASST pur nella consapevolezza delle difficoltà oggettive, derivanti dalla applicazione della normativa in tema di privacy, che derivano dall'appartenenza ad organizzazioni diverse.

## 5.2 DISABILITÀ E AUTISMO

Le linee di indirizzo per la Programmazione Sociale Territoriale per il triennio 2025-2027 e i Piani di sviluppo del Polo territoriale delle ASST (PPT) sottolineano la necessità di implementare l'integrazione programmatoria e funzionale tra sociale e sociosanitario per le linee di intervento regionale afferenti all'area della disabilità.

Il servizi sociali e sociosanitari sono chiamati in modo sempre più pressante a prendere atto del cambiamento sociale in corso: una popolazione sempre più anziana sarà una popolazione statisticamente più disabile; una popolazione sempre più anziana e fragile comporta uno sfaldamento sempre più evidente del sistema di *welfare* informale e su base familiare che ha sempre contraddistinto il nostro territorio; al contempo emergono nuove diagnosi con nuovi bisogni ed esigenze che rendono evidenti le falle del sistema pubblico e privato di sostegni alle persone con disabilità; infine va maggiormente approfondito il tema delle persone di origine straniera disabili o anziane, un target di popolazione molto nuovo per il nostro territorio che porta con se una specifica complessità data dalle differenze culturali, dalle barriere linguistiche e dalla rete sociale e familiare più fragile.

### I CITTADINI PRESI IN CARICO DAI SERVIZI

		AREA - N.P.I.				
ANNO		Fasce d'Età				
		0-5	6-11	12-17	18+	Totale
2021	Utenti	286	664	385	42	1.377
	Pop. al 01/01/2021	3.709	4.485	4.568	69.596	82.358
2022	Utenti	286	642	385	40	1.353
	Pop. al 01/01/2022	3.615	4.515	4.756	71.050	83.936
2023	Utenti	254	627	393	45	1.319
	Pop. al 01/01/2023	3.611	4.307	4.744	71.150	83.812

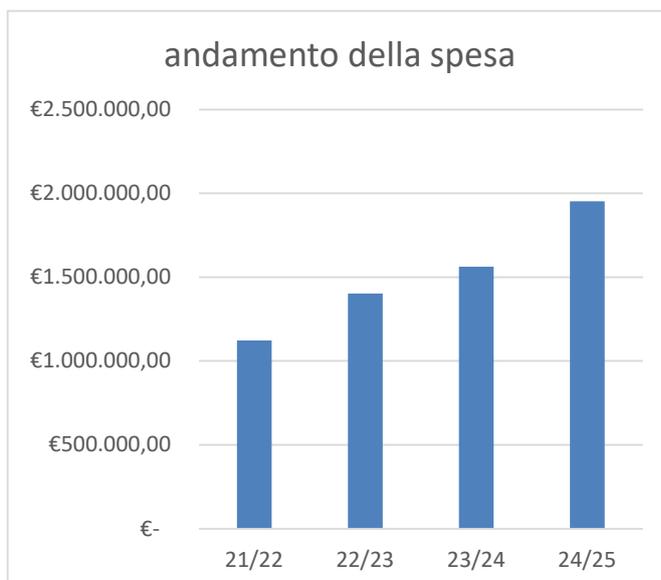
I dati delle prese in carico da parte della **NPI** mostrano una leggera e progressiva diminuzione nel corso del triennio. La fascia d'età maggiormente seguita è quella 6-11 anni (circa il 47.5% delle prese in carico). I maggiorenni che rimangono in carico al servizio invece sono 3.4%.

Al contempo emerge che nel triennio il territorio ha visto un forte incremento dei **servizi per l'integrazione scolastica** dell'alunno con disabilità.

	21/22			22/23			23/24			24/25		
	Casalasco	Viadanese	totale									
n minori	85	142	227	96	172	268	105	186	291	120	185	305
nido				2		2	1	2	3	0	1	1
infanzia	9	28	37	17	33	50	24	28	52	21	27	48
primaria	39	56	95	40	64	104	42	74	116	42	71	113
secondaria di primo grado	22	22	44	20	32	52	17	33	50	29	43	72
secondaria di secondo grado e CFP	15	36	51	17	43	60	21	49	70	28	43	71

## LA SPESA

21/22	Casalasco	€	389.478,25
	Viadanese	€	732.529,78
	totale	€	1.122.008,03
22/23	Casalasco	€	542.226,09
	Viadanese	€	859.212,98
	totale	€	1.401.439,07
23/24	Casalasco	€	676.511,65
	Viadanese	€	886.522,33
	totale	€	1.563.033,98
24/25	Casalasco	€	903.361,05
	Viadanese	€	1.048.748,00
	totale	€	1.952.109,05



La spesa relativa al servizio di **assistenza educativa scolastica** per gli alunni disabili sta progressivamente aumentando e questo pone problemi di sostenibilità di servizio: si stanno realizzando alcune sperimentazioni (es. Educativa scolastica di plesso a Mn e Protocollo Cremona) che prevedono il coinvolgimento di Ambiti, ASST e istituzioni scolastiche, per agire in maniera integrata e sinergica già dalla fase valutativa. Rispetto a questo tema si collegano le criticità delle assegnazioni delle ore degli insegnanti di sostegno (soprattutto rispetto ai centri di formazione professionale), l'attenzione posta alla costruzione delle alleanze con le famiglie e la nuova modalità di certificazione.

Vista la maggiore complessità dei bisogni di sostegno di alunne e alunni disabili e dell'urgenza di pensare ad un sistema migliore di accompagnamento dalla minore alla maggiore età, si stanno sviluppando sul territorio progettualità in connessione tra servizi sociali, scuola e enti del terzo settore per avviare attività durante le ore scolastiche ma fuori dal contesto scuola per permettere al/la minore con disabilità di sperimentarsi nelle sue autonomie, sperimentare in modo graduale l'esperienza dei servizi a fare delle persone disabili adulte e quindi costruire già durante gli anni di scuola le basi per il futuro (progetto "io a scuola di vita" con ISS Romani e Inclusione Attiva).

Interessante vedere le prese in carico del servizio di salute mentale -CPS: nel corso del triennio vi è stato un incremento progressivo delle diagnosi.

Salute Mentale													
ANNO		Diagnosi											Totale
		Disturbi psichici di natura organica	Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive	Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti	Disturbi dell'umore	Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi	Sindromi comportamentali associate a disfunzioni fisiologiche	Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto	Ritardo mentale	Disturbi dello sviluppo psicologico	Disturbi comportamentali e della sfera emozionale con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza	Non Definita	
2021	00-17	3	0	21	33	21	0	1	1	0	0	1	81
	18-29	0	3	5	14	24	4	11	4	2	1	6	74
	30-44	1	5	41	39	50	0	16	11	1	1	4	169
	45-64	1	3	99	144	99	7	34	9	0	3	9	408
	65+	0	0	30	36	18	0	5	4	0	0	4	97
	<b>Totale</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>196</b>	<b>266</b>	<b>212</b>	<b>11</b>	<b>67</b>	<b>29</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>24</b>	<b>829</b>
2022	00-17	1	0	2	9	5	0	0	0	0	0	0	17
	18-29	0	1	8	10	25	3	12	5	0	1	17	82
	30-44	2	1	38	25	54	1	12	8	1	2	7	151
	45-64	0	2	107	133	87	6	34	9	0	2	16	396
	65+	1	1	51	77	50	0	5	4	0	1	5	195
	<b>Totale</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>206</b>	<b>254</b>	<b>221</b>	<b>10</b>	<b>63</b>	<b>26</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>45</b>	<b>841</b>
2023	00-17	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	18-29	0	2	13	15	21	3	16	9	1	2	8	90
	30-44	2	2	38	28	49	1	17	9	2	2	7	157
	45-64	1	2	108	143	92	5	37	9	0	2	18	417
	65+	5	0	57	87	45	0	11	5	0	0	6	216
	<b>Totale</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>216</b>	<b>273</b>	<b>207</b>	<b>9</b>	<b>82</b>	<b>32</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>39</b>	<b>881</b>

Il passaggio dalla minore alla maggiore età risulta essere un passaggio molto delicato sia per i cittadini che per i servizi: nel triennio, infatti, si vede che solo il 9,6% delle diagnosi psichiatriche è riferita alla fascia di età 18/29. Allo stesso modo si vede come solo il 3,4% delle prese in carico riguarda il ritardo mentale, soprattutto in età adulta.

#### LA RETE DEI SERVIZI DIURNI E RESIDENZIALI

L'analisi della rete delle **strutture sociosanitarie** presenti sul territorio Casalasco Viadanese rivolte alle persone con disabilità si concentra sulla rilevazione dei Centri Diurni per Disabili (CDD), delle Comunità Socio-Sanitarie (CSS) e delle Residenze Sanitarie per Disabili (RSD).

unità d'offerta		Casalasco Viadanese	totale ats
CDD	Num. UdO autorizzate di cui	3	22
		Accreditate	3
		A contratto	3
	Posti Autorizzati	55	530
	Posti Accreditati	55	530
	posti Contratto	53	523
CSS	Num. UdO autorizzate di cui	2	20
		Accreditate	2
		A contratto	2
	Posti Autorizzati	20	180
	Posti Accreditati	20	170
	posti Contratto	20	148
RSD	Num. UdO autorizzate di cui	2	12
		Accreditate	2
		A contratto	2
	Posti Autorizzati	72	827
	Posti Accreditati	72	827
	posti Contratto	57	812

Per quanto riguarda le caratteristiche dell'utenza le strutture sociosanitarie hanno visto negli anni un'utenza costante, rappresentata per la maggior parte da persone di età compresa tra 45-64 anni, con alti bisogni di sostegno in classe SID1 e 2 pari al 56% del totale delle persone accolte. Le persone over 65 accolte rappresentano il 11% del totale delle persone inserite nei servizi con una netta prevalenza in RSD.

		AREA DISABILI					Totale
		Fasce d'Età					
unità	Strutture	<18	18-29	30-44	45-64	65+	
2021	CDD	0	20	14	15	1	50
	CSS	0	0	0	8	0	8
	RSD	0	0	7	36	9	52
	<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>59</b>	<b>10</b>	<b>110</b>
2022	CDD	0	19	15	12	1	47
	CSS	0	0	0	9	0	9
	RSD	0	0	7	34	10	51
	<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>19</b>	<b>22</b>	<b>55</b>	<b>11</b>	<b>107</b>
2023	CDD	0	20	18	13	1	52
	CSS	0	0	0	8	0	8
	RSD	0	0	8	36	12	56
	<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>26</b>	<b>57</b>	<b>13</b>	<b>116</b>

L'analisi della rete delle **strutture socioassistenziali** presenti sul territorio Casalasco Viadanese rivolte alle persone con disabilità si concentra sulla rilevazione dei CSE e delle comunità alloggio. Non sono presenti Servizi di Formazione all'autonomia.

Nell'ambito ooglio Po sono presenti di 4 centri socioeducativi autorizzati per complessivi 74 posti. Nel corso del 2023, 58 persone hanno usufruito dei CSE: 38 a tempo pieno mentre 20 part time.

Il Costo complessivo al netto della compartecipazione delle famiglie per l'anno 2023 è stato 548.963,94 (la spesa per i comuni nel 2022 era pari a € 468.832,41).

Le strutture residenziali sono 3 (due sul territorio casalasco) per complessivi 30 posti. Queste strutture ospitano diverse persone provenienti da altri territori. Tutti e 30 i posti sono occupati ormai da tempo. I comuni compartecipano alla spesa delle rette per n. 7 persone, con un costo a loro carico di € 122.716,65 (nel 2022 la spesa dei comuni era pari a 134.250,96).

Complessivamente nel 2022 i comuni dell'ambito hanno speso per i servizi e integrazioni rette € 5.759.315, con un costo pro-capite pari a 70, 14€.

Ambito	Totale costi	Destinatari	Costo medio
spesa per il socioassistenziale	4.039.885,00 €	711	5.681,98 €
spesa per il sociosanitario	1.719.430,00 €	126	13.646,27 €

#### PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE

Il nostro territorio vede la partecipazione del sub ambito viadanese alla sperimentazione promossa dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali a partire dal 2014, mentre il sub ambito casalasco ha aderito alla sperimentazione a partire dall'anno 2021. La differente esperienza maturata dai due territori ha portato alla definizione di una équipe multidisciplinare integrata.

Nel corso degli anni sono stati realizzati diversi progetti; in particolar modo l'ultimo progetto provi (scadenza aprile 2024) ha visto lo stabilizzarsi delle progettualità e una sempre più crescente competenza e arricchimento multidisciplinare dell'équipe sul tema vita indipendente.

Complessivamente il quadro generale in relazione alla totalità delle risorse progettate mette in luce un investimento significativamente maggiore nella macroarea inclusione sociale e relazionale (il 77% delle risorse); altra macroarea che presenta un investimento è quella dell'abitare in autonomia. Le macroaree domotica e azioni di sistema hanno una minor richiesta.

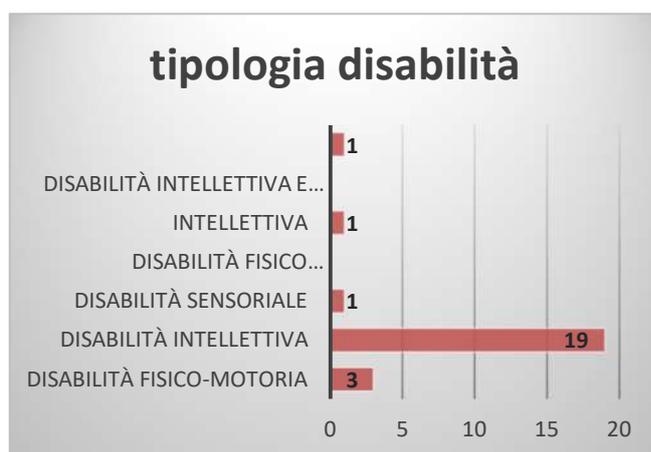
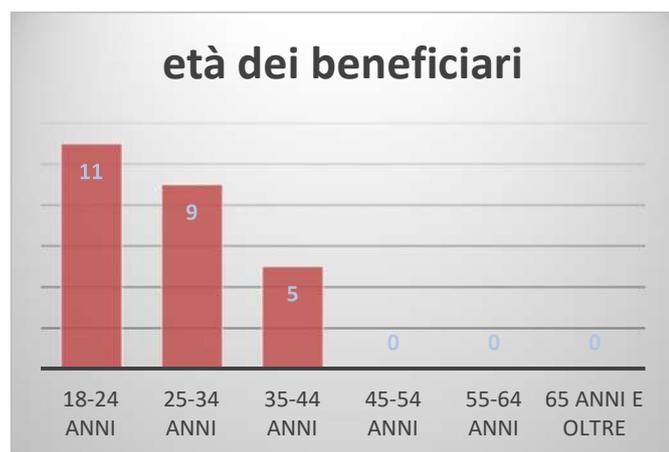
Complessivamente si sono realizzati progetti individualizzati che hanno coinvolto 25 beneficiari, per la maggior parte si tratta di persone giovani (le fasce di età più rappresentate sono quelle dei 18-24 anni e 25- 34 anni, mentre è più contenuto il numero di utenti appartenenti alla fascia di età 35-44 anni), affetti in prevalenza da disabilità intellettiva (76%).

Le progettualità a favore della vita autonoma e indipendente finanziati prevalentemente dai fondi Pro.V.I. hanno permesso di ottenere ottimi risultati insieme alle persone beneficiarie. La buona riuscita delle proposte progettuali deriva da diversi fattori:

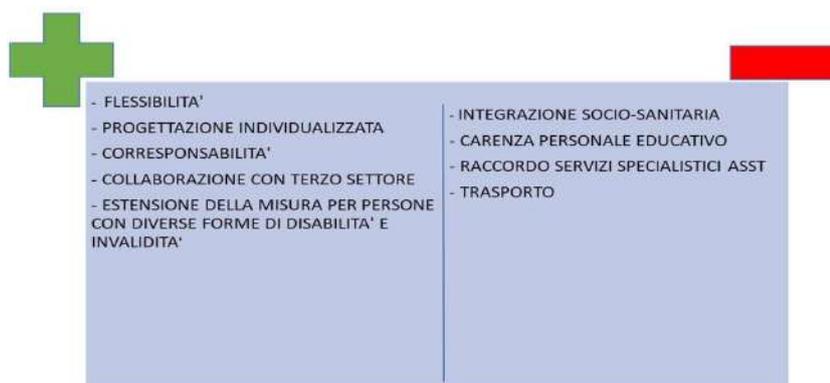
- La flessibilità dell'utilizzo dei fondi negli anni passati ha permesso ai servizi di poter contribuire economicamente sia al costo di personale ma anche di altra natura offrendo così alla cittadinanza un intervento completo e puntuale. Tale flessibilità si sta riducendo significativamente con le riforme normative regionali in materia comportando quindi un appiattimento dei progetti proposti.
- Con questi finanziamenti è stato possibile includere personale specializzato con il ruolo di *case manager*, innovazione fondamentale che ha permesso al servizio sociale territoriale di sgravarsi da questa incombenza e potersi concentrare meglio sulle altre fasi della presa in carico e del sostegno alla persona

disabile e della sua famiglia. Il personale coinvolto come *case manager* ha avuto il ruolo di regia degli attori coinvolti nella rete, sostegno socio-educativo alla persona disabile e alla sua famiglia e iniziativa di stimolo sul territorio.

Una delle criticità più evidenti riguarda sicuramente la scarsità di prese in carico di persone con disabilità fisiche anche a seguito di evento traumatico. Ancora oggi i servizi sia pubblici che privati del nostro territorio faticano ad intercettare persone con disabilità fisica ed offrire loro risposte efficaci ai loro bisogni. Connesso a questo tema ma non solo è l'assenza di assistenti personali e quindi la difficoltà di finanziare queste figure professionali che sarebbero fondamentali per la promozione della vita autonoma e indipendente delle persone disabili.



La tabella seguente sintetizza i principali punti di forza e le criticità della misura.



#### DOPO DI NOI

Il Programma "Dopo di noi" è un percorso di "affrancamento" dalla famiglia d'origine per le persone con disabilità previsto dalla [Legge 22 giugno 2016, n. 112](#) "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare". I programmi operativi della Regione sono finalizzati alla realizzazione di interventi di carattere infrastrutturale e gestionale a favore delle persone con disabilità tra i 18 e i 64 anni di età. Il Programma operativo regionale mira a fornire i criteri e gli indirizzi per intraprendere percorsi di vita indipendente e di inclusione sociale per le persone con disabilità.

L'analisi svolta dall'Ambito Oglio Po mostra come nelle annualità precedenti non sia stato possibile progettare e attuare percorsi di sostegno alla residenzialità a causa dell'assenza di strutture destinate a tale scopo, oltre che per la necessità di sostenere in modo adeguato le persone disabili e le loro famiglie. Pertanto, si è provveduto a sostenere progetti che permettessero ai/beneficiari/e di sperimentarsi in contesti di autonomia, consolidare o accrescere le proprie risorse personali e costruire nuovi legami sociali.

Inoltre, i criteri di accesso relativi alla gravità della condizione patologica dei beneficiari della misura ovvero persone con certificazione di stato di handicap grave di cui alla L.104/92 art.3 comma 3 creano delle difficoltà nel promuovere progetti a sostegno della domiciliarità: la condizione clinica, infatti, può mostrare una seria e rilevante complessità nelle diverse dimensioni della vita del soggetto da rendere critica la realizzazione del vivere in autonomia.

Ultima criticità da segnalare è rappresentata dall'“obbligatorietà” di sviluppare forme di housing/co-housing tra almeno due persone: quest'ultimo aspetto infatti può ostacolare la reale motivazione di alcune persone a voler perseguire il proprio desiderio di vivere da soli poiché non tutti sono disposti e/o auspicano di condividere la propria o altrui abitazione con altre persone.

Il nostro territorio sperimenta una visione ancora molto tradizionale del ruolo della famiglia nella cura della persona disabile dettato anche dall'incapacità dei servizi pubblici di offrire strategie efficaci e puntuali per rispondere ai bisogni di assistenza. Questa criticità si traduce nella difficoltà di certe famiglie ad affidarsi e promuovere attività fuori dal contesto casa e più nell'ottica di vita indipendente e per questo diviene sempre più importante dialogare con loro ed accompagnarle nel percorso.

TIPOLOGIA SOSTEGNI anno 2023		
ACCOMPAGNAMENTI AUTONOMIA	RESIDENZIALITA'	PRONTO INTERVENTO
17	1	0

TIPOLOGIA SOSTEGNI al 30 06 2024		
ACCOMPAGNAMENTI AUTONOMIA	RESIDENZIALITA'	PRONTO INTERVENTO
12	1	0

La misura dopo di noi risulta di fondamentale importanza per costruire un modello applicativo omogeneo orientato alla promozione ed al sostegno del “progetto di vita” della persona con disabilità, così come previsto dalla L. 328/2000 art. 14, finalizzato alla emancipazione dai genitori e/o al superamento degli attuali modelli di servizio attraverso la ri-composizione dei percorsi di presa in carico e delle relative risorse professionali, economiche, ed organizzative messe in campo.

Le risorse della Legge n. 112/2016 sono da intendersi come risorse aggiuntive ed integrative al sistema degli interventi che tutelano i livelli essenziali di assistenza e le dotazioni dei fondi nazionali e regionali dedicate alla disabilità, con l'obiettivo di ricomporle all'interno di un Fondo Unico.

#### MISURA B2 - FNA ANNUALITA' 2023

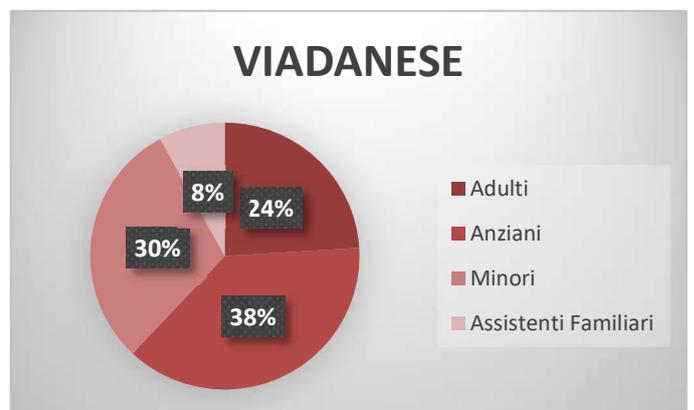
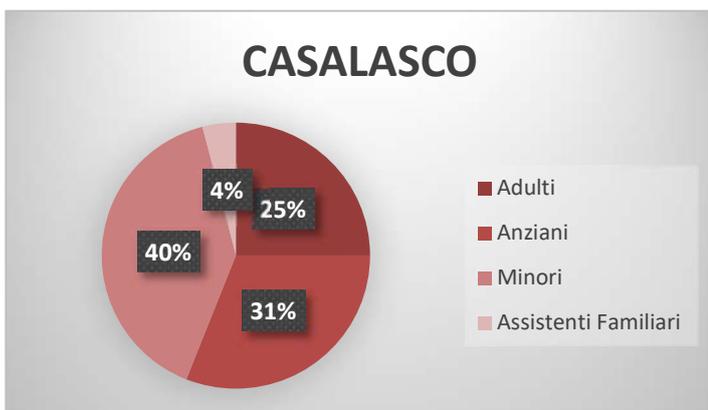
Con l'avviso pubblico per l'assegnazione della misura a favore delle persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza (misura b2) prevista dalla DGR n. XI/7751 del 28/12/2022 sono state raccolte alla data del 19.05.2023 n. 231 domande da parte di cittadini e cittadine del territorio Casalasco Viadanese.

MISURE	Totale Istanze presentate	Ammesse e finanziate	Ammesse non finanziabili	Non ammesse
CAREGIVER	177	110	64	3
ASS. FAM.	11	10	0	1
VOUCHER MINORI	43	39	4	0
PROGETTO VITA INDIPENDENTE	0	0	0	0
TOTALE	231	159	68	4

MISURE	RISORSE RIALLOCATE
BUONO SOCIALE CAREGIVER	€ 208.725,60
BUONO ASSISTENTE FAMILIARE	€ 42.000,00
VOUCHER MINORI	€ 77.835,40
PROGETTO VITA INDIPENDETE	€ -
	€ 328.561,00

A seguito dell'avviso FNA 2023 l'ambito ha definito la graduatoria dei beneficiari misura B2 (anno 2024). Complessivamente le richieste sono state 180. Lo strumento più utilizzato è rappresentato dal buono caregiver familiare, richiesto soprattutto da adulti e anziani, mentre non ci sono state richieste per l'assegno di autonomia, familiare dimostrando quanto la cura e il sostegno delle persone disabili sia ancora a carico dei famigliari.

Complessivamente i beneficiari anziani sono stati il 41.6%, gli adulti il 28,4% mentre i minori il 25%. I due sub ambiti però hanno richieste differenti.



Le richieste di buono assistente famigliare sono ancora molto inferiori rispetto al buono caregiver famigliare. La cura delle persone sia anziane che adulti e minori con disabilità risulta essere ancora molto a carico dei famigliari anziché da personale professionale regolarmente assunto sia per motivi affettivi sia per difficoltà economiche e per difficoltà nel reperimento di tali figure professionali.

Oltre al ricorso agli strumenti di assistenza indiretta, alcuni anziani hanno accettato l'utilizzo degli interventi integrativi; tale strumento è stato soprattutto richiesto per i minori in particolare per progetti presso i CRED estivi.

### MISURA B1- FNA ANNUALITA' 2023

Nel corso del 2023 hanno fruito del buono misura B1 n. **82** utenti con età inferiore a 64 anni (complessivamente a livello di ATS Val Padana i beneficiari sono stati 687), il 47% dei beneficiari è minore. Rilevante è sottolineare che il 51% dei beneficiari totali sono persone affette da disturbi dello spettro autistico.

È necessario quindi ripensare in modo condiviso la rete dei servizi territoriali e le competenze delle diverse figure professionali al fine di comprendere anticipatamente quali necessità si andranno a sviluppare.

Oltre alla B1 41 persone hanno usufruito del voucher sociosanitario/Autismo.

La maggior parte delle persone a cui è erogato il voucher sociosanitario è affetto da disturbo dello spettro autistico (56% del totale). Le prestazioni vengono svolte in prevalenza dall'educatore professionale (56,8%) e in misura ridotta da ASA/OSS (17,7%). Il 30% degli interventi sono per percorsi di sollievo, il 24% sono di promozione e inclusione sociale, il 24% per interventi a supporto delle autonomie, il 12% per gestione di comportamenti problema.

Nel primo semestre 2024 si rilevano dati in continua crescita soprattutto per quanto riguarda i minori affetti da autismo. (NB dati provvisori)

BENEFICIARI 1° SEMESTRE 2024	
CASALMAGGIORE	39
VIADANA	39

### INTERVENTI SOCIALI INTEGRATIVI BENEFICIARI MISURA B1 e B2

In coerenza con le indicazioni di cui al PNNA 2022- 2024, l'obiettivo del provvedimento FNA 2023 mira a sviluppare azioni di sostegno in grado di promuovere contesti di inclusione e socializzazione per il tramite di progetti individualizzati sviluppati in seguito ad una valutazione multidimensionale integrata composta da operatori di ASST e degli Ambiti sociali. Gli Ambiti Territoriali Sociali dovranno pertanto garantire l'attivazione di interventi sociali integrativi sia per i beneficiari della misura B2 sia per i beneficiari (ammessi e finanziati e ammessi e non finanziati) della misura B1.

La programmazione FNA ha visto una maggiore integrazione fra ASST e l'ambito in merito ai beneficiari misura B1 e B2 per i quali sono stati attivati gli interventi sociali integrativi. Le collaborazioni risultano però ancora fragili a seguito di diverse problematiche: assenza di personale assistenziale e educativo e di conseguenza ritardi o impossibilità di attivazione di interventi di assistenza diretta, budget limitato a disposizione per i progetti relativi agli interventi sociali dei beneficiari misura B1, impossibilità di erogare prestazioni a rimborso, necessità di effettuare continui monitoraggi.

Adulti	€ 16.572,86
Anziani	€ 21.376,75
Minori	€ 66.100,00
Ricoveri di sollievo	€ 4.000,00

### Numero domande pervenute

Adulti: 4  
Anziani: 18  
Minori: 45



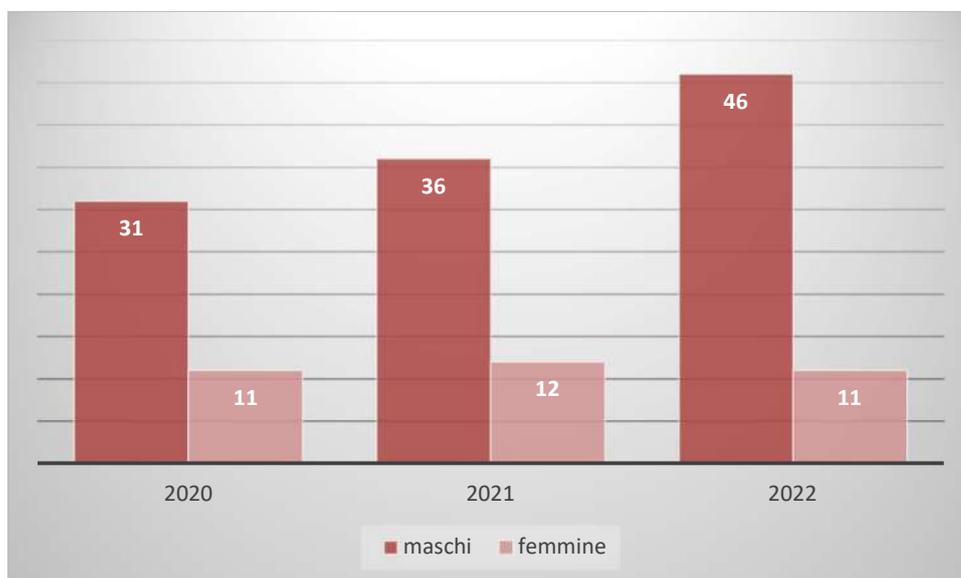
### *POPOLAZIONE CON DIAGNOSI DI AUTISMO*

I dati riportati in tabella evidenziano negli anni 2020, 2021 e 2022 un aumento delle persone con diagnosi di autismo nel 2020 sono n. 42, nel 2021 n. 48 e nel 2022 n. 57.

Il territorio casalasco ha un numero nettamente maggiore rispetto al territorio Viadanese.

### Tassi di prevalenza dell'autismo per 10.000 residenti dal 2019 al 2022:

AMBITO	2020						2021						2022					
	MASCHI		FEMMINE		TUTTP		MASCHI		FEMMINE		TUTTP		MASCHI		FEMMINE		TUTTP	
	N	TP*10 000	N	TP*10 000	N	TP*10 000	N	TP*10 000	N	TP*10 000	N	TP*10 000	N	TP*10 000	N	TP*10 000	N	TP*10 000
Casalasco	23	12,37	5	2,70	28	7,55	25	14,02	5	2,82	30	8,44	33	18,55	5	2,83	38	10,72
Viadanese	8	3,43	6	2,53	14	2,98	11	4,76	7	2,99	18	3,87	13	5,64	6	2,58	19	4,10



A fronte di un aumento considerevole delle persone con diagnosi di autismo, Regione Lombardia ha sostenuto lo sviluppo di diversi interventi, misure e servizi innovativi, in un quadro programmatico strutturato, unitario e complessivo che trova il suo fondamento metodologico nel porre la persona al centro di ogni riflessione e decisione lungo l'intero arco della sua vita.

Nel momento della prima diagnosi, spesso le famiglie hanno la necessità di essere accompagnate non solo nell'accettazione della diagnosi stessa ma anche nella conoscenza delle risorse che le istituzioni pubbliche e il territorio può offrire. Per questo motivo sarebbe opportuno individuare figure e strutturare équipe che siano in grado di sostenere e guidare le famiglie in questi specifici percorsi consolidando e potenziando le funzioni di case management.

Un altro passaggio critico è rappresentato dalla transizione all'età adulta, dove la rete dei servizi deve accompagnare la persona con disabilità e la sua famiglia nella definizione del progetto di vita. Particolare importanza in questa fase della vita è la collaborazione con gli istituti scolastici, i servizi per l'inclusione socio-lavorativa, di socializzazione ed educativi.

Spesso però questo passaggio risulta complicato dalla mancanza di informazioni alle famiglie o addirittura dalla mancanza delle strutture stesse che dovrebbero rispondere alle esigenze delle persone con disabilità.

È necessario quindi creare rapporti di fiducia con le famiglie e strutturare servizi in grado di accompagnarle durante tutto il loro ciclo di vita. Particolare attenzione dovrà essere data al potenziamento delle abilità di base, attraverso progetti individualizzati efficaci e flessibili, fondamentali per il passaggio all'età adulta e all'inclusione socio-lavorativa.

Dai dati sopra esposti emerge il bisogno di individuare alcune linee programmatiche di sviluppo funzionali a una maggiore integrazione sociosanitaria, anche in stretto raccordo con la realizzazione dei LEPS, e con il territorio. Il primo tema è rappresentato dalla presa in carico, con Punti Unici di Accesso (PUA) e valutazione multidimensionale dei bisogni ad opera di équipe multidisciplinari e multidimensionali.

In particolare, è necessario:

- Rafforzare l'équipe multidisciplinari;
- Sviluppare nuove competenze anche per un impiego più efficace degli strumenti di lavoro dell'équipe
- potenziare il rapporto di cooperazione e di responsabilità con tutti gli attori della rete territoriale formali e informali (ETS, Scuola, mondo produttivo, cooperazione ecc.);
- Rafforzare i processi di presa in carico integrati. Risulta necessario promuovere una maggiore centralità dell'integrazione sociosanitaria e rinnovare un approccio in corresponsabilità con gli enti del territorio;
- Promuovere Progetti individualizzati flessibili e integrati. Si mostra fondamentale condurre una riflessione che deve «tenere dentro» i diversi attori coinvolti nelle diverse fasi di vita della persona con disabilità e promuovere una cultura della disabilità che consenta l'agire delle autonomie possibili;
- Sviluppare del sistema in un «equilibrio» fra servizi tradizionali e sperimentazioni. In questo processo di «revisione» va posta un'attenzione profonda alle diverse fasce d'età delle persone con disabilità, al sistema dei servizi e delle sperimentazioni in chiave di sostenibilità a tutela della salute e del benessere delle persone con disabilità;
- Sviluppare un lavoro di comunità in grado di leggere, non solo i bisogni, ma come questi si generano, per operare in chiave preventiva e generativa;
- Superare la frammentazione a favore progressivo orientamento verso il progetto di vita, efficace realizzabile e partecipato. ciò comporta la necessità di implementare e stabilizzare le figure professionali coinvolte nell'équipe multidimensionali e promuovere la **formazione comune sulla definizione del Progetto di Vita** e sugli strumenti di valutazione e di monitoraggio.

Infatti, all'elaborazione del progetto di vita personalizzato la norma prevede la partecipazione della persona con disabilità (e/o chi la rappresenta): il progetto deve garantire l'effettivo godimento dei diritti e delle libertà fondamentali, tra cui la possibilità di scegliere - senza discriminazioni - "il proprio luogo di residenza ed un'adeguata soluzione abitativa, anche promuovendo il diritto alla domiciliarità delle cure e dei sostegni socio-assistenziali". Il progetto di vita dovrà tendere alla realizzazione degli obiettivi della persona secondo i suoi desideri, le sue aspettative e le sue scelte, migliorando le sue condizioni personali e di salute e la qualità della vita nei vari ambiti. Dovranno, pertanto, essere indicati gli strumenti, le risorse, i servizi, gli accomodamenti ragionevoli necessari a compensare le limitazioni alle attività e a favorire la partecipazione della persona disabile nei diversi ambiti della vita, compresi i contesti lavorativi e scolastici. Inoltre, la Legge sottolinea il coinvolgimento degli enti del Terzo Settore, attraverso forme di amministrazione condivisa nell'elaborazione del progetto di vita.

In linea con quanto previsto dalla L.R. n. 25/2022 "Politiche di welfare sociale regionale per il riconoscimento del diritto alla vita indipendente e all'inclusione sociale" le linee di indirizzo per la programmazione sociale territoriale evidenziano un primo aspetto centrale che riguarda la definizione di progetti per la vita indipendente che contemplino tutte le dimensioni di vita della persona, ovvero quella sociale, lavorativa e abitativa, percorsi di inclusione sociale attiva intesi come misure abilitanti di empowerment e di promozione delle capacità e del protagonismo delle persone con disabilità volte a migliorare e accrescere le prospettive di partecipazione attiva alla vita della comunità.

È da ricordare che il territorio Oglio Po ha avviato una progettualità sperimentale, grazie ai progetti premiali del precedente piano di zona per la costituzione **dell'agenzia per una vita autonoma indipendente**: tale progetto ha anticipato i tempi rispetto alla norma regionale, mostrando la necessità di questo territorio di sostenere, non solo le persone con disabilità e le loro famiglie, ma tutta la rete dei servizi. Infatti, il CVI è un servizio complementare e integrativo a sostegno delle competenze dei Servizi Sociali e si propone come "ponte" tra le persone con disabilità, le loro famiglie e i servizi sul territorio rendendo possibili percorsi di accompagnamento alla costruzione di un progetto di vita. Nel centro devono lavorare con modalità integrata e in rete sia operatori dell'Ente pubblico (Ambito/Comuni/Azienda sociale a seconda del sistema di governance locale) che delle realtà del terzo settore coinvolte.

La centralità della persona e la globalità del proprio progetto motivano il valore indispensabile delle continuità progettuali, secondo declinazioni che rispettino i diversi bisogni e obiettivi nelle varie fasi di vita, in una logica di ricomposizione e razionalizzazione di tutte le risorse disponibili.

### 5.3 SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITÀ E DIMISSIONI PROTETTE

La domiciliarità è senza dubbio un'area strategica per la programmazione di azioni finalizzate all'integrazione sociosanitaria sia in funzione della redazione del Piano di Zona che per i piani di sviluppo del polo territoriale delle ASST.

Questa area d'intervento, nel territorio dell'Oglio Po, presenta una situazione disomogenea dovuta a più fattori:

1. la gestione dei servizi affidata a due enti strumentali diversi (Azienda nel viadanesi, Consorzio nel casalasco) che nel tempo hanno fatto scelte diverse;
2. il livello di uniformità sia per quanto riguarda la gestione del servizio che la regolamentazione e l'applicazione dell'ISEE è diverso sui due territori;
3. i servizi sanitari di riferimento fanno capo a due ASST diverse che hanno organizzato diversamente i propri presidi sul territorio; il territorio viadanesi ha definito accordi e protocolli formalizzati con ASST Mantova e avviato percorsi di omogenizzazione delle procedure su temi legati all'integrazione sociosanitaria nell'ambito delle Case di Comunità. Questo percorso procede con tempi e modi diversi nonostante il distretto sia unico.

#### L'organizzazione nei due territori della domiciliarità

##### *LA GESTIONE DEL S.A.D. NEL VIADANESE*

Dopo la redazione di uno studio di fattibilità a settembre dell'anno 2023 si è dato avvio ad una riorganizzazione complessiva del sistema dei servizi domiciliari.

Dalla forma dell'accreditamento si è passati all'appalto ed è stata istituita una équipe di operatori interna all'Azienda con l'obiettivo di favorire l'integrazione sociosanitaria e di porre particolare attenzione alla qualità del servizio offerto.

L'équipe aziendale è costituita da:

- n. 1 Responsabile delle Attività Assistenziali domiciliari (RAA)
- n. 5 Operatori di famiglia e comunità

Il Responsabile Attività Assistenziali domiciliari svolge la propria attività presso la Casa della Comunità e si occupa di:

- a. curare i rapporti con IFeC, C-dom, MMG e servizi ASST anche partecipando alle attività svolte dall'équipe multiprofessionale del PUA;
- b. coordinare gli operatori di famiglia e comunità e le attività svolte in integrazione con l'équipe del SAD esternalizzato;
- c. effettuare con l'Assistente sociale del comune di residenza la prima valutazione di tutti i casi a domicilio;
- d. supervisionare/monitorare tutte le attività svolte attraverso momenti di coordinamento con gli operatori;
- e. definire/organizzare il programma annuale della formazione da dedicate agli operatori.

Gli operatori di famiglia e comunità si occupano:

- a. di interventi domiciliari complessi e/o che prevedono l'integrazione con l'équipe sociosanitaria di ASST;
- b. del coordinamento delle risorse domiciliari in supporto al caregiver ossia di progettare e costruire il mix degli interventi domiciliari insieme alla famiglia e della manutenzione nel tempo della rete dei sostegni (copertura degli orari ed eventuali sostituzioni, assistenza negli spostamenti dell'utente per visite mediche ecc., formazione on the job di badanti e caregiver, ecc.), all'interno del quadro predefinito della rete;

c. della promozione di azioni di inclusione sociale e di integrazione nella comunità di riferimento. Le prestazioni effettuate sul territorio dall'équipe sopra descritta si svolgono in modo coordinato con quelle eseguite dagli operatori dell'ente a cui è stato aggiudicato l'appalto per lo svolgimento del servizio per lo svolgimento di tutte le restanti prestazioni. I due team opereranno in modo integrato al fine di massimizzare l'efficacia degli interventi e la qualità del servizio offerto.

#### LA GESTIONE DEL S.A.D. NEL CASALASCO

Il territorio casalasco gestisce il sistema della domiciliarità attraverso il sistema dell'accreditamento degli enti del terzo settore ed un coordinamento costante coi i servizi sociali territoriali.

Ai servizi erogati tramite l'accreditamento, si aggiunge la gestione diretta da parte del Comune di Casalmaggiore, coordinato da un'assistente sociale, e la gestione in appalto da parte del Comune di Piacenza Drizzona.

#### I rapporti con le due ASST

Sono presenti protocolli e gli accordi sottoscritti o in fase di sottoscrizione con le due ASST. La definizione di procedure condivise è importante per garantire una integrazione sociosanitaria che possa favorire la domiciliarità. Le Case della Comunità sono il luogo deputato alla cura dei pazienti fragili favorendo la loro permanenza al domicilio. L'art. 1, comma 163 legge n. 234/2021 prevede, che il Servizio sanitario nazionale e gli Ambiti territoriali sociali garantiscano alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA) presso le Case della comunità. Presso i PUA devono operare équipe integrate composte da personale appartenente al Servizio sanitario e agli Ambiti territoriali sociali (ATS).

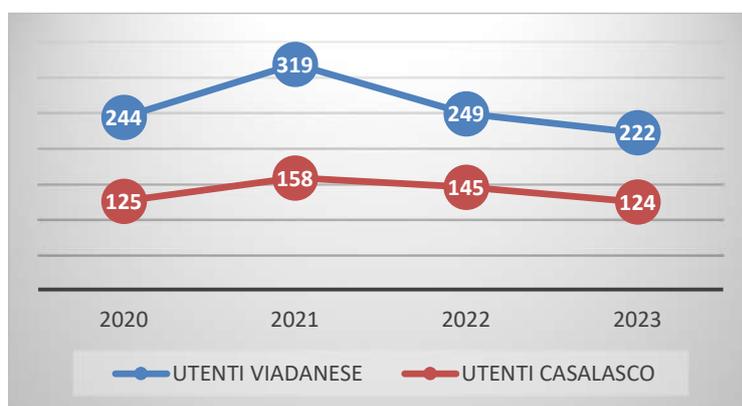
#### Il servizio domiciliare nell'ambito Oglio Po<sup>3</sup>

Analizzando i numeri relativi all'utenza degli ultimi 4 anni si evidenzia un picco di richieste nell'anno 2021, quando la pandemia aveva spinto molte famiglie ad usufruire del servizio in alternativa alle strutture residenziali. Si è registrato un calo nel 2022 che ha riportato i numeri nella media. L'anno 2023 ha segnato un ulteriore calo su tutto il territorio. Questo segno meno, tuttavia, non è dovuto solo ad una riduzione della domanda, ma dipende anche dalla difficoltà nel reperire il personale ASA/OSS. Sul territorio viadanese si sono create liste d'attesa che negli anni precedenti non si erano mai riscontrate. Fin dal 2022 erano emerse chiaramente le difficoltà dovute alla carenza di personale. Le cooperative accreditate in taluni periodi dell'anno avevano ridotto o addirittura sospeso il servizio. Molte persone hanno fatto ricorso al mercato privato. Si è azzerata la lista d'attesa nel 2024 con l'aggiudicazione dell'appalto e la costituzione dell'équipe aziendale del SAD così come era previsto nel progetto di riorganizzazione sopra descritto.

Le tabelle riportate si riferiscono a tutta l'utenza del SAD.

ANNO	CASALASCHI			VIADANESI		
	N. UTENTI	TOTALE ACCESSI	TOTALE ORE	N. UTENTI	TOTALE ACCESSI	TOTALE ORE
2021	158	13.540	11.128	319	31.122	22.052
2022	145	12.071	9.402	249	32.951	25.233
2023	124	13.053	9.826	222	25.271	19.713

<sup>3</sup> Dati forniti dalle rilevazioni annuali del FSR



La formazione del personale ASA/OSS è un nodo critico da tenere in particolare considerazione per la programmazione del triennio sia in termini di qualificazione di nuovo personale ma anche per quanto riguarda la formazione del personale già assunto al fine di favorire un miglioramento dal punto di vista qualitativo del servizio offerto.

Nel casalasco è stata realizzata una formazione di gruppo con le operatrici dei servizi accreditati per la domiciliarità e del comune di Casalmaggiore. Al percorso formativo, realizzato tramite 8 incontri da 2 ore ciascuno, hanno partecipato n. 11 operatori.

Nel viadanese si effettuano équipe mensili che coinvolgono tutto il personale durante i quali i coordinatori affrontano le criticità portate dagli operatori e si discute dei casi in carico. Vengono inoltre proposte formazioni con esperti (es. movimentazione del paziente fragile...).

L'Azienda Oglio Po in collaborazione con alcune RSA del territorio viadanese, una agenzia interinale e un ente di formazione accreditato sta organizzando un percorso formativo per la qualifica di nuove figure professionali.

#### GLI ANZIANI OVER 65 ANNI

Di seguito una tabella che riporta i dati relativi alla popolazione residente per fasce di età rapportata al numero di utenti seguiti dal SAD.

	CASALASCHI				VIADANESI			
	Residenti 01/01/2023	utenti seguiti	% su residenti	In % su utenza	Residenti 01/01/2023	utenti seguiti	% su residenti	In % su utenza
65-74 anni	4.078	7	0,17%	6,67%	5.611	28	0,49%	15,05%
75-84 anni	3.105	35	1,13%	33,33%	4.049	65	1,58%	34,40%
over 85*	1.640	63	3,84%	60,00%	2008	94	4,68%	50,54%
	<b>8.823</b>	<b>105</b>	<b>1,19%</b>		<b>11.668</b>	<b>187</b>	<b>1,59%</b>	

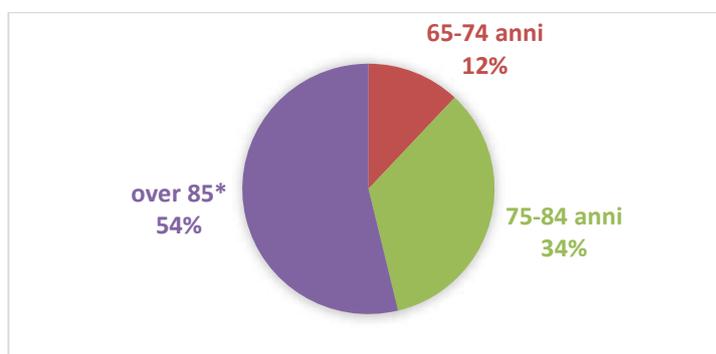
Analizzando la copertura territoriale del servizio, in riferimento alle fasce d'età della popolazione, si conferma in entrambi i territori l'aumento della stessa con il progredire dell'età. Il 50,54 % degli assistiti ha più di 85 anni nel viadanese ed il 60% nel casalasco.

La percentuale di assistiti sul numero dei residenti ultrasessantacinquenni è 1,19% nel casalasco e 1,59% nel viadanese (+ 0,4 punti percentuali).

Il dato di copertura medio sugli over 65 anni nei territori di ATS Val Padana è del 1,33%.

Il dato rilevato nel territorio viadanese è più alto della media degli ambiti di ATS Val Padana (+0,26 punti percentuali). Alcuni esperti (cfr. Franco Pesaresi in [www.welforum.it](http://www.welforum.it)) indicano una proposta di standard progressivo di copertura a 1,4% della popolazione over 65, incrementabile di un 0,3 annui.

Il grafico mette in evidenza la distribuzione sull'ambito degli utenti per fascia d'età.



Nella tabella che segue esamineremo i dati relativi alla percentuale di copertura garantita dal servizio per gli ultrasettantacinquenni e la copertura garantita sulla popolazione con grave limitazione dell'autonomia.

#### GLI ANZIANI OVER 75 ANNI

Comuni	popolazione over 75 al 01/01/2023	popolazione potenzialmente in situazioni di gravità (parametro ISTAT 33,33%)	utenti SAD 2023	ANNO 2023	ANNO 2023
				% copertura su over 75	% copertura su popolazione target
<b>SUB AMBITO VIADANA</b>					
BOZZOLO	573	191	14	2,44%	7,33%
COMMESSAGGIO	175	58	5	2,86%	8,62%
DOSOLO	449	150	19	4,23%	12,67%
GAZZUOLO	339	113	11	3,24%	9,73%
MARCARIA	908	303	35	3,85%	11,55%
POMPONESCO	223	74	3	1,35%	4,05%
RIVAROLO M.NO	372	124	2	0,54%	1,61%
SABBIONETA	559	186	20	3,58%	10,75%
SAN MARTINO D/A	266	89	7	2,63%	7,87%
VIADANA	2193	731	76	3,47%	10,40%
<b>TOTALI</b>	<b>6057</b>	<b>2019</b>	<b>192</b>	<b>3,17%</b>	<b>9,51%</b>
<b>SUB AMBITO CASALMAGGIORE</b>					
CALVATONE	164	55	1	0,61%	1,83%
CASALMAGGIORE	1854	618	58	3,13%	9,39%
CASTELDIDONE	82	27	0	0,00%	0,00%
CINGIA DE BOTTI	201	67	0	0,00%	0,00%
GUSSOLA	366	122	6	1,64%	4,92%
MARTIGNANA DI PO	178	59	0	0,00%	0,00%
MOTTA BALUFFI	118	39	2	1,69%	5,09%
PIADENA DRIZZONA	558	186	13	2,33%	6,99%

RIVAROLO DEL RE ED UNITI	265	88	6	2,26%	6,79%
SAN GIOVANNI IN CROCE	214	71	3	1,40%	4,21%
SAN MARTINO DEL LAGO	62	21	0	0,00%	0,00%
SCANDOLARA RAVARA	248	83	1	0,40%	1,21%
SOLAROLO RAINERIO	142	47	2	1,41%	4,23%
SPINEDA	92	31	0	0,00%	0,00%
TORRICELLA DEL PIZZO	93	31	3	3,23%	9,68%
VOLTIDO	53	18	2	3,77%	11,32%
TORNATA	55	18	1	1,82%	5,46%
<b>TOTALI</b>	<b>4745</b>	<b>1582</b>	<b>98</b>	<b>2,07%</b>	<b>6,20%</b>

L'analisi della copertura del servizio suddivisa per comuni fa emergere quanto segue:

- Il parametro relativo alla copertura sul target della popolazione over 75 è il 3,17 per il territorio viadanese ed il 2,07 per il casalasco.
- Considerando il parametro dell'indice ISTAT che stima che il 33,33 % degli ultra 75 abbiano una grave limitazione dell'autonomia (dal Rapporto-Censis-Assindatcolf anno 2023), si evidenzia che la percentuale di copertura del territorio viadanese è del 9,51% mentre quella del casalasco il 6,20%.

#### GLI UNDER 65

Il servizio di assistenza domiciliare viene erogato anche per le persone con età inferiore ai 65 anni, che presentano delle fragilità di tipo sociale, psicologico o sanitario, residenti sul territorio.

comune	n. persone adulte disabili	Accessi persone adulte disabili	Ore persone adulte e disabili
BOZZOLO	5	348	136
DOSOLO	4	268	243
MARCARIA	6	781	698
SABBIONETA	2	420	556
VIADANA	18	2268	2196
<b>TOTALE</b>	<b>35</b>	<b>4085</b>	<b>3829</b>

CASALMAGGIORE	9	593	515
GUSSOLA	1	55	55
PIADENA DRIZZONA	1	306	88
RIVAROLO DEL RE ED UNITI	2	478	478
SAN GIOVANNI IN CROCE	2	130	110
SCANDOLARA RAVARA	1	71	41
SOLAROLO RAINERIO	2	344	344
VOLTIDO	1	109	109
<b>TOTALE</b>	<b>19</b>	<b>2086</b>	<b>1740</b>

La percentuale di persone UNDER 65 che usufruiscono del servizio è pressoché uguale sia nel casalasco che nel viadanese (15,3% nel casalasco e il 15,7% nel viadanese). Circa l'80% di queste persone ha una disabilità/invalidità. Molte hanno pluri patologie e necessitano della definizione di un progetto individualizzato integrato con i servizi dell'area sanitaria e richiedono un impegno orario maggiore. In media vengono dedicate n. 21 ore/anno in più ad un utente UNDER 65 con disabilità/invalidità, circa il 26% di ore in più.

*SITUAZIONE FAMILIARE DELLE PERSONE CHE USUFRUISCONO DEL SAD NEL VIADANESE*

comune	Persone sole	in famiglia	con altri	Presenza Caregiver
BOZZOLO	6	12	1	11
COMMESSAGGIO	2	3	0	3
DOSOLO	7	16	0	18
GAZZUOLO	3	8	0	6
MARCARIA	17	23	1	33
POMPONESCO	2	1	0	2
RIVAROLO M.NO	1	0	1	1
SABBIONETA	5	17	0	21
SAN MARTINO D/A	0	6	1	6
VIADANA	39	47	3	66
	<b>82</b>	<b>133</b>	<b>7</b>	<b>167</b>

viventi soli	In famiglia	altro	presenza caregiver
n. 82 (37% dei casi)	n. 133 (60%)	n. 7 (3 %)	n. 167 (76% dei casi)

*SITUAZIONE FAMILIARE DELLE PERSONE CHE USUFRUISCONO DEL SAD NEL CASALASCO*

comune	Persone sole	in famiglia	con altri
CALVATONE	0	1	0
CASALMAGGIORE	30	40	0
CASTELDIDONE	1	0	0
GUSSOLA	6	2	0
MOTTA BALUFFI	2	0	0
PIADENA DRIZZONA	7	9	0
RIVAROLO DEL RE ED UNITI	5	2	1
SAN GIOVANNI IN CROCE	0	5	0
SCANDOLARA RAVARA	0	2	0
SOLAROLO RAINERIO	2	2	0
SPINEDA	0	0	0
TORNATA	0	1	0
TORRICELLA DEL PIZZO	0	3	0
VOLTIDO	1	2	0
	<b>54</b>	<b>69</b>	<b>1</b>

viventi soli	In famiglia	altro	presenza caregiver
n. 54 (44 %dei casi)	n. 69 (56%)	n. 1 (0,8%)	81% OVER 65 58% UNDER 65

In percentuale vi sono più casi di persone viventi sole nel casalasco (44% dei casi) e al contrario una maggior presenza di persone seguite dal SAD che sono inserite in un contesto familiare nel viadanese (60%). Le persone inserite in contesti non familiari sono il 3% nel viadanese mentre solo lo 0,8% nel casalasco.



In generale, sul territorio dell'ambito, più della metà degli utenti SAD vive in famiglia ma molto spesso i familiari lavorano ancora e non riescono a gestire la situazione. È sempre più frequente trovare a domicilio caregiver formali (badanti/assistenti familiari) con i quali si è chiamati a collaborare per la gestione del caso. Queste persone, il più delle volte, non hanno una formazione né un contratto regolare pur rappresentando il riferimento principale per la persona fragile.

L'assistente familiare rimane l'unica risposta che concretamente può garantire la permanenza al domicilio a persone che necessitano di assistenza per un alto numero di ore durante la giornata e non possano contare su un caregiver dedicato. Il SAD, in queste situazioni, può offrire competenza professionale e un concreto supporto al caregiver oltre ad affiancare l'assistente familiare ma non può essere l'unico servizio presente.

Qual è il quadro della situazione riguardo al fenomeno del badantato? A livello nazionale emerge una contrazione del numero dei lavoratori domestici; "a fine 2023 Inps certifica 833.874 contratti, mai così pochi da vent'anni a questa parte, quasi equamente distribuiti tra colf (50,4%) e badanti (49,6%). La diminuzione di assistenti familiari è uguale in tutto il Paese e registra un meno 4,4% rispetto all'anno precedente; in proporzione, verificano una diminuzione maggiore Campania (meno 16%), Calabria, Basilicata, Sicilia, Molise. In un paese in cui gli over sessantacinquenni aumentano al ritmo di 200.000 l'anno, perché le badanti (regolari) diminuiscono? Perché il mercato nero risulta troppo conveniente e la distanza di costo con quello regolare si mantiene netta, anche per gli aumenti delle retribuzioni minime legate all'inflazione, che nel 2023 hanno registrato un più 9%" (www.welforum.it). La contrazione può essere dovuta anche all'assenza di turn over del personale: il 65% delle badanti ha più di 50 anni e il 29% ne ha più di 60. Le lavoratrici che invecchiano sono meno disposte a svolgere mansioni in cui il carico assistenziale risulta essere elevato pertanto riducono e semplificano le proprie attività. Inoltre, si registra che la convivenza fra persona assistita e assistente familiare ricorre in meno di un caso su tre, mentre per tutto il primo decennio del secolo è stata largamente maggioritaria. Altro dato significativo risulta essere la presenza delle lavoratrici italiane aumentate nel mercato dichiarato dal 18% di dieci anni fa al 27% di oggi. (dati estratti da [www.welforum.it](http://www.welforum.it)).

LA SITUAZIONE SANITARIA DELLE PERSONE CHE USUFRUISCONO DEL SAD A LIVELLO DI AMBITO

pazienti psichiatrici	Invalidità riconosciuta	Già in carico presso Servizi Sociosanitari
n. 39 (11,27 % dei casi)	n. 227 (65,6% dei casi)	n. 92 (26,58% dei casi)

Sul totale degli utenti SAD presi in carico, il 65,6% ha un'invalidità riconosciuta. L'11,27% ha una patologia psichiatrica e il 26,58% è già in carico ad altri servizi sociosanitari.

In tutte queste situazioni è assolutamente necessaria la collaborazione con le équipe dei servizi specialistici di riferimento. I 92 casi già in carico presso Servizi Sociosanitari sono, potenzialmente, situazioni che possono richiedere una valutazione in équipe multidisciplinare e la definizione e realizzazione di progettualità individualizzate integrate nell'ambito del PUA delle Case di Comunità.

*LE PRESTAZIONI EROGATE*

Dall'analisi delle prestazioni erogate si conferma che la cura e l'igiene personale è la tipologia di prestazione maggiormente richiesta (più del 90% dei casi). In media il 7% delle persone in carico richiede un aiuto per le pulizie dell'alloggio. Le attività di accompagnamento per il disbrigo di pratiche, aiuto diretto alla mobilità della persona, aiuto nel mantenimento dei rapporti amicali o di vicinato, che nel 2021 erano ancora presenti, oggi sono pressoché scomparsi dalla programmazione degli interventi.

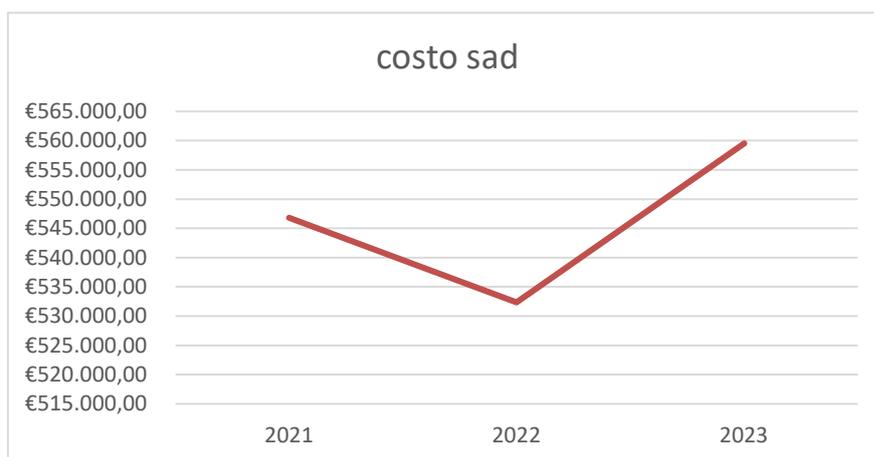
Questo è indice di un aumento degli interventi di tipo prestazionale a discapito di attività finalizzate a favorire un miglioramento della qualità della vita della persona e il mantenimento delle autonomie residue.

Diverse le motivazioni: l'organizzazione dei servizi che vede gli enti del terzo settore come puri erogatori di prestazioni all'interno di budget contingentati, i costi del servizio in costante aumento che spingono a ridurre i tempi degli interventi, la scarsa attenzione dedicata alla redazione dei progetti individualizzati ed al loro monitoraggio ecc...

L'anziano, che è il maggior fruitore del servizio, viene considerato un "assistito", difficilmente si mettono in campo azioni preventive finalizzate al recupero e al mantenimento dell'autonomia. Questo senza tener conto del fatto che ritardare il più a lungo possibile l'istituzionalizzazione ed evitare i ricoveri impropri può rappresentare, non solo, un dato qualitativamente positivo ma anche economicamente favorevole sia per i bilanci sociali dei comuni che per quelli sanitari dello Stato.

*I COSTI DI GESTIONE*

anno	costi di gestione al netto della compartecipazione da utenza	n. utenti	costo medio ad utente
2021	€ 546.794,61	477	€ 1.146,32
2022	€ 532.360,68	394	€ 1.351,17
2023	€ 559.545,45	346	€ 1.617,18



Come emerge dalla relazione sul tema domiciliarità esito dei Focus Group organizzati da ATS, il costo medio ad utente nel territorio di competenza è di € 1.884,09. L'Ambito Oglio Po ha avuto un costo medio, nell'anno 2023, di € 1617,18 quindi comunque inferiore alla media. Ad ogni persona si è dedicato nell'anno 2023 un budget maggiore del 41% rispetto a quello del 2021. Come riferito dal rapporto NNA del 2021 sul servizio SAD, richiamato in premessa, alla riduzione del valore medio della copertura sulla popolazione target si è accompagnata una crescita di quello dell'intensità. La situazione di salute delle persone assistite è più compromessa e si rilevano bisogni assistenziali complessi spesso accompagnati da una situazione familiare che fatica a reggere il carico di cura.

L'ultimo rapporto NNA (Network Non Autosufficienza) del 2021 sul servizio SAD evidenziava che "Attualmente il servizio di assistenza domiciliare comunale in Italia ha un ruolo marginale e residuale, sia in assoluto che rispetto all'Adi; complessivamente la copertura del Sad dal 2006 al 2017 presenta un trend di significativo e continuo calo (Istat, anni vari). Nel 2006 la percentuale di anziani over 65 anni che usufruivano del Sad era dell'1,85%, diminuita nel 2017 fino all'1%. La spesa media per utente è invece passata da 1.646 euro del 2006 a 2.037 euro nel 2017 con un incremento del 23,7%. Alla riduzione del valore medio della copertura si è accompagnata, dunque, una crescita di quello dell'intensità."

Il confronto con questi dati ci dice che il territorio Oglio Po, pur con le criticità rilevate, mantiene una percentuale di anziani seguiti al domicilio del 1,39%, mentre la spesa media è passata dal 1.146,32 a 1.617,18

## **Servizi Integrativi**

### *SERVIZIO PASTI E SERVIZIO DI TRASPORTO SOCIALE*

Sono servizi complementari che favoriscono l'autonomia di persone parzialmente autosufficienti sole o con familiari non presenti in modo continuativo. Per garantire questi servizi i comuni necessitano di una collaborazione con il privato sociale. Le Associazioni di volontariato sono sempre più in sofferenza e non sempre sono in grado di garantire servizi che necessitano di interventi giornalieri o comunque una risposta efficiente al bisogno segnalato.

Entrambi i servizi non sono garantiti in tutti i comuni e la modalità di gestione e regolamentazione è ancora disomogenea in tutti e due i territori.

### *Servizio di telesoccorso*

Il servizio di telesoccorso, attivo sul territorio viadanese, è affidato alla Croce Verde di Mantova e consente alla persona che si trova in uno stato di bisogno, di chiedere aiuto immediato ad una centrale operativa attiva 24

ore su 24, dove vi è sempre un operatore in grado di intervenire. Questo strumento ha il fine di assicurare un servizio di tutela e supporto per la permanenza in domicilio di persone in difficoltà.

Il numero dei beneficiari segna un deciso incremento nell'ultimo periodo. Nel 2022 erano 15 le persone che ne usufruivano, nel 2023 sono stati 22.

#### *SERVIZIO RICOVERI D'URGENZA*

Il ricovero d'urgenza è un servizio offerto dal PUA Casa della Comunità nel territorio viadanese.

Grazie alla Convenzione stipulata tra l'Azienda Speciale Consortile "Oglio Po" di Viadana e le 10 RSA presenti sul territorio, le persone ultra 65enni (o anche  $\geq 60$  anni se con specifica relazione sociale che ne comprova l'esigenza) che si trovano al domicilio o in struttura ospedaliera riabilitativa, in dimissione, possono usufruire di un ricovero temporaneo in emergenza per condizioni di fragilità socio-assistenziale conclamata. Il ricovero è finalizzato a favorire la definizione di un percorso per il rientro al domicilio potendo usufruire dei tempi necessari per predisporre quanto necessario. Gli Enti Gestori garantiscono la priorità di ingresso per le persone segnalate dal PUA Casa della Comunità, e collaborano per l'attuazione degli interventi a favore del rientro al domicilio, adottando le soluzioni più idonee sulla base delle singole situazioni in ottemperanza a quanto stabilito dal Progetto di Assistenza Individualizzato. Il ricovero d'urgenza ha una durata di 30 giorni, eventualmente prorogabili dopo una valutazione sociale di ulteriori 30 giorni.

#### *PROMOZIONE DELL' INVECCHIAMENTO ATTIVO*

Il tema dell'invecchiamento attivo rientra a pieno titolo nel progetto di creazione e gestione del Centro per la Famiglia. Le azioni previste sono finalizzate a permettere alle persone ultra65enni di vivere esperienze socializzanti, inclusive nel contesto comunitario.

Sperimentato in questi mesi sul comune di Casalmaggiore, il servizio ha aiutato un gruppo di persone, accompagnate da una OSS formata, a svolgere attività "sportiva" (ginnastica dolce) e incontri socializzanti presso il centro sociale.

L'OSS inoltre, nell'accompagnare le persone, ha avuto modo di entrare in contatto con il vicinato, favorendo relazioni positive (il caffè insieme, la merenda, ecc..). Di norma il servizio prevede una/due attività settimanali di circa 3 ore l'una.

La prospettiva è quella di implementare tale esperienza raggiungendo anche contesti diversi con la collaborazione dei servizi sociali territoriali, dei centri sociali e delle associazioni di volontariato.

Nel viadanese, in seguito alla istituzione e implementazione dell'équipe SAD aziendale, si è previsto di affiancare per alcune ore durante la settimana n. 1 operatore di famiglia e comunità alla figura dell'animatore di comunità, attivo sul territorio, allo scopo di stimolare/favorire la partecipazione delle persone anziane alle iniziative promosse in collaborazione con il privato sociale, promuovendo anche interventi di supporto ad anziani con esigenze di aiuto e accompagnamento svolto da altri anziani (caregiving). A questo operatore, con profilo professionale di O.S.S., verrà garantita una formazione specifica per potenziare le competenze relazionali ed in particolare la capacità di gestire le relazioni delle persone anziane con la rete dei rapporti informali e con il territorio favorendone la partecipazione attiva.

#### *LO SPORTELLO BADANTI DELL'AMBITO OGLIO PO*

Lo Sportello, avviato sul territorio viadanese nell'anno 2012, dal 2023 è stato affiancato da un secondo sportello sul territorio Casalasco. Servizio importante per le famiglie, dovrebbe poter contare su risorse adeguate sia economiche che di personale per migliorare il trend attuale, ma purtroppo, il finanziamento dedicato ha subito un drastico taglio dei finanziamenti da parte di Regione Lombardia.

Il SAD viadanese prevede interventi gratuiti per l'utenza di affiancamento alla figura della badante neoassunta, tuttavia, le richieste sono molto limitate.

Lo sportello viadanese ha sede presso l’Azienda ed è coordinato dall’Assistente sociale del P.U.A. della Casa della Comunità di Viadana e costituisce un settore specializzato del Nucleo Inserimenti Lavorativi con competenze specifiche di intermediazione al lavoro.

Lo sportello casalasco ha sede presso il Con.Ca.S.S. ed è gestito da un operatore incaricato dipendente dell’ente. Lo sportello è parte integrante della rete di servizi presente sul territorio.

Tutti gli Ambiti sociali di ATS VP hanno aperto entro il 30/11/2023, sul proprio territorio, sportelli Assistenti Familiari rispettando le indicazioni regionali. Gli iscritti nel registro dell’Ambito Oglio Po al 31/12/2023 sono n. 89. Il dato evidenzia un importante investimento del territorio casalasco-viadanese rispetto al tema.

Regione Lombardia, a tal proposito, promuove la misura Bonus Assistenti familiari.

#### *DOMANDE PRESENTATE E ISTRUITE dal 01/01/2023 al 30/06/2024*

	<b>OGLIO PO</b>
N. COMPLESSIVO DOMANDE PRESENTATE	24
N. COMPLESSIVO DOMANDE AMMESSE E FINANZIATE	22

Rispetto al numero di domande presentate, il trend è in positivo ma questi incentivi non sono assolutamente sufficienti a garantire un reale sostegno alle famiglie che devono affrontare i costi derivanti dall’ingaggio di assistenti familiari e non riescono ad incidere concretamente in favore della scelta della contrattualizzazione.

Fra i LEPS “servizi sociali di sollievo” rientra il servizio di sostituzione temporanea di assistenti familiari per ferie, maternità e/o malattia.

Si rende necessario inoltre programmare percorsi di qualificazione delle assistenti familiari e promuovere con strumenti più efficaci la regolarizzazione dei contratti di lavoro. A tal proposito sarebbe interessante sviluppare e incentivare ulteriori collaborazioni fra gli sportelli Assistenti Familiari, servizi sociali e i centri per l’impiego e/o agenzie per il lavoro così da connettere e agevolare l’incontro fra domanda e offerta di lavoro.

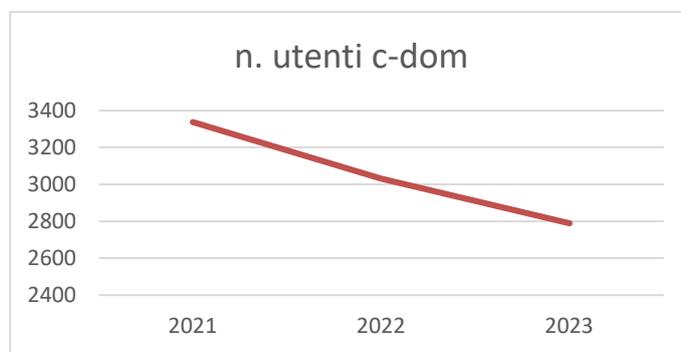
#### ***Uno sguardo ai servizi sociosanitari***

*C-dom (cure domiciliari)*: Presente nel percorso domiciliare fin dagli anni 90 è considerata un livello essenziale di assistenza. Viene erogata, a fronte di richiesta del MMG/PLS e a seguito di valutazione multidimensionale di ASST, da Enti Erogatori Pubblici e privati liberamente scelti dal cittadino. Il 2023 è stato un anno ricco di importanti cambiamenti sia per il nuovo accreditamento degli Enti Erogatori sia per la nuova profilazione delle prestazioni domiciliari (DGR 6867/2022).

Il servizio ha visto nel 2023 il riaccreditamento delle Unità d’Offerta con l’ingresso a novembre 2023 anche delle ASST del territorio come Enti Erogatori di ADI. Nel nostro territorio gli enti abilitati sono 17, quelli accreditati sono 16 mentre a contratto sono 16 (dati a settembre 2023).

Se a livello di ATS Val Padana il dato indica un progressivo aumento delle cure domiciliari, il territorio Oglio Po invece registra un costante calo nel corso del triennio.

AREA ANZIANI					
Livello di gravità					
ANNO	Non consumatori	Livello 3	Livello 2	Livello 1	Totale
2021	463	917	1575	383	3338
2022	375	314	1433	909	3031
2023	287	767	1367	369	2790

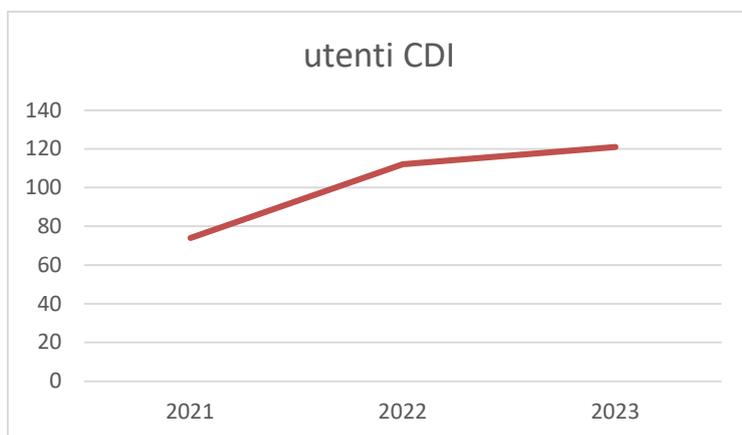


Nel 2023 quindi il 13,60% della popolazione target ha usufruito delle cure domiciliari.

I livelli definiscono il grado di complessità degli interventi al domicilio (il 3 è il più complesso e vede la presenza di più figure integrate).

*Il Centro Diurno Integrato*: è una struttura che accoglie, per alcune ore della giornata, di norma persone oltre i 65 anni di età, parzialmente o totalmente non autosufficienti, per supportare le famiglie che mantengono tali anziani al proprio domicilio; nel triennio sembrano aumentare lentamente ma progressivamente i cittadini frequentati i CDI.

AREA ANZIANI					
Livello di gravità					
ANNO	Non consumatori	Livello 3	Livello 2	Livello 1	Totale
2021	1	23	43	7	74
2022	12	7	58	35	112
2023	13	37	63	8	121



## QUADRO DI SINTESI

Dopo un'analisi dei dati relativi alle attività realizzate sul territorio e finalizzate a favorire la domiciliarità riportiamo di seguito una sintesi delle principali criticità del SAD desunte dall'ultimo Rapporto NNA, già in precedenza richiamato. Non tutte le osservazioni che seguono sono riferibili al nostro territorio, che ha già messo in atto alcune strategie di fronteggiamento; tuttavia, il quadro generale che ne deriva conferma le criticità emerse durante la trattazione dei paragrafi precedenti:

- 1) *Un'offerta inadeguata.* In questi anni ci si è interrogati molto sulle motivazioni del ridimensionamento del Sad. Per analizzarne i motivi è opportuno tenere a mente le varie fasi che ha attraversato il servizio. La prima e iniziale criticità deriva dal fatto che l'offerta prestazionale è rigida a cui, nel corso degli anni, si è prevalentemente allineato il Sad non è più risultata funzionale alle mutate esigenze degli anziani non autosufficienti e dei loro caregiver; da qui ha preso il via la decrescita continua del servizio. Il mercato delle assistenti familiari, maggiormente rispondente ai bisogni di lungo assistenza anche se meno qualificato, ha ulteriormente indebolito la richiesta di Sad, che non ha saputo cogliere efficacemente l'opportunità di una proficua integrazione con l'assistenza informale diffusa.
- 2) *Le barriere all'accesso* All'inadeguatezza del servizio offerto, che ha determinato l'inizio del declino del Sad, negli ultimi anni sono andate a sommarsi alcune criticità dell'iter di accesso, che possono fungere da vere e proprie "barriere". Sia pure con grandi diversità tra le varie Regioni (e anche al

loro interno), per accedere al Sad possono essere previsti:

- a. criteri selettivi e stringenti (es. un determinato grado d'invalidità, la mancanza di caregiver familiari, una certificazione sanitaria specifica, ecc.);
- b. iter burocratici complessi (ad es. presentazione dell'Isee);
- c. costi elevati. Le quote di partecipazione da corrispondere per il servizio, generalmente individuate in base all'Isee, in alcuni Comuni risultano molto alte.

Le sopracitate condizioni hanno determinato una selezione tra le famiglie. Quelle in condizioni economiche più elevate, tenute a corrispondere alte quote di partecipazione, non di rado hanno ritenuto meno complicato e più conveniente rivolgersi al mercato privato (spesso a badanti "irregolari") o direttamente ai gestori di Sad. Invece i nuclei a basso reddito, gli anziani soli e i cosiddetti "casi sociali", che possono usufruire dell'assistenza a tariffe molto basse se non nulle, sono rimasti legati al Sad

- 3) *Un servizio non attrattivo.* I motivi sopra spiegati contribuiscono a dare del Sad un'immagine poco "attrattiva" e non competitiva con altre forme di *care*. Sempre più, inoltre, lo si identifica con il "servizio dei poveri" (Tidoli, 2017).
- 4) La mancanza di personale e di una specializzazione del servizio per trattare determinate problematiche (es. problematiche cognitive)
- 5) La difficoltà di integrazione con le altre tipologie di risposta al domicilio e in primis con l'ADI.
- 6) Emerge inoltre anche la diffusione del servizio privato come risposta alle esigenze delle famiglie. Diversi operatori, soprattutto ex dipendenti degli enti del terzo settore, gestiscono privatamente il servizio offrendo tariffe più convenienti e orari più flessibili e rispondenti ai bisogni dei caregiver.

Sostanzialmente, il Sad è un'unità di offerta che non è riuscita ad adeguarsi all'evolversi dei bisogni degli anziani e delle loro famiglie; per questo motivo attualmente rimane al margine del sistema di risposta domiciliare degli anziani. Per evitarne l'ulteriore residualità, da molte parti, si sottolinea la necessità di ripensare il servizio, individuando nuovi ruoli, nuove direzioni di sviluppo e cercando anche di attrarre tipologie di utenza differenti rispetto a quella "tradizionale".

Cosa occorre fare:

- definire progetti sempre più personalizzati, flessibili e innovativi;
- garantire il giusto mix di prestazioni che la non autosufficienza richiede:
  - sostegno nelle attività fondamentali della vita quotidiana;
  - azioni di affiancamento e supporto ai caregiver formali e informali;
  - garantire assistenza per il tempo necessario. In genere la non autosufficienza si protrae a lungo e richiede interventi frequenti e anche diversificati a seconda della situazione specifica. L'intensità degli interventi (numero di visite per utente) e la durata del periodo di assistenza devono, dunque, essere adeguate;
- contenere i costi per l'utenza in particolare per le situazioni più critiche che necessitano di più ore di servizio;
- promuovere la formazione continua e la qualificazione delle figure professionali che operano nel servizio;
- garantire il coordinamento e la supervisione al personale. I rischi di burnout degli operatori sono alti in questa tipologia di servizio;
- qualificare il lavoro a domicilio prevedendo il coordinamento delle risorse domiciliari costituite dai familiari caregiver, dalla badante, dal volontariato e dall'assistenza domiciliare sociale e sanitaria. I servizi domiciliari sia sociali che sanitari sono coordinati da una governance pubblica frammentaria che fatica a integrare policy e risorse. Infatti, la configurazione prevalentemente prestazionale, la presenza

di numerosi erogatori (non profit e profit) e l'incapacità di coordinare l'intervento tra i servizi formali e informali non permettono una programmazione adeguata degli interventi domiciliari, che spesso rischiano anche di sovrapporsi.

- Il SAD non deve essere competitivo rispetto al lavoro delle assistenti familiari. Laddove la famiglia intenda usufruire di tutte e due le prestazioni occorre cogliere l'occasione per integrare le due attività e qualificare il lavoro degli operatori coinvolti. L'operatore del Sad, più esperto e qualificato, può fornire sostegno all'assistente familiare, può istruirla, può confortarla nelle scelte, in buona sostanza può fornire una prestazione di tutoraggio.
- SAD E C-DOM - L'assistenza di anziani con elevati livelli di non autosufficienza richiede spesso anche un intervento sanitario in integrazione con quello sociale. Questo aspetto, purtroppo, continua a rimanere critico, tanto che solo lo 0,4% del totale di anziani in Italia riceve realmente un'assistenza domiciliare integrata sociale e sanitaria. La logica a cui è improntata la C-DOM è sanitaria-clinica (cure), quella del Sad è socioassistenziale. Nessuno dei due servizi si basa su un'ottica di sostegno alla non autosufficienza. Occorre una integrazione vera tra i due servizi domiciliari e una maggiore attenzione alla care.
- TELESOCORSO- TELEMEDICINA - Un'altra modificazione dello scenario di riferimento è costituita dalla possibilità tecnologica di assistere al domicilio, oltre che con sistemi di telesoccorso anche attraverso la teleassistenza, anziani con elevati livelli di non autosufficienza.

Concetti chiave da tenere in considerazione per programmare una assistenza domiciliare che concorra al mantenimento presso il proprio domicilio di cittadini in condizioni di fragilità e non autosufficienza.

1. valutazione multidimensionale dei bisogni dell'assistito e della sua famiglia;
2. coinvolgimento del MMG/PLS in qualsiasi progetto domiciliare;
3. rivalutazione periodica dei bisogni sanitari, sociosanitari e sociali;
4. redazione di diario domiciliare degli interventi eseguiti nel percorso di cura;
5. definizione di un case – manager del progetto domiciliare laddove vi siano attivi più percorsi assistenziali domiciliari (es: ADI, RSA Aperta, SAD comunale, ...)
6. valutazione del peso assistenziale sostenuto dai caregiver;
7. valutazione della possibilità di attivare servizi di volontario o del terzo settore;
8. fattibilità dell'erogazione dell'assistenza presso il domicilio (condizioni cliniche stabilizzate del paziente e domicilio idoneo ad erogare l'assistenza);
9. stretta connessione con il servizio di ausili e protesica di ASST (es: pannoloni, strisce reattive per il diabete...);
10. rendicontazione dell'attività svolta presso il domicilio in un flusso domiciliare dedicato.

### **Le dimissioni protette (leps)**

Le dimissioni protette in area sociale sono disciplinate dalla legge 234/2021, all'articolo 1, comma 170 e rientrano fra i LEPS. Il "Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023" ne definisce, inoltre, contenuti, obiettivi, modalità di accesso, professioni coinvolte, destinatari. I territori hanno avuto la possibilità di sviluppare il LEPS e ottenere il finanziamento tramite la Missione 5 del PNRR, Componente 2, Linea 1.1.3 "Rafforzamento dei servizi sociali a favore della domiciliarità". Si specifica che, viene definita dimissione protetta una dimissione da un contesto sanitario che prevede una continuità di assistenza e cure attraverso un programma concordato tra il medico curante, i servizi sociali territoriali dell'ASST di appartenenza e dell'Ente locale. Il paziente può rientrare al domicilio oppure essere ricoverato in strutture qualificate restando in carico al Servizio Sanitario Nazionale. La dimissione protetta comporta un insieme di azioni e interventi che garantiscono il passaggio organizzato di un paziente dall'ambiente ospedaliero ad un contesto di cura di tipo familiare.

Tale processo multidisciplinare garantisce, pianificando la dimissione, la continuità assistenziale, promuove percorsi di aiuto a sostegno della salute e del benessere della persona tramite interventi coordinati tra sanitario e sociale, migliora la qualità della vita, consente l'integrazione fra ospedale e territorio e tra i professionisti sociosanitari coinvolti nel processo di assistenza e cura, oltre a ridurre il rischio di riammissione istituzionalizzata nei pazienti anziani, disabili e fragili.

Si specifica che il DPCM 12.1.2017 all'art. 22 prevede che il Servizio sanitario nazionale garantisca alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. "L'azienda sanitaria locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio. Le cure domiciliari, come risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia. Le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona. Le suddette prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale, erogate secondo i modelli assistenziali disciplinati dalle regioni e dalle province autonome, sono a interamente carico del Servizio sanitario nazionale per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per una quota pari al 50 per cento nei giorni successivi".

L'Ambito Oglio Po e Suzzara (Suzzara Capofila) hanno presentato il progetto su Missione 5 del PNRR, Componente 2, Linea 1.1.3 "Rafforzamento dei servizi sociali a favore della domiciliarità"

#### *La situazione nel casalasco*

Nel corso del 2023 sono state attivate, con la quota del FNPS Leps dimissioni protette, 50 interventi per complessive 450 ore. il costo complessivo per il 2023 è di € 10.545,31.

Per il 2024 oltre al Fnps il territorio vede il finanziamento previsto dal PNRR Investimento 1.1 – Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti Sub-investimento 1.1.3 - Rafforzare i servizi sociali domiciliari per garantire una dimissione assistita precoce e prevenire il ricovero in ospedale. Le risorse per il triennio ammontano a € 88.861,53.

#### *La situazione nel viadanese*

Nel 2024 è stata definita e condivisa con ASST Mantova una procedura per le dimissioni protette che prevede le diverse fasi e competenze da parte dei servizi sociali e sanitari coinvolti.

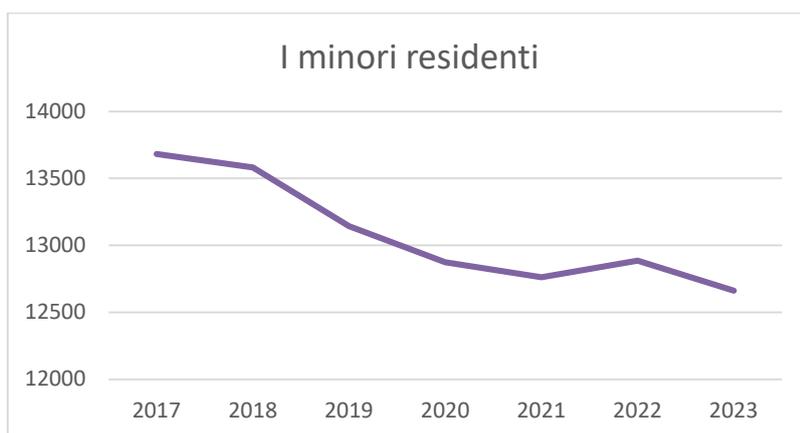
Per il 2024 oltre al FNPS il territorio vede il finanziamento previsto dal PNRR sopra richiamato. La procedura condivisa con ASST Mantova è operativa dal 23/09/2024. In questo periodo sono pervenute n. 25 segnalazioni di dimissioni protette da parte delle COT territoriali. Si sono effettivamente concretizzate n. 13 prese in carico. Le risorse per il triennio ammontano a € 112.586,48. Lo speso al 31/10/2024 è pari ad € 1.945,59.

## 5.4 MINORI E FAMIGLIA

La famiglia è uno dei temi fondamentali dell'integrazione sociosanitaria. Essendo una struttura sociale risulta in continua evoluzione influenzata dai cambiamenti culturali e sociali.

Dal 2008 la tendenza delle nascite è in continuo decremento. L'indice di natalità del territorio di ATS Val Padana si attesta al di sotto della media regionale e nazionale con un valore pari a 6,4 nati ogni 1000 abitanti. Anche il territorio Oglio Po si attesta con un indice pari a 6.36 (piccole differenze si trovano nei due sub ambiti: il casalasco ha un indice pari a 6.62 mentre il viadanese ha un indice pari a 6,14).

Inoltre, il territorio vede una progressiva diminuzione dei minori residenti, come evidenziato dalla curva.

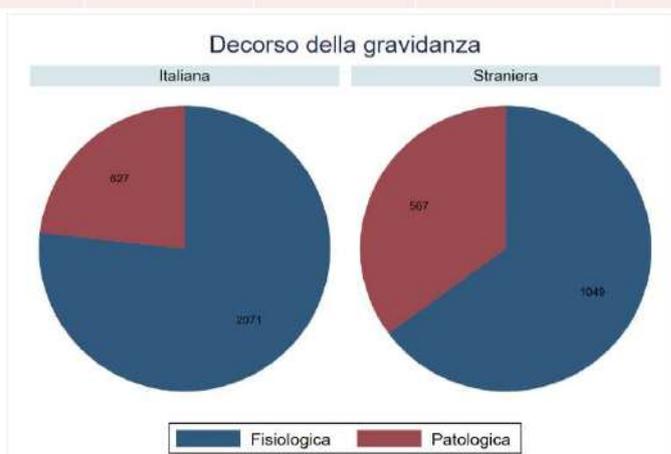


Tra la rete dei servizi a supporto alle famiglie i consultori familiari offrono interventi mirati di supporto nell'ambito della salute e del benessere psicologico. I servizi consultoriali sono rivolti alle donne, alla coppia, alle famiglie, ai giovani e agli adolescenti, garantendo un prezioso sostegno che tiene insieme cura sanitaria e supporto; la multidisciplinarietà delle aree di intervento del consultorio familiare, infatti, ha la finalità di guardare alla persona in una prospettiva olistica.

Tra le azioni rilevanti del Consultorio Familiare vi è quella relativa al tema del percorso nascita. Questo rappresenta un modello organizzativo che garantisce l'assistenza, l'accompagnamento e il sostegno alla donna/coppia e neonato durante la gravidanza, il travaglio, il parto e il puerperio, nel contesto del suo ambiente di vita attraverso prestazioni appropriate e uniformi su tutto il territorio. È un momento cruciale in cui è possibile identificare precocemente situazioni di disagio sociale e fragilità, secondo un approccio equity oriented.

Dall'analisi dei dati di ATS Valpadana per l'anno 2021 seguono i dati del numero di parti avvenuti sul territorio estrapolati dal flusso CEDAP e le principali differenze demografiche tra donne italiane e straniere.

CITTADINANZA/ RESIDENZA	CREMA	CREMONA	MANTOVA	TOT.
<b>CITTADINANZA ITALIANA</b>				
N.	707	669	1.323	2.699
PERCENTUALE	74.1	59.3	59.3	62.5
ETÀ MEDIA	32.8	32.4	32.7	32.7
<b>CITTADINANZA STRANIERA</b>				
N.	247	460	909	1.616
PERCENTUALE	25.9	40.7	40.7	37.5
ETÀ MEDIA	30.7	30.4	30.3	30.4
<b>TOTALE</b>				
N.	954	1.129	2.232	4.315
PERCENTUALE	100.0	100.0	100.0	100.0
ETÀ MEDIA	32.3	31.6	31.7	31.8



Dati delle donne straniere residenti rispetto al totale delle donne residenti nell'Ambito al 1° gennaio 2023.  
Fonte ISTAT

Fasce d'età	età 16-25		età 26-35		età 36-45		età 46-50		Totali per sub-ambito		
Popolazione	Straniere	Totale donne residenti	Straniere	Totale donne residenti	Straniere	Totale donne residenti	Straniere	Totale donne residenti	Totale Straniere età 16-50	Totale donne residenti età 16-50	%
Sub ambito Casalasco	251	1.688	464	1.722	504	2.080	194	1.301	1.413	6.791	20,81%
Sub ambito Viadanese	374	2.053	600	2.211	704	2.910	250	1.723	1.928	8.897	21,67%
<b>Totali</b>	<b>625</b>	<b>3.741</b>	<b>1.064</b>	<b>3.933</b>	<b>1.208</b>	<b>4.990</b>	<b>444</b>	<b>3.024</b>	<b>3.341</b>	<b>15.688</b>	<b>21,30%</b>

Nel 2021 oltre il 70% delle donne in gravidanza che avuto accesso ai Consultori Familiari afferenti al territorio di ATS Val Padana è stata di origine straniera. Tuttavia, è da segnalare il fatto che, nello stesso anno, solo il 4% delle donne straniere che hanno partorito sul territorio di ATS Val Padana ha frequentato i Corsi di Accompagnamento alla nascita beneficiando di un gruppo di sostegno professionale e tra pari.

Le donne straniere hanno un livello socioeconomico inferiore rispetto alle italiane: un terzo delle italiane è laureata, contro una quota che supera di poco il 13% nelle donne straniere, tra le quali è invece molto rappresentata la classe con solo il diploma di scuola media inferiore (quali il 40%).

Differenze tra italiane e straniere persistono anche nella condizione professionale: solo il 22% delle straniere risulta occupata, contro l'80% delle italiane. Inoltre, tra le occupate, le donne straniere ricoprono per lo più il ruolo di operaia (quasi il 58%), mentre le italiane sono per lo più impiegate (quasi il 54%).

Le donne straniere sono, inoltre, meno medicalizzate: la prima visita risulta mediamente effettuata ad un'epoca di gravidanza più avanzata rispetto alle italiane (+2 settimane); il numero di visite in gravidanza è mediamente inferiore per le donne straniere (-1 visita), così come il numero di ecografie (-1.6 ecografie); il corso di accompagnamento alla nascita è seguito solo dal 4% delle straniere, contro il 35% delle italiane.

Le diverse fonti di informazione disponibili confermano che i Corsi di Accompagnamento alla Nascita sono meno frequentati proprio da quei sottogruppi di popolazione che ne trarrebbero maggiori vantaggi, quali donne immigrate e appartenenti a fasce economicamente svantaggiate. Risulta, pertanto, fondamentale poter incentivare la partecipazione e accompagnare le donne e i loro nuclei familiari in questi percorsi.

## TUTELA MINORI

Diventare genitori oggi significa confrontarsi con una realtà con complessità di diversa natura: da una parte, infatti, la famiglia ha modelli educativi tradizionali, che caratterizzano il rapporto genitori-figli, dall'altra, si assiste all'emergere di nuove sfide educative strettamente legate alla società che cambia. La nascita di un figlio è un momento in cui si sperimenta un grande amore, una condivisione di vita, un'apertura al mondo; è altresì un evento "critico" perché porta la coppia ad affrontare una serie di situazioni nuove, alcune delle quali richiedono una ristrutturazione del rapporto di coppia, delle consuete routines familiari.

Diverse ricerche mostrano un profilo di famiglia sospesa, in bilico tra difficoltà evidenti che rischiano di sopraffarla, ma anche la capacità di attivare risorse al proprio interno in grado di rendere i cambiamenti che sta attraversando occasione di crescita. I servizi tutela dell'ambito operano come servizi sovracomunali, che integrandosi con i servizi comunali, ASST e ETS, agiscono in termini di consulenza, valutazione, supporto genitoriale e progettazione di misure e interventi.

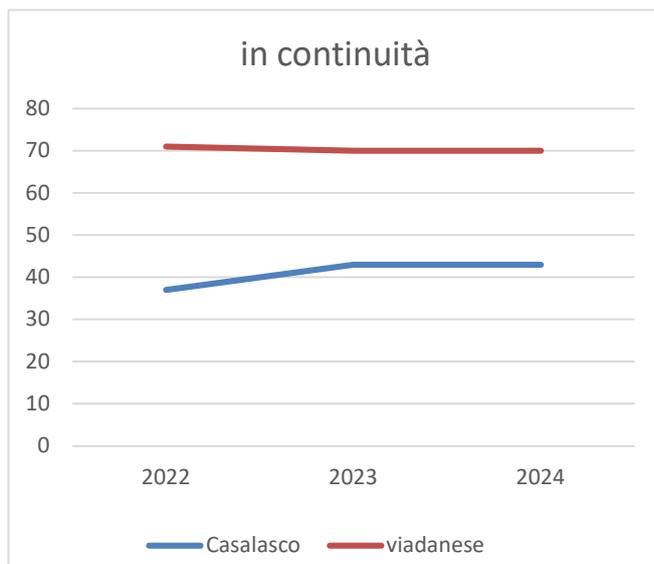
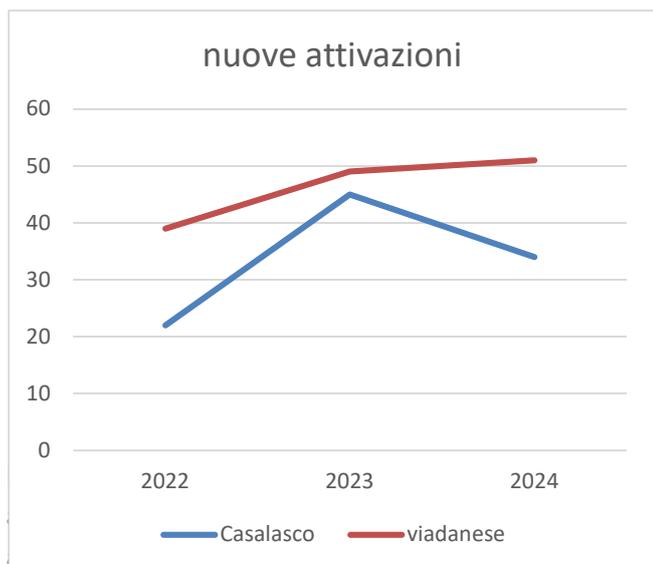
L'analisi dei dati in possesso mostra un elevato numero di situazioni in stato di fragilità e vulnerabilità o in condizione di pregiudizio. Il servizio territoriale per i minori mostra infatti un numero considerevole di interventi su mandato dell'autorità giudiziaria.

È indubbio che spesso siamo di fronte alla necessità di un'azione forte riparativa in quanto è ancora difficoltoso attivare azioni di comunità, di prevenzione e presa in carico precoce. La spesa sempre più elevata mette in difficoltà anche i piccoli comuni del nostro territorio.

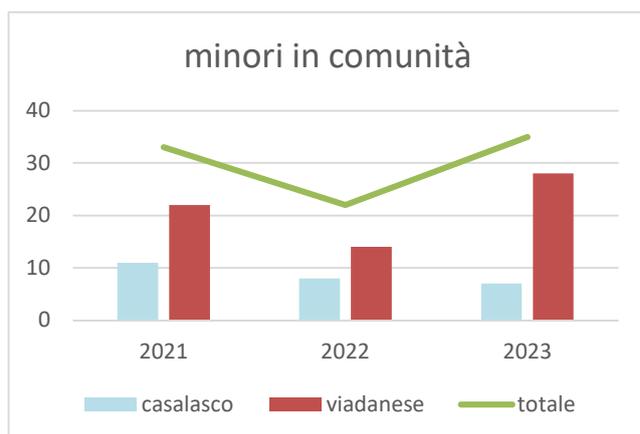
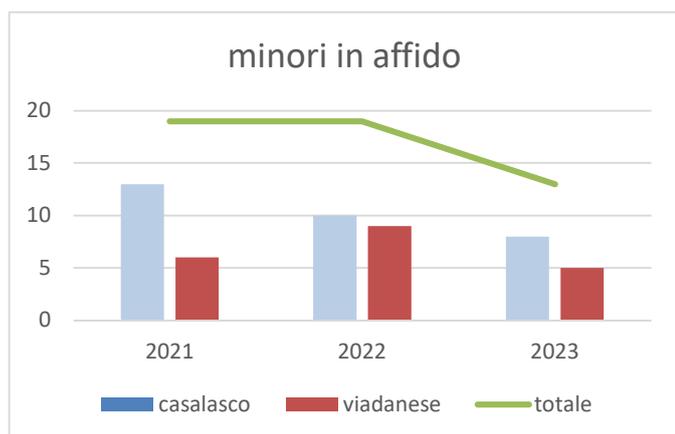
I numeri delle segnalazioni registrate dai servizi, se vengono messe a confronto con il target di riferimento (gli 0-19 anni), ci dicono di una grande difficoltà di tenuta del sistema familiare.

Nel corso del triennio, infatti, si può vedere l'andamento delle prese in carico, tra nuove attivazioni e in continuità:

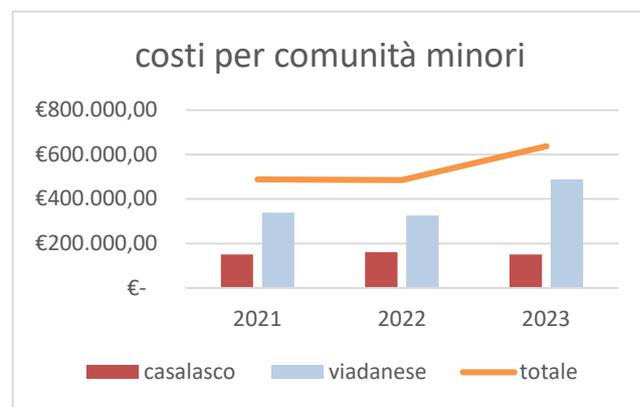
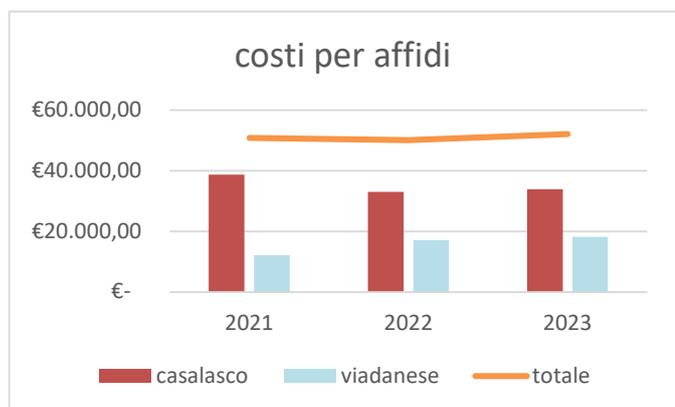
	2022		2023		2024	
	Casalasco	Viadanese	Casalasco	Viadanese	Casalasco	Viadanese
nuove attivazioni	22	39	45	49	34	51
di cui penali	2	5	11	7	8	6
di cui ex art. 31	8	3	16	1	11	5
in continuità anni precedenti	37	71	43	70	43	84
totali	59	110	88	119	77	135



Nel corso degli anni il servizio ha attivato percorsi di affido, al fine di garantire ai minori un contesto di vita adeguato e accompagnare la famiglia d'origine alla fuoriuscita dalla condizione di fragilità; nei casi più pregiudizievoli, si è ricorso all'inserimento in comunità educative, dietro mandato dall'AG.<sup>4</sup>



In entrambi i casi gli oneri sono per la maggior parte in carico ai comuni; la spesa elevata viene sostenuta anche da contributi derivanti dal FSR, quota sociosanitaria (misura 6 ma solo in casi particolari), fondo di solidarietà per i comuni con meno di 5000 abitanti.



<sup>4</sup> Dati dal fondo sociale regionale.

A questi dati si aggiungono numeri: infatti sono attivi interventi e progetti non rendicontabili al fine del riparto, ma che rimangono a carico dei comuni o di altri fondi (es. QSFP). Soprattutto per quanto riguarda l'inserimento in strutture educative per minori o madre-bambini si rende necessario a volte, a seguito di urgenza, la ricerca di enti che non sono nella rete dei servizi presenti in anagrafe Regionale. Pertanto, sommando anche questi dati non rendicontati, i numeri salgono ulteriormente.

Numero minori in comunità dell'Ambito Oglio Po:

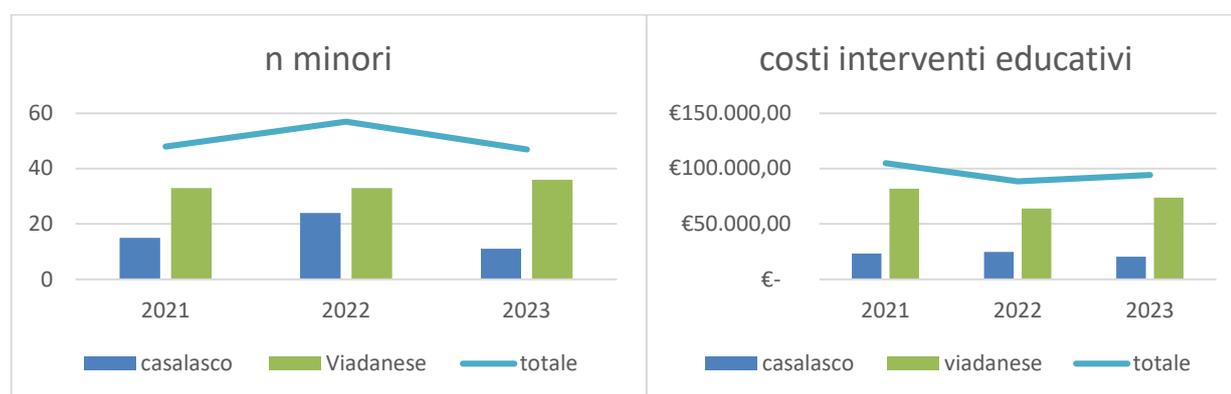
Anno	n. minori in comunità
2021	43
2022	49
2023	41

Una nota: nei conteggi delle comunità rientrano i MSNA (Minori Stranieri Non Accompagnati): i dati raccolti mostrano un fenomeno presente nel sub ambito viadanese (complessivamente nel triennio 18), ma non presente nel casalasco.

Altro dato importante è fornito dall'andamento del servizio di **educativa domiciliare**, che consiste nell'erogazione di interventi a sostegno delle famiglie e dei minori in particolare. Tali interventi hanno l'obiettivo di attivare un processo di cambiamento nel nucleo familiare, che consenta uno sviluppo armonico e completo della personalità del minore. Il servizio è svolto tramite patti di servizio con cooperative sociali.

Il numero dei minori seguiti al domicilio nel corso degli anni risulta pressoché stabile (dai 26 ai 29 minori, a volte si tratta di più fratelli dello stesso nucleo familiare) con una variazione significativa nei costi a causa di durate inferiori sia negli accessi al domicilio sia temporalmente nell'arco dell'anno. La maggioranza dei ragazzi è compresa nella fascia d'età della preadolescenza.

		n. minori	M	F	Utente disabile	Invalità riconosciuta	Utente psichiatrico	Già in carico presso Servizi Sociosanitari	Già in carico presso Servizi Sanitari	numero di ore erogate
2021	Casalasco	15	9	6	2	0	0	8	5	1080
	Viadanese	33	22	11	0	11	0	23	16	3.963
2022	Casalasco	24	17	7	4	3	0	11	14	1202
	Viadanese	33	22	11	0	10	0	16	15	2.975
2023	Casalasco	11	7	4	3	6	0	9	9	880
	Viadanese	36	22	14	16	0	1	16	18	3147



Nel triennio per il territorio casalasco, tramite la QSFP si sono realizzati altri interventi a sostegno della domiciliarità minori e nello specifico:

	N MINORI	N ORE	IMPORTO TOT
ANNO 2021	8	643	13.641,41 €
ANNO 2022	19	1206	25.608,10 €
ANNO 2023	13	860	19.017,47 €

Tramite il lavoro delle reti a supporto della famiglia, si riceve un forte segnale dai servizi territoriali, educativi e scolastici riguardo all'aumento:

- del disagio, non da ultimo quello psichico dei minori, delle disabilità certificate, comprese le difficoltà di apprendimento;
- delle complessità che le famiglie – e con loro i servizi - faticano a gestire;
- dei cosiddetti bisogni educativi speciali, in costante aumento: non una vera e propria disabilità, ma reale ostacolo alla piena realizzazione dell'individuo.

Le principali forme di disagio che riguardano i disturbi dell'umore fino a manifestazioni depressive e fobiche (incrementatesi considerevolmente a causa della pandemia), disturbi della condotta, disturbi del comportamento alimentare, difficoltà relazionali interne alla famiglia e nel gruppo dei pari che conducono a forme di ritiro sociale, bullismo/cyberbullismo, autolesionismo, tentativi suicidari, abuso di sostanze ed episodi di vandalismo.

Nella fascia di età 0-17 anni il territorio Casalasco Viadanese rileva un aumento di diagnosi per dipendenze da n. 10 nel 2021 a n.24 nel 2023.

La necessità di azioni di sostegno alle famiglie nella cura dei figli deriva da diversi fattori:

- l'alto grado di occupazione di entrambi i genitori, che crea problemi sia per la collocazione dei figli nelle ore non coperte dalla scuola, sia per l'aiuto nello svolgimento dei compiti;
- la forte presenza di nuclei immigrati, segnati dallo sradicamento dal proprio tessuto socio-familiare;
- situazioni familiari problematiche da un punto di vista socioculturale, che determinano per i figli la mancanza di riferimenti significativi, difficoltà di aggregazione e di integrazione e disagio scolastico;
- situazioni familiari con la presenza di disabili sia minori che adulti necessitanti di interventi complessi;
- situazioni in carico alla tutela minori e con decreti del Tribunale per i Minori.

A queste complessità si aggiungono anche le esigenze legate ai cicli di vita delle famiglie e alle necessità quotidiane: si pensi alla nascita di un figlio, alla necessità, di affrontare separazioni, all'adolescenza, ai percorsi di autonomia.

Le famiglie di riferimento hanno spesso debole capacità nel costruire e/o mantenere le condizioni per garantire un funzioni genitoriali positive. La vulnerabilità è infatti una situazione socialmente determinata da cui può emergere la negligenza parentale o la trascuratezza, di forma e intensità diverse.

La scuola e la Neuropsichiatria Infantile confermano un disagio diffuso tra i ragazzi nella fascia target che sembra non trovare tra gli adulti di riferimento un ascolto attento, ma soprattutto evidenziano l'assenza di risposte educative intese come pratica di accompagnamento, in grado di sostenere i processi di crescita tramite l'ascolto ed una visione di futuro possibile. Le assistenti sociali che operano sul territorio segnalano inoltre l'aumento di situazioni che possono essere ricondotte alla sindrome che colpisce i ragazzi che si chiudono in camera e rifiutano ogni aiuto. Il fenomeno è sconosciuto, quasi "invisibile" come i soggetti che ne soffrono: denominato "Hikikomori". A questa sindrome si associa quasi sempre anche il gaming disorder una nuova e dilagante forma di dipendenza.

Gli Istituti Comprensivi locali segnalano l'uso e l'abuso di droga e alcool, già nelle ultime classi della secondaria di primo grado.

Ad esempio, l'istituto comprensivo Diotti, nella sua sede di Casalmaggiore che conta 422 alunni, segnala che circa il 30% si trova in uno stato di vulnerabilità che può compromettere l'evoluzione scolastici, sociale e emotiva dei ragazzi. I dati invalsi (matematica e italiano) infatti mettono in evidenza che il 44% degli alunni si posiziona tra il livello 1 e il livello 2.

Le associazioni lamentano una sensibile riduzione della partecipazione dei ragazzi alle attività sportive locali e un sempre minor coinvolgimento in attività di volontariato. La maggior parte delle segnalazioni ai servizi

territoriali arrivano dalla Neuropsichiatria Infantile in vista della transizione verso i servizi specialistici adulti e si tratta spesso di situazioni non conosciute in precedenza.

A seguito della pandemia da Covid-19, i dati evidenziano un incremento esponenziale delle situazioni individuali e familiari connotate da fragilità socio psico educativa, soprattutto nelle fasce più giovani della popolazione. Con il tentativo di fornire una efficace risposta al target adolescenti con problematiche riconducibili alla sfera individuale, familiare e sociale, ulteriormente compromessa dall'isolamento determinato dall'emergenza sanitaria nazionale, Regione Lombardia ha implementato la Misura "#UP – Percorsi per crescere alla grande" ai sensi della DGR 7503/2022 e DGR 22/2023, dando continuità alla sperimentazione avviata nel 2019. L'intervento è caratterizzato per favorire il protagonismo della famiglia e dell'adolescente nella definizione del percorso individualizzato.

Al centro dell'intervento vi sono gli interventi prevalentemente educativi che, da un lato, permettono il conseguimento di importanti obiettivi in termini di inclusione sociale, dall'altro, rafforzano gli interventi volti a sostenere l'accesso all'istruzione, il contrasto al fenomeno della dispersione scolastica e la transizione dei giovani nel mercato del lavoro.

L'iniziativa promossa da Regione Lombardia vede coinvolti adolescenti e giovani (11-25 anni) per supportarli nell'affrontare e superare la propria condizione di disagio (disagio psicologico ed evolutivo, isolamento sociale, abbandono scolastico, comportamenti a rischio, delinquenziali, antisociali), intervenendo anche a sostegno della famiglia per aiutare i genitori a leggere e accogliere i bisogni dei figli e, più in generale, ad accompagnarli nella complessa fase della crescita.

L'obiettivo è quello di favorire il lavoro di rete tra i Servizi Sanitari, Servizi Socio-Assistenziali e gli Enti del Terzo Settore sia nella fase di valutazione che in quella di realizzazione degli interventi individualizzati, di carattere educativo e psicologico, in favore dei giovani adolescenti e delle loro famiglie.

Tali finalità si inseriscono in uno scenario connotato da una aumentata richiesta di interventi psico socioeducativi ed una limitata offerta, pubblica e privata, con costi sempre più ingenti per le famiglie e gli Enti Locali che vi devono far fronte.

Sul bando adolescenti conclusosi nel 2023, il territorio Casalasco Viadanese ha segnalato 13 minori, mentre sulla misura #UP attualmente in corso ne sono stati segnalati solo sei.

Tutti questi segnali evidenziano l'urgenza di mettere in atto un importante cambiamento di strategie per ovviare che l'aumento della spesa sociale sia destinato a sostenere interventi emergenziali, non favorendo quelle necessarie azioni di empowerment che garantirebbero l'uscita dal circuito assistenziale. In un sistema sociale caratterizzato dall'aumento delle necessità, dalla carenza delle risorse e dalla pluralità dei soggetti che erogano prestazioni e servizi, è necessaria una programmazione sociale innovativa.

Dall'altra parte la nascita di nuove associazioni territoriali, costituite da genitori, finalizzate alla promozione sociale, ma non solo, e le relazioni informali nate da parte di genitori anche nei confronti delle istituzioni, indica la necessità di valorizzare sempre più i contesti di vita e la funzione primaria del prendersi cura, generata attraverso un lavoro coeso di comunità.

A fronte del crescente disagio minorile e familiare i servizi, ma non solo, hanno condiviso di investire nelle azioni di prevenzione e di supporto, al fine di non cronicizzare le situazioni di vulnerabilità.

L'aggancio precoce dei minori in condizioni di fragilità risulta quindi fondamentale: tale aggancio non per forza deve essere agito dai servizi istituzionali, ma deve essere una responsabilità condivisa dal mondo degli adulti che stanno in contatto quotidianamente con i giovani (insegnanti, allenatori, parroci, volontari ecc..).

Per lavorare in ottica preventiva e non solo riparativa è indispensabile intervenire con progettualità che possano stimolare iniziative nuove, coinvolgendo, in particolare, questi territori dove ancora non sono presenti sufficienti servizi o azioni per i minori.

Nel territorio sono presenti attività pomeridiane extrascolastiche, soprattutto gestiti da enti del privato sociale e parrocchie, rivolte ai ragazzi e ragazze delle scuole primarie e secondarie di primo grado, esperienze nate dalla volontà delle singole amministrazioni, in collaborazione con ETS, e da gruppi di volontari riuniti in associazioni.

A Viadana è stato avviato un presidio pedagogico educativo sperimentale dedicato ai ragazzi e ragazze in fragilità familiare: HUB ad alta intensità educativa e pedagogica che permette interventi preventivi in spazi educativi ma soprattutto Art-Educativi nei quali i minori possano esprimersi, sperimentarsi, scoprire talenti e possibilità, prender voce e vivere esperienze positive di crescita e confronto. Tali spazi vengono chiamati “hub”: rappresentazione fisica e metaforica di luoghi di passaggio, di incontro spesso con aspetti del Sé che presuppongono la dimensione del “viaggio” e che pertanto permettono sì l’intercettazione tempestiva del disagio, ma contemporaneamente sottendono il cambiamento evolutivo. L’équipe è in stretta relazione con le famiglie, il territorio e le scuole.

Anche nel periodo estivo il territorio promuove diverse attività educative come Grest, CRD, anche se la loro collocazione e gestione risulta ancora disomogenea.

## **CENTRI PER LE FAMIGLIE**

I Consultori Familiari costituiscono anche un nodo della filiera degli interventi attuati dai Centri per la Famiglia, quali nuovi servizi sperimentali che promuovono il ruolo sociale, educativo e il protagonismo della famiglia; la loro integrazione con i Consultori risulta strategica in quanto permette di offrire alle famiglie risposte sia sociali che sociosanitarie, favorendo la ricomposizione delle risorse del territorio (ad esempio su specifiche tematiche conciliazione, supporto ai caregiver, genitorialità responsiva e positiva, ecc).

Con D.G.R. n. 1507/2023, Regione Lombardia ha aggiornato le Linee guida per la sperimentazione dei Centri per la famiglia, tenendo conto delle indicazioni contenute nel “Modello condiviso di Centro per le famiglie” elaborato dal Dipartimento per le Politiche della Famiglia presso il Consiglio dei Ministri e stanziato nuove risorse, avviando una fase di consolidamento e implementazione dei Centri per la famiglia, che si caratterizzano come nuovi servizi in cui diversi attori istituzionali convergono per costruire assieme interventi volti a sostenere il benessere e l’empowerment delle famiglie, promuovendone la loro partecipazione attiva.

La logica degli interventi è caratterizzata dalla valorizzazione delle risorse territoriali, dal lavoro di rete attraverso l’integrazione con i servizi esistenti, gli enti e le associazioni locali al fine di potenziarne la capacità di intercettare i diversi bisogni delle famiglie e offrire una risposta flessibile e integrata.

L’evoluzione del modello lombardo dei Centri per la Famiglia prevede che questi diventino luoghi facilmente accessibili e capillarmente diffusi sul territorio e che possano rappresentare uno spazio sociale per le famiglie nella loro universalità, dove stimolare partecipazione, cittadinanza attiva, promuovere la conciliazione famiglia-lavoro e rafforzare i legami. Svolgono, quindi, una funzione preventiva socioeducativa e promozionale rispetto ad altre funzioni prevalentemente orientate verso la cura, l’assistenza, il trattamento, di competenza di altri soggetti della rete dei servizi.

Con la prima sperimentazione dei centri per le famiglie nel territorio Oglio Po sono stati raggiunti con le diverse attività:

- 157 minori di cui 40 con disabilità
- 533 nuclei famigliari
- 48 coppie
- 56 giovani
- 224 adulti di cui 138 con disabilità
- 38 donne e madri di cui 28 inserite in percorsi di fuori uscita dal circuito della violenza.

Per un’analisi del fabbisogno delle famiglie, si ritiene utile partire dai contenuti emersi nel corso della realizzazione del progetto che ha permesso di sperimentare un approccio complementare a quello agito istituzionalmente per prassi. Con ciò si sottolinea l’allargamento dello sguardo alla famiglia nella sua più ampia accezione ed evoluzione anche nel proprio ciclo di vita senza limitarsi esclusivamente a sostenere ed affiancare le famiglie fragili e/o multiproblematiche. È possibile osservare infatti che le famiglie vivono una fase storica di difficoltà e di fatica legata alla funzione sociale stessa cui sono chiamate in quanto le condizioni interne ed esterne subiscono costanti modifiche che non riescono ad essere colte ed accolte per tempo. Una delle principali

esigenze emerse riguarda il bisogno di chiarezza e di codifica del funzionamento dei servizi e delle opportunità presenti sul territorio: è una richiesta importante di orientamento ed accompagnamento a cui l'implementazione delle attività degli sportelli può fornire una risposta concreta, chiara e spendibile. Tra i bisogni emersi trova ampio spazio il tema legato alla complessità delle relazioni tra genitori e figli adolescenti/pre-adolescenti; infatti, la portata emotiva propria di questa tappa evolutiva rappresenta un punto di notevole interesse tanto per i genitori quanto per i ragazzi: attraverso la strutturazione di alcuni servizi specifici, è necessario garantire quindi l'opportunità di percorsi dedicati allo sviluppo emotivo ed affettivo con particolare attenzione alla promozione di una maggiore conoscenza che diventa consapevolezza reciprocamente agita, nelle dinamiche relazionali intra-familiari ed inter-generazionali.

In questa complessità si sottolinea la necessità di ricostruire relazioni intergenerazionali: è infatti emerso il bisogno, nonché il desiderio, di costruire legami tra generazioni diverse con particolare attenzione alla promozione dell'invecchiamento attivo e contrastare l'isolamento e la solitudine che possono caratterizzare questa fase della vita. Si tratta di un elemento di convergenza tra necessità, bisogni ed aspettative che rappresentano la famiglia nell'intero ciclo di vita e che, qualora non intercettati, risultano gravare maggiormente sulla fascia degli adulti che, da un lato devono far fronte all'invecchiamento dei propri genitori e, dall'altro, necessitano di dedicare tempo ed energia ai propri figli. L'impatto risulta più amplificato per la popolazione femminile che si deve fare carico di maggiori livelli di cura ed assistenza.

Ed è proprio nel gruppo donne più fragili, intercettate dal CAV (Centro Antiviolenza), che è emerso il bisogno di un sostegno genitoriale; infatti, questa azione è stata condotta dall'associazione Mia e ha visto la partecipazione di circa 25 donne; il 96% ha frequentato con regolarità gli incontri manifestando una grande partecipazione.

È interessante notare come il gruppo delle donne stesso abbia manifestato il desiderio di aprire gli incontri anche ad altre donne, non solo vittime di violenza, ma madri che si trovano in momenti particolare della loro storia familiare. Pertanto, in accordo con il Centro antiviolenza, diventato ormai un punto di riferimento per l'intero ambito, si è deciso di accogliere la loro richiesta e di promuovere uno spoke proprio al centro stesso e continuare con questo importante lavoro.

Altro tema importante sollecitato dal territorio e l'attenzione ai genitori nei primi 1000 giorni di vita e l'accompagnamento educativo non solo con esperti ma nel gruppo di pari.

Sulla base di queste analisi è nata la nuova progettazione di centri per le famiglie articolata sull'ambito attraverso Hub e spoke e iniziative di carattere promozionale, consulenziale e di accompagnamento.

## **VIOLENZA DI GENERE**

Regione Lombardia è da anni molto attenta al tema del contrasto alla violenza di genere; la prima legge regionale, infatti, risale al 2012 e si sono susseguiti documenti programmatici più dettagliati fino ad arrivare al secondo piano quadriennale regionale 2020/2023. Tali documenti puntano sul principio fondamentale da promuovere e consolidare il lavoro interistituzionale al fine di creare un reticolo di risorse e relazioni attorno alla donna e ai minori che stanno subendo violenza. Nel territorio di ATS Val Padana sono presenti due reti antiviolenza provinciali. Nel corso del 2023 le donne prese in carico dei centri antiviolenza del territorio mantovano sono state 324 mentre le donne che hanno trovato supporto dai centri cremonesi sono state 228: sono numeri importanti e significativamente preoccupanti.

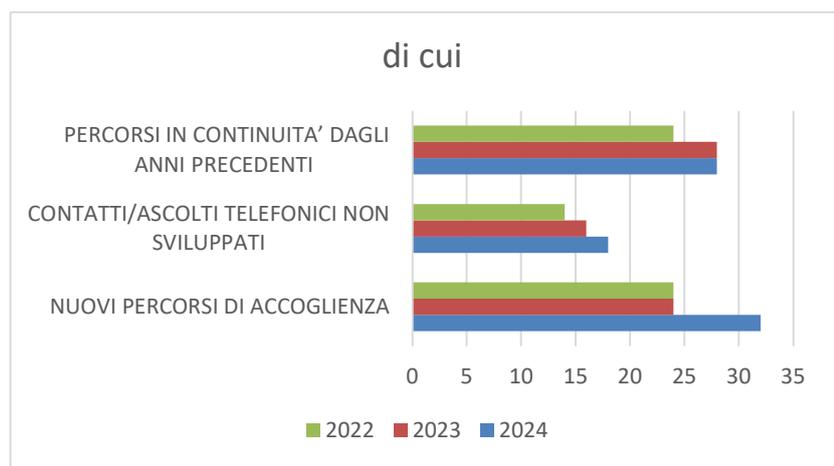
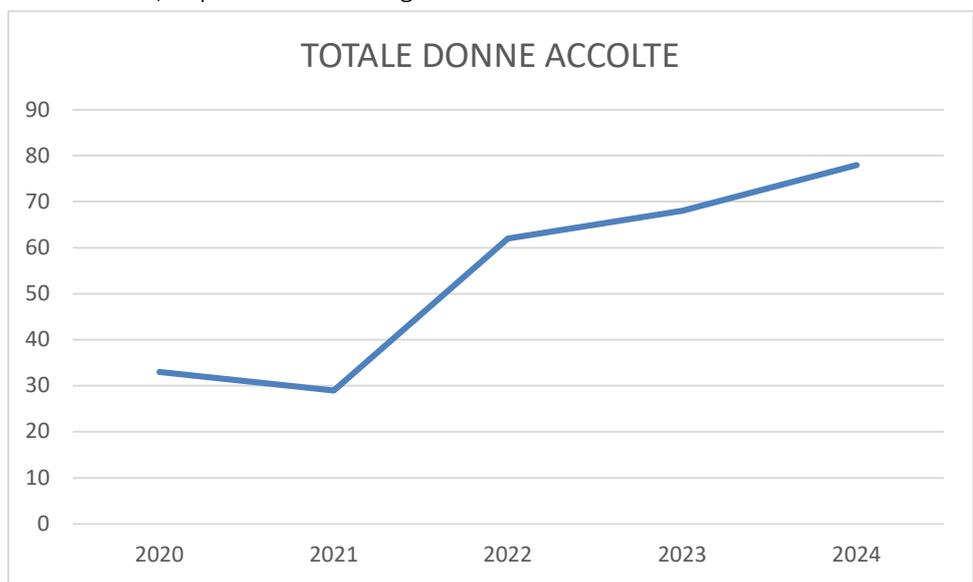
Attraverso la collaborazione con il CAV MIA è possibile, purtroppo, fare una fotografia della situazione territoriale.<sup>5</sup>

---

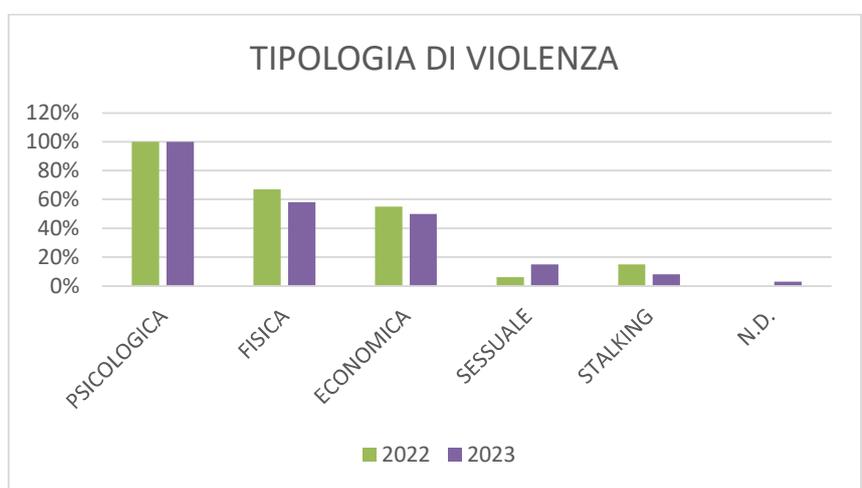
<sup>5</sup> Dati forniti dal Centro Antiviolenza M.I.A.

	2020	2021	2022	2023	2024
TOTALE DONNE ACCOLTE	33	29	62	68	78

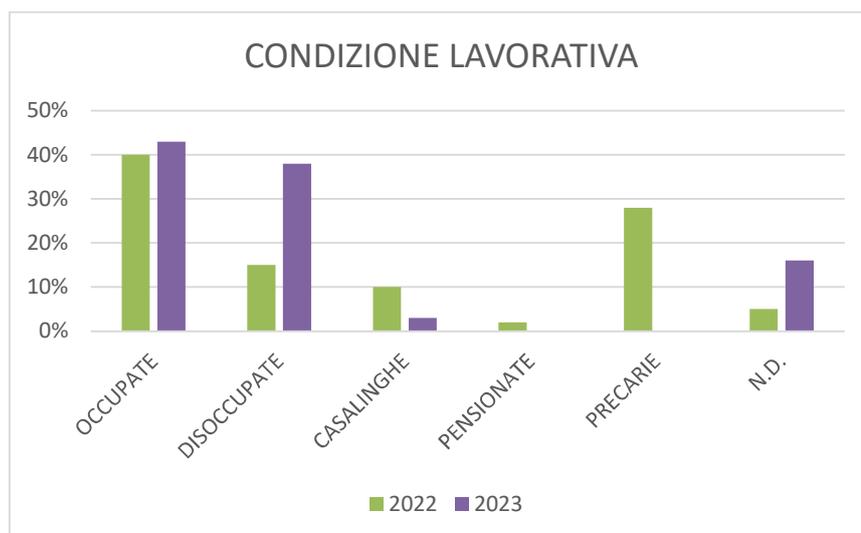
Il grafico visualizza un incremento esponenziale delle richieste al centro da parte delle donne. Nell'80% dei casi le donne sono anche madri, in particolare con figli minori.



In tutte le situazioni di violenza è presente anche la violenza psicologica.

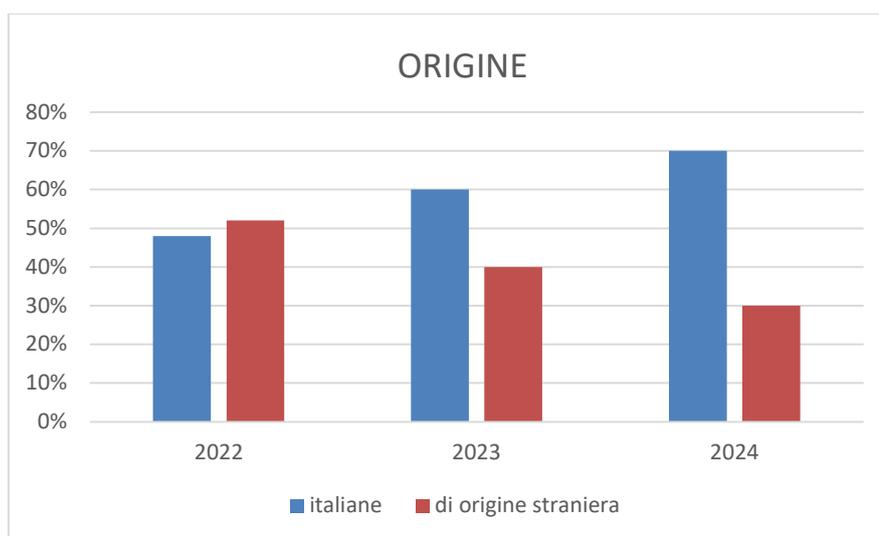


## La condizione lavorativa



La fascia d'età prevalente è quella compresa tra il 40 e 49 anni.

Il triennio rileva un forte incremento di donne italiane che si sono rivolte al CAV:



Il maltrattante è nel 69,5% il partner, nel 10,5% l'ex partner, il 12% un altro familiare. In un 8% delle situazioni non è dichiarato. Il 57,5% è italiano, il 31% è di origine straniera.

Nel corso del 2022 sono stati 3 i collocamenti in protezione (protocollo ARCA-rete anti violenza Provincia di Cremona).

Nel corso del 2023 i collocamenti sono stati 5:

- 1 in casa rifugio tramite protocollo arca
- 1 in albergo tramite protocollo rete provincia di Mantova
- 3 collocati in autonomia dal servizio sociale del comune di residenza presso una struttura di pronto intervento del territorio.

Nel 2024 i collocamenti sono stati 6:

- 2 tramite protocollo operativo arca
- 1 tramite servizio sociale comune residenza (protocollo rete milanese)
- n° 1 collocamento in protezione presso struttura di pronto intervento effettuato dal servizio sociale comune residenza (rete mantovana)

- n° 1 collocamento presso struttura di pronto intervento per assenza disponibilità nelle case rifugio di cr
- n° 1 collocamento alberghiero per assenza disponibilità nelle case rifugio di Cremona.

Altro dato preoccupante, sono le due situazioni attivate con codice rosso, a seguito di accesso al pronto soccorso e di attivazione di un ricovero sociale presso l'ospedale:

- in un caso l'autorità giudiziaria ha decretato il rientro del nucleo madre/minori presso l'abitazione con allontanamento del maltrattante, divieto di avvicinamento e dispositivo elettronico (assente). In fase di indagine i carabinieri non hanno richiesto valutazione del rischio e relazione del CAV che aveva già svolto diversi colloqui di accoglienza e in équipe con tutela minori e assistente sociale comunale;
- nell'altro caso l'autorità giudiziaria ha decretato con urgenza il rientro del nucleo madre/minori presso l'abitazione e l'allontanamento del maltrattante con divieto di avvicinamento, in concomitanza all'inizio del percorso di accoglienza con il CAV.

Nei due sub ambiti sono presenti due reti provinciali anti violenza. Le due ASST collaborano fattivamente con i CAV al fine di implementare e modelli di collaborazione e integrazione. Le due reti hanno storie molto diverse con ricadute operative differenti nei due sub ambiti.

Sono promossi progetti da parte delle ASST che coinvolgeranno i due territorio, attraverso laboratori multiprofessionali e multi-istituzionali.