



Generato con AI

DISTRETTO SETTE LAGHI
Ambito Distrettuale di Cittiglio

Valutazione Piano di Zona 2021-2023
e
PIANO DI ZONA 2025-2027

INDICE

INDICE	2
Linee guida di Regione Lombardia	4
Capitolo 1.Valutazione Piano di Zona 2021 – 2023	4
OBIETTIVI STRATEGICI	6
Obiettivo strategico: Servizio Affidi Sovra Zonale	6
Obiettivo strategico 2: ALZHEIMER CAFE' e Dimissioni protette	7
OBIETTIVI GENERALI	8
Obiettivo: CI SONO ANCHE IO	8
Obiettivo: Interventi a favore delle persone con disabilità	9
Obiettivo: Tutela Minori.....	11
Obiettivo: FORMARSI PER NON FERMARSI.....	13
Obiettivo: SPAZIO NEUTRO	14
Obiettivo: Registro Assistenti familiari	16
Obiettivo: Cartella Sociale Informatizzata	17
Obiettivo: Centro Adozioni	17
Obiettivo: Fondo sociale di solidarietà per il pagamento degli oneri derivanti dall'ospitalità a carico dei comuni per i minori sottoposti a provvedimento dell'autorità giudiziaria	19
Obiettivo: Integrazione Sociosanitaria	20
Obiettivo: Sportello Immigranti.....	21
Obiettivo: Trasporto Sociale	22
Obiettivo: Piano Case	23
Schema generale della valutazione piano di zona 2021/2023	25
Capitolo 2 Analisi del Contesto	41
Dati di contesto e quadro della conoscenza	41
Il quadro sociodemografico dell'Ambito	43
Analisi socioeconomica dell'Ambito	45
Capitolo 3. Analisi dei soggetti e delle reti presenti sul territorio	47
Capitolo 4 Strumenti e processi di governance dell'Ambito Territoriale Sociale.	50
Capitolo 5. Analisi dei bisogni per Macro Aree	56
Capitolo 6. Individuazione degli obiettivi della programmazione 2025-2027	65
Le prospettive future dell'AREA: A. Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva	65
LEPS dell'area: A. Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva	75
Le prospettive future dell'AREA: B. Politiche abitative	76
LEPS dell'area: B. Politiche abitative	79
Le prospettive future dell'AREA: D. Domiciliarità	80
LEPS dell'area: D. Domiciliarità	85
Le prospettive future dell'AREA: E. Anziani	86
LEPS dell'area: E. Anziani	91

Le prospettive future dell'AREA: F. Digitalizzazione dei servizi.....	91
Le prospettive future dell'AREA: G. Politiche giovanili e per i minori.....	95
LEPS dell'area: G. Politiche giovanili e per i minori.....	100
Le prospettive future dell'AREA: H. Interventi connessi alle politiche per il lavoro	101
LEPS dell'area: H. Interventi connessi alle politiche per il lavoro	109
Le prospettive future dell'AREA: I. Interventi per la famiglia	110
LEPS dell'area: I. <i>Interventi per la Famiglia</i>	125
Le prospettive future dell'AREA: J. Interventi a favore di persone con disabilità	126
LEPS dell'area: J. <i>Interventi a favore della disabilità</i>	129
Le prospettive future dell'AREA: K. Interventi di sistema per il potenziamento dell'Ufficio di Piano e il rafforzamento della gestione associata	129
7. Il Sistema di indicatori quantitativi e qualitativi di valutazione degli interventi: per misurare gli obiettivi e il loro impatto.	134
Appendice	136
ASST Sette Laghi Distretto di Laveno Mombello.....	136
Schede progettuali	141
Schede LEPS di integrazione	143
Incremento SAD	145
Prevenzione allentamento familiare	149
Implementazione cartella sociale informatizzata ed integrata	172

Linee guida di Regione Lombardia

Le linee guida per la programmazione sociale territoriale per il triennio 2025-2027 si focalizzano su alcuni punti chiave che mirano a consolidare le esperienze passate e a rispondere alle nuove esigenze emergenti. Di seguito, una sintesi dei punti principali:

1. **Contesto e obiettivi strategici:**

La nuova programmazione nasce in un contesto complesso, segnato dall'emergenza pandemica e dalla riforma sociosanitaria regionale. Si avverte la necessità di riorganizzare la rete di servizi integrati tra sociale e sanitario, rendendola più efficace.

Gli obiettivi strategici principali puntano a rafforzare l'integrazione sociosanitaria, migliorare la qualità dei servizi per i cittadini e potenziare la sinergia tra attori pubblici, privati e del Terzo Settore.

2. **Integrazione sociosanitaria:**

Un elemento chiave è la costruzione di percorsi di integrazione tra i servizi sanitari, sociali e sociosanitari, in particolare tramite i Distretti e le Case di Comunità.

Viene ribadita l'importanza di un approccio multidimensionale per rispondere ai bisogni complessi e diversificati della popolazione, garantendo una continuità assistenziale efficace.

3. **Ruolo del Terzo Settore:**

Le linee guida riconoscono il valore degli enti del Terzo Settore (ETS) nella creazione di politiche inclusive, promuovendo una maggiore partecipazione e co-programmazione con gli attori locali per rispondere in modo efficace ai bisogni dei cittadini.

Viene sottolineata l'importanza della co-programmazione e della co-progettazione come strumenti per migliorare la qualità delle risposte territoriali.

4. **Governance e processi di coordinamento:**

L'Ufficio di Piano è identificato come centro organizzativo per coordinare le politiche di welfare, assicurando il coinvolgimento e la partecipazione degli attori sociali locali.

La Cabina di Regia Integrata ATS e ASST assume un ruolo strategico nel definire e coordinare l'integrazione tra le risposte sociali e sanitarie.

5. **Programmazione e monitoraggio:**

Viene introdotta una forte attenzione al monitoraggio degli interventi, con la previsione di strumenti specifici per verificare l'efficacia della programmazione e dei progetti in corso.

Gli Ambiti sono chiamati a garantire una continuità con le azioni avviate nel triennio precedente, consolidando la cooperazione tra attori pubblici e privati e tra enti sociali e sanitari.

6. **Strumenti e risorse finanziarie:**

La programmazione prevede l'utilizzo di risorse europee, nazionali e regionali, con un'attenzione particolare all'impiego del Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+) e del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Questi fondi sono destinati a supportare progetti innovativi, migliorare i servizi per i minori, contrastare la povertà e l'esclusione sociale, e sostenere i caregiver.

Capitolo 1.Valutazione Piano di Zona 2021 – 2023

Obiettivi strategici	
Servizio affidi sovrarazionale	
Alzheimer caffè e dimissioni protette	
Obiettivi generali	Macroarea

Ci sono anche io	J interventi a favore delle persone con disabilità
Servizio di inserimento lavorativo	H interventi connessi alle politiche per il lavoro
Tutela Minori	I interventi per la famiglia
Formarsi per non fermarsi	H interventi connessi alle politiche per il lavoro
Spazio Neutro	I interventi per la famiglia
Registro assistenti familiari	E Anziani
Cartella sociale informatizzata	F Digitalizzazione dei servizi
Centro adozioni	I interventi per la famiglia
Fondo solidarietà minori	I interventi per la famiglia
Integrazione sociosanitaria	trasversale
Sportello Immigrati	C Promozione dell'inclusione attiva
Trasporto sociale	I interventi per la famiglia
Piano Case	B Politiche Abitative

OBIETTIVI STRATEGICI

Obiettivo strategico: Servizio Affidi Sovra Zonale

Macroarea I Interventi per la Famiglia

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO RISPETTO A CIO' CHE ÈRATO STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE (n. azioni realizzate*100)/n. azioni programmate	<ul style="list-style-type: none"> •promozione di una cultura dell'affido familiare; •attività di scouting di risorse familiari spendibili; •attività di valutazione nell'incrocio tra la domanda e l'offerta; •opere di sostegno nell'avvio e mantenimento di progetti di affido assicurando supporto nella realizzazione di tali progettualità ai servizi sociali comunali e ai servizi tutela minori afferenti. 80-99% (buono)
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)	Non sono state svolte indagini di soddisfazione.
LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI	Sufficientemente adeguato Servizio svolto in affidamento di servizi a ETS qualificato; a supporto personale UdP e dei servizi sociali del territorio.
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE (pagato*100)/preventivato	27.000/20.000 > 100%
CRITICITÀ' RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	Si tratta di un obiettivo sovranazionale per cui la definizione di una buona governance è fondamentale per la buona riuscita degli interventi. L'obiettivo è proseguito anche nel 2024 con un affidamento di 3+3 anni e una definizione della governance più strutturata.
QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?	SI, è un obiettivo che muove verso la prevenzione dell'istituzionalizzazione dei minori, tuttavia un solo anno di attività non permette l'osservazione di ricadute effettive.
L'OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2018-2020)?	NO

L'OBIETTIVO VERRÀ RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2025-2027?	<i>SI, all'interno del Servizio Affidi Sovra Distrettuale sarà individuato un obiettivo relativo alla tematica della prevenzione dell'allontanamento familiare.</i>
---	---

Obiettivo strategico 2: ALZHEIMER CAFE' e Dimissioni protette

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO RISPETTO A CIO' CHE ÈRA STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE <i>(n. azioni realizzate*100)/n. azioni programmate</i>	<i>50-79% (sufficiente)</i> <i>Completamente raggiunte le azioni relative alle "Dimissioni protette"; non implementate le azioni rispetto ad Alzheimer caffè: a riguardo sono stati svolti incontri propedeutici per individuare ETS e organizzazioni per la creazione di sportelli di supporto per le malattie da demenza.</i>
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)	<i>Non sono state svolte indagini di soddisfazione</i>
LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI	<i>Adeguito</i>
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE <i>(pagato*100)/preventivato</i>	<i>12.500/20.000</i> <i>> 100% sovrastimato</i>
CRITICITÀ' RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<i>Dimissioni protette: nessuna difficoltà nella definizione della governance, difficoltà nell'individuazione delle risorse sul territorio (mancanza di servizi e di personale specializzato).</i> <i>Alzheimer caffè: necessario attivare azioni propedeutiche come lo sportello di informazione e di valutazione per le situazioni di demenza. Per la costituzione di un Alzheimer caffè occorrono uno spazio adeguato ed il supporto di una rete di volontari. L'ambito di Cittiglio si sta muovendo per la costituzione dello sportello, in modo da dare avvio alle attività per questa area di intervento.</i>
QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA	<i>NO, non sono state effettivamente sperimentate occasioni di dimissione protetta.</i>

INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?	
L'OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2018-2020)?	NO
L'OBIETTIVO VERRÀ RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2025-2027?	<i>SI, nell'ambito delle attività del Centro per la Famiglia Me-Te dove il sostegno al caregiver è tra le attività</i>

OBIETTIVI GENERALI

Obiettivo: CI SONO ANCHE IO

Macroarea A, CONTRASTO ALLA POVERTÀ E ALL'EMARGINAZIONE SOCIALE

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO RISPETTO A CIO' CHE ERA STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE	50-79%(sufficiente) Azioni Rimozione condizione di isolamento e creazioni di reti di supporto attraverso l'inserimento di persone in attività inclusive afferenti ai PUC e/o tirocini di inclusione sociale.
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)	Non rilevabile, non realizzato e non somministrato nessun questionario
LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI	Sufficientemente adeguato L'equipe ha subito nel corso dei tre anni il seguente turnover di personale: Aprile 2022 maternità assistente sociale con funzione di coordinamento del servizio. Giugno 2023 maternità educatrice a 36 ore sostituita sempre nel mese di giugno 2023 da un'altra figura educativa. Luglio 2023 subentra al Servizio un'ulteriore figura educatrice professionale part-time
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE (pagato*100)/preventivato	17.000/50.000 <100% (non realizzato come programmato o sovrastimato)
CRITICITÀ RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	Nel periodo successivo alla pandemia si è iniziato gradualmente a riattivare percorsi di sostegno riferibili a tirocini di inclusione. Ancora non risulta a regime l'operatività dei Progetti di Utilità Collettiva (PUC). I tirocini di inclusione sociale hanno rilevato alcune criticità legate sia alla scarsa disponibilità delle Aziende

	di accogliere persone percettrici di Reddito di Cittadinanza, che alla bassa qualificazione dell'utenza.
QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICATA?	L'obiettivo ha parzialmente soddisfatto il bisogno, soprattutto in relazione al periodo affrontato durante la post pandemia
L'OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2018-2020)?	S/
L'OBIETTIVO VERRÀ RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2025-2027?	SI Incrementando e consolidando interventi sempre più mirati al sostegno, facilitazione nella comunicazione e di prossimità. Sensibilizzazione delle Aziende sul territorio.

Obiettivo: Interventi a favore delle persone con disabilità

Garantire continuità al servizio attraverso il rinnovo della Convenzione triennale per la gestione associata e individuazione di risorse integrative per il finanziamento del servizio e dei tirocini di inclusione lavorativa.

MACROAREA J DI INTERVENTO SERVIZIO DI INSERIMENTO LAVORATIVO

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO RISPETTO A CIO' CHE ERA STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE. (AZIONI PROGRAMMATE E REALIZZATE)	Grado di raggiungimento 80-99% Azioni Nei confronti della persona: <ul style="list-style-type: none"> – valutazione psico-educativa della persona e bilancio delle sue competenze attuali o potenziali; – progettazione ed attivazione di percorsi individualizzati; – monitoraggio educativo, sostegno e affiancamento della persona in azienda; – orientamento e consulenza alla persona finalizzati all'inserimento lavorativo e sostegno all'occupabilità. Nei confronti delle aziende: <ul style="list-style-type: none"> – scouting aziendale, ovvero ricercare sul territorio nuove risorse aziendali e/o artigianali disponibili a collaborare per l'integrazione lavorativa; – attività di informazione e sensibilizzazione alle aziende affinché sviluppino una piena consapevolezza della L.68 ed una convinta applicazione della stessa; – consulenza e sostegno all'azienda in seguito all'assunzione di una persona in carico al NIL e/o all'attivazione di percorsi di integrazione lavorativa.

	<p>Nei confronti del territorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> – lavoro di rete con i Servizi, gli Enti pubblici e privati e le agenzie Territoriali; – ricerca e promozione di risorse innovative, sia pubbliche che private, al fine di promuovere e sviluppare nuove progettualità; – consulenza sulla casistica relativa a situazioni di fragilità lavorativa agli operatori del territorio per invio delle nuove segnalazioni. <p>Nel mese di Maggio 2023 il Servizio ha partecipato al Bando di Regione Lombardia “Avviso pubblico per il finanziamento di progetti per l’inclusione attiva e l’integrazione socio-lavorativa delle persone con disabilità” e ha ottenuto il finanziamento del progetto “Valli al Lavoro” che risponde agli obiettivi prefissati, finanziando tirocini di inclusione sociale all’interno di una più complessa progettualità territoriale.</p> <p>Sono stati definiti e organizzati corsi sulla sicurezza da parte di un’agenzia esterna RIFORMA. Questi percorsi formativi sulla sicurezza del lavoro saranno da tenere per 2/3 volte all’anno. Si sono ripresi e consolidati i rapporti con il Collocamento Mirato Disabili della Provincia di Varese superato il periodo post- pandemia.</p>
TARGET Destinatario/i dell’intervento	<ul style="list-style-type: none"> • titolari di un riconoscimento di invalidità civile con percentuale pari o superiore al 46% con residue capacità lavorative e in possesso della certificazione ai sensi della legge 68/99. • persone svantaggiate ai sensi dell’art 4 della legge 381 del 1991; • persone svantaggiate ai sensi dell’art. 2, numero4) e numero 99) del regolamento UE n. 651/2014 del 17 giugno 2014 e successive modificazioni;
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI	Non è stato realizzato e somministrato nessun questionario di customer satisfaction
LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI	<p>Sufficientemente adeguato</p> <p>L’equipe ha subito nel corso dei tre anni il seguente turnover di personale:</p> <p>Aprile 2022 maternità assistente sociale con funzione di coordinamento del servizio.</p> <p>Agosto 2022 cessazione rapporto di lavoro con psicologa del Servizio a 18 ore settimanali sostituita nel mese di gennaio 2023.</p> <p>Luglio 2023 subentra al Servizio una figura educatrice professionale.</p>
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE	<p>20230,20/10.000</p> <p><100% (sovrastimato)</p>
CRITICITA’ RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL’OBIETTIVO	Turnover di personale nell’ultimo triennio

QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO DELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATIC?	Questo obiettivo in parte ha risposto in modo adeguato ad un bisogno territoriale. Sarà necessario attivare ulteriori interventi al fine di portare un cambiamento culturale nelle aziende del territorio.
L'OBIETTIVO ERA IN CONTINUITA' CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)? SI/NO	SI Il Servizio NIL è in continuità con la programmazione del triennio precedente
L'OBIETTIVO VERRA' RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2025/2027?	SI Al fine di far accedere sempre più persone fragili e con disabilità nel mondo del lavoro. Ridurre il disagio sociale e incrementare l'inclusione socio- lavorativa. Migliorare la qualità di vita di tali soggetti favorendo la loro autonomia. Verrà valutata la fattibilità di accreditare il Servizio e ponderare se sia sostenibile intraprendere questo percorso.

Obiettivo: Tutela Minori

Macroarea I interventi per la famiglia

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO RISPETTO A CIO' CHE ERA STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE <i>(n. azioni realizzate*100)/n. azioni programmate</i>	<p>Anno 2021, <i>casi presi in carico al 31.12</i> 100/casi in attesa: 208*100/216=96,2% <u>BUONO</u></p> <p>Anno 2022, <i>casi presi in carico al 31.12</i> 100/casi in attesa: 230*100/244=94,2% <u>BUONO</u></p> <p>Anno 2023, <i>casi presi in carico al 31.12</i> 100/casi in attesa: 218*100/223=97,7% <u>BUONO</u></p>
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)	Nel triennio indicato non è stata effettuata valutazione del servizio. Si sta elaborando nell'annualità corrente (2024) un questionario customer service che verrà somministrato alle amministrazioni comunali aderenti alla convenzione a cui afferisce il servizio tutela minori.
LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI	<i>Inadeguato</i> L' équipe si è interrogata sulla definizione di modalità operative più efficaci ed efficienti. Stante l'assenza di

IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI	un profilo di assistente sociale a 36 ore, il servizio nel triennio non ha potuto rispondere alle richieste pervenute in maniera celere, si è quindi creata una lista d'attesa non facilmente esauribile.
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE (pagato*100)/preventivato	149.700 €/149.700 € 100% (ottimo)
CRITICITÀ' RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<p>Al fine di garantire l'attivazione del servizio in tempi ragionevoli, in funzione della variabilità di casistica, stante l'assenza di sufficiente personale, è stato necessario nel triennio stabilire dei criteri per la definizione delle priorità e la conseguente assegnazione della casistica agli operatori.</p> <p>Di seguito i criteri adottati:</p> <ul style="list-style-type: none"> -priorità 1: casistica civile nella quale si evidenzia pregiudizio rilevante circa l'incolumità fisica ed emotiva del minore; -priorità 2: casistica civile nella quale viene disposta la limitazione del diritto di visita di un genitore e conseguente incarico di attivazione incontri protetti; -priorità 3: casistica amministrativa con un'attenzione specifica verso minori con condotta disregolata ed esordio psicopatologico; -priorità 4: casistica relativa a coppie genitoriali con alta conflittualità; -priorità 5: casistica relativa a giovani con procedimenti di natura penale. <p>Tale approccio nella definizione delle prese in carico si manterrà anche nel triennio successivo.</p>
QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICHE?	<p>SI/</p> <p>Il Servizio Tutela Minori, nonostante le difficoltà connesse agli esiti sociologici dell'epidemia Covid (aumento quantitativo e di gravità delle situazioni in carico) e malgrado abbia sperimentato la mancanza di risorse umane adeguate al carico di lavoro, ha garantito il mantenimento del suo funzionamento rispondendo a tutte le richieste pervenute dall' AG.</p>
L'OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2018-2020)?	SI/
L'OBIETTIVO VERRÀ RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2025-2027?	<p>SI/</p> <p>Il Servizio Tutela Minori ha mantenuto, come target a cui è rivolta, l'attività sui minori, sulle famiglie e sui giovani interessati da un procedimento dell'AG. I</p>

	<p>mandati che incaricano l'équipe provengono direttamente dalle Autorità Giudiziarie o giungono al servizio dopo un invio per tramite dei Comuni. Il Servizio prevede l'attuazione di un approccio globale e integrato tra le diverse professionalità, attraverso un lavoro di équipe multidisciplinare e una collaborazione con terzi Servizi, pubblici e privati, coinvolti dall'équipe per la definizione, la realizzazione e la verifica dei progetti di intervento concernenti i minori e le loro rispettive famiglie. I singoli interventi sono esito di una valutazione tecnica formulata dall'équipe del servizio, realizzata in accordo con i servizi sociali delle amministrazioni comunali e in condivisione con i soggetti terzi coinvolti (in primis l'Autorità Giudiziaria competente).</p> <p>Il Servizio Tutela Minori, su mandato dell'AG, concretizza azioni mirate ad attivare, sostenere e riabilitare le competenze dell'individuo e della sua famiglia attraverso interventi di natura sociale e psicologica, al fine di superare una condizione di disagio e ripristinare una situazione di benessere socio-familiare.</p> <p>Si ritiene utile nel prossimo triennio operare favorendo :</p> <ul style="list-style-type: none"> - maggiore condivisione tra i livelli di lavoro attraverso la partecipazione a tavoli con il terzo settore, occasioni utili per la condivisione di informazioni e trasmissione di buone prassi; - definizione di prassi utili al raggiungimento di una maggiore integrazione e collaborazione con il piano socio-sanitario.
--	--

Obiettivo: FORMARSI PER NON FERMARSI

Macroarea H, INTERVENTI CONNESSI ALLE POLITICHE PER IL LAVORO

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO RISPETTO A CIO' CHE ÈRA STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE <i>(n. azioni realizzate*100)/n. azioni programmate</i>	50-79% <i>(sufficiente)</i>
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)	<i>Non pertinente</i>

LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI	<i>Perfettamente adeguato</i>
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE (pagato*100)/preventivato	20.230,23/10.000 € >100% (sottostimato)
CRITICITÀ' RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<i>Non semplice indirizzare i beneficiari ai corsi di formazione.</i>
QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?	<i>SI</i> <i>50% delle persone che ha frequentato i corsi ha iniziato un percorso di tirocinio/lavorativo</i>
L'OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2018-2020)?	<i>NO</i>
L'OBIETTIVO VERRÀ RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2025-2027?	<i>NO</i> <i>Non ci sono fondi dedicati</i>

Obiettivo:

SPAZIO

NEUTRO

Macroarea I, INTERVENTI PER LA FAMIGLIA

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO RISPETTO A CIO' CHE ÈRA STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE (n. azioni realizzate*100)/n. azioni programmate	0%
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)	Non effettuato

LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI	<i>Gravemente inadeguato</i>
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE (pagato*100)/preventivato	<i><100% (non realizzato)</i>
CRITICITÀ' RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<i>Stante il sovraccarico di lavoro, l'assenza di adeguate risorse personali e il turnover degli operatori non è stato possibile avviare le fasi necessarie alla definizione della progettualità di Spazio Neutro.</i>
QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICAZIONE?	<i>L'obiettivo pianificato non è stato realizzato</i>
L'OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2018-2020)?	SI
L'OBIETTIVO VERRÀ RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2025-2027?	<p>SI/</p> <p>Il Servizio di Spazio Neutro consente di garantire il diritto del bambino a mantenere una continuità relazionale supportata e accompagnata con il genitore/familiare con il quale non convive. Internamente all'equipe del Servizio Tutela Minori, l'operatore di Spazio Neutro che viene incaricato di supervisionare gli incontri protetti del minore si impegna a:</p> <ul style="list-style-type: none"> -accertarsi che vi siano condizioni di partenza positive per l'avvio degli incontri (verificare stato di lucidità del genitore/familiare); -favorire lo svolgimento dell'incontro all'interno di uno spazio sereno; -facilitare la relazione attraverso attività di gioco e di animazione, non sostituendo il genitore/familiare ma offrendo lui stimolazioni per divenire autonomo ed efficace nel rapporto con il bambino; -intervenire a protezione del minore qualora occorra. <p>La definizione di un servizio di spazio neutro interno/gestito dall'equipe di tutela minori professionalizzerà l'intervento rendendo univoche</p>

	le valutazioni, riducendo i tempi di attivazione dell'intervento.
--	--

Obiettivo: Registro Assistenti familiari

Macroarea: E Anziani

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO RISPETTO A CIO' CHE ERA STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE <i>(n. azioni realizzate*100)/n. azioni programmate</i>	50-79% (sufficiente)
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)	<i>Customer satisfaction e/o analisi clima aziendale</i> Non è stata fatta
LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI	<i>Gravemente inadeguato Inadeguato Sufficientemente adeguato Adeguato Perfettamente adeguato</i>
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE <i>(pagato*100)/preventivato</i>	4.890 €/6.900€ <100% sottostimato
, CRITICITÀ' RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<i>Sono aumentate le Assistenti Familiari che si sono presentate allo sportello per essere iscritte nel Registro ma non disponevano dei requisiti stabiliti dalla Regione. E' stato possibile iscrivere solo un'Assistente Familiare Indicare i fattori di criticità e definire il piano di miglioramento (nel caso in cui l'obiettivo venga riconfermato parzialmente o totalmente)</i>
QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?	<i>NO perché non ha potuto rispondere al costante aumento del bisogno di Assistenti Familiari da parte delle famiglie residenti nell'Ambito Distrettuale di Cittiglio. Il territorio del distretto di Cittiglio è infatti popolato principalmente da persone anziane e pertanto il bisogno dell'assistenza e di cura è molto elevato.</i>
L'OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2018-2020)?	NO
L'OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2018-2020)?	<i>SI perché è un servizio utile alla collettività (motivarne la scelta)</i>

Obiettivo: Cartella Sociale Informatizzata

DIGITALIZZAZIONE DEI SERVIZI (Macroarea F)

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO RISPETTO A CIO' CHE ERA STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE <i>(n. azioni realizzate*100)/n. azioni programmate</i>	<i>50-79% (sufficiente)</i>
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)	<i>Non rilevato</i>
LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI	<i>Sufficientemente adeguato</i>
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE <i>(pagato*100)/preventivato</i>	<i>22000/10.000 € >100% (sottostimato)</i>
CRITICITÀ' RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<i>L'ambito ha deciso di abbandonare la Cartella Sociale Informatizzata (umbriaDigitale) poco funzionale e di implementare attraverso un'altra software house. L'azione di definizione delle parti della cartella necessita di molto lavoro.</i>
QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?	<i>NO, la cartella entrerà in funzioen entro il 2024, Item non valutabile</i>
L'OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2018-2020)?	<i>SI</i>
L'OBIETTIVO VERRÀ' RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2025-2027?	<i>SI, strumento necessario per il lavoro degli operatori dell'ambito</i>

Obiettivo: Centro Adozioni

Macroarea: I Interventi per la famiglia

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO RISPETTO A CIO' CHE ÈRA STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE <i>(n. azioni realizzate*100)/n. azioni programmate</i>	100% (ottimo) Presa in carico delle valutazioni delle coppie e sostegno delle situazioni di affidamento preadottivo
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)	Non pertinente
LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI	Perfettamente adeguato
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE <i>(pagato*100)/preventivato</i>	12.2000 €/12.2000 € 100% (ottimo)
CRITICITÀ' RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	Nessuna criticità rilevata
QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICHE?	SI
L'OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2018-2020)?	SI
L'OBIETTIVO VERRÀ' RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2025-2027?	SI, sarà definito negli obiettivi inerenti il supporto alle famiglie ed alla prevenzione dell'allontanamento familiare

Obiettivo: Fondo sociale di solidarietà per il pagamento degli oneri derivanti dall'ospitalità a carico dei comuni per i minori sottoposti a provvedimento dell'autorità giudiziaria

Macroarea di Intervento A

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO RISPETTO A CIO' CHE ÈRATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE <i>(n. azioni realizzate*100)/n. azioni programmate</i>	0% (nullo) 1-49% (insufficiente) 50-79% (sufficiente) 80-99% (buono) 100% (ottimo)
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVEPERTINENTE)	Customer satisfaction e/oanalisi clima aziendale Non è stata fatta
LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI	Adeguito
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE <i>(pagato*100)/preventivato</i>	650.000 € /650.000 € Le maggiori spese sono riparametrate sui Comuni 100% (ottimo)
CRITICITÀ' RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTODELL'OBIETTIVO	Indicare i fattori di criticità e definire il piano di miglioramento (nel caso in cui l'obiettivo venga riconfermato parzialmente o totalmente) Le criticità maggiori sono state le seguenti: -poca chiarezza da parte dei comuni sulle modalità di accesso al fondo con conseguenti ritardi nella gestione amministrativa del ricovero in comunità dei minori -una collaborazione spesso faticosa con le comunità in assenza di chiarezza sulle modalità di collaborazione reciproca. Si sta lavorando in stretto contatto con il servizio tutela minori distrettuale al fine di individuare modalità chiare e precise per l'accesso da parte dei comuni al Fondo Sociale di solidarietà e si stanno valutando modalità di collaborazione univoche tra Ufficio di Piano, Servizio Tutela Minori, comuni e comunità al fine di tutelare i minori ricoverati.

QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?	SI È una forma solidaristica di gestione di una tematica complessa: i piccoli comuni riescono con maggiore facilità a sostenere le spese
L'OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2018-2020)?	SI
L'OBIETTIVO VERRÀ RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2025-2027?	SI (motivarne la scelta) L'attivazione del fondo ha permesso di gestire in maniera centralizzata e uniforme per tutto l'Ambito il percorso di ricovero in comunità dei minori, giovani e genitori in stretto raccordo con il servizio tutela minori. La presenza del fondo ha inoltre permesso di rispondere in maniera tempestiva anche a inserimenti urgenti e non programmati.

Obiettivo: Integrazione Sociosanitaria

Trasversale a tutte le aree

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO RISPETTO A CIO' CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE <i>(n. azioni realizzate*100)/n. azioni programmate</i>	50-79% (sufficiente)
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)	Non pertinente
LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI	Sufficientemente adeguato
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE <i>(pagato*100)/preventivato</i>	10.000/20.000 <100% (non realizzato come programmato o sovrastimato)

CRITICITÀ' RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	L'obiettivo non è stato perseguito con personale dedicato, le funzioni sono state svolte dal personale dell'Ufficio di Piano e dal personale sociale dei Comuni
QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICATA?	Si parzialmente, è stato l'avvio delle attività di integrazione socio-sanitaria
L'OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2018-2020)?	NO,
L'OBIETTIVO VERRÀ' RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2025-2027?	Si è uno dei cardini della nuova programmazione zonale

Obiettivo: Sportello Immigranti

Macroarea C Promozione dell'inclusione attiva

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO RISPETTO A CIO' CHE ÈRATO STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE <i>(n. azioni realizzate*100)/n. azioni programmate</i>	50-79% (sufficiente) Lo sportello funziona ad oggi con un numero di aperture che avrebbe bisogno di essere implementato
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVEPERTINENTE)	Non rilevato
LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI	Sufficientemente adeguato
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE <i>(pagato*100)/preventivato</i>	2.000 €/2.000 100% adeguato

CRITICITÀ' RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	Terminato il progetto FAMI per i cittadini di paesi terzi lo sportello per le pratiche è proseguito con fondi comunali e aperture ridotte. Lo sportello funziona per gli aspetti di supporto amministrativo ma non garantisce gli aspetti di raccordo con la rete dei servizi del territorio.
QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?	SI, è uno sportello fondamentale per il sostegno alla compilazione delle pratiche.
L'OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2018-2020)?	SI
L'OBIETTIVO VERRÀ' RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2025-2027?	SI, nell'ambito della nuova programmazione FAMI, con obiettivi trasversali di inclusione

Obiettivo: Trasporto Sociale

Macroarea I Interventi per la famiglia

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO RISPETTO A CIO' CHE ÈRA STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE <i>(n. azioni realizzate*100)/n. azioni programmate</i>	50-79% (sufficiente)
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVERTINENTE)	Non rilevato
LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI	Sufficientemente adeguato
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE <i>(pagato*100)/preventivato</i>	Non indicato

CRITICITÀ' RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	Scarsa relazione con l'ETS che svolge il servizio "Ti accompagna"
QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?	SI, in parte. La richiesta di trasporto sociale nel territorio è molto alta.
L'OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2018-2020)?	SI
L'OBIETTIVO VERRÀ RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2025-2027?	SI, ma è in corso uno studio di fattibilità per efficientare l'azione

Obiettivo: Piano Case

Macroarea B Politiche Abitative

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO RISPETTO A CIO' CHE ERA STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE $(n. \text{ azioni realizzate} * 100) / n. \text{ azioni programmate}$	50-79% (sufficiente)
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVERPERTINENTE)	Non rilevato
LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI	Sufficientemente adeguato
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE $(pagato * 100) / preventivato$	Non preventivate

CRITICITÀ' RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<i>L'azione è in capo al Comune di Besozzo che ha stilato il piano triennale e sta svolgendo la rilevazione degli immobili liberi per procedere con il bando. Vi sono delle criticità nella rilevazione dei dati di tutti i comuni che rallenta le procedure.</i>
QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICATA?	<i>SI, per quanto concerne una gestione di ambito del Piano Case.</i>
L'OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2018-2020)?	<i>NO</i>
L'OBIETTIVO VERRÀ RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2025-2027?	<i>SI, nella prosecuzione con l'obiettivo e nell'obiettivo di costituire un gruppo/tavolo di lavoro sulla tematica dell'Abitare (motivarne la scelta)</i>

Schema generale della valutazione piano di zona 2021/2023

VALUTAZIONE DELLE AZIONI ED OBIETTIVI STRATEGICI DEL PIANO DI ZONA 2021/2023	
AZIONI DI SISTEMA	
Ufficio di Piano	
Obiettivo 2021/2023	Valutazione – Attività Realizzate
<p>Garantire continuità, monitorando i modelli di lavoro ed organizzativi attuati, soprattutto in relazione al nuovo scenario legislativo (L.R. 3/2008) e alle funzioni derivanti.</p> <p>Valutare e coordinare la partecipazione ai bandi per l'accesso a finanziamenti aggiuntivi tramite la predisposizione di progetti.</p>	<p>L'Ufficio di Piano ha garantito nella triennalità la progettazione, il monitoraggio e la valutazione degli interventi pianificati, garantendo il supporto amministrativo necessario allo svolgimento delle diverse azioni e delle attività tecniche svolte dai servizi distrettuali.</p> <p>L'Ufficio ha inoltre garantito la costruzione e gestione del budget unico, avendo cura delle finalità specifiche dei diversi canali di finanziamento e della variabilità degli importi assegnati di anno in anno, seppur a fronte dell'esigenza di una programmazione di più lungo periodo.</p> <p>L'Ufficio ha avuto un ruolo di coordinamento, di partnership, di sostegno o promozione nell'ambito di progettazioni definite anche in sinergia con altri Enti Pubblici, il Terzo Settore o Aziende.</p>
Fondo sociale di solidarietà	
Obiettivo 2021/2023	Valutazione – Attività Realizzate
<p>Garantire la continuità della gestione associata del Fondo sociale di solidarietà per il pagamento degli oneri derivanti dall'ospitalità a carico dei comuni per i minori sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria.</p>	<p>Per tutto il triennio è stata garantita l'esistenza di tale fondo, basato su un consolidato principio di solidarietà tra Comuni (la convenzione è stata sottoscritta da n. 24 Comuni). Negli anni i Comuni stessi hanno confermato il proprio impegno nel sostenere tale fondo attraverso una quota pro capite. Inoltre, ogni anno, l'Assemblea dei Sindaci vi ha poi destinato quote derivanti dal FNPS, riconoscendo tale fondo quale strumento altamente funzionale a rispondere alle esigenze dei Comuni. Inoltre Comunità Montana ha fatto regolarmente richiesta del contributo sul Fondo Sociale Regionale.</p> <p>Nel triennio l'Ufficio di Piano ha altresì provveduto a reperire ulteriori risorse a vantaggio dei Comuni attraverso la gestione del flusso informativo DGR 7626/17 (misura 6). Tali flussi informativi hanno richiesto la raccolta trimestrale di i dati anagrafici, PEI, progetti quadro, decreti dell'AG relativi ai minori; mandati di pagamento, certificazioni relative alle prestazioni socio sanitarie erogate in favore dei minori, Carta dei Servizi dell'ente gestore, protocolli/linee guida per gli interventi erogati dai professionisti messi a disposizione dell'unità d'offerta, adozioni sistema di valutazione degli esiti degli interventi di tipo psicologico a favore dei minori.</p> <p>con riferimento ai minori ospiti di strutture vittime di abuso, violenza o grave maltrattamento. Le risorse recuperate sono state pari a € 35,00 giornalieri fino a tre mesi di rendicontazione e pari al 50% della retta sino ad un massimo di € 70,00 giornalieri da 3 a 12 mesi di rendicontazione per minore.</p>

FONDO SOCIALE DI SOLIDARIETA'		
2021	2022	2023
<i>n. minori, giovani e madri presi in carico dal fondo sociale di solidarietà</i>		
32	50	53
<i>Totale spesa</i>		
€ 551.329,79	€ 688.668,19	€ 905.033,05

CONTRIBUTO MISURA 6		
2021	2022	2023
<i>n. minori</i>		
4	2	5
<i>Totale contributo riconosciuto</i>		
€ 7.361,22	€ 6.650,00	€ 19.313,80

Titoli sociali	
Obiettivo 2021/2023	Valutazione – Attività Realizzate
Garantire continuità all'erogazione dei titoli sociali compatibilmente alla disponibilità delle risorse.	<p>Nel triennio sono stati erogati i seguenti titoli sociali, a fronte dell'assegnazione di risorse ad hoc:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fondo non Autosufficienza (misura B2) e Fondo Caregiver (anni 2021, 2022, 2023) - Protezione Famiglia Emergenza COVID 19 ai sensi della DGR 4469 del 29.03.2021 e applicazione del Fattore Famiglia Lombardo (anno 2021) - Buoni a sostegno delle difficoltà abitative (anno 2023) - Buoni Emergenza Abitativa COVID 19 (anni 2021, 2022) - Bonus Assistenti Familiari (anni 2021, 2022, 2023) - Dopo di noi (anni 2021, 2022, 2023)

Fondo non Autosufficienza (misura B2) e Fondo Caregiver	
Obiettivo 2021/2023	Valutazione – Attività Realizzate
Gli Ambiti Distrettuali devono attivare misure a sostegno degli	<p>Per il presente obiettivo sono state attivate nel triennio le seguenti misure:</p> <p>-Bando per l'assegnazione di buoni sociali in favore di persone non autosufficienti (misura B2).</p>

interventi socio-assistenziali domiciliari in favore delle persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza per garantire la loro permanenza al domicilio	<p>E' stata garantita l'erogazione di titoli sociali (buoni e voucher) a supporto delle persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza e delle loro famiglie finanziati attraverso il Fondo Non Autosufficienza. Secondo le indicazioni regionali sono stati attivati i seguenti strumenti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Buono sociale mensile per personale di assistenza regolarmente impiegato 2. Buono sociale mensile per Caregiver Familiare 3. Buono sociale mensile per Progetti di Vita Indipendente 4. Voucher sociale per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità 5. Voucher sociale per favorire benessere e vita di relazione di adulti e anziani con disabilità/non autosufficienza (dal 2022). <p><u>-Bandi Fondo Caregiver</u></p> <p>Dal 2021 è stata introdotto il Fondo Caregiver a sostegno delle persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza con assistenza fornita al domicilio dal solo Caregiver Familiare.</p> <p>Nel 2021 è stato aperto un bando per il riconoscimento di un assegno una tantum per il sostegno al caregiver familiare di persone non autosufficienti presi in carico dalla Misura B2 pari a € 300,00.</p> <p>Nel 2022 è stato aperto un bando per l'assegnazione di un contributo per interventi residenziali di sollievo per il sostegno al caregiver familiare di persone non autosufficienti ed è stato assegnato un assegno una tantum di € 400,00 alle persone ammesse ma non finanziate sulla Misura B2.</p> <p>Nel 2023 è stato aperto un bando per l'attivazione di sostegni in favore del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare di persone con disabilità grave.</p>
---	---

Protezione Famiglia Emergenza COVID 19 ai sensi della DGR 4469 del 29.03.2021 e applicazione del Fattore Famiglia Lombardo	
Obiettivo 2021/2023	Valutazione – Attività Realizzate
Sostenere le famiglie con figli minori in situazione di particolare criticità a seguito dell'emergenza COVID-19	<p>Nell'anno 2021 Regione Lombardia ha aperto un bando tramite bandi online per l'erogazione di contributi in denaro al fine di compensare l'impatto economico derivante dall'emergenza sanitaria sul reddito familiare, ad integrazione delle misure ordinarie ed emergenziali di sostegno al reddito adottate a livello nazionale. L'agevolazione prevedeva la concessione del contributo semplice o con l'incremento del Fattore Famiglia Lombardo.</p> <p>L'Ufficio di Piano aveva il compito di istruire e valutare le domande presentate su bandi online e liquidare il contributo alle domande ritenute idonee fino a esaurimento delle risorse disponibili. Sono state finanziate 221 domande su 300 pervenute, con un'assegnazione pari a € 131.950,00.</p>

Buoni a sostegno delle difficoltà abitative	
Obiettivo 2021/2023	Valutazione – Attività Realizzate
Sostenere le famiglie per il mantenimento dell'abitazione in locazione nel mercato privato e contenere l'emergenza abitativa	<p>Nell'anno 2023 è stato aperto un bando per il finanziamento di progetti elaborati dai Servizi Sociali Comunali a sostegno delle famiglie per il mantenimento dell'abitazione in locazione. Sono state presentate n. 372 istanze di cui n. 361 ammesse in graduatoria e 11 escluse. Sono state finanziate 118 istanze e impegnate risorse pari a € 278.553,02.</p> <p>Con DGR 1003/2023 sono stati assegnati ulteriori fondi (€ 23.334,00) per il Sostegno al mantenimento dell'alloggio in locazione sul libero mercato", impiegati per finanziare n. 10 istanze ammesse in graduatoria ma non finanziate.</p>

Buoni Emergenza Abitativa COVID 19	
Obiettivo 2021/2023	Valutazione – Attività Realizzate
Sostenere in nuclei familiari in situazione di particolare criticità a seguito dell'emergenza COVID-19 per il mantenimento dell'alloggio in locazione sul libero mercato	<p>Nel 2021 sono stati aperti i seguenti tre bandi:</p> <ul style="list-style-type: none"> -due bando per il finanziamento di progetti a sostegno delle famiglie per il mantenimento dell'abitazione in locazione anche in relazione all'emergenza sanitaria covid 19. Era prevista l'erogazione di un contributo direttamente al proprietario (anche in più tranche) per sostenere il pagamento di canoni di locazione non versati o da versare, utilizzando le risorse assegnate con DGR n. 3664/2020 e con DGR n. 4678/21. Sono state finanziate n. 184 domande e impegnate risorse pari a € 163.760,00; -un bando per l'assegnazione di un contributo per il sostegno a nuclei familiari morosi incolpevoli sottoposti a procedura di sfratto, già sfrattati o in emergenza abitativa: era prevista l'erogazione di un contributo di massimo € 1.000,00 per il pagamento dell'affitto di alloggi temporanei, per il pagamento della caparra e/o affitto per l'ingresso in una nuova casa o per il pagamento della retta per l'accesso ex novo a servizi di housing sociale o di accoglienza temporanea. Su questo bando non sono state presentate domande. <p>A febbraio 2022 è stato pubblicato un bando per il finanziamento di progetti elaborati dai Servizi Sociali Comunali a sostegno delle famiglie per il mantenimento dell'abitazione in locazione anche in relazione all'emergenza sanitaria COVID 19, che prevedeva due finestre di apertura del bando: la prima con la formazione di una graduatoria e la seconda sportello. Sono state presentate n. 239 istanze di cui n. 227 ammesse in graduatoria e finanziate e n. 12 escluse. Sono state impegnate risorse pari a € 378.000,00.</p>

Attivazione sportello per l'assistenza familiare e Bonus Assistenti Familiari	
Obiettivo 2021/2023	Valutazione – Attività Realizzate
Attivazione di un servizio di sportello per l'assistenza familiare e per la tenuta di registri degli assistenti familiari, al fine di garantire alle famiglie un supporto alla ricerca di personale idoneo e nel contempo la possibilità di collocazione lavorativa di soggetti qualificati all'assistenza ed eventuale erogazione del Bonus "Assistenti Familiari"	<p>Nell'anno 2019 è stato approvato un avviso pubblico per ricerca di organismi del terzo settore, organizzazioni sindacali e loro enti di patronato interessati a collaborare in convenzione con l'ambito distrettuale di Cittiglio per l'istituzione degli sportelli per l'assistenza familiare finalizzata all'attivazione del registro territoriale degli assistenti familiari in attuazione della l.r. n. 15/2015. Con determina n. 521 Reg. Gen. del 05/12/19 è stato individuato il soggetto interessato ad aderire alla convenzione il Patronato Acli. In seguito alla sottoscrizione della relativa convenzione è stato aperto lo sportello per l'assistenza familiare per 15 ore settimanali.</p> <p>Regione Lombardia ha aperto un bando relativo al bonus Assistenti Familiari. L'Ufficio di Piano aveva il compito di istruire e valutare le domande presentate su bandi online per l'attivazione del bonus del e liquidare il contributo alle domande ritenute idonee. Le poche domande presentate nel corso del triennio sono state escluse in quanto l'Assistente Familiare non era iscritta nel registro degli assistenti familiari ai sensi della l.r. n. 15/2015.</p>

Dopo di noi	
Obiettivo 2021/2023	Valutazione – Attività Realizzate
Garantire l'erogazione di contributi per le persone con disabilità grave (art.3 comma 3 L 104/1992) prive del sostegno familiare.	Nel periodo 2021-2023 l'Ufficio di Piano ha pubblicato i nuovi bandi in relazione alle DGR promosse da Regione Lombardia. Nel corso del triennio ha effettuato attività di valutazione, avvio, monitoraggio e liquidazione progettuale delle attività inerenti alla Misura del “Dopo di Noi”. Le progettualità avviate con maggiore frequenza sono quelle relative all’”allenamento all’autonomia” ed ai ricoveri di sollievo. Nessuna progettualità è stata avviata rispetto alla “residenzialità” o agli interventi di ristrutturazione degli immobili.

TITOLI SOCIALI		
2021	2022	2023
<i>Fondo non Autosufficienza (misura B2)</i>		
69	73	98
<i>Fondo Caregiver</i>		
41	15	15
<i>Protezione Famiglia Emergenza COVID 19 ai sensi della DGR 4469 del 29.03.2021 e applicazione del Fattore Famiglia Lombardo</i>		
221	---	---
<i>Buoni a sostegno delle difficoltà abitative</i>		
---	---	128
<i>Buoni Emergenza Abitativa COVID</i>		
184	227	---
<i>Bonus Assistenti Familiari</i>		
0	0	0
<i>Dopo di noi</i>		
12	6	7

Riparto risorse regionali per le attività socio-assistenziali (Fondo Sociale Regionale)	
Obiettivo 2021/2023	Valutazione – Attività Realizzate
Il Fondo Sociale Regionale ha l'obiettivo di sostenere le unità d'offerta sociali, i servizi e gli interventi delle Aree Minori e Famiglia, Anziani e Disabili funzionanti sul territorio regionale	Per l'intero triennio si è provveduto alla stesura dell'avviso a favore degli Enti Gestori pubblici e privati, alla predisposizione piano di riparto e alla liquidazione contributo secondo le indicazioni regionali. Nell'anno 2023 è stata gestita inoltre la rendicontazione e la liquidazione della quota straordinaria per i comuni al di sotto di 3.000 abitanti che hanno sostenuto spese per ricovero di minori in comunità educative, familiari e alloggi per l'autonomia nell'anno 2022 per un totale complessivo di € 65.477,00.

FONDO SOCIALE REGIONALE		
2021	2022	2023
<i>n. Unità d'offerta, servizi e interventi finanziati</i>		
69	63	61
<i>Totale contributi assegnati</i>		
€ 533.581,02	€ 523.226,78	€ 525.695,21

Bandi aperti a favore dei comuni finanziati con le risorse del FNPS	
Obiettivo 2021/2023	Valutazione – Attività Realizzate
Programmazione e attivazione di interventi a sostegno direttamente o indirettamente delle persone in condizione di fragilità e povertà	<p>Nel triennio 2021/2023 sono stati predisposti bandi a favore dei comuni per erogazione di contributi per le spese sostenute per finanziati con le risorse del Fondo Nazionale Politiche Sociali:</p> <ul style="list-style-type: none"> -oneri derivanti dall'attivazione di interventi a sostegno della domiciliarità per minori (ADM) -oneri derivanti dal ricovero in RSA di anziani -oneri derivanti dal ricovero in RSD di utenti con patologia psichiatrica -oneri derivanti dall'assistenza economica generica in favore di persone in condizione di disagio socio-economico -oneri derivanti dall'assistenza educativa agli alunni disabili o assistenza scolastica ad personam

BANDO PER ONERI DERIVANTI DALL'ATTIVAZIONE DI INTERVENTI A SOSTEGNO DELLA DOMICILIARITÀ PER MINORI (ADM)		
2021	2022	2023
<i>n. istanza finanziate</i>		
17	---	---
<i>Totale contributi assegnati</i>		
€ 42.608,98	---	---
BANDO PER ONERI DERIVANTI DAL RICOVERO IN RSA DI ANZIANI		
2021	2022	2023
<i>n. istanza finanziate</i>		
11	8	15
<i>Totale contributi assegnati</i>		
€ 40.375,11	€ 43.355,55	€ 43.114,92
BANDO PER ONERI DERIVANTI DAL RICOVERO IN RSD DI UTENTI CON PATOLOGIA PSICHIATRICA		
2021	2022	2023
<i>n. istanza finanziate</i>		
3	4	9
<i>Totale contributi assegnati</i>		
€ 7.000,00	€ 10.243,43	€ 11.171,46
BANDO PER ONERI DERIVANTI DALL'ASSISTENZA ECONOMICA GENERICA IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISAGIO SOCIO-ECONOMICO		
2021	2022	2023
<i>n. istanza finanziate</i>		
4	3	8
<i>Totale contributi assegnati</i>		
€ 19.000,00	€ 25.086,70	€ 26.580,35
BANDO PER ONERI DERIVANTI DALL'ASSISTENZA EDUCATIVA AGLI ALUNNI DISABILI O ASSISTENZA SCOLASTICA AD PERSONAM		
2021	2022	2023
<i>n. istanza finanziate</i>		
6	8	19
<i>Totale contributi assegnati</i>		
€ 18.000,00	€ 25.908,45	€ 24.323,04

AREA DELLA FAMIGLIA

Centro Adozioni	
Obiettivo 2021/2023	Valutazione – Attività Realizzate
<p>Garantire continuità alla gestione avviata attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - una gestione centralizzata, formalizzata tramite l'Accordo di Programma; - la fornitura di personale sociale con costi a carico dei Comuni, quale compartecipazione alla gestione del Centro Adozione dell'ASL. 	<p>Attraverso la sottoscrizione dell'Accordo di Programma, <u>è stato possibile promuovere con continuità</u> la gestione distrettuale dell'attività sociale del Centro Adozioni di ASST Sette Laghi. L'Ente Capofila ha assicurato la selezione e fornitura del personale con costi a carico dei Comuni, quale compartecipazione alla gestione del servizio fino al 31/08/22. A seguito delle dimissioni nei 14 mesi precedenti di oltre la metà delle Assistenti Sociali presenti nell'organico di Comunità Montana alla data del 30-05-2022, l'Ente non disponeva di risorse sufficienti ad assicurare la funzione socio-assistenziale per gli interventi dell'intero percorso adottivo. Pertanto con decorrenza dal 01/09/23 è stata attivata la modalità di gestione dell'attività in delega al fine di assicurare gli interventi dell'intero percorso adottivo.</p>
Progetto sperimentale FA.RE e Servizio Affidi sperimentale Sovradistrettuale	
Obiettivo 2021/2023	Valutazione – Attività Realizzate
<p>Garantire continuità alle attività del progetto Famiglie in rete (2315/2019) attraverso il servizio affidi sperimentale.</p>	<p>Le azioni rivolte alle famiglie ed agli operatori dell'ambito nel periodo 2021-2022, con le risorse del progetto FA.RE hanno trovato continuità con il progetto sperimentale di Servizio Affidi Sovra Distrettuale in azzonamento con l'Ambito di Luino. L'anno ponte ha permesso la definizione delle peculiarità del servizio affidi fino per la realizzazione della gara d'appalto (Affidamento dal 1 Giugno 2024)</p>
Servizio Tutela Minori	
Obiettivo 2021/2023	Valutazione – Attività Realizzate
<p>Garantire continuità alla gestione avviata attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rinnovo della convenzione triennale per la gestione associata - Garantire la presa in carico delle situazioni segnalate - Favorire continuità ed integrazione di presa in carico delle situazioni tra il STM e i Servizi Sociali Comunali 	<p>Il Servizio Tutela Minori provvede a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - svolgere un'indagine psico-sociale familiare su richiesta della competente AG; - gestire il decreto emesso dall' AG.(art. ex 403 cc, art.330-333 cc, l.149/2001)che potrebbe prevedere: - mantenimento del minore in famiglia con incarico al servizio di controllo-valutazione e sostegno; - allontanamento del minore dal nucleo familiare (inserimento comunitario o affidamento eterofamiliare) e gestione del progetto attuato ottemperando alle prescrizione del dispositivo emesso dall'AG; - adottabilità del minore e collocamento in famiglia adottiva;

	<p>- prosiegua Amministrativo 7</p> <p>-assistere ed accompagnare il minore sottoposto a provvedimenti dell' AG. (competenza penale) DPR448/88 -fornire Consulenza e supporto al servizio sociale di base</p> <p>CASI APERTI:</p> <p>Nell'anno 2023 i nuovi nuclei familiari interessati da un procedimento dell' AG e quindi presi in carico dal servizio scrivente sono stati 82 (al 31 Dicembre 2023) per un totale di minori pari a 91 (il nucleo familiare può essere composto da più fratelli minori coinvolti nello stesso procedimento dell' AG o in procedimenti di natura differente).</p> <p>A questa casistica si aggiungono i casi di nuclei familiari già in carico al Servizio Tutela Minori dagli anni precedenti:</p> <p>-43 del 2022 dei quali 21 fascicoli chiusi nel corso del 2023= totali attivi al 31.12 del 2022: 22;</p> <p>-39 del 2021 dei quali 16 fascicoli chiusi nel corso del 2023= totali attivi al 31.12 del 2021 : 23;</p> <p>-13 del 2020 dei quali 3 fascicoli chiusi nel corso del 2023= totali attivi al 31.12 del 2020 : 10;</p> <p>-12 del 2019 dei quali 6 fascicoli chiusi nel corso del 2023= totali attivi al 31.12 del 2019 : 6 ;</p> <p>-20 periodo dal 2018 al 2012 dei quali 7 fascicoli chiusi nel corso del 2023= totali attivi al 31.12 del 2018/2012 : 13.</p> <p>per un totale di prese in carico nell'anno 2023 di 218 casi.</p>
--	---

AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIALE

Sportello Immigrati	
Obiettivo 2021-2023	Valutazione – Attività Realizzate
<p>Garantire la continuità del servizio già garantito nelle annualità precedenti.</p> <p>Assicurare il supporto agli operatori dei servizi comunali e distrettuali in tema di immigrazione.</p> <p>Ampliare i canali di finanziamento del servizio attraverso la partecipazione a bandi, in partnership con i soggetti di terzo settore, e valutando le modalità di compartecipazione ai costi da parte dell'utenza.</p> <p>Promuovere forme di co-progettazione per la gestione del servizio e per implementare attività ulteriori a sostegno dell'inclusione sociale delle persone straniere attraverso specifiche progettazioni e finanziamenti.</p> <p>Monitoraggio del bisogno e dell'efficacia dell'intervento.</p>	<p>L'Ambito Distrettuale di Luino (capofila), unitamente all'Ambito Distrettuale di Cittiglio (partner), ha partecipato al bando FAMI 2014-2020 per il consolidamento dei piani di intervento regionale per l'integrazione dei Paesi Terzi del Fondo europeo Asilo, Migrazione e Integrazione, così come previsto dall'Avviso Pubblico Multi-azione 2018 emanato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali; detta partecipazione si è sostanziata nella predisposizione di un progetto, confluito nel progetto regionale prog. – 2463 denominato LAB'IMPACT, volto a consolidare e sviluppare gli interventi e le azioni finalizzate a promuovere l'inclusione sociale dei cittadini stranieri. La Regione Lombardia ha ammesso al finanziamento il suddetto progetto predisposto dagli Ambiti distrettuali di Luino (capofila) e Cittiglio (partner) per un importo complessivo di € 127.430,10. L'Autorità Delegata del Fami ha posticipato al 30 giugno 2023 il termine finale delle attività progettuali degli interventi ammessi al finanziamento e ha indicato l'ammontare e le modalità di assegnazione di una ulteriore quota di finanziamento. Il capofila ha presentato il progetto esecutivo per la realizzazione di ulteriori attività a seguito dell'assegnazione di una quota aggiuntiva pari a € 88.675,00. Con il finanziamento del progetto FAMI sono stati aperti tre sportelli sul territorio dell'Ambito Distrettuale di Cittiglio gestiti dalla Società Cooperativa Mediazione Integrazione.</p> <p>Nel 2023 Comunità Montana Valli del Verbano ha presentato una proposta progettuale, in rete con Comune di Luino in qualità di ente capofila del distretto di Luino e gli ETS: Cooperativa Lotta contro l'Emarginazione Coop. Soc., Cooperativa Sociale Eureka! Soc. Coop.; CSeL Consorzio scs; Soc. coop. soc. Mediazione Integrazione onlus; San Martino Soc. Cooperativa Sociale, nell'ambito dell'Avviso pubblico multi-azione per la presentazione di progetti da finanziare a valere sul Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2021-2027 – Finanziamento FAMI. Il progetto è in fase di valutazione.</p> <p>Nel periodo transitorio dalla chiusura del progetto LAB'IMPACT al finanziamento del progetto presentato sul Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2021-2027 – Finanziamento FAMI, Comunità Montana ha firmato una convenzione con la Società Cooperativa Sociale Mediazione Integrazione Onlus per garantire la prosecuzione delle attività dei tre sportelli presenti sul territorio del Distretto di Cittiglio con decorrenza dal 01/07/23.</p>

NIL Servizio Inserimento Lavorativo	
Obiettivo 2021-2023	Valutazione – Attività Realizzate
<ul style="list-style-type: none"> - Garantire la continuità del servizio già garantito nelle annualità precedenti; - Rinnovo della convenzione triennale per la gestione associata - Garantire la presa in carico delle situazioni segnalate - Attività di promozione e sensibilizzazione presso le aziende del territorio - Favorire continuità ed integrazione di presa in carico delle situazioni tra il NIL, i Servizi Sociali Comunali, i Servizi specialistici 	<p>Il Servizio di inserimento lavorativo, attraverso percorsi personalizzati:</p> <ul style="list-style-type: none"> -persegue la promozione dell'inserimento e dell'integrazione lavorativa delle persone disabili (di cui alla lg. 68/1999) nel mondo del lavoro; -sostiene e accompagna le persone svantaggiate (di cui alla l. 381/1991) i soggetti in carico al Ministero della Giustizia nella ricerca e mantenimento di un'attività lavorativa. <p>Il Servizio NIL, nel rispetto delle reciproche competenze, opera in collaborazione e in modo integrato con altri Servizi territoriali, specialistici e/o altri enti ed agenzie (quali CPI territoriale, CFPIL, ENAIP, CESVIP, ADECCO, UMANA, MANPOWER....) a cui la normativa vigente riconosce compiti e ruoli nell'ambito delle politiche del lavoro e del contrasto dell'esclusione sociale. Il numero di segnalazioni pervenute al Servizio ha continuato ad essere elevato.</p> <p>Sono state complessivamente segnalate n.35 persone, di cui 34 risultano essere state prese in carico dall'équipe.</p> <p>A questa casistica si aggiungono i casi già in carico al NIL dagli anni precedenti per un totale di prese in carico pari a n. 89.</p> <p>Le attività gestite dal Servizio NIL a favore dei Comuni del Distretto sono state:</p> <p>A FAVORE DELL'UTENZA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conoscenza psico-socioeducativa; -Bilancio di competenze; - Stesura del progetto individuale in relazione alle caratteristiche della persona e alla sua fase formativo- lavo-rativa; -Individuazione della risorsa lavorativa e presentazione della persona per avvio di percorso Tirocinio lavorativo in borsa lavoro - Monitoraggio del percorso di tirocinio finalizzato all'osservazione, formazione e avviamento lavorativo; - Monitoraggio per il mantenimento del posto di lavoro di persone assunte tramite percorsi attivati da NIL; - Interventi individuali volti ad un'autonoma ricerca del lavoro attraverso il sostegno nell'utilizzo delle tecniche di ricerca attiva del lavoro e il potenziamento delle strategie individuali; - Corso su sicurezza nei luoghi di lavoro "Formazione dei lavoratori (generale)"; - Corso su sicurezza nei luoghi di lavoro "Rischio basso- modulo 1°"; - corsi di orientamento e acquisizione di competenze per la ricerca autonoma del lavoro. <p>A FAVORE DELLE AZIENDE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentazione e promozione del servizio NIL; - Scouting aziendale; - Visita in Azienda per definire le mansioni disponibili;

	<ul style="list-style-type: none"> - Attivazione di tirocini di inclusione sociale e tirocini extracurricolari - Interventi in Azienda, su richiesta del datore di lavoro e/o dell'interessato, per situazioni critiche; - Adesione al programma di inserimento lavorativo che l'Azienda sottoscrive con l'Ufficio Collocamento Mirato Disabili della Provincia di Varese, e relativa Convenzione ai sensi della L. 68/99. <p>A seguito della Convenzione con l'ASST (Azienda Socio Sanitaria Territoriale) dei Sette Laghi attivata nel 2022 e che ha permesso l'attivazione 9 tirocini di inclusione sociale; nel di marzo 2023 sono state concretizzate 8 assunzioni di persone in carico al Servizio NIL.</p> <p>Sono stati attivati numero 26 percorsi di tirocini di inclusione lavorativa.</p> <p>Sono state raggiunte n.24 assunzioni complessive da parte di aziende sul territorio.</p> <p>Alla luce delle difficoltà che le aziende incontrano nell'attivazione dei corsi sulla sicurezza, in relazione ai tempi di attivazione/durata dei tirocini, si sono attivati n.3 corsi in presenza sulla sicurezza – modulo generale e modulo rischio basso. In questi corsi sono state coinvolte n. 32 persone.</p>
--	---

Servizio Inclusione Sociale	
Obiettivo 2021-2023	Valutazione – Attività Realizzate
<p>Garantire la continuità del servizio già garantito nelle annualità precedenti.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rinnovo della convenzione triennale per la gestione associata - Garantire la presa in carico delle situazioni segnalate in piattaforma GEPI, attraverso l'équipe Multidimensionale - Favorire continuità ed integrazione di presa in carico delle situazioni tra il SIS, i Servizi Sociali Comunali, i Servizi specialistici - Promuovere il contrasto alla povertà attraverso la progettazione di interventi specifici con Quota Servizi Fondo Povertà 	<p>FINALITA'</p> <p>Il Servizio di Inclusione Sociale si occupa di promuovere l'inclusione e l'autonomia delle persone e dei nuclei familiari in condizione di povertà e svantaggio socioeconomico, beneficiari del Reddito di Cittadinanza e delle nuove misure ADI e SFL.</p> <p>I costi derivanti dalle attività svolto dal Servizio SIS sono interamente finanziati dal Fondo Povertà.</p> <p>ATTIVITA' SVOLTA:</p> <p>L'entrata in vigore della misura del Reddito di Cittadinanza (marzo 2019), sostituita D.L. 4 maggio 2023, n. 48, convertito con modificazioni della legge 3 luglio 2023, n. 85, che ha introdotto nuove misure di inclusione sociale e lavorativa, istituendo, tra gli altri, il Supporto per la Formazione e il Lavoro (SFL) dal 1° settembre 2023 e l'Assegno di Inclusione (ADI) dal 1° gennaio 2024, prevedono che i nuclei familiari caratterizzati da fragilità di tipo sociale, economica e lavorativa, vengano presi in carico da un'équipe multidisciplinare, che nel caso del nostro distretto afferisce al Servizio di Inclusione Sociale.</p> <p>L'équipe ha provveduto a convocare i nuclei beneficiari RdC per tutta l'annualità 2023 e ad informare tutti i potenziali beneficiari della nuova misura SFL che potevano presentarne domanda dal mese di settembre 2023 e i nuovi beneficiari ADI, che potevano presentarne domanda a partire dal 18/12/2023.</p> <p>Nell'anno 2023 sono stati 155 i nuclei familiari, residenti nel Distretto di Cittiglio, ad essere convocati dall'équipe SIS per i colloqui di Analisi Preliminare, Quadro di Analisi e stesura del Patto</p>

	<p>per l'Inclusione Sociale previsti per il Reddito di Cittadinanza, e/o inviati al Centro per l'Impiego Territoriale.</p> <p>Quindi, nel periodo novembre 2019 – dicembre 2023, risultano essere stati presi in carico, così come visibile dalla Piattaforma Gepi, n. 1264 nuclei familiari, che risultano essere suddivisi in: casi in monitoraggio attivi, casi in monitoraggio terminati, decaduti, sospesi, revocati, in evidenza alla sede per controlli, che rimangono comunque in carico al Servizio SIS per supporto e mediazione. Il Servizio SIS parallelamente ha sempre svolto attività di rafforzamento del segretariato sociale distrettuale, raggiungendo un numero più ampio di persone e nuclei familiari che necessitavano di informazioni e consulenza.</p> <p>Gli operatori del Servizio SIS provvedono a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Convocare i beneficiari del Reddito di Cittadinanza per i colloqui di analisi preliminare, che permettono di capire quali sono le criticità che hanno portato il nucleo familiare a richiedere il reddito, evidenziarne i punti di forza e le potenzialità di uscita dalla condizione di svantaggio sociale, economico e lavorativo (attraverso colloqui e visite domiciliari al bisogno); • Redigere i Patti per l'inclusione sociale con la definizione e condivisione con il nucleo degli obiettivi e delle azioni che permettono il raggiungimento di questi. Effettuare il Quadro di Analisi nel caso in cui si presenti una multi-problematicità afferente a diverse aree e creare un'équipe multidisciplinare, coinvolgendo anche gli operatori dei servizi specialistici presenti sul territorio che si integrano per il raggiungimento degli obiettivi; • Lavoro di rete con il Centro per l'Impiego territoriale per il controllo della presentazione della DID (Dichiarazione di Immediata Disponibilità) vincolante alla finalizzazione sulla Piattaforma Gepi del Patto per l'Inclusione Sociale e all'erogazione del beneficio economico, invio di nuclei familiari che presentano come unica problematica quella afferente all'area lavorativa, monitoraggio e confronto sulle situazioni inviate; • Lavorare in rete con le anagrafi dei comuni di residenza dei beneficiari, per i controlli anagrafici; • Programmare e attivare strumenti di supporto al nucleo (tirocini, educativa minori, corsi formazione, supporto nella ricerca attiva del lavoro e mappatura delle agenzie interinali sul territorio, educazione finanziaria); • Attivazione di tirocini di inclusione sociale; Sono stati attivati n. 8 tirocini finalizzati all'inclusione sociale e al potenziale reinserimento lavorativo dei beneficiari nel mondo lavorativo. Sono state sottoscritte n. 6 convenzioni con le aziende che hanno ospitato i tirocini di inclusione sociale; • Tavoli Tecnici Distrettuali informativi e divulgativi. <p>L'équipe SIS ha avviato collaborazioni con cooperative sociali e agenzie per il lavoro territoriali (UMANA, SOLIDARIETA' 90 COOPERATIVA SOCIALE, CONTES, KEPOS COOPERATIVA SOCIALE, VESCO SRL, DIKUNTU ODV, CITY ANGELS), per la presentazione e la valutazione di CV per posizioni lavorative scoperte, che in alcuni casi hanno portato all'assunzione.</p>
--	--

	<p>Inoltre, sono proseguite le azioni che hanno permesso di fornire sostegni integrati nelle aree oggetto del Patto di Inclusione Sociale (area lavorativa e di riqualificazione professionale, assistenza educativa domiciliare) ai nuclei familiari beneficiari:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A partire dal mese di luglio 2022 è iniziata una collaborazione con la cooperativa Cs&l per la presa in carico delle persone beneficiarie RdC, bisognose di un percorso individualizzato di ricerca attiva del lavoro. Gli operatori del Servizio SIS hanno selezionato, tra i propri nuclei in carico/monitoraggio, quelli che necessitavano di un accompagnamento educativo mirato e di supporto motivazionale, per una riqualificazione professionale e reinserimento nel mondo del lavoro. Gli operatori di CS&L si sono occupati della stesura di un CV aggiornato, atti di ricerca attiva del lavoro, mappatura sul territorio di aziende disponibili ad accogliere le persone in tirocinio e/o con posizioni libere. Sono state segnalate e prese in carico n. 22 persone, sono stati attivati n. 2 tirocini di inclusione sociale di cui 1 si è trasformato in assunzione con un contratto a tempo determinato. Inoltre, è stato attivato il progetto di educazione finanziaria che ha permesso l'invio, sempre su segnalazione del servizio scrivente, di persone con difficoltà nella gestione del denaro e, in particolare per la risoluzione di eventuali situazione debitorie con terzi. Le azioni sono terminate con il mese di febbraio 2023; • Nel mese di luglio 2022 sono iniziate le azioni legate all'affidamento diretto alla Cooperativa Sociale Bosco Verde, per il progetto di assistenza educativa domiciliare a favore dei minori facenti parte dei nuclei percettori RdC ed ex RdC, segnalati dal Servizio Scrivente in rete con i servizi sociali dei comuni di residenza e con i servizi specialistici del territorio. Dal mese di luglio 2022 al mese di giugno 2023 sono stati attivati 11 interventi educativi. Le azioni si sono concluse il 30/06/2023; • Corsi formazione professionale per adulti (corso GDO, corso cura del verde e corso magazziniere) con il CFP di Varese, per i percettori del RdC e per le persone in stato di fragilità economica (ISEE > € 6000e comprovata situazione di povertà da parte del SS.SS comunale). Gli operatori del Servizio SIS hanno selezionato, tra i propri nuclei in carico/monitoraggio, in collaborazione con i ss.ss comunali, quelli che necessitavano di un percorso di riqualificazione professionale e di reinserimento nel mondo del lavoro. Nel mese di luglio 2023 ha preso avvio il corso "Magazziniere con abilitazione uso 12 semoventi industriali" per 4 persone. Nel mese di settembre 2023 ha preso avvio il corso di "Banconiere nella GDO" per 6 persone. L'attività progettuale si è conclusa il 31/10/2023.
--	--

COSTI SOSTENUTI PER GLI INTERVENTI ATTIVATI ATTRAVERSO LE RISORSE DEL FONDO POVERTA'*		
2021	2022	2023
Costituzione di un'equipe dedicata al supporto all'inclusione lavorativa ed educazione finanziaria dei nuclei dei familiari dei percettori di reddito di cittadinanza		
---	€ 30.259,85	---
Servizio di assistenza educativa domiciliare a favore dei minori segnalati dal Servizio di Inclusione Sociale		
---	€ 26.773,45	---
<i>Tirocini di inclusione sociale</i>		
€ 4.798,21	€ 11.194,86	€ 11.349,19
<i>P.U.C. - Progetti di utilità sociale</i>		
€ 151,00	---	---
<i>Cartella Sociale Informatizzata</i>		
---	---	€ 22.882,00

**in questa tabella non sono inseriti i costi del Personale dipendente di CMVV assegnati al Servizio di Inclusione Sociale*

COSTI SOSTENUTI PER L'EROGAZIONE DEI SERVIZI		
2021	2022	2023
<i>Ufficio di Piano</i>		
€ 118.775,89	€ 96.209,47	€ 108.510,56
<i>Servizio Tutela Minori</i>		
€ 158.984,75	€ 127.282,87	€ 134.619,73
<i>Servizio Inserimento Lavorativo</i>		
€ 77.952,50	€ 33.605,13	€ 38.614,13
<i>Servizio Inclusione Sociale</i>		
€ 145.690,46	€ 145.986,23	€ 159.656,47
<i>Servizio Adozioni Nazionale e Internazionale</i>		
€ 8.671,38	€ 6.775,00	€ 7.963,00
<i>Servizio Sportello Immigrati</i>		
€ 2.000,00	€ 2.000,00	€ 0,00
<i>Servizio Affidato Sovrazonale</i>		
---	---	€ 27.502,05

RISORSE IMPEGNATE					
2021		2022		2023	
	% sul totale		% sul totale		% sul totale
<i>FNPS</i>					
€ 249.391,02	9%	€ 249.751,06	9%	€ 275.631,04	10%
<i>Comuni</i>					
€ 392.018,24	14%	€ 394.633,54	15%	€ 456.294,92	16%
<i>Fondi vincolati</i>					
€ 874.036,12	31%	€ 822.210,75	30%	€ 850.318,02	30%
<i>Avanzi anni precedenti</i>					
€ 969.288,01	34%	€ 802.229,53	30%	€ 632.812,00	22%
<i>Altro</i>					
€ 336.998,69	12%	€ 430.996,41	16%	€ 618.993,59	22%

Capitolo 2 Analisi del Contesto

Dati di contesto e quadro della conoscenza

La Comunità Montana Valli del Verbano è un ente locale situato nella provincia di Varese, nella regione Lombardia, che copre una vasta area montuosa caratterizzata da paesaggi naturali e culturali di grande valore.

Ambito geografico e comuni membri

L'ambito della Comunità Montana Valli del Verbano comprende diversi comuni delle valli che si estendono tra il lago Maggiore e la Svizzera. L'ambito di Cittiglio è composta dai seguenti Comuni:

Azzio

Bardello con Malgesso e Bregano

Besozzo

Biandronno

Brebbia

Brenta

Caravate

Casalzuigno

Cassano Valcuvia

Castello Cabiaglio

Cittiglio

Cocquio Trevisago

Cuveglia

Cuvio

Duno

Gavirate

Gemonio

Laveno Mombello

Leggiuno

Masciago Primo

Monvalle

Orino

Rancio Valcuvia

Sangiano

L'Ufficio di Piano è l'organismo tecnico per la programmazione zonale, svolge funzioni di pianificazione, di coordinamento delle fasi attuative delle politiche sociali regionali e nazionali assegnate agli Ambiti e di valutazione dei servizi/interventi socioassistenziali in supporto e in collaborazione con le Amministrazioni locali. L'Ufficio di Piano è l'interlocutore e referente territoriale per l'ambito socioassistenziale nei confronti dell'ASST, ATS e della Regione Lombardia. Opera a supporto degli organismi politici del Piano di Zona, costituiti dall'Assemblea dei Sindaci e dall'Esecutivo dell'Ambito Distrettuale di Cittiglio.

L'Ufficio di Piano attua la funzione programmatica la cui piena titolarità rimane in capo agli Enti Locali così come definito dalla L. 328/2000, in ordine a:

– Programmazione, pianificazione degli interventi socioassistenziali

- Attuazione delle Politiche Sociali e amministrazione delle risorse assegnate all'Ambito;
- Analisi e valutazione del sistema dell'offerta socioassistenziale, accreditamento e monitoraggio delle strutture;
- Coordinamento Reti Locali;
- Ricerca finanziamenti attraverso la partecipazione a Bandi Locali, Regionali, Nazionali ed Europei.

Le attività principali consistono in:

1. Progettazione, e programmazione degli interventi, coordinamento con le linee di indirizzo regionali, attuazione degli obiettivi previsti all'interno del Piano di Zona e verifica della loro realizzazione;
2. Valutazione dei bisogni emergenti del territorio e della possibilità di sostenere i progetti esistenti attraverso appositi bandi di finanziamento;
3. Raccordo dei servizi distrettuali a gestione associata (Servizio Tutela Minori, Nucleo Inserimento Lavorativo, Adozione, Affidamento, Servizio di Inserimento Lavorativo) e gestione del Fondo di Solidarietà Minori per il pagamento delle rette derivanti dall'ospitalità di minori in strutture comunitarie;
4. Gestione ed erogazione alla cittadinanza di titoli sociali, buoni e voucher sociali, in stretta collaborazione con i servizi sociali comunali;
5. Gestione dei fondi per l'attuazione delle azioni previste all'interno della programmazione zonale e partecipazione a bandi per il reperimento di nuovi finanziamenti;
6. Supporto e raccordo con i soggetti politici dell'Ambito;
7. Collaborazione e raccordo interdistrettuale e interistituzionale tra gli enti e con i soggetti di terzo settore e del privato sociale appartenenti alla rete sociale e socio sanitaria del Distretto di Laveno Mombello;
8. Coordinamento delle attività per favorire l'integrazione socio-sanitaria;
9. Rilevazione dati, monitoraggio delle attività e assolvimento del debito informativo;
10. Gestione del personale afferente ai servizi distrettuali;
11. Organizzazione di corsi di formazione in favore degli operatori sociali, in collaborazione con Provincia di Varese.

I servizi sovracomunali realizzati dal Piano di Zona sono:

- Nucleo Inserimento Lavorativo e Servizio di Inclusione Sociale
- Servizio Tutela Minori

Per operare al meglio su un territorio così articolato e complesso l'Ambito ha nel tempo definito una geografia ed un'organizzazione che gli permette di definire i servizi nell'ottica della vicinanza e prossimità dei servizi alla popolazione, attraverso una collaborazione con i diversi uffici della comunità montana e dei comuni

SEDE DELL'AMBITO:

Piazza Marconi 1

Cuveglia

La Comunità Montana Valli del Verbano gestisce, in qualità di Ente Capofila, molteplici attività e servizi alla persona per conto dei comuni afferenti al suo territorio.

I servizi gestiti in forma associata su delega dei Comuni sono:

1. **NIL Nucleo di Inserimento Lavorativo** (per i Comuni di Azzio, Bardello, Besozzo, Biandronno, Brebbia, Bregano, Brenta, Caravate, Casalzuigno, Cassano Valcuvia, Castello

Cabiaglio, Cittiglio, Cocquio Trevisago, Cuveglio, Cuvio, Duno, Gemonio, Laveno Mombello, Leggiuno, Malgesso, Masciago Primo, Monvalle, Sangiano);

2. **Servizio Tutela Minori** (per i Comuni di Azzio, Bardello, Besozzo, Biandronno, Brebbia, Bregano, Brenta, Caravate, Casalzuigno, Cassano Valcuvia, Castello Cabiaglio, Cittiglio, Cocquio Trevisago, Cuveglio, Cuvio, Duno, Gemonio, Laveno Mombello, Leggiuno, Malgesso, Masciago Primo, Monvalle, Sangiano)

3. **SIS Servizio di Inclusione Sociale** (per i Comuni di Azzio, Bardello, Besozzo, Biandronno, Brebbia, Bregano, Brenta, Caravate, Casalzuigno, Cassano Valcuvia, Castello Cabiaglio, Cittiglio, Cocquio Trevisago, Cuveglio, Cuvio, Duno, Gavirate, Gemonio, Laveno Mombello, Leggiuno, Malgesso, Masciago Primo, Monvalle, Orino, Rancio Valcuvia, Sangiano).

4. **LU.CI. Servizio Affidi e prossimità familiare sovra - distrettuale (tutti i comuni)**

5. **Centro adozioni**

La Comunità Montana Valli del Verbano è capofila dell'Accordi di Programma per la gestione del Piano di Zona dell'ambito distrettuale di Cittiglio. Il coordinamento operativo tra i diversi Enti ed i diversi progetti di attuazione del Piano di Zona è svolto da un organismo tecnico – operativo di programmazione denominato Ufficio di Piano.

Il quadro sociodemografico dell'Ambito

Il quadro sociodemografico dell'ambito di Cittiglio, composto da 26 comuni, evidenzia una struttura variegata sia dal punto di vista della popolazione sia in termini di sviluppo economico e territoriale. Ecco un'analisi di alcuni aspetti chiave:

Questa zona comprende sia comuni con popolazioni relativamente piccole (come Masciago Primo, Duno, e Bregano, con meno di 500 abitanti ciascuno), sia comuni più grandi come Besozzo (con oltre 9.000 abitanti) e Laveno Mombello (con circa 9.000 abitanti). La densità demografica varia, con comuni a più alta concentrazione abitativa nei pressi dei centri maggiori e zone più spopolate nelle aree montane o rurali.

- Comuni più popolosi: Besozzo, Laveno Mombello, Gavirate.
- Comuni meno popolosi: Masciago Primo, Duno, Orino.

Come in molte aree della Lombardia, anche qui si osserva un progressivo invecchiamento della popolazione, con una crescente percentuale di anziani e un calo delle nascite. Molti comuni hanno una popolazione in età avanzata, con un'età media sopra i 45 anni, e la presenza di giovani è ridotta, particolarmente nei piccoli borghi montani.

Diversi comuni dell'area vedono un pendolarismo verso centri più grandi (come Varese, Milano o la vicina Svizzera), che porta a uno spopolamento delle aree periferiche, con la popolazione che si sposta per lavoro o studio. Al contempo, ci sono nuovi arrivi nelle località più attrattive, come Laveno Mombello e Besozzo, dove si osserva una leggera crescita demografica dovuta all'arrivo di famiglie giovani o persone in cerca di una migliore qualità della vita.

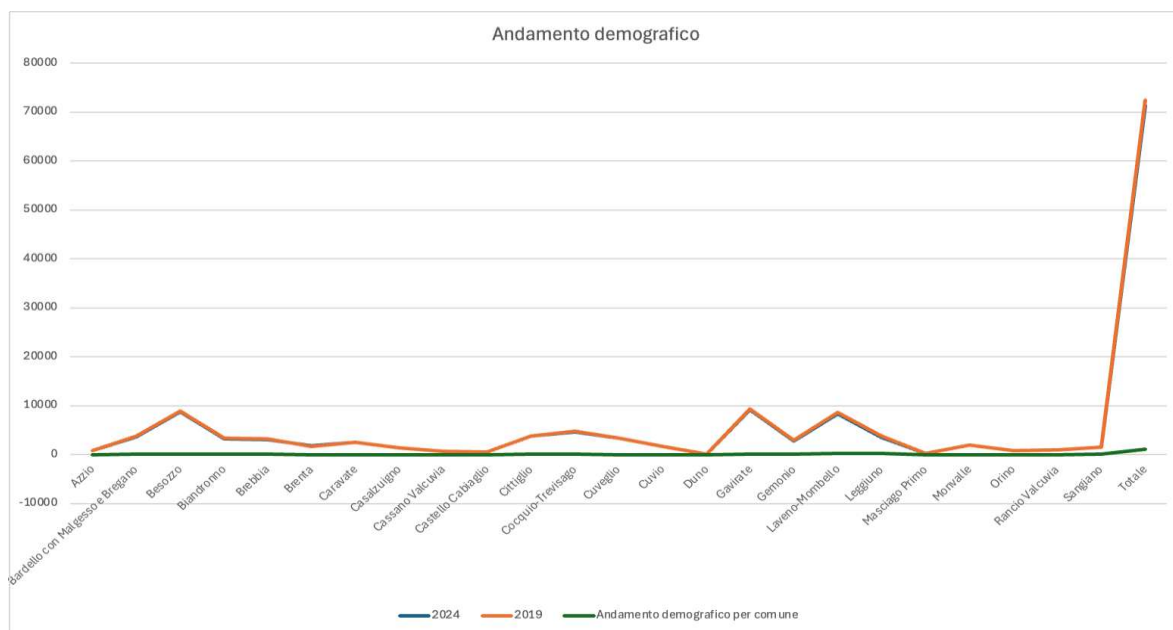
L'andamento complessivo degli ultimi 5 anni è positivo.

Popolazione residente al 1° gennaio			
Tipo di indicatore demografico	popolazione al 1° gennaio		
	2019		
Sesso	maschi	femmine	totale
Territorio			
Azzio	394	371	765
Bardello con Malgesso e Bregano	1848	1890	3738
Besozzo	4321	4605	8926
Biantrono	1610	1674	3284
Brebbia	1552	1628	3180
Brenta	853	839	1692
Caravate	1292	1246	2538
Casazulino	660	688	1348
Cassano Valcuvia	322	341	663
Castello Cabiaglio	277	274	551
Cittiglio	1883	1960	3843
Cocquio-Trevisago	2286	2438	4724
Cuviglio	1616	1718	3334
Cuvio	808	860	1668
Duno	73	53	126
Gavirate	4428	4835	9263
Gemonio	1434	1465	2899
Laveno-Mombello	4036	4574	8610
Leggino	1818	1942	3760
Masciago Primo	151	145	296
Monvalle	950	974	1924
Orino	404	402	806
Rancio Valcuvia	458	466	924
Sangiano	766	742	1508
Totale			70370

Popolazione residente			
Tipo di indicatore demografico	popolazione al 1° gennaio		
	2024		
Sesso	maschi	femmine	totale
Territorio			
Azzio	395	375	770
Bardello con Malgesso e Bregano	1788	1846	3634
Besozzo	4221	4551	8772
Biantrono	1543	1635	3178
Brebbia	1553	1599	3152
Brenta	854	878	1732
Caravate	1251	1286	2537
Casazulino	676	684	1360
Cassano Valcuvia	332	325	657
Castello Cabiaglio	292	279	571
Cittiglio	1866	1958	3824
Cocquio-Trevisago	2219	2412	4631
Cuviglio	1618	1723	3341
Cuvio	812	845	1657
Duno	92	62	154
Gavirate	4391	4779	9170
Gemonio	1410	1428	2838
Laveno-Mombello	3931	4429	8360
Leggino	1701	1852	3553
Masciago Primo	143	148	291
Monvalle	954	987	1941
Orino	426	407	833
Rancio Valcuvia	470	454	924
Sangiano	738	696	1434
Totale			69274

Tab. 1 Dati Istat al 1° gennaio 2019

Tab. 2 Dati Istat 1° gennaio 2024



Tab. 3 Andamento demografico

Nell'ambito di Cittiglio, i principali indici demografici rilevati per l'anno 2023 sono i seguenti:

- Indice di natalità: 4,7 nati per 1.000 abitanti.
- Indice di vecchiaia: 211,9 anziani ogni 100 giovani. Questo dato evidenzia un significativo invecchiamento della popolazione, con una percentuale elevata di anziani rispetto ai giovani residenti.

Questi indici indicano una popolazione con tendenze demografiche caratterizzate da una bassa natalità e un alto numero di anziani, il che potrebbe avere implicazioni sia per il sistema sociale che per quello economico e sanitario della comunità locale

Analisi socioeconomica dell'Ambito

L'ambito di Cittiglio e i comuni limitrofi presentano caratteristiche socio-economiche diverse rispetto al resto della Lombardia. Mentre il reddito medio e il numero di imprese per abitante sono inferiori alla media regionale, l'offerta di servizi scolastici ed educativi è adeguata a una zona semi rurale, con una scarsa capillarità e con difficoltà di accesso per il sistema di trasporti.

Analizziamo alcuni aspetti paragonandoli ai dati di Regione Lombardia.:

1.Reddito medio

Ambito Cittiglio: La zona di Cittiglio e i comuni circostanti mostrano redditi medi leggermente più bassi rispetto alla media lombarda, che nel 2023 si attesta intorno ai **30.000-32.000 euro** annui per nucleo familiare. Alcuni comuni come Gavirate e Laveno Mombello, con una maggiore offerta di servizi e connessioni infrastrutturali si avvicinano alla media regionale, mentre comuni più piccoli come Duno e Orino hanno redditi medi inferiori.

Lombardia: La Lombardia è una delle regioni più ricche d'Italia, con un reddito medio che varia notevolmente a seconda delle province, ma in generale oscilla tra **30.000 e 40.000 euro** annui. Le città maggiori come Milano hanno valori superiori alla media.

2. Numero di imprese per abitante

Ambito Cittiglio: L'area dei comuni intorno a Cittiglio mostra una densità di imprese tipica delle aree semirurali. La maggior parte delle imprese sono piccole e medie imprese (PMI), con una forte presenza nel settore manifatturiero e servizi locali. Il numero di imprese per abitante tende a essere inferiore rispetto alle zone urbane, con un valore che può aggirarsi intorno a **0,06-0,10 imprese per abitante**.

Lombardia: La Lombardia ha un elevato numero di imprese per abitante, particolarmente nelle province di Milano, Brescia, e Bergamo. Il numero di imprese per abitante si attesta intorno a **0,14-0,20 imprese per abitante**.

3. RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali)

Ambito Cittiglio: Nella tua area, comuni come Gavirate e Besozzo ospitano RSA di medie dimensioni. In totale, si possono contare **6 RSA** nei comuni considerati, con una capacità media di 60-100 posti letto per struttura.

Lombardia: La Lombardia ha una delle più alte concentrazioni di RSA in Italia, con un focus particolare nelle aree a più alta densità abitativa. Nelle aree rurali o meno densamente popolate come il Varesotto, il numero di RSA per abitante è inferiore alla media delle città più grandi.

4. Asili nido

Ambito Cittiglio: Nei comuni considerati, l'offerta di asili nido è limitata. Comuni come Gavirate e Laveno Mombello hanno la presenza di strutture pubbliche e private, ma nei comuni più piccoli, spesso si trovano pochi o nessun asilo nido. In totale, si possono contare **12 asili nido** distribuiti in quest'area.

Lombardia: La Lombardia presenta una buona offerta di asili nido, specialmente nelle aree urbane, con una media di **1 asilo nido ogni 500-1.000 abitanti** nelle città principali.

5. Scuole primarie, secondarie di primo grado e secondarie di secondo grado

Ambito Cittiglio:

Scuole primarie: Ogni comune di medie dimensioni come Gavirate, Laveno Mombello, Besozzo e Cittiglio ha una o più scuole primarie. In totale, nell'ambito ci sono **20 scuole primarie**.

Secondarie di primo grado: Sono meno diffuse rispetto alle primarie, concentrate soprattutto nei comuni maggiori come Laveno Mombello e Gavirate. In totale, si contano circa **10 scuole secondarie di primo grado**.

Secondarie di secondo grado: Sono generalmente concentrate nei comuni di maggiore estensione come Laveno Mombello e Gavirate. Gli studenti dei comuni più piccoli spesso devono spostarsi per frequentare queste scuole. Si contano **5 scuole secondarie di secondo grado** nell'area.

Lombardia: La regione ha un'ampia rete di scuole primarie e secondarie, con un forte incremento di scuole secondarie di secondo grado nei grandi centri urbani. La media per le scuole primarie è di **1 scuola ogni 1.500-2.000 abitanti**, mentre per le secondarie di primo grado è di **1 scuola ogni 2.500-3.000 abitanti**.

Capitolo 3. Analisi dei soggetti e delle reti presenti sul territorio

L'analisi dei servizi dell'ambito di Cittiglio, dei soggetti del Terzo Settore (ETS) e dei servizi forniti dall'ASST mette in evidenza una rete di interventi complessa, orientata a rispondere alle molteplici esigenze della comunità locale. L'approccio mira a promuovere una copertura dei bisogni delle famiglie, dei giovani, delle persone fragili e di quelle con disabilità, attraverso una sinergia tra servizi pubblici, enti del terzo settore e iniziative sociali.

Servizi dell'ambito di Cittiglio

L'ambito territoriale di Cittiglio offre servizi diversificati, tra cui:

- **Servizio tutela minori**, volto a proteggere i minori in situazioni di difficoltà familiare;
- **Centro per la famiglia ME-TE**, che offre supporto alle famiglie;
- **Nucleo di inserimento lavorativo**, che facilita l'integrazione lavorativa delle persone fragili;
- **Servizio Affidi sovradistrettuale**, che gestisce l'affidamento di minori a famiglie affidatarie;
- **Servizio spazio neutro**, per favorire incontri protetti tra genitori e figli in situazioni di criticità.

Servizi non in convenzione

Servizio tutela minori del Comune di Gavirate, volto a proteggere i minori in situazioni di difficoltà familiare;

Nucleo di inserimento lavorativo Comune di Gavirate, facilita l'integrazione lavorativa delle persone fragili;

ETS (Enti del Terzo Settore)

Il territorio è arricchito dalla presenza di numerosi Enti del Terzo Settore: questi enti operano su una vasta gamma di interventi che vanno dal supporto alle famiglie alla gestione di progetti di inclusione lavorativa, fino al sostegno ad anziani e persone con disabilità.

Al fine di valorizzare la complessità e la ricchezza del panorama degli enti del terzo settore e delle Organizzazioni Non Lucrative di Utilità Sociale, a titolo non esaustivo si riporta un elenco ANFFAS Varese

Caritas Parrocchiali (Cuveglio)

Controvento Trekking ETS

Coop Bosco Verde

COOP L'aquilone

Coop Punto e Virgola

Coop Totem

Coop. Mediazione Integrazione

Coop. San Martino

Cooperativa COS

cooperativa Educational Team

Cooperativa Eureka!

Cooperativa Lotta Contro l'emarginazione
 Cooperativa Marta
 Cooperativa San Luigi
 CSeL consorzio
 Fondazione Asilo Mariuccia
 Fondazione Comi
 Fondazione Menotti e Bassani
 Fondazione Piatti
 Padana Assistenza
 Rughe ODV
 Sacra Famiglia
 Teatro Periferico ETS
 Varese Alzheimer ODV

Servizi ASST

Tra i servizi sanitari di rilievo per la collaborazione con l'ambito:

- **CPS** (Centro Psico-Sociale), che fornisce assistenza psichiatrica e psicologica;
- **SERD**, per il trattamento delle dipendenze;
- **Consultorio Familiare**, che supporta le famiglie e i giovani in situazioni di disagio;
- **Equipe ADI**, per l'assistenza domiciliare integrata.

Inoltre, il territorio ha avviato o sta progettando numerosi interventi come **Sprint! Lombardia Insieme**, un progetto per sostenere l'integrazione sociale e lavorativa dei giovani, e la **rete delle dimissioni protette** che coinvolge ASST e servizi sociali per garantire una presa in carico completa e integrata dei pazienti dimessi dagli ospedali.

Il quadro dell'ambito di Cittiglio rivela un sistema in cui la collaborazione tra pubblico e privato gioca un ruolo fondamentale per affrontare le sfide del territorio. La creazione di reti tra i vari servizi e la partecipazione attiva degli enti del terzo settore rappresenta un punto di forza essenziale per migliorare la qualità della vita della popolazione locale, soprattutto quella più fragile.

ETS	Servizi di ASST
ANFFAS Varese	CPS
Caritas Parrocchiali (Cuveglio)	SERD
Controvento Trekking ETS	Area fragilità
Coop Bosco Verde	Consultorio Familiare
COOP L'aquilone	Centro adozioni
Coop Punto e Virgola	Casa di Comunità
Coop Totem	Equipe C-DOM
Coop. Mediazione Integrazione	
Coop. San Martino	
Cooperativa COS	
cooperativa Educational Team	
Cooperativa Eureka!	
Cooperativa Lotta Contro l'emarginazione	
Cooperativa Marta	
Cooperativa San Luigi	
CSeL	
Fondazione Asilo Mariuccia	
Fondazione Comi	
Fondazione Menotti e Bassani	
Fondazione Piatti	
Padana Assistenza	
Rughe ODV	
Sacra Famiglia	
Teatro periferico ETS	
Varese alzheimer ODV	

Figura.1 Tabella degli enti coinvolti

Nell'ambito territoriale di Cittiglio, le reti operative rivestono un ruolo fondamentale per la gestione e l'integrazione dei servizi offerti alle famiglie, ai minori, agli anziani e alle persone fragili. Le collaborazioni tra i servizi territoriali, gli enti del terzo settore e le istituzioni sanitarie mirano a migliorare l'efficacia degli interventi e a potenziare la capacità di risposta alle esigenze della comunità.

Reti esistenti

Le reti attualmente operative nel territorio includono:

Tavolo Sovradistrettuale Affidi: Una rete che coinvolge diversi ambiti, tra cui Cittiglio, Luino, Gavirate e i servizi affidi delle cooperative. Il tavolo è formato per coordinare le politiche e le azioni di affido a livello territoriale, mettendo insieme le risorse locali per ottimizzare il supporto alle famiglie affidatarie.

Rete delle Dimissioni Protette: Coinvolge l'ASST (in particolare l'ADI), i Servizi Sociali del comune, la Casa di Comunità e l'ospedale. L'obiettivo di questa rete è gestire in modo efficace le dimissioni protette dei pazienti, garantendo una presa in carico integrata tra operatori sanitari e sociali per una continuità assistenziale sul territorio.

Tavolo FNA (Fondo Non Autosufficienza): Comprende l'Ufficio di Piano, i referenti di ambito e l'ASST Sette Laghi. Questo tavolo ha il compito di definire le politiche e i servizi per le persone non autosufficienti (livelli B1-B2), con l'obiettivo di ottimizzare le risorse e gli interventi a favore degli anziani e delle persone fragili.

Tavolo del Centro per le Famiglie: Creato con la collaborazione degli ETS (Enti del Terzo Settore) e l'Ambito di Luino, questo tavolo è dedicato alla gestione delle attività e dei progetti per il sostegno delle famiglie. L'obiettivo è promuovere iniziative di supporto, integrazione e prevenzione, coordinando le attività tra i vari enti del territorio.

Conclusione

Le reti presenti a Cittiglio rappresentano, dunque, un elemento chiave per la costruzione di un sistema integrato di servizi, dove la collaborazione tra operatori sociali, sanitari e gli enti del terzo settore garantisce una risposta coordinata e strutturata ai bisogni della popolazione locale. Questa sinergia permette di potenziare i servizi esistenti e di creare un ambiente favorevole allo sviluppo di nuovi progetti a sostegno delle categorie più fragili.

RETI esistenti	
tavolo sovradistrettuale affidi	Ambito cittiglio + ambito luino + STM cittiglio +STM luino + STM Gavirate + Servizio Affidi Luci + responsabile AS e UdP
rete delle dimissioni protette	UdP, ASST (ADI), AS comune e AS Casa di Comunità/ospedale
tavolo FNA: B1-B2	UdP, referente di ambito, ASST Sette Laghi (in definizione)
tavolo del centro per le famiglie	ETS del progetto e Ambito di Luino

Figura 1 Reti dell'ambito di Cittiglio

La tabella fornisce una panoramica delle reti esistenti nell'ambito territoriale di Cittiglio, evidenziando i tavoli di coordinamento e le collaborazioni tra i diversi enti e servizi sociali e sanitari.

Capitolo 4 Strumenti e processi di governance dell'Ambito Territoriale Sociale.

La struttura organizzativa a supporto della programmazione zonale

La struttura organizzativa individuata si organizza su un livello politico, l'Assemblea dei Sindaci, con compiti di indirizzo e programmazione dei servizi socio-sanitari, ed un livello tecnico, costituito dall'Ufficio di Piano, struttura tecnico-organizzativa e dai Tavoli Tecnici. Questi ultimi sono organi di carattere consultivo finalizzati a garantire il raccordo tra i Servizi Sociali di base (Tavolo Tecnico ristretto) e gli altri soggetti interessati (Tavolo del Terzo Settore).

1 L'Assemblea dei Sindaci

Essa rappresenta l'organo politico della governance dei Piani di Zona; il suo funzionamento è disciplinato dalla DGR 6762 del 25/07/2022, che ne definisce, altresì, le connessioni rispetto alla conferenza dei sindaci, al consiglio di rappresentanza dei sindaci e all'assemblea dei sindaci di distretto.

2 L'Esecutivo

L'Esecutivo è l'organismo formato dal Presidente dell'Assemblea dei Sindaci, dal Vice Presidente e da tre altri membri scelti dall'Assemblea tra i rappresentanti dei Comuni del Distretto.

Quale organismo di supporto al Presidente dell'Assemblea dei Sindaci, sono compiti dell'Esecutivo:

- richiedere a soggetti esterni pareri, analisi di contesto, valutazioni dei bisogni del territorio per una corretta ed efficace impostazione della programmazione distrettuale;
- elaborare proposte di indirizzo politico-programmatico ed operative, per la definizione di quanto definito dal presente Accordo di Programma.

3 L'Ufficio di Piano

La Regione Lombardia definisce l'Ufficio di Piano *“quale struttura tecnico-amministrativa di supporto e di coordinamento alla realizzazione delle attività previste dal documento di programmazione”, nonché come “soggetto strategico per rafforzare e qualificare le forme di integrazione tra i soggetti del welfare locale, quando riescono a superare la funzione di gestione del proprio budget e sanno proporsi ed essere riconosciuti come promotori di connessioni e opportunità per gli altri soggetti”.*

Costituito da uno staff tecnico e da uno staff amministrativo, ha la **funzione** di pianificare, gestire e controllare le attività del Piano di Zona e dei servizi a gestione associata o distrettuale. L'Ufficio di Piano assolve a questa funzione svolgendo i seguenti compiti:

- *Supporto tecnico all'operato dell'Assemblea dei Sindaci in relazione all'oggetto dell'Accordo di Programma e all'attuazione del Piano di Zona;*
 - *Supporto tecnico alla Presidenza dell'Assemblea dei Sindaci, all'Esecutivo ed a eventuali Commissioni interne all'Assemblea per la trattazione di determinate tematiche*
 - *Supporto tecnico all'Assemblea dei Sindaci, alla Presidenza e all'Esecutivo nei rapporti con altri enti coinvolti nella programmazione locale (Regione Lombardia, ATS Insubria, ASST Sette Laghi, Terzo Settore, Organizzazioni Sindacali)*
 - *Raccordo tra Assemblea dei Sindaci e Tavolo Tecnico*
 - *Coordinamento del Tavolo Tecnico*
 - *Coordinamento tecnico di commissioni tematiche o focus group interne al Tavolo Tecnico o a composizione mista (Operatori, Amministratori locali, rappresentanti del Terzo Settore...)*
 - *Raccordo e coordinamento con i servizi a gestione associata dell'ambito;*
 - *Gestione del personale relativo all'Ufficio di Piano e dei servizi distrettuali;*
 - *Coordinamento e raccordo interdistrettuale e interistituzionale;*
 - *Coordinamento delle attività per favorire l'integrazione socio-sanitaria;*
- valutazione dei bisogni emergenti del territorio, nonché valutazione della possibilità di definire progetti innovativi o sostenere progetti esistenti attraverso appositi bandi di finanziamento*
- *Monitoraggio delle attività del Piano di Zona, valutazione delle stesse e rendicontazione all'Assemblea dei Sindaci e al Tavolo Tecnico*
 - *Gestione dei budget assegnati dall'Assemblea dei Sindaci o da soggetti terzi (ATS, Regione Lombardia), ovvero proposta di utilizzo, riparto e rendicontazione delle risorse con particolare riferimento a:*
 - *- Fondo Nazionale Politiche Sociali*
 - *- Fondo Sociale Regionale*

- - Fondo Non Autosufficienza
- - Fondo Dopo di Noi
- - Fondo Povertà
- Eventuali attività di ricerca fondiGestione amministrativa e contabile del Fondo di Solidarietà Minori dei finanziamenti frutto di progettazioni, partecipazione a bandi, assegnazioni da altri enti debito informativo con riferimento a:
 - - Fondo Nazionale Politiche Sociali
 - - Fondo Sociale Regionale
 - - Fondo Non Autosufficienza
 - - Fondo Dopo di Noi
 - - Spesa sociale
 - - Anagrafica delle unità d'offerta sociale AFAM
 - - Sistema di conoscenza per la programmazione locale
 - - Attuazione della DGR 7726/2017 – Misura minori in comunità
 - - Fondo Povertà e Gestione della Piattaforma GEPI (Utenti ex RDC- ora Assegno di Inclusione)
- Coordinamento locale e di raccordo con il Comune di Varese per le attività connesse alla Rete Interistituzionale per il contrasto RIV
- Accredimento delle unità d'offerta sociali e gestione dei relativi albi, secondo le priorità indicate dall'Assemblea dei Sindaci
- Attivazione titoli sociali (buoni e voucher sociali), quale strumento per la gestione di fondi assegnati, attraverso le seguenti attività
 - - Predisposizione bandi
 - - Gestione graduatorie ed assegnazioni benefici
 - - Liquidazione titoli ai beneficiari

Analisi, promozione e definizione di modelli organizzativi innovativi o funzionali per la gestione di servizi o interventi distrettuali
 Informazione a favore di Enti, Servizi, comunità locale e terzo Settore in merito a opportunità e risorse per la realizzazione di interventi sociali

Promozione di attività di formazione ed aggiornamento normativo per Operatori dei servizi, Amministratori e Terzo Settore

Predisposizione della documentazione amministrativa e finanziaria relativa alla gestione del Piano

4 Il Tavolo Tecnico Ristretto

È un organo di carattere consultivo che permette il raccordo tra l'Ufficio di Piano e il Territorio (Servizio Sociale di base, terzo settore, cittadini)

Composizione:

Operatori sociali (Assistenti Sociali – Educatori) dipendenti o incaricati con contratto di tipo privatistico dai Comuni; possono partecipare il Presidente dell'Assemblea Distrettuale dei Sindaci e/o suoi delegati, membri dell'esecutivo, esperti dell'ATS, dell'ASST e della Provincia, Enti del Terzo Settore

Funzioni:

- definizione di criteri e chiavi di lettura per formulare analisi e valutazioni sui bisogni sociali caratterizzanti l'ambito distrettuale;
- · proporre aree di priorità di intervento in funzione delle quali poter avviare percorsi di progettazione partecipata con l'ATS e con i soggetti del Terzo Settore;
- · proporre, sulla base delle priorità definite, azioni possibili di consolidamento, sviluppo ed innovazione di servizi;
- · esprimere pareri su strumenti attuativi, Regolamenti.

5. Tavolo del Terzo Settore

Il Tavolo del Terzo Settore è un organo consultivo formato da rappresentanti formali e informali della comunità locale. Sono strutturati sulle aree tematiche di programmazione (minori e famiglie, migranti, abitare, povertà, domiciliarità/anziani e disabilità).

Composizione:

Operatori dell'ufficio di piano, del servizio sociale di base e specialistico, ETS ed enti del privato sociale (es. Caritas)

Funzioni:

Individuazione di aree d'azione in raccordo con gli interventi in atto sul territorio;

Promozione della diffusione di informazioni;

Ai sensi del codice del Terzo Settore **Decreto Legislativo n. 117 del 3 luglio 2017** attività di co-programmazione.

6. Cabine di Regia con ASST SETTE LAGHI

I momenti di *Cabina di Regia* con ASST Sette Laghi sono funzionali alla realizzazione dell'Integrazione Sociosanitaria, permettono di:

- Promuovere politiche territoriali integrate
- Elaborare protocolli di intesa ed operativi
- Valutare il grado di integrazione sociosanitaria

Nella cabina di regia integrata si attenzionano:

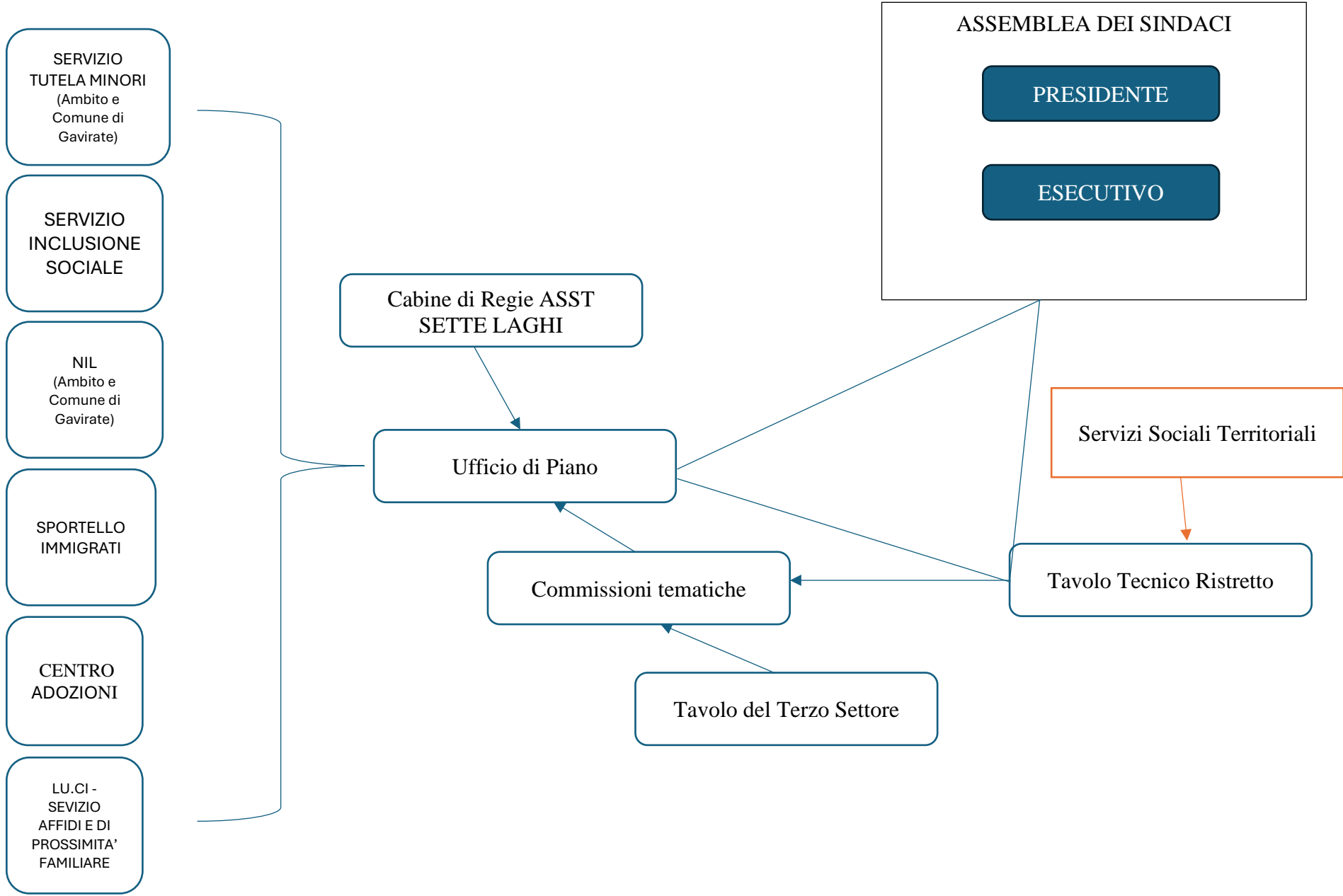
- LEPS
- Progetti territoriali
- Modalità attuative di protocolli operativi

7. Servizi in forma associata

- Servizio Tutela Minori
- Nucleo di Inserimento Lavorativo
- Servizio di Inclusione Sociale
- LU.CI Servizio Sovradistrettuale di Affidamento e Prossimità Familiare
- Centro adozioni di ambito
- Sportello Immigrati

Servizi non in convenzione del Comune di Gavirate:

- Servizio Tutela Minori
- Nucleo di Inserimento Lavorativo

DISTRETTO SETTE LAGHI Ambito Distrettuale di Cittiglio

Capitolo 5. Analisi dei bisogni per Macro Aree

NOME DELLA MACRO AREA	A. Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva
BISOGNI RILEVATI	<ul style="list-style-type: none"> - Necessità di sostenere i nuclei familiari ed ai cittadini in situazioni di povertà residenti nei comuni <i>piccoli comuni, poco serviti</i> - Affrontare lo stato di solitudine e di emarginazione sociale dei cittadini in situazioni di povertà - La situazione di povertà non è relativa solo alla sfera economica ma anche alla sfera relazionale e culturale. - Evitare la frammentazione degli interventi per i cittadini - Il tema dell'alloggio è predominante rispetto alle situazioni di grave povertà
LIVELLO DI PRIORITA'	<ul style="list-style-type: none"> - Favorire una ricomposizione degli interventi per i nuclei familiari e una condivisione degli obiettivi connessi al contrasto alla povertà per il territorio - Sostenere i cittadini nella prossimità territoriale - Contrastare le conseguenze determinate dalla grave povertà come: conflittualità familiare, povertà educativa, abbandono scolastico, emarginazione sociale
SERVIZI ESISTENTI	<ul style="list-style-type: none"> - Servizio Inclusione Sociale Distrettuale - Caritas Parrocchiali - Servizio sociale comunale
GAP TRA BISOGNI E SERVIZI	<ul style="list-style-type: none"> - Il sostegno economico potrebbe essere maggiormente efficace se ricompreso in un "progetto di vita" (RL 25 2022) - I servizi rispondono solo ad una parte del bisogno

NOME DELLA MACRO AREA	B. Politiche abitative
BISOGNI RILEVATI	<ul style="list-style-type: none"> - Molte situazioni di sfratto - Nuclei o singoli sono in difficoltà nel sostenere affitto/ mutuo - Nuclei, soprattutto dio cittadini di paesi terzi, non accedono al mercato immobiliare (affitti/acquisto) - Mancanza di alloggi a prezzo calmierato - Scarsità di alloggi ERP gestiti da SAP o ALER - Nessuna prassi distrettuale di intervento per le situazioni di urgenza/emergenza - Difficoltà nella gestione dei SAP
LIVELLO DI PRIORITA'	<ul style="list-style-type: none"> - Protocollo di intesa e operativi per le emergenze abitative - Risorse per le emergenze abitative (housing, altro) a prezzi calmierati - Coordinamento sulle politiche abitative - Integrazione tra politiche abitative e sociali - Informazione e formazione ai cittadini sulle tematiche finanziarie ed Educazione Finanziaria
SERVIZI ESISTENTI	<ul style="list-style-type: none"> - Sportello Sociale, che eventualmente eroga contributi economici straordinari comuni - SAP - Housing sociale carico del comune
GAP TRA BISOGNI E SERVIZI	<ul style="list-style-type: none"> - Bisogno primario e molto complesso da risolvere che trova pochissime risorse nei servizi - Manca una commistione pubblico/privato per identificare delle

NOME DELLA MACRO AREA	D. Domiciliarità
BISOGNI RILEVATI	<ul style="list-style-type: none"> - Difficoltà ad attivare operatori ASA e OSS - Non strutturazione distrettuale del SAD, intervento a carattere comunale - I Tempi del Sanitario non sono i Tempi del Sociale e del Territorio - Persone sole non necessitano per forza di un intervento strutturato e professionale
LIVELLO DI PRIORITA'	<ul style="list-style-type: none"> - Trovare una modalità di intervento per garantire i SAD ed in generale interventi di OSS e ASA - Proseguire con l'integrazione sociosanitaria per armonizzare i tempi del Sanitario coi tempi del Sociale

	<ul style="list-style-type: none"> - Stimolare “caregiver” di prossimità e volontari che possano sostenere al domicilio le persone sole
SERVIZI ESISTENTI	<ul style="list-style-type: none"> - Servizi Sociali Comunali: SAD - Protocollo per le Dimissioni Protette tra Ambito ed ASST Sette Laghi - Equipe C-DOM e Casa di Comunità ASST Sette Laghi
GAP TRA BISOGNI E SERVIZI	<ul style="list-style-type: none"> - Mancanza di relazione strutturata con Enti che forniscono personale non sanitario per cure domiciliari - Non sufficiente relazione tra Servizi Sociali e Associazioni di volontariato

NOME DELLA MACRO AREA	E. Anziani
BISOGNI RILEVATI	<ul style="list-style-type: none"> - Solitudine delle persone anziane ed esposizione a rischi (p.e. truffe) - Difficoltà nella mobilità (trasporto) - Scarse occasioni di socializzazione, se non è presente la famiglia - Bisogno e sostegno dei caregiver - Promozione del benessere dei “nuovi anziani” - Poche risorse come “Centri anziani diurni”
LIVELLO DI PRIORITA’	<ul style="list-style-type: none"> - Promozione prossimità per sostegno delle persone anziane - Promozione sostegno dei caregiver - Trasporto sociale
SERVIZI ESISTENTI	<ul style="list-style-type: none"> - Case di riposo - Centri diurni per anziani - Associazioni di volontariato - Servizio Sociale di Base
GAP TRA BISOGNI E SERVIZI	<ul style="list-style-type: none"> - Non tutti gli anziani che hanno bisogno sono conosciuti dai servizi. - Non sempre si tratta di un bisogno sociale o sanitario, in senso stretto, piuttosto di un bisogno di relazioni, di occupazione del tempo.

NOME DELLA MACRO AREA	F. Digitalizzazione dei servizi
BISOGNI RILEVATI	<ul style="list-style-type: none"> - Necessità di poter raccogliere e condividere i dati degli utenti in modo efficiente, sicuro, funzionale - Possibilità di lavorare sulle cartelle individuali da postazioni differenti - Migliorare l'acquisizione delle istanze di partecipazione ad Avvisi e Manifestazioni di Interesse
LIVELLO DI PRIORITA'	<ul style="list-style-type: none"> - Proseguire l'implementazione della Cartella Sociale Informatizzata a Livello di Ambito - Digitalizzare l'acquisizione delle istanze di partecipazione ad Avvisi e Manifestazioni di Interesse
SERVIZI ESISTENTI	<ul style="list-style-type: none"> - Piattaforma informatica dell'Ente Comunità Montana Valli del Verbano, con "Servizi On Line" - Cartella Sociale Informatizzata
GAP TRA BISOGNI E SERVIZI	<ul style="list-style-type: none"> - Avvicinare gli operatori agli strumenti informatici

NOME DELLA MACRO AREA	G. Politiche giovanili e per i minori
BISOGNI RILEVATI	<ul style="list-style-type: none"> - Genitori hanno difficoltà a giocare il ruolo adulto: si riflette nelle relazioni educative, perdono di efficacia - Situazioni di Abbandono scolastico, ritiro sociale, devianza - Complessità della realtà odierna legata anche alla dimensione dello “smartphone” - Scarsità di personale educativo e adeguatamente formato al lavoro con preadolescenti, adolescenti e giovani - Non sufficiente presenza di luoghi di aggregazione a bassa soglia - Scarse possibilità di mobilità
LIVELLO DI PRIORITA'	<ul style="list-style-type: none"> - Interventi di prossimità e servizi a bassa soglia in grado di ingaggiare le ragazze ed i ragazzi nel loro tempo libero - Formare operatori, stakeholder, insegnanti e famiglie sulle nuove tematiche dell'adolescenza - Potenziare la presenza di educatori e persone di riferimento nei luoghi frequentati dal target - Offrire occasioni di promozione del protagonismo giovanile: leva civica, servizio civile, promozione del volontariato
SERVIZI ESISTENTI	<ul style="list-style-type: none"> - Educativa di strada - CAG e Doposcuola - Educatore di corridoio - Educatore di plesso - Coordinamento pedagogico dei servizi dedicati alla fascia minori-giovani (in alcuni comuni) - Consiglio comunale dei giovani (in alcuni comuni) - Leva civica e Servizio Civile (in alcuni comuni)
GAP TRA BISOGNI E SERVIZI	<ul style="list-style-type: none"> - Scarsità di servizi e progetti di promozione del benessere dei giovani - Scarsa conoscenza del contesto giovanile

NOME DELLA MACRO AREA	H. Interventi connessi alle politiche per il lavoro
BISOGNI RILEVATI	<ul style="list-style-type: none"> - Scarsa conoscenza del mercato del lavoro - Difficoltà di inserimento nel mercato del lavoro per le persone fragili - Poca condivisione sulle politiche del lavoro - Difficoltà nell’aggancio con le famiglie con figli NEET - Rischio frammentazione degli interventi per la promozione degli inserimenti lavorativi lavoro - Scarsa accoglienza da parte delle aziende
LIVELLO DI PRIORITA’	<ul style="list-style-type: none"> - Creare sensibilità e opportunità per i lavoratori fragili, svantaggiati, neet - Sviluppare una rete (pubblica-privata) di servizi per il lavoro - Stimolare le realtà produttive del territorio a proporsi attraverso Job DAY o simili - Sviluppare interventi di educazione al lavoro (dalle scuole alle famiglie) per contrastare i NEET
SERVIZI ESISTENTI	<ul style="list-style-type: none"> - Servizio NIL - Servizio SIS - Centro per l’impiego - Isole formative
GAP TRA BISOGNI E SERVIZI	<ul style="list-style-type: none"> - Le persone che cercano lavoro si riferiscono a servizi differenti, difficoltà di ricomposizione - Le politiche del lavoro sono formate da diverse “anime” che non sempre dialogano - Ci sono cittadini che non si attivano rispetto al lavoro ed i servizi da soli non riescono a intercettarli

NOME DELLA MACRO AREA	I. Interventi per la famiglia
BISOGNI RILEVATI	<ul style="list-style-type: none"> - Orientamento ai servizi per la famiglia - Sostegno a situazioni che non sono ancora diventate problematiche - Servizi pubblici hanno lunghe liste di attesa (NPI, Valutazione delle competenze genitoriali, CPS) - Solitudine delle famiglie del territorio - Frammentazione degli interventi rivolti al beneficiari - Spesa sociale sui minori in comunità molto alta
LIVELLO DI PRIORITA'	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenzione del disagio nelle famiglie con intercettazione precoce del bisogno - Protocolli di intesa tra sociale e sanitario per la gestione della casistica - Promozione informazione e formazione anche tra pari o in reti di prossimità delle famiglie - Sostegno alle famiglie con servizi per la conciliazione
SERVIZI ESISTENTI	<ul style="list-style-type: none"> - Servizio Tutela Minori di Ambito - Servizio Sociale di base - LuCi servizio Affidi e di prossimità familiare Sovra Distrettuale - Consultorio Familiare di ASST Sette Laghi - Centro per la famiglia sperimentale ME-TE
GAP TRA BISOGNI E SERVIZI	<ul style="list-style-type: none"> - I servizi incontrano soprattutto le famiglie che hanno già difficoltà, occorre intercettare anche le famiglie senza bisogni conclamati - I servizi sociali sono spesso connotati dalle famiglie (mancanza di fiducia)

NOME DELLA MACRO AREA	J. Interventi a favore di persone con disabilità
BISOGNI RILEVATI	<ul style="list-style-type: none"> - Fatica del caregiver (per disabili di ogni età) - Scarsità di servizi dedicati, sul territorio - Emarginazione delle persone con disabilità - Scarsità di personale professionale - Gestione della disabilità tutta in capo alle famiglie - Poca integrazione negli interventi promossi per la persona
LIVELLO DI PRIORITA'	<ul style="list-style-type: none"> - Lavorare sul “progetto di Vita” - Promuovere l'integrazione di servizi e interventi presenti sul territorio - Sostenere lo sviluppo di una filiera per il “dopo di noi”
SERVIZI ESISTENTI	<ul style="list-style-type: none"> - Servizio sociale di base, misura FNA B2, misura del Dopo di Noi - CSE, SFA, CDD - Centro per le famiglie, ME-TE
GAP TRA BISOGNI E SERVIZI	<ul style="list-style-type: none"> - I servizi hanno risorse e soprattutto strumenti spesso inadeguati per rispondere al bisogno

NOME DELLA MACRO AREA	K. Interventi di sistema per il potenziamento dell'Ufficio di Piano e il rafforzamento della gestione associata
BISOGNI RILEVATI	<ul style="list-style-type: none"> - Necessità di azionamento per partecipare a progettazioni ed avvisi pubblici, al fine di ottimizzare le risorse umane ed economiche - Numerose progettualità non ordinarie sono in capo all'ufficio di piano - Necessità di rispondere a bisogni dei singoli comuni in forma associata, come per: spazio neutro, centro accreditato servizi al lavoro, piano case, centrale unica di committenza - Formazione del personale UdP in materia amministrativa, del project management, sui nuovi modelli di welfare territoriale
LIVELLO DI PRIORITA'	<ul style="list-style-type: none"> - Inserimento nuova risorsa umana presso UdP - Protocolli di intesa per il lavoro in azionamento con altri Ambiti limitrofi, al fine di ottimizzare le risorse e facilitare l'operatività - Studio di fattibilità sui nuovi servizi in forma associata
SERVIZI ESISTENTI	- Ufficio di Piano di Cittiglio
GAP TRA BISOGNI E SERVIZI	- Difficoltà a programmazione le migliorie da apportare per troppi processi e progetti da seguire

Capitolo 6. Individuazione degli obiettivi della programmazione 2025-2027

Le prospettive future dell'AREA: A. Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva

L'area si concentra principalmente sulla costituzione e gestione di un servizio associato (SIS) che mira a garantire la continuità e l'integrazione dei servizi sociali e assistenziali tra i comuni coinvolti. Questo servizio mira a sostenere le persone e le famiglie in situazioni di vulnerabilità, migliorando l'integrazione tra i servizi sociali, sanitari e gli enti del Terzo Settore.

Parole Chiave	Punti Chiave dell'intervento
Inclusione sociale Continuità dei servizi Gestione associata Presa in carico integrata Servizi domiciliari e di prossimità Rete integrata	Allargamento della rete e coprogettazione Contrasto all'isolamento Nuovi strumenti di governance Vulnerabilità multidimensionale

Criticità

Discontinuità nei servizi dovuta alla mancanza di un protocollo chiaro e condiviso tra i vari enti e attori.

Scarsa conoscenza dei servizi disponibili tra i potenziali beneficiari.

Mancanza di integrazione tra i servizi sociali e sanitari per la gestione dei casi.

Difficoltà nella gestione della presa in carico dei beneficiari a causa della frammentazione delle informazioni.

TITOLO INTERVENTO	Servizio di Inclusione Sociale (SIS)
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	Costituzione e mantenimento della gestione associata Servizio di Inclusione Sociale (SIS) Garantire continuità al servizio Garantire la presa in carico dei beneficiari ADI entro i 120 giorni dall'accoglimento della domanda come da riferimenti normativi. Favorire con la propria attività istituzionale la conoscenza dell'ADI e delle misure territoriali, provinciali e regionali di contrasto alla povertà tra i potenziali beneficiari, anche mediante campagne informative del MLPS Favorire continuità ed integrazione di presa in carico delle situazioni tra il SIS e i Servizi Sociali Comunali e Servizi territoriali specialistici Strutturazione di una rete di servizi relativa alle macroaree indicate nell'art.4 ai sensi del DL. 48/2023 convertito con

	modificazioni dalla Legge 3/07/2023, n. 85
AZIONI PROGRAMMATE	<p>Rinnovo della convenzione triennale per la gestione associata e delle relative modalità operative</p> <p>Presa in carico del singolo o dei nuclei familiari beneficiari ADI, nel rispetto dei tempi definiti ai sensi del D.L. 4 maggio 2023 n 48, convertito con modificazioni dalla legge del 3 luglio 2023, n 85.</p> <p>Validazione della condizione di svantaggio ai sensi del DL. 48/2023, art. 3 comma 1</p> <p>Verifica e monitoraggio del Patto per l'Inclusione Sociale, attraverso attività di monitoraggio ogni 90 gg ai sensi del DL. 48/2023, art. 9 comma2;</p> <p>Sportelli informativi nei comuni convenzionati, tavoli tecnici distrettuali allargati ai servizi specialistici e a tutti gli attori coinvolti nell'attuazione dell'assegno di inclusione (CPI, CMD, ETS..)</p> <p>Creazione e attuazione di una rete integrata di servizi funzionale alla presa in carico dei nuclei per il raggiungimento degli obiettivi previsti nel Patto di Inclusione Sociale.</p> <p>A seguito delle riunioni di co-programmazione e co-progettazione effettuati nell'annualità 2024 con gli enti del Terzo Settore , si prospetta l'attivazione, a valere delle risorse economiche del Fondo Povertà, dei seguenti sostegni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sostegno socioeducativo domiciliare e territoriale, supporto alla gestione delle spese del bilancio familiare; • Assistenza domiciliare socioassistenziale e servizio di prossimità; • Sostegno alla genitorialità e mediazione familiare; • Servizio di mediazione culturale. <p>Supporto e collaborazione con le anagrafi e i servizi sociali comunali per l'utilizzo della piattaforma Gepi e sue funzionalità e aggiornamenti.</p> <p>Formazione personale e implementazione e digitalizzazione delle informazioni relative alla presa in carico del SIS secondaria all'apertura della cartella di segretariato sociale da part del servizio sociale di base.</p> <p>Ristrutturare il funzionamento interno ai servizi per rendere più funzionale e omogeneo l'intervento degli operatori, ottimizzando le risorse ed evitando sovrapposizioni e dispendio di ore di intervento</p> <p>Raccogliere le informazioni sulla fattibilità e sul dispendio di risorse per accreditare il servizio NIL come ente formatore e ponderare se sia sostenibile intraprendere questo percorso.</p>
TARGET	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beneficiari della misura di contrasto alla povertà-Assegno di inclusione (ADI) 2. Famiglie in situazione di vulnerabilità economica e sociale. 3. Comuni e operatori sociali coinvolti nella gestione associata. 4. Enti del Terzo Settore che partecipano alle iniziative.

RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	Fondo Povertà 160.000 € FNPS 2.000 €
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	Assistente Sociale Educatore Psicologo
L'OBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	SI G) Politiche giovanili e per i minori H) Interventi connessi alle politiche per il lavoro I) Interventi per la famiglia D). Domiciliarità
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	A) Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva Allargamento della rete e coprogrammazione Contrasto all'isolamento Rafforzamento delle reti sociali Vulnerabilità multidimensionale Nuovi strumenti di governance ("Equipe" integrata) Facilitare l'accesso alle opportunità di benessere e partecipazione attiva D). Domiciliarità Flessibilità Tempestività della risposta Allargamento del servizio a nuovi soggetti Ampliamento dei supporti forniti all'utenza Contrasto e prevenzione della povertà educative Prevenzione e contenimento del disagio sociale e del suo impatto sulla salute H) Interventi connessi alle politiche per il lavoro Contrasto alle difficoltà socioeconomiche dei giovani e loro inserimento nel mondo del lavoro I) Interventi per la famiglia Caregiver femminile familiare Sostegno secondo le specificità del contesto familiare Tutela minori
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	SI
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	SI Definizione di protocolli operativi
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	NO
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	SI

L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Servizio già presente Servizio sostanzialmente rivisto/aggiornato Nuovo servizio
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	NO
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	SI
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?	NO
NEL CASO IN CUI L'INTERVENTO NON PREVEDA PROCESSI DI CO-PROGETTAZIONE E/O CO-PROGRAMMAZIONE FORMALIZZATI, SPECIFICARE LE MODALITÀ DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE (Tavoli tematici territoriali
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	NO
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	La situazione di povertà non è relativa solo alla sfera economica ma anche alla sfera relazionale e culturale Frammentazione degli interventi per i beneficiari
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÒ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	BISOGNO CONSOLIDATO/NUOVO BISOGNO (in caso di nuovo bisogno specificarne la natura e le caratteristiche)
L'OBIETTIVO È DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	Entrambi
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)	NO
L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	NO (se sì, quali)
QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	Sottoscrizione della convenzione triennale della gestione associata da parte dei Comuni dell'Ambito Allineamento puntuale e periodico tra il database del SIS e le richieste di presa in carico pervenute Assenza di casi in lista di attesa, a fronte di una lineare operatività del servizio (continuità di ore operatore, e assenza di turnover, rispetto degli standard operativi "rapporto ore operatori/n. casi Elaborazione ed aggiornamento della rendicontazione

	<p>economica e progettuale</p> <p>Emissione avvisi pubblici per la individuazione di soggetti fornitori per la realizzazione delle azioni progettuali</p> <p>Definizione ed attuazione di modalità di collaborazione ed integrazione tra SIS e Servizi Sociali Comunali per una proficua presa in carico dei nuclei beneficiari dei ADI</p> <p>Raccolta segnalazioni di funzionalità delle modalità operative da parte del SIS e dei Servizi Sociali Comunali</p> <p>Redazione di schede e relazioni che analizzano i dati raccolti per avere una visione chiara dell'efficacia degli interventi attivati e apportare eventuali migliorie per garantire un supporto sempre più adeguato ed efficace.</p> <p>Valutare l'efficacia delle collaborazioni e sinergie con gli enti del Terzo Settore attraverso il monitoraggio a lungo termine se gli interventi hanno portato cambiamenti sostenibili nel benessere delle persone coinvolte</p>
QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?	<p>Sottoscrizione della convenzione triennale della gestione associata da parte dei 24 Comuni dell'Ambito</p> <p>Compilazione puntuale dell'Analisi Preliminare, del Quadro di Analisi e del Patto per l'inclusione Sociale, sulla Piattaforma Gepi.</p> <p>Analisi del bisogno emerso e livelli di intensità.</p> <p>Calendarizzazione sulla Piattaforma Gepi dei colloqui di monitoraggio ogni 90 gg, con la valutazione/verifica degli impegni/obiettivi condivisi e sottoscritti nel Pals.</p> <p>Eventuali sanzioni per mancata presentazione ai colloqui di monitoraggio senza giustificato motivo o per mancato raggiungimento degli obiettivi.</p> <p>Rafforzare le collaborazioni tra i vari servizi e attori coinvolti nell'attuazione dell'ADI, per facilitare l'inclusione socio lavorativa e l'integrazione sul territorio. Garantendo una rete territoriale efficace e un approccio multidisciplinare.</p> <p>Allineamento con le progettualità in essere a livello territoriale per raggiungere una governance funzionale, che permetta l'ottimizzazione delle risorse sia economiche che umane, evitando così la possibile frammentazione.</p> <p>Raggiungere ed attuare una gestione della casistica non più divisa per servizio ma per progettualità individuale.</p>
QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?	<p>Analisi Preliminare, Quadro di Analisi e stesura del Patto per l'inclusione Sociale entro 120 gg dall'accoglimento della domanda;</p> <p>Mappatura e analisi dei bisogni della popolazione ADI e valutazione del livello di intensità degli interventi da attuare.</p> <p>Numero di collaborazioni e accordi di integrazione con il Terzo Settore.</p> <p>Numero di campagne e sportelli informativi attivati per la diffusione delle misure di contrasto alla povertà;</p>

INDICATORI DI PROCESSO	INDICATORI DI RISULTATO	INDICATORI DI IMPATTO
<p>Monitoraggio annuale:</p> <p>Tempo medio di risposta alla domanda di ADI: Giorni medi impiegati dal SIS per rispondere a una nuova richiesta di ADI: verifica dei giorni di attesa dalle schede</p> <p>Numero di campagne informative realizzate: Numero totale di campagne informative promosse per sensibilizzare la popolazione sui servizi ADI e le misure di contrasto alla povertà: 2 campagne informative una del 2025, una nel 2026</p> <p>Frequenza degli incontri di coordinamento: Numero di incontri periodici tra il SIS, i Servizi Sociali Comunali e i Servizi territoriali specialistici per garantire la continuità di presa in carico: 6 incontri annui</p> <p>Percentuale di casi gestiti in maniera integrata: Numero di casi che coinvolgono sia il SIS sia i Servizi Sociali Comunali e specialistici, rispetto al totale dei casi presi in carico dal SIS.</p> <p>Capacità di risposta a situazioni urgenti: Numero di casi urgenti presi in carico entro 72 ore rispetto al totale delle richieste urgenti ricevute.</p> <p>Numero di attività formative per il personale: Numero di attività formative e aggiornamenti realizzati per il personale SIS, i Servizi Sociali Comunali e gli specialisti.</p>	<p>Numero di beneficiari preventivati/numero di beneficiari raggiunti: <u>superiore all'80%</u></p> <p>Tempo medio di presa in carico per ADI: Tempo medio (in giorni) per la presa in carico dei beneficiari di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) dal momento della domanda fino all'inizio del servizio, <u>con un obiettivo di 120 giorni.</u></p> <p>Percentuale di beneficiari ADI presi in carico entro i 120 giorni: Percentuale di beneficiari che accedono al servizio entro il limite temporale previsto: obiettivo di riferimento: <u>80% nel 2027.</u></p> <p>Livello di conoscenza delle misure di inclusione sociale: Percentuale di persone potenzialmente beneficiarie che conoscono l'esistenza dell'ADI e delle misure territoriali, provinciali e regionali di contrasto alla povertà: <u>2 campagne di sensibilizzazione</u></p> <p>Percentuale di accesso ai servizi da parte di nuovi beneficiari: Numero di nuovi utenti che accedono ai servizi ADI e SIS, rispetto al totale dei potenziali beneficiari identificati nelle aree di competenza: <u>20% di nuovi utenti che accedono al servizio</u></p> <p>Soddisfazione dell'utente: Percentuale di beneficiari che dichiarano di essere soddisfatti del servizio SIS e dell'ADI, monitorata tramite questionari di feedback periodici: <u>superiore al 50%</u></p>	<p>Presa in carico entro i tempi stabiliti: <u>120 giorni dall'accoglimento della domanda</u></p> <p>Numero di beneficiari senza liste d'attesa (obiettivo per il 2027 valuta lo scostamento tra i dati del 2025 e il 2027) <u>inferiore al 20% dei richiedenti</u></p> <p>Numero di collaborazioni e accordi di integrazione con enti del Terzo Settore: <u>6 nuovi protocolli (due per anno)</u></p> <p>Adozione della cartella sociale informatizzata per la gestione delle informazioni sui beneficiari. <u>Adozione integrale entro il 2026</u></p> <p>Numero di campagne informative e sportelli attivati per la diffusione delle misure di inclusione. Due campagne informative e uno sportello</p>

TITOLO INTERVENTO	Creazione di una rete integrata di servizi a favore dei beneficiari dell'Assegno di Inclusione Sociale e affini
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	Rispondere ai bisogni inerenti alla povertà della popolazione del territorio, previa una suddivisione in livelli di intensità (bassa intensità, media intensità e alta intensità)
AZIONI PROGRAMMATE	Mappatura del bisogno territoriale attraverso un'indagine con le assistenti sociali dei Comuni del Distretto di riferimento e con report prodotti dall'équipe SIS sulla base dei nuclei familiari Ex-Rdc, RdC e ADI, presenti sulla Piattaforma Gepi Programmazione un sistema di interventi di contrasto alla povertà attraverso un lavoro di ricomposizione e integrazione di collaborazioni territoriali. La priorità di impiego delle risorse economiche a valere sul Fondo Povertà, si traduce nell'obbligatorietà di fornire i seguenti sostegni: · Sostegno socioeducativo domiciliare e territoriale, supporto alla gestione delle spese del bilancio familiare; · Assistenza domiciliare socioassistenziale e servizio di prossimità; · Sostegno alla genitorialità e mediazione familiare; · Servizio di mediazione culturale.
TARGET	<ol style="list-style-type: none"> Beneficiari della misura di contrasto alla povertà-Assegno di inclusione (ADI) Famiglie in situazione di vulnerabilità economica e sociale. Comuni e operatori sociali coinvolti nella gestione associata. Enti del Terzo Settore che partecipano alle iniziative.
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	Fondo Povertà 300 000 € (economie) Personale Equipe SIS
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	Equipe SIS (Assistente Sociale Educatore Psicologo) Personale degli Enti del Terzo Settore
L'OBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	<p>SI</p> <p>G) Politiche giovanili e per i minori</p> <p>H) Interventi connessi alle politiche per il lavoro</p> <p>I Interventi per la famiglia</p> <p>D). Domiciliarità</p>
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	<p>A) Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva</p> <p>Allargamento della rete e coprogrammazione</p> <p>Contrasto all'isolamento</p> <p>Rafforzamento delle reti sociali</p> <p>Vulnerabilità multidimensionale</p> <p>Nuovi strumenti di governance ("Equipe" integrata)</p> <p>Facilitare l'accesso alle opportunità di benessere e partecipazione attiva</p> <p>D). Domiciliarità</p> <p>Flessibilità</p> <p>Tempestività della risposta</p> <p>Allargamento del servizio a nuovi soggetti</p> <p>Ampliamento dei supporti forniti all'utenza</p> <p>Contrasto e prevenzione della povertà educative</p>

	<p>Prevenzione e contenimento del disagio sociale e del suo impatto sulla salute</p> <p>H) Interventi connessi alle politiche per il lavoro Contrasto alle difficoltà socioeconomiche dei giovani e loro inserimento nel mondo del lavoro</p> <p>I) Interventi per la famiglia Caregiver femminile familiare Sostegno secondo le specificità del contesto familiare Tutela minori</p>
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	SI
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	SI Definizione di protocolli operativi
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	NO
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	NO
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Servizio sostanzialmente rivisto/aggiornato
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	NO
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	SI
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?	<p>SI nella progettazione delle attività relative ai Progetti di Inclusione Sociale:</p> <p>Sostegno socio educativo domiciliare o territoriale, incluso il supporto nella gestione delle spese e del bilancio familiare</p> <p>Sostegno alla genitorialità e servizio di mediazione familiare</p> <p>Servizi di mediazione culturale</p> <p>Servizi di assistenza domiciliare socio-assistenziale e servizi di prossimità</p>
NEL CASO IN CUI L'INTERVENTO NON PREVEDA PROCESSI DI CO-PROGETTAZIONE E/O CO-PROGRAMMAZIONE FORMALIZZATI, SPECIFICARE LE MODALITÀ DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE (
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	<p>Scuole</p> <p>Aziende</p>
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	Necessità di sostenere i nuclei familiari ed ai cittadini in situazioni di povertà residenti nei comuni piccoli comuni, poco

	serviti Affrontare lo stato di solitudine e di emarginazione sociale dei cittadini in situazioni di povertà La situazione di povertà non è relativa solo alla sfera economica ma anche alla sfera relazionale e culturale. Evitare la frammentazione degli interventi per i cittadini
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÓ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	BISOGNO CONSOLIDATO
L'OBIETTIVO É DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	Entrambi
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)	SI Definizione di un gruppo di lavoro di ambito composto da Equipe SIS, AS dell'ambito e Equipe degli ETS per la risposta multidimensionale e progettuale al bisogno delle persone in povertà
L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	NO (se sì, quali)
QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	Partenariato con ETS Attività di monitoraggio della progettualità integrata Cabine di regia Equipe territoriali trasversali
QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?	Definizione delle aree di bisogno territoriale e dei livelli di intensità. Sottoscrizione del partenariato a seguito della coprogettazione con ETS Definizione di un progetto integrato per ogni nucleo familiare o individuo (Pais o altro progetto) Rafforzamento delle collaborazioni tra i vari servizi e attori coinvolti nell'attuazione dell'ADI, per facilitare l'inclusione socio lavorativa e l'integrazione sul territorio. Allineare, con le progettualità in essere a livello territoriale, per raggiungere una governance funzionale, che permetta l'ottimizzazione delle risorse, per evitare così la possibile frammentazione.
QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?	Presa in carico dell'utenza multi vulnerabile (sottoscrizione dei Progetti/Pals) Costruzione di una rete di servizi stabile per affrontare la tematica della povertà

INDICATORI DI PROCESSO	INDICATORI DI RISULTATO	INDICATORI DI IMPATTO
<p>Questi indicatori valutano la qualità e l'efficienza dei processi e delle modalità di intervento.</p> <p>Tempo medio di risposta per livello di intensità: Tempo medio (in giorni) impiegato per fornire assistenza ai beneficiari in base al livello di intensità.</p> <p><u>Rispondere entro 3 giorni per i casi ad alta intensità, entro 7 per i casi a media intensità, e entro 15 per i casi a bassa intensità.</u></p> <p>Frequenza dei monitoraggi e valutazioni per livello di intensità: Numero di visite o incontri di monitoraggio per ogni beneficiario, differenziati per livello di intensità (più frequenti per alta intensità).</p> <p><u>Effettuare almeno una visita settimanale per casi ad alta intensità, bisettimanale per media intensità, e mensile per bassa intensità.</u></p> <p>Numero di attività supervisione differenziate per livello di intensità: Numero di programmi e sessioni formative specifiche per le necessità dei vari livelli.</p> <p><u>Garantire che ogni livello di intensità abbia almeno una supervisione per semestre per i beneficiari.</u></p> <p>Tasso di integrazione con altri servizi locali: Percentuale di casi in cui si è attivata una rete di supporto con servizi locali, differenziata per livello di intensità. Integrare i servizi per almeno il 70% dei casi ad alta intensità, 55% media intensità, e 40% bassa intensità.</p> <p>Numero di campagne di informazione mirate per livello di intensità: Numero di iniziative specifiche per la sensibilizzazione sui servizi per la povertà per ogni livello di intensità.</p> <p><u>Realizzare una campagna informativa per ciascun livello.</u></p>	<p>Percentuale di copertura dei bisogni per livello di intensità: Percentuale di beneficiari a cui sono state fornite risorse e supporti in relazione al livello di <u>Copertura del 80% dei casi identificati per ciascun livello.</u></p> <p>Riduzione del livello di intensità: Percentuale di beneficiari che passano da una fascia di maggiore intensità a una di intensità inferiore dopo l'intervento.</p> <p><u>Ridurre di almeno un livello di intensità per il 30-50% dei casi di alta intensità in un periodo di 24 mesi.</u></p> <p>Tasso di accesso ai servizi di supporto per la povertà: Numero di utenti che accedono ai servizi di contrasto alla povertà per ciascun livello di intensità rispetto al totale dei potenziali beneficiari.</p> <p><u>Assicurare che almeno il 70% dei beneficiari noti a ciascun livello riceva i servizi.</u></p> <p>Soddisfazione degli utenti per livello di intensità: Percentuale di beneficiari soddisfatti del servizio, differenziata per livello di intensità (misurata tramite questionari).</p> <p><u>Raggiungere almeno un 70% di soddisfazione per i beneficiari di tutti i livelli.</u></p> <p>Riduzione del tasso di ritorno alle condizioni di bisogno critico: Percentuale di beneficiari ad alta intensità che ritornano a condizioni critiche dopo la conclusione del servizio, entro un periodo di 24 mesi.</p> <p><u>Mantenere sotto il 15% il tasso di ritorno.</u></p>	<p>Aumento della capacità di autosufficienza economica tra i beneficiari: Percentuale di beneficiari che, grazie agli interventi ricevuti, riescono a migliorare la loro situazione economica e accedere ad altre risorse indipendenti (lavoro stabile, reddito).</p> <p>Aumentare del 10% la capacità di autosufficienza economica tra i beneficiari entro 2 anni dall'intervento.</p> <p>Miglioramento della qualità della vita percepita dai beneficiari: Percentuale di beneficiari che riportano un miglioramento percepito nella qualità della vita (es. salute, stabilità abitativa, educazione).</p> <p>Assicurare che almeno il 40% dei beneficiari riporti un miglioramento della qualità della vita entro 24 mesi dal primo contatto con il servizio.</p> <p>Riduzione del rischio di povertà transgenerazionale: Percentuale di minori appartenenti a nuclei beneficiari che migliorano il loro accesso a risorse educative e formative, riducendo il rischio di povertà nelle generazioni future.</p> <p><u>Ridurre del 10% il rischio di povertà transgenerazionale attraverso interventi specifici sui minori entro 5 anni.</u></p>

LEPS dell'area: A. Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva

LEPS	OBIETTIVI	INDICATORI
<i>Pronto intervento sociale</i>	Garantire continuità al servizio Favorire continuità ed integrazione di presa in carico delle situazioni tra il SIS e i Servizi Sociali Comunali e Servizi territoriali specialistici	Presa in carico entro i tempi stabiliti (120 giorni dall'accoglimento della domanda). Numero di collaborazioni e accordi di integrazione con enti del Terzo Settore.
<i>Valutazione multidimensionale e progetto personalizzato</i>	Aumentare e condividere la valutazione multidimensionale e i progetti personalizzati Condividere le valutazioni tra i soggetti impegnati nei progetti dei beneficiari	Numero di beneficiari senza liste d'attesa. Numero di collaborazioni e accordi di integrazione con enti del Terzo Settore.
<i>Presa in carico sociale/lavorativa (patto per l'inclusione sociale e lavorativa) (in accordo con il servizio NIL)</i>	Realizzare una rete di soggetti in grado di conoscere il beneficiario grazie alla cartella e condividere il percorso necessario Attivare una campagna informativa	Adozione della cartella sociale informatizzata per la gestione delle informazioni sui beneficiari. Numero di campagne informative e sportelli attivati per la diffusione delle misure di inclusione

Le prospettive future dell'AREA: B. Politiche abitative

Parole Chiave	Punti Chiave dell'intervento
Emergenze abitative Accessibilità abitativa Integrazione sociale Educazione finanziaria Sostenibilità al reddito	Vulnerabilità multidimensionale Qualità dell'abitare

Criticità

Assenza di protocolli distrettuali per affrontare emergenze abitative.

Mancanza di integrazione tra politiche abitative e sociali.

TITOLO INTERVENTO	Politiche abitative
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	Rafforzare il coordinamento tra politiche abitative, i servizi sociali e le politiche per il lavoro Creare un protocollo operativo per le emergenze abitative. Rafforzare il coordinamento tra le politiche abitative e i servizi sociali. Promuovere una maggiore integrazione pubblico-privato per sviluppare soluzioni innovative. Implementare programmi di informazione e formazione finanziaria per i cittadini. Condividere tra i servizi
AZIONI PROGRAMMATE	Sviluppo di un "Protocollo di Intesa" per la gestione delle emergenze abitative. Creazione di un coordinamento tra enti pubblici, sociali e Terzo Settore per ampliare l'offerta di alloggi. Coinvolgere il Terzo Settore per realizzazione di progetti di housing sociale a prezzi accessibili. Potenziamento del ruolo dei servizi sociali nel supporto abitativo per l'accesso, la valutazione e i bisogni da individuare nel progetto individualizzato. Rafforzare la relazione tra lo Sportello Sociale, che eventualmente eroga contributi economici straordinari ed i comuni Servizio di SAP Housing sociale in convenzione
TARGET	ETS Famiglie Fragili Famiglie in povertà Assistenti Sociali dei Comuni
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	Fami Lab Impact (in fase di valutazione) (10.000€ per l'azione sull'abitare) FNPS, Fondo Povertà, Fondi comunali per le Convenzioni delle gestioni associate a copertura delle spese di personale Convenzione per i servizi abitativi (50.000 €)

RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	Personale interno UdP e dei Servizi Personale ETS per Rete su abitare nel contesto del FAMI
L'OBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	SI A) Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	Vulnerabilità multidimensionale Allargamento della rete e coprogrammazione Presenza di nuovi soggetti a rischio/nuova utenza rispetto al passato Famiglie monoreddito Working poors e lavoratori precari
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	SI
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	NO
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	NO
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	SI, relativamente all'azione dei "Servizi Abitativi"
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Servizio già presente (Piano Servizi Abitativi ora in capo al Comune di Besozzo)
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	NO
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	SI
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?	NO Non per la programmazione zonale ma è stato coprogrammato nel progetto applicato sul FAMI Lab Impact di respiro regionale
NEL CASO IN CUI L'INTERVENTO NON PREVEDA PROCESSI DI CO-PROGETTAZIONE E/O CO- PROGRAMMAZIONE FORMALIZZATI, SPECIFICARE LE MODALITA' DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE (se pertinente)	
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	NO Unioni/sindacati dei proprietari immobiliari, ALER, Sindacati Inquilini; si prevede un coinvolgimento ad un tavolo di rete dedicato alle tematiche dell'abitare

QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	Gestione sfratti Nessuna prassi distrettuale di intervento per le situazioni di urgenza/emergenza Nuclei o singoli sono in difficoltà nel sostenere affitto/ mutuo Nuclei, soprattutto dio cittadini di paesi terzi, non accedono al mercato immobiliare (affitti/acquisto)
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÁ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÓ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÁ?	Nella precedente triennalITÀ non era emerso con le medesime caratteristiche, era stato trattato prevalentemente dal punto di vista della gestione associata del SAP.
L'OBIETTIVO É DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	Promozionale
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)	SI/NO (se sì, indicare quali aspetti) La tematica dell'abitare verrebbe affrontata in maniera articolata, coinvolgendo gli stakeholder del territorio, con l'obiettivo di maturare una progettualità articolata.
L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	NO
QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	I servizi abitativi di ambito sarà gestito da un soggetto capofila che definirà le modalità di intervento. L'ufficio di piano effettuerà la regia dei tavoli di rete tematici (N Tavoli di rete effettuati/ n tavoli di rete programmati) Gli accordi sul tema dell'abitare saranno sanciti da protocolli operativi per la gestione delle emergenze e delle situazioni ordinarie. (N protocolli e N partner firmatari)
QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?	Protocolli di intervento definiti e approvati con gli Enti del Terzo Settore Nuovi progetti di housing sociale lanciati.
QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?	Incremento delle collaborazioni pubblico-private per progetti abitativi. (>0; >1; >2) Protocollo di intervento con ETS approvato

INDICATORI DI PROCESSO	INDICATORI DI RISULTATO	INDICATORI DI IMPATTO
<p>Tempo medio di attivazione del protocollo per emergenze abitative: Giorni medi trascorsi tra la segnalazione di un'emergenza abitativa e l'attivazione del protocollo operativo. <u>Ridurre il tempo medio di attivazione a meno di 10 giorni.</u></p> <p>Numero di incontri di coordinamento tra servizi sociali, politiche abitative e politiche per il lavoro: Totale degli incontri tenuti ogni mese per assicurare il coordinamento tra i servizi. <u>Effettuare almeno un incontro di coordinamento ogni due mesi.</u></p> <p>Percentuale di casi con piani personalizzati di intervento: Percentuale di situazioni abitative critiche per le quali viene creato un piano di intervento integrato tra i servizi. <u>Creare un piano personalizzato per il 60% dei casi di alta complessità.</u></p> <p>Numero di opportunità di collaborazione con il settore privato sociale identificate: Totale delle opportunità di collaborazione pubblico-privato sociale identificate e valutate. <u>Identificare almeno 2 nuove opportunità di collaborazione.</u></p>	<p>Numero di emergenze abitative risolte: Totale delle situazioni di emergenza abitativa gestite con successo tramite il protocollo operativo. <u>Risolvere almeno il 40% dei casi di emergenza abitativa entro 30 giorni dall'identificazione.</u></p> <p>Percentuale di famiglie stabilmente collocate: Percentuale di famiglie che, dopo un intervento di emergenza abitativa, ottengono una sistemazione stabile e duratura. <u>Stabilizzare almeno il 50% delle famiglie entro 6 mesi.</u></p> <p>Numero di progetti innovativi attivati tramite collaborazioni pubblico-privato: Totale di progetti abitativi o sociali sviluppati attraverso partnership pubblico-privato. <u>Attivare almeno tre progetti innovativi.</u></p> <p>Miglioramento della capacità finanziaria dei partecipanti: Percentuale di cittadini che, dopo la formazione, dimostrano un miglioramento nelle conoscenze finanziarie, misurato tramite test pre e post-corso. <u>Incremento delle competenze finanziarie per almeno l'40% dei partecipanti.</u></p>	<p>Riduzione del tasso di emergenze abitative nel territorio: Percentuale di diminuzione delle emergenze abitative annuali rispetto all'anno precedente. <u>Ridurre le emergenze abitative del 10% in tre anni.</u></p> <p>Miglioramento della stabilità abitativa a lungo termine: Percentuale di famiglie che mantengono una condizione abitativa stabile per più di 12 mesi dopo l'intervento. <u>Raggiungere una stabilità abitativa per l'40% dei nuclei seguiti dal protocollo.</u></p> <p>Incremento dell'occupabilità dei beneficiari: Percentuale di beneficiari dei servizi sociali e abitativi che, grazie al supporto integrato con politiche per il lavoro, ottengono un impiego stabile. <u>Incrementare del 15% l'occupazione tra i beneficiari in 3 anni.</u></p> <p>Soddisfazione degli utenti: Percentuale di utenti che esprimono un alto livello di soddisfazione per il supporto ricevuto, in termini di coordinamento e integrazione dei servizi. <u>Raggiungere almeno l'50% di soddisfazione tra i beneficiari dei servizi.</u></p>

LEPS dell'area: B. Politiche abitative

LEPS	OBIETTIVI	INDICATORI
Servizi per l'accesso, la valutazione e i sostegni da individuare nel progetto individualizzato.	<p>Definizione di protocolli di emergenza abitativa condivisi tra comuni e servizi sociali per gestire casi di sfratto e disagio abitativo.</p> <p>Mappatura delle esigenze abitative, con particolare attenzione ai nuclei familiari più vulnerabili.</p>	<p>Percentuale di famiglie che ricevono contributi straordinari rispetto alle richieste totali.</p> <p>Riduzione del tasso di sfratto tra i nuclei familiari sostenuti.</p>

Le prospettive future dell'AREA: D. Domiciliarità

La prospettiva dell'area è sviluppare una maggiore integrazione socio-sanitaria, considerato il contesto di comunità sparse e una popolazione fragile.

Parole chiave	Punti Chiave dell'intervento
Integrazione socio-sanitaria, Dimissioni protette, Comunità di caregiver, Servizi domiciliari, Ospedali di comunità, SAD (Servizi di Assistenza Domiciliare), Coordinamento tra enti, Fragilità sociale.	Flessibilità Tempestività della risposta Allargamento del servizio a nuovi soggetti Nuovi strumenti di governance Integrazione degli interventi

Criticità:

Questi elementi costituiscono le sfide su cui costruire gli interventi e le strategie future per migliorare il supporto alla comunità e ottimizzare i servizi socio-sanitari.

Difficoltà di comunicazione tra gli enti sociali e sanitari

Questa difficoltà evidenzia la mancanza di un flusso informativo adeguato tra i diversi servizi che dovrebbero collaborare per gestire le necessità della popolazione, soprattutto quella fragile. Ciò comporta rischi di disservizi e ritardi nel rispondere ai bisogni delle famiglie e degli individui.

Limitata capacità delle strutture locali (RSA e SAD) a rispondere alle necessità della popolazione

Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e i Servizi di Assistenza Domiciliare (SAD) non sono sufficientemente equipaggiati o hanno risorse limitate per gestire l'afflusso di richieste di assistenza, sia in termini di qualità dei servizi che di disponibilità di posti. La popolazione anziana e fragile, in aumento, richiede risposte rapide ed efficaci.

Mancanza di un sistema integrato di comunicazione e coordinamento tra ospedali e operatori sociali

L'assenza di un meccanismo di coordinamento formale tra ospedali, servizi sanitari locali e servizi sociali fa sì che la continuità dell'assistenza sia compromessa. Questo è particolarmente critico in situazioni di dimissioni protette o nella gestione a lungo termine di pazienti fragili.

Frammentazione delle risorse di volontariato e servizi sul territorio

Le iniziative e le risorse di volontariato, pur essendo numerose, sono disorganizzate e non pienamente integrate con i servizi ufficiali. Questo riduce l'efficacia e l'impatto delle azioni di supporto per la popolazione, oltre a generare duplicazioni e lacune nei servizi.

TITOLO INTERVENTO	Modello operativo d'intervento
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	<p>Rafforzare l'integrazione tra i servizi sociali e sanitari attraverso la costruzione di un modello operativo che sia in grado di rispondere alle esigenze della popolazione fragile e anziana</p> <p>1. Definire un protocollo operativo comune per le dimissioni protette e il monitoraggio L'obiettivo è stabilire un sistema strutturato e condiviso che faciliti le dimissioni protette dei pazienti, in particolare quelli fragili o con bisogni complessi, coordinando ospedali e servizi sociali.</p> <p>2. Creare un catalogo di enti e attività per proporre servizi integrativi alle famiglie Questo intervento si concentra sul rendere facilmente accessibili informazioni relative a tutte le opportunità di supporto per le famiglie, come servizi sociali, associazioni di volontariato, enti culturali, spazi di socializzazione, e altro.</p> <p>3. Incrementare la mappatura dei servizi esistenti per una migliore gestione territoriale L'obiettivo è ottenere una mappa precisa e aggiornata di tutte le risorse e i servizi disponibili sul territorio per facilitare l'accesso e</p> <p>4. Sviluppare una rete di supporto ai caregiver Lo scopo è offrire un sostegno mirato ai caregiver che assistono persone affette da Alzheimer o altre forme di demenza. Azzonamento con Ambito di Luino per condividere il servizio</p>
AZIONI PROGRAMMATE	<p>1. Implementazione di un protocollo per le dimissioni protette che coinvolga gli operatori sociali e sanitari La creazione di un protocollo per le dimissioni protette significa delineare un processo strutturato in cui: Valutazione multidisciplinare: Coinvolgimento di medici, assistenti sociali e familiari per la valutazione delle condizioni del paziente prima delle dimissioni. Definizione di un piano di cura personalizzato: Identificazione dei servizi di assistenza sanitaria, sociale e domiciliare necessari per la persona dimessa (es. infermieristica a domicilio, fisioterapia, supporto psicologico, ecc.). Monitoraggio regolare: Verifica dell'efficacia delle cure e degli interventi a domicilio, con follow-up tramite visite domiciliari e comunicazioni telefoniche. Ruolo delle famiglie: Coinvolgimento delle famiglie nel processo di pianificazione per supportare la continuità della cura.</p> <p>2. Creazione di un catalogo di enti e servizi per migliorare la proposta di assistenza domiciliare Il catalogo potrà raccogliere informazioni sui servizi locali, inclusi: Enti pubblici e privati: Strutture sanitarie, servizi sociali, cooperative, associazioni di volontariato, RSA, ecc. Attività offerte: Servizi di assistenza domiciliare, consulenze psicologiche, gruppi di supporto, corsi di formazione per caregiver, attività di socializzazione. Accesso semplificato: Sviluppo di una piattaforma online e punti di contatto fisici per fornire informazioni dettagliate e facilitare l'orientamento delle famiglie.</p> <p>3. Attivazione di tavoli di lavoro regolari tra gli enti e i servizi</p>

	<p>coinvolti</p> <p>I tavoli di lavoro regolari rappresentano uno strumento di governance condivisa, e potranno comprendere</p> <p>Incontri periodici tra operatori dei diversi servizi per confrontarsi su casi specifici e condividere buone pratiche.</p> <p>Creazione di protocolli condivisi per la gestione dei casi complessi e per affrontare le criticità comuni.</p> <p>Aggiornamenti regolari delle linee guida e delle procedure per migliorare la qualità dell'assistenza e monitorare i progressi fatti.</p> <p>4. Creazione di una mappatura dei servizi territoriali</p> <p>La mappatura dei servizi territoriali prevede:</p> <p>Censimento e aggiornamento costante delle risorse esistenti, come RSA, centri diurni, associazioni, servizi di volontariato, attività ricreative e socio-educative.</p> <p>Implementazione di una piattaforma digitale in cui raccogliere e visualizzare le informazioni su mappa, con dettagli sui contatti, le attività svolte e i requisiti di accesso.</p> <p>Integrazione tra piattaforme sanitarie e sociali per facilitare la consultazione da parte degli operatori.</p> <p>5. Potenziamento del ruolo del volontariato attraverso progetti di integrazione con i servizi sociali</p> <p>Questa azione prevede:</p> <p>Formazione e supporto ai volontari: Corsi di formazione specifica per preparare i volontari a rispondere a diverse necessità, come il supporto agli anziani, l'assistenza a persone con disabilità e l'aiuto a famiglie fragili.</p> <p>Creazione di reti locali di volontariato: Costruzione di partnership tra associazioni e servizi pubblici per garantire interventi coordinati e completi.</p> <p>Valorizzazione delle risorse umane locali: Promozione di iniziative comunitarie per coinvolgere i cittadini nel supporto reciproco, come gruppi di auto-aiuto e peer education.</p> <p>Azzonamento con il piano ambito di Luino</p>
TARGET	<p>Operatori dei servizi sociali e sanitari</p> <p>Educatori e operatori dei servizi di inserimento lavorativo (NIL)</p> <p>Enti del Terzo settore e imprese sociali</p> <p>Scuole</p> <p>Famiglie delle persone con disabilità o invalidità</p>
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	<p>FNPS per le dimissioni protette (11.000 €)</p> <p>PNRR in partenariato con ambito di Luino (100.000€ per i due ambiti)</p> <p>Fondo Povertà (interventi di prossimità) (30.000€)</p> <p>FNPS, Fondo Povertà, Fondi comunali per le Convenzioni delle gestioni associate a copertura delle spese di personale</p>
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	<p>Personale UdP</p> <p>Personale dei servizi sociali e specialistici dell'Ambito territoriale</p>
L'OBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	<p>SI</p> <p>E. Anziani</p> <p>J- Interventi a favore di persone con disabilità</p>

INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	D. Domiciliarità Flessibilità Tempestività della risposta Ampliamento dei supporti forniti all'utenza Allargamento della rete e coprogrammazione Nuovi strumenti di governance Integrazione con gli interventi domiciliari a carattere sociosanitario E. Anziani Rafforzamento degli strumenti di long term care Autonomia e domiciliarità Personalizzazione dei servizi Accesso ai servizi Sviluppo azioni LR 15/2015 J- Interventi a favore di persone con disabilità Contrasto all'isolamento Rafforzamento delle reti sociali
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	SI
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	SI Nella definizione dei protocolli operativi Nell'integrazione dell'attività operativa
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	SI AT di Luino è il capofila del partenariato relativo al PNRR
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	SI
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Servizio già presente
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	SI
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	SI
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?	NO
NEL CASO IN CUI L'INTERVENTO NON PREVEDA PROCESSI DI CO-PROGETTAZIONE E/O CO- PROGRAMMAZIONE FORMALIZZATI, SPECIFICARE LE MODALITÀ DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE (se pertinente)	Manifestazione di interesse per la costituzione di un albo di soggetti erogatori di prestazioni per la domiciliarità
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	NO

QUESTO INTERVENTO A QUALE/ BISOGNO/ RISPONDE?	Difficoltà ad attivare operatori ASA e OSS I Tempi del Sanitario non sono i Tempi del Sociale e del Territorio Persone sole non necessitano per forza di un intervento strutturato e professionale
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÓ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	BISOGNO CONSOLIDATO
L'OBIETTIVO É DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	Riparativo
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)	NO
L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	SI, relativamente all'uso della Cartella sociale informatizzata
QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	Mappatura dei servizi, tavoli tecnici, sessioni formative, nuove progettualità, flusso di processo, Linee guida e protocolli condivisi per il coordinamento dei servizi, Piani di formazione per operatori e volontari , Campagne informative e di sensibilizzazione per il coinvolgimento delle famiglie e dei cittadini.
QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?	Flusso di processo creazione e applicazione di linee guida chiare per gestire il rientro al domicilio di pazienti fragili, coordinando l'intervento degli operatori sociali e sanitari. Il risultato atteso è: Catalogo di Enti e Servizi catalogo degli enti e dei servizi offre una visione completa e aggiornata delle risorse locali disponibili per le famiglie e gli operatori Tavoli di Lavoro Regolari tra gli Enti Mappatura dei Servizi Territoriali Progetti di Volontariato Integrati con i Servizi Sociali
QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?	Numero di protocolli implementati e seguiti per le dimissioni protette. Incremento dei punti di contatto e del numero di accessi al catalogo dei servizi. Numero di tavoli di lavoro regolari attivati e frequenza degli incontri. Aumento del numero di servizi mappati e accessibilità della mappa digitale. Numero di volontari coinvolti e attività di volontariato integrate nei servizi sociali.

INDICATORI DI PROCESSO	INDICATORI DI RISULTATO	INDICATORI DI IMPATTO
<p>Tempo medio di attivazione del protocollo di dimissioni protette: Giorni medi necessari per attivare il protocollo operativo di dimissione protetta per pazienti fragili. <u>Ridurre il tempo medio di attivazione a meno di 72 ore.</u></p> <p>Numero di aggiornamenti del catalogo di servizi: Frequenza degli aggiornamenti effettuati sul catalogo di servizi e attività integrative per le famiglie. <u>Effettuare aggiornamenti annualmente.</u></p> <p>Numero di incontri di coordinamento tra servizi sociali e sanitari: Totale degli incontri mensili o trimestrali tra i servizi per garantire la continuità e il coordinamento dell'assistenza. <u>Tenere almeno un incontro bi-mensile di coordinamento.</u></p> <p>Percentuale di caregiver che accedono ai servizi di supporto: Percentuale di caregiver che utilizzano i servizi di supporto disponibili tramite la rete creata. <u>Raggiungere il 65% di accesso ai servizi per i caregiver.</u></p> <p>Percentuale di servizi censiti e mappati rispetto al totale: Misura del numero di servizi e risorse mappati rispetto al totale stimato di quelli disponibili sul territorio. <u>Mappare almeno il 80% dei servizi sul territorio.</u></p>	<p>Percentuale di pazienti con dimissioni protette: Percentuale di pazienti fragili o con bisogni complessi dimessi con un piano di dimissioni protette strutturato. <u>Raggiungere almeno l'85% delle dimissioni protette nei pazienti con bisogni complessi.</u></p> <p>Percentuale di famiglie che accedono al catalogo di servizi integrativi: Percentuale di famiglie che utilizzano il catalogo per trovare servizi di supporto. <u>Facilitare l'accesso per almeno il 70% delle famiglie target.</u></p> <p>Copertura della mappatura dei servizi territoriali: Percentuale di servizi e risorse territoriali censite e aggiornate nella mappatura, con facile accesso per gli utenti. <u>Coprire il 80% dei servizi disponibili sul territorio.</u></p> <p>Percentuale di caregiver supportati: Percentuale di caregiver per pazienti con demenza o Alzheimer che ricevono un sostegno formale o partecipano alle reti di supporto. <u>Fornire supporto ad almeno il 50% dei caregiver identificati.</u></p>	<p>Riduzione del tasso di riospedalizzazione dei pazienti fragili: Percentuale di pazienti con dimissioni protette che non necessitano di un nuovo ricovero nei 30 giorni successivi. <u>Ridurre il tasso di riospedalizzazione al di sotto del 30%.</u></p> <p>Incremento dell'accessibilità percepita ai servizi di supporto: Percentuale di famiglie e caregiver che riportano un miglioramento nell'accesso e nella disponibilità dei servizi tramite il catalogo e la rete di supporto. <u>Ottenere un livello di soddisfazione dell'70% sulla facilità di accesso ai servizi.</u></p> <p>Aumento della permanenza dei pazienti fragili presso il domicilio: Percentuale di pazienti fragili e anziani che riescono a mantenere la residenza domiciliare grazie al supporto integrato. <u>Permettere la permanenza a domicilio per l'70% dei pazienti seguiti.</u></p> <p>Miglioramento della soddisfazione degli utenti per i servizi integrati: Percentuale di utenti e famiglie che dichiarano un alto livello di soddisfazione per il coordinamento tra i servizi sociali e sanitari. <u>Raggiungere almeno il 80% di soddisfazione tra i beneficiari del modello integrato.</u></p>

LEPS dell'area: D. Domiciliarità

LEPS	OBIETTIVI	INDICATORI
<i>Incremento SAD</i>	Potenziare il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) in termini quantitativi e qualitativi; Assistenza <i>sociale integrata con i servizi sanitari</i> ; Contribuire a ridurre il numero dei ricoveri reiterati presso i presidi ospedalieri; Aumentare il grado di appropriatezza e personalizzazione delle prestazioni; Assicurare la continuità assistenziale;	Numero di protocolli implementati e seguiti per le dimissioni protette. Incremento dei punti di contatto e del numero di accessi al catalogo dei servizi. Numero di tavoli di lavoro regolari attivati e frequenza degli incontri. Aumento del numero di servizi mappati e accessibilità della mappa digitale.

	Favorire il decongestionamento dei Pronto Soccorso; Garantire l'inclusione sociale dei soggetti fragili presi in carico.	Numero di volontari coinvolti e attività di volontariato integrate nei servizi sociali. Numero di utenti presi in carico dal Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) rispetto all'anno precedente (% aumento). Percentuale di prestazioni aggiuntive erogate rispetto al piano base del SAD. Percentuale di piani di assistenza integrata (PI) implementati rispetto al totale dei casi presi in carico. Percentuale di utenti con piani di assistenza personalizzati rispetto al totale degli utenti presi in carico. Numero di revisioni periodiche dei piani di assistenza personalizzati effettuate per ogni utente. Numero di progetti di inclusione sociale attivati per i soggetti fragili presi in carico. Percentuale di soggetti fragili che partecipano a iniziative di inclusione sociale.
Servizi Sociali per dimissioni protette	Definire un protocollo operativo comune per le dimissioni protette e il monitoraggio Creazione di un catalogo di enti e servizi per migliorare la proposta di assistenza domiciliare Attivazione di tavoli di lavoro regolari tra gli enti e i servizi coinvolti	Protocollo operativo sottoscritto Catalogo degli enti e servizi Attivazione regolare dei tavoli (n di tavoli e di equipe realizzate)

Le prospettive future dell'AREA: E. Anziani

L'area "Anziani" si concentra sul sostegno e sulla promozione del benessere degli anziani, con particolare attenzione a contrastare l'isolamento sociale e a migliorare la qualità della vita. La prospettiva è centrata sull'integrazione tra servizi sociali, supporto alla mobilità e attività di socializzazione per gli anziani, con l'obiettivo di garantire una vita dignitosa e attiva anche in età avanzata.

Parole Chiave	Punti Chiave
Solitudine Mobilità Socializzazione Caregiver Benessere Prossimità Trasporto sociale	Accesso ai servizi Personalizzazione dei servizi Ruolo delle famiglie e del Care Giver

Criticità:**Difficoltà di mobilità**

L'accesso ai servizi e alle attività sociali è limitato dalla carenza di trasporti adeguati per gli anziani. Senza un servizio di trasporto sociale efficiente, risulta difficile per molte persone partecipare a iniziative di socializzazione o ricevere assistenza.

Carenza di occasioni di socializzazione

La mancanza di opportunità per socializzare e partecipare a iniziative culturali o ricreative è un problema rilevante, soprattutto per coloro che non hanno reti familiari o comunitarie di supporto. Supporto insufficiente ai caregiverI caregiver, che spesso si occupano a tempo pieno degli anziani, ricevono poco supporto sia in termini di risorse materiali che di assistenza psicologica, e ciò può portarli al burnout.

Mancanza di un approccio integrato tra servizi sociali e sanitari. Non sempre si riesce a gestire i bisogni degli anziani con un approccio olistico, che integri adeguatamente il supporto sociale con quello sanitario. Queste criticità evidenziano la necessità di un intervento coordinato e di politiche di prossimità che favoriscano la socializzazione, migliorino la mobilità, e garantiscano supporto sia agli anziani che ai loro caregiver, per evitare il rischio di isolamento e vulnerabilità.

TITOLO INTERVENTO	Promuovere il benessere delle persone anziane
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	<p>Promuovere il benessere delle persone anziane, riducendo l'isolamento sociale e i rischi correlati, garantendo servizi di supporto ai caregiver e implementando interventi di prossimità e trasporto sociale per migliorare l'accesso ai servizi e alle attività di socializzazione.</p> <p>Fornire supporto psicologico, informativo e formativo ai caregiver, per alleviare il carico emotivo e fisico e prevenire il rischio di burnout.</p> <p>Favorire il servizio di trasporto sociale per garantire un accesso agevole alle attività sociali, ai centri diurni e ai servizi di assistenza sanitaria e sociale.</p> <p>Creare una maggiore integrazione tra i servizi sociali e sanitari per una presa in carico globale degli anziani, in modo da rispondere alle loro necessità sia sanitarie che sociali, attraverso l'unità di valutazione multidisciplinare (Uvm) attivata dagli operatori del PUA</p>
AZIONI PROGRAMMATE	<p>Coinvolgimento delle associazioni di volontariato: per offrire sostegno nella gestione delle attività di socializzazione e supporto agli anziani.</p> <p>Integrazione con i servizi di base: migliorare la connessione tra i servizi sociali di base e le iniziative di prossimità.</p> <p>Collaborazione con le case di riposo e i centri diurni: per ampliare l'offerta di attività ricreative e di socializzazione.</p> <p>Potenziamento del PUA e dell'equipe multidisciplinare per la valutazione (Uvm)</p>
TARGET	<p>Operatori dei servizi sociali e sanitari</p> <p>Enti del Terzo settore e imprese sociali</p> <p>Famiglie delle persone con anziani</p> <p>Persone anziane</p>

RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	FNA (50.000 €) Fondo povertà (30.000 €) FNPS (20.000) Fondo Assistenti Familiari 15.000 € Piano regionale per l'invecchiamento attivo (28.000€)
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	Personale Ufficio di Piano
L'OBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	SI A)Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva D)Domiciliarità
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	E. Anziani Rafforzamento degli strumenti di long term care Autonomia e domiciliarità Accesso ai servizi Ruolo delle famiglie e del caregiver A)Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva Contrasto all'isolamento Rafforzamento delle reti sociali Vulnerabilità multidimensionale Facilitare l'accesso alle opportunità di benessere e partecipazione attiva D)Domiciliarità Flessibilità Allargamento del servizio a nuovi soggetti Ampliamento dei supporti forniti all'utenza
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	SI
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	SI Equipe VMD, realizzazione attività del PUA
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	IN PARTE (Solo per il Piano per l'invecchiamento attivo azionamento con Sesto Calende)
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	NO
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Servizio già presente
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	NO
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	SI

L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?	SI per le attività del Piano per l'invecchiamento attivo; ambito di Cittiglio capofila del partenariato Per le attività connesse al Fondo povertà inerenti la "prossimità" NO per le altre azioni
NEL CASO IN CUI L'INTERVENTO NON PREVEDA PROCESSI DI CO-PROGETTAZIONE E/O CO-PROGRAMMAZIONE FORMALIZZATI, SPECIFICARE LE MODALITA' DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE (se pertinente)	Tavoli tematici di rete
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	NO
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	Solitudine delle persone anziane ed esposizione a rischi (p.e. truffe) Difficoltà nella mobilità (trasporto) Scarse occasioni di socializzazione, se non è presente la famiglia Bisogno e sostegno dei caregiver Promozione del benessere dei "nuovi anziani"
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÒ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	BISOGNO CONSOLIDATO
L'OBIETTIVO È DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	Riparativo
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)	NO
L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	SI, con l'utilizzo della CSI e dei servizi online per la presentazione delle istanze ai bandi (gestionale)
QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	Mappatura dei servizi, tavoli tecnici, sessioni formative, nuove progettualità, flusso di processo, Linee guida e protocolli condivisi per il coordinamento dei servizi, Piani di formazione per operatori e volontari , Campagne informative e di sensibilizzazione per il coinvolgimento delle famiglie e dei cittadini.
QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?	Riduzione dell'isolamento e miglioramento della qualità della vita degli anziani, maggiore inclusione sociale e supporto strutturato ai caregiver

QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?	<p>Numero di attività di socializzazione organizzate e partecipazione alle stesse.</p> <p>Numero di caregiver supportati e grado di soddisfazione dei servizi ricevuti.</p> <p>Numero di anziani coinvolti in iniziative di prossimità.</p>
--	---

INDICATORI DI PROCESSO	INDICATORI DI RISULTATO	INDICATORI DI IMPATTO
<p>Tempo medio di attivazione del servizio di supporto psicologico per i caregiver: Giorni medi necessari per l'attivazione del supporto psicologico per i caregiver.</p> <p><u>Ridurre il tempo medio di attivazione a meno di 10 giorni.</u></p> <p>Tempo medio di risposta per l'attivazione del trasporto sociale: Tempo medio di attivazione del servizio di trasporto sociale per accedere a eventi sociali e sanitari.</p> <p><u>Attivare il trasporto entro 48 ore dalla richiesta.</u></p> <p>Frequenza degli incontri UVM per definire piani di assistenza personalizzati: Numero di incontri UVM tenuti per ogni anziano con bisogni complessi.</p> <p><u>Assicurare almeno un incontro UVM per ogni anziano segnalato.</u></p> <p>Numero di contatti mensili con anziani per monitorare l'isolamento sociale: Totale di visite o chiamate effettuate dagli operatori sociali per monitorare l'isolamento sociale degli anziani.</p> <p><u>Effettuare almeno un contatto mensile con ciascun anziano a rischio.</u></p>	<p>Riduzione dell'isolamento sociale tra gli anziani: Percentuale di anziani che riportano una maggiore frequenza di interazioni sociali e una diminuzione del senso di isolamento.</p> <p><u>Ridurre il senso di isolamento del 30% tra gli anziani coinvolti nel programma.</u></p> <p>Percentuale di caregiver che accedono ai servizi di supporto psicologico e formativo: Percentuale di caregiver che partecipano a sessioni di supporto o formazione per ridurre il carico emotivo e fisico.</p> <p><u>Raggiungere il 50% dei caregiver destinatari per il supporto.</u></p> <p>Accessibilità al trasporto sociale per attività di socializzazione e servizi sanitari: Percentuale di anziani che usufruiscono del servizio di trasporto sociale per accedere a centri diurni, attività sociali e servizi sanitari.</p> <p><u>Garantire che almeno il 65% degli anziani target possa accedere a questo servizio.</u></p> <p>Numero di piani assistenziali personalizzati creati tramite UVM: Totale di piani personalizzati creati tramite l'Unità di Valutazione Multidisciplinare per rispondere ai bisogni sanitari e sociali degli anziani.</p> <p><u>Coprire il 80% degli anziani segnalati per valutazioni UVM.</u></p> <p>Soddisfazione degli anziani e dei caregiver per i servizi integrati: Percentuale di anziani e caregiver che esprimono soddisfazione per il supporto ricevuto, misurato tramite questionari.</p> <p><u>Ottenere un livello di soddisfazione dell'85%.</u></p>	<p>Riduzione del rischio di burnout tra i caregiver: Percentuale di caregiver che riportano una riduzione dello stress e un miglioramento nella gestione del carico assistenziale.</p> <p><u>Ridurre il rischio di burnout del 50% tra i caregiver partecipanti.</u></p> <p>Miglioramento dell'accesso ai servizi sanitari e sociali per gli anziani: Percentuale di anziani che accedono regolarmente ai servizi grazie al trasporto sociale, in confronto a prima dell'intervento.</p> <p><u>Aumentare l'accesso ai servizi del 60% rispetto ai dati iniziali.</u></p> <p>Aumento del benessere psicologico degli anziani: Percentuale di anziani che riferiscono un miglioramento nella qualità della vita e nel benessere psicologico, monitorato tramite questionari e interviste.</p> <p><u>Migliorare il benessere del 60% degli anziani coinvolti.</u></p> <p>Aumento della permanenza degli anziani a domicilio: Percentuale di anziani che, grazie agli interventi integrati, possono continuare a vivere a domicilio anziché in strutture residenziali.</p> <p><u>Garantire la permanenza domiciliare per almeno l'70% degli anziani assistiti.</u></p> <p>Riduzione delle ospedalizzazioni evitabili: Percentuale di ospedalizzazioni evitate grazie alla valutazione e agli interventi preventivi e integrati offerti tramite l'UVM.</p> <p><u>Ridurre le ospedalizzazioni evitabili del 30% rispetto all'anno precedente.</u></p>

LEPS dell'area: E. Anziani

LEPS	OBIETTIVI	INDICATORI
<i>Incremento SAD</i>	<p>Potenziare il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) in termini quantitativi e qualitativi; Assistenza <i>sociale integrata con i servizi sanitari</i>;</p> <p>Contribuire a ridurre il numero dei ricoveri reiterati presso i presidi ospedalieri;</p> <p>Aumentare il grado di appropriatezza e personalizzazione delle prestazioni;</p> <p>Assicurare la continuità assistenziale;</p> <p>Favorire il decongestionamento del Pronto Soccorso;</p> <p>Garantire l'inclusione sociale dei soggetti fragili presi in carico.</p>	<p>Numero di protocolli implementati e seguiti per le dimissioni protette.</p> <p>Incremento dei punti di contatto e del numero di accessi al catalogo dei servizi.</p> <p>Numero di tavoli di lavoro regolari attivati e frequenza degli incontri.</p> <p>Aumento del numero di servizi mappati e accessibilità della mappa digitale</p> <p>Numero di volontari coinvolti e attività di volontariato integrate nei servizi sociali.</p> <p>Numero di utenti presi in carico dal Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) rispetto all'anno precedente (% aumento).</p> <p>Percentuale di prestazioni aggiuntive erogate rispetto al piano base del SAD.</p> <p>Percentuale di piani di assistenza integrata (PI) implementati rispetto al totale dei casi presi in carico.</p> <p>Percentuale di utenti con piani di assistenza personalizzati rispetto al totale degli utenti presi in carico.</p> <p>Numero di revisioni periodiche dei piani di assistenza personalizzati effettuate per ogni utente.</p> <p>Numero di progetti di inclusione sociale attivati per i soggetti fragili presi in carico.</p>
<i>Punti Unici di Accesso integrati e Uvm</i>	<p>Creare una maggiore integrazione tra i servizi sociali e sanitari per una presa in carico globale degli anziani, in modo da rispondere alle loro necessità sia sanitarie che sociali, attraverso l'unità di valutazione multidisciplinare (Uvm) attivata dagli operatori del PUA</p>	<p>Potenziamento del PUA</p>
<i>Servizi Sociali per le dimissioni protette</i>	<p>Integrare l'equipe socio sanitaria</p>	<p>Creazione e rafforzamento dell'equipe multidisciplinare</p>

Le prospettive future dell'AREA: F. Digitalizzazione dei servizi

L'area della digitalizzazione si concentra sull'ottimizzazione dell'efficienza e della funzionalità dei servizi sociali, migliorando la gestione delle informazioni e l'accesso ai dati degli utenti. La

prospettiva è quella di creare un sistema di raccolta, condivisione e gestione delle informazioni che permetta agli operatori di lavorare in modo più agevole, collaborativo e sicuro. Questa area mira a raggiungere una completa digitalizzazione dei processi interni e delle interazioni con i cittadini, promuovendo strumenti e tecnologie che facilitino l'acquisizione delle istanze e la gestione delle cartelle sociali. L'obiettivo principale è rendere i servizi più accessibili e agevoli, sia per gli operatori che per gli utenti, e migliorare la qualità e l'efficacia delle risposte fornite.

Parole Chiave	Punti Chiave
Efficienza Sicurezza Cartella Sociale Informatizzata Condivisione dei dati Accessibilità Collaborazione Digitalizzazione Acquisizione delle istanze	Accesso ai servizi Personalizzazione dei servizi Ruolo delle famiglie e del Care Giver

TITOLO INTERVENTO	Digitalizzazione dei servizi
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	
AZIONI PROGRAMMATE	Formazione degli operatori per l'uso delle piattaforme digitali, al fine di avvicinare il personale agli strumenti informatici e migliorarne l'adozione. Sviluppo e aggiornamento continuo delle piattaforme digitali esistenti, come la Piattaforma informatica dell'Ente Comunità Montana Valli del Verbano. Promozione della Cartella Sociale Informatizzata come strumento standard per la gestione dei dati degli utenti.
TARGET	Operatori dell'ambito ASST ETS Cittadini/utenti finali
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	Fondo Povertà (10.000€) Risorse Comunali
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	Personale UdP
L'OBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	SI TUTTE
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	L'uso della CSI e del SOL (servizi on line) abbraccia tutte le aree di policy
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	SI

PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	SI Nella gestione della casistica in comune
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	SI In partenariato con Ambito di Luino
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	SI
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Servizio già presente
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	NO
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	NO
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?	NO (in caso di risposta affermativa, esplicitare compiti e ruoli)
NEL CASO IN CUI L'INTERVENTO NON PREVEDA PROCESSI DI CO-PROGETTAZIONE E/O CO- PROGRAMMAZIONE FORMALIZZATI, SPECIFICARE LE MODALITA' DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE (se pertinente)	Ad oggi non sono previsti protocolli di intesa per l'uso della CSI da parte degli ETS.
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	NO
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	Necessità di poter raccogliere e condividere i dati degli utenti in modo efficiente, sicuro, funzionale Possibilità di lavorare sulle cartelle individuali da postazioni differenti Migliorare l'acquisizione delle istanze di partecipazione ad Avvisi e Manifestazioni di Interesse
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÓ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	BISOGNO CONSOLIDATO
L'OBIETTIVO È DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	Preventivo
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)	NO
L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	SI, costruire un database sovradistrettuale per la gestione della casistica Semplificare la raccolta dati/istanze

QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	Formazione degli operatori Cabine di regia tra Ambiti per sostenere il processo di digitalizzazione
QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?	Realizzazione di un sistema informatizzato per la raccolta e la gestione dei dati, formazione degli operatori e digitalizzazione dei processi di acquisizione delle istanze. Maggiore efficienza nella gestione dei dati, riduzione dei tempi di risposta e miglioramento della trasparenza e dell'accessibilità ai servizi da parte dei cittadini.
QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?	Numero di operatori formati all'uso della Cartella Sociale Informatizzata. Percentuale di istanze di partecipazione ricevute tramite modalità digitali. Riduzione dei tempi di accesso e aggiornamento delle cartelle sociali.

INDICATORI DI PROCESSO	INDICATORI DI RISULTATO	INDICATORI DI IMPATTO
<p>Tempo medio di integrazione dei dati nella Cartella Sociale Informatizzata: Tempo necessario per registrare e aggiornare i dati degli utenti nella cartella informatizzata.</p> <p><u>Ridurre il tempo medio di integrazione dei dati a meno di 72 ore.</u></p> <p>Numero di accessi simultanei consentiti al sistema: Capacità del sistema di supportare accessi simultanei di più operatori senza compromettere la sicurezza e la velocità.</p> <p><u>Permettere almeno 50 accessi simultanei senza interruzioni o rallentamenti.</u></p> <p>Percentuale di istanze digitalizzate rispetto al totale: Percentuale di istanze presentate digitalmente rispetto al totale delle istanze.</p> <p><u>Raggiungere il 100% delle istanze in formato digitale entro il secondo anno.</u></p> <p>Numero di attività formative per l'utilizzo della Cartella Sociale Informatizzata: Totale delle sessioni formative erogate agli operatori per l'uso del sistema.</p>	<p>Percentuale di utenti con Cartella Sociale Informatizzata attiva: Percentuale di utenti del servizio sociale che dispongono di una cartella sociale completamente informatizzata.</p> <p><u>Attivare la cartella informatizzata per il 100% degli utenti entro il secondo anno dall'implementazione.</u></p> <p>Tempo medio di elaborazione delle istanze digitalizzate: Tempo medio necessario per elaborare le istanze digitalizzate rispetto a quelle cartacee.</p> <p><u>Ridurre del 50% il tempo di elaborazione delle istanze rispetto al processo cartaceo.</u></p> <p>Tasso di adozione del sistema digitalizzato tra gli operatori: Percentuale di operatori sociali e amministrativi che utilizzano la Cartella Sociale Informatizzata e il sistema di gestione digitale delle istanze.</p> <p><u>Ottenere il 70% di adozione del sistema tra gli operatori entro 12 mesi.</u></p> <p>Numero di errori ridotti nella gestione dei dati: Riduzione degli errori di trascrizione o di gestione</p>	<p>Miglioramento dell'efficienza complessiva nella gestione dei dati: Percentuale di riduzione del tempo totale impiegato dagli operatori per la gestione e condivisione dei dati rispetto al sistema manuale.</p> <p><u>Ridurre del 30% il tempo complessivo impiegato nella gestione dei dati entro il primo anno.</u></p> <p>Aumento della trasparenza percepita dai cittadini: Percentuale di cittadini che percepiscono maggiore trasparenza nella gestione delle istanze grazie alla digitalizzazione.</p> <p><u>Aumentare la trasparenza percepita del 50% tra i cittadini.</u></p> <p>Miglioramento della collaborazione tra operatori e servizi: Percentuale di operatori che riferiscono una maggiore facilità di collaborazione e comunicazione grazie all'accesso condiviso alla Cartella Sociale Informatizzata.</p> <p><u>Raggiungere un miglioramento della collaborazione per l'80% degli operatori.</u></p> <p>Aumento dell'accessibilità ai servizi per i cittadini: Percentuale</p>

Offrire almeno una sessione formativa a ciascun operatore entro i primi sei mesi di adozione.	rispetto al sistema manuale precedente. Diminuire gli errori del 65% con l'introduzione del sistema digitale.	di cittadini che, grazie alla digitalizzazione delle istanze, accedono più facilmente ai servizi sociali e ai programmi di interesse. Aumentare del 60% l'accessibilità ai servizi entro due anni.
---	--	--

Le prospettive future dell'AREA: G. Politiche giovanili e per i minori

Le prospettive per l'area si concentrano sullo sviluppo di una rete territoriale integrata tra servizi sociali, sanitari ed educativi, con un forte coinvolgimento degli enti del Terzo Settore e dei volontari. L'obiettivo è promuovere un sistema di supporto comunitario capace di rispondere efficacemente ai bisogni dei cittadini, garantendo una presa in carico completa e coesa delle situazioni di vulnerabilità. La creazione di sinergie operative, l'adozione di protocolli condivisi e l'attivazione di una mappatura dei servizi sono gli elementi chiave per favorire la crescita di una comunità resiliente e solidale.

Parole Chiave	Punti Chiave
Integrazione: Supporto Comunitario Prevenzione: Sinergia Operativa: Accessibilità: Prossimità:	Prevenzione e contenimento del disagio sociale e dell'impatto sulla salute Allargamento della rete e cronoprogramma Nuovi strumenti di governance Presenza di nuovi soggetti a rischio

Criticità:

Comunicazione e coordinamento frammentati: Mancanza di un sistema strutturato di comunicazione tra enti e servizi, che ostacola una gestione efficace e integrata dei casi.

Scarsa capacità di risposta delle strutture locali: non si riescono a soddisfare pienamente le necessità crescenti della popolazione, soprattutto nelle situazioni di maggiore fragilità.

Assenza di un sistema di mappatura dinamico: Mancanza di uno strumento che consenta agli operatori di avere una visione completa delle risorse disponibili e di accedere facilmente ai servizi.

Partecipazione limitata del volontariato: Il volontariato, sebbene presente, è spesso scollegato e non pienamente integrato nelle iniziative e nei servizi territoriali.

Resistenza al cambiamento: Difficoltà a implementare nuove modalità di lavoro e di collaborazione tra operatori e enti, legate anche a barriere culturali e burocratiche.

TITOLO INTERVENTO	Modello integrato di servizio per i giovani
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	<p>L'obiettivo principale delineato è rafforzare l'integrazione tra i servizi sociali, educativi e sanitari per creare un sistema di supporto efficace e coordinato, che risponda ai bisogni emergenti di giovani, famiglie e comunità, specialmente in contesti fragili e a rischio.</p> <p>Potenziare l'integrazione tra servizi sociali e sanitari Creare un coordinamento operativo stabile tra i servizi sociali e sanitari, garantendo una presa in carico congiunta delle</p>

	<p>situazioni di fragilità o di vulnerabilità sociale.</p> <p>Promuovere il benessere giovanile attraverso programmi preventivi nelle scuole e con le famiglie: Promozione di iniziative preventive in ambito educativo e sociale rivolte ai giovani e alle loro famiglie per contrastare fenomeni di disagio e esclusione, prevenendo le situazioni di rischio tramite interventi mirati nelle scuole coinvolgendo le famiglie in attività di sensibilizzazione e supporto. Favorire la partecipazione attiva dei giovani e dei genitori nelle progettualità di comunità: Coinvolgere i giovani e i genitori nella definizione e realizzazione delle iniziative di comunità, favorendo una maggiore partecipazione attiva e un senso di appartenenza al territorio.</p> <p>Coinvolgere e valorizzare il Terzo Settore nelle iniziative locali</p>
AZIONI PROGRAMMATE	<p>Creazione di un catalogo di enti e servizi: Lo scopo è migliorare l'accessibilità delle informazioni e orientare le famiglie verso servizi di supporto complementari a quelli istituzionali.</p> <p>Attivazione di tavoli di lavoro regolari: Lo scopo è migliorare il coordinamento tra i vari enti coinvolti e facilitare la condivisione delle informazioni per una gestione più efficiente dei casi e delle risorse.</p> <p>Creazione di una mappatura dei servizi territoriali: L'idea è fornire una panoramica chiara e aggiornata delle risorse disponibili, facilitando il lavoro degli operatori e l'accesso ai servizi per le famiglie.</p> <p>Potenziamento del ruolo del volontariato: Attraverso progetti di integrazione, si intende coinvolgere maggiormente il volontariato in sinergia con i servizi sociali e sanitari.</p>
TARGET	<p>Operatori dei servizi sociali e sanitari Educatori e operatori dei specialistici di ambito Enti del Terzo settore e imprese sociali Scuole Famiglie, minori e giovani</p>
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	<p>Finanziamenti pubblici per il personale specialistico dei servizi di Ambito (FNPS, Fondo Povertà, Risorse dei Comuni)</p>
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	<p>Personale UdP Operatori Equipe SIS</p>
L'OBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	<p>SI</p> <p>A. Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva</p> <p>I. Interventi per la famiglia</p>
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	<p>G. Politiche giovanili e per i minori Contrasto e prevenzione della povertà educativa Contrasto e prevenzione della dispersione scolastica Rafforzamento delle reti sociali Prevenzione e contenimento del disagio sociale e del suo impatto sulla salute Allargamento della rete e coprogrammazione Presenza di nuovi soggetti a rischio/nuova utenza rispetto al</p>

	<p>passato</p> <p>Nuovi strumenti di governance</p> <p>A. Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva</p> <p>Contrasto all'isolamento</p> <p>Vulnerabilità multidimensionale</p> <p>Presenza di nuovi soggetti a rischio/nuova utenza rispetto al passato</p> <p>Facilitare l'accesso alle opportunità di benessere e partecipazione attiv</p> <p>I. Interventi per la famiglia</p> <p>Sostegno secondo le specificità del contesto familiare</p> <p>Invertire alcuni trend che minacciano la coesione sociale del territorio</p> <p>Presenza di nuovi soggetti a rischio/nuova utenza rispetto al passato</p>
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	SI
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	SI Protocolli operativi
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	NO
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	NO
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Servizio sostanzialmente rivisto/aggiornato
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	NO
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	SI
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?	SI Per quanto riguarda la progettualità Sprint! Lombardia Insieme
NEL CASO IN CUI L'INTERVENTO NON PREVEDA PROCESSI DI CO-PROGETTAZIONE E/O CO-PROGRAMMAZIONE FORMALIZZATI, SPECIFICARE LE MODALITÀ DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE (se pertinente)	Previsti tavoli tematici con il terzo settore

L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	SI Gli istituti scolastici
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	Genitori hanno difficoltà a giocare il ruolo adulto: si riflette nelle relazioni educative, perdono di efficacia Situazioni di Abbandono scolastico, ritiro sociale, devianza Complessità della realtà odierna legata anche alla dimensione dello "smartphone" Scarsità di personale educativo e adeguatamente formato al lavoro con preadolescenti, adolescenti e giovani Non sufficiente presenza di luoghi di aggregazione a bassa soglia Scarse possibilità di mobilità
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÓ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	BISOGNO CONSOLIDATO
L'OBIETTIVO É DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	PROMOZIONALE/PREVENTIVO E RIPARATIVO
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)	SI Attraverso un'azione trasversale e complessa che coinvolge tutti gli attori coinvolti
L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	SI Gestionali: uso della cartella sociale informatizzata Eventualmente: per mappatura e fruizione dei servizi e delle opportunità sul territorio (studio di fattibilità)
QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	Attività di rete per conoscenza e cooperazione Promozione del volontariato attraverso attività di rete
QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?	Catalogo aggiornato dei servizi territoriali, accessibile sia agli operatori che alle famiglie. Tavoli di lavoro regolari tra i servizi per una gestione integrata e coordinata. Mappa interattiva dei servizi e degli enti attivi sul territorio. Incremento della partecipazione e della collaborazione tra enti pubblici, Terzo Settore e volontariato.
QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?	Numero di famiglie orientate tramite il catalogo dei servizi: un indicatore per valutare l'accessibilità e l'utilità del catalogo. Frequenza e partecipazione ai tavoli di lavoro regolari: per misurare l'efficacia della collaborazione tra i diversi servizi. Utilizzo della mappatura dei servizi da parte degli operatori: per verificare la qualità e l'efficacia della mappatura. Partecipazione volontaria a progetti di supporto comunitario: come indicatore della capacità di coinvolgimento delle comunità

INDICATORI DI PROCESSO	INDICATORI DI RISULTATO	INDICATORI DI IMPATTO
Frequenza degli incontri di coordinamento tra i servizi sociali e sanitari: Numero di incontri mensili o trimestrali per	Percentuale di casi di fragilità gestiti congiuntamente dai servizi sociali e sanitari: Percentuale di situazioni	Riduzione dei casi di disagio e rischio sociale tra i giovani: Percentuale di riduzione dei casi di

<p>garantire un coordinamento stabile.</p> <p><u>Realizzare almeno un incontro di coordinamento mensile.</u></p> <p>Numero di enti del Terzo Settore coinvolti nelle iniziative: Totale di organizzazioni del Terzo Settore che collaborano a programmi locali.</p> <p><u>Coinvolgere almeno 2 organizzazioni del Terzo Settore ogni anno.</u></p> <p>Tempo medio di risposta per la presa in carico congiunta: Giorni medi necessari per attivare una presa in carico integrata dei casi di fragilità.</p> <p><u>Ridurre il tempo medio di risposta a meno di 10 giorni.</u></p>	<p>vulnerabili prese in carico congiuntamente dai servizi sociali e sanitari.</p> <p><u>Garantire la presa in carico congiunta per il 40% dei casi segnalati.</u></p> <p>Partecipazione attiva di giovani e genitori nelle iniziative di comunità: Percentuale di giovani e genitori coinvolti nella progettazione e realizzazione delle iniziative locali.</p> <p><u>Coinvolgere attivamente il 50% dei giovani e delle famiglie target.</u></p> <p>Percentuale di iniziative realizzate in collaborazione con il Terzo Settore: Percentuale di progetti comunitari che coinvolgono associazioni e enti del Terzo Settore.</p> <p><u>Coinvolgere il Terzo Settore nel 75% delle iniziative locali.</u></p>	<p>disagio giovanile segnalati nelle scuole e nei servizi sociali.</p> <p><u>Ridurre i casi di disagio del 10% entro 3 anni.</u></p> <p>Aumento del benessere e del senso di appartenenza dei giovani e delle famiglie: Percentuale di giovani e famiglie che riportano un miglioramento nel benessere e nel senso di appartenenza alla comunità.</p> <p><u>Aumentare il benessere del 50% tra i partecipanti.</u></p> <p>Miglioramento della cooperazione tra servizi sociali e sanitari: Percentuale di operatori che riferiscono una maggiore facilità e qualità della collaborazione tra servizi.</p> <p><u>Raggiungere un miglioramento del 70% nella cooperazione.</u></p> <p>Miglioramento dell'efficacia e sostenibilità delle iniziative locali grazie al Terzo Settore: Percentuale di iniziative che dimostrano sostenibilità ed efficacia grazie al coinvolgimento del Terzo Settore.</p> <p><u>Assicurare che almeno l'75% delle iniziative con il Terzo Settore ottenga risultati sostenibili a lungo termine.</u></p>
---	---	---

LEPS dell'area: G. Politiche giovanili e per i minori

LEPS	OBIETTIVI	INDICATORI
Offerta integrata di interventi e servizi secondo le modalità coordinate definite dalle Regioni e province autonome	<p>Garantire equità di trattamento e pari attuazione dei diritti a bambini e famiglie che vivono in contesti territoriali diversi;</p> <p>Superare la frammentazione e la mancanza di integrazione e cooperazione tra i diversi attori titolari degli interventi, ricomponendo i percorsi di presa in carico e quindi migliorare la governance complessiva affinché siano garantite azioni realizzate in una logica trasversale e unitaria;</p> <p>Rispondere ai bisogni di ascolto, partecipazione e inclusione sociale espressi da adolescenti e giovani nella loro faticosa transizione verso un'età adulta che si delinea sempre più complessa e densa di sfide.</p> <p>Rinforzare la gestione associata dei servizi sociali a livello di Ambito, per ridurre la frammentazione e disomogeneità dei servizi sociali all'interno dello stesso territorio.</p>	<p>Numero di servizi realizzati</p> <p>Accordi con gli Enti del Terzo Settore</p> <p>Numero di famiglie orientate tramite il catalogo dei servizi</p> <p>Numero di incontri di counseling o gruppi di supporto per le famiglie.</p> <p>Numero di famiglie coinvolte attivamente nei percorsi di sostegno.</p> <p>Numero di incontri di coordinamento tra scuole e servizi sociali organizzati.</p> <p>Numero di percorsi formativi e laboratori attivati per competenze trasversali (es. laboratori artistici, sportivi, tecnici).</p> <p>Numero di enti e organizzazioni coinvolti nella rete territoriale di supporto.</p> <p>Numero di iniziative di collaborazione tra scuola, servizi sociali e terzo settore.</p> <p>Aumento del numero di volontari e peer mentor attivi nel progetto.</p>

Le prospettive future dell'AREA: H. Interventi connessi alle politiche per il lavoro

1. Creazione di una rete territoriale integrata tra i servizi di inserimento lavorativo, i servizi sanitari (CPS, SERT, neuropsichiatria infantile), i servizi di fragilità, per affrontare i casi complessi in modo multidisciplinare, definendo un percorso di valutazione (VAIS) che permetta di dare risposte personalizzate agli utenti.
2. Consolidamento e ampliamento delle isole formative per garantire continuità e supporto ai giovani disabili nel percorso verso l'inserimento lavorativo.

Parole chiave	Punti Chiave dell'intervento
Progetto di vita Rete territoriale Multidisciplinarietà Inclusione lavorativa Isole formative Valutazione delle competenze e delle possibilità di sviluppo	Allargamento della rete e co-programmazione Nuovi strumenti di governance Presenza di nuovi soggetti a rischio

Criticità:

Frammentazione dei servizi: La mancanza di protocolli chiari tra i diversi servizi (sanitari, sociali e di inserimento lavorativo) porta spesso a un'interruzione del percorso di crescita delle persone con disabilità, con ritardi nella presa in carico e una gestione inefficace dei casi.

Problemi normativi e burocratici: Sono state segnalate difficoltà legate alla normativa, in particolare per quanto riguarda la certificazione di disabilità e il ruolo dei medici nel processo di valutazione, che spesso rallenta l'inserimento lavorativo.

TITOLO INTERVENTO	INCLUSIONE LAVORATIVA DALLA SCUOLA ALLA VITA
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	<p>Creare una rete territoriale efficace e multidisciplinare per facilitare l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità, riducendo il divario tra la fine del percorso scolastico e l'inizio del percorso lavorativo (Percorso verso la vita indipendente e il dopo di noi)</p> <p>Sviluppare un percorso definito per la valutazione della disabilità, integrato tra i servizi per definire e supportare il percorso di vita indipendente dove possibile.</p> <p>Garantire e consolidare percorsi formativi permanenti (es. isole formative) che non solo preparino i giovani disabili al lavoro, ma sviluppino anche competenze sociali e trasversali necessarie</p>

	<p>per l'autonomia e l'integrazione nel mondo del lavoro.</p> <p>Supporto alle famiglie: maggiore coinvolgimento delle famiglie nel processo di orientamento e di un supporto specifico per aiutarle a fare scelte più consapevoli.</p>
AZIONI PROGRAMMATE	<p>Sviluppare un protocollo di valutazione integrata delle competenze e delle fragilità delle persone con disabilità, in modo da orientarle verso il percorso formativo o lavorativo più adeguato.</p> <p>Mappatura dei percorsi di orientamento scolastico e post-scolastico, per supportare le famiglie in scelte consapevoli e adeguate alle competenze dei giovani.</p> <p>Il passaggio scuola-lavoro: migliorare il supporto e l'orientamento per i giovani che escono dal percorso scolastico. Spesso c'è un gap tra la fine della scuola e l'inserimento lavorativo, che porta i giovani a rimanere inattivi per anni prima di trovare un orientamento professionale.</p> <p>Servizio di inserimento lavorativo (NIL): Il NIL ha un ruolo centrale nel collocamento mirato e nel coordinamento con i servizi sanitari e sociali. miglioramento nella comunicazione tra i servizi e di un approccio multidisciplinare per affrontare i casi più complessi.</p>
TARGET	<p>Operatori dei servizi sociali e sanitari</p> <p>Educatori e operatori dei servizi di inserimento lavorativo (NIL)</p> <p>Enti del Terzo settore e imprese sociali</p> <p>Scuole</p> <p>Famiglie delle persone con disabilità</p>
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	<p>Risorse per il personale dei servizi specialistici di Ambito (FNPS, Fondo povertà, risorse dei comuni)</p> <p>Fondo Dopo di noi (40.000 €)</p> <p>Progetto Valli al Lavoro (50.000€)</p>
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	Operatori servizio NIL e UdP
L'OBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	<p>SI</p> <p>J. Interventi a favore di persone con disabilità</p>
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	<p>H. Interventi connessi alle politiche per il lavoro)</p> <p>Contrasto alle difficoltà socioeconomiche dei giovani e loro inserimento nel mondo del lavoro</p> <p>Interventi a favore dei NEET</p> <p>Allargamento della rete e coprogrammazione</p> <p>Presenza di nuovi soggetti a rischio/nuova utenza rispetto al passato</p> <p>Nuovi strumenti di governance</p> <p>J. Interventi a favore di persone con disabilità</p> <p>Ruolo delle famiglie e del caregiver</p> <p>Filiera integrata che accompagni la persona nel percorso di vita fino al Dopo di Noi</p> <p>Contrasto all'isolamento</p>

	Rafforzamento delle reti sociali
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	SI
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	SI Da definire in protocolli operativi
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	NO (SI per la progettualità Valli al Lavoro)
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	NO
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Servizio sostanzialmente rivisto/aggiornato
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	NO
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	SI
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?	SI Per le azioni di Valli al Lavoro, previsti tavoli di rete, coprogrammazione e coprogettazione per implementazione delle azioni
NEL CASO IN CUI L'INTERVENTO NON PREVEDA PROCESSI DI CO-PROGETTAZIONE E/O CO-PROGRAMMAZIONE FORMALIZZATI, SPECIFICARE LE MODALITÀ DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE (se pertinente)	
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	SI Aziende e realtà imprenditoriali Scuole
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	Difficoltà di inserimento nel mercato del lavoro per le persone fragili Poca condivisione sulle politiche del lavoro Difficoltà nell'aggancio con le famiglie con figli NEET Rischio frammentazione degli interventi per la promozione degli inserimenti lavorativi lavoro Scarsa accoglienza da parte delle aziende

IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÓ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	BISOGNO CONSOLIDATO
L'OBIETTIVO È DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	PROMOZIONALE/PREVENTIVO
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)	SI Nella misura in cui intende l'obiettivo all'interno del Progetto di Vita della persona
L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	SI Gestionale, uso della CSI
QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	Attività di rete per conoscenza e cooperazione Definizione reti e flussi di lavoro Attività promozionali
QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?	Flusso di processo dalla valutazione all'invio ai diversi servizi isole formative o NIL Coinvolgimento delle scuole e dei servizi di orientamento scolastico in un percorso di rete territoriale Attività di capacity building Rafforzare le competenze e la collaborazione tra i vari servizi e attori del territorio per migliorare l'inclusione lavorativa e sociale delle persone con disabilità, garantendo una rete territoriale efficace e un approccio multidisciplinare. Laboratori di co-progettazione: Progettazione di percorsi formativi personalizzati: attività pratiche di co-progettazione tra servizi sociali, sanitari e di inserimento lavorativo, per sviluppare piani personalizzati per le persone con disabilità. Coinvolgimento delle famiglie: formazione su come informare e supportare le famiglie nel processo di scelta del percorso formativo e lavorativo più adatto per i loro figli, con attenzione all'orientamento precoce e alle aspettative realistiche.
QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?	Aumento della cooperazione e della comunicazione tra i servizi sociali, sanitari e di inserimento lavorativo. Feedback positivo degli operatori e delle famiglie coinvolte.

INDICATORI DI PROCESSO	INDICATORI DI RISULTATO	INDICATORI DI IMPATTO
<p>⌚ Tempo medio per completare la valutazione integrata della disabilità: Tempo impiegato per completare la valutazione integrata dal momento della segnalazione. <u>Completare la valutazione entro 45 giorni dalla richiesta.</u></p> <p>Numero di collaborazioni attive tra servizi e enti per l'inclusione lavorativa: Numero di collaborazioni stabilite tra servizi sociali, educativi e datori di lavoro per facilitare l'inclusione. <u>Stabilire almeno 5 collaborazioni attive ogni anno.</u></p> <p>⌚ Percentuale di partecipanti che completano il percorso formativo: Percentuale di giovani disabili che portano a termine i percorsi formativi e acquisiscono competenze professionali e sociali. <u>Assicurare almeno l'80% di completamento.</u></p> <p>Numero di attività di supporto per le famiglie: Totale di attività di supporto e orientamento organizzate per le famiglie, inclusi incontri di consulenza e informazione. <u>Organizzare almeno una attività di supporto semestrale.</u></p> <p>Numero di valutazioni di follow-up dopo l'inserimento lavorativo: Totale di valutazioni condotte a sei mesi e a un anno dall'inserimento lavorativo per monitorare l'integrazione. <u>Effettuare almeno due valutazioni di follow-up per ogni inserimento.</u></p>	<p>Percentuale di persone con disabilità che completano il percorso di valutazione integrata: Percentuale di persone con disabilità che, dopo la fine del percorso scolastico, completano la valutazione integrata per definire il loro percorso di vita indipendente. <u>Raggiungere il 50% di completamento per le persone identificate.</u></p> <p>Numero di giovani con disabilità che partecipano ai percorsi formativi: Numero di giovani che partecipano a percorsi come le isole formative per sviluppare competenze lavorative e sociali. <u>Includere almeno 60% dei giovani disabili in percorsi formativi.</u></p> <p>Tasso di inserimento lavorativo per giovani con disabilità: Percentuale di giovani con disabilità che trovano un'occupazione entro 12 mesi dal completamento del percorso formativo. <u>Inserire almeno il 50% dei partecipanti nel mondo del lavoro.</u></p> <p>Soddisfazione delle famiglie per il supporto ricevuto nel processo di orientamento: Percentuale di famiglie che esprimono soddisfazione per il supporto ricevuto durante il percorso di orientamento e valutazione. <u>Raggiungere almeno l'50% di soddisfazione tra le famiglie.</u></p>	<p>Aumento dell'autonomia dei partecipanti nei percorsi di vita indipendente: Percentuale di giovani con disabilità che, grazie ai percorsi formativi e valutativi, sviluppano maggiore autonomia nella gestione quotidiana. <u>Aumentare del 50% l'autonomia tra i partecipanti entro 3 anni.</u></p> <p>Riduzione del divario tra scuola e lavoro per giovani con disabilità: Riduzione del tempo medio tra la fine del percorso scolastico e l'inizio del percorso lavorativo. <u>Ridurre il divario del 20% entro 3 anni.</u></p> <p>Miglioramento della qualità di vita delle famiglie: Percentuale di famiglie che riportano un miglioramento nella qualità di vita grazie al supporto e alla consapevolezza acquisiti durante il percorso di orientamento. <u>Migliorare la qualità della vita per il 60% delle famiglie coinvolte.</u></p> <p>Aumento delle competenze trasversali e sociali tra i partecipanti: Percentuale di partecipanti che dimostrano un incremento nelle competenze sociali e trasversali (comunicazione, gestione dello stress, capacità di problem-solving) <u>Incrementare le competenze trasversali per almeno il 70% dei partecipanti.</u></p>

TITOLO INTERVENTO	NIL
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	<p>Mantenimento della gestione associata del Nucleo Inserimento Lavorativo (NIL)</p> <p>Garantire continuità al servizio attraverso il rinnovo della convenzione triennale per la gestione associata e individuazione di risorse integrative per il finanziamento del servizio e delle borse lavoro</p> <p>Garantire la presa in carico delle persone segnalate attraverso il monitoraggio dell'attività del Servizio e l'avvio della valutazione delle nuove situazioni entro 60 giorni dal momento della segnalazione da parte del Comune di residenza.</p> <p>Strutturare modalità operative virtuose sperimentate nella progettualità finanziata dal progetto Valli al lavoro: individuare supportare/creare le isole formative sul territorio, mantenere e implementare la collaborazione con le scuole per la divulgazione dei servizi di supporto e orientamento</p> <p>Integrazione servizio sis -nil</p> <p>Valutazione accreditamento</p>
AZIONI PROGRAMMATE	<p>Rinnovo della convenzione triennale per la gestione associata individuazione di risorse integrative per il finanziamento del servizio e delle borse lavoro</p> <p>Mantenimento di un database delle nuove segnalazioni per monitorare i tempi di segnalazione e di presa in carico del Servizio, da aggiornare nell'equipe quindicinale. Strutturazione di una organizzazione interna più standardizzata che permetta una maggiore operatività e una riduzione dei tempi di latenza</p> <p>Attingere dalle proposte emerse dal tavolo di capacity building per mantenere una collaborazione con il terzo settore e creare nuove alleanze con le aziende del territorio finalizzata alla creazione di isole formative Ristrutturare il funzionamento interno ai servi per rendere più funzionale e omogeneo l'intervento degli operatori, ottimizzando le risorse ed evitando sovrapposizioni e dispendio di ore di intervento</p> <p>Raccogliere le informazioni sulla fattibilità e sul dispendio di risorse per accreditare il servizio NIL come ente formatore e ponderare se sia sostenibile intraprendere questo percorso.</p>
TARGET	<p>Operatori dei servizi sociali e sanitari Educatori e operatori dei servizi di inserimento lavorativo (NIL)</p>

	Enti del Terzo settore e imprese sociali Scuole Famiglie delle persone con disabilità
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	FNPS €32.000, Fondo Povertà 11.900€, Risorse Comuali 35.000 €
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	Equipe NIL Educatore Psicologo
L'OBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	SI
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	H. Interventi connessi alle politiche per il lavoro Contrasto alle difficoltà socioeconomiche dei giovani e loro inserimento nel mondo del lavoro Interventi a favore dei NEET Allargamento della rete e coprogrammazione Presenza di nuovi soggetti a rischio/nuova utenza rispetto al passato Nuovi strumenti di governance J. Interventi a favore di persone con disabilità Ruolo delle famiglie e del caregiver Filiera integrata che accompagni la persona nel percorso di vita fino al Dopo di Noi Contrasto all'isolamento Rafforzamento delle reti sociali
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	SI
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	SI Definizione protocollo operativo per la presa in carico dell'utenza egli interventi
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	NO
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	SI
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Servizio già presente
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	NO
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	SI

L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?	NO
NEL CASO IN CUI L'INTERVENTO NON PREVEDA PROCESSI DI CO-PROGETTAZIONE E/O CO-PROGRAMMAZIONE FORMALIZZATI, SPECIFICARE LE MODALITA' DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE (se pertinente)	Tavoli di rete tematica e di coprogrammazione finalizzati alla coprogrammazione di interventi specifici (per esempio isole formative)
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	SI Aziende del territorio
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	Scarsa conoscenza del mercato del lavoro Difficoltà di inserimento nel mercato del lavoro per le persone fragili Poca condivisione sulle politiche del lavoro Rischio frammentazione degli interventi per la promozione degli inserimenti lavorativi lavoro Scarsa accoglienza da parte delle aziende
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÓ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	BISOGNO CONSOLIDATO
L'OBIETTIVO È DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	PROMOZIONALE/PREVENTIVO E RIPARATIVO
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)	NO
L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	SI Gestionali, uso della CSI
QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	Tavoli di rete Anali dei processi e dei flussi di lavoro (design del servizio) Promozione del servizio
QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?	Sottoscrizione della convenzione triennale da parte di almeno 24 comuni dell'ambito - monitoraggio dei bandi regionali o nazionali e creazioni di partnership di lavoro Assenza di liste di attesa (con servizio funzionante a pieno regime) - Aumento del numero di aziende contattate da parte del servizio - avere almeno una partnership attiva con il terzo settore finalizzata alle isole formative Arrivare ad una gestione della casistica non più divisa per servizio, ma per progetto

<p>QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?</p>	<p>Monitoraggio e creazione di partnership per bandi regionali o nazionali: l'indicatore chiave è la partecipazione ai bandi e l'acquisizione di finanziamenti attraverso progetti specifici, come "Valli al Lavoro."</p> <p>Tempistica di presa in carico: l'indicatore centrale qui è il tempo medio di presa in carico dal momento della segnalazione, con un obiettivo prefissato di 60 giorni.</p> <p>Incremento delle collaborazioni con le aziende locali: misurato attraverso il numero di aziende contattate e la creazione di partnership attive, finalizzate a programmi di formazione (es. isole formative).</p>
---	---

INDICATORI DI PROCESSO	INDICATORI DI RISULTATO	INDICATORI DI IMPATTO
<p>Frequenza di monitoraggio delle attività del NIL: Numero di incontri di monitoraggio e revisione dell'attività del NIL. <u>Effettuare un monitoraggio trimestrale delle attività del NIL.</u></p> <p>Tempo medio di attivazione delle borse lavoro: Tempo medio necessario per attivare una borsa lavoro dopo la valutazione e la presa in carico dell'utente. <u>Attivare le borse lavoro entro 90 giorni dalla valutazione.</u></p> <p>Numero di incontri di coordinamento con il SIS per i casi comuni: Totale di incontri di coordinamento tra il NIL e il SIS per definire e seguire i percorsi di inserimento lavorativo congiunti. <u>Realizzare almeno un incontro di coordinamento mensile per i casi comuni.</u></p>	<p>Percentuale di persone prese in carico entro 90 giorni dalla segnalazione: Percentuale di utenti che iniziano il percorso NIL entro 60 giorni dalla segnalazione da parte del Comune di residenza. Assicurare la presa in carico entro 90 giorni per almeno il 60% delle segnalazioni.</p> <p>Numero di borse lavoro attivate annualmente: Numero totale di borse lavoro attivate grazie alle risorse del NIL e alle risorse integrative. <u>Attivare almeno 20 borse lavoro ogni anno.</u></p> <p>Numero di integrazioni attive tra NIL e SIS: Totale delle collaborazioni attive tra il NIL e il Servizio di Inclusione Sociale (SIS) per garantire una presa in carico integrata. <u>Realizzare l'integrazione nel 50% dei casi sovrapposti tra NIL e SIS.</u></p>	<p>Aumento dell'occupabilità tra i partecipanti: Percentuale di partecipanti al NIL che migliorano le proprie competenze professionali e sociali, dimostrando maggiore occupabilità. <u>Aumentare l'occupabilità del 50% tra i partecipanti.</u></p> <p>Riduzione del tempo medio di inserimento lavorativo: Riduzione del tempo medio tra l'inizio del percorso NIL e l'inserimento effettivo in un ambiente lavorativo. <u>Ridurre del 30% il tempo medio di inserimento lavorativo entro 3 anni.</u></p> <p>Incremento della stabilità lavorativa dei partecipanti: Percentuale di partecipanti che mantengono un'occupazione stabile per almeno 24 mesi dopo l'inserimento. <u>Garantire la stabilità lavorativa per il 60% dei partecipanti.</u></p>

LEPS dell'area: H. Interventi connessi alle politiche per il lavoro

LEPS	OBIETTIVI	INDICATORI
<p><i>Presa in carico sociale/lavorativa (patto per l'inclusione sociale e lavorativa)</i></p>	<p><i>Rafforzamento dei servizi lavorativi anche alle fasce fragili</i></p>	<p>Aumento delle valutazioni delle capacità sociali e lavorative</p> <p>Inserimento di nuove categorie di fragilità</p> <p>Integrazione con altri servizi.</p>

Le prospettive future dell'AREA: I. Interventi per la famiglia

Le prospettive future dell'area ruotano attorno al miglioramento dei servizi sociali, educativi e sanitari, in particolare con una maggiore integrazione tra i vari attori locali (comuni, scuola, neuropsichiatria infantile, associazioni) e la comunità. C'è una forte attenzione verso il supporto alle famiglie, all'educazione e all'inclusione sociale dei giovani, con uno sforzo per creare reti di aiuto comunitario e sviluppare attività educative e aggregative sul territorio.

1. Maggiore integrazione tra i vari attori locali (comuni, scuola, neuropsichiatria infantile, associazioni) e la comunità volto ad una miglior relazione tra i servizi sociali, educativi e sanitari.
2. Creazione di reti di aiuto comunitario incentrato sul supporto alle famiglie e sulla genitorialità positiva, sviluppando attività aggregative ed educative sul territorio.

Parole chiave	Punti Chiave dell'intervento
Integrazione socio-sanitaria Genitorialità positiva Rete di supporto familiare Educazione e prevenzione Comunità e solidarietà Servizi domiciliari Progetti educativi per adolescenti Mappatura dei servizi Peer education Accessibilità ai servizi	Tutela Minori Allargamento della rete e coprogrammazione Nuovi strumenti di governance

Criticità:

Frammentazione dei servizi: La difficoltà di coordinare i servizi sociali, sanitari e educativi presenti nei vari comuni rappresenta un ostacolo. Si lamenta la mancanza di collegamenti efficaci tra i vari attori e una scarsa comunicazione.

Mancanza di risorse: L'insufficienza di risorse umane, in particolare nel campo dell'educazione domiciliare e dell'educazione informale, è una delle criticità principali.

Difficoltà di accesso ai servizi per le famiglie: Le famiglie meno abbienti o con minori risorse culturali faticano a comprendere e sfruttare appieno le opportunità offerte dai servizi locali.

Carenza di spazi per adolescenti: Mancano strutture aggregative e servizi parascolastici per i giovani, il che li espone a rischi sociali e comportamentali.

TITOLO INTERVENTO	Accessibilità dei servizi
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	Il rafforzamento della rete di supporto socio-educativa e sanitaria alle famiglie, con particolare attenzione alla prevenzione e alla promozione della genitorialità responsabile e positiva. Questo obiettivo mira a migliorare l'accessibilità ai servizi e la capacità delle famiglie di affrontare le sfide educative e di crescita dei minori.

	<p>Promuovere la genitorialità positiva: Attraverso luoghi di ascolto e orientamento per i genitori, con l'obiettivo di prevenire situazioni di trascuratezza.</p> <p>Sviluppare attività educative e aggregative per adolescenti:</p> <p>Promuovere iniziative come l'educatore di strada, centri educativi, spazi per il tempo libero, sport e attività parascolastiche, attraverso la collaborazione con gli enti del Terzo settore</p> <p>Migliorare l'accessibilità ai servizi: Creare strumenti digitali (es. mappatura interattiva dei servizi) che permettano una facile consultazione da parte delle famiglie e degli operatori.</p> <p>Favorire la conciliazione vita-lavoro per le famiglie: Aumentare la disponibilità di servizi pubblici per l'infanzia a tariffe agevolate e trasporti dedicati.</p>
AZIONI PROGRAMMATE	<p>Creazione di una mappatura dei servizi: Strumento digitale interattivo che permetta agli operatori di segnalare e aggiornare in tempo reale la disponibilità dei servizi sul territorio.</p> <p>Rafforzamento della collaborazione tra i comuni: Incontri periodici tra operatori dei servizi sociali, sanitari e educativi per discutere casi specifici e garantire continuità nei progetti di aiuto.</p> <p>Integrazione delle scuole nella rete di servizi: Anche se le scuole non sono obbligate dalla Regione a partecipare ai tavoli di programmazione, è necessario coinvolgerle per monitorare e agganciare le famiglie in difficoltà, attraverso la promozione di attività specifiche</p> <p>Centro per la famiglia in collaborazione con l'ambito di Luino: rendere stabile la sperimentazione in atto del centro per la famiglia sovradistrettuale.</p> <p>Il centro ME-TE offrirà risorse sia in termini di informazione che di servizi pratici, come il sostegno domiciliare e spazi di ascolto.</p>
TARGET	<p>Operatori dei servizi sociali e sanitari</p> <p>Enti del Terzo settore e imprese sociali</p> <p>Scuole</p> <p>Famiglie in situazioni di difficoltà:</p> <p>Minori</p> <p>Comunità locale</p>
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	<p>Fondo povertà (20000 €)</p> <p>Finanziamento regionale Centri per la famiglia (70.000 €)</p>
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	<p>Personale UdP</p> <p>Personale trasversale dei servizi specialistici</p> <p>Operatore dell'HUB del Centro ME-TE (centro per la famiglia)</p> <p>Fondi Lombardia Insieme (in definizione)</p>
L'OBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	SI

INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	<p>I. Interventi per la famiglia Sostegno secondo le specificità del contesto familiare Invertire alcuni trend che minacciano la coesione sociale del territorio Tutela minori Allargamento della rete e coprogrammazione Presenza di nuovi soggetti a rischio/nuova utenza rispetto al passato Nuovi strumenti di governance</p> <p>G. Politiche giovanili e per i minori Contrasto e prevenzione della povertà educativa Contrasto e prevenzione della dispersione scolastica Rafforzamento delle reti sociali Prevenzione e contenimento del disagio sociale e del suo impatto sulla salute Nuovi strumenti di governance</p> <p>A- Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva Contrasto all'isolamento Rafforzamento delle reti sociali Vulnerabilità multidimensionale Famiglie numerose Famiglie monoreddito Facilitare l'accesso alle opportunità di benessere e partecipazione attiva</p>
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	SI
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	SI Protocolli operativi
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	SI Ambito di Luino, è partner sul progetto Centri per la famiglia
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	NO
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Servizio sostanzialmente rivisto/aggiornato
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	NO
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	SI
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?	SI per le azioni connesse al Centro per la Famiglia al Fondo Povertà, al progetto a valere su Sprint! Lombardia Insieme

NEL CASO IN CUI L'INTERVENTO NON PREVEDA PROCESSI DI CO-PROGETTAZIONE E/O CO-PROGRAMMAZIONE FORMALIZZATI, SPECIFICARE LE MODALITA' DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE (se pertinente)	
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	NO
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	Orientamento ai servizi per la famiglia Sostegno a situazioni che non sono ancora diventate problematiche Solitudine delle famiglie del territorio Frammentazione degli interventi sociali e sociosanitari Spesa sociale sui minori in comunità molto alta
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÓ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	BISOGNO CONSOLIDATO
L'OBIETTIVO É DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	Promozionale
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)	NO
L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	NO
QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	Attività di mappatura dei servizi, Collaborazione con comuni ed ETS (tavoli tematici) Collaborazione con Il . SS. Del territorio
QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?	Aumento delle famiglie coinvolte nei servizi di supporto: Numero crescente di famiglie che accedono agli sportelli di orientamento e usufruiscono dei servizi domiciliari. Riduzione dei casi di trascuratezza genitoriale: Grazie all'attivazione tempestiva di luoghi di ascolto e ai servizi educativi per i minori. Creazione di una rete digitale di servizi: Una mappatura interattiva e costantemente aggiornata dei servizi socio-educativi, sanitari e del terzo settore.
QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?	Aumento della cooperazione e della comunicazione tra i servizi. Feedback positivo degli operatori e delle famiglie coinvolte. Promozione di una genitorialità responsabile e positiva

INDICATORI DI PROCESSO	INDICATORI DI RISULTATO	INDICATORI DI IMPATTO
<p>Numero di collaborazioni attive con il Terzo Settore per attività educative: Totale delle collaborazioni attive con enti del Terzo Settore per organizzare attività aggregative e di supporto per adolescenti.</p> <p><u>Stabilire almeno 4 collaborazioni stabili ogni anno.</u></p> <p>2) Frequenza degli aggiornamenti della mappatura interattiva: Numero di aggiornamenti eseguiti per mantenere aggiornato lo strumento digitale con i servizi disponibili.</p> <p><u>Effettuare un aggiornamento almeno annuale della mappatura.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • e spazi ogni anno. 	<p>Percentuale di genitori che accedono ai luoghi di ascolto e orientamento: Percentuale di genitori che partecipano ai servizi di ascolto e orientamento, con focus sulla prevenzione della trascuratezza.</p> <p><u>Coinvolgere almeno il 60% delle famiglie identificate come potenzialmente a rischio.</u></p> <p>Accessibilità migliorata ai servizi attraverso strumenti digitali: Percentuale di famiglie che utilizzano la mappatura interattiva dei servizi per trovare risorse di supporto.</p> <p><u>Assicurare che almeno il 30% delle famiglie target utilizzi lo strumento digitale.</u></p>	<p>Riduzione delle situazioni di trascuratezza o disagio minorile: Percentuale di riduzione delle segnalazioni di casi di trascuratezza o disagio minorile nelle famiglie che accedono ai servizi.</p> <p><u>Ridurre le segnalazioni del 10% entro 3 anni.</u></p> <p>2) Aumento del benessere e della stabilità familiare percepita: Percentuale di famiglie che riportano un miglioramento nella capacità di affrontare le sfide educative e di crescita dei minori.</p> <p><u>Migliorare il benessere familiare per almeno il 70% delle famiglie coinvolte.</u></p> <p>Incremento dell'autonomia e della consapevolezza dei genitori: Percentuale di genitori che, grazie alle sessioni di ascolto e orientamento, acquisiscono competenze per una genitorialità positiva.</p> <p><u>Migliorare le competenze genitoriali del 60% dei partecipanti.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • .

TITOLO INTERVENTO	Servizio in Gestione Associata Servizio LU.CI Affidato e Prossimità Familiare sovradistrettuale
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	Costituzione e mantenimento della gestione associata del Servizio LU.CI Affidato e Prossimità Familiare sovradistrettuale Garantire continuità al servizio Garantire la diffusione della cultura dell'affido e della solidarietà familiare nell'ambito Promozione solidarietà familiare e prossimità Reclutamento, formazione, valutazione nuovi nuclei affidatari Valutazione e abbinamento coppie di affido e affiancamento familiare Formazione e sensibilizzazione a operatori di Servizi ed ETS Integrazione con servizi di ambito e tavolo affido LEPS Prevenzione dell'allontanamento familiare
AZIONI PROGRAMMATE	Rinnovo della convenzione triennale per la gestione associata Definizione della gestione del servizio da parte del ETS Attività di promozione nel territorio del distretto sia in rete coi servizi, con gli ETS e nelle situazioni non strutturate di aggregazione Cicli di informazione, formazione e valutazione nuovi nuclei affidatari In accordo con Servizio Sociale e Servizio Tutela Minori valutazione potenziali affidi e percorsi di accoppiamento. Incontri di sensibilizzazione, informazione e formazione rivolti a operatori di altri servizi/enti nel distretto
TARGET	Operatori dei servizi sociali e sanitari Educatori e operatori dei servizi sociale di base e specialistici del territorio Enti del Terzo settore e imprese sociali Scuole Famiglie fragili e famiglie con risorse
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	Risorse Comunali per la Convenzione del Servizio Affidi (28.000€)
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	Equipe specialistica in appalto (ente del terzo settore)
L'OBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	NO
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	-

PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	SI
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	SI Definizione protocolli operativi
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	SI Ambito di Luino è partner
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	SI
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Servizio sostanzialmente rivisto/aggiornato
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	SI
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	NO
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?	NO
NEL CASO IN CUI L'INTERVENTO NON PREVEDA PROCESSI DI CO-PROGETTAZIONE E/O CO-PROGRAMMAZIONE FORMALIZZATI, SPECIFICARE LE MODALITÀ DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE (se pertinente)	Tavolo specialistico sovra distrettuale per gli affidi
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	NO
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	Orientamento ai servizi per la famiglia Sostegno a situazioni che non sono ancora diventate problematiche Solitudine delle famiglie del territorio Spesa sociale sui minori in comunità molto alta
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÒ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	BISOGNO CONSOLIDATO
L'OBIETTIVO È DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	PROMOZIONALE/PREVENTIVO E RIPARATIVO
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)	NO 0

L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	SI Gestionale, Uso della CSI
QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	Il servizio è stato affidato mediante gara d'appalto a un ETS. UDP si occupa di monitoraggio dell'affidamento Organizzazione tavoli di rete Gestione dei rapporti inter-istituzionali
QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?	Sottoscrizione della convenzione triennale della gestione associata da parte dei Comuni dell'Ambito Definizione numero di appuntamenti in relazione al numero di Comuni del Distretto. Calendarizzazione cicli di informazione, formazione e valutazione. Indicatore: percentuale di nuclei familiari che terminano la valutazione Numero di consulenze a servizi
QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?	Customer Satisfaction: La scheda utilizza l'indicatore di soddisfazione del cliente per misurare l'efficacia degli incontri di sensibilizzazione, informazione e formazione rivolti agli operatori di servizi e enti territoriali. Questo indicatore può riflettere la qualità percepita del servizio e il livello di apprezzamento da parte degli operatori formati. Percentuale di Nuclei Familiari che Terminano la Valutazione: Un altro indicatore chiave è la percentuale di nuclei familiari che completano il ciclo di informazione, formazione e valutazione. Questo dato misura l'efficacia e la continuità del processo formativo per le famiglie affidatarie, evidenziando il livello di partecipazione e di successo nel reclutamento di nuovi nuclei. Numero di Consulenze a Servizi: Il numero di consulenze fornite a servizi è un indicatore diretto dell'impatto e del supporto fornito dal servizio LU.CI Affidato e Prossimità Familiare. Questo dato quantifica l'impegno nel fornire assistenza e orientamento ai servizi sociali locali.

INDICATORI DI PROCESSO	INDICATORI DI RISULTATO	INDICATORI DI IMPATTO
<p>Numero di campagne di sensibilizzazione sulla solidarietà familiare: Totale delle campagne condotte per promuovere la cultura dell'affido e la solidarietà familiare. <u>Realizzare almeno 1 campagne di sensibilizzazione.</u></p> <p>Frequenza degli incontri del tavolo affido: Numero di incontri periodici del tavolo affido per garantire l'integrazione e la collaborazione tra i servizi di ambito. <u>Tenere almeno un incontro del tavolo affido ogni tre mesi.</u></p> <p>Tempo medio di abbinamento per le coppie di affido: Giorni medi impiegati per abbinare le coppie di affido e le famiglie affidatarie. <u>Ridurre il tempo di abbinamento a meno di 60 giorni.</u></p> <p>Numero di sessioni formative per nuovi nuclei affidatari: Totale delle sessioni formative per i nuovi nuclei affidatari e per il personale dei servizi. <u>Organizzare almeno 8 sessioni formative all'anno.</u></p> <p>Numero di incontri informativi per famiglie interessate all'affido: Totale degli incontri informativi rivolti a famiglie interessate a diventare nuclei affidatari. <u>Realizzare almeno 2 incontri informativi all'anno.</u></p>	<p>Numero di nuovi nuclei familiari affidatari reclutati e formati: Totale di famiglie che completano il percorso di reclutamento e formazione come nuclei affidatari. <u>Formare almeno 8 nuovi nuclei affidatari all'anno.</u></p> <p>Tasso di abbinamento riuscito per coppie di affido e affiancamento: Percentuale di abbinamenti tra coppie di affido e famiglie che si dimostrano stabili e soddisfacenti per entrambe le parti. <u>Raggiungere almeno l'65% di abbinamenti riusciti.</u></p> <p>Percentuale di operatori di servizi ed ETS formati e sensibilizzati: Percentuale di operatori che partecipano a sessioni di formazione e sensibilizzazione sui temi dell'affido e della solidarietà familiare. <u>Coinvolgere il 50% degli operatori dei servizi ed ETS collaboranti.</u></p> <p>Diffusione della cultura dell'affido: Percentuale di persone nell'ambito sovradistrettuale che conoscono l'importanza dell'affido e della solidarietà familiare, misurata tramite sondaggi. <u>Aumentare la conoscenza dell'affido del 50% rispetto ai dati iniziali.</u></p> <p>Riduzione dei casi di allontanamento familiare: Percentuale di riduzione dei casi di allontanamento preventivo dei minori grazie agli interventi di prevenzione e sostegno alle famiglie. <u>Ridurre del 30% i casi di allontanamento preventivo.</u></p>	<p>Aumento della disponibilità di famiglie affidatarie: Percentuale di incremento del numero di famiglie disponibili ad accogliere minori in affido. <u>Incrementare la disponibilità di famiglie del 25% rispetto al numero di partenza.</u></p> <p>Miglioramento del benessere dei minori affidati: Percentuale di minori in affido che riportano miglioramenti nel benessere psicologico e sociale, valutato tramite questionari e osservazioni periodiche. <u>Migliorare il benessere del 70% dei minori affidati.</u></p> <p>Incremento della resilienza e delle capacità di sostegno delle famiglie affidatarie: Percentuale di famiglie affidatarie che riportano un incremento nella capacità di gestione delle situazioni di affido e nelle competenze di supporto. <u>Migliorare le competenze del 60% delle famiglie affidatarie.</u></p> <p>Riduzione della necessità di interventi di allontanamento forzato: Percentuale di riduzione degli interventi di allontanamento forzato grazie alla prevenzione e ai servizi di prossimità. <u>Ridurre gli interventi del 40% rispetto al dato di partenza.</u></p> <p>Soddisfazione delle famiglie affidatarie e delle famiglie d'origine: Percentuale di famiglie affidatarie e d'origine che esprimono soddisfazione per il supporto ricevuto dal Servizio LU.CI. <u>Raggiungere almeno l'85% di soddisfazione tra le famiglie coinvolte.</u></p>

TITOLO INTERVENTO	Servizio Tutela Minori (Servizio in gestione associata)
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	Costituzione e mantenimento della gestione associata del Servizio Tutela Minori Garantire continuità al servizio Garantire la presa in carico delle situazioni segnalate Favorire continuità ed integrazione di presa in carico delle situazioni tra il STM e i Servizi Sociali Comunali Favorire continuità ed integrazione di presa in carico delle situazioni tra STM e ASST e realtà del terzo settore
AZIONI PROGRAMMATE	Rinnovo della convenzione triennale per la gestione associata Monitoraggio costante dell'attività del servizio Assegnazione delle nuove situazioni agli operatori del servizio entro 30 gg dal momento dell'arrivo del mandato emesso dall'AG Condivisione nel tavolo tecnico dell'attività di customer services effettuata dal servizio. Favorire occasioni di incontro tra enti
TARGET	Operatori dei servizi sociali e sanitari Educatori e operatori dei servizi specialistici Enti del Terzo settore e imprese sociali Famiglie e minori e giovani con Decreto dell'autorità giudiziaria
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	Personale equipe specialistica FNPS 65000€ Risorse comunali per la convenzione 100000€ Fondo povertà 36000€
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	Equipe specialistica (personale dipendente) Formata da tre diadi psico-sociali
L'OBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	SI A-Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	I-Interventi per la famiglia Sostegno secondo le specificità del contesto familiare Contrasto e prevenzione della violenza domestica Tutela minori Allargamento della rete e coprogrammazione Presenza di nuovi soggetti a rischio/nuova utenza rispetto al passato Nuovi strumenti di governance A-Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva Allargamento della rete e coprogrammazione Rafforzamento delle reti sociali Vulnerabilità multidimensionale Famiglie numerose Famiglie monoreddito Facilitare l'accesso alle opportunità di benessere e partecipazione attiva

PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	SI
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	SI Definizione protocolli di intesa
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	NO
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	SI
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Servizio già presente
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	NO
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	SI
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?	NO
NEL CASO IN CUI L'INTERVENTO NON PREVEDA PROCESSI DI CO-PROGETTAZIONE E/O CO-PROGRAMMAZIONE FORMALIZZATI, SPECIFICARE LE MODALITÀ DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE (se pertinente)	Tavoli di rete tematici
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	SI Scuole
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	Orientamento ai servizi per la famiglia Servizi pubblici hanno lunghe liste di attesa (NPI, Valutazione delle competenze genitoriali, CPS) Solitudine delle famiglie del territorio Frammentazione degli interventi sociali e sociosanitari
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÒ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	BISOGNO CONSOLIDATO
L'OBIETTIVO È DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	RIPARATIVO
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)	NO

L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	SI, gestionali attraverso la CSI
QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	Definizione tavoli di rete Analisi del processo e dei flussi per effettuare un design service
QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?	Sottoscrizione della convenzione triennale della gestione associata da parte dei Comuni dell'Ambito Allineamento puntuale e periodico tra il database del STM e le richieste di presa in carico pervenute Scorrimento lista di attesa, con il rispetto degli ordini di priorità stabiliti e nel rispetto degli standard operativi(rapporto ore singolo operatore/n.casi). Lettura degli esiti dell'attività di customer services anno 2024 ed eventuali proposte di modifiche operative se conciliabili con la mission del servizio e il regolamento del servizio Definizione di possibili protocolli operativi
QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?	Tasso di interruzione delle relazioni di affido: Misurare la percentuale di interruzioni premature degli affidi per valutare la qualità dell'abbinamento e del supporto. Tasso di ricorso all'allontanamento forzato: Valutare se, a seguito delle azioni intraprese, si è ridotto il numero di minori allontanati dalle famiglie di origine. Aumento del numero di famiglie coinvolte nelle iniziative di solidarietà familiare: Misurare l'incremento della partecipazione delle famiglie a iniziative di prossimità e supporto. Indice di benessere psicologico e sociale dei minori affidati: Valutare attraverso questionari e interviste il livello di benessere percepito dai minori affidati e dai nuclei familiari. Grado di integrazione e collaborazione tra i servizi: Misurare la percezione degli operatori sulla qualità della collaborazione con altri enti e servizi, utilizzando questionari strutturati.

INDICATORI DI PROCESSO	INDICATORI DI RISULTATO	INDICATORI DI IMPATTO
<p>Numero di incontri di coordinamento tra STM e Servizi Sociali Comunali: Totale degli incontri mensili per coordinare la presa in carico e il monitoraggio delle situazioni tra STM e i Servizi Sociali Comunali. <u>Realizzare almeno un incontro trimestrale per garantire la continuità e l'integrazione del supporto.</u></p> <p>Frequenza degli incontri di collaborazione con ASST e Terzo Settore: Numero di incontri di coordinamento tra STM, ASST e realtà del Terzo Settore per garantire un monitoraggio continuo dei casi complessi. <u>Effettuare almeno un incontro trimestrale con ASST e Terzo Settore per ogni caso.</u></p> <p>Tempo medio di attivazione del supporto integrato per i casi complessi: Tempo necessario per attivare un supporto integrato con ASST e Terzo Settore dopo la segnalazione. <u>Ridurre il tempo di attivazione a meno di 30 giorni.</u></p> <p>Numero di operatori formati su procedure di integrazione dei servizi: Totale degli operatori STM, ASST e Terzo Settore formati sulle procedure di integrazione e collaborazione. <u>Formare il 70% degli operatori coinvolti entro il primo anno di gestione associata.</u></p> <p>Numero di casi monitorati congiuntamente ogni mese: Totale dei casi che ricevono un monitoraggio continuo da parte di STM, Servizi Sociali Comunali e ASST. <u>Monitorare congiuntamente almeno il 90% dei casi attivi ogni mese.</u></p>	<p>Percentuale di casi segnalati presi in carico dal STM: Percentuale di situazioni segnalate che vengono prese in carico dal Servizio Tutela Minori. <u>Prendere in carico il 60% delle situazioni segnalate entro 30 giorni.</u></p> <p>Numero di interventi coordinati tra STM e Servizi Sociali Comunali: Totale delle situazioni seguite congiuntamente dal STM e dai Servizi Sociali Comunali per garantire un supporto integrato. <u>Integrare la gestione del 90% dei casi che richiedono l'intervento di entrambi i servizi.</u></p> <p>Percentuale di minori seguiti in collaborazione con ASST e Terzo Settore: Percentuale di minori per i quali sono stati attivati interventi congiunti tra STM, ASST e realtà del Terzo. <u>Coinvolgere ASST e Terzo Settore nel 75% dei casi complessi.</u></p> <p>Tempo medio di presa in carico delle segnalazioni: Tempo medio (in giorni) dalla segnalazione alla presa in carico effettiva del caso da parte del STM. <u>Mantenere il tempo medio di presa in carico sotto i 20 giorni.</u></p>	<p>Riduzione dei casi di recidiva in situazioni di rischio: Percentuale di minori che non tornano a situazioni di rischio dopo l'intervento del STM e dei servizi integrati. <u>Ridurre le recidive del 40% rispetto ai dati iniziali.</u></p> <p>Miglioramento del benessere psicologico e sociale dei minori seguiti: Percentuale di minori che riportano miglioramenti nel benessere psicologico e sociale grazie all'integrazione dei servizi, valutato tramite questionari e osservazioni. <u>Garantire un miglioramento del 60% nei minori seguiti.</u></p> <p>Incremento della capacità di resilienza delle famiglie supportate: Percentuale di famiglie che, grazie al supporto integrato, sviluppano maggiore resilienza e capacità di gestione delle difficoltà familiari. <u>Aumentare la resilienza delle famiglie del 50%.</u></p> <p>Riduzione del tasso di allontanamenti preventivi dei minori: Percentuale di riduzione degli allontanamenti preventivi grazie alla prevenzione e alla presa in carico integrata. <u>Ridurre del 30% il tasso di allontanamenti preventivi.</u></p>

La sperimentazione dei Centri per la Famiglia ai sensi della DGR 1507/2023

“ME-TE: Centro per la Famiglia in evoluzione

Ente capofila: Comunità Montana Valli del Verbano

Partenariato: Comune di Luino, Cooperativa Punto&Virgola, Cooperativa Marta, Progetto Rughe ODV, Varese Alzheimer ODV, Cooperativa Sociale Eureka, Cooperativa Sociale L'Aquilone, Casa dei Colori e delle Forme ODV, Consultorio Familiare delle Valli

Breve descrizione La Comunità Montana Valli del Verbano, con il ruolo di HUB, svolge le seguenti funzioni:

Attività di informazione, consulenza e orientamento quale servizio di supporto alla famiglia
Sostegno al Ruolo del Caregiver Familiare con attività di ascolto e supporto al ruolo di cura
Servizio di incrocio tra domanda e offerta per le figure di supporto alla vita familiare di maggior interesse (inizialmente babysitter)

Coordinamento gestionale, amministrativo, attività di formazione e aggiornamento rivolte a tutti gli operatori della rete

Gli SPOKE svolgono le seguenti attività:

SPOKE Comune di Luino

Sportello di orientamento generale e trasversale rispetto alle azioni del Centro per la Famiglia

Attività di informazione, consulenza e orientamento quale servizio di supporto alla famiglia

SPOKE Cooperativa Punto&Virgola

Sportello di orientamento specifico per l'autismo, le disabilità e le attività post- diagnosi

Serate informative itineranti: “Diagnosi di autismo: che fare?”

Laboratorio di arteterapia destinato a bambini con e senza diagnosi di autismo

SuperiAMOCi – Trekking AUT: giornata di attività sportiva strutturata (camminata condivisa) in gruppo per preadolescenti e adolescenti con diagnosi di autismo e accompagnatori

SPOKE Consultorio Familiare delle Valli - Cadegliano Viconago

Sportello di ascolto e orientamento sulla genitorialità per famiglie e adolescenti

Percorsi di gruppo tra pari rivolti a genitori per stimolare le competenze genitoriali

SPOKE Progetto Rughe

Sportello ascolto e orientamento sul tema delle malattie neurodegenerative

Gruppi di sostegno ai caregiver e familiari: gruppo di mutuo aiuto in presenza con custodia ospiti con demenza

Laboratorio di arteterapia destinato a pazienti, caregiver e cittadini

Eventi di divulgazione e informazione

SPOKE Varese Alzheimer

Sportello ascolto e orientamento sul tema delle malattie neurodegenerative

Laboratorio di arteterapia destinato a pazienti, caregiver e cittadini

Serate informative malattie neurodegenerative

SPOKE Cooperativa sociale Eureka

Spazio di incontro semi autogestito, fruibile, facilitato dalla presenza di un educatore, per intercettare risorse che cerchino un luogo dove proporre, incontrare e organizzare attività su proposta delle famiglie

SPOKE Cooperativa Sociale L'Aquilone

“Serate genitori”: serate volte al potenziamento delle competenze genitoriali

Promozione di attività ludico culturali per la socializzazione della famiglia: percorsi di piccolo trekking, aperitivo di sensibilizzazione su affido/affiancamento familiare, spettacolo teatrale e laboratori teatrali per famiglie

SPOKE Casa dei Colori e delle Forme

Spazio aperto al Centro per le Famiglie per organizzare attività laboratoriali d'arte e momenti di incontro per la cittadinanza (in collaborazione con Coop. Marta, Varese Alzheimer, Coop. Punto e Virgola)

LEPS dell'area: I. *Interventi per la Famiglia*

LEPS	OBIETTIVI	INDICATORI
Pronto intervento sociale	<p>Superare la frammentazione e la mancanza di integrazione e cooperazione tra i diversi attori titolari degli interventi, ricomponendo i percorsi di presa in carico e quindi migliorare la governance complessiva affinché siano garantite azioni realizzate in una logica trasversale e unitaria;</p> <p>Servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità;</p> <p>Attivazione e organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore.</p> <p>Promuovere una logica preventiva attraverso una lettura complessiva delle aree di vulnerabilità territoriali anche attraverso una raccolta dati sistematizzata;</p>	<p>Numero di protocolli o accordi di cooperazione stipulati tra i diversi attori (es. enti locali, ASST, terzo settore).</p> <p>Frequenza degli incontri di coordinamento tra i servizi (riunioni di rete, tavoli di lavoro intersettoriali).</p> <p>Numero di progetti congiunti avviati tra i diversi servizi e attori territoriali.</p> <p>Percentuale di casi di presa in carico che vedono la partecipazione coordinata di più enti.</p> <p>Numero di assistenti familiari disponibili per la sostituzione rispetto al totale delle richieste ricevute.</p>
Servizi di sostegno	<p>Rafforzamento della collaborazione con diversi attori territoriali - FF.OO., il servizio sanitario e il privato sociale - al fine di definire strumenti di analisi per il riconoscimento delle situazioni di emergenza, risorse e servizi per garantire gli interventi</p>	<p>Numero di volontari coinvolti nelle attività di supporto alle famiglie.</p> <p>Numero di ore di supporto fornito dalle risorse informali e volontarie.</p> <p>Numero di enti del terzo settore partecipanti alle attività di supporto e collaborazione.</p> <p>Percentuale di famiglie che hanno beneficiato del supporto fornito da volontari e enti del terzo settore.</p>
Prevenzione dell'allontanamento familiare	<p>Attivazione e organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore.</p>	<p>Creazione e aggiornamento di una base dati sistematizzata delle aree di vulnerabilità territoriali.</p> <p>Numero di rapporti di analisi sulle vulnerabilità territoriali redatti e condivisi annualmente.</p> <p>Numero di interventi preventivi attivati in base ai dati raccolti.</p> <p>Percentuale di attori coinvolti nella raccolta e analisi dei dati</p>

Le prospettive future dell'AREA: J. Interventi a favore di persone con disabilità

L'area degli interventi a favore delle persone con disabilità si focalizza sul miglioramento della qualità della vita delle persone disabili e delle loro famiglie. L'obiettivo è promuovere un approccio integrato che favorisca l'inclusione sociale, il sostegno ai caregiver e lo sviluppo di una rete di servizi coordinati, per garantire un percorso di vita più completo e dignitoso alle persone con disabilità.

Parole chiave	Punti Chiave dell'intervento
Caregiver Servizi dedicati Progetto di Vita Integrazione dei servizi "Dopo di Noi"	Ruolo delle famiglie e del caregiver Filiera integrata che accompagni la persona fino al dopo di noi Rafforzamento reti sociali

Criticità:

Scarsità di servizi dedicati: Sul territorio, vi è una mancanza di strutture e servizi specifici per supportare le persone con disabilità.

Poca integrazione degli interventi: La gestione frammentata delle risorse non permette un supporto coordinato e sinergico per la persona.

Strumenti inadeguati: I servizi esistenti non dispongono di risorse sufficienti per affrontare le sfide attuali.

TITOLO INTERVENTO	Modello operativo d'intervento
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	<p>Promuovere un approccio integrato e coordinato per migliorare la qualità della vita delle persone con disabilità e delle loro famiglie, sviluppando servizi adeguati, sostenendo il progetto di vita e favorendo l'integrazione sociale.</p> <p>Lavorare sul progetto di vita: Sviluppare percorsi personalizzati e orientati all'autonomia e alla realizzazione personale delle persone con disabilità.</p> <p>Promuovere l'integrazione dei servizi e degli interventi territoriali: Migliorare la collaborazione tra i diversi servizi per fornire un supporto più completo e coordinato.</p> <p>Sostenere lo sviluppo della filiera per il "Dopo di Noi": Garantire continuità di cura e assistenza alle persone con disabilità anche dopo la scomparsa dei familiari.</p>
AZIONI PROGRAMMATE	<p>Formazione e supporto ai caregiver: Offrire assistenza e formazione specifica ai caregiver per ridurre il loro carico emotivo e fisico.</p> <p>Potenziare e qualificare i servizi esistenti: Aumentare le risorse e migliorare le competenze del personale nei servizi già presenti sul territorio.</p> <p>Creare una rete integrata di servizi: Sviluppare un sistema di interventi coordinato per migliorare l'accesso e l'efficacia dei servizi per le persone con disabilità.</p> <p>Sviluppare nuove strutture per il "Dopo di Noi": Creare strutture e programmi specifici per garantire assistenza e supporto continuativo</p>

TARGET	Operatori dei servizi sociali e sanitari Educatori e operatori dei servizi di inserimento lavorativo (NIL) Enti del Terzo settore e imprese sociali Scuole Famiglie delle persone con disabilità
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	Fondo Dopo di Noi (40000€) Fondi Personale UDP, Fondi Personale NIL
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	Operatori UdP Personle NIL
L'OBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	NO
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	UTILIZZARE I PUNTI INDIVIDUATI NELLA TABELLA.... IN APPENDICE (indicare tutti i punti ritenuti qualificanti, compresi quelli delle aree di policy trasversali all'obiettivo principale)
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	SI
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	SI Definizione di protocolli operativi
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	NO
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	SI
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Servizio già presente
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	NO
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	SI
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?	NO

NEL CASO IN CUI L'INTERVENTO NON PREVEDA PROCESSI DI CO-PROGETTAZIONE E/O CO-PROGRAMMAZIONE FORMALIZZATI, SPECIFICARE LE MODALITA' DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE (se pertinente)	Tavoli di rete tematici
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	NO
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	Fatica del caregiver (per disabili di ogni età) Scarsità di servizi dedicati, sul territorio Emarginazione delle persone con disabilità Gestione della disabilità tutta in capo alle famiglie Poca integrazione negli interventi promossi per la persona
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÓ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	BISOGNO CONSOLIDATO
L'OBIETTIVO É DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	PROMOZIONALE/
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)	NO
L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	NO
QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	Definizione tavoli di rete Analisi del processo e dei flussi per effettuare un design service Attività di informazione e formazione
QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?	Incremento del numero di servizi e strutture dedicate alle persone con disabilità. Aumento del numero di caregiver formati e supportati. Creazione di una rete territoriale coordinata di interventi. Maggiore numero di progetti di vita personalizzati avviati.
QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?	Numero di servizi integrati attivati: Misurare l'efficacia della collaborazione tra i diversi enti. Numero di caregiver formati: Valutare la partecipazione ai programmi di formazione e supporto.

INDICATORI DI PROCESSO	INDICATORI DI RISULTATO	INDICATORI DI IMPATTO
Definizione tavoli di rete Analisi del processo e dei flussi per effettuare un design service	Numero di servizi integrati attivati Numero di caregiver formati	Misurare l'efficacia della collaborazione tra i diversi enti.

Attività di informazione e formazione		Valutare la partecipazione ai programmi di formazione e supporto.
---------------------------------------	--	---

LEPS dell'area: J. *Interventi a favore della disabilità*

LEPS	OBIETTIVI	INDICATORI
Dopo di NOI	<p>Lavorare sul progetto di vita</p> <p>Promuovere l'integrazione dei servizi e degli interventi territoriali</p> <p>Sostenere lo sviluppo della filiera per il "Dopo di Noi":</p>	<p>Numero di servizi integrati attivati:</p> <p>Misurare l'efficacia della collaborazione tra i diversi enti.</p> <p>Numero di caregiver formati:</p> <p>Valutare la partecipazione ai programmi di formazione e supporto.</p>

Le prospettive future dell'AREA: K. Interventi di sistema per il potenziamento dell'Ufficio di Piano e il rafforzamento della gestione associata

L'area si focalizza sul miglioramento dell'efficacia operativa dell'Ufficio di Piano (UdP) attraverso un approccio associato e integrato tra comuni. L'obiettivo è ottimizzare l'uso delle risorse umane ed economiche, garantire una gestione efficiente dei progetti territoriali e promuovere nuovi modelli di welfare integrato.

Parole chiave	Punti Chiave dell'intervento
<p>Azzonamento</p> <p>Gestione associata</p> <p>Welfare territoriale</p> <p>Ottimizzazione delle risorse</p> <p>Formazione del personale</p> <p>Protocolli di intesa</p> <p>Nuovi servizi in forma associata</p>	<p>Rafforzamento della gestione associata</p> <p>Applicazione di strumenti e processi di digitalizzazione.</p>

Criticità

Eccessiva complessità nella gestione dei progetti: L'Ufficio di Piano è sovraccaricato da numerosi progetti non ordinari, rendendo difficile la programmazione delle migliori necessarie.

Necessità di azzonamento: È richiesto un coordinamento intercomunale per partecipare con maggiore efficienza a progettazioni e avvisi pubblici.

Mancanza di personale specializzato: Esiste un bisogno di formazione specifica in ambito amministrativo, di project management e sui nuovi modelli di welfare territoriale.

Bisogno di rispondere in modo associato ai bisogni specifici dei comuni: Questo include servizi come spazio neutro, centro accreditato servizi al lavoro, e la gestione centralizzata della committenza.

TITOLO INTERVENTO	Rafforzamento ufficio di Piano
-------------------	--------------------------------

QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	<p>Ottimizzare l'efficacia operativa dell'Ufficio di Piano e promuovere una gestione associata tra i comuni, per migliorare l'efficienza nella progettazione, l'utilizzo delle risorse e la risposta ai bisogni dei cittadini.</p> <p>Potenziare la gestione associata dei servizi: Promuovere protocolli di intesa con altri ambiti limitrofi per ottimizzare risorse e facilitare l'operatività.</p> <p>Sviluppare nuove competenze: Formare il personale dell'UdP in materia amministrativa, di project management e welfare territoriale.</p> <p>Ottimizzare la gestione progettuale dell'UdP: Inserire nuove risorse umane per supportare la gestione dei progetti e dei servizi territoriali.</p>
AZIONI PROGRAMMATE	<p>Protocolli di intesa con altri ambiti limitrofi: Facilitare l'azionamento e migliorare la sinergia tra i comuni.</p> <p>Inserimento di nuove risorse umane presso l'UdP: Aumentare il personale per alleggerire il carico di lavoro e migliorare l'efficienza operativa.</p> <p>Studio di fattibilità per nuovi servizi in forma associata: Valutare l'introduzione di nuovi servizi integrati per rispondere ai bisogni comuni.</p>
TARGET	Operatori UdP e Operatori Servizi dell'Ambito territoriale
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	<p>FNPS Leps Supervisione (9 000€)</p> <p>PNRR interventi per la supervisione degli operatori sociali (Capofila Ambito di Luino)</p>
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	Personale Udp
L'OBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	<p>SI</p> <p>L'obiettivo si relaziona con tutte le aree di policy</p>
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	<p>UTILIZZARE I PUNTI INDIVIDUATI NELLA TABELLA.... IN APPENDICE</p> <p>(indicare tutti i punti ritenuti qualificanti, compresi quelli delle aree di policy trasversali all'obiettivo principale)</p>
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	SI
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	<p>NO</p> <p>In caso affermativo specificare le azioni e i compiti</p>
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	<p>SI</p> <p>Ambito di Luino, capofila partenariato PNRR</p>
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	SI

L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Servizio già presente
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	NO
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	NO
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?	NO
NEL CASO IN CUI L'INTERVENTO NON PREVEDA PROCESSI DI CO-PROGETTAZIONE E/O CO-PROGRAMMAZIONE FORMALIZZATI, SPECIFICARE LE MODALITA' DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE (se pertinente)	Non previsto
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	NO
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	<p>Necessità di azionamento per partecipare a progettazioni ed avvisi pubblici, al fine di ottimizzare le risorse umane ed economiche</p> <p>Gestione di (numerosi) progettualità in capo all'ufficio di piano</p> <p>Necessità di rispondere a bisogni dei singoli comuni in forma associata, come per: spazio neutro, centro accreditato servizi al lavoro, piano case, centrale unica di committenza</p> <p>Formazione del personale UdP in materia amministrativa, del project management, sui nuovi modelli di welfare territoriale</p>
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÒ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	BISOGNO CONSOLIDATO
L'OBIETTIVO È DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	Preventivo
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)	NO
L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	NO

QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	Attività di rete con Comuni dell'ambito e UdP di altri ambiti per la condivisione di buone prassi di lavoro Definizione di un programma di formazione e supervisione per personale UdP e operatori dell'ambito Analisi dei processi organizzativi e gestionali dell'UdP per ottimizzazione
QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?	Creazione di protocolli di intesa con ambiti limitrofi per una gestione associata dei progetti. Incremento delle risorse umane dedicate alla gestione progettuale dell'UdP. Avvio di nuovi servizi in forma associata per ottimizzare risorse e rispondere ai bisogni territoriali.
QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?	Numero di protocolli di intesa siglati: Valutare il livello di integrazione e collaborazione tra gli ambiti. Numero di nuove risorse umane inserite: Misurare il potenziamento dell'Ufficio di Piano. Numero di nuovi servizi associati avviati: Valutare la capacità di risposta alle esigenze comuni e l'efficienza operativa.

INDICATORI DI PROCESSO	INDICATORI DI RISULTATO	INDICATORI DI IMPATTO
N Tavoli e incontri finalizzati	Numero di protocolli di intesa siglati Numero di nuovi servizi associati avviati	Valutare la capacità di risposta alle esigenze comuni e l'efficienza operativa.

Proiezione delle coperture economiche per le relative linee di indirizzo per l'annualità 2025

Macroarea di intervento come da DGR 2167/2024 Linee di indirizzo per la programmazione sociale territoriale	SERVIZI E LINEE DI INTERVENTO	TIPOLOGIE DI ENTRATE					TOTALE COSTO SERVIZIO E LINEA DI INTERVENTO
		FNPS	RISORSE COMUNI (Convenzioni Minori/NIL - Centro Adozioni - Fondo solidarietà minori)	FONDI REGIONALI/STATALI (Misura - Progetto)	F.POVERTA'	ALTRE ENTRATE (Misura - Progetto)	
2025/2027	USCITE						
Area I Interventi per la famiglia	Servizio Adozioni		12.200,00 €				12.200,00 €
Area I Interventi per la famiglia	Servizio Tutela Minori	65.600,00 €	71.580,00 €		36.000,00 €		173.160,00 €
Area A Contrasto alla povertà	Servizio Inclusione Sociale e Segretariato Sociale	2.000,00 €			160.000,00 €		162.000,00 €
Area A Contrasto alla povertà	Fondo Povertà Quota Servizi				20.000,00 €		20.000,00 €
Area A Contrasto alla povertà	Fondo Povertà - Tirocini				10.000,00 €		10.000,00 €
Area A Contrasto alla povertà	Fondo Povertà Puc - Progetti Utilità Comunale				0,00 €		0,00 €
Area A Contrasto alla povertà	Fondo povertà (costi indiretti per il personale)				98.341,76 €		98.341,76 €
Area A Contrasto alla povertà	Fondo Povertà - Trasferimento ai comuni				10.000,00 €		10.000,00 €
Area H interventi connessi alle politiche per il lavoro Area J interventi per persone con Disabilità	Servizio Nucleo Inserimento Lavorativo Disabili	32.500,00 €			11.800,00 €	3.200,00 € Trasferimento sperimentazione Centri per la famiglia	47.500,00 €
Area H interventi connessi alle politiche per il lavoro Area J interventi per persone con Disabilità	FNPS Trasferimento a comuni per Tirocini NIL	10.000,00 €					10.000,00 €
Area I Interventi per la famiglia	Fondo Sociale di Solidarietà Minori	94.127,26 €	82.943,20 €			722.929,54 € Rimborso oneri da comuni per gestione fondo	900.000,00 €
Area K Potenziamento Ufficio Di Piano e rafforzamento gestione associata	Servizio Ufficio di Piano	24.150,00 €	82.128,00 €		36.000,00 €	7.260,00 € Fondo autorizzazione al funzionamento GAP - Gioco di Azzardo Patologico	149.538,00 €
TRASVERSALE ALLE AREE	Trasferimento da Ministero all'Ambito per assistenti sociali a tempo indeterminato					25.000,00 € Trasferimento da Ministero all'Ambito per assistenti sociali a tempo indeterminato	25.000,00 €
TRASVERSALE ALLE AREE	Spese generali di funzionamento		138.760,00 €			3.000,00 € GAP - Gioco di Azzardo Patologico	141.760,00 €
Area K Potenziamento Ufficio Di Piano e rafforzamento gestione associata	Cartella sociale informatizzata - Ufficio di Piano		10.268,80 €		6.567,20 €		16.836,00 €
Area J interventi per persone con Disabilità, Area E Anziani	Attività/Interventi a sostegno non autosufficienze (misura B2)			190.000,00 € Fondo a sostegno delle non autosufficienze			190.000,00 €
Trasversale tra le aree Anziani, Minori, Disabili, Famiglia	Fondo Sociale Regionale			320.000,00 € Fondo Sociale Regionale			320.000,00 €
Area I Interventi per la famiglia	Minori in Comunità (Mis. 6)			20.000,00 € Fondo a sostegno dei minori in comunità			20.000,00 €
Area K Potenziamento Ufficio Di Piano e rafforzamento gestione associata	Attività di formazione - Ufficio di Piano		3.500,00 €				3.500,00 €
Area I Interventi per la famiglia	Servizio affidi sovradistrettuale					56.000,00 € Trasferimento da comuni - Servizio Sovra Distrettuale	56.000,00 €
Area B Politiche abitative	Buoni a sostegno delle difficoltà abitative			0,00 € Fondo emergenza abitativa			0,00 €
TRASVERSALE ALLE AREE	Fondo di riserva		3.500,00 €				3.500,00 €
Area J interventi per persone con Disabilità	Realizzazione attività DGR "Dopo di noi"			60.000,00 € Fondo Dopo di noi			60.000,00 €
Area E anziani	Misura Assistenti Familiari			5.000,00 € Fondo Assistenti Familiari			5.000,00 €
Area E anziani	Sportello Assistenti Familiari			10.000,00 € Fondo Assistenti Familiari			10.000,00 €
Area A, Contrasto alla povertà, Area E anziani, Area J Disabilità	FNPS trasferimento a Comuni	85.000,00 €					85.000,00 €
Area K Potenziamento Ufficio Di Piano e rafforzamento gestione associata	Prestazioni prof.li specialistiche (FNPS)	9.996,18 €					9.996,18 €
Area D Domiciliarità	FNPS - Voucher per dimissioni protette	11.083,58 €					11.083,58 €
	TOTALE	334.457,02 €	404.860,00 €	605.000,00 €	388.808,96 €	817.389,54 €	2.550.515,52 €

7. Il Sistema di indicatori quantitativi e qualitativi di valutazione degli interventi: per misurare gli obiettivi e il loro impatto.

Per definire un sistema di indicatori quantitativi e qualitativi e monitorare e valutare le fasi della costruzione e realizzazione degli interventi è necessario suddividere gli indicatori in varie categorie, ciascuna focalizzata su un aspetto specifico dell'intervento.

La proposta che tiene in conto dei diversi passaggi è quella di individuare degli elementi comuni alle diverse fasi.

Indicatori Quantitativi

1. **Numero di beneficiari raggiunti:** Misurare il numero di persone o famiglie che hanno effettivamente usufruito dei servizi o delle iniziative, suddivisi per categorie come minori, anziani, famiglie, persone con disabilità.
2. **Numero di interventi realizzati:** Valutare la quantità di azioni intraprese, come il numero di dimissioni protette gestite, servizi di trasporto sociale forniti, assistenza domiciliare erogata, ecc.
3. **Numero di enti coinvolti:** Misurare la collaborazione con enti territoriali, enti del Terzo Settore, istituzioni sanitarie, volontari, ecc.
4. **Numero di progetti formativi e attività di supporto svolte:** Ad esempio, i progetti di peer education o le attività di Alzheimer Cafè.
5. **Percentuale di risorse impegnate rispetto a quelle previste:** Per valutare l'efficienza nell'utilizzo delle risorse finanziarie stanziare.

Indicatori Qualitativi

1. **Soddisfazione degli utenti:** Valutare il grado di soddisfazione dei beneficiari attraverso questionari di customer satisfaction, interviste e feedback.
2. **Qualità percepita dei servizi erogati:** Misurare attraverso indagini qualitative la percezione della qualità dei servizi, come la percezione di continuità assistenziale o il miglioramento del benessere.
3. **Qualità della collaborazione interistituzionale:** Monitorare l'efficacia dei rapporti di collaborazione e comunicazione tra i vari enti coinvolti.

Indicatori di Impatto

1. **Riduzione dei ricoveri ospedalieri reiterati:** Monitorare la riduzione dei ricoveri frequenti nei presidi ospedalieri, soprattutto per le persone fragili.
2. **Miglioramento dell'integrazione tra servizi sociali e sanitari:** Rilevare il numero e la qualità dei protocolli di collaborazione istituiti e la loro efficacia percepita.
3. **Incremento della partecipazione giovanile e della comunità:** Verificare l'aumento della partecipazione attiva dei giovani e delle famiglie nelle attività di comunità.
4. **Aumento delle competenze dei caregiver familiari:** Valutare l'effetto dei programmi formativi e di supporto, come Alzheimer Cafè, sulla qualità della cura.

Gli strumenti che saranno utilizzati sono:

Indagini periodiche:

Le indagini periodiche sono uno strumento chiave per raccogliere dati sia quantitativi che qualitativi attraverso l'interazione diretta con i beneficiari, gli operatori e gli stakeholder coinvolti. Questo approccio può comprendere:

- **Incontri periodici di raccolta dati e valutazione:** Tavoli multistakeholder.
- **Eventuali Focus Group:** Sessioni di discussione tra gruppi di stakeholder chiave per esplorare tematiche specifiche, come ad esempio la continuità assistenziale o l'efficacia della rete tra servizi sociali e sanitari. Questo strumento consente di stimolare un confronto tra i partecipanti e raccogliere idee e opinioni in un ambiente interattivo.

Osservazioni sul campo:

L'osservazione diretta sul campo è una metodologia utile per comprendere come i servizi e le attività vengano effettivamente erogati e recepiti. Gli operatori specializzati possono:

- **Monitorare l'erogazione dei servizi:** Attraverso la presenza in loco, gli osservatori possono rilevare in tempo reale eventuali problematiche operative, identificare aree di miglioramento e valutare se le procedure adottate sono efficaci e corrispondenti agli standard definiti.
- **Valutare il contesto:** Osservando le interazioni tra operatori e beneficiari, la collaborazione tra enti diversi e le dinamiche nelle strutture coinvolte, è possibile ottenere una visione globale del contesto operativo. Questo tipo di osservazione aiuta a rilevare situazioni di sovraccarico, inefficienze o mancanze nella comunicazione interistituzionale.
- **Visite di verifica e follow-up:** Le visite periodiche consentono di monitorare l'evoluzione dei progetti e di verificare se gli obiettivi e gli standard sono rispettati. Gli osservatori possono anche realizzare interviste esplorative informali per comprendere il contesto e ottenere ulteriori feedback qualitativi.

L'osservazione sul campo potrà essere oggetto dei tavoli comuni.

Analisi delle banche dati:

L'uso delle banche dati rappresenta una metodologia di valutazione efficace per monitorare gli interventi e analizzare le loro ricadute nel tempo. Questa metodologia implica:

- **Raccolta e gestione dei dati amministrativi:** Utilizzare i dati raccolti dagli enti coinvolti (ad esempio ASST, ATS, enti locali, ecc.) per analizzare i flussi di accesso ai servizi, i tassi di utilizzo e la frequenza delle prestazioni. Questo approccio è utile per comprendere l'andamento dei servizi e per individuare eventuali picchi di richieste o situazioni critiche.
- **Integrazione dei dati sanitari e sociali:** Incrociare i dati relativi ai ricoveri, alle dimissioni protette, ai servizi domiciliari, ecc. con i dati provenienti dai servizi sociali e dagli enti di volontariato. Questa integrazione consente di misurare l'efficacia dell'integrazione sociosanitaria e l'impatto degli interventi a livello territoriale.
- **Valutazione degli indicatori di outcome e impatto:** Analizzare gli indicatori quantitativi e qualitativi per misurare l'efficacia degli interventi e il raggiungimento degli obiettivi. Questa analisi permette di identificare eventuali deviazioni rispetto agli standard e di apportare modifiche ai programmi o agli interventi in corso.

Appendice

ASST Sette Laghi Distretto di Laveno Mombello

DESCRIZIONE DEL DISTRETTO

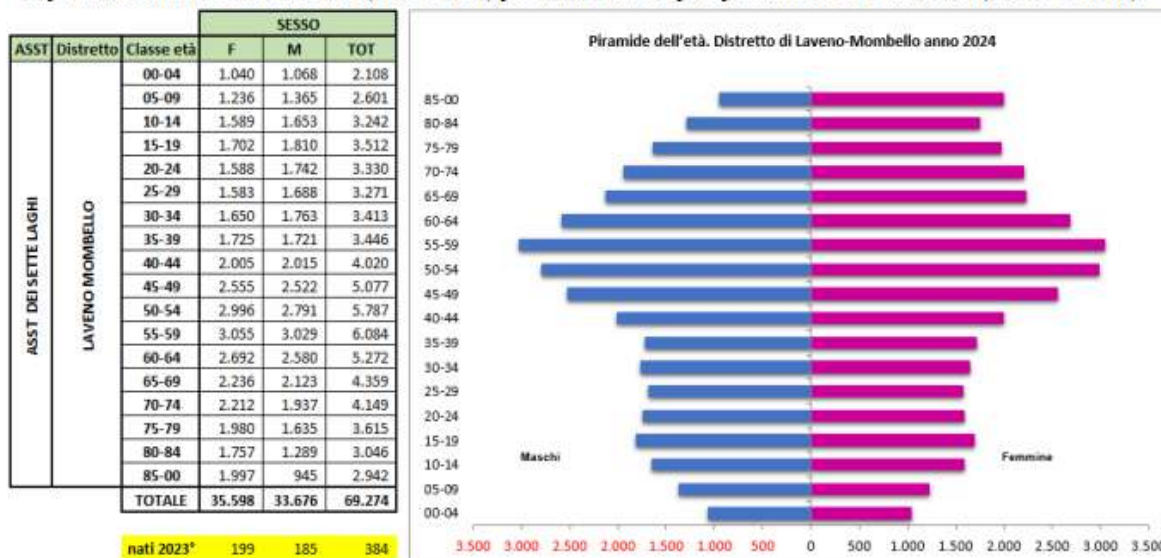
Il Distretto di Laveno Mombello è costituito da 24 comuni (dalla recente fusione del Comune di Bardello con quello di Malgesso e di Bregano) e comprende la zona nord-ovest della provincia; confina con il Distretto di Luino ad est e con quello di Varese a Sud; si affaccia invece sulle sponde del lago Maggiore ad ovest. Rappresenta il secondo distretto come numero di abitanti e come estensione territoriale, come riportato nella tabella sottostante (dati aggiornati al 2023).

COMUNE	POPOLAZIONE RESIDENTE	SUPERFICIE (kmq)	DENSITA' (AB/Kmq)
Azzio	758	2,17	342,4
Bardello	1584	2,52	627,3
Besozzo	8741	13,95	626,5
Biandronno	3177	9,52	333,7
Brebbia	3137	6,87	450,5
Bregano	793	2,29	358,8
Brenta	1731	4,18	414,1
Caravate	2565	5	509,5
Casalzuigno	1340	7,32	183,6
Cassano Valcuvia	659	3,95	163,5
Castello Cabiaglio	566	6,98	78,2
Cittiglio	3799	11,1	344,6
Cocquio Trevisago	4636	9,55	485
Cuveglia	3311	7,53	444,9
Cuvio	1656	6	284,9
Duno	128	2,5	61,8
Gavirate	9151	12	761,6
Gemonio	2825	3,67	776,8
Laveno Mombello	8367	23,53	357,2
Leggiano	3652	13,19	267,6
Malgesso	1224	2,77	445,8
Monvalle	1924	4,54	425,3
Orino	843	4	225,2
Rancio Valcuvia	929	4,5	199,6
Sangiano	1461	2,22	665,8
Masciago Primo	300	1,81	169,6
TOTALE	69257	173,66	

Da un punto di vista demografico, come riportato nella tabella successiva, risulta immediatamente visibile come tale territorio sia maggiormente popolato da persone anziane (un terzo della popolazione over 65) mentre la fascia 0-14 anni arriva ad un valore complessivo pari al 12,4%. Complice di questo andamento rimane sicuramente in termini generali l'alta

aspettativa di vita che si tramuta in invecchiamento della popolazione con tassi superiori ai valori medi di ATS Insubria. Dall'altro lato non è da meno la poca attrattività dell'ambito territoriale nei confronti di persone giovani che si spostano in paesi diversi per iniziare percorsi di studio e lavorativi che il territorio non riesce a replicare. Altro elemento di riflessione è dato dal fatto che un terzo dei comuni, inseriti in un territorio vasto, non raggiunge i 1000 abitanti e presenta diversi servizi organizzati in forma consortile sovra comunale. Altro elemento di criticità è rappresentato da una rete di trasporti molto spesso carente.

Popolazione Residente all'1/1/2024 (Fonte: Istat) per sesso e fascia quinquennale di età e nati 2023 (Fonte: CeDAP).



Tali dati , nonostante un indice di fecondità e un tasso di natalità superiori alla media, evidenziano la necessità strategica di un potenziamento dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, prioritariamente rivolti a persona anziane soprattutto croniche, fragili e non autosufficienti e spesso aggregate in nuclei monoparentali.

Numero di cronici e tasso grezzo di cronicità 2023 per sesso e classe di età (Fonte: BDA 2022* ATS Insubria).

			SESSO			SESSO - Tasso gr.*1.000ab.		
ASST	Distretto	Classe età	F	M	TOT	F	M	TOT
ASST DEI SETTE LAGHI	LAVENO MOMBELLO	00-04	396	374	770	380,0	347,6	363,6
		05-09	362	401	763	273,6	279,1	276,4
		10-14	240	319	559	148,9	189,5	169,7
		15-19	206	239	445	123,9	134,4	129,4
		20-24	224	203	427	142,0	121,3	131,3
		25-29	244	203	447	159,4	123,5	140,8
		30-34	391	213	604	240,5	121,6	178,8
		35-39	477	248	725	272,3	148,7	212,0
		40-44	680	389	1.069	328,8	191,6	260,9
		45-49	1.022	735	1.757	384,2	280,0	332,5
		50-54	1.318	1.133	2.451	445,0	385,5	415,4
		55-59	1.606	1.486	3.092	520,9	490,4	505,8
		60-64	1.641	1.493	3.134	635,3	601,8	618,9
		65-69	1.575	1.489	3.064	721,2	705,0	713,2
		70-74	1.835	1.516	3.351	803,1	790,8	797,5
		75-79	1.658	1.409	3.067	875,4	858,1	867,4
		80-84	1.588	1.148	2.736	876,9	909,7	890,3
85-00	1.737	816	2.553	902,8	912,8	906,0		
TOTALE		17.200	13.814	31.014	483,4	410,6	448,0	

*N° soggetti con cronicità assistiti al 31/12/2022

Il numero dei pazienti cronici afferenti al Distretto di Laveno Mombello, come riportato nella tabella sovrastante, rappresenta circa il 44% della popolazione e di questi il 5,4% è affetto da 3 o più patologie, determinando un livello di alta fragilità e complessità; anche tale dato risulta

leggermente più alto rispetto alla media di ATS Insubria (4,5%). Conseguentemente, nello sviluppo del PPT si dovrà investire su progetti di presa in carico del paziente con un approccio di offerta integrata socio-sanitaria e sociale, realizzata in collaborazione con gli MMG, con particolare attenzione al setting domiciliare, mettendo in campo tutte le misure compresi i servizi di medicina digitale, in modo particolare per le patologie prevalenti come riportato nella tabella sottostante.

Numero di cronici 2023 per livello di gravità del paziente e RAMO di patologie (Fonte: BDA 2022 ATS Insubria).

ASST	Distretto	RAMO*	LIVELLO GRAVITA' (#)						TOT	% SU TOT	Tasso gr. *1.000ab.
			1	% SU RAMO	2	% SU RAMO	3	% SU RAMO			
ASST SETTE LAGHI	LAVENO - MOMBELLO	CARDIOVASCOLARE	410	2,8%	5.971	41,2%	8.103	55,9%	14.484	46,7%	209,24
		DIABETE	224	5,7%	2.489	63,1%	1.229	31,2%	3.942	12,7%	56,95
		EMATOLOGICO	<5	28,6%	<5	57,1%	<5	14,3%	7	0,0%	0,10
		ENDOCRINO	6	9,7%	33	53,2%	23	37,1%	62	0,2%	0,90
		ENDOCRINO-T		0,0%	78	5,9%	1.240	94,1%	1.318	4,2%	19,04
		GASTRICO	56	8,3%	308	45,9%	307	45,8%	671	2,2%	9,69
		HIV	31	14,9%	104	50,0%	73	35,1%	208	0,7%	3,00
		NEFROLOGIA	110	26,4%	238	57,1%	69	16,5%	417	1,3%	6,02
		NEUROLOGIA	120	8,4%	697	48,7%	614	42,9%	1.431	4,6%	20,67
		ONCOLOGIA	156	7,1%	887	40,2%	1.164	52,7%	2.207	7,1%	31,88
		PNEUMOLOGIA	176	3,3%	1.234	23,3%	3.895	73,4%	5.305	17,1%	76,64
		RARE	17	3,7%	114	24,6%	332	71,7%	463	1,5%	6,69
		REUMA	29	6,8%	213	50,1%	183	43,1%	425	1,4%	6,14
		TRAPIANTI	40	54,1%	30	40,5%	4	5,4%	74	0,2%	1,07
		TOTALE	1.377	4,4%	12.400	40,0%	17.237	55,6%	31.014	100,0%	448,03

* Aggregazione di diverse patologie comprese nella BDA

(#) Livello 1= più di 3 patologie Livello 2= 2-3 patologie Livello 3= monopatia

UNITA' DI OFFERTA ATTUALMENTE PRESENTI NEL DISTRETTO

SERVIZI	SEDE
Presidi ospedalieri	Ospedale Causa Pia Luvini Cittiglio
Distretto Sociosanitario	Laveno Mombello CdC Hub Poliambulatorio di Gavirate
Consultorio Familiare	Laveno Mombello
Neuropsichiatria infantile	Laveno Mombello
Psichiatria servizio CPS	Laveno Mombello
Vaccinazioni	Laveno Mombello
Punto prelievi	Cittiglio e Gavirate

Il Distretto di Laveno Mombello ha sede nella CdC di Laveno ed i propri servizi sono attualmente distribuiti nella sede centrale sita in via Ceretti 8 a Laveno, e nel poliambulatorio di Gavirate in via Ticino 33.

La CdC di Laveno Mombello è stata attivata il 22 dicembre 2022 e, come previsto nel DM 77, è stata concepita con un modello organizzativo di approccio integrato, multidisciplinare, di prossimità e di proattività che si concretizza attraverso l'equipe dei professionisti che vi operano.

Presso la CdC sono attualmente presenti:

- Punto unico di accesso (PUA): è aperto tutti i giorni compresi i festivi dalle ore 8.00 alle ore 20.00 con la presenza di un IFeC, un assistente sociale e un supporto amministrativo. Il

servizio svolge funzioni di accoglienza qualificata all'utenza, informazione, orientamento ed una prima risposta alla richiesta di intervento per bisogni sia di carattere sanitario che sociale.

- IFeC: è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella Comunità in cui opera , perseguendo l'integrazione interdisciplinare , sanitaria e sociale dei servizi e ponendo al centro la persona.
- Ambulatorio infermieristico: è attivo tutti i giorni a gestione infermieristica per l'esecuzione di medicazioni semplici e complesse post chirurgiche, somministrazione di antibiotici su prescrizione del MMG o dello specialista e a supporto degli specialisti attivi presso la CdC inclusa la continuità assistenziale. Effettua inoltre lavaggi e medicazione di CVC dei pazienti oncologici in accordo con l'UOC di oncologia.
- Medicina specialistica: attualmente sono presenti gli ambulatori di cardiologia, pneumologia, diabetologia, neurologia per la gestione della patologia ad alta prevalenza in accordo con il percorso di presa in carico e sorveglianza dei pazienti cronici fragili.
- Continuità assistenziale: è garantita dalla presenza di due medici tutte le notti dalle 20.00 alle 8.00, i gironi festivi 24 ore ed i prefestivi a partire dalle ore 14.00.
- Ufficio invalidi per la presa in carico delle pratiche e l'organizzazione delle sedute di commissione
- Ufficio fragilità: è presente presso il consultorio due giorni alla settimana
- Assistenza protesica ed integrativa attivo sia per la protesica maggiore che per la distribuzione di farmaci e dispositivi
- Ufficio ADI deputato all'integrazione con l'Assistenza domiciliare sociale e con gli altri servizi assistenziali distrettuali che rispondono ai bisogni della persona assistita a domicilio;
- E' presente inoltre un sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale e l'ufficio scelta e revoca del MMG e del PLS.
- Attività vaccinale
- Rilascio di certificazioni medico-legali
- Attività di Consultorio

OFFERTA IN FASE DI IMPLEMENTAZIONE SECONDO IL DM 77

SERVIZI	SEDE
Casa di Comunità spoke	Gavirate
Sportello Associazioni	Laveno Mombello
Ambulatorio codici bianchi	Laveno Mombello
Telemedicina	Laveno Mombello
Ambulatorio cure palliative	Laveno Mombello
Nutrizionista	Laveno Mombello
Psicologo delle cure primarie	Laveno Mombello

Come riportato nella tabella sovrastante è in programma l'apertura presso il Comune di Gavirate di una Casa di Comunità spoke entro il 2026 in cui verranno trasferite ed implementate le attività a svolte presso il poliambulatorio di Gavirate (attualmente ambulatori specialistici, ufficio di scelta e revoca e punto prelievi).

E' inoltre in programma il potenziamento dell'ambulatorio di diabetologia considerata l'elevata prevalenza della patologia nell'ambito distrettuale.

Al fine di garantire l'implementazione delle coperture vaccinali è stato costituito un sistema di prenotazione diretta da parte degli specialisti ambulatoriali ed ospedalieri direttamente

all'ambulatorio vaccinale distrettuale. In analogia tale possibilità verrà estesa anche ai MMG ed ai PLS che non effettuano vaccinazioni presso il proprio ambulatorio.

In considerazione della elevata pressione sul servizio di emergenza ed urgenza dei presidi o ospedalieri spoke presenti nel territorio è in fase di valutazione la possibilità di aprire un ambulatorio diurno per i codici bianchi dotato di una diagnostica di base sia radiologica che laboratoristica con coinvolgimento dei medici di continuità assistenziale.

E' inoltre in programma lo sviluppo di servizi di telemedicina sia per il monitoraggio dei pazienti cronici fragili sia per agevolare l'interazione tra MMG, PLS e specialisti ambulatoriali al fine di ridurre la pressione sulle liste d'attesa.

Al fine di favorire il dialogo con le associazioni di volontariato presenti sul territorio e potenziare l'offerta dei servizi in modo coordinato ed integrato è in progetto la possibilità di creare degli spazi all'interno della CdC in modo da realizzare degli sportelli attivi ad accesso diretto.

E' inoltre in corso unitamente alla SC di Cure palliative la costituzione di un ambulatorio e di percorsi specifici volto ad identificare precocemente sia da parte dei MMG che dal personale infermieristico i bisogni di accesso alla cure palliative con particolare attenzione ai pazienti non oncologici.

Sono infine previste per il 2025 l'implementazione della figura dello specialista della nutrizione, da integrarsi anche con i servizi SAD e dello psicologo delle cure primarie.

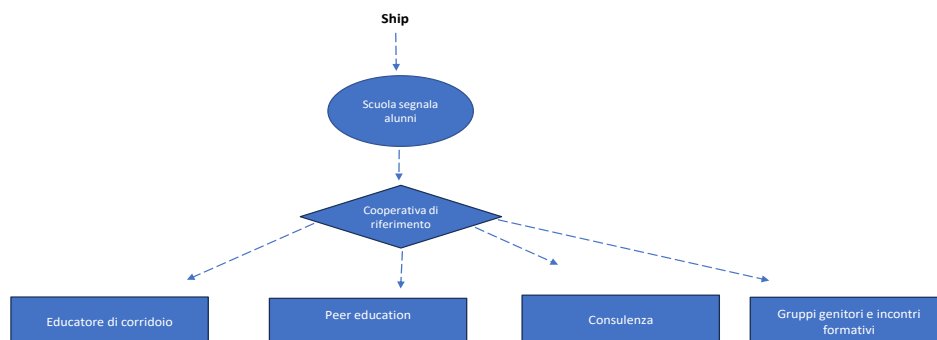
Nell'evidenziare infine la necessità di integrazione tra area sociosanitaria e sociale sia attraverso la messa in rete delle risorse sia attraverso lo sviluppo di azioni comuni che porteranno un solido valore aggiunto, si sottolinea l'importanza dei seguenti aspetti:

- Maggiore collaborazione e condivisione tra gli stakeholder attraverso l'istituzione di tavoli di confronto periodici con particolare attenzione alle scuole ed alle parrocchie ad oggi spesso escluse dai confronti in modo particolare nell'ottica di progetti di prevenzione.
- Mappatura dei servizi disponibili a livello territoriale per una loro possibile gestione integrata e costante aggiornamento.
- Mappatura delle Unità di offerta sociosanitaria e sociale
- Mappatura dei progetti sociali in cui il territorio afferente al Distretto è coinvolto
- Sviluppo di un sistema informativo finalizzato alla condivisione dei dati
- Attivazione di PUA e unità di valutazione multidimensionale integrati attraverso il potenziamento del servizio con un incremento di personale sia sociosanitario che sociale che amministrativo, di provenienza da entrambe le aree e la definizione di specifici protocolli
- Attivazione gruppi di auto mutuo aiuto (centro Famiglia, cammino, ecc)
- Implementazione attività ambulatoriale in linea con le necessità di pazienti cronici e fragili
- Standardizzazione delle modalità di realizzazione degli open-day in ambito di prevenzione con la collaborazione della Comunità, del terzo settore e dei professionisti.

Schede progettuali

NOME PROGETTO	"SHIP" CONDIVIDERE LINGUAGGI AZIONI E RELAZIONI							
Criticità o razionale del progetto	Il progetto nasce in un contesto condizionato dal Covid19 e dalle restrizioni connesse. La Provincia di Varese è stata duramente colpita e i ragazzi si sono trovati intrappolati tra povertà materiale crescente e mancanza di opportunità educative; tra DAD e mancanza di attività extrascolastiche (motorie e ricreative) sospese per lunghi mesi. Per molti è aumentato il rischio di rimanere indietro, di perdere motivazione/competenze e di essere spinti verso abbandono scolastico o incremento delle fragilità. Le famiglie affrontano ancora oggi un elevato grado di incertezza. Alcuni fattori di rischio si sono amplificati (emozioni contrastanti, ansia, uso intenso di strumenti digitali).							
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1 prevenzione	LI2 materno-infantile	LI3 minori-adolescenti	LI4 autonomia	LI5 fragilità	LI 6 grave emarginazione	LI 7 PUA e UVM
	AT 1 Valutazione Multidimensionale e Progetto Personalizzato							
	AT 2 Dimissioni Protette							
	AT 3 Prevenzione dell'allontanamento Familiare							
	AT 4 Incremento SAD							
	AT 5 PUA e UVM	X		X				
	AT 6 Telemedicina							
	AT 7 PIC cronici e fragili							
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Studenti, insegnanti e operatori scolastici, genitori degli Istituti di scuola secondaria di primo grado.							
Descrizione del servizio / progetto	Progetto in collaborazione con Centro Gulliver, Coop Lotta all'emarginazione, Naturart, Coop Aquilone (all'interno del Bando di Cariplo per le annualità 2023/24) per le scuole medie superiori. Dalla ricerca "Selfie" sugli stili di vita degli adolescenti (che ha visto coinvolti più di 6000 ragazzi) si è studiato un programma operativo di prevenzione e intercettazione precoce territoriale, che ha coinvolto il Terzo settore e gli Operatori dei Serd, rivolto ai ragazzi e ai loro genitori: interventi di "peer education" e "educatori di corridoio" (all'interno delle scuole per gli studenti) e percorsi formativi per i genitori. Nello specifico quest'ultimo ambito ha riguardato l'organizzazione di gruppi di genitori (nei 3 Presidi scolastici di Sesto Calende, Luino-Laveno e Tradate) che sono stati accompagnati durante l'anno con incontri formativi sulle tematiche dell'adolescenza e della pre-adolescenza, sui comportamenti a rischio e sui fattori protettivi con rinforzo delle strategie educative all'interno del contesto familiare.							
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Ambito Distrettuale Asst Sette Laghi Distretti scolastici Tradate, Luino, Sesto Calende, Lavena Ponte Tresa							

Attori/Enti coinvolti	Operatori Serd Varese ASST Settelaghi Attori privato sociale: Coop Lotta all'Emarginazione, Coop L'Aquilone, Centro Gulliver, Coop Naturart
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Equipe multi professionale Serd Varese: Medico, Psicologo, Assistente Sociale, Educatrice Professionale, Coordinatore Infermieristico
Progettualità presente nel Piano di Zona e nel PPT	
Anno Avvio / Anno Fine	Gennaio 2023/Dicembre 2027
Indicatore e risultato atteso	Il sistema di monitoraggio andrà a raccogliere i dati che permetteranno di evidenziare l'avanzamento delle azioni e la loro performance, rispondendo alle seguenti domande: sono stati raggiunti i beneficiari che si intendeva raggiungere? Quanti ragazzi, genitori, insegnanti hanno usufruito delle iniziative ed opportunità fornite dal progetto? Le azioni sono state realizzate nei tempi previsti dal progetto? La cabina di regia ha fronteggiato le difficoltà individuando soluzioni efficaci? Saranno predisposte alcune semplici schede di raccolta dei dati con una sintesi dei materiali di raccolta delle informazioni già in uso dalle organizzazioni del partenariato.



Schede LEPS di integrazione

NOME PROGETTO	Dimissioni protette							
Criticità o razionale del progetto	La dimissione protetta si configura come una strategia essenziale per garantire una transizione fluida e sicura tra differenti <i>setting</i> di cura. Tale attività è governata dalla Centrale Operativa Territoriale che garantisce integrazione sociosanitaria tra polo ospedaliero, rete territoriale, enti locali e terzo settore finalizzata alla continuità di assistenza e di presa in carico tra <i>setting</i> di cura							
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1 prevenzione	LI2 materno- infantile	LI3 minori- adolescenti	LI4 autonomia	LI5 fragilità	LI 6 grave emarginazione	LI 7 PUA e UVM
	AT 1 Valutazione Multidimensionale e Progetto Personalizzato							
	AT 2 Dimissioni Protette	X			X	X	X	X
	AT 3 Prevenzione dell'allontanamento Familiare							
	AT 4 Incremento SAD							
	AT 5 PUA e UVM							
	AT 6 Telemedicina							
	AT 7 PIC cronici e fragili							
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Persone in ammissione/dimissione dal polo ospedaliero e dalle altre UDO territoriali in condizione di fragilità.							
Descrizione del servizio / progetto	<p>Le dimissioni protette rappresentano l'insieme di azioni che costituiscono l'accompagnamento di un paziente cronico/fragile da un setting di cura ad un altro (territorio-ospedale- territorio), in un'ottica di continuità assistenziale.</p> <p>A tal fine si possono identificare tre tipologie di dimissioni coordinate dalla COT che prevedono una diversa attivazione di servizi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dimissione protetta ad <u>elevato bisogno sociale</u> che prevede il raccordo tra polo ospedaliero e servizio sociale territoriale mediante le azioni di coordinamento della COT, la predisposizione del PAI ed il monitoraggio. • dimissione protetta ad <u>elevato bisogno sanitario</u> che prevede l'attivazione dei servizi sociosanitari distrettuali di ASST e del MMG ed eventualmente del servizio sociale territorialmente le azioni di coordinamento della COT, la predisposizione del PAI ed il monitoraggio. • dimissione protetta ad <u>elevato bisogno sociosanitario</u> che prevede l'attivazione dei servizi sociosanitari distrettuali di ASST, del MMG, del servizio sociale territoriale, mediante le azioni di coordinamento della COT, la predisposizione del PAI ed il monitoraggio. <p>Le dimissioni protette consentono di promuovere:</p>							

	<ul style="list-style-type: none"> • autonomia e domiciliarietà • obiettivi integrati e condivisi per la presa in cura tra operatori di ASST, ambiti e enti accreditati • coinvolgimento della persona e del caregiver nella predisposizione del PI/PAI <p>Si potrà quindi procedere con le seguenti attività:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. sviluppo di procedure uniformi per la gestione delle dimissioni protetta tramite la COT condivise con gli ambiti afferenti ad ASST Sette Laghi 2. monitoraggio del burden del caregiver e promozione delle progettualità a supporto dell'onere delle cure 3. formazione/addestramento al caregiver familiare/formale promuovendone le capacità di cura 	
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Tutti	
Attori/Enti coinvolti	ASST Ambiti Terzo Settore Persona destinataria del progetto e caregiver UDO territoriali	
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	IFeC/terapista occupazionale/terapista della riabilitazione/logopedista/dietista Assistenti Sociali Amministrativi Medici (MMG,PLS, e altri medici specialisti)	
Progettualità presente nel Piano di Zona e nel PPT	Sì	
Anno Avvio / Anno Fine	Inizio 2025	
Indicatore e risultato atteso	<ul style="list-style-type: none"> - Definizione di protocollo per le dimissioni protette <p>Condivisione e utilizzo su tutti i Distretti e gli Ambiti di un'unica scheda di segnalazione degli utenti che necessitano di Dimissioni Protette.</p> <p>2025 definizione 2026 attivazione 2027 verifica procedura</p> <ul style="list-style-type: none"> - n. utenti beneficiari/n. utenti che hanno espresso il bisogno <p>2025 2026 ≥ 50% del 2025 2027 ≥ 75% del 2025</p>	

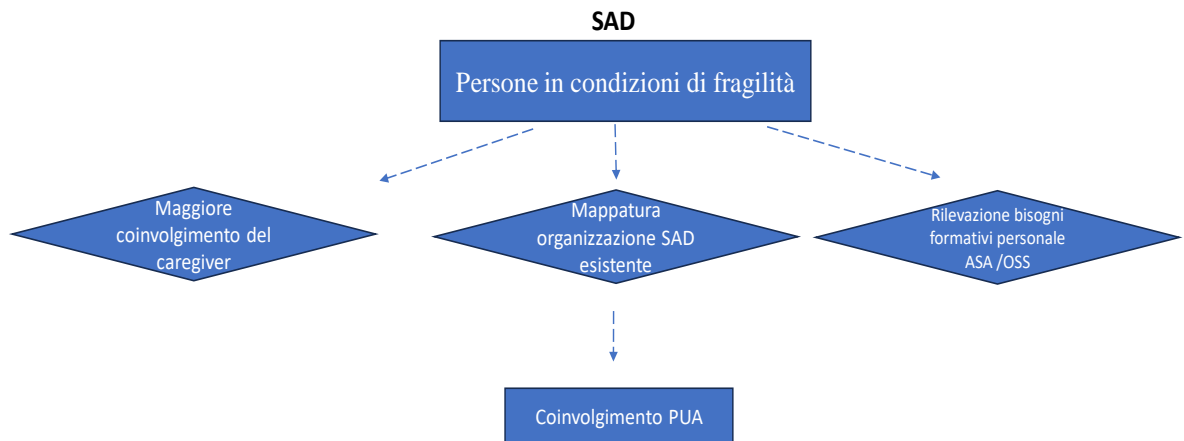
	<ul style="list-style-type: none"> - n. di readmission /n. di voucher SAD attivati-titoli C-DOM attivati <i>Range?</i> - Incremento incontri formativi per caregivers <p>2025 n. 2026 > 2025 2027 > 2026</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riduzione tempo medio di attesa per il rientro al domicilio o in struttura residenziale <p>2026: Tempo medio di attesa 2026 < Tempo medio di attesa 2025 2027: Tempo medio di attesa 2027 < Tempo medio di attesa 2026</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incremento numero dimissioni protette gestite attraverso l'integrazione informativa ed informatizzata tra ambito sanitario e cartella sociale informatizzata <p>2025: 2026: n. dimissioni protette gestite attraverso l'integrazione informativa anno 2026 > n. dimissioni protette gestite attraverso l'integrazione informativa anno 2025</p> <p>2027: n. dimissioni protette gestite attraverso l'integrazione informativa anno 2027 > n. dimissioni protette gestite attraverso l'integrazione informativa anno 2026</p>	
--	--	--

Incremento SAD

NOME PROGETTO	Incremento SAD							
Criticità o razionale del progetto	<p>Potenziare il Servizio di assistenza domiciliare in termini quantitativi e qualitativi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Continuità di assistenze e di cure • Integrazione sociosanitaria tra polo ospedaliero e servizi sociali territoriali e terzo settore • La riduzione del rischio di ulteriori ospedalizzazioni/istituzionalizzazioni • Implementare/potenziare assistenza sociale integrata con i Servizi sociosanitari 							
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1 prevenzione	LI2 materno- infantile	LI3 minori- adolescenti	LI4 autonomia	LI5 fragilità	LI 6 grave emarginazione	LI 7 PUA e UVM
	AT 1 Valutazione Multidimensionale e Progetto Personalizzato							
	AT 2 Dimissioni Protette							
	AT 3 Prevenzione dell'allontanamento Familiare							

	AT 4 Incremento SAD	X			X	X		X
	AT 5 PUA e UVM							
	AT 6 Telemedicina							
	AT 7 PIC cronici e fragili	X						
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Persone in condizione di fragilità a domicilio							
Descrizione del servizio / progetto	<p>Potenziamento e implementazione del servizio di assistenza domiciliare con il coinvolgimento dei Servizi sociosanitari (quando necessario del MMG), al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none">• evitare l'istituzionalizzazione precoce e mantenere le persone nel proprio ambiente di vita• riconoscere tempestivamente situazioni di rischio nutrizionale• progettare interventi proattivi di presa in cura, per garantire il mantenimento delle residue abilità/autonomie e prevenire il deterioramento• concorrere al raggiungimento dell'obiettivo PNRR: presa in cura del 10% della popolazione over 65 aa entro il 2026 DGR 7592/2022 <p>Si potrà quindi procedere con le seguenti attività:</p> <ol style="list-style-type: none">4. Conoscenza dell'organizzazione territoriale (prestazioni erogabili, modalità di attivazione, requisiti di accesso al Servizio);5. Mappatura dei diversi stakeholders e indagine di disponibilità a partecipare a progetti di welfare comunitario a favore di utenti in carico al SAD (es: farmacia per monitoraggio consumo di farmaci/presidi e segnalazione al referente del caso)6. Maggiore coinvolgimento caregiver e monitoraggio della situazione generale contrastandone l'isolamento ed eventualmente fornendo azioni di supporto integrate;7. Attivazione della valutazione multidimensionale per i casi complessi;8. Rilevazione dei bisogni formativi del personale ASA/OSS e del caregiver familiare;9. Integrazione con la piattaforma centri per le famiglie ASST;10. Monitoraggio SAD rispetto alle attivazioni di dimissioni protette;							
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale.	Tutti							

specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	
Attori/Enti coinvolti	ASST Ambiti Terzo Settore Persona destinataria del progetto e caregiver
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	IFeC e altri professionisti sanitari Assistenti Sociali Medici
Progettualità presente nel Piano di Zona e nel PPT	Sì
Anno Avvio / Anno Fine	Inizio 2025
Indicatore e risultato atteso	<p>-n. progetti SAD attivati per anziani non autosufficienti ad alto bisogno assistenziale con piano individualizzato con ASST tramite valutazione multidimensionale per i casi complessi /n. Progetti SAD su casistica analoga totale; <i>almeno 50% nell'anno 2025</i> <i>75% nell'anno 2026</i> <i>100% nell'anno 2027</i></p> <p>-n. progetti SAD con dimissioni protette/ n. dimissioni protette che necessitano di SAD; 2025 n. 2026 ≥ 50% n. 2025 2027 ≥ 75% n. 2025</p> <p>-incremento n. prese in carico SAD con intero percorso caratteristico gestito attraverso cartella sociale informatizzata; 2025 n. 2026 > n. 2025 2027 > n. 2026</p> <p>-incremento incontri formativi per personale ASA/OSS; 2025 n. 2026 > n. 2025 2027 > n. 2026</p>

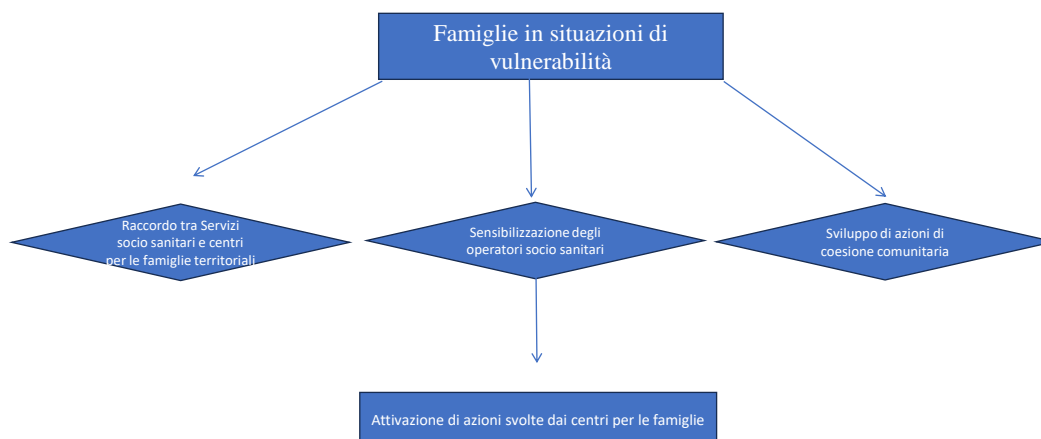


Prevenzione allentamento familiare

NOME PROGETTO	PREVENZIONE ALLONTANAMENTO FAMILIARE- centri per le famiglie DGR 5392/2021 e DGR 1507/2023							
Criticità o razionale del progetto	Al fine di prevenire l'allontanamento familiare dei minori in situazione di potenziale rischio e di permettere il riconoscimento precoce dei bisogni sociali e sociosanitari dei minori e delle loro famiglie, si realizzano azioni di supporto e costante monitoraggio, anche attraverso il raccordo con le attività svolte dai centri per le famiglie.							
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1 prevenzione	LI2 materno-infantile	LI3 minori-adolescenti	LI4 autonomia	LI5 fragilità	LI 6 grave emarginazione	LI 7 PUA e UVM
	AT 1 Valutazione Multidimensionale e Progetto Personalizzato							
	AT 2 Dimissioni Protette							
	AT 3 Prevenzione dell'allontanamento Familiare	X	X	X	X			
	AT 4 Incremento SAD							
	AT 5 PUA e UVM							
	AT 6 Telemedicina							
	AT 7 PIC cronici e fragili							
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Nuclei familiari in situazione di vulnerabilità							
Descrizione del servizio / progetto	<p>Sul territori di ASST Sette laghi sono presenti i centri per le famiglie, quali luoghi destinati a sostenere e valorizzare le risorse delle famiglie attraverso azioni di informazione, orientamento e spazi di socializzazione. Le azioni sviluppate possono creare sul territorio azioni volte a sviluppare empowerment comunitario e azioni di mutuo aiuto, facilitando percorsi di prossimità e reciprocità familiare.</p> <p>Si potrà quindi procedere con le seguenti attività:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sensibilizzare maggiormente NPI, PLS, MMG, Consulitori, Ser.D e Punti Nascita affinché possa avvenire l'aggancio precoce e il raccordo con i centri per le famiglie territoriali; 2. Sviluppare azioni che favoriscano coesione comunitaria attraverso azioni sinergiche tra Casa di comunità, i Centri per le famiglie e i cittadini presenti sul territorio, promuovendo anche le attività territoriali in tema di affido o affiancamento etero familiare; 							
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Tutti							
Attori/Enti coinvolti	ASST Ambiti Terzo Settore Famiglie							

	Volontariato e Associazionismo Privato Scuola	
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	IFeC Assistenti Sociali Educatori Amministrativi Medici (Neuropsichiatri, Psichiatri, PLS, MMG) Psicologi	
Progettualità presente nel Piano di Zona e nel PPT		
Anno Avvio / Anno Fine	Inizio 2025	
Indicatore e risultato atteso	n. di equipe integrate con operatori sociosanitari/ N. di equipe seguite da operatori socioassistenziali / N. azioni di sviluppo comunitario promosse n. di azioni sviluppate dai centri per le famiglie/N.nuclei presi in carico in ottica preventiva	

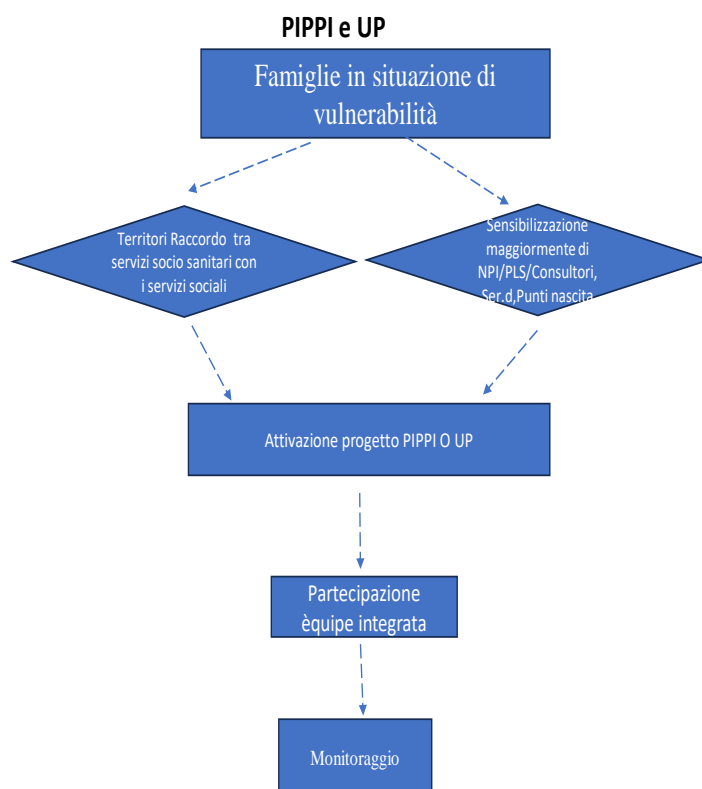
Prevenzione dell'allontanamento familiare- centri per le famiglie



NOME PROGETTO	PREVENZIONE ALLONTANAMENTO FAMILIARE (PIPPY E UP)							
Criticità o razionale del progetto	<p>Al fine di prevenire l'allontanamento familiare dei minori in situazione di potenziale rischio e di permettere il riconoscimento precoce dei bisogni sociali e socio-sanitari dei minori e delle loro famiglie, si realizzano azioni di supporto e costante monitoraggio, attraverso l'intervento educativo anche al domicilio.</p> <p>Al fine di incrementare e ottimizzare tali azioni, si prevede una collaborazione allargata ai professionisti sanitari</p>							
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1 prevenzione	LI2 materno- infantile	LI3 minori- adolescenti	LI4 autonomia	LI5 fragilità	LI 6 grave emarginazione	LI 7 PUA e UVM
	AT 1 Valutazione Multidimensionale e Progetto Personalizzato							
	AT 2 Dimissioni Protette							
	AT 3 Prevenzione dell'allontanamento Familiare	x	x	x	x			
	AT 4 Incremento SAD							
	AT 5 PUA e UVM							
	AT 6 Telemedicina							
	AT 7 PIC cronici e fragili							
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Famiglie in situazione di vulnerabilità							
Descrizione del servizio / progetto	<p>Attraverso il progetto si cerca di garantire ad ogni minore la realizzazione di un percorso di accompagnamento che possa contare su una valutazione appropriata e di qualità della sua situazione familiare, con la relativa progettazione di un piano d'azione unitario, partecipato, sostenibile e multidimensionale e realizzato in un tempo congruo. Tali percorsi devono essere definiti congiuntamente, in équipe multidisciplinari, nelle quali partecipa attivamente la sua famiglia ed eventualmente anche il minore stesso e la rete di servizi e istituzioni coinvolti.</p> <p>Si potrà quindi procedere con le seguenti attività:</p> <ol style="list-style-type: none"> Incrementare la partecipazione da parte dei professionisti sanitari alle équipe multidisciplinari con particolare attenzione alle situazioni in cui sono presenti anche Young caregiver Sensibilizzare maggiormente NPI, PLS, Consultori, Ser.D e Punti Nascita affinché possa avvenire l'aggancio precoce per l'attivazione dei progetti (pippi-up-gruppi etc..) attraverso lo sviluppo di reti socio-sanitarie Progettare e realizzare azioni di informazione integrata sul territorio Prevedere azioni formative a beneficio degli operatori socio-sanitari sulle progettualità Partecipare, ove necessario, a incontri di supervisione, organizzati dagli ambiti 							
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se	Tutti							

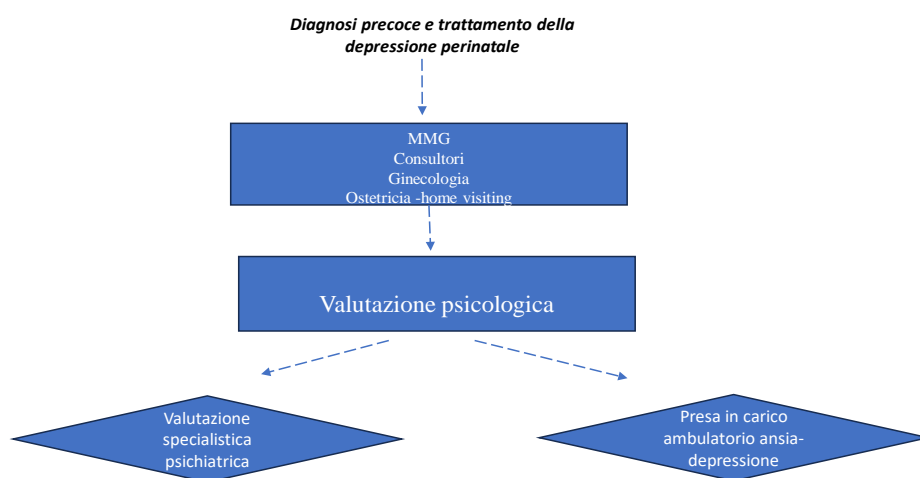
aziendale, sub-distrettuale, comunale)		
Attori/Enti coinvolti	ASST Ambiti Terzo Settore Famiglie Volontariato e Associazionismo Privato Scuola	
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Assistenti Sociali Educatori Amministrativi Medici (Neuropsichiatri, Psichiatri, PLS, MMG) Psicologi	
Progettualità presente nel Piano di Zona e nel PPT		
Anno Avvio / Anno Fine	Inizio 2025	
Indicatore e risultato atteso	<p>-Definizione protocollo/procedura prevenzione dell'allontanamento familiare</p> <ul style="list-style-type: none"> Anno 2025: Definizione protocollo (e relative procedure operative) tra Ambito, Servizi sociali comunali, Servizi scolastici ed educativi, ATS e ASST ed eventuali altri soggetti interessati) Anno 2026: attivazione del protocollo e delle procedure Anno 2027: verifica procedura <p>- incremento nuclei familiari presi in carico in ottica di prevenzione, anche ulteriori rispetto ai nuclei previsti dal Programma Pippi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anno 2025: n. nuclei presi in carico Anno 2026: ≥ n. nuclei familiari presi in carico nell'anno 2026 Anno 2027: ≥ n. nuclei familiari presi in carico nell'anno 2027 <p>- n. progetti individualizzati/ n. di valutazioni</p> <ul style="list-style-type: none"> Anno 2025: ≥ 40% Anno 2026: ≥ 60% Anno 2027: ≥ 80% <p>- incremento tipologia soggetti coinvolti nell'ambito dei gruppi territoriali (PPTT):</p> <ul style="list-style-type: none"> Anno 2025: n. soggetti coinvolti Anno 2026: ≥ n. soggetti coinvolti anno 2025 Anno 2027: ≥ n. nuclei familiari presi in carico nell'anno 2026 <p>-incremento n. di formazione con operatori socio-sanitarie operatori sociali dei comuni/Ambito/Terzo Settore</p> <ul style="list-style-type: none"> Anno 2025: n. incontri formativi Anno 2026: ≥ n. incontri formativi anno 2025 Anno 2027: ≥ n. incontri formativi anno 2026 <p>-incremento n. supervisioni con operatori socio-sanitari(in particolare assistenti sociali)e assistenti sociali dei comuni/Ambito/Terzo Settore</p> <ul style="list-style-type: none"> Anno 2025: n. incontri di supervisione Anno 2026: ≥ n. incontri di supervisione anno 2025 Anno 2027: ≥ n. incontri di supervisione anno 2026 	

--	--	--



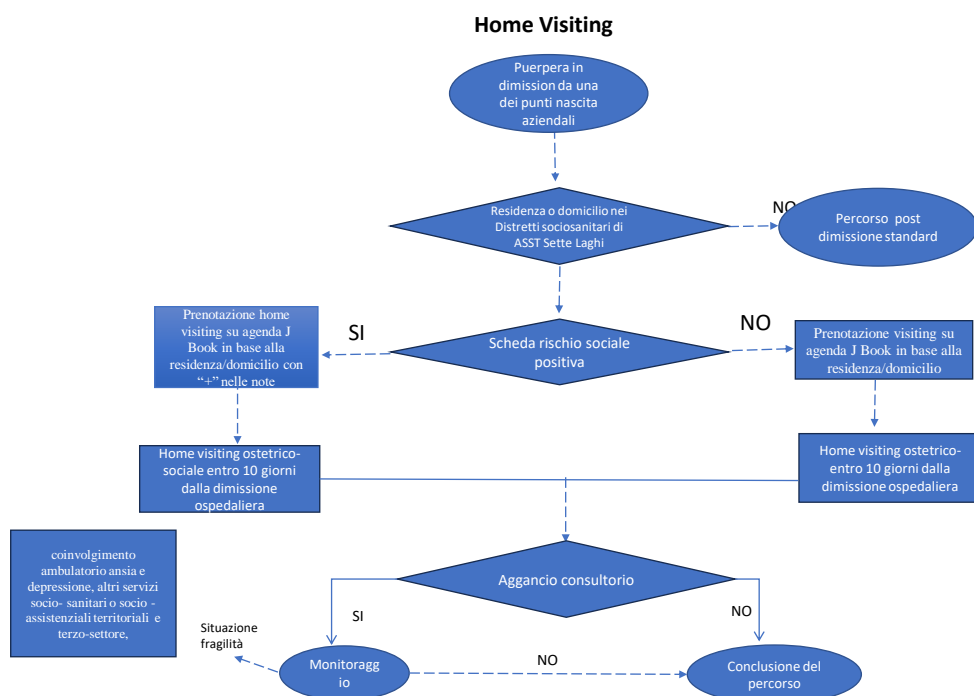
NOME PROGETTO	DISTURBI PSICHIATRICI COMUNI: TRATTAMENTO IN COLLABORAZIONE CON MMG-AMBULATORIO PER L'ANSIA E DEPRESSIONE.” TR73 - Diagnosi precoce e trattamento della depressione perinatale							
Criticità razionale o del progetto	Diagnosticare e trattare precocemente eventuali sindromi depressive dello spettro perinatale. L'offerta dell'AMBULATORIO PER L'ANSIA E DEPRESSIONE è estesa ai disturbi depressivi perinatali, per quelle situazioni, già oggetto di screening, deponenti per una attenzione da parte di un servizio afferente alla psichiatria, ma esterno, sul piano logistico, ai servizi psichiatrici, in continuità con i consultori distrettuali della ASST.							
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1 prevenzione	LI2 materno-infantile	LI3 minori-adolescenti	LI4 autonomia	LI5 fragilità	LI 6 grave emarginazione	LI 7 PUA e UVM
	AT 1 Valutazione Multidimensionale e Progetto Personalizzato							
	AT 2 Dimissioni Protette							
	AT 3 Prevenzione dell'allontanamento Familiare	X	X					
	AT 4 Incremento SAD							
	AT 5 PUA e UVM							
	AT 6 Telemedicina							
	AT 7 PIC cronici e fragili							
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Utenti donne in gravidanza e nelle neo mamme (da DGR n° X / 7600 – 20.12.2017 e seg.)							
Descrizione del servizio / progetto	Il percorso in accesso, su invio da parte di altre strutture di screening (MMG, consultori, ginecologia-ostetricia, punti nascita e ambiti) e monitoraggio (home-visiting) prevede prima la valutazione psicologica ed eventualmente l'invio successivo alla valutazione specialistica psichiatrica, alla presa in cura con intervento psicoterapico clinico psichiatrico. Per la depressione perinatale il percorso è tale per la finalità precisa di evitare un eccesso di psichiatrizzazione: la prima valutazione è psicologica e solo in alcuni casi segue l'invio alla valutazione psichiatrica.							
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	ASST Ambito di Arcisate, Azzate, Cittiglio, Luino, Tradate, Varese, Sesto Calende							
Attori/Enti coinvolti	ASST Ambiti Terzo Settore Famiglie Volontariato e Associazionismo Privato							
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando)	Ostetriche Assistenti Sociali Educatori Amministrativi Medici (Neuropsichiatri, Psichiatri, PLS, MMG) Psicologi							

se già presenti in organico)	
Progettualità presente nel Piano di Zona e nel PPT	
Anno Avvio / Anno Fine	Il programma innovativo è attivo dal 2010 e ne è prevista la prosecuzione tramite il rinnovo annuale del finanziamento regionale o l'eventuale stabilizzazione del personale coinvolto. Il percorso specifico è attivo dal 2017
Indicatore e risultato atteso	Intercettazione precoce/valutazione/trattamento mirato depressione perinatale in specifiche situazioni



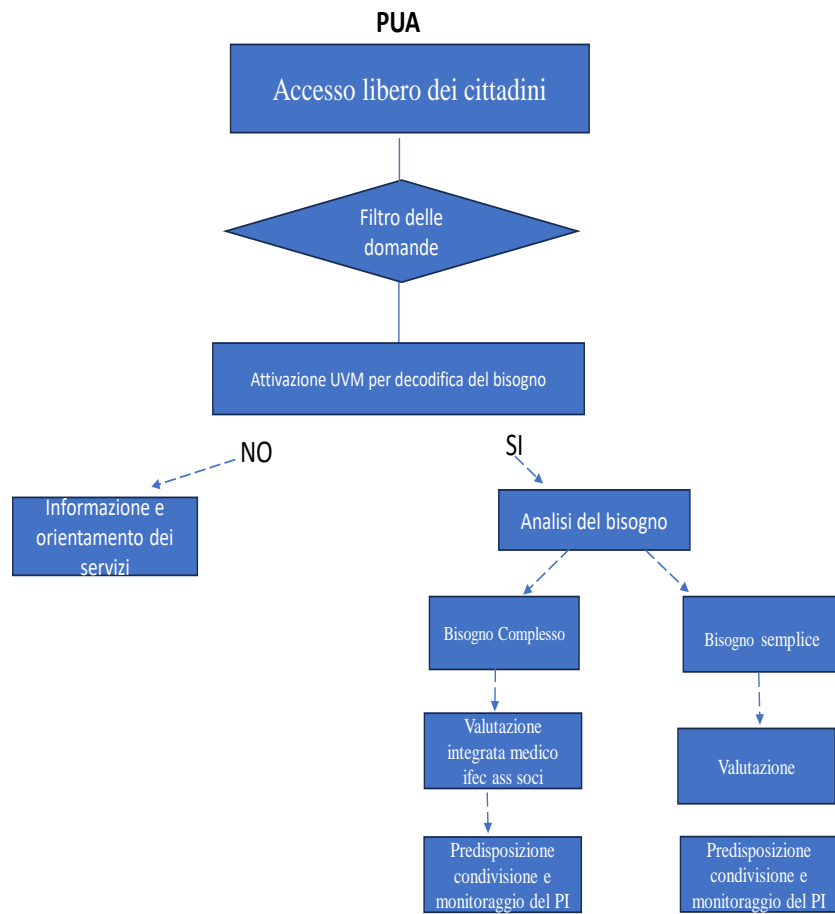
NOME PROGETTO	Prevenzione dell'allontanamento- <i>HOME VISITING</i>							
Criticità razionale del progetto	L' <i>home visiting</i> in puerperio prevede di individuare le situazioni di vulnerabilità psicofisica della donna/famiglia con strumenti di screening validati o con richiesta spontanea, attivando un supporto dedicato da parte della rete professionale e specialistica secondo il programma di <i>home visiting</i> . Promuove l'identificazione precoce di segni e sintomi allertanti di carattere sanitario, sociale o psicologico legati al puerperio anche riferiti alla diagnosi precoce della depressione perinatale, anche utilizzando gli strumenti forniti dal manuale "pensare positivo".							
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1 prevenzione	LI2 materno-infantile	LI3 minori-adolescenti	LI4 autonomia	LI5 fragilità	LI 6 grave emarginazione	LI 7 PUA e UVM
	AT 1 Valutazione Multidimensionale e Progetto Personalizzato							
	AT 2 Dimissioni Protette							
	AT 3 Prevenzione dell'allontanamento Familiare	X	X	X				
	AT 4 Incremento SAD							
	AT 5 PUA e UVM							
	AT 6 Telemedicina							
	AT 7 PIC cronici e fragili							
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Si applica alle puerpere che hanno partorito nei Punti Nascita Aziendali e che risiedono nel territorio di ASST Sette Laghi. L' <i>home visiting</i> è, di norma, programmato tra il 5° ed il 10° giorno dalla dimissione ospedaliera.							
Descrizione del servizio / progetto	<ul style="list-style-type: none"> L'<i>home visiting</i> in puerperio punta a rafforzare il processo di integrazione culturale ed organizzativa tra il settore sanitario, socio-sanitario e sociale e le diverse professionalità coinvolte nel percorso nascita; le principali attività sono il sostegno in puerperio alla diade madre/neonato e i bilanci di salute post-natali. In caso di scheda di rischio sociale positiva o di situazione nota ai servizi sociali ospedalieri, la prima visita domiciliare in puerperio prevede la co-presenza di ostetrica e assistente sociale: i professionisti, entrando nel contesto ecologico del nucleo familiare, offrono le informazioni necessarie per sviluppare una genitorialità responsiva garantendo al neonato le cure e le attenzioni di cui necessita. Nei casi in cui dall'attivazione dell'équipe socio-sanitaria dovessero emergere situazioni di particolari complessità, si prevedono azioni di raccordo e integrazione tra l'équipe socio-sanitaria del consultorio, le altre équipe socio-sanitarie, l'ambulatorio per l'ansia e depressione, i servizi socio-assistenziali del territorio e terzo settore. Raccolta informazioni e mappatura dei Servizi territoriali 0-3 anni, prevedendo attività divulgative alla popolazione con modalità integrate (ASST-Ambiti) 							
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Tutti							

Attori/Enti coinvolti	Punti nascita e consultori ASST Sette Laghi
Risorse necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	<ul style="list-style-type: none"> • Ostetrica Punto Nascita • Medico Punto Nascita • Coordinatrice Ostetrica Punto Nascita • Assistente sociale ospedaliera • Ostetrica consultoriale • Assistente Sociale consultoriale
Progettualità presente nel Piano di Zona e nel PPT	Progetto ASST
Anno Avvio / Anno Fine	Inizio 2023
Indicatore e risultato atteso	<p>Almeno l'80% delle puerpere che partoriscono nei Punti Nascita di ASST Sette Laghi e risiedono nei Distretti sociosanitari aziendali sono state dimesse con la programmazione del bilancio di salute ostetrico post-natale</p> <p>Almeno l'80% delle puerpere che partoriscono nei Punti Nascita di ASST Sette Laghi e risiedono nei Distretti sociosanitari aziendali hanno ricevuto un appuntamento per il bilancio di salute ostetrico post-natale entro 10 giorni dalla dimissione ospedaliera.</p> <p>n. di attività territoriali divulgative</p>



NOME PROGETTO	Accoglienza del bisogno -Punto Unico di Accesso PUA							
Criticità o razionale del progetto	Considerata la necessità di potenziamento del polo territoriale si prevede il rafforzamento delle case di comunità, in particolare dei PUA							
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1 prevenzione	LI2 materno- infantile	LI3 minori- adolescenti	LI4 autonomia	LI5 fragilità	LI 6 grave emarginazione	LI 7 PUA e UVM
	AT 1 Valutazione Multidimensionale e Progetto Personalizzato							
	AT 2 Dimissioni Protette							
	AT 3 Prevenzione dell'allontanamento Familiare							
	AT 4 Incremento SAD							
	AT 5 PUA e UVM					X	X	X
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Si applica a tutte le persone che presentano un bisogno di tipo sanitario, sociale, sociosanitario, socio-assistenziale espresso o inespresso che si rivolgono al PUA.							
Descrizione del servizio / progetto	<p>Il PUA è uno sportello al quale tutte le persone hanno libero accesso e possono esporre richieste di aiuto, supporto e orientamento per risolvere problematiche della persona stessa o del suo nucleo familiare o di terzi. Ogni richiesta al PUA è occasione di valutazione di bisogni espressi o inespressi dell'utente o del suo nucleo familiare.</p> <p>L'accoglienza del bisogno avviene a diversi livelli e, dopo aver scremato le richieste di semplici informazioni di contesto, gli utenti possono essere orientati ad una valutazione più specifica del bisogno effettuata da professionisti della salute, del sociale o dall'UVM a seconda e della complessità emergente.</p> <p>Azioni da sviluppare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mappare le UDO/ETS presenti nei territori di riferimento • promuovere la valutazione multidimensionale dell'utente • creare protocolli operativi di raccordo tra il personale sanitario e sociale del PUA e i servizi sociali territoriali • creare protocolli operativi e procedure per la presa in cura in cura integrata ASST-ambiti dell'utente • calendarizzare tavoli di lavoro integrati tra assistente sociale del PUA e servizi sociali territoriali • rilevare il bisogno formativo del territorio, per coprogettare eventi formativi integrati <p>Gli ambiti territoriali sociali/comuni partecipano all'attività del PUA attraverso la componente sociale per la valutazione multidimensionale dei bisogni e la relativa presa in carico</p>							
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Tutti							
Attori/Enti coinvolti	ASST Ambiti Comuni del territorio Terzo Settore							
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	IFeC e altri professionisti sanitari Assistenti Sociali Operatori Socio Sanitari							

(specificando se già presenti in organico)	Operatori sociali Amministrativi Medici
Progettualità presente nel Piano di Zona e nel PPT	Sì
Anno Avvio / Anno Fine	Inizio 2025
Indicatore e risultato atteso	<ul style="list-style-type: none"> • Creare uno strumento integrato e condiviso tra ASST e Ambiti di rilevazione del bisogno e orientamento dell'utenza. • Definizione protocollo/procedura per la valutazione integrata tra ambito territoriale sociale/Comuni e ambito sanitario comprensivo di strumenti unitari per la valutazione integrata ai fini dell'attuazione del PUA: Anno 2025: definizione Anno 2026: attivazione Anno 2027: verifica procedura • N. valutazioni con la partecipazione dell'assistente sociale comunale o di Ambito/N. di valutazioni totali effettuate Anno 2025: $\geq 50\%$ Anno 2026: $\geq 75\%$ Anno 2027: 100% • Incremento di strumenti di valutazione unitaria di Distretto per la valutazione multidimensionale condivisi tra Ambito territoriale sociale e Ambito Sanitario Anno 2025: ≥ 1 Anno 2026: \geq n. strumenti condivisi anno 2025 Anno 2027: \geq n. strumenti condivisi anno 2026 • Incremento persone in condizioni complesse prese in carico da UVMD (Unità di Valutazione Multimediale): Anno 2025: n. delle persone prese in carico anno 2026: $>$ n. strumenti condivisi anno 2025 Anno 2027: $>$ n. strumenti condivisi anno 2026



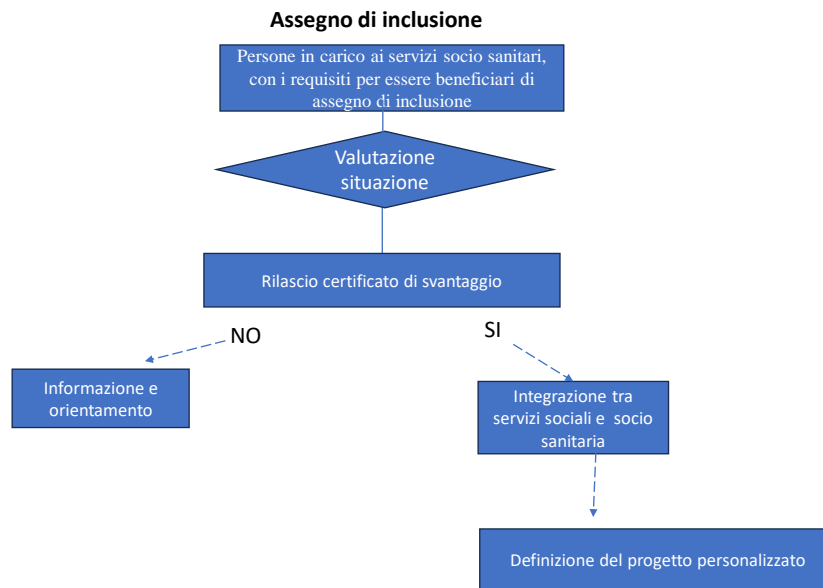
NOME PROGETTO	PREVENZIONE CONTRO LA VIOLENZA FISICA, PSICOLOGICA, SESSUALE E VERSO ALTRI PROGETTO LINK (CONTINUUM DA PG50 E PROTOCOLLO VIOLENZA SESSUALE)							
Criticità o razionale del progetto	<p>Le strutture ospedaliere dell'ASST Sette Laghi denunciano l'importante numero di presa in carico di donne vittime che, per varie ragioni, non si rivolgono ai servizi "specialistici" del territorio (i CAV - Centri Antiviolenza) e alle Forze dell'Ordine.</p> <p>In applicazione delle linee guida nazionali e delle procedure aziendali (PG50) è già stato costituito un Team di Psicologi esperti nel supporto e nell'accoglienza alle vittime di violenza (fisica, psicologica, sessuale).</p> <p>Nelle vittime di violenza, l'elemento consapevolezza dello status di vittima rappresenta il primo e necessario passo per consentire il processo di liberazione dalla vittimizzazione.</p> <p>A collegamento del percorso presso i PS il progetto LINK si pone l'obiettivo di sistema di creare un "legame" (linking) mediante l'opportunità di presa in carico psico-sociale e di orientamento offerta territoriale per le vittime di violenza.</p>							
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1 prevenzione	LI2 materno-infantile	LI3 minori-adolescenti	LI4 autonomia	LI5 fragilità	LI 6 grave emarginazione	LI 7 PUA e UVM
	AT 1 Valutazione Multidimensionale e Progetto Personalizzato							
	AT 2 Dimissioni Protette							
	AT 3 Prevenzione dell'allontanamento Familiare							
	AT 4 Incremento SAD							
	AT 5 PUA e UVM	X	X					
	AT 6 Telemedicina							
	AT 7 PIC cronici e fragili							
Destinatari specifici dell'intervento (target)	donne vittime di violenza in transito dai PS o dai reparti ospedalieri della ASST, anche con figli minori, (figli in età minore vittime di violenza).							
Descrizione del servizio / progetto	<p>Il progetto LINK con la creazione del "legame di rete e di reti", mira ad abbattere (asse riparativo) e a evitare (asse preventivo) la ricorrenza del fenomeno della dispersione delle vittime di violenza nelle "terre di mezzo" tra l'uscita/dimissione dalle strutture ospedaliere e dai servizi di PS della ASST (per le quali il personale sanitario è spesso chiamato a procedere a denuncia d'ufficio), e i servizi "specialistici" territoriali della RIV e il segmento dei servizi della tutela giudiziaria. Il progetto LINK si pone come "service educativo" per gli operatori dei CAV, avvalendosi della sussidiarietà e integrazione operativa, qualora necessario, di mediatori culturali e legali già attivi nei CAV medesimi. Il progetto LINK si definisce come una team ASST di operatrici educative, che intervenga nei setting dell'emergenza sanitaria (PS) e delle eventuali degenze ospedaliere, per definire e articolare interventi di accompagnamento alla dimissione e di supporto della consapevolezza del bisogno di aiuto.</p>							
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Aziendale							

Attori/Enti coinvolti	ASST Sette Laghi CAV della RIV di Varese, Comune di Varese – Assessorato con delega alle pari opportunità, Uffici di Piano dei sette Ambiti Sociali Università degli Studi dell'Insubria.
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Coordinatore Progetto (AS DAPSS Aziendale) 3 operatrici/educatrici, a finanziamento progettuale).
Progettualità presente nel Piano di Zona e nel PPT	
Anno Avvio / Anno Fine	2024 - 2027
Indicatore e risultato atteso	Confronto tra i dati relativi alle donne che transitano dai PS o dai reparti ospedalieri per esiti da maltrattamento e i dati di presa in carico del progetto LINK e dei servizi “specialistici” della RIV. Presa in carico psico-sociale e di orientamento per le vittime di violenza indipendentemente dal genere. Incremento n. casi in cui sono ingaggiati i Comuni con attivazione del progetto link

NOME PROGETTO		VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E PROGETTO PERSONALIZZATO-ASSEGNO DI INCLUSIONE						
Criticità o del razionale progetto		L'Assegno di Inclusione (ADI) previsto dal D.L. 4 maggio 2023, n. 48 è una misura di contrasto alla povertà, alla fragilità e all'esclusione sociale delle fasce deboli attraverso percorsi di inserimento sociale, formazione, lavoro e politica attiva del lavoro.						
		Per la definizione di un progetto personalizzato è rilevante la valutazione multidimensionale dei bisogni del nucleo familiare, coinvolgendo i servizi sociosanitari per gli utenti che rientrano in una delle condizioni di svantaggio certificate da un servizio di ASST						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1 prevenzione	LI2 materno-infantile	LI3 minori-adolescenti	LI4 autonomia	LI5 fragilità	LI 6 grave emarginazione	LI 7 PUA e UVM
	AT 1 Valutazione Multidimensionale e Progetto Personalizzato	X					X	
	AT 2 Dimissioni Protette							
	AT 3 Prevenzione dell'allontanamento Familiare							
	AT 4 Incremento SAD							
	AT 5 PUA e UVM							

	AT 6 Telemedicina							
	AT 7 PIC cronici e fragili							
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Persone in situazione di vulnerabilità e fragilità socioeconomica in carico ai servizio sociosanitari							
Descrizione del servizio / progetto	<p>L'Assegno di Inclusione (ADI) previsto dal D.L. 4 maggio 2023, n. 48 è un'importante misura di contrasto alla povertà, alla fragilità e all'esclusione sociale delle fasce deboli attraverso percorsi di inserimento sociale, nonché di formazione, di lavoro e di politica attiva del lavoro, che viene riconosciuto anche attraverso il rilascio di un certificato di svantaggio. Tale certificato viene riconosciuto alle persone inserite in programmi di cura e assistenza dei servizi sociosanitari territoriali su richiesta alla pubblica amministrazione. I beneficiari sono tenuti a aderire a un percorso personalizzato di inclusione sociale e, per alcuni componenti, lavorativa. Il percorso di attivazione viene avviato dai servizi sociali del Comune di residenza per l'analisi e la presa in carico dei componenti con bisogni complessi e per l'attivazione degli eventuali sostegni. La fase importante è quella della valutazione multidimensionale dei bisogni del nucleo familiare, finalizzata all'analisi preliminare, alla definizione di un progetto personalizzato e alla sottoscrizione di un patto per l'inclusione. Nel percorso di presa in carico di nuclei familiari con bisogni complessi è fondamentale che ci sia sinergia ed integrazione tra i servizi sociali e quelli sociosanitari territoriali.</p> <p>Azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> Definizione dei componenti dell'equipe multidisciplinari, delle modalità di attivazione e degli strumenti di valutazione dei bisogni del nucleo familiare e stesura di protocolli/procedure anche in riferimento alla piattaforma GEPI Individuazione di tutti gli attori coinvolti presenti nel territorio 							
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Tutti							
Attori/Enti coinvolti	ASST Ambiti Terzo Settore Famiglie Volontariato e Associazionismo Privato Scuola							

Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Assistenti Sociali Educatori Amministrativi Medici (Neuropsichiatri, Psichiatri, PLS, MMG) Psicologi
Progettualità presente nel Piano di Zona e nel PPT	
Anno Avvio / Anno Fine	Inizio 2025
Indicatore e risultato atteso	<p>Documento formale che descriva istituzione e funzionamento delle EEMM</p> <p>Incremento del numero di EEMM attivate 2025: n. EEMM = o > a 1 2026: n. EEMM 2026 > a n. EEMM 2025 2027: n. EEMM 2027 > a n. EEMM 2026</p> <p>Numero incontri formativi svolti/numero incontri formativi previsti 2025 ≥ 50% 2026 ≥ 75% 2027 100%</p> <p>Numero e tipologie professionali componenti le EEMM/numero e tipologia professionali presenti nei servizi 2025 ≥ 50% 2026 ≥ 75% 2027 100%</p>

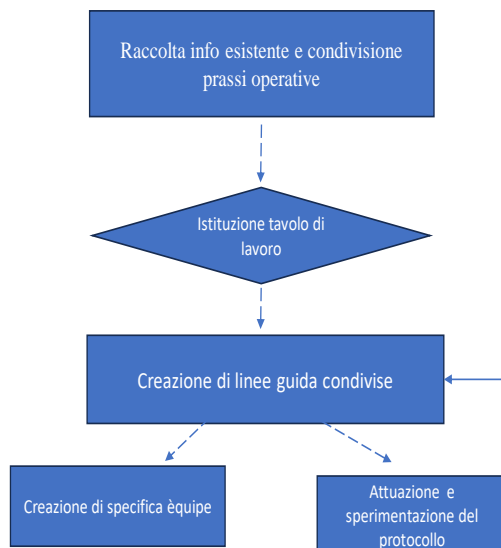


NOME PROGETTO	Valutazione multidimensionale e progetto personalizzato non autosufficienze							
Criticità razionale del progetto	<p>Al fine di migliorare la progettualità integrata relativa alle misure a sostegno della non autosufficienza (FNA B1 e B2) e C-DOM si prevede l'attivazione e il rafforzamento delle équipe multidisciplinari.</p> <p>La valutazione multidimensionale e interdisciplinare rappresenta uno strumento operativo per:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il riconoscimento dei bisogni sociali e sociosanitari della persona, • definire il progetto individuale (anche nell'ottica del budget di progetto), • identificare le risorse disponibili presenti e attivabili (sociali, sanitarie, familiari, del contesto di riferimento e progetti presenti in collaborazione col Terzo Settore) 							
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1 prevenzione	LI2 materno- infantile	LI3 minori- adolescenti	LI4 autonomia	LI5 fragilità	LI 6 grave emarginazione	LI 7 PUA e UVM
	AT 1 Valutazione Multidimensionale e Progetto Personalizzato				X	X		X
	AT 2 Dimissioni Protette							
	AT 3 Prevenzione dell'allontanamento Familiare							
	AT 4							

	Incremento SAD							
	AT 5 PUA e UVM							
	AT 6 Telemedicina							
	AT 7 PIC cronici e fragili							
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Persone in situazione di vulnerabilità e fragilità							
Descrizione del servizio / progetto	<p>La valutazione multidimensionale e interprofessionale dei bisogni funzionali, del contesto familiare e ambientale, nonché dei bisogni psicosociali, permette di:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● migliorare gli outcomes clinico-funzionali e la qualità di vita della persona ● pianificare in maniera appropriata un piano di cura in ottica di budget di salute ● ottimizzare l'organizzazione dei servizi e l'utilizzo delle risorse ● costruire un linguaggio comune tra i professionisti <p>In quest'ottica è quindi fondamentale poter avere il contributo di chi rappresenta e garantisce l'attivazione integrata della progettualità in raccordo tra i servizi socio-sanitari e socio-assistenziali.</p> <p>Gli Ambiti territoriali sociali/Comuni partecipano all'attività del PUA attraverso la componente sociale per la valutazione multidimensionale dei bisogni e la relativa presa in carico</p> <p>Si potrà quindi procedere con le seguenti attività:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Analisi del contesto sociosanitario dei 7 Distretti e 7 Ambiti territoriali: <ul style="list-style-type: none"> • professionalità presenti • strumenti di valutazione in uso • presenza di progettualità specifiche presenti sul territorio 2. Definizione dei componenti dell'equipe MD per tipologia di utenti (minori, adulti, disabili, non autosufficienza, grave marginalità) 3. Definizione della procedura di: <ul style="list-style-type: none"> • attivazione dell'UVM (declinazione per distretto) sulla base dell'esito della scala di triage (Ass. sociale e ifec del PUA) • strumenti di valutazione declinate per professione e per tipologia di utenza, progettazione (PI) e monitoraggio • strumenti per la registrazione dell'esito della valutazione e della progettualità individuale pianificata 							
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Tutti							
Attori/Enti coinvolti	ASST Ambiti Terzo Settore Famiglie Volontariato e Associazionismo Privato Scuola							
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	<ul style="list-style-type: none"> • IFeC • Altri professionisti sanitari come: fisioterapista, dietista, logopedista, terapeuta occupazionale, educatore per ogni Casa di Comunità (già attive) e Distretto (in via di attivazione della CdC) • Assistenti Sociali • Educatori • Amministrativi • Medici (Neuropsichiatri, Psichiatri, PLS, MMG) • Psicologi • Declinazione distrettuale delle risorse già in organico 							

Progettualità presente nel Piano di Zona e nel PPT	
Anno Avvio / Anno Fine	Inizio 2025
Indicatore e risultato atteso	<p>-Definizione o aggiornamento protocollo/procedura operativa di Distretto per la valutazione integrata tra ambito territoriale sociale e ambito sanitario, comprensivo di strumenti unitari per la valutazione preliminare e la valutazione multidimensionale</p> <p>-Numero valutazioni che vedono la partecipazione di operatori psico-socio-educativi di ambito / n. complessivo di valutazioni effettuate e attivate;</p> <p>-Incremento numero strumenti unitari di Distretto per la valutazione multidimensionale condivisi tra ambito territoriale sociale e ambito sanitario</p> <p>-incremento numero persone in condizioni complesse prese in carico dalle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVDM)</p> <ul style="list-style-type: none"> • almeno 50% nell'anno 2025 • 75% nell'anno 2026 • 100% nell'anno 2027

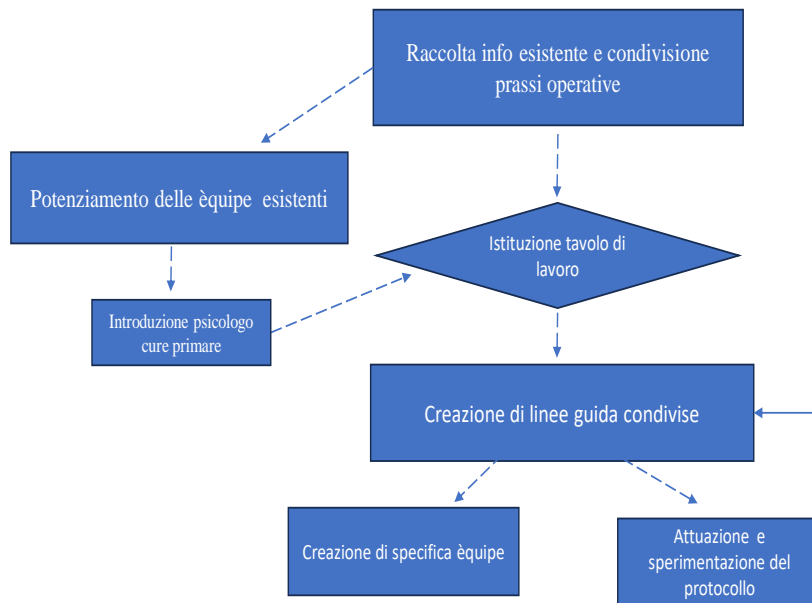
Valutazione multidimensionale e progetto personalizzato



NOME PROGETTO	Valutazione multidimensionale e progetto personalizzato: richieste per ambito di intervento Autorità Giudiziaria minorile							
Criticità o razionale del progetto	<p>Il contesto attuale è caratterizzato da elevata frammentazione delle modalità della presa in carico e gestione, delle richieste di valutazione dell'AG minorile; occorre pertanto uniformare tali modalità di gestione attraverso il potenziamento dei rapporti di cooperazione con gli attori territoriali.</p> <p>Considerato l'elevato numero di richieste di valutazione psicodiagnostica pervenute a partire dall'anno 2022, si ritiene necessario potenziare le attuali equipe dedicate, attraverso l'introduzione della figura dello psicologo delle Cure Primarie</p>							
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1 prevenzione	LI2 materno-infantile	LI3 minori-adolescenti	LI4 autonomia	LI5 fragilità	LI 6 grave emarginazione	LI 7 PUA e UVM
	AT 1 Valutazione Multidimensionale e Progetto Personalizzato		X	X				
	AT 2 Dimissioni Protette							
	AT 3 Prevenzione dell'allontanamento Familiare							
	AT 4 Incremento SAD							
	AT 5 PUA e UVM							
	AT 6 Telemedicina							
	AT 7 PIC cronici e fragili							
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Famiglie in situazione di vulnerabilità							
Descrizione del servizio / progetto	<p>Istituzione di tavoli di raccordo tra ambiti territoriali e ASST per definire linee guida/procedure uniformi che riguardino la gestione delle richieste della A.G in ambito di tutela minori.</p> <ul style="list-style-type: none"> Analisi delle attuali modalità di gestione delle richieste di valutazioni per l'autorità giudiziaria minorile Attivazione tavoli di lavoro multi professionali Formalizzazione di un protocollo operativo <p>Attivazione e rafforzamento delle équipe multidisciplinare attraverso l'introduzione dello psicologo delle cure primarie finalizzata all'inquadramento/valutazione/indirizzo al servizio idoneo</p> <ul style="list-style-type: none"> Preliminare valutazione delle richieste pervenute dagli Ambiti/Comuni/AG ed eventuale presentazione del caso da parte dell'ente inviante Condivisione delle modalità operative con ass. sociale/psicologo/medico referente della persona oggetto della valutazione 							
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Tutti per tavolo procedure uniformate ASST e Distretti di Arcisate, Azzate, Laveno, Luino, Varese, Tradate, Sesto Calende e CPS del DSMD di ASST Sette Laghi per psicodiagnosi di competenza territoriale.							

Attori/Enti coinvolti	ASST/Distretti/DSMD Ambiti Terzo Settore Famiglie Volontariato e Associazionismo Privato Scuola
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	IFeC Assistenti Sociali Educatori Amministrativi Medici (Neuropsichiatri, Psichiatri, PLS, MMG) Psicologi
Progettualità presente nel Piano di Zona e nel PPT	
Anno Avvio / Anno Fine	Inizio 2025
Indicatore e risultato atteso	<ul style="list-style-type: none"> incremento n. EEMM attivate: Anno 2025: ≥ 1 Anno 2026: \geq n. EEMM attivate anno 2025 Anno 2027: \geq n. EEMM attivate anno 2026 Definizione protocollo e relative procedure operative: Anno 2025: Definizione protocollo (e relative procedure operative) tra Ambito, Servizi sociali comunali, Servizi Tutela Minori, Servizi scolastici ed educativi, ATS e ASST ed eventuali altri soggetti interessati) Anno 2026: attivazione del protocollo e delle procedure Anno 2027: verifica procedura

Valutazione multidimensionale e progetto personalizzato



Implementazione cartella sociale informatizzata ed integrata

PROPOSTA PROGETTUALE di ATS INSUBRIA

ATS Insubria intende realizzare uno strumento integrato *web-based*, che dovrà tendere, nel triennio 2025-2027 alla configurazione, in via sperimentale, della cartella sociale informatizzata integrata nei territori (un Ambito Territoriale per ogni ASST).

Di seguito vengono descritte la finalità, l'obiettivo operativo, il livello di coordinamento, le modalità di attuazione/avvio progetto e la descrizione delle fasi e delle attività della proposta progettuale.

FINALITA'

Promuovere la realizzazione della presa in carico integrata di soggetti in condizione di fragilità con bisogni socio-sanitari e sociali complessi ed affetti da patologie croniche e/o degenerative favorendo la definizione del piano di assistenza individualizzato integrato.

OBIETTIVO OPERATIVO

- Condividere uno strumento informatico modulare «snello» e fruibile tramite web, per la messa in comune della valutazione multidimensionale dei bisogni della persona e della sua famiglia, finalizzato alla presa in carico globale della persona.
- Favorire il coordinamento degli attori coinvolti sul caso al fine di ridurre le sovrapposizioni degli interventi e garantire la gestione della continuità assistenziale.

La cartella sociale informatizzata ed integrata è lo strumento che meglio riflette l'operatività in integrazione e continuità assistenziale derivante dalla presa in carico integrata, fondata sulla calendarizzazione di INCONTRI DI RETE all'interno delle équipe multidisciplinari afferenti all'ASST ed ai Comuni dell'Ambito Territoriale.

COORDINAMENTO DEL PROGETTO

ATS Insubria

ASST e Ambiti Territoriali Sociali coinvolti

ASST Lariana – Ambito di Olgiate Comasco

ASST Settelaghi – Ambito di Sesto Calende

ASST Valleolona – Ambito di Saronno

MODALITÀ DI ATTUAZIONE

E' necessario sostanziare l'integrazione operativo-gestionale e professionale mediante l'attivazione dei seguenti organismi:

Tavolo di Coordinamento istituzionale

- ✓ Direzione Sociosanitaria ATS
- ✓ Direzioni Sociosanitaria ASST

- ✓ Presidente Assemblea dei Sindaci del Piano di Zona
- ✓ Data Protection Officer (DPO) ATS – ASST – Ambiti Territoriali Sociali

Tavolo Tecnico Operativo

- ✓ Referente Dipartimento PIPSS – ATS
- ✓ Referente DAPSS – ASST
- ✓ Referente Ambito Territoriale Sociale
- ✓ Referente Sistemi Informativi di ASST e degli Ambiti Territoriali

Equipe integrata di Progetto

- ✓ Operatori sociali, sanitari ed informatici individuati dalle ASST e dagli Ambiti Territoriali Sociali.

DEFINIZIONE DELLE FASI E DELLE ATTIVITÀ

Vengono poste in essere le attività finalizzate al soddisfacimento dell'obiettivo sopra esplicitato:

PRIMA FASE

- Studio delle cartelle sociali in essere presso ASST e Ambiti Territoriali: caratteristiche di interoperabilità.
- Studio di fattibilità del collegamento tra i sistemi informativi (PONTE INFORMATICO) tra le Cartelle Sociali degli Enti coinvolti – Aspetti economico-finanziari e giuridici.

SECONDA FASE

- Avvio del processo di implementazione dell'applicativo, strutturato in schede funzionali.

Tale azione è finalizzata alla creazione di schede funzionali per la messa in rete delle valutazioni sociali e sociosanitarie, i contenuti delle suddette schede vengono definiti tra gli assistenti sociali ed altri operatori afferenti alle ASST e agli Ambiti Territoriali coinvolti e, in prima battuta, dovranno contemplare le seguenti aree:

- *Anagrafica paziente*
- *Interventi attivi*
- *Indicatori di autosufficienza*
- *Condizione economica*
- *Condizione socio-abitativa*
- *Condizione socio-familiare*
- *Protezione giuridica*
- Utilizzo delle Schede funzionali per la valutazione integrata.
- Formazione all'utilizzo dell'applicativo (Ponte Informatico) da parte degli assistenti sociali e degli operatori afferenti alle ASST e agli Ambiti Territoriali.

TERZA FASE

- Programmazione della sperimentazione dell'applicativo su target definiti e servizi coinvolti di ASST e dell'Ambito Territoriale Sociale.

QUARTA FASE

- Monitoraggio e rimodulazione tramite la verifica della funzionalità del Ponte Informatico e dell'operatività integrata.
- Verifica della rimodulazione in funzione degli elementi di criticità emersi.

