

Allegati al Piano di Zona 2009/2011

2009/2011

**Ambito
territoriale
di Carate
Brianza**



Indice

1 I DATI STATISTICI.....	5
1.1 Dati sulla popolazione.....	5
1.2 Dati sulla spesa sociale	20
1.3 Dati sull'utenza	30
1.4 Dati sulla qualità di vita.....	40
1.5 Dati sui redditi.....	48
2 LE UNITÀ D'OFFERTA SOCIALI DEL DISTRETTO DI CARATE BRIANZA	55
2.1 Servizi	55
2.2 Prestazioni / interventi / progetti.....	59
2.3 Erogazioni economiche	64
2.4 Prestazioni a sostegno della domiciliarietà.....	69
3 I PROTOCOLLI - LE INTESE - I REGOLAMENTI E GLI ACCORDI DI PROGRAMMA PER IL TRIENNIO 2009 – 2011	73
3.1 Governance	74
3.1.1 Protocollo d'intesa per l'integrazione socio-sanitaria	74
3.1.2 Accordo di programma governance socio sanitaria	76
3.1.3 Convenzione per l'ufficio unico di autorizzazione al funzionamento e accreditamento.....	78
3.1.4 Il regolamento di funzionamento degli organi del Piano di Zona	84
3.1.5 La convenzione istitutiva dell'Ufficio di Piano Unico e delle gestioni associate.....	96
3.2 Area minori e famiglia	104
3.2.1 Il protocollo di accoglienza scuole/immigrati.....	104
3.2.2 Il protocollo CIC	108
3.2.3 Il protocollo "Ho cura di te"	112
3.2.4 Il protocollo ETIM	115
3.2.5 Il protocollo "Farmaci a scuola"	119
3.3 Area adulti	121
3.3.1 Il protocollo carcere	121
3.3.2 Protocollo incentivo ricorso a cooperative di tipo B	127
3.3.3 L'accordo di programma sulla sicurezza nei cantieri	131
3.3.4 Il protocollo hiv	136
3.4 Area disabili	142
3.4.1 Il regolamento distrettuale di previdenze economiche e titoli sociali	142
3.4.2 I protocolli sulla salute mentale di Ambito	154
3.4.2.1 <i>Protocollo contributi economici</i>	154
3.4.2.2 <i>Protocollo per l'inserimento dei pazienti psichiatrici nelle RSA e NEI CDI</i>	155
3.4.2.3 <i>Protocollo residenzialità</i>	157
3.4.2.4 <i>Protocollo tirocini terapeutici</i>	158
3.4.2.5 <i>Protocollo ADIP</i>	160
3.4.2.6 <i>Protocollo tutela giuridica</i>	161
3.4.3 I Protocolli salute mentale ASL / AMBITI	163
3.4.3.1 <i>Protocollo gestione dei pazienti tossico-alcoldipendenti con comorbilità psichiatrica</i>	163

3.4.3.2	<i>Protocollo TSO</i>	167
3.4.3.3	<i>Protocollo passaggio NPI/UOP</i>	174
3.4.4	Regolamento Centri Diurni Disabili	177
3.5	Area anziani.....	182
3.5.1	Protocollo dimissioni protette	182

1 I dati statistici

1.1 Dati sulla popolazione

In questo paragrafo sono riportati i dati demografici relativi all'Ambito distrettuale di Carate Brianza. La maggior parte è aggregata per ambito; i dati sulle fasce d'età e sulla provenienza degli stranieri residenti sono dettagliati a livello comunale. Tutte le informazioni sono state costruite a partire dai dati forniti dagli uffici anagrafe comunali.

Nelle tabelle è stato riportato il dato relativo alla popolazione totale, al numero delle famiglie (rispetto al quale è stato calcolato il numero medio di componenti), ai saldi naturali e migratori. E' illustrata, poi, la composizione della popolazione per fasce d'età e per stato civile. Quindi si passa alla suddivisione dei nuclei familiari per numero di componenti. Infine si riportano le informazioni sulla popolazione straniera residente (per fasce d'età e provenienza). I dati si riferiscono alla situazione demografica dall'anno 2003 all'anno 2007.

POPOLAZIONE TOTALE 1995/2007

Anno	Popolazione totale			Numero famiglie	Numero medio componenti
	M	F	Totale		
1995	61.695	65.160	126.855	45.853	2,77
2000	64.253	67.502	131.755	50.174	2,63
2005	68.832	71.633	140.465	56.239	2,50
2006	69.931	72.544	142.475	57.543	2,48
2007	71.289	73.434	144.723	58.920	2,46

MOVIMENTO E CALCOLO DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE 2003/2007

Anno	Nati	Morti	Saldo naturale	Immigrati	Emigrati	Saldo migratorio	Saldo totale	Al 31.12
2003	1.333	1.143	190	5.995	3.934	2.061	2.251	136.546
2004	1.371	1.112	259	5.860	4.071	1.789	2.048	138.673
2005	1.428	1.153	275	5.908	4.391	1.517	1.792	140.465
2006	1.469	1.121	348	6.337	4.609	1.728	2.076	142.475
2007	1.568	1.136	432	6.555	4.739	1.816	2.248	144.723

COMPOSIZIONE DELLA POPOLAZIONE PER FASCE D'ETA'

Anno	0-5	6-15	16-18	Percentuale	19-64	Percentuale	65-74	75 e oltre	Percentuale
2003	7.084	12.455	3.608	16,92%	88.928	65,00%	14.318	10.414	18,08%
2004	7.280	12.721	3.464	16,91%	89.578	64,57%	14.802	10.893	18,52%
2005	7.903	13.019	3.717	17,51%	90.418	64,26%	14.591	11.051	18,22%
2006	8.383	13.070	3.799	17,72%	90.651	63,63%	15.341	11.231	18,65%
2007	8.266	13.459	3.826	17,66%	91.720	63,38%	15.324	12.127	18,97%

Specifica della popolazione per fasce d'età anno 2006 per Comune

	Albiate	Besana	Briassono	Briosco	Carate	Lissone	Macherio	Renate	Sovico	Triuggio	Vedano	Veduggio	Verano
Popolazione anni 0-1	73	154	107	54	170	436	67	37	74	99	66	47	79
Popolazione anni 1-2	144	320	113	109	195	801	139	71	142	155	148	85	147
Popolazione anni 3-5	180	486	310	141	687	1.166	177	134	219	239	223	139	275
Popolazione anni 6-14	542	1.269	993	474	1.489	3.226	505	363	566	679	644	390	774
Popolazione anni 15-17	154	375	345	135	458	1.020	169	94	202	209	180	121	274
Popolazione anni 18-30	764	1.934	1.503	857	2.406	5.456	960	578	1.085	1.133	956	671	1.346
Popolazione anni 31-44	1.637	3.697	2.665	1.343	4.335	10.259	1.676	934	1.799	1.996	1.799	1.081	2.066
Popolazione anni 45-64	1.398	3.822	3.196	1.617	4.226	9.757	1.856	1.020	1.999	2.248	2.132	1.116	2.463
Popolazione anni 65-74	541	1.514	1.257	614	2.211	3.939	828	409	826	823	952	438	952
Popolazione anni over 75	504	1.319	980	417	1.472	2.936	530	320	670	570	644	347	618
Popolazione totale 2006	5.937	14.890	11.469	5.761	17.649	38.996	6.907	3.960	7.582	8.151	7.744	4.435	8.994

Specifiche della popolazione per fasce d'età anno 2007 per Comune

	Albiate	Besana	Biassono	Briosco	Carate	Lissone	Macherio	Renate	Sovico	Triuggio	Vedano	Veduggio	Verano
Popolazione anni 0-1	84	163	97	66	190	468	70	45	82	94	69	48	84
Popolazione anni 1-2	147	324	111	110	375	862	141	67	164	170	135	84	151
Popolazione anni 3-5	192	498	314	153	522	1.193	191	126	223	239	220	133	267
Popolazione anni 6-14	560	1.286	1.008	472	1.529	3.255	526	376	585	685	675	396	762
Popolazione anni 15-17	152	417	345	140	478	1.086	155	90	193	218	189	118	277
Popolazione anni 18-30	735	1.853	1.420	807	2.283	5.596	947	578	1.091	1.088	917	648	1.328
Popolazione anni 31-44	1.657	3.733	2.631	1.318	4.396	10.565	1.700	929	1.859	2.006	1.770	1.101	2.083
Popolazione anni 45-64	1.437	3.906	3.356	1.642	4.488	10.057	1.876	1.068	2.046	2.267	2.122	1.124	2.498
Popolazione anni 65-74	558	1.548	1.271	621	2.003	4.009	843	401	847	840	988	429	950
Popolazione anni over 75	505	1.382	998	445	1.582	3.051	563	341	686	595	673	353	670
Popolazione totale 2007	6.027	15.110	11.551	5.774	17.846	40.142	7.012	4.021	7.776	8.202	7.758	4.434	9.070

DISTRIBUZIONE DELLA POPOLAZIONE PER STATO CIVILE

Anno	Celibi/Nubili	% sul totale	Coniugati	% sul totale	Divorziati	% sul totale	Vedovi	% sul totale
2003	51.217	39,55%	67.725	52,30%	1.962	1,52%	8.597	6,64%
2004	55.009	39,65%	72.322	52,12%	2.160	1,56%	9.259	6,67%
2005	55.339	39,41%	73.297	52,19%	2.476	1,76%	9.322	6,64%
2006	56.355	39,56%	74.008	51,95%	2.057	1,44%	10.044	7,05%
2007	57.820	40,00%	74.394	51,47%	2.574	1,78%	9.755	6,75%

NUCLEI FAMIGLIARI PER NUMERO DI COMPONENTI

Anno	1	%	2	%	3	%	4	%	Oltre	%
2003	11.651	24,09%	13.327	27,56%	11.854	24,51%	9.180	18,98%	2.346	4,85%
2004	12.435	25,05%	13.711	27,62%	11.931	24,03%	9.229	18,59%	2.340	4,71%
2005	14.418	25,64%	15.788	28,07%	13.284	23,62%	10.222	18,18%	2.529	4,50%
2006	13.313	26,37%	14.156	28,04%	11.885	23,54%	8.948	17,73%	2.176	4,31%
2007	14.030	27,14%	14.590	28,22%	11.859	22,94%	9.074	17,55%	2.143	4,15%

POPOLAZIONE STRANIERA

Anno	Unione Europea	Extra Unione Europea	Africa	Americhe	Asia	Oceania	Apolidi	Totale	% sulla popolazione residente
2003	332	1.121	1.411	609	445			3.918	2,87%
2004	396	1.368	1.607	786	564			4.721	3,40%
2005	428	1.557	1.790	889	664	1		5.329	3,79%
2006	480	1.802	2.028	1.022	798	1	1	6.132	4,30%
2007	1.714	1.277	2.123	1.146	904		1	7.165	4,95%

COMPOSIZIONE DELLA POPOLAZIONE STANIERA PER FASCE D'ETA'

Anno	0-5	6-15	16-18	%	19-64	%	65-74	75 e oltre	%
2003	336	355	85	20,68%	2.931	78,12%	37	8	1,20%
2004	439	449	123	22,57%	3.420	76,34%	40	9	1,09%
2005	506	577	171	24,19%	3.867	74,58%	50	14	1,23%
2006	620	679	212	24,64%	4.546	74,14%	58	17	1,22%
2007	742	768	212	24,03%	5.342	74,56%	71	30	1,41%

Popolazione straniera per Paese di provenienza – anno 2006

	Albate	Besana	Briassono	Briosco	Carate	Lissone	Macherio	Renate	Sovico	Triuggio	Vedano	Veduggio	Verano	TOTALE
EUROPA	13	54	25	16	41	128	15	10	10	22	97	7	10	448
Austria		1						1			1	5		8
Belgio		3						1			2	3		9
Rep. Ceca		1				5		1			2	1		10
Danimarca		1			1									2
Finlandia						1	1				1	1		4
Francia		5	3	3	7	17	1	3	1	1	19		2	62
Germania	1	7	9	3	5	12	2	1	1	5	21	1	3	71
Grecia				1	1					1	1			5
Irlanda		1						2						3
Lettonia		2				3								5
Lituania						2								2
Lussemburgo						1							3	4
Paesi Bassi	6	1	1	1	6	3								26
Polonia	3	6	3	1	10	24		1	4	3	4		2	61
Portogallo		2	1	3		2	3				5			16
Regno Unito	9	3	2	3	17	3	2			2	20		1	62
Slovacchia				8	2			1						11
Spagna	4	10	1	1	2	29	1		3	2	6	4	1	64
Svezia	3	3		1	1					1	2			11
Ungheria	2	1		1	2	3	1			1	1			12

	Albate	Besana	Biassono	Brioscio	Carate	Lissone	Macherio	Renate	Sovico	Triuggio	Vedano	Veduggio	Verano	TOTALE
ALTRI PAESI EUROPEI	101	209	143	22	184	514	77	67	130	122	94	42	120	1825
Albania	19	99	58	2	68	136	30	18	12	18	37	26	22	545
Bielorussia		2			1									3
Bosnia - Erzegovina	4	1				17		7	1	3				33
Bulgaria	5	14	11	1	20	2				6	4		3	66
Croazia	1	14	4	1	5	14		7	3	11	7	1	3	71
Islanda	4													4
Macedonia	4				6	4		4	1		5			24
Moldova	5	3	7	2	2	30	6	2	21	5	6		2	91
Norvegia	1				1						1			3
Romania	37	34	40	14	76	194	28	12	58	52	15	11	80	651
Russia	2	7	4	3	3	11	1		2	3	1		1	38
San Marino											1			1
Serbia						6					10			16
Svizzera		2				4	1			2	5			14
Turchia					5	4		12				1		22
Ucraina	28	26	17		18	72	9	5	32	12	12	4	8	243

Ambito di Carate Brianza

Allegati al Piano di Zona 2009-2011

	Albiate	Besana	Biassono	Briosco	Carate	Lissone	Macherio	Renate	Sovico	Triuggio	Vedano	Veduggio	Verano	TOTALE
AFRICA	124	209	88	87	248	549	55	167	68	113	64	174	86	2032
Algeria	5	4			32	3		1		1	5	1	2	54
Angola	6	1			2	9					20			27
Benin	4										1			16
Botswana										1				1
Burkina Faso	5						1			4				10
Camerun	3			1	4									8
Capo verde						3								3
Congo					2	1		6			12			21
Costa D'Avorio	3				5	1	1	3		5			6	24
Egitto	16	17	14	7	14	68	6	4	6	22	17	4	3	198
Eritrea						4				1				5
Etiopia										1	1			2
Ghana	2	3			5	6	3				5	2	4	30
Gibuti											1			1
Guinea							7			2				9
Guinea Bissau					5		1							6
Kenya							1	1						2
Liberia							1							1
Libia								1						1
Mali							1							1
Marocco	63	144	57	32	91	368	28	129	46	60	19	117	37	1191
Mauritius		2		7	22									31
Niger					2						1			3
Nigeria	3			2	1	1	17	6	1	4		1	10	46
Senegal	4	29	6	19	17	17	3	20	4	10	4	10	15	158
Seychelles					1								1	
Somalia				3		3					4			10
Sud Africa						3					2			5
Sudan						4								4
Togo		1			2						1	1		5
Tunisia	13	5	9	8	42	44	1	4	11	3	3	5	9	157
Zambia						1								1

	Albate	Besana	Biassono	Briosco	Carate	Lissone	Macherio	Renate	Sovico	Triuggio	Vedano	Veduggio	Verano	TOTALE
AMERICA	85	62	86	33	126	348	48	20	32	48	111	10	22	1031
Antigua e Barbuda											1			1
Argentina	1	1	1	9	6	3	2	1	3	2	1			30
Bolivia		3			11	2	2			4				22
Brasile	5	6	3	1	9	14	9	4	4	7	9	1	3	75
Canada	1			1							3			5
Cile					7	2								9
Colombia	4	4	17		12	9		1			1	1	6	55
Cuba	3	3	4	3	13	3		1	5	4	2			41
Dominica		14												14
Rep. Dominicana	17	7	5	7	35	41	2	2	6	2	7	1	3	135
Ecuador	58	30	9	14	29	133	6	4	11	19	40	1	5	359
El Salvador	1	1	4			2	2				1			11
Guatemala						1								1
Messico						9								9
Nicaragua											1			1
Paraguay		1					5				1			7
Perù	5	25	2	21	93	14	8	7	11	34	1	4		225
Stati Uniti d'America		3		2	4	2			1	4				16
Uruguay			2	3	3									8
Venezuela		1	1			4					1			7

	Albate	Besana	Biassono	Briosco	Carate	Lissone	Macherio	Renate	Sovico	Triuggio	Vedano	Veduggio	Verano	TOTALE
ASIA	51	63	24	6	91	342	30	10	44	62	45	14	11	793
Bangladesh	8	1		3	1	8	5		14	5	7			52
Cina	5				25	46	6			1	5	1		89
Corea del Sud	6		1		3	5								15
Filippine	1	2	4	6	30	6								68
Giappone		1			5				1		2			9
India	15	1	2	3	4	13			1	7				46
Indonesia		2							1					3
Iran		1		2	1						2			6
Israele											2			2
Libano		7				1								8
Malaysia					1									1
Pakistan	17	22	4	3	29	156	3	4	41	1	8	6		294
Singapore						1								1
Siria						5				1				6
Sri Lanka	4	20	9	21	69	1	20	7	23	1				175
Palestina						1								1
Thailandia		3	2	1	4									10
Uzbekistan						5								5
Vietnam						2								2
OCEANIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Australia											1			1
APOLDI									1		1			2

Popolazione straniera per Paese di provenienza – anno 2007

	Albiate	Besana	Biassono	Briosco	Carate	Lissone	Macherio	Renate	Sovico	Triuggio	Vedano	Veduggio	Verano	TOTALE
EUROPA	99	171	104	33	173	575	79	31	111	116	140	24	135	1791
Austria		4	1			3		1					1	11
Belgio		2	1			1		1			2	3		10
Bulgaria	6	23	10	2	3	33	6	5		12	2		3	105
Rep. Ceca	1	1	1			5		1		2				11
Danimarca		1			1									2
Finlandia					1	1				1	5			8
Francia	7	3	2	7	20	2	3	1	1	16	1			63
Germania	1	6	8	2	5	17	2		4	6	12	2	3	68
Grecia			1	1	1	2			1	3				8
Irlanda	1	1	1			3								5
Lettonia			2			3								5
Lituania						3								3
Lussemburgo						1							3	4
Paesi Bassi	1	6				4	3			2	6	1		23
Polonia	6	6	6	2	14	33	2	2	7	5	6		2	91
Portogallo	2		1	3		4	1				5			16
Regno Unito	6	6	6	4	2	16	3	2		3	23		1	66
Romania	75	91	64	16	128	388	57	16	95	75	50	16	120	1191
Slovacchia	2				8	5			1			1		16
Slovenia									1				1	2
Spagna	4	9			1	30	1		3	4	6	4	1	63
Svezia	3	3			1					1	1			9
Ungheria	2	1		1	2	3	1				1			11

	Albiate	Besana	Biassono	Briosco	Carate	Lissone	Macherio	Renate	Sovico	Triuggio	Vedano	Veduggio	Verano	TOTALE
ALTRI PAESI EUROPEI	59	166	108	14	129	341	41	70	81	66	90	26	47	1238
Albania	18	97	61	2	77	161	27	26	11	16	46	22	31	595
Bielorussia			3			2							1	6
Bosnia - Erzegovina	4	1				17		7	1	3				33
Croazia	4	14	4	1	5	11		7	3	11	7	1	3	71
Islanda	1								3					4
Macedonia	6				2		4				5			17
Moldova	8	8	8	6	10	37	4	3	21	8	9		2	124
Norvegia	1				2						3			6
Russia	2	6	5	3	3	14	1		1	4	1		1	41
San Marino												1		1
Serbia					6	6			1	10				23
Svizzera	2				1	4	1			2	5			15
Turchia			4		5	8		16					1	34
Ucraina	23	30	23	2	20	79	8	7	40	12	13	3	8	268

Ambito di Carate Brianza

Allegati al Piano di Zona 2009-2011

	Albiate	Besana	Biassono	Briosco	Carate	Lissone	Macherio	Renate	Sovico	Triuggio	Vedano	Veduggio	Verano	TOTALE
AFRICA	133	195	80	97	255	584	52	190	85	120	75	167	81	2114
Algeria	6	4			32	3				2	6		2	55
Angola	6	1			1							23		31
Benin	4			2	10		1							17
Botswana											1			1
Burkina Faso	5					1				5	4			15
Camerun	4			1	5						1			11
Capo verde	2				3									5
Congo				3							6			9
Rep. Congo									6			6		12
Costa D'Avor	3				5	2	1	3		5			6	25
Egitto	15	17	15	5	17	84	7	4	10	19	10	4	2	209
Eritrea						3				1				4
Etiopia	1				2						2			5
Ghana	2	3		5	6	7					5	2	5	35
Gibuti											1			1
Guinea							7				5			12
Guinea Bissa	5				1									6
Kenya					1	1	1							3
Liberia						2								2
Mali						1								1
Marocco	66	127	48	46	93	363	24	139	51	71	28	113	39	1208
Mauritius	2			7	23						2			34
Niger					1									1
Nigeria	3		2	1		21	6			1	2	1	5	42
Ruanda					1									1
Senegal	3	25	6	16	13	19	3	35	5	10	7	11	15	168
Seychelles					1									1
Somalia				1		3						3		7
Sud Africa					3							2		5
Sudan						1								1
Togo	1				2				1		1	1		6
Tunisia	19	9	9	11	46	56	2	13	2	4		7		179
Zambia						2								2

	Albiate	Besana	Biassono	Briosco	Carate	Lissone	Macherio	Renate	Sovico	Triuggio	Vedano	Veduggio	Verano	TOTALE
AMERICA	92	58	88	27	150	402	56	30	47	49	110	11	29	1149
Antigua e Barbuda											1			1
Argentina	1	1	1	10	6	3	1				3		2	28
Bolivia		3		1	16		1							21
Brasile	5	8	4	1	8	19	9	4	6	7	9	2	4	86
Canada	1			1							3			5
Cile					8	2								10
Colombia	4	2	18	2	12	6		1			2	1	8	56
Cuba	3	1	1	1	4	14	4		2	5	3	3		40
Dominica		15						2	1					18
Rep. Dominicana	17	5	7	4	39	42	4		8	4	4	1	3	138
Ecuador	65	26	8	11	40	167	10	13	20	14	44	2	7	427
El Salvador	1	4	1	5	2	1		1			1			16
Guatemala					1									1
Honduras						1								1
Messico	1					6								7
Nicaragua									1					1
Paraguay	1					5				1				7
Perù	5	26	2	24	105	18	10	7	16	35	1	4		253
Stati Uniti d'America	1	5		2	4	2			1	4				19
Uruguay					2	2	1			1				6
Venezuela							6			1	1			8

	Albiate	Besana	Biassono	Briosco	Carate	Lissone	Macherio	Renate	Sovico	Triuggio	Vedano	Veduggio	Verano	TOTALE
ASIA	47	65	21	9	103	387	28	9	46	78	58	17	10	878
Bangladesh	20	4		4	7	13	5		13	5	10			81
Cambogia					1									1
Cina	1	2			19	52	3		4	6	2			89
Corea del Sud	6	1	1	1	4									13
Filippine	1	4	3	2	34	4		9	3	5	1	4		70
Giappone		1			5			1	1	3				11
India	13	1	2	8	3	14		2	7					50
Indonesia	2			1			1							4
Iran	1			2	1						2			6
Kazakhstan				1	1									2
Libano		4												4
Malaysia				3										3
Pakistan	2	17		5	32	160	2	6	51	4	11	6		296
Singapore						1								1
Siria					8									8
Sri Lanka	4	27	12	29	91	1		19	7	30	1			221
Palestina					1									1
Thailandia	3	1		1	4			1						10
Uzbekistan						5								5
Vietnam						1	1							2
APOLIDI								1						1

1.2 Dati sulla spesa sociale

Di seguito si riportano i dati sulla spesa sociale rilevati dai debiti informativi regionali compilati dai Comuni relativamente ai consumativi dall'anno 2003 all'anno 2007. Va specificato che, essendosi nel tempo modificata le modalità di rendicontazione attraverso la modifica della struttura delle schede di rilevazione, alcune informazioni appaiono talvolta incongruenti. In tali casi il problema e la modalità corretta di lettura sono stati specificati a piè di tabella.

Si precisa, inoltre, che dai debiti informativi dei Comuni, non appaiono le risorse utilizzate per i progetti a gestione distrettuale poiché le stesse non transitano sui bilanci comunali, ma solo su quello dell'Ufficio di Piano.

PERCENTUALE DI INCIDENZA DELLA SPESA SOCIALE SUL BILANCIO COMUNALE

Anno	Popolazione	Titolo I	Spesa Sociale	% spesa sociale sul Titolo I	Pro capite	Variazione sull'anno precedente
2003	136.546	76.423.772,79	12.748.681,05	16,68%	93.365	/
2004	138.673	80.451.936,96	14.108.114,46	17,54%	101.737	10,66%
2005	140.465	85.149.396,83	15.723.467,22	18,47%	111.939	11,45%
2006	142.475	81.006.402,34	15.708.547,55	19,39%	110.255	-0,09%
2007	144.723	88.664.059,84	17.011.672,96	19,19%	117.546	8,30%

DISTRIBUZIONE E ANDAMENTO SPESA SOCIALE PER AREE DI INTERVENTO

Anno	Anziani	Disabili	Minori/Famiglia	Immigrazione	Emarginazione sociale-povertà	Dipendenze	Salute mentale	Servizio Sociale	Servizi Sociosanitari integrati	
	Assoluto	%	Assoluto	%	Assoluto	%	Assoluto	%	Assoluto	%
03	2.328.912	18,3%	3.052.897	23,9%	4.164.710	32,7%	156.929	1,23%	639.603	5,02%
04	2.487.900	17,6%	3.292.646	23,3%	4.651.021	33,0%	128.404	0,91%	737.675	5,23%
05	1.806.086	11,5%	3.599.880	22,9%	5.146.324	32,7%	219.028	1,39%	1.179.618	7,50%
06	1.679.933	10,7%	4.330.951	27,6%	5.167.657	32,9%	114.858	0,73%	1.158.436	7,37%
07	1.763.483	10,4%	4.402.658	25,9%	5.568.989	32,7%	162.223	0,95%	1.174.683	6,91%

FONTI DI FINANZIAMENTO DELLA SPESA SOCIALE

Anno	Comuni		Utenza		Altri EE LL		Altre entrate		Fondo Sociale Regionale		Fondo Nazionale Politiche Sociali		Leggi di settore		Totale
	Assoluto	%	Assoluto	%	Assoluto	%	Assoluto	%	Assoluto	%	Assoluto	%	Assoluto	%	
2003	9.012.053,53	70,69%	1.421.173,12	11,15%	198.475,62	1,56%	28.644,56	0,22%	720.036,95	5,65%	826.559,90	6,48%	541.737,37	4,25%	12.748.681,05
2004	10.242.474,58	72,60%	1.579.978,66	11,20%	147.323,73	1,04%	46.311,19	0,33%	794.301,44	5,63%	805.756,31	5,71%	491.968,55	3,49%	14.108.114,46
2005	11.228.403,28	71,41%	1.554.185,86	9,88%	614.825,95	3,91%	21.411,35	0,14%	990.952,75	6,30%	751.482,15	4,78%	562.205,88	3,58%	15.723.467,22
2006	11.747.904,50	74,79%	1.444.352,54	9,19%	235.450,31	1,50%	8.100,00	0,05%	1.342.977,69	8,55%	929.762,22	5,92%	0,00	0,00%	15.708.547,26
2007	11.981.126,53	70,43%	1.635.985,24	9,62%	631.041,70	3,71%	832.240,89	4,89%	668.472,33	3,93%	1.262.806,27	7,42%	0,00	0,00%	17.011.672,96

(a partire dall'anno 2006 non sono più stati erogati fondi ad hoc sulle Leggi di Settore, poiché il finanziamento delle stesse è passato di competenza agli Ambiti distrettuali i quali, all'interno del Fondo Nazionale Politiche Sociali, hanno stabilito i budget da destinare ai singoli progetti).

ANZIANI - FONTI DI FINANZIAMENTO

Anno	Comuni		Utenza		Altri EE LL		Altre entrate		Fondo Sociale Regionale		Fondo Nazionale Politiche Sociali		Totale	
	Assoluto	%	Assoluto	%	Assoluto	%	Assoluto	%	Assoluto	%	Assoluto	%	Assoluto	%
2003	1.336.283,23	57,38%	511.854,67	21,98%	0,00	0,00%	4.059,85	0,17%	183.042,37	7,86%	293.672,36	12,61%	2.328.912,48	
2004	1.370.835,28	55,10%	534.038,77	21,47%	47.944,65	1,93%	1.296,51	0,05%	158.586,99	6,37%	375.198,00	15,08%	2.487.900,20	
2005	1.015.769,82	56,24%	313.750,98	17,37%	44.489,94	2,48%	471,61	0,03%	188.354,13	10,43%	243.249,28	13,47%	1.866.085,76	
2006	1.093.741,95	65,11%	146.109,58	8,70%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	217.556,67	12,95%	222.524,96	13,25%	1.679.933,16	
2007	1.120.804,04	63,56%	166.434,83	9,44%	43.894,81	2,49%	12.458,86	0,71%	24.767,54	1,40%	395.122,96	22,41%	1.763.483,04	

DISABILI - FONTI DI FINANZIAMENTO

Anno	Comuni		Utenza		Altri EE LL		Altre entrate		Fondo Sociale Regionale		Fondo Nazionale Politiche Sociali		Leggi di settore		Totale
	Assoluto	%	Assoluto	%	Assoluto	%	Assoluto	%	Assoluto	%	Assoluto	%	Assoluto	%	
2003	2.654.020,45	86,93%	62.238,26	2,04%	64.512,67	2,11%	11.085,01	0,36%	29.298,23	0,96%	132.985,58	4,36%	98.756,31	3,23%	3.052.896,51
2004	2.913.858,84	88,50%	117.611,82	3,57%	11.650,07	0,35%	22.778,54	0,69%	33.422,31	1,02%	115.066,96	3,49%	78.257,61	2,38%	3.292.646,15
2005	3.136.103,52	87,12%	100.693,51	2,80%	6.104,00	0,17%	12.885,63	0,36%	77.810,77	2,16%	101.942,70	2,83%	164.339,94	4,57%	3.599.880,07
2006	3.935.629,73	90,87%	95.877,32	2,21%	26.829,60	0,62%	0,00	0,00%	44.993,30	1,04%	227.620,45	5,26%	-	-	4.330.950,40
2007	3.784.040,56	85,95%	113.362,77	2,57%	213.799,23	4,86%	29.036,82	0,66%	5.809,66	0,13%	256.608,55	5,83%	-	-	4.402.657,59

MINORI/FAMIGLIA – FONTI DI FINANZIAMENTO										
Anno	Comuni		Utenza		Altri EE LL		Altre entrate		Fondo Sociale Regionale	Fondo Nazionale Politiche Sociali
	Assoluto	%	Assoluto	%	Assoluto	%	Assoluto	%	Assoluto	%
2003	2.552.956,03	61,30%	793.808,75	19,06%	113.809,84	2,73%	5.270,12	0,13%	349.692,59	8,40%
2004	2.898.054,30	62,31%	888.652,22	19,11%	69.279,81	1,49%	12.913,85	0,28%	365.897,13	7,87%
2005	3.156.901,66	61,34%	928.293,04	18,04%	194.880,51	3,79%	2.041,61	0,04%	396.748,18	7,71%
2006	3.260.491,36	63,09%	921.281,33	17,83%	202.775,94	3,92%	600,00	0,01%	418.815,73	8,10%
2007	3.146.396,90	56,50%	991.046,09	17,80%	334.082,45	6,00%	99.604,65	1,79%	637.895,13	11,45%
									359.964,21	6,46%
									0,00	0,00%
									0,00	5.568.989,43

IMMIGRAZIONE – FONTI DI FINANZIAMENTO										
Anno	Comuni		Utenza		Altri EE LL		Altre entrate		Fondo Sociale Regionale	Fondo Nazionale Politiche Sociali
	Assoluto	%	Assoluto	%	Assoluto	%	Assoluto	%	Assoluto	%
2003	37.399,39	23,83%	0,00	0,00%	4.983,28	3,18%	0,00	0,00%	21.857,62	13,93%
2004	40.130,82	31,25%	0,00	0,00%	9.517,11	7,41%	0,00	0,00%	23.090,74	17,98%
2005	39.525,09	18,05%	1.200,00	0,55%	42.826,36	19,55%	0,00	0,00%	40.538,66	18,51%
2006	35.675,83	31,06%	1.321,00	1,15%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	77.561,14	67,53%
2007	53.727,70	34,05%	2.602,74	1,65%	2,00	0,00%	63.691,88	40,37%	26.063,66	16,52%
									11.692,03	7,41%
									1,00	0,00%
									0,00	157.781,01

EMARGINAZIONE/POVERTA' – FONTI DI FINANZIAMENTO										
Anno	Comuni		Utenza		Altri EE LL		Altre entrate		Fondo Sociale Regionale	Fondo Nazionale Politiche Sociali
	Assoluto	%	Assoluto	%	Assoluto	%	Assoluto	%	Assoluto	%
2003	238.597,08	37,30%	24,65	0,00%	15.169,83	2,37%	1.292,20	0,20%	134.897,14	21,09%
2004	321.729,53	43,61%	5.716,49	0,77%	8.288,24	1,12%	288,00	0,04%	211.896,27	28,72%
2005	402.121,77	34,09%	5.899,07	0,50%	326.525,14	27,68%	466,66	0,04%	284.442,01	24,11%
2006	501.285,10	43,27%	8.779,82	0,76%	5.844,77	0,50%	7.500,00	0,65%	583.321,72	50,35%
2007	404.071,85	35,81%	6.646,39	0,59%	41.867,21	3,71%	546.501,08	48,43%	16.071,85	1,42%
									113.244,40	10,04%
									0,00	0,00%
									0,00	1.128.402,78

DIPENDENZE – FONTI DI FINANZIAMENTO									
Anno	Comuni		Utenza		Altri EE LL		Altre entrate		Fondo Sociale Regionale
	Assoluto	%	Assoluto	%	Assoluto	%	Assoluto	%	Fondo Nazionale Politiche Sociali
2006	27.252,89	100,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00% 27.252,89
2007	17.412,98	90,87%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	9,13% 19.162,98

(a partire dall'anno 2006 è stata creata un'apposita scheda per la rilevazione delle spese sull'area dipendenze che prima, invece, erano ricompresse nell'area Emarginazione e povertà)

SALUTE MENTALE – FONTI DI FINANZIAMENTO									
Anno	Comuni		Utenza		Altri EE LL		Altre entrate		Fondo Sociale Regionale
	Assoluto	%	Assoluto	%	Assoluto	%	Assoluto	%	Fondo Nazionale Politiche Sociali
2003	79.723,41	81,00%	14.157,38	14,38%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	1.249,00 1,27% 3.300,00 3,35% 98.429,79
2004	104.918,02	80,84%	16.245,54	12,52%	643,85	0,50%	0,00	0,00%	1.408,00 1,08% 6.564,00 5,06% 129.779,41
2005	51.975,34	76,69%	3.140,19	4,63%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	3.059,00 4,51% 9.599,59 14,16% 67.774,12
2006	46.636,92	88,75%	938,69	1,79%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	729,13 1,39% 4.246,39 8,08% 52.551,13
2007	48.118,23	86,35%	2.699,28	4,84%	0,00	0,00%	1.500,00	2,69%	0,00 0,00% 3.409,70 6,12% 55.727,21

SERVIZI SOCIO SANITARI – FONTI DI FINANZIAMENTO									
Anno	Comuni		Utenza		Altri EE LL		Altre entrate		Fondo Sociale Regionale
	Assoluto	%	Assoluto	%	Assoluto	%	Assoluto	%	Fondo Nazionale Politiche Sociali
2003	695.301,40	94,68%	39.089,41	5,32%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 734.390,81
2004	841.710,71	97,94%	17.713,82	2,06%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 859.424,53
2005	1.655.425,91	89,16%	201.209,07	10,84%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 1.856.634,98
2006	923.749,41	77,38%	270.044,80	22,62%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 1.193.794,21
2007	1.370.522,13	79,89%	345.039,94	20,11%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 1.715.562,07

SERVIZIO SOCIALE - FONTI DI FINANZIAMENTO									
Anno	Comuni	Utenza	Altri EE LL	Altre entrate	Fondo Sociale Regionale	Fondo Nazionale Politiche Sociali			Totale
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	
2003	1.417.772,54	90,14%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	6.937,38	0,44%	0,00% 148.099,32 9,42%
2004	1.751.237,08	96,15%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	9.034,29	0,50%	0,00% 60.993,75 3,35%
2005	1.770.580,17	95,80%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	5.515,84	0,30%	0,00% 71.996,18 3,90%
2006	1.923.441,31	96,99%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00% 59.672,64 3,01%
2007	1.960.986,16	93,43%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00% 137.784,96 6,57% 2.098.771,12

DISTRIBUZIONE SPESA SOCIALE PER TIPOLOGIA DI INTERVENTO

Anno	Contributi economici (fino 2005 compresi anche i buoni)	Buoni sociali (voce specifica a partire dal 2006)	Contributi ad enti e associazioni	Territoriali o Domiciliari	Territoriali o domiciliari - Leggi di Settore (dal 2006 co-finanziamento)	Residenziali	Sostituzione Nucleo Familiare (Art. 80, 81, 82 l.r. 1/86)	Altri interventi	Servizi Sociosanitari integrati	Servizio Sociale
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
03	1.706.993	13,4%	0,00	0,0%	6.004.712	47,1%	541.737	4,2%	1.610.191	12,6% 437.246 3,4% 140.602 1,1% 734.391 5,8%
04	2.078.097	14,7%	0,00	0,0%	0,00	0,0%	6.511.139	46,1%	491.969	3,5% 1.660.528 11,8% 452.344 3,2% 233.349 1,6% 859.424 6,1%
05	2.700.458	17,2%	0,00	0,0%	0,00	0,0%	6.784.523	43,1%	562.206	3,6% 1.295.719 8,2% 399.602 2,5% 276.201 1,8% 1.856.635 11,8%
06	2.028.986	12,9%	409.942	2,6%	155.489	1,0%	8.029.758	51,1%	96.148	0,6% 2.407.657 15,3% 597.453 3,8% 0,00 0,0% 1.983.114 12,6%
07	1.381.927	8,1%	452.968	2,7%	204.098	1,2%	9.230.071	54,3%	117.858,12	0,7% 2.778.785,83 16,34% 696.172,94 4,09% 0,00 0,00% 0,00 0,00% 2.149.183,79 12,63%

A partire dall'anno 2006 le risorse utilizzate per buoni sociali e i contributi destinati ad enti ed associazioni sono state rendicontate in voci specifiche e quindi scorporate dalla voce "contributi economici".

ANZIANI - DISTRIBUZIONE SPESA SOCIALE PER TIPOLOGIA DI INTERVENTO

Anno	Contributi economici	Buoni sociali	Contributi ad enti ed associazioni	Territoriali o Domiciliari	Residenziali	Sostituzione Nucleo Familiare (Art. 80, 81, 82 l.r. 1/86)	Altri interventi	Servizi Sociosanitari integrati	Servizio Sociale	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
03	649.810,38	25,24%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	1.122.818,46	43,61%	519.054,06	20,16%
04	796.978,25	28,76%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	1.164.017,40	42,01%	477.580,75	17,24%
05	611.539,00	23,49%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	1.128.395,32	43,34%	15.498,82	0,60%
06	185.406,99	6,45%	145.228,02	5,05%	43.881,19	1,53%	1.305.416,96	45,43%	0,00	0,00%
07	86.509,98	4,91%	15.059,45	8,57%	45.986,49	2,61%	1.451.194,08	82,29%	28.733,07	1,63%

DISABILI - DISTRIBUZIONE SPESA SOCIALE PER TIPOLOGIA DI INTERVENTO

Anno	Contributi economici (prima del 2006 anche buoni)	Buoni sociali	Contributi ad enti e associazioni	Territoriali o Domiciliari	Residenziali	Sostituzione Nucleo Familiare (Art. 80, 81, 82 l.r. 1/86)	Altri interventi	Servizi Sociosanitari integrati	Servizio Sociale	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
03	472.732	13,3%	0,00	0,0%	0,00	0,0%	2.190.752	61,8%	98.756	2,8%
04	520.406	13,4%	0,00	0,0%	0,00	0,0%	2.338.284	60,4%	78.258	2,0%
05	667.070	14,3%	0,00	0,0%	0,00	0,0%	2.425.175	52,0%	164.340	3,5%
06	660.404	15,2%	64.902	1,5%	32.657	0,7%	3.299.648	76,2%	24.735	0,6%
07	92.681,3	2,11%	89.742	2,04%	86.037	1,95%	3.880.967	88,15%	0,00	0,00%

MINORI/FAMIGLIA - DISTRIBUZIONE SPESA SOCIALE PER TIPOLOGIA DI INTERVENTO

IMMIGRAZIONE - DISTRIBUZIONE SPESA SOCIALE PER TIBO OGNI INTERVENTO

IMMIGRAZIONE - DISTRIBUZIONE SPESA SOCIALE PER TIPOLOGIA DI INTERVENTO										Servizio Sociale										
Anno	Contributi economici (FINO AL 2005 ANCHE BUONI)	Buoni sociali	Contributi ad enti e associazioni	Territoriali o Domiciliari	Territ o domic- Leggi di settore (dal 2006 co-finanz Ids)	Residenziali	Sostituzione Nucleo Familiare (Art. 80, 81, 82 l.r. 1/86)	Altri interventi	Servizi Sociosanitari integrati	Servizio Sociale										
03	51.712	32,9%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	12.877	8,2%	88.000,00	56,1%	2.340	1,5%	0,00	0,00%	2.000	1,3%	0,00	0,00%	0,00	0,00%
04	70.553	54,9%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	8.990	7,0%	47.360,00	36,9%	0,00	0,0%	0,00	0,00%	1.500	1,2%	0,00	0,00%	0,00	0,00%
05	108.670	49,6%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	10.458	4,8%	93.224,79	42,6%	0,00	0,0%	0,00	0,00%	6.675	3,1%	0,00	0,00%	0,00	0,00%
06	107.596	93,7%	300	0,3%	0,00	0,00%	4.562	4,0%	0,00	0,0%	2.400	2,1%	0,00	0,00%	0,00	0,0%	0,00	0,00%	0,00	0,00%
07	144.512,2	89,08%	11.690,03	7,21%	500,00	0,31%	3.121,13	1,92%	0,00	0,00%	2.400,00	1,48%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%

EMARGINAZIONE/POVERTÀ/DIPENDENZE : DISTRIBUZIONE SPESA SOCIALE PER TIPOLOGIA DI INTERVENTO

DIPENDENZE - DISIBILITÀ DI SPESA SOCIALE PER TIBOI OGIA DI INTERVENTO

DIPENDENZE - DISTRIBUZIONE SPESA SOCIALE PER TIPOLOGIA DI INTERVENTO									
Anno	Contributi economici (fino al 2005 anche buoni)	Buoni sociali		Contributi ad enti e associazioni		Territoriali o Domiciliari		Residenziali Leggi di settore (dal 2006 co-finanz. Ids)	
		Assoluti	%	Assoluti	%	Assoluti	%	Assoluti	%
2006	3.913	14,4%	0,00	0,0%	0,00	0,0%	23.340	85,6%	0,00
2007	1.090,48	5,69%	1.750,00	9,13%	0,00	0,0%	16.3322,5	85,18%	0,00

SALUTE MENTALE - DISTRIBUZIONE SPESA SOCIALE PER TIPOLOGIA DI INTERVENTO										
Anno	Contributi economici (fino al 2005 anche buoni)	Buoni sociali	Contributi ad enti e associazioni	Territoriali o Domiciliari	Residenziali	Sostituzione Nucleo Familiare (Art. 80, 81, 82 l.r. 1/86)	Altri interventi	Servizi Sociosanitari integrati	Servizio Sociale	
	Assoluto	%	Assoluto	%	Assoluto	%	Assoluto	%	Assoluto	%
2003	16.138,98	16,40%	0,00	0,00%	28.701,28	29,16%	49.865,96	50,66%	0,00	0,00%
2004	22.190,86	17,10%	0,00	0,00%	28.549,52	22,00%	76.031,03	58,58%	0,00	0,00%
2005	30.350,17	44,78%	0,00	0,00%	35.063,21	51,74%	0,00	0,00%	0,00	0,00%
2006	15.036,32	28,61%	9.350,00	17,79%	2.300,00	4,38%	25.264,81	48,08%	600,00	1,14%
2007	8.358,57	15,00%	1.790,00	3,21%	2.454,63	4,40%	41.324,01	74,15%	1.800,00	3,23%

COSTI PER TIPOLOGIA DI GESTIONE										
Anno	Gestione diretta	Titoli sociali	Appalto/ concessione	Acquisto da terzi	Trasferimenti all'asl	Altro				
	Assoluto	%	Assoluto	%	Assoluto	%	Assoluto	%	Assoluto	%
2006	6.985.536,79	48,30%	482.091,82	3,33%	2.893.943,56	20,01%	2.267.051,23	15,68%	1.236.087,48	8,55%

SPESA SOCIALE PRO CAPITE E PERCENTUALE SUL TITOLO I PER COMUNE

2003			2004			2005		
COMUNE	% sul titolo I	Spesa pro capite	COMUNE	% sul titolo I	Spesa pro capite	COMUNE	% sul titolo I	Spesa pro capite
Albiate	13,10%	78,212	Albiate	14,21%	89,370	Albiate	17,19%	113,977
Besana Brianza	12,22%	65,400	Besana Brianza	12,68%	71,154	Besana Brianza	14,95%	87,445
Biassono	14,43%	93,319	Biassono	12,31%	82,519	Biassono	13,68%	95,178
Briosco	15,49%	72,177	Briosco	12,97%	62,629	Briosco	14,63%	77,093
Carate Brianza	17,55%	90,441	Carate Brianza	20,45%	105,640	Carate Brianza	20,12%	111,665
Lissone	15,61%	95,537	Lissone	16,17%	105,311	Lissone	16,90%	111,606
Macherio	21,17%	114,010	Macherio	20,25%	113,161	Macherio	19,72%	120,119
Renate	8,26%	44,534	Renate	12,03%	65,119	Renate	12,67%	67,356
Sovico	16,51%	95,550	Sovico	19,75%	108,499	Sovico	21,71%	133,478
Triuggio	16,71%	84,325	Triuggio	17,69%	91,309	Triuggio	16,36%	93,208
Vedano	23,84%	131,303	Vedano	26,23%	145,769	Vedano	25,45%	145,144
Veduggio	13,49%	63,283	Veduggio	16,74%	84,337	Veduggio	20,95%	109,950
Verano	17,99%	91,057	Verano	21,33%	112,833	Verano	21,88%	117,512

2006			2007			2008		
COMUNE	% sul titolo I	Spesa pro capite	COMUNE	% sul titolo I	Spesa pro capite	COMUNE	% sul titolo I	Spesa pro capite
Albiate	19,53%	125,682	Albiate	19,53%	125,682	Albiate	19,53%	125,682
Besana Brianza	17,49%	96,854	Besana Brianza	14,95%	87,445	Besana Brianza	14,95%	87,445
Biassono	13,12%	89,457	Biassono	13,68%	95,178	Biassono	13,68%	95,178
Briosco	15,57%	76,604	Briosco	14,63%	77,093	Briosco	14,63%	77,093
Carate Brianza	15,48%	109,171	Carate Brianza	20,12%	111,665	Carate Brianza	20,12%	111,665
Lissone	21,81%	111,504	Lissone	16,90%	111,606	Lissone	16,90%	111,606
Macherio	23,52%	121,632	Macherio	19,72%	120,119	Macherio	19,72%	120,119
Renate	11,02%	60,951	Renate	12,67%	67,356	Renate	12,67%	67,356
Sovico	23,13%	133,152	Sovico	21,71%	133,478	Sovico	21,71%	133,478
Triuggio	20,04%	104,231	Triuggio	16,36%	93,208	Triuggio	16,36%	93,208
Vedano	28,14%	155,496	Vedano	25,45%	145,144	Vedano	25,45%	145,144
Veduggio	20,25%	101,981	Veduggio	20,95%	109,950	Veduggio	20,95%	109,950
Verano	23,51%	131,298	Verano	21,88%	117,512	Verano	21,88%	117,512

1.3 Dati sull'utenza

Nelle tabelle seguenti sono riportati i dati relativi all'utenza per area di intervento e per tipologia di intervento. Le informazioni, ricavate dai debiti informativi, sono suddivise per Comune e si riferiscono agli anni 2006 e 2007.

ANNO 2006

	Albiate	Besana	Biassono	Briosco	Carate	Lissone	Macherio	Renate	Sovico	Triuggio	Veduggio	Verano	TOTALE
AREA ANZIANI	124	84	217	206	731	546	190	31	278	56	326	59	219
Ass. econ. Generica	1	9		4	9	7			3		11		1
Canoni di locazione			13			9					4	7	33
Buoni per interventi a sostegno domiciliarità	2	4	2	3	39		1	7	17	6	7	6	103
Trasporto sociale	21	30	26			9		108	20	180		9	158
Tel soccorso teleassistenza		18	8	3	26		4					3	10
Contributi a enti/associazioni	2	1	3		5	9	3	1	4	1		3	32
Altri interventi di natura economica		8		12									20
Centro diurno			1	560	400	65		60			9		1
SAD	98	22	37	45	70	98	31	24	29	26	44	30	40
Altri interventi territoriali o domiciliari		120	150	10	23	74		60		70	1		508
Mini alloggi protetti							3						3

	Albiate	Besana	Biassono	Briosco	Carate	Lissone	Macherio	Renate	Sovico	Triuggio	Vedano	Veduggio	Verano	TOTALE
AREA DISABILI	35	80	172	30	109	118	63	25	62	57	87	33	135	1.006
Ass. econ. Generica		9		4	2				2			3		5
Canoni di locazione					1									27
Buoni per interventi a sostegno domiciliarietà	2	10	3	1	2	3								1
Trasporto sociale	9	15	49	5	31	27	17	4	12	22	50	13	35	45
Contributi a enti/associazioni	2		6		2	12	1		2	1				289
Altri interventi di natura economica		6	4		3							1		30
Servizi di formazione all'autonomia	2	14	8		15	6	3	2	12	8	4		5	89
SIL	5		18	7	33	15	8	3	4	3	9		15	120
SAD Disabili	7	6	13	6		10	9	6	11	4	1	2	12	87
CSE	2	6	8	5		8		3	1	5	5	5		53
Altri interventi territoriali	6	12	62	2	13	42	15	4	8	8	12	4	50	238
Comunità alloggio per disabili		2	1					1	3	2	1		1	11
Altri interventi residenziali								1		2				3

	Albiate	Besana	Biassono	Briosco	Carate	Lissone	Macherio	Renate	Sovico	Triuggio	Vedano	Veduggio	Verano	TOTALE
AREA MINORI E FAMIGLIA	518	132	219	78	1.923	377	246	55	168	236	389	142	310	4.793
Ass. econ. Generica	34	29	3	5	13	7		1	19	17	12	5	25	170
Canoni di locazione								7	3	7	3	7	2	19
Buoni per interventi a sostegno domiciliari	8	16	10	5	4		11	5	12	10	8	1	17	107
Trasporto sociale	4	5	5				6		2		4	6		32
Contributi a enti/associazioni	1		3	7	8			1	1			3		24
Altri interventi di natura economica		74		581								72		727
Asili nido/micronido	5	35		36	95			3	38		50	5	37	304
CAG				61										61
Centri ricreativi diurni	94	80		212	163	25	2	118	233			180		1.107
ADM	2	2	10	10	18	21	2	4	9	7				85
Altri interventi territoriali o domiciliari	47	36	3	40	1.120		6	50		50	12			1.364
Centri di pronto intervento						4				2				6
Comunità alloggio	1	3	1	8	21	9		3	2	3	2	7		60
Altri interventi residenziali	60	2			5				1		2			70
Tutela minori	260		25	10	87		25	11	35	65	15	24	40	597
Affidi familiari	1	5	7	3	6	7	5	7	5	2	3	2		53
Altri interventi di sostituzione del nucleo familiare		2			1					2	2			7

Ambito di Carate Brianza

Allegati al Piano di Zona 2009-2011

	Albiate	Besana	Biassono	Briosco	Carate	Lissone	Macherio	Renate	Sovico	Triuggio	Veduggio	Verano	TOTALE	
AREA IMMIGRAZIONE	5	14	0	0	32	0	0	12	30	0	18	16	2	129
Ass. econ. Generica	5	9			7							2	23	
Canoni di locazione		1			24						15	16		56
Buoni per interventi a sostegno della domiciliarità				1									1	
Mediazione culturale											3		3	
Altri interventi territoriali o domiciliari								12	30				42	
Residenze comunitarie/servizi residenziali			4										4	

	Albiate	Besana	Biassono	Briosco	Carate	Lissone	Macherio	Renate	Sovico	Triuggio	Veduggio	Verano	TOTALE	
AREA EMARGINAZIONE POVERTÀ'	38	103	51	20	2.414	284	779	21	378	4	70	11	50	4.223
Ass. econ. Generica	7	27	1		18	21		1	7		4	2	2	90
Canoni di locazione	22	49	37	8	45	249	17	20	12		6	2	46	513
Buoni per sostegno domiciliarità	3	12	13	6	4		9	7					54	
Trasporto sociale	1								2			3		6
Contributi a enti/associazioni	3			6	10	13	1						33	
Altri interventi di natura economica		1			2.000								2.001	
SIL	9				126		1				3	1	140	
Interventi di strada				25									25	
Servizi di accoglienza diurni/notturni		1											1	
Altri interventi territoriali o domiciliari	3			186	1	750		350		60	3		1.353	
Residenze comunitarie						1			1			2	4	
Altri interventi residenziali	2	1											3	

Ambito di Carate Brianza

Allegati al Piano di Zona 2009-2011

	Albiate	Besana	Biassono	Briosco	Carate	Lissone	Macherio	Renate	Sovico	Triuggio	Vedano	Veruggio	Verano	TOTALE
AREA DIPENDENZE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	2	0
Ass. econ. Generica														9
Altri interventi di natura economica														2
SIL														1
Altri interventi territoriali o domiciliari					1						2			4
														2

	Albiate	Besana	Biassono	Briosco	Carate	Lissone	Macherio	Renate	Sovico	Triuggio	Vedano	Veruggio	Verano	TOTALE
AREA SALUTE MENTALE	4	2	1	0	1	15	3	0	1	0	0	13	0	40
Ass. econ. Generica	1	1				7						3		12
Canoni di locazione						1								1
Buoni per sostegno domiciliarietà		1				3	2							6
Trasporto sociale	2							1				3		6
Contributi a enti/associazioni			1		1	1								4
SFA						2								2
SAD	1											5		6
SIL												2		2
Altri interventi territoriali o domiciliari						1								1

	Albiate	Besana	Biassono	Briosco	Carate	Lissone	Macherio	Renate	Sovico	Triuggio	Vedano	Veruggio	Verano	TOTALE
AREA SERVIZI SOCIO SANITARI INTEGRATI	2	8	5	2	24	27	5	1	4	2	4	4	6	94
RSA	2	8	2	2	24	17	1	1	4	3	4	5		73
CDD			3			1	4			1	1			10
RSD						9				1			1	11

	Albate	Besana	Biassono	Briosco	Carate	Lissone	Macherio	Renate	Sovico	Triuggio	Vedano	Veduggio	Verano	TOTALE
AREA ANZIANI	383	151	212	158	2.018	471	189	33	262	69	358	61	184	4.549
Ass. econ. Generica		5		3	12	5			8	3	4		2	42
Canoni di locazione	1		14			10					10	7		42
Buoni per interventi a sostegno domiciliari	2	4	3	1	21	4		7	15	7	15	7	14	100
Trasporto sociale	20	35	7		635		23		100	20	200	10	120	1.170
Tel soccorso teleassistenza		18		3	27							5	10	63
Contributi a enti/associazioni	2	4	5	1	8	8	2	1	2	3	2	3		41
Altri interventi di natura economica					3									3
Centro diurno	196				60	300	60		60	2	9		1	688
SAD	98	60	41	50	72	93	30	25	24	34	43	15	37	622
Altri interventi territoriali o domiciliari	62	25	120	100	1.180	51	74	53		75	14			1.754
Altri interventi residenziali		2		22										24

	Albiate	Besana	Biassono	Briosco	Carate	Lissone	Macherio	Renate	Sovico	Triuggio	Vedano	Veduggio	Verano	TOTALE
AREA DISABILI	45	93	287	34	167	215	65	18	63	56	84	28	153	1.308
Ass. econ. Generica	2	10	3	3	12	3			5		3		1	42
Canoni di locazione					1									1
Buoni per interventi a sostegno domiciliarietà	2	15	1		6	2	2	4	7	5	2	2		50
Trasporto sociale	9	16	175	5	66	95	15	3	11	20	51	9	35	510
Contributi a enti/associazioni	1		3	1	4	13	3		1		2		2	30
Altri interventi di natura economica	2	2	2		18		1							25
Servizi di formazione all'autonomia	2	16	9		16	6	6	2	12	7	5	5	11	97
SIL	7	8	11	12	33	26	8	4	3	4	7	2	18	143
SAD Disabili	9	7	6	9		15	10	5	10	6	1	1	6	85
CSE	8		1			18								27
Altri interventi territoriali	11	8	75	4	12	36	18		9	13	12	4	80	282
Comunità alloggio per disabili		2		1				1	3	1		1	2	11
Altri interventi residenziali		1						1		2		1		5

	Albiate	Besana	Biassono	Briosco	Carate	Lissone	Macherio	Renate	Sovico	Triuggio	Veduggio	Vedano	Verano	TOTALE
AREA MINORI E FAMIGLIA	815	207	244	153	3.267	4.726	167	54	265	223	295	143	348	10.907
Ass. econ. Generica	14	29	3	6	13	7			23	22	2	2	7	128
Canoni di locazione										2	7	6		15
Buoni per interventi a sostegno domiciliari	11	24	9	5	13		6	3	9	6		2	20	108
Trasporto sociale							5							5
Contributi a enti/associazioni	3		3	8	6	2	1	2		1	1	1		28
Altri interventi di natura economica		69		1.041			1				87	51		1.249
Asili nido/micronido	6	46			60			34		38	4	35		223
CAG				20										20
Centri ricreativi diurni	427		91	71	700	400	51	1		177		176		2.094
ADM	27	2	17	10		16	19	1	3	7	4			106
Altri interventi territoriali o domiciliari	46	25	14	40	1.382	4.204	7	23	150	186	50	9		6.136
Centri di pronto intervento						1								1
Comunità alloggio	4	5	1	1	6	23	7		2	4	2		5	60
Altri interventi residenziali		1			1	3						1		6
Tutela minori	278	65	34	12	73		66	18	40	15	24	45		670
Affidi familiari	1	7	6	3	10	6	4	7	5	1	2	2		54
Altri interventi di sostituzione del nucleo familiare		1				2				1				4

	Albiate	Besana	Biassono	Briosco	Carate	Lissone	Macherio	Renate	Sovico	Triuggio	Veduggio	Verano	TOTALE
AREA IMMIGRAZIONE	3	13	0	1	62	0	9	16	50	0	31	20	207
Ass. econ. Generica	3	8		1	10						8	3	34
Canoni di locazione		1			43						23	17	85
Buoni per interventi a sostegno della domiciliarità					9								9
Contributi a enti/associazioni												1	
Altri interventi di natura economica						9						9	
Altri interventi territoriali o domiciliari												65	
Residenze comunitarie/servizi residenziali			4									4	

	Albiate	Besana	Biassono	Briosco	Carate	Lissone	Macherio	Renate	Sovico	Triuggio	Veduggio	Verano	TOTALE
AREA EMARGINAZIONE POVERTÀ'	37	50	68	24	3.443	532	2.209	30	424	21	8	22	6.925
Ass. econ. Generica	9	16			17	24				22	3	2	3
Canoni di locazione	18	26	49	8	73	269	13	10	38	12	5	2	98
Buoni per sostegno domiciliarità	7	3	19	16	13				13	4		5	80
Reddito minimo di inserimento								10					10
Trasporto sociale	3											2	5
Contributi a enti/associazioni								11	12				24
Altri interventi di natura economica												2	
SIL								123	1	20	2	1	147
Servizi di accoglienza diurni/notturni		4											4
Altri interventi territoriali o domiciliari	1		3.206	227	2.185				350			13	5.982
Residenze comunitarie										1		1	2

Ambito di Carate Brianza

Allegati al Piano di Zona 2009-2011

	Albiate	Besana	Biassono	Briosco	Carate	Lissone	Macherio	Renate	Sovico	Triuggio	Vedano	Veduggio	Verano	TOTALE
AREA DIPENDENZE	0	0	0	0	0	5	0	0	0	1	0	0	1	7
Ass. econ. Generica						3							1	4
Canoni di locazione					1								1	1
SIL								1					1	1
Altri interventi territoriali o domiciliari					1								1	1

	Albiate	Besana	Biassono	Briosco	Carate	Lissone	Macherio	Renate	Sovico	Triuggio	Vedano	Veduggio	Verano	TOTALE
AREA SALUTE MENTALE	2	4	1	0	0	14	4	0	2	2	0	10	1	40
Ass. econ. Generica		3				7						1		11
Canoni di locazione					3								1	3
Buoni per sostegno domiciliarietà						2							2	2
Trasporto sociale	2							1					1	4
Contributi a enti/associazioni		1	1		1		1					1		5
SFA						3							3	3
SAD												3		3
SIL								2				3		5
Altri interventi territoriali o domiciliari								1			2		3	3
Residenze/Comunità alloggio											1		1	1

	Albiate	Besana	Biassono	Briosco	Carate	Lissone	Macherio	Renate	Sovico	Triuggio	Vedano	Veduggio	Verano	TOTALE
AREA SERVIZI SOCIO SANITARI INTEGRATI	5	7	9	8	35	119	3	3	5	6	0	10	11	221
RSA	2	7	3	3	24	105			4			5	6	159
CDI					1							5		6
CDD	3		6	5	10	2	3	3	1	5		5		43
RSD						12				1			1	13

1.4 Dati sulla qualità di vita

In accordo con gli altri ambiti distrettuali dell'Asl Monza e Brianza, sono state rilevate alcune informazioni circa la popolazione, lo stato di salute, i minori in carico, il livello di inquinamento, gli alloggi ERP, le associazioni e le cooperative, il verde pubblico, la sicurezza stradale, l'occupazione e il livello di istruzione. Questi dati possono essere base di partenza per un ragionamento più in generale sulla qualità di vita nel distretto.

I dati sono riportati per Comune e sono relativi agli anni 2006 e 2007. Le fonti sono gli Uffici Anagrafe e i Servizi Sociali comunali, il Censimento 2001, l'ARPA, l'Ufficio Statistico di Monza.

ANNO 2006

	Albiate	Besana	Briassono	Briosco	Carate	Lissone	Macherio	Renate	Sovico	Triuggio	Veduggio	Vedano	TOTALE
N° ricoveri TSO uomini	1	2	1	0	2	n.p.	0	0	1	0	0	0	8
N° ricoveri TSO donne	0	0	0	1	1	n.p.	0	0	0	2	0	0	3
N° totale ricoveri TSO	1	2	0	3	0		0	0	1	2	0	0	11
Superficie Kmq	2,9	15,76	4,85	6,61	9,95	9,32	3,22	2,84	3,24	8,38	1,98	3,49	76,03
Densità abitativa	2.047,24	944,80	2.364,74	871,56	1.773,77	4.184,12	2.145,03	1.394,37	2.340,12	972,67	3.911,11	1.270,77	2.577,08
Popolazione totale 2006	5.937	14.890	11.469	5.761	17.649	38.996	6.907	3.960	7.582	8.151	7.744	4.435	8.994
Popolazione totale 2005	5.877	14.714	11.324	5.722	17.388	38.088	6.789	3.872	7.515	8.050	7.747	4.360	8.019
Tasso di incremento demografico	1,02%	1,20%	1,28%	0,68%	1,50%	2,38%	1,74%	2,27%	0,89%	1,25%	-0,04%	1,72%	-0,28%
Indice di ricambio	110,8	126,2	124,0	137,8	121,0	113,2	154,3	127,3	123,6	130,4	181,6	107,3	123,9
N° nati	74	154	102	53	172	443	69	35	72	103	66	46	80
N° morti	43	116	84	52	124	301	66	28	77	57	69	34	70
Saldo naturale	31	38	18	1	48	142	3	7	-5	46	-3	12	10
Tasso di natalità	1,25%	1,03%	0,89%	0,92%	0,97%	1,14%	1,00%	0,88%	0,95%	1,26%	0,85%	1,04%	0,89%
Tasso di mortalità	0,72%	0,78%	0,73%	0,90%	0,70%	0,77%	0,96%	0,71%	1,02%	0,70%	0,89%	0,77%	0,78%
N° immigrati	245	573	526	198	736	2.050	394	202	271	306	388	217	231
N° emigrati	216	435	309	160	549	1.284	279	121	199	251	386	154	266

Ambito di Carate Brianza

Allegati al Piano di Zona 2009-2011

	Albiate	Besana	Biassono	Briosco	Carate	Lissone	Macherio	Renate	Sovico	Triuggio	Veduggio	Verano	TOTALE
Saldo migratorio	29	138	217	38	187	766	115	81	72	55	2	63	-35
N° famiglie	2.382	5.776	4.649	2.213	7.084	16.400	2.847	1.540	3.048	3.241	3.215	1.731	3.417
N° medio componenti per famiglia	2,5	2,6	2,5	2,6	2,5	2,4	2,4	2,6	2,5	2,5	2,4	2,6	2,6
N° famiglie con figli minori	731	n.r.	1.150	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	879	n.r.	504	n.r.
N° famiglie monoparentali con figli minori	39	n.r.	0	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	21	n.r.
N° famiglie mononucleari	594	1.416	1.164	489	n.r.	4.957	n.r.	n.r.	771	738	n.r.	428	776
N° famiglie mononucleari over 75	200	372	373	133	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	208	340	124	n.r.	496
N° famiglie mononucleari over 75 maschi	n.r.	62	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	21	n.r.
N° famiglie mononucleari over 75 donne	n.r.	310	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	103	n.r.
N° stranieri	374	597	363	164	690	1.881	225	275	284	367	413	247	249
N° stranieri uomini	195	319	165	85	343	970	99	156	129	196	188	144	135
N° stranieri donne	179	278	198	79	347	911	126	119	155	171	225	103	114
N° minori stranieri	110	145	81	33	174	438	59	84	63	94	95	71	64
Percentuale stranieri minori su stranieri	29,41%	24,29%	22,31%	20,12%	25,22%	23,29%	26,22%	30,55%	22,18%	25,61%	23,00%	28,74%	25,70%
Percentuale stranieri minori su minori	10,06%	5,57%	4,34%	3,61%	5,80%	6,59%	5,58%	12,02%	5,24%	6,81%	7,53%	9,08%	4,13%
Indice di vecchiaia	111,3	127,1	146,9	132,5	144,9	122,1	152,9	120,5	149,5	118,9	147,6	118,8	123,1
Indice di dipendenza	50,2	51,5	48,8	45,8	54,5	47,2	48,2	50,8	49,1	45,9	52,8	48,4	46,3
N° minori in carico	31	67	102	17	65	61	77	28	35	34	14	53	40
													624

I dati statistici

Ambito di Carate Brianza

Allegati al Piano di Zona 2009-2011

	Albiate	Besana	Biassono	Briosco	Carate	Lissone	Macherio	Renate	Sovico	Triuggio	Vedano	Veduggio	Verano	TOTALE
N° minori in carico 14-18 anni	12	20	26	4	29	21	22	2	9	6	2	15	10	178
N° minori in carico con decreto AG	15	33	29	12	35	n.p.	24	11	14	24	7	2	31	237
Presenza in comunità al 1/1/06	1	1	1	1	6	18	4	0	3	1	1	2	2	41
N° chiusure durante l'anno	0	0	0	0	3	6	2	0	1	0	1	2	7	22
N° nuovi inserimenti durante l'anno	0	2	0	0	1	12	4	0	0	1	2	0	7	29
Presenza in comunità al 31/12/06	1	3	1	1	4	24	6	0	2	2	3	0	2	49
Minori in affido	2	5	8	3	7	5	5	7	0	5	2	3	2	54
N° alloggi ERP	63	122	65	59	280	457	60	17	23	33	56	54	14	1.303
N° richieste per alloggi ERP	40	45	36	0	51	336	56	13	15	23	0	0	27	642
N° assegnazioni alloggi ERP	3	2	4	53	1	17	3	4	14	0	0	1	1	103
Lista d'attesa ERP	40	43	32	20	135	336	53	8	14	23	0	29	26	759
Fondo Sociale Affitti	27.285	44.959	52.177	9.474	73.510	303.736	17.155	19.225	38.117	10.171	47.081	25.510	42.423	710.822
N° associazioni di volontariato	9	6	12	7	52	25	31	2	23	10	9	32	10	228
N° cooperative B	3	1	0	0	0	4	0	1	0	1	0	0	0	10
Mq verde / ambiente	104.478	93.495	150.000	15.000	286.224	663.000	110.000	30.000	98.605	n.r.	2.000.000	35.000	35.000	3.585.802
Incidenti stradali lesivi	20	43	34	26	82	179	13	6	19	12	29	21	32	516
Auto coinvolte in incidenti lesivi (dato 2005)	26	55	47	24	127	256	18	13	15	9	30	17	53	690

Ambito di Carate Brianza

Allegati al Piano di Zona 2009-2011

DATI DA CENSIMENTO 2001													
	Albiate	Besana	Biassono	Briosco	Carate	Lissone	Macherio	Renate	Sovico	Triuggio	Veduggio	Verano	TOTALE
Laurea	5,25%	6,73%	7,17%	4,26%	6,93%	6,23%	4,83%	4,69%	5,46%	4,99%	15,92%	3,69%	6,48%
Diploma	29,81%	28,39%	30,65%	26,42%	27,45%	26,64%	25,41%	26,37%	27,71%	27,76%	33,88%	23,12%	25,58%
Licenza Media	30,66%	32,32%	30,21%	33,83%	31,94%	33,03%	31,89%	32,86%	32,39%	32,34%	24,47%	34,90%	34,50%
Licenza Elementare	26,85%	26,00%	25,21%	27,49%	26,87%	26,25%	30,88%	26,88%	28,20%	27,94%	19,40%	30,27%	28,09%
Alfabetti	6,73%	6,10%	6,34%	7,15%	6,34%	7,39%	6,53%	8,61%	5,77%	6,37%	5,95%	7,20%	6,59%
Analfabeti	0,70%	0,47%	0,41%	0,86%	0,48%	0,46%	0,46%	0,60%	0,48%	0,61%	0,38%	0,83%	0,44%
Tasso di occupazione	54,20%	51,70%	51,50%	52,00%	50,70%	51,80%	48,80%	52,40%	50,60%	53,20%	50,50%	54,40%	53,10%
Tasso di disoccupazione	3,60%	3,80%	4,40%	3,50%	4,90%	5,70%	5,50%	2,50%	3,90%	4,40%	4,60%	3,70%	4,00%
Tasso di disoccupazione giovanile	11,47%	13,55%	14,87%	8,91%	14,71%	19,59%	17,35%	11,92%	14,03%	15,66%	18,87%	14,17%	11,13%
Inquinamento atmosferico: Monossido di carbonio													
Ossidi di azoto											Sempre nella norma		
Ozono											Media annua 84 g/mq su limite di 30		
Polveri PM 10 (Centralina Monza)											Media annua sotto la soglia; due giorni nell'anno di superamento della soglia d'allarme		
Qualità dell'acqua sotterranea											Media annua 53 ug/mq su limite di 50; 145 giorni nell'anno di superamento della soglia		
Qualità dell'acqua corrente (Lambro)											Centralina Lissone: sufficiente. Centralina Renate: scadente Scadente		

	Albiate	Besana	Briassono	Briosco	Carate	Lissone	Macherio	Renate	Sovico	Triuggio	Vedano	Veduggio	Verano	TOTALE
N° ricoveri TSO uomini	1	2	0	0	2	n.p.	0	0	2	0	0	0	0	7
N° ricoveri TSO donne	0	2	0	0	1	n.p.	0	0	2	0	0	1	0	6
N° totale ricoveri TSO	1	4	0	0	3	0	0	0	4	0	0	1	0	13
Superficie Kmq	2,9	15,76	4,85	6,61	9,95	9,32	3,22	2,84	3,24	8,38	1,98	3,49	3,49	76,03
Densità abitativa	2.078,28	958,76	2.381,65	873,52	1.793,57	4.307,08	2.177,64	1.415,85	2.400,00	978,76	3.918,18	1.270,49	2.598,85	1.903,50
Popolazione totale 2007	6.027	15.110	11.551	5.774	17.846	40.142	7.012	4.021	7.776	8.202	7.758	4.434	9.070	144.723
Popolazione totale 2006	5.937	14.890	11.469	5.761	17.649	38.996	6.907	3.960	7.582	8.151	7.744	4.435	8.994	142.475
Tasso di incremento demografico	1,52%	1,48%	0,71%	0,23%	1,12%	2,94%	1,52%	1,54%	2,56%	0,63%	0,18%	-0,02%	0,85%	1,58%
Indice di ricambio	103,3	128,1	153,4	146,3	118,3	111,1	154,6	140,4	131,0	131,7	181,1	116,1	132,2	127,9
N° nati	85	166	93	67	194	466	73	41	82	96	72	49	84	1.568
N° morti	48	123	92	44	155	314	45	23	69	62	60	36	65	1.136
Saldo naturale	37	43	1	23	39	152	28	18	13	34	12	13	19	432
Tasso di natalità	1,41%	1,10%	0,81%	1,16%	1,09%	1,16%	1,04%	1,02%	1,05%	1,17%	0,93%	1,11%	0,93%	1,08%
Tasso di mortalità	0,80%	0,81%	0,80%	0,76%	0,87%	0,78%	0,64%	0,57%	0,89%	0,76%	0,77%	0,81%	0,72%	0,78%
N° immigrati	287	594	457	180	666	2.200	338	175	432	293	425	161	347	6.555
N° emigrati	234	417	379	190	508	1.206	261	132	251	276	423	175	290	4.742
Saldo migratorio	53	177	78	-10	158	994	77	43	181	17	2	-14	57	1.813
N° famiglie	2.418	5.868	4.719	2.229	7.213	17.076	2.895	1.576	3.169	3.265	3.260	1.738	3.494	58.920
N° medio componenti per famiglia	2,5	2,6	2,4	2,6	2,5	2,4	2,4	2,6	2,5	2,5	2,4	2,6	2,6	2,5
N° famiglie con figli minori	750	n.r.	1.199	660	2.015	n.r.	n.r.	437	n.r.	929	835	516	1.018	8.359
N° famiglie monoparentali con figli minori	40	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	36	n.r.	n.r.	56	16	83	0

Ambito di Carate Brianza

Allegati al Piano di Zona 2009-2011

	Albiate	Besana	Biassono	Briosco	Carate	Lissone	Macherio	Renate	Sovico	Triuggio	Veduggio	Verano	TOTALE
N° famiglie mononucleari	626	1.499	1.207	509	n.r.	5.314	n.r.	424	771	752	873	425	796
N° famiglie mononucleari over 75	200	461	335	140	n.r.	1.194	n.r.	140	n.r.	214	269	140	268
N° famiglie mononucleari over 75 maschi	n.r.	74	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	24	83
N° famiglie mononucleari over 75 donne	n.r.	387	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	116	185
N° stranieri	430	655	401	180	810	2.289	256	331	370	429	473	245	302
N° stranieri uomini	216	345	188	92	399	1.170	120	183	173	224	219	144	165
N° stranieri donne	214	310	213	88	411	1.119	136	148	197	205	254	101	137
N° minori stranieri	108	147	80	40	213	532	64	99	82	110	100	72	75
Percentuale stranieri minori su stranieri	25,12%	22,44%	19,95%	22,22%	26,30%	23,24%	25,00%	29,91%	22,16%	25,64%	21,14%	29,39%	24,83%
Percentuale stranieri minori su minori	9,52%	5,47%	4,27%	4,25%	6,88%	7,75%	5,91%	14,06%	6,58%	7,82%	7,76%	9,24%	4,87%
Indice di vecchiaia	108,1	129,0	148,3	133,1	137,0	122,2	151,5	120,8	145,4	120,8	151,1	118,3	128,2
Indice di dipendenza	51,4	52,5	49,0	47,8	53,3	47,0	49,9	50,9	49,9	47,0	55,2	48,2	46,6
N° minori in carico	35	65	123	15	73	83	66	33	45	41	25	54	49
N° minori in carico 14-18 anni	9	23	23	5	22	10	13	5	12	11	4	15	13
N° minori in carico con decreto AG	18	36	34	9	39	n.p.	18	11	11	27	11	1	31
Presenza in comunità al 1/1/07	1	3	1	1	5	14	6	0	2	2	3	0	2
N° chiusure durante l'anno	0	2	1	0	3	1	3	0	1	0	1	0	12

I dati statistici

Ambito di Carate Brianza

Allegati al Piano di Zona 2009-2011

	Albiate	Besana	Biassono	Briosco	Carate	Lissone	Macherio	Renate	Sovico	Triuggio	Veduggio	Verano	TOTALE	
N° nuovi inserimenti durante l'anno	3	2	0	0	2	16	0	0	0	0	2	0	3	28
Presenza in comunità al 31/12/07	4	3	0	1	4	29	3	0	1	4	2	0	4	55
Minori in affido	2	7	7	1	10	4	4	7	0	6	1	4	2	55
N° alloggi ERP	63	122	65	59	280	457	60	18	27	33	56	54	14	1.308
N° richieste per alloggi ERP	35	43	34	0	56	258	53	13	29	22	47	10	27	627
N° assegnazioni alloggi ERP	2	1	1	53	7	10	2	4	3	0	12	2	0	97
Lista d'attesa ERP	35	42	35	20	102	258	51	8	40	22	35	29	26	703
Fondo Sociale Affitti	24.422	41.965		6.089	116.955	336.873	19.853	5.870	27.900	14.479	54.650	26.241	46.651	721.948
N° associazioni di volontariato	9	6	12	7	52	27	31	2	23	10	9	32	12	232
N° cooperative di tipo B	3	1	0	0	0	4	0	1	0	1	0	0	0	10
Mq verde / ambiente	104.478	93.495	150.000	15.000	286.224	663.000	110.000	30.000	98.605	n.r.	2.000.000	35.000	3.585.802	
DATI DA CENSIMENTO 2001														
Laurea	5,25%	6,73%	7,17%	4,26%	6,93%	4,83%	4,69%	5,46%	4,99%	15,92%	3,69%	4,79%	6,48%	
Diploma	29,81%	28,39%	30,65%	26,42%	27,45%	26,64%	25,41%	26,37%	27,71%	27,76%	33,88%	23,12%	25,58%	27,66%
Licenza Media	30,66%	32,32%	30,21%	33,83%	31,94%	33,03%	31,89%	32,86%	32,39%	32,34%	24,47%	34,90%	34,50%	32,06%
Licenza Elementare	26,85%	26,00%	25,21%	27,49%	26,87%	26,25%	30,88%	26,88%	28,20%	27,94%	19,40%	30,27%	28,09%	26,59%
Alfabetti	6,73%	6,10%	6,34%	7,15%	6,34%	7,39%	6,53%	8,61%	5,77%	6,37%	5,95%	7,20%	6,59%	6,70%
Analfabeti	0,70%	0,47%	0,41%	0,86%	0,48%	0,46%	0,46%	0,60%	0,48%	0,61%	0,38%	0,83%	0,44%	0,50%
TOTALE	100,00%	100,01%	99,99%	100,01%	100,00%	100,00%	100,01%	100,01%	100,01%	100,01%	100,00%	100,01%	99,99%	100,00%
Tasso di occupazione	54,20%	51,70%	51,50%	52,00%	50,70%	51,80%	48,80%	52,40%	50,60%	53,20%	50,50%	54,40%	53,10%	51,72%

Ambito di Carate Brianza

Allegati al Piano di Zona 2009-2011

	Albiate	Besana	Biassono	Briosco	Carate	Lissone	Macherio	Renate	Sovico	Triuggio	Vedano	Veruggio	Verano	TOTALE
Tasso di disoccupazione	3,60%	3,80%	4,40%	3,50%	4,90%	5,70%	5,50%	2,50%	3,90%	4,40%	4,60%	3,70%	4,00%	4,60%
Tasso di disoccupazione giovanile	11,47%	13,55%	14,87%	8,91%	14,71%	19,59%	17,35%	11,92%	14,03%	15,66%	18,87%	14,17%	11,13%	14,33%
Polveri PM 10 (Centralina Monza)														
Qualità dell'acqua sotterranea														
Qualità dell'acqua corrente (Lambro)														

Media annua 51ug/mq su limite di 50; 130 giorni nell'anno di superamento della soglia

Centralina Lissone: sufficiente. Centralina Renate: scadente

Scadente

1.5 Dati sui redditi

I dati seguenti sono relativi ai redditi delle persone fisiche – anno d'imposta 2005 (fonte: Ministero dell'economia e delle Finanze)

Comune di: ALBIADE (MI)		Comune di: BESANA IN BRIANZA (MI)		Comune di: BIASSONO (MI)	
CLASSI DI REDDITO COMPLESSIVO IN EURO	FREQUENZA	AMMONTARE	CLASSI DI REDDITO COMPLESSIVO AI FINI DELLE ADDIZIONALI ALL' IRPEF	REDDITO IMPONIBILE AI FINI DELLE ADDIZIONALI ALL' IRPEF	REDDITO IMPONIBILE AI FINI DELLE ADDIZIONALI ALL' IRPEF
	FREQUENZA	AMMONTARE			FREQUENZA
fino a 1.000	10	5.038	fino a 1.000	34	19.158 fino a 1.000
da 1.000 a 2.000	10	14.097	da 1.000 a 2.000	35	50.017 da 1.000 a 2.000
da 2.000 a 3.000	12	26.295	da 2.000 a 3.000	32	80.266 da 2.000 a 3.000
da 3.000 a 4.000	10	34.681	da 3.000 a 4.000	22	78.140 da 3.000 a 4.000
da 4.000 a 5.000	18	79.891	da 4.000 a 5.000	36	155.134 da 4.000 a 5.000
da 5.000 a 6.000	22	113.232	da 5.000 a 6.000	41	216.911 da 5.000 a 6.000
da 6.000 a 7.500	51	318.338	da 6.000 a 7.500	102	655.557 da 6.000 a 7.500
da 7.500 a 10.000	193	1.625.499	da 7.500 a 10.000	534	4.495.153 da 7.500 a 10.000
da 10.000 a 15.000	755	8.950.502	da 10.000 a 15.000	1.745	20.786.751 da 10.000 a 15.000
da 15.000 a 20.000	897	14.425.977	da 15.000 a 20.000	2.233	35.840.417 da 15.000 a 20.000
da 20.000 a 26.000	662	13.803.987	da 20.000 a 26.000	1.659	34.668.296 da 20.000 a 26.000
da 26.000 a 33.500	384	10.175.660	da 26.000 a 33.500	1.026	27.599.144 da 26.000 a 33.500
da 33.500 a 40.000	138	4.641.285	da 33.500 a 40.000	455	15.188.686 da 33.500 a 40.000
da 40.000 a 50.000	167	6.879.524	da 40.000 a 50.000	331	13.564.305 da 40.000 a 50.000
da 50.000 a 60.000	68	3.460.564	da 50.000 a 60.000	210	10.723.472 da 50.000 a 60.000
da 60.000 a 70.000	29	1.793.726	da 60.000 a 70.000	109	6.589.396 da 60.000 a 70.000
da 70.000 a 100.000	54	4.267.048	da 70.000 a 100.000	152	11.683.143 da 70.000 a 100.000
oltre 100.000	39	6.343.035	oltre 100.000	141	21.906.219 oltre 100.000
TOTALE	3.519	76.958.379	TOTALE	8.897	204.300.165 TOTALE
					6.825 162.650.853

Comune di: BRIOSCO (MI)		Comune di: CARATE BRIANZA (MI)		Comune di: LISSONE (MI)	
CLASSI DI REDDITO COMPLESSIVO IN EURO	REDDITO IMPONIBILE AI FINI DELLE ADDIZIONALI ALL' IRPEF	CLASSI DI REDDITO COMPLESSIVO IN EURO	REDDITO IMPONIBILE AI FINI DELLE ADDIZIONALI ALL' IRPEF	CLASSI DI REDDITO COMPLESSIVO IN EURO	REDDITO IMPONIBILE AI FINI DELLE ADDIZIONALI ALL' IRPEF
FREQUENZA	AMMONTARE	FREQUENZA	AMMONTARE	FREQUENZA	AMMONTARE
fino a 1.000	16	7.098	fino a 1.000	47	20.566
da 1.000 a 2.000	14	19.333	da 1.000 a 2.000	45	62.287
da 2.000 a 3.000	18	42.743	da 2.000 a 3.000	36	85.329
da 3.000 a 4.000	13	43.582	da 3.000 a 4.000	47	163.402
da 4.000 a 5.000	14	61.410	da 4.000 a 5.000	52	222.437
da 5.000 a 6.000	19	104.318	da 5.000 a 6.000	58	303.059
da 6.000 a 7.500	41	269.718	da 6.000 a 7.500	114	741.640
da 7.500 a 10.000	204	1.718.071	da 7.500 a 10.000	583	4.899.394
da 10.000 a 15.000	707	8.377.368	da 10.000 a 15.000	2.056	24.122.154
da 15.000 a 20.000	1.025	16.408.892	da 15.000 a 20.000	2.598	41.387.311
da 20.000 a 26.000	621	12.912.661	da 20.000 a 26.000	1.933	40.196.173
da 26.000 a 33.500	327	8.594.756	da 26.000 a 33.500	1.153	31.051.428
da 33.500 a 40.000	137	4.600.695	da 33.500 a 40.000	484	16.584.546
da 40.000 a 50.000	132	5.375.393	da 40.000 a 50.000	388	16.062.813
da 50.000 a 60.000	63	3.148.839	da 50.000 a 60.000	252	12.849.706
da 60.000 a 70.000	33	1.977.680	da 60.000 a 70.000	154	9.405.041
da 70.000 a 100.000	45	3.567.680	da 70.000 a 100.000	203	16.264.208
oltre 100.000	45	7.368.243	oltre 100.000	189	34.799.043
TOTALE	3.474	74.598.480	TOTALE	10.392	249.220.537
			TOTALE		22.242
					472.929.263

Comune di: MACHERIO (MI)		Comune di: RENATE (MI)		Comune di: SOVICO (MI)	
CLASSI DI REDDITO COMPLESSIVO IN EURO	REDDITO IMPONIBILE AI FINI DELLE ADDIZIONALI ALL' IRPEF	CLASSI DI REDDITO COMPLESSIVO IN EURO	REDDITO IMPONIBILE AI FINI DELLE ADDIZIONALI ALL' IRPEF	CLASSI DI REDDITO COMPLESSIVO IN EURO	REDDITO IMPONIBILE AI FINI DELLE ADDIZIONALI ALL' IRPEF
FREQUENZA	AMMONTARE	FREQUENZA	AMMONTARE	FREQUENZA	AMMONTARE
fino a 1.000	21	9.887	fino a 1.000	10	5.475
da 1.000 a 2.000	18	24.916	da 1.000 a 2.000	12	18.966
da 2.000 a 3.000	17	38.137	da 2.000 a 3.000	8	19.515
da 3.000 a 4.000	13	46.195	da 3.000 a 4.000	8	26.821
da 4.000 a 5.000	28	121.737	da 4.000 a 5.000	10	41.333
da 5.000 a 6.000	23	116.584	da 5.000 a 6.000	11	60.208
da 6.000 a 7.500	43	283.882	da 6.000 a 7.500	27	172.834
da 7.500 a 10.000	277	2.277.877	da 7.500 a 10.000	133	1.138.503
da 10.000 a 15.000	958	11.438.663	da 10.000 a 15.000	499	5.920.177
da 15.000 a 20.000	1.119	18.069.119	da 15.000 a 20.000	691	11.219.559
da 20.000 a 26.000	778	16.267.725	da 20.000 a 26.000	482	10.009.820
da 26.000 a 33.500	402	10.881.955	da 26.000 a 33.500	216	5.738.504
da 33.500 a 40.000	157	5.294.899	da 33.500 a 40.000	87	2.914.795
da 40.000 a 50.000	153	6.244.052	da 40.000 a 50.000	81	3.290.643
da 50.000 a 60.000	69	3.501.920	da 50.000 a 60.000	49	2.452.394
da 60.000 a 70.000	41	2.461.792	da 60.000 a 70.000	19	1.153.899
da 70.000 a 100.000	59	4.468.674	da 70.000 a 100.000	36	2.751.867
oltre 100.000	35	5.024.151	oltre 100.000	25	3.723.784
TOTALE	4.211	86.572.165	TOTALE	2.404	50.659.097
					TOTALE
					4.697
					98.780.544

Comune di: TRIUGGIO (MI)			Comune di: VEDANO AL LAMBRO (MI)			Comune di: VEDUGGIO (MI)		
CLASSI DI REDDITO COMPLESSIVO IN EURO	REDDITO IMPONIBILE AI FINI DELLE ADDIZIONALI ALL' IRPEF	CLASSI DI REDDITO COMPLESSIVO IN EURO	REDDITO IMPONIBILE AI FINI DELLE ADDIZIONALI ALL' IRPEF	CLASSI DI REDDITO COMPLESSIVO IN EURO	REDDITO IMPONIBILE AI FINI DELLE ADDIZIONALI ALL' IRPEF	FREQUENZA	AMMONTARE	AMMONTARE
fino a 1.000	20	10.085	fino a 1.000	21	12.558	fino a 1.000	18	11.235
da 1.000 a 2.000	21	30.216	da 1.000 a 2.000	16	24.344	da 1.000 a 2.000	11	16.661
da 2.000 a 3.000	23	58.102	da 2.000 a 3.000	17	39.750	da 2.000 a 3.000	16	36.878
da 3.000 a 4.000	20	66.828	da 3.000 a 4.000	18	62.391	da 3.000 a 4.000	13	41.843
da 4.000 a 5.000	23	103.564	da 4.000 a 5.000	25	109.342	da 4.000 a 5.000	9	38.248
da 5.000 a 6.000	24	130.375	da 5.000 a 6.000	24	123.789	da 5.000 a 6.000	14	73.533
da 6.000 a 7.500	47	307.988	da 6.000 a 7.500	53	327.118	da 6.000 a 7.500	27	175.556
da 7.500 a 10.000	264	2.210.815	da 7.500 a 10.000	225	1.863.208	da 7.500 a 10.000	155	1.309.523
da 10.000 a 15.000	1.049	12.484.797	da 10.000 a 15.000	726	8.624.653	da 10.000 a 15.000	579	7.020.032
da 15.000 a 20.000	1.263	20.078.208	da 15.000 a 20.000	927	14.991.206	da 15.000 a 20.000	855	13.751.005
da 20.000 a 26.000	968	20.175.095	da 20.000 a 26.000	784	16.542.556	da 20.000 a 26.000	544	11.273.292
da 26.000 a 33.500	550	14.826.245	da 26.000 a 33.500	554	15.099.341	da 26.000 a 33.500	261	6.995.846
da 33.500 a 40.000	226	7.629.500	da 33.500 a 40.000	296	10.129.166	da 33.500 a 40.000	90	3.009.906
da 40.000 a 50.000	211	8.709.884	da 40.000 a 50.000	270	11.239.999	da 40.000 a 50.000	64	2.572.530
da 50.000 a 60.000	96	4.854.312	da 50.000 a 60.000	186	9.581.539	da 50.000 a 60.000	40	2.026.103
da 60.000 a 70.000	56	3.384.158	da 60.000 a 70.000	111	6.855.222	da 60.000 a 70.000	20	1.226.216
da 70.000 a 100.000	68	5.331.708	da 70.000 a 100.000	212	16.364.189	da 70.000 a 100.000	24	1.964.499
oltre 100.000	61	14.262.302	oltre 100.000	182	35.195.080	oltre 100.000	20	4.629.789
TOTALE	4.990	114.654.182	TOTALE	4.647	147.185.451	TOTALE	2.760	56.172.695

CLASSI DI REDDITO COMPLESSIVO IN EURO	FREQUENZA	REDDITO IMPOSIBILE AI FINI DELLE ADDIZIONALI ALL'IRPEF	AMMONTARE
fino a 1.000	35	17.319	
da 1.000 a 2.000	15	20.310	
da 2.000 a 3.000	32	76.027	
da 3.000 a 4.000	16	53.998	
da 4.000 a 5.000	31	126.536	
da 5.000 a 6.000	30	154.295	
da 6.000 a 7.500	46	293.639	
da 7.500 a 10.000	356	3.010.261	
da 10.000 a 15.000	1.228	14.582.174	
da 15.000 a 20.000	1.359	21.636.790	
da 20.000 a 26.000	1.020	21.064.091	
da 26.000 a 33.500	534	14.010.775	
da 33.500 a 40.000	190	6.312.477	
da 40.000 a 50.000	162	6.656.786	
da 50.000 a 60.000	76	3.879.015	
da 60.000 a 70.000	45	2.719.763	
da 70.000 a 100.000	73	5.800.226	
oltre 100.000	45	6.642.931	
TOTALE	5.293	107.057.413	

Di seguito di riportano i dati sull'imponibile medio ai fini Irpef per Comune relativi agli anni 2004 e 2005 (fonte: Agenzia delle Entrate) e i dati sui depositi bancari relativi agli anni 2006 e 2007 (fonte: Banca d'Italia).

	Albiate	Besana	Briassono	Briosco	Carate	Lissone	Macherio	Renate
Imponibile medio irpef 2004	€ 22.212	€ 23.374	€ 24.512	€ 21.921	€ 24.038	€ 21.713	€ 21.057	€ 21.889
Imponibile medio irpef 2005	€ 21.869	€ 22.963	€ 23.832	€ 21.473	€ 23.982	€ 21.263	€ 20.559	€ 21.073
Depositi bancari pro capite								
Anno 2006	€ 12.329	€ 11.788	€ 12.215	€ 5.024	€ 15.667	€ 13.973	€ 8.826	€ 7.922
Depositi bancari pro capite								
Anno 2007	€ 13.086	€ 11.882	€ 12.250	€ 4.807	€ 15.813	€ 12.966	€ 8.788	€ 8.752
Incremento depositi 2007	+ 7,7%	+ 2,3%	+ 1%	- 4,1%	+ 2,1%	- 4,5%	+ 1%	+ 12,2%

	Sovico	Triuggio	Vedano	Veduggio	Verano	MEDIA distrettuale
Imponibile medio irpef 2004	€ 21.510	€ 22.852	€ 31.403	€ 21.153	€ 20.836	22.959,23
Imponibile medio irpef 2005	€ 21.031	€ 22.977	€ 31.673	€ 20.352	€ 20.226	22.559,46
Depositi bancari pro capite						
Anno 2006	N.DISP.	€ 9.940	€ 10.171	€ 14.712	€ 7.347	9.993,38
Depositi bancari pro capite						
Anno 2007	N.DISP.	€ 9.544	€ 10.722	€ 15.972	€ 6.689	10.097,77
Incremento depositi 2007	N.DISP.	- 3,4%	+ 5,6%	+ 9,5%	- 8,2%	-1,04

2 Le unità d'offerta sociali del distretto di Carate Brianza

2.1 Servizi

- Nidi / Micro nidi / Centri Prima Infanzia / Nidi Famiglia

Denominazione	Indirizzo	Note
Asilo Nido Gianna Beretta Molla	Via Mazzini 4, Albiate	
Asilo nido Fate E Folletti	Via Marconi 39, Albiate	
Nido Comunale Carla Manganini	Via Brioschi 4, Besana	
Asilo nido Il Papero Blu	Via Dell'olmo 28, Biassono	
Asilo nido Lo Scrigno	Via Liberta' 15, Biassono	
Asilo nido La Tana dei Tigrotti	Via Ansperto 14, Biassono	
Asilo nido Lo Scarabocchio	Via E. Toti 41, Carate	
Asilo Nido Comunale	Via Agazzi 1, Carate	
Asilo nido Bimbi & Co	Via F.Ili Bandiera 17/A, Lissone	
Asilo Nido Comunale	Via Del Tiglio 12, Lissone	
Asilo nido Piccole Birbe	Via Buonarroti 118, Lissone	
Centro prima infanzia Divertimondo Baby Parking	Via S. Caterina Da Siena, Lissone	
Asilo nido L'antica Filanda	Via Lambro 72, Macherio	
Micro nido Bimbi Da Favola	Via Vittorio Veneto 4, Macherio	
Asilo Nido Comunale	Viale Brianza10, Sovico	
Asilo nido Zerotre	Via Don D. Colli 76/78, Triuggio	
Asilo Nido Comunale	Via Italia 11, Vedano	
Asilo Nido Comunale	Via San Giuseppe 9/A, Verano	
Nido Famiglia	Via Muratori 7, Macherio	Gestione privata; 3-5 posti; per bambini/e da 3 mesi a 3 anni

- Comunità Educative Minori / Comunità Familiari Minori

Denominazione	Indirizzo	Note
Centro per la Famiglia	Via Visconti di Vimodrone 43, Macherio	

- Centri di Aggregazione Giovanile

Denominazione	Indirizzo	Note
CAG Effervecentro	Via Colombo 2, Carate	11 – 14 anni; dal lun. al ven. dalle 15.00 alle 18.00

- Centri Ricreativi Diurni

Denominazione	Indirizzo	Note
Crest	Via M. L. King 12, Biassono	Primaria e secondaria
Centro ricreativo diurno estivo	Via Marco Polo, Briosco	Primaria e secondaria
Centro estivo Cagnola	Via Marconi 1, Lissone	Infanzia
Centro estivo San Mauro	Via Fermi, Lissone	Primaria e secondaria
Crest Il Giardino Incantato	Via Visconti di Vimodrone 41, Macherio	Infanzia
Crest Grandi	Via Visconti di Vimodrone 41, Macherio	Primaria e secondaria
Centro Estivo Comunale	Via Italia 15, Vedano	Primaria e secondaria
Centro Diurno ricreativo comunale	Via San Giuseppe 11, Verano	Infanzia
Centro Diurno ricreativo comunale	Via Sauro 30, Verano	Primaria e secondaria
CRD centro parrocchiale Agorà	Via Colombo 2, Carate Brianza	Primaria e secondaria
Oratorio feriale estivo Maria Addolorata	p.zza Maria Bambina 2, Lissone	Primaria
Oratorio feriale estivo Cuore Immacolato di Maria	Via Nobel 14, Lissone	Primaria e secondaria
Oratorio feriale estivo San Luigi	Via Don Colnaghi 1, Lissone	Primaria e secondaria

- Alloggi per l'Autonomia Minori

Denominazione	Indirizzo	Note
Centro per la Famiglia	Via Visconti di Vimodrone 43, Macherio	

- Comunità di accoglienza Residenziale Disabili

Denominazione	Indirizzo	Note
Villa Luisa	Via Rosnigo 10, Besana	
Casa Gioele	Via XXIV Maggio 6, Lissone	
Comunità Teodoro e Maria Pia Jemi	Via Leonardo da Vinci 5, Triuggio	

- Comunità Socio Sanitarie Disabili

Denominazione	Indirizzo	Note
Casa di accoglienza Betania	Via Garibaldi 1, Renate	
Comunità i Girasoli	Via conte Paolo Taverna 17, Triuggio	

- Centri Socio Educativi / Servizi di Formazione all'Autonomia Disabili

Denominazione	Indirizzo	Note
SFA Gioele	Via Buozzi 19/a, Lissone	
Laboratorio propedeutico Gioele	Via Righi 13, Lissone	
Centro diurno Stefania	Via Filzi 2, Lissone	
Il Seme	Via Ansperto3, Biassono	
L'atelier Solaris	Via Rossi 4, Carate	
SFA Iride	Via Leopardi 10, Besana	
Progetto Esperia	Via Donatori di Sangue, Verano	

- Servizio di inserimento lavorativo

Denominazione	Indirizzo	Note
Sil Monza	Via De amicis 17, Monza	Su appuntamento 039/2384622
Sil Besana	Via Viarana 38, Besana	Su appuntamento 039/233700

- Centri Diurni per Anziani

Denominazione	Indirizzo	Note
Centro Sociale "Argento Vivo"	P.zza Conciliazione, Albiate	Attività ricreative, promozione di incontri pubblici, supporto ad iniziative a favore degli anziani, vacanze
Centro Anziani "Sette Colli"	Via Viarana 6, Besana	Centro ricreativo per pensionati
Centro Diurno Integrato Fondazione Scola	Via Cavour 27, Besana	Tariffa 26,80€
Centro "C. Farina – W. Fontana"	Via Pasino 28, Briosco	Tessera iscrizione 7€
Centro Ricreativo Anziani	P.zza Annoni, Briosco	
Centro Pierino Aliverti	Via Nazario Sauro 26, Carate	
Centro diurno anziani	Via della Lega Lombarda, Lissone	
Centro anziani	Macherio	Attività di tipo ricreativo
		Centro autogestito
Cascina del Sasso	Via Lambro 42, Sovico	Tessera iscrizione 10€
Il Melograno	Via V. Emanuele 1/A, Triuggio	Centro ricreativo comunale
Sandro Pertini	Via Italia 13, Vedano	Centro ricreativo comunale
Associazione di promozione sociale Veduggio	P.zza Italia 6, Veduggio	Centro ricreativo comunale

- Mini alloggi / servizi di accoglienza per anziani

Denominazione	Indirizzo	Note
Mini Alloggi protetti Fondazione Scola	Via Cavour 27, Besana	11 alloggi per una o due persone (27/30€) più costo pasti e lavanderia
Mini Alloggi Comunali	Macherio	9 alloggi per un totale di 10 posti
Appartamenti Comunali	Renate	6 appartamenti a canone calmierato
Appartamenti Comunali	Sovico	14 monolocali a canone ERP
Appartamenti Comunali	Veduggio	18 appartamenti canone in base alla L.R. 27/2008, più rimborso spese condominiali

- Servizi di accoglienza senza dimora

Denominazione	Indirizzo	Note
Casa Maria Immacolata	Via Manzoni 8, Carate	convitto, centro di ospitalità temporanea per donne in situazione d'emergenza, anche con figli gestito da Caritas
Centro Botticelli	Via Botticelli 14, Lissone	Dà ospitalità a giovani lavoratori e studenti

2.2 Prestazioni / interventi / progetti

- Servizi 0/3 anni

Denominazione – Ente gestore	Indirizzo	Note
CPF – spazio gioco “Altro Tempo” ATI GraDiSol	Via Visconti di Modrone 43, Macherio	1 – 3 anni; 15-20 posti
Spazio gioco/Ludoteca “La tana dei Cuccioli” Cooperativa Sociale Empiria ONLUS	Via Umberto I 6, Renate	0/3 anni; 15-20 posti
Spazio gioco/Ludoteca “La tana dei Cuccioli” Cooperativa Sociale Empiria ONLUS	Via Carducci, Albiate	0/3 anni; 15-20 posti
CPF – corsi massaggio neonatale “Tempo di coccole” ATI GraDiSol	Via Visconti di Modrone 43, Macherio	0/6 mesi; 10 posti
Corsi massaggio neonatale “Con – tatto” Cooperativa Sociale Il Mondo di Emma	Via Riverio 3, Carate	0/6 mesi; 5-10 posti
Corsi massaggio infantile Consultorio familiare ASL MB	Via Maschera 14, Carate	
CPF – danza/movimento terapia “Gravi – danza” ATI GraDiSol	Via Visconti di Modrone 43, Macherio	Gestanti dalla 13esima settimana; 8 posti
Corsi di preparazione al parto Consultorio familiare ASL MB	Via Maschera 14, Carate	
Spazio allattamento Consultorio familiare ASL MB	Via Maschera 14, Carate	
Incontri mamma bambino Consultorio familiare ASL MB	Via Maschera 14, Carate	

- Servizi preventivi e interventi di aggregazione per minori

Denominazione	Indirizzo	Note
Il circolo In-presa	Carate	14-28 anni; proposta aggregativi serale; Mar-Mer 18.00 / 20.00 Ven 19.00 / 23.00
Spazio aperto	Viale Brianza 4, Sovico	14 – 16 anni; Laboratori – corsi – momenti aggregativi; venerdì 14.30 / 18.30
Cubotto	Via Conti 1, Lissone	15 - 30 anni; Sala prove – laboratori - corsi; da lun. a ven. 21,00 / 24,00
Caffè dei giovani - CPF	Via Visconti di Vimodrone 43, Macherio	Momenti aggregativi
Informagiovani Lissone	Via Ferrucci 15, Lissone	15 – 30 anni; Informazione su lavoro – casa – formazione – tempo libero
I care	Besana	Laboratorio educativo per l’adolescenza – Selezione educatori per attività di animazione del tempo libero rivolta a adolescenti.

Denominazione	Indirizzo	Note
Sportelli CiC	c/o 4 scuole superiori o professionali dell'Ambito (a Besana, Carate, Lissone)	14 – 18 anni; Sportelli di informazione e consulenza per ragazzi, genitori, insegnanti e personale ata; formazione dei tutor; serate per genitori ed insegnanti.
Sportello adolescenti c/o Consultorio	Via Maschera 14, Carate	Spazio di consulenza agli adolescenti ed ai loro genitori
Aggancio precoce	Via Solferino 16, Monza	Intervento breve rivolto a policonsumatori tra i 16 ed i 26 anni finalizzato a prevenire il passaggio ad un vero e proprio abuso o dipendenza. Formazione e consulenza degli adulti di riferimento
Etim	Piazza Frette, Sovico Piazza Conciliazione, Albiate	Equipe territoriale integrata minori
Ho cura di te	c/o CPF, Macherio	Sostegno e tutela della maternità nel primo anno di vita del bambino
Un nuovo giardino	Macherio, Biassono	Spazio neutro
Ancora genitori	Via Sauro 24, Verano	Servizio di orientamento e sostegno alla genitorialità in separazione
Tepee	p.zza Conciliazione, Albiate	Servizio Affidi
Subway	-	Educativa di strada con Unità mobile e coinvolgimento in attività positive. Momenti formativi con adulti opinion leaders.
Noi genitori	-	Supporto alla genitorialità
Camelot	c/o scuole medie	Azioni di prevenzione del disagio minorile in ambito scolastico

- Assistenza domiciliare minori

Denominazione	Indirizzo	Note
Comune di Albiate	Via Salvadori 1	
Comune di Besana B.za	Via Roma 1	
Comune di Biassono	Via S. Martino 9	
Comune di Briosco	Via Roma 4	
Comune di Carate B.za	P.zza Cesare Battisti 1	
Comune di Lissone	via Gramsci 21	
Comune di Macherio	Via V. di Vimodrone 39	
Comune di Renate	Via Dante 2	
Comune di Sovico	P.zza A. Riva 10	
Comune di Triuggio	Via V. Veneto 15	
Comune di Vedano al Lambro	Largo Repubblica 3	
Comune di Veduggio con Colzano	Via V. Veneto 47	
Comune di Verano B.za	Via N. Sauro 24	

- Prestazioni / interventi/ servizi per stranieri

Denominazione	Indirizzo	Note
Cesis	Besana, Carate, Lissone, Sovico, Triuggio, Verano	Sportelli informativi e di consulenza giuridica
Riconoscere le differenze per arricchirsi	c/o Scuola Elementare via Sauro, Verano	Servizio di mediazione e facilitazione linguistica nelle scuole
Sportello badanti	Besana, Carate, Sovico	Valutazione competenze della badante e incontro domanda/offerta
Corsi di lingua italiana	Albiate, Carate, Lissone, Macherio, Renate, Sovico	
Doposcuola per minori	Albiate, Besana, Biassono, Briosco, Carate, Lissone, Macherio, Renate, Vedano, Veduggio	In alcuni casi sono rivolti solo ad immigrati, in altri sono aperti a tutti

- Prestazioni / interventi/ servizi per disabili

Denominazione	Indirizzo	Note
Brianza senza barriere	Via Verdi, 5 Carate Brianza	Progetti per il tempo libero dei disabili; Lunedì dalle 14.00 alle 18.00

- Servizio assistenza domiciliare anziani e disabili

Denominazione	Indirizzo	Note
Comune di Albiate	Via Salvadori 1	
Comune di Besana B.za	Via Roma 1	
Comune di Biassono	Via S. Martino 9	
Comune di Briosco	Via Roma 4	
Comune di Carate B.za	P.zza Cesare Battisti 1	
Comune di Lissone	via Gramsci 21	
Comune di Macherio	Via V. di Vimodrone 39	
Comune di Renate	Via Dante 2	
Comune di Sovico	P.zza A. Riva 10	
Comune di Triuggio	Via V. Veneto 15	
Comune di Vedano al Lambro	Largo Repubblica 3	
Comune di Veduggio con Colzano	Via V. Veneto 47	
Comune di Verano B.za	Via N. Sauro 24	

- Telesoccorso

Denominazione	Indirizzo
Comune di Besana B.za	Via Roma 1
Comune di Biassono	Via S. Martino 9
Comune di Briosco	Via Roma 4
Comune di Carate B.za	P.zza Cesare Battisti 1
Comune di Veduggio con Colzano	Via V. Veneto 47
Comune di Verano B.za	Via N. Sauro 24

- Trasporti occasionali

Ente gestore	Note
Associazione del Volontariato - Albiate	Trasporti, compagnia, supporto, iniziative varie a favore di anziani, disabili, minori del territorio comunale
Auser – Besana, Biassono, Lissone, Veduggio	Collaborazione con servizi sociali comunali per servizio AUTOAMICA (trasporto anziani)
Croce Bianca - Biassono	Trasporti socio-assistenziali / Telesoccorso/ etc...
Avulss – Besana, Carate	Assistenza anziani in R.S.A. e trasporti
Croce Verde Lissone	Trasporti socio-assistenziali
Gruppo volontari parrocchia - Sovico	Trasporto
Associazione "Madre Teresa di Calcutta" - Veduggio	Servizio di accompagnamento presso strutture sanitarie per visite specialistiche, cure ed analisi cliniche e ritiro esiti. Inoltre per urgenze o necessità personali anche verso altre destinazioni. Il servizio si rivolge anche ad anziani privi di mezzi di trasporto.
Associazione "Il Glicine" - Verano	Trasporto

- Servizi per carcerati

Denominazione	Indirizzo	Note
Sportello Sociale Intercomunale Carcere	c/o Ufficio Gea, via Appiani 17 e c/o la Casa Circondariale Monza	Sportello di ascolto ed orientamento rivolto a detenuti/e in fase di dimissione dal carcere per favorire il reinserimento sul territorio
S.A.C.	P.zza Carrobiolo 10, Monza	Servizio a favore del reinserimento sociale di persone in esecuzione penale, cessata o attiva

- Centri d'ascolto Caritas

Denominazione	Indirizzo	Note
Cda San Martino	Via Ansperto 1, Biassono	
Cda SS. Gervaso e Protaso	Via Milano 5, Macherio	Sabato 16,00 – 17,00
Cda SS. Pietro e Paolo	Piazza Giovanni XXIII 24, Lissone	Lun e mer 15.00 - 17.00 ven 9-11 sab 9.00 - 10.30
Cda Cristo Re	Piazza Riva 4, Sovico	mar 15-17 gio 20-22
Cda Madre Teresa di Calcutta	Via della Chiesa 5, Verano	mart 10-11 merc 18-19
Cda San Giovanni Evangelista	via Mazzini 12, Albiate	Sab 9.30-12
Cda SS. Ambrogio e Simpliciano	Via S. Ambrogio 28, Carate	merc 9-11 gio 17-19
Cda SS. Pietro, Marcellino, Erasmo	Piazza Cuzzi, Besana	lun 15.30/17.30
Cda Sacro Cuore	Via Cavour 7, Triuggio	merc 16.00-18.00

2.3 Erogazioni economiche

Nome benefici o	Oggetto e beneficiari e entità	Valore max ISEE / reddito / IRS	Ulteriori parametri e note	A chi si presenta domanda
bonus sociale elettricità	<p>Consiste in uno SCONTO applicato alle bollette dell'energia elettrica per 12 mesi.</p> <p>FAMIGLIE O SINGOLI</p>	ISEE inferiore o uguale a 7.500 euro	<p>intestatari di una fornitura elettrica nell'abitazione di residenza con potenza impegnata fino a 3 Kw</p> <p>Alla domanda occorre allegare:</p> <ul style="list-style-type: none"> copia dell'attestazione ISEE e/o della certificazione ASL copia del proprio documento di identità e copia di una bolletta dell'energia elettrica. 	Comune
bonus elettricità disabilità grave	<p>Consiste in uno SCONTO applicato alle bollette dell'energia elettrica, senza interruzioni, fino a quando sussiste la necessità di utilizzare tali apparecchiature.</p> <p>DISABILI</p>	=	<p>nei casi di grave malattia che imponga l'uso di apparecchiature elettromedicali indispensabili per il mantenimento in vita.</p> <p>possesso di un certificato ASL (oppure dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, accompagnata da copia fotostatica della comunicazione ricevuta dal distributore di energia elettrica attestante che il punto di fornitura è compreso negli elenchi P.E.S.S.E.) che attesti: la necessità di utilizzare tali apparecchiature, il tipo di apparecchiatura utilizzata;</p> <p>l'indirizzo presso il quale l'apparecchiatura è installata;</p> <p>la data a partire dalla quale il cittadino utilizza l'apparecchiatura.</p> <ul style="list-style-type: none"> copia dell'attestazione ISEE e/o della certificazione ASL copia del proprio documento di identità copia di una bolletta dell'energia elettrica. 	Comune

Nome benefici o	Oggetto e beneficiari e entità	Valore max ISEE / reddito / IRS	Ulteriori parametri e note	A chi si presenta domanda
Social card 2009	carta acquisti di valore pari ad € 40,00 AL MESE , utilizzabile per la spesa alimentare ANZIANI BAMBINI DI ETÀ INFERIORE A 3 ANNI	ISEE pari o inferiore a € 6.000,00	Essere cittadini italiani Essere proprietari di una sola casa, avere una sola utenza elettrica e gas Risparmi in banca, alle poste, ecc. di importo inferiore ad € 15.000,00 Alla domanda occorre allegare: copia dell'attestazione ISEE copia del proprio documento di identità	uffici postali
Bonus sociale 2009	buono economico straordinario che viene erogato una sola volta da uno dei seguenti soggetti: INPS, datore di lavoro o Agenzia delle Entrate del valore TRA 200 E 1000 EURO (parametrato su reddito e n. figli) LAVORATORE	Reddito fino a € 35.000 se + di 5 figli e presenza di handicap	Non serve l'ISEE, ma occorre autocertificare tutti i redditi della famiglia (reddito da Modello unico – 730 – CUD) nel modulo di richiesta	sostituto di imposta o per chi non l'ha – agenzia delle entrate
Buono famiglia	CONTRIBUTO QUADRIMESTRALE DI € 500,00 FAMIGLIE CON ALMENO TRE FIGLI MINORENNI , anche in affido familiare, di cui almeno uno in età 0-6 anni	ISR non superiore a € 10.000	famiglie come definite dalla Carta Costituzionale, dallo Statuto di Regione Lombardia e dalla l.r. 23/99 residenti in Lombardia; italiane o comunitarie o con carta di soggiorno o permesso di soggiorno CE di lungo periodo.	ASL
Assegno maternità	Sostegno economico una tantum a MADRI , anche adottive o affidatarie, CHE NON BENEFICIANO DI INDENNITÀ DI MATERNITÀ MAX € 309,11 MENSILI X 5 MESI	ISEE 32.222,66 per 3 componenti	Possono beneficiare di questo contributo cittadine italiane, comunitarie o extracomunitarie in possesso della carta di soggiorno, residenti e con un indicatore economico del nucleo familiare ISEE non superiore ai limiti fissati annualmente dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.	Comune / Caaf
Assegno per il nucleo familiare	Sostegno economico a NUCLEI FAMILIARI CON ALMENO 3 FIGLI MINORI MAX € 128,89 X 13 MENSILITÀ	ISEE 23.200,30 per 5 componenti	3 figli minori e indicatore economico del nucleo familiare ISEE non superiore ai limiti fissati annualmente dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali	Comune / Caaf

Nome benefici o	Oggetto e beneficiari e entità	Valore max ISEE / reddito / IRS	Ulteriori parametri e note	A chi si presenta domanda
Bonus sociale “alziamo la testa”	sostegno ai costi dell'abitare INTESTATARI DI MUTUO – AFFITTO per un max di € 1.500,00 PER MUTUI € 500,00 PER AFFITTI	ISEE € 14.900,00 per abitare	Occorre allegare a seconda della tipologia di richiesta Ricevute di pagamento o Rid bancari, ecc. - Fotocopia scheda catastale Copia contratto di locazione, ricevute di pagamento, bonifico, Rid, bollettini, ecc	
	sostegno alle fasi cruciali della vita MINORI 0/3 spese nido/scuole dell'infanzia/baby sitter PER UN MAX DI € 1.000,00 UNIVERSITARI spese per università MAX € 500,00 spese per DISABILI ANZIANI con invalidità superiore al 66 % MAX € 1.000,00	ISEE € 16.100 per nidi... ISEE 14.900 per università / anziani e disabili	Nido = Rette e costi per nido, costi per servizi della scuola dell'infanzia, comunali, statali e paritarie, spese per babysitter regolarmente assunta Università = Rata di iscrizione 2008/2009, abbonamento mezzi di trasporto Ricevute di pagamento, copia dell'abbonamento mensile o annuale Disabili e anziani = Spese per assistenti familiari/badanti, regolarmente assunte, spese per assistenza domiciliare, rette RSA ad eccezione delle spese di carattere sanitario e di quelle riconosciute dal prontuario SSN Certificazione invalidità superiore al 66%, ricevute di pagamento, copia contratto e cedolino stipendio, bollettini INPS, fatture per acquisti ausili non riconosciute dal prontuario ecc	Provincia di Milano
	Rimborso eventi malavitosi una tantum, a fondo perduto, il danno subito in seguito ad eventi malavitosi (rapine, truffe, furti, ecc.), per nuclei familiari ove risieda almeno un ANZIANO ULTRA SETTANTENNE con residenza anagrafica in un comune appartenente alla Provincia di Milano MAX 500,00	ISEE 14.900	Danni subiti in seguito a eventi malavitosi (rapine, truffe, furti, ecc.) denunciati alle autorità di P.S. e per le quali non è stato richiesto rimborso alle assicurazioni Copia della denuncia con elenco dei danni/ beni sottratti espresso in euro	

Nome benefici o	Oggetto e beneficiari e entità	Valore max ISEE / reddito / IRS	Ulteriori parametri e note	A chi si presenta domanda
Assegno maternità	Sostegno economico una tantum a MADRI , anche adottive o affidatarie, CHE NON BENEFICIANO DI INDENNITÀ DI MATERNITÀ MAX € 309,11 MENSILI X 5 MESI	ISEE 32.222,66 per 3 componenti	Possono beneficiare di questo contributo cittadine italiane, comunitarie o extracomunitarie in possesso della carta di soggiorno, residenti e con un indicatore economico del nucleo familiare ISEE non superiore ai limiti fissati annualmente dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.	Comune / CAAF
Assegno per il nucleo familiare	Sostegno economico a NUCLEI FAMILIARI CON ALMENO 3 FIGLI MINORI MAX € 128,89 X 13 MENSILITÀ	ISEE 23.200,30 per 5 componenti	3 figli minori e indicatore economico del nucleo familiare ISEE non superiore ai limiti fissati annualmente dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali	Comune / CAAF
Buoni sostegno famiglia dgr 8243	È un buono economico a sostegno della domiciliarietà, finalizzato a favorire la permanenza al domicilio delle PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI	ISEE max 18.500	residenti nei singoli Comuni del Distretto di Carate Brianza sottoscrizione di regolare contratto di lavoro con una o più assistenti familiari per almeno 24 h settimanali	Comune
Buoni natalità	MAX € 420 MENSILI FAMIGLIE CON MINORI 0/3	ISEE max 22.500	Criteri stabiliti da singole amministrazioni comunali	Comune
Buoni fragilità	MAX € 420 MENSILI SINGOLI O FAMIGLIE IN SITUAZIONE DI DIFFICOLTÀ ECONOMICA	ISEE max 15.500	Su specifico progetto Assistenziale individualizzato	Comune
Buoni domiciliar ietà anziani	MAX € 420 MENSILI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	ISEE max 18.500	Verifica di rete familiare – livello di autonomia - livello di reddito	Comune
Buoni domiciliar ietà disabili	MAX € 420 MENSILI DISABILI	ISEE max 18.500	Verifica di rete familiare – livello di autonomia - livello di reddito – livello di disabilità	Comune
Contributi minimo vitali e straordin ari	SINGOLI O FAMIGLIE IN SITUAZIONE DI DIFFICOLTÀ ECONOMICA	ISEE max stabilito da ogni singola amministrazione comunale	Criteri stabiliti da singole amministrazioni comunali	Comune

Nome benefici o	Oggetto e beneficiari e entità	Valore max ISEE / reddito / IRS	Ulteriori parametri e note	A chi si presenta domanda
Fondo Famiglia e Lavoro	<p style="text-align: center;">MAX € 1000 MENSILI</p> <p style="text-align: center;">FAMIGLIE E PERSONE, italiane e straniere, regolarmente residenti sul territorio della Diocesi ambrosiana, che si trovano in una SITUAZIONE DI DIFFICOLTÀ X MANCANZA O PRECARIETÀ DEL LAVORO, A SEGUITO DELL'ATTUALE CRISI ECONOMICA.</p>	=	<p>abbiano perso il lavoro (stiano per perderlo o abbiano subito una riduzione dell'orario di lavoro) per:</p> <ul style="list-style-type: none"> • termine del contratto di collaborazione, • scadenza del contratto a tempo determinato, • chiusura dell'azienda a causa di delocalizzazione, fallimento..., • transizione ad altro contratto, • licenziamento per altri motivi (tagli al personale, maternità...), • assenza di un regolare contratto di lavoro e attualmente: • non godano di contributi previdenziali (sussidio di disoccupazione, CIG, mobilità) sufficienti a far fronte ai carichi familiari, • non abbiano diritto ad altre forme di integrazione del reddito (social card, bonus) o queste non siano sufficienti, • non possano contare su aiuti economici e/o relazionali da parte di familiari e/o amici • non abbiano risparmi sufficienti, • non abbiano potuto negoziare liquidazione, tfr, • non abbiano un secondo alloggio di proprietà. 	Caritas / ACLI
Fsa	INTESTATARI CONTRATTO D'AFFITTO	ISEE FSA € 12.911	Contratto d'affitto – spese - ISEE	Comune Caaf
Giovani coppie per casa	<p>Contributo per acquisto prima casa</p> <p style="text-align: center;">MAX 6.000</p> <p>Giovani Coppie – gestanti sole – genitori solo – nuclei con almeno 3 figli</p>	ISEE massimo 30.000	Mutuo tra i 25.00 e i 200.000 euro di durata non inferiore a 5 anni	Regione / Comune

2.4 Prestazioni a sostegno della domiciliarietà

Ad integrazione di quanto già previsto nel Piano di Zona e di quanto riportato nel Piano di salute del Distretto Socio Sanitario, si riporta la seguente tabella, frutto del lavoro del tavolo di sistema, ove vengono declinate le possibili risorse attivabili a sostegno della domiciliarietà (per i servizi Comunali e ASL vedasi il Piano di Zona area anziani) :

Utenti	Tipologia intervento	Note
agevolazioni nel rapporto di lavoro		
Tutti i lavoratori dipendenti pubblici e privati genitori anche adottivi di minore disabile ex art.4 L104/1992	prolungamento del congedo parentale fino a 3 anni di età del bambino - art.33 TU*	Disabili -Il genitore richiedente ne ha diritto anche quando l'altro genitore non è in posizione di diritto
Tutti i lavoratori dipendenti pubblici e privati genitori anche adottivi di minore disabile ex art.4 L104/1992	permesso (riposo) giornaliero retribuito di 2 ore fino a 3 anni di età del bambino - art.42 comma 1 TU	Il riposo giornaliero è alternativo al prolungamento del congedo parentale; i genitori non possono fruire contemporaneamente dei benefici
Tutti i lavoratori dipendenti pubblici e privati genitori anche adottivi di minore disabile ex art.4 L104/1992	3 giorni di permesso retribuito - art.42 comma 2 TU	I permessi possono essere fruiti alternativamente dai genitori anche nell'ambito delle stesse messe anche contemporaneamente - possono essere concessi anche a parente o affine entro uil 3° grado
Tutti i lavoratori dipendenti pubblici e privati genitori anche adottivi di maggiorenne disabile ex art.4 L104/1992	3 giorni di permesso retribuito - art.42 comma 3 TU	Sono fruibili anche continuativamente, sono frazionabili (in 6 permessi di 1/2 giornata nel settore privato - in 18 permessi orari nel settore pubblico); se uno dei genitori non è convivente ha diritto soltanto se quello convivente è impossibilitato
Tutti i lavoratori dipendenti pubblici e privati disabili gravi ex art.33 comma 3 L104/1992	3 giorni di permesso mensile retribuito o in alternativa 2 ore di permesso giornaliero	Con orario di lavoro inferiore a 6 ore 1 di permesso giornaliero - la tipologia può essere variata di mese in mese; i 3 giorni di permesso possono essere fruiti anche in 1/2 giornate
Tutti i lavoratori dipendenti pubblici e privati che assistono un parente o affine entro il 3° grado disabile ex art.33 comma 3 L.104/1992	3 giorni di permesso retribuito	Fruibile anche dal coniuge e da parenti o affini entro il 3° grado anche non conviventi (CdS 1611/1992)
Tutti i lavoratori dipendenti pubblici e privati genitori anche adottivi o affidatari di figlio disabile ex art.33 comma 3 L104/1992 non occupato non ricoverato	2 anni di congedo retribuito	In mancanza dei genitori possono fruire del beneficio fratelli e sorelle conviventi col disabile - frazionabili anche in mesi, settimane o giorni; non è possibile la fruizione contemporanea di entrambi i genitori. La contribuzione è figurativa.
Disabili disoccupati ex L68/1999 (invalidi civili >46% - invalidi lavoro 34% - sordomuti - ciechi civili - invalidi di guerra e servizio 1°-8° cat)	collocamento mirato	15-35 dip 1 disabile chiamata nominativa 36-50 dip 1 nominativa 1 numerica oltre 51 dip 7%

Utenti	Tipologia intervento	Note
agevolazioni nel rapporto di lavoro		
Lavoratori dipendenti malati oncologici	prolungamento del comporto / termine di conservazione del posto	Quasi tutti i CCNL privati e tutti i rapporti di pubblico impiego prevedono una particolare disciplina del comporto a favore dei malati oncologici - inoltre molti CCNL prevedono permessi specifici per il giorno di chemioterapia
Lavoratori dipendenti invalidi civili >50%	30 gg l'anno di congedo retribuito - art.10 Dlgs 509/1988	Per le cure connesse alla propria infermità - la retribuzione di tale congedo dev'essere prevista dalle norme del CCNL
Lavoratori dipendenti malati oncologici	diritto a trasformare il rapporto di lavoro in p/t orizzontale o verticale - art.46 Dlgs 276/2003	Tale scelta è reversibile (una tantum) a discrezione del lavoratore - si veda la circ.40/2005 Min Welfare
prestazioni previdenziali		
Lavoratori dipendenti invalidi civili o del lavoro >74% - sordomuti - invalidi di guerra o per servizio ascrivibili alle prime 4 categorie tabella A DPR 834/1981	Maggiorazione contributiva di 2 mesi per ogni anno di effettivo lavoro dipendente	La maggiorazione spetta nel limite massimo di 5 anni anche per periodi di lavoro inferiori all'anno - la maggiorazione è utile per il diritto e nel sistema retributivo anche per la misura
Lavoratori dipendenti non vedenti (cieco civile assoluto)	Maggiorazione contributiva di 4 mesi per ogni anno di lavoro in condizione non vedente	Senza limitazioni
Lavoratore dipendenti pubblici e privati - disoccupati - CIG e mobilità - pensionati	Maggiorazione dell'importo dell'ANF ed aumento dei limiti reddituali - inclusione nel nucleo del maggiorenne inabile	Il nucleo può essere monoparentale quando si tratti di orfano o coniuge minore oppure di maggiorenne inabile titolare di pensione ai superstiti (Cassazione 7668/1996)
Lavoratori dipendenti privati invalidi	Pensione di inabilità / assegno ordinario di invalidità ex L222/1984	Sono previste due diverse prestazioni secondo che l'Inps riconosca un grado di invalidità assoluto ovvero superiore a 2/3 - richiesto requisito di 5 anni di contribuzione e 3 anni nell'ultimo quinquennio
Lavoratori dipendenti pubblici invalidi	Pensione di inabilità ex L335/1995	Collocazione in quiescenza secondo il massimo servizio pensionabile
Benefici fiscali		
Sordomuti - ciechi civili anche decimisti - titolari indennità di accompagnamento - disabili ex art.33 comma 3 L104/1992 - disabili con ridotte capacità motorie	Acquisto auto - detrazione 19% sull'acquisto - IVA 4% su acquisto e adattamento - esenzione permanente dal bollo - esenzione IPT - L342/2000	La disciplina pone limitazioni di varia natura sulla durata dei benefici (per es IVA e detrazione 19% ogni 4 anni) e sul modello delle vetture (maz 2000 cc cilindrata)
Genitori di figli a carico disabili ex art. 33 L104/1992	aumento della detrazione spettante per figlio a carico a € 774,69	Sono a carico i figli il cui reddito annuo assoggettabile ad IRPEF risulta inferiore a € 2840,51

Utenti	Tipologia intervento	Note
Benefici fiscali		
Disabili ex art 33 L104/1992	Deducibilità delle spese mediche generiche	si tratta delle prestazioni rese da un medico o da personale professionale, visite e cure omeopatiche, assistenza infermieristica e riabilitativa, cure termali, ricoveri e degenze, farmaci anche senza prescrizione - Per la generalità dei cittadini tali spese sono detraibili al 19% con franchigia
Tutti cittadini	Detraibilità delle spese di assistenza alla persona per se stessi o familiari ex art.433 CC - L342/2000	Sono detraibili salario e contributi per colf e badanti regolarmente assunte entro la misura di 1500 €/anno
Anziani disabili ex art.33 L104/1992 o loro famigliari ex art.433 CC	Deducibilità delle spese di degenza in RSA	Non è deducibile la quota di spesa relativa alla prestazione di vitto e alloggio
Disabili ex art.33 L104/1992 o loro famigliari ex art.433 CC	Detrazione 19% spese di acquisto mezzi per la deambulazione	Per esempio poltrone, busti, collari, carrozzine, ascensori ecc.
Disabili ex art.33 L104/1992 o loro famigliari ex art.433 CC	Detrazione 19% spese di acquisto sussidi tecnici e informatici	Certificazione medico curante - PC, modem, Fax ecc.
Titolari di pensione invalidità civile al 100%	Riduzione del 50% del canone telefonico mensile	Indicatore ISEE < 6710,05 €
Ciechi civili L.382/1971	Detrazione 19% acquisto cane guida	Senza limitazioni
Prestazioni assistenziali		
Invalidi civili qualsiasi età non autosufficienti	Indennità di accompagnamento ex L18/1980	Prescinde da età e condizione reddituale - incompatibile col ricovero gratuito o a carico di ente pubblico in strutture di lungodegenza o riabilitative
Invalidi civili 18-65 anni > 74%	Pensione invalidità / assegno invalidità civile - L118/71	invalidi parziali (>74%) limite reddituale € 4238,26 incollcati - invalidi totali (100%) limite € 14.466,57 - redditi assoggettabili IRPEF - solo redditi personali
Ciechi civili assoluti e ventesimisti	Pensione e indennità per ciechi - L382/1970	la pensione di entrambe le categorie è soggetta al limite reddituale di € 14.466,57 - l'indennità è svincolata da ogni requisito non sanitario (sì lavoro - sì ricovero)
Sordi	Pensione - indennità di comunicazione	la pensione è soggetta al limite reddituale di € 14.466,57 - l'indennità è svincolata da ogni requisito non sanitario (sì lavoro - sì ricovero)
Minori in condizioni di difficoltà persistenti - minori ipoacusici	Indennità di Frequenza - L.289/90	limite reddituale € 4238,26 - solo redditi personali - incompatibile con altre indennità

Utenti	Tipologia intervento	Note
Prestazioni assistenziali		
Malati oncologici	Iter agevolato accertamento invalidità civile - entro 15 gg dalla domanda - art. Dlgs 80/2006	L'esito dell'accertamento ha effetti immediati - non si attende la notifica del verbale né il giudizio della CMV provinciale (ca. 70-80 gg) - vale anche per eventuale visita di revisione
Malati oncologici in trattamento chemioterapico	Indennità di accompagnamento per il periodo / giorni della terapia - Cass.1705/1999	
Cittadini ultra65enni in situazione di disagio economico	Assegno Sociale	Spetta al cittadino in condizione di bisogno (che l'Inps valuta anche mediante accertamenti diretti) il cui reddito non superi per il 2008 € 5.142,67 annui se è solo, € 10.285,34 annui se è coniugato

3 I protocolli - le intese - i regolamenti e gli accordi di programma per il triennio 2009 – 2011

Si allegano, a seguito, per completezza, di informazione i protocolli, le intese, i regolamenti e gli accordi attualmente in vigore o in via di stipulazione che attengono le tematiche trattate all'interno del Piano di Zona.

3.1 Governance

3.1.1 Protocollo d'intesa per l'integrazione socio-sanitaria

Monza, 25.05.2005

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

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

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

Per altro, già lo stesso Piano sociosanitario della Regione Lombardia 2002-2004 precisava che le reti costitutive del welfare lombardo, reti che costituiscono nella nostra regione il "sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali", sono due, la rete dei servizi ad elevata integrazione sociosanitaria di competenza delle ASL e la rete dei servizi sociali di competenza dei Comuni.

Nelle circolari regionali relative ai Piani di Zona poi si affronta come strategico il tema dell'integrazione tra i livelli istituzionali e della sussidiarietà organizzata. E, infine, nel recentissimo provvedimento di legge regionale "Politiche regionali per i minori" L.R. 14 dicembre 2004, n. 34 all'art. 7 (rete d'offerta sanitaria) si afferma che "Tutte le attività sono promosse nella logica dell'integrazione tra aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere, enti locali, istituzioni, organizzazioni pubbliche e private educative, sociali, sanitarie e scolastiche e famiglie".

Si ritiene che l'azione integrata, oltre a favorire l'efficacia degli interventi a garanzia dell'unitarietà e globalità della persona, consente di razionalizzare la spesa della gestione dei servizi e della erogazione delle prestazioni.

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

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

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

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

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

Firmato

Il Presidente della Conferenza dei Sindaci
Dr. Filippo VIGANO'

Il Direttore Generale ASL M13
Dr. Pasquino PEZZANO

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

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

3.1.2 Accordo di programma governance socio sanitaria

Il presente accordo è stato prorogato fino alla stipula di nuovo similare accordo da siglarsi a seguito dell'Approvazione del Piano di Zona.

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

La realizzazione dell'integrazione socio sanitaria è richiamata in più fonti normative, sia a livello nazionale che regionale, e trova specifica attuazione nella connessione tra i Piani di Zona e i Piani di salute.

L'ultimo documento regionale in materia di programmazione socio sanitaria (delibera VIII/3776 del 13.12.2006) indica nel raggiungimento della integrazione socio sanitaria uno degli obiettivi principali delle ASL, individuando soggetti, livelli ed organi di attuazione.

La pianificazione degli interventi sociali, socio sanitari e sanitari deve essere perseguita attraverso la valorizzazione del ruolo programmatico della ASL e dei Comuni, e a sostegno dei processi di integrazione.

I Comuni e la ASL MI3 hanno già manifestato la propria volontà di collaborazione con la sottoscrizione del protocollo di intesa del 25 Maggio 2005, in cui si concordava la sottoscrizione di un successivo Accordo di Programma che ne rappresentasse l'attuazione.

L'Accordo di Programma relativo alla programmazione dei PdZ degli ambiti per il triennio 2006-2008, sottoscritto nel maggio 2006, all'art. 6 esprime l'impegno delle parti ad individuare percorsi concreti di collaborazione ai fini della integrazione socio sanitaria.

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

Art. 1 – Finalità

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

Art. 2 – Obiettivi

I contenuti operativi dell'integrazione socio sanitaria comprendono diversi livelli attuativi declinabili in:

- indirizzi politici e strategie aziendali
- modalità organizzative e di lavoro
- unitarietà degli interventi diagnostico-assistenziali
- unitarietà dei percorsi di fruizione

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

Art. 3 – Documenti di programmazione

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

Art. 4 – Sedi di attuazione

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

A livello distrettuale, le Assemblee dei Sindaci rappresentano il luogo di elezione del confronto tra gli enti locali e il Distretto socio sanitario, relativamente alla programmazione, monitoraggio e valutazione degli obiettivi socio sanitari.

All'Assemblea dei Sindaci partecipano, con pienezza di mandato, il Direttore di Distretto e il Direttore dell'Ufficio di Piano, che nelle loro funzioni sono garanti dell'esecuzione degli indirizzi politici e programmati. A livello sovra distrettuale, la Conferenza dei Sindaci, a cui partecipa la Direzione Generale della ASL, diventa il luogo di valutazione e definizione degli indirizzi politico-strategici in materia di programmazione e coordinamento dei servizi e degli interventi socio sanitari, in ottemperanza all'art. 6 della L.R. 31/97.

A garanzia di una maggiore efficacia, si individua quale ambito di confronto il Tavolo Interistituzionale, partecipato dai rappresentanti delle Direzioni della ASL e degli Ambiti. Il tavolo è finalizzato ad affrontare e approfondire le tematiche prioritarie, e a proporre le soluzioni operative ritenute più adeguate.

Art. 5 – Durata dell'Accordo

Il presente Accordo sarà valido sino al 31.12.2008

f.to IL DIRETTORE GENERALE
ASL-MI 3

f.to IL PRESIDENTE
CONFERENZA DEI SINDACI

f.to PRESIDENTI
ASSEMBLEA DI DISTRETTO DEGLI AMBITI

3.1.3 Convenzione per l'ufficio unico di autorizzazione al funzionamento e accreditamento

CONVENZIONE TRA IL COMUNE DI DESIO ED I COMUNI DELL'AMBITO TERRITORIALE DELL'ASLMI3 DI MONZA PER L'ESPLETAMENTO DELLE FUNZIONI DI AUTORIZZAZIONE AL FUNZIONAMENTO, SOSPENSIONE E REVOCA NONCHE' DI ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SOCIO ASSISTENZIALI AI SENSI DELL'ART. 8 DELLA L.R. 1 FEBBRAIO 2005, N. 1

L'anno 2006, giorno del mese di in Desio, nella Residenza Municipale, con la
presente scrittura privata TRA

Il Comune di Desio, in persona del , domiciliato per la sua carica in, il quale
interviene nel presente atto in forza della delibera consiliare n. del, esecutiva, con la quale si è
altresì approvata la presente convenzione;

I rappresentanti legali dei Comuni dell'ambito territoriale dell'ASLMI3 di Monza, all'uopo autorizzati dai
rispettivi Consigli Comunali;

Premesso che:

l'art 8 della Legge Regionale 1 febbraio 2005, n. 1 "Interventi di semplificazione – Abrogazione di leggi e regolamenti regionali – legge di semplificazione 2004" trasferisce dalle province ai comuni l'autorizzazione, la sospensione, la revoca dell'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento delle strutture socioassistenziali, mentre le funzioni di autorizzazione, sospensione, revoca e accreditamento delle strutture sociosanitarie sono attribuite alle ASL;

in attuazione dell'art. 6 della L.R 8 febbraio 2005 vengono trasferite alle Aziende Sanitarie Locali di riferimento le funzioni amministrative di controllo di cui agli artt. 23 e 25 del Libro Primo, Titolo II del Codice Civile;

con Deliberazione G. R. N° VIII/001692 del 29.12.2005 "Presa d'atto della comunicazione del presidente Formigoni di concerto con l'Assessore Abelli avente ad oggetto: Protocollo d'Intesa tra regione Lombardia, ANCI, e UPL relativo al processo di attuazione delle LL. RR. N. 1/2005 e n. 6/2005" è stato stabilito che i Comuni, al fine di ottimizzare la gestione economica delle risorse assegnate e per rendere omogeneo l'esercizio delle funzioni trasferite, potranno avvalersi di forme di gestione associata così come previsto dal D.Lgs. 267/2000

con il medesimo Protocollo d'Intesa è stato sancito l'impegno da parte delle Regioni Lombardia di garantire, secondo le modalità individuate con successivi decreti del direttore generale competente per materia, l'identificazione e l'assegnazione di adeguate risorse finanziarie necessarie all'esercizio delle funzioni trasferite;

i Comuni afferenti il territorio dell'ASLMI3 di Monza ritengono necessario e opportuno svolgere in modo coordinato le suddette funzioni amministrative, nel pieno rispetto dei principi di efficienza e di efficacia dell'attività amministrativa, attraverso l'istituzione di un Ufficio Comune competente per l'intero territorio di riferimento, ai sensi dell'art. 30, comma 4, D. Lgs. N. 267/2000;

al Comune di Desio è stato conferito mandato da parte del Consiglio Interdistrettuale dei Sindaci dell'ASLMI3 per la predisposizione di un progetto organizzativo per l'esercizio in forma associata delle funzioni trasferite in materia di autorizzazione al funzionamento e accreditamento e che per tale progetto, che vede la costituzione di un Ufficio Comune con sede in Desio, è stato espresso parere favorevole dal medesimo Consiglio Interdistrettuale;

che la delicatezza e la complessità dell'esercizio delle funzioni trasferite comportano la necessità di favorire ogni utile collaborazione tra gli enti interessati, affinché l'occasione del trasferimento, non solo eviti l'insorgere di disagi per i soggetti richiedenti, ma possa divenire occasione di semplificazione dei relativi procedimenti amministrativi, a beneficio dei destinatari stessi, mediante l'utilizzo, oltre che della gestione in forma associata che porta necessariamente a garantire la realizzazione di economie di scala e della massima efficienza nell'impiego delle risorse, anche di supporti e procedure su base informatica idonee a ridurre i tempi di risposta;

tutto ciò premesso,

si stipula e si conviene quanto segue

CAPO I DISPOSIZIONI GENERALI

Art. 1

(Oggetto della convenzione)

§1. La presente convenzione ha per oggetto la costituzione dell'Ufficio Comune nel territorio dell'ASLMI3 per l'esercizio associato delle funzioni, attribuite con L.R. n.1/2005 ai Comuni, relative all'autorizzazione, sospensione, revoca del funzionamento delle strutture socioassistenziali, nonché dell'accreditamento delle stesse, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267;

Art. 2

(Enti partecipanti alla gestione associata e ente responsabile della gestione)

§1. L'Ufficio Comune di cui all'art.1 è istituito presso il Comune di Desio, individuato dalla presente convenzione quale ente responsabile della gestione associata di funzioni. Gli enti partecipanti all'accordo sono i Comuni appartenenti ai 7 ambiti territoriali dell'ASLMI3. L'Ufficio Comune opera in luogo e per conto dei comuni partecipanti nelle materie oggetto della convenzione.

Art. 3

“Finalità”

§1. Con l'istituzione dell'Ufficio Comune gli Enti partecipanti intendono perseguire i seguenti obiettivi fondamentali:

- la semplificazione e lo snellimento dei procedimenti amministrativi;
- l'efficienza nell'impiego delle risorse umane, finanziarie e strumentali;
- la riduzione dei costi e dei tempi necessari per il rilascio del provvedimento definitivo;
- la trasparenza nella gestione amministrativa e nei singoli procedimenti amministrativi previsti dalla legge;
- l'ampliamento della gamma dei servizi offerti anche attraverso l'impiego di sistemi informativi basati sull'utilizzo di tecnologie ICT che permettano la connessione in rete con le altre istituzioni/enti che operano in tale ambito;
- il miglioramento della qualità dei servizi resi;
- la valorizzazione e lo sviluppo della professionalità degli operatori.

Art. 4**(Funzioni, attività e servizi svolti dall'ufficio comune e procedimenti amministrativi di competenza)**

§1. Per l'esercizio delle funzioni trasferite ai comuni di cui all'art. 1 della presente convenzione, sono affidate all'Ufficio Comune con sede presso il Comune di Desio le seguenti principali attività/servizi:

- la consulenza diretta oppure "on line" ai cittadini, alle imprese e agli enti interessati ad avviare una unità di offerta socio assistenziale;
- l'istruttoria finalizzata all'adozione dei provvedimenti di autorizzazione, sospensione, revoca del funzionamento;
- l'adozione del provvedimento finale di autorizzazione al funzionamento, di sospensione e di revoca;
- la richiesta del parere igienico-sanitario all'ASLMI3 ed ogni altra attività di collegamento con la stessa Azienda Sanitaria necessaria per l'espletamento delle funzioni amministrative affidate;
- l'organizzazione di corsi di formazione e di aggiornamento del personale dell'ufficio e/o degli enti partecipanti anche in collaborazione con la Provincia;
- l'istruttoria finalizzata all'adozione del provvedimento di accreditamento;
- l'adozione del provvedimento finale di accreditamento.

(Comma 2 soppresso)

§2. L'attribuzione di nuove competenze può essere effettuata attraverso l'integrazione del contenuto della presente convenzione e la conseguente stipulazione di un ulteriore atto associativo.

§4. Resta comunque fermo il pieno rispetto di ogni altra normativa inderogabile da parte degli enti partecipanti.

Art. 5**(Attività che restano nella competenza degli enti partecipanti)**

§1. Restano di competenza dei singoli comuni, (cancellato riferimento Ufficio di piano) le attività di primo accesso alle informazioni, consistenti nella distribuzione della modulistica per la predisposizione dell'istanza di autorizzazione e di accreditamento, nonché delle modalità generali per l'accesso all'Ufficio Comune avente sede in Desio.

§2. Ciascun comune può stabilire attraverso una sezione specifica del proprio sito web un collegamento diretto con il sito web dell'Ufficio Comune al fine di fornire una informazione ampia e aggiornata sull'attività e sui servizi offerti.

CAPO II

FUNZIONAMENTO DELL'UFFICIO COMUNE

Art. 6**(Regole di organizzazione e funzionamento dell'ufficio comune)**

§1. L'Ufficio Comune per l'autorizzazione e l'accreditamento, a cui sono attribuite le risorse umane, finanziarie, strumentali ed organizzative necessarie, garantisce:

- l'avvio, lo svolgimento e la conclusione, nonché la regolarità formale e sostanziale dei procedimenti amministrativi trattati per conto dei Comuni firmatari del presente atto, ai fini dell'adozione del provvedimento finale di concessione, sospensione e di revoca dell'autorizzazione al funzionamento e dell'accreditamento delle strutture socioassistenziali;
- il funzionamento dell'ufficio e l'organizzazione del personale, attraverso l'applicazione dei regolamenti in vigore presso il Comune sede dell'Ufficio stesso, sin dal momento della stipula della presente convenzione.

§2. L'Ente Responsabile della gestione associata delle funzioni, presso cui l'Ufficio è costituito, nomina il Responsabile dell'Ufficio Comune per l'autorizzazione e l'accreditamento, previo parere delle Assemblee dei Sindaci degli ambiti territoriali interessati.

§3. In coerenza con quanto previsto dal successivo articolo 11, e in osservanza delle previsioni dell'articolo 107, commi 2 e 3, del decreto legislativo n. 267 del 2000, al Responsabile dell'Ufficio Comune spettano i seguenti compiti:

- la direzione dell'attività amministrativa dell'Ufficio Comune secondo i criteri e le norme dettati dallo statuto e dai regolamenti in vigore nell'ente comunale, sede dell'Ufficio;
- l'assunzione degli atti amministrativi concernenti i provvedimenti finali di autorizzazione al funzionamento e di accreditamento;
- l'adozione degli atti per l'assunzione, l'amministrazione e la gestione del personale nell'ambito del Piano economico finanziario;
- la decisione di avvalersi di esperti esterni scelti da apposito albo professionale costituito attraverso l'indizione di selezione pubblica, per il rilascio di perizie, pareri o certificazioni indispensabili per l'adozione del provvedimento finale nell'ambito del Piano economico finanziario;
- la responsabilità in ordine alla comunicazione esterna e interna dell'Ufficio.

§4. (Soppresso)

Art. 7

(Regolamenti per lo svolgimento delle funzioni)

§1. Per l'esercizio delle funzioni amministrative trasferite nonché per l'erogazione dei servizi connessi, l'Ufficio Comune applica i regolamenti in materia di accesso agli atti amministrativi e di contabilità in vigore presso il Comune individuato quale sede dell'Ufficio stesso.

CAPO III RAPPORTI TRA SOGGETTI CONVENZIONATI

Art. 8

(Decorrenza e durata della convenzione)

§1. La presente convenzione è valida a decorrere dal 1° gennaio 2007 fino al 31 dicembre 2009, salvo modifiche delle leggi regionali concernenti il trasferimento delle funzioni in materia di autorizzazione e di accreditamento.

§2. Entro tre mesi dal termine della presente convenzione, gli enti aderenti all'accordo possono procedere al rinnovo per ulteriori tre anni, (soppresso "previo parere e rif. al Consiglio di Rappresentanza").

Art. 9

(Comitato dei Presidenti degli ambiti territoriali)

§1. La gestione associata dell'Ufficio Comune opera nell'interesse di tutti gli enti partecipanti, a prescindere dalla loro quota di partecipazione, e di tutti i cittadini dei Comuni interessati.

§2. Per l'esercizio delle funzioni di programmazione, di indirizzo e di verifica generali nei confronti dell'Ufficio Comune è costituito il Comitato dei Presidenti degli ambiti territoriali interessati o loro delegati.

§3. Entro i primi tre mesi dalla data di validità della presente convenzione il Comitato dei Presidenti degli ambiti territoriali interessati approva il piano degli obiettivi generali da conseguire entro il triennio di durata della convenzione stessa. Il Comitato dei Presidenti degli ambiti territoriali interessati, anche avvalendosi della conferenza tecnica dei direttori degli uffici di piano, esamina le questioni di interesse comune e verifica la rispondenza dell'azione dell'Ufficio ai programmi e agli obiettivi prestabiliti.

Art. 10

(Risorse per la gestione associata, rapporti finanziari, garanzie)

§1. La copertura dei costi dell'Ufficio Comune è garantita:

- dalle risorse finanziarie trasferite con vincolo specifico dalla Regione Lombardia ai Comuni dell'ASLMI3;
- dalle risorse trasferite dagli enti sottoscrittori della presente convenzione, quantificate in base al principio della quota pro capite.

(Soppresso rif. Ufficio di Piano)

I contributi a sostegno dei costi dell'Ufficio Comune devono essere trasferiti dagli enti associati di norma entro il 30 giugno di ciascun anno.

§2. Il Comitato dei Presidenti degli ambiti territoriali interessati, approva di norma entro il 31 dicembre di ciascun anno il Piano economico finanziario ed entro il 30 giugno dell'anno successivo il rendiconto dell'Ufficio Comune.

§3. In corrispondenza dei servizi resi dall'Ufficio Comune può essere stabilito dal Comitato dei Presidenti degli ambiti territoriali interessati, il versamento di quote a carico dei soggetti richiedenti l'autorizzazione o l'accreditamento a titolo di compartecipazione ai costi. (Soppresso il rif. "La determinazione del piano tariffario".

§4. Il Responsabile dell'Ufficio Comune riferisce annualmente al Comitato dei Presidenti degli ambiti territoriali interessati, con apposita relazione scritta, in merito al consuntivo dei costi effettivamente sostenuti dall'Ufficio Comune, (Soppresso rif. allegando la documentazione amministrativa)

Art. 11**(Dotazione di personale)**

§1. L'Ufficio Comune è dotato delle seguenti figure professionali:

N. 1 Responsabile/Direttore: in possesso di conoscenze di diritto amministrativo, pubblico e civile, della legislazione nazionale e regionale in materia di servizi sociali e sociosanitari, nonché della legislazione nazionale e regionale in materia di sicurezza e di autorizzazione al funzionamento. Esperienza: almeno triennale nella direzione di servizi sociali pubblici a livello locale. Titoli: laurea in discipline giuridiche, economiche o sociali (ed equipollenti)

Coordinatore amministrativo: in possesso di conoscenze di diritto amministrativo, pubblico e civile, della legislazione nazionale e regionale in materia di servizi sociali della legislazione nazionale e regionale in materia di sicurezza e di autorizzazione al funzionamento. Esperienza pluriennale in servizi amministrativi degli enti locali. Titoli: laurea in discipline giuridiche, economiche o sociali (ed equipollenti) oppure diploma di maturità con esperienza pluriennale nella P.A.

N.2/3 esperti/tecnicici: in possesso di conoscenza specifica della legislazione nazionale e regionale in materia di sicurezza dei luoghi di lavoro e di autorizzazione al funzionamento, della legislazione nazionale e regionale in materia di impiantistica ed edilizia. Esperienza: almeno quinquennale nelle materie indicate. Titoli: laurea in ingegneria, architettura, diploma di geometra, e altre specializzazioni eventualmente necessarie - iscrizione all'Albo Nazionale dei professionisti.

§2. Comma 2 soppresso

§3. Comma 3 soppresso

§4. Comma 4 soppresso.

Art. 12**(Beni e strutture)**

§1. La sede dell'Ufficio Comune è individuata presso il Comune di Desio. Il Comitato di cui all'art. 9 stabilisce un apposito fondo nel Piano economico-finanziario del primo anno di attività per dotare l'Ufficio degli arredi e attrezzature necessari per il suo migliore funzionamento. All'acquisto di tali arredi e attrezzature provvede il Comune di Desio mediante gli uffici ad esso preposti.

§2. Il Comune di Desio, presso cui l'Ufficio Comune è costituito, provvede a dotare l'ufficio delle risorse necessarie per il funzionamento ordinario.

Art. 13**(Recesso, scioglimento del vincolo convenzionale)**

§1. Ciascun ente aderente all'Ufficio Comune può recedere dalla presente convenzione mediante l'invio di comunicazione formale sottoscritta dal legale rappresentante, fatta pervenire al Presidente del Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci entro, sei mesi dal termine di ciascun esercizio finanziario.

§2. La presente convenzione può essere sciolta, previa deliberazione del Consiglio di rappresentanza dei Sindaci, nei seguenti casi:

modifica sostanziale del quadro normativo che comporti il venir meno dell'obbligo di esercitare le funzioni di autorizzazione al funzionamento e di accreditamento delle strutture socioassistenziali da parte dei comuni, recesso anticipato di comuni convenzionati che rappresentino almeno il 50% del territorio dell'ASLMI3; gravi e reiterate inadempienze dell'Ufficio Comune;

**CAPO IV
DISPOSIZIONI FINALI****Art. 14****(Disposizioni di rinvio)**

§1. Per quanto non previsto dalla presente convenzione, si fa rinvio alle norme del codice civile in quanto applicabili e alle specifiche normative vigenti nelle materie oggetto della convenzione.

§2. Eventuali modifiche o deroghe alla presente Convenzione possono essere apportate subordinatamente all'approvazione di apposita deliberazione dei Consigli Comunali degli enti contraenti.

Art. 15**(Esenzioni per bollo e registrazione)**

§1. Per tali adempimenti, si osserveranno le norme di cui al D.P.R. 26 ottobre 1972, n. 642, allegato B, articolo 16, e al D.P.R. 26 aprile 1986, n. 131.

Atto redatto dal, letto e sottoscritto dai contraenti e dagli stessi approvato per essere in tutto conforme alla loro volontà, atto che si compone di n. pagine, che viene firmato dalle parti.

Art. 16**(Norma transitoria finale)**

Si rende necessario un confronto generale tra i rappresentanti politici e tecnici degli ambiti territoriali al fine di disciplinare i seguenti aspetti:

i tempi di attivazione dell'Ufficio nelle more dell'approvazione da parte dei singoli comuni della presente convenzione e dell'approvazione del bilancio del comune di Desio

n.º minimo dei comuni aderenti per avviare l'ufficio

Concordare con Asl e Provincia il completamento delle istruttorie delle domande di autorizzazione presentate ai singoli comuni entro il 31.12.2006.

Sottoscrizione di tutti i partecipanti

.....

.....

3.1.4 Il regolamento di funzionamento degli organi del Piano di Zona

Il presente regolamento è in corso di revisione. E' già stata ipotizzata una bozza di regolamento per l'area consultazione e partecipazione relativa al terzo settore che viene allegata a seguito per conoscenza.

Approvato Assemblea dei Sindaci dell'11.5.2007

Premesso che l'art. 19 della legge 8.11.2000, n.328 (*d'ora in poi denominata legge*) prevede la definizione di un piano come segue:

1. I comuni associati, negli ambiti territoriali di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), della legge, a tutela dei diritti della popolazione, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, provvedono, nell'ambito delle risorse disponibili, ai sensi dell'articolo 4 della legge, per gli interventi sociali e socio-sanitari, secondo le indicazioni del piano regionale di cui all'articolo 18, comma 6 della legge, a definire il piano di zona, che individua:

- a) gli obiettivi strategici e le priorità di intervento nonché gli strumenti e i mezzi per la relativa realizzazione;
- b) le modalità organizzative dei servizi, le risorse finanziarie, strutturali e professionali, i requisiti di qualità in relazione alle disposizioni regionali adottate ai sensi dell'articolo 8, comma 3, lettera h), della legge;
- c) le forme di rilevazione dei dati nell'ambito del sistema informativo di cui all'articolo 21;
- d) le modalità per garantire l'integrazione tra servizi e prestazioni;
- e) le modalità per realizzare il coordinamento con gli organi periferici delle amministrazioni statali, con particolare riferimento all'amministrazione penitenziaria e della giustizia;
- f) le modalità per la collaborazione dei servizi territoriali con i soggetti operanti nell'ambito della solidarietà sociale a livello locale e con le altre risorse della comunità;
- g) le forme di concertazione con l'azienda unità sanitaria locale e con i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4, della legge.

2. Il piano di zona, di norma adottato attraverso accordo di programma, ai sensi dell'art. 30 del D.Lgs.18.8.2000, n.267, e successive modificazioni, è volto a:

- a) favorire la formazione di sistemi locali di intervento fondati su servizi e prestazioni complementari e flessibili, stimolando in particolare le risorse locali di solidarietà e di auto-aiuto, nonché a responsabilizzare i cittadini nella programmazione e nella verifica dei servizi;
- b) qualificare la spesa, attivando risorse, anche finanziarie, derivate dalle forme di concertazione di cui al comma 1, lettera g);
- c) definire criteri di ripartizione della spesa a carico di ciascun comune, delle aziende unità sanitarie locali e degli altri soggetti firmatari dell'accordo, prevedendo anche risorse vincolate per il raggiungimento di particolari obiettivi;
- d) prevedere iniziative di formazione e di aggiornamento degli operatori finalizzate a realizzare progetti di sviluppo dei servizi.

3. All'accordo di programma di cui al comma 2, per assicurare l'adeguato coordinamento delle risorse umane e finanziarie, partecipano i soggetti pubblici di cui al comma 1 nonché i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4, e all'articolo 10, della legge, che attraverso l'accreditamento o specifiche forme di concertazione concorrono, anche con proprie risorse, alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali previsto nel piano.

Si definisce il seguente:

REGOLAMENTO DEGLI ORGANI DISTRETTUALI PER LA PREDISPOSIZIONE E L'ATTUAZIONE DEI PIANI DI ZONA DEL DISTRETTO DI CARATE BRIANZA (MI)

TITOLO I - DISPOSIZIONI GENERALI

Art. 1 - Oggetto

1. Il presente regolamento detta le norme relative alla composizione, alle competenze, all'organizzazione ed al funzionamento degli organismi necessari alla predisposizione ed all'attuazione dei Piani di Zona del Distretto di Carate B.za (MI).
2. La premessa costituisce parte integrante del regolamento.

Art. 2 - Validità

1. Il presente regolamento ha validità per cinque anni e potrà essere successivamente riconfermato per esplicita decisione dell'Assemblea dei Sindaci dei Piani di Zona.

TITOLO II - ASSEMBLEA DEI SINDACI DEI PIANI DI ZONA

Art. 3- Composizione dell'Assemblea dei Sindaci dei Piani di Zona

1. L'Assemblea dei Sindaci dei Piani di Zona è composta dai Sindaci dei Comuni di Albiate – Besana in Brianza – Biassono – Briosco – Carate Brianza – Lissone – Macherio – Renate – Sovico – Triuggio – Vedano al Lambro – Veduggio con Colzano – Verano Brianza.
2. I Sindaci possono essere sostituiti da assessori o consiglieri comunali da loro delegati.

Art.4 - Funzionamento dell'Assemblea dei Sindaci dei Piani di Zona

1. L'Assemblea dei Sindaci dei Piani di Zona è validamente riunita quando è presente la metà più uno dei componenti.
2. Alle sedute dell'Assemblea dei Sindaci dei Piani di Zona partecipano, senza diritto di voto, in funzione di supporto tecnico, i membri dell'Ufficio di Piano.
3. L'Ufficio di Piano cura la verbalizzazione delle Assemblee e la preparazione della documentazione tecnica necessaria.
4. Alle sedute dell'Assemblea dei Sindaci dei Piani di Zona partecipano, altresì, su invito e senza diritto di voto, il Responsabile Generale dell'ASL 3 o suo delegato, il Responsabile e il Coordinatore sociale del Distretto socio sanitario di Carate B.za (MI).

Art. 5 - Presidenza dell'Assemblea dei Sindaci dei Piani di Zona

1. L'Assemblea dei Sindaci dei Piani di Zona è presieduta da un presidente eletto fra i propri componenti con voto palese a maggioranza assoluta degli stessi. Nel caso lo chiedano un terzo dei componenti si procede con voto segreto.
2. Con le stesse modalità viene eletto il Vice-presidente che sostituisce il Presidente in caso di assenza o impedimento.
3. Presidente e Vice-presidente rimangono in carica per la durata di cinque anni.
4. Qualora i componenti eletti Presidente e vice presidente cessino di ricoprire le funzioni che permettono loro di far parte dell'Assemblea dei Sindaci dei Piani di Zona, si procede a nuove elezioni.

Art. 6 - Competenza del Presidente

1. Al Presidente dell'Assemblea dei Sindaci dei Piani di Zona spettano le seguenti competenze:
 - a) rappresentare istituzionalmente l'intera Assemblea, tutelarne la dignità e le funzioni, curare i rapporti con il Consiglio di rappresentanza dei Sindaci, la Conferenza dei Sindaci e il Tavolo Interdistrettuale dei Piani di Zona afferenti l'Azienda Sanitaria Locale MI 3;
 - b) assicurare il buon andamento dei lavori e moderare la discussione degli argomenti, stabilire l'ordine delle votazioni, controllare e proclamare il risultato.

- c) convocare l'Assemblea dei Sindaci dei Piani di Zona di norma con cadenza mensile, o quando lo richiedano almeno quattro componenti;
- d) stabilire l'ordine del giorno dell'Assemblea congiuntamente al Sindaco del comune capofila o suo delegato, tenuto conto delle proposte dei singoli componenti, sentito l'Ufficio di Piano;
- e) assicurare ai rappresentanti delle amministrazioni comunali una adeguata e preventiva informazione sulle questioni sottoposte all'Assemblea dei Sindaci dei Piani di Zona;
- f) firmare le deliberazioni scaturenti dalle decisioni prese dall'Assemblea;

Art. 7 - Partecipazione alle sedute

1. Durante le sedute dell'Assemblea dei Sindaci dei Piani di Zona ciascun componente può farsi assistere, a propria discrezione, dal proprio dirigente, funzionario o tecnico, senza che quest'ultimo abbia diritto di voto.
2. Qualora gli argomenti all'ordine del giorno lo richiedano, è facoltà dell'Assemblea dei Sindaci dei Piani di Zona invitare, i rappresentanti del privato sociale, i tavoli d'area, il tavolo di sistema, i rappresentanti dell'ASL MI3 o delle Aziende Ospedaliere di Monza e Vimercate o comunque a qualsiasi consulente esterno venga ritenuto utile al fine dell'ottimale svolgimento dei lavori.
3. Le sedute dell'Assemblea dei Sindaci dei Piani di Zona sono riservate ai Sindaci o loro delegati qualora l'argomento da discutere riveste natura politica.

Art. 8 - Competenze dell'Assemblea dei Sindaci dei Piani di Zona

1. All'Assemblea dei Sindaci dei Piani di Zona sono attribuite le seguenti competenze:
- a) la definizione del Piano di Zona dei servizi e degli interventi sociali nell'ambito del Distretto socio-sanitario, da approvarsi tramite accordo di programma, ai sensi dell'art.19 della legge 328/00;
- b) la determinazione degli indirizzi da osservare nei rapporti con gli enti operanti nell'ambito sanitario e socio-sanitario (Asl, Azienda ospedaliera, ...);
- c) la determinazione delle linee guida delle politiche sociali in ordine ai servizi gestiti in forma associata ed agli interventi distrettuali;
- d) la proposta per l'istituzione di nuove unità di offerta in forma associata e delle loro modalità di gestione;
- e) la definizione delle convenzioni, dei regolamenti di funzionamento e dei piani tecnici dei servizi e degli interventi associati, da sottoporsi all'approvazione dei Consigli Comunali degli enti interessati, per quanto di competenza.
- f) la definizione di accordi di programma e convenzioni con i soggetti di cui all'art.1, comma 4, e art.6 della legge 328/00, per la realizzazione e lo sviluppo di un sistema integrato di servizi e prestazioni sociali, da sottoporsi all'approvazione dei Consigli Comunali degli enti interessati, per quanto di competenza.
- g) la definizione dei criteri di riparto delle risorse economiche distrettuali e degli oneri relativi ai servizi ed interventi socio assistenziali distrettuali;
- h) la nomina e la revoca motivata del proprio Presidente e del Vicepresidente;
- i) la nomina e la revoca del Cordinatore del Responsabile e dei componenti dell'Ufficio di Piano;
- j) la nomina e la revoca del comune capofila;
- k) la determinazione delle priorità e degli indirizzi di lavoro per i tavoli d'area;
- l) la verifica ed il controllo delle attività degli organismi costituiti nell'ambito del Piano di Zona.

Art. 9 - Forme di votazione

1. Ogni componente dell'Assemblea dei Sindaci dei Piani di Zona ha diritto ad un voto.
2. L'espressione di voto è normalmente palese e si effettua, di regola, per alzata di mano. Alla votazione palese per appello nominale si procede solo nel caso che essa sia espressamente richiesta da almeno un terzo dei componenti.
3. Le deliberazioni a mezzo delle quali l'Assemblea esercita una facoltà discrezionale che comporta l'apprezzamento e la valutazione di persone debbono essere adottate a scrutinio segreto.
4. Ogni proposta si intende approvata quando abbia ottenuto l'unanimità in prima votazione, la maggioranza dei due terzi degli aventi diritto in seconda votazione, la maggioranza assoluta dei votanti in seconda votazione.

5. La votazione non può validamente avere luogo se durante la stessa i componenti non siano presenti nel numero necessario per rendere legale l'adunanza.

TITOLO III - COMUNE CAPOFILA

Art. 10 - Individuazione e compiti del Comune capofila

1. Il Comune capofila del Distretto Socio Sanitario di Carate Brianza, per ciò che attiene la predisposizione e l'attuazione dei Piani di Zona, viene stabilito dall'Assemblea dei Sindaci dei Piani di Zona, per la durata di cinque anni rinnovabili.

2. I compiti del Comune capofila sono:

- a) curare il recapito dell'avviso di convocazione, completo di data, sede e ora dell'adunanza e indicazione dei temi in trattazione, almeno 5 giorni interi prima di quello stabilito per la riunione, corredata dalle proposte relative agli argomenti trattati;
- b) porsi come referente amministrativo nei confronti della Regione, della ASL Mi3 e degli organismi interdistrettuali relativamente agli atti attinenti il Piano di Zona del Distretto socio-sanitario di Carate Brianza;
- c) fornire il supporto logistico, strumentale, amministrativo, all'Ufficio di Piano ed ai vari organismi previsti dal presente regolamento;
- d) presiedere per il Distretto agli adempimenti connessi ai flussi economici legati ai fondi distrettuali ed in particolare al fondo nazionale per le politiche sociali (compilazione del debito informativo distrettuale – accertamento e gestione delle entrate e delle uscite in base alle indicazioni dell'Assemblea dei Sindaci dei Piani di Zona);
- e) promuovere e gestire la circolazione delle informazioni relative al processo legato ai Piani di Zona (trasmissione verbali, messa in rete degli atti e dei documenti necessari al processo);
- f) istituire e mantenere l'archivio relativo agli atti del Piano di Zona;
- g) garantire la trasparenza degli atti amministrativi.

Art. 11 - Il Sindaco del Comune Capofila

1. Il Sindaco del Comune capofila o l'Assessore delegato congiuntamente al Presidente dell'Assemblea dei Sindaci dei Piani di Zona rappresenta il Distretto nelle occasioni ufficiali, cura i rapporti con la Regione, l'ASL MI3, le Aziende Ospedaliere di Monza e Vimercate, i soggetti di cui all'art.1, comma 4, e all'art.6 della legge 328/00, relativamente alle politiche sociali distrettuali.

2. Sovrintende al funzionamento dell'apparato di supporto amministrativo all'Ufficio di Piano, agli organi di governo dei Piani di Zona, e ai tavoli in esso costituiti.

TITOLO IV - UFFICIO DI PIANO

Art. 12 - Composizione dell'Ufficio di Piano

1. L'Ufficio di Piano è composto da personale distaccato dai comuni del Distretto, e dipende funzionalmente dall'Assemblea dei Sindaci.

2. I membri dell'Ufficio di Piano, almeno in numero di quattro, sono scelti nominativamente tra i responsabili o i tecnici dei servizi sociali.

Art. 13 - Nomina del Coordinatore, del Responsabile e dei membri dell'Ufficio di Piano

1. L'Assemblea dei Sindaci dei Piani di Zona nomina i componenti dell'Ufficio di Piano, scegliendoli fra i nominativi proposti da ciascun Sindaco o Assessore/Consigliere delegato, che ne indica anche la disponibilità, in modo da garantire adeguata rappresentanza alle due macro zone del distretto ed alle diverse dimensioni demografiche dei tredici comuni.

2. L'Assemblea dei Sindaci dei Piani di Zona nomina il Coordinatore e il Responsabile di Servizio dell'Ufficio di Piano, scegliendolo all'interno dell'Ufficio di Piano tra i componenti che abbiano funzione di dirigente o di responsabile, sentito il parere dei Responsabili dei Servizi Sociali,

3. In caso di sostituzione del Coordinatore, del Responsabile o dei membri dell'ufficio di piano viene previsto un congruo periodo di affiancamento tra i membri uscenti e i nuovi per permettere un adeguato passaggio di consegne.

4. I membri dell'ufficio di piano rimangono in carica per cinque anni.

Art.14 - Competenze dell'Ufficio di Piano

1. All'Ufficio di Piano sono attribuite le seguenti competenze:

a) Supporto tecnico all'Assemblea dei Sindaci dei Piani di Zona:

- predisposizione proposta dell'Accordo di Programma e del Piano di Zona e successive integrazioni ed aggiornamenti;
- predisposizione materiale utile per gli argomenti da trattare;
- cura della verbalizzazione e della trasmissione delle informazioni sulle decisioni dell'assemblea dei sindaci;
- partecipazione al tavolo interdistrettuale, e agli altri tavoli tecnici costituiti in ambito ASL o provinciali;
- interfaccia per i rapporti tecnici distrettuali con ASL MI3 e altri enti o organismi, distrettuali, provinciali e regionali;

b) Coordinamento tavolo gestionale/tecnico, tavolo di sistema, tavoli d'area adulti, minori, handicap, anziani, sia istituzionali che allargati, gruppi tecnici dei servizi e dei progetti:

- convocazione dei tavoli, determinazione ordine del giorno degli incontri e predisposizione del materiale utile per gli argomenti da trattare;
- definizione di un referente per la cura della verbalizzazione degli incontri dei tavoli;
- trasmissione dei verbali dei tavoli;
- coordinamento del lavoro dei tavoli tra di loro e rispetto ai mandati ed alle priorità espresse dall'assemblea dei sindaci;
- coordinamento del lavoro dei gruppi tecnici dei servizi e dei progetti tra di loro e rispetto ai mandati ed alle priorità espresse dall'assemblea dei sindaci;

c) Formazione:

- cura della predisposizione di un piano formativo distrettuale per i tecnici, i responsabili dei servizi sociali, i politici e il privato sociale.

d) Segreteria:

- gestione archivio degli atti relativi al Piano di Zona;
- gestione rilevazioni statistiche e dati utili alla programmazione locale;
- supervisione alla compilazione del debito informativo regionale;
- cura della regolarità e tempestività dei flussi informativi.

e) Gestione budget unico distrettuale

- ripartizione delle risorse del Fondo Nazionale Politiche Sociali, del Fondo Sociale Regionale, o provenienti da altri enti pubblici o privati in conformità con le indicazioni normative in materia e secondo i criteri stabiliti dall'Assemblea dei Sindaci;

- assolvimento del debito informativo legato all'attuazione del Piano di Zona verso l'Azienda Sanitaria Locale e Regione Lombardia;

f) Gestione servizi e progetti distrettuali:

- predisposizione e presentazione di servizi e progetti a valenza sovracomunale secondo i criteri e le indicazioni definite dall'Assemblea dei Sindaci;
- coordinamento dei servizi e dei progetti sovracomunali;
- gestione dei servizi e dei progetti individuati dall'Assemblea dei Sindaci in applicazione di quanto previsto nel comma 4 dell'art.1.

g) Controllo:

- Monitoraggio della spesa sociale dei Comuni del Distretto al fine di verificare l'attuazione degli obiettivi di uniformità ed efficienza dei servizi socio-assistenziali nei tempi indicati dall'Assemblea dei Sindaci;

TITOLO V - ASSEMBLEA DEL PRIVATO SOCIALE E TAVOLO DI SISTEMA**Art. 15 - Composizione dell'Assemblea del privato sociale distrettuale**

1. L'Assemblea del privato sociale è aperta ai soggetti che nell'ambito del distretto operano nella programmazione, nella organizzazione e nella gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, ed in particolare:
 - a) organismi non lucrativi di utilità sociale;
 - b) organismi della cooperazione;
 - c) associazioni e enti di promozione sociale (associazioni riconosciute e non riconosciute, movimenti, gruppi e loro coordinamenti o federazioni costituite al fine di svolgere attività di utilità sociale);
 - d) fondazioni;
 - e) enti riconosciuti da confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese, operanti nel settore.
 - f) enti di patronato;
 - g) organizzazioni di volontariato (iscritte e non iscritte nel registro generale regionale).
2. L'Assemblea del privato sociale distrettuale è convocata in caso di necessità e comunque almeno una volta l'anno.

Art.16 - Prerogative dei partecipanti all'Assemblea del privato sociale distrettuale

1. I componenti dell'Assemblea del privato sociale hanno titolo per partecipare al lavoro dei Tavoli d'area allargati per quanto di loro competenza.
2. I partecipanti all'Assemblea del privato sociale hanno titolo per aderire all'Accordo di Programma per l'attuazione del Piano di Zona per quanto riguarda gli obiettivi di propria competenza.
3. Tra i firmatari dell'Accordo di Programma e gli aderenti all'accordo di programma viene costituita una partnership per il raggiungimento degli obiettivi del Piano di Zona.

Art. 17 – Composizione del tavolo di sistema

1. Il Tavolo di sistema è composto dai membri dell'Ufficio di Piano, dai rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, e dai rappresentanti dell'assemblea del privato sociale eletti nel numero e con le modalità di cui ai commi successivi.
2. Il Tavolo di sistema è presieduto di norma dal Responsabile dell'Ufficio di Piano che ne cura le convocazioni.
3. L'Assemblea del Privato Sociale elegge i propri rappresentanti nel numero di 7 e così ripartiti:
 - n. 2 rappresentanti scelti tra le organizzazioni di volontariato;
 - n. 2 rappresentanti scelti tra gli organismi della cooperazione;
 - n. 3 rappresentanti scelti tra associazioni ed enti di promozione sociale, le fondazioni, enti riconosciuti dalle confessioni religiose, enti di patronato.
4. Nell'esprimere le proprie rappresentanze l'Assemblea ha cura di salvaguardare la presenza di organismi che operino in tutte le aree di intervento socio assistenziale (minori – adulti – anziani – disabili).
5. In caso di mancanza di candidature relative a una delle categorie di ripartizione di cui al comma 3 è facoltà dell'Assemblea del privato sociale assegnare le stesse candidature ad altra categoria. Tale decisione viene presa a maggioranza dei partecipanti e tramite votazione palese.
6. I rappresentanti dell'Assemblea del privato sociale eletti al Tavolo di Sistema rimangono in carica per 2 anni.
7. I Sindaci, gli Assessore e i Consiglieri Comunali dei comuni del Distretto di Carate Brianza non possono essere eletti rappresentanti dell'Assemblea del privato sociale.

Art. 18 - Competenze del Tavolo di Sistema

1. Al Tavolo di sistema sono attribuite le seguenti competenze:

- garantire l'uniformità delle modalità di lavoro dei gruppi d'area al fine di uniformare le modalità di lavoro degli stessi;
 - esprimere pareri e proposte, valevoli per la concertazione col privato sociale, relativamente agli atti di programmazione e organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali del distretto;
 - trattazione di tematiche trasversali ai vari gruppi d'area (accesso ai servizi, ricognizione e considerazioni su flussi economici).
 - rappresentanza verso l'Assemblea dei Sindaci dei Piani di Zona delle istanze provenienti dal privato sociale nell'ambito del distretto di Carate Brianza;
 - cura della regolarità e tempestività dei flussi informativi ai membri dell'assemblea del privato sociale.
2. Il Tavolo di Sistema si riunisce di norma almeno sei volte l'anno.

TITOLO VI - TAVOLO GETIONALE / TECNICO

Art. 19 - Composizione del tavolo Gestionale/Tecnico

1. Il Tavolo Gestionale/Tecnico è composto dai Responsabili e dai Tecnici dei Servizi Sociali dei tredici Comuni del Distretto di Carate Brianza.
2. Il Tavolo Gestionale/Tecnico è presieduto di norma dal Coordinatore dell'Ufficio di Piano o dal Responsabile di servizio dell'Ufficio di Piano che ne curano la convocazione, l'ordine del giorno e la verbalizzazione delle riunioni.

Art. 20 - Competenze del Tavolo Gestionale/Tecnico

1. Ai Tavoli Gestionale/Tecnico sono attribuite le seguenti competenze:
 - espressione del parere tecnico-amministrativo e predisposizione delle proposte degli atti attinenti i Piani di Zona e la programmazione zonale;
 - cura della rispondenza della programmazione distrettuale con quella dei singoli comuni e viceversa;
 - predisposizione degli atti relativi ai vari "debiti informativi" nel rispetto dei tempi stabiliti dall'Ufficio di Piano.
 - esprimere parere tecnico sui vari atti e sulle varie scelte attinenti il processo;
 - coordinamento tra gli operatori assistenti sociali di tutto il distretto;
 - raccordo tecnico tra i tavoli d'area istituzionali;
 - progettazione di interventi non afferenti alle competenze dei tavoli d'area

TITOLO VII - TAVOLI D'AREA

Art. 21 - Numero e composizione dei tavoli d'area

1. All'interno del Distretto di Carate Brianza sono individuati i seguenti Tavoli d'area:
 - Tavolo area adulti;
 - Tavolo area anziani;
 - Tavolo area disabilità;
 - Tavolo area minori.
2. I Tavoli d'area sono composti nella loro forma istituzionale dagli assistenti sociali delegati dei tredici comuni del Distretto di Carate Brianza coordinati ciascuno da un membro dell'ufficio di piano.
3. I Tavoli d'area nella loro forma allargata sono composti dai membri dei tavoli d'area istituzionali integrati dai referenti del privato sociale e dell'ASL MI 3 afferenti a quell'area.
4. L'Assemblea dei Sindaci può decidere una diversa ripartizione delle competenze dei tavoli d'area.

Art. 22 - Competenze dei tavoli d'area

1. Ai Tavoli d'area in forma istituzionale sono attribuite le seguenti funzioni:
 - predisposizione proposte di progetti, regolamenti, servizi e interventi distrettuali relativi all'area di competenza;
2. Ai Tavoli d'area in forma allargata sono attribuite le seguenti funzioni:
 - raccolta e periodico aggiornamento dei bisogni territoriali attinenti all'area oggetto di analisi;

- raccolta e periodico aggiornamento delle risorse territoriali attinenti all'area oggetto di analisi;
 - proposta di progetti di interventi distrettuali relativi all'area di competenza;
 - espressione di parere circa atti e progetti attinenti all'area su richiesta dell'assemblea dei sindaci.
3. I Tavoli d'area presentano, almeno due volte l'anno, una relazione sulla propria attività all'Assemblea dei Sindaci.

**Regolamento degli organismi di consultazione dei soggetti del Terzo Settore
dell'Ambito di Carate Brianza
in attuazione della D.G.R. 7797 del 30/07/2008
approvato dall'Assemblea dei Sindaci del ...**

Il presente regolamento sostituisce il precedente "Regolamento dell'Assemblea distrettuale del III settore"
approvato il 16/9/2004.

Art.1 Composizione dell'Assemblea distrettuale del III settore

1. L'Assemblea del III settore è aperta ai soggetti che hanno sede o operino nell'ambito del Distretto di Carate Brianza nella programmazione, nella organizzazione e nella gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, ed in particolare:

- cooperative sociali
- consorzi di cooperative
- organismi della cooperazione
- fondazioni
- associazioni di promozione sociale
- associazioni familiari
- enti di patronato
- enti riconosciuti dalle confessioni religiose
- organizzazioni di volontariato
- altri soggetti sociali senza scopo di lucro

2. L'ammissione all'Assemblea del Terzo Settore prevede l'esplicita manifestazione di volontà da parte dell'ente del Terzo Settore. In particolare, l'organizzazione interessata a partecipare all'Assemblea deve inoltrare una richiesta diretta all'Ufficio di Piano, formulata come risulta dal modulo allegato A debitamente compilato, a firma del legale rappresentante. Nella stessa deve essere specificata la designazione del componente effettivo partecipante ai lavori del Tavolo nonché di quello supplente in caso di assenza o impedimento.

3. I componenti dell'Assemblea decadono di diritto qualora non partecipino a tre sedute consecutive dell'Assemblea, senza giustificato motivo. Tutti i componenti dell'Assemblea possono dimettersi in qualsiasi momento. Il Tavolo prende atto della relativa dichiarazione di dimissione nella prima seduta successiva.

4. L'Ufficio di Piano svolge funzioni di segreteria organizzativa dell'Assemblea del III Settore, in particolare gestisce il processo di adesione (all'Assemblea e ai Tavoli d'area), l'elenco degli aderenti e il processo di elezione dei rappresentanti al Tavolo di Consultazione, le convocazioni.

Art. 2 Funzioni dell'Assemblea del Terzo Settore e prerogative dei componenti

1. L'Assemblea è organo di raccordo e coordinamento tra tutte le realtà del III settore impegnate all'interno del Piano di Zona.
2. L'Assemblea elegge i rappresentanti al Tavolo di Consultazione.
3. I partecipanti all'Assemblea hanno titolo per aderire all'Accordo di Programma per l'attuazione del Piano di Zona.
4. I partecipanti all'Assemblea hanno diritto a partecipare ai Tavoli d'area allargati per quanto di loro competenza, previa iscrizione.

Art. 3 Convocazione dell'Assemblea del Terzo Settore

1. L'Assemblea del III settore è convocata almeno una volta l'anno.
2. La convocazione è a cura dell'Ufficio di Piano su richiesta dei componenti eletti del Tavolo di Consultazione di cui all'art. 4 del presente Regolamento o di almeno 1/3 dei componenti dell'Assemblea, ad eccezione della prima convocazione finalizzata all'elezione dei componenti del Tavolo di consultazione.

Art. 4 Costituzione del Tavolo di Consultazione dei soggetti del Terzo Settore

1. Ai sensi della D.G.R. 7797 del 30 luglio 2008 “Rete dei servizi alla persona in ambito sociale socio-sanitario. Istituzione del Tavolo di consultazione dei soggetti del Terzo Settore (art. 11, C, lett. M), L. R. 3/2008”, è istituito il Tavolo di Consultazione dei soggetti del Terzo Settore dell’Ambito di Carate Brianza quale strumento di consultazione e di promozione della partecipazione dei soggetti del terzo settore nell’ambito delle problematiche inerenti la rete delle unità di offerta sociale.

Art. 5 Composizione del Tavolo di consultazione dei soggetti del Terzo Settore

1. Al Tavolo di consultazione dei soggetti del Terzo settore del Distretto di Carate Brianza partecipano:

- a) 7 soggetti del terzo settore che abbiano sede oppure operino nell’ambito distrettuale di Carate Brianza eletti dall’Assemblea del Terzo Settore in conformità alla norma dell’art. 6 del presente Regolamento;
- b) il Presidente dell’Assemblea dei Sindaci (che svolge le funzioni di presidente) o un suo delegato;
- c) i responsabili dei Servizi Sociali dei 13 Comuni dell’Ambito di Carate Brianza;
- d) il Direttore Sociale dell’Asl Monza e Brianza;
- e) il Direttore del Distretto Socio-Sanitario di Carate Brianza.

2. Il Presidente, anche su proposta dei componenti del Tavolo, ha la facoltà di invitare occasionalmente altri soggetti, non appartenenti al Tavolo, in qualità di esperti o rappresentanti sindacali.

3. I Sindaci, gli Assessori e i Consiglieri Comunali dei Comuni dell’Ambito di Carate Brianza non possono partecipare al Tavolo di consultazione in rappresentanza di un soggetto del Terzo Settore.

4. I rappresentanti del Terzo Settore eletti al Tavolo di consultazione durano in carica per tutto il periodo di validità dell’accordo di programma che approva il Piano di Zona.

Art. 6 Elezione dei rappresentanti del Terzo Settore

1. Hanno diritto di candidarsi per l’elezione al Tavolo di consultazione tutti gli enti componenti dell’Assemblea del Terzo Settore.

2. Le candidature sono espresse su base volontaria. E’ necessaria l’esplicita manifestazione di volontà da parte degli organismi. In particolare, l’organizzazione interessata deve inoltrare all’Ufficio di Piano una richiesta diretta, formulata come risulta dal modulo allegato B debitamente compilato, a firma del legale rappresentante. Nella stessa deve essere specificata la designazione del componente effettivo partecipante ai lavori del Tavolo in caso di elezione dell’ente nonché di quello supplente in caso di assenza o impedimento.

3. Gli enti rappresentanti del Terzo Settore vengono eletti dall’Assemblea del Terzo Settore del Distretto di Carate Brianza, convocata allo scopo dall’Ufficio di Piano.

3. L’Assemblea del Terzo Settore elegge i propri rappresentanti al Tavolo di consultazione nel numero di 7, così ripartiti:

- n. 2 enti scelti tra le organizzazioni di volontariato e le associazioni;
- n. 2 enti scelti tra gli organismi della cooperazione sociale;
- n. 3 enti scelti tra le fondazioni, gli enti riconosciuti dalle confessioni religiose, gli enti di patronato, altri soggetti sociali senza scopo di lucro.

3. Ogni ente dell’Assemblea del Terzo Settore può esprimere due preferenze per la propria categoria di appartenenza.

Sono eletti gli enti che, a fronte della loro volontaria candidatura, ricevono un maggior numero di preferenze.

In caso di ugual numero di preferenze, sono eletti gli enti che hanno ottenuto un maggior numero di prime preferenze.

Qualora si verifichi la condizione di assoluta parità tra due candidati della stessa categoria di appartenenza, si procede al ballottaggio il cui criterio elettivo è la maggioranza assoluta.

4. Gli enti eletti al Tavolo di consultazione durano in carica per tutto il periodo di validità dell'accordo di programma che approva il Piano di Zona.

5. In caso di mancanza di candidature relative a una delle categorie di ripartizione di cui al comma 1 è facoltà dell'Assemblea del Terzo Settore assegnare le stesse candidature ad altro settore. Tale decisione viene presa a maggioranza dei partecipanti e tramite votazione palese.

Art. 7 Funzioni e compiti del Tavolo di consultazione dei soggetti del Terzo Settore

1. Il tavolo di consultazione, in attuazione della L. R. 3/2008, ha come principale obiettivo la promozione della partecipazione dei soggetti del terzo settore:

- nella programmazione, progettazione e realizzazione della rete locale delle unità di offerta sociali;
- nella individuazione dei nuovi modelli gestionali e sperimentali nell'ambito della rete sociale;
- nell'esercitare il proprio ruolo, conformemente all'articolo 3 dello Statuto regionale, di tutela, interpretazione e espressione sia dei bisogni sociali che delle risorse locali.
- nella definizione dei requisiti di accreditamento delle unità di offerta sociali;
- nella definizione dei livelli ulteriori di assistenza rispetto a quelli definiti dalla Regione;
- nella determinazione dei parametri di accesso prioritario alle prestazioni sociali;
- nell'organizzazione dell'attività di segretariato sociale;
- nel promuovere e divulgare l'istituto dell'amministrazione di sostegno in stretto accordo con l'ufficio competente della Asl del distretto di riferimento.

2. Cura le convocazioni dell'Assemblea del Terzo Settore.

Art. 8 Articolazione del Tavolo di consultazione

1. Il Tavolo di consultazione si riunisce in caso di necessità e comunque almeno 2 volte all'anno.

Art. 9 Decadenza e dimissione di un componente del Tavolo di consultazione

1. I componenti del Tavolo di consultazione eletti secondo le modalità dell'art. 6 decadono di diritto qualora non partecipino a tre sedute consecutive del Tavolo, senza giustificato motivo. I componenti decaduti vengono sostituiti con i primi non eletti della stessa categoria di soggetti del Terzo Settore.

2. Tutti i componenti del Tavolo di Consultazione possono dimettersi in qualsiasi momento. Il Tavolo prende atto della relativa dichiarazione di dimissione nella prima seduta successiva e provvede a nominare il primo degli enti non eletti appartenenti alla medesima categoria di soggetto del Terzo Settore.

Art. 10 Prerogative dei componenti del Tavolo di consultazione

1. I componenti eletti del Tavolo hanno diritto di partecipare al Tavolo di Sistema.

Art. 11 Segreteria del Tavolo di consultazione

1. L'Ufficio di Piano dell'Ambito di Carate Brianza assicura la funzione di segreteria organizzativa del Tavolo di consultazione, esercitando le seguenti attività:

- definisce un calendario di massima delle sessioni plenarie, individuando data e ordine del giorno che sottopone alla condivisione del Tavolo;
- invia ai componenti il Tavolo l'avviso di convocazione, anche per via telematica o informatica, di norma almeno 10 giorni prima dalla data stabilita per la riunione, salvo urgenza;
- raccoglie e assicura la diffusione, tra i partecipanti, dei materiali istruttori relativi ai relativi argomenti posti all'ordine del giorno;

- stende un verbale degli incontri che trasmette ai componenti del Tavolo di consultazione;
- cura l'effettivo collegamento nei lavori e coordinamento nei contenuti fra il Tavolo di consultazione dei soggetti del terzo settore e gli appositi tavoli tematici e il Tavolo di Sistema;
- inserisce nell'ordine del giorno anche proposte provenienti dai membri del Tavolo;
- promuove la comunicazione e il coordinamento con il Tavolo di consultazione del terzo settore della Asl Monza e Brianza, anche inviando i verbali delle riunioni.

Art. 12 Funzioni del Presidente del Tavolo di consultazione

1. La funzione di Presidente è svolta dal Presidente dell'Assemblea dei Sindaci del Distretto di Carate Brianza o un suo delegato.
2. Compete al Presidente convocare il Tavolo di consultazione, predisporre l'ordine del giorno e gestire i lavori e, nell'esercizio di queste funzioni, è coadiuvato dalla Segreteria di cui all'art. 8.

Art. 13 Modifiche al regolamento

1. Le modifiche al presente regolamento potranno essere richieste dalla maggioranza assoluta (50% + 1) dei componenti del Tavolo di consultazione oppure dai 2/3 dell'Assemblea del Terzo Settore.
2. Il Tavolo o l'Assemblea a maggioranza dei 2/3 (due terzi) dei componenti approva le modifiche al Regolamento da proporre all'Assemblea dei Sindaci al fine dell'adozione dell'atto deliberativo.

3.1.5 La convenzione istitutiva dell'Ufficio di Piano Unico e delle gestioni associate

La seguente convenzione, attualmente in vigore cesserà i suoi effetti al momento della costituzione dell'Azienda speciale consortile.

CONVENZIONE PER LA GESTIONE ASSOCIAТА DEI SERVIZI E DEI PROGETTI DALL'AMBITO DISTRETTUALE DI CARATE BRIANZA

(Approvata dall'Assemblea dei Sindaci dell'11.5.07 – ratifica 13.7.07)

tra le Amministrazioni Comunali di Albiate, Besana in Brianza, Biassono, Briosco, Carate Brianza, Lissone, Macherio, Renate, Sovico, Triuggio, Vedano al Lambro, Veduggio con Colzano, Verano Brianza.

per la gestione in forma associata dei servizi e degli interventi finalizzati :

- alla promozione dei diritti e delle opportunità a favore dell'infanzia e dell'adolescenza (legge 28 agosto 1997, n.285);
- alla prevenzione di comportamenti di abuso, dipendenza ed uso di sostanze, sia illegali che legali (d.p.r. 9 ottobre 1990, n.309 – legge 45/99);
- alla promozione dell'integrazione degli stranieri che vivono e lavorano nel nostro paese (D.Lgs 25 luglio 1998, n.286 – legge 40/98);
- alla realizzazione di azioni di prevenzione del disagio minorile in ambito scolastico;
- all'attuazione di diritti di assistenza, di integrazione scolastica, di inserimento lavorativo e di inclusione sociale delle persone con handicap grave (legge 104/92, legge 162/98, art.81 legge 388/00, legge regionale 23/99), anche mediante la gestione di strutture socio assistenziali;
- a sostenere persone in situazione di povertà estrema e senza fissa dimora (art.28, legge 328/2000);
- all'attuazione del Piano di Zona mediante la costituzione di un ufficio comune denominato “Ufficio di Piano”

PREMESSO

- ✓ che le politiche sociali persegono obiettivi di ben-essere sociale attraverso la realizzazione di un Sistema integrato di interventi e servizi che garantisca qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza;
- ✓ che l'art. 6 della legge 8 novembre 2000 n. 328 “Legge quadro dei servizi sociali” stabilisce che i Comuni sono titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale, adottando sul piano territoriale gli assetti più funzionali alla gestione, alla spesa ed al rapporto con i cittadini, secondo le modalità stabilite dal D.Lgs. 18 agosto 2000, n.267 (Testo Unico delle leggi sull'ordinamento degli Enti Locali);
- ✓ che l'art. 8, comma 3 lettera a) della legge 8 novembre 2000 n.328, “Legge quadro dei servizi sociali” prevede e auspica che i comuni si associno in ambiti territoriali adeguati per la gestione unitaria del Sistema locale dei servizi sociali a rete;
- ✓ che il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003, approvato con D.P.R. 3 maggio 2001, promuove l'adozione di modelli organizzativi e di gestione che consentono un'ottimale utilizzo delle risorse e lo sviluppo di servizi e prestazioni orientati alla soddisfazione dell'utenza;

- ✓ che la D.G.R. n.VII/7069 del 23.11.2001 ha individuato i distretti socio sanitari, istituiti secondo l'art. 9 della Legge Regionale n.31 del 1997 quali ambiti territoriali previsti dalla Legge;
- ✓ che il Piano socio sanitario regionale 2007-2009, in esecuzione della L.R.31/97, riconferma la trasformazione delle Aziende Sanitarie Locali in enti di Programmazione, Accreditamento e Controllo (PAC), mediante la progressiva dismissione della gestione diretta dei servizi;

CONSIDERATO

- ✓ che tra i comuni di Albiate, Besana in Brianza, Biassono, Briosco, Carate Brianza, Lissone, Macherio, Renate, Sovico, Triuggio, Vedano al Lambro, Veduggio con Colzano, Verano Brianza nel maggio 2004, veniva approvata la convenzione per la gestione in forma associata, per il triennio 2004/2007, dei servizi e interventi:
 - a) per la promozione di diritti e di opportunità a favore dell'infanzia e dell'adolescenza (legge 28 agosto 1997, n.285);
 - b) per la prevenzione di comportamenti di abuso, dipendenza ed uso di sostanze, sia illegali che legali (d.p.r. 9 ottobre 1990, n.309 – legge 45/99);
 - c) per promuovere l'integrazione degli stranieri che vivono e lavorano nel nostro paese (D.Lgs 25 luglio 1998, n.286 – legge 40/98);
 - d) per azioni di prevenzione del disagio minorile in ambito scolastico.
 - e) per misure di sostegno a favore delle persone con handicap grave (legge 162/98, art.81 legge 388/00, legge regionale 23/99);
 - f) a favore di persone in situazione di povertà estrema e senza fissa dimora (art.28, legge 328/2000);
- ✓ che l'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito distrettuale ha valutato positivamente i risultati ottenuti dalla gestione associata realizzata nel periodo di validità della convenzione stipulata nel maggio 2004 per il periodo 2004-2007;
- ✓ che il Piano di Zona 2006-2008 approvato dall'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito distrettuale il 7 aprile 2006, riconosce la necessità di conseguire un più elevato livello di integrazione organizzativa fra i comuni dell'ambito distrettuale nell'erogazione dei servizi sociali;
- ✓ che l'art. 30 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n.267, permette ai comuni di stipulare tra loro apposite convenzioni al fine di svolgere in modo coordinato funzioni e servizi determinati;
- ✓ che l'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito distrettuale nella seduta del 16 febbraio 2007 ha approvato il progetto di riorganizzazione dell'Ufficio di Piano, nel quale vengono indicati composizione, ruoli e impegno finanziario;

SI STIPULA E SI CONVIENE QUANTO SEGUE

TITOLO I - FINALITA' E DURATA

Art. 1 - Oggetto

1. La premessa costituisce parte integrante della presente convenzione.
2. La presente convenzione ha come oggetto la gestione in forma associata tra i Comuni di Albiate, Besana in Brianza, Biassono, Briosco, Carate Brianza, Lissone, Macherio, Renate, Sovico, Triuggio, Vedano al Lambro, Veduggio con Colzano, Verano Brianza, dei servizi e degli interventi finalizzati :
 - a) alla promozione dei diritti e delle opportunità a favore dell'infanzia e dell'adolescenza (legge 28 agosto 1997, n.285);
 - b) alla prevenzione di comportamenti di abuso, dipendenza ed uso di sostanze, sia illegali che legali (d.p.r. 9 ottobre 1990, n.309 – legge 45/99);

- c) alla promozione dell'integrazione degli stranieri che vivono e lavorano nel nostro paese (D.Lgs 25 luglio 1998, n.286 – legge 40/98);
 - d) alla realizzazione di azioni di prevenzione del disagio minorile in ambito scolastico;
 - e) all'attuazione di diritti di assistenza, di integrazione scolastica, di inserimento lavorativa e di inclusione sociale delle persone con handicap grave (legge 104/92, legge 162/98, art.81 legge 388/00, legge regionale 23/99), anche mediante la gestione di strutture socio assistenziali;
 - f) a sostenere persone in situazione di povertà estrema e senza fissa dimora (art.28, legge 328/2000);
 - g) all'attuazione del Piano di Zona mediante la costituzione di un ufficio comune denominato "Ufficio di Piano".
3. In esecuzione di quanto disposto nel comma precedente rientrano nella gestione associata, nel rispetto dei piani annualmente approvati dall'Assemblea dei Sindaci i seguenti servizi e progetti:
- a) "Spazio Neutro" – servizio per l'incontro protetto tra genitori e figli in situazioni di tutela o con provvedimento dell'Autorità Giudiziaria. La responsabilità della gestione è attualmente affidata al Comune di Albiate.
 - b) "Ancora genitori" – servizio di consulenza, accompagnamento e supporto delle competenze genitoriali nelle situazioni di separazione conflittuale. La responsabilità della gestione è attualmente affidata al Comune di Verano Brianza.
 - c) "Noi genitori" – interventi formativi, informativi e spazi di consulenza finalizzati al sostegno della genitorialità. La responsabilità della gestione è attualmente affidata al Comune di Carate Brianza.
 - d) Interventi per la prevenzione di comportamenti di abuso, dipendenza ed uso di sostanze, sia illegali che legali. La responsabilità della gestione è attualmente affidata al Comune di Biassono.
 - e) "Riconoscere le differenze per arricchirsi" – servizio per l'integrazione sociale e scolastica dei minori stranieri. La responsabilità della gestione è attualmente affidata al Comune di Veduggio.
 - f) "Centro Servizi Immigrati Stranieri (CESIS)" – servizio informativo rivolto agli stranieri. La responsabilità della gestione è attualmente affidata al Comune di Carate Brianza.
 - g) "Progetto affidi Teepee" – servizio di promozione e gestione dell'affido familiare. La responsabilità della gestione è attualmente affidata al Comune di Albiate.
 - h) "Progetto Camelot" – azione di prevenzione del disagio minorile in abito scolastico. La responsabilità della gestione è attualmente affidata al Comune di Briosco.
 - i) "Ufficio di Piano" per l'attuazione del Piano di Zona. La responsabilità della gestione è affidata al Comune di Besana in Brianza.
4. Il trasferimento della responsabilità della gestione dei servizi e dei progetti indicati nel comma precedente in capo all'Ufficio di Piano viene disposta dall'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito, la quale ne determina i tempi e le modalità. I Comuni sottoscrittori assumono la decisione come propria mediante apposito atto.

Art. 2 - Durata

1. La presente convenzione è valida a decorrere dal 1° luglio 2007 fino al 31 maggio 2009, salvo modifiche delle leggi in materia di servizi sociali.
2. Entro tre mesi antecedenti la scadenza della presente convenzione, gli enti aderenti all'accordo possono procedere al rinnovo per ulteriori tre anni previa adozione di apposito atto.
3. È preclusa la facoltà di recesso per l'intera durata del presente accordo.
4. Qualora l'Assemblea dei Sindaci approvi la costituzione di altri organismi di gestione diversi da quelli previsti dalla presente convenzione, i Comuni aderenti regoleranno i rapporti pendenti attraverso specifici atti convenzionali.

TITOLO II - ORGANIZZAZIONE

Art. 3 - Responsabilità

1. Assume il ruolo di ente capofila il Comune di Besana in Brianza garantendo le attività di coordinamento necessarie all'attuazione di quanto disposto nella presente convenzione. In particolare cura i rapporti

amministrativi e finanziari con la ASL MI3 e la Provincia di Milano per quanto concerne il trasferimento delle risorse nazionali, regionali e provinciali.

2. Fino a quando la gestione dei servizi o dei progetti non sarà trasferita all'Ufficio di Piano i comuni responsabili della gestione dei servizi e dei progetti:
 - nominano un coordinatore del servizio o del progetto
 - garantiscono lo svolgimento delle attività loro affidate assumendo gli atti necessari all'organizzazione e al funzionamento di ciascun servizio o progetto.
3. Gli enti sottoscrittori garantiscono la copertura finanziaria dei piani operativi di ogni singolo servizio o progetto tramite i piani economici approvati annualmente dall'Assemblea dei Sindaci, con le modalità di cui ai successivi articoli.

Art. 4 - Organizzazione dei servizi e degli interventi

1. L'organizzazione, le regole di funzionamento e le figure professionali necessarie alla gestione dei servizi e dei progetti sono stabiliti nel documento di programmazione annuale, elaborato dal Coordinatore del Servizio, condiviso dal Tavolo Gestionale/Tecnico e approvato dall'Assemblea dei Sindaci dei Comuni.
2. Fermo restando la titolarità dei rapporti individuali di lavoro, nonché i vincoli propri delle singole amministrazioni di appartenenza, i comuni sottoscrittori assicurano la disponibilità alla collaborazione del proprio personale per il buon esito dei servizi e dei progetti di cui sopra, secondo quanto previsto dai piani operativi approvati dall'Assemblea dei Sindaci.

Art. 5 - Il Tavolo Gestionale/Tecnico e il Gruppo tecnico

1. Nell'ambito della gestione associata di cui alla presente convenzione, il Tavolo Gestionale/Tecnico è formato dai Responsabili e dai Tecnici dei Servizi Sociali dei Comuni sottoscrittori, dal Coordinatore del servizio o del progetto, dal Coordinatore dell'Ufficio di Piano e dal Responsabile di Servizio dell'UDP. È convocato dal Responsabile di Servizio dell'Ufficio di Piano.
2. Funzioni del Tavolo Gestionale/Tecnico sono l'elaborazione e la presentazione all'Assemblea dei Sindaci, su proposta del Coordinatore in accordo con il Gruppo Tecnico del Servizio e del Progetto:
 - del piani annuali operativi e della relativa previsione di spesa,
 - della relazione sull'attività svolta nell'anno precedente e del relativo rendiconto.
3. Il Gruppo Tecnico è formato dal Responsabile di Servizio dell'Ufficio di Piano, dal Coordinatore del servizio e del progetto e da almeno due tecnici scelti dall'Assemblea dei Sindaci tra i tecnici dei comuni sottoscrittori.
4. Oltre a quanto stabilito nel precedente punto 2, al Gruppo Tecnico sono affidate le funzioni di verifica periodica sull'andamento del servizio o del progetto.

TITOLO III - PIANIFICAZIONE OPERATIVA E RENDICONTI ANNUALI

Art. 6 - Pianificazione operativa e previsione di spesa

1. La proposta di piano operativo annuale e della relativa previsione di spesa, sono presentati entro il 15 settembre al Tavolo Gestionale/Tecnico da parte del Coordinatore del servizio e del progetto, in accordo con il Gruppo Tecnico.
2. La proposta rielaborata dal Tavolo Gestionale/Tecnico viene presentata all'Assemblea dei Sindaci che approva il documento definitivo entro il 30 settembre. Le Amministrazioni Comunali, se tenute, valutano la possibilità di iscrivere le somme approvate nei propri documenti di programmazione economico finanziaria nell'ambito della complessiva manovra di bilancio annualmente predisposta.
3. I costi relativi al singolo servizio o progetto sono ripartiti fra le Amministrazioni Comunali in modo proporzionale al numero degli abitanti o secondo diversa modalità stabilita dall'Assemblea dei Sindaci, al netto di eventuali entrate derivanti da risorse dei fondi nazionali, regionali o provinciali, o dai contributi e tariffe provenienti da altri Enti che ne utilizzano le prestazioni.

4. L'erogazione del Servizio a favore di Comuni esterni all'ambito distrettuale sarà stabilita a fronte di quote che, approvate dalla Assemblea dei Sindaci, saranno sottoposte ai comuni convenzionati per l'approvazione.
5. I comuni, se tenuti, pagano la quota prevista al comune capofila della presente convenzione, secondo le seguenti scadenze: l' 80% dell'importo a preventivo entro il 30 aprile dell'anno di riferimento, il saldo a consuntivo entro il 31 maggio dell'anno successivo, previa approvazione da parte dell'Assemblea dei Sindaci della relazione sull'attività svolta nell'anno precedente e del relativo rendiconto.

Art. 7 - Relazione sull'attività svolta e relativo consuntivo di spesa

1. La proposta di relazione sull'attività svolta nell'anno precedente e del relativo consuntivo di spesa sono presentati entro il 31 marzo al Tavolo Gestionale/Tecnico da parte del Coordinatore del servizio o del progetto, in accordo con il Gruppo Tecnico del Servizio e del Progetto.
2. La proposta rielaborata dal Tavolo Gestionale/Tecnico viene presentata all'Assemblea dei Sindaci che approva il documento definitivo entro il 30 aprile.

Art. 8 - Variazione dei piani operativi e dei relativi preventivi di spesa

1. Il Coordinatore di ciascun servizio o progetto, in accordo con il Gruppo Gestionale/Tecnico, qualora valuti necessario intervenire sui piani operativi annuali e sulle relative previsioni di spesa, ne presenta documentata proposta al Tavolo Gestionale, e la proposta da questo rielaborata all'Assemblea dei Sindaci per l'approvazione definitiva. Le Amministrazioni Comunali, se tenute, valutano la possibilità di iscrivere le somme approvate nei propri documenti di programmazione economico finanziaria mediante apposita variazione.
2. Per assicurare una corretta gestione di bilancio le proposte di cui al punto precedente non possono essere presentate all'Assemblea dei Sindaci dopo il 31 di ottobre di ogni anno.

TITOLO IV - UFFICIO DI PIANO

Art. 9 - Competenze dell'Ufficio di Piano

1. All'Ufficio di Piano sono attribuite le seguenti competenze:
 - a) Supporto tecnico all'Assemblea dei Sindaci dei Piani di Zona:
 - predisposizione proposta dell'Accordo di Programma e del Piano di Zona e successive integrazioni ed aggiornamenti;
 - predisposizione materiale utile per gli argomenti da trattare;
 - cura della verbalizzazione e della trasmissione delle informazioni sulle decisioni dell'assemblea dei sindaci;
 - partecipazione al tavolo interdistrettuale, e agli altri tavoli tecnici costituiti in ambito ASL o provinciali;
 - interfaccia per i rapporti tecnici distrettuali con ASL MI3 e altri enti o organismi, distrettuali, provinciali e regionali;
 - b) Coordinamento tavolo gestionale/tecnico, tavolo di sistema, tavoli d'area adulti, minori, handicap, anziani, sia istituzionali che allargati, gruppi tecnici dei servizi e dei progetti:
 - convocazione dei tavoli, determinazione ordine del giorno degli incontri e predisposizione del materiale utile per gli argomenti da trattare;
 - definizione di un referente per la cura della verbalizzazione degli incontri dei tavoli;
 - trasmissione dei verbali dei tavoli;
 - coordinamento del lavoro dei tavoli tra di loro e rispetto ai mandati ed alle priorità espresse dall'assemblea dei sindaci;
 - coordinamento del lavoro dei gruppi tecnici dei servizi e dei progetti tra di loro e rispetto ai mandati ed alle priorità espresse dall'assemblea dei sindaci;

d) Formazione:

- cura della predisposizione di un piano formativo distrettuale per i tecnici, i responsabili dei servizi sociali, i politici e il privato sociale.

e) Segreteria:

- gestione archivio degli atti relativi al Piano di Zona;
- gestione rilevazioni statistiche e dati utili alla programmazione locale;
- supervisione alla compilazione del debito informativo regionale;
- cura della regolarità e tempestività dei flussi informativi.

e) Gestione budget unico distrettuale

- ripartizione delle risorse del Fondo Nazionale Politiche Sociali, del Fondo Sociale Regionale, o provenienti da altri enti pubblici o privati in conformità con le indicazioni normative in materia e secondo i criteri stabiliti dall'Assemblea dei Sindaci;
- assolvimento del debito informativo legato all'attuazione del Piano di Zona verso l'Azienda Sanitaria Locale e Regione Lombardia;

f) Gestione servizi e progetti distrettuali:

- predisposizione e presentazione di servizi e progetti a valenza sovracomunale secondo i criteri e le indicazioni definite dall'Assemblea dei Sindaci;
- coordinamento dei servizi e dei progetti sovracomunali;
- gestione dei servizi e dei progetti individuati dall'Assemblea dei Sindaci in applicazione di quanto previsto nel comma 4 dell'art.1.

g) Controllo:

- Monitoraggio della spesa sociale dei Comuni del Distretto al fine di verificare l'attuazione degli obiettivi di uniformità ed efficienza dei servizi socio-assistenziali nei tempi indicati dall'Assemblea dei Sindaci;

Art. 10 - Sede e organizzazione dell'Ufficio di Piano

1. L'Ufficio di Piano ha sede presso il Comune di Besana in Brianza, al quale spetta assicurare le attività di supporto e logistiche per il suo regolare funzionamento.
2. Le funzioni di Coordinatore, di Responsabile del Servizio, e di Componente dell'Ufficio di Piano sono stabilite dall'Assemblea dei Sindaci, nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento degli organi distrettuali per la predisposizione e l'attuazione dei Piani di Zona del Distretto di Carate Brianza (Mi).
3. L'impiego del personale nell'ambito delle attività dell'Ufficio di Piano può avvenire mediante una delle seguenti forme:
 - compiti aggiuntivi conferiti dal comune di appartenenza;
 - comando parziale o totale dal comune di appartenenza;
 - contratti di lavoro dipendente, autonomo o a progetto, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di reclutamento di personale da parte delle pubbliche amministrazioni.
4. Ai Comuni di provenienza del personale incaricato di svolgere le funzioni di Coordinatore, Responsabile di servizio e di componente dell'Ufficio di Piano è riconosciuto un rimborso corrispondente alle ore di lavoro effettivamente prestate, valorizzate sulla base del costo orario lordo corrispondente all'inquadramento contrattuale personale.
5. In caso di comando parziale o totale, il Comune di Besana in Brianza, in qualità di comune capofila, e l'ente di appartenenza, assumeranno gli atti amministrativi per la regolamentazione di tutti gli aspetti giuridici ed economici necessari a permettere un corretto utilizzo del lavoratore presso l'Ufficio di Piano.
6. L'Assemblea dei Sindaci dei Comuni, su proposta del Nucleo di Valutazione del Comune Capofila sentito il parere del Coordinatore dell'UDP, determina annualmente: 1) la retribuzione di posizione per il personale

in comando totale e titolare di posizione organizzativa; 2) le forme di incentivazione economica a favore del personale assegnato; 3) la distribuzione di tale fondo per i componenti dell'Ufficio di Piano basandosi su criteri oggettivi di qualità e professionalità del lavoro svolto nel corso dell'anno precedente.

7. L'Assemblea dei Sindaci decide annualmente le forme di incentivazione economica a favore del Coordinatore dell'Ufficio di Piano.
8. I preventivi di spesa e i relativi consuntivi, compresa la quota da riservare al personale a titolo di premio di risultato sono approvati dall'Assemblea dei Sindaci.
9. Al Responsabile di Servizio dell'Ufficio di Piano sono attribuiti tutti i compiti ed i poteri gestionali connessi alle funzioni sopra elencate, a norma dell'art. 107, d.lgs. 267/2000.

Art. 11 - Risorse finanziarie per l'attuazione del Piano di Zona e per la gestione associata dei servizi e dei progetti.

1. Le risorse necessarie per l'attuazione del Piano di Zona e per la gestione associata dei servizi e dei progetti di cui alla presente convenzione sono garantite da adeguati trasferimenti da parte:
 - del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali
 - del Fondo Sociale Regionale
 - dagli accordi di partenariato con la Provincia di Milano
 - dai Comuni dell'Ambito distrettuale
 - da altre risorse della rete del sistema dei servizi sociali integrati.
2. Il Comune di Besana in Brianza valuta la creazione di apposito programma, di cui all'art. 170 del d.lgs 267/2000, nell'ambito della propria Relazione Previsionale e Programmatica, dove siano evidenziate le risorse di competenza dell'Ufficio di Piano e i relativi obiettivi.
3. Il Responsabile di Servizio dell'Ufficio di Piano predispone per l'Assemblea dei Sindaci uno schema analitico delle spese per l'attuazione del Piano di Zona e per la gestione associata dei servizi e dei progetti previsti per l'anno successivo, indicando anche le modalità di copertura delle medesime. Tale documento, approvato dall'Assemblea dei Sindaci, previo parere del Tavolo Gestionale/Tecnico, viene opportunamente valutato dal Comune di Besana in Brianza nell'ambito della complessiva manovra di bilancio annualmente predisposta.
4. Entro il 30 di settembre l'Assemblea dei Sindaci, con la collaborazione dell'Ufficio di Piano, predispone il bilancio di previsione annuale e pluriennale del Piano Sociale di Zona. Tale documento viene opportunamente valutato dal Comune di Besana in Brianza nell'ambito della complessiva manovra di bilancio annualmente predisposta.
5. Entro i tempi e le procedure stabilite dal Comune di Besana in Brianza per l'approvazione del rendiconto della gestione, l'Assemblea dei Sindaci, con la collaborazione dell'Ufficio di Piano, predispone il consuntivo annuale del Piano Sociale di Zona.
6. La gestione delle poste residue, attive e passive, è effettuata con vincolo di destinazione congiuntamente a quelle del Bilancio del Comune di Besana in Brianza. Eventuali avanzi di amministrazione, determinati dalle operazioni contabili connesse alla gestione finanziaria del Piano Sociale di Zona, sono applicati, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di contabilità e compatibilmente con le condizioni di bilancio del Comune di Besana in Brianza in relazione al rispetto degli obiettivi di finanza pubblica, esclusivamente per spese legate all'attuazione del Piano di Zona o alla gestione associata dei servizi e dei progetti.
7. Il Responsabile del Settore Economico Finanziario del Comune di Besana in Brianza appone il visto di regolarità contabile e l'attestazione di copertura finanziaria sugli atti amministrativi relativi allo svolgimento dei compiti assegnati all'Ufficio di Piano.
8. Per ogni finalità richiesta in merito dalle disposizioni di legge nazionali, laddove non altrimenti disposto, le spese di personale vengono considerate a carico di ogni singolo comune del distretto in misura proporzionale alla popolazione rilevata al 31 dicembre dell'anno precedente.

TITOLO V - DISPOSIZIONI VARIE**Art. 12 - Il Coordinatore dei Servizi e dei Progetti**

1. Dal momento del trasferimento della responsabilità della gestione dei servizi e dei progetti di cui alla presente convenzione in capo all'Ufficio di Piano, le disposizioni che riguardano il Coordinatore dei singoli servizi e progetti si intendono riferite al Responsabile di Servizio dell'Ufficio di Piano.

Art.13 - Regolamentazione dell'attività dei servizi

1. Al fine di meglio disciplinare il funzionamento e l'attività dei servizi l'Assemblea dei Sindaci, su proposta dell'Ufficio di Piano in collaborazione con i Gruppi Tecnici, previo parere del Tavolo Gestionale e Tecnico, potrà adottare appositi regolamenti.

Art. 14 - Beni acquistati

1. Le attrezzature acquistate con gli stanziamenti dei Comuni convenzionati vengono iscritte nell'inventario del comune responsabile della gestione del servizio o del progetto interessato alla fornitura.

Art. 15 - Provincia di Monza e della Brianza

1. Ogni riferimento alla Provincia di Milano contenuto nella presente convenzione si intende automaticamente sostituito in Provincia di Monza e della Brianza a partire dal momento in cui la stessa diventerà operativa e ugualmente dicasì per l' ASL MI3 nell'eventualità di riorganizzazioni e/o cambi di denominazione.

Art. 16 - Controversie

1. L'Assemblea dei Sindaci dirimerà le controversie inerenti le eventuali diverse interpretazioni del presente convenzione.

Art. 17**Registrazione**

1. La presente convenzione è soggetta a registrazione solo in caso d'uso.

3.2 Area minori e famiglia

3.2.1 Il protocollo di accoglienza scuole/immigrati

Il seguente protocollo è stato elaborato in bozza ed è al vaglio delle Amministrazioni Comunali.

PROTOCOLLO D'INTESA

"Una rete di supporto per la scolarizzazione e l'integrazione degli alunni stranieri. Promozione e sviluppo di azioni coordinate finalizzate all'accoglienza, integrazione e scolarizzazione degli alunni stranieri"

Le Amministrazioni Comunali dei Comuni del distretto di Carate Brianza: Albiate, Besana in Brianza, Biassono, Briosco, Carate Brianza, Lissone, Macherio, Renate, Sovico, Triuggio, Vedano al Lambro, Veduggio con Colzano, Verano Brianza

e

gli Istituti comprensivi del territorio "G.Ungaretti" di Albiate, "Giovanni XXIII" di Besana in Brianza, "Sant'Andrea" di Biassono, "G. D. Romagnoli" Carate Brianza, "Croce-Faré", "E. De Amicis" "D.Alighieri" e "Aldo Moro" di Lissone, "G. Rodari" di Macherio, "A. Sassi" di Renate, "Paccini" di Sovico, "G. Ungaretti" di Triuggio, "Giovanni XXIII" di Vedano al Lambro, "N. Sauro" di Verano Brianza e le scuole dell'infanzia private convenzionate.....

e

L'Ufficio di Piano, vista la sua competenza per la gestione in forma associata dei servizi e degli interventi finalizzati alla promozione dell'integrazione degli stranieri ai sensi della "Convenzione per la gestione associata dei servizi e dei progetti dall'ambito distrettuale di Carate Brianza" del 13 luglio 2007, fin tanto che non sia costituita l'Azienda Consortile

VISTA la legge 59 del 15/04/97, l'art. 40, comma 1 della Legge 449/97, il Capo III del D. L.vo n. 112/98, le relative disposizioni di attuazione, nonché il C.C.N.L. per il comparto scuola;

VISTO il D.Lgs. 286/98 "Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulle condizioni dello straniero";

VISTO il D.P.R. 394 del 31/08/99, art. 45 «Regolamento recante norme di attuazione del Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione»;

VISTO il D.P.R. n. 275 dell'8 marzo 1999, "Regolamento recante norme in materia di autonomia delle istituzioni scolastiche ai sensi dell'art. 21 legge n. 59/1997", e in particolare l'art. 7, che prevede la possibilità per le Istituzioni scolastiche di promuovere e aderire ad accordi di rete per il raggiungimento delle proprie finalità istituzionali e la possibilità per le scuole, sia singolarmente sia in rete, di stipulare convenzioni con Enti che intendano dare il loro apporto alla realizzazione di specifici obiettivi;

VISTO che il Comune di Veduggio con Colzano, ente capofila del progetto distrettuale "Riconoscere le differenze per arricchirsi" ha attivato da diversi anni uno sportello interculturale con sede a Verano B.za, in via Manzoni dove vengono fornite consulenze e predisposti corsi di formazione per gli insegnanti, interventi di integrazione scolastica per gli alunni stranieri tramite l'attivazione del facilitatore linguistico e del mediatore culturale;

CONSIDERATO che l'esperienza di lavoro ha raggiunto risultati positivi e occorre formalizzare il rapporto tra i Comuni aderenti al progetto e gli Istituti comprensivi per meglio strutturare la rete;

CONFIRMATA l'esigenza di affrontare le problematiche inerenti l'integrazione scolastica di alunni stranieri in modo organico e integrato;

PREMESSO CHE

- a) Le Amministrazioni comunali del Distretto intendono proseguire l'esperienza formalizzando un accordo con gli Istituti comprensivi del territorio, il settore istruzione e servizi sociali delle Amministrazioni comunali perché si possano realizzare in modo ottimale e funzionale gli interventi di supporto all'integrazione scolastica;
- b) l'art. 7 comma 9 del D.P.R. 275 sopra citato prevede che "le istituzioni scolastiche possono promuovere e partecipare ad accordi e convenzioni per il coordinamento di attività di comune interesse che coinvolgono, su progetti determinati, più scuole, enti, associazioni del volontariato e del privato sociale";
- c) le scuole sotto elencate intendono avvalersi della facoltà offerta dalla normativa citata per meglio realizzare le proprie finalità istituzionali;
- d) i piani dell'offerta formativa adottati dalle scuole interessate prevedono la possibilità di accordi di rete;
- e) l'adesione al presente accordo è condivisa dai competenti organi collegiali delle scuole aderenti e dai Comuni, con specifiche deliberazioni;

SI CONVIENE QUANTO SEGUE:

ART. 1- FINALITA' E OBIETTIVI

FINALITA'

La rete ha lo scopo di promuovere e diffondere la cultura dell'integrazione, svolgendo una funzione di coordinamento delle esperienze, di consulenza e di documentazione. Cura, inoltre, l'elaborazione di un progetto unitario di accoglienza e supporto agli alunni stranieri ed alle loro famiglie, che prevede il coinvolgimento delle Scuole, dei Comuni e la formazione dei docenti.

OBIETTIVI

Potenziare e ottimizzare le funzioni dello sportello interculturale attraverso le seguenti azioni:

- individuare all'interno di ciascun Istituto comprensivo una figura di riferimento che funga da referente dell'integrazione scolastica;
- avviare contatti sistematici per collaborazioni reciproche;
- coordinare corsi di alfabetizzazione o di sviluppo di competenze linguistiche;
- attivare interventi per l'apprendimento dell'italiano come lingua del quotidiano (facilitazione linguistica)
- predisporre percorsi laboratoriali per l'apprendimento dell'italiano come lingua dello studio;
- progettare percorsi formativi rivolti agli insegnanti per l'acquisizione di nuovi strumenti utili a promuovere l'accoglienza e l'integrazione e lo scambio tra culture;
- ampliare la biblioteca contenente materiali didattici in doppia lingua;
- attrezzare un archivio per la documentazione ed il monitoraggio delle esperienze realizzate nelle scuole in rete, testi specifici ed eventualmente un sito internet;
- promuovere animazioni, cineforum, mostre, feste etniche, concorsi;
- promuovere incontri, dibattiti, giornate seminariali sui problemi dell'immigrazione.

Istituire un osservatorio per:

- rilevare la consistenza in modo preciso del fenomeno immigratorio sul territorio del distretto;
- rilevare i bisogni didattici ed educativi degli alunni stranieri presenti sul territorio;
- monitorare quanto è stato realizzato fino ad ora nelle scuole e organizzare un centro di documentazione dei processi formativi attuati e dei risultati raggiunti;

L'utilizzo dello Sportello e dei servizi è da considerarsi facoltativo per i comuni firmatari della presente convenzione i quali potranno avvalersi di nessuno o anche di uno solo degli interventi e dei servizi previsti.

Art. 2 - TIPO DI RETE - MODALITA' DI ADESIONE -

Fanno parte della rete tutte le scuole dell'infanzia, primarie e secondarie di primo grado del territorio dei Comuni del distretto di Carate B.za, le scuole dell'infanzia private convenzionate, le Amministrazioni comunali, ATI Gra.Di.Sol. e tutti gli organismi territoriali che intenderanno aderire (associazioni, parrocchie).

La delibera di adesione per ciascuna scuola è approvata dal Collegio dei Docenti e dal Consiglio di Istituto, e, per i Comuni aderenti dal Consiglio comunale.

Art. 3 - ATTIVITA' OGGETTO DELL'ACCORDO DI RETE -

L'accordo di rete ha la finalità di coordinare gli interventi di integrazione scolastica degli alunni stranieri iscritti nelle scuole dell'infanzia, primarie e secondarie di primo grado nel territorio dei Comuni del distretto di Carate B.za.

Gli interventi riguarderanno i percorsi nell'ambito scolastico di supporto alle azioni di integrazione e verranno realizzati tramite il personale della Cooperativa Ati Gra.Di.Sol. a cui è stata affidata la gestione del progetto distrettuale "Riconoscere le differenze per arricchirsi".

A tale scopo lo sportello interculturale si impegna a conseguire gli obiettivi sopra indicati, in collaborazione con la scuola e informando l'ufficio competente del Comune di residenza dell'alunno, gli interventi in funzione delle richieste pervenute a favore di alunni stranieri iscritti alle scuole dell'infanzia, primarie e secondarie di primo grado.

Le scuole si impegnano a collaborare alla rete attivamente attraverso:

- l'utilizzo del Protocollo di accoglienza che dovrà essere condiviso con l'obiettivo di giungere all'adozione di un documento unico per tutti gli Istituti comprensivi;
- la compilazione della modulistica necessaria per l'attivazione degli interventi di integrazione (scheda per la richiesta d'intervento, modulo di attivazione intervento con autorizzazione dei genitori, scheda alunno, modulo di richiesta laboratorio, ...);
- la restituzione di una sintetica nota con indicati gli esiti dei vari interventi di cui si è usufruito per monitorare la ricaduta nel tempo;
- la compilazione della tabella di rilevazione riguardante la presenza di alunni stranieri;
- la compilazione, entro il mese di settembre di ciascun anno scolastico, del questionario per conoscere gli interventi in ambito interculturale che autonomamente ogni istituto comprensivo realizza con fondi propri o del Comune di appartenenza, così che si possa diffondere l'informazione all'interno del distretto;
- la trasmissione, entro fine giugno di una relazione sullo svolgimento dell'attività svolte nei plessi di propria competenza a favore degli alunni stranieri, perché lo sportello possa realizzare un report complessivo delle attività realizzate nel distretto e programmare le attività per il nuovo anno;

Art. 4 - ORGANI DELLA RETE

Organo della rete è il COMITATO DI RETE, a cui partecipano tutte le scuole aderenti con un proprio rappresentante (il Dirigente Scolastico o il referente per l'intercultura), un rappresentante per ogni Comune del distretto (che mantenga il collegamento sia col settore Istruzione che col settore Servizi sociali del Comune), il referente dell'ATI Gra.Di.Sol. il professionista incaricato del coordinamento del progetto.

Il Comitato di rete si riunisce almeno 2 volte in un anno: approva il programma annuale delle attività, predisposto dal gruppo tecnico e ne verifica l'attuazione.

È inoltre costituito un Gruppo Tecnico composto da operatori dei quattro Comuni identificati dal Comitato

Tecnico Gestionale Distrettuale.

Il Comune capofila, sino all'eventuale costituzione dell'Azienda Consortile che ne assorberà funzioni e compiti, è Veduggio con Colzano. Il Comune capofila rappresenta la Rete per tutto ciò che riguarda la supervisione e predisposizione degli atti necessari per l'esecuzione degli interventi nelle scuole dell'infanzia, primarie e nelle scuole secondarie di primo grado, cura l'esecuzione delle decisioni del comitato e verifica gli atti contabili e amministrativi.

Art. 5 - FONTI DI FINANZIAMENTO

Fondi distrettuali destinati annualmente dall'Assemblea dei Sindaci e dai comuni;

- I fondi per gli anni scolastici 2009/2010, 2010/2011, 2011/2012, compatibilmente con le risorse disponibili a bilancio, verranno definiti nel piano del diritto allo studio di ciascun Comune;

Ulteriori finanziamenti comunali derivanti da utilizzo di risorse trasferite dalla Regione, dalla Provincia o dai

Provveditorati a favore degli alunni stranieri;

Contributi da Enti privati e da altri organismi.

Art. 7 - INDIVIDUAZIONE DELLA SEDE DELLA RETE

La sede si trova presso la sede dello Sportello Interculturale a Verano Brianza, presso la Scuola Primaria A. Manzoni, via Manzoni, 2.

Art. 8 - METODOLOGIA SPERIMENTATA

La presente intesa si colloca a chiusura di un periodo di sperimentazione durato quattro anni scolastici, reso possibile dai finanziamenti inizialmente previsti della L. 285/97 e successivamente da fondi distrettuali provenienti dal fondo nazionale per le politiche sociali, e costituisce il primo tentativo di messa a regime degli interventi attuati nel corso di questi anni.

Le diverse strategie di intervento e azioni concrete messe in atto hanno, infatti, consentito di affrontare l'emergenza evidenziata dal fenomeno migratorio e nel contempo di elaborare protocolli di accoglienza, sperimentare modelli didattici ed organizzativi efficaci, collaudare forme di collaborazione con e per il territorio.

Art. 9 - DURATA

L'accordo si intende valido per gli anni scolastici: 2009/2010 – 2010/2011 – 2011/2012.

Art. 10 - CONTROVERSIE

Per eventuali controversie tra le parti è competente il foro di Monza.

Art. 11 - NORME FINALI

Per quanto non previsto nella presente intesa si rimanda alle norme disciplinanti la materia.

LETO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

3.2.2 Il protocollo CIC

Il seguente protocollo è stato siglato in data 1 ottobre 2008.

PROTOCOLLO D'INTESA TRA AMMINISTRAZIONI COMUNALI, ASL MI 3 E ISTITUZIONI SCOLASTICHE
DI SECONDO GRADO AL FINE DI COSTITUIRE UNA RETE FINALIZZATA ALLA PREVENZIONE DEI
FENOMENI DI DIPENDENZA, ALLA PREVENZIONE DEL DISAGIO ED ALLA PROMOZIONE DELL'AGIO
NELLA POPOLAZIONE ADOLESCENZIALE CHE FREQUENTA GLI ISTITUTI SECONDARI SUPERIORI
STATALI E PARITARI E GLI ISTITUTI DI FORMAZIONE PROFESSIONALE DEL DISTRETTO DI CARATE
BRIANZA

Il giorno 01.10.2008

TRA

- Le Amministrazioni Comunali dei 13 Comuni del Distretto di Carate Brianza rappresentate dall'Ufficio di Piano, che agisce in nome e per conto delle stesse in base alla convenzione che lo ha costituito del 13.7.2007 e qui rappresentato dalla Responsabile dell'Ufficio di Piano, dott.ssa Veronica Borroni

e

- La ASL di Monza Provincia di Milano 3 qui rappresentata dal Direttore del Dipartimento Dipendenza Dott. Maurizio Resentini e dal Direttore del Distretto di Carate Brianza Dott. Lorenzo Brugola

e

- L'Istituto Statale di Istruzione Superiore "Liceo Scientifico Enriques e ITCG Europa Unita" di Lissone, qui rappresentato dal Dirigente scolastico prof.ssa Maria Luisa Crippa

e

- L'Istituto di Istruzione Superiore Statale "M. K. Gandhi" di Besana in Brianza, qui rappresentato dal Dirigente scolastico prof. Franco Colombo

e

- L'Istituto Tecnico Industriale "Leonardo da Vinci" di Carate in Brianza, qui rappresentato dal Dirigente scolastico dott.ssa Ing. Domenica Maria Bueti

e

- L'ECFoP di Carate in Brianza, qui rappresentato dal Dirigente scolastico dott. Adriano Corioni

Visto il DPR 309/90, "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza", e in particolare l'art. 106, che istituisce i Centri di informazione e consulenza nelle scuole;

Visto la legge 45 del 1999 "Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze";

Vista la Delibera n. 6219 del 19 dicembre 2007 "approvazione delle linee guida regionali di prevenzione delle diverse forme di dipendenza nella popolazione preadolescenziale e adolescenziale" ed in particolare il capitolo 6 relativo al miglioramento della prevenzione nei diversi ordini di scuola";

Visto il Piano Nazionale "Alcool e Salute" del Ministero della Salute Direzione Generale Prevenzione Sanitaria Centro Nazionale per la Prevenzione e Il Controllo delle Malattie, Roma 7.2.2007 e il progetto Regionale Dipendenze DGR 12621 del 7.4.2003;

Vista la L. R. 3/08 "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario";

Visto il D.P.R. n. 275 dell'8 marzo 1999, "Regolamento recante norme in materia di autonomia delle istituzioni scolastiche ai sensi dell'art. 21 legge n. 59/1997", e in particolare l'art. 7, che prevede la possibilità per le Istituzioni scolastiche di promuovere e aderire ad accordi di rete per il raggiungimento delle proprie finalità istituzionali e la possibilità per le scuole, sia singolarmente sia in rete, di stipulare convenzioni con Enti che intendano dare il loro apporto alla realizzazione di specifici obiettivi;

Visto il protocollo di intesa tra Direzione Regionale Sanità e Ufficio Scolastico Provinciale;

Visto che l'Assemblea dei Sindaci del Distretto di Carate Brianza ha deciso di supportare le azioni di tipo preventivo rispetto ai fenomeni di dipendenza, rivolte alla popolazione adolescente da attuarsi in particolar modo nelle scuole di secondo grado del Distretto di Carate Brianza;

Considerato che in passato sono state fatte esperienze di tali tipi di intervento, pur con una articolazione in parte diversa, nelle singole realtà scolastiche territoriali e che è stata condivisa la necessità di preservare le specificità positive e nello stesso tempo addivenire ad un modello di intervento condiviso, qualificato e confrontabile nei risultati;

Tutto ciò premesso

VIENE CONVENUTO E PREVISTO QUANTO SEGUE:

ART. 1- OGGETTO DELL'ACCORDO

Viene con il presente atto costituita una Rete territoriale finalizzata alla prevenzione dei fenomeni di dipendenza, alla prevenzione del disagio ed alla promozione dell'agio nella popolazione adolescenziale frequentante gli Istituti Secondari Superiori Statali e Paritari e gli Istituti di Formazione Professionale del Distretto di Carate Brianza

Art. 2 - FINALITA'

La rete ha lo scopo di promuovere e diffondere la cultura della prevenzione dei fenomeni di dipendenza, della prevenzione del disagio e della promozione dell'agio nella popolazione adolescenziale frequentante gli Istituti Secondari Superiori Statali e Paritari e gli Istituti di Formazione Professionale del Distretto di Carate Brianza, svolgendo una funzione di coordinamento delle esperienze in atto, di consulenza e di documentazione, di programmazione e di valutazione.

La rete cura, inoltre, annualmente l'elaborazione di un Progetto Integrato di Intervento, che preveda il coinvolgimento delle Scuole, dei Comuni, della ASL e di altri organismi che vengano ritenuti particolarmente significativi per la tematica.

ART. 3 - OBIETTIVI

Obiettivi della rete al fine di potenziare e ottimizzare le singole funzioni degli aderenti sono quelli di:

- ★ avviare contatti sistematici per collaborazioni reciproche;
- ★ elaborare annualmente un Progetto Integrato per il contrasto del fenomeno delle dipendenze e più in generale per il contrasto del disagio e la promozione delle competenze di vita (life skill) degli adolescenti
- ★ progettare percorsi formativi per diffondere la cultura della prevenzione all'uso di sostanze secondo le linee guida regionali, in particolare rivolgendoli alla popolazione adulta;

- ★ attrezzare un archivio per la documentazione ed il monitoraggio delle esperienze realizzate nelle scuole e più in generale nel territorio;
- ★ progettare interventi di informazione e consulenza individuale all'interno delle scuole rivolti a adolescenti, a genitori, a insegnanti ed al personale ATA;

Art. 4 - TIPO DI RETE - MODALITA' DI ADESIONE

Fanno parte della rete i soggetti firmatari del presente Accordo.

La delibera di adesione di ciascuna scuola è approvata dal Consiglio di Istituto sentito il Collegio dei Docenti.

La delibera di adesione dei Comuni è ratificata dal Comune capofila sede dell'Ufficio di Piano.

L'adesione della ASL MI 3 è ratificata tramite la firma del presente atto da parte del Direttore del Dipartimento Dipendenze dott. Maurizio Resentini.

Lo stesso assume anche la funzione di responsabile scientifico

Potranno aderire alla rete tutti gli organismi territoriali interessati e competenti nelle tematiche oggetto dell'accordo previo assenso dei soggetti firmatari.

ART. 5 - ORGANI DELLA RETE

Organo della rete è il comitato di rete, a cui partecipano tutte le scuole aderenti con un proprio rappresentante (il Dirigente Scolastico o insegnante da questi delegato), un rappresentante dell'Ufficio di Piano e i rappresentanti designati dai Comuni del Distretto, un rappresentante del Dipartimento Dipendenze, un rappresentante del Distretto Socio Sanitario della ASL Mi 3.

Il Comitato di rete si riunisce almeno 2 volte in un anno: definisce il Progetto Integrato, ne verifica l'attuazione, ne valuta i risultati tenendone conto in fase di riprogettazione.

Il comitato è convocato a cura dell'ufficio di piano.

Art. 6 - Contenuti del Progetto integrato di intervento annuale

A regime entro il 30 aprile di ogni anno e per il primo anno di applicazione entro il 30 giugno, viene definito il Progetto Integrato di Intervento per l'anno scolastico successivo.

In tale progetto vengono definiti:

- ★ Le scuole interessate agli interventi;
- ★ La tipologia degli interventi da attivare e la loro tempistica;
- ★ I canali di finanziamento;
- ★ Gli importi di cofinanziamento dei singoli partecipanti;
- ★ I criteri di riparto dei finanziamenti per i singoli interventi.

Il Progetto viene approvato dai singoli partecipanti nelle sedi istituzionali preposte.

Art. 7 - RISORSE PROFESSIONALI E STRUMENTALI MESSE A DISPOSIZIONE DELLA RETE DAGLI ADERENTI.

Per l'attivazione degli interventi annuali gli istituti di istruzione secondaria superiore aderenti garantiscono:

- l'individuazione dello spazio appropriato al servizio;
- la possibilità di accesso allo sportello in orario scolastico, tutelando il più possibile la privacy del fruitore;
- la disponibilità del personale insegnante e ATA a collaborare alla buona riuscita dell'intervento;
- la disponibilità all'utilizzo di attrezzi tecniche in caso di particolari necessità (fotocopiatrici, telefono...);
- la collaborazione per il controllo della regolare presenza degli operatori deputati allo svolgimento dell'intervento;
- l'adeguata promozione delle attività rivolta ai possibili usufruitori;
- il raccordo degli interventi attivati con eventuali altre esperienze di prevenzione attuate all'interno degli Istituti Scolastici A tal fine è compito di ogni Istituto comprensivo l'individuazione al proprio interno di una figura di riferimento che funga da referente della tematica.

Inoltre, le scuole a conclusione di ogni intervento trasmetteranno al comitato di rete la scheda di "esito intervento", e una breve relazione sullo svolgimento dell'attività nei plessi di propria competenza, perché il comitato possa realizzare un report complessivo delle attività realizzate da analizzare in sede di Comitato di rete e da presentare all'Assemblea dei Sindaci del Distretto.

Nel caso in cui i requisiti minimi di cui sopra non vengano garantiti, non sarà possibile, per la Scuola inadempiente, accedere ai servizi finanziati dal Piano Integrato di Intervento per l'anno scolastico successivo.

Per l'attivazione degli interventi annuali i Comuni garantiscono:

- la disponibilità a collaborare alla buona riuscita dell'intervento;
- la scelta degli operatori per l'espletamento degli interventi tramite selezione pubblica;
- la partecipazione al costo dell'intervento tramite fondi distrettuali previa valutazione annuale delle disponibilità di bilancio;
- il coordinamento del comitato di rete;
- il raccordo degli interventi attivati con eventuali altre esperienze di prevenzione attuate a livello distrettuale.

Per l'attivazione degli interventi annuali la ASL garantisce:

- la partecipazione nelle fasi di progettazione e l'eventuale collaborazione nella selezione degli operatori;
- la collaborazione nel monitoraggio e nella valutazione degli interventi;
- il riferimento tecnico-scientifico degli interventi;
- l'inserimento degli interventi in progetti di prevenzione più vasti qualora attivati;
- l'integrazione degli interventi con i servizi socio sanitari e specialistici territoriali;
- l'eventuale disponibilità del proprio personale a gestire in toto o in collaborazione specifici interventi.

ART. 8 - FONTI DI FINANZIAMENTO

Il finanziamento del Progetto Integrato di Intervento annuale di cui al punto 6 viene garantito tramite:

- ★ risorse distrettuali derivanti da leggi di settore o dal FNPS;
- ★ risorse reperite tramite la partecipazione a bandi di progettazione;
- ★ risorse autonome degli istituti scolastici;
- ★ contributi dagli sponsor o dei partner privati e da altri organismi che aderiscano all'accordo anche in corso d'anno.

ART. 9 - DURATA

La presente intesa è valida per 3 anni a partire dall'anno scolastico 2008/2009 e potrà essere rinnovata per ulteriori 3 anni previo assenso scritto tra le parti.

ART. 10 - CONTROVERSIE

Per eventuali controversie tra le parti è competente il foro di Monza.

ART. 11 - NORME FINALI

Per quanto non previsto nella presente intesa si rimanda alle norme disciplinanti la materia.

LETO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

3.2.3 Il protocollo “Ho cura di te”

Il Presente Protocollo è usato in via sperimentale e verrà sottoscritto a seguito dell'Approvazione del Piano di Zona recependo le eventuali modifiche dei firmatari.

Protocollo operativo tra i Comuni del Distretto di Carate Brianza e l'Asl Milano 3 per la costituzione del Servizio integrato per la prevenzione di situazioni di rischio per madre o bambino nella fase perinatale

Il giorno xx.xx.xxx

TRA

- Le Amministrazioni Comunali dei 13 Comuni del Distretto di Carate Brianza rappresentate dall'Ufficio di Piano, che agisce in nome e per conto delle stesse in base alla convenzione che lo ha costituito del 13.7.2007 e qui rappresentato dalla Responsabile dell'Ufficio di Piano, _____

e

- La ASL di Monza Provincia di Milano 3 qui rappresentata dal Direttore del Distretto di Carate Brianza

e

- La Cooperativa Sociale “La Grande Casa” a.r.l qui rappresentata dal legale rappresentante _____

Visto le Linee Guida “Sostenere le madri: percorsi di prevenzione e cura del disagio psicologico e sociale in gravidanza e dopo il parto” che prevedono per il 2008 una formazione comune degli operatori dei servizi territoriali (AA.OO., Ambiti, ASL) e del Terzo Settore per l'individuazione precoce di indicatori di rischio per prevenire e sostenere le donne in gravidanza e dopo il parto;

Vista la Legge 194/1978 “Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza”

Vista la Legge Del 29 Luglio 1975 N. 405 e la Legge Regionale Del 6 Settembre 1976 N. 44, in materia di servizio per l'educazione sessuale, per la procreazione libera e consapevole, per l'assistenza alla maternità, all'infanzia e alla famiglia;

Visto il DPCM 29 Novembre 2001 Relativo ai livelli essenziali di assistenza;

Visto la DGR 6453 relativa al potenziamento delle attività consultoriali;

Visto il D.Lgs. 267/2000 “Testo unico sull'ordinamento degli Enti Locali”

Vista la L. 328/00 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;

Vista la L. R. 34/04 “Politiche Regionali per i minori”;

Vista la L. R. 3/08 “Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario”;

Visto l'accordo di programma tra l'ambito territoriale di Monza, l'ASL Mi3, la Provincia di Milano in ordine all'attuazione del Piano di Zona 2006/2008;

Atteso l'impegno dei soggetti sottoscrittori ad individuare forme di gestione associata dirette al governo dei Piani di Zona;

Visto che l'Assemblea dei Sindaci del Distretto di Carate Brianza ha deciso di supportare le azioni di tipo preventivo per madri e bambini rispetto all'età perinatale tramite il servizio "Un passo dopo l'altro" affidato alla cooperativa sociale La Grande Casa Onlus di Sesto San Giovanni;

Visto che la Cooperativa Sociale "La Grande Casa" a.r.l ha partecipato con il sostegno dell'Ambito Distrettuale al Bando Regionale "Fare rete e dare tutela e sostegno alla maternità" ai sensi dell'art. 4 comma 9 lettera a) l.r. 23/99 inserendosi in posizione utile ed ottenendo un finanziamento complessivo di € 132.037,00 da utilizzarsi per l'attivazione dei seguenti servizi:

1. Sostegno Educativo Domiciliare - Un passo dopo l'altro (0-1 anno)
2. Sportello Informativo - Un nido per le mamme (prima infanzia)
3. Sostegno alla neo genitorialità – Rete di sostegno (0-1anno)
4. Spazio diurno . Tempo per crescere (fino a 3 anni)

Tutto ciò premesso

VIENE CONVENUTO E PREVISTO QUANTO SEGUE:

ART. 1- OGGETTO DELL'ACCORDO

Viene con il presente atto costituita un'equipe integrata interistituzionale per la rilevazione precoce delle situazioni di rischio, la prevenzione delle situazioni di pregiudizio per il benessere della madre e del bambino in età perinatale ed il sostegno delle situazioni di fragilità integrando le risorse territoriali socio sanitarie e socio assistenziali.

ART. 2 - FINALITA'

La costituzione di un'equipe integrata ha lo scopo:

- di agevolare l'assunzione delle responsabilità familiari, con particolare attenzione alle situazioni di particolare fragilità, rimovendo ostacoli psicologici sociali e culturali che impediscono il raggiungimento di una situazione di benessere per la madre e/o il bambino;
- di aiutare i genitori nella funzione di cura e in quella educativa, offrendo anche forme di sostegno alle famiglie monogenitoriali;
- di aumentare la capacità di utilizzo delle strutture sanitarie e sociali;
- di aumentare l'autostima e il senso di competenza nell'esercitare la funzione genitoriale;
- di aumentare la capacità delle madri a leggere i segnali del bambino e quindi a rispondere in maniera adeguata;
- di diminuire l'isolamento sociale ed il rischio di un aggravamento della condizione personale e della relazione con il figlio;
- di realizzare un percorso integrato di aiuto e di sostegno.

ART. 3 – SEDE E COMPOSIZIONE DELL'ÈQUIPE

La sede del servizio è situata presso gli spazi dell'Ufficio di Piano a Besana in Brianza.

L'equipe è composta in via ordinaria da:

- Responsabile Ufficio di Piano o suo delegato
- 2 rappresentanti dei Comuni del Distretto
- Responsabile Assi distretto o suo delegato
- 2 componenti dei consultori familiari del Distretto (ostetrica e psicologa)
- Responsabile territoriale e coordinatore per l'intervento ex L. 23/99 della Cooperativa Sociale "La Grande Casa" a.r.l

All'èquipe potranno partecipare inoltre:

- i referenti dei servizi segnalanti (comuni – servizi territoriali socio-sanitari – servizi specialistici - reparto di ostetricia e ginecologia di Carate Brianza)

ART. 4 – MODALITÀ DI ACCESSO – DI PRESA IN CARICO E DI LAVORO

Gli operatori dei servizi sociali comunali, dei servizi territoriali socio-sanitari e dei servizi specialistici, segnalano le situazioni che si ritiene possano essere prese in carico all'equipe tramite la scheda di segnalazione A1 (priva di dati di riconoscimento personali) allegata al presente protocollo.

L'equipe in base alle proprie competenze ed alle risorse attivabili valuta la possibilità di presa in carico dell'utente.

In caso positivo l'equipe definisce le modalità più appropriate di avvicinamento dell'utente alle risorse/servizi da attivare ed il segnalante provvede alla compilazione della scheda di segnalazione allegato A2 completa di autorizzazione al trattamento dei dati personali

Per ogni situazione presa in carico sono previsti incontri di verifica, monitoraggio e valutazione finale degli interventi attivati.

La presa in carico cessa in via ordinaria al compimento del primo anno di vita del bambino.

ART. 5 - DURATA

Il presente protocollo operativo è valido per 3 anni a partire dalla data di sottoscrizione.

LETO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

Per i 13 Comuni del Distretto di Carate Brianza:

La Responsabile dell'Ufficio di Piano
Veronica Borroni

Per la ASL Milano 3:

Il Direttore del Distretto di Carate Brianza
Lorenzo Brugola

Per la cooperativa Sociale La Grande Casa

Il Presidente
Liviana Marelli

3.2.4 Il protocollo ETIM

Il presente protocollo, in bozza, è in fase di elaborazione e verrà sottoscritto non appena riportate le correzioni che verranno richieste dagli aderenti.

Protocollo per l'istituzione dell'Equipe Territoriale Integrata per Minori (ETIM)

Tra

Le Amministrazioni Comunali di Albiate Besana in Brianza, Biassono, Briosco, Carate Brianza, Lissone, Macherio, Renate, Sovico, Triuggio, Vedano al Lambro, Veduggio, Verano rappresentate dall'Ufficio Unico di Piano

e

l'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza

e

L'ASL Prov. di Monza e Brianza

Premesso

- che i Comuni del Distretto di Carate Brianza hanno sottoscritto una convenzione per la gestione associata di servizi e progetti nell'ambito distrettuale di Carate Brianza in data 13.7.2007;
- che all'art. 9 punto f) di detta convenzione all'interno dei compiti dell'Ufficio di Piano vengono individuati anche:
 - il coordinamento di servizi e di progetti sovracomunali;
 - la gestione di servizi e progetti individuati dall'Assemblea dei Sindaci ;
- che in data 21.2.2008 l'Assemblea dei Sindaci ha individuato quale progetto da attivarsi nel Distretto di Carate Brianza l'Equipe Territoriale Integrata per Minori (più avanti per brevità definita anche solo ETIM) prevedendo contestualmente lo stanziamento a copertura degli oneri comunali, riconfermato nell'anno 2009 nell'Assemblea dei Sindaci del 17.11.2008;
- che l'ASL prov. Di Monza e Brianza ha presentato la progettazione relativa all'istituzione dell'ETIM alla Direzione Sanità della Regione Lombardia ottenendone i fondi necessari alla sperimentazione per un anno e 6 mesi;
- che l'ASL prov. Di Monza e Brianza ha contrattato per l'anno 2009 le prestazioni previste per il funzionamento del servizio ETIM con l'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza

Considerato che

- la valutazione e la presa in carico delle situazioni complesse di disagio minorile richiedono il concorso e l'integrazione di professionalità e competenze sanitarie, socio sanitarie e assistenziali;
- i diversi modelli culturali di riferimento (sanitario / socio sanitario / assistenziale) ove non integrati, concorrono ad aumentare il rischio di non soddisfare le aspettative reciproche e di non essere funzionali alle esigenze della tutela dei minori e delle loro famiglie;
- si è ritenuto necessario creare un servizio centralizzato distrettuale, dove, per tutti quei casi che presentano indicatori di rischio di abuso, maltrattamento o trascuratezza di minori ovvero di tutte

quelle situazioni ambientali e relazionali tra adulti e minori, venisse attivata una valutazione interistituzionale congiunta ed unitaria.

- Si ritiene che l'intervento integrato degli Enti interessati produca un miglioramento dei percorsi di diagnosi e cura dei minori in situazioni di disagio e delle loro famiglie, compresi i minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria.

Richiamato:

- il D.Lgs. 267/2000 sull'ordinamento degli Enti Locali;
- la L 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- la L R 3 del 2008 "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario";
- Dgr. 8501 del 26.11.08 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario in Lombardia per il 2009"
- il Piano di Salute 2008 ed il Piano di Salute 2009;
- l'accordo di programma tra l'Ambito territoriale di Carate Brianza, l'ASL Mi 3 di Monza, la Provincia di Milano e l'Azienda Ospedaliera San Gerardo per l'attuazione del Piano di Zona 2006/2008;

Tutto ciò premesso, condiviso e considerato si stabilisce quanto segue.

Art. 1 Oggetto e durata del Protocollo

1. Con il presente protocollo d'intesa i 13 Comuni dell'Ambito di Carate Brianza, l'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza e l'ASL Mi prov. di Monza e Brianza definiscono l'istituzione e le modalità di funzionamento dell'Equipe Territoriale Integrata per Minorì.
2. Il presente protocollo ha durata di 18 mesi a decorre dalla stipula.

Art. 2 Finalità dell'ETIM

1. L'Equipe Territoriale Integrata per Minorì persegue le seguenti finalità:
 - Effettuazione di valutazioni psicodiagnostiche di adulti e minori;
 - Garantire all'utenza l'accesso in un'unica sede ove siano presenti tutte le figure specialistiche (Neuropsichiatrie, Psicologi, Psichiatra) necessarie ad effettuare la valutazione psicodiagnostica;
 - Stesura di relazioni sull'esito del percorso valutativo con modalità integrata pur nel mantenimento della titolarità del caso da parte dei Comuni dell'Ambito che lavorano in collegamento con l'ETIM e si avvalgono delle competenze specifiche ivi previste;
 - Riduzione dei tempi attualmente necessari alla valutazione;
 - Definizione di un esito di valutazione integrata che tenga conto anche dell'ambito prognostico in modo da costruire con gli operatori del territorio (afferenti a Comuni, ASL, Azienda Ospedaliera San Gerardo) un progetto condiviso di intervento sulla situazione problematica;
 - Offrire indicazioni relative a trattamenti di tipo psichiatrico /psicofarmacologico
 - Collaborazione con centri specialistici per l'invio e la richiesta di presa in carico psicoterapeutica dei minori laddove se ne ravveda la necessità o per decreto;
 - Elaborazione con metodologie appropriate dell'esito dei progetti e degli interventi in ambito psicosociale per la valutazione della coerenza ed efficacia degli stessi al fine di individuare e definire indicatori adeguati ad elaborare nuove linee progettuali per i servizi;
 - Creazione Equipe specialistica multidisciplinare in grado di fornire consulenza ai servizi territoriali per la presa in carico di situazioni afferenti alla tutela minorile.

Art. 3 Sedi, struttura ed articolazione dell'ETIM

1. L'ETIM si articola su 2 sedi territoriali situate ad Albiate in piazza Conciliazione, 42 ed in Sovico in piazza Frette, 4.

2. Alla sede di Albiate afferiscono per competenza le situazioni provenienti dai Comuni di Albiate Besana in Brianza, Briosco, Carate Brianza, Renate, Triuggio, Veduggio, Verano Brianza.
3. Alla sede di Sovico afferiscono per competenza le situazioni provenienti dai Comuni di Biassono, Lissone, Macherio, Sovico e Vedano al Lambro.
4. Il gruppo di lavoro dell'ambito territoriale di Carate Brianza afferente all'ETIM è formato dai seguenti operatori e specialisti:

- Coordinatore Sociale (assistanti sociali specialiste) 1 per ciascuna sede, individuato ed incaricato dall'Ambito distrettuale per un numero indicativo di ore pari a 18 settimanali per sede;
- Psicologo clinico consulente 1 per ciascuna sede individuato ed incaricato dall'Ambito distrettuale per un numero indicativo di ore pari a 18 settimanali per sede;
- Neuropsichiatria Infantile afferente al Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile individuato ed incaricato dall'Azienda Ospedaliera San Gerardo per un numero indicativo di ore pari a 12 complessive settimanali;
- Psicologo clinico afferente al Dipartimento di Salute Mentale individuato ed incaricato dall'Azienda Ospedaliera San Gerardo per un numero indicativo di ore pari a 10 complessive settimanali;
- Psichiatra afferente al reparto di Psichiatria individuato ed incaricato dall'Azienda Ospedaliera San Gerardo per un numero indicativo di ore pari a 4 complessive settimanali;
- Psicologo clinico afferente al Consultorio familiare distrettuale individuato ed incaricato dal Direttore del Distretto di Carate dell'Asl prov. di Monza e Brianza per un numero indicativo di ore pari a 2 complessive settimanali;
- Psicologo clinico afferente al Dipartimento Dipendenze dell'ASL prov.di Monza e Brianza distrettuale individuato ed incaricato dallo Stesso Direttore di Dipartimento per un numero indicativo di ore pari a 1 settimanale;
- Avvocato consulente individuato ed incaricato dall'Ambito distrettuale per un numero indicativo di ore pari a 3 mensili complessive.

5. Il coordinamento tecnico funzionale degli operatori costituenti l'ETIM è assegnato ai Coordinatori sociali.
6. Il Coordinamento amministrativo gestionale dell'ETIM è affidato al Responsabile dell'Ufficio di Piano.
7. Il monitoraggio la valutazione delle ETIM dell'Ambito di Carate Brianza nell'ambito della più complessa attivazione delle 5 ETIM degli ambiti territoriali dell'ASL prov. di Monza e Brianza è affidato al Servizio Famiglia del Dipartimento ASSI con particolare riferimento ai seguenti indicatori:
 - numero e tipologia di casi valutati e presi in carico sui segnalati
 - numero di ore di professionisti utilizzate rispetto al numero di casi presi in carico
 - numero e tipologia di minori per i quali si è arrivati alla risoluzione del problema.
 - Livello di soddisfazione dei diversi portatori di interesse: famiglie, professionisti, Aziende / Comuni.
8. Il supporto logistico ed amministrativo dell'ETIM è garantito dai Comuni sede del Servizio (Sovico e Albiate).

Art. 4 Competenza e Interventi

1. All'interno delle finalità di cui all'art. 2 e delle competenze relative all'area della Tutela Minorile il servizio ETIM offre:
 - Consulenza agli operatori territoriali;
 - Presa in carico di situazioni di minori afferenti all'area tutela – in particolare su mandato dell'autorità giudiziaria – al fine di effettuare la valutazione clinica del minore stesso e del suo nucleo familiare e di formulare un progetto di presa in carico.

Art. 5 Modalità di segnalazione, presa in carico e restituzione della valutazione al servizio competente

1. In caso di richiesta di consulenza i servizi che desiderano attivarla segnalano la situazione al coordinatore dell'ETIM tramite l'apposita scheda allegata alla presente e fissano con questi il relativo appuntamento.
2. In caso di richiesta di presa in carico di una situazione per effettuare la valutazione clinica del minore e/o del suo nucleo familiare:
 - gli operatori territoriali segnalano la necessità al coordinatore, tramite l'apposita scheda allegata alla presente e fissano con questi l'incontro per la presentazione della situazione all'equipe;
 - l'equipe attiva all'interno della propria autonomia organizzativa la valutazione richiesta;
 - al termine della valutazione viene fissato un incontro di restituzione e confronto con gli operatori territoriali di riferimento del quale è steso apposito verbale;
 - con gli elementi derivanti dalla valutazione e dal confronto con gli operatori territoriali viene stesa apposita relazione conclusiva inviata dall'ETIM al Comune di riferimento anche per l'inoltro – se dovuto – all'Autorità giudiziaria
 - È compito del coordinatore mantenere i contatti durante la fase di valutazione con gli operatori territoriali interessati;
 - Allo scadere di un anno dall'effettuazione della valutazione vengono effettuati incontri di valutazione dell'andamento della situazione tra gli operatori territoriali e l'ETIM.

Art. 6 Oneri del servizio

1. Gli oneri relativi al personale gravano sugli Enti che effettuano gli incarichi di cui all'art. 3.
2. Gli oneri relativi all'appontamento della sede, alle utenze ed a ogni altro costo necessario al buon funzionamento del servizio gravano sull'Ambito distrettuale secondo le modalità stabilite dall'Assemblea dei Sindaci
3. Gli oneri derivanti dall'acquisto del materiale testale gravano sulle Amministrazioni da cui dipendono gli operatori che li utilizzano

Art. 7 Trattamento dei dati personali

1. Per lo svolgimento delle attività dell'ETIM si prevede un trattamento di dati personali ai sensi del D. Lgs 196/2003 e seguenti integrazioni e modificazioni che, per la tipologia dei servizi erogati, si può assumere che siano prioritariamente di natura sensibile.
2. L'ETIM viene nominato quale responsabile dei trattamenti affidatigli dai soggetti sottoscrittori del presente protocollo operativo.
3. L'incarico comporta la definizione del responsabile e delle attività di vigilanza del titolare che vengono così individuate:
 - Comuni titolari del trattamento
 - ETIM responsabile dei trattamenti
4. Alla formalizzazione degli adempimenti relativi al trattamento dei dati personali si procederà con apposito documento.

Visto, approvato e sottoscritto

Per i 13 Comuni del Distretto

Per l'Azienda Ospedaliera San Gerardo

Per la ASL prov. di Monza e Brianza

3.2.5 Il protocollo “Farmaci a scuola”

Atto integrativo del Protocollo di intesa tra ASL Provincia di Monza e Brianza, Ufficio Scolastico Provinciale di Milano

Motivazioni

Esistono situazioni particolari per le quali l'attuale protocollo per la somministrazione di farmaci in ambito scolastico, sottoscritto nel 2004 tra ASL e CSA di Milano, non è in grado di fornire una risposta alle esigenze assistenziali connesse alla frequenza scolastica di minori che presentano problemi sanitari e assistenziali complessi (1).

Considerato che i soggetti coinvolti, ai sensi delle Raccomandazioni sulla somministrazione dei farmaci a scuola sottoscritte in data 25/11/2005 dal Ministro dell'Istruzione e dal Ministro della salute, sono, ciascuno per le proprie responsabilità e competenze, le famiglie, la scuola, i servizi sanitari, gli enti locali, si rende necessario definire modalità condivise per garantire ai minori con problemi sanitari e assistenziali complessi il diritto allo studio e la tutela della salute all'interno della struttura scolastica.

Impegnandosi a rivedere complessivamente il Protocollo in essere per la somministrazione dei Farmaci a scuola entro il 2009, i firmatari del presente atto integrativo si impegnano a perseguire quanto sottoscritto, per le rispettive competenze.

Linee di indirizzo

L'esigenza di garantire la frequenza scolastica a minori con problemi sanitari e assistenziali complessi richiede la definizione di specifici Piani di assistenza , condivisi tra famiglia, medici curanti , Distretto socio sanitario, Direzioni scolastiche, Amministrazioni comunali.

Il percorso per la definizione del Piano di assistenza è il seguente:

- La Direzione scolastica, all'atto dell'iscrizione o nel momento in cui si evidenziano, in presenza di casi particolari non gestibili attraverso l'attuale protocollo di intesa, si rivolge al Direttore del Distretto di residenza del minore;
- Il Distretto, tenendo il rapporto con la famiglia del minore:
 - coinvolge il medico curante e, se necessario, il centro specialistico di riferimento per verificare le necessità clinico assistenziali connesse alla frequenza scolastica;
 - verifica con la Direzione scolastica le condizioni del contesto e del personale scolastico in rapporto alle esigenze clinico assistenziali del minore;

- in presenza di particolari esigenze assistenziali a carattere continuativo, si raccorda con il Comune per valutare la possibilità di attivare e coinvolgere nel Piano di assistenza altre risorse in ambito socio assistenziale, anche attraverso il concorso di enti e associazioni del privato sociale;
- promuove, con il concorso di tutti gli attori interessati, la definizione del Piano di assistenza che individua le soluzioni organizzative e tecniche per affrontare le specifiche situazioni.

L'attuazione del Piano di assistenza comporta i seguenti livelli di responsabilità:

Il Distretto socio sanitario assicura:

- il mantenimento delle relazioni con il medico curante e il centro specialistico di riferimento al fine di un monitoraggio / adeguamento del piano alle esigenze clinico / assistenziali del minore;
- la formazione sul campo rivolta agli operatori scolastici chiamati a collaborare al piano di assistenza;
- l'erogazione di specifiche e puntuali prestazioni infermieristiche, attraverso personale proprio o di erogatori di cure domiciliari.

La Direzione scolastica assicura il coinvolgimento degli operatori scolastici nell'attuazione degli interventi di loro competenza previsti dal Piano di assistenza ed il loro eventuale coinvolgimento in specifici moduli formativi.

Il Comune garantisce l'erogazione delle prestazioni socio assistenziali previste nel Piano di Assistenza.

(1) la complessità dei problemi sanitari e assistenziali del minore è determinata dalla necessità di interventi sanitari e/o assistenziali che, per il concorso di professionalità e competenze diverse e la continuità nel tempo richiedono la definizione di un piano di assistenza.

Monza il

Il Dirigente dell'Ufficio Scolastico Provinciale di Milano
Dr. Antonio Lupacchino

Il Dirigente dell'Ufficio Scolastico Monza e Brianza
Dr. Marco Pedroli

Il Direttore Generale dell'ASL Provincia di Monza e Brianza
Dr. Pietrogino Pezzano

Il Presidente del Consiglio dei Sindaci dell'ASL Provincia di Monza e Brianza
Dr. Filippo Vigano
I

3.3 Area adulti

3.3.1 Il protocollo carcere

Il Presente Accordo è in fase di approvazione presso tutte le Assemblee dei Sindaci di Ambito, dallo stesso scaturisce l'intesa seguente siglata dal solo Comune di Monza quale comune capofila

ACCORDO DI COLLABORAZIONE FINALIZZATO A FAVORIRE IL REINSERIMENTO SOCIALE DI PERSONE ADULTE SOTTOPOSTE A MISURE RESTRITTIVE E/O LIMITATIVE DELLA LIBERTÀ PERSONALE

Gli Ambiti Territoriali dell'ASL di Monza e Brianza

e

I Comuni di.....
e

Casa Circondariale di Monza

e

Ufficio Esecuzione Penale Esterna

e

Provincia di Monza e Brianza

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

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

Atteso che si è rilevata la necessità di:

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

- tutelare i diritti dei detenuti attraverso l'attività del Garante dei detenuti

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

Tutto ciò premesso, si concorda quanto segue:

**Art. 1
“Oggetto”**

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

**Art. 2
“Doveri dei Comuni”**

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

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

**Art. 3
“Doveri del Comune capofila”**

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

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

In particolare esso assume:

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

**Art. 4
“Modalità di attuazione dell'Accordo”**

Al fine di dare attuazione agli obiettivi individuati dal presente accordo, i soggetti firmatari, procederanno alla definizione di Protocolli operativi volti a sistematizzare gli interventi già in essere e ad individuare efficaci processi di realizzazione delle azioni progettuali consolidate o innovative, prevedendo specifiche connessioni con altri soggetti istituzionali e del Terzo Settore presenti sul territorio.

**Art. 5
“Durata”**

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

INTESA

Tra

CASA CIRCONDARIALE DI MONZA

e

UFFICIO ESECUZIONE PENALE ESTERNA

e

COMUNE DI MONZA

e

CONSORZIO EX.IT. ONLUS

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

PREMESSA

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

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

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

Per la realizzazione sperimentale dei progetti oggetto di tale intesa si è individuato il Consorzio Ex.it. Onlus in quanto partner del progetto “SAC”, gestore del Laboratorio di Falegnameria nonché del Progetto “Agenti di Rete” e dotato delle competenze necessarie in relazione ai servizi per stranieri e pertanto atto a garantire la coerenza degli interventi e la connessione tra i diversi soggetti coinvolti.

TUTTO CIO' PREMESSO SI CONVENGONO I SEGUENTI IMPEGNI TRA LE PARTI:**CASA CIRCONDARIALE DI MONZA:**

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

UFFICIO ESECUZIONE PENALE ESTERNA:

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

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

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

CONSORZIO EX.IT. onlus:

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

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

- Servizio di mediazione: con particolare riferimento alla fase di ingresso del detenuto nella Casa Circondariale o della condanna a misure alternative, il Servizio collabora con l'area educativa al fine di rispondere tecnicamente alle esigenze di carattere amministrativo dei condannati stranieri nonché ai fini della realizzazione di interventi di mediazione culturale. In funzione delle esigenze individuate l'attività di mediazione culturale dovrà interfacciarsi con le diverse istituzioni e realtà del terzo settore presenti sul territorio.
- Laboratorio di copisteria:
 - procede al noleggio dei macchinari e all'acquisto degli strumenti informatici necessari all'attivazione del laboratorio;
 - mette a disposizione il materiale di consumo;
 - coordina le attività del laboratorio e programma dei piani di lavoro rispondenti alla sua capacità produttiva e alle commesse che gli verranno dagli Enti aderenti al Tavolo Interdistrettuale Carcere.

CASA CIRCONDARIALE DI MONZA

UFFICIO ESECUZIONE PENALE ESTERNA

COMUNE DI MONZA

CONSORZIO EX.IT. ONLUS

3.3.2 Protocollo incentivo ricorso a cooperative di tipo B

Il presente accordo è stato approvato nello scorso triennio dalla Conferenza dei Sindaci dell'ASL ma non ancora recepito da tutte le Amministrazioni dell'Ambito. Il tavolo adulti allargato ha chiesto un suo "rilancio" relativamente alla prossima triennalità

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

La conferenza dei Sindaci ASL MI 3 Monza;
i Comuni del territorio ASL MI 3 Monza;
le Aziende Speciali Pubbliche del territorio ASL MI 3 Monza;
(in seguito indicati come "Enti")

E

i Consorzi di Cooperative Sociali del territorio ASL MI 3 Monza;
le Cooperative Sociali del territorio ASL MI 3 Monza;
(in seguito indicati come "Consorzi e Cooperative")

premesso che

1. La legge n.381/1991 prevede che:

- gli enti pubblici, compresi quelli economici, e le società di capitali a partecipazione pubblica, anche in deroga alla disciplina in materia di contratti della pubblica amministrazione, possano stipulare convenzioni con le cooperative sociali che svolgono attività di inserimento lavorativo di persone svantaggiate (ovvero con analoghi organismi eventi sede negli altri Stati membri della Comunità europea) per la fornitura di beni e servizi diversi da quelli socio-sanitari ed educativi il cui importo stimato al netto dell'IVA sia **inferiore** agli importi stabiliti dalle direttive comunitarie in materia di appalti pubblici, purché tali convenzioni siano finalizzate a creare opportunità di lavoro per le persone svantaggiate;

- per le forniture di beni o servizi diversi da quelli socio-sanitari ed educativi, il cui importo stimato al netto dell'IVA sia **pari o superiore** agli importi stabiliti dalle direttive comunitarie in materia di appalti pubblici, gli enti pubblici compresi quelli economici, nonché le società di capitali a partecipazione pubblica, nei bandi di gara di appalto e nei capitoli d'onere possono inserire, fra le condizioni di esecuzione, l'obbligo di eseguire il contratto con l'impiego delle persone svantaggiate, con l'adozione di specifici programmi di recupero e inserimento lavorativo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SI CONVIENE QUANTO SEGUE

1. Le premesse fanno parte integrante del presente accordo.

2. Gli Enti si impegnano a:

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

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

c. favorire l'inserimento nei bandi e nei capitolati relativi alla fornitura di servizi diversi da quelli socio-sanitari ed educativi di importo unitario **pari o superiore** alla soglia comunitaria delle condizioni di cui all'articolo 5, ultimo comma, della legge n. 381/1991 (obbligo di esecuzione dell'appalto mediante l'impiego di persone svantaggiate con l'adozione di specifici programmi di recupero e inserimento lavorativo) e articoli 52 e 69 comma 2, della legge 163/2006 (nuovo codice degli appalti) (appalti riservati e condizioni particolari di esecuzione del contratto prescritte nel bando o nell'invito). Fermo restando che la verifica della capacità di adempiere agli obblighi di inserimento lavorativo non può intervenire nel corso delle procedure di gara e comunque prima dell'aggiudicazione dell'appalto, i criteri di aggiudicazione dovranno valorizzare la qualità dei progetti di inserimento lavorativo con l'attribuzione agli stessi di un punteggio pari ad almeno il 50% rispetto al totale del punteggio relativo alla qualità. Detto punteggio si attribuisce in sede di gara, sulla base di criteri precedentemente dichiarati, tra i quali:

- le attività che verranno svolte dalle persone inserite;
- le modalità di raccordo con i servizi socio-sanitari del territorio e con i centri per l'impiego della provincia;
- il personale addetto al recupero sociale e lavorativo delle persone svantaggiate che l'appaltatore si impegna ad impiegare con riferimento ai lavoratori che presso di sé beneficeranno di progetti di inserimento lavorativo nel periodo di tempo corrispondente a quello di esecuzione dell'appalto oggetto di gara;
- il numero e la tipologia delle persone svantaggiate che verranno inserite nell'attività lavorativa per i servizi cui si riferisce l'appalto, con l'indicazione del monte ore complessivo di impiego;
- l'impegno alla realizzazione di programmi di lavoro protetti e l'attenzione alle esigenze sociali.

Allo scopo, per la fornitura dei servizi diversi da quelli socio-sanitari ed educativi di importo unitario **pari o superiore** alla soglia comunitaria, di cui al presente paragrafo, può essere utilizzato lo schema di bando di gara predisposto dalla Regione Lombardia per appalto di servizi con obbligo di inserimento lavorativo di persone svantaggiate, allegato 4.

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

- applicare un metodo di affidamento diretto omogeneo alle Cooperative sociali, che garantisca l'equo trattamento delle stesse in relazione alla loro dimensione, al legame con il territorio di riferimento, alle caratteristiche dei servizi appaltati in rapporto alle specificità di ogni singola cooperativa, ai progetti in corso con i servizi di invio per l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate, all'opportunità di creare forme associative tra le Cooperative e sinergie fra le stesse e fra esse ed il sistema locale dei servizi e degli interventi sociali;
- perseguire nel modo migliore la funzione sociale relativa all'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate e del pubblico interesse, comunque nel rispetto del principio di economicità dell'azione amministrativa, da applicarsi tenendo conto del valore complessivo dei servizi assicurati dalle Cooperative e, quindi, anche del valore economico-sociale degli inserimenti lavorativi;

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

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

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

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

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

a. monitorare costantemente l'esecuzione del presente accordo, provvedendo a proporre le soluzioni ritenute possibili nel caso di difficoltà nella sua applicazione;

b. monitorare costantemente l'andamento degli inserimenti lavorativi al fine anche di creare un collegamento stabile e sistematico con i Piani di Zona.

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

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

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

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

....., lì (seguono le firme)

3.3.3 L'accordo di programma sulla sicurezza nei cantieri

ACCORDO PER LA REGOLARITA' E LA SICUREZZA DEL LAVORO NEL SETTORE DELLE COSTRUZIONI NEL TERRITORIO DI COMPETENZA DELLA ASL PROVINCIA DI MILANO 3 (futura PROVINCIA DI MONZA E BRIANZA)

Oggi, 19.06.2008

I sottosignatari riunitisi in Desio presso il Dipartimento di Prevenzione della ASLMI3 hanno approvato il seguente documento.

- Il Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci dei Comuni situati nel territorio di competenza della ASL Milano 3, rappresentati dal Sindaco di Albiate dottor Filippo Viganò
- la FILLEA C.G.I.L., la FILCA C.I.S.L e la FENEAL U.I.L. di MONZA E BRIANZA
- le Organizzazioni C.G.I.L., C.I.S.L. e U.I.L di MONZA E BRIANZA
- l'Associazione Imprese Edili e Complementari delle Province di Milano, Lodi, Monza e Brianza - Assimpredil Ance
- l'APA-Confartigianato Imprese – Milano Monza Brianza
- l'ASL Provincia di Milano 3
- l'INAIL Sede di Monza
- la Direzione provinciale del lavoro di Milano
- gli Enti bilaterali (CPT, Esem, Cassa Edile)
- l'ASLE-RLST

VISTI

- A) il Protocollo d'intesa per la regolarità e la sicurezza del lavoro nel settore delle costruzioni sottoscritto l'11 dicembre 2003 dalla Prefettura di Milano, dalla Provincia di Milano, dai Comuni di Milano e di Monza, dalla Direzione provinciale del lavoro di Milano, dall'ASL Città di Milano, dalla C.C.I.A.A. di Milano e dalle Parti sociali di Milano e di Monza;
- B) il Protocollo d'intesa per la tutela della legalità nei rapporti di lavoro e il contrasto a fenomeni di intermediazione abusiva di manodopera nel settore dell'edilizia sottoscritto il 5 ottobre 2004 dalla Prefettura di Milano, dalla Direzione regionale del lavoro della Lombardia, dalla Direzione provinciale del lavoro di Milano, da INPS e INAIL, dalle ASL della provincia di Milano, dall'ANIEM di Milano, dalla Cassa Edile e dalle Parti sociali di Milano, Monza e Legnano;
- C) i Protocolli sottoscritti tra vari Comuni della Provincia di Milano, afferenti alla ASL MI3, e le Parti sociali in materia di regolarità e sicurezza del lavoro nel settore delle costruzioni;
- D) Il Testo Unico sulla tutela della salute e della sicurezza delle lavoratrici e dei lavoratori, approvato con Decreto legislativo n. 81/2008;

PREMESSO CHE LE PARTI

- concordano sulla necessità di garantire il rispetto della disciplina legislativa in materia di sicurezza e di salute nei luoghi di lavoro nel settore delle costruzioni;
- riconoscono le funzioni ispettive e di vigilanza riservate agli organismi previsti dalla legge;

- ritengono che l'attività necessaria ad assicurare un'adeguata prevenzione degli infortuni sul lavoro non possa prescindere:

- dal contrasto al lavoro irregolare, quale possibile fattore di rischio per la sicurezza e la salute dei lavoratori e di concorrenza sleale tra le imprese;
 - dalla diffusione, tra le imprese e i lavoratori del settore, di una maggiore consapevolezza tramite una adeguata informazione e formazione circa i rischi insiti nelle lavorazioni, le misure di prevenzione, collettive ed individuali, nonché i comportamenti idonei a prevenire gli incidenti;
 - dalla sensibilizzazione dei committenti, progettisti, direttori lavori, e dei coordinatori per la sicurezza circa gli obblighi dei soggetti coinvolti nell'affidamento e nell'esecuzione dei lavori e delle relative responsabilità;
 - da una maggiore qualificazione delle imprese che partecipano all'esecuzione dei lavori pubblici e privati, anche mediante le misure premiali per le imprese già previste da INAIL e da Cassa Edile;
 - dall'individuazione delle situazioni e delle violazioni dalle quali possono conseguire le più gravi conseguenze per i lavoratori in caso di incidente;
 - dalla conoscenza approfondita delle principali cause di infortunio e delle conseguenze degli eventi verificatisi nel territorio di riferimento;
 - dall'estensione della consulenza in materia di sicurezza nei confronti delle imprese e della vigilanza sui cantieri, anche mediante la collaborazione con gli Enti paritetici bilaterali territoriali;
 - dall'attività di accesso, controllo e consulenza sui cantieri edili da parte di OO.SS. e associazioni datoriali di categoria;
 - da maggiori controlli nella fase di esecuzione delle opere per verificare il rispetto delle normative in materia di appalti pubblici e privati;
- > ribadiscono che, per il raggiungimento dell'obiettivo di migliorare la sicurezza e di perseguire le situazioni di irregolarità retributiva e contributiva, è indispensabile che gli Enti pubblici e le Parti sociali del settore, anche tramite gli Enti bilaterali, operino congiuntamente, coordinando le rispettive azioni, nel rispetto delle funzioni e delle competenze di ciascun soggetto interessato;

TENUTO CONTO

degli impegni già assunti e delle esperienze maturate con i Protocolli sottoscritti tra vari Comuni appartenenti alla ASL MI3 e le Parti sociali in materia di regolarità e sicurezza del lavoro nel settore delle costruzioni;

TUTTO CIÒ PREMESSO LE PARTI CONVENGONO QUANTO SEGUE

Articolo 1 - Finalità

Tutto quanto concordato e contenuto nel presente Accordo è finalizzato ad incrementare e migliorare - nel pieno rispetto della normativa di legge e contrattuale, vigenti in materia, e delle funzioni e dei compiti di ciascuna delle parti firmatarie - l'efficacia delle azioni che le parti medesime esercitano per garantire la regolarità e la sicurezza del lavoro nel settore delle costruzioni.

Articolo 2 - Campo di applicazione

Il presente Accordo si applica sul territorio dei Comuni appartenenti all'area dell'attuale ASL MI3 e della futura Provincia di Monza e Brianza, a tutte le imprese che, a prescindere dal settore/comparto produttivo di appartenenza, operino all'interno dei cantieri edili.

Le Amministrazioni comunali e le altre parti firmatarie concordano di applicare le previsioni del presente Accordo e di definire il campo di azione dell'**Osservatorio Edilizia** (meglio specificato al successivo art.4) per tutti i cantieri di opere pubbliche e di edilizia sovvenzionata, convenzionata, agevolata e privata.

Articolo 3 - Impegni per le Amministrazioni comunali

Le Amministrazioni comunali si impegnano a verificare e attuare tutte le possibili soluzioni atte a introdurre

nelle varie fasi di selezione, affidamento ed esecuzione dei lavori pubblici, condizioni e controlli che consentano di preferire i contraenti che forniscono maggiori garanzie di affidabilità e di qualificazione. Quali possibili indici si potrà fare riferimento a:

- esistenza di un'organizzazione imprenditoriale;
- riduzione volontaria del ricorso all'istituto del subappalto rispetto ai limiti consentiti dalla legge;
- rispetto delle condizioni contrattuali e dei tempi di consegna dei lavori;
- elementi riferiti alla qualità nelle modalità di esecuzione dei lavori effettuati nell'ultimo biennio.

Inoltre, le Amministrazioni comunali si impegnano a esercitare le proprie competenze e attribuzioni per l'attuazione di quanto di seguito indicato:

- far accettare i contenuti del presente Accordo a tutte le imprese partecipanti alle gare di appalto, includendolo nella documentazione presentata nella fase di preselezione;
- analogamente per gli operatori privati, far assumere i contenuti del presente Accordo includendolo nel permesso di costruire;
- aggiornare tempestivamente *I'Osservatorio on line* (di cui al successivo articolo 5) con i permessi concessi e tutti i dati richiesti dall'articolo 5 stesso, in particolare in relazione ai subappalti ed alle forniture in opera assegnati, vincolando le imprese operanti sul cantiere a fornire tali dati;
- informare tutti i professionisti, le imprese e i cittadini, che richiedono permessi di costruire o presentano denuncia di inizio attività, circa le norme di cui al presente Accordo, nonché di quelle sulla responsabilità solidale del committente previste dalla legge;
- informare anche gli Ordini e i Collegi professionali degli architetti, degli ingegneri, dei geometri, dei periti edili, circa il contenuto del presente Accordo, eventualmente avviando dei percorsi di consultazione, informazione e formazione, in accordo con l' ASL;
- impegnare la Polizia Locale, preventivamente formata sulle problematiche di irregolarità nel settore edile, a collaborare con gli Enti preposti alla vigilanza nelle attività di verifica e di controllo dei cantieri.

Infine, le Amministrazioni comunali si impegnano a dare corso a tutte le procedure necessarie al fine di attivare con tempestività gli interventi che seguono:

- far applicare correttamente gli obblighi - previsti dagli articoli 18 e 20 del Decreto legislativo 81/2008 per tutte le imprese operanti sui cantieri pubblici o privati (a titolo esemplificativo: fornire a tutti gli addetti ai lavori la tessera di identificazione personale, ecc.);
- applicare, in caso di inadempienze e violazioni di norme di legge, regolamenti edilizi e norme dei contratti collettivi, l'adozione dei provvedimenti di legge, che possono anche comportare – per le violazioni più gravi - la sospensione dei lavori o la risoluzione del contratto o il diniego alla partecipazione alle future gare;
- inserire nei bandi di gara l'obbligo per le imprese aggiudicatarie di denunciare all'Amministrazione committente i reati di cui agli articoli 610, 611, 612 e 629 del codice penale, nei casi, con le modalità e

con le conseguenze previste dall'articolo 3 del Protocollo d'intesa per la regolarità e la sicurezza del lavoro nel settore delle costruzioni sottoscritto l'11 dicembre 2003 e citato in premessa;

- un monitoraggio del possesso della certificazione SOA per tutta la durata del cantiere;
- applicare le norme previste dal D.Lgs 81/08 (quali DURC, visura camerale, idoneità tecnico professionale);
- far applicare i contenuti del Regolamento Locale di Igiene che prevedono l'obbligatorietà, nelle nuove costruzioni, dell'installazione dei dispositivi di sicurezza atti ad evitare le cadute dall'alto anche nelle fasi di manutenzione ordinaria o straordinaria degli immobili.

Articolo 4 - Osservatorio Edilizia

Le parti concordano sull'opportunità di costituire un **Osservatorio Edilizia** sulla sicurezza che sia di supporto, consulenza e verifica nei cantieri di opere pubbliche, di edilizia sovvenzionata, di edilizia convenzionata o agevolata e di edilizia privata, operanti nei territori di competenza delle Amministrazioni comunali, afferenti alla ASL MI3 ed alla futura Provincia di Monza e Brianza.

L'Osservatorio Edilizia sarà composto da un rappresentante per ciascuno dei soggetti firmatari del presente Accordo.

L'Osservatorio si riunirà con periodicità semestrale, indicativamente nei mesi di marzo e ottobre, normalmente su convocazione del rappresentante dell'Assemblea dei Sindaci, che lo presiede, per analizzare la presenza sul territorio dei cantieri e delle imprese che vi operano.

In tali occasioni verranno presentati, a cura della Direzione Provinciale Lavoro (DPL) e dell'ASL, dati statistici di comune interesse, emergenti dall'analisi delle notifiche preliminari pervenute e inserite su supporto informatico a cura del CPT e della Cassa Edile, sulla base di quanto previsto dal recente Accordo intercorso tra DPL e CPT, cui successivamente hanno aderito anche le quattro ASL della Provincia di Milano.

In caso di avvio di nuovi cantieri edili di rilevante importanza e impatto territoriale, saranno previsti incontri dell'Osservatorio Edilizia, in aggiunta a quelli sopra definiti, per discutere unicamente di queste realtà.

In caso di gravi infortuni, incidenti e/o accertamento di situazioni di particolare gravità, sarà possibile la convocazione dell'Osservatorio su richiesta di almeno una delle parti firmatarie, con modalità che facciano fronte puntualmente all'urgenza richiesta.

L'Osservatorio si doterà di un Regolamento per la gestione ed il funzionamento delle sue attività, compresa la predisposizione degli strumenti di lavoro che verranno individuati.

Articolo 5 - Osservatorio on line per la sicurezza nei cantieri

Al fine di attuare secondo criteri di trasparenza le modalità operative del presente Accordo, le parti firmatarie concordano sulla necessità della costituzione di un **Osservatorio on line** per la sicurezza nei cantieri.

In occasione del primo incontro dell'**Osservatorio Edilizia** verranno prese in esame precise proposte per la istituzione dell'**Osservatorio on line** e di un sito web dedicato.

Le modalità di accesso saranno regolate in maniera differenziata, in modo da consentire:

A. un accesso per i cittadini, in cui sia consultabile solamente l'elenco dei cantieri aperti nel territorio;

B. un accesso per le parti sociali e gli Enti firmatari in cui siano consultabili i dati relativi a:

- indirizzo del cantiere,
- tipologia di intervento,

- carattere del cantiere (pubblico o privato),
- valore complessivo dell'opera,
- durata dei lavori,
- committente, impresa costruttrice e imprese (anche individuali) presenti a vario titolo nel cantiere, compreso il numero di lavoratori impiegati,
- uno spazio per commenti in caso di verifiche effettuate dai firmatari del presente protocollo.

C. un accesso riservato agli Organi ispettivi affinché gli Enti possano scambiarsi informazioni sugli accessi già effettuati nei cantieri, coordinando meglio i loro reciproci interventi ed eventualmente concordando gli accessi congiunti.

Ciascuna parte firmataria disporrà di una *login* e di una *password*, che renderà possibile l'accesso al livello del sito di propria competenza.

Articolo 6 – Accesso a documentazione cartacea presso le Amministrazioni

Le Amministrazioni comunali si impegnano a consentire a rappresentanti autorizzati dalle altre parti firmatarie di accedere, su richiesta motivata, alla documentazione cartacea relativa al singolo cantiere pubblico, laddove si possa oggettivamente ritenere possibile il verificarsi di violazioni di norme sulla tutela della salute e della sicurezza sul lavoro o sulla regolarità del trattamento contrattuale e contributivo dei lavoratori particolarmente gravi (ad esempio: una possibile motivazione potrebbe consistere nella necessità di verificare la congruenza tra tipologia ed entità dei lavori programmati e il numero degli addetti per ogni impresa presente nel cantiere).

Articolo 7 – Attività di Informazione e Formazione

Le parti concordano sulla imprescindibile necessità di aumentare gli sforzi per una sempre migliore informazione e formazione dei lavoratori e delle imprese sulle diverse tipologie dei fattori di rischio specifici del comparto. A tale riguardo si impegnano a proseguire, ampliare, migliorare, le attività e gli accordi bilaterali già in essere, quali ad esempio CPT-INAIL, CPT-ASL, ESEM-ASL, INAIL-ASL.

Si impegnano altresì anche col fondamentale contributo delle Associazioni Datoriali, della Cassa Edile, delle OO.SS. di zona, ad organizzare, quando se ne verificheranno le necessità e le condizioni, convegni e seminari atti ad allargare sempre più le conoscenze utili alla salvaguardia della salute nei posti di lavoro.

Articolo 8 - Futura Provincia di Monza e Brianza

Le parti - con l'auspicio che il presente Accordo possa divenire elemento qualificante della prevenzione nella neonata Provincia - si impegnano, appena eletti il Presidente e la Giunta della futura Provincia di Monza e Brianza, a presentare loro il presente documento, al fine di un suo recepimento a livello provinciale.

Articolo 9 - Decorrenza

Il presente Accordo avrà effetto dalla data di sottoscrizione.

Peraltra, le parti effettueranno una verifica entro nove mesi dalla sottoscrizione, al fine di valutarne l'attuazione e l'eventuale necessità di apportare interventi correttivi e/o integrativi e/o migliorativi.

Letto, confermato e sottoscritto.

3.3.4 Il protocollo hiv

Il protocollo non è ancora stato sottoscritto. Si riporta la bozza.

ACCORDO DI COLLABORAZIONE

fra

in materia di

“Assistenza integrata alle persone Hiv positive”

1. PREMESSA

L'integrazione, la stretta collaborazione, la sinergie di risorse sono elementi essenziali per affrontare problematiche complesse ad alta integrazione socio-sanitaria.

Le persone Hiv positive o malate di Aids presentano, oltre a una complessa situazione sanitaria che richiede importanti interventi di cura, problematiche sociali che possono derivare da gravi situazioni di fragilità sociale, dalla concomitante presenza di altre patologie o problematiche o da un forte rischio di stigma ed emarginazione sociale.

I significativi risultati nel campo dei trattamenti farmacologici creando le condizioni per superare la fase di “emergenza” migliorando le aspettative di vita, hanno fatto emergere aree di bisogno tipiche delle condizioni di cronicità e di lungo assistenza e la necessità di integrazione col normale circuito dei servizi.

Diversificare e ampliare le risorse attivabili, creare le condizioni per l'utilizzo di quelle esistenti, considerato che le persone in assistenza extra-ospedaliera hanno, in molti casi, un riconoscimento di invalidità civile e/o condizioni di fragilità sociale (adulti in difficoltà), sono fattive azioni per rispondere in modo più appropriato ai bisogni della persona. La possibilità di potenziare i progetti di autonomia e reinserimento sociale assume inoltre importanza nell'ottica di limitare le residenzialità improvvise.

La Regione Lombardia ha dato indicazioni per una gestione integrata, prevedendo nuove forme di collaborazione con i servizi territoriali.

Questi i principali aspetti normativi nazionali e regionali che regolamentano la materia:

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

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

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

- precisa il quadro normativo e organizzativo dell'assistenza territoriale dei malati di AIDS (assistenza extra ospedaliera – AEMA), richiamando i seguenti principi guida (punto 1 – premessa):
 - ripensare l'operatività dei servizi per la presa in carico dei malati,
 - operare affinché l'assistenza sanitaria si esprima all'interno di percorsi terapeutici-trattamentali in grado di favorire nei soggetti la ri-motivazione alla vita e la ri-progettazione di un futuro possibile,
 - accompagnare il malato di AIDS a riviversi inserito nel contesto che si era lasciato, a recuperare relazioni, affetti, autonomia personale ed economica,
 - operare affinché la risposta al bisogno sia multidimensionale e flessibile, tramite interventi in rete, in condizione di pluralità di offerte ed interventi coordinati.
- stabilisce che spetta all'ASL favorire i rapporti e predisporre le necessarie intese con gli Enti Locali per favorire l'integrazione delle prestazioni (punto 2 competenze istituzionali)
- delinea l'impianto dell'assistenza territoriale da garantire tramite:
 - la rete dei presidi specificatamente dedicati, residenziali (Case Alloggio ad alta o bassa intensità assistenziale) o diurni (Centri Diurni Integrati),
 - l'assistenza domiciliare
 - le strutture sperimentali (es. i gruppi appartamento)
 - la rete dei presidi e delle strutture aspecifiche per le condizioni di comorbilità (patologie psichiatriche, tossicodipendenza) e/o per particolari fasce di età (minori, anziani).
 - interventi mirati a garantire l'assistenza agli stranieri, alle persone senza fissa dimora e nell'area penale.
- regolamenta le modalità di presa in carico da parte degli operatori dell'Asl (punto 2 Competenze istituzionali) da realizzare previa valutazione multidimensionale, effettuata utilizzando la scheda AIDASS, e stesura del piano di assistenza individualizzato (PAI), predisposto in accordo con il Comune di residenza.
- stabilisce che una quota parte delle rette per le Case alloggio (di tipo “a”) che erogano prestazioni sociali a rilevanza sanitaria nella fase di lungoassistenza, a bassa intensità assistenziale, siano a carico dei Comuni e dell'ASL (punto 3 La rete di assistenza territoriale), la successiva D.G.R. n. VII/20766 del 16.02.2005 ha fissato (punto 6 del deliberato) nel 30% la quota a carico dell'utente e/o del Comune di residenza.

2. IL PROCESSO DELL'INTEGRAZIONE

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

Il processo di integrazione coinvolgerà i seguenti ambiti:

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

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

3. IL LIVELLO DELL'OPERATIVITÀ SUI CASI

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

All'Unità Operativa per le Malattie a Trasmissione Sessuale (UO M.T.S.) dell'Asl spetta la valutazione e l'attivazione delle unità di offerta del circuito Aids.

L'UO M.T.S. riceve le segnalazioni per l'attivazione delle unità di offerta dell'Assistenza Extra-Ospedaliera ai Malati di Aids (A.E.M.A.) direttamente dall'utente, dai familiari o tramite servizi segnalanti (Reparti Ospedalieri, MMG, Servizi Sociali comunali, ecc.).

Per potenziare le capacità progettuali e ampliare le possibilità di risposta si concorda sull'utilità/necessità di coinvolgere gli operatori degli Enti Locali e/o di altri servizi specialistici, anche nel caso non siano i servizi segnalanti, qualora si intraveda l'utilità/necessità di una progettualità più complessa e di una gestione integrata del caso.

L'UO M.T.S procederà quindi:

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

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

La gestione integrata prevede di norma le seguenti fasi:

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

3.2. Il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI)

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

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

Nell'attuazione del PAI ogni unità di offerta attiverà le proprie risorse coerentemente con quanto condiviso con gli altri soggetti coinvolti al fine di creare sinergia fra le differenti azioni e garantire l'efficacia e l'efficienza del progetto.

La referenza progettuale è, di norma, in carico all'UO M.T.S. e comporta la redazione del PAI, il coordinamento dei diversi interventi realizzati, un continuo e tempestivo passaggio di informazioni, la programmazione degli incontri di verifica.

Le verifiche in itinere comportano la stesura di una relazione condivisa da tutti i soggetti coinvolti che evidenzia gli elementi emersi, i risultati raggiunti, le eventuali nuove ipotesi di lavoro. La verifica finale alla scadenza del PAI può esitare:

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

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

3.3. Gli interventi

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

a) Casa Alloggio ad alta integrazione sanitaria:

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

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

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

L'inserimento in casa alloggio a bassa intensità assistenziale¹ richiedono differenti atti di impegno per il medesimo intervento spettando:

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

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

c) Centro Diurno Integrato AIDS:

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

d) Assistenza domiciliare:

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

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

¹ "Si tratta di residenze a prevalente carattere psico-sociale, ordinati all'accoglienza di malati in stato di relativo benessere fisico ma con aspetti di disagio socio-assistenziale, quali l'assenza di familiari o di riferimenti abitativi. Queste strutture, in conformità al citato Atto d'indirizzo e di coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie, erogano prestazioni sociali a rilevanza sanitaria nella fase di lungo assistenza, i cui oneri gravano sui Comuni e sull'Azienda Sanitaria Locale così come previsto nel citato Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie. Si tratta di strutture a bassa intensità assistenziale" come stabilito al Paragrafo 3 La rete di assistenza territoriale dell'Allegato n. 1 alla DGR N. 7/6471 del 19.10.2001.

² d.g.r. n. VII/50983 del 7 aprile 1994

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

e) Hospice:

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

f) Gruppi appartamento:

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

g) Rete dei presidi e delle strutture aspecifiche:

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

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

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

4.1. La programmazione

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

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

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

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

4.2. L'implementazione dell'offerta

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

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

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

4.3. La sensibilizzazione

L'infezione da HIV si accompagna ancora a un forte rischio di discriminazione, emarginazione ed isolamento stante la preoccupazione del contagio e la non sempre corretta informazione sui rischi di trasmissione. Per sostenere le persone verso scelte di salute, nell'ottica dell'empowerment individuale, assumono rilevanza le azioni di sensibilizzazione sulla condizione delle persone sieropositive tese ad incrementare la capacità dei contesti di accogliere e supportare le persone.

Parallelamente è importante una costante attenzione alle forme di pregiudizio e/o stigma sociale che possono ostacolare le persone sieropositive nella ricerca di aiuto e nell'accesso alle risorse, riducendo le loro possibilità di affrontare la malattia.

Il Documento ASL "La prevenzione HIV/MTS. Quali nuove strategie per gli anni 2000" individua nel *Potenziare la solidarietà sociale verso le persone HIV positive per accrescere il loro senso di responsabilità* uno degli obiettivi significativi per la prevenzione della diffusione dell'infezione evidenziandone gli elementi di ricaduta sugli aspetti di salute dell'intera popolazione.

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

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

3.4 Area disabili

3.4.1 Il regolamento distrettuale di previdenze economiche e titoli sociali

REGOLAMENTO DISTRETTUALE PER LA CONCESSIONE DI SERVIZI E DI BUONI SOCIO ASSISTENZIALI

TITOLO I - MATERIA E DISCIPLINA DEL REGOLAMENTO

ART. 1 - MATERIA E DISCIPLINA DEL REGOLAMENTO

Il presente regolamento disciplina, ai sensi degli art. 2, 3 e 38 della Costituzione italiana, dell'art. 25 del D.P.R. 616/77, del Decreto Legislativo 112/98, della Legge 328 del 8.11.2000, dell'art. 12 della Legge 241/90 e del Decreto Legislativo 109/98 della Legge Regionale 1/86 e della Legge Regionale 1/2000 e seguenti integrazioni e modificazioni, i criteri e le modalità, condivise da tutti i 13 Comuni dell'ambito del distretto di Carate Brianza, per la concessione di servizi e buoni sociali così come previsti dall'art. 22 della L 328/00 e dalla Delibera di Giunta Regionale n VII/7069 del 11.11.2001.

TITOLO II - IL SERVIZIO DI TRASPORTO DI SOGGETTI IN CONDIZIONE DI FRAGILITÀ AI CENTRI SOCIALI, EDUCATIVI E RIABILITATIVI.

ART. 2 – DEFINIZIONE DEL SERVIZIO

Per servizio di trasporto comunale si intende il servizio di trasporto a favore di persone in condizione di fragilità presso centri educativi, sociali o riabilitativi o, comunque, il servizio effettuato nell'ambito di progetti individuali elaborati dal servizio sociale comunale, gestiti dal comune in proprio, o attraverso convenzioni o accordi con soggetti terzi.

ART. 3 – AMBITO DI APPLICAZIONE

Il presente regolamento disciplina i servizi di trasporto continuativi cioè quelli che, di norma, sono:

- pari o superiori a un viaggio la settimana;
- per nove mesi verso la stessa destinazione;
- entro il raggio di trenta (30) chilometri dal territorio comunale.

In casi eccezionali, valutati dal servizio sociale comunale, il trasporto può essere organizzato anche per destinazioni più lontane.

Art. 4 – FINALITÀ

Il servizio di trasporto comunale ha lo scopo di favorire l'integrazione sociale dei cittadini, garantendo l'opportunità di raggiungere le sedi educative, sociali e riabilitative alle persone che sono impossibilitate a farlo autonomamente.

Art. 5 – DESTINATARI

Il servizio è rivolto a soggetti in condizione di fragilità, nel rispetto del seguente ordine di priorità:

- 1) minori con provvedimento dell'autorità giudiziaria;
- 2) minori disabili in età di obbligo scolastico per il raggiungimento delle relative strutture individuate in accordo con il Servizio Sociale comunale, minori in carico ai servizi sociali;
- 3) disabili;

- 4) anziani non autosufficienti;
- 5) altre persone a diverso titolo in carico al servizio sociale.

Art. 6 - AMMISSIONE AL SERVIZIO

L'eventuale attivazione del servizio avviene su richiesta dell'interessato o di chiunque sia informato delle necessità assistenziali in cui versa la persona.

La domanda di accesso al servizio di trasporto continuativo dovrà essere presentata, di norma, nel mese di maggio per i trasporti da attivarsi a partire dal successivo mese di settembre. alla domanda dovrà essere allegata l'attestazione ISEE.

In casi particolari le domande potranno essere presentate anche in altri periodi dell'anno e, previa valutazione del servizio sociale, accolte se risultano rispettate le condizioni previste dall'articolo seguente.

Art. 7 - CRITERI DI AMMISSIONE AL SERVIZIO

I soggetti di cui al precedente art. 5, numeri 3), 4), 5) possono fruire del trasporto comunale alle seguenti condizioni:

- a) documentata impossibilità di effettuare il trasporto da parte dei familiari;
- b) impossibilità di fruizione dei mezzi pubblici di collegamento o assenza degli stessi;

L'effettiva erogazione del servizio, nella stessa fascia oraria, è subordinata alla disponibilità di risorse umane, strumentali e finanziarie.

A parità di condizioni la precedenza è determinata dai seguenti criteri di priorità:

- 1) utenti già in carico al servizio di trasporto
- 2) ISEE più basso;

Art. 8 – ACCOMPAGNATORE

Qualora risulti necessaria la presenza di un accompagnatore per la grave compromissione psico-fisica-comportamentale lo stesso sarà fornito dall'amministrazione solo in caso di minori in obbligo scolastico che debbano raggiungere la struttura scolastica, dalla famiglia o dal richiedente negli altri casi.

Art. 9 - COSTO DEL SERVIZIO

Fatta eccezione per i casi di cui ai numeri 1 e 2 dell'articolo 5, per i quali il servizio è interamente gratuito, il costo del servizio è a carico del Comune, con una compartecipazione alle spese da parte degli utenti determinata sulla base di una tariffa personalizzata, calcolata applicando la formula sotto indicata:

$$\text{tariffa personalizzata: tariffa massima X} \frac{\text{ISEE nucleo famigliare}}{\text{soglia ISEE di riferimento}}$$

Ai fini dell'esatta determinazione della quota a carico degli utenti, che non potrà superare il costo del servizio, l'Amministrazione comunale stabilisce annualmente:

- la tariffa massima
- la soglia ISEE di riferimento
- gli eventuali altri casi di esenzione

Art. 10 – ESCLUSIONI

Ai servizi di trasporto attualmente gestiti in forma associata e rivolti in modo indifferenziato a tutti gli utenti di una medesima struttura si applicano solo le disposizioni contenute nell'articolo 9.

Art. 11 – MODIFICAZIONI

L'amministrazione comunale si impegna a non introdurre modificazioni al presente regolamento che comportino un peggioramento delle condizioni di accesso al servizio stabiliti negli articoli precedenti.

TITOLO III – CAPO I
I BUONI SOCIO - ASSISTENZIALI

Art. 12 - FINALITÀ

1. Il buono socio assistenziale si configura quale strumento volto a rispondere a diversi tipi di bisogni. Nel pieno rispetto del Preliminare al Piano di Zona del Distretto di Carate B.za (MI) si individua pertanto la necessità di suddividere tale previdenza economica in diverse tipologie, rendendo tale strumento più flessibile e vicino alle situazioni problematiche emergenti in ogni singolo contesto comunale, per sua natura attualmente non omogeneo rispetto alle esperienze ed i servizi del territorio confinante.
2. Pertanto si individuano le seguenti tre tipologie di buoni socio assistenziali:
 - Il buono socio assistenziale a sostegno della domiciliarietà
 - Il buono socio assistenziale a sostegno della natalità
 - Il buono socio assistenziale progettuale a sostegno della fragilità
3. In ogni caso previsto dal presente regolamento, l'erogazione del buono socio assistenziale non è dovuto ma è subordinato alle effettive risorse stanziate nei corrispondenti capitoli di bilancio di ciascun ente.

Art. 13 - IL BUONO SOCIO ASSISTENZIALE A SOSTEGNO DELLA DOMICILIRIETÀ

1. Il buono socio assistenziale a sostegno della domiciliarietà è finalizzato a:
 - favorire la permanenza al domicilio delle persone non autosufficienti per cause legate all'età o allo stato di disabilità fisica, psichica o sensoriale, limitando o ritardando il ricorso al ricovero in strutture di tipo residenziale;
 - promuovere la solidarietà sociale, attraverso la valorizzazione delle iniziative delle persone e dei nuclei familiari che assumono compiti di accoglienza e cura di persone anziane e/o affette da disabilità fisiche, psichiche o sensoriali con problemi di non autosufficienza;
 - favorire il superamento delle situazioni di svantaggio socio-economico riconoscendo economicamente l'attività di cura prestata dalla famiglia e/o dalla rete di solidarietà sociale presente accanto a persone minori, anziane e/o affette da disabilità fisiche, psichiche o sensoriali con problemi di autosufficienza e fragilità.
2. Il buono socio assistenziale a sostegno della domiciliarietà è destinato alle seguenti tipologie di persone residenti nei singoli Comuni del Distretto di Carate Brianza:
 - adulti ed anziani non autosufficienti parziali e totali
 - malati terminali o affetti da gravi patologie
 - disabili e portatori di handicap.

Art. 14 - IL BUONO SOCIO ASSISTENZIALE A SOSTEGNO DELLA NATALITÀ

1. Il buono socio assistenziale a sostegno della natalità è finalizzato ad assicurare un sostegno economico adeguato ai nuclei familiari con minori da 0 a 3 anni per facilitare la conciliazione delle responsabilità genitoriali, favorire le pari opportunità e la prevenzione della vulnerabilità economica.

Art. 15 - IL BUONO SOCIO ASSISTENZIALE PROGETTUALE A SOSTEGNO DELLA FRAGILITÀ

1. Il buono socio assistenziale progettuale a sostegno della fragilità è finalizzato a favorire il superamento delle situazioni di svantaggio socio-economico in base a specifici progetti di sostegno del singolo o del nucleo familiare.
2. Il buono socio assistenziale progettuale a sostegno della fragilità è destinato prevalentemente alle seguenti tipologie di persone residenti nei singoli Comuni del Distretto di Carate Brianza:
 - emarginati sociali con problemi di dipendenza
 - ex carcerati con problemi di integrazione sociale e lavorativa

- persone in situazione di povertà estrema
- minori a rischio di devianza o emarginazione sociale
- famiglie con esigenze di sostegno alla genitorialità

Art. 16 - LIMITI PER L'EROGAZIONE DI BUONI SOCIO ASSISTENZIALI

1. L'interessato ad uno dei buoni socio assistenziale deve presentare all'ufficio competente, o ai centri di assistenza fiscale, la dichiarazione sostitutiva unica (DSU) debitamente compilata, come da modello allegato a) a norma della Legge 4.1.1968, n. 15, del DPR 445 del 28.12.00 e successive integrazioni e modificazioni, concernente le informazioni necessarie per la determinazione dell'indicatore della situazione economica equivalente ISEE. La dichiarazione viene quindi elaborata utilizzando il sistema informatico all'uopo predisposto dall'INPS al fine di ottenerne l'attestazione dell'indicatore della situazione economica equivalente. Tale attestazione, della validità di 12 mesi, è poi contestualmente inserita nella banca dati del sistema informativo nazionale istituita dallo stesso INPS. La banca dati INPS è accessibile da ogni Amministrazione Pubblica, anche ai fini dei controlli di cui al successivo art. 24.
2. Sarà cura dell'interessato o della persona di riferimento segnalare eventuali variazioni significative anagrafiche, reddituali e patrimoniali, che portino a una modifica dell'attestazione ISEE.
3. L'interessato dichiarerà altresì di essere a conoscenza che, nel caso di corresponsione della prestazione, potrebbero essere eseguiti controlli, anche da parte della Guardia di Finanza, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite, ed effettuati presso gli istituti di credito o altri intermediari finanziari, specificando a tal fine, il codice identificativo degli intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio.
4. L'interessato dichiarerà altresì di essere a conoscenza che i dati e le informazioni inerenti la dichiarazione ISEE, secondo quanto sopra specificato, vengono trattati e gestiti dal Comune o dall'agenzia esterna individuata dall'Ente, mediante collegamenti informatici, nel rispetto del Decreto Legislativo 196/03.
5. Sono esclusi dall'erogazione dei buoni socio assistenziali i singoli o i nuclei familiari aventi ISEE superiore agli importi sotto specificati:
 - € 18.500 per il buono socio assistenziale a sostegno della domiciliarietà;
 - € 22.500 per il buono socio assistenziale a sostegno della natalità;
 - € 15.500 per il buono socio assistenziale progettuale a sostegno della fragilità.

Art. 17 - DEFINIZIONE DI NUCLEO FAMILIARE

1. La valutazione della situazione economica di chi richiede il buono socio assistenziale è determinata con riferimento al nucleo familiare quale risulta alla data della presentazione della domanda e come definito dal DPCM 242 del 4.4.01.
2. Ciascun soggetto può appartenere ad un solo nucleo familiare, (secondo quanto risulta dallo stato di famiglia) composto dal richiedente medesimo, dai soggetti con cui convive e da quelli considerati a suo carico ai fini IRPEF.

TITOLO III CAPO II IL BUONO SOCIO ASSISTENZIALE A SOSTEGNO DELLA DOMICILIARIETÀ

Art 18 - DESTINATARI SPECIFICI E FINALITÀ DI UTILIZZO

1. Il buono socio assistenziale a sostegno della domiciliarietà è destinato esclusivamente a coprire i costi di cura ed assistenza domiciliare a favore della persona fragile e bisognosa di sostegno (anziani e disabili).
2. Le prestazioni assistenziali da garantirsi al domicilio, consistono in:
 - cura dell'igiene personale

- aiuto nell'alzata e messa a letto
- aiuto nell'assunzione e/o somministrazione dei pasti
- assistenza e aiuto nella deambulazione, mobilizzazione, vestizione e nella gestione delle altre attività quotidiane
- prevenzione delle piaghe da decubito
- controllo e sorveglianza diurna e per il riposo notturno
- aiuto o controllo nell'espletamento delle normali attività quotidiane, sia all'interno dell'abitazione sia in rapporto con l'esterno
- mobilità sul territorio
- assistenza ad personam presso luoghi esterni al domicilio

3. Tali prestazioni possono essere rese:

- dai familiari conviventi o non conviventi, che dimostrino di provvedere all'assistenza dei propri congiunti in modo continuativo e funzionale al bisogno;
- da persone appartenenti alla rete di volontariato, sia singoli che associati;
- da associazioni di volontariato, per servizi di assistenza e cura generici, non specialistici né sanitari;
- da figure amicali e di vicinato;
- da personale badante in possesso dei requisiti fissati da ogni singola amministrazione.

4. Dovrà essere individuato all'interno o all'esterno della famiglia un soggetto di riferimento che sarà l'interlocutore privilegiato dei servizi e colui che si farà carico dell'assistenza dell'interessato, sia direttamente che mediante terze persone.

Art 19 - ENTITÀ E DURATA DEL BUONO

1. I buoni socio assistenziali a sostegno della domiciliarietà possono avere un importo mensile minimo pari a euro 210,00 ed un importo massimo pari a euro 420,00, e sono, in genere, legati alla fascia ISEE del beneficiario secondo la seguente ripartizione:

Fascia	Entità buono
da € 0 a 7.500,00	BSA € 420,00 mensili
da € 7.500,00 a 15.000,00	BSA € 315,00 mensili
da € 15.500,00 a 18.500,00	BSA € 210,00 mensili

- 2. Sulla base di una documentata motivazione tecnica comprovante la gravità della situazione possono essere definite modalità contributive diverse dallo schema indicato al comma precedente.
- 3. L'erogazione del buono socio-assistenziale è mensile o trimestrale posticipata, per un minimo di 1 mensilità e per un massimo di 12 mensilità annue.

Art 20 - PROCEDURA PER L'EROGAZIONE DEI BUONI A SOSTEGNO DELLA DOMICILIARIETÀ

Il buono socio assistenziale a sostegno della domiciliarietà viene erogato nel rispetto delle seguenti procedure:

- il comune pubblicizza, attraverso manifesti da esporre sul territorio e con i mezzi consueti e formali a disposizione, le modalità di accesso e di erogazione del titolo socio assistenziale;
- il servizio di segretariato sociale, nei giorni ed orari indicati nella pubblicizzazione, distribuirà le domande ed accoglierà le richieste di accesso al titolo sociale, fornendo le prime informazioni all'utente sulle condizioni ed i criteri del regolamento;
- le domande devono essere presentate al comune di residenza dell'interessato nel periodo compreso fra il mese di ottobre e il mese di dicembre dell'anno precedente a quello per il quale si richiede il beneficio economico allegando l'attestazione ISEE;

- in sede di prima applicazione è facoltà delle singole amministrazioni costituire una graduatoria transitoria a valere sull'anno in corso;
- le condizioni che consentono l'accesso al buono sono autocertificate dal richiedente, fatta eccezione per la scheda di autonomia che è compilata dall'assistente sociale che concorda il PAI e per il Verbale della Commissione Medica per l'accertamento degli stati di invalidità, che deve essere allegato in copia alla domanda;
- nel caso esistano le condizioni per l'accoglimento della domanda l'utente sarà successivamente convocato o contattato a domicilio dall'Assistente Sociale di riferimento per concordare il Progetto Assistenziale Individualizzato (in seguito per brevità denominato PAI), in conformità con le risorse disponibili ed i tempi d'accesso della graduatoria vigente;
- qualora non esistano le condizioni per l'accoglimento della domanda l'Ufficio Servizi Sociali comunale comunicherà l'esito negativo precisando i motivi che lo giustificano.

Art 21 - MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

1. La domanda per l'erogazione del buono socio-assistenziale dovrà essere presentata all'Ente di riferimento nei termini indicati, utilizzando l'apposito modulo. Nel caso di riapertura dei termini precedentemente descritti di presentazione delle domande, le nuove domande pervenute verranno integrate nella graduatoria già esistente.
2. La domanda deve essere sottoscritta dall'interessato o da chi eventualmente ne eserciti la tutela o dalla persona di riferimento. Le condizioni che consentono l'accesso al buono socio-assistenziale sono autocertificate, nel rispetto delle disposizioni di cui al D.P.R. 28.12.2000, n. 445. L'assenza e/o l'incompletezza della documentazione richiesta sulla domanda di assegnazione sospendono i tempi di definizione dell'istruttoria stessa.
3. Il richiedente ha l'obbligo di comunicare all'Ente di riferimento ogni variazione che possa comportare la decadenza del diritto del buono socio assistenziale, compilando l'apposito modulo che verrà fornito dall'ufficio stesso.
4. L'acquisizione ed il trattamento dei dati personali e sensibili relativi alla posizione sanitaria e reddituale avverranno nel pieno rispetto del Decreto legislativo 30.06.2003 n. 196, Codice in materia di protezione dei dati personali.

Art. 22 - FORMAZIONE DELLE GRADUATORIE

1. In base alle domande raccolte vengono stilate due apposite graduatorie ordinate in base al punteggio ottenuto a seguito della valutazione, una che raccoglie le domande dei cittadini anziani ed una che raccoglie le domande dei cittadini disabili. A parità di punteggio verrà data priorità all'anziano e al disabile con ISEE inferiore.
2. Per gli anziani la posizione in graduatoria è determinata dalla somma del punteggio raggiunto per:
 - rete familiare
 - scheda di autonomia
 - livello di reddito
 - ulteriori punteggi o detrazioni
3. Per i disabili la posizione in graduatoria è determinata dalla somma del punteggio raggiunto per:
 - rete familiare
 - scheda di autonomia
 - livello di reddito
 - livello di invalidità
 - ulteriori punteggi o detrazioni

4. I punteggi sono attribuiti nel rispetto dei seguenti criteri:

CERTIFICAZIONE DI INVALIDITÀ	
100% di invalidità	punti 15
100% di invalidità con accompagnamento	punti 10
uguale o superiore al 75%	punti 8
Inferiore a 75%	punti 2
Assente	punti 0

RETI FAMILIARI	
Anziani con età superiore ai 65 anni	
TIPOLOGIA	PUNTI
L'interessato vive da solo o con il coniuge o con un familiare ma non ha figli	25
L'interessato ha un figlio solo (sia convivente che no)	20
L'interessato ha più figli	15
L'interessato è ospitato in casa da uno dei suoi figli	+2

RETI FAMILIARI	
Disabili	
TIPOLOGIA	PUNTI
L'interessato vive da solo o con il genitore con più di 65 anni (non ha fratelli)i	25
L'interessato ha un unico familiare di riferimento	20
L'interessato ha più familiari di riferimento	15
L'interessato è ospitato in casa da un familiare non genitore	+2

SCHEDA DI AUTONOMIA			
Anziani con età superiore ai 65 anni e disabili			
	E' IN GRADO DI FARLO DA SOLO	NECESSITA UN AIUTO PARZIALE	NECESSITA DI AIUTO TOTALE
SI MUOVE PER CASA	0	1	2
SI MUOVE FUORI CASA	0	1	2
FA LE SCALE	0	1	2
SI ALZA DAL LETTO	0	1	2
SI LAVA	0	1	2
USA IL GABINETTO	0	1	2
SI VESTE	0	1	2
FA IL BAGNO	0	1	2
MANGIA	0	1	2

FA LA SPESA	0	1	2
PULISCE LA CASA	0	1	2
CUCINA	0	1	2
LAVA LA BIANCHERIA	0	1	2
SA ESPRIMERSI	0	1	2

LIVELLI di REDDITO come da certificazione ISEE allegata alla domanda Buono per Anziani sopra ai 65 anni d'età e Disabili		
Fascia ISEE		punti
Da €	A €	
0	7.500	20
7.501	9.000	19
9.001	10.500	18
10.501	12.000	17
12.001	13.500	16
13.501	15.000	15
15.001	16.000	11
16.001	17.000	7
17.001	18.000	4
18.001	18.500	3

Ulteriori punteggi o detrazioni (Buono per Anziani sopra ai 65 anni d'età)		
Motivazione	punti	
Redditi esente irpef (es. indennità di accompagnamento, rendite INAIL, rendite vitalizie statali, ecc).	- 2 ogni	€ 5.000,00
Se la persona di riferimento non è né il coniuge né il figlio.	+ 10	

Ulteriori punteggi o detrazioni (Buono per Disabili)		
Motivazione	punti	
Redditi esente irpef (es. indennità di accompagnamento, rendite INAIL, rendite vitalizie statali, ecc)	- 2 ogni	€ 5.000,00
se la persona di riferimento non è né il genitore né il fratello.	+ 10	
se il disabile ha entrambi i genitori con una età superiore ai 65 anni e non ha fratelli.	+ 10	

Art 23 - DECADENZA O SOSPENSIONE DEL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

- IL diritto all'erogazione del buono a sostegno della domiciliarietà decade in caso di:
 - ricovero definitivo in strutture di tipo residenziale;
 - trasferimento di residenza del beneficiario in un Comune che non rientra tra quelli che hanno sottoscritto l'accordo di programma e che sono stati elencati nell'art.1.
- Nel caso in cui il beneficiario trasferisca la propria residenza in un comune appartenente al Distretto di Carate B.za, il buono diventa di competenza del comune di nuova residenza compatibilmente con le risorse disponibili.

3. In caso di ricovero in ospedale, in istituto di riabilitazione o in strutture residenziali per ricovero di sollievo, per un periodo continuativo pari o superiore ai 30 giorni, il buono viene sospeso in relazione alla durata del ricovero. Sono escluse le strutture di tipo semi-residenziale e centri diurni integrati.
4. Dopo i primi 30 giorni, la sospensione del buono si rinnova per ogni successivo e ulteriore periodo di ricovero superiore a 15 giorni.

TITOLO III CAPO III
IL BUONO SOCIO ASSISTENZIALE A SOSTEGNO DELLA NATALITÀ

Art 24 - DESTINATARI SPECIFICI E FINALITÀ DI UTILIZZO

1. Il buono socio-assistenziale a sostegno della natalità è destinato a assicurare un sostegno economico adeguato ai nuclei familiari con minori da 0 a 3 anni per facilitare la conciliazione delle responsabilità genitoriali, favorire le pari opportunità e la prevenzione della vulnerabilità economica. A tale scopo le somme destinate possono essere utilizzate indifferentemente per rispondere alle esigenze di inserimento presso servizi di asili nido o assistenza privata, sostitutiva di tale tipo di realtà, là dove non si possa presentare la possibilità di inserimento presso strutture comunali analoghe.

Art 25 - ENTITÀ E DURATA DEL BUONO

1. I buoni socio assistenziali a sostegno della natalità possono avere un importo mensile minimo pari a euro 120,00 ed un importo massimo mensile pari a euro 420, e sono erogati con frequenza mensile o trimestrale posticipata, per un minimo di 1 mensilità e per un massimo di 12 mensilità annue.
2. Possono essere erogati più buoni per la stessa famiglia in caso di presenza di più minori fascia d'età 0-3 nello stesso nucleo.

Art 26 - PROCEDURA PER L'EROGAZIONE DEI BUONI A SOSTEGNO DELLA NATALITÀ

1. Ogni comune stabilisce, in conformità alla propria offerta di servizi relativi alla fascia d'età 0-3, i criteri di punteggio, le modalità di presentazione e di valutazione delle domande da adottare per la formazione della propria graduatoria.

Art 27 - MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

1. La domanda per l'erogazione del buono, sottoscritta dal genitore o da chi eventualmente eserciti la tutela sul minore per il quale è richiesto, dovrà essere presentata all'Ente di riferimento nei termini stabiliti da ogni singola amministrazione utilizzando l'apposito modulo, corredata dalla certificazione ISEE del nucleo e dalla autocertificazione relativa alle entrate non figuranti nella DSU. L'assenza e/o l'incompletezza della documentazione richiesta sulla domanda di assegnazione sospendono i tempi di definizione dell'istruttoria stessa. Qualora non esistano le condizioni per l'accoglimento della domanda l'Ufficio Servizi Sociali comunale comunicherà l'esito negativo precisando i motivi che lo giustificano.
2. Il richiedente ha l'obbligo di comunicare all'Ente di riferimento ogni variazione che possa comportare la decadenza del diritto del buono, compilando l'apposito modulo che verrà fornito dall'ufficio stesso.
3. L'acquisizione ed il trattamento dei dati personali e sensibili relativi alla posizione sanitaria e reddituale avverranno nel pieno rispetto del Decreto legislativo 30.06.2003 n. 196, Codice in materia di protezione dei dati personali.

Art 28 - FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA

1. In base alle domande raccolte viene stilata una apposita graduatoria ordinate in base al punteggio ottenuto a seguito della valutazione. A parità di punteggio verrà assegnato il buono alla famiglia del minore con ISEE inferiore.

2. La posizione in graduatoria è determinata dalla somma del punteggio raggiunto per:

- livello di reddito;
- criteri stabiliti dalle singole amministrazioni comunali

3. I punteggi relativi al reddito sono attribuiti con i seguenti criteri:

LIVELLI di REDDITO Come da certificazione ISEE allegata alla domanda		
Fascia ISEE		punti
Da €	A €	
0	7.500	20
7.501	9.000	19
9.001	10.500	18
10.501	12.000	17
12.001	13.500	16
13.501	15.000	15
15.001	16.000	11
16.001	17.000	7
17.001	18.000	4
18.001	18.500	3
18.501	19.500	2
19.501	22.500	1

Art 29 - SOSPENSIONE O DECADENZA DEL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

1. Il diritto all'erogazione del buono a sostegno della natalità decade in caso di:
 - compimento del terzo anno di età del bambino o al momento dell'ingresso nella scuola materna;
 - trasferimento di residenza del beneficiario in un Comune che non rientra tra quelli che hanno sottoscritto l'accordo di programma e che sono stati elencati nell'art.1.
2. Nel caso in cui il beneficiario trasferisca la propria residenza in un comune appartenente al Distretto di Carate B.za, il buono diventa di competenza del comune di nuova residenza compatibilmente con le risorse disponibili.

TITOLO III CAPO IV IL BUONO SOCIO-ASSISTENZIALE a sostegno della fragilità

Art 30 - DESTINATARI SPECIFICI E FINALITÀ DI UTILIZZO

1. Il buono socio-assistenziale a sostegno della fragilità ha lo scopo di intervenire nelle situazioni di criticità attraverso la sperimentata formula del contributo economico legato a progetti specifici formulati in relazione ad obiettivi determinati ed integrati con gli interventi già in atto. Con tale misura si intende intervenire in modo particolare nelle situazioni di temporanea criticità dei nuclei familiari, mediante specifici progetti di sostegno condivisi dall'utente e dal servizio. L'erogazione del buono socio-assistenziale a sostegno della fragilità è quindi vincolata alla costruzione e stesura di apposito Progetto di Assistenza Individualizzato da parte dell'Assistente Sociale, tramite gli strumenti a disposizione (colloquio di servizio sociali, visita domiciliare, ecc...) e successivamente sottoscritto per accettazione dall'interessato.
2. In tale prioritaria tipologia di utenza caratterizzata da situazioni di disagio legate a fragilità ed a gravi carenze, anche nello svolgimento di un proprio ruolo (sociale, genitoriale, ecc...), l'utilizzo dei buoni socio

assistenziali si pone nella sperimentata metodologia del contributo economico seppur con la maggiore necessità di qualificarne l'intervento e fissarne obiettivi precisi ed essenziali, come:

- sperimentare interventi che non inneschino cronicità e che vadano a rispondere a bisogni specifici e temporanei.
- evitare il ricorso ad istituzionalizzazioni che determinano in alcuni casi una pericolosa dipendenza e deresponsabilizzazione.

Art 31 - ENTITÀ E DURATA DEL BUONO

1. I buoni socio assistenziali a sostegno della fragilità possono avere un importo mensile minimo pari a euro 120,00 ed un importo massimo mensile pari a euro 420, con frequenza mensile o trimestrale salvo diversa e motivata decisione, per un minimo di 1 mensilità e per un massimo di 12 mensilità annue.
2. Gli importi del buono sono erogati sulla base della proposta avanzata dall'Assistente Sociale all'interno del piano concordato.
3. Qualora sussistano situazioni di grave conflitto familiare o il rischio di una gestione irrazionale del buono, lo stesso potrà essere erogato a persona diversa dal richiedente, che ne garantisca un corretto utilizzo a favore del beneficiario ed in conformità al piano di assistenza stipulato.

Art 32 - MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

1. La domanda per l'erogazione del buono socio-assistenziale, corredata dalla certificazione ISEE e dalla autocertificazione relativa alle entrate non figuranti nella DSU, dovrà essere presentata all'Ente nel momento in cui si manifesta la situazione di bisogno. Nel caso esistano le condizioni per l'accoglimento della domanda l'interessato sarà successivamente convocato dall'Assistente Sociale di riferimento per concordare il PAI, in conformità con le risorse disponibili ed i tempi d'accesso della graduatoria vigente. Il piano dovrà evidenziare le fasi per la verifica degli obiettivi raggiunti e sulla base di ciò infatti si provvederà da parte dell'erogatore ad effettuare un monitoraggio entro 6 mesi dalla conclusione del progetto. L'assenza e/o l'incompletezza della documentazione richiesta sulla domanda di assegnazione sospendono i tempi di definizione dell'istruttoria stessa. Qualora non esistano le condizioni per l'accoglimento della domanda l'Ufficio Servizi Sociali comunicherà l'esito negativo precisando i motivi che lo giustificano.
2. Il richiedente ha l'obbligo di comunicare all'Ente di riferimento ogni variazione che possa comportare la decadenza del diritto del buono socio-assistenziale, compilando l'apposito modulo che verrà fornito dall'ufficio stesso.
3. L'acquisizione ed il trattamento dei dati personali e sensibili relativi alla posizione sanitaria e reddituale avverranno nel pieno rispetto del Decreto legislativo 30.06.2003 n. 196, Codice in materia di protezione dei dati personali.

TITOLO III CAPO V **NORME FINALI**

Art 33 APPLICAZIONE E DECORRENZA

1. Il presente regolamento entrerà in vigore dalla data di esecutività della Deliberazione Consiliare di approvazione e sostituirà il regolamento vigente in ogni sua parte. Resterà in vigore fino all'approvazione di un nuovo regolamento sui titoli sociali distrettuali.
2. Tutte le disposizioni integrative e correttive emanate sia dallo Stato che dalla Regione in relazione all'ISEE, troveranno applicazione previa modifica del presente regolamento, se non immediatamente attuabili.

Art 34 - CONTROLLI E SANZIONI

1. Il Comune potrà stipulare convenzioni o protocolli di intesa operativi con la Guardia di Finanza per l'effettuazione dei controlli relativi alla veridicità di quanto dichiarato. Tali controlli potranno essere effettuati anche attraverso scambi di dati e informazioni con altre pubbliche Amministrazioni. Per le funzioni di controllo il Responsabile di Servizio potrà richiedere al cittadino la documentazione necessaria, ad eccezione di quella già in possesso della Pubblica Amministrazione, in ottemperanza a quanto previsto dal DPR 445/2000.
2. In caso di accertata non veridicità delle informazioni fornite a danno della Pubblica Amministrazione, fermo restando l'attivazione dei provvedimenti previsti per le violazioni delle norme di diritto penale e delle leggi speciali (DPR 445 del 28.12.2000), l'Amministrazione Comunale provvederà alla sospensione dell'erogazione, nonché alla eventuale riscossione coattiva delle somme non dovute.

Art 35 - UTILIZZO DEI DATI PERSONALI.

1. Qualunque informazione relativa alla persona, di cui il servizio comunale venga a conoscenza, in ragione dell'applicazione del presente regolamento, è trattata per lo svolgimento delle funzioni di assistenza che competono al Comune.
2. È ammessa la comunicazione dei dati personali alle altre pubbliche amministrazioni o a privati quando ciò sia indispensabile per assicurare la richiesta prestazione sociale.

Art 36 - PUBBLICITA' DEL REGOLAMENTO

1. Copia del presente regolamento, ai sensi dell'art. 22 della Legge 241/90, sarà tenuta a disposizione del Pubblico perché ne possa prendere visione in qualsiasi momento, nonché pubblicata sul sito internet del Comune.

3.4.2 I protocolli sulla salute mentale di Ambito

I seguenti protocolli sono stati approvati dal tavolo distrettuale della salute mentale. Manca l'approvazione dell'Assemblea dei Sindaci

3.4.2.1 *Protocollo contributi economici*

PROTOCOLLO CONTRIBUTI ECONOMICI.

PREMESSA

La presa in carico del paziente psichiatrico comporta l'attivazione sia di interventi riabilitativi –curativi che di interventi socio-assistenziali in un ottica di integrazione tra i servizi che hanno la titolarità (UOCT Monza 2 e i Servizi Sociali Comunali Associati).

Tra gli interventi di carattere socio-assistenziale si annoverano varie forme di sostegno economico, volte da una parte a consentire alla persona un'esistenza dignitosa sotto il profilo economico ed abitativo e dall'altra a sostenerla in un percorso di riabilitazione e reinserimento sociale.

FINALITA'

- Regolamentare i criteri di utilizzo del Fondo Sociale Psichiatria per il 2008 gestito dal ASL Dipartimento Programmazione Acquisto e Controllo costituito presso il dipartimento ASSI dell'ASL Milano 3, dal 2008 verrà gestito dall' Ufficio di Piano dei Comuni Associati ai sensi dell'art. 43 L.R. 1/86 e relativo alle funzioni delegate socio-assistenziali per la quota riferita ai contributi economici in ambito psichiatrico.
- Favorire il mantenimento e rafforzare l'autonomia della persona attraverso un utilizzo del contributo economico con finalità e metodologie di tipo riabilitativo.

DESTINATARI e OPERATORI

L'intervento è rivolto a utenti del UOCT 2 Besana che dispongono di un Piano Terapeutico Individualizzato nel quale sia prevista la risposta ai seguenti bisogni:

- necessità straordinarie personali (es: trasporti, spese sanitarie, protesi, manutenzioni per l'abitazione,
- utilizzo di servizi per il tempo libero e/o formativo;
- sostegno alla famiglia o al nucleo familiare di convivenza del paziente non finalizzato a garantire il Minimo Vitale la cui competenza è del Comune;
- contributi integrativi per soggiorni, anche di una sola giornata con finalità riabilitative-socializzanti organizzati dalla UOCT 2 o da agenzie esterne pubbliche o private.
- Istituzione di un fondo cassa di €500,00 rinnovabili (dopo opportuna rendicontazione)

I referenti degli interventi sono gli assistenti sociali dei Comuni e del UOCT 2 che operano in un'ottica di collaborazione ed integrazione allo scopo di evitare sovrapposizioni. L' ufficio di Piano, integrato con un operatore del UOCT 2, verificherà la congruità dei contributi in relazione al presente protocollo e fino alla durata della delega invierà all' ASL le richieste di liquidazione.

MODALITA' di SEGNALAZIONE/ IMPEGNI SOGGETTI FIRMATARI

All'interno del progetto terapeutico definito dall'équipe curante del UOCT 2 Monza, l' intervento di sostegno economico viene concordato con la persona in carico nonché con il Comune di residenza.

La proposta dell' UOCT 2 viene presentata all'Ufficio di piano con apposita scheda inviata per conoscenza anche ai servizi sociali del Comune di residenza del paziente.

ASPETTI ECONOMICI

I contributi economici su fondo sociale psichiatrica non sono sostitutivi degli interventi economici che l'amministrazione comunale eroga per il minimo vitale dei propri cittadini.

L'entità del Fondo Sociale Psichiatria è concordata e proposta annualmente dal Tavolo Tecnico Distrettuale per la Salute mentale Dipartimento ed approvato dall'Assemblea distrettuale dei sindaci entro il 30 novembre.

3.4.2.2 Protocollo per l'inserimento dei pazienti psichiatrici nelle RSA e NEI CDI

PROTOCOLLO D'INTESA PER L'INSERIMENTO DEI PAZIENTI PSICHIATRICI NELLE RSA e NEI CDI

1. Scopo del protocollo

L'organismo di Coordinamento per la salute mentale (OCMS) promosso e coordinato dall'ASL che, nella visione del Piano Regionale per la Salute Mentale, ha il compito di assicurare il coinvolgimento di tutti gli attori al fine di definire ed attuare politiche, progetti e azioni indirizzati alla promozione della tutela della salute mentale e dei diritti di cittadinanza delle persone con disturbi psichici, ha approvato il **Patto territoriale per la salute mentale per il triennio 2006/2008**.

Il Patto rappresenta il punto di riferimento per i programmi, accordi, contratti, intese attraverso cui le ASL, le AO, gli erogatori accreditati, i Comuni, il Terzo settore s'impegnano a condividere le politiche e le azioni necessarie a migliorare la rete del sistema d'offerta sanitaria, socio sanitaria e socio assistenziale, al fine di renderla sempre più adeguata alla domanda di salute mentale presente nella popolazione.

Il Piano pone particolare attenzione al tema della residenzialità psichiatrica attualmente oggetto di riflessioni, da parte dei servizi coinvolti e dei soggetti del terzo settore, rispetto alla ridefinizione dell'offerta ai sensi di quanto indicato nella DGR n° 4221 del 28/02/2007.

In attesa che si conclude l'iter di ridefinizione della residenzialità psichiatrica, come prospettato dalla suddetta delibera regionale, tra le situazioni ritenute "critiche", sulle quali è necessario ed opportuno impegnarsi da subito nel ricercare delle soluzioni condivise tra i diversi soggetti coinvolti, si collocano gli inserimenti dei pazienti psichiatrici anziani nelle RSA e nei CDI.

In particolare un obiettivo definito dal Patto è l'attivazione con le RSA e CDI territoriali di un rapporto di collaborazione che accompagni l'inserimento di quei pazienti ritenuti idonei dal servizio psichiatrico, che li ha in carico, e per i quali sia stata concordata, con i familiari e/o con eventuali altri soggetti coinvolti, la dimissione da una comunità psichiatrica.

Il presente protocollo, pertanto, contiene le linee operative, condivise tra i gestori delle RSA e dei CDI, i Dipartimenti di Salute Mentale delle due Aziende Ospedaliere, l'ASL, i Comuni, i rappresentanti dell'associazionismo e del terzo settore, per regolamentare l'inserimento dei soli pazienti psichiatrici anziani in carico ai servizi psichiatrici.

Si rinvierà ad un successivo atto, nelle forme e modalità contrattuali che ASL MI 3, Dipartimenti di Salute Mentale delle due Aziende Ospedaliere, RSA e CDI, riterranno opportuno adottare, la formalizzazione di modalità e procedure per assicurare forme di consulenza psichiatrica anche per quelle persone inserite in RSA e CDI ma non in carico o conosciute dai servizi psichiatrici.

2. Invio

TIPOLOGIA D'UTENZA

La persona, in carico al servizio psichiatrico, da proporre per l'inserimento in RSA o nei CDI deve essere in una fase di remissione sintomatologia e/o stabilizzazione della patologia psichiatrica e trovarsi nelle seguenti condizioni:

- a) essere inserita in una struttura psichiatrica residenziale
- b) essere al proprio domicilio

c) essere all'interno di un nucleo familiare

Rientrano in questo protocollo le persone ultra 65enni, ma anche d'età inferiore.
Per queste ultime la struttura ospitante dovrà richiedere all'ASL la deroga per età.

2.2 PROCEDURE DI SEGNALAZIONE

La proposta d'inserimento, utilizzando la scheda di segnalazione in uso nella RSA e nel CDI, dovrà essere presentata dal servizio psichiatrico, che ha in carico la persona, che informerà il servizio sociale del comune di residenza e il MMG della stessa.

La suddetta scheda di segnalazione potrà, se il Direttore Sanitario della struttura valuterà necessario acquisire informazioni specifiche sullo stato clinico psichiatrico, essere integrata con la scheda di proposta allegata al presente accordo.

2.3. PROCEDURE DI INSERIMENTO

L'inserimento effettivo, in base alle informazioni socio sanitarie sulla persona da inserire, potrà essere preceduto, previo accordo tra il Direttore Sanitario della RSA/CDI e il Medico Psichiatra del CPS, da:

a) **un preinserimento** mediante presenze in RSA/CDI della persona, affiancata da un operatore del CPS, in alcuni momenti della giornata per partecipare ad attività programmate.

Questi momenti concordati hanno l'obiettivo di favorire la reciproca conoscenza paziente e operatori socio sanitari e educativi della RSA/CDI.

b) **un periodo d'osservazione e interazione con la persona**, della durata massima di due mesi, per poter valutare la sua idoneità alla permanenza nella RSA e nel CDI.

Durante questo periodo saranno concordate delle verifiche tra gli operatori della RSA/CDI e del CPS, con cadenza determinata dalla singola situazione.

Il monitoraggio di questo periodo d'osservazione, registrato in apposita scheda, permetterà di conoscere la situazione clinica e funzionale della persona, e di acquisire informazioni per la predisposizione del PAI.

Il periodo d'osservazione si configura, per gli aspetti amministrativi e contabili, come inserimento effettivo e pertanto il soggetto gestore della RSA/CDI richiederà il riconoscimento della retta al paziente o ad altro soggetto, per lui impegnato economicamente, ma non richiederà la sottoscrizione del contratto d'inserimento.

3. Verifiche

3.1 VISITE SPECIALISTICHE

Nel progetto d'inserimento il Direttore Sanitario della RSA/CDI e il Medico Psichiatra del CPS concorderanno, sulla base delle condizioni psicopatologiche della persona, la cadenza delle verifiche da parte degli operatori socio sanitari e educativi del servizio psichiatrico, quali figure di riferimento per la persona inserita, da effettuarsi presso la struttura o il CPS.

Il CPS garantirà la prestazione del Medico Psichiatra, quando richiesta dal Direttore Sanitario della RSA/CDI per il verificarsi di scompensi psicopatologici o altre emergenze che richiedono un accertamento diagnostico o un trattamento specialistico psichiatrico.

3.2 SCALE DI VALUTAZIONE

Al fine di un inquadramento diagnostico e funzionale si procederà alla somministrazione delle scale di valutazione in uso nella RSA/CDI che andranno ad integrare quelle eventualmente somministrate dal servizio psichiatrico.

3.3 STESURA P.A.I.

La stesura del PAI, e l'aggiornamento periodico, dovrà essere fatta congiuntamente dagli operatori della RSA/CDI e del CPS per meglio definire gli interventi da attivare e/o modificare in relazione allo stato d'autonomia della persona.

4. Emergenza e urgenza

Affinché l'emergenza, che potrà presentarsi, sia un fatto occasionale da affrontare come tale mettendo in atto quegli interventi opportuni e necessari a superare la difficoltà e/o il disagio momentaneo, si dovranno rispettare le procedure concordate, nella fase d'inserimento e della relativa verifica, e adottare modalità di collaborazione e comunicazione tra operatori della RSA/CDI e CPS rispetto alla gestione delle singola situazione.

Se l'emergenza richiede una prestazione ospedaliera il servizio psichiatrico assicurerà il ricovero in SPDC. Superata la fase d'acuzie la RSA/CDI assicurerà il reinserimento della persona.

Il servizio psichiatrico assicurerà l'intervento in RSA/CDI dello psichiatra o d'altro operatore sanitario e/o socio educativo del CPS se, nel momento dell'emergenza, il servizio è aperto e se può essere affrontata con il loro intervento, escludendo la necessità del ricovero in SPDC.

5. DIMISSIONI

Le dimissioni possono essere richieste dalla RSA/CDI per il verificarsi di situazioni gravi, non previste, determinate da scompensi psicopatologici, non gestibili all'interno della struttura, che rendono impossibile o non opportuna mantenere la persona inserita.

Le dimissioni, e la loro decorrenza, dovranno essere sempre concordate con il servizio psichiatrico inviante, con altri eventuali servizi coinvolti e con i familiari della persona.

3.4.2.3 Protocollo residenzialità

PROTOCOLLO RESIDENZIALITA'

PREMESSA

L'area della residenzialità per persone con disagio psichiatrico comprende una complessità di interventi e una gamma di risposte che si estende dalla alta protezione alla residenzialità leggera.

Tale complessità non può prescindere dal tenere in considerazione la dimensione clinica, sociale ed economica.

Con il termine residenzialità si intende quindi una dimensione del vivere strettamente connessa al tessuto sociale di riferimento del paziente ai modelli di cura residenziali .

FINALITA'

1) Costruire una cultura condivisa della residenzialità da cui derivano programmi e prassi operative condivise da tutti gli attori coinvolti.

2) Realizzare forme di residenzialità psichiatrica che rispondano :

- alla domanda dei servizi espressa dai Progetti Terapeutici Individualizzati formulati dall'équipe di riferimento dei pazienti,
- al quadro normativo
- alla rete di servizi residenziali esistenti sanitari e socio assistenziale
- all'esigenza di conciliare un risposta clinica qualificata ed efficacie con la permanenza del paziente nel proprio tessuto sociale di riferimento,
- allo sviluppo della residenzialità leggera e di altre modalità di offerta abitativa che valorizzino le esperienze di auto aiuto, la presenza di associazionismo familiare, l'affido familiare.

3) Consentire che i pazienti in cura ai servizi psichiatrici possano usufruire delle risorse residenziali corrispondenti all' età alla presenza di problematiche quali disabilità (con l'eventuale attivazione del Nucleo valutazione disabili per la revisione dei programmi in atto) e dipendenza e età anziana (in virtù anche di protocolli operativi che facilitino l'inserimento) assicurando che le strutture possano garantire l'assistenza psichiatrica necessaria.

4) individuare appositi programmi di inserimento dell'utenza psichiatrici in età anziana in strutture dotate di una specifica competenza professionale

MODALITA' OPERATIVE

- L' UOCT 2 concorda apposite procedure per informare e coinvolgere i comuni nell'attivazione di programmi residenziali a medio e lungo termine.
- Semestralmente l' UOCT 2 organizza incontri con i servizi sociali dei comuni per il monitoraggio dei programmi in corso, la programmazione di interventi di carattere socio assistenziali
- L' UOCT 2 si avvale del nucleo di valutazione della residenzialità costituito dall' ASL con l' Azienda Ospedaliera San Gerardo allo scopo di garantire che la gestione dei programmi residenziali si attengano ai criteri citati nelle finalità del presente protocollo.

MODALITA' DI SEGNALAZIONE

Ogni progetto di residenzialità viene proposto dal UOCT 2 al nucleo valutazione residenzialità attraverso la presentazione di Piano Terapeutico Individualizzato, così come predisposto dagli organismi previsti dal patto territoriale della salute mentale. Nel nucleo valutazione residenzialità vengono in seguito effettuate le verifiche dei programmi e l'eventuale prosecuzione.

Alle riunioni del Nucleo valutazione residenzialità partecipano i Servizi Sociali del Comune di residenza qualora i casi in discussione presentino aspetti di marcato disagio sociale o siano oggetto di verifica per un passaggio nell'area socio sanitaria (anziani disabili).

ASPETTI ECONOMICI

Gli inserimenti presso le strutture della A.O. e presso i centri accreditati sono a carico del fondo sanitario.

Per i ricoveri che non siano a totale carico della sanità, per i quali l' UOCT 2 elabora un PTI nel quale è previsto un trattamento residenziale verranno stabilite le quote a carico dell'interessato nel rispetto della normativa vigente in base a quanto concordato tra UOCT 2 e la famiglia.

Durante il ricovero l' UOCT Monza 2 in accordo con i servizi sociali di residenza metterà in atto misure al fine di salvaguardare il reddito del paziente e rendere disponibile risorse economiche per l'attuazione di programmi successivi alla dimissione (riconoscimento di invalidità, tutela giuridica).

3.4.2.4 Protocollo tirocini terapeutici

PROTOCOLLO TIROCINI TERAPEUTICI

PREMESSA

Il presente protocollo fa riferimento al progetto di riabilitazione Socio- Lavorativa del Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera S. Gerardo. I progetti possono essere iscritti in una iniziativa di programmi individualizzati di tirocinio, definiti terapeutici con finalità e obiettivi differenti da quelli lavorativi, di competenza dei servizi per l'integrazione lavorativa. I tirocini terapeutici si collocano all'interno del percorso di cura e riabilitazione della persona con disagio psichico e pur non essendo finalizzati al collocamento definitivo nel mondo del lavoro, possono essere propedeutici ad un successivo programma d'inserimento lavorativo.

Tali tirocini rappresentano un'occasione di confronto della persona con la realtà sociale esterna, attraverso l'assunzione di un ruolo diverso da quello di malato e lo svolgimento di un'attività concreta. Il contesto del tirocino serve alla persona per riallacciare i fili di un dialogo interrotto, o mai avviato con il proprio contesto di vita, per promuovere scambi e rapporti tra soggetti sociali, per articolare il campo di interessi dell'individuo e quindi, in definitiva svolge una funzione di costruzione di senso sociale, psicologico, ed economico.

FINALITA'

1. Riconoscere e sostenere "buone prassi" riabilitative riferite all'area delle abilità sociali, relazionali e lavorative di persone con disagio psichico;
2. Attuare interventi educativi- riabilitativi che utilizzano ambiti esterni al servizio psichiatrico (ambienti di lavoro) per realizzare il processo terapeutico;
3. Sviluppare collegamenti e collaborazioni con i Comuni di residenza dei pazienti coinvolti nel progetto, attraverso un impegno attivo da parte della UOPCT 2, per la comunicazione periodica dei dati riferiti ai tirocini terapeutici e la valutazione degli stessi e da parte dei Comuni per l'attivazione di postazioni di Tirocinio Terapeutico presso le proprie strutture.

ATTIVITA'

Sono previsti tirocini di primo e secondo livello:

Tirocino di primo livello: si riferiscono ad attività lavorative organizzate in contesti protetti (C.D., C.R.A.) interni ai servizi e si concretizza in attività di laboratorio. I tirocini di primo livello si rivolgono a quelle persone che non sono ancora in grado di confrontarsi con una realtà produttiva esterna

Tirocino di secondo livello: si riferiscono ad esperienze lavorative organizzate in contesti esterni come aziende, enti pubblici, associazioni, cooperative sociali e possono essere propedeutici ad un invio al servizio d'inserimento lavorativo.

DESTINATARI E OPERATORI

Persone con disagio psichico in cura presso la UOPCT 2 per i quali si prevedono percorsi riabilitativi in ambito lavorativo.

Gli interventi sono realizzati da personale educativo della UOPCT 2.

Attualmente l'ASL 3 provvede, attraverso i propri uffici amministrativi, all'erogazione dei contributi economici mensili a favore dei pazienti tirocinanti, garantisce la copertura assicurativa INAIL e concorre con l'azienda Ospedaliera alla stipula delle convenzioni con le sedi di tirocino terapeutico.

MODALITA' DI SEGNALAZIONE

Gli operatori della UOPCT 2 inviano le convenzioni di tirocino terapeutico e il progetto terapeutico (allegati) all' ASL 3 per gli adempimenti necessari.

ASPETTI ECONOMICI

I finanziamenti sono a carico del fondo sociale attualmente gestito, per delega dei Comuni, dalla ASL 3, fino a nuove disposizioni in materia.

3.4.2.5 Protocollo ADIP

PROTOCOLLO ADIP **(Assistenza Domiciliare Integrata per utenti del servizio di Psichiatria)**

PREMESSA

L'Assistenza Domiciliare Integrata, per gli utenti in cura alla UO CT 2 BESANA prevede la collaborazione, progettazione e coordinamento degli interventi a domicilio realizzati, in riferimento alle proprie specifiche competenze, dai Comuni afferenti il Distretto (attraverso il Servizio di Assistenza Domiciliare), dalla ASL (attraverso il Servizio ADI) e dal Servizio di Psichiatria (attraverso le prestazioni specialistiche offerte dalla UO CT 2 BESANA).

FINALITA'

- Promuovere e sostenere le capacità di vita autonoma della persona assistita nel proprio contesto abitativo e sociale.
- Realizzare interventi ad alta integrazione socio-sanitaria.
- Programmare, coordinare e verificare gli interventi di assistenza domiciliare che richiedono integrazione fra servizi.

DESTINATARI e OPERATORI

L'intervento è rivolto ad utenti della UOCT 2 che presentano bisogni di carattere socio-assistenziale-sanitario. Alla realizzazione dell'intervento partecipano, secondo le specifiche competenze e le necessità del caso, operatori SAD dei comuni, equipè ADI del Distretto, micro équipe della UOCT 2 definita per il caso in trattamento.

MODALITA' Di SEGNALAZIONE

- La micro équipe UO CT 2 tramite apposita scheda al Servizio sociale comunale , e qualora se ne ravvisi la necessità , al medico di medicina generale (che a sua volta segnalerà il caso ll' Unità di valutazione Multi dimensionale del distretto socio sanitario) la proposta di intervento domiciliare integrato..
- Gli operatori dei diversi Enti coinvolti effettuano una valutazione congiunta dei bisogni socio-assistenziali e definiscono dove è necessario, il piano d'intervento domiciliare integrato stabilendo obiettivi, modalità, tempi di attuazione, personale coinvolto, eventuali costi, verifiche. Per l'attivazione dell'intervento è necessaria la presentazione delle situazioni segnalate da parte degli operatori del CPS (ivi compreso, se ritenuto necessario, il medico psichiatra), con gli operatori SAD e , qualora fosse coinvolta, l'équipe ADI.
- Gli operatori referenti dell'intervento danno comunicazione congiunta all'utente sul programma concordato e sui tempi per l'avvio.
- Viene data, da parte degli operatori del CPS, comunicazione scritta (tramite scheda già in uso) al medico di medicina generale dell'avvio dell'intervento e, in seguito, della sua conclusione.

GESTIONE PROGRAMMA INTEGRATO

- I servizi coinvolti periodicamente , sulla base delle esigenze del paziente, programmano incontri di verifica del programma nei quali vengono ridefiniti gli obiettivi dell'intervento e l'eventuale chiusura del programma.
- Nella gestione del programma gli operatori coinvolti mettono in atto modalità di collaborazione che favoriscono la reciproca informazione, concordano inoltre tempi e modalità di interventi che si rendessero necessari per affrontare situazioni non previste nel programma concordato che rientrano nelle competenze dei servizi di appartenenza.

ASPETTI ECONOMICI

Le prestazioni erogate si attengono agli specifici regolamenti dei Servizi coinvolti.

3.4.2.6 Protocollo tutela giuridica**PROTOCOLLO TUTELA GIURIDICA****PREMESSA**

La tutela giuridica dei pazienti affetti da patologie psichiatriche che compromettano le funzioni relative alle gestione del denaro e del patrimonio, ad abilità sociali legate all'abitare, alla tutela della salute costituisce un obiettivo per una piena cittadinanza e per i diritti personali.

I pazienti stessi e/o le famiglie possono chiedere ai servizi di intervenire in quest'area, che con l'entrata in vigore della legge 9 gennaio 2004 n. 6, dispongono di uno strumento normativo che si integra con le disposizioni previste dal codice civile (interdizione e inabilitazione).

FINALITA'

- assicurare un'adeguata tutela giuridica a pazienti che presentino una condizione di vulnerabilità sociale nella gestione del patrimonio, del denaro, dell'abitare e della tutela della salute con particolare riferimento a pazienti con genitori anziani, pazienti lungodegenti
- realizzare in via ordinaria all'interno interventi di "supporto sociale" di attivazione tempestiva delle forme di tutela giuridica prevista dalla normativa vigente;
- realizzare opportuni interventi di informazione delle famiglie, dei soggetti stessi, delle realtà sociali del territorio per il reperimento di figure che possano ricoprire la funzione di tutore, curatore e amministratore di sostegno e accrescano la sensibilità sociale sul tema della tutela giuridica dei pazienti psichiatrici;
- promuovere l'istituzione di un ufficio di consulenza per il supporto delle persone che ricoprono le funzioni di cui al punto precedente

DESTINATARI

Il protocollo è rivolto a:

pazienti che previa una valutazione clinica e funzionale delle abilità sociali trovino necessità di forme di tutela giuridica graduate in base alle effettive livelli di autonomia.

Familiari di pazienti psichiatrici interessati a forme di tutela giuridica per i loro congiunti

persone che svolgono funzioni di tutore, curatore, e amministratore di sostegno siano essi familiari, persone della rete informale del paziente, pubblici amministratori, volontari

MODALITÀ DI AVVIO DEGLI INTERVENTI DI TUTELA GIURIDICA

La micro équipe della UOCT 2 definita per il caso, qualora nel Piano di Trattamenti Individualizzato ravvisi la necessità di un intervento di tutela giuridica coinvolge in via preliminare i servizi sociali comunali al fine di :

- 1) svolgere una completa istruttoria sociale e di informarli della situazione.

- 2) Raccogliere le necessarie informazioni sui familiari e la rete sociale del paziente per l'individuazione della persona in grado di ricoprire la funzione di tutore, curatore e amministratore di sostegno
- 3) Concordare eventuali particolari esigenze del paziente in ordine alla tutela giuridica da segnalare nella istanza di nomina dell' amministratore di sostegno o in altre comunicazioni da inviarsi al tribunale

La micro équipe della UOCT 2 presenta istanza alla procura della Repubblica in caso di interdizione e al giudice tutelare per l'amministrazione di sostegno mediante opportuna relazione preventivamente esaminata dai servizi sociali comunali. Nel caso non vi siano persone in grado di ricoprire la funzioni già citate si concorda con il servizio sociale che sia il Sindaco pro tempore a ricoprire l'incarico

La micro équipe della UOCT 2 in collaborazione con servizi sociali comunali fornisce al paziente e ai familiari tutte le informazioni circa il procedimento attivato.

Le assistenti sociali della UO CT 2 , in collaborazione con l' Ufficio di Piano del Distretto Carate Besana garantiscono alle persone incaricate dei funzioni di tutore, curatore e amministratore di sostegno un primo orientamento giuridico nella gestione dei singoli casi.

La micrò équipe del UO CT assicura alle persone che svolgono gli incarichi di tutore, curatore e amministratore di sostegno i supporti necessari per mantenere un clima di collaborazione con i familiari e il paziente stesso.

L'UOCT 2 in collaborazione con le associazioni dei familiari e il Distretto socio sanitario organizzano interventi promozionali e informativo rivolto alle generalità della popolazione e con particolare attenzione alla fascia dei familiari, e azioni formative mirate per tutore, curatori e amministratori di sostegno.

L' UOCT 2 collabora con l' Ufficio tutela giuridica che verrà attivato dall' Ufficio di Piano del Distretto Carate Lissone.

3.4.3 I Protocolli salute mentale ASL / AMBITI

I seguenti protocolli sono stati contrattati, invece, all'interno del Tavolo di Coordinamento per la salute mentale e riguardano tutti gli Ambiti.

3.4.3.1 *Protocollo gestione dei pazienti tossico-alcoldipendenti con comorbilità psichiatrica*

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

PREMESSA

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

Anche i dati finora raccolti localmente sembrano confermare le stime della letteratura.

A differenza di quanto avviene in altri Paesi, in Italia la dipendenza patologica viene trattata in Servizi Specialistici (Ser.D.) staccati dai Servizi Psichiatrici; inoltre nella Regione Lombardia i Dipartimenti appartengono attualmente ad aziende diverse: il Dipartimento per le dipendenze è struttura delle ed il Dipartimento di salute mentale è struttura delle AO.

Il trattamento del paziente che presenta comorbilità psichiatrica pone il problema della corretta integrazione tra i Servizi per le tossicodipendenze e i Servizi di salute mentale. Questi pazienti risultano infatti più difficili e gravosi da trattare per diversi fattori:

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

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

SCOPO

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

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

CAMPO D'APPLICAZIONE

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

RESPONSABILITÀ

I Direttori dei Dipartimenti di Salute mentale delle AO di Vimercate, San Gerardo Monza e del Dipartimento per le Dipendenze della ASLMI3

I Responsabili di Unità Operativa dei Dipartimenti e i Responsabili di Sede

Gli operatori dei Dipartimenti.

PERCORSO RELATIVO AI PAZIENTI

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

La consulenza richiesta può esitare in:

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

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

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

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

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

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

MODALITA' OPERATIVE

Invio del paziente:

Il primo contatto di un paziente con un Servizio riveste una particolare importanza per la successiva presa in carico. L'invio del paziente per consulenza deve essere opportunamente preceduto da una segnalazione telefonica in cui si forniscono i dati anagrafici del paziente e la motivazione della richiesta. La consultazione telefonica in presenza del soggetto (ed eventuali coniugi) ratifica il suo coinvolgimento diretto e può ridurre fraintendimenti e distorsioni comunicative, pregnanti in questa tipologia di disturbi. Il Servizio che riceve la richiesta fisserà un appuntamento al paziente secondo i tempi e le modalità previste dalle procedure interne esistenti, che devono però tenere in considerazione sia possibili percorsi specifici per tali pazienti che le possibili situazioni di urgenza, (proposta: entro al massimo 15 giorni)

Seguirà la trasmissione di una richiesta scritta che sinteticamente descriva la sintomatologia presentata dal paziente e ogni altra notizia utile ad una prima valutazione, ad una prima ipotesi diagnostica e alla definizione di massima della collaborazione richiesta al servizio cui è stato inviato il paziente. A tal fine viene predisposto il modulo n.1 *richiesta di consulenza* che si allega al presente protocollo.

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

Restituzione esito dell'invio:

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

Riunioni periodiche degli operatori:

Oltre alle riunioni periodiche degli specifici gruppi di lavoro previsti nell'ambito dell'Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale, che hanno prevalenti compiti di indirizzo e monitoraggio delle procedure definite e delle criticità che si dovessero successivamente manifestare, è necessaria l'attivazione di gruppi territoriali composti da operatori delle articolazioni territoriali dei Dipartimenti interessati.

Compatibilmente con la disponibilità di risorse è necessario creare tali gruppi di lavoro misti che, a livello locale, periodicamente si incontrano (almeno a cadenza trimestrale) per momenti strutturati di confronto clinico e per attività di formazione a supporto della cogestione dei casi. Fondamentale una presenza delle diverse figure operative coinvolte, (non solo medici e psicologi) nel progetto socio-terapeutico-assistenziale. In tal senso si propone di valorizzare le esperienze di integrazione già attive in alcune situazioni territoriali.

Situazioni particolari:

Invio del paziente in strutture residenziali e/o semiresidenziali

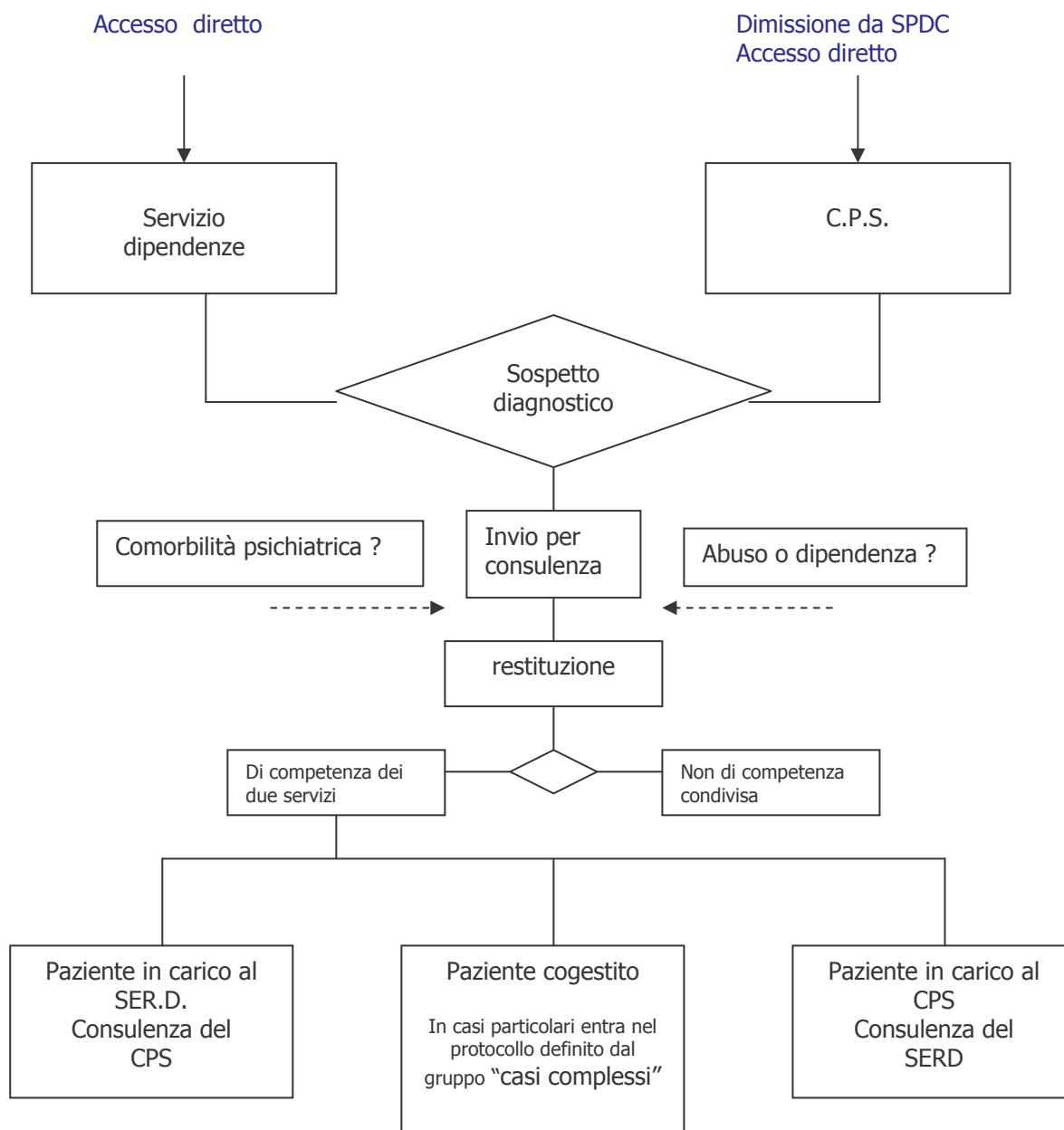
- strutture per pazienti tossicodipendenti, con modulo specialistico doppia diagnosi
- strutture per pazienti psichiatrici (con concomitanti problemi di dipendenza)

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

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

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

Flow chart



3.4.3.2 Protocollo TSO

**Procedura per gli
ACCERTAMENTI E I TRATTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI**

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

1. OGGETTO

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

2. SCOPO

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

3. A CHI SI RIVOLGE

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

4. RIFERIMENTI

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

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

5. RESPONSABILITÀ'

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

6. MODALITA' DI GESTIONE

6.1. Trattamento Sanitario Obbligatorio per malattia mentale (TSO)

6.1.1. Il medico che verifica che per un cittadino:

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

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

6.1.2. Proposta

6.1.2.1. La proposta scritta deve specificare:

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

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

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

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

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

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

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

6.1.3. Convalida

6.1.3.1. Il medico convalidante deve essere un medico pubblico (dipendente dal SSN, medico del dipartimento di Prevenzione dell'ASL 3 MI, del Servizio di Urgenza ed Emergenza (118) o del servizio di continuità assistenziale).

La convalida deve riportare:

- le generalità del paziente
- i dati del medico proponente insieme al recapito telefonico per eventuali comunicazioni urgenti
- la situazione clinica ed i motivi di urgenza per i quali è necessario il TSOO
- il rifiuto del paziente di sottoporsi al trattamento
- la mancanza di condizioni e circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure extraospedaliere.

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

6.1.4. Ordinanza

6.1.4.1. Il Sindaco:

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

6.1.4.2. Il Giudice Tutelare:

- Convalida il provvedimento e lo comunica al Sindaco
- Dispone, qualora ne sussistano le condizioni, i provvedimenti per conservare e tutelare il patrimonio dell'infarto.

6.1.4.3. Il Responsabile del SPDC (anche tramite fax):

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

6.1.5. Accompagnamento del paziente in ospedale

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

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

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

6.1.6. Trasferimenti da ospedale a ospedale

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

6.2. ASO - Accertamento Sanitario Obbligatorio

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

6.2.2. Proposta

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

6.2.2.2. Nella proposta devono essere specificati

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

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

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

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

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

6.2.3. Ordinanza

6.2.3.1. Il Sindaco:

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

6.2.4. Accompagnamento del paziente

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

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

6.2.5. Fase successiva all'accertamento

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

- a. Non e' necessario alcun trattamento (ipotesi improbabile laddove si siano create le condizioni per un ASO). Il medico scrive al Sindaco informandolo della non necessità del trattamento.
- b. E' necessario intervenire con un trattamento ed il paziente acconsente: se è stato proposto l'accertamento in modo obbligatorio il medico scrive al Sindaco dichiarando effettuato l'ASO e si procede con il trattamento
- c. Esistono condizioni per un TSO ospedaliero o extraospedaliero . In tal caso il medico attiva le specifiche procedure.

6.3. Procedure per il TSO Extraospedaliero (TSOE)

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

6.3.1.2. Nella proposta devono essere specificati:

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

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

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

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

6.3.1.6. Nell'ipotesi che il medico proponente non coincida con il medico che eseguirà il TSOE, soprattutto se il TSOE si prolunga per più giorni consecutivamente, è necessario comunicare tempestivamente al medico esecutore la condizione del TSOE e concordarla insieme.

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

6.3.2. Ordinanza

6.3.2.1. Il Sindaco:

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

6.3.4. Accompagnamento del paziente

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

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

6.4. Aspetti specifici del TSO e dell'ASO nei minori

Il TSO è strumento utilizzabile anche prima della maggiore età.

Tale procedimento viene considerato strumento di notevole importanza, soprattutto perché attraverso il coinvolgimento del Giudice Tutelare, prevede un duplice livello di garanzia, in un procedimento per sua natura eccezionale, sia rispetto all'obbligo in sé, sia rispetto al fatto che tale obbligo si esplica nei confronti di un minore, o comunque del suo contesto familiare.

6.4.1. Condizioni applicative

Il TSO, per il ricorso al quale la Legge 180/78 non stabilisce un tetto d'età, è utilizzabile per ragazzi più vicini alla maggiore età , in presenza di disturbi psichiatrici che richiedono interventi urgenti, nei casi in cui si rivela impossibile creare uno spazio di alleanza con l'adolescente e/o la sua famiglia, per ottenere l'adesione ai trattamenti necessari.

In particolare, vanno considerate le seguenti situazioni:

- Minore con grave psicopatologia, bisognoso di cure urgenti, consenziente ad esse, ma genitori contrari all'intervento proposto dal sanitario
- Minore con grave psicopatologia, bisognoso di cure urgenti, con genitori favorevoli all'intervento.

6.4.2. Modalità di gestione

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

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

6.4.2.1. Qualora non fosse un Neuropsichiatra Infantile, sarebbe opportuno che il proponente interpellasse il Neuropsichiatra del Servizio UONPIA per illustrare la situazione e definire in maniera concordata le migliori modalità per affrontare la situazione. Il proponente TSO sarà opportuno contatti uno psichiatra dell'Unità Operativa di Psichiatria presso i Centri Psicosociali.

Negli orari di chiusura delle strutture territoriali (UONPIA e CPS) il proponente può rivolgersi al Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera che potrà fornire il recapito dello psichiatra reperibile con il quale potersi consultare.

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

6.4.3. Strutture di accoglienza

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

1) NB: Ciascun Distretto dell'ASL e ciascuna UOP fornirà ogni indicazione utile (numeri di telefono, orari di servizio ecc...) da allegare alle procedure, per rendere il protocollo di facile utilizzo.

2) NB: I Tavoli della Psichiatria dei Distretti dell'ASL allegheranno, al documento, le specificità dei comuni di competenza (per es. il subentro delle forze di polizia, carabinieri dopo un certo orario ecc...)

3) NB: Questo protocollo è un'elaborazione del lavoro di D.Iacchetti, S.Cogrossi, S.Madini "Procedure per gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori: l'esperienza del DSM di Crema", pubblicato su Psichiatria Oggi XVII, 1, 2004

3.4.3.3 Protocollo passaggio NPI/UOP

PROTOCOLLO D'INTESA PER IL PASSAGGIO DALLA NEUROPSICHIATRIA ALLA PSICHIATRIA

Art. 1 Oggetto e durata del Protocollo

1. Con il presente protocollo d'intesa le Aziende Ospedaliere San Gerardo e Ospedale Civile di Vimercate definiscono il passaggio tra i comparti sanitari Neuropsichiatria Infantile e Psichiatria che si occupano della cura e presa in carico di persone con patologie conclamate.
2. Il presente protocollo ha durata annuale e decorre dalla stipula. Viene attuato, in via sperimentale, a partire dal secondo semestre del 2008, al fine di rilevare le eventuali criticità ed apportare le modifiche opportune, in attesa di renderlo definitivo.
3. Il passaggio riguarda gli adolescenti al 18° anno di età in carico alla Neuropsichiatria Infantile (compresi i reparti ospedalieri) o seguiti presso Strutture Residenziali
4. Il passaggio dal servizio NPI alle UOP avviene al compimento del 18 anno di età per la continuità delle prestazioni sanitarie relative al caso clinico, attraverso la definizione di una metodologia comune a tutti i servizi specialistici presenti sul territorio dell'ASL MI 3.

Art. 2 Finalità del Protocollo

1. Con il presente Protocollo si recepiscono le indicazioni della Regione Lombardia che, all'interno del documento "Regole per la Programmazione 2007", esplicita, nell'Allegato 15, alcuni aspetti che legittimano la necessità di intraprendere un percorso di definizione di protocolli di passaggio tra i comparti sanitari che si occupano della presa in carico delle persone con patologie psichiatriche conclamate.
2. Il documento definisce le prestazioni proposte dai servizi territoriali della UOP così declinate:
 - consulenza
 - assunzione in cura
 - presa in carico
 - consulenza farmacoterapica per i deficit associati a psicosi precoci, ritardo mentale e disturbi comportamentali.
3. I servizi territoriali della UOP si impegnano, all'interno delle prestazioni di loro competenza così declinate, ad attivare interventi multidisciplinari secondo i percorsi concordati ed in particolare rientranti nella casistica degli art. 3 e 6. Esprime la necessità di definire protocolli di intesa tra AAOO, ASL, MMG, Comuni e Associazioni di Privato Sociale per la gestione di patologie che richiedano l'attivazione di risorse trasversali.

Art. 3 La continuità assistenziale

1. Per favorire la continuità assistenziale attraverso una presa in carico da parte dei servizi per adulti è necessario considerare alcune complessità legate all'area della disabilità che si presentano ai Servizi Sociali e Sanitari associata al disagio psichico quali:
 - la presa in esame delle tipologie di patologie che necessitano un passaggio quali ad esempio le patologie associate a disturbi affettivo-relazionali e comportamentali rilevanti e problematici;
 - la doppia diagnosi di stati di dipendenza associati a disturbi psichiatrici, e disabilità con disturbi psichiatrici con risvolti secondari marcati;
 - la patologia psichiatrica associata ad abuso di stupefacenti in età adolescenziale;
 - la presa in carico a ridosso dei 18 anni;
 - il ritardo mentale in età adulta;
 - il coinvolgimento del Servizio Sociale comunale come referente per la tutela sociale dei propri cittadini;

- il sostegno e aiuto alle famiglie per orientarsi all'interno dell'offerta dei servizi per persone disabili con disturbi psichiatrici;
- la necessità di individuare percorsi adeguati per tutti i casi in età adulta in cui si riscontra un disagio o un disturbo di tipo psichico rilevante.

Art. 4 Competenza e Interventi

1. Di norma l'intervento prima dei 18 anni di età è di competenza della NPI, dopo i 18 anni è di competenza della UOP.
2. È già definita la fascia di passaggio in cura per patologie (psicosi) che richiedono una presa in carico istituzionale.
3. Il passaggio istituzionale avviene attraverso le seguenti modalità e rispondendo ai obiettivi declinati all'art. 6 e art. 7.

Art. 5 Attori coinvolti e modalità di passaggio

1. Gli attori coinvolti nel percorso di continuità intervengono nel passaggio di presa in carico tra servizi per l'età minore e servizi per l'età adulta relativamente alle loro specifiche competenze e sono:
 - il paziente,
 - la famiglia d'origine,
 - i servizi di NPI,
 - i servizi psichiatrici adulti,
 - il MMG,
 - i Servizi Sociali Comunali.
2. Le modalità di passaggio necessitano di:
 - definire l'inviante e il referente per l'inviato;
 - utilizzare la scheda di segnalazione definita;
 - indicare il riferimento al sistema diagnostico utilizzato (ICD10/ICD9, DSM IV);
 - segnalare l'avvenuta presa in carico sia al servizio inviante sia al Servizio Sociale Comunale.

Art. 6 Aree considerate

1. Qualora sia presente un disagio psichico rilevante che necessita di una presa in carico complessiva (lavoro di rete integrato di diverse figure professionali: psichiatra, psicologo, educatore professionale, infermiere, assistente sociale), la struttura di riferimento responsabile è il Centro Psico Sociale, o un altro servizio afferente all'UOP dell'Azienda Ospedaliera. Le aree di intervento considerate saranno quelle relative a:
 - Adolescenti con patologie associate a disturbi idetici, affettivi, relazionali e comportamentali rilevanti e problematici in trattamento presso strutture residenziali, reparti di Neuropsichiatria o seguiti sul territorio. Segnalazione da parte della NPI almeno 6 mesi prima dell' invio per presa in carico.
 - Gli adolescenti con deficit su base organica saranno segnalati alla UOP qualora presentino le caratteristiche sopra citate.
 - Per gli adolescenti con prevalenti problematiche legate alla dipendenza si fa riferimento al protocollo definito dal Dipartimento delle Dipendenze congiuntamente con i Dipartimenti di Salute Mentale delle due Aziende Ospedaliere che prevede specifiche modalità per la presa in carico singola o congiunta dei pazienti.

Art. 7 Modalità di segnalazione

1. La modalità di segnalazione avviene attraverso:
 - presentazione del caso almeno 6 mesi prima del passaggio che deve avvenire al diciottesimo anno di età;

- stesura di una relazione completa (compresa scheda di segnalazione concordata);
- copia della cartella clinica (ove ritenuto necessario);
- incontro tra gli operatori referenti del caso per effettuare il passaggio di consegne;
- coinvolgimento del Comune di riferimento della persona oggetto di passaggio da un servizio all'altro, con segnalazione da parte dell'inviaente e conferma dell'avvenuta presa in carico da parte del nuovo servizio titolare della presa in carico, se non già coinvolto nella presa in carico;
- comunicazione al MMG del passaggio di presa in carico da un servizio all'altro da parte del nuovo servizio titolare della presa in carico;
- accompagnamento della famiglia nel passaggio tra i due servizi, anche con l'eventuale coinvolgimento del Servizio Sociale Comunale, se ritenuto necessario.

2. Al compimento del diciottesimo anno si possono creare tre condizioni:

- il passaggio in cura da NPI a UOP che deve avvenire almeno sei mesi prima;
- il passaggio per consultazione, al fine di ridefinire l'eventuale presa in carico;
- la necessità che il caso abbia un altro orientamento di presa in carico come nelle situazioni seguite dai servizi sociali, che necessitano di una consulenza presso il servizio psichiatrico.

3. Per ogni segnalazione viene utilizzata la "Scheda di passaggio dalla NPI alla UOP" allegata al presente documento

Art. 8 Norme transitorie

Il presente protocollo, come enunciato nell'art. 1 comma 2, ha durata annuale. Decorre dalla stipula effettuata dai reparti di neuropsichiatria infantile con i reparti di psichiatria delle singole Aziende Ospedaliere. Viene attuato, in via sperimentale, a partire dal secondo semestre del 2008 dalle singole Azienda Ospedaliere. Scopo della sperimentazione è la rilevazione di eventuali criticità legate a mero titolo di esempio ai meccanismi di segnalazione, alla modalità di coinvolgimento degli altri attori interessati al protocollo (Enti Locali, MMG, Terzo Settore, etc.). Le eventuali segnalazioni permetteranno la modifica del protocollo e la stesura definitiva ed operativa dello stesso.

Visto, approvato e sottoscritto da:

Azienda Ospedaliera di.....

Il Primario di Psichiatria

Il Primario di NPI

Luogo e data.....

3.4.4 Regolamento Centri Diurni Disabili

Il regolamento relativo ai CDD di Besana, Macherio e Verano è al vaglio dell'Assemblea dei Sindaci per l'approvazione.

REGOLAMENTO PER IL FUNZIONAMENTO DEI CENTRI DIURNI DISABILI DI BESANA BRIANZA, MACHERIO E VERANO BRIANZA

ART. 1 – OGGETTO E FINALITÀ'

I Centri Diurni Disabili (istituiti con DGR 18334 del 23.7.2004) sono dei servizi socio sanitari integrati semi-residenziali per disabili gravi. Accolgono giornalmente persone che presentano notevoli compromissioni dell'autonomia nelle funzioni elementari.

Le finalità di tali servizi sono le seguenti:

- favorire insieme agli altri servizi e alle opportunità presenti sul territorio il mantenimento dei propri utenti disabili all'interno del nucleo familiare;
- favorire la crescita evolutiva dell'individuo attraverso gli interventi educativi riabilitativi e assistenziali di cui necessita;
- mantenere una progressiva e costante socializzazione.

ART. 2 – FILOSOFIA E OBIETTIVI

La filosofia di fondo dei Centri Diurni Disabili può essere sintetizzata nei seguenti punti:

- favorire una risposta riabilitativa, educativa e assistenziale differenziata ai bisogni eterogenei espressi dai soggetti sulla base di una programmazione mirata e individuale predisposta dal coordinatore pedagogico insieme agli educatori;
- mantenere la flessibilità organizzativa del servizio e la sua integrazione all'interno della realtà territoriale; il centro viene considerato un ambito educativo/assistenziale non esclusivo nella vita della persona disabile;
- permettere il mantenimento e lo sviluppo delle capacità residue della persona disabile;
- permettere la formazione permanente degli operatori volta ad evitare la standardizzazione delle risposte e a migliorare la capacità educativa rispetto all'utenza;
- favorire lo sviluppo del benessere globale della persona attraverso un'azione educativa/assistenziale integrata ed interdisciplinare in cui il soggetto con la propria storia occupa un ruolo centrale rispetto all'intero progetto individuale;

ART.3 – BACINO DI UTENZA

I Centri Diurni Disabili di Besana Brianza, Verano Brianza e Macherio accolgono cittadini disabili provenienti dai Comuni del Distretto socio sanitario di Carate Brianza e offrono le seguenti disponibilità di posti:

- n° 30 persone CDD di Besana Brianza
- n° 15 persone CDD di Macherio
- n° 10 persone CDD di Verano Brianza.

È possibile l'accesso di utenti non residenti nel distretto, subordinato alla disponibilità di posti, coerentemente con i criteri di ammissione definiti nella normativa regionale e dall'art. 5 del presente regolamento.

ART 4 – UTENTI

I Centri Diurni Disabili possono accogliere persone con notevole compromissione dell'autonomia nelle funzioni elementari affette da danni biologici permanenti o in grave situazione di handicap.

Una certa omogeneità e soprattutto compatibilità tra le patologie accolte si considera prioritaria.

Non sono comunque ammessi utenti con problematiche tali da richiedere trattamenti assistenziali e terapeutici specialistici, quali pazienti con disturbi psichiatrici, ovvero gli utenti affetti da gravi turbe comportamentali.

L'accoglienza dei minori è possibile, vincolata alla presenza dei seguenti requisiti:

1. specifica richiesta da parte del genitore o del tutore/curatore/amministratore di sostegno;
2. valutazione della necessità di interventi di lungoassistenza da parte dell'ASL di residenza o dell'U.O. di Neuropsichiatria Infantile di riferimento o dello specialista neuropsichiatria infantile di un Istituto di Riabilitazione extra ospedaliero accreditato;
3. disponibilità dell'Ente gestore della struttura ad adeguare i propri interventi al minore e predisposizione di un apposito piano individualizzato di intervento;
4. parere favorevole del competente ufficio dell'ASL 3 Provincia di Milano.

ART. 5 – AMMISSIONI- DIMISSIONI

È possibile accedere ai CDD esclusivamente attraverso una relazione scritta dei Servizi Sociali del Comune di residenza della persona disabile. Le domande di ammissione ai CDD devono pervenire in prima istanza presso l'Ente Gestore accreditato con l'indicazione delle sedi per le quali si ha preferenza. Dopo una prima valutazione documentale, vengono esaminate da una apposita Commissione Tecnica.

ART. 6 – COMMISSIONE TECNICA

La Commissione Tecnica è convocata dall'Ente gestore accreditato. E' composta da:

- I Responsabili dei Servizi Sociali dei Comuni di Besana Brianza, Macherio e Verano Brianza.
- I Coordinatori dei CDD.
- Un referente dell'area disabilità del distretto socio-sanitario
- Un rappresentante dell'Ente gestore accreditato

Ai lavori della Commissione, sulla base degli argomenti all'ordine del giorno, partecipano:

- I rappresentanti dei Servizi Sociali invianti
- Gli operatori dei CDD
- Altre eventuali figure tecniche necessarie ai fini della valutazione concordate tra i Responsabili dei Servizi Sociali comunali e i Coordinatori dei CDD.

Il criterio di priorità rispetto alle ammissioni è la residenza in uno dei comuni del Distretto di Carate Brianza, indipendentemente dalla data di presentazione della domanda. Le domande di ammissione accolte, che non dessero luogo all'inserimento entro la data prevista, saranno poste in coda alla lista di attesa.

La Commissione Tecnica si riunisce anche per valutare eventuali richieste di dimissioni, che possono provenire da:

- ❖ l'equipe dei CDD
- ❖ la famiglia
- ❖ i Servizi Sociali del Comune di residenza

ART.7 – FUNZIONAMENTO

I CDD funzionano per 5 giorni la settimana per non meno di 47 settimane l'anno. La frequenza ai Centri è regolamentata da norme generali e di carattere sanitario.

ART 8 – ATTIVITA' E PROGETTO INDIVIDUALE

Annualmente devono essere individuate e programmate le attività complessive dei Centri, i laboratori e le uscite socializzanti nonché predisposti i programmi individuali legati alla situazione specifica di ogni singolo soggetto.

Le attività sono diversificate in modo tale da soddisfare i principali bisogni espressi dai soggetti frequentanti e comunque non possono prescindere da:

1. attività socio sanitarie ad elevato grado di integrazione
2. attività di riabilitazione
3. attività di socio-riabilitazione
4. attività educative indirizzate verso l'autonomia personale;

5. attività educative con significato prevalentemente psicomotorio;
6. attività educative di socializzazione;
7. attività educative con significato prevalentemente occupazionale;
8. attività educative mirate al mantenimento del livello culturale raggiunto;
9. attività di carattere assistenziale.

Per ogni utente deve essere steso un progetto individuale da svolgersi per l'intero corso dell'anno, in cui si evidenzino gli obiettivi che si intendono perseguire e gli interventi che si intendono attivare. Tale progetto deve essere verificato, almeno annualmente, con la famiglia ed il Servizio sociale inviante.

Presso il Centro sono conservati i fascicoli personali contenenti i dati relativi agli utenti frequentanti. Il trattamento dei dati avverrà nei limiti necessari per l'espletamento dei servizi e nel rispetto della normativa vigente.

ART. 9 – EQUIPE

L'équipe di ogni CDD è costituita dal coordinatore, dal gruppo degli educatori, dagli A.S.A. addetti all'assistenza alla persona e dagli eventuali tecnici consulenti presenti nel servizio. L'équipe di ogni CDD si riunisce settimanalmente per valutare l'andamento del servizio, la situazione dei casi inseriti e la predisposizione degli interventi necessari alla buona gestione complessiva del Centro.

L'équipe verifica l'andamento dei programmi di intervento individuali e collettivi, programma gli inserimenti e ne segue le fasi.

L'équipe è soggetta a programmi periodici di supervisione e aggiornamento.

ART. 10 PARTECIPAZIONE DEI GENITORI ALLA VITA DEL CENTRO

L'Assemblea dei Genitori di ogni CDD (costituita dai genitori dei frequentanti di ogni Centro) è convocata dal Coordinatore del Centro, o su domanda motivata da parte dei genitori stessi, almeno due volte all'anno e tutte le volte che se ne presenti la necessità.

L'Assemblea dei Genitori viene informata sugli indirizzi e sulle attività del servizio, sui quali esprime il proprio parere.

E' istituita una Commissione di gestione che si riunisce almeno due volte l'anno, per discutere gli indirizzi e le attività del servizio, così composta:

- ❖ 4 rappresentanti dei genitori (2 per il CDD di Villa Raverio, 1 per il CDD di Verano e 1 per il CDD di Macherio)
- ❖ I Responsabili dei Servizi Sociali dei Comuni di Besana Brianza, Macherio e Verano Brianza.
- ❖ I Coordinatori dei CDD.
- ❖ Un rappresentante dell'Ente gestore accreditato
- ❖ Un rappresentante del personale dell'unità d'offerta

ART. 11 – STANDARD DI PERSONALE

Ogni CDD rispetta gli standard di personale fissati dalla normativa vigente.

ART. 12 – SERVIZI COMPRESI NELLA RETTA

I servizi inclusi nella retta sono:

- Tutte le attività educative strutturate in laboratori: attività indirizzate verso l'autonomia personale, attività con significato prevalentemente psicomotorio, attività affettivorelazionali, attività con significato prevalentemente occupazionale, attività mirate al mantenimento del livello culturale/cognitivo raggiunto;
- Tutte le attività assistenziali
- Consulenza neuropsichiatrica;
- Musicoterapia;
- Psicomotricità
- Fisioterapia di mantenimento;
- Pasto;

- Attività esterne;
- Attività di piscina;
- Soggiorni climatici.

L'Ente gestore della struttura può fornire servizi accessori esclusi dalla retta ed esplicitamente indicati nella Carta dei Servizi.

ART. 13 – RETTE DI FREQUENZA

La retta di frequenza a carico delle Amministrazioni Comunali è definita annualmente dall'Ente Gestore sulla base del Budget assegnato dall'ASL. LA retta è versta in 12 ratei mensili posticipati.

Nel caso di assenze temporanee si prevede una remunerazione pari alla retta intera per i primi 60 giorni, del 50% della retta per i giorni dal 61° al 90°, del 30% oltre i 90 giorni fino alla liberazione del posto e comunque non oltre 180 giorni.

ALLEGATI AL REGOLAMENTO

NORME PER LA FREQUENZA

NORME IGIENICO SANITARIE

1. Per frequentare i Centri è indispensabile rispettare le Norme Igienico Sanitarie. Si richiede per tanto, una cura costante dell'igiene personale, della biancheria intima e del vestiario. Inosservanza costante e ripetuta di questa norma è motivo di sospensione della frequenza o di allontanamento dai Centri.

2. Le assenze per motivi di salute andranno auto certificate. In caso di febbre l'utente è riammesso al Centro dopo quarantotto ore dallo sfebbramento.

3. Per frequentare il Centro è consigliato essere stati sottoposti a vaccinazione anti-epatite B.

4. Nel caso di incidenti o gravi urgenze riguardanti la salute degli utenti sarà obbligo del Centro attivare il Pronto Soccorso e comunicare immediatamente la situazione alla famiglia la quale dovrà fornire al Centro dei numeri telefonici a cui essere sempre reperibile.

5. Il Centro non può garantire l'assistenza agli utenti in precarie condizioni di salute laddove siano necessari interventi specialistici di pronto intervento.

I genitori pertanto hanno l'obbligo di riaccompagnare a casa il figlio, dietro segnalazione del Centro, nei seguenti casi:

- quando ci sia uno stato febbrile con temperatura uguale o superiore ai **37,5° C**

- quando ci sia la presenza di situazioni di malessere generale (quali ad esempio: stati dolorifici, vomito, dissenteria, malattie infettive, agitazione psicomotoria non controllabile, presenza di patologie che possono aggravarsi o che necessitano di costante accudimento), che a parere del Responsabile Sanitario o del Coordinatore rendano incompatibile il permanere della frequenza al Centro per il giorno stesso.

6. Data la necessità del servizio di essere costantemente al corrente dello stato di salute degli utenti e di aggiornare il Fascicolo Sanitario, anche per poter meglio impostare i programmi individuali e farsi carico delle loro esigenze, le famiglie sono invitate a:

- comunicare al personale sanitario e al Coordinatore del Centro ciò che risulta significativo per lo stato di salute del figlio (nuovi accertamenti diagnostici, insorgenze di nuove problematiche di carattere sanitario)

- comunicare altresì tutte le eventuali terapie di cui necessita il ragazzo, mediante prescrizione medica riportante la terapia completa assunta nelle 24 ore, il nome commerciale del farmaco, le dosi, i tempi e le modalità di assunzione.

7. In riferimento alla necessità di terapie farmacologiche da somministrare al Centro è necessario:

□ consegnare annualmente e tutte le volte che avvengono modifiche, nonchè in occasione dei soggiorni climatici al personale sanitario il certificato del medico di famiglia o dello specialista riportante la terapia completa assunta nelle 24 ore, il nome commerciale del farmaco, le dosi, i tempi e le modalità di assunzione;

□ compilare annualmente, tutte le volte che avvengono modifiche e in occasione dei soggiorni climatici un modulo di autorizzazione alla somministrazione della terapia che deve essere assunta presso il Centro.

I farmaci devono essere forniti dalla famiglia e sarà cura del personale del Centro avvisare per tempo quando siano in esaurimento.

Ogni modifica della terapia deve essere documentata da certificato medico, pertanto la somministrazione della nuova terapia verrà attuata solo in presenza di tale documentazione e compilazione del modulo di autorizzazione alla somministrazione dei farmaci da parte del genitore e non dopo la sola consegna verbale.

8. In presenza di crisi epilettiche che durano più di tre minuti o che si ripresentino in un numero maggiore di tre in un breve arco di tempo (compatibilmente con la situazione epilettologica di base) si renderà necessario chiamare il servizio 118 e si avviseranno i genitori.

9. In accordo con lo specialista di riferimento della famiglia, il Responsabile Sanitario del Centro potrà richiedere approfondimenti diagnostici o accertamenti sanitari ritenuti indispensabili per la frequenza, in mancanza dei quali potrà essere disposta la sospensione dal Centro.

10. E' obbligatorio presentare annualmente certificazione medica per lo svolgimento delle attività fisiche (ad esempio piscina, palestra etc.) da rinnovare annualmente.

NORME PER IL FUNZIONAMENTO

sono specificate diversamente per ciascun centro

3.5 Area anziani

Il presente protocollo è stato adottato dal 1.8.2008 in via sperimentale e verrà siglato dopo l'Accordo per i Piani di Zona

3.5.1 Protocollo dimissioni protette

**PERCORSO CONDIVISO PER GARANTIRE LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE TRA OSPEDALE E
TERRITORIO DEL PAZIENTE RICOVERATO**
(dimissioni protette)

Documento elaborato e condiviso da:

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

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

La dimissione protetta è una sequenza integrata di interventi volti a facilitare la continuità delle cure tra l'ambito specialistico ospedaliero e l'ambito dell'Assistenza sanitaria e socio-assistenziale territoriale, entro cui si collocano le Cure domiciliari.

La dimissione protetta è rivolta in particolare ai pazienti che siano giudicati clinicamente dimisibili, ma che necessitino di un supporto a domicilio perché incapaci ad autogestire le cure e le proprie funzioni primarie quotidiane.

Le parti consapevoli della necessità di condividere indirizzi comuni per l'attuazione delle dimissioni protette su tutto l'ambito territoriale che garantiscano uniformità di comportamenti nel rispetto dei singoli contesti locali, concordano le procedure di seguito descritte che costituiscono modello di riferimento per la attuazione dei percorsi di dimissioni protette a livello dei singoli Distretti/Presidi Ospedalieri/Comuni su tutto il territorio dell'ASL.

Considerato che:

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

Le Aziende ospedaliere si impegnano a:

- Promuovere le dimissioni protette, per gli assistiti che necessitano di un supporto a domicilio perché incapaci ad autogestire le cure e le proprie funzioni quotidiane, attraverso le seguenti azioni:
 - segnalare al referente delle dimissioni protette del distretto l'eventualità di attivare un percorso di dimissione protetta concordando modalità e tempi di dimissione
 - contribuire per quanto di competenza alla definizione del piano clinico/assistenziale globale applicabile a domicilio, con indicazione sulle necessità terapeutiche, di assistenza sanitaria e di supporto sociale, nonché i tempi e i modi per il monitoraggio e la rivalutazione del piano clinico/assistenziale
 - identificare e prescrivere (mod. 03) presidi ed ausili necessari per l'accettabilità al domicilio, concordandoli con il referente delle dimissioni protette del distretto
 - educare il (*)care giver sulle modalità di assistenza al paziente ivi compreso l'utilizzo di presidi/ausili
 - collaborare con il distretto e con il medico di medicina generale nella individuazione di soluzioni alternative nel caso di impossibilità dell'assistito di rientro a domicilio attivando i propri servizi sociali,
 - individuare e favorire percorsi per l'accesso al consulto degli specialisti che hanno avuto in cura il paziente da parte del MMG e degli operatori sanitari coinvolti nell'assistenza del paziente
- Identificare in ciascun presidio e reparto un referente per le dimissioni protette e comunicarlo all'ASL3
- utilizzare gli strumenti di comunicazione previsti nei percorsi applicativi, favorendone l'applicazione anche attraverso specifici corsi di formazione/informazione per il personale coinvolto.

I Medici di Medicina Generale si impegnano a:

- Interagire con i Presidi Ospedalieri e con il Distretto al fine di promuovere le dimissioni protette, per gli assistiti che necessitano di un supporto a domicilio perché incapaci ad autogestire le cure e le proprie funzioni quotidiane, assicurando le seguenti azioni:
 - valutare con il referente del Distretto e l'assistente sociale referente per territorio l'accettabilità al domicilio del paziente, concordando modalità e tempi della dimissione
 - definire con il referente del Distretto, con l'assistente sociale comunale e la consulenza del medico dell'unità operativa ospedaliera il piano clinico/assistenziale applicabile al domicilio, contenente le indicazioni terapeutiche e di assistenza sanitaria e sociale, consultando per quanto di competenza il medico dell'unità operativa ospedaliera
 - educare il care giver sulle modalità di assistenza domiciliare al paziente ivi compreso l'utilizzo di presidi/ausili
 - garantire gli accessi domiciliari necessari alla definizione e al monitoraggio del PAI (Piano Assistenziale Individualizzato) e avviare, se necessario, le pratiche per l'accertamento dello stato di invalidità, redigendo una certificazione medica.
- collaborare con il Distretto, con l'assistente sociale comunale referente per territorio e con il medico dell'unità operativa ospedaliera nella individuazione di soluzioni alternative, nel caso d'impossibilità di rientro a domicilio dell'assistito

L'ASL si impegna a:

- Promuovere le dimissioni protette, per gli assistiti che necessitano di un supporto a domicilio perché incapaci ad autogestire le cure e le proprie funzioni quotidiane, garantendo che ogni Distretto attui le seguenti azioni:
 - individuare un referente delle dimissioni protette e comunicarlo ai presidi ospedalieri, ai medici di medicina generale, ai Servizi Sociali Comunali
 - concordare modalità e tempi della dimissione con il medico di medicina generale e il medico curante dell'unità operativa ospedaliera, valutando l'accettabilità al domicilio del paziente

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

I Comuni si impegnano a:

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

Impegni per tutti i soggetti

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

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

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