

PIANO SOCIALE DI ZONA

2025-2027

Ambito territoriale di Erba

Comuni di:

Albavilla, Alserio, Alzate Brianza, Anzano del Parco, Asso, Barni, Brenna, Caglio, Canzo, Caslino d'Erba, Castelmarte, Erba, Eupilio, Lambrugo, Lasnigo, Longone al Segrino, Magreglio, Merone, Monguzzo, Orsenigo, Ponte Lambro, Proserpio, Pusiano, Rezzago, Sormano, Valbrona, Veleso, Zelbio



Il Telaio Del Meriggio, Maria Lai

Sommario

Introduzione	3
La “collaborazione”, quale motore principale di consolidamento del welfare.	3
1. ESITI DELLA PROGRAMMAZIONE ZONALE 2021/2023	6
Area tematica OPPORTUNITÀ E SERVIZI PER LE PERSONE ANZIANE – Aree di policy A, D, ed E	6
Area tematica SOSTEGNO ALLE RESPONSABILITÀ FAMILIARI E TUTELA INFANZIA E ADOLESCENZA - Aree di policy C, G H e I.....	8
Area tematica INTEGRAZIONE SOCIALE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ FISICHE PSICHICHE E SENSORIALI – Aree di policy B, C, D, I, J	11
Area tematica SOLIDARIETÀ E INTEGRAZIONE SOCIALE – Aree di policy A, B, C, H, I, J	16
2. IL CONTESTO DELLA PROGRAMMAZIONE	28
Le caratteristiche sanitarie attraverso i dati epidemiologici	28
Le caratteristiche demografiche.....	36
3. I SOGGETTI E LE RETI PRESENTI SUL TERRITORIO	40
4. LA GOVERNANCE DEL PIANO DI ZONA.....	44
LA PROGRAMMAZIONE	44
I TAVOLI TEMATICI D'AREA	47
LE RISORSE ECONOMICHE DEL PIANO DI ZONA	48
LA GESTIONE ASSOCIATA	49
GLI OBIETTIVI DI ATS INSUBRIA PER LA PROGRAMMAZIONE 2025/2027	52
IMPLEMENTAZIONE CARTELLA SOCIALE INFORMATIZZATA ED INTEGRATA.	55
PROPOSTA PROGETTUALE di ATS INSUBRIA	55
L'integrazione con ASST e il Distretto Socio-sanitario	57
5. I BISOGNI E GLI OBIETTIVI STRATEGICI DEL PIANO DI ZONA –Triennio 2025-2027.....	71
AREA “MINORI E FAMIGLIE” (connessa alle macroaree Politiche giovanili e per i minori e Interventi per la Famiglia).....	71
LE POLITICHE GIOVANILI DI AMBITO	92
AREA “INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ”, connessa alle macroaree Domiciliarità ed Interventi a favore delle persone con disabilità	97
AREA “INTERVENTI A FAVORE DELLE PERSONE ANZIANE” (connessa alle macroaree Domiciliarità e Anziani).....	110
AREA “INTEGRAZIONE E SOLIDARIETÀ SOCIALE”, interventi a favore della fragilità sociale – connessa alle aree Contrasto alla povertà, Politiche abitative Interventi connessi alle politiche per il lavoro	133
6. LA VALUTAZIONE DEL PIANO 2025/2027.....	158

Introduzione

La “collaborazione”, quale motore principale di consolidamento del welfare.

Sempre più importante appare il coinvolgimento possibilmente sinergico dei vari attori sociali e istituzionali, sia pur dotati di differenti risorse e capacità.

Tale coinvolgimento si configura su due livelli: la co-programmazione, ossia quell’insieme di attività volte all’individuazione dei bisogni delle comunità, degli interventi necessari e delle modalità per realizzarli, nonché delle risorse disponibili. Il secondo livello è la co-progettazione, finalizzata alla definizione ed eventualmente alla realizzazione di specifici progetti di servizio o d’intervento.

Sono molti i fattori che hanno facilitato e incentivato il passaggio dalla fase di iniziative singole e spontanee a quella di un sistema più strutturato. Fra questi: la regia da parte delle istituzioni pubbliche. Già con la Legge 328 del 2000, si configuravano le basi per gli interventi di innovazione sociale, ma la svolta è stata la riforma del Terzo Settore del 2017, che ha ampliato in modo significativo gli spazi di decisione e attuazione partecipata, assicurando il coinvolgimento attivo delle organizzazioni sociali senza fini di lucro tramite co-progettazione e co-programmazione. Inoltre, l’approvazione nel 2023 del Codice degli appalti ha confermato il sostegno e l’interesse dello stato all’”amministrazione condivisa” fra enti pubblici ed enti del Terzo Settore.

Tale mutamento del contesto normativo ha agevolato lo sviluppo di pratiche collaborative importanti del welfare: co-progettazione e co-programmazione si stanno rivelando più appropriati e promettenti per facilitare lo sviluppo di azioni territoriali efficaci.

Certo, tale la collaborazione nelle politiche e negli interventi sociali non presenta solo luci ma anche qualche ombra. Poder collaborare non significa semplicemente saperlo fare: la coprogettazione formalizzata può fornire incentivi distorti, favorire “unioni d’interesse” fra enti poco competenti o motivati a creare sinergie. Resta poi sempre il rischio, particolarmente elevato in un contesto amministrativo, che si generi eccessiva complessità procedurale o si indulga nel formalismo.

Usciamo da un sistema di welfare che la crisi pandemica ha messo sotto pressione evidenziando - e talvolta esacerbando - le sue fragilità. A due anni di distanza, la situazione non è migliorata: il ritorno della guerra in Europa, la crisi energetica e l’inflazione stanno condizionando fortemente le scelte pubbliche – in un contesto politico profondamente cambiato - e segnando la vita quotidiana di persone, famiglie e imprese. Al contempo, nel corso dell’ultimo biennio, si è diffusa sempre più la percezione della crisi ambientale e degli impatti che questa ha sulle politiche sociali. Questo è dovuto anche ad una crescente consapevolezza che il cambiamento climatico ha gravi conseguenze sul nostro modo di vivere, di lavorare, di stare insieme. Da qui la necessità di concepire diversamente le politiche e le misure di welfare del presente e del futuro. Da qui l’importanza proprio della dimensione collaborativa.

La povertà è diventata un fenomeno sempre più consistente. Guardando all’andamento della povertà assoluta negli ultimi 20 anni si evince come dalla crisi del 2008 il fenomeno abbia accelerato rapidamente, arrivando nel 2021 a riguardare il 9,4% della popolazione totale, più del triplo rispetto

al 2,9% del 2006. Dopo il 2008, il trend generazionale si è invertito: se fino ad allora la povertà aveva colpito perlopiù persone anziane, dallo scoppio della crisi economico-finanziaria ha cominciato a colpire soprattutto giovani adulti e minori. Nel 2021 la percentuale dei minori in povertà assoluta (14,2%) era quasi il triplo di quella degli over 65 in povertà assoluta (5,3%).

Lo scenario muta ancora di più se si osservano, accanto ai dati sulla povertà assoluta, quelli sui fragili/vulnerabili: nel 2022 il 24,4% della popolazione era a rischio povertà o esclusione sociale. I più esposti sono i giovani, gli stranieri e i nuclei familiari numerosi. Nei nuclei in cui il principale percettore di reddito è under 35, infatti, la percentuale sale al 31,3%, per i 35-44 anni al 25,6%. Nei nuclei familiari con figli minori il rischio di povertà ed esclusione sociale è pari a 27,8% nel caso di nuclei con 2 figli minori, a 39,4% se con 3 figli minori (dato Istat).

Partendo dalla sperimentazione del Reddito di inclusione (REI), fino all'introduzione del Reddito di Cittadinanza (RdC) e delle misure straordinarie in fase pandemica, la povertà è stata oggetto di un incremento significativo di risorse. Secondo Istat, infatti, le misure straordinarie sommate al RdC sono state pari al 2% del reddito disponibile familiare del 2021. Il 2023 ha visto un cambio di strategia, segnando una battuta di arresto rispetto alla tendenza dell'ultimo decennio. La sostituzione del Reddito di Cittadinanza con l'Assegno di Inclusione (AdI) segna un ritorno a logiche precedenti, a misure categoriali (la famiglia), essendo indirizzato a nuclei con minori, over 65 e disabili. I soggetti tra 18 e 59 anni, non disabili e non impegnati in lavori di cura sono invece esclusi dalla misura a meno che non siano anagraficamente conviventi con soggetti non in grado di lavorare. A favore di questi è stato introdotto il Supporto per la Formazione e il Lavoro (SFL), un sostegno monetario della durata massima di 12 mesi condizionato alla partecipazione a progetti di formazione, di orientamento e di accompagnamento al lavoro. Quindi due misure diverse, per entità di continuità dell'assistenza, contributo economico, supporto dei servizi e condizionalità/obblighi di attivazione che, potranno comportare una contrapposizione tra gruppi sociali soggetti a tutele diverse.

La sanità è un'area di policy tra le più consistenti del welfare ma l'ultimo triennio ha profondamente segnato questo settore; in Italia raccoglie il 22,3% della spesa sociale pubblica. Nel nostro sistema di welfare la sanità appare dunque sottofinanziata se comparata ad altre voci di spesa (per esempio al settore anziani cui è destinato il 55% della spesa sociale). Sappiamo però che i problemi del nostro sistema sanitario non riguardano l'universalità della copertura, garantita dal SSN, quanto la sua accessibilità (liste d'attesa, carenza di personale sanitario).

Le "nuove povertà" sono ormai un fenomeno multidimensionale, in cui convivono diversi livelli di bisogni, che non si esauriscono solo nella insufficienza del reddito: bisogni primari, relativi alla disponibilità di beni di prima necessità e secondari, la cui soddisfazione implica la responsabilità delle istituzioni (salute, igiene, assistenza, scuola, etc.); a questi si aggiungono: bisogni relazionali, relativi alla caducità dei legami e rapporti interpersonali sul piano dell'affettività, dovuti anche ai cambiamenti della società degli ultimi tempi.

Le categorie a rischio di nuova povertà sono: giovani coppie, anziani soli, genitori single, disoccupati. Facciamo alcuni esempi di analisi dei fattori di rischio e dei bisogni.

Fattori di rischio per le giovani coppie:

- perdita del lavoro
- maternità imprevista
- una malattia

Bisogni

- accesso/mantenimento alla casa
- mantenimento del nucleo familiare

Fattori di rischio per anziani (soprattutto soli)

- precarietà di reddito
- salute precaria
- cattive condizioni abitative

Bisogni

- uscire dalla solitudine
- comunicare con altre persone
- sapere a chi rivolgersi in caso di bisogno

Fattori di rischio per adulti disoccupati

- difficoltà di ricollocazione se si è poco qualificati (soprattutto fascia dei 50enni)
- precarizzazione della forza lavoro
- incertezza e fragilità delle condizioni di lavoro e reddituali

Bisogni

Sono variabili, a seconda della fascia d'età ma sovrapponibili a quelli prima elencati

Abbiamo detto che -dai dati- la fascia degli anziani appare meno esposta al rischio povertà: tuttavia è esposta ad altri rischi di esclusione: scarse competenze per l'accesso a strumenti digitali e, di conseguenza, a beni e servizi; abitazioni in cattivo stato, non efficienti o con barriere architettoniche; problemi di trasporto e mobilità particolarmente accentuati per coloro che vivono nei piccoli Comuni, con ripercussioni, come visto, sull'accessibilità alle cure sanitarie e sull'isolamento relazionale; banalmente: la solitudine. Tutti fattori che toccano il tema dell'invecchiamento, nei termini dell'"invecchiare bene".

Nell'assistenza per le persone non autosufficienti, continuano a prevalere il "fai-da-te" e il lavoro sommerso. Ad esempio, la spesa delle famiglie per l'assistenza ad anziani è alta e spesso effettuata in modo *irregolare*: una badante assunta per assistere una persona non autosufficiente a tempo pieno (54 ore settimanali) in regime di convivenza, costa ad una famiglia circa 18.500 euro l'anno. Gli anziani ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari devono fare i conti con la sostenibilità dei costi delle strutture. Continuano a prevalere logiche di intervento presso il domicilio dell'utente. Tuttavia, le persone anziane che ricevono un servizio di assistenza domiciliare sono in tutto il 6%: un dato che tiene conto di servizi non omogenei sui territori.

Con l'avvio dei Punti unici di accesso (PUA), collocati presso le Case di Comunità, e che rispondono ad una espressa richiesta normativa di stretta integrazione fra comparto sanitario e sociale, si è avviato il processo di semplificazione dell'accesso agli interventi e ai servizi sanitari, sociali e socio-sanitari, attraverso il supporto informativo e amministrativo per l'accesso ai servizi, lo svolgimento delle attività per l'individuazione dei fabbisogni di assistenza, la valutazione multidimensionale unificata, secondo criteri standardizzati e omogenei, finalizzata all'identificazione dei fabbisogni di natura sociale, sociosanitaria e sanitaria della persona anziana e del suo nucleo familiare e all'accertamento delle condizioni per l'accesso alle prestazioni, la definizione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) nell'ambito della valutazione multidimensionale unificata. Le valutazioni richiederanno la partecipazione del caregiver familiare e, su richiesta dell'anziano, degli enti del Terzo Settore; il budget di cura e assistenza è lo strumento per il riconoscimento, in sede di definizione del PAI, delle prestazioni, dei servizi e delle risorse complessivamente attivabili e per garantire unitarietà delle risposte alla domanda di assistenza e cura, attraverso l'integrazione dei servizi erogati dalle ATS e dai Comuni; inoltre l'integrazione tra ADI e SAD, con il coinvolgimento di ASST assicura la continuità delle cure, ampliamento dell'accessibilità alle cure palliative, ai servizi residenziali e semiresidenziali.

Per tirare le fila di questo excursus e dare delle prospettive alle comunità locali, possiamo sottolineare come queste dipendano anche da come gli attori coinvolti convivono e interagiscono tra loro, da come si sviluppino le collaborazioni: quando i problemi hanno una natura sistematica, le risposte più efficaci sono frutto di collaborazioni e alleanze che mettono in sinergia competenze e capacità.

1. ESITI DELLA PROGRAMMAZIONE ZONALE 2021/2023

“Il Piano di Zona, in quanto strumento dotato di dinamicità e flessibilità, che, grazie all’esperienza conseguita dai territori, meglio di altri è in grado di cogliere i bisogni della collettività e, conseguentemente, di assicurare le risposte più coerenti, deve essere oggetto di verifica e eventuale rimodulazione nel corso dei tre anni, in modo da renderlo maggiormente in linea con le esigenze di tutti i cittadini degli Ambiti territoriali.” (dal PdZ 21/23)

Nell’approcciare il tema della valutazione degli esiti rispetto alla programmazione di zona, non si può ignorare questo aspetto di evoluzione e dinamicità, legata non solo alle peculiarità territoriale, ma anche alle più complessive evoluzioni socio-economiche, e alle indicazioni normative che via via vengono elaborate.

Di ciò si cercherà di dare conto a partire dagli obiettivi previsti nella programmazione appena conclusa.

Inoltre, il precedente Piano prevedeva anche alcuni obiettivi e progetti sovrazionali, accomunati dall’intento di rafforzare il coordinamento tra gli attori della rete e potenziare la governance territoriale nella dimensione del Distretto sociosanitario; tali progetti hanno indubbiamente avuto ricadute sul territorio dell’Ambito e in buona parte prevedono un prosieguo nella nuova triennalità.

Area tematica OPPORTUNITÀ E SERVIZI PER LE PERSONE ANZIANE – Aree di policy A, D, ed E

In questa area, e con attenzione specifica alle persone anziane, l’Ambito ha declinato alcuni obiettivi specifici di cui si riporta di seguito la valutazione finale.

<p>GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL’OBIETTIVO RISPETTO A CIO’ CHE ERA STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE</p> <p>Obiettivo:</p> <p>L’obiettivo considerava il target delle persone anziane autosufficienti, non sufficientemente sostenute da una rete familiare, con bisogni sociali e sociosanitari di lieve/media intensità, e con difficoltà ad accedere ai servizi, con azioni relative alla messa in rete</p>	<p>Rispetto alle azioni previste si è avviato, in un primo momento, il lavoro di raccolta delle informazioni sui servizi e le opportunità per questo target, con l’elaborazione di una scheda di raccolta dati e l’obiettivo di costruire una mappatura da socializzare con i vari punti di accesso della rete.</p> <p>Successivamente, a fronte dei bisogni rappresentati effettivamente dai cittadini, e anche a seguito della forte spinta legata alla normativa e alle misure nazionali e regionali in materia di non autosufficienza e rispetto al processo di integrazione sociosanitaria, il focus della programmazione zonale si è spostato verso queste</p>
---	--

dei punti di accesso e alla sperimentazione del potenziamento del trasporto sociale nei territori più disagi evoli dell'Ambito.	priorità, le azioni inizialmente programmate sono state rimandate e le energie dei tavoli di programmazione, dell'ufficio di piano e dei servizi territoriali e di Ambito, sono state convogliate in altre tematiche di interesse per l'area specifica riferita agli anziani, quali, ad esempio, i temi della non autosufficienza, dell'integrazione sociosanitaria e del sostegno al care giver. Pertanto il grado di raggiungimento, è stimabile nel 25%, per quanto riguarda lo specifico obiettivo raggiunto, considerando l'avvio di un percorso di riflessione comune che viene ripreso nel piano 2025/2027; tuttavia andrebbero considerati anche gli obiettivi sopra citati, inizialmente non previsti e perseguiti nel corso del triennio
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)	///
LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI	Il processo di coprogrammazione ha visto il coinvolgimento di un numero ridotto di soggetti nelle fasi di ideazione e realizzazione degli interventi, che sarebbe stato il presupposto fondamentale, vista la caratteristica di capillarità che le azioni avrebbero dovuto avere. Dal punto di vista strumentale non si è giunti all'implementazione del progetto; pertanto, non è possibile valutare questo aspetto.
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE	Le risorse preventivate erano legate alla valorizzazione dell'impegno dedicato del personale del tavolo tematico e dell'ufficio di piano
CRITICITÀ RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBETTIVO	Esigenze diverse hanno preso il sopravvento rispetto alla questione definita come focus delle policy d'ambito, in quanto più pressanti ed urgenti. Tuttavia si riconosce una notevole importanza al tema proposto nella precedente programmazione, ragione per cui essa verrà riproposta per il triennio 25/27. La mancanza di risorse, anche umane, dedicate, e lo scarso coinvolgimento da parte di soggetti del territorio che potrebbero utilmente partecipare ad una fase di coprogrammazione e anche, successivamente, alla progettazione e realizzazione di interventi concreti, è una criticità sulla quale andrà posta la giusta attenzione, attraverso un coordinamento più regolare, costante ed efficace, l'individuazione di azioni più concrete ed incisive, la cura del coinvolgimento di altri stakeholders, la messa a disposizione di risorse economiche derivanti da bandi specifici o da canali di finanziamento propri dell'Ambito

QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?	Si veda sopra
L'OBBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2018-2020)?	no
L'OBBIETTIVO VERRÀ' RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2025-2027?	Sì, sebbene adeguato ai cambiamenti in atto dal punto di vista normativo e organizzativo, e alle esigenze emerse e confermate nel corso della programmazione precedente

Area tematica SOSTEGNO ALLE RESPONSABILITÀ FAMILIARI E TUTELA INFANZIA E ADOLESCENZA - Aree di policy C, G H e I

In questa area sono stati considerati due focus specifici:

1. le famiglie con minori, con particolare attenzione al tema della multidimensionalità della povertà vissuta da tanti nuclei, e legata ad aspetti povertà relazionali, educativi, culturali, psicologici oltre che economici;
2. adolescenti e giovani, sia fragili e con necessità di essere accompagnati all'età adulta, sia visti come risorsa per i pari

Per quanto attiene al primo punto sono state individuate alcune ipotesi di azione di cui si riporta di seguito la valutazione finale.

GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBBIETTIVO RISPETTO A CIO' CHE ERA STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE Obiettivi: 1. Aiuto alle famiglie per uscire dall'isolamento e contrastare l'impoverimento relazionale, sociale educativo, psicologico ed economico	50-79% (sufficiente) Il coinvolgimento e l'aiuto passano attraverso i contesti in cui il bisogno viene avvertito precocemente. L'idea del gruppo di lavoro è stato di voler coinvolgere nel programma interlocutori che è difficile fidelizzare. Si sono fatti passaggi con associazioni sportive, oratori e istituti scolastici -individuati come possibili "sentinelle" territoriali- con l'idea di iniziare a condividere know-how sui servizi e iniziare un percorso che portasse alla condivisione di linguaggi. Solo gli istituti scolastici hanno risposto positivamente condividendo con il tavolo la loro lettura del bisogno. Il tavolo ha proposto tale programma ad un bando Cariplo, non ottenendo finanziamento per carenza di un requisito. Da qui occorre ripartire.
--	---

VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)	L'interesse nel percorso è stato alto da parte di chi si è lasciato coinvolgere (scuola primaria, secondaria I grado e istituti professionali)
LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI	<i>Sufficientemente adeguato mancando soggetti importanti (sopra indicati)</i>
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE <i>(pagato*100)/preventivato</i>	<i><100% (non realizzato come programmato o sovrastimato)</i>
CRITICITÀ RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	Ricostruire la relazione con gli stakeholders, ampliando la platea dei possibili aderenti al tavolo. Riproporre un progetto rivedendo gli obiettivi.
QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?	NO in quanto il lavoro è ancora in una fase sperimentale
L'OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2018-2020)?	SI
L'OBIETTIVO VERRÀ' RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2025-2027?	Si

YOUNG NET, le politiche giovanili e lo spazio stazione.

Il numero dei Neet, i giovani che non sono né occupati, né inseriti in percorsi di formazione, è in crescita negli ultimi 10 anni, in Lombardia e anche in provincia di Como. È da una considerazione sul ruolo cruciale dei giovani e del protagonismo di questi ultimi nella vita sociale delle comunità locali, che è nato il progetto "Young Net", finanziato da Regione Lombardia ed Anci nell'ambito del programma "La Lombardia è dei Giovani", con capofila L'Azienda Consortile di Erba e le cooperative Mondovisione, Questa Generazione e Lotta Contro L'Emarginazione, insieme con i Comuni di Erba, Cantù e Mozzate, le associazioni giovanili Lo Snodo (Erba) e Giovani in Centro (Mozzate), hanno formato un'alleanza per proporre interventi di politiche giovanili sostenibili ed inclusivi. In un'area locale eterogenea e vasta, quale la Provincia di Como, il progetto si è posto come obiettivi la creazione di reti di soggetti e buone pratiche sul tema delle politiche giovanili ed il sostegno ad attività artistiche e culturali che provengano direttamente da gruppi di giovani.

L'incrocio tra le priorità del Piano Sociale di Zona e le Politiche Giovanili nata nel 2018 per il territorio Erbese ha dato un nuovo senso a luoghi fisici del territorio, per riqualificarli e farli diventare contenitori di idee e proposte per i giovani ma soprattutto con i giovani, a fronte di una generalizzata pregressa perdita di interesse nel pensare le politiche giovanili da parte delle Amministrazioni locali. Pertanto, l'obiettivo offerto dalla progettualità di Young Net sul bando "La Lombardia è dei Giovani" è stato quello di portare avanti un impegno per il miglioramento della condizione giovanile dell'erbese e degli Ambiti partner di progetto, aumentando i punti di connessione del territorio in una logica di spread di iniziative e attività che favoriscano l'autonomia, la crescita personale, professionale e la partecipazione attiva nella vita della comunità, avvalendoci della metodologia

propria del welfare di comunità per promuovere e realizzare politiche giovanili che siano al contempo sostenibili ed inclusive.

Dalla nostra parte abbiamo avuto l'esperienza maturata nelle progettualità pregresse e, come ulteriore spinta propulsiva, l'emergenza da COVID-19, che ha reso evidente quanto le politiche giovanili necessitino di essere supportate, ora e in futuro, trovando la giusta collocazione all'interno dei Piani Sociali di Zona.

Young Net è la risposta ai territori, erbese canturino e lomazzese, desideroso di tornare a dare spazio e corpo al protagonismo giovanile. Dopo l'esperienza di Job Training, progettualità di Regione ed ANCI Lombardia maggiormente orientata a supportare le nuove generazioni nella transizione scuola-lavoro, il partenariato ha raggiunto ambiziosi obiettivi:

- creazione di un sistema di condivisione delle iniziative ed attività rivolte alle nuove generazioni (15-34 anni),
- supporto al protagonismo giovanile nella realizzazione di iniziative artistico-culturali e sportive con momenti di sensibilizzazione e contrasto alla discriminazione in tutte le sue forme.
- coinvolgimento di enti esperti quali Questa Generazione, Mondovisione, Lotta Contro l'Emarginazione nella realizzazione degli interventi e assegnazione di un ruolo specifico che le associazioni giovanili (Lo Snodo e Giovani in Centro) ed i comuni partner (Cantù e Mozzate) portano tuttora avanti nel coinvolgimento di giovani su tutto il territorio.
- coinvolgimento a vario titolo di tanti e diversi i soggetti a sostegno del sui vari territori coinvolti: Azienda Sociale Comuni Insieme Lomazzo - Azienda Speciale Consortile Galliano- Cisl dei Laghi- Circolo ARCI di Mirabello (Cantù) - Legacoop Lombardia- ACLI provincia di Como- BCC Cantù- Cooperativa Spazio Giovani - Comune di Lomazzo- Confcooperative Insubria- CSV Insubria.

Lo **Spazio Stazione**, sito in Erba presso la stazione ferroviaria, concesso in comodato gratuito da Ferrovienord a questa Azienda, è un luogo dove i giovani sono pensati quali soggetti attivi e risorsa per la comunità; la sua gestione da parte dell'Ass.ne Lo Snodo consiste nella progettazione, organizzazione e realizzazione di attività aggregative, ludico-ricreative, formative, artistico-culturali, musicali, di impegno civico, di socializzazione e di prevenzione, orientate all'autodeterminazione e al protagonismo giovanile in fascia di età compresa fra 14 e i 30 anni. Lo spazio è anche sede di attività connesse con la programmazione zonale facente capo all'Ambito territoriale di Erba e pertanto può ospitare lo svolgimento sia di attività programmate nell'ambito del Piano di Zona non in contrasto con quelle definite dal regolamento stesso dello Spazio (es. riunioni ed eventi), sia attività richieste dai Comuni soci dell'Azienda o da enti esterni, all'uopo autorizzati da questo Ente, che desiderino utilizzare gli spazi disponibili.

Nell'Area qui tratta erano ricompresi poi anche alcuni obiettivi e progetti di dimensione sovra-distrettuale:

1. Progetto premialità “NET WORK – IN RETE PER IL LAVORO PARTECIPAZIONE, SVILUPPO E RESPONSABILITÀ CONDIVISE”. Obiettivo: accompagnamento di adolescenti e giovani in condizioni di maggiore fragilità verso l'età adulta.
2. Progetto premialità “I PERCORSI DI VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEI MINORI E DELLE FAMIGLIE”. Obiettivo: consolidare e condividere il lavoro intrapreso al fine di strutturare una metodologia di intervento condivisa fra servizi tutela Minori, Servizi Specialistici di UOC NPIA e UOSD Psicologia Clinica.

I progetti hanno entrambi ottenuto il riconoscimento del finanziamento, in quanto gli obiettivi previsti sono stati raggiunti.

Area tematica INTEGRAZIONE SOCIALE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ FISICHE PSICHICHE E SENSORIALI – Aree di policy B, C, D, I, J

Nell'area qui trattata, il Piano di zona prevedeva obiettivi sia di Ambito che sovrazonali.

A livello di Ambito, il tavolo tematico d'area aveva individuato alcuni specifici obiettivi, la cui valutazione è di seguito riassunta:

<p>GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBETTIVO RISPETTO A CIO' CHE ERA STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE</p> <p>Obiettivi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Creazione di un modello operativo integrato fra pubblico e privato per l'accompagnamento della persona con disabilità nelle diverse fasi del ciclo di vita, attraverso percorsi condivisi fra gli stakeholders, che possano rispondere il più possibile all'unicità della persona, costruendo progetti di vita dinamici e diversificati con una filiera di servizi che si evolvono secondo le esigenze emergenti della persona disabile e dei suoi caregivers 	<p>L'attenzione al focus dell'obiettivo è stata mantenuta, sebbene le azioni previste siano state rimodulate. Non si è realizzato il previsto tavolo permanente sulla disabilità con funzioni di analisi del bisogno, di individuazione delle risorse e di modellizzazione operativa di nuove forme di intervento, tuttavia tali funzioni sono state perseguiti attraverso l'interlocuzione con i soggetti coinvolti nel tavolo tematico d'area, nonché attraverso ulteriori collaborazioni su specifici progetti e su temi più circoscritti, talvolta anche trasversali a più aree tematiche (ad esempio per quanto riguarda i temi della non autosufficienza, dell'integrazione sociosanitaria e del sostegno al caregiver), con un esito parziale, ma comunque soddisfacente. Attraverso tali momenti si è infatti avviato un percorso di attribuzione di significati e contenuti condivisi, in linea con quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale in materia, ai temi dell'elaborazione del progetto di vita e di sviluppo di progettualità per la vita indipendente. Si è inoltre dato avvio ad una riflessione, con diversi interlocutori del territorio, circa lo sviluppo di servizi innovativi, a potenziamento della filiera dei servizi esistenti.</p> <p>Complessivamente l'obiettivo può considerarsi raggiunto almeno al 50%, considerando anche la risposta data in relazione all'emergere di nuove esigenze, come sopra descritto.</p>
---	---

VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)	///
LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI	<p><i>Sufficientemente adeguato, grazie al concorso di finanziamenti legati a specifici bandi, perseguiti dal servizio di gestione associata dedicato alla disabilità adulta</i></p> <p>Le risorse umane preventivate erano legate alla valorizzazione dell'impegno dedicato del personale del tavolo tematico e dell'ufficio di piano.</p>
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE	<p><i>Le risorse legate alle misure vengono utilizzate in entità diversa a seconda delle caratteristiche di ciascuna di esse e dell'evoluzione dei servizi e degli interventi territoriali rispetto a quanto finanziabile. In questo senso il raggiungimento solo parziale dell'obiettivo di implementazione della filiera ha comportato un utilizzo altrettanto parziale delle risorse derivanti dalle diverse misure (B2, Dopo di noi, PRO.V.I.,)</i></p>
CRITICITÀ RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBETTIVO	<p><i>Nel triennio si è lavorato molto per aprire lo sguardo sull'approccio progettuale della persona, e farlo come rete e non solo come singoli attori. Questo cambiamento, principalmente culturale, richiede tempi lunghi. Ciò comporta la disponibilità e la possibilità di uscire da logiche e dinamiche che hanno sorretto finora il lavoro di operatori e servizi, garantendone anche in parte la funzionalità, per percorre nuove vie, il cui esito non è sempre immediatamente visibile. Nel nuovo triennio si tornerà a lavorare con questa prospettiva, cercando di mettere in campo azioni concrete da sperimentare insieme, come rete, per provare a rendere più tangibili le potenzialità del cambio di approccio descritto.</i></p>
QUESTO OBETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?	<p><i>Sì, nella misura in cui ha avviato confronti fra soggetti appartenenti al sistema dei servizi e degli interventi spesso concentrate all'interno del proprio perimetro: è stato possibile sviluppare i temi della vita indipendente, dell'autonomia, degli accomodamenti ragionevoli, della multidimensionalità nella valutazione, del progetto di vita, del coinvolgimento diretto delle persone con disabilità e delle loro famiglie, condividendo, almeno in parte, una visione strategica al</i></p>

	<i>riguardo. Senza queste precondizioni non è possibile avviare il cambiamento nell'operatività</i>
L'OBBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2018-2020)?	NO
L'OBBIETTIVO VERRÀ' RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2025-2027?	Sì, riformulando in modo più circoscritto e preciso target e obiettivi

A livello di Ambito territoriale, all'interno degli obiettivi di politiche di inclusione sociale, è stato inoltre promosso anche il Progetto "S.A.S. STO AL SICURO- LA PROMOZIONE DELL'AUTOTUTELA E DELLA RESILIENZA DEL DISABILE NEL QUOTIDIANO, NELLE SITUAZIONI A RISCHIO E DI PROTEZIONE CIVILE", con gli obiettivi di

- creare un confronto tra il mondo della disabilità e il mondo della protezione civile, il cui rapporto è solitamente legato alla cultura del soccorso in cui la disabilità viene individuato e considerato come una "vulnerabilità" degna di attenzione/cura, ma senza una comprensione delle necessità specifiche della persona disabile, se non dal punto di vista del mero salvataggio.
- coinvolgere la persona con disabilità in un percorso che accresca la propria autoprotezione. Implementandone la capacità di capire e far fronte a delle situazioni di pericolo in vari contesti, intensificando l'autonomia, l'autodeterminazione e l'autostima della persona stessa.

Progetto S.A.S - STO AL SICURO. LA PROMOZIONE DELL'AUTOTUTELA E DELLA RESILIENZA DEL DISABILE NEL QUOTIDIANO, NELLE SITUAZIONI A RISCHIO E DI PROTEZIONE CIVILE

La logica del progetto proposto e finanziato da Regione Lombardia è stato studiare e applicare delle metodologie innovative, sperimentarle con i gruppi di disabili per poi trarne conclusioni positive e/o criticità che rendano questo progetto sperimentale replicabile in altri territori, che in questo modo possano beneficiare dell'esperienza fatta. Il tutto attraverso:

- lezioni frontali sul sistema di protezione civile, concetti di rischio e di soccorso;
- laboratori con simulazione di situazioni di pericolo individuale e "giochi di ruolo"; incontri con soccorritori, afferenti alle varie categorie si intervento.
- training on the spot, ovvero esperienza pratica sul campo, molto importante per affrontare singole tematiche o per agevolare l'apprendimento e il mantenimento delle tematiche più rilevanti anche nei ragazzi che apparentemente potrebbero fare più fatica nel trattenere i concetti legati alla sicurezza, fatta negli appartamenti di Casa Lorenza e Casa primavera con simulazioni di rischio domestico.

Il percorso formativo è stato inoltre condiviso con le famiglie allo scopo di enfatizzare il concetto di PREVENZIONE, inteso come "AMBIENTE SICURO": secondo il concetto: "*Rimuovo il pericolo eliminandolo a monte, se è possibile, o ricorrendo a supporti tecnologici che vengano in mio aiuto*"

Parte della formazione ha riguardato la gestione dell'emergenza e l'evacuazione dei luoghi a rischio, soprattutto legata a situazioni che coinvolgono i Centri Socio educativi e la scuola stessa, carente rispetto alla chiarezza nella definizione delle procedure specifiche di come affrontare situazioni di pericolo; quali azioni devono essere messe in atto in caso di emergenza e quali sono dunque le procedure per l'evacuazione del luogo (cioè: come muoversi in ambienti che presentano più situazioni di rischio?). L'evacuazione non è solo "lasciare un luogo" ma a volte comporta il dovere restare in luoghi non abituali per un tempo prolungato. L'esperienza ha messo in evidenza quanto

sia importante fare un lavoro propedeutico al concetto di sicurezza e protezione definito dalla protezione civile perché è importante per le persone disabili “contestualizzare ambiente e situazioni specifiche” per una loro carenza di generalizzazione dei concetti.

I corsi preparati per le persone disabili e per i volontari sono stati oggetto di condivisione con il CEDISMA - Centro Studi sulla Disabilità e Marginalità dell'Università Cattolica di Milano per una condivisione dei temi e degli approcci. La discussione fatta con gli amministratori (Sindaci e Assessori) ed i Responsabili operativi comunali (ROC), partita dall'analisi dei piani d'emergenza, alla luce della normativa, ha portato ad approfondire la Scheda SVEI per la valutazione delle persone con fragilità e disabilità e definire la necessità di proporre una scheda SaS adattata al nostro territorio, in considerazione del lungo lavoro fatto con protezione civile in tema di disabilità. Agli incontri hanno partecipato anche il Dott. Bernasconi della Provincia di Como e alcuni referenti del comune di Pozzolengo, interessato alle attività del Progetto SaS. La scheda SaS è quindi un documento condiviso nato dal progetto, agile, flessibile perché aggiornabile, atto a rilevare, in collaborazione con Servizi sociali, Anagrafe, Ufficio tecnico e ASST, le fragilità territoriali mantenendo alta l'attenzione alla privacy della persona fragile. Una scheda che integra tutte le informazioni necessarie in caso di emergenza per individuare dove si trova la persona e quali sono i suoi bisogni; dati che diventeranno preziosi per i Comuni e i volontari di Protezione civile.

Modello scheda SAS:

   <p>SCHEDA S.A.S - DISABILITA' E SICUREZZA VALUTAZIONE DELLE ESIGENZE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ RESIDENTI NEI COMUNI DELL'AMBITO TERRITORIALE DI ERBA</p> <p>1. Dati Anagrafici della Persona con Disabilità/Fragilità</p> <table border="1"> <tr> <td>Cognome: _____</td> <td>Nome: _____</td> <td>Codice di riferimento: _____</td> </tr> <tr> <td>Data di Nascita: _____</td> <td>Luogo di Nascita: _____</td> <td>Nazione: _____</td> </tr> </table> <p>1.1 Residenza e caratteristiche abitative</p> <table border="1"> <tr> <td>Comune: _____</td> <td>Località: _____</td> <td>CAP: _____</td> <td>Via: _____</td> <td>Numero Civico: _____ interno: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Tipologia di Abitazione: condominio <input type="checkbox"/> casa a schiera <input type="checkbox"/> casa singola <input type="checkbox"/> piano: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Ulteriori note o precisazioni sull'abitazione: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Recapiti di contatto della Persona con Disabilità/Fragilità:</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Telefono: _____ Cellulare: _____ Email: _____</td> </tr> </table>	Cognome: _____	Nome: _____	Codice di riferimento: _____	Data di Nascita: _____	Luogo di Nascita: _____	Nazione: _____	Comune: _____	Località: _____	CAP: _____	Via: _____	Numero Civico: _____ interno: _____	Tipologia di Abitazione: condominio <input type="checkbox"/> casa a schiera <input type="checkbox"/> casa singola <input type="checkbox"/> piano: _____					Ulteriori note o precisazioni sull'abitazione: _____					Recapiti di contatto della Persona con Disabilità/Fragilità:					Telefono: _____ Cellulare: _____ Email: _____					   <p>2. Dati anagrafici del Familiare o della Persona di riferimento</p> <p>Titolo (Ad esempio Genitore, Familiare, Tutore, Amm.re di sostegno, etc.): _____</p> <table border="1"> <tr> <td>Cognome: _____</td> <td>Nome: _____</td> </tr> <tr> <td>Data di Nascita: _____</td> <td>Luogo di Nascita: _____ Nazione: _____</td> </tr> </table> <p>2.1 Residenza del Familiare o della Persona di riferimento</p> <table border="1"> <tr> <td>Via: _____</td> <td>Numero Civico: _____</td> </tr> <tr> <td>Località: _____</td> <td>CAP: _____</td> </tr> <tr> <td>Comune: _____</td> <td></td> </tr> </table> <p>Recapiti di contatto del Familiare o della Persona di riferimento:</p> <table border="1"> <tr> <td>Telefono: _____</td> </tr> <tr> <td>Cellulare: _____</td> </tr> <tr> <td>Email: _____</td> </tr> </table> <p>Note sulla Disabilità/Fragilità:</p> <table border="1"> <tr> <td>Disabilità/Fragilità: Temporanea <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Invalidità <input type="checkbox"/> = percentuale _____</td> </tr> <tr> <td>Autosufficienza: Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> parzialmente autosufficiente <input type="checkbox"/> collaborante <input type="checkbox"/> non collaborante <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tipo di Disabilità/Fragilità:</td> </tr> <tr> <td>Motoria <input type="checkbox"/> Sensoriale Uditiva <input type="checkbox"/> Sensoriale Visiva <input type="checkbox"/> cognitiva <input type="checkbox"/> patologie psichiatriche <input type="checkbox"/> patologie neurologiche <input type="checkbox"/> Fragilità <input type="checkbox"/> Anziano/a non Autosufficiente <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Cognome: _____	Nome: _____	Data di Nascita: _____	Luogo di Nascita: _____ Nazione: _____	Via: _____	Numero Civico: _____	Località: _____	CAP: _____	Comune: _____		Telefono: _____	Cellulare: _____	Email: _____	Disabilità/Fragilità: Temporanea <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/>	Invalidità <input type="checkbox"/> = percentuale _____	Autosufficienza: Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> parzialmente autosufficiente <input type="checkbox"/> collaborante <input type="checkbox"/> non collaborante <input type="checkbox"/>	Tipo di Disabilità/Fragilità:	Motoria <input type="checkbox"/> Sensoriale Uditiva <input type="checkbox"/> Sensoriale Visiva <input type="checkbox"/> cognitiva <input type="checkbox"/> patologie psichiatriche <input type="checkbox"/> patologie neurologiche <input type="checkbox"/> Fragilità <input type="checkbox"/> Anziano/a non Autosufficiente <input type="checkbox"/>
Cognome: _____	Nome: _____	Codice di riferimento: _____																																																
Data di Nascita: _____	Luogo di Nascita: _____	Nazione: _____																																																
Comune: _____	Località: _____	CAP: _____	Via: _____	Numero Civico: _____ interno: _____																																														
Tipologia di Abitazione: condominio <input type="checkbox"/> casa a schiera <input type="checkbox"/> casa singola <input type="checkbox"/> piano: _____																																																		
Ulteriori note o precisazioni sull'abitazione: _____																																																		
Recapiti di contatto della Persona con Disabilità/Fragilità:																																																		
Telefono: _____ Cellulare: _____ Email: _____																																																		
Cognome: _____	Nome: _____																																																	
Data di Nascita: _____	Luogo di Nascita: _____ Nazione: _____																																																	
Via: _____	Numero Civico: _____																																																	
Località: _____	CAP: _____																																																	
Comune: _____																																																		
Telefono: _____																																																		
Cellulare: _____																																																		
Email: _____																																																		
Disabilità/Fragilità: Temporanea <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/>																																																		
Invalidità <input type="checkbox"/> = percentuale _____																																																		
Autosufficienza: Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> parzialmente autosufficiente <input type="checkbox"/> collaborante <input type="checkbox"/> non collaborante <input type="checkbox"/>																																																		
Tipo di Disabilità/Fragilità:																																																		
Motoria <input type="checkbox"/> Sensoriale Uditiva <input type="checkbox"/> Sensoriale Visiva <input type="checkbox"/> cognitiva <input type="checkbox"/> patologie psichiatriche <input type="checkbox"/> patologie neurologiche <input type="checkbox"/> Fragilità <input type="checkbox"/> Anziano/a non Autosufficiente <input type="checkbox"/>																																																		



CONSORZIO ERBESE
SERVIZI ALLA PERSONA






SAI STO AL SICURO

Comune di Albavilla

aiuto nella deambulazione: SI NO

aiuto nelle mansioni quotidiane: SI NO

Altre Condizioni di Fragilità: _____

Ulteriori informazioni sulle condizioni di fragilità/compresenza di patologie:
(es. dispnea, problemi respiratori, cardiopatie, ...)

Ausili alla persona:
(occhiali, protesi dentarie, apparecchio acustico, ...)

Attrezzature di Supporto Vitale necessarie:
Specificare:
(carrozzina, deambulatore, stampelle, ossigeno, assistenza continua, ...)

Farmaci Salva Vita:
Specificare _____

Grado di necessità di assistenza in caso di emergenza:
Basso Medio Alto

MMG di riferimento: _____

NOTE:



**INFORMATIVA SULLA PRIVACY E AUTORIZZAZIONE
AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DEL RICHIEDENTE**

Il/la sottoscritto/a		
Cognome:	Nome:	
Nato/a il a		
residente nel Comune di		
Via:	n.	
Codice Fiscale:		
Telefono:		
Cellulare:		
Email:		

DICHIARA

1. di essere informato/a, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.196 /2003 sulla tutela dei dati personali, che i primi dati personali sono trattati nel corso delle condizioni della presente richiesta salvo, trattarsi in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili, con modalità automatiche, anche mediante sistemi informatizzati solo ed esclusivamente nell'ambito del progetto AGGIORNAMENTO DATI DEL PIANO COMUNALE PROTEZIONE CIVILE e non saranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione;
2. di acconsentire con la presente dichiarazione, al trattamento dei propri dati personali, svolto con le modalità e per le finalità indicate, ed in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili;
3. di essere a conoscenza del fatto di poter esercitare i diritti previsti dall'art. 7 della Legge 196/2003, tra i quali il diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati nonché la loro cancellazione, mediante comunicazione scritta da inoltrarsi al titolare del trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti della stessa legge;
4. di essere informato che il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili" idonei a rilevare lo stato di salute;
5. di essere a conoscenza che titolare del trattamento è il **COMUNE DI**

di **ACCETTARE** le condizioni qui esposte

Firma: _____

Scheda compilata da: _____

Altra importante azione condotta nell'ambito del progetto è stata la formazione dei volontari di Protezione civile, affrontando con loro il tema della disabilità e le modalità di approccio ad essa, in un processo di aiuto che si intende agevolare e rendere ancor più efficace ed efficiente.

Obiettivi principali del corso:

- IMPLEMENTARE CONOSCENZE DI BASE SUI DISTURBI DEL NEURO-SVILUPPO E CONOSCERE LE DIVERSE MODALITÀ DI APPROCCIO COMUNICATIVO
- FORMARE I VOLONTARI DI PROTEZIONE CIVILE AFFINCHÉ SUPPORTINO LA PERSONA CON DISABILITÀ NEL PERCORSO DI CONOSCENZA DEI RISCHI PER PERVENIRE AD UNA MAGGIORE CAPACITÀ DI PREVENZIONE ED AUTOPROTEZIONE DELLA PERSONA STESSA.

CREARE, CON LE STRUTTURE PREDISPOSTE E LA FAMIGLIA DELLE PERSONE CON DISABILITÀ, PROGETTI DEDICATI AI DISABILI ALL'INTERNO DEI PIANI DI PROTEZIONE CIVILE COMUNALE (COME DA NORMATIVA NAZIONALE E REGIONALE VIGENTE)

Per quanto riguarda il livello sovra-zonale, il progetto premialità “RETE LARIANA PER L’INCLUSIONE” aveva come obiettivo formalizzare buone prassi che ottimizzino la collaborazione tra Servizi di NPA dell’Infanzia e dell’Adolescenza della ASST Lariana e/o accreditati, servizi dei Comuni, servizi delle Aziende Speciali/Consorzi, Scuole, in merito alla presa in carico precoce dei minori con disabilità al fine offrire una risposta unitaria e integrata che riduca l’attuale frammentazione delle risposte per permettere la strutturazione del progetto di vita. Ciò con particolare attenzione alla possibilità di estensione omogenea delle buone prassi a tutto il territorio della Provincia di Como, all’uniformità delle modalità di assegnazione dell’assistenza scolastica, del ruolo dell’educatore e delle modalità di attuazione dell’intervento, al coinvolgimento delle famiglie nei momenti di scelta e nella strutturazione del progetto di vita. Il progetto ha ottenuto il riconoscimento del finanziamento, in quanto gli obiettivi previsti sono stati raggiunti.

Area tematica SOLIDARIETÀ E INTEGRAZIONE SOCIALE – Aree di policy A, B, C, H, I, J

Specificata attenzione è stata data principalmente a due focus di intervento:

1. la vulnerabilità e la fragilità legate alla presenza di più fattori di rischio, nelle dimensioni economiche, lavorative, abitative sanitarie e relazionali;
2. all’interno di tale problematica, quella specifica della fragilità abitativa, a sua volta multidimensionale

Per quanto attiene il primo punto l’obiettivo prefissato riguardava la promozione e il rinforzo reti territoriali utili ad una maggiore inclusione sociale, attraverso lo sviluppo della funzione di segretariato sociale, orientamento e presa in carico, interventi atti ad ampliare l’offerta per i percettori di RdC, il consolidamento di un modello di lavoro, centrato sull’equipe multidisciplinare e di un eventuale protocollo operativo in tal senso.

Gli obiettivi prefissati sono stati raggiunti attraverso le azioni legate alla realizzazione degli interventi previsti a favore dei percettori di RdC prima e di Adl poi, in massima parte sviluppati all’interno della coprogettazione con il terzo settore. Gli interventi sono andati via via precisandosi e definendosi, in modo da fornire risposte sempre più su misura rispetto alle esigenze poste da questo target, caratterizzato da complessità e multidimensionalità del bisogno, e così pure il modello di funzionamento del servizio nel suo complesso. Nel marzo 2023 è stato definito un accordo quadro sottoscritto da tutti i Comuni dell’Ambito, contente le prime linee guida per la gestione della misura del RdC, ancora in uso con l’avvento dell’Adl. Inoltre, a livello sovrazonale, è proseguito il lavoro della RETE PROVINCIALE “REDDITO DI CITTADINANZA (RdC)”, che impegna tuttora operatori di tutti gli Ambiti nella strutturazione di buone prassi da attuare nella presa in carico dei beneficiari, nell’implementazione della misura, attraverso il confronto e la condivisione per la gestione degli aspetti più complessi della misura e fornendo agli operatori una strutturazione vincente nell’interazione con gli altri attori della Rete inter-istituzionale.

Di seguito si riportano alcuni dati relativi alle attività svolte nel periodo gennaio 2023 -

I trimestre 2023	Dati di Ambito
ETA' MEDIA	50/55 anni
N. ASSEGNAZIONI AI CASE MANAGER	189
N. PRIMI COLLOQUI	46
N. ANALISI PRELIMINARE	40
N. PaIs	32
N. ESCLUSI	10
N. CASI A GESTIONE INTEGRATA CON CPI	7
N. CASI C	6
N. CASI D	0
N. CASI GESTITI con le medesime procedure destinate ai casi complessi	14
N. EMD	6
N. PERCORSI TIROCINIO	6
N. PERCORSI INDIVIDUALI DI EDUCAZIONE FINANZIARIA	6
N. NUCLEI PARTECIPANTI GRUPPO ORIENTAMENTO LAVORATIVO	4
N. NUCLEI PARTECIPANTI GRUPPO ALFABETIZZAZIONE DIGITALE	5
N. CORSI SICUREZZA	1
N. PARTECIPANTI	28
N. PERCORSI di SUPPORTO PSICO SOCIALE	8
N. INTERVENTI EDUCATIVI AVVIATI	47
N. PUC ATTIVI	6
n. PARTECIPANTI	10

II trimestre 2023	Dati di Ambito
ETA' MEDIA	50/55 anni
N. ASSEGNAZIONI AI CASE MANAGER	175
N. PRIMI COLLOQUI	53
N. ANALISI PRELIMINARE	50
N. PaIs	19
N. ESCLUSI	15
N. CASI A GESTIONE INTEGRATA CON CPI	4
N. CASI C	3
N. CASI D	1
N. CASI GESTITI con le medesime procedure destinate ai casi complessi	13
N. EMD	10
N. PERCORSI TIROCINIO	7
N. PERCORSI DI EDUCAZIONE FINANZIARIA	5 nuclei
N. CORSI SICUREZZA	1
N. PARTECIPANTI	18
N. PERCORSI di SUPPORTO PSICO SOCIALE	5
N. INTERVENTI EDUCATIVI attivi	50
N. Nuclei attivi in percorsi di sostegno alla genitorialità	8
N. PUC ATTIVI	7
n. PARTECIPANTI	11

III trimestre 2023	Dati di Ambito
ETA' MEDIA	45/50 anni
N. ASSEGNAZIONI AI CASE MANAGER	171
N. PRIMI COLLOQUI	42
N. ANALISI PRELIMINARE	36
N. PalS	17
N. ESCLUSI	9
N. CASI A GESTIONE INTEGRATA CON CPI	5
N. CASI C	2
N. CASI D	0
N. CASI GESTITI con le medesime procedure destinate ai casi complessi	5
N. EMD	5
N. PERCORSI TIROCINIO	3
N. PERCORSI DI EDUCAZIONE FINANZIARIA	2
N. partecipanti gruppo educazione finanziaria	5
N. CORSI SICUREZZA	1
N. PARTECIPANTI	12
N. PERCORSI di SUPPORTO PSICO SOCIALE	4
N. INTERVENTI EDUCATIVI attivi	59
N. incontri GRUPPO SOCIALITA'	2
N. partecipanti	22
N. Nuclei attivi in percorsi di sostegno alla genitorialità	7
N. PUC ATTIVI	7
n. PARTECIPANTI	11

IV trimestre 2023	Dati di Ambito
ETA' MEDIA	45/50 anni
N. ASSEGNAZIONI AI CASE MANAGER	170
N. PRIMI COLLOQUI	39
N. ANALISI PRELIMINARE	43
N. PalS	35
N. ESCLUSI	12
N. CASI A GESTIONE INTEGRATA CON CPI	5
N. CASI C	1
N. CASI D	1
N. CASI GESTITI con le medesime procedure destinate ai casi complessi	15
N. EMD	7
N. PERCORSI TIROCINIO	4
N. CORSI SICUREZZA	3
N. PARTECIPANTI	22
N. CORSI HACCP	1
N. PARTECIPANTI	16
N. PERCORSI di SUPPORTO PSICO SOCIALE	5
N. INTERVENTI EDUCATIVI attivi	76
N. incontri GRUPPO SOCIALITA'	3
N. totale partecipanti	32
N. Nuclei attivi in percorsi di sostegno alla genitorialità	5
N. PUC ATTIVI	8
N. PARTECIPANTI	8

I trimestre 2024	Dati di Ambito
ETA' MEDIA	60 anni
N. PRIMI COLLOQUI	40
N. CASI ALLA 1° DOMANDA	130
N. ANALISI PRELIMINARE	24
N. PalS	20
N. CASI A GESTIONE INTEGRATA CON CPI	/
N. CASI COMPLESSI	5
N. CASI CON INVIO A SERVIZI SPECIALISTICI	/
N. NUCLEI PRECEDENTEMENTE IN CARICO AI SERVIZI SOCIALI	5
N. EMD	5
N. PERCORSI TIROCINIO	4
N. PERCORSI INDIVIDUALI DI EDUCAZIONE FINANZIARIA	1
N. CORSI SICUREZZA partecipanti	2 5
N. PERCORSI di SUPPORTO PSICO SOCIALE	9
N. INTERVENTI EDUCATIVI attivi	59
N. incontri GRUPPO SOCIALITA' partecipanti	3 49
N. Nuclei attivi in percorsi di sostegno alla genitorialità	8
N. azioni educative domiciliari con minori	2
N. PUC ATTIVI	2
Beneficiari SFL	1
Beneficiari ADI	1

II trimestre 2024	Dati di Ambito
ETA' MEDIA	60
N. PRIMI COLLOQUI	85
N. CASI ALLA 1° DOMANDA	85
N. ANALISI PRELIMINARE	59
N. PalS	9
N. CASI A GESTIONE INTEGRATA CON CPI	6
N. CASI con quadro di analisi	7
N. CASI CON INVIO A SERVIZI SPECIALISTICI	1
N. EMD	5
N. PERCORSI TIROCINIO	4
N. PERCORSI INDIVIDUALI DI EDUCAZIONE FINANZIARIA	/
N. incontri del GRUPPO DI EDUCAZIONE FINANZIARIA partecipanti	4 6
N. CORSI SICUREZZA (corso generale e rischio medio) partecipanti	/ /
N. PERCORSI di SUPPORTO PSICO SOCIALE	9
N. INTERVENTI EDUCATIVI attivi	55
N. incontri GRUPPO SOCIALITA' partecipanti	3 29
N. Nuclei attivi in percorsi di sostegno alla genitorialità	5
N. PUC ATTIVI	3
Beneficiari SFL	1
Beneficiari ADI	2

LE POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO ed ERBALAVORO

Il servizio ha da tempo cambiato identità, accentrandone la sua azione sulle persone vulnerabili e sulla costruzione di una rete stabile non solo con i servizi sociali comunali, ma con centro per l'impiego, SIL territoriali, aziende ed enti di formazione. Il servizio offre opportunità di ricollocare nel mondo del lavoro persone che devono riappropriarsi di competenze adeguate alle richieste attuali. L'obiettivo di collocare erbalavoro e il centro per l'impiego di Erba in un luogo unico per ottimizzare energie, strumenti e risultati è in programma ma in relazione alle risorse regionali disponibili è stato programmato ma non ha ancora trovato attuazione.

Il ricollocamento al lavoro è l'intervento maggiormente richiesto; anche se da una valutazione interna al servizio non sempre la richiesta è appropriata perché le persone collocate in questa fascia dovrebbero essere quelle che si individua avere un profilo adeguato al ricollocamento.

La presa in carico di questo servizio potremmo definirla «leggera» perché le persone sono seguite in modo continuativo per tre mesi circa, il tempo utile per fornire alle persone un quadro delle loro risorse, del mondo del lavoro e tutti gli strumenti necessari per la ricerca attiva del lavoro. Successivamente il database viene utilizzato quando abbiamo delle richieste o per rifare dei follow up a distanza di tempo. Questo è il valore di Erbalavoro: un servizio che accompagna le persone a riconoscere le proprie risorse e ad orientarle al meglio e nel contempo fornire gli strumenti efficaci per la ricerca; elementi che potranno continuare ad usare anche dopo la fine del percorso ad Erbalavoro.

La riflessione va fatta per le persone in carico al servizio con profili difficilmente collocabili: Identikit della persona che difficilmente potrà reinserirsi oggi nel mondo del lavoro: Età superiore ai 50 anni, fuori dal mercato del lavoro da più di 5 anni; bassa scolarità privi di competenze specifiche. Erbalavoro insieme agli altri servizi che si occupano di politiche attive del lavoro sta facendo nei tavoli istituzionali una serie di riflessioni che porta sempre di più alla necessità di andare verso un percorso di affiliazione con le aziende presenti sul territorio.

Per questo motivo il servizio ha da tempo avviato un fitto dialogo con agenzie del lavoro accreditate, presenti su altri territori, perché possano insieme ad Erbalavoro aprire un dialogo con le aziende del territorio Erbese per creare quell'affiliazione necessario all'inserimento lavorativo anche di persone svantaggiate. Rimane aperta la riflessione sulle persone con un profilo di occupabilità non idoneo al mercato del lavoro che si collocano nella fascia dello svantaggio. Attraverso il servizio Erbalavoro e la collaborazione con gli altri SIL del territorio provinciale si prosegue l'attività di orientamento e supporto alle persone in cerca di occupazione o estromesse dal mondo del lavoro, applicando anche gli strumenti messi a disposizione da Regione.

Il programma GOL ha offerto un'offerta di servizi integrati, basati su una cooperazione tra i servizi pubblici e privati, prevedendo percorsi di accompagnamento al lavoro, di aggiornamento o riqualificazione professionale, in rete con gli altri servizi territoriali (sociali, socio-sanitari, di conciliazione, educativi) nel caso di bisogni complessi, quali quelli di persone con disabilità o con fragilità. Grazie alla personalizzazione dei servizi, le persone sono state indirizzate al percorso più adeguato grazie ad un orientamento di base mirato e alla valutazione dell'occupabilità attuata tramite l'assessment quali-quantitativo.

ERBALAVORO 2024

COMUNI	SEGUITI	DISABILI	FRAGILI
Albavilla	17	9	8
Alserio	6	3	3
Alzata Brianza	6	2	4
Anzano Del Parco	9	1	8
Asso	3	1	2
Barni	0	0	0
Brenna	11	3	8
Caglio	1	0	1
Canzo	15	8	7
Caslino D'erba	5	1	4
Castelmarte	4	2	2
Erba	38	10	28
Eupilio	1	0	1
Lambrugo	14	2	12
Lasnigo	1	1	0
Longone	4	1	3
Magreglio	1	1	0
Merone	17	6	11
Monguzzo	17	6	11
Orsenigo	9	4	5
Ponte Lambro	8	3	5
Proserpio	0	0	0
Pusiano	2	2	0
Rezzago	0	0	0
Sormano	0	0	0
Valbrona	3	1	2
Veleso	0	0	0
Zelbio	0	0	0
TOTALE	192	67	125

ASSUNTI TEMPO DETERMINATO	ASSUNTI TEMPO INDETERMINATO
28	2

COLLABORAZIONI

ENTI	SETTORE
Fondazione Scuola dell'infanzia Zaffiro Isacco	Scolastico
G.P.M Snc di Ronchetti Monica e Pietro	Industriale
Panificio Bertarini di Bertarini Dario e S.N.C	Bar pasticceria
Doppio Zero	Bar pasticceria
Cooperativa Sociale NoiVoiLoro	Sociale
Asilo infantile Rosetta Tremolada	Scolastico
Cooperativa Sociale MIME	Sociale
Il Corazziere - La Casa del Mulino	Ristorazione
Lario Libri SRL	Aziendale
Ciceri Garden	Garden
Società Agricola La Runa	Agricolo
Cooperativa MANI TESE	Cooperativa
Cooking srl – Catering e Events	Ristorazione
Cooperativa Sociale SI Può FARE	Sociale
Artigiani Guanelliani	Falegnameria
Canile Erba	Volontariato
Istituto comprensivo PUECHER	Scolastico
Scuola dell'infanzia VIDARIO	Scolastico
Cooperativa sociale NON TUTTO MA DI TUTTO	Sociale
ART RACING	Equitazione
TECUM Servizi Alla Persona	Inserimenti lavorativi
CGIL Lecco	Sindacati
CPS Mariano Comense	Reinserimento sociale
Scuola dell'infanzia A. Gianetti	Scolastico
Cooperativa Sociale MICHEA	Sociale
La cascina di Mattina	Agriturismo
Proloco Valbrona	Volontariato
Comune Merone	Comune
Oasi S. Maria Degli angeli	Sociale
Cooperativa sociale Tikvà	Sociale
Man power	Agenzia interinale
GiGroup	Agenzia interinale
Synergie spa	Agenzia interinale
Adecco	Agenzia interinale
Umana	Agenzia interinale
Caritas	Volontariato
Randstad	Agenzia interinale
La Nostra Famiglia (Bosisio Parini)	Inserimento lavorativo
Centro Impiego Erba	Inserimento lavorativo
Hotel Mirabeau	Ristorazione

ERBALAVORO: LE PERSONE FRAGILI DAL 2018 AL 2024

GENERE		
MASCHI	45,3	125
FEMMINE	54,7	151
TOTALE	100	276

FASCIA D'ETA'		
0-18	1,1	3
19-30	23,6	65
31-50	47,5	131
51-60	21,7	60
60-100	6,2	17
TOTALE	100	276

COMUNE DI RESIDENZA		
Albavilla	9,1	25
Alserio	2,5	7
Alzate Brianza	6,9	19
Anzano del Parco	4,0	11
Asso	4,7	13
Barni	0,4	1
Brenna	2,9	8
Caglio	0,0	0
Canzo	4,0	11
Caslino d'Erba	2,9	8
Castelmarte	1,4	4
Erba	22,1	61
Eupilio	2,2	6
Lambrugo	7,2	20
Lasnigo	0,0	0
Longone al Segrino	3,6	10
Magreglio	0,4	1
Merone	5,1	14
Monguzzo	9,1	25
Orsenigo	4,0	11
Ponte Lambro	4,0	11
Proserpio	0,0	0
Pusiano	0,7	2
Rezzago	0,4	1
Sormano	0,4	1
Valbrona	2,2	6
Veleso	0,0	0
Zelbio	0,0	0
TOTALE	100	276

ANNO DI SEGNALAZIONE		
2018	1,1	3
2019	10,9	30
2020	15,9	44
2021	10,1	28
2022	18,8	52
2023	22,8	63
2024	20,3	56
TOTALE	100	276

ISTRUZIONE		
Licenza elementare	2,2	6
Licenza media	46,7	129
Attestato triennale	7,2	20
Diploma	22,5	62
OSS	0,4	1
Laurea triennale	1,1	3
Laurea magistrale	2,9	8
Estero	16,7	46
ASA	0,4	1
TOTALE	100	276

NAZIONALITA'		
Estera	33	102
Italiana	67	174
TOTALE	100	276

ERBALAVORO PERSONE CON DISABILITA' DAL 2018 AL 2024

GENERE		
MASCHI	60,0	87
FEMMINE	40,0	58
TOTALE	100	145

FASCIA D'ETA'		
0-18	1,4	2
19-30	21,4	31
31-50	33,1	48
51-60	35,9	52
60-100	8,3	12
TOTALE	100	145

COMUNE DI RESIDENZA		
Albavilla	7,0	10
Alserio	0,7	1
Alzate Brianza	4,9	7
Anzano del Parco	4,9	7
Asso	2,8	4
Barni	0,7	1
Brenna	5,6	8
Caglio	0,0	0
Canzo	9,8	14
Caslino d'Erba	1,4	2
Castelmarte	1,4	2
Erba	18,9	28
Eupilio	1,4	2
Lambrugo	6,3	9
Lasnigo	1,4	2
Longone al Segrino	1,4	2

NAZIONALITA'		
Italiana	91,7	133
Estera	8,3	12
TOTALE	100	145

ANNO DI SEGNALAZIONE		
2018	5,5	8
2019	12,4	18
2020	17,2	25
2021	16,6	24
2022	13,8	20
2023	21,4	31
2024	13,1	19
TOTALE	100	145

Magreglio	0,7	1
Merone	9,8	14
Monguzzo	8,4	12
Orsenigo	3,5	5
Ponte Lambro	2,8	4
Proserpio	0,7	1
Pusiano	2,1	3
Rezzago	0,7	1
Sormano	0,0	0
Valbrona	2,8	4
Veleso	0,0	0
Zelbio	0,0	0
TOTALE	100	145

LIVELLO D'ISTRUZIONE		
Licenza elementare	2,1%	3
Licenza media	55,2%	80
Attestato triennale	11,7%	17
Diploma	24,8%	36
OSS	0,7%	1
Laurea triennale	0,0%	0
Laurea magistrale	1,4%	2
Esterro	4,1%	6
ASA	0,0%	0
TOTALE	100%	145

Per quanto riguarda la tematica dell'**abitare**, oggetto di attenzione specifica nel piano di zona 21/23 a seguito della definizione di un proprio obiettivo, si riassume di seguito una sommaria valutazione.

<p>GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBBIETTIVO RISPETTO A CIO' CHE ÈRA STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE</p> <p>1 Costituzione formale di un gruppo di lavoro denominato “Abitare sociale”, con il coinvolgimento di diversi stakeholder territoriali</p> <p>2 Costruzione di un modello operativo per fronteggiare il problema dell’abitare in situazioni di fragilità economica e/o sociale</p>	<p>Dal tavolo tematico d’area è stato costituito un sottogruppo di lavoro che ha promosso un percorso di autoformazione e di confronto con altre realtà territoriali sul tema. Il sottogruppo ha visto la graduale inclusione di realtà che non avevano inizialmente aderito ai tavoli tematici. Da tale percorso è emersa la necessità di approfondire le dimensioni del problema nello specifico del territorio dell’Ambito, cosa che è stata fatta un’indagine sulla fragilità abitativa realizzata ad hoc da risorse interne dell’ufficio di piano, realizzando in tal senso un obiettivo inizialmente non previsto. Il gruppo di lavoro ha consolidato la propria identità di soggetto titolato a coprogrammare le linee di intervento e ad interloquire con i soggetti istituzionali da coinvolgere.</p> <p>Non si è pervenuti ad una proposta pratica o ad una modellizzazione, ma attualmente si è definito un ventaglio di opportunità che dovranno essere sottoposte nei prossimi mesi al vaglio del livello politico, per definire quali linee strategiche perseguire e con quali risorse. Il terreno è pronto per affrontare questo punto con la nuova programmazione</p> <p>Si ritiene questo obiettivo raggiunto nella misura del 70%.</p>
<p>VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)</p>	<p>////</p>
<p>LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI</p>	<p>Adeguato alla fase di autoformazione e parzialmente adeguato alla fase di indagine. Tuttavia per poter sviluppare le idee emerse nel percorso del gruppo di lavoro sarebbe auspicabile lo sviluppo di un servizio di Ambito</p>
<p>LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE (pagato*100)/preventivato</p>	<p><i>Non erano previste spese specifiche e le azioni sono state condotte con risorse umane interne all’Ufficio di Piano</i></p>
<p>CRITICITÀ RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBBIETTIVO</p>	<p><i>Indicare i fattori di criticità e definire il piano di miglioramento (nel caso in cui l’obiettivo venga riconfermato parzialmente o totalmente)</i></p>

	Il contesto, all'avvio della programmazione, era caratterizzato dall'assenza di conoscenze e visioni condivise sul tema dell'abitare e dalla frammentazione degli interventi. Non esiste un servizio di Ambito che ricomponga interventi, attori, letture. Dovendo partire dalle basi il percorso è stato lungo. Inoltre le risorse umane dedicate sono relativamente ridotte e la continuità e del lavoro ne ha risentito.
QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?	<i>Si, in parte</i> Si ritiene che il lavoro svolto potrà dispiegare i suoi effetti in un vero e proprio impatto sociale in questa programmazione (2025/2027) a partire dalle basi poste nel triennio precedente.
L'OBBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2018-2020)?	NO
L'OBBIETTIVO VERRÀ' RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2025-2027?	<i>Si, sviluppare possibili risposte al bisogno abitativo definito nell'indagine condotta</i>

A livello sovrazonale la programmazione prevedeva anche il progetto per la premialità “NET WORK – IN RETE PER IL LAVORO PARTECIPAZIONE, SVILUPPO E RESPONSABILITÀ CONDIVISE”, il cui obiettivo era la promozione dell'inclusione attiva, attraverso interventi che potenzino e valorizzino, mettendole in rete, risorse anche già presenti sul territorio e che conducano alla creazione di buone prassi di collaborazione tra soggetti molto diversi tra di loro attraverso sperimentazioni concrete.

Il progetto si rivolgeva alle fasce particolarmente colpite dalla fragilità lavorativa e formativa: i NEET, già citati, ma anche tutte le fasce di fragilità che tipicamente si rivolgono ai servizi di inserimento lavorativo, come persone con disabilità, adulti esclusi dal mondo del lavoro e persone senza qualifiche specifiche.

Il progetto ha ottenuto il riconoscimento del finanziamento, in quanto gli obiettivi previsti sono stati raggiunti.

2. IL CONTESTO DELLA PROGRAMMAZIONE

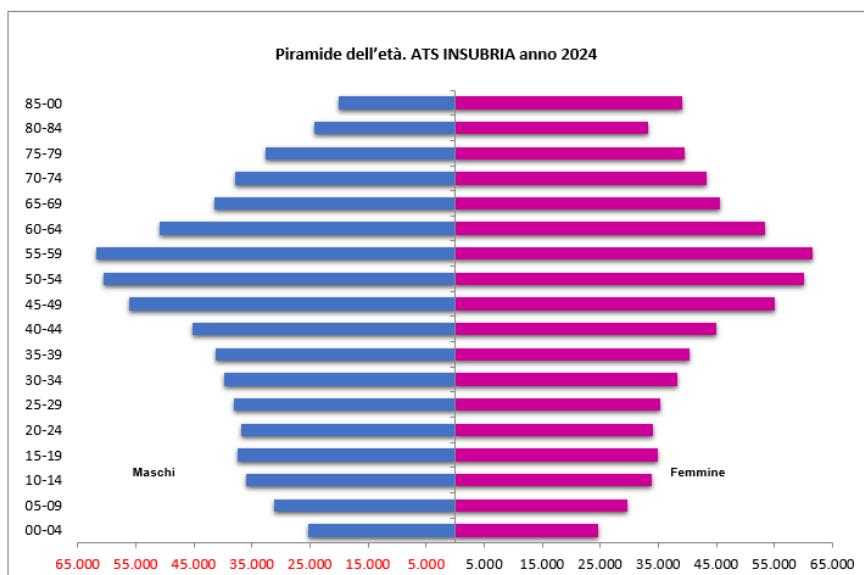
Le caratteristiche sanitarie attraverso i dati epidemiologici

La presente sezione del Piano riporta per diverse aggregazioni territoriali (ATS, ASST, Distretto) i principali indici demografici e indicatori epidemiologici descritti nelle seguenti tabelle e calcolati dalle rispettive fonti riportate.

DEMOGRAFIA

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

classe età	SESSO		
	F	M	TOT
00-04	24.543	25.310	49.853
05-09	29.578	31.109	60.687
10-14	33.865	36.076	69.941
15-19	34.905	37.443	72.348
20-24	34.111	36.790	70.901
25-29	35.227	38.093	73.320
30-34	38.163	39.762	77.925
35-39	40.265	41.173	81.438
40-44	44.951	45.338	90.289
45-49	55.012	56.090	111.102
50-54	60.148	60.521	120.669
55-59	61.472	61.876	123.348
60-64	53.362	50.864	104.226
65-69	45.571	41.404	86.975
70-74	43.286	37.872	81.158
75-79	39.480	32.716	72.196
80-84	33.133	24.267	57.400
85+	39.069	20.061	59.130
TOT. ATS INSUBRIA	746.141	716.765	1.462.906



Indici demografici 2024 ATS Insubria e ASST				
	ATS INSUBRIA	ASST SETTE LAGHI	ASST VALLE OLONA	ASST LARIANA
Indice di fecondità° (nati/ pop.F 15-49 anni)	31,5	31,4	31,6	31,5
Tasso di natalità° (nati* 1.000ab.)	6,1	6,0	6,2	6,1
Indice di invecchiamento (% pop. >64 anni)	24,4%	25,3%	24,2%	23,9%
Indice di vecchiaia (pop.>64 anni*100ab.<15 anni)	197,7	210,2	189,5	194,9
Indice di lavoro (% pop. 15-64 anni)	63,3%	62,7%	63,1%	63,8%
Indice di dipendenza (pop. <15 e >64 anni *100ab. 15-64)	58,1	59,4	58,5	56,7

° nati 2023 - dato provvisorio

MORTALITÀ

Numero deceduti e tasso grezzo di mortalità 2022 per sesso e classe di età (Fonte: Registro di Mortalità ATS Insubria).

Classe età	SESSO - Nr.			SESSO - Tasso grezzo*1.000ab.		
	F	M	TOT	F	M	TOT
00-04	11	14	25	0,4	0,5	0,5
05-09		<5	<5	-	0,1	0,1
10-14	<5	<5	7	0,1	0,1	0,1
15-19	<5	10	14	0,1	0,3	0,2
20-24	8	10	18	0,2	0,3	0,3
25-29	8	19	27	0,2	0,5	0,4
30-34	7	21	28	0,2	0,5	0,4
35-39	13	24	37	0,3	0,6	0,4
40-44	28	65	93	0,6	1,4	1,0
45-49	38	99	137	0,7	1,7	1,2
50-54	109	179	288	1,8	2,9	2,4
55-59	129	247	376	2,2	4,2	3,2
60-64	183	339	522	3,7	7,2	5,4
65-69	310	494	804	6,9	12,3	9,5
70-74	487	780	1.267	10,9	20,0	15,2
75-79	772	1.099	1.871	21,1	36,8	28,1
80-84	1.366	1.637	3.003	39,8	65,9	50,8
85-90	5.310	3.139	8.449	143,6	174,9	153,8
TOT. ATS INSUBRIA	8.786	8.184	16.970	11,8	11,5	11,7

Nr. decessi e Tassi grezzi di Mortalità * 1.000ab. 2022 ATS Insubria

	SESSO - Nr.			SESSO - Tasso grezzo*1.000ab.		
	F	M	TOT	F	M	TOT
Mortalità generale	8.786	8.184	16.970	11,8	11,5	11,7
Mortalità malattie cardiovasc.	2.972	2.299	5.271	4,0	3,2	3,6
Mortalità per tumore	1.947	2.319	4.266	2,6	3,3	2,9
Mortalità malattie respiratorie	569	659	1.228	0,8	0,9	0,8

Tassi grezzi di Mortalità * 1.000ab. 2022 ATS Insubria e ASST AFFERENTI

GRUPPI DI PATOLOGIA	ATS INSUBRIA	ASST SETTE LAGHI	ASST VALLE OLONA	ASST LARIANA
Mortalità generale	11,7	12,2	11,6	11,3
Mortalità malattie cardiovasc.	3,6	3,9	3,6	3,5
Mortalità per tumore	2,9	3,0	3,0	2,8
Mortalità malattie respiratorie	0,8	0,9	0,7	0,9

CRONICITÀ

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

	RAMO*	LIVELLO GRAVITÀ (#)						TOT	% SU TOT	Tasso gr. *1.000ab.
		1	% SU RAMO	2	% SU RAMO	3	% SU RAMO			
ATS INSUBRIA	CARDIOVASCOLARE	8.358	3,0%	114.175	40,5%	159.196	56,5%	281.729	45,6%	193,0
	DIABETE	4.267	6,0%	43.664	61,1%	23.514	32,9%	71.445	11,6%	48,9
	EMATOLOGICO	50	34,0%	71	48,3%	26	17,7%	147	0,0%	0,1
	ENDOCRINO	163	12,0%	581	42,8%	614	45,2%	1.358	0,2%	0,9
	ENDOCRINO-T	<5	0,0%	1.538	6,0%	24.107	94,0%	25.646	4,1%	17,6
	GASTRICO	798	5,7%	6.176	43,9%	7.107	50,5%	14.081	2,3%	9,6
	HIV	527	14,2%	1.729	46,5%	1.464	39,4%	3.720	0,6%	2,5
	NEFROLOGIA	2.631	27,2%	5.799	59,9%	1.252	12,9%	9.682	1,6%	6,6
	NEUROLOGIA	2.070	7,6%	13.240	48,5%	11.969	43,9%	27.279	4,4%	18,7
	ONCOLOGIA	3.663	7,7%	18.736	39,6%	24.914	52,7%	47.313	7,7%	32,4
	PNEUMOLOGIA	3.450	3,0%	26.791	23,4%	84.141	73,6%	114.382	18,5%	78,3
	RARE	488	4,3%	2.790	24,7%	8.033	71,0%	11.311	1,8%	7,7
	REUMA	442	5,2%	4.234	49,5%	3.886	45,4%	8.562	1,4%	5,9
	TRAPIANTI	771	45,3%	805	47,3%	126	7,4%	1.702	0,3%	1,2
	TOTALE	27.679	4,5%	240.329	38,9%	350.349	56,7%	618.357	100,0%	423,5

* Aggregazione di diverse patologie comprese nella BDA

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

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

Classe età	SESSO - Nr.			SESSO - Tasso gr.*1.000ab.		
	F	M	A	F	M	TOT
00-04	7.800	8.844	16.644	309,4	338,4	324,2
05-09	6.471	7.759	14.230	212,3	242,6	227,8
10-14	4.452	5.942	10.394	130,0	162,7	146,9
15-19	4.011	4.578	8.589	116,9	124,8	121,0
20-24	4.613	4.394	9.007	137,0	120,4	128,3
25-29	5.761	4.371	10.132	165,8	117,4	140,8
30-34	7.937	4.922	12.859	207,4	124,4	165,2
35-39	10.790	6.479	17.269	265,4	157,3	211,0
40-44	14.006	9.624	23.630	304,0	206,5	254,9
45-49	19.623	15.986	35.609	346,4	276,5	311,1
50-54	24.988	22.863	47.851	414,0	374,6	394,2
55-59	30.897	29.676	60.573	506,6	487,3	496,9
60-64	31.218	29.421	60.639	608,0	605,6	606,9
65-69	32.030	29.391	61.421	711,0	720,7	715,6
70-74	34.986	31.138	66.124	793,9	808,7	800,8
75-79	32.515	27.021	59.536	858,2	867,9	862,6
80-84	30.480	22.562	53.042	895,2	911,1	901,9
85-00	33.673	17.135	50.808	896,3	923,1	905,2
TOT. ATS INSUBRIA	336.251	282.106	618.357	451,0	394,8	423,5

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

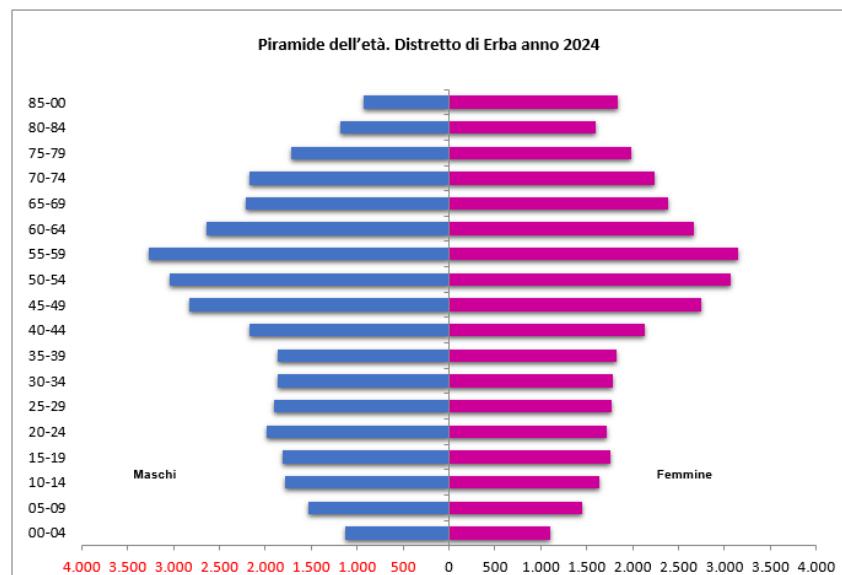
Tassi grezzi di cronicità * 1.000ab. 2023 ATS Insubria e ASST				
RAMO	ATS INSUBRIA	ASST SETTE LAGHI	ASST VALLE OLONA	ASST LARIANA
CARDIOVASCOLARE	193,0	199,3	193,6	187,6
DIABETE	48,9	50,6	51,4	45,8
EMATOLOGICO	0,1	0,1	0,1	0,1
ENDOCRINO	0,9	1,0	1,0	0,8
ENDOCRINO-T	17,6	20,1	16,6	16,4
GASTRICO	9,6	8,8	10,5	9,6
HIV	2,5	2,7	2,7	2,3
NEFROLOGIA	6,6	6,9	5,9	6,9
NEUROLOGIA	18,7	19,8	19,3	17,4
ONCOLOGIA	32,4	32,1	31,6	33,2
PNEUMOLOGIA	78,3	75,2	76,5	82,1
RARE	7,7	7,5	7,7	7,9
REUMA	5,9	6,0	6,2	5,5
TRAPIANTI	1,2	1,2	1,2	1,1
TOTALE	423,5	431,4	424,2	416,9

IL DISTRETTO DI ERBA

Demografia

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

ASST	Distretto	Classe età	SESSO		
			F	M	TOT
ASST LARIANA	ERBA	00-04	1.100	1.130	2.230
		05-09	1.452	1.535	2.987
		10-14	1.641	1.782	3.423
		15-19	1.762	1.811	3.573
		20-24	1.718	1.979	3.697
		25-29	1.767	1.907	3.674
		30-34	1.790	1.860	3.650
		35-39	1.820	1.859	3.679
		40-44	2.139	2.174	4.313
		45-49	2.744	2.832	5.576
		50-54	3.064	3.046	6.110
		55-59	3.151	3.266	6.417
		60-64	2.673	2.638	5.311
		65-69	2.381	2.212	4.593
		70-74	2.239	2.166	4.405
		75-79	1.989	1.721	3.710
		80-84	1.600	1.183	2.783
		85-00	1.839	927	2.766
		TOTALE	36.869	36.028	72.897



Indici demografici 2024 Distretto di Erba	
Indice di fecondità* (nati/ pop.F 15-49 anni)	29,3
Tasso di natalità* (nati* 1.000ab.)	5,5
Indice di invecchiamento (% pop. >64 anni)	25,0%
Indice di vecchiaia (pop.>64 anni*100ab.<15 anni)	211,3
Indice di lavoro (% pop. 15-64 anni)	63,1%
Indice di dipendenza (pop. <15 e >64 anni *100ab. 15-64)	58,5

* nati 2023 - dato provvisorio

Mortalità

Numero deceduti e tasso grezzo di mortalità 2022 per sesso e classe di età (Fonte: Registro di Mortalità ATS Insubria).

ASST	Distretto	Classe età	SESSO			SESSO - Tasso grezzo*1.000ab.		
			F	M	TOT	F	M	TOT
ASST LARIANA	ERBA	00-04	-	-	-	-	-	-
		05-09	-	-	-	-	-	-
		10-14	<5	-	<5	0,6	-	0,3
		15-19	-	-	-	-	-	-
		20-24	-	-	-	-	-	-
		25-29	-	-	-	-	-	-
		30-34	-	<5	<5	-	0,6	0,3
		35-39	<5	<5	<5	0,5	1,5	1,0
		40-44	<5	8	9	0,4	3,4	1,9
		45-49	<5	<5	<5	0,3	1,0	0,7
		50-54	<5	7	10	1,0	2,2	1,6
		55-59	5	13	18	1,6	4,1	2,9
		60-64	7	11	18	2,8	4,5	3,6
		65-69	25	20	45	10,7	9,2	10,0
		70-74	35	46	81	15,2	21,1	18,1
		75-79	22	55	77	12,4	36,5	23,5
		80-84	72	81	153	44,1	69,5	54,7
		85-00	262	156	418	152,4	180,1	161,7
TOTALE			435	404	839	11,8	11,3	11,5

Nr. decessi e Tassi grezzi di Mortalità * 1.000ab. 2022 DISTRETTO DI ERBA

	SESSO - Nr.			SESSO - Tasso grezzo*1.000ab.		
	F	M	TOT	F	M	TOT
Mortalità generale	435	404	839	11,8	11,3	11,5
Mortalità malattie cardiovasc.	150	111	261	4,1	3,1	3,6
Mortalità per tumore	91	113	204	2,5	3,2	2,8
Mortalità malattie respiratorie	23	29	52	0,6	0,8	0,7

Cronicità

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

ASST	Distretto	Classe età	SESSO			SESSO - Tasso gr.*1.000ab.		
			F	M	TOT	F	M	TOT
ASST LARIANA	ERBA	00-04	272	296	568	240,7	248,1	244,5
		05-09	260	285	545	177,7	181,6	179,7
		10-14	156	231	387	90,4	128,0	109,6
		15-19	193	253	446	113,5	138,4	126,4
		20-24	263	272	535	153,7	141,3	147,1
		25-29	298	240	538	171,8	129,9	150,2
		30-34	344	226	570	193,9	126,8	160,2
		35-39	503	311	814	270,1	167,2	218,7
		40-44	698	517	1.215	314,8	225,9	269,6
		45-49	991	812	1.803	354,3	281,3	317,2
		50-54	1.313	1.200	2.513	415,9	388,0	402,1
		55-59	1.602	1.565	3.167	507,0	483,3	495,0
		60-64	1.527	1.519	3.046	606,7	608,8	607,7
		65-69	1.692	1.617	3.309	718,8	729,4	723,9
		70-74	1.809	1.778	3.587	801,2	814,5	807,7
		75-79	1.646	1.373	3.019	866,3	860,8	863,8
		80-84	1.498	1.099	2.597	906,2	920,4	912,2
		85-00	1.607	822	2.429	916,7	933,0	922,2
		TOTALE	16.672	14.416	31.088	452,2	401,8	427,3

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

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 LARIANA	ERBA	CARDIOVASCOLARE	466	3,2%	6.260	42,5%	8.012	54,4%	14.738	47,4%	202,59
		DIABETE	220	6,4%	2.031	59,2%	1.181	34,4%	3.432	11,0%	47,18
		EMATOLOGICO	<5	42,9%	<5	57,1%		0,0%	7	0,0%	0,10
		ENDOCRINO	<5	5,8%	21	40,4%	28	53,8%	52	0,2%	0,71
		ENDOCRINO-T		0,0%	73	6,2%	1.108	93,8%	1.181	3,8%	16,23
		GASTRICO	42	6,0%	307	44,1%	347	49,9%	696	2,2%	9,57
		HIV	24	14,1%	81	47,6%	65	38,2%	170	0,5%	2,34
		NEFROLOGIA	105	23,8%	281	63,6%	56	12,7%	442	1,4%	6,08
		NEUROLOGIA	93	7,1%	638	48,7%	579	44,2%	1.310	4,2%	18,01
		ONCOLOGIA	206	8,6%	934	39,0%	1.252	52,3%	2.392	7,7%	32,88
		PNEUMOLOGIA	173	3,1%	1.384	25,0%	3.987	71,9%	5.544	17,8%	76,21
		RARE	26	4,1%	171	27,2%	431	68,6%	628	2,0%	8,63
		REUMA	30	7,0%	206	48,0%	193	45,0%	429	1,4%	5,90
		TRAPIANTI	25	37,3%	38	56,7%	<5	6,0%	67	0,2%	0,92
		TOTALE	1.416	4,6%	12.429	40,0%	17.243	55,5%	31.088	100,0%	427,33

* Aggregazione di diverse patologie comprese nella BDA

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

Le caratteristiche demografiche

Popolazione per comune, fascia di età e genere

	0-5		6-10		11-17		18-24		25-34		35-64		65-79		80+		totale per Comune
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
ALBAVILLA	106	121	157	124	240	196	224	185	333	304	1360	1392	550	624	185	313	6414
ALSERIO	30	32	34	39	52	46	40	45	87	75	332	301	99	101	19	41	1373
ALZATE	82	73	96	95	204	173	212	154	237	227	1034	1086	400	438	124	190	4825
ANZANO DEL PARCO	29	26	33	34	53	61	61	56	89	85	375	372	150	153	45	75	1697
ASSO	57	63	77	76	135	122	132	109	180	161	767	761	296	331	69	160	3496
BARNI	15	12	12	13	16	20	62	63	25	25	134	120	63	67	13	16	676
BRENNA	66	36	43	56	84	78	71	61	105	97	490	461	209	215	58	74	2204
CAGLIO	5	9	11	10	9	12	10	13	26	23	105	109	60	48	18	22	490
CANZO	91	93	100	106	162	145	206	184	257	245	1089	1060	407	488	109	302	5044
CASLINO	38	38	37	34	49	69	52	65	90	71	369	367	130	136	47	75	1667
CASTELMARTE	25	20	29	23	38	33	59	44	68	59	286	267	112	116	38	40	1257
ERBA	337	309	305	301	548	587	534	553	884	852	3349	3335	1378	1572	546	984	16374
EUPILIO	45	42	41	52	100	101	115	81	109	87	523	557	260	235	83	112	2543
LAMBRUGO	49	59	67	73	76	81	96	67	119	124	567	535	208	214	67	125	2527
LASNIGO	10	14	13	8	15	16	12	8	19	21	106	99	38	34	12	32	457
LONGONE AL SEGRINO	40	38	51	52	75	65	66	78	88	90	447	442	135	148	47	91	1953
MAGREGLIO	18	13	19	13	23	22	18	16	36	33	159	152	60	62	20	30	694
MERONE	72	70	102	71	148	164	172	163	216	205	897	901	311	306	311	306	4415
MONGUZZO	49	51	64	54	90	98	81	77	131	120	552	501	161	175	54	94	2352
ORSENIGO	32	43	48	55	68	89	106	96	135	120	595	588	233	238	68	89	2603
PONTELAMBRO	94	78	95	81	181	148	182	147	226	216	917	906	315	416	129	210	4341

	0-5		6-10		11-17		18-24		25-34		35-64		65-79		80+		totale per Comune
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
PROSERPIO	28	21	27	19	24	24	30	26	65	62	189	197	93	97	24	39	965
PUSIANO	19	28	27	26	44	52	48	47	52	71	293	277	110	113	45	54	1306
REZZAGO	10	3	7	8	12	6	7	7	15	12	67	57	39	33	11	12	306
SORMANO	9	10	15	8	7	7	20	13	37	34	159	142	78	54	25	28	646
VALBRONA	62	51	61	47	77	101	98	84	127	128	610	565	211	217	62	113	2614
VELESO	3	6	3	0	2	4	11	9	11	10	44	41	21	18	7	14	204
ZELBIO	7	1	5	3	4	3	10	6	7	7	46	36	15	12	5	6	173
totale per fascia d'età	1428	1360	1579	1481	2536	2523	2735	2457	3774	3564	15861	15627	6142	6661	2241	3647	73616

Popolazione straniera per comune, fascia di età e genere

	0-5		6-10		11-17		18-24		25-34		35-64		65-79		80+		totale
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
ALBAVILLA	13	12	12	7	8	10	12	8	28	37	75	98	2	9	1	3	335
ALSERIO	2	1	2	2	3	0	0	0	4	4	11	20	0	3	0	0	52
ALZATE	6	3	9	3	10	5	10	7	6	11	42	56	3	4	0	1	176
ANZANO DEL PARCO	0	2	0	1	2	3	1	2	8	6	15	15	2	3	0	0	60
ASSO	8	11	7	6	15	11	9	6	19	21	53	81	3	11	0	5	266
BARNI	2	2	2	3	2	1	2	1	2	5	17	15	0	1	0	0	55
BRENNA	1	0	1	3	4	1	1	1	3	4	8	15	0	3	0	0	45
CAGLIO	0	0	1	3	1	1	2	1	2	4	22	14	0	2	0	0	53
CANZO	19	18	10	13	19	11	21	18	36	28	145	134	3	9	0	2	486
CASLINO	5	4	5	7	3	4	10	7	13	10	29	39	2	6	0	2	146
CASTELMARTE	1	2	3	0	1	0	2	1	4	9	8	12	0	1	1	0	45
ERBA	71	65	56	54	61	54	47	51	141	145	349	364	21	41	1	8	1529
EUPILIO	0	1	2	2	1	2	1	1	1	4	10	20	2	2	0	2	51
LAMBRUGO	7	7	5	5	5	4	8	2	13	23	28	38	2	4	0	1	152
LASNIGO	0	0	0	0	1	0	2	1	2	5	14	10	2	1	0	0	38
LONGONE AL SEGRINO	1	1	3	2	4	4	2	2	0	2	9	21	0	1	0	0	52
MAGREGLIO	2	4	3	0	1	2	1	3	1	5	8	16	0	1	1	1	49
MERONE	9	8	7	11	10	13	11	8	27	32	82	88	5	9	0	4	324
MONGUZZO	5	9	8	5	1	4	5	5	12	21	40	38	2	7	1	0	163
ORSENIGO	3	2	3	3	3	2	9	2	30	12	25	22	4	2	0	0	122
PONTELAMBRO	30	24	27	18	33	18	23	19	50	62	145	139	6	10	0	2	606
PROSERPIO	2	0	4	2	0	0	1	0	4	4	7	14	1	2	0	0	41
PUSIANO	0	2	0	1	3	2	3	2	2	5	12	26	0	0	20	38	116
REZZAGO	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	2	1	1	0	0	0	8

	0-5		6-10		11-17		18-24		25-34		35-64		65-79		80+		totale
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
SORMANO	0	2	0	2	0	0	0	3	4	2	11	18	1	2	0	1	46
VALBRONA	8	5	0	3	4	8	10	5	16	18	42	50	3	3	0	0	175
VELESO	0	0	0	0	1	2	4	2	0	0	6	4	1	2	0	0	22
ZELBIO	4	0	3	0	0	5	2	1	0	2	10	9	2	1	0	0	39
totale per fascia di età	199	185	173	156	197	168	199	159	429	482	1225	1377	68	140	25	70	5252

3. I SOGGETTI E LE RETI PRESENTI SUL TERRITORIO

DALL'ACCREDITAMENTO ALLA COPROGRAMMAZIONE E COPROGETTAZIONE PER LA REALIZZAZIONE DI AZIONI, INTERVENTI E SERVIZI

L'Ambito riconosce da anni, attraverso uno specifico Elenco Territoriale, i Soggetti accreditati per la realizzazione di svariati servizi ed interventi sociali e socioassistenziali.

Tuttavia, a fronte di un accreditamento che, in termini di tempo e di normativa, risultava per alcuni versi obsoleto e non più rispondente ai bisogni attuali, la scelta dell'Ambito è stata di investire su percorsi di co-programmazione e co-progettazione.

Aree come quelle della disabilità, dei minori e delle fragilità hanno subito diverse modificazioni dal 2014 ad oggi, e riflessioni di ottimizzazione anche grazie al confronto con i tavoli tematici.

La finalità è pertanto quella di mettere a sistema un percorso già avviato nel 2023-2024 con l'area minori e famiglia per proseguire nello scambio tra i portatori d'interesse individuati di *know how* che porti a definire strategie territoriali sostenibili in termini di risorse e a sostenere un sistema educativo territoriale che favorisca la qualificazione e l'efficacia degli interventi a carattere educativo sul territorio dell'Ambito.

L'obiettivo è l'attivazione di "Tavoli di co-programmazione", finalizzati alla lettura condivisa e partecipata dei bisogni territoriali in relazione a minori, adolescenti, giovani e loro famiglie, fragilità sociale, disabilità, individuando bisogni, priorità, e interventi con le relative modalità di attuazione, atte a soddisfare i bisogni nel quadro delle risorse disponibili, in un'ottica di razionalizzazione ed efficacia; tale procedimento ha significativi punti di contatto con i tavoli tematici d'area del Piano di Zona.

Tutto ciò ha infatti l'obiettivo di trovare le strategie più efficaci e i più idonei strumenti di programmazione sociale per ciascuna area, in relazione al Piano di Zona territoriale, anche in un'ottica evolutiva dello stesso.

Tale processo partecipato e condiviso, presuppone un rapporto di collaborazione finalizzata alla costruzione di una relazione fra i partecipanti, improntata ai principi di buona fede, lealtà, reciprocità.

E' interessante il fatto che la procedura di co-programmazione, non esiti pertanto nell'affidamento di un servizio o di azioni che portino ad un riconoscimento di un corrispettivo o ad un contributo, né ad un partenariato a fini progettuali: è un notevole spazio di riflessione e pensiero di costruzione tra enti portatori di interesse sul tema.

Nello scorso anno si è iniziato a porre attenzione ai servizi educativi territoriali rivolti a bambini, adolescenti giovani e loro famiglie, con particolare riferimento a minori a rischio evolutivo, minori sottoposti a tutela, quali, ad esempio:

- servizio assistenza educativa minori domiciliare o in altri contesti non scolastici: è un intervento di sostegno educativo, attivato in collaborazione con il servizio minori e genitorialità, che coinvolge i minori e le famiglie, in quanto supporto educativo personalizzato e finalizzato a sostenere il benessere e l'armonica crescita e a favorire lo sviluppo di abilità personali e sociali, per le famiglie un sostegno nelle funzioni di cura ed educazione dei figli;
- servizi integrativi scolastici: di tipo educativo atti a favorire un armonico sviluppo della persona, delle relazioni familiari e sociali, nonché l'autonomia personale, il mantenimento e l'accrescimento delle capacità individuali dei minori, seguiti su richiesta diretta dell'ente -e/o delle famiglie- che prevede l'assistenza, la custodia e l'intrattenimento dei minori i

cui genitori, hanno la necessità di avere tale supporto per diverse motivazioni, tra cui fragilità familiare o gli impedimenti lavorativi; tali servizi possono essere concepiti come assistenza pre-post scuola o come servizi che comprendano una forte connotazione educativa, ed operano nell'ambito della prevenzione, del sostegno e del recupero, con attività educative pomeridiane, aperta a bambini e ragazzi, in situazione di disagio familiare, che frequentano le scuole di ogni ordine e grado.

- servizi atti a evitare la dispersione scolastica (drop-out) rivolto ai minori che pur avendo superato l'età corrispondente alla classe di appartenenza, si trovano ancora nel vincolo di frequentare la scuola per poter assolvere all'obbligo scolastico, al fin del conseguimento della licenza della scuola Secondaria di primo grado.
- centro ricreativo diurno: servizio nel periodo di vacanza dalla scuola, che ha la finalità di favorire l'aggregazione, la socializzazione e lo sviluppo dell'autonomia personale dei ragazzi attraverso un percorso ludico-educativo.
- servizio psico pedagogico scolastico: servizio che offre ascolto e supporto fornire agli studenti, alle famiglie e al personale scolastico, in un'ottica di prevenzione e promozione del benessere all'interno delle scuole primarie e secondarie di primo grado;
- servizi a tutela delle relazioni familiari: servizio di mediazione e facilitazione linguistica che offre interventi di facilitazione linguistica e mediazione culturale per l'integrazione dei minori e delle famiglie straniere; incontri protetti in spazio neutro o comunque in contesti diversi o in semiautonomia lo spazio neutro è un servizio che si attiva a seguito di provvedimento dell'autorità giudiziaria: è un intervento coatto che avviene tra figli minori e genitori non conviventi. obiettivo del servizio è di favorire e sostenere la continuità della relazione tra il bambino e i suoi genitori o altre persone affettivamente significative, al fine di sostenere le capacità genitoriali, nel rispetto dei bisogni evolutivi dei minori, quando il conflitto tra i genitori o altre situazioni compromettono il rapporto genitori/figli.

Queste sono le possibili aree di intervento individuate dai soggetti coinvolti nella coprogrammazione (3 Cooperative sociali, 1 Fondazione, 1 Associazione, 1 Ente religioso, il Servizio Minori e Famiglia gestito dall'Azienda). In parte tale percorso è già esitato in una coprogettazione per la realizzazione di una ottimizzazione delle risorse in relazione alla peculiarità del territorio, ai servizi e alla disponibilità di personale, tema quest'ultimo sempre più critico.

L'evoluzione naturale delle strategie emerse nei tavoli di coprogrammazione è infatti, la coprogettazione. Ricorrere alla coprogettazione permette di collocare progetti ed interventi non solo all'interno del ciclo di programmazione, ma anche della stessa comunità, valorizzando l'apporto dei soggetti portatori di interesse nella comunità di riferimento, in termini di saperi, di lettura dei bisogni e delle risorse, di relazioni vive, di competenze specifiche.

Metodi, tecniche e strumenti specifici sono supporti che permettono di portare a termine nel miglior modo possibile il percorso progettuale, in contesti caratterizzati da alta relazionalità e soggettività dei contenuti che si trattano, mutevolezza dei bisogni che si affrontano, limitata conoscenza di soluzioni di efficacia certa, molteplicità e varietà di attori sociali coinvolti, carenza e incertezza sulle risorse a disposizione.

Come la coprogrammazione, anche la coprogettazione trova il suo principale riferimento normativo nel Codice del Terzo Settore, ma lo stesso Codice degli Appalti ha riconosciuto la coprogettazione quale principale strumento per ideare, definire e realizzare interventi in partenariato. Oggi, dunque, questo termine si riferisce da una parte a una specifica procedura amministrativa volta promuovere la realizzazione di interventi sociali attraverso la costituzione di una partnership tra Pubblica amministrazione e soggetti del privato sociale, dall'altra a un approccio alla progettazione di tipo plurale e collaborativo, che di fatto si è terminologicamente sostituito alla progettazione partecipata.

Chi partecipa alla co-progettazione? La coprogettazione, intesa come la fase specifica in cui, a partire dall'analisi dei bisogni e dall'individuazione delle priorità di intervento, si definiscono obiettivi, azioni e destinatari, nonché i tempi e le risorse necessarie alla realizzazione, può svolgersi attraverso *setting* molto differenziati. Prevede la partecipazione di almeno un'amministrazione pubblica, e uno o più soggetti del terzo settore, rappresentato nella maggioranza dei casi da cooperative sociali.

A partire da questo *setting* base, diverse sono le forme di estensione a una molteplicità di attori, sia per parte pubblica, sia sul fronte degli enti del terzo settore; i progetti possono prevedere oltre alle cooperative sociali la partecipazione anche di fondazioni, associazioni di volontariato e associazioni di famiglie, nonché, degli stessi destinatari dei progetti.

Dal punto di vista metodologico, guardare alla coprogettazione significa assumere un'ottica progettuale e strategica che considera la fase progettuale vera e propria non come un processo a sé stante, ma come parte di una circolarità, nella quale alla definizione del progetto seguono la sua realizzazione e la conseguente valutazione, che a sua volta stimola e definisce o ri-definisce una nuova progettazione. Collocare la fase progettuale all'interno di questa circolarità, richiede di fatto di tenerla strettamente agganciata sia alla fase realizzativa, con un focus sempre attento ai beneficiari del progetto, sia a una fase di osservazione e valutazione di quanto realizzato, che in questa prospettiva rientrano a pieno titolo nella complessità della progettazione.



Questo Ambito ha già sperimentato la coprogettazione in diverse aree: l'esperienza più rilevante, e tuttora in corso, riguarda lo sviluppo delle opportunità in tema di lotta alla povertà; ma sono state realizzate esperienze anche in relazione agli interventi per la promozione dell'affido e alla promozione della cultura e degli interventi per la conciliazione vita-lavoro. In queste esperienze l'interazione è stata con diversi enti del terzo settore, e l'esito è sempre stato connotato da un arricchimento della visione complessiva, dalla introduzione di elementi di innovatività, dallo sviluppo di risposte flessibili e cucite su misura delle esigenze del territorio e dei destinatari finali.

Si ritiene che in questo nuovo ciclo di programmazione possa essere ulteriormente sviluppato lo strumento della coprogettazione, sfruttando il know how acquisito in questi anni dall'ambito nella gestione dello stesso, includendo nuovi soggetti del terzo settore, a partire da quelli storicamente presenti nell'accreditamento (ma non solo), in base alle competenze e alla vocazione di ciascuno.

In particolare, lo strumento della coprogettazione potrà sostenere gli obiettivi di programmazione emersi in fase di stesura del presente Piano, a partire da quelli relativi allo sviluppo di progettualità circa la fragilità abitativa e l'implementazione della filiera degli interventi a favore di persone con disabilità.

Di seguito si riporta l'elenco degli enti accreditati, che rimangono comunque interlocutori privilegiati anche in questa fase di passaggio, anche a fronte della precedente e consolidata collaborazione.

ANAGRAFE REGIONALE DELLE STRUTTURE SOCIALI - AFAM UDOS

Un ruolo fondamentale nella rete dei servizi e degli interventi sociali e socioassistenziali è svolto, oltre che dagli enti gestori di azioni territoriali, da quelli che gestiscono le strutture

L'anagrafe regionale delle strutture socio sanitarie e sociali della Famiglia (AFAM) è il database che comprende tutte le Unità d'Offerta attive in Lombardia è lo strumento integrato con quello sociosanitario con i dati degli Enti e delle strutture sociali. Esso in uso agli Ambiti territoriali, che ne curano l'implementazione per la parte di propria competenza, e costituisce la sorgente anagrafica di Enti e strutture, per tutti i gestionali dell'ambito Sociale.

Esso ha funzione anche di certificazione, perché i dati vengono inseriti sulla base di evidenze formali (CPE, delibere etc.) dagli operatori abilitati.

Il percorso di aggiornamento e di tenuta del registro da parte degli Ambiti comporta un continuo e tempestivo scambio di informazioni con le stesse unità di offerta, che rappresenta una occasione di conoscenza reciproca e di collaborazione. Tuttavia, presenta anche criticità per quanto riguarda la continuità e correttezza del flusso informativo fra gli attori coinvolti (enti gestori, Comuni, Ufficio di Piano, ATS). Investire in questa attività significa investire nella stessa capacità programmativa degli Ambiti, a beneficio dell'insieme delle possibili risorse a disposizione del territorio.

Nel triennio 25/27, l'Ambito intende investire negli aspetti di informazione e comunicazione fra i vari soggetti coinvolti, in funzione della completezza e correttezza del censimento delle strutture, ma anche dell'apertura di nuovi potenziali spazi di collaborazione con le stesse.

4. LA GOVERNANCE DEL PIANO DI ZONA

LA PROGRAMMAZIONE

Nel 2022 è stato approvato dai Sindaci dell'Ambito il Regolamento degli organi dell'Ambito territoriale di Erba per la definizione, approvazione e attuazione del Piano di zona.

Nel documento appare chiaro che l'Assemblea dei Sindaci dei Piani di Zona costituisce l'organismo politico-programmatorio del Piano stesso, con compiti chiaramente distinti dall'Assemblea Consortile, organo previsto dallo statuto dell'Azienda consortile individuata dai Comuni quale Ente Capofila, responsabile per la gestione associata e l'attuazione degli interventi previsti dal Piano di Zona. Si precisa che le funzioni ed i compiti delle due Assemblee sono differenti e ben distinti tra loro: l'Assemblea dei Sindaci dei Piani di zona è composta dai Sindaci o Assessori delegati dei Comuni afferenti all'Ambito Territoriale di Erba ed è normata dalle disposizioni regionali in materia.

I compiti ad essa attribuiti sono:

- definizione e sottoscrizione dell'Accordo di Programma inerente la programmazione di zona;
- approvazione del documento di Piano e dei suoi eventuali aggiornamenti;
- verifica annuale dello stato di raggiungimento degli obiettivi di Piano;
- aggiornamento circa le priorità annuali, coerentemente con la programmazione triennale e le risorse disponibili;
- approvazione dei piani economico-finanziari di preventivo e dei rendiconti di consuntivo delle risorse sociali provenienti dalle diverse fonti di finanziamento regionali e statali;
- approvazione dei dati relativi alle rendicontazioni richieste dalla Regione per la trasmissione all'ATS ai fini dell'assolvimento dei debiti informativi.

All'Assemblea dei Sindaci dei Piani di Zona sono inoltre attribuite le seguenti competenze:

1. definizione e sottoscrizione dell'Accordo di Programma e del Piano di Zona dei servizi e degli interventi sociali nell'Ambito territoriale di Erba, da approvarsi tramite accordo di programma, ai sensi della legge 328/00 e della Legge Regionale 3/2008 e loro s.m.i;
2. approvazione del documento di Piano e dei suoi eventuali aggiornamenti;
3. verifica annuale dello stato di raggiungimento degli obiettivi di Piano;
4. aggiornamento circa le priorità annuali, coerentemente con la programmazione triennale e le risorse disponibili;
5. approvazione annuale dei piani economico-finanziari di preventivo e dei rendiconti di consuntivo delle risorse sociali provenienti dalle diverse fonti di finanziamento regionali e statali;
6. la definizione dei criteri di riparto delle risorse economiche dell'Ambito Territoriale e l'approvazione dei dati relativi alle rendicontazioni richieste dalla Regione per la trasmissione all'ATS ai fini dell'assolvimento dei debiti informativi;
7. la determinazione delle linee guida delle politiche sociali in ordine ai servizi gestiti in forma associata ed agli interventi distrettuali;
8. la nomina e la revoca motivata del proprio Presidente e del Vicepresidente;
9. la nomina e la revoca del capofila del Piano di Zona;

10. la determinazione delle priorità e degli indirizzi di lavoro per i tavoli d'area ed il controllo sul loro operato;

11. la verifica ed il controllo delle attività degli organismi costituiti nell’ambito del Piano di Zona.

Il Capofila in particolare, predisposizione e l’attuazione dei Piani di Zona, individuato dall’Assemblea dei Sindaci dei Piani di Zona, ha compiti stabiliti nell’Accordo di Programma sono:

1. adottare tutti gli atti, le attività, le procedure e i proventi necessari all’operatività dei servizi e degli interventi previsti dal Piano di Zona;

2. ricevere da parte delle Amministrazioni competenti le risorse necessarie per l’attuazione delle misure previste dal Piano di Zona e impiegarle secondo gli indirizzi previsti dall’Assemblea dei Sindaci del Distretto;

3. adottare e dare applicazione a regolamenti e altri atti necessari a disciplinare l’organizzazione e il funzionamento degli interventi e dei servizi socio assistenziali in conformità alle decisioni dell’Assemblea dei Sindaci del Distretto;

4. esercitare ogni adempimento amministrativo, ivi compresa l’attività contrattuale, negoziale e di accordo con altre pubbliche amministrazioni o con organizzazioni private;

5. svolgere per conto dei Comuni dell’Ambito territoriale gli interventi inerenti le modalità di esercizio delle unità di offerta e di accreditamento rispettivamente previste dagli artt. 15 e 16 della L.R. 3/2008;

6. verificare la rispondenza dell’attività gestionale con le finalità della programmazione zonale;

7. apportare le necessarie modifiche al Piano di Zona in occasione degli aggiornamenti periodici ovvero l’esecuzione di specifiche integrazioni e/o modifiche richieste dalla Regione, supportato dall’ufficio di piano e previa formulazione di indirizzi puntuali da parte dell’Assemblea dei Sindaci del Distretto;

8. rappresentare presso enti e amministrazioni i Comuni dell’Ambito;

9. sottoscrivere accordi, convenzioni e protocolli in rappresentanza dei Comuni dell’Ambito.

L’Ufficio di Piano è un ufficio comune ai sensi dell’art. 30 del D.Lgs. 267/00 ed è composto da personale dell’Azienda Speciale Consortile *Consorzio Erbese Servizi alla Persona*.

L’Ufficio di Piano è la struttura tecnico – amministrativa di supporto e di coordinamento alla realizzazione delle attività previste dal documento di programmazione. In particolare esso gestisce gli interventi e le attività previste dal Piano di Zona, cura il livello progettuale attivando risorse e strumenti per le analisi delle attività sociali e provvede al monitoraggio delle priorità d’intervento, alla progettazione e alla sperimentazione delle azioni da gestire a livello associato.

Gli Uffici di Piano degli Ambiti Territoriali partecipano insieme alle ASST ad una specifica Cabina di Regia istituita presso il Dipartimento PIPSS, con funzioni consultive. All’Ufficio di Piano sono attribuite le seguenti competenze, qui riassunte a titolo non esaustivo:

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

➢ predisposizione proposta dell’Accordo di Programma e del Piano di Zona e successive integrazioni ed aggiornamenti;

➢ coordinamento azioni promosse dal Piano di Zona;

➢ verifica e monitoraggio azioni previste dal Piano di Zona;

➢ predisposizione materiale utile per gli argomenti da trattare;

- cura della verbalizzazione e della trasmissione delle informazioni sulle decisioni dell'Assemblea dei Sindaci;
- partecipazione quale organismo tecnico al tavolo interdistrettuale e ai tavoli di consultazione del privato sociale;
- interfaccia per i rapporti tecnici di Ambito con la ATS e ASST e con gli altri enti o organismi, distrettuali, provinciali e regionali;
- b) Coordinamento tavoli gestionali/tecnicici, tavolo di coordinamento, tavoli d'area adulti, minori, disabili, anziani, sia istituzionali che allargati:
 - convocazione dei tavoli, determinazione ordine del giorno degli incontri e predisposizione del materiale utile per gli argomenti da trattare;
 - definizione di un referente per la cura della verbalizzazione degli incontri dei tavoli;
 - coordinamento del lavoro dei tavoli tra di loro e rispetto ai mandati ed alle priorità espresse dall'Assemblea dei Sindaci;
- c) Segreteria:
 - Cura l'archivio degli atti relativi al Piano di Zona;
 - gestione rilevazioni statistiche e dati utili alla programmazione locale;
 - supervisione alla compilazione dei debiti informativi regionali;
 - cura della regolarità e tempestività dei flussi informativi,
 - definisce e attua tutti gli atti amministrativi inerenti le attività di riferimento, in relazione ai servizi ed ai benefici economici diretti ai Comuni e ai loro cittadini (predisposizione bandi e atti pubblici, accordi, convenzioni, manifestazioni d'interesse, protocolli, ecc.)
 - cura le relazioni con gli enti sovraordinato e con gli altri Uffici di Piano
- e) Gestione budget unico territoriale
 - Gestione e/o ripartizione delle risorse del Fondo Nazionale Politiche Sociali, del Fondo Sociale Regionale, Fondo Non Autosufficienza, Fondo Povertà e ogni altro finanziamento proveniente da altri enti pubblici o privati in conformità con le indicazioni normative in materia e secondo i criteri stabiliti dall'Assemblea dei Sindaci;
 - assolvimento del debito informativo legato all'attuazione del Piano di Zona verso l'Azienda Sanitaria Locale e Regione Lombardia;
 - gestisce le risorse derivanti da partecipazioni a bandi.
- f) Gestione servizi e progetti distrettuali:
 - predisposizione e presentazione di servizi e progetti a valenza sovra comunale secondo i criteri e le indicazioni definite dall'Assemblea dei Sindaci;
 - gestione dei progetti e loro attuazione con predisposizione di tutti gli atti amministrativi conseguenti, fungendo da cabina di regia, se capofila;
 - coordinamento dei servizi e dei progetti sovra comunali;
 - gestione dei servizi e dei progetti individuati dall'Assemblea dei Sindaci in applicazione di quanto previsto nell'art. 1.
- g) Promozione di interventi atti a pervenire a maggiore uniformità tra i Comuni nell'erogazione di servizi, interventi o prestazioni sociali:
 - Redazione bozze di regolamenti relativi ai servizi sociali del territorio;
 - Promozione del confronto Politico e Tecnico al fine di perseguire gli obiettivi di uniformità richiesti da Regione Lombardia e dalle leggi nazionali di settore;
 - Monitoraggio della spesa sociale dei Comuni dell'Ambito al fine di verificare l'attuazione degli obiettivi di uniformità ed efficienza dei servizi socio- assistenziali;
- h) Controllo:
 - Monitoraggio della spesa sociale e del buon andamento dei servizi d'ambito per i Comuni, al fine di verificare l'attuazione degli obiettivi di uniformità ed efficienza dei servizi socio-assistenziali.

Inoltre, i Tavolo Tecnico di Coordinamento è composto dall’Ufficio di Piano, dai Responsabili e dagli Assistenti Sociali dei Servizi Sociali dei ventisette Comuni. Il Tavolo Tecnico è presieduto di norma dal Responsabile di servizio dell’Ufficio di Piano che ne cura la convocazione, l’ordine del giorno e la verbalizzazione delle riunioni.

Competenze del Tavolo Tecnico sono:

- predisposizione delle relazioni tecnico amministrative relative alle proposte degli atti attinenti i Piani di Zona, i servizi di Ambito e la programmazione zonale;
- cura della rispondenza della programmazione di Ambito con quella dei singoli comuni e viceversa;
- predisposizione degli atti relativi ai vari “debiti informativi” nel rispetto dei tempi stabiliti dall’Ufficio di Piano.
- coordinamento tra gli operatori sociali di tutto l’Ambito territoriale, gestiti dall’Azienda Consortile e dai singoli comuni.

I TAVOLI TEMATICI D’AREA

La costituzione dei nuovi tavoli tematici (seppur in continuità con la precedente programmazione) è stata volta a raccogliere le manifestazioni di interesse a collaborare con l’Ufficio di Piano, per consentire la massima adesione e partecipazione di tutti i soggetti privati e delle formazioni sociali, con l’obiettivo di inclusione nei processi di partecipazione alla programmazione sociale dell’Ambito di Erba.

Le candidature ricevute anno manifestato l’interesse alla partecipazione ai Tavoli tematici del Piano di Zona, i cui lavori prenderanno si sono avviati ad ottobre 2024, e proseguiranno per tutto il periodo di validità del Piano di zona 2025-2027.

La costituzione dei Tavoli è finalizzata a coinvolgere soggetti della comunità che contribuiscano ad arricchire il quadro progettuale, portando esperienze utili all’attuazione delle azioni che saranno individuate e condividendo il percorso programmatico generale.

I Tavoli del Piano di Zona sono in stretta relazione con le macroaree di intervento individuate dalle Linee di indirizzo per la programmazione zonale 2025-2027:

- TAVOLO TEMATICO AREA “MINORI E FAMIGLIE”, connessa alle macroaree Politiche giovanili e per i minori e Interventi per la Famiglia
- TAVOLO TEMATICO AREA “INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ”, connessa alle macroaree Domiciliarità ed Interventi a favore delle persone con disabilità
- TAVOLO TEMATICO AREA “INTERVENTI A FAVORE DELLE PERSONE ANZIANE”, connessa alle macroaree Domiciliarità ed Anziani
- TAVOLO TEMATICO “INTEGRAZIONE E SOLIDARIETÀ SOCIALE”, connessa alle macroaree A - Contrasto alla povertà e all’emarginazione sociale e promozione dell’inclusione attiva, Politiche abitative e Interventi connessi alle politiche per il lavoro

Il lavoro dei tavoli è stato articolato, in fase di stesura del Piano di zona, in due momenti dedicati rispettivamente:

- alla ricognizione sulla specifica area tematica, con particolare riguardo alle progettualità ed azioni già in corso e in fase di avvio e ai Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS),

indicati dalla normativa regionale e nazionale come prioritari;

- alla condivisione delle linee strategiche da inserire nel Piano di zona.

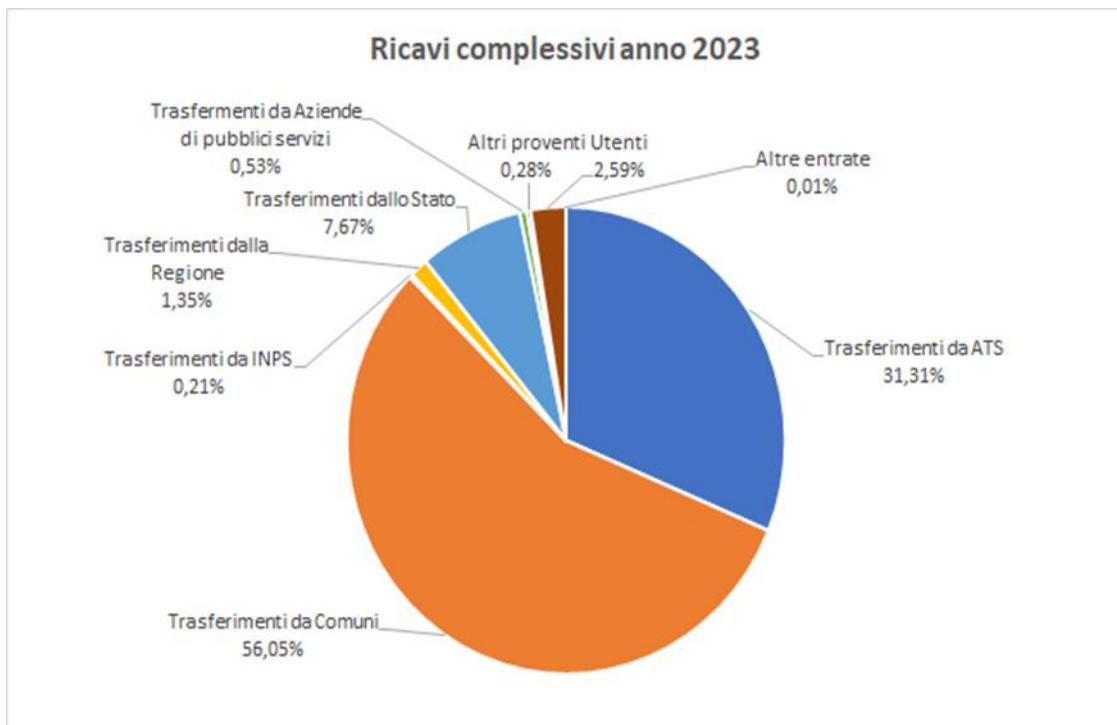
Successivamente alla sottoscrizione del Piano di zona e del relativo Accordo di Programma da parte dei soggetti a ciò deputati, i Tavoli tematici continueranno a svolgere la propria funzione di partecipazione alla lettura dinamica dei problemi sociali del territorio e delle possibili strategie di intervento, attraverso incontri regolari (prevedibilmente tre all'anno), convocati dall'Ufficio di Piano.

Parallelamente al lavoro dei Tavoli, il processo partecipativo può prevedere la convocazione da parte dell'Ufficio di Piano di Incontri Tecnici su specifiche tematiche, con inviti ad hoc agli interlocutori competenti e interessati per argomento, con finalità di approfondimento conoscitivo di tematiche complesse.

L'Ufficio di Piano potrà altresì avviare Tavoli operativi, per lo sviluppo di azioni concrete in funzione della risposta ai bisogni individuati, invitando i soggetti competenti e interessati, con le medesime modalità di cui al paragrafo precedente, o attraverso apposite manifestazioni di interesse.

Per un efficace funzionamento dei Tavoli si ritiene opportuno che ciascun Ente che intende candidarsi alla partecipazione ai Tavoli tematici individui un solo referente, che rimanga stabilmente all'interno del tavolo per tutta la durata del Piano di Zona, procedendo alla sua sostituzione solo in casi straordinari; la partecipazione agli incontri sia costante e regolare. A tal fine, si definisce fin d'ora che la mancata partecipazione, senza giustificato motivo, per tre volte consecutive, costituisce motivo di esclusione dal Tavolo; i partecipanti prendano visione delle normative regionali e nazionali e di documenti programmati e tecnici che verranno indicati di volta in volta, a seconda delle questioni trattate;

LE RISORSE ECONOMICHE DEL PIANO DI ZONA



LA GESTIONE ASSOCIATA

L'ente capofila in quanto Azienda speciale consortile, si occupa delle seguenti aree:

AREA Sociale

All'interno di detto servizio sono compresi, a titolo esemplificativo e non esaustivo, i seguenti servizi:

a) Servizio Minori e famiglia:

- tutela: comprende tutti gli interventi di segnalazione, attuazione di indagini psico-sociali, relazioni, monitoraggio, verifica e valutazione dei Decreti del Tribunale dei Minori emessi per minori del territorio e delle loro famiglie ivi compresi i rapporti con Enti (ASL e Azienda Ospedaliera per OUNPIA), Tribunale Ordinario e Forze dell'Ordine e comunità varie oltre alla contabilità rette per gli inserimenti in comunità. E' prevista la gestione delle emergenze del servizio tutela minori tutti i giorni dell'anno.
- affidi: selezione, formazione, abbinamento, monitoraggio e verifica delle famiglie o singoli affidatari oltre alla contabilità contributi;
- adozioni per coppie: viene svolta una indagine sociale, sostegno e monitoraggio alle coppie adottive.

b) Servizi Educativi

- assistenza domiciliare minori (S.A.D.M.): spazio relazionale ed educativo per minori al domicilio o presso luoghi di socializzazione del territorio anche attraverso attività educativa di gruppo (servizio accreditato con enti gestori del territorio);
- diritto di relazione: in ottemperanza ai decreti dell'Autorita' giudiziaria, calendarizzazione, attuazione, monitoraggio e verifica delle visite protette con i genitori o altri familiari;
- trasporto utenti servizi consortili.

c) Servizio Disabilità

- gestione centro diurno per disabili C.D.D. e servizio accreditato con gestori del territorio di frequenza Centro Socio Educativo;
- servizio di trasporto disabili;
- assistenza domiciliare disabili (A.D.H.);
- supporto tecnico nel coordinamento nella programmazione, gestione e verifica di interventi a favore di soggetti portatori di handicap e loro famiglie, nei momenti difficili, di scelta o di passaggio da un ordine di scuola all'altro;
- voucherizzazione servizi assistenza domiciliare anziani (S.A.D.) e di supporto e sostegno alla popolazione anziana anche mediante servizi gestiti dal terzo settore.

d) Servizio sociale

- Servizio di base per 15 comuni convenzionati, implementato negli anni con personale sociale dedicato.

AREA Orientamento al Lavoro

- Servizio Erbalavoro, con la funzione di programmare, gestire e coordinare le attività finalizzate all'inserimento, reinserimento e accompagnamento e inserimento nel lavoro di persone disabili e appartenenti alle fasce deboli della popolazione;
- Orientamento, bilancio di competenze, accompagnamento a un progetto professionale o formativo di persone svantaggiate e fasce deboli;
- Attivazione pratiche amministrative per lo svolgimento dei tirocini formativi e di orientamento;
- Consulenza sulla documentazione per la richiesta di invalidità civile;

- Supporto nell'elaborazione del curriculum vitae e nella gestione del colloquio di selezione;
- Presentazione delle candidature presso aziende per tirocini o per assunzione diretta;
- Accompagnamento e affiancamento al colloquio presso le aziende;
- Monitoraggio post-assunzione.

AREA Programmazione Zonale

- Redazione e gestione del Piano di Zona, supporto alla programmazione e della gestione degli interventi e servizi sociali a livello associato: gestione del Fondo Nazionale Politiche Sociale, del Fondo Sociale Regionale gestione dei servizi e dei titoli sociali (buoni sociali anziani e disabili / voucher anziani, sostegno natalità e famiglie numerose); progetti riferibili alle aree specifiche sopra indicate;
- Supporto e consulenza ai Comuni e agli Enti Gestori delle unità di offerta sociali nella gestione delle procedure di Comunicazione Preventiva di Esercizio, vigilanza e raccordo con ATS; tenuta e gestione del registro AFAM.

AREA Amministrativa

L'Azienda, attraverso l'area servizi amministrativi e contabili della Gestione Associata, adempie alle attività in materia di personale, affari generali, forniture, affidamento di servizi, predisposizione atti economico finanziari, attività di economato, mantenimento del sistema per la gestione della qualità.

L'Azienda gestisce i servizi, gli interventi e le prestazioni affidati e commissionati nel pieno rispetto della vigente normativa, generale e di settore.

L'Azienda può procedere alla esternalizzazione dell'erogazione dei servizi, degli interventi e delle prestazioni oggetto del presente contratto a terze parti nel rispetto della normativa vigente, interna e comunitaria, salva comunque la responsabilità in capo ad essa.

Il fondo di solidarietà comunale che finanzia i servizi concorre alla realizzazione degli interventi e progetti connessi con il Piano di Zona in una ottimizzazione e ricomposizione di risorse "esterne" e "interne" per una ricaduta soddisfacente sul territorio.

Tra i canali di finanziamento si evidenziano per l'anno 2023:

Trasferimenti di derivazione statale: i trasferimenti di derivazione statale, per il 2023, sono stati determinati dalle seguenti voci:

- Fondo per la lotta alla Povertà quota servizi anno 2022: sono stati assegnati all'ambito di Erba 440.498,67 euro
- Fondo Nazionale Politiche Sociali 2022 (per interventi sul 2023) con D.g.r. n. 590 del 10 Luglio 2023 è stato assegnato all'Ambito di Erba la quota del Fondo Nazionale Politiche Sociali di euro 399.747,18
- Il Fondo non autosufficienza 2021 è stato assegnato con DGR 7751/2022 del 28/12/2022 per euro 301.318,27. Tale fondo prevede il finanziamento di attività diverse (buoni sociali, prestazioni) da svolgersi nel 2023;

Trasferimenti da Regione: i trasferimenti provenienti da fonti regionali sono così composti:

- il Fondo Sociale Regionale, destinato alle Unità di offerta per minori, anziani e disabili di complessivi 522.855,34 euro.
- la quota di risorse a carico del Fondo Socio-Sanitario Regionale, per l'erogazione di contributi per minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria e collocati presso famiglie affidatarie e/o in strutture residenziali si è attestata a euro 42.588,80 euro;
- La quota socio-sanitaria destinata invece al Centro Diurno Disabili è stata pari a 361.822,84 euro.

Trasferimento da Comuni:

- dal 2023 la quota pro-capite che i Comuni corrispondono al Consorzio è pari a 40 euro per abitante. Le altre entrate da comuni riguardano alcuni rimborsi per interventi sui minori a

carico al 50% tra Consorzio e Comuni fuori ambito, nonché le entrate relative ai comuni che aderiscono alla gestione associate del servizio di segretariato sociale

Entrate da utenza:

- le entrate da utenza riguardano la partecipazione alle rette del Centro Diurno per Disabili (CDD) e la quota di partecipazione al servizio di trasporto voucherizzato per gli utenti disabili che frequentano il CDD ed i CSE.

LA TUTELA DEI MINORI

Il servizio Minori ha registrato nell'ultimo anno una leggera flessione dei numeri dei casi in comunità, grazie ad un nuovo coordinamento e ad una revisione ricorrente dei casi in carico con una leggera diminuzione di costi connessi alla istituzionalizzazione dei minori. La scelta di un coordinamento del servizio di alto profilo ha reso il servizio stesso e più efficace in relazione al bisogno, e all'obiettivo di prevenzione e di supporto alle famiglie prima che siano inserite in un percorso di tutela. L'adesione al programma PNRR-PISSI consentirà di operare in tal senso, stabilizzando ulteriormente gli interventi. Abbiamo seguito nel 2023 n. 474 situazioni.

Nel 2024 abbiamo in carico 328 casi per 497 minori.

Il servizio è ora costituito da équipes specialistiche, ciascuna costituita da 1 psicologo e 1 assistente sociale:

-Equipe età evolutiva 1 (0-8 anni) cartelle aperte (ogni cartella aperta designa uno specifico caso assegnato ad equipe della tutela) in carico anno 2023 tot: 62

-Equipe età evolutiva 2 (9-17 anni) 72 casi complessivamente in carico all'equipe

-Equipe famiglie multiproblematiche casi complessivamente in carico all'equipe 61 + 51 (due assistenti sociali attualmente hanno in carico molte situazioni in assenza di uno psicologo/a).

-Equipe M.A.R. (Minori a Rischio, comprende i Penali minorili) L'equipe si occupa di penale minorile e prosieguì amministrativi. Il lavoro con le AS e servizio sociale di base è strutturato cercando di cogestire quelle situazioni sulle quali occorre uno sguardo congiunto, al fine di prevenire il più possibile segnalazioni o situazioni di pregiudizio.

I minori in comunità nel 2023 erano 53 (13 le madri) che sono nel 2024 rispettivamente 47 e 16, grazie ad una costante rivalutazione delle situazioni.

Il progetto presentato a Regione e finanziato "Voci di Corridoio" (in partnership con Menaggio e Lomazzo) inizia a lavorare con un educatore all'interno dell'Istituto Puecher per intercettare a scopo preventivo le situazioni "a rischio" e difficilose all'interno delle classi. Il progetto è strettamente connesso con il corpo docente e con lo psicologo dello sportello scolastico ed è condotto da Villa Padre Monti. Il progetto prosegue nel 2025.

SPAZIO NEUTRO

Il servizio gestito dall'Azienda è stato rivisto, implementato con l'obiettivo di offrire supporto non solo all'interno, ma anche all'esterno ad altri territori. Lo spazio dedicato ha potuto fruire di finanziamenti esterni che hanno consentito di renderlo confortevole e sempre più a misura di bambino. Un operatore dedicato è il filo conduttore del servizio.

L'incremento, nell'Ambito, dei servizi dedicati alla famiglia, delle attività per il mantenimento o la ricostruzione della relazione tra figlio e genitori, in seguito a separazione, divorzio conflittuale, affido, o gravi e profonde crisi familiari, hanno suggerito la necessità di cominciare a definire, l'ambito di intervento, le funzioni e gli aspetti teorici e metodologici a cui questo tipo di trattamento deve riferirsi. Attualmente vengono utilizzati in modo sostanzialmente indistinto denominazioni come: spazio neutro, spazio protetto, incontri protetti, visita protetta, luogo neutro.

Tutto ciò per riferirsi ad una modalità di attuazione di contatto tra un genitore e un figlio nella quale è prevista una figura terza, estranea, generalmente un operatore, che assume una funzione di controllo e di sostegno.

Il servizio Tutela Minori negli anni continua a registrare una flessione dei numeri di casi in comunità, grazie ad un nuovo coordinamento e ad una revisione ricorrente dei casi in carico con una leggera diminuzione di costi connessi alla istituzionalizzazione dei minori. La scelta di un coordinamento del servizio di strutturato ha reso il nostro servizio "Spazio di Ramon", più efficace in relazione al bisogno, e all' obiettivo di prevenzione e di supporto alle famiglie prima che siano inserite in un percorso di tutela. L'obiettivo è incrementarne la disponibilità aprendolo ad altri territori vicini.

GLI OBIETTIVI DI ATS INSUBRIA PER LA PROGRAMMAZIONE 2025/2027

Welfare di prossimità significa innovare i servizi sostenendo e rafforzando a livello territoriale luoghi, spazi e reti di prossimità che vedono direttamente protagonisti le persone e gli attori (Enti Pubblici, Enti del Terzo Settore...) nell'ottica di migliorare la capacità di rilevazione, lettura del bisogno e di anticipare /ridurre i tempi di intervento.

È fondamentale che i servizi sociali e sociosanitari lavorino in raccordo con i servizi per l'impiego, i servizi sanitari, le scuole e con i soggetti del Terzo Settore e di tutta la comunità.

Questa collaborazione è infatti essenziale per costruire una risposta integrata ai bisogni delle persone, soprattutto quelle più fragili.

Nell'ambito di queste priorità il coinvolgimento attivo dell'ATS Insubria e delle ASST sarà determinante per una migliore definizione delle azioni a livello territoriale e l'agevolazione del raccordo tra servizi sanitari, sociosanitari con gli Ambiti Territoriali Sociali ed i soggetti del Terzo Settore.

OBIETTIVI STRATEGICI–Triennio 2025-2027

Obiettivo 1.

Implementare il raccordo interistituzionale con il Terzo Settore mediante la costituzione di un organismo di coordinamento di secondo livello in staff alla Direzione Generale di ATS.

Obiettivo 2.

Sviluppare la programmazione congiunta tra l'ATS, le ASST, i soggetti del Terzo Settore e gli Ambiti Territoriali Sociali dando corpo agli istituti di co-programmazione e co-progettazione negli ambiti della prevenzione (Screening per patologie prevalenti, disagio giovanile, decadimento psicofisico nella popolazione anziana), del sostegno al progetto di vita delle persone disabili e dei percorsi di inclusione sociale.

Obiettivo 3.

Promuovere alleanze territoriali per una maggiore sinergia tra le risorse, gli attori, le iniziative in favore della famiglia promuovendo il welfare generativo/d' iniziativa.

Obiettivo 4.

Potenziare strategie operative finalizzate alla valorizzazione delle molteplici linee di attività degli Enti di Terzo Settore.

Obiettivo 5.

Attuare un percorso metodologico al fine di definire un regolamento per l'amministrazione condivisa in relazione all'istituto della co-programmazione e della co-progettazione con gli Enti del Terzo Settore.

Obiettivo 6.

Attivare percorsi formativi per istituire la figura del facilitatore territoriale e sperimentare modelli di intervento in alcuni territori pilota.

Nel triennio **2025-2027** gli obiettivi sopra esposti verranno declinati nelle azioni di seguito elencate.

Per l'Obiettivo 1:

- ✓ Implementazione del raccordo interistituzionale con il Terzo Settore mediante la costituzione di un organismo di coordinamento in staff alla Direzione Generale di ATS;
- ✓ Manifestazione di Interesse per l'acquisizione di candidature di referenti di secondo livello del Terzo Settore per la partecipazione, in staff alla Direzione Generale di ATS, al Comitato di Coordinamento e *Governance*;
- ✓ istituzione del Comitato di Coordinamento e *Governance*, stesura del Regolamento di Funzionamento ed avvio delle attività;
- ✓ condivisione di un Accordo di Collaborazione con CESVOV Insubria.

Per l'Obiettivo 2:

- ✓ Sviluppo della programmazione congiunta tra l'ATS, le ASST, gli Ambiti Territoriali Sociali ed i soggetti del Terzo Settore dando corpo agli istituti di co-programmazione e co-progettazione negli ambiti della prevenzione (Screening per patologie prevalenti, disagio giovanile, decadimento psicofisico nella popolazione anziana), del sostegno al progetto di vita delle persone disabili e dei percorsi di inclusione sociale, mediante:
 - Mappatura, d'intesa con le ASST, delle Associazioni di Volontariato in ambito sanitario e sociosanitario e dei relativi interventi e ricomposizione per Aree Tematiche delle Associazioni mappate;
 - Avviso Pubblico di manifestazione di interesse rivolto agli Ambiti Territoriali Sociali, Enti del Terzo Settore e altri attori del sistema relativamente ai Piani di azione per il contrasto al disagio dei minori, potenziamento Centri per la Famiglia, progettazioni in merito all'Invecchiamento Attivo ed avvio dei Centri per la Vita Indipendente

Per l'Obiettivo 3:

- ✓ Promozione di alleanze territoriali per una maggiore sinergia tra le risorse, gli attori, le iniziative in favore della famiglia promuovendo il welfare generativo e di iniziativa, mediante:
 - Report Inquadramento Epidemiologico dei Distretti, delle ASST e di ATS Insubria (Dati aggiornati dalle diverse Fonti luglio 2024);
 - programmazione di percorsi formativi rivolti agli Ambiti Territoriali Sociali, alle ASST ed agli Enti del Terzo Settore

Per l'Obiettivo 4:

- ✓ Potenziamento di strategie operative finalizzate alla valorizzazione delle molteplici linee di attività degli Enti di Terzo Settore;
- ✓ attivazione dei Tavoli Territoriali con le Associazioni di Volontariato in ambito sanitario e sociosanitario di intesa con le ASST e gli Ambiti Territoriali Sociali afferenti;
- ✓ sottoscrizione di convenzioni tra ATS, ASST e organizzazioni di Volontariato per attività di collaborazione nei programmi di screening;
- ✓ predisposizione di Piani Triennali di promozione della salute e di Prevenzione coordinamento e supporto alle progettazioni individuate dagli Ambiti Territoriali Sociali nel campo dell'inclusione sociale e lavorativa, della tutela minorile, dell'invecchiamento attivo e nell'area pedagogica – scolastica;
- ✓ attivazione, in seno alla Cabina di Regia Integrata ATS, dei Tavoli Operativi Territoriali sulle seguenti tematiche:
 - Tavolo Operativo Territoriale Piano di azione per il contrasto del Disagio giovanile e Centri per la Famiglia
 - Tavolo Operativo Territoriale DOPO di NOI e Centri per la Vita Indipendente
 - Tavolo Operativo Territoriale Invecchiamento Attivo

Ai Tavoli Operativi Territoriali individuati, tramite avviso pubblico di manifestazione di interesse, parteciperanno di diritto i referenti degli Ambiti Territoriali Sociali ed i referenti delle ASST.

- ✓ Implementazione dei lavori del Tavolo Tecnico Permanente delle Associazioni di Volontariato in ambito oncologico costituito presso l'ATS Insubria.

Per l'Obiettivo 5:

- ✓ Stesura di un regolamento per l'amministrazione condivisa con gli Enti del Terzo Settore, gli Ambiti Territoriali Sociali e le ASST con la finalità di rafforzare il processo di costruzione della rete e definire l'architettura collaborativa tra gli Enti.

Per l'Obiettivo 6:

Formazione di facilitatori territoriali con il fine di attivare le reti in alcuni territori pilota (ASST/Ambiti Territoriali Sociali/associazionismo) al fine di sperimentare un modello di intervento che potrà poi essere replicato in altri contesti territoriali.

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 Sette laghi – 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.

L'integrazione con ASST e il Distretto Socio-sanitario

Si tratta di un tema che attiene sia alle caratteristiche della rete che alla governance complessiva del territorio.

Nel corso del triennio precedente si è andata consolidando anche la relazione di collaborazione con il Distretto Socio sanitario di Erba. Ciò, in parte sulla scorta di una modalità collaborativa già presente e in parte su impulso della normativa in materia di integrazione e in particolare per quanto attiene alla realizzazione del PUA e alla gestione di alcune misure (B1/B2, Dopo di Noi).

A livello più generale, la stesura dei rispettivi documenti programmati ha sancito anche una prima occasione di condivisione di temi di interesse reciproco, attinenti l'integrazione sociosanitaria e caratterizzati dalla finalità di semplificazione dell'accesso da parte dei cittadini ai servizi, ad una valutazione multidimensionale e ad una progettazione personalizzata degli interventi, nonché a percorsi agevolanti all'interno dei servizi. Riguardo a ciò si vedano, di seguito, le schede-obiettivo condivise fra il Piano per lo sviluppo del Polo Territoriale e gli Ambiti dell'ASST Lariana, e fatti propri anche dal presente Piano di Zona, relative alla realizzazione dei LEPS prioritari individuati da Regione Lombardia.

La collaborazione, ad entrambi i livelli, passa attraverso la presenza dei diversi soggetti istituzionali nelle sedi significative della programmazione ed organizzazione di ciascuno: dalle Cabine di Regia Integrate, ai tavoli tematici del Piano di zona, all'Organismo Consultivo Distrettuale, etc..

La recente normativa e le linee di indirizzo nazionali e regionali, alla luce di quanto sopra richiamato, definiscono che il primo passo per l'integrazione sociosanitaria è la programmazione congiunta, funzione strategica che definisce, sulla base di priorità e obiettivi comuni, gli interventi sinergici da mettere in campo, le risorse a disposizione e condivise, i processi e le procedure di attuazione. Alla funzione di programmazione delle realtà territoriali spetta il compito di intercettare i nuovi e diversi bisogni che derivano dai mutamenti sociali, economici, normativi e culturali e, sulla base di essi, di indicare interventi e risposte assistenziali adeguate. L'approccio integrato, nell'analisi dei bisogni, nelle scelte delle priorità di intervento e nell'adozione degli strumenti di governo del sistema, permette di rispondere in maniera adeguata alla complessità dei fenomeni e dei bisogni sociosanitari complessi e trova la sua attuazione nella programmazione congiunta dei servizi sociosanitari, presenti all'interno del Piano di zona dell'Ambito sociale e del Piano di sviluppo del polo territoriale delle ASST.

Il Percorso di presa in carico integrata, dedicato alle persone non autosufficienti o in condizione di grave e gravissima disabilità è costituito dalle macrofasi: accesso, prima valutazione, valutazione multidimensionale, elaborazione del piano assistenziale personalizzato, monitoraggio degli esiti di salute. Le macrofasi costituiscono un insieme unitario e indivisibile di endo-procedimenti, tutti ugualmente indispensabili per garantire la piena esigibilità del LEPS di processo che viene realizzato dagli ambiti territoriali sociali. La programmazione condivisa tra ambito territoriale sociale e distretto sanitario è pertanto orientata a definire le azioni necessarie per la costruzione del percorso di presa in carico integrata.

La funzione di accesso costituisce la fase iniziale del percorso assistenziale integrato, in cui sono garantiti i servizi per l'orientamento al complesso dei servizi territoriali e i servizi di accesso al percorso integrato, con la rilevazione dei primi riferimenti anagrafici. La funzione viene realizzata da un sistema unitario di ambito, che articola i punti di accesso rispetto ai presidi territoriali ritenuti adeguati dalla programmazione regionale e locale, con attenzione alle nuove strutture operative recate dalle missioni 5 e 6 del PNRR. Il Punto Unico di Accesso (PUA) che verrà implementato quale

obiettivo di integrazione e primo filtro rivolto al cittadino, rappresenta una modalità organizzativa di accesso unitario ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari rivolta, in particolare, a coloro che presentano bisogni che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e interventi sociali. In tal senso si intende delineare un modello organizzativo adeguato a rispondere in modo integrato e capace di accogliere qualsiasi tipologia di istanza sociale, sanitaria e sociosanitaria. Il PUA Punto Unico d'Accesso che verrà definito nell'ambito di un protocollo condiviso tra ASST e Ambiti, è finalizzato ad avviare percorsi di risposta appropriati alla complessità dei bisogni della persona, superando la settorializzazione degli interventi.

Di seguito si riportano le schede LEPS condivise fra gli Ambiti e ASST Lariana in merito ai LEPS prioritari individuati da Regione Lombardia.

Riferimenti Normativi

- Linee di indirizzo infermiere di famiglia/comunità Ex l. 17 luglio 2020 n. 77;
- LR 22/2021;
- Legge 234/2021;
- DGR XI/6760/2022;
- DGR XI/6867/2022;
- DGR XII/715/2023;
- DGR XII/718/2023;
- DGR XII/1025/2023;
- DGR XII/1475/2023;
- DGR XII/XII/1827/2024;
- DGR XII/2033/2024;
- DGR XII/2167/2024;
- DGR XII/2089/2024;
- DM 120/2022;
- DM 77/2022;
- DM 256/2022;
- DM 298/2022;
- Legge Delega sulla Disabilità n. 227/2022, L.R. 25/2022;
- Legge Delega sulla Non Autosufficienza n. 33/2023
- PNRR Missione 6 (Componente 1 e Componente 2);

Legenda della Scheda Progetto:

AREA TEMATICA	
Valutazione	AT1
Continuità dell'assistenza tra setting di cura	AT2
Cure domiciliari	AT3
Percorsi di integrazione con le cure primarie	AT4
Prevenzione e promozione della salute	AT5
Telemedicina	AT6
PIC cronici e fragili	AT7
LINEA DI INTERVENTO	
Linea prevenzione	LI1
Linea materno-infantile	LI2
Linea minori-adolescenti	LI3
Linea autonomia	LI4
Linea fragilità	LI5
Linea grave emarginazione	LI6
Linea PUA e UVM	LI7

Criticità o razionale del progetto	Servizi sociali per le dimissioni protette							
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI 1 prevenzion e	LI 2 materno -infantile	LI 3 minorì- adolescen ti	LI 4 autonomi a	LI 5 fragilit à	LI 6 grave emarginazion e	LI 7 PUA e UV M
	AT 1 Valutazione							
	AT 2 Continuità dell'assistenz a tra setting di cura					X		
	AT 3 Cure domiciliari					X		
	AT 4					X		

	Percorsi di integrazione con le cure primarie						
	AT 5 Prevenzione e promozione della salute						
	AT 6 Telemedicina				X		
	AT 7 PIC cronici e fragili						
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Persone non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità, residenti sul territorio nazionale, non supportate da una rete formale o informale adeguata, costante e continua.						
Obiettivi di sistema	<ul style="list-style-type: none"> Promuovere l'assistenza delle persone fragili e con perdita progressiva di autonomia, attraverso l'intercettazione precoce del bisogno e della iniziale fragilità garantendone la presa in carico sociosanitaria Contribuire a ridurre il numero dei ricoveri reiterati presso i presidi ospedalieri Aumentare il grado di appropriatezza e personalizzazione delle prestazioni, assicurando la continuità dell'assistenza Promuovere un modello organizzativo gestionale omogeneo e continuativo nei diversi ambiti territoriali del distretto per la gestione integrata e coordinata degli interventi. Sostenere l'autonomia residua e il miglioramento dei livelli di qualità di vita, incrementando la consapevolezza e la responsabilità delle figure di riferimento della persona fragile, superando la logica assistenziale. Uniformare i criteri di valutazione e accesso agli interventiopportunità anche attraverso collaborazioni innovative tra il pubblico e il Terzo Settore al fine di potenziare la rete dei servizi. Garantire l'inclusione sociale dei soggetti fragili presi in carico 						
Descrizione del servizio / progetto	<p>La dimissione protetta è una dimissione dal contesto sanitario che prevede una continuità di assistenza e cure attraverso un programma di interventi e servizi concordato tra il medico curante, i servizi sociali di ASST e i servizi sociali dei Comuni/Ambiti territoriali. È un insieme di azioni finalizzate a un'intercettazione precoce e una gestione proattiva del processo di dimissione protetta del paziente fragile con elevato rischio sociale, che curano il processo di passaggio del paziente da un ambiente ospedaliero o similare ad un ambiente di cura di tipo familiare, al fine di garantire la continuità assistenziale. Oggetto comune di lavoro tra ASST Lariana e gli Ambiti territoriali della provincia di Como sarà il protocollo/procedura che definirà le modalità operative con cui ASST Lariana e Comuni/Ambiti territoriali avvieranno la valutazione multidimensionale del grado di vulnerabilità e la presa in carico condivisa delle persone per la definizione di un progetto rivolto ad assicurare il benessere attraverso la continuità assistenziale anche dopo la dimissione ospedaliera. Tale protocollo, una volta redatto e sottoscritto sarà oggetto di sperimentazione e monitoraggio.</p>						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in	Ambiti territoriali di: Cantù, Como, Erba, Lomazzo – Fino Mornasco, Mariano Comense, Menaggio, Olgiate Comasco.						

caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)		
Attori/Enti coinvolti	Distretti ASST Lariana – Ambiti territoriali di Cantù, Como, Erba, Lomazzo-Fino Mornasco, Mariano Comense, Menaggio, Olgiate Comasco – Comuni	
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)		
Progettualità presente nel Piano di Zona e nel PPT	<ul style="list-style-type: none"> • Si PdZ • Si PPT 	
Anno Avvio / Anno Fine	Gennaio 2025- Dicembre 2027	
Indicatore e risultato atteso	<p>INDICATORE: Definizione e condivisione protocollo/procedura definito per assicurare la Transitional care con Asst Lariana, ATS e gli ETS</p> <p>RISULTATO ATTESO: definizione e aggiornamento protocollo, definizione del patto d'intesa ed attivazione (2025)</p> <p>INDICATORE: Numero utenti sociali che hanno beneficiato del servizio dimissioni protette/numero utenti sociali che ha espresso il bisogno del servizio</p> <p>RISULTATO ATTESO 2026 ≥ 50% 2027 ≥75%</p> <p>INDICATORE: Riduzione tempo medio di attesa della dimissione per il ritorno a domicilio o in struttura residenziale</p> <p>RISULTATO ATTESO: 2026: Tempo medio di attesa anno 2026 < tempo medio di attesa anno 2025</p> <p>2027: Tempo medio di attesa anno 2027< tempo medio di attesa anno 2026</p> <p>INDICATORE: incremento numero incontri formativi per caregiver familiari e/o assistenti familiari per sostenere l'autonomia residua e il miglioramento dei livelli di qualità di vita delle persone fragili a domicilio.</p> <p>RISULTATO ATTESO: 2026 n. incontri formativi per caregiver e/o assistenti familiari > n. incontri formativi per caregiver familiari e/o assistenti familiari svolti nel 2025.</p> <p>2027>2026</p> <p>INDICATORE: Incremento numero dimissioni protette gestite attraverso l'integrazione informativa e informatizzata tra ambito sanitario e cartella sociale informatizzata</p> <p>RISULTATO ATTESO: 2026 n. dimissioni protette gestite attraverso l'integrazione informativa anno 2026 > n. dimissioni protette gestite attraverso l'integrazione informativa anno 2025.</p>	

Criticità o razionale del progetto	Prevenzione dell'allontanamento familiare attraverso la promozione di una genitorialità positiva							
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI 1 prevenzion e	LI 2 materno -infantile	LI 3 minori- adolescen ti	LI 4 autonomi a	LI 5 fragilit à	LI 6 grave emarginazion e	LI 7 PUA e UV M
	AT 1 Valutazione	X	X	X				
	AT 2 Continuità dell'assistenz a tra setting di cura							
	AT 3 Cure domiciliari							
	AT 4 Percorsi di integrazione con le cure primarie	X	X	X				
	AT 5 Prevenzione e promozione della salute							
	AT 6 Telemedicina							
	AT 7 PIC cronici e fragili							
Destinatari specifici dell'intervent o (target)	Nuclei familiari fragili, con figli minori, in situazione di vulnerabilità.							
Obiettivi di sistema	<ul style="list-style-type: none"> - 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. - Realizzare un percorso di accompagnamento volto a garantire a ogni bambino 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 in un tempo congruo, definiti congiuntamente in équipe multidisciplinare con la famiglia - Prevenire situazioni di trascuratezza e trascuratezza grave, maltrattamento e abuso, tramite azioni progettuali di promozione della genitorialità positiva come di azione tempestiva in caso di rilevazione di esse e quindi di protezione e tutela dei bambini - Promozione del Welfare di comunità e mutuo aiuto facilitando percorsi di prossimità e reciprocità familiare (es. Centri per la Famiglia e Reti di famiglie affidatarie) 							

Descrizione del servizio / progetto	<p>Richiamando la metodologia del Programma P.I.P.P.I. ed in continuità con le implementazioni già realizzate, si intende promuovere un <u>approccio multidisciplinare integrato</u> nei percorsi di presa in carico e nella messa in campo di interventi a favore di nuclei familiari vulnerabili tra famiglia, ASST, Ambito territoriale/Comuni ed eventuali altri soggetti interessati.</p> <p>In un'ottica prevalentemente preventiva, si intende lavorare al fine di definire un piano di azione unitario, partecipato, sostenibile e multidimensionale, realizzato in un tempo congruo. Piano di azione che verrà definito congiuntamente in équipe multidisciplinari alla presenza dei diversi soggetti che, ciascuno nella propria specificità e competenza, possono aiutare la famiglia a fronteggiare la propria vulnerabilità.</p> <p>Al fine di poter consentire ad ogni soggetto dell'équipe multidisciplinare di lavorare con tempi e modi proposti dalla metodologia sarà necessaria la definizione di protocolli istituzionali che determinino tra i vari soggetti funzioni, responsabilità e competenze.</p>	
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	<p>Intero territorio ASST Lariana – Ambiti territoriali di Cantù, Como, Erba, Lomazzo-Fino Mornasco, Mariano Comense, Menaggio, Olgiate Comasco</p>	
Attori/Enti coinvolti	<p>Distretti ASST Lariana – Ambiti territoriali di Cantù, Como, Erba, Lomazzo-Fino Mornasco, Mariano Comense, Menaggio, Olgiate Comasco – Servizi Scolastici ed educativi- ETS</p>	
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	<p>PUA - Consultorio – DSMD – PLS</p>	
Progettualità presente nel Piano di Zona e nel PPT	<ul style="list-style-type: none"> • Si PdZ • Si PPT 	
Anno Avvio / Anno Fine	<p>Gennaio 2025 – dicembre 2027</p>	
Indicatore e risultato atteso	<p>INDICATORE : Definizione o aggiornamento protocollo/procedura di prevenzione dell'allontanamento familiare</p> <p>RISULTATO ATTESO: Definizione o aggiornamento e condivisione protocollo (e relative procedure operative) tra Ambito, Servizi scolastici, Servizi educativi, ATS e ASST ed eventuali altri soggetti interessati (entro 2025). Attivazione del protocollo/ procedure (entro 2026)</p> <p>INDICATORE: Numero progetti individualizzati/ Numero valutazioni</p> <p>RISULTATO ATTESO: 40 % entro 2025 – 60 % entro 2026 – 80 % entro 2027</p>	

	<p>INDICATORE: Incremento della tipologia dei soggetti coinvolti nell'ambito dei Gruppi territoriali</p> <p>RISULTATO ATTESO: N. enti coinvolti anno 2026 > N. enti coinvolti anno 2025 - N. enti coinvolti anno 2027 > N. enti coinvolti anno 2026</p> <p>INDICATORE : Incremento Numero nuclei familiari presi in carico in ottica di prevenzione, anche ulteriori rispetto ai nuclei previsti dal Programma PIPPI.</p> <p>RISULTATO ATTESO: N. nuclei familiari anno 2026 > N. nuclei familiari anno 2025 - N. nuclei familiari anno 2027 > N. nuclei familiari anno 2026.</p>	
--	---	--

Criticità o razionale del progetto	Punti Unici di Accesso (PUA) integrati e UVM: incremento operatori sociali							
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI 1 prevenzio ne	LI 2 matern o- infantile	LI 3 minori- adolesce nti	LI 4 autonomi	LI 5 fragilit à	LI 6 grave emarginazio ne	LI 7 PU A e UV M
	AT 1 Valutazione							X
	AT 2 Continuità dell'assisten za tra setting di cura							X
	AT 3 Cure domiciliari							
	AT 4 Percorsi di integrazione con le cure primarie							X
	AT 5 Prevenzione e promozione della salute							
	AT 6 Telemedicin a							
	AT 7 PIC cronici e fragili							

Destinatari specifici dell'intervento (target)	Persone in condizioni complesse sia sanitarie che sociali.
Obiettivi di sistema	<ul style="list-style-type: none"> Realizzazione, insieme ad ASST e ATS di obiettivi in coprogrammazione e co-progettazione con gli ETS al fine di rafforzare la Valutazione multidimensionale e l'efficacia delle équipe integrate Definire protocollo/procedura operativo di distretto per il funzionamento della équipe integrata tra ambito territoriale sociale e ambito sanitario per la valutazione multidimensionale Assicurare la partecipazione della figura dell'assistente sociale comunale o di Ambito all'interno del Punto Unico di Accesso (PUA) delle Case di Comunità
Descrizione del servizio / progetto	<p>Il PUA rappresenta il modello organizzativo di accesso unitario ed universalistico ai servizi sociali, sanitari e socio-sanitari finalizzato ad avviare percorsi di risposta appropriata alla complessità delle esigenze di tutela della salute della persona, rivolti in particolare a coloro che presentano bisogni che richiedono prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale. Per un incremento del numero di persone in condizioni complesse prese in carico dalle Unità di Valutazione multidimensionali (UVM), l'obiettivo prevede la collaborazione tra il personale dell'ambito territoriale sociale ed il personale del PUA di Asst Lariana (Protocollo d'Intesa), per promuovere un modello organizzativo, di intervento e di gestione multidisciplinare, perseguitando la progettazione di carattere sociale e sociosanitaria. All'interno del PUA si svolgono le funzioni di accesso e di prima valutazione.</p> <p>ÉQUIPE INTEGRATE PER LA REALIZZAZIONE DI PERCORSI DI PRESA IN CARICO INTEGRATA</p> <p>Le équipe integrate costruiscono percorsi assistenziali integrati in relazione ai bisogni della persona, mirano a migliorare le modalità di presa in carico unitaria della stessa, e ad eliminare o semplificare i numerosi passaggi che la persona assistita ed i suoi familiari devono adempiere per l'accesso e la fruizione dei servizi, attraverso le proprie funzioni specifiche e l'articolazione del processo di presa in carico integrata, nelle relative macrofasi (valutazione multidimensionale, elaborazione del piano assistenziale individualizzato e monitoraggio degli esiti), come definito dalla normativa in materia di LEPS di processo. (PIANO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA)</p>
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Ambiti territoriali di: Cantù, Como, Erba, Lomazzo-Fino Mornasco, Mariano Comense, Menaggio, Olgiate Comasco
Attori/Enti coinvolti	Distretti ASST Lariana – Ambiti territoriali di Cantù, Como, Erba, Lomazzo-Fino Mornasco, Mariano Comense, Menaggio, Olgiate Comasco – Comuni
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Equipe multidisciplinare - PUA- COT

Progettualità presente nel Piano di Zona e nel PPT	<ul style="list-style-type: none"> • Sì PdZ • Sì PPT
Anno Avvio / Anno Fine	Gennaio 2025 – dicembre 2027
Indicatore e risultato atteso	<p>INDICATORE: Definizione ed aggiornamento protocollo e documento organizzativo di Ambito per la valutazione integrata tra ambito territoriale sociale e ambito sanitario.</p> <p>RISULTATO ATTESO: protocollo/procedura, costituita nei modi previsti dalla normativa/regolamenti vigente tra ASST, Ambito territoriale/Comuni ed eventuali altri soggetti interessati, aggiornati e condivisi - Protocollo/procedura attivati entro la fine del 2025</p> <p>INDICATORE (Ambiti): Numero valutazioni che vedono la partecipazione dell'Assistente sociale comunale o di Ambito/Numero complessivo di valutazioni effettuate</p> <p>RISULTATO ATTESO: 50% entro fine 2025 – 75% entro fine 2026 – 100% entro fine 2027</p> <p>INDICATORE: n. strumenti di valutazione unitari condivisi</p> <p>RISULTATO ATTESO: incremento numero strumenti unitari per la valutazione multidimensionale condivisi tra ambito territoriale sociale e ambito sanitario</p> <p>INDICATORE: numero persone in condizioni complesse prese in carico dalle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVMD) per ciascun anno del triennio.</p> <p>RISULTATO ATTESO: presa in carico delle persone in condizioni complesse da parte dalle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVMD) incrementata in modo costante nel triennio.</p>

Criticità o razionale del progetto	Recupero e mantenimento dell'autonomia residua (incremento SAD)							
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI 1 prevenzion e	LI 2 materno -infantile	LI 3 minori- adolescen ti	LI 4 autonomi a	LI 5 fragilit à	LI 6 grave emarginazion e	LI 7 PUA e UV M
	AT 1 Valutazione				X	X		X
	AT 2 Continuità dell'assistenz a tra setting di cura							
	AT 3 Cure domiciliari				X	X		
	AT 4 Percorsi di integrazione con le cure primarie							

	AT 5 Prevenzione e promozione della salute						
	AT 6 Telemedicina						
	AT 7 PIC cronici e fragili						
Destinatari specifici dell'intervento (target)	<p>Popolazione in condizioni di fragilità, non autosufficiente e con alto bisogno assistenziale.</p> <p>Nell'ambito specifico dei progetti di dimissione protetta da struttura sanitaria/sociosanitaria i destinatari sono persone non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità, non supportate da una rete formale o informale adeguata, costante e continuata, che necessitano di SAD.</p> <p>Destinatari indiretti degli interventi di SAD, laddove presenti, sono i caregiver familiari, in termini di alleggerimento del carico di cura ma anche di incremento della responsabilizzazione, attori a tutti gli effetti del progetto individualizzato. L'intervento di assistenza domiciliare si colloca quindi in una dimensione di supporto alla persona non autosufficiente e di sollievo e consapevolezza del caregiver.</p>						
Obiettivi di sistema	<ul style="list-style-type: none"> - Potenziare il Servizio di Assistenza Domiciliare in termini quantitativi e qualitativi - Assistenza sociale integrata con i servizi sociosanitari. 						
Descrizione del servizio / progetto	<p>Implementazione di servizi socioassistenziali (igiene personale, aiuto nell'organizzazione e gestione della casa, supporto nell'alimentazione, ...) finalizzati al mantenimento a domicilio delle persone non autosufficienti e al sostegno dell'autonomia residua.</p> <p>Promozione di un modello organizzativo omogeneo per la gestione integrata e coordinata degli interventi al domicilio, al fine di migliorare la qualità della vita dei destinatari e superare la logica di frammentazione dell'assistenza.</p> <p>In modo particolare è necessario che il Servizio di Assistenza Domiciliare venga attivato secondo le richieste e i bisogni della persona nel suo contesto di vita quotidiano e che risponda alle necessità anche temporanee della persona attraverso un progetto dedicato.</p> <p>Attraverso la predisposizione del Progetto Individualizzato si promuovono il coordinamento e l'integrazione tra servizi/interventi presenti al domicilio della persona (PUA-COT- EG-CDOM - IFEC).</p> <p>Al fine di integrare le risorse, il Progetto è in stretta connessione con il protocollo dimissioni protette e i servizi attivati con i finanziamenti del Fondo Non Autosufficienze.</p>						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	<p>Ambiti territoriali di: Cantù, Como, Erba, Lomazzo-Fino Mornasco, Mariano Comense, Menaggio, Olgiate Comasco</p>						
Attori/Enti coinvolti	<p>Ambiti Territoriali afferenti all'ASST Lariana, Comuni afferenti agli ambiti territoriali, Case di Comunità (PUA, COT, MMG..) e Enti Erogatori accreditati presso gli Ambiti/Comuni</p>						

Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Equipe multidisciplinare ospedaliera-PUA-COT- IFEC
Progettualità presente nel Piano di Zona e nel PPT	Presente nel Piano di Zona e nel PPT
Anno Avvio / Anno Fine	01/01/2025-31/12/2027
Indicatore e risultato atteso	<p>INDICATORE: n. di progetti individualizzati SAD per anziani non autosufficienti ad alto bisogno assistenziale con piano individualizzato unico integrato.</p> <p>RISULTATO ATTESO: ≥ 50% dei progetti integrati nel 2025, ≥75% nel 2026 e 100% nel 2027</p> <p>INDICATORE: n. di progetti individualizzati che necessitano del SAD in percorsi di dimissioni protette</p> <p>RISULTATO ATTESO: ≥ 50% nel 2026 e ≥ 75% nel 2027</p> <p>INDICATORE: incremento n. prese in carico SAD con intero processo gestito attraverso la cartella sociale informatizzata</p> <p>RISULTATO ATTESO: nel 2026 n. SAD processati > del 2025, nel 2027 n. SAD processati > del 2026</p>

Criticità o razionale del progetto	VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E INDIVIDUAZIONE DEL PROGETTO PERSONALIZZATO							
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI 1 prevenzione	LI 2 materno-infantile	LI 3 minori-adolescenti	LI 4 autonomia	LI 5 fragilità	LI 6 grave emarginazione	LI 7 PUA e UVM
	AT 1 Valutazione					X	X	
	AT 2 Continuità dell'assistenza tra setting di cura							
	AT 3 Cure domiciliari							
	AT 4							

	Percorsi di integrazione con le cure primarie						
	AT 5 Prevenzione e promozione della salute						
	AT 6 Telemedicina						
	AT 7 PIC cronici e fragili						
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Beneficiari misura Assegno di Inclusione (ADI) e nuclei in simili condizioni economiche.						
Obiettivi di sistema	<ul style="list-style-type: none"> - Attivazione e rafforzamento delle Equipe Multidisciplinari (EEMM); - Rafforzamento delle competenze per un impiego efficace degli strumenti di lavoro nelle EEMM Prevedere dei percorsi di supervisione/formazione per il rafforzando delle competenze delle EEMM. - Potenziamento dei rapporti di cooperazione con tutti gli attori territoriali di interesse in grado di dare continuità e struttura alle collaborazioni, attraverso accordi anche formali 						
Descrizione del servizio / progetto	<p>I servizi che si occupano di Assegno di Inclusione, attuano la presa in carico dei beneficiari attraverso la valutazione multidimensionali e la definizione dei progetti personalizzati.</p> <p>Ogni ambito ha definito la composizione della propria Equipe Multidisciplinare, costituita di norma dal Case Manager e/o dall'Assistente sociale del comune di residenza, ai quali si aggiungono gli altri operatori dei servizi specialistici (SERT, CPS, UEPE ...), Centro per L'impiego o enti del Terzo Settore coinvolti a seconda dei bisogni e delle risorse rilevate nella valutazione multidimensionale.</p>						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	<p>Ambiti Territoriali di: Cantù, Como, Erba, Lomazzo-Fino Mornasco, Mariano Comense, Menaggio, Olgiate Comasco.</p>						
Attori/Enti coinvolti	Comuni, Servizi degli Ambiti territoriali, Centri per l'impiego, Servizi specialisti ASST Lariana e Enti Terzo Settore.						
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	<p>Professionalisti Asst Lariana profillati su GEPI (assistenti sociali dei servizi specialistici del DSMD).</p> <p>Estensione graduale della partecipazione ad altri professionisti afferenti ai servizi (educatori, medici, psichiatri, psicologi), a seconda dei bisogni rilevati per i singoli utenti.</p>						

Progettualità presente nel Piano di Zona e nel PPT	<ul style="list-style-type: none"> • Si PdZ • Si PPT
Anno Avvio / Anno Fine	2025/2027
Indicatore e risultato atteso	<p>INDICATORE: Incremento numero equipe multidisciplinari (EEMM) attivate RISULTATI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2025 N. EEMM attivate ≥ 1 • 2026 N. EEMM attivate anno 2026 $>$ N. EEMM attivate anno 2025 • 2027 N. EEMM attivate anno 2027 $>$ N. EEMM attivate anno 2026 <p>INDICATORE: Numero incontri formativi svolti/Numero incontri formativi previsti RISULTATI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2025 $\geq 50\%$ • 2026 $\geq 75\%$ • 2027 100% <p>INDICATORE: Numero tipologie professionali che compongono le EEMM/Numero tipologie professionali presenti nell'organizzazione, gestione ed erogazione dei servizi RISULTATI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2025 $\geq 50\%$ • 2026 $\geq 75\%$ • 2027 100%

5. I BISOGNI E GLI OBIETTIVI STRATEGICI DEL PIANO DI ZONA –Triennio 2025-2027

Come per la scorsa triennalità, anche per la presente programmazione sono previsti diversi obiettivi per ciascuna area, collocati a livello sovrazonale e di ambito, e con maggiori o minori implicazioni dal punto di vista dell'integrazione sociosanitaria.

Ogni area individuata si riferisce principalmente ad alcune delle aree di policy individuate nella DGR 2167/2024, e costituisce l'oggetto di un tavolo tematico. Tuttavia, all'interno di ciascuna di esse si possono ravvisare diversi punti di contatto e intersecazioni con le altre aree, in termini di obiettivi e di reciproche influenze.

Per ciascuna area vengono anche sinteticamente descritti i bisogni riscontrati, e a motivo dei quali si è scelto di dare priorità agli obiettivi riportati.

AREA “MINORI E FAMIGLIE” (connessa alle macroaree Politiche giovanili e per i minori e Interventi per la Famiglia)

L'area rappresenta più di ogni altra l'insieme delle trasformazioni sociali in corso e raccoglie bisogni e risorse trasversali a tutte le altre aree.

L'analisi dei dati demografici mostra conferma del trend di denatalità e invecchiamento della popolazione ormai noto. Infatti, la fascia di popolazione in età minore rappresenta il 15% della popolazione mentre quella over 65 rappresenta il 25%. I giovani (18/34 anni) rappresentano il 17%. La popolazione straniera, pari a 5252 unità (7,13 della popolazione totale), rappresenta un nucleo in controtendenza: infatti, al suo interno le fasce di età sopra citate rappresentano rispettivamente il 21% (minori), il 6% (over 65) e il 24% (giovani), con una tendenza completamente contraria rispetto alla popolazione complessiva.

Da un punto di vista qualitativo, la lettura data dal tavolo tematico, che raccoglie più sguardi sulla tematica, ha confermato anche su questo territorio la presenza degli elementi critici riscontrati a livello regionale, e che attengono a:

- *genitorialità*: isolamento, crescente complessità e disorientamento educativo rendono sempre più fragili, fino alla vulnerabilità, le famiglie che affrontano quotidianamente le sfide educative in favore dei propri figli. Tale vulnerabilità assume, via via, una connotazione di multidimensionalità (culturale, materiale, sociale e sanitaria) intrecciandosi strettamente con gli altri livelli;
- *carichi di cura*: nell'attuale Welfare le famiglie sostengono un carico sempre maggiore di ingaggio nel prestare cura ai propri membri che necessitano di supporto: bambini e ragazzi, anziani parzialmente o non autosufficienti, persone con disabilità, membri con bisogni di salute particolari (uno su tutti, quello di salute mentale),
- *difficoltà economiche*: un tema, quest'ultimo, in stretta correlazione con l'area della solidarietà e dell'integrazione sociale, tuttavia vale la pena citarlo qui: si pensi ai giovani che intendono formare una famiglia a sé, o agli anziani con pensioni ridotte, o, al contrario, ai tanti nuclei in difficoltà economica sostenuti dai genitori anziani.
- Le difficoltà sopra citate possono a loro volta favorire situazioni critiche, che a volte sfociano negligenza, grave trascuratezza, in violenza domestica, fenomeni rispetto ai quali esistono

sul territorio alcuni osservatori privilegiati: dal servizio Minori e Genitorialità dell'Azienda, alla rete provinciale contro la violenza sulle donne, alla Scuola, ai servizi socio-sanitari – primo fra tutti il Consultorio.

Per quanto attiene, invece, l'area delle politiche giovanili, accanto alla necessità di proseguire negli interventi nella direzione della promozione del benessere e dello sviluppo delle competenze giovanili già presenti, gli stessi osservatori di cui al paragrafo precedente, insieme ad altri servizi di rilievo quale la Neuropsichiatria Infantile, rimandano l'urgente necessità di lavorare ancora e più intensamente, sulla prevenzione secondaria del disagio, con un'attenzione particolare alle fragilità che attraversano il mondo dei minori e dei giovani dal punto di vista sanitario, formativo, ed educativo. I giovani, compresi i minorenni che si affacciano alla maggiore età, richiedono di essere supportata dal mondo adulto nel loro percorso di crescita e di acquisizione di competenze necessarie a raggiungere la propria autonomia, e lo chiedono attraverso segnali preoccupanti, quali la dispersione scolastica, la crescita esponenziale delle richieste di presa in carico da parte dei servizi specialistici, la presenza di un numero ancora troppo alto di NEET.

Nella scheda che segue sono indicati i servizi, progetti e interventi di livello sovrazonale e di ambito, che tentano di dare una risposta almeno ad una parte di questi bisogni, ritenuti prioritari. Di seguito la descrizione di dettaglio.

AREA "MINORI E FAMIGLIE"	Area di policy regionale	Punti chiave macroaree di policy	ambito/sovrazone	leps prioritari (SI/NO e quale)	profili di integrazione con sociosanitario
Nucleo specialistico penale minorile	Interventi per la famiglia; Politiche giovanili e per i minori	Tutela minori Prevenzione e contenimento del disagio sociale e del suo impatto sulla salute	sovrazone	no	Percorso condiviso in relazione ai bisogni fra soggetti istituzionali sociali, sociosanitari e sanitari (Sert, Noa, psichiatria) rispetto ai disagi conclamati
Prevenzione dell'allontanamento familiare attraverso la promozione di una genitorialità positiva	Interventi per la famiglia; Politiche giovanili e per i minori	Tutela minori Prevenzione e contenimento del disagio sociale e del suo impatto sulla salute	Sovrazone con ambito di Mariano Comense	Sì, LEPS "Prevenzione dell'allontanamento familiare"	Percorso partecipato fra soggetti istituzionali sociali, sociosanitari e sanitari
I percorsi di valutazione e trattamento dei minori e delle famiglie	Interventi per la famiglia; Politiche giovanili e per i minori	Tutela minori Prevenzione e contenimento del disagio sociale e del suo impatto sulla salute Nuovi strumenti di governance	sovrazone	a supporto del LEPS "Prevenzione dell'allontanamento familiare"	Percorso partecipato fra soggetti istituzionali sociali, sociosanitari e sanitari

Rete interambito per le politiche giovanili e per i minori	politiche giovanili e per i minori		sovrazonale	a supporto del LEPS "Prevenzione dell'allontanamento familiare"	coinvolgimento sociosanitari e sanitari (assistenza sanitaria-psicologica - sociale ai giovani)
Rete interistituzionale per il contrasto alla violenza contro le donne	interventi per la famiglia	Tutela minori Prevenzione e contenimento del disagio sociale e del suo impatto sulla salute Nuovi strumenti di governance	sovrazonale	no	partecipazione soggetti dell'ambito socio sanitario (Ospedale, consultori pubblici e accreditati,....) alla rete
Sviluppo territoriale della rete interistituzionale	interventi per la famiglia	Tutela minori Prevenzione e contenimento del disagio sociale e del suo impatto sulla salute Nuovi strumenti di governance e Rafforzamento delle reti sociali	ambito	no	coinvolgimento ospedale consultori e altri eventuali servizi di ASST
Sviluppo rete affido	Interventi famiglia; per la	Tutela minori Prevenzione e contenimento del disagio sociale e del	Ambito	a supporto del LEPS "Prevenzione dell'allontanamento familiare"	

	Politiche giovanili e per i minori	suo impatto sulla salute			
Sviluppo definizione di linguaggi comuni e di indicatori di disagio fra scuola e servizi sociali e sociosanitari	Interventi per la famiglia; Politiche giovanili e per i minori	<p>Contrasto e prevenzione della povertà educativa</p> <p>Contrasto e prevenzione della dispersione scolastica</p> <p>Prevenzione e contenimento del disagio sociale e del suo impatto sulla salute</p> <p>Nuovi strumenti di governance e Rafforzamento delle reti sociali</p>	ambito	no	possibile coinvolgimento di servizi sanitari e sociosanitari (consulitori,....)
sviluppo progettazione Centri per la Famiglia	interventi per la famiglia;	<p>Rafforzamento delle reti sociali</p> <p>Prevenzione e contenimento del disagio sociale e del suo impatto sulla salute</p> <p>Allargamento della rete e coprogrammazione</p>	ambito	no	coinvolgimento di servizi sanitari e sociosanitari (consulitori,....) a supporto della famiglia e dei figli

		Nuovi strumenti di governance			
Sprint!	Interventi per la famiglia; Politiche giovanili e per i minori	Rafforzamento delle reti sociali Prevenzione e contenimento dei disagi familiari ad ampio spettro, conciliazione tempi-lavoro	ambito	no	no
Jump	politiche giovanili e per i minori	Rafforzamento strumenti di promozione protagonismo giovanile	ambito	no	no
GG - il gioco continua	politiche giovanili e per i minori	Rafforzamento strumenti di promozione protagonismo giovanile	ambito	no	coinvolgimento servizi sanitari per supporto fragilità adolescenziali
Voci di corridoio	politiche giovanili e per i minori	Rafforzamento strumenti di promozione disagio giovanile	ambito	a supporto del LEPS "Prevenzione dell'allontanamento familiare"	coinvolgimento servizi socio sanitari di supporto psicologico

LE POLITICHE PER LA FAMIGLIA E PER I MINORI

Nucleo Specialistico Penale Minorile

Il Nucleo Specialistico Penale Minorile nasce a febbraio 2016 su iniziativa dell’Azienda Sociale Comuni Insieme Lomazzo – Fino Mornasco ed è attualmente sostenuto nella sua progettualità e nella realizzazione dei suoi interventi dall’Azienda Speciale Consortile Galliano di Cantù, dall’Azienda Servizi Alla Persona TECUM – Mariano C.se, dal Consorzio Servizi Erbese Alla Persona, dall’Azienda Sociale Lario e Valli – Menaggio e dall’Azienda Sociale Comasca e Lariana.

La storia di attività del Nucleo Specialistico Penale Minorile copre un periodo di sette annualità e questo permette di evidenziare come fenomeno relativo al penale minorile sia influenzato da una serie di cambiamenti di carattere socio – politico sia nazionale che regionale e provinciale. Da questo punto di vista, infatti, gli eventi geopolitici internazionali, ad esempio i conflitti scoppiati nell’ultimo biennio, e le condizioni dell’economia mondiale influenzano la vita degli abitanti del nostro territorio e le politiche del welfare che vengono programmate e attuate, nella logica della connessione tra locale e globale. Dal punto di vista socio – relazionale, inoltre, si rilevano gli effetti generati dalla pandemia di Covid – 19 soprattutto sulle persone/minori maggiormente fragili. Un esempio è l’incremento dei casi di dispersione scolastica perché i giovani e minori hanno subito gli effetti dell’isolamento sociale anche dal punto di vista scolastico; si tratta di un problema che impatta in modo significativo sul penale minorile perché la dispersione scolastica risulta, dai casi seguiti sia dal Nucleo che da USSM, strettamente legato all’ingresso dei giovani/minori in circuiti di devianza più o meno conclamata.

All’interno di questo scenario complesso, il Nucleo si muove con il proprio operato per sostenere il percorso del minorenne (o che ha commesso un reato in minore età) che a partire dall’età di 14 anni è considerato imputabile e quindi entra nel circuito del penale minorile con tutto quello che comporta in termini legali, sociali, relazionali e familiari. Il Nucleo in questo affianca gli assistenti sociali dei servizi di Tutela Minori e dell’USSM di Milano, avendo come quadro di riferimento la normativa del penale minorile che regola il procedimento giudiziario quale evento delicato e importante nella vita di un minorenne, attribuendo fondamentali compiti di partecipazione e di collaborazione ai Servizi Sociali e indicando loro di considerare con attenzione il fatto che pur avendo compiuto dei reati i minori di 18 anni stanno attraversando una fase evolutiva del proprio percorso di crescita. È proprio il considerare tale personalità in fase evolutiva all’interno del contesto complesso sopra descritto che fa dell’operato del nucleo il focus centrale dei suoi interventi. In questi 7 anni di lavoro si è costituito un modello che fa della rete e della multidisciplinarietà le caratteristiche base delle prese in carico: la rete consente infatti di integrare le risorse del territorio e di promuovere progettualità che possono arricchire i territori in termini di possibilità di interventi specialistici; la multidisciplinarietà permette di costruire progetti ad hoc sulle caratteristiche del singolo utente, soddisfacendo meglio i bisogni e promuovendo le risorse personali. Questi due aspetti contribuiscono a rendere efficace il lavoro svolto, confermato anche dagli esiti delle prese in carico, per la maggior parte caratterizzate dall’uscita dei minori/giovani adulti dal circuito penale e soprattutto con la riattivazione di progetti di crescita e di vita costruttivi dal punto di vista sociale, relazionale, formativo e professionale. La metodologia è quella di integrare intervento specialistico e rapporti tra il ragazzo e la propria comunità, con i servizi che svolgono funzione di orientamento, facilitazione e mediazione tra il minore e le realtà del territorio, intese come nodi di una rete di sostegno che rappresenta evidenti qualità preventive e riparative. Il Nucleo opera attraverso l’interconnessione tra differenti progettualità, focalizzate sia sul penale minorile che sulla Giustizia Riparativa che sul disagio minorile e giovanile: in questo modo è possibile l’attivazione in contesti differenti, con obiettivi diversi ma integrati e

attivando interconnessioni con diversi attori a seconda dei contesti (Assistenti Sociali del territorio e dei servizi, servizi specialistici ASST, progetti AST, docenti delle scuole etc).

Attualmente il team del Nucleo è composto da 3 figure educative e 3 figure psicologiche, con un incremento di personale relativo al crescente numero di casi segnalati o dalla crescente complessità degli stessi, che spesso presentano quadri di compromissione dal punto di vista penale molto importanti con più procedimenti attivi per lo stesso minore. Inoltre, il Nucleo collabora direttamente con USSM, attivando quindi specifici interventi su casi in carico al servizio.

La tipologia degli interventi realizzati e realizzabili sono:

- indagine ai sensi ex art. 9 DPR 448/88;
- sostegno psicologico individuale per i ragazzi coinvolti e i genitori;
- supporto a gruppi di ragazzi a rischio e a famiglie;
- accompagnamento educativo individuale e multidisciplinare;
- accompagnamento all'inserimento sociale attraverso esperienze di volontariato in collaborazione con il Centro Servizi per il Volontariato di Como;
- orientamento formativo e lavorativo, in collaborazione con enti di formazione e inserimento lavorativo dei territori
- consulenza transculturale per utenti stranieri e loro famiglie.

Si riportano di seguito i dati dei minori presi in carico dal Nucleo nel periodo marzo 2021 a settembre 2024. La tabella indica la tipologia di interventi: Ind (indagine), Map (supporto nell'esecuzione del procedimento di Messa alla Prova), Rip (attività di Giustizia Riparativa). I dati sono divisi per anni di servizio e sono divisi per territori di residenza dei minori segnalati. Inoltre si specificano i casi seguiti nel tempo segnalati dal Comune di Como che però dal 2023 non ha più collaborato con la realizzazione del servizio da parte del Nucleo.

<i>Anno</i>	<i>2021</i>			<i>2022</i>			<i>2023</i>		
<i>Tipo intervento</i>	<i>Ind</i>	<i>Map</i>	<i>Rip</i>	<i>Ind</i>	<i>Map</i>	<i>Rip</i>	<i>Ind</i>	<i>Map</i>	<i>Rip</i>
<i>Ambito Como</i>	1	1		7	2		5	2	
<i>Ambito Lomazzo</i>	14	10	1	24	15	1	16	14	3
<i>Ambito Cantù</i>	10	7	1	8	9	3	17	8	1
<i>Ambito Erba</i>	8	6	4	3	8	1	16	4	4
<i>Ambito Mariano</i>	7	5	1	17	5	2	5	8	1

<i>Ambito Menaggio</i>		1		2	1	1			1
<i>USSM</i>		10			18			20	3
<i>Como Città</i>	13	15	4	15	17	2			
<i>Impegno Sociale</i>		1			2				
<i>TOTALE</i>	53	56	1 1	76	77	10	59	56	13

Come si può vedere dai dati vi è stato un incremento dei casi presi in carico soprattutto in termini di indagini e di Messe alla Prova a partire dal 2022 e i media sono stati presi in carico circa 150 casi di minori. Come si nota, a fronte dell'assenza di casi presi in carico residenti nel Comune di Como, vi è stato un progressivo incremento di casi segnalati da USSM, anche a fronte di un lavoro di raccordo tra i vari territori della provincia di Como e USSM che ha portato ad individuare criteri di segnalazione e tipologia di interventi utili al riportare i minori più vicini alla propria residenza.

IL PROGETTO P.I.P.P.I. e la prevenzione dell'allontanamento familiare attraverso la promozione di una genitorialità positiva

L'adesione al programma PNRR-PIPPI ha consentito di operare in tal senso, stabilizzando gli interventi.

Anche il nostro quindi, fa parte dei 465 Ambiti Territoriali Sociali che hanno aderito al programma PIPPI, grazie all'opportunità offertaci dal PNRR con capofila l'Ambito di Mariano Comense.

Progettazione condivisa, percorsi educativi, sostegno sociale e gruppi genitori bambini sono entrati a due anni a far parte del lavoro della Tutela minori con l'obiettivo di costruire una alleanza tra tutte le persone che hanno a cuore la crescita dei bambini per aiutare i genitori a continuare a vivere insieme ai propri figli.

La prevenzione dell'allontanamento familiare attraverso la promozione di una genitorialità positiva costituisce anche uno dei LEPS prioritari su cui Regione Lombardia ha richiesto di sviluppare obiettivi di programmazione. Di seguito la scheda specifica.

TITOLO OBIETTIVO	<i>Prevenzione dell'allontanamento familiare attraverso la promozione di una genitorialità positiva</i>
DESCRIZIONE OBIETTIVO - Breve spiegazione	Richiamando la metodologia del Programma P.I.P.P.I. ed in continuità con le implementazioni già realizzate, si intende implementare e consolidare le buone prassi acquisite nell'accompagnamento delle famiglie nelle situazioni di vulnerabilità. In un'ottica prevalentemente preventiva, si intende lavorare al fine di definire un piano di azione unitario, partecipato, sostenibile e multidimensionale, realizzato in un tempo congruo.
TARGET - Destinatario/i dell'intervento	Nuclei familiari fragili, con figli minori, in situazione di vulnerabilità.
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE - Importo, anche approssimativo	Circa 90.000€ annui (risorse impiegate tramite co-progettazione, personale del Servizio Minori)
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE - Chi è impegnato e con quali funzioni	Assistente Sociale: funzione di Coach all'interno del Programma PIPPI Psicologo: funzione di RT – Referente Territoriale all'interno del programma PIPPI EEMM: equipe multidisciplinari attivate (educatore, assistente sociale, psicologo)

L'OBBIETTIVO AFFERISCE DIRETTAMENTE AD UN'AREA DI POLICY	SI
L'OBBIETTIVO È TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY? - SI/NO (se sì, quali)	SI (Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale - Politiche giovanili e per i minori)
PRESENTA ASPETTI DI INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA? - SI/NO	SI
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2018-2020)? -SI/NO	SI
L'INTERVENTO È CO-PROGETTATO CON ALTRI ATTORI DELLA RETE? - SI/NO (in caso di risposta affermativa, indicare quali)	Servizi ASST, istituti scolastici e servizi prima infanzia, centri per la famiglia, famiglia
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE? - Indicatori input	Povertà educativa Isolamento sociale Mancanza di reti informali

<p>QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE? (INDICATORI DI PROCESSO) - Come verrà realizzato l'intervento e indicatori individuati</p>	<p>Gli interventi verranno realizzati utilizzando la metodologia del programma P.I.P.P.I.</p>
<p>QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE? - Indicatori di output: come si misura il grado di realizzazione (protocolli stipulati, ecc.)</p>	<p>Numero progetti individualizzati > 10 Numero di équipe multidisciplinari >10 Incremento Numero nuclei familiari presi in carico in ottica di prevenzione >10 Incremento della tipologia dei soggetti coinvolti nell'ambito dei Gruppi territoriali >5</p>
<p>QUALE IMPATTO HA AVUTO L'INTERVENTO? - Indicatori di out come: come si valuta l'impatto sociale ossia il cambiamento/ risoluzione delle criticità che hanno portato alla definizione dell'intervento</p>	<p>Numero famiglie prese in carico non segnalate all'A.G. Indicatori di criticità: almeno un indicatore risolto a seguito dell'intervento</p>

PROGETTO SOVRAZONALE “I PERCORSI DI VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEI MINORI E DELLE FAMIGLIE”

Nella passata triennalità il progetto sovrazonale *“I percorsi di valutazione e trattamento dei minori e delle famiglie”* aveva come obiettivo quello dell’implementazione, della pianificazione, della sperimentazione e della condivisione delle buone prassi relative alla presa in carico di nuclei familiari sottoposti a provvedimento dell’Autorità Giudiziaria per cui è prescritta una valutazione psicodiagnostica.

Nel triennio 2024-2027, in continuità con quanto fatto, gli Ambiti Territoriali e ASST Lariana approfondiranno la tematica della presa in carico e del trattamento dei nuclei familiari con provvedimento dell’Autorità Giudiziaria. Dopo aver individuato modalità operative condivise sulla valutazione risulta utile concentrarsi nel prossimo triennio sull’individuazione di metodologie e prassi condivise relative alla presa in carico e al trattamento. Obiettivo secondario è il potenziamento dei rapporti di collaborazione tra i diversi servizi al fine di superare la frammentazione offrendo interventi più mirati ed efficaci in una logica di ottimizzazione delle risorse.

PROGETTO SOVRAZONALE “RETE INTERAMBITO PER LE POLITICHE GIOVANILI”

Nella passata triennalità si è diffusa nel territorio della provincia di Como una maggior attenzione e sensibilità verso il tema delle politiche giovanili che ha visto fiorire nuove progettualità, supportate da Regione Lombardia su fonti di finanziamento che discendono dalla legge regionale 4/2022, in territori nuovi oltre a quelli in cui il tema era da tempo presidiato. Ha preso avvio ed è ora attiva una rete di conoscenza e scambio tra i referenti territoriali per le politiche giovanili, che intende essere l’innenso di un lavoro strutturale e di sistema finalizzato alla connessione tra le progettualità sviluppate a livello provinciale sul tema.

Nel triennio 2025-2027 ci si pone l’obiettivo, come nuova progettualità sovrazonale, di rafforzare le sinergie per moltiplicare le possibilità per i giovani e superare le progettazioni “micro-territoriali”, offrendo opportunità che vadano oltre il territorio di appartenenza, muovendosi in una rete provinciale e diffusa di servizi e progettualità.

Si darà quindi continuità al neonato *Tavolo tecnico di raccordo sulle politiche giovanili*, svolto periodicamente tra i referenti delle progettualità con ricadute di ambito, per consentire un confronto costante dei percorsi e dei risultati ottenuti e condividere buone prassi per lo sviluppo di interventi e servizi più efficaci per i giovani. Nella logica propria della Legge Regionale 4/2022 di valorizzazione del protagonismo dei giovani, tutte le progettualità con ricadute di ambito si faranno promotrici di occasioni di raccordo e confronto tra realtà giovanili attive nei diversi Ambiti, affinchè dall’incontro possano nascere nuovi apprendimenti e sinergie strategiche per lo sviluppo di ulteriori progettualità sovra-ambito, in coerenza con gli stimoli offerti sul tema da Regione Lombardia e Anci.

LA VIOLENZA DI GENERE: Consolidamento delle attività e degli interventi di sensibilizzazione, prevenzione e contrasto della violenza contro le donne attraverso processi di rete sulla base degli indirizzi regionali attraverso lo sviluppo della Rete interistituzionale per il contrasto alla violenza contro le donne.

La Rete Territoriale Interistituzionale per il contrasto della violenza contro le donne prevede la partecipazione, in quanto Enti aderenti e firmatari, di tutti i Piani di Zona della Provincia di Como per il tramite dei referenti delle Aziende o dei Consorzi.

Anche nel nuovo triennio ci continuerà a:

- Promuovere la costruzione e la diffusione di prassi di collaborazione tra i diversi attori orientate alla responsabilità condivisa e alla contribuzione ad obiettivi comuni.
- Accompagnare e supportare l'innovazione dell'assetto interattivo della rete territoriale nel suo complesso e in particolare la rete degli Enti dell'Ambito per l'adozione di criteri di collaborazione più orientati ad una cultura di squadra territoriale diffusa.
- Elaborare modalità, omogenee sul territorio, di presa in carico delle donne vittime di violenza da parte dei servizi sociali.

In un quadro complesso, delicato, composto da più livelli e composito di ruoli e responsabilità diverse, si indicano le seguenti modalità operative:

- adesione contributiva rispetto alle finalità della rete
- ricerca continua per fotografare il fenomeno, la sua evoluzione, i livelli di responsabilità che la rete esprime, i punti di forza e debolezza, il modello di collaborazione e valutare l'integrazione di protocolli operativi
- presidio continuo e strategico per accompagnare gli snodi politici e operativi e definire mandati di miglioramento, obiettivi e piani di sviluppo e consolidamento
- monitoraggio e valutazione: partecipazione attiva al processo valutativo con individuazione di indicatori e strumenti ad hoc per monitorare l'andamento della rete e per valutarne efficacia e impatto
- ridefinizione delle finalità della rete in adesione ai dispositivi regionali e ai bisogni emergenti.

Sviluppo della Rete a livello di Ambito

La violenza sulle donne, in quanto problema mondiale la cui vera entità non è riconosciuta e denunciata sufficientemente, coinvolge donne di ogni razza, estrazione sociale e livello culturale. E' quindi importante combattere gli abusi e la violenza tramite l'informazione e l'educazione di massa. L'intenzione di informare ed educare è di fondamentale importanza non solo per le donne prescelte come vittime e per quelle che "non sanno" di vivere una realtà impregnata di violenza, ma soprattutto per le future generazioni.

Le attività del tavolo:

- studio, ricerca e analisi a livello territoriale d'ambito sulla violenza di genere con particolare attenzione alle forme meno indagate, sulla capacità di risposta ed impatto dei servizi;
- monitoraggio e analisi delle politiche locali in materia di prevenzione e contrasto alla violenza di genere;
- contributo allo sviluppo, all'adattamento o all'attuazione di piani d'azione multistakeholder sulla situazione femminile;
- promozione e assunzione di responsabilità rispetto al tema da parte di tutti i soggetti coinvolti, soprattutto in ambito pubblico (enti locali, servizi sociali e sanitari, mondo giudiziario, forze dell'ordine, ecc.);
- contributo a fare emergere il fenomeno della violenza, mettendo in discussione stereotipi culturali stimolando una diversa consapevolezza tra le giovani generazioni;
- contributo a favorire la costruzione della cultura della non violenza.

<p style="text-align: center;"><u>TITOLO INTERVENTO:</u></p> <p>Consolidamento delle attività e degli interventi di sensibilizzazione, prevenzione e contrasto della violenza contro le donne attraverso processi di rete sulla base degli indirizzi regionali.</p>	
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	Concorrere, come Ambito, al coordinamento di risorse, attività, interventi e azioni per contrastare e prevenire il fenomeno, garantire protezione, accoglienza e supporto alla fuoriuscita dalla condizione di violenza con particolare attenzione agli snodi strategici: politici e tecnici.
AZIONI PROGRAMMATE	<ul style="list-style-type: none"> - Promuovere la costruzione e la diffusione di prassi di collaborazione tra i diversi attori orientate alla responsabilità condivisa e alla contribuzione ad obiettivi comuni. - Accompagnare e supportare l'innovazione dell'assetto interattivo della rete territoriale nel suo complesso e in particolare la rete degli Enti dell'Ambito per l'adozione di criteri di collaborazione più orientati ad una cultura di squadra territoriale diffusa. - Elaborare modalità, omogenee sul territorio, di presa in carico delle donne vittime di violenza da parte dei servizi sociali
TARGET	Operatori di tutti gli enti che fanno parte della rete antiviolenza: operatori, forze dell'ordine, operatori sociali, operatori sanitari, avvocati, psicologi, educatori, volontari, persone (beneficiari indiretti)...
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	Il comune di Como, in qualità di ente capofila della Rete Territoriale della Provincia di Como mette a disposizione il proprio personale per il coordinamento delle attività previste dal presente obiettivo.
L'OBBIETTIVO E' TRASVERSALE E INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	<p>La tematica in oggetto è fortemente integrata e implicata sia con l'Area tematica Politiche per la Famiglia che con l'Area Giovani, nel primo caso, per le ricadute che il fenomeno rappresenta rispetto alle politiche per le famiglie e per i nuclei familiari, con o senza minori, nel secondo, per le importanti implicazioni in termini di educazione verso le nuove generazioni.</p> <p>E' altresì trasversale alle diverse aree di policy: contrasto alla</p>

	<p>povertà e all'emarginazione sociale, alle politiche abitative e alle politiche del lavoro. La collaborazione con i servizi sociali di base dei comuni/alti ambiti e il raccordo tra tutti gli enti della rete fanno sì che la situazione della donna maltrattata possa essere presa in carico nei diversi aspetti che presenta e non solo quella della violenza.</p>
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Allargamento della rete degli enti disponibili a realizzare azioni contro la violenza di genere - Rafforzamento delle reti sociali - Nuovi strumenti di governance - Contrasto e prevenzione della violenza - Contrasto all'isolamento - Vulnerabilità multidimensionale - Sostegno secondo le specificità del contesto familiare - Prevenzione e contenimento del disagio sociale e del suo impatto sulla salute - Invertire alcuni trend che minacciano la coesione sociale del territorio
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	Tra gli Enti aderenti alla Rete Territoriali e firmati del Protocollo vi sono gli ospedali, l'ordine dei medici, Federfarma, ATS e ASST. Questi enti operano in sinergia sia nella definizione di protocolli di presa in carico integrata e multidimensionale sia nella effettiva presa in carico, di donne maltrattate e dei loro minori sempre con riferimento alla multidimensionalità e all'integrazione.
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	La Rete Territoriale Interistituzionale per il contrasto della violenza contro le donne prevede la partecipazione, in quanto Enti aderenti e firmatari, di tutti i Piani di Zona della Provincia di Como per il tramite dei referenti delle Aziende o dei Consorzi cui è demandata la gestione di ogni singolo Ambito.
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	La continuità è riferita alle modalità di coinvolgimento, non può essere estesa alle modalità di realizzazione delle azioni e degli interventi poiché ogni Biennio di programmazione prevede specificità e articolazioni di governo non del tutto sovrapponibili.
L'OBBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	NO
L'OBBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	NO
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DEGLI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e	<p>Capofila il COMUNE di COMO, come capoluogo di Provincia, sono enti della RETE</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 CAV • 2 Case Rifugio

ETS)	<ul style="list-style-type: none"> • Comuni tramite 8 PIANI DI ZONA • 2 Polizia Municipale COMUNE CAPOFILA • 1 Provincia • 8 Ambiti della programmazione sociale e socio-sanitaria (Ambiti Sociali, Piani di Zona, Distretti socio-sanitari, Società della Salute) • 4 Ospedale (Pronto soccorso, ecc.) • 3 consultori familiari e altri servizi territoriali) • 1 Prefettura • 1 Questura • 2 Carabinieri/Polizia/FF OO • 1 Ufficio scolastico provinciale • 1 Procura Ordinaria/Tribunale • 1 Ordine avvocati • 2 Ordine medici odontoiatri + Ordine farmacisti • 1 Organismi di parità • 6 Ente terzo settore - ETS • 1 Servizi per l'impiego 1 • 3 Sindacati/Associazioni di categoria • 1 Associazioni che si occupano di programmi di prevenzione, recupero e trattamento per uomini maltrattanti
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	Nell'Intesa Stato-Regioni per il contrasto della violenza contro le donne la Rete Territoriale deve essere <i>“nodo generativo”</i> di relazioni e di narrazioni condivise sul tema, per natura aperta al territorio e dotata di un governo e di un coordinamento per il perseguitamento di obiettivi di contrasto e prevenzione efficaci e di impatto a tutela dei singoli e della comunità.
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÓ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÁ?	NO
L'OBBIETTIVO E' DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	L'obiettivo ha finalità preventive e riparative.
L'OBBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE?	In attuazione dei dispositivi regionali.
L'OBBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	-----

<p>QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?</p>	<p>La gestione delle attività afferenti al presente obiettivo sono coordinate e gestite dal Comune di Como, Capoluglio di provincia, identificato da Regione quale ente capofila della rete territoriale per il contrasto della violenza contro le donne.</p> <p>Il comune di Como opera pertanto a favore del proprio ambito territoriale sociale e tutti quelli presenti nella provincia di COMO.</p> <p>La modalità di azione prevede il consolidamento di Una cultura di squadra territoriale e diffusa di contrasto alla violenza contro le donne e di genere, secondo un metodo corresponsabilità, in un quadro complesso, delicato, composto da più livelli e composito di ruoli e responsabilità diverse, si indicano le seguenti modalità operative:</p> <ul style="list-style-type: none"> • adesione contributiva rispetto alle finalità della rete • ricerca continua per fotografare il fenomeno, la sua evoluzione, i livelli di responsabilità che la rete esprime, i punti di forza e debolezza, il modello di collaborazione e valutare l'integrazione di protocolli operativi • presidio continuo e strategico per accompagnare gli snodi politici e operativi e definire mandati di miglioramento, obiettivi e piani di sviluppo e consolidamento • monitoraggio e valutazione: partecipazione attiva al processo valutativo con individuazione di indicatori e strumenti ad hoc per monitorare l'andamento della rete e per valutarne efficacia e impatto • ridefinizione delle finalità della rete in adesione ai dispositivi regionali e ai bisogni emergenti
---	--

L'AFFIDO FAMILIARE E L'ASSOCIAZIONE ERBESE "AMICI DELL'AFFIDO"

L'affido familiare si fonda su una visione positiva delle possibilità di cambiamento delle persone e in particolare dei bambini, concezione validata dalle positive esperienze realizzate negli ultimi anni e da recenti studi sulla resilienza, che dimostrano che i bambini possono far fronte in maniera positiva a eventi traumatici di varia natura e intensità quando sono sostenuti da una rete sociale all'interno della quale sviluppano relazioni interpersonali significative e di effettivo sostegno alla crescita;

Il fine ultimo dell'affidamento familiare è riunificare ed emancipare le famiglie, non quello di separare e può essere utilizzato anche per prevenire gli allontanamenti; è uno strumento di aiuto che supera la logica del controllo e della sanzione, soprattutto nei confronti della famiglia che va sostenuta nell'esercizio dei suoi diritti e delle sue responsabilità.

Una visione che porta a considerare il bambino, i suoi genitori - nella loro qualità di soggetti dell'intervento, portatori di risorse, piuttosto che oggetti di diagnosi e cura; gli affidatari, gli operatori dei diversi servizi implicati costituiscono il quadro unitario dei decisori e dei partner dell'intervento;

L'affidamento familiare implica una reale sussidiarietà in cui i servizi pubblici e del privato sociale e le espressioni formali e informali della società civile si integrano reciprocamente nel rispetto delle specifiche competenze.

L'affido ed il suo sviluppo degli ultimi due anni ha consentito all'Azienda di ridurre notevolmente l'istituzionalizzazione dei minori (23%) e i relativi costi, inoltre ha portato a definire campagne mirate informative e formative cui hanno aderito una cinquantina di famiglie disposte almeno a comprendere meglio in che cosa consistesse l'affido e cosa comportasse. Le nostre 14 famiglie che accolgono attualmente 16 minori sono cresciute, non solo numericamente ma anche in consapevolezza, avendo a fianco operatori competenti e disponibili. Ciò ha portato alla nascita di una associazione erbese di Famiglie "Amici dell'Affido" costituitasi a tutti gli effetti e diventata collante e punto di riferimento per tante famiglie "interessate"

E' importante poi aiutare la famiglia del bambino a vivere il progetto di affidamento familiare come un'opportunità permette alla famiglia stessa di affrontare i problemi e migliorare le proprie capacità di accudimento e educative, in maniera da consentire il rientro in famiglia, dando priorità al sostegno piuttosto che al controllo.

Il VENTAGLIO DELLE OPPORTUNITÀ. Centro per le famiglie dell'erbese.

Il Progetto è stato finanziato nel corso del 2024: continuerà nel 2025 con l'auspicio che diventi un intervento "strutturale" sul territorio (capofila è Fondazione Caccia, partner Consorzio Erbese, Villa Padre Monti e Spazio Giovani). Il progetto ha permesso di realizzare un HUB (presso la sede del consultorio gestito da Fondazione Caccia aperto 13 ore alla settimana oltre alle ore di apertura per le singole attività quali laboratori per fasce di età o per eventi e serate formative. Si prevedono anche eventi nel weekend particolari dell'anno (es: festa della famiglia,...). Sono previste quindi 3 aperture settimanali di cui 2 presidiate da operatori della Fondazione don Caccia e una presidiata da Spazio Giovani.

Lo **SPOKE** di Barni sarà aperto per 3 ore settimanali in orario pomeridiano oltre alle ore di apertura per le singole attività quali laboratori per fasce di età o per eventi e serate formative. Si prevedono anche eventi nel weekend in momenti particolari dell'anno (es: festa della famiglia,...). Le aperture saranno presidiate da Fondazione don Caccia, da Spazio Giovani e da Villa Padre Monti.

Lo **SPOKE** di Rezzago sarà aperto per 3 ore settimanali in orario pomeridiano oltre alle ore di apertura per le singole attività quali laboratori per fasce di età o per eventi e serate formative. Si prevedono anche eventi nel weekend in momenti particolari dell'anno. Le aperture saranno presidiate da Fondazione don Caccia, da Spazio Giovani e da Villa Padre Monti.

Lo **SPOKE** Villa Padre Monti sarà aperto per circa 5 ore alla settimana nella quali sarà attivato uno sportello di prima accoglienza (1 ora alla settimana) con la finalità di offrire un primo spazio di ascolto alle persone al fine di poterle orientare verso i servizi più idonei per dare risposta alle difficoltà del momento e garantirà l'apertura per 2 pomeriggi a settimana per le attività laboratoriali con preadolescenti e adolescenti per un totale di circa 232 ore annue.

L'integrazione con i servizi sanitari, educativi e con le realtà territoriale è supportata da oltre vent'anni di programmazione sociale zonale ex Legge 328/00. Le recenti normative supportano ulteriormente l'integrazione, allineando Piani di Zona e Piani Sanitari territoriali anche operativamente, incentivando la multidimensionalità della valutazione del bisogno e dell'attivazione delle risposte. Le azioni progettuali vengono spesso ideate e realizzate in collaborazione con gli altri Ambiti territoriali in modo che i destinatari si amplifichino nei numeri grazie a risposte estese ad una lettura più completa dei bisogni. Il sistema educativo/scolastico viene coinvolto non solo nell'operatività di tavoli tematici, ma soprattutto nella lettura del disagio minorile e adolescenziale che spesso, se trascurato, diventa competenza della tutela minori.

L'attivazione delle competenze dei cittadini e la condivisione e sviluppo delle risorse del territorio più periferico vanno in direzioni che ampliano lo sguardo rispetto agli obiettivi: la povertà e l'emarginazione sociale sono date da difficoltà economiche, ma anche da problematiche legate alla salute, a relazioni familiari e/o sociali difficoltose, all'incertezza in generale (malattie, crisi finanziarie mondiali, catastrofi...) che se non gestita porta a una sempre maggiore frammentazione, al moltiplicarsi delle esigenze e all'immobilità. Tuttavia, il progetto non si rivolge esclusivamente a famiglie fragili, ma alle famiglie nell'accezione più completa. Questo ci mette in condizione di proseguire e rafforzare l'integrazione con i servizi sanitari, per cui sono stati condivisi protocolli specifici di collaborazione (fino al recente PUA punto unico d'accesso presso le case di comunità) e con i progetti che hanno una ricaduta sulle famiglie che lavorano, come la Conciliazione tempi, lavoro e famiglia di cui questo Consorzio è stato capofila nell'ultimo triennio (Work in synergy with life). Il progetto ha coinvolto tutti gli uffici di piano della provincia di Como, acquisendo nuove competenze sui bisogni e disseminando la cultura della conciliazione a favore di genitori lavoratori in difficoltà nell'accudimento dei figli e mettendo in atto azioni specifiche di sostegno in collaborazione con le aziende. Sono attivi, inoltre, altri progetti significativi che lavorano, attraverso figure educative, sul benessere dei ragazzi a scuola in collaborazione con i dirigenti scolastici e i docenti per favorire il clima all'interno delle classi e il sostegno a situazioni difficili, che possono compromettere la vita familiare. L'ampliamento e sviluppo delle reti tra servizi e comunità intera permette, come metodo di lavoro, di gestire l'incertezza quale elemento costante della vita attraverso le interazioni, che sono anch'esse costanti e che sono utili se indirizzate verso la coesione. A cascata l'aumento delle interazioni aumenta il benessere generale e permette di supportare coloro che hanno maggiori difficoltà nel costruire percorsi di inclusione personalizzati e quindi efficaci. Il coinvolgimento in reti stabili di lavoro di diversi soggetti istituzionali e non avviane attraverso Tavoli strutturali del nostro Piano di Zona come il Tavolo Minori e Famiglia il Tavolo di Co-programmazione dei servizi per Minori e adolescenti.

Come già accennato i partner lavorano insieme su altri progetti finanziati sia da Enti pubblici che da privati.

Spazio Giovani partecipa alla co – progettazione del Fondo Povertà nel territorio dell’Ambito Erbese, con il Consorzio Erbese Servizi alla Persona e la Fondazione Padri Somaschi, gestendo le attività di presa in carico ed i percorsi di reinserimento sociale dei beneficiari di Assegno di Inclusione. Tali percorsi, individuali e di gruppo, comprendono attività specifiche sul tema dell’educazione finanziaria. Inoltre, lavora sul territorio dell’ambito all’interno del Programma P.I.P.P.I., con il quale si gestiscono dal punto di vista educativo, progettazioni con minori e nuclei, volte a prevenirne l’istituzionalizzazione.

Villa Padre Monti insieme al Consorzio Erbese ha realizzato un’attività educativa pomeridiana aperta a bambini e ragazzi in situazione di disagio familiare che frequentano le scuole di ogni ordine e grado del territorio, proprio in questi giorni si conclude un progetto finanziato dal Rotary e sostenuto dal Consorzio erbese e dal Comune di Erba sul tema delle emozioni vissute da preadolescenti ed adolescenti.

VOCI DI CORRIDOIO

Progetto con Ente Capofila: Azienda Sociale Centro Lario e Valli e partner: Azienda Sociale Centro Lario e Valli, Consorzio Erbese, Azienda Sociale Comuni Insieme.

Il progetto mira a facilitare la creazione a scuola di un ambiente accogliente e positivo, nel quale prevalgano atteggiamenti quali l’ascolto, la cura relazionale, l’attenzione alle dinamiche soggettive, la personalizzazione della didattica. Un ambiente non chiuso in sé, ma connesso con il territorio, i suoi attori e i suoi servizi. L’educatore di corridoio si posiziona al confine tra il «dentro e il fuori» della scuola, delle vite di ragazze e ragazzi e dei genitori, per costruire percorsi abilitanti. L’educatore di corridoio abita una soglia e diventa un ponte tra mondi e dimensioni diverse: la scuola e il territorio, il presente e il futuro degli alunni, il singolo e i gruppi, la dimensione interiore e quella esteriore.

L’educatore di corridoio supporta il ruolo della scuola come fattore di inclusione sociale, socializzazione, aggancio preventivo, promozione del benessere e dell’empowerment personale. Permette agli Istituti e alla Comunità di avere “sentinelle” che accolgono preventivamente situazioni di disagio e favoriscono l’ascolto attivo, le relazioni positive nel contesto scolastico ed extrascolastico, la comunicazione e il supporto. Ascolta e accoglie le “Voci di corridoio” dei ragazzi.

La presenza negli Istituti scolastici secondari di primo grado di un educatore professionale per circa 7 ore alla settimana ha obiettivi precisi:

- Promuovere un ambiente scolastico accogliente, inclusivo e motivante
- Facilitare il successo dei percorsi formativi ed educativi
- Promuovere l’ascolto attivo e partecipe dei ragazzi
- Facilitare la gestione positiva dei conflitti tra alunni e tra alunni e docenti
- Favorire e facilitare la comunicazione tra alunni e tra alunni e docenti
- Agganciare in modalità preventiva le situazioni di disagio
- Permettere uno spazio di ascolto immediato e/o di accompagnamento e supporto.

Il nostro Ambito ha lavorato con Villa Padre Monti e con la secondaria di primo grado “Puecher” di Erba coinvolgendo un centinaio di ragazzi e una ventina di insegnanti del plesso individuato con ottime ricadute sia sui ragazzi che sugli insegnanti.

LE POLITICHE GIOVANILI DI AMBITO

ANALISI DEL CONTESTO

Le politiche giovanili per Regione Lombardia fanno riferimento al range di età compreso tra i 15 ed i 34 anni. Nell'Ambito sono residenti quasi 15.000 giovani dai 15 ai 34 anni in base ai dati ISTAT, pari a circa il 20% della popolazione complessiva, senza particolari distinzioni in base alla dimensione dei comuni di residenza. Nel territorio dell'ambito sono presenti vari Istituti superiori, nello specifico due Centri di Formazione Professionale, tre Licei ed un Istituto Tecnico.

L'Ambito erbese rappresenta un'esperienza peculiare a livello locale e regionale per le politiche giovanili. Il territorio provinciale comasco nel 2017 si contraddistingueva a livello regionale per l'assenza di servizi e proposte per i giovani, per non parlare di una totale assenza di politiche dedicate. A 7 anni di distanza lo stesso contesto provinciale ha registrato un cambiamento di rotta e rappresenta un'esperienza ricca e diversificata di proposte e approcci dedicati all'ascolto, al coinvolgimento e al protagonismo dei giovani. Promotore di questa vitalità è stato l'Ambito erbese che, per primo, ha scelto di mettere al centro della politica locale il tema dei giovani, investendo sulla creazione di luoghi dedicati e adottando pratiche partecipative per il loro ingaggio.

L'Ambito ha partecipato a cinque progetti a valere sui bandi regionali "La Lombardia dei Giovani" a partire dalla prima annualità nel 2019; nell'annualità 2024-2025 sono stati finanziati due progetti sul medesimo bando.

In merito alla prossima programmazione zonale di cui è capofila l'Azienda, visto l'allegato A) alla DGR n. 2167 del 15/04/2024, Linee di indirizzo regionali per la programmazione sociale territoriale 2025-2027, e la DGR n. 2800 del 22/07/2024 Criteri di riparto e modalità di utilizzo del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali annualità 2023, si rilevano punti importanti relativamente alle politiche giovanili e per i minori.

La finalità principale dei Piani di Zona è quella di individuare strumenti operativi flessibili e sinergici finalizzati a costruire dispositivi integrati sul territorio a favore dei minori preadolescenti e adolescenti che manifestano disagio psico sociale anche attraverso comportamenti spesso disadattivi o devianti.

Il Piano di Zona -cui la convenzione con le realtà territoriali SNODO, ARROCCO LUNGO, GILDA DEI GIOCATORI fa riferimento- rappresenta la cornice caratterizzante il complesso sistema di politiche regionali rivolte ai minori e agli adolescenti in situazioni di disagio, ma non solo, e finalizzata a garantire integrazione e complementarietà tra servizi e interventi, anche in ottica di potenziamento e di appropriato utilizzo delle risorse.

In secondo luogo, in merito ai giovani, si rileva l'importanza di intervenire per contrastare e prevenire l'emarginazione sociale, che la pandemia ha insegnato essere un precursore di gravi conseguenze quali malessere psichico, devianza e dipendenza.

Al contempo, è prioritario sviluppare nei giovani l'autonomia decisionale e lo sviluppo di nuove competenze, anche facendo leva su sinergie territoriali emergenti con la regia dell'Azienda stessa, anche con il coinvolgimento dei tavoli tematici d'area del piano di zona, e sul potenziamento dei rapporti fra scuola e territorio, per favorire il sentimento di appartenenza alla comunità e l'inclusione sociale, in ottica di rinforzo al processo di presa di coscienza da parte dei giovani del proprio valore e delle proprie potenzialità.

LETTURA DEL BISOGNO

Nel territorio le realtà giovanili rivestono un ruolo centrale sia nel pensare sia nel realizzare azioni rivolte alla comunità dei coetanei, garanzia di aderenza al bisogno e di efficacia nell'ingaggio dei giovani. L'associazione giovanile Lo Snodo raccoglie con sistematicità nel corso dei propri eventi, in Stazione e nel territorio, suggestioni e suggerimenti per andare a sviluppare nuove proposte. Annualmente in occasione del Bando YOUTHBANK ERBA, promosso dalla Fondazione Provinciale della Comunità comasca, viene somministrato ai giovani dell'erbese un questionario on line per inquadrare le finalità del Bando.

Le indicazioni così raccolte sottolineano l'importanza di luoghi fisici, dove aggregarsi e trovare proposte come attività volte all'educazione civica, affettiva, alla legalità e al contrasto della violenza di genere, attività volte all'orientamento scolastico e lavorativo, attività per favorire l'inclusione sociale, la valorizzazione dello sport e di uno stile di vita sano attraverso attività ed eventi.

L'esperienza di questi anni dimostra quanto interventi di promozione del benessere dei giovani abbiano un chiaro valore preventivo rispetto al disagio e alla sua cronicizzazione. Partecipare ad iniziative non esplicitamente terapeutiche con coetanei, sperimentare momenti di piccole o grandi attivazioni può rappresentare un'occasione di inserimento sociale e acquisizione di competenze con funzioni protettive.

I giovani che, in modo più o meno conclamato, manifestano segni di fragilità e disagio, che con sempre maggior frequenza, schiacciati da pressioni sociali ed economiche estranee alle generazioni precedenti, abbandonano i percorsi formativi e la ricerca lavorativa (NEET) o giungono al ritiro sociale (Hikikomori) sono realtà presenti anche se difficilmente emergono con chiarezza approdando ai servizi. Forme meno acute possono comunque inficiare il loro percorso di crescita. Il successo dello Sportello di ascolto psicologico ASCOLTIAMOCI proposto dall'associazione Lo Snodo in via sperimentale nel 2023-24, ha messo in evidenza quanto sia ampio il bisogno dei giovani di avere un confronto con specialisti, soprattutto una volta usciti dalla rete di protezione della scuola secondaria di II grado dove spesso è presente lo psicologo scolastico. L'età media di accesso al servizio è stata di 20 anni e l'incidenza della richiesta cresce al diminuire delle dimensioni dei comuni coinvolti e al crescere della loro distanza dal centro di Erba. Le tematiche principalmente trattate interessano la sfera sociale, relazionale, la sfera lavorativa / ambito di studi e problematiche legate al ciclo di vita.

L'ambito erbese negli ultimi anni sta sviluppando progettualità ed interventi mirati ai giovani con disabilità, cercando di favorire l'integrazione e la partecipazione attiva nei vari contesti di vita. E' attivo il progetto sovrambito "Nord Sud Ovest Est" che ha come obiettivo l'orientamento esperienziale dei giovani disabili in uscita dal percorso scolastico ed il conseguente inserimento lavorativo quale parte integrante ma non esclusiva di un progetto di vita soddisfacente e coerente con le proprie caratteristiche.

È necessario co-progettare azioni di Ambito con le realtà territoriali attraverso un impegno reciproco in ottica di corresponsabilità.

A seguito del progetto "PER RABBIA E PER DOLORE: UNO SGUARDO AI GIOVANI, UN SOSTEGNO AI PROF" condotto nel 2023-2024 da "Villa Padre Monti" in collaborazione con l'Azienda, il comune di Erba e finanziato da Rotary Club Erba Laghi, sono stati effettuati interventi all'interno degli Istituti secondari di primo e secondo grado, Puecher, Galilei e Romagnosi di Erba, e gli istituti professionali CFP di Villa Padre Monti ed ENFAPI.

Il progetto è nato dalla sollecitazione degli stessi dirigenti ed insegnanti che hanno segnalato gravi difficoltà di relazione nei gruppi classe ed evidenziate dinamiche comportamentali tipiche dell'adolescenza, ma per gli stessi operatori scolastici confuse, contraddittorie e spesso quasi illeggibili, come:

- difficoltà di gestione dell'emotività: frustrazione, apatia, disarmonia affettiva.
- dinamiche aggressive: agiti, violenza, reati, baby gang, assenza di valori etici.
- disturbi nelle interazioni sociali: individualismo, sospetto, sfiducia, malfidanza.
- dinamiche tecnologiche: dipendenza da internet, falso sè, cyberbullismo, reati online.
- disturbi della progettualità: demotivazione, comfort-zone, inattività.

I cambiamenti segnalati dagli Istituti scolastici che, come operatori facciamo più fatica a contrastare: apatia, demotivazione e disinteresse, accompagnati dai mutati stili relazionali, in aumento tra i giovani, generano a loro volta, soprattutto negli insegnanti più avanti con gli anni, sensazioni di spaesamento, distacco e talvolta repulsione. Ma anche negli insegnanti più giovani, dove ci si aspetterebbe di trovare più entusiasmo e proposte, abbiamo osservato casi di stanchezza, demotivazione e tradimento delle aspettative.

Da qui sono derivate azioni di supporto nelle classi da parte di un educatore ed uno psicologo che hanno portato buoni risultati. Inoltre è stato sottoposto un questionario ai ragazzi frequentanti "UNO SGUARDO AI GIOVANI" che aveva l'obiettivo di rilevare il reale benessere/malessere dei ragazzi, le loro emozioni e preoccupazioni prevalenti, ed il rapporto con le loro famiglie. Tale indagine è stata presentata nel mese di maggio al teatro Excelsior e ha permesso di trovare spunti interessanti sugli stessi interventi possibili nella nuova programmazione.

Dall'indagine si coglie che:

- il 60% dei giovani soffre d'ansia,
- il 59% autonomia e autostima sono importanti da raggiungere,
- il 57% vede il mondo adulto come stressante e faticoso,
- il 40% non riesce ad immaginare il suo futuro.

Emerge inoltre nei ragazzi una difficoltà nel dare una lettura delle loro emozioni.

Tra i frequentanti le suole secondarie di primo e secondo grado, anche dei territori vicini al nostro (Ambito del canturino) si riscontra una forte e diffusa attrattiva dei ragazzi verso il "guadagno facile", che significa non solo avere come obiettivo la stabilità economica ma dare origine a comportamenti come compravendite di beni acquistati on line e riveduti poi a coetanei con sovrapprezzo, di rilevante smercio di sigarette elettroniche e compravendita di profili Facebook e Instagram. Dilaga purtroppo anche la diffusione di foto "esplicite" da parte di giovanissime. Da ultimo, sta emergendo una pericolosa challenge all'interno delle scuole che appare come una sorta di roulette russa (sex roulette). La sfida diffusa anche tra giovanissime, consiste nell'avere rapporti consenzienti ma senza protezione, sfidando così gravidanze indesiderate e malattie sessualmente trasmissibili. Come già avvenuto in passato per altre challenge (accadute proprio nel nostro territorio) si diffondono attraverso dei canali social, si forma un gruppo di aderenti e si creano delle chat parallele dove i giovani si intercettano fra di loro per accordarsi. La cosa rilevante è che chi perde viene tagliata fuori dal

branco. Erroneamente si ritiene che questi ragazzi siano figli di genitori attenzionati alla tutela minori", invece non è così.

Genitori di ragazzi adolescenti del nostro territorio (ragazzi frequentanti le superiori) lamentano e ci segnalano una sempre diffusa abitudine dei loro figli ad isolarsi e rinchiudersi in casa interagendo con altri coetanei attraverso i social o le chat. Sempre più dilagante è l'abitudine di trascorrere ore giocando on line.

Il servizio aziendale Minori e Famiglia ha in carico situazioni di ragazzi segnalati dai nostri Comuni, per i quali non sono disponibili nell'ambiente sociale e/o nella loro famiglia di origine quelle risorse materiali e culturali tali da permettere loro un sostegno educativo adeguato e rischiano così, se trascurati, di rientrare nel circuito dell'autorità giudiziaria e dei servizi competenti.

Questi giovani, che difficilmente rientrano nell'attuale circuito delle politiche condotte all'interno della Stazione, insieme a coloro che vivono disagi familiari e che improvvisamente si allontanano dalla famiglia, per non citare casi più eclatanti di minori che compiono reati gravi, che in questo periodo sono evidenti a tutti, meritano particolare attenzione nella prossima programmazione triennale delle politiche giovanili del territorio impostata dall'Azienda.

LE PRIORITA' DELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE

Nei territori, compreso il nostro, con deliberazione dell'Assemblea dei Sindaci, sono inoltre già stati attivati i servizi Informagiovani quali luoghi di relazione, spazi di incontro e servizi territoriali dedicati ai giovani che forniscono informazioni, orientamento e supporto su varie tematiche importanti per il target giovanile, garantendo pari opportunità ai giovani di accedere a servizi gestiti con professionalità e qualità. In questo luogo i giovani dai 15 ai 34 anni possono trovare nei servizi personale qualificato per:

- Orientamento all'istruzione, formazione universitaria e terziaria, formazione professionale, formazione permanente ed educazione finanziaria;
- Ricerca di occupazione, autoimprenditorialità e forme di agevolazione e sostegno economico pubblico e privato;
- Promozione della cittadinanza attiva, del volontariato, della cultura della legalità, del servizio civile universale e della leva civica lombarda volontaria;
- Promozione della cultura;
- Promozione del benessere psicofisico e delle attività motorie e sportive.

In sintesi, nel complesso delle attività socio-educative, di animazione, di prevenzione, informative, formative e di inserimento occupazionale e lavorativo rivolte ai giovani dell'Ambito di età compresa tra i 14 e i 34 anni, è importante mantenere viva l'attenzione su:

- Contrasto alla dispersione scolastica
- Prevenzione all'uso e abuso di sostanze stupefacenti e alcool, giochi on line
- Orientamento e informazione
- Promozione della cittadinanza attiva e della partecipazione dei giovani demotivati e ritirati socialmente

- Formazione, occupazione e lavoro: soprattutto per i giovani tra i 16 e i 29 anni che hanno assolto l'obbligo scolastico e che si trovano in situazione di fragilità, o giovani che hanno interrotto il percorso scolastico e/o che hanno difficoltà nell'inserirsi efficacemente in un contesto lavorativo
- Contrasto alla disoccupazione giovanile.

OBIETTIVI DEI LEPS

Regione Lombardia ha inoltre stabilito i LEPS-Livelli Essenziali della Prestazioni Sociali,

- 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 che non può essere solo promozionale e sganciata dalla programmazione territoriale, in un'ottica di prevenzione, e demandata unicamente a soggetti terzi che non si coordino con quest'ultima e sulla realtà dei bisogni avvalendosi del supporto di operatori competenti;
- Incentivare azioni progettuali di promozione della genitorialità positiva per prevenire situazioni di trascuratezza e maltrattamento.
- 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.
- Garantire un appropriato percorso di accompagnamento verso una progressiva autonomizzazione per i neomaggiorenni che, al compimento della maggiore età, vivono fuori dalla famiglia di origine sulla base di un provvedimento dell'autorità giudiziaria, che abbia come finalità il completamento del percorso di crescita verso l'autonomia
- Agevolare l'accesso ai servizi dei giovani minorenni e la partecipazione a contesti di apprendimento scolastico e formativo di giovani in condizione di fragilità come presupposto per il loro inserimento socio-lavorativo;
- Promuovere interventi rivolti agli adolescenti a rischio povertà o esclusione sociale da svolgere all'interno di istituti scolastici e centri territoriali di aggregazione giovanile nonché interventi sperimentali come la realizzazione di spazi di aggregazione e di prossimità;
- Combattere l'esclusione sociale garantendo l'accesso dei minorenni più bisognosi a una serie di servizi per loro fondamentali.

Tali obiettivi paiono in linea con quanto già a suo tempo definito come prioritario all'interno degli spazi disponibili presso la stazione di Erba nel 2020-, che da subito sono stati destinati alla promozione del protagonismo giovanile: *“...al fine di portare sull'Ambito territoriale un ritorno positivo in termini di una migliore connessione tra spazio-stazione e territorio; un più proficuo coinvolgimento delle realtà comunali; una maggiore attenzione al coinvolgimento e partecipazione dei giovani di territori “difficili”*, che vedono la presenza di sacche di devianza; una più efficace connessione con le famiglie, prevedendo attività connesse con i loro bisogni e di sostegno genitoriale in collaborazione con i servizi comunali, le scuole e le forze dell'ordine ed altri stakeholders del territorio; programmando una maggiore attenzione sul fenomeno della dispersione scolastica, e favorendo la partecipazione attiva di disabili, anche attraverso la connessione con la rete erbese degli Istituti scolastici;

Storicamente sono stati attivi nell'erbese due Informagiovani secondo il modello tradizionale di sportello, nel Comune di Albavilla fino al 2009 e dal 2006 fino alla pandemia a Erba. La progettazione GG - Giovani in gioco (LDG 2023) ha permesso di sperimentare una prima soluzione diffusa di servizi

proposti ai territori, sviluppata in stretta sinergia con le realtà giovanili. Il progetto “GG: il gioco continua!”, finanziato per il periodo 2024/25 prosegue in questa direzione proponendo attività ed interventi legati all’orientamento (scolastico, lavorativo e al volontariato), alla promozione del benessere psico-fisico, alla partecipazione attiva alla vita della comunità locale e globale in collaborazione con diverse realtà del privato sociale che, all’interno della rete Confluenze collaborano per la promozione delle politiche giovanili sul territorio.

Negli ultimi due anni nel territorio dell’Ambito sono state avviate inoltre da varie realtà del privato diverse progettualità legate al bando “SMART”. Attualmente il Consorzio Erbese è partner insieme ad altre realtà pubbliche e private nel progetto “JUMP! Giovani che puntano in alto” che, in sinergia con il progetto “GG: il gioco continual” attraverso attività laboratoriali ed esperienziali promuove benessere e stili di vita sani e sostiene così i giovani nella costruzione di un progetto di vita solido ed equilibrato.

OBIETTIVI

Il territorio ha sempre dimostrato una spiccata attenzione al coinvolgimento di tutti i comuni dell’ambito, ma uno sforzo ulteriore è richiesto per una valorizzazione periferica delle proposte, in particolare per i servizi che intendono accompagnare il percorso di crescita dei giovani, per arrivare a coinvolgere anche i ragazzi meno interessati o motivati.

Tale attenzione risulta strategica in particolare nell’attuale fase programmativa dei Piani di zona che andranno a definire le priorità di intervento per il triennio 2025-27 che, come previsto nelle linee guida di Regione Lombardia mantengono uno specifico riguardo per le politiche giovanili.

1. Coinvolgere ed attivare il territorio valorizzando le realtà interessate a collaborare in rete, secondo logiche di sussidiarietà rispetto ai bisogni dei giovani, promuovendo l’autonomia organizzativa e il protagonismo degli stessi;
2. Consolidare l’esperienza dell’Informagiovani diffuso sperimentata nel 2023, promuovendo servizi di supporto al percorso di crescita dei giovani con una formula innovativa che prevede il diretto coinvolgimento dei giovani nella sua gestione; non uno sportello dedicato, ma un insieme di proposte diffuse nel territorio, con format variabili in funzione delle esigenze specifiche del territorio di intervento e della volontà dei giovani;
3. Garantire occasioni di cittadinanza attiva e protagonismo ai giovani in collaborazione con le scuole secondarie di II grado e le altre realtà del territorio;
4. Favorire l’attivazione di eventi ed iniziative volte ad incentivare la socializzazione e l’aggregazione giovanile in luoghi strutturati o spontanei;
5. Favorire l’accesso al sistema territoriale di prevenzione e cura laddove sia necessario, attraverso figure di riferimento riconoscibili come pari dai giovani.

AREA “INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ”, connessa alle macroaree Domiciliarità ed Interventi a favore delle persone con disabilità

Una delle principali novità del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62 riguarda la definizione del “progetto di vita”, che finora non aveva trovato una chiara collocazione nella normativa in materia,

differentemente da altri strumenti ad esso connessi quali il PEI (Piano Educativo Individualizzato) e il progetto individuale. Il Progetto di vita viene definito come il «piano individuale, personalizzato e partecipato», volto a individuare strumenti e risorse necessarie per facilitare l'inclusione sociale e assicurare un supporto coordinato alle persone con disabilità, promuovendo la loro partecipazione in tutti i contesti di vita. Vengono infatti esplicitamente richiamati tutti gli ambiti che devono essere coinvolti nella progettazione (educazione/istruzione, salute, residenzialità, vita autonoma, socialità e lavoro), che rinviano alle dimensioni che caratterizzano la vita adulta nonché ai diritti sanciti dalla Convenzione dell'ONU sui diritti delle persone con disabilità.

Il Progetto rappresenta il documento all'interno del quale saranno contenute tutte le informazioni relative alla persona con disabilità, con il quale dovranno coerentemente coordinarsi i progetti educativi, i programmi riabilitativi, di inclusione scolastica, di inserimento sociale e lavorativo predisposti per garantire alla persona pari opportunità in ogni ambito della vita. Il decreto, oltre a fornire definizione e un inquadramento del progetto di vita, dettaglia le indicazioni circa la sua attivazione, utilità, gestione e strutturazione.

Il Progetto tiene conto delle caratteristiche della persona, degli obiettivi da raggiungere e delle strategie mediante le quali è possibile predisporre sia le progettualità relative alla salute e assistenza sanitaria sia quelle della sfera educativa e dell'inclusione sociale. Il progetto di vita deve includere le misure economiche necessarie per il superamento delle condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale, prevedendo sostegni e sussidi per le famiglie con maggiori difficoltà.

La titolarità del progetto di vita, la sua attivazione, redazione e monitoraggio spettano alla persona con disabilità che è chiamata ad essere attore attivo e partecipe alla costituzione e implementazione del progetto. In relazione al proprio stato di salute e di autonomia, la persona con disabilità partecipa individualmente alla progettualità che deve tenere conto delle sue aspettative, dei suoi desiderata. Da qui si adottano strategie e strumenti ad hoc per facilitare la comprensione delle fasi e per mediare decisioni, desideri e scelte personali, nel rispetto del principio di autodeterminazione della persona. La persona con disabilità – o un suo rappresentante – può avanzare volontariamente l'istanza per la predisposizione del progetto di vita in forma libera e in qualsiasi momento presso l'ambito territoriale o presso un altro ente individuato con legge regionale.

Il progetto di vita, così si basa su un processo partecipato e di rete tra differenti figure professionali. La finalità è quella di stabilire in base ai desideri, alle aspettative e alle preferenze della persona con disabilità, gli obiettivi del suo progetto di vita individuale.

In ragione della indubbia complessità e multifattorialità che caratterizza la definizione del progetto di vita, occorre accompagnarlo con lo strumento del budget di progetto: ovvero con l'insieme delle risorse umane, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche, pubbliche e private in grado di garantire la sostenibilità, restituire centralità e assicurare le pari opportunità alla persona con disabilità al fine di migliorare la condizione della persona con disabilità in termini di qualità della vita e supporto sociale. I principi alla base della predisposizione del budget di progetto sono la co-programmazione, la co-progettazione, l'integrazione e l'interoperabilità nell'impiego delle risorse e degli interventi pubblici e privati. La co-programmazione è finalizzata all'individuazione dei diritti e dei bisogni della persona con disabilità, che nel concreto si realizzano mediante la predisposizione di progetti di abilitazione e inclusione sociale personalizzati, allo scopo di eliminare gli ostacoli concreti alle libertà e ai diritti delle persone con disabilità nei vari contesti di vita quotidiana. La co-progettazione parte dall'elaborazione di progetti e interventi promossi dagli Enti del Terzo Settore (ETS) presenti nella comunità. Il progetto di vita deve garantire la sostenibilità nel tempo, assicurando la continuità degli strumenti, delle risorse, degli interventi, dei benefici, delle prestazioni, dei servizi e degli accomodamenti ragionevoli al fine di tutelare l'autodeterminazione del beneficiario.

Da anni l'Azienda gestisce a livello associato la presa in carico di persone con disabilità adulte. Nel tempo sia a livello programmatico che a livello gestionale, si è reso sempre più evidente come sia necessario superare una visione frammentata della disabilità attingendo ad un'ottica che tenga presente il ciclo di vita della persona, e le condizioni di contesto all'interno delle quali la disabilità si manifesta, al fine di sostenere la persona con disabilità e la sua rete primaria nell'acquisizione della propria indipendenza e nello svolgimento dei propri compiti di cura

Nella trascorsa triennalità, l'Ambito di Erba ha fatto proprio questo invito ad abbracciare un diverso paradigma di azione e a condurre un'azione di promozione culturale in tal senso, a partire dalla filiera dei servizi esistenti, constatando al contempo quanto essa stessa debba essere rivista nelle sue logiche e ampliata nell'offerta possibile.

Le dimensioni che hanno principalmente interessato il precedente Piano di Zona sono le stesse su cui si lavorerà del triennio 2025/2027, in accordo con quanto rilevato nel tavolo tematico d'area:

- proseguire nella promozione di un nuovo approccio alla disabilità, che tenga conto di quanto affermato dalla Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità, cioè che *“la condizione di disabilità non deriva da qualità soggettive delle persone, bensì dalla relazione tra le caratteristiche delle persone e le modalità attraverso le quali la società organizza l'accesso e il godimento di diritti, beni e servizi”*, impegnando le risorse di tutta la comunità locale nell'azione di **sviluppo di condizioni agevolanti** per l'accesso delle persone con disabilità alle opportunità;
- **sviluppare l'approccio multidimensionale**, favorendo contesti di valutazione, di elaborazione dei **progetti di vita**, e di monitoraggio dell'evoluzione degli stessi, caratterizzati da forte integrazione e interdisciplinarietà;
- **supportare il lavoro di cura e di accompagnamento delle reti primarie e dei familiari**, riconoscendone il prezioso contributo e sostenendone e laddove possibile, alleviandone, le fatiche.

Attenzioni che devono iniziare a svilupparsi fin dalla più tenera età, modulandosi con diversi focus a seconda della fase del ciclo vitale e degli specifici bisogni che ciascuna di esse comporta e dei differenti interlocutori che interpellano, e proseguire fino ad accompagnare la persona con disabilità all'età anziana, considerando le specificità di tale condizione.

Sul territorio, a partire già dalla precedente triennalità e attraverso il confronto fra una pluralità di soggetti portatori di interesse è emersa in particolare l'esigenza di lavorare prioritariamente proprio su questi due **target**:

- da una parte i **giovani, in età compresa fra 16 e 25 anni**, cioè nel momento di preparazione prima, e di passaggio poi, alla vita adulta, anche in considerazione della crescente presa di coscienza da parte delle famiglie dei giovani con disabilità, della possibilità di accompagnare i loro cari ad una vita per quanto possibile indipendente, e quindi della presenza di condizioni di contesto che possono agevolare questo percorso. Un particolare punto di interesse per quanto attiene in particolare alla fascia 16-25 riguarda il supporto rispetto alle possibilità di inserimento nel mondo del lavoro, e quindi allo sviluppo delle necessarie competenze e alla modulazione dei progetti di vita al riguardo, sempre rimanendo ancorati alle potenzialità della persona con disabilità;
- dall'altra la **persona con disabilità che si avvia verso l'anzianità**, ponendo questioni di “buon accompagnamento” in questa fase di transizione, che necessariamente presenta alcune condizioni specifiche e richiede attenzioni e modulazioni di interventi particolari.

Diversi interventi e progetti sono già in via di sviluppo. Inoltre si prevede di riprendere l'obiettivo del precedente Piano, solo parzialmente raggiunto, e di per seguirne lo sviluppo.

Di seguito la sintesi delle azioni previste e la descrizione dei contenuti operativi di ciascuna di esse.

AREA “INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ”	Area di policy regionale	Punti chiave macroaree di policy	ambito/sovrazonale	LEPS PRIORITARI (SI/NO e quale)	profili di integrazione con sociosanitario
Rete Lariana per l’Inclusione	Interventi per la famiglia; interventi a favore delle persone con disabilità	<ul style="list-style-type: none"> -nuovi strumenti di governance - allargamento della rete - sostegno secondo le specificità del bisogno familiare - filiera integrata che accompagni la persona nel percorso di vita 	sovrazonale	no	coinvolgimento servizi specialistici di ASST
NET work – in rete per il lavoro Partecipazione, sviluppo e responsabilità condivise	<ul style="list-style-type: none"> Contrasto alla povertà e all’emarginazione e promozione dell’inclusione attiva; Interventi connessi alle politiche per il lavoro; Interventi a favore di persone con disabilità 	<ul style="list-style-type: none"> - vulnerabilità multidimensionale - allargamento della rete - contrasto alle difficoltà socioeconomiche e dei giovani e loro inserimento nel mondo del lavoro - interventi a favore dei NEET - filiera integrata che accompagni la persona nel progetto di vita - contrasto all’isolamento 	sovrazonale	no	coinvolgimento servizi specialistici di ASST nella rete di progetto

NORD SUD OVEST EST. NUOVI STRUMENTI DI ORIENTAMENTO ESPERIENZIALE	Contrasto alla povertà e all'emarginazione e promozione dell'inclusione attiva; Interventi connessi alle politiche per il lavoro; Interventi a favore di persone con disabilità	<ul style="list-style-type: none"> - vulnerabilità multidimensionale - allargamento della rete - contrasto alle difficoltà socioeconomiche e dei giovani e loro inserimento nel mondo del lavoro - interventi a favore dei NEET - filiera integrata che accompagni la persona nel progetto di vita - contrasto all'isolamento 	Sovrazonale con Ambiti di Mariano Comense e Cantù	no	no
	Interventi a favore di persone con disabilità	<ul style="list-style-type: none"> -filiera integrata che accompagni la persona nel progetto di vita - contrasto all'isolamento - Allargamento della rete e coprogrammazione - nuovi strumenti di governance - rafforzamento delle reti sociali 	sovrazonale con Ambiti di Mariano Comense e Cantù		

Sviluppo di interventi di ampliamento della filiera dei servizi a favore di persone con disabilità	Interventi a favore di persone con disabilità	<ul style="list-style-type: none"> -filiera integrata che accompagni la persona nel progetto di vita - contrasto all'isolamento - Allargamento della rete e coprogrammazione - nuovi strumenti di governance - rafforzamento delle reti sociali 	ambito	no	da prevedere coinvolgimento dei servizi sociosanitari e sanitari nella valutazione multidimensionale e nella gestione di servizi ed interventi inseriti nel progetto di vita (ad es. misure specifiche, integrazione fra servizi, ...)
Sviluppo della valutazione multidimensionale con la partecipazione della persona con disabilità e della sua famiglia e del terzo settore	Interventi a favore di persone con disabilità	<ul style="list-style-type: none"> -filiera integrata che accompagni la persona nel progetto di vita - contrasto all'isolamento - Allargamento della rete e coprogrammazione - nuovi strumenti di governance - rafforzamento delle reti sociali 	ambito	no	da prevedere coinvolgimento dei servizi sociosanitari e sanitari nella valutazione multidimensionale

LE PROGETTAZIONI SOVRAZONALI E GLI OBIETTIVI DI AMBITO A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ

PROGETTO SOVRAZONALE “RETE LARIANA PER L’INCLUSIONE”

Nella triennalità 2021-23, prorogata al 2024, attraverso il progetto sovra zonale “Rete Lariana per l’Inclusione”, a valere sulla premialità regionale, gli Ambiti Territoriali della provincia di Como in stretta collaborazione con ASST e UST di Como hanno costruito una solida rete al fine di implementare dei percorsi condivisi per una reale inclusione dell’alunno con disabilità, sia nel contesto scolastico che in quello comunitario. Tale finalità partiva dall’assunto che la presa in carico precoce è garanzia di percorsi di sviluppo delle potenzialità e di inclusione del minore con disabilità. Nel 2022 è stato siglato un Protocollo Operativo tra Scuole e Servizi di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza per la segnalazione e presa in carico degli alunni con disabilità. Tale strumento, rivisto nel 2024, ha permesso di individuare una procedura unica valida per tutte le Scuole della provincia di Como ed ha permesso di strutturare la comunicazione Scuole-Servizi NPIA-Comuni-Uffici di Piano.

Nel triennio 2025-27, in continuità con quanto fatto, gli Ambiti Territoriali, ASST Lariana, UST di Como, lavoreranno per monitorare le buone prassi condivise nel Protocollo Operativo e approfondiranno la possibilità di definire uno schema di Progetto Individuale da utilizzare in tutti i Comuni della provincia di Como, partendo da quanto sviluppato nel triennio precedente e in armonia con le modifiche normative promulgate sia a livello nazionale che regionale. La metodologia di lavoro sarà quella già sperimentata ovvero condivisione delle buone prassi a livello di Tavolo di Sistema sovra Ambito e diffusione nei Tavoli d’Ambito.

PROPOSTA PROGETTO SOVRAZONALE “NET WORK” – in rete per il lavoro Partecipazione, sviluppo e responsabilità condivise

Nella triennalità 2021 – 2024, prorogata al 2024, il progetto “NET work” – in rete per il lavoro Partecipazione, sviluppo e responsabilità condivise quale progetto di premialità, ha promosso e realizzato una serie di azioni di rete e di sistema, oltre ad attività direttamente rivolte ai beneficiari, con particolare riferimento ai casi di fragilità seguiti dai Sil provinciali e dai servizi specialistici ASST Lariana del territorio. In particolare, sono state attivate modalità di presa in carico integrata tra Sil e Servizi specialistici del territorio, costruendo proposte sia di inserimento lavorativo attraverso lo strumento dei tirocini sia di formazione con focus soft skills. Inoltre è stato attivato un raccordo formale con Camera di Commercio, Confindustria, Confartigianato, Como Acqua per promuovere la sensibilizzazione rispetto all’inserimento lavorativo delle persone in condizioni di vulnerabilità.

Nel triennio 2025 – 27 si intende proseguire il lavoro di rete territoriale, attraverso i raccordi esistenti sia tra Sil che con i servizi per l’impiego ordinario e mirato e promuovere la presa in carico integrata socio – sanitaria sulla base delle modalità attivate nel corso delle precedenti annualità. In particolare: verrà sperimentata la scheda di segnalazione, esito della concertazione tra Sil e Servizi Specialisti, finalizzata anche a tenere traccia di quanto realizzato per e con la persona e delle reciproche competenze; verranno attivati tavoli di confronto con le associazioni di categoria citate, anche in raccordo con i servizi al lavoro; si proseguirà il coordinamento provinciale SIL che consente una gestione condivisa delle opportunità progettuali emergenti e della rete tra i soggetti del territorio.

NORD SUD OVEST EST. NUOVI STRUMENTI DI ORIENTAMENTO ESPERIENZIALE. Creazione di un percorso propedeutico all’inserimento lavorativo, che si occupi

dell'orientamento efficace delle persone con disabilità intellettuale, che concili competenze e interessi.

N.S.O.E. è una bussola di orientamento nel mondo del lavoro, dopo anni in cui i Servizi di Inserimento Lavorativo (SIL) della Provincia di Como hanno lavorato per costruire prassi condivise per l'integrazione delle persone con disabilità, con la consapevolezza di dover considerare le caratteristiche e le capacità della persona stessa, il contesto lavorativo e la necessità di poter(si) sperimentare.

Il progetto, che dallo scorso settembre 2023 proseguirà nel 2025, è stato finanziato da Regione Lombardia (D.G.R. 7501/22) con un contributo pari a € 149.811,92, cui si aggiunge un cofinanziamento di € 37.452,98 per un totale di € 187.264,91. A partnership è composta da: Azienda Consortile Consorzio Erbese Servizi alla Persona, capofila; Azienda TECUM Servizi alla persona, Mariano Comense, Azienda Galliano di Cantù; le Cooperative sociali Noi Genitori, Noi Voi Loro e Il Melograno di Erba; l'Associazione La Nostra Famiglia di Bosisio Parini e le Cooperative sociali Solaris di Truggio e Progetto Sociale di Cantù.

Il progetto è rivolto a ragazzi con disabilità intellettuale medio-lieve, dai 16 ai 25 anni che, nella scelta di un percorso lavorativo adatto alle proprie capacità e competenze, hanno incontrato difficoltà quali la complessità di tematiche articolate, la frustrazione di dover aderire ai desiderata della famiglia, che spesso non tiene conto delle reali capacità e limiti della persona, cui si aggiungono l'assenza di linee guida metodologiche condivise e la necessità di incidere sulla transizione scuola-lavoro per costruire interventi di orientamento professionale che agevolino la realizzazione del progetto di vita. L'orientamento è fondamentale nella scelta del lavoro che si vuole cercare e fare. L'obiettivo è il rendere i ragazzi con disabilità intellettuale più consapevoli e pronti per affrontare l'inserimento lavorativo, favorendone l'ingresso con un approccio più consapevole ed un desiderio di realizzazione professionale/personale più realistico, garanzia di una maggiore probabilità di successo.

Tutto ciò parte dall'attenta valutazione dell'equipe di progetto sulle competenze e la costituzione di gruppi di orientamento preliminare che porteranno alla frequenza di atelier esperienziali pratici e atelier esperienziali per acquisire le competenze necessarie all'ingresso nel mondo del lavoro: un modo per coniugare desideri della persona con il dato di realtà, valutato e suggerito dagli operatori. A questo si aggiungono interventi di orientamento all'interno degli istituti secondari di secondo grado del territorio, counselling genitoriale e percorsi di formazione ed informazione aperti ai genitori degli stessi ragazzi, altro importante elemento di attenzione, oltre alla scuola.

Valore aggiunto del progetto: la validazione scientifica cui verranno sottoposte tutte le azioni e le attività progettuali, per dare vita a linee guida verificabili e replicabili. Ulteriore azione trasversale: lo scambio di buone prassi con il territorio della provincia di Lecco e di Sondrio per la diffusione delle sperimentazioni.

A che punto siamo? Dopo la prima fase di informazione al territorio, è iniziato il percorso di valutazione multiprofessionale, attraverso colloqui individuali e la somministrazione di strumenti validati; sono stati effettuati colloqui con i genitori/familiari e incontri di rete con i servizi già attivi sui giovani coinvolti che hanno avuto modo di confrontarsi sui diversi lavori possibili, partendo dai propri desideri. Sono iniziati i focus group ed i word café, gli atelier esperienziali e i percorsi di counselling genitoriale, mentre in estate sono stati realizzati gli incontri d'informazione sul territorio, rivolti a tutti.

I CENTRI PER LA VITA INDIPENDENTE

Un accordo di rete è stato definito e finalizzato all'attivazione di n° 4 CVI nel territorio degli ATS di Erba, Mariano Comense e Cantù: Il Centro sarà inizialmente collocato all'interno dell'azienda Consortile Consorzio Erbese Servizi alla Persona. I partner di progetto prevederanno poi ad individuare un luogo che sia raggiungibile per gli abitati di tutti i territori afferenti agli ATS di riferimento. A partire dal mese di marzo 2025 si prevede di poter spostare il CVI nella location definitiva. I partner sono: Azienda Speciale Consortile "Galliano", ente capofila dell'Ambito territoriale

di Cantù, Azienda Speciale Consortile “Tecum” Servizi alla Persona, ente capofila dell’Ambito territoriale di Mariano C.se, DOWNVERSO associazione famiglie e persone con sindrome di Down O.D.V., con sede legale in Cantù, Abilitiamo Autismo O.D.V., con sede legale in Cantù, Associazione Arcobaleno O.D.V., con sede legale in Ponte Lambro, e LEHDA – Lega per i diritti delle persone con disabilità – APS, con sede legale in Milano, per avviare le attività.

Il CVI dei territori di Erba, Mariano e Cantù è una risorsa, un’opportunità di cui i territori hanno scelto di dotarsi, per sostenere l’attuazione della Legge regionale n. 25/2022, ad integrazione delle competenze dei Servizi territoriali rivolti alle persone con disabilità già esistenti.

Il ruolo del CVI dunque è quello di facilitatore per l’accesso alla stesura ed alla realizzazione del proprio progetto di vita da parte delle persone con disabilità, progetto di cui resterà comunque titolare il Case Manager della situazione.

Il CVI ed il suo coinvolgimento nella presa in carico delle persone con disabilità dei territori di riferimento, non avranno carattere di obbligatorietà per l’accesso a servizi e sostegni di cui la persona con disabilità può beneficiare, ma avrà appunto un ruolo di facilitatore per l’accesso alla stesura ed alla realizzazione del proprio progetto di vita.

Il CVI realizzerà attività articolate su più livelli:

- attività di front office: accesso in termini di accoglienza, informazione, orientamento e accompagnamento;
- attività di back office: risposte e contatti con le persone, prevalutazione, avvio dell’iter valutativo e progettuale; identificazione dei percorsi e attivazione dei servizi/supporti, monitoraggio e valutazione dei percorsi attivati;
- attività di sensibilizzazione, supporto e di attivazione della comunità, in base alle esigenze e peculiarità territoriali quali a titolo esemplificativo ma non esaustivo:
- proposte di carattere informativo e di promozione culturale sulle tematiche inerenti alla condizione di disabilità;
- affiancamento alla persona nell’implementazione del progetto di vita;
- accompagnamento dei servizi titolari della stesura del progetto di vita e delle unità d’offerta nella definizione di un progetto coerente e a sostegno degli obiettivi di vita indipendente;
- proposte di carattere informativo e formativo rivolte a familiari e operatori territoriali;
- attività di formazione e sensibilizzazione sulla figura dell’Assistente Personale da organizzare con regolarità (almeno uno nel corso dell’anno) anche in collaborazione con i corsi di formazione previsti per figure sociosanitarie e socioassistenziali.

Inoltre, il CVI grazie al percorso partecipativo che porterà alla sua costruzione ed alla sua implementazione potrà garantire altre attività in concertazione con gli ETS partner:

- orientamento all’accesso a diritti esigibili;
- affiancamento nella ricerca dell’assistente personale;
- orientamento alle opportunità abitative e alle forme diverse di sostegno all’abitare;
- informazioni sull’accessibilità di spazi e luoghi di interesse per la persona con disabilità;
- promozione di gruppi di auto mutuo aiuto.

Gli orari di apertura previsti sono di tre giorni settimanali, in modo da garantire la massima accessibilità. E’ possibile realizzare incontri e consulenze da remoto, proprio nell’ottica della massima facilitazione e della rimozione di ostacoli fisici all’accesso al CVI, come ad esempio distanza e difficoltà di spostamento. Il CVI sarà a disposizione del comune di residenza per la partecipazione alla stesura del progetto di vita di cui il comune è titolare, e al quale il CVI prenderà parte fin dalle prime fasi valutative partecipando al processo di valutazione multidimensionale.

La valutazione multidimensionale, in base all’articolo 6 della Legge regionale n. 25/2022, è finalizzata ad evidenziare le “condizioni e il contesto di vita, gli interessi, i bisogni, le risorse, le richieste, i desideri e le preferenze della persona stessa” e per questi motivi il CVI ne è naturale componente.

Il Centro per la Vita indipendente monitora l'attuazione del Progetto fino al raggiungimento degli obiettivi e sulla base di accordi con la persona con disabilità.

Le attività del CVI in sintesi:

- Collaborazione alla progettazione e realizzazione di progetti di vita individuali, sostenendo le persone con disabilità nel loro percorso verso l'autonomia e l'inclusione sociale.
- Mappatura e orientamento alle risorse e opportunità, facilitando l'accesso a servizi, contributi economici, misure regionali, nazionali ed europee, e altre opportunità disponibili sul territorio.
- Sostegno all'abitare in autonomia, favorendo soluzioni alloggiative al di fuori del contesto familiare e promuovendo percorsi di deistituzionalizzazione.
- Miglioramento dell'accessibilità, supportando interventi per l'abbattimento delle barriere architettoniche e la domotica.
- Empowerment individuale e familiare, attraverso azioni di supporto e consulenza alla pari, volte a favorire l'espressione dei desideri, delle preferenze e degli obiettivi delle persone con disabilità.
- Promozione di gruppi di auto-mutuo-aiuto e reti territoriali, stimolando la creazione di reti di sostegno tra persone con disabilità e loro famiglie.
- Creazione di un elenco di professionisti e specialisti, facilitando l'accesso a figure professionali con competenze specifiche in tema di vita indipendente e accomodamenti ragionevoli.

IL “DOPO DI NOI” E GLI OBIETTIVI DI AMBITO

Il Quadro applicativo della Legge 112/2016 in Regione Lombardia si è sviluppato nel corso degli anni recependo progressivamente le principali istanze e osservazioni avanzate sia dai livelli istituzionali territoriali (Ambiti dei Piani di Zona e ATS) sia dai principali portatori di interesse in rappresentanza delle associazioni, della cooperazione sociale e degli Enti del Terzo Settore.

Con Decreto n. 5960/2021 è stato istituito un apposito Gruppo di monitoraggio per l'attuazione della Legge 112/2016, partecipato oltretutto da funzionari di regione, anche dalle Agenzia di Tutela della Salute, ANCI Lombardia e Associazioni/cooperative maggiormente rappresentative del mondo della disabilità coinvolte nella attuazione dei percorsi rivolti alla autonomia.

Tale approccio di progressiva concertazione “multilivello” nella definizione e nell'attuazione dei programmi operativi regionali è stato “concepito” da Regione Lombardia per affrontare da un lato gli elementi di complessità e di innovazione propri della Legge 112/2016 e dall'altro per valorizzare le buone prassi di intervento coerenti con il dettato normativo della Legge già presenti su alcuni ambiti sociali territoriali ancor prima della sua approvazione.

Storicamente l'Ambito territoriale ha poco utilizzato la misura, a fronte di una serie di difficoltà gestionali già evidenziate in passato in diverse sedi. Tuttavia, nel corso del 2024, in accordo e in collaborazione con il Servizio della Gestione associata che si occupa della disabilità adulta (Équipe Specialistica Disabili dell'Azienda Speciale Consortile), e che gestisce per conto dei Comuni aderenti l'implementazione del progetto di vita della persona con disabilità insieme al diretto interessato e alla sua famiglia, si è avviato un percorso di mappatura dei potenziali beneficiari e di costruzione di percorsi di avvicinamento al Dopo di Noi con i possibili interlocutori del territorio.

Dopo anni di sperimentazione di alloggi palestra e di accompagnamento all'allontanamento dalla famiglia di persone con disabilità, tenuto conto delle difficoltà territoriali – tuttora esistenti - nel reperire risorse abitative che potessero dare avvio a vere e proprie esperienze a lungo termine in abitazione o coabitazione, sono stati promossi percorsi volti a sostenere persone con disabilità grave prive del sostegno familiare o in previsione del venire meno dello stesso, anche attraverso lo sviluppo di specifiche autonomie e percorsi di de-istituzionalizzazione.

L'Équipe Specialistica Disabili, dopo un lavoro di attenta valutazione della casistica in carico, e di primo contatto con i possibili beneficiari della misura, ha individuato un gruppo di possibili beneficiari, dotati dei requisiti di accesso, a cui proporre la prima fase, da considerare come fase valutativa sia per la persona, sia per la famiglia, rispetto alla praticabilità dell'intero percorso previsto dalla

normativa sul Dopo di Noi. Le persone a cui proporre questa opportunità sono 25, rispetto alle quali ci si attende di poter definire ed avviare la prima fase del progetto personalizzato nel corso del 2025 in ordine a procedere con le altre fasi nel triennio.

Si ipotizza inoltre che nel periodo di sviluppo di queste progettualità, possano essere prese in carico e successivamente avviate al programma Dopo di Noi, 2 ulteriori persone: ciò in considerazione del fatto che il lavoro di mappatura e contatto di cui sopra dovrebbe avere già condotto all'individuazione di una buona parte delle effettivamente persone coinvolgibili, oltre che delle effettive risorse disponibili ad oggi.

E' sottinteso che gli esiti di ciascuna fase, e quindi lo sviluppo delle fasi successive, sono al momento solo ipotizzabili, essendo legati a diverse variabili che non possono essere previste ora.

L'originalità del percorso che si intende sperimentare punta a definire, sul piano strutturale e operativo, un approccio in grado di coniugare, in una logica di appropriatezza, la presa in carico a lungo termine con modelli di finanziamento a budget, sostenibili nel corso del tempo e fondati sull'integrazione delle risorse sociali e sanitarie, oltre che personali, con l'obiettivo di ricomporle e sperimentarle all'interno di un Fondo Unico.

Possono accedere al percorso anche le persone con disabilità grave in possesso di risorse economiche e/o con genitori ancora in grado di garantire il sostegno genitoriale, o già inserite in strutture residenziali per le quali emerge l'opportunità di un percorso di deistituzionalizzazione. Ciò purché siano comunque accertate, tramite la valutazione multidimensionale, le esigenze progettuali, in particolare rispetto all'abitare al di fuori della famiglia di origine e all'idoneità degli interventi definiti nei punti seguenti, rispetto alla situazione della persona:

Il progetto individuale rappresenta lo strumento cardine per avviare il percorso di emancipazione della persona con disabilità adulta dalla famiglia di origine e/o dalla condizione di vita presso servizi residenziali, in un'ottica di de-istituzionalizzazione. In questi termini il Progetto Individuale, parte integrante di quanto stabilito dall'art.14 della Legge 328/2000, assume la valenza di Progetto di Vita nella misura in cui riesce a determinare un cambiamento della prospettiva esistenziale della persona, attraverso la sua emancipazione. Le fasi partono dall'acquisire una percezione del sé come persona adulta, rivalutare le proprie abitudini ed individuare e/o consolidare i propri interessi, interventi sul fattore ambientale al fine di fare una valutazione della persona; all'ampliare le competenze di autonomia e di svincolo dal contesto familiare attraverso alloggi palestra, tirocini risocializzanti etc...; per finire poi all' avvio di un progetto di vita autonoma dalla famiglia con una sperimentazione dell'autonomia e programmazione spazio per progetto di vita autonoma (soluzioni residenziali e di co-abitazione).

Questo percorso si integra con il lavoro di interlocuzione con i soggetti interessati ai temi della disabilità e della vita indipendente, già avviato con il precedente Piano di zona per favorire l'ampliamento della filiera dei servizi a favore dello sviluppo delle autonomie delle persone con disabilità, della realizzazione del diritto alla vita indipendente e del mantenimento a domicilio delle persone non autosufficienti nell'ambito territoriale sociale erbese. Tale lavoro parte da una lettura condivisa e partecipata dei bisogni emersi che riguardano le persone non autosufficienti, disabili e anziane, in un'ottica di ampliamento delle potenzialità e delle risorse attivabili a favore dello sviluppo delle autonomie e delle prospettive di vita indipendente nonché di sostegno alla domiciliarità delle stesse. Nella nuova programmazione si intende dare impulso ad un più intenso confronto, anche attraverso gli strumenti della coprogrammazione e della coprogettazione, indubbiamente molto promettenti in questo ambito, per le loro proprie caratteristiche, come già detto nei precedenti capitoli.

Ciò si ricollega agli obiettivi già propri della precedente programmazione che si intende perseguire ulteriormente a partire da quello di perseguire il consolidamento delle buone prassi sperimentate nei singoli progetti, favorendo

- lo sviluppo di una cultura condivisa dai vari attori territoriali, interessati alla tematica, orientata alla costruzione multidimensionale del progetto di vita e in un'ottica di budget di progetto;
- la messa a punto di prassi operative integrate fra pubblico e privato, che possano diventare in prospettiva un vero e proprio modello di lavoro per l'accompagnamento della persona con disabilità nelle diverse fasi del ciclo di vita, nel rispetto della sua unicità, e costruendo progetti di vita dinamici e diversificati con una filiera di servizi che si evolvono secondo le esigenze emergenti della persona disabile e dei suoi caregivers;

Un primo passo necessario per raggiungere questi obiettivi è costituito dalla costruzione di Unità di Valutazione Multidisciplinari, che raccolgano una pluralità di soggetti, rappresentativi di diverse dimensioni (sociale, sanitaria, sociosanitaria), di diverse professionalità e anche di differenti appartenenze (pubblico, privato sociale, rete informale,...)

AREA “INTERVENTI A FAVORE DELLE PERSONE ANZIANE” (connessa alle macroaree Domiciliarità e Anziani)

ANZIANI FRA BISOGNI E OPPORTUNITÀ

La famiglia ha perso, oggi, quella caratteristica patriarcale e matriarcale, che garantiva all’anziano e all’anziana di mantenere il proprio ruolo di capofamiglia o di madre/regina della casa, ruoli entrambi rispettati, pur nella loro differenza di genere e di potere. L’allungamento della vita consente agli anziani di oggi di diventare “grandi anziani”, ma la loro fragilità aumenta di giorno in giorno, man mano che le malattie diventano più invalidanti, e l’autosufficienza si riduce. Spesso, sentiamo qualche anziano dire “... *non riesco più a fare quello che facevo ieri...*”, oppure “... *sono stanco, ogni giorno è uguale all’altro...*” Lo psichiatra Vittorino Andreoli ci dice che la pensione rappresenti l’inizio convenzionale della vecchiaia, si passa dalla vita del produrre a quella dei sentimenti [Vittorino Andreoli. *Lettera ad un vecchio (da parte di un vecchio)*. 2023 Solferino]. Quanto incide, quindi, sia fisicamente che psicologicamente questa improvvisa mancanza di produttività? Che il segreto della serenità, che si traduce poi in salute, stia proprio in quella produttività, che potrebbe ridimensionarsi in una produttività desiderata, rispettosa dei sentimenti e della libertà?

L’invecchiamento demografico, di cui si è già definita l’entità sul territorio erbese nel paragrafo relativo all’area Minori e famiglie, da tempo sta inducendo ad un profondo mutamento della società e degli equilibri che la reggono, avendo delle ripercussioni ed implicazioni di carattere economico, sociale, culturale. Tale fenomeno, ad es., incide sul sistema previdenziale, assistenziale, sanitario e dei consumi. Occorre un nuovo approccio culturale: riconoscere nell’anziano -laddove è possibile- una risorsa attiva del tessuto sociale, e ciò non soltanto per ovviare ai problemi pensionistici ed assistenziali ma per abbandonare una volta per tutte il falso concetto che essi rappresentino sempre e solo la parte debole della società. Ricordiamo che molti servizi (il trasporto ad esempio) sono attivi anche grazie al volontariato di persone anziane che prestano la loro opera e offrono il loro tempo per gli altri.

Un ulteriore punto di vista ci viene offerto dalla misura dell’Assegno di inclusione, che ad un anno dal suo avvio ha messo in luce una nuova fascia di utenza, che non veniva presa in carico con il precedente Reddito di Cittadinanza. Si tratta spesso di persone con difficoltà economiche, ma anche in situazione di solitudine, di povertà relazionale e di mancanza di reti primarie. Sovente si evidenzia un bisogno di interventi leggeri, di prossimità e di relazionalità, dando risposta ai quali si può prevenire lo scivolamento delle persone anziane in un circolo vizioso di bisogno e di dipendenza.

Gli anziani possono, al di là delle situazioni problematiche o di non autosufficienza, partecipare in modo attivo e da protagonisti, alla vita sociale e culturale, anche se in maniera diversa, nei modi e nei tempi. L’attenzione della programmazione si rivolge, in questo triennio a questo duplice obiettivo:

- garantire il diritto di partecipare attivamente alla vita sociale,
- prevenire le condizioni di deficit e di non autosufficienza, garantendo tutela e sicurezza qualora queste vengano meno.

La riforma dell’assistenza agli anziani non autosufficienti segna un passo importante nella direzione di un sistema di welfare unitario e integrato, che oltre a migliorare la qualità della vita degli anziani potrà anche promuovere un miglioramento della libertà sostanziale di tante famiglie (in prevalenza donne), sulle quali grava primariamente l’impegno familiare di assistenza.

ESSERE CAREGIVER

Caregiver, parola entrata da tempo nel nostro lessico quotidiano, indica '*colui che si prende cura*' di un'altra persona in maniera continuativa e rilevante nel tempo; il caregiver familiare, in particolare, si prende cura senza fini di lucro.

Spesso la persona cara è all'interno della propria cerchia familiare, talvolta al di fuori. Può essere un anziano fragile o una persona con disabilità, comunque è di fronte ad un problema che non gli permette di stare bene, non gli consente un vivere autonomo o autosufficiente. Il caregiver contribuisce alla qualità di vita ed al benessere della persona assistita.

I servizi sociali dei Comuni e i servizi delle Aziende sanitarie riconoscono il caregiver familiare come un elemento della rete del welfare locale e gli assicurano il sostegno e l'affiancamento necessari a sostenerne la qualità dell'opera di assistenza prestata.

Nello svolgimento delle attività di assistenza, il caregiver familiare può avvalersi dei servizi territoriali e di lavoro privato di cura (assistanti familiari/badanti). Il caregiver familiare, previo consenso del diretto interessato, partecipa alla stesura e alla realizzazione del PAI, e assume gli impegni che lo riguardano, concordati nel PAI stesso.

Nello scorso triennio sono state previste misure a supporto e/o strumenti volti a garantire la continuità degli interventi a sostegno di chi si prende cura delle persone in condizioni di disabilità grave residenti nei Comuni dell'Ambito Territoriale di Erba, (ai sensi della Deliberazione Giunta Regionale n.7605 del 02.12.22 che ha approvato il "Programma Operativo Regionale in attuazione della L.R. 23/22" e della successiva DGR 7799/2023). In particolare, sono stati previsti sostegni, quali:

- rimborso spese relative a interventi che favoriscano la sostituzione del lavoro di cura del caregiver familiare inteso come assistenza tutelare nelle attività di vita quotidiana (es. lavarsi, vestirsi, alimentazione, movimentazione...).
- intervento domiciliare attraverso servizi forniti da enti qualificati nel settore dell'assistenza domiciliare. Si tratta di interventi complementari a quelli già attivi (extra piano di intervento);
- intervento residenziale extrafamiliare ovvero soggiorno temporaneo in unità d'offerta residenziale o comunque in grado di dare una risposta adeguata ed appropriata ai bisogni e alle esigenze della persona (enti qualificati).

E inoltre:

- voucher per interventi di formazione/addestramento per percorsi di sostegno e addestramento al caregiver familiare nell'attività di cura. Ovvero, interventi di sostegno alle competenze del caregiver familiare e di supporto nella gestione del familiare nel contesto domestico e del carico di cura (es. organizzazione e gestione funzionale degli spazi abitativi della persona fragile, valutazione del bisogno e/o addestramento al corretto utilizzo degli ausili, addestramento alla movimentazione in sicurezza nei passaggi posturali, addestramento nei compiti di assistenza e cura dell'igiene e dell'alimentazione, sviluppo di competenze relazionali e adattive rispetto ai comportamenti problema del congiunto ecc...).

Tali interventi sono stati forniti da enti erogatori di servizi sociali e sociosanitari (non singoli professionisti privati) ovvero da enti privati di assistenza che presentassero i necessari requisiti, inseriti in appositi elenchi di possibili fornitori dall'Ambito o da ATS su misure similari o sulla misura specifica, e in relazione alla natura dell'intervento e all'attuazione del PI.

Si è trattato di un primo avvio di iniziative, che ha incontrato alcune criticità organizzative e di comunicazione che ne hanno limitato la portata. Tuttavia l'Ambito fa proprio l'obiettivo di sostenere i caregivers familiari, ponendo attenzione allo sviluppo della filiera dei servizi, analogamente a quanto già descritto nella precedente area.

L'attenzione al ruolo del caregivers ha dato inoltre il via ad una serie di otto incontri "La strada dell'inclusione" promossi dal servizio disabilità dell'Azienda come spazio di riflessione e condivisione sull'essere caregiver di persone adulte, minori, adolescenti e appartenenti alla terza età.

L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA AL BANCO DI PROVA DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

La normativa nazionale e regionale conduce in modo chiaro e definito ad impostare la programmazione 2025/2027, sfruttando gli orientamenti della governance territoriale dei due sistemi di servizi ed interventi a favore dei bisogni complessi della popolazione: quello sociale e quello sociosanitario. Perseguire in modo sistematico l'integrazione è la richiesta esplicita formulata nelle linee-guida regionali per la programmazione dei due sistemi, a partire dai cinque LEPS indicati come prioritari. Almeno tre dei cinque riguardano l'area della non autosufficienza grave e gravissima, e riguardano perciò direttamente l'area che stiamo trattando.

Si tratta in particolare di assicurare ai cittadini un accesso unitario ed agevole a tutte le opportunità di supporto che i sistemi sociale, sanitario e sociosanitario possono offrire, sulla base di una valutazione multidimensionale, approfondita e completa, e di un piano di intervento rispondente alle reali necessità della persona, flessibile, dinamico, globale.

Occorre pertanto:

- individuare i passaggi critici, prevenendo le situazioni che possono condurre a condizioni problematiche, o comunque mirando a ridurre le criticità, come richiesto dal LEPS sulle dimissioni protette;
- sviluppare la filiera dei servizi, puntando ad ottenere la massima copertura possibile dei bisogni, senza soluzione di continuità fra servizi diversi (si veda al riguardo il LEPS del potenziamento del Servizio di assistenza domiciliare)
- mettere a sistema una organizzazione interistituzionale dei servizi che permetta al cittadino di seguire percorsi virtuosi, senza "perdersi" all'interno degli stessi, obiettivo perseguito, fra l'altro, attraverso il LEPS del potenziamento del PUA e della valutazione multidisciplinare attraverso la partecipazione del personale di Ambito alle attività di tale servizio.

Invecchiamento attivo, attenzione ai caregivers, accesso e percorso di valutazione, erogazione dei servizi e monitoraggio gestito in modo unitario sono dunque i focus della programmazione zonale 2025/2027, sia attraverso progetti d'ambito che attraverso progettazioni condivise con altri ambiti e con ASST, che sono riassunti nella tabella seguente e successivamente descritti con maggiore dettaglio.

Area interventi a favore delle persone anziane	Area di policy regionale	Punti chiave macroaree di policy	ambito/sovrazone	profili di integrazione con leps prioritari sociosanitario
Potenziamento SAD, come LEPS di integrazione sociosanitaria e	Anziani; domiciliarità; interventi a favore di persone con disabilità	Flessibilità Tempestività della risposta Allargamento del servizio a nuovi soggetti Ampliamento dei supporti forniti all'utenza e aumento delle ore di copertura del servizio Allargamento della rete e coprogrammazione Nuovi strumenti di governance Integrazione con gli interventi domiciliari a carattere sociosanitario Rafforzamento degli strumenti di long term care Autonomia e domiciliarità Personalizzazione dei servizi Accesso ai servizi Ruolo delle famiglie e del caregiver Sviluppo azioni LR 15/2015	ambito e sovrazone	sì coinvolgimento dei servizi sanitari e socio-sanitari della rete: H, OdC, Cot, Ifec, MMG

LEPS potenziamento PUA	Anziani; domiciliarità; interventi a favore di persone con disabilità	Allargamento della rete Accesso ai servizi Nuovi strumenti d governance Rafforzamento della gestione associata	ambito e sovrazonale	sì	Coinvolgimento del personale di ASST già impegnato nel PUA
LEPS Dimissioni protette	Anziani; domiciliarità; interventi a favore di persone con disabilità	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 Autonomia e domiciliarità Personalizzazione dei servizi Accesso ai servizi	sovrazonale	sì	La definizione del Protocollo d'Intesa sarà oggetto di incontri tra personale dei Comuni/Ambiti e personale dei servizi specialistici di ASST
sviluppo interventi territoriali per le dimissioni protette (insieme a potenziamento sad e assistenti familiari)	Anziani; domiciliarità; interventi a favore di persone con disabilità	Flessibilità Tempestività della risposta Ampliamento dei supporti forniti all'utenza Allargamento della rete e coprogrammazione Nuovi strumenti di governance	ambito	sì	coinvolgimento dei servizi sanitari e socio-sanitari della rete: H, OdC, Cot, Ifec, MMG

		<p>Integrazione con gli interventi domiciliari a carattere sociosanitario Autonomia e domiciliarità Personalizzazione dei servizi Accesso ai servizi</p>		
sviluppo azioni di coordinamento e potenziamento assistenti familiari	Anziani; domiciliarità; interventi a favore di persone con disabilità	<ul style="list-style-type: none"> • Rafforzamento degli strumenti di long term care • Autonomia e domiciliarità • Personalizzazione dei servizi • Accesso ai servizi • Ruolo delle famiglie e del caregiver • Sviluppo azioni LR 15/2015 	ambito	<p>a supporto del leps dimissioni protette</p> <p>coinvolgimento dei servizi sanitari e socio-sanitari della rete: H, OdC, Cot, Ifec, MMG</p>
sviluppo azioni di messa in rete dei servizi esistenti a favore di anziani vulnerabili	Anziani; interventi a favore di persone con disabilità	<ul style="list-style-type: none"> • Allargamento della rete e coprogrammazione • Accesso ai servizi, • Autonomia e domiciliarità <p>Flessibilità Tempestività della risposta</p>	ambito	<p>coinvolgimento dei servizi sanitari e socio-sanitari della rete: MMG, Cot, Ifec,</p>

sviluppo azioni di messa in rete dei punti di accesso e di servizi/interventi già presenti a favore di anziani vulnerabili	Anziani; interventi a favore di persone con disabilità		ambito	no	coinvolgimento dei servizi sanitari e socio-sanitari della rete: MMG, Cot, Ifec,
--	--	--	--------	----	--

TITOLO INTERVENTO	Potenziamento della domiciliarità
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	<p>L'obiettivo di incremento dei Servizi per la domiciliarità ha come obiettivi specifici:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Potenziare il Servizio di Assistenza Domiciliare in termini quantitativi e qualitativi - Assistenza sociale integrata con i servizi sociosanitari. - Incrementare i progetti individualizzati per anziani non autosufficienti con alto bisogno assistenziale - Incrementare i percorsi individualizzati di dimissioni protette che necessitano del SAD
AZIONI PROGRAMMATE	<p>Implementazione di servizi socioassistenziali (igiene personale, aiuto nell'organizzazione e gestione della casa, supporto nell'alimentazione, ...) finalizzati al mantenimento a domicilio delle persone non autosufficienti e al sostegno dell'autonomia residua, a partire da specifiche situazioni definite a livello di Ambito.</p> <p>Promozione di un modello organizzativo omogeneo per la gestione integrata e coordinata degli interventi al domicilio, al fine di migliorare la qualità della vita dei destinatari e superare la logica di frammentazione dell'assistenza.</p> <p>In modo particolare è necessario che il Servizio di Assistenza Domiciliare venga attivato secondo le richieste e i bisogni della persona nel suo contesto di vita quotidiano e che risponda alle necessità anche temporanee della persona attraverso un progetto dedicato.</p> <p>Attraverso la predisposizione del Progetto Individualizzato si promuovono il coordinamento e l'integrazione tra servizi/interventi presenti al domicilio della persona (PUA-COT- EG-CDOM - IFEC).</p> <p>Al fine di integrare le risorse, il Progetto è in stretta connessione con il protocollo dimissioni protette e i servizi attivati con i finanziamenti del Fondo Non Autosufficienti.</p>
TARGET	<p>Popolazione in condizioni di fragilità, non autosufficiente e con alto bisogno assistenziale.</p> <p>Nell'ambito specifico dei progetti di dimissione protetta da struttura sanitaria/sociosanitaria i destinatari sono persone non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità, non</p>

	<p>supportate da una rete formale o informale adeguata, costante e continua, che necessitano di SAD.</p> <p>Destinatari indiretti degli interventi di SAD, laddove presenti, sono i caregiver familiari, in termini di alleggerimento del carico di cura ma anche di incremento della responsabilizzazione, attori a tutti gli effetti del progetto individualizzato. L'intervento di assistenza domiciliare si colloca quindi in una dimensione di supporto alla persona non autosufficiente e di sollievo e consapevolezza del caregiver.</p>
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	FNA, FNPS, risorse specifiche di ASST e dell'Ambito
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	Equipe multidisciplinare ospedaliera-PUA-COT- IFEC per ASST, servizi sociali comunali e cooperative accreditate per gli Ambiti
L'OBBIETTIVO E' TRASVERSALE E INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	S/
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	<ul style="list-style-type: none"> ● <i>Flessibilità</i> ● <i>Tempestività della risposta</i> ● <i>Allargamento del servizio a nuovi soggetti</i> ● <i>Ampliamento dei supporti forniti all'utenza</i> ● <i>Aumento delle ore di copertura del servizio</i> ● <i>Allargamento della rete e coprogrammazione</i> ● <i>Nuova utenza rispetto al passato</i> ● <i>Nuovi strumenti di governance</i> ● <i>Integrazione con gli interventi domiciliari a carattere sociosanitario</i> ● <i>Rafforzamento degli strumenti di long term care</i> ● <i>Autonomia e domiciliarità</i> ● <i>Personalizzazione dei servizi</i> ● <i>Accesso ai servizi</i> ● <i>Ruolo delle famiglie e del caregiver</i> ● <i>Sviluppo azioni LR 15/2015</i>

PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	SI
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	<i>SI, l'obiettivo è in condivisione con gli obiettivi del PPT</i>
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	<i>No, ma è in condivisione con gli Ambiti all'interno del PPT</i>
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	NO
L'OBBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	<i>Servizio già presente, ma al momento gestito in modo differenziato all'interno dei 28 Comuni</i>
L'OBBIETTIVO E' IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	NO
L'INTERVENTO E' FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	<i>No, ma potrebbe diventare oggetto di coprogrammazione</i>
L'INTERVENTO E' FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?	<i>No, ma potrebbe diventare oggetto di coprogettazione</i>
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)	<i>Il terzo settore sarà coinvolto attraverso gli organismi consultivi di ASST cui l'ambito fa parte e attraverso il collegamento con gli obiettivi di programmazione territoriale a tema domiciliarità</i>

L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DEGLI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	<i>SI, si tenterà di sviluppare anche iniziative di prossimità in cui coinvolgere la comunità locale e le risorse informali del territorio</i>
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	<i>L'obiettivo interviene su bisogni consolidati degli anziani e delle persone non autosufficienti riguardo alla domiciliarità più integrata tra il socio-sanitario e socioassistenziale per garantire servizi più efficaci e volti alla permanenza a domicilio della persona e prevenendo l'istituzionalizzazione. Sempre più bisogno emergono dai caregiver che si trovano in solitudine nell'esperienza di vita di cura per cui è necessario intervenire e supportare una rete di supporto ai caregiver con professionalità multidisciplinari.</i>
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÒ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	<i>BISOGNO CONSOLIDATO</i>
L'OBBIETTIVO E' DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	<i>PREVENTIVO</i>
L'OBBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE?	<i>SI, presenta modelli di presa in carico e risposta al bisogno integrati.</i>
L'OBBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	<i>NO</i>
QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	<i>L'obiettivo riguarderà operativamente il personale dell'ambito e della gestione associata, con il personale degli enti del terzo settore che verranno ingaggiati per la gestione del Servizio di Assistenza Domiciliare in collaborazione con il personale ASST dedicato alla domiciliarità; il processo vedrà l'integrazione di competenze e saperi</i>

	<p><i>multiprofessionali al fine di garantire servizi efficaci per l'assistenza domiciliare.</i></p>
QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?	<ul style="list-style-type: none"> - Stesura di progetti individualizzati SAD per anziani non autosufficienti ad alto bisogno assistenziale con piano individualizzato unico integrato. - Stesura di progetti individualizzati per anziani che necessitano del SAD in percorsi di dimissioni protette - incremento n. prese in carico SAD con intero processo gestito attraverso la cartella sociale informatizzata
QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?	<ul style="list-style-type: none"> - $\geq 50\%$ dei progetti integrati nel 2025, $\geq 75\%$ nel 2026 e 100% nel 2027 - $\geq 50\%$ nel 2026 e $\geq 75\%$ nel 2027 - nel 2026 n. SAD processati > del 2025, nel 2027 n. SAD processati > del 2026

TITOLO INTERVENTO	SERVIZI SOCIALI PER LE DIMISSIONI PROTETTE
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	<ul style="list-style-type: none"> ● Promuovere l'assistenza delle persone fragili e con perdita progressiva di autonomia, attraverso l'intercettazione precoce del bisogno e della iniziale fragilità garantendone la presa in carico sociosanitaria ● Contribuire a ridurre il numero dei ricoveri reiterati presso i presidi ospedalieri ● Aumentare il grado di appropriatezza e personalizzazione delle prestazioni, assicurando la continuità dell'assistenza ● Promuovere un modello organizzativo gestionale omogeneo e continuativo nei diversi ambiti territoriali del distretto per la gestione integrata e coordinata degli interventi. ● Sostenere l'autonomia residua e il miglioramento dei livelli di qualità di vita, incrementando la consapevolezza e la responsabilità delle figure di riferimento della persona fragile, superando la logica assistenziale. ● Uniformare i criteri di valutazione e accesso agli interventi/opportunità anche attraverso collaborazioni innovative tra il pubblico e il Terzo Settore al fine di potenziare la rete dei servizi. ● Garantire l'inclusione sociale dei soggetti fragili presi in carico
AZIONI PROGRAMMATE	<ul style="list-style-type: none"> - Definizione tra ASST Lariana e Comuni/Ambiti territoriali delle modalità operative con cui avviare la valutazione multidimensionale del grado di vulnerabilità e la presa in carico condivisa delle persone; - Sperimentazione e monitoraggio del protocollo/procedure; - Sottoscrizione PAI ed erogazione interventi.

TARGET	Persone non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità, residenti sul territorio dell'Ambito, non supportate da una rete formale o informale adeguata, costante e continuata.
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	Quota del FNPS dedicata
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	Personale dell'Ufficio di Piano e dei Comuni. Medici ospedalieri, infermieri, Infermieri di Comunità, Assistente sociale Ospedaliero, COT Enti Terzo Settore
L'OBBIETTIVO È TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	SI (interventi a favore delle persone con disabilità)
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	Tempestività della risposta Ampliamento dei supporti forniti all'utenza Nuovi strumenti di governance Integrazione con gli interventi domiciliari a carattere sociosanitario
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	SI La necessità di un protocollo e procedure che definisce la collaborazione è stata condivisa nei tavoli di lavoro con ASST
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	SI La definizione del Protocollo d'Intesa sarà oggetto di incontri tra personale dei Comuni/Ambiti e personale dei servizi specialistici di ASST
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	SI
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	NO

L'OBBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Servizio sostanzialmente rivisto/aggiornato, attraverso la messa a punto di specifiche procedure
L'OBBIETTIVO 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?	<i>No, ma potrebbe diventare oggetto di coprogettazione</i>
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)	NO
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	INDICATORI DI INPUT Assenza di una procedura che definisca il processo e i ruoli dei diversi attori coinvolti nel percorso dimissioni protette

IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÁ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÓ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÁ?	NUOVO BISOGNO. L'individuazione del LEPS relativo alle dimissioni protette ha portato gli Ambiti a riflettere sulla modalità di risposta per l'erogazione degli interventi e sulla governance territoriale per poi allargare l'analisi del bisogno a livello provinciale per la definizione di prassi comuni con ASST.
L'OBBIETTIVO È DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	PREVENTIVO L'obiettivo vuole prevenire ricoveri reiterati inappropriati nei reparti ospedalieri
L'OBBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)	SI L'obiettivo pone al centro della presa in carico l'integrazione sociosanitaria tra ASST e Ambiti/Comuni che si realizza attraverso la presa in carico e la valutazione multidimensionale per quanto riguarda le persone anziane non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità con assenza di rete di supporto formale e informale.
L'OBBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	NO
QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	Verranno realizzati incontri tra referenti degli Ambiti Territoriali e di ASST per la stesura del protocollo/prassi. Ogni Ambito effettuerà delle verifiche di applicazione sul proprio territorio che verranno condivise e riportate a incontri con ASST in momenti di valutazione del protocollo. A seguito della valutazione verranno sottoscritti i PAI con l'indicazione degli interventi previsti INDICATORI DI PROCESSO n° incontri con ASST per stesura protocollo/prassi N° incontri di verifica a livello di Ambito e con ASST N° PAI sottoscritti

QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?	<p>Sottoscrizione e sperimentazione tra ASST Lariana e Comuni/Ambiti territoriali delle modalità operative con cui avviare la valutazione multidimensionale del grado di vulnerabilità e la presa in carico condivisa delle persone con bisogni di dimissioni protette</p> <p>INDICATORE DI OUTPUT</p> <p>Definizione e condivisione protocollo/procedura definito per assicurare la Transitionale care con ASST</p>
QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?	<p>INDICATORI DI OUTCOME</p> <p>Numero utenti sociali che hanno beneficiato del servizio dimissioni protette/numero utenti sociali che ha espresso il bisogno del servizio</p> <p>Riduzione tempo medio di attesa della dimissione per il ritorno a domicilio o in struttura residenziale</p> <p>Incremento numerico dimissioni protette gestite attraverso l'integrazione informativa e informatizzata tra ambito sanitario e cartella sociale informatizzata</p>

TITOLO INTERVENTO	<p>PUNTI UNICI DI ACCESSO (PUA) INTEGRATI E UVM: INCREMENTO OPERATORI SOCIALI</p>
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	<ul style="list-style-type: none"> • Realizzare, insieme ad ASST e ATS obiettivi condivisi, al fine di rafforzare la valutazione multidimensionale e l'efficacia delle équipe intégrate • Definire protocollo/procedura operativo di distretto per il funzionamento della équipe intégrate tra ambito territoriale sociale e ambito sanitario per la valutazione multidimensionale • Assicurare la partecipazione della figura dell'assistente sociale di Ambito all'interno del Punto Unico di Accesso (PUA) delle Case di Comunità
AZIONI PROGRAMMATE	<p>Avviare una programmazione congiunta, che definisce, sulla base di priorità e obiettivi comuni, gli interventi sinergici da introdurre, le risorse a disposizione e condivise, i processi e le procedure di attuazione.</p> <p>Definire protocollo e documento organizzativo di Ambito per il funzionamento della équipe intégrate tra ambito territoriale sociale e ambito sanitario per la valutazione multidimensionale.</p> <p>L'Ambito territoriale e l'ASST individuano le figure professionali necessarie, da destinare all'équipe del PUA, ed alla/alle équipe intégrate UVM</p> <p>Avvio delle funzionalità del PUA, delle unità di valutazione multidimensionale (UVM/UVMD) e a definire il progetto di assistenza individuale intégrata (PI)</p>

TARGET	Persone in condizioni complesse sia sanitarie che sociali
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	<i>Fondo potenziamento PUA FNA</i>
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	L'Ambito individua una figura di assistente sociale da dedicare al PUA insieme al personale di ASST.
L'OBBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	SI E) Anziani J) interventi a favore delle persone con disabilità K) interventi di sistema per il potenziamento dell'Ufficio di Piano e il rafforzamento della gestione associata
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	<i>Accesso ai servizi</i> <i>Nuovi strumenti d governance</i> <i>Rafforzamento della gestione associata</i>
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	SI L'obiettivo e la sua conseguente implementazione sono realizzati con il coinvolgimento di ASST essendo obiettivo di integrazione sociosanitaria
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	SI La definizione del protocollo e lo schema delle procedure viene realizzato con un diretto coinvolgimento di ASST in collaborazione con tutti gli Ambiti. Successivamente l'ambito avvierà una collaborazione con il Distretto per definire la sua organizzazione e la sua attuazione a livello territoriale
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	SI Parte dell'obiettivo ovvero la definizione di un protocollo con ASST e lo schema delle procedure viene realizzato in collaborazione con tutti gli Ambiti. Ogni Ambito in collaborazione con il Distretto renderà operativa renderà l'attuazione a livello territoriale secondo l'organizzazione che andranno a definire

È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	NO
L'OBBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Servizio sostanzialmente rivisto/aggiornato
L'OBBIETTIVO 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 MODALITÀ 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?	INDICATORE DI INPUT
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÁ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÓ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÁ?	NUOVO BISOGNO
L'OBBIETTIVO È DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	PREVENTIVO
L'OBBIETTIVO PRESENTA MODELLO INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)	L'obiettivo, di forte integrazione sociosanitaria prevede un nuovo modello organizzativo di accesso unitario ed universalistico ai servizi sociali, sanitari e socio-sanitari finalizzato ad avviare percorsi di risposta appropriata alla complessità delle esigenze di tutela della salute della persona
L'OBBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPECTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	NO
QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	<p>l'obiettivo prevede la collaborazione tra il personale dell'Ambito territoriale sociale ed il personale del PUA di Asst Lariana (Protocollo d'Intesa), per promuovere un modello organizzativo, di intervento e di gestione multidisciplinare, perseguendo la progettazione di carattere sociale e sociosanitaria. Il PUA rappresenta il modello organizzativo di accesso unitario ed universalistico ai servizi sociali, sanitari e socio-sanitari</p> <p>Le équipe integrate attraverso la costruzione di percorsi assistenziali integrati in relazione ai bisogni della persona,</p>

	<p>mirano a migliorare le modalità di presa in carico unitaria della stessa, e ad eliminare o semplificare i numerosi passaggi che la persona assistita ed i suoi familiari devono adempiere per l'accesso e la fruizione dei servizi, attraverso le proprie funzioni specifiche e l'articolazione del processo di presa in carico integrata, nelle relative macrofasi</p> <p><i>INDICATORI DI PROCESSO</i></p> <p><i>N incontri tra Ambiti e ASST per la stesura del protocollo</i></p> <p><i>N° incontri a livello territoriale per la stesura del documento</i></p> <p><i>organizzativo</i></p> <p><i>Avvio del servizio con presenza As Ambito</i></p>
<p>QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?</p>	<p><i>INDICATORI DI OUTPUT</i></p> <p>Definizione ed aggiornamento protocollo e documento organizzativo di Ambito per la valutazione integrata tra ambito territoriale sociale e ambito sanitario.</p> <p>incremento numero strumenti unitari per la valutazione multidimensionale condivisi tra ambito territoriale sociale e ambito sanitario</p> <p>numero persone in condizioni complesse prese in carico dalle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVMD) per ciascun anno del triennio.</p>
<p>QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?</p>	<p><i>INDICATORI DI OUTCOME</i></p> <p>presa in carico delle persone in condizioni complesse da parte dalle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVMD) incrementata in modo costante nel triennio.</p>

	Numero valutazioni che vedono la partecipazione dell'Assistente sociale comunale o di Ambito/Numero complessivo di valutazioni effettuate
--	---

Gli obiettivi sopra definiti all'interno dei LEPS prioritari devono poi essere declinati nella specificità del territorio. Per questo motivo, l'Ambito si pone fin d'ora i seguenti obiettivi, a supporto di quelli già declinati nelle schede LEPS:

- Favorire il coordinamento e il potenziamento dei servizi per il reperimento e l'ingaggio di assistenti familiari, con attenzione anche agli aspetti formativi degli stessi
- Favorire la messa in rete dei servizi esistenti a favore di anziani vulnerabili
- Favorire la messa in rete dei punti di accesso e di servizi/interventi già presenti a favore di anziani vulnerabili
- Valorizzare le attività svolte da realtà associative o da risorse comunitarie a favore di persone anziane vulnerabili, con particolare attenzione a quelle realizzate all'interno di programmi di invecchiamento attivo

AREA “INTEGRAZIONE E SOLIDARIETÀ SOCIALE”, interventi a favore della fragilità sociale – connessa alle aree Contrasto alla povertà, Politiche abitative Interventi connessi alle politiche per il lavoro

“*E’ una persona fragile*”..., si dice, innescando spesso l’immagine di chi annaspa nella vita, di chi è in balia delle difficoltà, di chi non ha risorse sufficienti per superare gli ostacoli, di chi si destabilizza facilmente, di chi è talmente vulnerabile da rompersi.

L’area della fragilità sociale interseca diversi aspetti e situazioni che, in un contesto di grave crisi sia economica che dei valori di riferimento, sono in sensibile crescita, investendo sempre maggiori fasce della popolazione. Le condizioni di fragilità personale sono enfatizzate dalla situazione di precarietà ed instabilità che caratterizzano il contesto attuale, e sono spesso conseguenza di perdita del lavoro, di gravi conflittualità nell’ambito familiare, di percorsi di vita che sfociano in comportamenti che portano alla illegalità, di difficoltà ad integrarsi in un contesto culturale diverso da quello da cui si proviene, o di incapacità di provvedere efficacemente a se stessi, a vari livelli, anche sanitario.

La forza dei legami emerge in tutta la sua rilevanza a qualsiasi età, ma è nella vecchiaia e nella malattia che questa forza si impone, condizionando, a prescindere dall’età, il rischio di istituzionalizzazione nell’anziano, o la facilità/difficoltà di gestire la malattia. Se solitudine e tristezza sono elementi di fragilità, c’è da chiedersi dove sia oggi la famiglia, considerata il primo strumento, per eccellenza, di socializzazione e di neutralizzazione, appunto, della solitudine e della tristezza. L’uomo appare sempre più solo, individualista nel suo bisogno prestazionale e produttivo. Ed è proprio questa iper produttività, questa centratura su se stesso, questo individualismo, a portare, poi, nella vecchiaia, a quella solitudine di affetti e mancanza di reti sociali, e, di conseguenza, a quella stanchezza, che si ripercuote inevitabilmente sulla salute psico-fisica di qualsiasi essere umano.

In una società industrializzata e capitalista, come la nostra, tutta l’attenzione è orientata all’occupazione produttiva e al benessere economico, a scapito di perdere momenti di relazione e affetto familiare, con la conseguenza di conflitti di coppia, e scarsa presenza con i figli. Oggi, il nucleo familiare cambia rapidamente in base ai legami, che si sciolgono e si ricostituiscono, anche più volte, richiedendo un’elasticità emotiva non sempre facile da raggiungere. Nello stesso tempo, essa ha perso la sua caratteristica di nucleo circoscritto al legame biologico, per aprirsi al legame per affinità. Sono proprio questi i cambiamenti che richiedono ai figli spirito di adattamento, anche se, non sempre, questo adattamento è esente dall’insorgere di disagi psicologici, che li rende fragili e vulnerabili, aprendo spesso la porta della solitudine.

Aumentano le mono-genitorialità, così come le separazioni di coppia, generando squilibri a volte difficili da sostenere.

Alla precarietà lavorativa si aggiunge talvolta il fenomeno dell’indebitamento determinato condotte patologiche come la dipendenza dal gioco d’azzardo, problema a cui sul territorio dell’ATS si tenta da anni di dare risposte attraverso specifiche progettualità.

LA FRAGILITÀ ABITATIVA

Un altro problema che coinvolge sempre più famiglie, oltre alla disoccupazione o la perdita del lavoro, è la perdita della casa. Tali situazioni impattano con un territorio variegato logisticamente, in buona parte montano e dai difficili collegamenti.

Grazie ai lavori del Tavolo tematico “Solidarietà e integrazione sociale” si è dato origine ad un approfondimento del tema dell’abitare con una ricerca che partisse dall’analisi di dati di contesto per giungere ad una serie di riflessioni da proporre all’assemblea dei Sindaci.

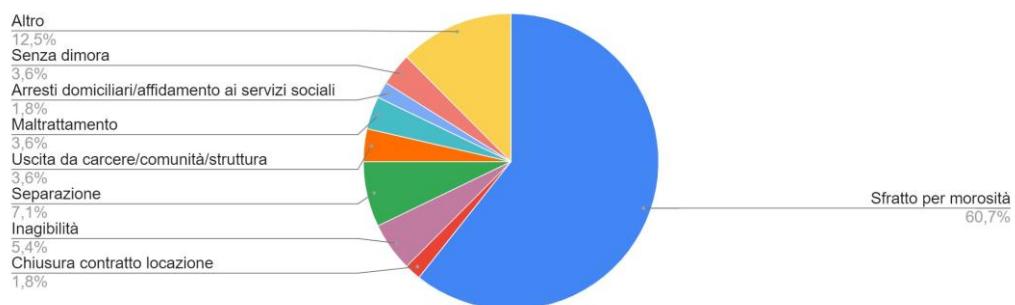
Il percorso, chiamato “LA CASA DI CARTA: IL TERRITORIO SI INTERROGA SULLA FRAGILITÀ ABITATIVA”, ha comportato una formazione/riflessione partendo proprio dalla programmazione di zona 2021/2023. Il Tavolo nato come costola del Tavolo Integrazione e Solidarietà Sociale ha individuato come bisogno a cui cercare di dare risposta in modo prioritario, quello di poter disporre sul territorio di soluzioni abitative diversificate, sistematizzate e co-progettate sia temporanee, sia di lunga durata, accessibili a fasce di popolazione vulnerabili. In altre parole, la necessità di costruire una filiera di interventi strutturati ed organici di accompagnamento all’emancipazione dall’emergenza abitativa, ben sapendo che in tale emancipazione sono in gioco diversi aspetti del vivere quotidiano, spesso interessati dalla fragilità: il lavoro, l’educazione, le relazioni familiari. Il punto di partenza è stato la condivisione delle conoscenze, degli sguardi, delle competenze, dei linguaggi che i diversi soggetti presenti sul territorio, e coinvolti a vario titolo dalla tematica. Il proposito: il favorire tale condivisione e stimolare un pensiero comune che creativamente possa sviluppare le risorse già presenti, favorirne il coordinamento e la sinergia, integrare ed innovare la filiera dei servizi.

I dati emersi

Il gruppo di lavoro «*Abitare sociale*» che si è occupato di realizzare **un’indagine sulla fragilità abitativa** nell’Ambito Territoriale Erbese, ha predisposto tre questionari online da sottoporre agli Enti, pubblici e privati, che si occupano di situazioni di fragilità abitativa. L’obiettivo triennale è proseguire dando un senso alla ricerca in termini di fattibilità.

Tale ricerca è ampia ed articolata, qui ci soffermeremo solo sui dati più rilevanti che coinvolgono i nostri Comuni, in particolare 16 su 28 hanno avuto una casistica valutabile pari a n. 56 situazioni. Da qui si riparte nel prossimo Piano per cercare soluzioni sostenibili sul territorio, che forniscano possibili risposte.

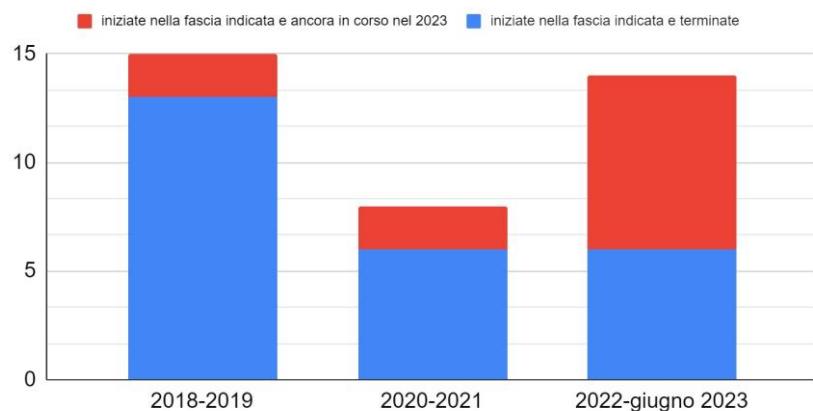
Quali sono le situazioni che hanno determinato la richiesta di accoglienza?



Sfratto per morosità è la situazione più frequente che ha determinato una richiesta di accoglienza.

Alcuni nuclei multiproblematici presentano più di una situazione tra quelle emerse.

Accoglienze nuclei: qual è l'arco temporale?

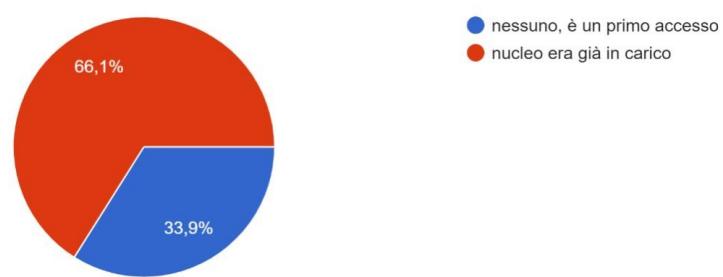


Un decremento significativo di richieste di accoglienza è avvenuto nel periodo 2020-2021.

12 sono attualmente ancora accolti dagli Enti coinvolti nella ricerca.

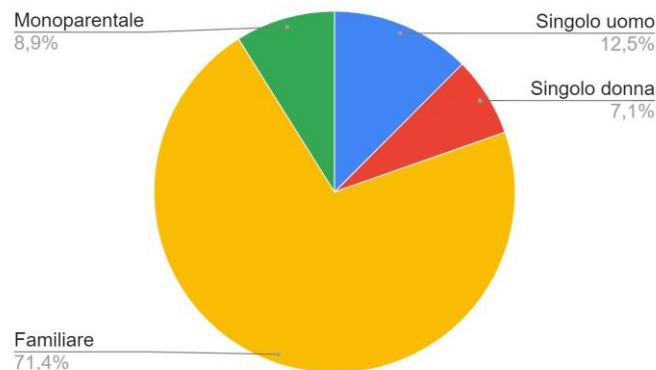
A seguito di proposte non accettate, per 10 nuclei su 56 non è stata attivata l'accoglienza.

Grado di conoscenza del nucleo da parte dei servizi?



La maggior parte dei nuclei accolti erano già noti ai Servizi Sociali comunali, i «soggetti invianti».

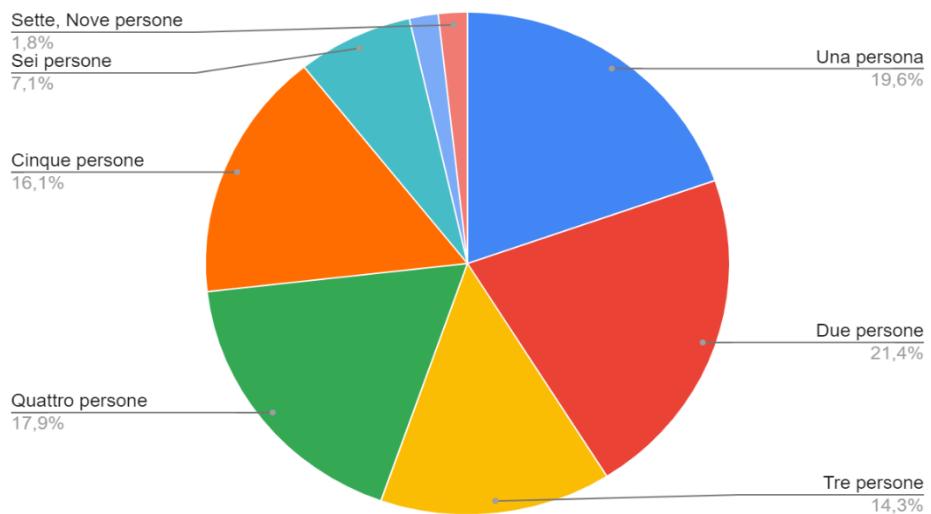
Qual è la composizione del nucleo?



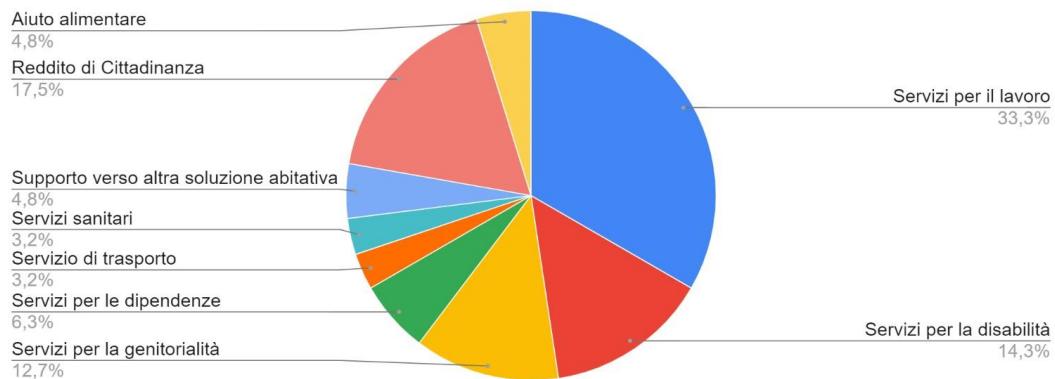
La maggior parte dei nuclei accolti è un nucleo familiare.

I nuclei monoparentali sono composti principalmente da madre con figli.

I nuclei singoli uomo sono più numerosi dei nuclei singoli donna.



Quali sono i servizi attivi?



Al momento della valutazione erano già attivi i **Servizi per il lavoro** (33%), fra cui il Centro Per l'Impiego e il Servizio Erbalavoro.

Diversi utenti risultavano già assegnatari del **Reddito di Cittadinanza** (17,5%).

Servizi per la disabilità e Servizi per la genitorialità seguono come sostegni più frequenti.

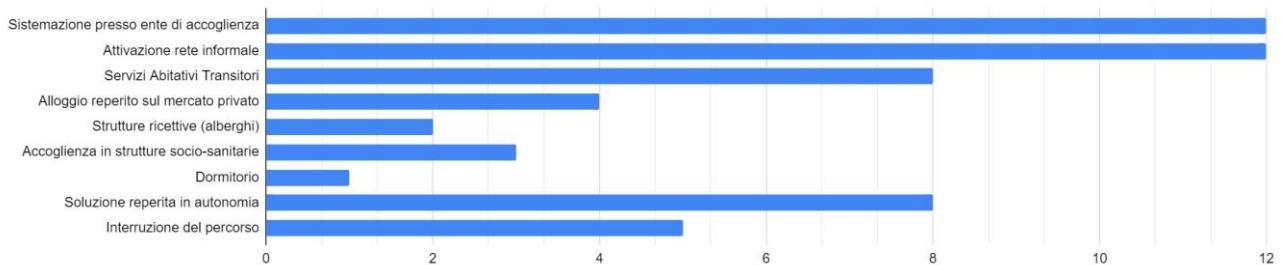
Quali sono gli aspetti di multi problematicità, oltre alla questione abitativa?

- Gestione economica
- Lavoro
- Isolamento sociale, scarse reti
- Problemi di salute fisici o psichici
- Mancanza di autonomia nella gestione dell'abitazione
- Mancanza di autonomia nell'organizzazione della vita familiare
- Difficoltà nell'esercizio della genitorialità
- Dipendenze

Cattiva gestione economica e problemi o mancanza di lavoro sono le più comuni e spesso emergono insieme all'isolamento sociale.

La maggior parte dei nuclei presenta contemporaneamente più di una situazione tra quelle emerse.

Qual è l'esito dell'intervento?



A seguito dell'intervento attuato, la sistemazione presso un Ente di accoglienza e l'attivazione della rete informale sono gli esiti più comuni e spesso si presentano insieme.

L'assegnazione di un Servizio Abitativo Transitorio comunale (es. ALER, ERP) e una soluzione reperita in autonomia seguono come esiti più comuni.

L'11% dei nuclei interrompe il percorso di accoglienza.

Quali interventi sono stati messi in atto all'interno del progetto?

- Sostegno alimentare
- Sostegni economici pubblici
- Dilazione delle tempistiche di rilascio alloggio
- **Interventi per ricerca e mantenimento del lavoro**
- Accompagnamento all'autonomia e alla gestione domestica
- **Reddito di Cittadinanza**
- **Educazione finanziaria**
- SAD
- Sostegni economici privati
- Amministratore di sostegno

LA COPROGETTAZIONE DELLE MISURE E RISORSE PER LA REALIZZAZIONE DI SERVIZI E INTERVENTI FINALIZZATI AL CONTRASTO ALLA POVERTÀ E ALL'INCLUSIONE SOCIALE

Negli anni 2019-2023, nell'ambito del Piano locale di contrasto alla povertà, l'Ambito ha realizzato diversi servizi e interventi mediante lo strumento della co-progettazione in collaborazione con alcune realtà del territorio. Grazie alle precedenti esperienze, all'approccio proattivo e alla messa a disposizione di capacità progettuali e reti di relazione, si sono date risposte più puntuale ai bisogni, realizzando attività diversificate e innovative in relazione alla misura del Reddito di Cittadinanza.

L'Ambito Erbese, con un secondo avviso nel 2024 ha inteso confermare e potenziare tale strategia fondata sulla gestione partecipata di interventi e servizi tra Ente pubblico e Terzo settore, scegliendo di avvalersi nuovamente di tale modalità progettuale e di realizzazione, attraverso:

- l'individuazione di un soggetto del Terzo settore disponibile a co-progettare e a realizzare, in qualità di partner, un progetto integrato che preveda interventi e servizi con particolare attenzione ai percettori delle misure di contrasto alla povertà.
- la messa a sistema delle attività al fine di massimizzarne l'efficacia attraverso un soggetto, portatore di esperienze specifiche e sensibilità proprie, chiamato a operare in una logica di rete e a contribuire, anche con investimenti propri e ricerca di finanziamenti da terzi, ad uno sviluppo progettuale integrato più ampio e solido nel tempo.

Già nella fine del 2023, l'Assemblea dei Sindaci si è espressa a favore di un nuovo percorso di coprogettazione, riconoscendo nella stessa lo strumento adeguato alla realizzazione delle azioni di contrasto alla povertà, dando pertanto mandato al Consorzio di procedere con una nuova procedura. Ciò in linea con quanto definito dalla stessa Corte Costituzionale, che indica nella coprogettazione un modello che si basa *“sulla convergenza di obiettivi e sull'aggregazione di risorse pubbliche e private per la programmazione e la progettazione, in comune, di servizi e interventi diretti a elevare i livelli di cittadinanza attiva, di coesione e protezione sociale, secondo*

Da qui è iniziato recentemente un processo di co-progettazione finalizzata all'individuazione di un soggetto disponibile alla realizzazione in co-progettazione e gestione in partnership di attività e interventi e servizi, anche innovativi, finalizzati al contrasto alla povertà e all'esclusione sociale per il prossimo triennio (e a valere sulla Quota Servizi Fondo Povertà anno 2021-2022-2023 -ed su eventuali ulteriori risorse pubbliche e private impiegate con finalità coerenti con il Fondo Povertà-) con gestione delle attività in partenariato pubblico/privato sociale mediante stipula di accordo procedimentale di collaborazione

Il Reddito di Cittadinanza, com'è noto, ha subito modifiche importanti a partire da gennaio 2024, diventando "Assegno di Inclusione" (ADI). Nella co-progettazione del triennio precedente, si è tentato di costruire un sistema territoriale anche per chi non percepisse il Reddito di Cittadinanza (es. con corsi di educazione finanziaria), sebbene con scarsi risultati nonostante il lavoro di rete e di integrazione sostenuti.

La nuova misura di sostegno economico di inclusione sociale e professionale in quanto condizionata all'adesione ad un percorso personalizzato di attivazione e di inclusione sociale e lavorativa è riconosciuta ai nuclei familiari al cui interno sono presenti componenti minorenni, con almeno 60 anni di età e con disabilità, ovvero dei componenti in condizioni di svantaggio e inseriti in programmi di cura e assistenza dei servizi socio sanitari territoriali certificati dalla pubblica amministrazione.

I beneficiari di Assegno di Inclusione, nell'ambito del percorso personalizzato, sono ancora tenuti a partecipare a Progetti Utili alla Collettività (PUC) a titolarità dei comuni o di altre amministrazioni pubbliche, a tale fine convenzionate con i comuni, in ambito culturale, sociale, artistico, ambientale, formativo e di tutela dei beni comune da svolgere presso il comune di residenza. L'Ambito ha stipulato con i comuni un Accordo Quadro ben sapendo le fatiche nell'attivare i PUC perché sono percepiti come un impegno gravoso che ha anche generato in alcuni datori di lavoro pregiudizi verso i percettori. Tuttavia, la maggior parte delle persone inserite in un PUC mettono il massimo dell'impegno nell'attività che svolgono, pur con tutte le proprie fragilità. È importante recepire il messaggio che i PUC da una parte sono realmente utili alle persone; dall'altra, vengono testate motivazione e competenze che potrebbero dare fiducia ai datori di lavoro nell'assumere un nuovo dipendente.

In particolare, l'Ambito, attraverso la coprogettazione, ha inteso mettere a punto e implementare un programma triennale di intervento nel campo delle politiche di contrasto alla povertà, nel rispetto delle linee guida ministeriali per l'utilizzo della Quota Servizi Fondo Povertà, per il raggiungimento degli obiettivi declinati nelle seguenti aree di intervento:

- sviluppo dei servizi di accoglienza e informazione, e del servizio sociale professionale nell'ambito dell'inclusione sociale e della lotta alla povertà e all'emarginazione, in un'ottica di multidisciplinarietà, integrazione delle risorse del territorio e progettazione personalizzata e partecipata;
- rafforzamento degli interventi di inclusione previsti dalla normativa e dalle linee guida richiamate in premessa, in una prospettiva di consolidamento e di ampliamento della filiera degli interventi e servizi disponibili, e del loro sviluppo sinergico a favore delle fasce fragili della popolazione, anche attraverso azioni e interventi sperimentali e innovativi.

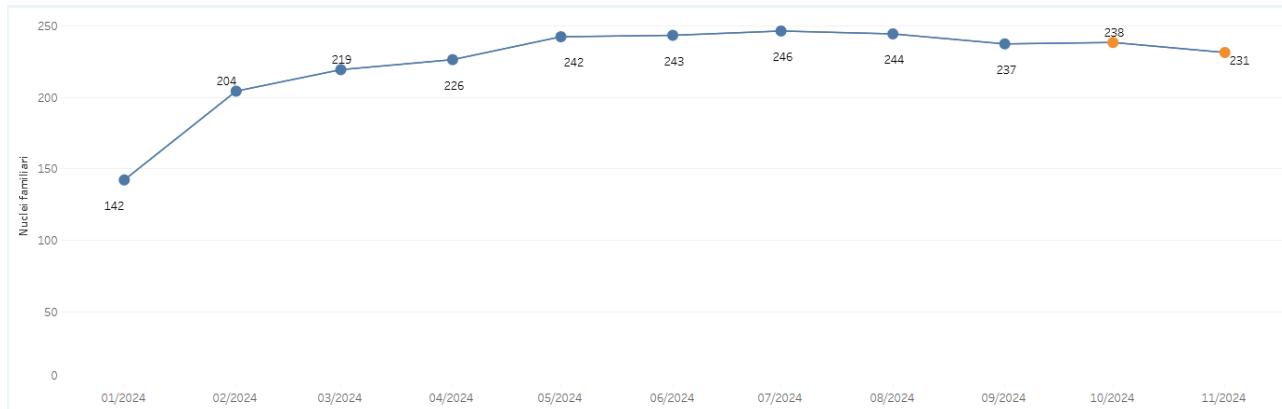
A partire dal gennaio 2024, con l'introduzione della misura Adl, si è assistito ad uno spostamento della platea dei beneficiari verso alcune categorie, chiaramente individuate nella normativa: ultra sessantenni, persone con disabilità, nuclei con minori o con presenza di componenti in condizioni di svantaggio e inseriti in programmi di cura e assistenza dei servizi socio sanitari territoriali certificati dalla pubblica amministrazione. Dai grafici seguenti emerge una prima fotografia dei beneficiari della nuova misura e delle loro caratteristiche (rilevazione alla data del 28.11.24)

Nuclei familiari percettori di ADI alla data del 28/11/2024

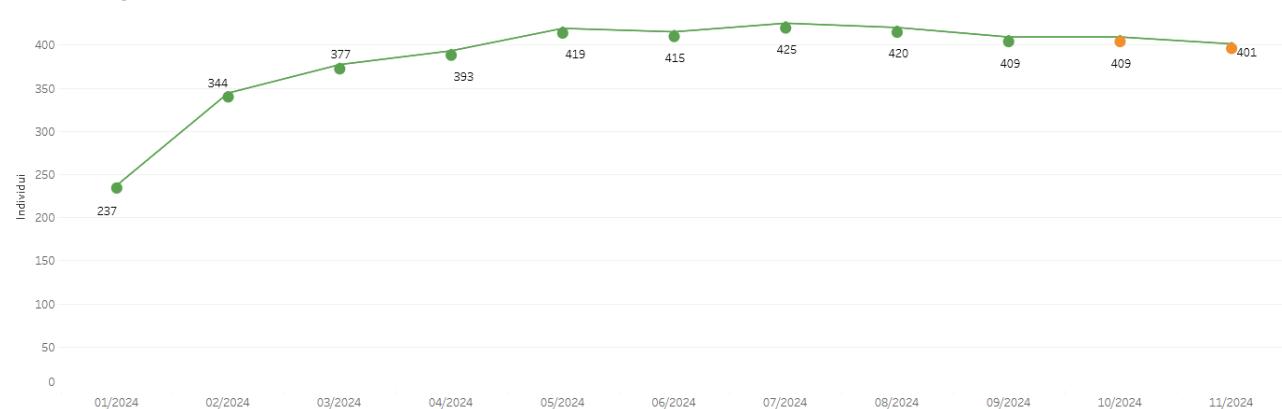
	N. NUCLEI FAMIGLIARI PER COMUNI	% DEL TOTALE DEI NUCLEI FAMIGLIARI PER COMUNE
ALBAVILLA	14	6,19
ALSERIO	7	3,10
ALZATE	15	6,64
ANZANO DEL PARCO	0	0,00
ASSO	18	7,96
BARNI	3	1,33
BRENNA	5	2,21
CAGLIO	1	0,44
CANZO	26	11,50
CASLINO	4	1,77
CASTELMARTE	1	0,44
ERBA	61	26,99
EUPILIO	4	1,77
LAMBRUGO	4	1,77
LASNIGO	3	1,33
LONGONE AL SEGRINO	3	1,33
MAGREGLIO	2	0,88
MERONE	9	3,98
MONGUZZO	8	3,54
ORSENIGO	3	1,33
PONTELAMBRO	8	3,54
PROSERPIO	3	1,33
PUSIANO	6	2,65
REZZAGO	0	0,00
SORMANO	5	2,21
VALBRONA	10	4,42
VELESO	3	1,33
	226	100%

**TREND BENEFICIARI
(NUCLEI CON DOMANDA ACCOLTA PER ALMENO UN GIORNO FINO 28.11.2024)**

NUCLEI FAMIGLIARI

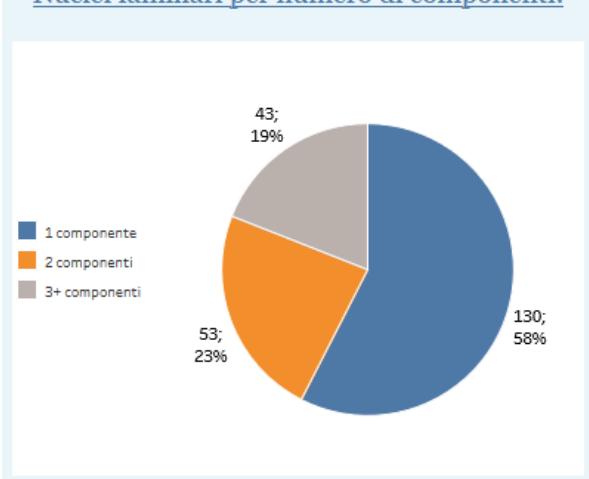


INDIVIDUI

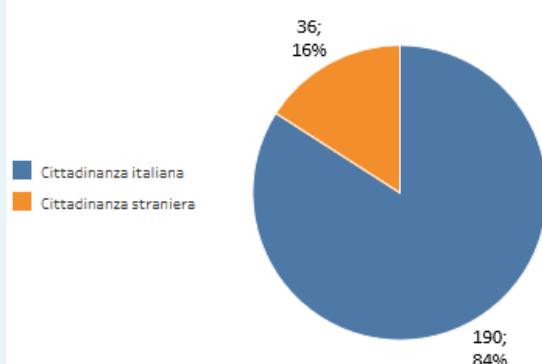


COMPOSIZIONE NUCLEI FAMIGLIARI PER COMPONENTI, CITTADINANZA E CATEGORIE DA TUTELARE

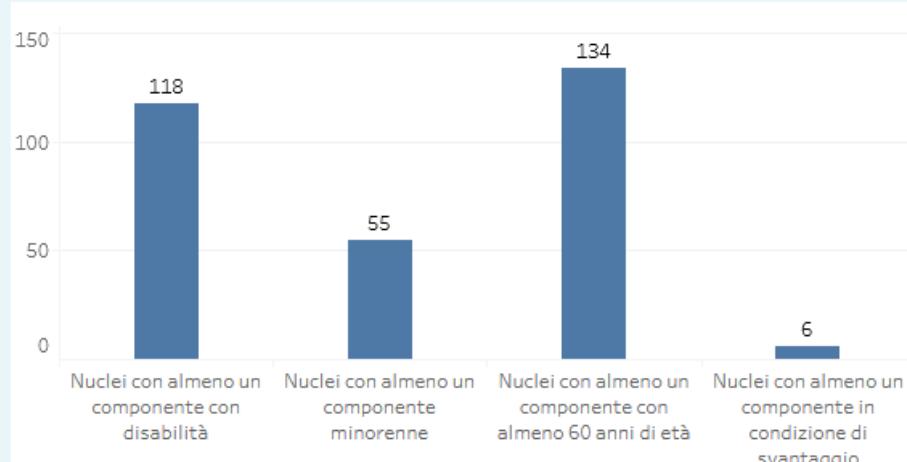
Nuclei familiari per numero di componenti:



Nuclei familiari per cittadinanza



Nuclei familiari per componenti in categorie da tutelare



CARATTERISTICHE DEGLI INDIVIDUI PRESENTI NEI NUCLEI

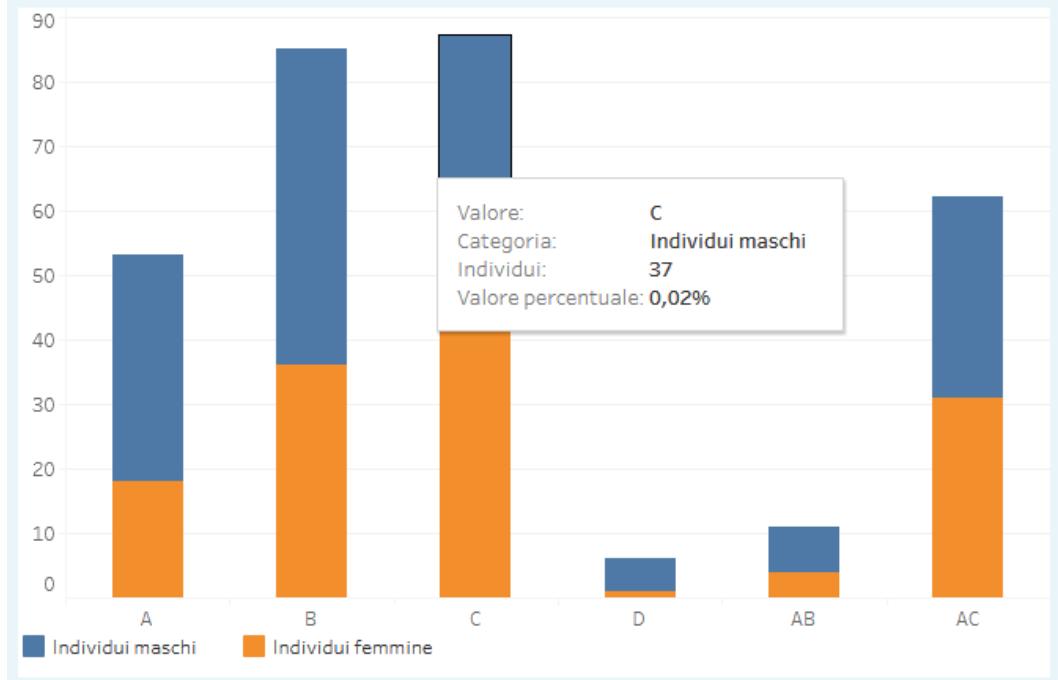
FASCE DI ETÀ

0-17	18-34	35-59	60+
96	26	123	149
25%	7%	31%	37%

GENERE

MASCHI	FEMMINE
202	175
53%	47%

Individui per genere in categorie da tutelare



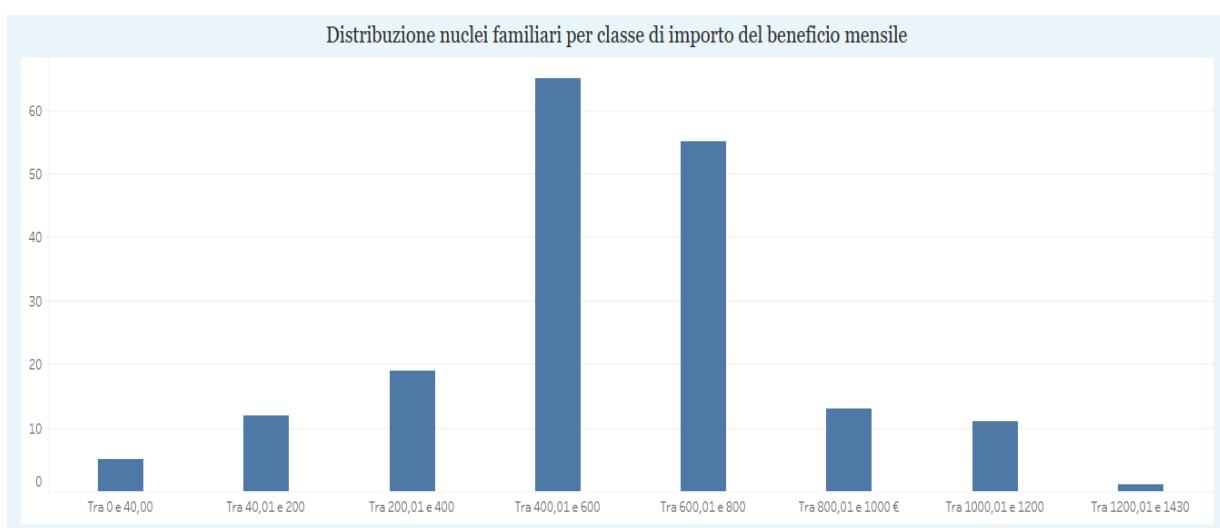
A= INDIVIDUO CON DISABILITÀ

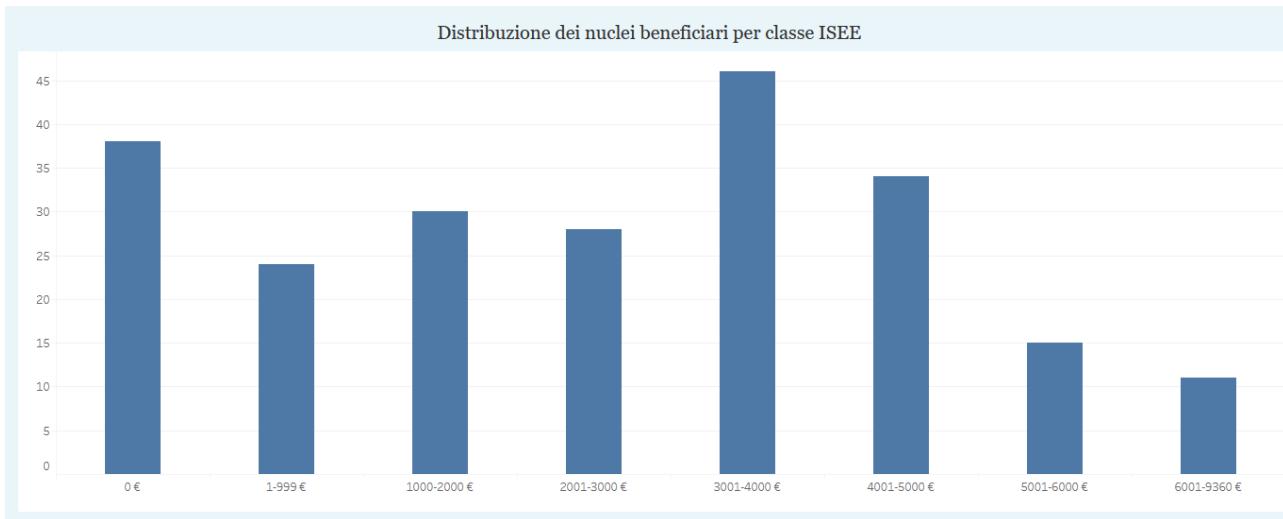
B= INDIVIDUO MINORENNE

C= INDIVIDUO CON ALMENO 60 ANNI

D= INDIVIDUO IN CONDIZIONI DI SVANTAGGIO

DISTRIBUZIONE DEI NUCLEI PER CLASSE DI IMPORTO PERCEPITO e PER CLASSE ISEE





L'esito maggiormente evidente a chi si occupa della misura è la fuoriuscita dalla possibilità di accedere al beneficio da parte dei nuclei con uno svantaggio che non rientra all'interno delle categorie citate.

La normativa sottintende che in tal caso i beneficiari possano accedere al Supporto Formazione Lavoro (SFL) a gestione dei Centri per l'Impiego, che tuttavia richiede alcune competenze di base che sono talvolta troppo elevate per alcune persone che precedentemente rientravano nel Reddito di Cittadinanza. Persone con le fragilità socio-economiche e culturali di cui si è già detto, che rischiano di rimanere escluse da entrambi i benefici.

A parziale integrazione, tuttavia, la norma prevede anche la possibilità, per chi si trova in "simili condizioni economiche", di accedere non al beneficio economico, ma al percorso di presa in carico e progettazione personalizzata da parte dei Case manager e dell'équipe multidisciplinare, usufruendo anche delle azioni di progetto realizzabili attraverso il fondo povertà e già accennate nella prima parte di questo documento. Ciò al fine di garantire comunque una possibilità di accompagnamento verso una maggiore autonomia e verso l'uscita da una situazione di fragilità.

Il progetto personalizzato è comunque al centro della struttura di questa misura, sia per chi percepisce il beneficio che per chi, in simili condizioni economiche, intenda aderire al percorso descritto. Ancora una volta il fulcro è la capacità dei servizi di ingaggiare le persone in un percorso, valutato in modo approfondito e multidimensionale. Da qui la priorità data da Regione al LEPS "VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E INDIVIDUAZIONE DEL PROGETTO PERSONALIZZATO", di cui più avanti si riporta specifica scheda progetto.

Nelle pagine successive si rappresentano sinteticamente progetti e obiettivi per a nuova triennalità.

Integrazione sociale e solidarietà	Area di policy regionale	Punti chiave macroaree di policy	ambito/sovrazone	leps prioritari (SI/NO e quale)	profili di integrazione con sociosanitario
Sviluppo di strategie operative e di interventi a favore di persone beneficiarie di Assegno di inclusione o in simili condizioni: valutazione multidimensionale e individuazione del progetto personalizzato	Contrasto alla povertà e all'emarginazione e promozione dell'inclusione attiva; politiche abitative, Interventi connessi alle politiche per il lavoro	<ul style="list-style-type: none"> • Allargamento della rete e coprogrammazione • Contrasto all'isolamento • Rafforzamento delle reti sociali • Vulnerabilità multidimensionale • Presenza di nuovi soggetti a rischio/nuova utenza rispetto al passato • Working poors e lavoratori precari • Famiglie numerose • Famiglie monoredito • Nuovi strumenti di governance • Facilitare l'accesso alle opportunità di benessere e partecipazione attiva 	Sovrazone e di ambito	<p>Sì, nella parte relativa al rafforzamento della collaborazione nelle Equipe</p> <p>Multidisciplinari previste dalla normativa</p>	<p>Equipe multidisciplinari con la partecipazione dei servizi specialistici di ASST</p>

Rete per la promozione di corretti stili di vita e prevenzione gioco patologico	Contrasto alla povertà e all'emarginazione e promozione dell'inclusione attiva;	<ul style="list-style-type: none"> • Vulnerabilità multidimensionale • Presenza di nuovi soggetti a rischio/nuova utenza rispetto al passato • Allargamento della rete e coprogrammazione 	sovrazonale	no	ASST Lariana e Settelaghi sono partner del progetto "Link Lariano: Rete contro l'azzardo" tema della promozione della salute al centro della progettazione 25/27
GAP-Vinci la tua salute	Contrasto alla povertà e all'emarginazione e promozione dell'inclusione attiva;	<ul style="list-style-type: none"> • Vulnerabilità multidimensionale • Presenza di nuovi soggetti a rischio/nuova utenza rispetto al passato • Allargamento della rete e coprogrammazione 	sovrazonale/ambito	no	collaborazione con U.O.C. Promozione della Salute e Prevenzione Fattori di Rischio Comportamentali - One Health- Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria ATS Insubria
NET work – in rete per il lavoro Partecipazione, sviluppo e responsabilità condivise	Contrasto alla povertà e all'emarginazione e promozione dell'inclusione attiva;	<ul style="list-style-type: none"> • Vulnerabilità multidimensionale • Presenza di nuovi soggetti a rischio/nuova utenza rispetto al passato • Nuovi strumenti di governance • Facilitare l'accesso alle opportunità di 	sovrazonale	no	coinvolgimento servizi specialistici di ASST nella rete di progetto

		benessere e partecipazione attiva			
Pronto Intervento Sociale	Contrasto alla povertà e all'emarginazione e promozione dell'inclusione attiva;	<ul style="list-style-type: none"> • Presenza di nuovi soggetti a rischio/nuova utenza rispetto al passato • Nuovi strumenti di governance • Vulnerabilità multidimensionale 	sovrazonale	no	Coordinamento con i servizi sanitari in caso di emergenza anche sanitaria
sviluppo e coordinamento di strategie operative relative alle problematiche della fragilità abitativa	Contrasto alla povertà e all'emarginazione e promozione dell'inclusione attiva; Politiche abitative	<ul style="list-style-type: none"> • Allargamento della platea dei soggetti a rischio • Vulnerabilità multidimensionale • Qualità dell'abitare • Allargamento della rete e coprogrammazione • Allargamento della rete e coprogrammazione • Contrasto all'isolamento • Rafforzamento delle reti sociali • Vulnerabilità multidimensionale 	ambito	no	possibile sviluppo di reti di valutazione multidisciplinare e di progettazione partecipata e personalizzata, in sinergia con i servizi sociosanitari e sanitari

		<ul style="list-style-type: none"> • Presenza di nuovi soggetti a rischio/nuova utenza rispetto al passato 		
Sviluppo di strategie operative e di interventi a favore di persone beneficiarie di Assegno di inclusione o in simili condizioni: azioni e interventi	Contrasto alla povertà e all'emarginazione e promozione dell'inclusione attiva	<ul style="list-style-type: none"> • Allargamento della rete e coprogrammazione • Contrasto all'isolamento • Rafforzamento delle reti sociali • Vulnerabilità multidimensionale • Presenza di nuovi soggetti a rischio/nuova utenza rispetto al passato • Working poors e lavoratori precari • Famiglie numerose e monoredito • Facilitare l'accesso alle opportunità di benessere e partecipazione attiva 	Ambito	<p>Sì a supporto del LEPS VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E INDIVIDUAZIONE DEL PROGETTO PERSONALIZZATO</p> <p>Consolidamento e sviluppo di reti di valutazione multidisciplinare e di progettazione partecipata e personalizzata, in sinergia con i servizi sociosanitari e sanitari</p>

TITOLO INTERVENTO	VALUTAZIONE INDIVIDUAZIONE PERSONALIZZATO	MULTIDIMENSIONALE DEL PROGETTO
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	<ul style="list-style-type: none"> • Attivazione e rafforzamento delle Equipe Multidisciplinari (EEMM); • Rafforzamento delle competenze per un impiego efficace degli strumenti di lavoro nelle EEMM Prevedere dei percorsi di supervisione/formazione per il rafforzando delle competenze delle EEMM. • Potenziamento dei rapporti di cooperazione con tutti gli attori territoriali di interesse in grado di dare continuità e struttura alle collaborazioni, attraverso accordi anche formali. 	
AZIONI PROGRAMMATE	<p>I servizi che si occupano di Assegno di Inclusione attuano la presa in carico dei beneficiari attraverso la valutazione multidimensionale e la definizione dei progetti personalizzati.</p> <p>Ogni ambito ha definito la composizione della propria Equipe Multidisciplinare, costituita di norma dal Case Manager e/o dall'Assistente sociale del comune di residenza, ai quali si aggiungono gli altri operatori dei servizi specialistici (SERT, CPS, UEPE ...), Centro per l'Impiego o Enti del Terzo Settore coinvolti a seconda dei bisogni e delle risorse rilevate nella valutazione multidimensionale.</p> <p>Per il prossimo triennio si intende attivare le EEMM per tutte le situazioni complesse; aggiornare le linee operative sottoscritte nel precedente triennio con o servizi di ASST, con un graduale ampliamento delle diverse figure professionali coinvolte, avviare percorsi di supervisione, anche interdisciplinare sui casi e sulla valutazione multidimensionale.</p>	
TARGET	Beneficiari misura Assegno di Inclusione (ADI) e nuclei in simili condizioni economiche.	
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	Risorse Quota Servizi Fondo Povertà.	
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	<p>Assistenti sociale d'Ambito, Assistenti sociali dei Servizi Sociali comunali, Enti Terzo Settore. Professionisti Asst Lariana profillati su GEPI (Assistenti sociali dei servizi specialistici del DSMD).</p> <p>Estensione graduale della partecipazione ad altri professionisti afferenti ai servizi (educatori, medici, psichiatri, psicologi), a seconda dei bisogni rilevati per i singoli utenti.</p>	

L'OBBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	SI A) Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva J) Interventi a favore delle persone con disabilità
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	SI • Avviare la Valutazione multidimensionale nelle situazioni complesse; • Allargamento della rete e co programmazione; • 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
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	SI Ambiti Territoriali di: Cantù, Como, Erba, Lomazzo-Fino Mornasco, Mariano Comense, Menaggio, Olgiate Comasco.
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	SI
L'OBBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Potenziamento di un Servizio già esistente
L'OBBIETTIVO 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?	SI

<p>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)</p>	<p>///</p>
<p>L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)</p>	<p>NO</p>
<p>QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?</p>	<p>Necessità di incrementare la collaborazione tra servizi sociali e sanitari al fine di garantire una valutazione multidimensionale organica e la definizione di un progetto personalizzato per le situazioni più complesse.</p>
<p>IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÁ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÓ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÁ?</p>	<p>BISOGNO CONSOLIDATO</p>
<p>L'OBBIETTIVO È DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?</p>	<p>PROMOZIONALE</p>
<p>L'OBBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)</p>	<p>NO</p>
<p>L'OBBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)</p>	<p>NO</p>
<p>QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?</p>	<p>INDICATORE: Incremento numero equipe multidisciplinari (EEMM) attivate RISULTATI: <ul style="list-style-type: none"> • 2025 N. EEMM attivate ≥ 1 • 2026 N. EEMM attivate anno 2026 $>$ N. EEMM attivate anno 2025 • 2027 N. EEMM attivate anno 2027 $>$ N. EEMM attivate anno 2026 </p>

	<p>INDICATORE: Numero incontri formativi svolti/Numero incontri formativi previsti</p> <p>RISULTATI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2025 \geq 50% • 2026 \geq 75% • 2027 100% <p>INDICATORE: Numero tipologie professionali che compongono le EEMM/Numero tipologie professionali presenti nell'organizzazione, gestione ed erogazione dei servizi</p> <p>RISULTATI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2025 \geq 50% • 2026 \geq 75% • 2027 100%
QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?	<p>Sottoscrizione e sperimentazione tra ASST Lariana e Comuni/Ambiti territoriali delle modalità operative con cui avviare la valutazione multidimensionale del grado di vulnerabilità e la presa in carico condivisa delle persone con bisogni di dimissioni protette</p> <p>INDICATORE DI OUTPUT</p> <p>Aggiornamento linee operative sottoscritte nel precedente triennio con i servizi di ASST.</p>
QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?	<p>INDICATORI DI OUTCOME</p> <p>Aumento delle occasioni di confronto e scambio tra servizi socio-sanitari e sociali.</p> <p>Inclusione nella equipe multidisciplinari di figure socio-sanitarie e sociali ulteriori rispetto agli Assistenti Sociali e ai profili coinvolti di prassi.</p> <p>Definizione di progetti individualizzati che mettano al centro la persona e tutte le dimensioni del bisogno.</p>

Una Rete Contro l'Azzardo

Con il progetto "LINK LARIANO: Rete Contro l'Azzardo", capofila Azienda Sociale Comuni Insieme, finanziata da ATS Insubria con i fondi della DGR 2609/2019, è stata attuata da metà 2020 a fine

2021 una azione di sistema per la definizione di buone prassi per il contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico. Partner del progetto: ASST Lariana, Azienda Sociale Comasca e Lariana – Ambito di Como, Tecum Azienda Territoriale per i Servizi alla Persona – Ambito di Mariano Comense, Azienda Sociale Centro Lario e Valli – Ambito di Menaggio, Consorzio Servizi Sociali dell'Olgiate – Ambito di Olgiate Comasco, 85 Comuni della provincia di Como, Scuole e Terzo Settore. Nel 2023 con il progetto "LINK INSUBRIA: Rete Contro l'Azzardo", la Rete si è ampliata con l'ingresso di ASST Valle Olona, ASST Sette Laghi, Ambito Territoriale di Saronno, Ambito Territoriale di Gallarate, Ambito Territoriale di Varese, numerosi Comuni della provincia di Varese. L'ampliamento della partnership ha permesso la diffusione delle buone pratiche in materiali di Regolamentazione e Controllo, un esempio è l'emissione dell'Ordinanza Sindacale del Comune di Varese. Inoltre, il confronto tra gli operatori ha permesso di condividere e diffondere delle buone prassi in tema di aggancio del giocatore problematico e/o familiare, azioni di sensibilizzazione e promozione della salute.

Il tema della promozione della salute sarà al centro della programmazione degli interventi per la triennalità 2025-27. Ambiti Territoriali, Comuni, ASST, ETS, dovranno lavorare insieme per attuare una proficua azione di prevenzione ambientale e per favorire i comportamenti positivi che contrastano l'insorgere della dipendenza da gioco d'azzardo e non solo. Sarà inoltre fondamentale attivare delle antenne territoriali efficaci, soprattutto ETS, che veicolino le richieste di aiuto dei giocatori e familiari verso i servizi territoriali, sia sociali che sanitari.

PIANO GAP (Gioco d'azzardo patologico) – Progetto "Vinci la tua salute"

Il gioco d'azzardo patologico è una dipendenza patologica e quindi una malattia c.d. neuro-psicobiologica con conseguenze sanitarie e sociali che necessita di diagnosi, cura e riabilitazione. La fruizione del gioco diventa quotidiana o intensiva, con conseguenze negative per l'individuo sia dal punto di vista sanitario che sociale. Si manifesta il fenomeno del *craving* ed è frequente la recidiva.

L'andamento della malattia è spesso cronico, caratterizzato da alti costi, anche con debiti cui la famiglia non riesce a far fronte.

Con il progetto Vinci la tua salute ci si è posti i seguenti obiettivi:

- Maggiore conoscenza del fenomeno del gioco d'azzardo nell'Ambito, con particolare riferimento al gioco d'azzardo problematico e a quello patologico, a fronte degli attuali dati disponibili molto eterogenei, frammentari e deficitari;
- Individuazione di modelli e strategie per la prevenzione del gioco d'azzardo patologico, con particolare riferimento alla diagnosi precoce (in raccordo con ATS), alla prevenzione ambientale, ma anche in merito al gioco d'azzardo online tra i giovani e adulti;
- Maggiore capacità del sistema dei servizi sociali di rispondere da una parte alle necessità di cura e trattamento presentate dalle persone affette da GAP e dall'altra di offrire sostegno alle famiglie delle persone con diagnosi di gioco d'azzardo patologico, anche con l'individuazione di possibili interventi in collaborazione con ATS.
- Fidelizzazione di giovani studenti e persone anziane coinvolti nella peer education per amplificare conoscenza e diffusione dei fenomeni e loro prevenzione.

Non senza difficoltà, abbiamo lavorato per proporre azioni di sensibilizzazione ad adulti ed anziani. La scarsa propensione a riconosce un problema, se non è evidente, non ha portato risultati.

Invece hanno risposto molto positivamente giovani, genitori ed insegnanti cui abbiamo proposto uno spettacolo proprio sulle dipendenze e sugli effetti devastanti che comportano: in particolare dipendenza da alcool, social media, sostanze. Ciò conferma che, a fronte di questo tipo di

problematiche, la strategia vincente non può che essere preventiva e di livello culturale. Il progetto è tuttora attivo.

PRONTO INTERVENTO SOCIALE

Gli Ambiti territoriali di Cantù, Como, Lomazzo-Fino Mornasco, Mariano C.se e Menaggio da aprile 2022 stanno collaborando per la realizzazione a livello provinciale del Servizio Pronto Intervento Sociale. Gli Ambiti sono stati affiancati da Azienda USL Toscana Centro, per costruire un approccio di sistema che preparasse l'organizzazione territoriale dei servizi e dei diversi livelli politico-istituzionali allo sviluppo di questo servizio anche attraverso un percorso di formazione culturale e professionale. I referenti territoriali sono stati accompagnati nella scelta del tipo di PIS e alla definizione della governance da adottare per l'implementazione del servizio, che è stata poi condivisa con Amministratori locali e operatori sociale dei diversi Comuni. Il modello operativo definito prevede una centrale telefonica qualificata attiva h 24 per 365 giorni l'anno e delle equipe specialistiche territoriali reperibili per l'intervento ritenuto indifferibile tutti i giorni dell'anno dalle 17.00 alle 9.00 del mattino, da lunedì a giovedì, dalle 14.00 il venerdì, e, per tutto il giorno, il sabato e la domenica ed i giorni festivi. Sono stati effettuati incontri formativi per gli assistenti sociali all'approccio di servizio sociale d'urgenza e al riconoscimento delle situazioni di emergenza. Sono stati istituiti in ogni Ambito territoriale i GOES (Gruppo Operativo Emergenza Sociale) composto da rappresentanti dei vari settori dei servizi sociali di quell'ambito con un ruolo di governance e di accompagnamento alle diverse fasi per l'implementazione del servizio (organizzazione delle risorse locali, reportistica, integrazione tra istituzioni ...). Dal 1° aprile 2024 è attiva la Sperimentazione Operativa Interna (S.O.I.), nella quale si chiede agli assistenti sociali, nel corso della loro pratica quotidiana, riconoscere, analizzare e tracciare situazioni emergenziali) il processo di gestione delle stesse attraverso la scheda di rilevazione. La SOI ha come obiettivo trasversale la diffusione e la condivisione di un linguaggio professionale comune in tema di servizio sociale di emergenza e urgenza.

Gli Ambiti stanno procedendo nella definizione di protocolli rispetto agli interventi da porre in essere da parte del Pronto intervento e degli aspetti economici con la prospettiva di avviare il servizio nel corso dell'anno 2025. L'Ambito di Erba entrerà in una seconda fase nella definizione delle azioni a seguito di una rilevazione delle risorse locali.

SVILUPPO E COORDINAMENTO DI STRATEGIE OPERATIVE RELATIVE ALLE PROBLEMATICHE DELLA FRAGILITÀ ABITATIVA

L'indagine realizzata dall'Ambito ha messo in luce la presenza di un effettivo bisogno urgente di soluzioni abitative nell'Erbese, ma anche di forte coordinamento a livello di Ambito delle politiche in materia di fragilità abitativa e inclusione sociale, due temi che non possono essere considerati separatamente. Infatti:

- le risorse disponibili, gestite dal Terzo Settore, sono limitate: potrebbe essere utile costruire ulteriori collaborazioni e reperire ulteriori risorse anche al di fuori del territorio dell'Erbese.
- è emerso chiaramente l'aspetto di multiproblematicità della fragilità abitativa: oltre al bisogno abitativo, vi sono altre difficoltà legate principalmente al lavoro, alla genitorialità, alla gestione economica, alla salute e all'isolamento sociale, che probabilmente determinano sia l'emergenza, sia la difficoltà ad avviarsi verso l'autonomia abitativa ed economica dei nuclei;
- esiste comunque una oggettiva carenza di immobili adibiti all'emergenza e alla fragilità abitativa, sia temporanei che definitivi. Le caratteristiche dell'utenza, e lo stesso presentarsi in emergenza ai proprietari di alloggi non agevola il reperimento di risorse immobiliari. Anche in ambito pubblico, poi, tale risorsa scarseggia ed è legata principalmente a meccanismi di assegnazione che non riescono ad intercettare i bisogni e i tempi dei nuclei fragili.

Una efficace programmazione e una significativa azione nell'area dell'abitare non possono pertanto prescindere da alcune strategie di intervento:

- approccio integrato delle politiche e dei diversi livelli di governance
- coinvolgimento dei diversi attori (pubblico, privato e privato sociale), in un'ottica di sussidiarietà e complementarietà
- approccio integrato e multidisciplinare dal punto di vista metodologico (gestione dei casi)
- gestione unitaria a livello di Ambito nella programmazione e progettazione relative alla tematica dell'abitare

Infatti:

In linea con queste strategie, alcune possibili linee di azioni possono muoversi nelle seguenti direzioni:

- avviare una prospettiva di gestione integrata della tematica abitativa, attraverso un'estensione della programmazione e della progettazione d'Ambito in materia, anche attraverso la costruzione di una sinergia o di una maggiore collaborazione con ALER Como. Le risorse impegnate dai Comuni per far fronte alle singole emergenze (economiche ed umane), potrebbero essere impiegate più efficacemente facendo leva su economie di scala e progettazioni complessive ed integrate. A tale scopo una prima azione non può prescindere da una mappatura delle risorse immobiliari pubbliche presenti sul territorio, non adibite a SAP e SAS, ed eventualmente di risorse private da reperire anche con il supporto dei singoli Comuni, attraverso la conoscenza che questi hanno del proprio territorio. La disponibilità di immobili è la condizione essenziale per ogni ulteriore possibile azione. L'esperienza dei servizi sociali comunali, connessa alla gestione di situazioni di crisi abitative, che negli ultimi mesi stanno aumentando in numero e drammaticità, probabilmente come esito a lungo termine dello sblocco degli sfratti post-Covid, porta a pensare che ci siano risorse immobiliari che possono essere "sbloccate", ma ciò richiede progettualità chiare e multidimensionali.
- A partire dall'individuazione di immobili destinabili ad azioni progettuali nell'area dell'abitare, sviluppare una o più esperienze pilota, in coprogettazione con il Terzo Settore. Sviluppare una "prima esperienza positiva" di progettazione d'Ambito partecipata può favorire ulteriori collaborazioni e sinergie, ed aprire a nuove prospettive di intervento possibili. Inoltre è più praticabile anche una azione di found raising, che porti al reperimento di ulteriori risorse aggiuntive rispetto a quelle comunali e di Ambito. Alcune possibilità sono già esperibili, tuttavia è difficile canalizzarle sul territorio in mancanza di progettualità effettivamente sostenute dalla volontà dei soggetti che concorrono alla programmazione e progettazione territoriale (Comuni, Aler, ETS,), e concretamente operabili. A titolo esemplificativo si può pensare a:
 - Bandi specifici sul tema dell'Housing sociale (es. Fondazione Cariplo)
 - Ristrutturazione di immobili confiscati alla criminalità organizzata: i destinatari del bando sono i Comuni lombardi sul cui territorio sono presenti beni confiscati alla criminalità organizzata; nel caso dei Comuni con una popolazione al di sotto dei 5.000 abitanti Regione Lombardia può riconoscere fino al 90% della spesa da sostenere, nel caso dei Comuni con una popolazione superiore ai 5.000 abitanti può essere riconosciuto fino al 50% della spesa.
 - Co-progettazioni all'interno del S.A.I. (Sistema di Accoglienza e Integrazione), indagando la presenza di eventuali richiedenti asilo sul territorio dell'Erbese.
 - Possibili "contaminazioni" con eventuali progetti di housing sociale legati all'area della vita indipendente e del Dopo di Noi (ancora tutte da costruire).
- Sarebbe auspicabile inoltre costruire contatti e collaborazioni, ovvero spazi di mediazione, con i proprietari degli alloggi in locazione, attraverso le Associazioni di categoria (es. Sindacati), le Agenzie immobiliari e i Commercialisti, al fine di svolgere percorsi di confronto e di consulenza onde contenere le situazioni di emergenza abitativa. Anche in questo caso una interlocuzione con l'intero Ambito sarebbe più efficace di quella che può essere condotta da un singolo Comune;

- Riguardo a questi ultimi soggetti, nell'ottica di una presa in carico complessiva delle situazioni più fragili e dell'attenzione a custodirne la disponibilità, si pone poi il problema di fornire al privato una sufficiente garanzia circa il rispetto dei suoi diritti e legittimi interessi. In tal senso il gruppo di lavoro ha più volte ipotizzato la costituzione di un fondo di garanzia finalizzato a sostenere almeno i contratti a canone calmierato per coloro che non riescono a reperire soluzioni abitative in autonomia, pur essendo percettori di un reddito, in quanto non possiedono i requisiti standard che il mercato immobiliare richiede (es. lavoro a tempo indeterminato).

L'indagine, che rappresenta il principale esito del lavoro prefigurato nel Piano di zona in chiusura, costituisce un punto di partenza per rilanciare l'attenzione alla tematica ai diversi interlocutori che possono essere interessati ad affrontare il problema dell'abitare per ipotizzare – in un'ottica di coprogrammazione e coprogettazione, gli obiettivi e le piste di lavoro che effettivamente il territorio intenda e possa perseguitare nella programmazione del prossimo triennio.

Sviluppo di strategie operative e di interventi a favore di persone beneficiarie di assegno di inclusione o in simili condizioni: azioni e interventi

A partire dalla precedente esperienza e dal mutato quadro introdotto dall'Assegno di Inclusione, si prevede di proseguire attraverso l'impianto metodologico consolidato e riproposto nella coprogettazione appena avviata, attraverso la modulazione delle figure professionali presenti in base alle necessità riscontrate nei percorsi di progettazione personalizzata, e in un'ottica di flessibilità e dinamicità delle proposte rispetto alle esigenze dei nuclei, nel tempo.

In termini di azioni a favore dei beneficiari verranno proposte le seguenti, nel rispetto delle Linee guida ministeriali e con possibilità di revisioni in corso d'opera, al fine di garantire la rispondenza fra problemi riscontrati e risposte messe in campo:

- PERCORSI DI SOSTEGNO SOCIO-EDUCATIVO DOMICILIARE E TERRITORIALE, attraverso: attivazione di percorsi educativi individuali/familiari, attivazione percorsi educativi di gruppo, attivazione percorsi di orientamento rivolti ai NEET, attivazione di percorsi di educazione finanziaria;
- PERCORSI DI SOSTEGNO ALLA GENITORIALITA', anche con focus specifici;
- SERVIZI E AZIONI DI PROSSIMITA', anche attraverso attività innovative
- SERVIZI DI MEDIAZIONE CULTURALE
- TIROCINI FINALIZZATI ALL'INCLUSIONE SOCIALE, ALL'AUTONOMIA DELLE PERSONE E ALLA RIABILITAZIONE SOCIO-LAVORATIVA
- ATTIVAZIONE E REALIZZAZIONE DEI PROGETTI UTILI ALLA COLLETTIVITA' E DELLE ESPERIENZE DI VOLONTARIATO

La coprogettazione, che ha prodotto un proprio impianto progettuale specifico, è stata avviata ad ottobre 2024, e coprirà quasi totalmente il periodo della Programmazione zonale.

6. LA VALUTAZIONE DEL PIANO 2025/2027

Il percorso di programmazione dei nuovi piani di zona rappresenta per gli Ambiti l'opportunità per fare il punto e dare avvio ad un pensiero congiunto sul tema dell'integrazione socio sanitaria, con la prospettiva di dare concretezza e metodo ad un lavoro di sinergia e collaborazione tra enti di diversa appartenenza.

Ciò può generare il miglioramento, il potenziamento e la ricomposizione dell'offerta di servizi in favore dei comuni, creando nuovi assetti di governance e luoghi strutturati per una progettazione realmente integrata e partecipata da tutti gli attori coinvolti. Ora occorre tradurre in operatività i processi di integrazione, definendo gli impegni reciproci e le risorse messe in campo.

La complessità degli interventi oggetto del PDZ, il livello sempre più elevato di integrazione tra politiche sociali, sanitarie, educative, occupazionali, abitative, di inclusione sociale e sviluppo locale richiedono una particolare attenzione nell'individuazione ed elaborazione di puntuali strumenti di monitoraggio, verifica e di valutazione partecipata che devono tener conto: del contesto socio-economico di riferimento, di tutti i fattori che producono domanda e di quelli che determinano offerta di servizi; della molteplicità degli obiettivi; della specificità delle azioni previste dal PDZ.

L'attività di valutazione del Piano si attua pertanto attraverso tre fasi specifiche: la valutazione ex ante caratterizzata dalla focalizzazione delle condizioni di partenza, dei bisogni presenti e delle risposte già attivate; la valutazione in itinere, o monitoraggio di processo, che si svolge nel corso di attuazione delle azioni previste con il coinvolgimento di tutti i soggetti attuatori del Piano di Zona; la valutazione ex post che tiene conto della qualità degli interventi realizzati, della loro efficacia ed efficienza e del loro impatto sulle priorità dichiarate.

E' opportuno quindi che il processo valutativo e i connessi momenti di verifica siano presenti sin dall'avvio della costruzione del PDZ e periodicamente investano la progettazione in corso e le azioni che la compongono, correggendo, se necessario, le azioni intraprese e gli obiettivi prefissati. Rilevante, ovviamente, viene a configurarsi la valutazione sull'impatto delle scelte strategiche definite, che determina la bontà o meno della pianificazione realizzata. Sul tema va ancora ribadito che è di estrema importanza la valutazione dell'intero processo/percorso programmatico posto in essere per la definizione della pianificazione zonale, con particolare riferimento agli elementi organizzativi e di partecipazione.

La L 328/00 ha previsto l'attivazione di una politica finanziaria ampia e diversificata, tale per cui, alla realizzazione di questa politica con responsabilità specifiche, siano chiamati il governo centrale (Fondo nazionale per le Politiche sociali), le Regioni (voci dei bilanci regionali che finanziano le politiche sociali), nonché il più ampio livello istituzionale territoriale (Province, Comuni). Al finanziamento delle politiche sociali concorrono altresì le risorse aggiuntive messe a disposizione da ulteriori soggetti istituzionali e non presenti sul territorio, in grado di supportare la realizzazione della rete degli interventi e dei servizi.

Uno degli obiettivi dei PDZ è infatti la ricerca di risorse aggiuntive (ad es. attraverso bandi specifici) a quelle tradizionalmente messe in campo dagli Enti locali per dare concretezza al principio di sussidiarietà orizzontale nella realizzazione di politiche solidali.

Il presente documento è stato redatto a cura di:

Patrizia Magretti, direttore Azienda Speciale Consortile CESP

Adriana Colombo, responsabile Ufficio di Piano, Azienda Speciale Consortile CESP

Federica Marelli, Assistente Sociale Azienda Speciale Consortile CESP

Cristina Pravato, Assistente Sociale Azienda Speciale Consortile CESP

“Il telaio del meriggio” di Maria Lai

“Essere è tessere” era il motto di Maria Lai, artista sarda che ha fatto della tradizione della sua terra, della memoria custodita, della quotidianità vissuta e delle relazioni intessute, il cuore della sua arte.

Il telaio, con i suoi fili che si intrecciano tra di loro, creando nodi e legami, ci è parsa un’immagine che rispecchia il paziente lavoro di tessitura e di costruzione delle relazioni che può rendere trasformativo, per le comunità locali, l’impegno – solo apparentemente formale e amministrativo - di programmazione sociale.

L’opera riportata in copertina, con il suo riferimento alla realtà concreta e quotidiana, ad una operosità capace di creare qualcosa di utile e al contempo bello, all’intreccio dei fili che ricompongono l’immagine complessiva, ci è sembrata un richiamo a porre attenzione alla concretezza, alla vicinanza della programmazione sociale alla vita vissuta dalle persone dentro un territorio reale e dentro a relazioni concrete.

Ritroviamo l’intreccio anche fra bisogni diversi, fra risorse possibili, fra dimensioni istituzionali e comunitarie, fra percorsi praticabili e obiettivi da raggiungere, che ci richiedono di perseguire un disegno armonioso, dove ogni singolo filo svolge una parte rilevante nell’insieme della tessitura, dove ogni soggetto gioca la propria parte per costruire una realtà soddisfacente per tutti