

**Proposta
per la costituzione del
Polo Territoriale Sociosanitario
del
Meratese – Casatese**

Premessa

Questo documento nasce perché siamo in una fase di transizione, aperta dalla scelta della Giunta di Regione Lombardia di avviare una riforma del Servizio Socio Sanitario.

La presente proposta è stata elaborata anche sulla base della normativa nazionale contenuta nel Patto per la Salute e delle bozze di riforma regionale.

Come Enti Locali del Distretto sociosanitario di Merate (Area Casatese – Meratese), alla luce delle esperienze vissute e dei notevoli sforzi compiuti dagli anni '80 a oggi per assicurare ai nostri cittadini servizi sanitari, sociosanitari e sociali di qualità e integrati tra loro, individuiamo tre obiettivi da raggiungere per il nostro territorio per preservare e sviluppare il livello raggiunto nei servizi:

1. **Valorizzazione** dell'integrazione raggiunta tra *Ospedale e Territorio* che ha come "motore" il *Mandic* e coinvolge altri soggetti pubblici e privati (comprese altre strutture ospedaliere) che hanno aperto il processo di sperimentazione al volontariato, all'associazionismo e, più in generale, al *Privato Sociale*, in conformità alla Riforma Sanitaria proposta che implementa l'integrazione tra Territorio e Ospedale;
2. Preservare l'**autonomia distrettuale** con la disponibilità ad allargare il perimetro del distretto, per ampliare l'esperienza di integrazione ormai raggiunta e consolidata nel Territorio del Casatese-Meratese;
3. Disponibilità per l'avvio di una **sperimentazione** organizzativa di integrazione tra Ospedale e Territorio che coinvolga altri soggetti pubblici e privati (comprese altre strutture ospedaliere) disponibili a tentare questa via, aprendo il processo di sperimentazione al Volontariato, all'Associazionismo e, più in generale, al *Privato Sociale*.

Lo scenario

La storia

Parlare dell'Ospedale "San Leopoldo Mandic" di Merate, presidio per acuti di 298 posti letto ordinari e di 28 di day hospital (documento programmazione ASL 2015), significa parlare del territorio ad esso legato. E' un dato "storico".

Non si parla solo di benefattori, ma di un polo di attrazione, nato nell'aprile di 170 anni fa.

È un presidio ospedaliero che ha avuto la capacità di sopravvivere e prosperare rispetto ad altre strutture che non ce l'hanno fatta (*Cernusco Lombardone, Santa Maria Hoè, Oggiono e Besana in Brianza*).

Il *Mandic* è nato in un periodo nel quale la *Brianza* era in pieno sviluppo industriale e i suoi "capitani" investirono molto su questa struttura con il fondamentale aiuto di diversi medici locali – che oggi chiameremmo di famiglia – che lavoravano contemporaneamente sia in *Ospedale* che sul *Territorio*.

Per questi motivi la proposta che s'intende presentare ha come riferimento base l'attuale *Distretto Sociosanitario di Merate* che costituisce il centro di una ampia area con contorni geografici e amministrativi mai definiti che chiamiamo *Brianza Centro Orientale*, area rispetto alla quale ogni territorio limitrofo al nucleo originario aspira o ha aspirato ad esserne incluso. Il bacino di utenza del *Mandic*, infatti, va oltre l'attuale *Distretto* in senso stretto ed oltre l'attuale ASL: il 21,37% dei suoi assistiti viene da fuori ASL (dati Regione Lombardia – Anno 2013).

La geografia

Il *Casatese* e il *Meratese*, oggi, ne costituiscono il nucleo originario: il cosiddetto *Campanone*, uno dei simboli della *Brianza*, è ubicato appena sopra il confine del Comune di *Santa Maria Hoè*.

Altro simbolo, soprattutto per i milanesi, è la collina di *Montevecchia* che è il baricentro dell'area di cui si parla: questa area territoriale si colloca in modo centrale rispetto ai maggiori centri a nord del capoluogo lombardo e le distanze lo indicano:

- Milano 40 Km;
- Como 31 Km;
- Bergamo 28 Km;
- Monza 17 Km;
- Lecco 20 Km.

Il quadro socio-economico

Nel panorama provinciale, il Distretto di Merate gode di una buona posizione dal punto di vista reddituale.

Statisticamente si può rilevare che dei primi 10 Comuni più ricchi della Provincia di Lecco ben sette sono della Brianza e, inoltre, ai primi due posti ci sono *Montevecchia* e *Lomagna*.

Anche tra i pensionati, fascia demografica considerata tra le più deboli, la Brianza occupa i vertici della classifica provinciale con nove posti sui primi dieci. (Merate, Montevecchia, Lomagna, Cernusco Lombardone, Robbiate, Verderio e Calco).

Questi due parametri riguardano il 2012, uno degli anni più neri della crisi economica.

La popolazione residente e le sue dinamiche

Nel territorio del *Distretto* nel 2013 risiedevano 120.513 abitanti pari ad oltre il 35% della popolazione della *Provincia di Lecco*.

Tabella popolazione ultimi 5 anni							
Anni	2013	2012	2011	2010	2009	Delta 2013/2009	Delta % 2013/2009
0 – 5	7.219	7.372	7.360	7.423	7.346	- 127	-1,76
6 – 14	10.612	10.548	10.363	10.328	10.181	+ 431	+ 4,06
15 – 64	78.114	78.273	78.134	79.692	79.412	- 1.298	-1,66
>= 65	24.568	23.653	22.919	22.278	21.973	+ 2.595	+ 10,56
Totale	120.513	119.846	118.776	119.721	118.912	+ 1.601	+ 1,33

La percentuale degli stranieri, intesi come persone senza cittadinanza italiana, è pari al 8,99% dei residenti. La media provinciale è, invece, del 8,53%.

**Tabella
a
popolazione**

stranie ra ultimi 5 anni	Anni	2013	2012	2011	2010	2009
	0 – 5	1.247	1.205	1.134	1.212	1.124
6 – 14	1.185	1.105	1.007	1.031	1.031	
15 – 64	8.103	7.810	7.361	7.958	7.333	
>= 65	245	252	225	201	193	
Totale	10.780	10.372	9.727	10.402	9.681	

Le conseguenze sul piano dell'utenza sanitaria e la "svolta" necessaria

Anche il Distretto di Merate ha subito nel corso degli anni un mutamento demografico che ha poi determinato pure un cambio nel tipo di utenza sanitaria.

Dal 2001 ad oggi la popolazione anziana (da 65 anni in su) è passata dal 16,2% dei residenti al 20,4% del 2013. L'indice di vecchiaia è passato dal 114,66 del 2001 al 137,78 di fine 2013 (+ 23,12).

La fascia dei minori in età prescolare si aggira sempre intorno al 6%, senza una dinamica positiva. Siamo quindi di fronte ad un invecchiamento della popolazione e le conseguenze più evidenti si ritrovano anche, nel tipo di utenza del *Servizio Sanitario Regionale*: i "cronici", pur essendo una media di circa il 30% degli utenti, incidono per il 70% sulla spesa sanitaria.

Questo mutamento determina la necessità di una svolta organizzativa ed assistenziale in quanto il territorio dovrà "prendere in carico" i propri utenti con strumenti idonei quali la rete associativa dei MMG/PLS, il Presidio Ospedaliero Territoriale (POT) o Ospedali di Comunità, i Poliambulatori, l'ADI coi suoi erogatori, la Rete di Cure Palliative, il SAD e gli strumenti economici per sostenere la permanenza in famiglia.

Una riorganizzazione adeguata avrebbe, tra i suoi effetti, anche quello di un filtro effettivo degli accessi ai Dipartimenti Emergenza e Accettazione (DEA) e conseguentemente ai Reparti di Area Medica, portando a una più razionale selezione degli afflussi, a una decompressione dei carichi complessivi di lavoro, a un innalzamento deciso dei livelli qualitativi di erogazione e di soddisfazione da parte dei pazienti.

Analogamente, l'espansione delle Malattie Degenerative (Alzheimer e Demenze Senili, per esempio), determina la necessità di un piano d'intervento che permetta non solo a sostenere l'assistenza a domicilio, ma anche una espansione dei Centri Semiresidenziali per garantire un sostegno complessivo alle famiglie coinvolte, anche sotto forma di consultorio.

L'AZIENDA SPECIALE RETESALUTE – IL DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE ASL/AO DELLA FRAGILITA' (DIFRA)- L'HOSPICE IL NESPOLO

Nel Distretto di Merate sono presenti tre realtà ben strutturate che erogano servizi, che si sono sviluppate nel tempo: l'Azienda Speciale Retesalute per la gestione degli interventi nel settore prevalentemente sociale, il Dipartimento Interaziendale della Fragilità costituito da Azienda Ospedaliera e ASL di Lecco (Difra) e l'Hospice per il settore sanitario.

AZIENDA RETESALUTE

A dieci anni dalla nascita dell'Azienda Speciale Retesalute, costituita dai 24 Comuni del Distretto di Merate, gli stessi programmano e gestiscono insieme circa il 60% delle risorse impiegate sul sociale.

Per 12 servizi principali, il conferimento dei servizi all'Azienda va dal 70 al 100% dei Comuni dell'ambito ed è stata così confermata per il periodo 2014-2018:

Servizio		
1	Ufficio CPE e accreditamento	24
2	Ex Leggi di settore	24
3	Centri diurni disabili	24
4	Servizio di Assistenza Educativa Scolastica	23
5	Servizio di Assistenza Domiciliare Minori	23
6	Servizio Spazio Neutro	23
7	Servizio Tutela minori	23
8	Servizio di Teleassistenza	23
9	Servizio di Assistenza Domiciliare Anziani	22
10	Servizio di Assistenza Domiciliare Disabili	22
11	Servizio Sociale di base	16
12	Servizio di Counseling scolastico	7

DIFRA

Il Difra, realtà che vanta una storia ventennale di attività, iniziata proprio nel Distretto di Merate quando ancora c'erano le USSL, si è diffuso in questi anni su tutto il territorio della provincia di Lecco e, attraverso le tre sedi territoriali di coordinamento, è diventato un punto di riferimento non solo per la popolazione ma anche per i servizi sociali comunali e i MMG/PLS.

Gli interventi, erogati dal DIFRA attraverso équipe plurispecialistiche composte da professionisti socio-sanitari, rispondono ai bisogni della fascia più fragile della popolazione. Essi sono intesi in senso clinico, riabilitativo e sociale; si pongono l'obiettivo di realizzare la globalità dell'intervento tramite percorsi diagnostici-terapeutici e assistenziali domiciliari, a partire anche dalle Dimissioni Protette Ospedaliere.

Consapevoli che l'assistenza ai malati fragili in stato di debolezza fisica e psichica, tanto più se prossimi al termine della loro vita, impegna una quota sempre più importante di risorse, tempo e consapevolezza professionale, ci preme evidenziare che i dati presentati in questi anni dal DIFRA ci dimostrano che, attraverso un continuo adattamento delle condizioni strutturali, gestionali e professionali, si possono sviluppare percorsi assistenziali integrati, salvaguardando la qualità e l'efficacia dell'assistenza, nonché l'efficienza nella combinazione e nell'utilizzo delle risorse.

A titolo esemplificativo I dati 2013 mostrano che il Dipartimento ha seguito 3.000 assistiti di cui oltre il 70% aveva una età uguale o superiore ai 75 anni. Di questi 697 sono stati seguiti in un percorso di Cure Palliative; 1395 sono invece i pazienti valutati attraverso le Dimissioni Protette all'interno del percorso della continuità delle cure.

In pratica il Difra ha assistito il 2,93% degli ultrasessantacinquenni dell'ASL.

HOSPICE IL NESPOLO

Dopo un breve periodo in cui un gruppo di professionisti aveva germinato un abbozzo di Cure Domiciliari con il sostegno della Fondazione Floriani, viene fondata l'Associazione Fabio Sassi, la cui nascita nel 1989 segna l'avvio delle Cure Palliative sul territorio in forma strutturata. Il graduale passaggio delle competenze al nascente nucleo di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) libera risorse per la progettazione e costruzione di un Hospice (uno dei primi in Lombardia, quindi in Italia), il primo veramente territoriale. Viene ristrutturata una antica Canonica, di proprietà della Curia Milanese, ubicata nel Comune di Airuno.

Il dimensionamento viene calcolato sui parametri OMS (4 posti letto ogni 100.000 ab.); vengono quindi accreditati 12 posti dopo qualche mese che Il Nespolo aveva già dato inizio all'attività (settembre 2002).

A oggi sono stati seguiti circa 2400 Pazienti con una media di 200 ricoveri/anno. Nel 2014 sono stati ricoverati 221 Pazienti (di cui 64 provenienti da altre ASL di Regione Lombardia). I Pazienti sono stati seguiti da una Equipe di 19 Operatori (15 tra IP e OSS, 4 Medici). Il tasso di occupazione medio è stato dell'85,37%; questo valore è eccellente considerando il limite del 90% non superabile senza uno scadimento serio dei parametri qualitativi.

L'Hospice territoriale agisce in modo perfettamente integrato con la Rete di Cure Palliative del Difra, con i servizi di Medicina, Chirurgia, Oncologia delle Aziende Ospedaliere con i loro Presidi, con i MMG sia in associazione sia singoli, con i servizi di Geriatria territoriale nelle RSA accreditate. L'Hospice Territoriale ha sia una funzione sussidiaria per l'accompagnamento di fine vita rispetto all'impossibilità o inopportunità specifica dell'Assistenza Domiciliare, sia una possibilità di ricovero temporaneo di sollievo rispetto alle fragilità dell'ambito domestico. Un'ulteriore funzione individuata è quella del passaggio morbido al contesto domiciliare con una dimissione protetta progressiva rispetto al ricovero ospedaliero.

RSA

Nel settore delle Residenze Sanitarie Anziani (RSA), il Distretto non solo ha tutti i posti letto occupati (602) ma presenta anche una lista d'attesa di 625 persone (aprile 2015); il dato è da pesare correttamente, in quanto i richiedenti si iscrivono in più strutture; in realtà il fabbisogno reale maggiore si stima tra i 100 e i 150 posti letto.

Analogo discorso vale per le Residenze Sanitarie per Disabili (RSD).

Relativamente ai Centri Diurni destinati a favorire la non "istituzionalizzazione" degli utenti, i margini di programmazione sono pochi per il blocco degli accreditamenti. Il territorio necessita di un Centro Diurno specializzato per le Malattie Neurologiche Degenerative (Alzheimer, Demenze Senili, etc).

CEAD

Sul territori riferito all'ASL di Lecco, per ragioni sociodemografiche, vi è stato un progressivo spostamento della domanda di servizi dall'ambito dell'acuzie a quello delle subacuzie e della cronicità. Appare quindi centrato lo sviluppo del CEAD (Centro Assistenza Domiciliare) e della sua funzione di valutazione multidimensionale che porta a piani di assistenza condivisi tra le varie figure di responsabilità (ASL, Erogatori accreditati per l'ADI, MMG/PLS), e quindi alla riduzione del delta rispetto all'effettivo bisogno.

Questo vale per l'erogazione dei servizi per i bisogni di livello medio, mentre per quelli ad alta complessità la competenza è dei soggetti del Sociosanitario Pubblico ad alta specializzazione (DIFRA e Hospice, ad esempio), che sono responsabili anche delle esperienze di ODCP (Ospedalizzazione Domiciliare Cure Palliative).

Linee guida della proposta

Il *Distretto Sociosanitario* rimarrà l'ambito territoriale di riferimento per i servizi di qualità e di prossimità al cittadino (servizi a disponibilità continua, POT, Cure domiciliari ...) finalizzati alla presa in cura del paziente in correlazione migliorativa a quanto sarà previsto dalla nuova articolazione del *Servizio Sociosanitario Regionale* in tema di Aree Vaste, Aziende Ospedaliere e Aziende Integrate Sociosanitarie.

In una logica di continuità *Territorio-Servizi-Ospedale*, i seguenti interventi sono da considerarsi irrinunciabili:

1. Richiesta a Regione Lombardia per la sperimentazione nel Distretto Sociosanitario di Merate del nuovo modello di cura definito dalla proposta di Legge "*Evoluzione del Sistema sociosanitario lombardo*".

Partendo dalle peculiarità che caratterizzano il *Distretto di Merate* (Azienda Speciale Retesalute, Dipartimento Interaziendale della Fragilità, Hospice, associazionismo attivo nel sociale e nel sanitario, ...), e considerando che esse definiscono una ricchezza già collaudata e interdipendente, si ritiene necessario coinvolgere altri soggetti pubblici e privati (comprese altre strutture ospedaliere) disponibili a tentare questa via. È, altresì, importante coinvolgere il Volontariato, l'Associazionismo e, più in generale, il *Privato Sociale*.

Il nostro *Territorio*, infatti, è ricco di esperienze, per la maggior parte appunto del *Privato Sociale*, che si occupano di soggetti fragili (anziani, minori e disabili): sono poche le realtà territoriali che possono contare su un quadro complesso ed articolato come quello che caratterizza il nostro *Distretto*.

2. Partendo dall'attuale dimensione e articolazione del Distretto Sociosanitario di Merate che raggruppa 24 *Comuni*, occorre quindi perseguire l'individuazione di un ambito ottimale per la programmazione socio-sanitaria integrata che aggregi una popolazione corrispondente al bacino per un Presidio Ospedaliero di Primo Livello così come definito dal *Regolamento per la definizione degli standard dell'assistenza ospedaliera*¹ approvato dalla

1

Il Regolamento per la definizione degli standard dell'assistenza ospedaliera adotta un criterio vincolante di programmazione indicando alle Regioni il parametro della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio Sociosanitario Regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie.

Conferenza Stato – Regioni (Patto della Salute 2014-2016)². Questo territorio verrebbe incluso in uno più ampio costituente una ASST, ricca di un altro Presidio Ospedaliero.

3. Proprio per la sua peculiare ricchezza di Agenzie e Servizi già integrati nell'Ambito Distrettuale, quello Meratese diverrebbe un modello estensibile all'ASST di appartenenza e riproducibile per altri ambiti e ASST per le future ATS generate dalla Riforma. La richiesta di sperimentazione si basa quindi sulla realtà del Territorio e sulla volontà dei propri abitanti di organizzarsi ed essere portatori di solidarietà e sussidiarietà. Significherebbe, a parere nostro, suscitare gli aspetti innovativi della Riforma direttamente dalle best practices già presenti e patrimonio del Territorio in tutte le sue articolazioni, assicurando così un *travaglio* del cambiamento molto più breve e indolore.

4. Mantenere il ruolo assegnato all'Ospedale di Merate dall'attuale Piano di Organizzazione Aziendale in tema di competenze, scopi, strategia e obiettivi futuri, che lo delineano già oggi come Ospedale di primo livello⁽²⁾ dotato di Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA).

Un ulteriore potenziamento delle specialità presenti al *Mandic* potrà essere perseguito con il trasferimento della Pneumologia per Acuti attualmente inserita nelle attività dell'*INRCA di Casatenovo*.

5. Gestione sperimentale da parte dell'Azienda sociosanitaria territoriale **di un Presidio Ospedaliero Territoriale (POT)** da ubicarsi a Casatenovo presso il Presidio INRCA di Via Monteregio, che potrebbe essere parzialmente utilizzato per questa sperimentazione, sfruttando le aree di degenza rese disponibili dal trasferimento della pneumologia per acuti ed i servizi diagnostici di base già disponibili. Sarà valorizzato il ruolo dell'INRCA nell'ambito pneumologico e riabilitativo respiratorio, in particolare per l'assistenza ai pazienti subacuti. In considerazione della vocazione alla ricerca scientifica dell'INRCA, si propone di elaborare un progetto "Anziani" per il Distretto con il coinvolgimento anche di gruppi associati di MMG.

6. Gestione sperimentale da parte dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di un **Centro socio sanitario territoriale (CSST)** da ubicarsi a Merate nell'area ex Ecosystem già disponibile e adiacente al Mandic, destinata alla cosiddetta Cittadella della Salute. Inserire estremi esistenti.

La proposta regionale suggerisce per questi servizi un bacino d'utenza attorno ai 17 mila abitanti. I CSST, in particolare, devono rappresentare la prima linea di intervento per la presa in

2

Il Regolamento fissa inoltre criteri uniformi per la classificazione delle strutture ospedaliere "per acuti" in tre livelli a complessità crescenti:

- presidi ospedalieri di base, con bacino d'utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti;
- presidi ospedalieri di primo livello, con bacino d'utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti: attualmente il Mandic ha le caratteristiche di un Ospedale inquadrabile in questo livello;
- presidi ospedalieri di secondo livello, con bacino d'utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti.

Il Regolamento prevede anche:

- la riorganizzazione della rete ospedaliera regionale in base al modello "hub and spoke";
- l'obbligo in capo alle Regioni di perseguire operativamente l'integrazione dell'Ospedale con la rete territoriale di riferimento, in relazione a:
 - ammissione appropriata (appropriatezza dei ricoveri);
 - dimissione pianificata e protetta;
 - partecipazione ai percorsi assistenziali integrati, fornendo specifiche indicazioni relativamente alle strutture intermedie che possono essere di diretta interfaccia tra l'assistenza territoriale e quella ospedaliera con particolare riferimento ai cosiddetti ospedali di comunità.

carico dei pazienti cronici al fine di prevenire l'insorgere delle riacutizzazioni e ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso.

7. **Gestione sperimentale**, partendo dall'esperienza di un **CREG**, che insiste sul presidio sub-distrettuale di *Olgiate Molgora* dove è già in corso un'esperienza riconosciuta dalla Regione, da parte dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di UCCP (Unità Complessa di Cure Primarie) con il coinvolgimento dei medici di medicina generale.

8. **Sviluppo e maggiore integrazione** dell'offerta di servizi in capo al Dipartimento interaziendale (ASL – AO) della Fragilità nella rete sociosanitaria integrata. In quanto viene riconosciuto che i vari settings assistenziali erogati dal Dipartimento sono in grado di offrire la migliore e possibile integrazione tra differenti livelli di intervento (domicilio – ospedale - strutture residenziali) e i numerosi professionisti coinvolti (specialisti ospedalieri, MMG, Assistenti Sociali dei Comuni) promuovendo:

- la continuità dei percorsi di cura e assistenza attraverso la valorizzazione dell'integrazione professionale, gestionale e istituzionale e il governo in rete dei servizi territoriali e ospedalieri;
- il coordinamento della Rete Locale di Cure Palliative che coinvolge le cure domiciliari di base, specialistiche, l'Hospice, gli ospedali e le strutture residenziali ;
- la riduzione delle degenze ospedaliere e dei ricoveri inappropriati;
- la valorizzazione della rete di assistenza informale e il sostegno del terzo settore; in modo particolare si ricorda il modello integrativo fondamentale disegnato negli anni con l'Associazione Fabio Sassi.

9. **Sviluppo del ruolo dell'Azienda Speciale Retesalute** attivando, come da Statuto, la competenza Sociosanitaria dell'Azienda e avviando progetti legati alla prevenzione e a prestazioni per la cronicità e le fragilità, coinvolgendo Famiglie, Scuole, Istituzioni e Soggetti del Privato Sociale.

In questo modo i *Comuni* avranno un ruolo maggiore nella programmazione sanitaria e sociosanitaria, favorendo l'integrazione dei propri servizi sociali con quelli erogati dal Servizio Sociosanitario Regionale. Un esempio significativo è l'attivazione definitiva della cartella Sociale informatizzata diffusa in tutti comuni del Lecchese.

Un secondo esempio è dato dalla programmazione prevista all'interno del Piano Unitario di Zona (2015/2017) che pone come obiettivo prioritario lo sviluppo di queste aree:

- politiche giovanili;
- la domiciliarità delle persone non autosufficienti e la conciliazione dei tempi famiglia-lavoro;
- povertà, housing sociale e lavoro;
- mobilità sociale dei disabili.

10. **La Governance**

Poiché le scelte regionali imbroccano la strada di una gestione integrata del sistema di welfare, che condividiamo, non si può continuare ad ignorare che la competenza primaria del settore sociale è dei Comuni singoli e associati che, quindi, debbono poter partecipare in modo adeguato alla definizione di una vera e propria Cabina di Regia di ambito come luogo del confronto tecnico-politico strategico della integrazione. Vanno, altresì, coinvolti tutti gli enti, le ONLUS e i privati aderenti alla sperimentazione.

L'Assemblea dei Sindaci, per la sua natura istituzionalmente collaudata e autorevole, appare oggi come il luogo in cui le istanze e i contributi dei Comuni vengono raccolti e armonizzati per essere poi integrati nel presente modello.

Il modello sperimentale di integrazione qui descritto comporta necessariamente la costituzione di uno strumento di programmazione e di governo dell'integrazione composto da tutti i soggetti coinvolti nella Sperimentazione; la Conferenza dei soggetti aderenti eserciterà la sua competenza esprimendo pareri influenti in merito ai principali documenti di programmazione e di bilancio circa la realizzazione dei progetti territoriali.

Questo documento è stato costruito coi contributi di:

Il Gruppo Tecnico:

Cristina Clementi

Giacomo Molteni

Marco Panzeri

Dario Perego

Ambrogio Sala

Emilio Zanmarchi

Gli Assessori ai servizi sociali:

Crippa Fabio

Tomalino John Patrick

I Sindaci proponenti:

Filippo Galbiati

Andrea Massironi

La Presidente dell'Assemblea Distrettuale:

Adele Gatti

Merate, 13 giugno 2015