



PIANO SOCIALE DI ZONA

Ambito Territoriale Sociale di Pavia

Programmazione 2025-2027

A cura di
Consorzio Sociale Pavese

Direttore
Antonella Carena

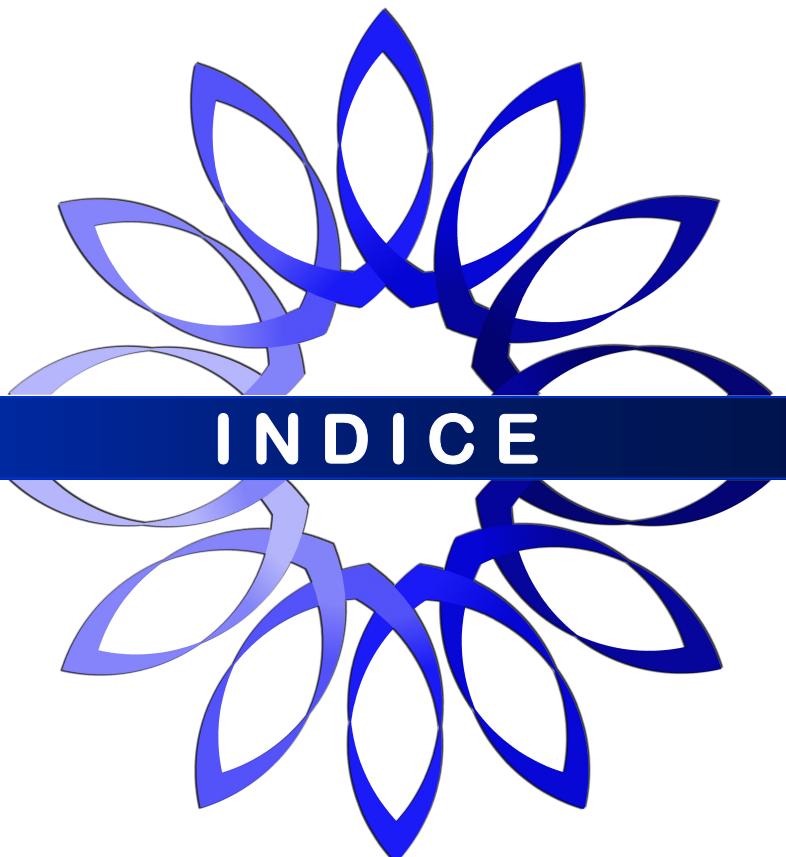
Redazione:
Elena Volpato

Contributi:
ATS di Pavia

Grafica ed impaginazione:
Elena Volpato

UFFICIO DI PIANO
Corso Garibaldi n. 69—27100 Pavia
Tel. 0382.399.553
e-mail info@consorziosocialepavese.it, consorziosocialepavese@pec.comune.pv.it
www.consortiosocialepavese.it

INDICE



INDICE

PREMESSA	8
ESITI DELLA PROGRAMMAZIONE ZONALE 2021-2023	18
IL CONTESTO ISTITUZIONALE ED ORGANIZZATIVO LA GOVERNANCE E LE RETI	42
DATI DI CONTESTO E QUADRO DELLA CONOSCENZA	62
L'ANALISI DEI BISOGNI: IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE ZONALE	122
PROGRAMMAZIONE DEL NUOVO TRIENNIO 2025-2027	208
LA VALUTAZIONE	334

Il nuovo documento di programmazione sociale nasce da una profonda riflessione sul futuro del sistema socio-assistenziale nell'Ambito Sociale di Pavia, con l'ambizione di delineare un cambio di paradigma e di prospettiva che sia in grado di trasformare l'approccio ai servizi per la comunità.

La programmazione proposta si fonda sull'idea di un sistema integrato, capace di mettere al centro la persona e i suoi bisogni, superando la frammentazione dei servizi. L'obiettivo è creare un tessuto connettivo solido, in cui i vari attori, dalla sanità al sociale, dai centri per la famiglia alle realtà associative, collaborino con un'unica visione. La Casa di Comunità ed i Centri per la famiglia diventano così luoghi chiave, nodi strategici di accesso ai servizi e presidi di prossimità, capaci di intercettare e rispondere precocemente ai bisogni emergenti.

Una componente essenziale di questo nuovo approccio è la governance. Non più solo un sistema statico, ma una struttura flessibile e trasversale, in grado di coinvolgere i diversi attori istituzionali in funzione delle necessità specifiche. Questa governance "a composizione variabile" rappresenta la forza del nostro sistema, capace di adattarsi e rispondere con soluzioni efficaci alle sfide del territorio.

Un elemento chiave di questa programmazione è il confronto costante con gli attori del territorio, ritenuto fondamentale per accompagnare la comunità verso un nuovo modello di welfare più incisivo, efficace e sostenibile. A tal fine, si è deciso di organizzare annualmente gli "Stati Generali del Welfare", un evento che rappresenterà un momento di sintesi, confronto e condivisione tra tutti i soggetti coinvolti. Questo appuntamento sarà l'occasione per valutare i progressi compiuti, identificare nuove sfide e promuovere una visione comune per il futuro del sistema di welfare territoriale.

La comunicazione gioca un ruolo cruciale in questo processo. Come leva strategica, deve essere capillare, chiara e targettizzata, per garantire che tutti, cittadini e operatori, abbiano accesso alle informazioni e possano partecipare attivamente alla costruzione di un welfare inclusivo. Non meno importante è il rafforzamento del rapporto tra il territorio e le sue risorse: un sistema che sa riconoscere e valorizzare le potenzialità locali è un sistema che può crescere e innovare.

Questo documento non è solo un piano operativo, ma una visione che guarda al futuro con l'obiettivo di consolidare un sistema sociale ed assistenziale resiliente, equo e sostenibile. È il frutto di un lavoro corale, che ha coinvolto istituzioni, enti del terzo settore e comunità locali, e che ora si propone come punto di partenza per un cambiamento tangibile e condiviso.

L'Ambito Sociale di Pavia, con questa programmazione, intende non solo rispondere ai bisogni presenti ma anticipare le necessità future, costruendo un sistema che sia davvero all'altezza delle sfide del nostro tempo. È una sfida ambiziosa, ma con il contributo di tutti, possiamo trasformarla in realtà.

IL PRESIDENTE DELL'ASSEMBLEA DEI SINDACI

Francesco Brendolise

INTRODUZIONE **10**

LINEE DI INDIRIZZO PER LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE A
LIVELLO LOCALE 2025-2027- DELIBERAZIONE N.2167/2024 **14**



PREMESSA ALLA PROGRAMMAZIONE



INTRODUZIONE

E' ormai generalmente riconosciuto che gli anni venti del 2000 abbiano segnato una nuova stagione per il welfare sociale italiano. Il governo centrale ha ripreso la redazione di Piani nazionali triennali che definiscono gli indirizzi di sviluppo delle politiche sociali e, dopo vent'anni dalla legge quadro sui servizi sociali, si sta imboccando un vero percorso di attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali che, oltre a venire enunciati, ora possono contare su indirizzi nazionali e soprattutto su risorse dedicate per realizzarle.

Nell'ultimo triennio il welfare territoriale si è trovato a mettere in campo notevoli risorse per promuovere la ripresa a seguito dell'impatto pandemico, in un contesto caratterizzato dalla rinnovata centralità del rapporto Ambiti/ASST, dall'emersione di nuovi bisogni, l'ampliamento della tradizionale platea di utenza, le progettualità del PNRR legate alla missione 5 e la revisione delle modalità consolidate di erogazione dei servizi.

L'Ambito territoriale e l'Ufficio di Piano, oltre ad essere i destinatari diretti di importanti finanziamenti, stanno diventando sempre più il punto di riferimento per la definizione e la concretizzazione degli indirizzi delle politiche di welfare e si stanno misurando nell'assumere la regia di nuovi e importanti obiettivi di servizio che portano a far crescere il welfare territoriale verso livelli minimi omogeni sul territorio nazionale e rafforzare l'integrazione sovracomunale.

La nuova programmazione per il triennio 2025-2027 si inserisce inoltre in un quadro caratterizzato dai complessi mutamenti prodotti dall'attuazione della l.r. 22/2021 che ha ridisegnato il perimetro istituzionale e gli assetti di *governance* del welfare territoriale. In particolare, la costituzione dei Distretti, articolazione organizzativo-funzionale delle ASST coincidenti con il perimetro dell'ambito zonale, le nuove case della comunità e le centrali operative territoriali (COT) quali presidi territoriali ad alta integrazione sociosanitaria e la convergenza tra programmazione sociale territoriale e il Piano di sviluppo del polo territoriale del Distretto, l'analogo documento programmatorio di ASST, sono gli aspetti che caratterizzeranno il prossimo triennio. A seguito dell'approvazione delle DDGR n. 2089/2024 e n. 2167/2024, Ambito e ASST hanno ora un quadro normativo armonico e possono lavorare congiuntamente alla programmazione sociale e sociosanitaria nella quale si riconosce al Distretto "un ruolo di primo piano nel garantire un dialogo e confronto serrato tra questi momenti di programmazione". Attra-

PREMESSA ALLA PROGRAMMAZIONE

verso l'approvazione e l'implementazione di questi due atti deliberativi infatti si realizzano pertanto gli ultimi tasselli, in piena continuità con le DDGR n. 7758/2022 e n. 1827/2024 (le regole di sistema del Sistema Socio-Sanitario Regionale per l'anno 2023 e per l'anno 2024), per adempiere e dare finalmente corso a quanto enunciato nella L.R. 3/2008, nella quale il Piano di Zona viene individuato quale “strumento privilegiato per conseguire forme di integrazione tra la programmazione della rete locale di offerta sociale e la rete d'offerta sociosanitaria in ambito distrettuale, anche in rapporto al sistema della sanità, dell'istruzione e della formazione e alle politiche del lavoro e della casa, mediante l'analisi dei bisogni, la definizione delle priorità, la gestione innovativa, flessibile e partecipata del sistema di offerta”.

Gli accordi di programma hanno sempre previsto la declinazione di obiettivi di integrazione sociosanitaria, tuttavia non c'è mai stato un contesto istituzionale così favorevole. La coincidenza tra Distretto e Ambito territoriale, le Assemblee dei Sindaci di Ambito e Distretto potenzialmente congiunte e le Cabine di regia integrate di Asst rappresentano però una potenzialità importante nell'impiantare un assetto istituzionale che agevoli una programmazione realmente integrata e una grande opportunità per realizzare una programmazione più coerente e potenzialmente più efficace orientata all'attuazione dei livelli essenziali, sia assistenziali (LEA) che delle prestazioni sociali (LEPS).

La novità, in vista del prossimo triennio, consiste proprio nell'opportunità di declinare una programmazione maggiormente in dialogo con il comparto sociosanitario, nella lettura del contesto, nella declinazione di aree prioritarie di intervento e nella loro attuazione operativa, pur consapevoli delle storica compartmentazione tra i due settori. Questo, in prospettiva, è uno snodo importante per lo sviluppo concreto dell'integrazione nelle Case della comunità, per realizzare il sistema unitario dei punti di accesso, per la definizione di strumenti unitari di valutazione multidimensionale, per il coordinamento tra assistenza domiciliare sociale e integrata nelle COT o per attuare la continuità ospedale-territorio nell'ambito delle dimissioni protette.

La formazione congiunta, in questo scenario, rappresenta uno snodo fondamentale e diventa una grande opportunità per gli obiettivi di integrazione del prossimo triennio, per consolidare visioni e approcci, declinare coerenti scelte organizzative e rendere consapevoli gli operatori della rilevanza di questa prospettiva. Si è infatti consapevoli quanto il tema dell'integrazione tocchi anche aspetti di natura culturale che riguarda visioni ed approcci differenti tra le diverse professioni e come frequentemente le difficoltà principali nell'integrazione riguardino anche la scarsa abitudine al lavoro interdisciplinare. Le riforme, il lungo periodo di passaggio per il trasferimento di competenze e operatori da ATS ad ASST, il grande *turn over* delle professioni di cura, hanno indebolito fortemente le pratiche di stretta collaborazione dell'epoca dei vecchi Distretti sociosanitari.

L'Ambito territoriale è consapevole degli indirizzi che Regione ha consegnato ad ASST e alle Direzioni di Distretto con la DGR n. 2089/2024, indirizzi che rappresentano lo spazio di collaborazione da ricercare, specularmente però è consapevole del medesimo orientamento conse-

PREMESSA ALLA PROGRAMMAZIONE

gnato all'ASST rispetto al coinvolgimento del territorio e può condividere la propria competenza e la maggior attitudine al dialogo con il territorio grazie alla esperienza maturata dall'approvazione della L. 328/00 ad oggi.

In questo contesto, le Linee di Indirizzo per la Programmazione Sociale Territoriale per il triennio 2025-2027 sottolineano in primo luogo la centralità data al rafforzamento dell'Ambito e degli Uffici di Piano, aspetto questo che viene anche identificato come una delle macro aree di investimento. Si riconosce infatti che già ora, e prevedibilmente ancor di più nel futuro prossimo, gli Ambiti saranno chiamati a svolgere funzioni complesse che implicheranno ulteriore aggravio in termini di obiettivi e carico di lavoro.

Due sono gli obiettivi concreti indicati a riguardo nelle linee guida. Il primo è il rafforzamento dei modelli di gestione associata, riconoscendo che solo puntando sull'integrazione anche gestionale tra Comuni – e non solo programmativa – è possibile rispondere all'ambiziosa sfida di attuazione dei LEPS aumentando il livello di omogeneità degli interventi e l'uniformità nel governo delle politiche sociali territoriali. Il secondo è il potenziamento della struttura dell'Ufficio di Piano.

Un ulteriore fronte è legato all'attuazione dei LEPS. Il Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023 che ha portato il nostro paese a fare passi concreti in avanti in riferimento ai livelli essenziali è stato emanato in prossimità dell'approvazione dei precedenti Piani di Zona e la sua concreta messa a terra è avvenuta grazie a finanziamenti che hanno raggiunto i territori solo nell'ultimo biennio. È dunque solo con questa nuova programmazione che il tema dei livelli essenziali assume una rilevante centralità. Tra i differenti LEPS, Regione ne sceglie alcuni definiti prioritari, ai sensi di quanto enunciato all'art. 17 della L.R. 3/2008, su cui declina una serie di set di indicatori per determinarne il grado di raggiungimento e a cui verrà correlata una nuova premialità a conclusione del triennio. L'Ambito territoriale sarà l'attore principale chiamato a dirigere la programmazione, il coordinamento, la realizzazione e la complessa gestione degli interventi riferiti ai LEPS. Il nuovo triennio di programmazione dei Piani di Zona 2025-2027 richiama infatti l'Ambito alla necessità di declinare la propria programmazione sociale nell'ottica del raggiungimento e della stabilizzazione dei LEPS sul territorio, garantendo il soddisfacimento dei nuovi standard a livello organizzativo e degli obiettivi di servizio.

Centrale e strategica è inoltre la necessità di dare piena continuità ai progetti sovrazionali che sono stati avviati insieme ad ASST nella precedente triennalità in tutti gli Ambiti della provincia pavese, il Protocollo Operativo per le Dimissioni Protette e il Protocollo Operativo del Procedimento Civile di Tutela Minori.

Infine, tra gli elementi di continuità, gli Ambiti vengono nuovamente richiamati al coinvolgimento del terzo settore e dell'associazionismo sia nella lettura dei bisogni funzionale alla definizione delle priorità di investimento del welfare territoriale, in ottica di co-programmazione, che nella definizione operativa del sistema di risposte, in una logica di co-progettazione.

PREMESSA ALLA PROGRAMMAZIONE

L'impatto dei molteplici fronti di crisi che hanno investito il territorio in dimensioni diverse ma connesse (salute, povertà, istruzione, invecchiamento, ecc.) e il conseguente riflesso sulla capacità di intervento del sistema di welfare, hanno mostrato ulteriormente come la tenuta e il rilancio del welfare locale passi attraverso la costruzione di percorsi di cooperazione e condivisione tra i diversi attori territoriali. L'Ambito territoriale sarà pertanto calorosamente invitato a perseguire una programmazione e una conseguente progettazione di servizi ed interventi in grado di valorizzare due aspetti: la trasversalità negli interventi e il rafforzamento della cooperazione intra e sovra Ambito, specialmente nell'ottica di una migliore integrazione sociosanitaria e di armonizzazione dei diritti di cittadinanza esigibili dalla popolazione pavese.

LINEE GUIDA DI REGIONE LOMBARDIA PER I PIANI DI ZONA 2025-2027: UNA VISIONE STRATEGICA PER IL WELFARE TERRITORIALE

Con l'adozione della DGR n. 2167 del 15 aprile 2024, Regione Lombardia ha tracciato una nuova direzione per la programmazione sociale territoriale del triennio 2025-2027. Questo documento rappresenta un momento significativo nel panorama delle politiche sociali, evidenziando una transizione verso modelli di governance integrata e approcci maggiormente innovativi, concepiti per affrontare le sfide di una società in continua evoluzione.

UN APPROCCIO INTEGRATO E DINAMICO

Le linee guida si configurano come una risposta strutturata e ambiziosa alle necessità emergenti della comunità lombarda. Esse enfatizzano la necessità di un modello integrato che coinvolga i diversi attori del sistema sociosanitario e sociale, valorizzando il ruolo delle istituzioni locali e regionali nella costruzione di una rete di interventi coordinati. In particolare, il documento si allinea al quadro normativo introdotto dalla L.r. 22/2021, che ridisegna i perimetri della governance territoriale, e si collega ai LEPS (Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali), promuovendo un sistema di welfare capace di garantire equità e sostenibilità.

OBIETTIVI STRATEGICI

Le direttive principali delle linee guida si articolano attorno a quattro macro-obiettivi:

Governance territoriale integrata: Rafforzare la cooperazione tra ambiti sociali, sanitari e sociosanitari, promuovendo la costruzione di un sistema capillare e interconnesso.

Valorizzazione degli Uffici di Piano: Potenziamento attraverso l'introduzione di nuove risorse umane, tecnologie avanzate e percorsi di formazione dedicati, consolidandone il ruolo strategico nella pianificazione e attuazione delle politiche sociali.

PREMESSA ALLA PROGRAMMAZIONE

Attuazione dei LEPS: Integrazione degli standard minimi nei Piani di Zona, per assicurare una qualità uniforme nelle prestazioni sociali, rispondendo efficacemente ai bisogni dei cittadini.

Ottimizzazione e integrazione delle risorse: Massimizzare l'efficacia degli investimenti attraverso una pianificazione che coordini risorse regionali, nazionali ed europee, con particolare attenzione ai fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

CONTINUITÀ PROGRAMMATICA

Nonostante l'ambizione di innovazione, le linee guida mantengono elementi di continuità con le precedenti programmazioni, garantendo stabilità e coerenza:

Coinvolgimento del terzo settore e delle fondazioni comunitarie: Questi attori sono riconosciuti come partner strategici nella definizione delle priorità territoriali e nella co-progettazione di interventi innovativi.

Le dieci macroaree di intervento: Confermate come pilastri della pianificazione, queste aree spaziano dal contrasto alla povertà alle politiche per la disabilità, dalla digitalizzazione dei servizi al supporto agli anziani. Tale approccio offre un quadro strutturato e consolidato per l'attuazione degli interventi.

Nello specifico:

Contrasto alla Povertà e Inclusione Attiva Questa area si focalizza sulla lotta contro la povertà e l'emarginazione sociale, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili, come i lavoratori precari, le famiglie monoredito e quelle numerose. Si punta a rafforzare le reti sociali attraverso la co-programmazione e ad ampliare l'accesso alle opportunità di benessere e partecipazione attiva. Inoltre, vengono introdotti nuovi strumenti di governance, come i Centri Servizi, per supportare le persone a rischio di isolamento e marginalità.

Politiche Abitative Le politiche abitative mirano a migliorare la qualità dell'abitare, affrontando la vulnerabilità multidimensionale dei soggetti a rischio. L'approccio prevede l'allargamento della platea dei beneficiari e l'implementazione di strumenti di governance innovativi, come le agenzie per l'abitare, per garantire soluzioni abitative stabili e dignitose.

Domiciliarità In questa area, l'accento è posto sull'ampliamento e la personalizzazione dei servizi domiciliari. Obiettivo è quello di rendere le risposte più flessibili e tempestive, aumentando le ore di copertura e integrando gli interventi domiciliari con quelli sociosanitari. Questa strategia risponde anche alle esigenze di una nuova utenza, emergente rispetto al passato.

PREMESSA ALLA PROGRAMMAZIONE

Servizi per Anziani

Si pone l'accento sul rafforzamento degli strumenti di long-term care, promuovendo l'autonomia e il supporto domiciliare. La personalizzazione dei servizi e il coinvolgimento attivo delle famiglie e dei caregiver rappresentano elementi chiave, supportati da nuove azioni legislative e strumenti di governance più efficaci.

Digitalizzazione dei Servizi

La digitalizzazione è intesa come un motore per l'innovazione e l'efficienza. Si punta a digitalizzare l'accesso e l'erogazione dei servizi, migliorando l'organizzazione del lavoro e rafforzando il collegamento tra i nodi della rete. Inoltre, sono previsti interventi per promuovere l'inclusione e l'alfabetizzazione digitale, soprattutto tra i soggetti più vulnerabili.

Politiche Giovanili e per i Minori

Questa area si dedica alla prevenzione della povertà educativa e della dispersione scolastica, oltre a contrastare il disagio sociale. Le iniziative sono orientate a rafforzare le reti sociali e a co-progettare interventi che includano i giovani NEET (Not in Education, Employment, or Training), riconoscendo le nuove fragilità emergenti.

Interventi per il Lavoro

Particolare attenzione è rivolta ai NEET, con iniziative mirate a facilitarne l'inclusione lavorativa e a integrare nuovi strumenti di governance per affrontare le sfide occupazionali.

Interventi per la Famiglia

Questa area si focalizza sul supporto ai caregiver familiari, sulla conciliazione vita-lavoro e sulla tutela dei minori. Sono previsti interventi specifici per contrastare la violenza domestica e per rafforzare la coesione sociale, tenendo conto delle particolari esigenze delle diverse tipologie familiari.

Politiche per le Persone con Disabilità

Le politiche per le persone con disabilità mirano a costruire una filiera integrata che accompagni l'individuo lungo tutto il suo percorso di vita, fino al "Dopo di Noi". Si punta a rafforzare le reti sociali, a contrastare l'isolamento e a coinvolgere attivamente le famiglie e i caregiver.

Interventi di Sistema

Infine, si prevede il potenziamento degli Uffici di Piano e della gestione associata. Questo include la revisione degli strumenti di governance e l'applicazione di tecnologie digitali per migliorare l'efficienza organizzativa e la capacità di risposta dell'Ambito.

PREMESSA ALLA PROGRAMMAZIONE

INNOVAZIONI CHIAVE

Tra le novità introdotte, emergono diversi aspetti di rilievo:

1. *Rafforzamento degli Uffici di Piano*: Considerati centrali per la governance territoriale, si auspica il potenziamento degli Uffici attraverso risorse aggiuntive e strumenti adeguati per gestire le complessità crescenti della pianificazione integrata.
2. *Gestione associata tra Comuni*: Si promuove una gestione condivisa che favorisca economie di scala e migliori la qualità delle risposte fornite, riducendo al contempo le disuguaglianze tra territori.
3. *Utilizzo strategico del PNRR*: L'inclusione delle risorse del PNRR consente di affrontare sfide trasversali come la transizione digitale e la resilienza delle infrastrutture sociali.
4. *Sistema avanzato di monitoraggio*: Introduzione di un meccanismo di valutazione annuale che supporti un miglioramento continuo e garantisca l'efficacia degli interventi attraverso un controllo rigoroso degli esiti.

UNA METODOLOGIA PARTECIPATIVA E FLESSIBILE

Il processo di programmazione delineato nelle linee guida è ispirato ai principi di inclusività, adattabilità e cooperazione:

Inclusione degli attori locali: La partecipazione attiva dei vari stakeholder, dai cittadini alle organizzazioni di volontariato, è considerata cruciale per una pianificazione capace di cogliere e rispondere ai bisogni specifici.

Adattamento alle dinamiche locali: Le soluzioni proposte sono concepite per rispondere a contesti territoriali diversificati, garantendo flessibilità operativa.

Sinergia istituzionale: Viene incentivato un dialogo costante tra Regione, Ambiti e altri enti, promuovendo una governance multilivello che ottimizzi l'utilizzo delle risorse disponibili.

GLI ESITI DELLA PROGRAMMAZIONE ZONALE 2021-2023 **20**





VALUTAZIONE DEI RISULTATI DELLA TRIENNALITÀ 2021-2023

GLI ESITI DELLA PROGRAMMAZIONE ZONALE 2021-2023

Questa premessa intende fornire un quadro introduttivo alle analisi che seguiranno, dove saranno esaminati i risultati ottenuti nel triennio e delineati gli obiettivi futuri. Nelle sezioni successive verrà presentata un'analisi dell'implementazione del Piano di Zona precedente, con un richiamo agli obiettivi fissati nel triennio passato e un approfondimento sulle prospettive di consolidamento e ampliamento. L'approccio utilizzato segue la struttura delineata nelle Linee Guida 2025/2027, al fine di favorire un confronto omogeneo tra i diversi Ambiti.

Nell'ambito delle politiche sociali territoriali, il triennio 2021-2023 si è configurato come un periodo di trasformazione e di sperimentazione di modelli organizzativi e operativi innovativi. L'approccio adottato ha perseguito l'obiettivo di promuovere una governance multilivello e multi-attore, privilegiando il raccordo tra i principali soggetti locali coinvolti nella programmazione e gestione degli interventi e dei servizi sociali. Questo periodo ha visto una significativa valorizzazione del contributo del Terzo Settore e il consolidamento di collaborazioni strategiche con istituzioni sanitarie e altri enti territoriali.

UN CONTESTO IN TRASFORMAZIONE

Il triennio è stato contraddistinto da una serie di cambiamenti strutturali che hanno ridefinito le priorità e gli strumenti di intervento nel welfare territoriale. L'introduzione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ha coinvolto Comuni e Ambiti nella progettazione e realizzazione di interventi innovativi in aree chiave come l'housing sociale, la domiciliarità, il supporto agli anziani e le politiche per minori. La partecipazione a bandi nazionali e regionali ha richiesto una capacità di programmazione flessibile e dinamica, spesso integrata con progettualità già avviate.

Parallelamente, l'apertura di Case e Ospedali di Comunità ha segnato un punto di svolta nella collaborazione tra Ambiti e aziende sanitarie locali (ASST). In particolare, la gestione del Punto Unico di Accesso (PUA) richiederà, principalmente nella nuova triennalità, la definizione di percorsi condivisi per la presa in carico degli utenti, ponendo le basi per una maggiore integrazione tra il sistema sociale e quello sanitario.

VALUTAZIONE DEI RISULTATI DELLA TRIENNALITÀ 2021-2023

L'INTRODUZIONE DEI NUOVI LEPS

Un elemento da evidenziare del triennio è stato l'avvio dell'applicazione dei Nuovi Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS), che ha ri-definito il ruolo degli Ambiti nella gestione di interventi fondamentali. Tra questi spiccano il pronto intervento sociale, la supervisione del personale, le dimissioni protette e progetti specifici per il “Dopo di Noi”. L'implementazione di tali misure ha richiesto non solo un rafforzamento delle competenze, ma anche la capacità di sviluppare progettazioni personalizzate per rispondere efficacemente ai bisogni complessi della comunità.

LA TRANSIZIONE VERSO NUOVE MISURE DI SOSTEGNO

Un altro cambiamento significativo è stato il passaggio da un modello di sostegno universalistico a uno selettivo, che ha ridotto il numero di beneficiari senza diminuire il fabbisogno di supporto. Questo ha escluso categorie vulnerabili come gli adulti fragili e soli, rendendo ancora più evidente la necessità di progettazioni personalizzate e percorsi di accompagnamento all'autonomia.

SFIDE NELLA GESTIONE DELLE RISORSE

Sul fronte economico, il triennio ha evidenziato la frammentazione delle linee di finanziamento che ha rappresentato un ostacolo sia per l'integrazione tra ambito sociale e sanitario sia per la pianificazione a lungo termine. L'incertezza legata ai ritardi nell'assegnazione dei fondi ha imposto agli Ambiti una maggiore flessibilità organizzativa, ma anche un impegno straordinario per garantire continuità ai servizi.

RUOLO DEL TERZO SETTORE E CO-PROGETTAZIONE

Il Piano di Zona ha rappresentato un contesto istituzionale e territoriale privilegiato per l'operatività del Terzo Settore, che ha contribuito in modo determinante alla lettura dei bisogni emergenti e alla programmazione di risposte adeguate. L'attivazione di diversi tavoli di co-progettazione hanno favorito l'attivazione di interventi congiunti in diverse aree del welfare territoriale, ampliando la capacità di risposta del sistema sociale.

RAFFORZAMENTO DELL'INTEGRAZIONE TRA AMBITO E ASST

Un elemento distintivo del triennio è stato il rafforzamento delle collaborazioni tra Ambito e ASST, concretizzato attraverso la creazione di una Cabina di Regia integrata e la partecipazione a tavoli tematici e organismi consultivi distrettuali. La progettazione integrata di interventi per soggetti con bisogni complessi ha posto le basi per la facilitazione della realizzazione di valutazioni multidimensionali e interventi condivi-

VALUTAZIONE DEI RISULTATI DELLA TRIENNALITÀ 2021-2023

si in ambiti come le misure B1, B2, il progetto Dopo di Noi. Parallelamente, l'apertura delle Case di Comunità sarà l'occasione per consolidare la pianificazione congiunta.

INNOVAZIONE E SUPERVISIONE DEL PERSONALE

L'attivazione delle misure LEPS e la presentazione della progettualità , con ruolo di capofila per i 5 Ambiti territoriali della Provincia pavese, a valere sulla linea di finanziamento 1.1.1.4 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) relativo alla supervisione del personale, ha consentito all'Ambito di strutturare un programma di supporto per oltre 100 operatori tra Assistenti Sociali, Educatori e Psicologi articolato in interventi di supervisione individuale, monoprofessionale e multiprofessionale. Questa iniziativa ha rafforzato le competenze degli operatori e migliorato l'efficacia dell'organizzazione territoriale.

PROGETTUALITÀ E QUOTA PREMIALE

Durante il triennio, l'Ambito in qualità di capofila ha elaborato ed approvato, congiuntamente con gli Ambiti del territorio di Pavia, ATS e ASST, il PROTOCOLLO OPERATIVO DEL PROCEDIMENTO CIVILE DI TUTELA MINORI DELLA PROVINCIA DI PAVIA, protocollo che nasce dalla necessità degli Ambiti territoriali della Provincia pavese di individuare modalità operative condivise ed un linguaggio comune nell'ambito della Tutela minori, sia tra i territori stessi, sia con ATS e ASST . Parallelamente si sono svolti i lavori congiunti che hanno portato all'elaborazione e approvazione del PROTOCOLLO OPERATIVO PER LE DIMISSIONI PROTETTE IN PROVINCIA DI PAVIA, obiettivo del secondo progetto Premiale Sovrizonale presentato, che si integra con il progetto PNRR a valere sulla linea di finanziamento 1.1.3 Dimissioni protette sul territorio Provinciale, avviato nei 5 Ambiti Territoriali Sociali.

LANCIO DEL PNRR E AMPLIAMENTO DELLE COMPETENZE

Con l'avvio del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), oltre al progetto relativo alla Supervisione e Dimissioni Protette, l'Ufficio di Piano ha avviato il progetto PIPPI (Programma di Intervento Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione), iniziativa che mira a prevenire l'allontanamento dei minori dal nucleo familiare, promuovendo interventi di sostegno mirati a rafforzare le competenze genitoriali e a migliorare le dinamiche relazionali in famiglie vulnerabili.

VALUTAZIONE DEI RISULTATI DELLA TRIENNALITÀ 2021-2023

 <p>GLI OBIETTIVI 2021-2023</p>	<p>1. REGIA TERRITORIALE</p> <p>2. LA CO-PROGRAMMAZIONE E LA CO-PROGETTAZIONE</p> <p>3. LA COMUNICAZIONE</p>			
	<p>4. LA GESTIONE ED IL CONSOLIDAMENTO DEL PROGETTO FARE #BENE COMUNE</p>	<p>5. LA DIGITALIZZAZIONE E LA CARTELLA SOCIALE INFORMATIZZATA</p>	<p>6. CONSOLIDAMENTO E AMPLIAMENTO DEGLI SPORTELLI TERRITORIALI</p>	<p>7. POTENZIARE GLI INTERVENTI DI CONTRASTO ALLA POVERTÀ</p>
	<p>8. GLI INTERVENTI A SOSTEGNO DEI MINORI FRAGILI</p>	<p>9. LE INIZIATIVE RIVOLTE AI GIOVANI</p>	<p>10. IL RACCORDO CON LE SCUOLE IN OTTICA DI PREVENZIONE DELLE FRAGILITÀ GIOVANILI</p>	<p>11. SOSTEGNO ALLA DOMICILIAZIONE</p> <p>12. INTERVENTI DI PREVENZIONE DELL'ISOLAMENTO SOCIALE RIVOLTI AGLI ANZIANI</p>
<p>13. INTERVENTI RIVOLTI AL CONTRASTO DELLE DIPENDENZE</p>	<p>14. MANTENIMENTO DEL SOSTEGNO ALLA LEGGE 112/2016</p>	<p>15. SUPPORTO ALLE POLITICHE DI GENERE</p>	<p>16. IMPLEMENTAZIONE DELLE POLICY TERRITORIALI - Progetto "Pavia Città d'acqua" Progetti rivolti alla popolazione giovanile del Distretto</p>	<p>17. CONNETTERE GLI INTERVENTI ABITATIVI DISTRETTUALI</p>

01

REGIA TERRITORIALE

DESCRIZIONE OBIETTIVO

Riconoscere il Consorzio Sociale Pavese quale luogo territoriale privilegiato di proposta, programmazione, progettazione, promozione e coordinamento

GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBBIETTIVO RISPETTO A CIO' CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE

100%

VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI

Non pertinente

LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI

ADEGUATO

LIVELLO DI COINCIDENZA TRA LE RISORSE STANZARE RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE

100%

CRITICITA' RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBBIETTIVO

Il Consorzio Sociale Pavese, pur riconosciuto come punto di riferimento per la programmazione sociale, fatica a raggiungere alcune realtà territoriali specifiche (es. settore scolastico o lavorativo).

QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BOSOGNO PRODUCENTO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?

L'obiettivo ha risposto adeguatamente al bisogno, facendo riconoscere il Consorzio Sociale Pavese come luogo privilegiato per progettazioni e programmazioni sociali sul territorio.

L'OBBIETTIVO ERA IN CONTINUITA' CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE?

SI—evoluzione di azioni del progetto Fare#beneComune

L'OBBIETTIVO VERRÀ' RIPROPOSTO?

SI >> OBIETTIVO N. 01 DELLA NUOVA PROGRAMMAZIONE

02

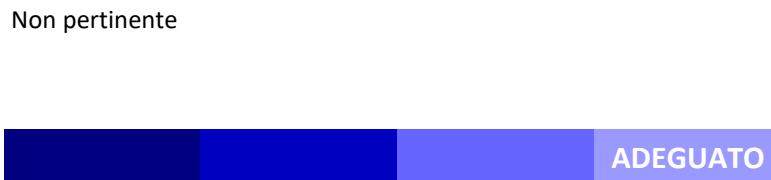
LA CO-PROGRAMMAZIONE E LA CO-PROGETTAZIONE

DESCRIZIONE OBIETTIVO Consolidamento della relazione collaborativa tra ente pubblico e Terzo Settore, proseguendo sul percorso attivato grazie al processo di co-programmazione zonale, individuazione di modalità efficaci di processo e di raccordo con le diverse agenzie territoriali.

**GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBBIETTIVO
RISPETTO A CIO' CHE È STATO DEFINITO NELLA
PROGRAMMAZIONE**

100%

VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI



LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI



LIVELLO DI COINCIDENZA TRA LE RISORSE STANZARE RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE

Non sono state rilevate criticità

CRITICITA' RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBBIETTIVO

QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BOSGNO PRODUCENTO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?

SI, l'attivazione del percorso di Ci-programmazione zonale ed i diversi percorsi di co-progettazione hanno evidenziato una importante risposta alla tematica da parte del territorio.

L'OBBIETTIVO ERA IN CONTINUITA' CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE?

SI— Obiettivo 2 ed evoluzione delle azioni del Progetto Fare#BeneComune

L'OBBIETTIVO VERRÀ' RIPROPOSTO?

SI >> OBIETTIVO N. 01 DELLA NUOVA PROGRAMMAZIONE

03

LA COMUNICAZIONE

DESCRIZIONE OBIETTIVO

Miglioramento della comunicazione sociale quale azione strategico e fondamentale sia nei rapporti con i cittadini, che nei percorsi programmati condivisi con il terzo settore e gli altri enti del territorio.

GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBBIETTIVO RISPETTO A CIO' CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE



60%

VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI

Conoscenza da parte degli attori Sociali e dei Cittadini delle iniziative territoriali

LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI



INADEGUATO

LIVELLO DI COINCIDENZA TRA LE RISORSE STANZARE RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE



100%

CRITICITA' RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBBIETTIVO

Le criticità nella comunicazione in ambito sociale si manifestano nella difficoltà di garantire un raccordo costante tra i diversi attori coinvolti, difficoltà di inividuare canali strutturati per la condivisione delle informazioni con conseguente fatica nel raggiungere target specifici. Resistenza nel passaggio alle nuove modalità di reperimento informazioni e accesso alle misure.

QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BOSOGNO PRODUCENTO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?

L'obiettivo ha risposto parzialmente al bisogno. Come evidenziato durante il percorso di coprogrammazione, una comunicazione efficace, interna ed esterna, resta uno degli obiettivi primari del territorio.

L'OBBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE?

SI— Obiettivo 3 ed evoluzione delle azioni del Progetto Fare#BeneComune

L'OBBIETTIVO VERRÀ' RIPROPOSTO?



SI >> OBIETTIVO N. 02 DELLA NUOVA PROGRAMMAZIONE

04

LA GESTIONE ED IL CONSOLIDAMENTO DEL PROGETTO FARE #BENECOMUNE

DESCRIZIONE OBIETTIVO
Direzione e gestione del Progetto Fare #Bene Comune
Consolidare l'esperienza del Progetto rivolto allo sviluppo del Welfare di Comunità
Consolidare gli interventi di comunità e azioni specifiche del progetto

**GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBBIETTIVO
RISPETTO A CIO' CHE È STATO DEFINITO NELLA
PROGRAMMAZIONE**

100%

VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI Non pertinente

**LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL
RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI**



LIVELLO DI COINCIDENZA TRA LE RISORSE STANZARE RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE



**CRITICITA' RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO
DELL'OBBIETTIVO**

Non sono state rilevate criticità

QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BOSGNO PRODUCENTO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?

L'obiettivo ha risposto adeguatamente al bisogno. La gestione del Progetto Fare #Bene Comune è proseguita fino alla conclusione progettuale. L'Ambito, rilevate le azioni che maggiormente hanno impattato sul territorio ha operato per garantirne la prosecuzione attraverso co-progettazioni mirate .

L'OBBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE?

SI— Obiettivo 3 ed evoluzione delle azioni del Progetto Fare#BeneComune

L'OBBIETTIVO VERRÀ' RIPROPOSTO?

NON DIRETTAMENTE—azioni specifiche in OBIETTIVO N. 4

05

LA DIGITALIZZAZIONE E LA CARTELLA SOCIALE INFORMATIZZATA

DESCRIZIONE OBIETTIVO

Adeguare la CSI alla D.g.r. 2457 del 18/11/2019 e raggiungere, da parte degli operatori sociali, un uso esclusivo della Cartella Sociale Informatizzata.

Implementazione della digitalizzazione dei servizi sul portale dell'Ente

Mantenimento costante dell'aggiornamento dell'anagrafica delle unità di offerta sociali

GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBBIETTIVO RISPETTO A CIO' CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE

75%

VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI

Valutazione effettuata in relazione al n. di cartelle attive ed al n. di misure attivate attraverso i portali istituzionali

LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI

ADEGUATO

LIVELLO DI COINCIDENZA TRA LE RISORSE STANZARE RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE

100%

CRITICITA' RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBBIETTIVO

Benché si sia evidenziato un incremento nell'utilizzo della CSI, il passaggio al completo utilizzo non è stato raggiunto. Ad oggi, la CSI è in fase di aggiornamento a seguito delle Linee PNRR per la Transizione Digitale. Con riferimento alla digitalizzazione dei procedimenti relativi ai servizi, si rileva la criticità di accesso per alcune fasce della popolazione.

QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RI- SPOSTO AD UN BOSGNO PRODUCENTO UN CAM- BIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?

L'obiettivo ha risposto parzialmente al bisogno. Le azioni poste in essere nella triennalità hanno visto l'aumento dell'utilizzo della CSI, anche se non è stato raggiunto il completo utilizzo così come previsto dall'obiettivo triennale. Si rileva la completa mappatura ed aggiornamento dell'Anagrafica delle UDO e della digitalizzazione dell'accesso a tutte le istanze dell'Ambito.

L'OBBIETTIVO ERA IN CONTINUITA' CON LA PRO- GRAMMAZIONE PRECEDENTE?

Parzialmente—obiettivo 7

L'OBBIETTIVO VERRÀ' RIPROPOSTO?

NON DIRETTAMENTE—azioni specifiche in OBIETTIVO N. 2

06

CONSOLIDAMENTO E AMPLIAMENTO DEGLI SPORTELLI TERRITORIALI

DESCRIZIONE OBIETTIVO

Consolidamento della rete dei punti informativi finalizzati all'ascolto delle famiglie, all'orientamento ai servizi del territorio, alla funzione corretta delle misure regionali attivati anche nelle sedi dei Laboratori Sociali ed implementazione della filiera dei punti di accesso territoriali attraverso nuovi punti informativi e di sostegno dedicati a target di popolazione specifica dislocati in tutti i quartieri della città capoluogo e nel territorio dell'ambito

GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBBIETTIVO RISPETTO A CIO' CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE

100%

VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI

Dati degli sportelli rilevati in relazione al grado di soddisfacimento del bisogno (> 80%)

LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI

ADEGUATO

LIVELLO DI COINCIDENZA TRA LE RISORSE STANZARE RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE

100%

CRITICITA' RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBBIETTIVO

Non sono state rilevate criticità

QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BOSGNO PRODUCENTO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?

L'obiettivo ha risposto adeguatamente al bisogno. Le azioni poste in essere nella triennalità hanno visto lo sviluppo degli sportelli quali unità di orientamento ai Cittadini ed alle famiglie capace di intercettare l'area che non accede alla rete istituzionale dei servizi, favorendo la conoscenza delle diverse misure e delle risorse territoriali presenti.

L'OBBIETTIVO ERA IN CONTINUITA' CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE?

Si—obiettivo 1 obiettivo 14 e consolidamento progettualità sperimentale sugli "sportelli famiglia" sviluppato con ATS Pavia

L'OBBIETTIVO VERRÀ' RIPROPOSTO?

SI >> OBIETTIVO N. 4 DELLA NUOVA PROGRAMMAZIONE

07

POTENZIARE GLI INTERVENTI DI CONTRASTO ALLA POVERTÀ'

DESCRIZIONE OBIETTIVO

Agganciare precocemente situazioni di vulnerabilità e impoverimento rafforzando l'azione di informazione, orientamento e accesso ai sostegni e alle opportunità del territorio e potenziare la presa in carico di beneficiari di Reddito di cittadinanza. Sostegno all'attivazione del Centro Diurno Aperto per persone gravemente emarginate e senza dimora che gravitano sul territorio pavese.

GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBBIETTIVO RISPETTO A CIO' CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE

75%

VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI

-

LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI



LIVELLO DI COINCIDENZA TRA LE RISORSE STANZARE RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE

100%

CRITICITA' RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBBIETTIVO

La transizione da un sistema di supporto universale (RDC) a uno basato su criteri selettivi (ADI) ha determinato una significativa riduzione del numero di beneficiari. La nuova impostazione esclude una parte rilevante di individui vulnerabili che continuano a richiedere interventi personalizzati e percorsi strutturati di sostegno e accompagnamento verso l'autonomia.

QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BOSGNO PRODUCENTO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?

L'obiettivo ha risposto al bisogno. Si evidenzia la riduzione dei percettori della misura.

L'OBBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE?

SI - obiettivo 5, obiettivo 6

L'OBBIETTIVO VERRÀ' RIPROPOSTO?

SI >> OBIETTIVO N. 5 DELLA NUOVA PROGRAMMAZIONE

08

GLI INTERVENTI A SOSTEGNO DEI MINORI FRAGILI

DESCRIZIONE OBIETTIVO

Consolidare le pratiche sperimentate sulla presa in carico precoce e sui modelli partecipativi nell'area della tutela dei minori ed implementazione del sostegno alla rete S.A.I.

GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBBIETTIVO RISPETTO A CIO' CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE

100%

VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI



LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI



LIVELLO DI COINCIDENZA TRA LE RISORSE STANZARE RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE

CRITICITA' RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBBIETTIVO

Non sono state rilevate criticità

QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BOSGNO PRODUCENTO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?

L'obiettivo ha risposto al bisogno. Si evidenzia l'attività svolta in qualità di capofila nel progetto premiale Sovrizonale QUALIFICAZIONE DEL SISTEMA DI INTERVENTO A TUTELA DEI MINORI E DELLE LORO FAMIGLIE: PROTOCOLLO OPERATIVO SOCIO-SANITARIO PROVINCIALE, FORMAZIONE E BUONE PRASSI" e l'Attivazione del Progetto P.I.P.P.I grazie ai fondi PNRR.

Nella triennalità è stato attivato il servizio di Pronto Intervento Sociale che ha ulteriormente supportato la gestione dell'accoglienza del MSNA presenti sul territorio..

L'OBBIETTIVO ERA IN CONTINUITA' CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE?

No

L'OBBIETTIVO VERRA' RIPROPOSTO?

SI >> OBIETTIVO N. 7 DELLA NUOVA PROGRAMMAZIONE

09

LE INIZIATIVE RIVOLTE AI GIOVANI

DESCRIZIONE OBIETTIVO

Consolidamento della Co-progettazione Zonale per la messa a sistema di interventi di inclusione sociale e attività di prevenzione dei fenomeni di devianza giovanile
Attivazione delle associazioni sportive e culturali per ampliare l'offerta di partecipazione rivolta a minori che hanno scarse opportunità di crescita e socialità

GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBBIETTIVO RISPETTO A CIO' CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE

75%

VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI



LIVELLO DI COINCIDENZA TRA LE RISORSE STAN- ZARE RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE

100%

CRITICITA' RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBBIETTIVO

Si rilevano difficoltà nel mantenimento costante delle relazioni con le realtà sportive del territorio e della messa in rete delle iniziative territoriali. Tale criticità sarà oggetto di azioni previste nella nuova programmazione zonale.

L'obiettivo ha risposto parzialmente al bisogno.

QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RI- SPOSTO AD UN BOSGNO PRODUCENTO UN CAM- BIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?

L'OBBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PRO- GRAMMAZIONE PRECEDENTE?

Si—obiettivo 9 , obiettivo 11

L'OBBIETTIVO VERRÀ' RIPROPOSTO?

SI >> OBIETTIVO N. 7 DELLA NUOVA PROGRAMMAZIONE

10

IL RACCORDO CON LE SCUOLE IN OTTICA DI PREVENZIONE DELLE FRAGILITÀ GIOVANILI

DESCRIZIONE OBIETTIVO

Riqualificare il rapporto con scuole del territorio, promuovendone un coinvolgimento a livello strategico sui temi della presa in carico precoce di minori e famiglie ed a livello informativo sulla filiera dei servizi.

GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBBIETTIVO RISPETTO A CIO' CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE

75%

VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI

-

LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI



LIVELLO DI COINCIDENZA TRA LE RISORSE STANZARE RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE

100%

CRITICITA' RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBBIETTIVO

Nella triennalità non è stato possibile raggiungere il consolidamento dei Tavoli scuola garantendo l'ampliamento della modalità operativa a tutti gli IC dell'Ambito (linee guida). Si evidenzia l'Attivazione del Progetto P.I.P.P.I grazie ai fondi PNRR che sta ponendo le basi per una riqualificazione della rete con le scuole

QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BOSGNO PRODUCENTO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?

L'obiettivo ha parzialmente al bisogno.

L'OBBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE?

Parzialmente —evoluzione di azioni nate dal progetto Fare#beneComune

L'OBBIETTIVO VERRÀ RIPROPOSTO?

SI >> OBIETTIVO N. 7 DELLA NUOVA PROGRAMMAZIONE

11

SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITÀ'

DESCRIZIONE OBIETTIVO

Potenziare i servizi di sostegno alla domiciliarità rivolti alle diverse tipologie di utenza, puntando sull'integrazione tra sociale e sociosanitario, valorizzando l'erogazione del servizio nell'ottica di una maggiore qualità in risposta alle esigenze dei beneficiari

GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBBIETTIVO RISPETTO A CIO' CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE

100%

VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI

-

LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMA- NE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI

ADEGUATO

LIVELLO DI COINCIDENZA TRA LE RISORSE STAN- ZARE RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE

100%

CRITICITA' RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBBIETTIVO

Non sono state rilevate criticità

QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RI- SPOSTO AD UN BOSGNO PRODUCENTO UN CAM- BIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?

L'obiettivo ha risposto parzialmente al bisogno. Le azioni sono state avviate come previsto dall'obiettivo.

L'OBBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PRO- GRAMMAZIONE PRECEDENTE?

SI, obiettivo 13

L'OBBIETTIVO VERRÀ' RIPROPOSTO?

SI >> OBIETTIVO N. 8 DELLA NUOVA PROGRAMMAZIONE

12

INTERVENTI DI PREVENZIONE DELL'ISOLAMENTO SOCIALE RIVOLTI AGLI ANZIANI

DESCRIZIONE OBIETTIVO

Attivazione di un servizio per il contrasto dell'isolamento sociale, attraverso la creazione di reti, che si collocano accanto alle risposte tradizionali (assistenza domiciliare, servizi residenziali, etc.)

**GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBBIETTIVO
RISPETTO A CIO' CHE È STATO DEFINITO NELLA
PROGRAMMAZIONE**

0%

VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI

-

**LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL
RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI**

NON
ADEGUATO

LIVELLO DI COINCIDENZA TRA LE RISORSE STANZARE RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE



**CRITICITA' RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO
DELL'OBBIETTIVO**

Le attività previste non sono state attivate

QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BOSGNO PRODUCENTO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?

Le attività previste non sono state attivate

L'OBBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE?

NO

L'OBBIETTIVO VERRÀ' RIPROPOSTO?

SI >> OBIETTIVO N. 8 DELLA NUOVA PROGRAMMAZIONE

13

INTERVENTI RIVOLTI AL CONTRASTO DELLE DIPENDENZE

DESCRIZIONE OBIETTIVO

Attuazione di interventi a contrasto delle dipendenze con particolare attenzione all’Azzardo e in forma di prevenzione e di educazione, a fenomeni che producono devianza, emarginazione, deterioramento del tessuto urbano e sociale e che configurano quella che viene comunemente definita “emergenza educativa”.

GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL’OBIETTIVO RISPETTO A CIO’ CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE

100%

VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI

-

LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI

ADEGUATO

LIVELLO DI COINCIDENZA TRA LE RISORSE STANZARE RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE

100%

CRITICITA’ RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL’OBIETTIVO

Con riferimento alle attività dedicate al GAP si segnala la mancata effettiva iscrizione dei Comuni dell’Ambito alla piattaforma S.M.A.R.T. Statistiche, Monitoraggio e Analisi della Raccolta Territoriale del gioco fisico.

QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BOSGNO PRODUCENTO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL’AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?

L’obiettivo ha risposto al bisogno. Le azioni sono state avviate come previsto dall’obiettivo.

L’OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE?

SI, obiettivo 8

L’OBIETTIVO VERRÀ’ RIPROPOSTO?

SI >> OBIETTIVO N. 9 DELLA NUOVA PROGRAMMAZIONE

VALUTAZIONE DEI RISULTATI DELLA TRIENNALITÀ 2021-2023

14

MANTENIMENTO DEL SOSTEGNO ALLA LEGGE 112/2016

DESCRIZIONE OBIETTIVO

Sostenere la vita adulta, dopo di noi e percorsi verso l'autonomia assumendo il tema dell'età adulta e dell'invecchiamento delle persone con disabilità e delle loro famiglie avvicinandosi per tempo alla costruzione di percorsi emancipazione dalla famiglia e favorendo la nascita di opportunità sostenibili di vita indipendente ed abitare in autonomia.

GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBBIETTIVO RISPETTO A CIO' CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE

100%

VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI

-

LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI

ADEGUATO

LIVELLO DI COINCIDENZA TRA LE RISORSE STANZARE RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE

100%

CRITICITA' RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBBIETTIVO

Non sono state rilevate criticità

QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BOSGNO PRODUCENTO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?

L'obiettivo ha risposto al bisogno. Le azioni sono state avviate come previsto. Si evidenzia l'attivazione del percorso di Coprogrammazione per la presentazione del progetto "CASA DELLA LUNA" una sperimentazione di coabitazione per ragazze e ragazzi con autismo e progetti di cui al fondo per l'inclusione delle persone con disabilità - legge 21 maggio 2021, n. 69 (dgr n. xi/7504/2022)

L'OBBIETTIVO ERA IN CONTINUITA' CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE?

SI, obiettivo 8

L'OBBIETTIVO VERRÀ' RIPROPOSTO?

SI >> OBIETTIVO N. 10 DELLA NUOVA PROGRAMMAZIONE

15

SUPPORTO ALLE POLITICHE DI GENERE

DESCRIZIONE OBIETTIVO

Supporto alle politiche legate al contrasto della violenza di genere ed alla conciliazione famiglia lavoro proposte dalla Rete Inter istituzionale Territoriale Antiviolenza di Pavia

GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBBIETTIVO RISPETTO A CIO' CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE

100%

VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI



LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMA-

NE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL
RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI

LIVELLO DI COINCIDENZA TRA LE RISORSE STAN-

ZARE RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE

100%

CRITICITA' RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBBIETTIVO

Non sono state rilevate criticità

QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RI- SPOSTO AD UN BOSOGNO PRODUCENTO UN CAM- BIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?

L'obiettivo ha risposto al bisogno. Attraverso l'adesione ai progetti presentati dalla Rete Interistituzionale Territoriale Antiviolenza di Pavia, ha promosso interventi di prevenzione della violenza contro le donne e fornito assistenza e sostegno alle donne vittime di violenza in tutte le fasi del percorso di uscita dal maltrattamento
Adesione alla rete TODES Rete Interistituzionale Territoriale per la prevenzione e il contrasto della violenza fondata sull'orientamento sessuale e sull'identità di genere

L'OBBIETTIVO ERA IN CONTINUITA' CON LA PRO- GRAMMAZIONE PRECEDENTE?

SI, obiettivo 15

L'OBBIETTIVO VERRÀ' RIPROPOSTO?

SI >> OBIETTIVO N. 09 DELLA NUOVA PROGRAMMAZIONE

16

IMPLEMENTAZIONE DELLE POLICY TERRITORIALI - Progetto “Pavia Città d’acqua” Progetti rivolti alla popolazione giovanile del Distretto

DESCRIZIONE OBIETTIVO

Sviluppo di progettualità integrate con soggetti territoriali istituzionalmente competenti su diversi sistemi di governance eliminando gap e sovrapposizioni esistenti al fine riallinciare i diversi processi verso obiettivi strategici comuni valorizzando i percorsi di co-programmazione Consortile.

GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL’OBIETTIVO RISPETTO A CIO’ CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE

100%

VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI

-

LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI

ADEGUATO

LIVELLO DI COINCIDENZA TRA LE RISORSE STANZARE RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE

100%

CRITICITA’ RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL’OBIETTIVO

Non sono state rilevate criticità

QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BOSGNO PRODUCENTO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL’AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?

L’obiettivo ha risposto al bisogno. Le azioni sono state avviate come previsto dall’obiettivo.

L’OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE?

NO, tuttavia l’obiettivo è l’evoluzione del percorso intrapreso grazie al progetto Fare#BeneComune e del percorso di co-progettazione

L’OBIETTIVO VERRÀ RIPROPOSTO?

NON DIRETTAMENTE—azioni specifiche in OBIETTIVO N. 1 E 7

17

CONNETTERE GLI INTERVENTI ABITATIVI DISTRETTUALI

DESCRIZIONE OBIETTIVO

Consolidare la rete di soggetti operanti sul territorio al fine di favorire lo svolgimento dei compiti istituzionali assegnati, in particolare in riferimento alla L.R.16/2016, e per supportare il governo delle politiche abitative in una logica integrata.
Gestione dei Bandi inerenti alle misure per l'emergenza abitativa e il sostegno alla locazione.

GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBBIETTIVO RISPETTO A CIO' CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE

100%

VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI

-

LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI

ADEGUATO

LIVELLO DI COINCIDENZA TRA LE RISORSE STANZARE RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE

100%

CRITICITA' RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBBIETTIVO

Si rileva la necessità di potenziare la comunicazione tra i diversi attori territoriali.

QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BOSGNO PRODUCENTO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?

L'obiettivo ha parzialmente risposto al bisogno. L'obiettivo sarà riproposto al fine di proseguire ed implementare le azioni

L'OBBIETTIVO ERA IN CONTINUITA' CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE?

SI

L'OBBIETTIVO VERRÀ RIPROPOSTO?

SI >> OBIETTIVO N. 11 DELLA NUOVA PROGRAMMAZIONE

VALUTAZIONE DEI RISULTATI DELLA TRIENNALITÀ 2021-2023

LA GOVERNANCE DEL PIANO DI ZONA **44**

ANALISI DEI SOGGETTI E DELLE RETI PRESENTI SUL
TERRITORIO **50**



IL CONTESTO ISTITUZIONALE ED ORGANIZZATIVO



LA GOVERNANCE DEL PIANO DI ZONA

Il Piano di Zona rappresenta il punto focale delle scelte strategiche, di integrazione delle politiche e di ricomposizione delle risorse e dell'offerta dei servizi.

In tale ottica il modello di governance territoriale rappresenta, insieme alla definizione degli obiettivi, il fulcro della programmazione stessa.

Un processo partecipato tra enti ed agenzie che intervengono nel sociale si pone come reale presidio di efficacia degli interventi qualificando l'azione degli enti e favorendo l'appropriatezza della spesa.

La governance di questo Piano risulta essere in continuità con quello precedente e pone come obiettivo fondamentale del nuovo Piano di Zona il rafforzamento dei rapporti e delle relazioni con tutti gli attori che intervengono attorno ai servizi, alle persone e non solo.

L'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito distrettuale, composta dai 12 Sindaci o delegati dei Comuni del Distretto, è l'organismo politico del Piano di Zona. A tale organo compete la definizione delle strategie di politica sociale del territorio di riferimento ed il controllo sull'attuazione tecnica degli indirizzi, con esercizio anche delle funzioni di vigilanza.

Il funzionamento dell'Assemblea dei Sindaci è normato dai criteri del "Regolamento di funzionamento della conferenza dei sindaci, del consiglio di rappresentanza dei sindaci, dell'assemblea dei sindaci di distretto e dell'assemblea dei sindaci dell'ambito distrettuale" di cui alla DGR n. 5507/16.

All'Assemblea dei Sindaci del Distretto Sociale di Pavia compete:

- l'approvazione dell'Accordo di Programma ed il Piano di Zona triennale, ivi comprese le eventuali successive modifiche;
- la verifica annuale dello stato di raggiungimento degli obiettivi del Piano;

IL CONTESTO ISTITUZIONALE E ORGANIZZATIVO

- l'aggiornamento delle priorità annuali, coerentemente con la programmazione triennale e le risorse disponibili;
- l'approvazione annuale del piano economico-finanziario di preventivo ed il rendiconto di consuntivo;
- l'approvazione dei dati relativi alle rendicontazioni richieste dalla Regione per la trasmissione all'ATS ai fini dell'assolvimento dei debiti informativi;

In data 6 marzo 2009 è stato costituito il **Consorzio Sociale Pavese**, rinnovato per ulteriori 15 anni a partire dall'annualità 2024, comprendente i 12 Comuni facenti parte il Distretto di Pavia che gestisce in autonomia giuridica e patrimoniale il Piano di zona ed i servizi ad esso correlati, quali tutela minorile, segretariato sociale e servizio inserimento lavorativo per soggetti in situazione di fragilità sociale.

Il Consorzio Sociale Pavese assume il ruolo di **Ente Capofila del Distretto** responsabile, quindi, dell'attuazione, attraverso la propria struttura organizzativa, del Piano di Zona così come approvato dall'Assemblea dei Sindaci.

Risulta essere netta, pertanto, la distinzione tra il mandato dell'Assemblea dei Sindaci e quello dell'Assemblea Consortile, organo istituzionale del Consorzio con funzioni di controllo e indirizzo politico-amministrativo.

L'**Ufficio di Piano**, confluito nel Consorzio Sociale Pavese, è l' organismo di supporto tecnico ed esecutivo, garante altresì dei seguenti servizi:

- programmazione, pianificazione e valutazione degli interventi;
- costruzione e gestione del budget;
- amministrazione delle risorse complessivamente assegnate;
- coordinamento della partecipazione dei soggetti sottoscrittori e aderenti all'Accordo di Programma.

Alla luce della LR 23/2015 e s.m.i., gli Uffici di Piano partecipano insieme ad ATS e ASST, ad una specifica Cabina di Regia, istituita presso ciascuna ATS. La Cabina di Regia, avente funzioni consultive rispetto alle attività, persegue l'obiettivo di raccordare le necessità di integrazione e funzionamento della rete sociosanitaria e sociale con i bisogni espressi dal territorio, al fine di ridurre la frammentazione nell'utilizzo delle risorse e nell'erogazione degli interventi per garantire una risposta appropriata ai bisogni di ogni territorio. La Cabina di Regia è quindi il luogo di incontro, confronto e scambio reciproco virtuoso fra gli attori della rete sociale per favorire il coordinamento e l'efficacia degli interventi

IL CONTESTO ISTITUZIONALE E ORGANIZZATIVO

La **Cabina di Regia** ha il compito di raccordare le necessità dell'integrazione e del funzionamento della rete socio-sanitaria con quella sociale, con i bisogni espressi dal territorio e nella fattispecie sanitari e sociosanitari dalle ASST e sociali che sono raccolti dai Piani di zona e dalle assemblee di ambito distrettuale, e trasmessi da queste ai distretti.

Le linee guida per la nuova triennalità di Regione Lombardia, ne precisano nuovamente il ruolo strategico e ne declinano le funzioni in relazione al tema della programmazione zonale, attribuendo a questo organo le seguenti competenze:

- le attività di valutazione multidimensionale rispetto agli interventi complessi, a tutela dei minori, non autosufficienti (es. FNA), area famiglia, in raccordo con le ASST e in integrazione con équipe sociali territoriali;
- l'individuazione di percorsi condivisi tra ATS, ASST e Comuni per una presa in carico integrata, con particolare attenzione alla cronicità, della persona assicurando la continuità assistenziale, senza interruzione delle prestazioni, garantendo l'accesso a tutti i servizi / interventi della rete, utili a rispondere ai bisogni della persona;
- la razionalizzazione dei processi operativi per la presa in carico del bisogno;
- il confronto e scambio informativo tra ATS e Ambiti in relazione al monitoraggio, alla verifica, al controllo degli interventi e dei servizi integrati sociali e sociosanitari e le attività di monitoraggio-controllo relativo all'erogazione e utilizzo delle risorse dei fondi sociali (Fondo Sociale Regionale, FNPS, FNA).

Ciò premesso, nel rispetto del ruolo funzionale degli altri soggetti istituzionali, il Distretto Sociale di Pavia riconosce il ruolo chiave del Terzo Settore rientrante, a pieno titolo, nella progettazione e realizzazione della rete attraverso la costituzione del **Tavolo del Terzo Settore**, esplicitamente configurato quali realtà di consultazione e di confronto permanenti, come avvenuto nelle triennalità precedenti, attraverso la convocazione periodica di incontri volti all'analisi della realtà territoriale e dell'avanzamento della progettazione Distrettuale.

L'Assemblea dei Sindaci del Distretto di Pavia riconosce nelle **Organizzazioni Sindacali** una qualificata rappresentanza delle istanze e dei bisogni delle fasce fragili della popolazione.

Prevede pertanto, con modalità da definire a cura della medesima Assemblea, momenti di confronto annuale con le Organizzazioni Sindacali, riguardanti sia la definizione degli obiettivi annuali, sia il monitoraggio e la verifica dei risultati raggiunti e del processo in itinere per l'integrazione dell'azione sociale e socio-sanitaria, funzionale a rispondere in modo più efficace ai bisogni dei cittadini.

A seguire è illustrata la struttura di governance ipotizzata per la triennalità 2025-2027 che prevede la presenza di diversi soggetti interagenti tra loro.

IL CONTESTO ISTITUZIONALE E ORGANIZZATIVO

CABINA DI REGIA ATS	
Funzione	Composizione
<p>E' garante della continuità e unitarietà dei percorsi di presa in carico delle famiglie e dei componenti con fragilità, con particolare attenzione alle persone con disabilità;</p> <p>Promuove l'utilizzo da parte dei Comuni e di ASST del Progetto di Vita;</p> <p>Collabora alla definizione delle linee guida e dei modelli omogenei per lo sviluppo dell'integrazione dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali in raccordo con la DSS di ASST e dei Distretti;</p> <p>Svolge la funzione di raccordo e coordinamento della Cabina di Regia ASST;</p> <p>Favorisce l'attuazione delle linee d'indirizzo per la programmazione sociale territoriale;</p> <p>Promuove strumenti di monitoraggio degli interventi;</p> <p>Risolve le situazioni di criticità di natura sociale e sociosanitaria riscontrate;</p>	<p>ATS</p> <p>ASST</p> <p>UFFICI DI PIANO</p> <p>RAPPRESENTANTI DEL TERZO SETTORE</p>

CABINA DI REGIA ASST	
Funzione	Composizione
<p>Definisce le modalità di accesso e presa in carico, in particolare per persone croniche e fragili;</p> <p>Determina le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali territoriali e domiciliari in una logica di integrazione delle funzioni e delle risorse;</p> <p>Definisce la programmazione per la realizzazione a livello di distretto della rete d'offerta territoriale con particolare riferimento ai servizi da erogare a seguito della valutazione dei bisogni dell'utenza;</p> <p>Chiamata alla stesura del PPT e a collaborare alla stesura dei PdZ – pertanto è strategico che le due programmazioni vengano definite congiuntamente.</p> <p>La CdR ASST è lo strumento di governance strategico per realizzare la programmazione sociale relativa all'attuazione dei LEPS a forte carattere d'integrazione sociosanitaria.</p>	<p>ATS</p> <p>ASST</p> <p>UFFICI DI PIANO</p>

ASSEMBLEA DEI SINDACI	
Funzione	Composizione
<p>L'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito distrettuale, composta dai 12 Sindaci o delegati dei Comuni del Distretto, è l'organismo politico del Piano di Zona. A tale organo compete la definizione delle strategie di politica sociale del territorio di riferimento ed il controllo sull'attuazione tecnica degli indirizzi, con esercizio anche delle funzioni di vigilanza.</p>	<p>12 SINDACI DEI COMUNI DEL DISTRETTO O DELEGATI</p> <p>Possibile partecipazione di</p> <p>ATS</p> <p>ASST</p>

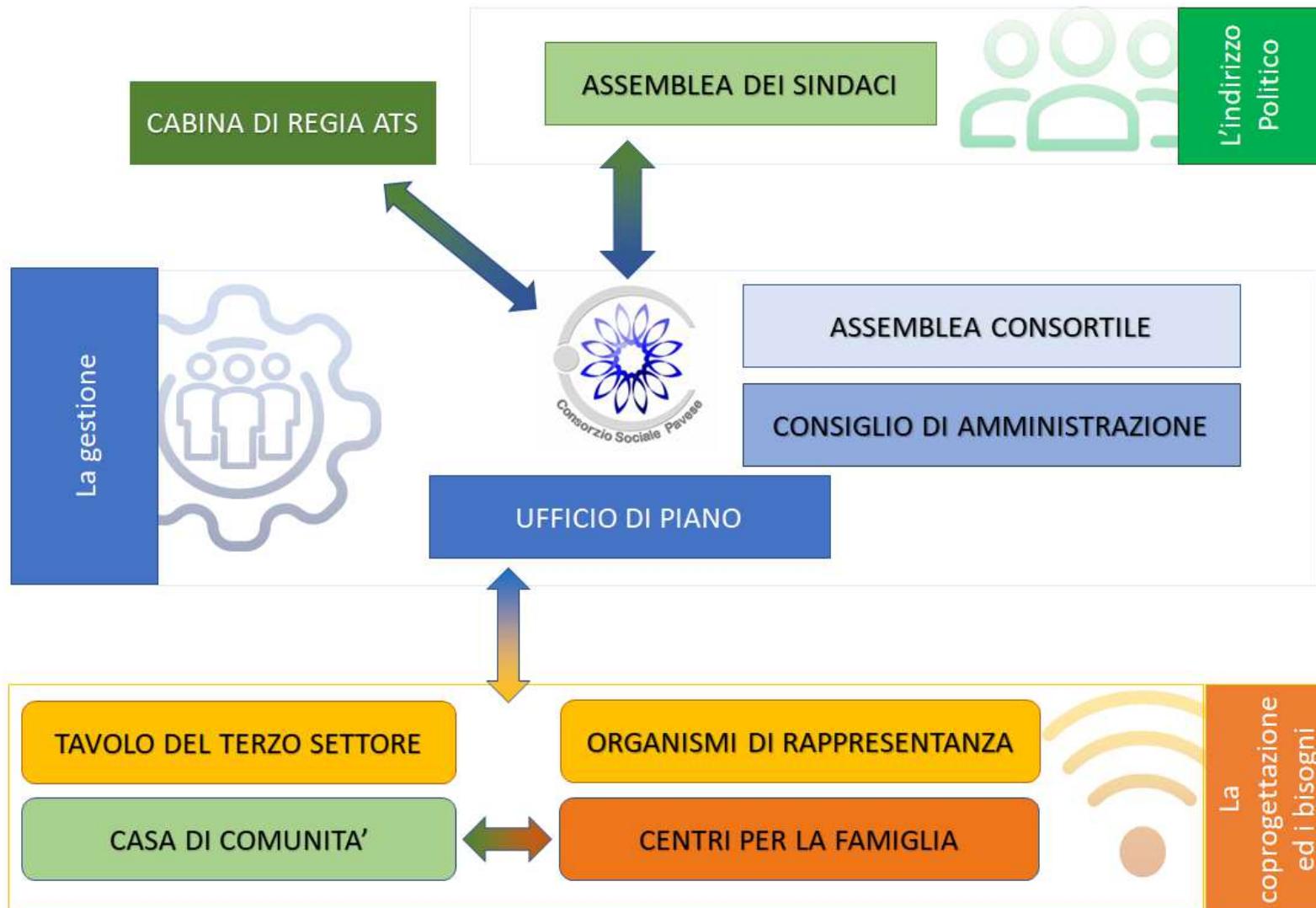
IL CONTESTO ISTITUZIONALE E ORGANIZZATIVO

UFFICIO DI PIANO	
Funzione	Composizione
<p>Organismo di supporto tecnico ed esecutivo, garante altresì dei seguenti servizi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • programmazione, pianificazione e valutazione degli interventi; • costruzione e gestione del budget; • amministrazione delle risorse complessivamente assegnate; • coordinamento della partecipazione dei soggetti sottoscrittori e aderenti all'Accordo di Programma 	<p>1 Direttore 1 Responsabile Ufficio di Piano 2 Assistenti Sociali 1 Psicologo</p> <p>Confluisce all'interno dell'UDP anche l'Ufficio ADI preposto alla gestione degli interventi a contrasto della povertà</p> <p>1 Coordinatore sociale 4 Assistenti Sociali 1 Educatore 3 Amministrativi</p>

TAVOLO DEL TERZO SETTORE	
Funzione	Composizione
Tavolo rappresentativo del Terzo Settore del Distretto, rientrante, a pieno titolo, nella progettazione e realizzazione della rete ed espressamente configurato quale realtà di consultazione e di confronto permanenti, volto all'analisi della realtà territoriale e dell'avanzamento della progettazione Distrettuale.	Soggetti del Terzo settore aderenti dell'Accordo di Programma

ORGANISMI DI RAPPRESENTANZA	
Funzione	Composizione
Rappresentano un essenziale supporto in ordine a una qualificata rappresentanza delle istanze e dei bisogni delle fasce fragili della popolazione ed alla valutazione dell'efficacia delle policy e degli interventi	Organizzazioni Sindacali Altri Organismi di Rappresentanza

IL CONTESTO ISTITUZIONALE E ORGANIZZATIVO



ANALISI DEI SOGGETTI E DELLE RETI PRESENTI SUL TERRITORIO

LE RETI ATTIVE NELL'AMBITO

Nell'Ambito di Pavia sono attive diverse reti istituzionali formalizzate nell'ultimo triennio che garantiscono l'analisi dei bisogni e la connessione dei diversi attori per la definizione di soluzioni ed interventi mirati per le diverse aree di interesse. Accanto alle reti più strutturate, si evidenzia la presenza di circuiti di collaborazione, riflessione e co-progettazione tra pubblico e privato sociale, che si sono consolidate nel corso di questo triennio grazie a progettazioni mirate che hanno potenziato tali collegamenti rendendoli più stabili.

LA RETE INTERISTITUZIONALE TERRITORIALE ANTIVIOLENZA DI PAVIA

"La Rete Interistituzionale Territoriale Antiviolenza di Pavia - di cui il Comune di Pavia risulta ente capofila - è stata attivata dal 2010 con la firma del primo Protocollo di intesa per la promozione di strategie condivise finalizzate alla prevenzione ed al contrasto del fenomeno della violenza nei confronti delle donne. Negli anni, in conformità alla normativa vigente, la Rete è cresciuta mediante l'adesione di Enti e Soggetti attivi nella provincia di Pavia, al fine di armonizzare le azioni e gli interventi per rendere omogeneo il sistema integrato di accesso, accoglienza, valutazione del rischio, presa in carico e protezione della donna vittima di violenza, rispettando le peculiarità territoriali e in linea con le indicazioni nazionali e regionali.

A seguito del rinnovo del Protocollo in data 19/11/2021 e delle integrazioni avvenute in data 27/06/2023 e 14/11/2024, la Rete risulta attualmente composta da n° 34 Soggetti coinvolgendo Enti e Istituzioni pubbliche, presidi ospedalieri e sanitari, forze dell'ordine, soggetti gestori di centri antiviolenza, casa rifugio e strutture di ospitalità, sindacati, ordini professionali e collegi; tutti i Comuni della provincia sono rappresentati attraverso l'adesione dei Piani di Zona

La priorità del lavoro di rete è quella di collocare la donna al centro degli interventi e delle azioni, a partire dal primo accesso e fino alla definizione, concordata con la donna, del percorso personalizzato verso l'autonomia".

IL CONTESTO ISTITUZIONALE E ORGANIZZATIVO

RETE INTERISTITUZIONALE TERRITORIALE PER LA PREVENZIONE E IL CONTRASTO DELLA VIOLENZA FONDATA SULL'ORIENTAMENTO SESSUALE E SULL'IDENTITÀ DI GENERE - DENOMINATA RETE TODES

La Rete Interistituzionale Territoriale per la prevenzione e il contrasto della violenza fondata sull'orientamento sessuale e sull'identità di genere - denominata Rete TODES - è stata attivata con la firma del Protocollo d'Intesa per la promozione di strategie condivise finalizzate alla prevenzione ed al contrasto della violenza fondata sull'orientamento sessuale e sull'identità di genere, in data 05 maggio 2023, rinnovato nel mese di novembre 2024.

La Rete risulta composta da n° 29 Soggetti - tra cui il Comune di Pavia svolge il ruolo di capofila - coinvolgendo Enti e Istituzioni pubbliche, presidi ospedalieri e sanitari, sindacati e ordini professionali, soggetti del Terzo Settore tra cui il Centro contro le discriminazioni motivate da orientamento sessuale e identità di genere gestito da Coming-Aut LGBTI+ Community Center; tutti i Comuni della provincia sono rappresentati attraverso l'adesione dei Piani di Zona.

La Rete Interistituzionale Territoriale è nata nell'ambito della prima edizione del progetto "TODES! – Territorio, Opportunità, Diritti, Eguaglianza, Solidarietà" "TODES! – Territorio, Opportunità, Diritti, Eguaglianza, Solidarietà" sviluppato nel 2022 e conclusosi nel giugno 2023 con il contributo di UNAR (Ufficio per la Promozione della Parità di Trattamento e la Rimozione delle Discriminazioni Fondate sulla Razza o sull'Origine Etnica), Dipartimento per le Pari Opportunità, Presidenza del Consiglio dei Ministri, che ha portato alla costituzione di un partenariato tra 7 enti tra cui Coming -Aut LGBTI+ Community Center APS in qualità di ente capofila.

RETE DI INDIRIZZO PER IL SOSTEGNO DEI SERVIZI E DELLE AZIONI PER LA PREVENZIONE E IL CONTRASTO DEL FENOMENO DELLA VIOLENZA NEI CONFRONTI DELLE DONNE

La Rete di indirizzo, a governance ATS, si occupa di favorire l'uniformità territoriale tra i diversi livelli di programmazione, sociosanitaria e sociale, per il sostegno dei servizi e delle azioni per la prevenzione e il contrasto del fenomeno della violenza nei confronti delle donne, in particolare su tematiche emergenti (ad esempio presa in carico di donne disabili, donne con problemi di dipendenza o che necessitano di un supporto clinico-psichiatrico, ecc.), nonché di permettere una conoscenza diffusa sul territorio delle problematiche connesse alle azioni di contrasto alla violenza contro le donne, anche attraverso il cofinanziamento e una partecipazione attiva degli Enti.

La costituzione della Rete, definita dal D.D.u.o 2621 del 14/02/2024 che ne individua i componenti, deriva dal raccordo tra l'ATS territoriale (che ha una dimensione provinciale o sovra provinciale e che ha la governance del raccordo tra la programmazione sociosanitaria e la programmazione sociale, anche attraverso le Cabine di Regia), i Comuni capofila delle reti nonché i soggetti gestori di CAV/CR (regolarmente iscritti all'albo regionale dei centri antiviolenza e delle case rifugio) che insistono sul territorio di pertinenza della ATS stessa.

IL CONTESTO ISTITUZIONALE E ORGANIZZATIVO

TAVOLO FRAGILITÀ

Costituito nel 2021 a seguito dell'emergenza sanitaria, Il Tavolo nasce tutelare le categorie più fragili della cittadinanza, e in particolare le persone senza fissa dimora, nonché per programmare gli interventi di sostegno, evitando sovrapposizioni e ottimizzando le azioni tramite un approccio non solo emergenziale. A conclusione della fase emergenziale si è manifestata la necessità di istituire un gruppo di lavoro permanente, ampliando l'attenzione sui soggetti fragili. La finalità di questo tavolo, infatti, grazie al lavoro di rete dei diversi stakeholder forieri di conoscenze e risorse, è quello di dotare il territorio di un ulteriore strumento per fronteggiare i diversi bisogni di cui sono portatori i soggetti più bisognosi della Città

TAVOLO INTERISTITUZIONALE TERRITORIALE AUTISMO PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO OPERATIVO REGIONALE AUTISMO

Ai fini della realizzazione di un modello di presa in carico che attivi percorsi adeguati alle diverse fasi della vita ed al modificarsi delle esigenze sanitarie, sociosanitarie e sociali delle persone con diagnosi di disturbo dello spettro autistico, in linea con il Piano Operativo regionale Autismo (POA), è stata istituita a partire dall'annualità 2022 una rete territoriale integrata costituita da enti pubblici e privati, realtà del Terzo settore e associazioni di promozione sociale con specifica esperienza nel settore.

Obiettivi del Tavolo sono:

- rilevare e analizzare i servizi e le diverse risorse presenti nel territorio dell'ATS Pavia da coinvolgere;
- proporre e condividere le modalità operative nel territorio dell'ATS Pavia per conseguire le finalità e gli obiettivi previsti;
- definire le azioni in capo ai diversi soggetti componenti la rete territoriale dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali competenti nella presa in carico delle persone con disturbo dello spettro autistico in età evolutive e in età adulta;
- definire le modalità di monitoraggio e verifica dell'implementazione delle attività previste da ciascuna delle fasi stabilite dal POA;
- elaborare i piani comunicativi per la diffusione delle informazioni e delle procedure inerenti i percorsi definiti a livello territoriale;

RETE DIFFUSA DIPENDENZE – RE. DI. DI.

È costituita presso l'ATS di Pavia la Rete Diffusa Dipendenze (Re.Di.Di.) al fine di promuovere e organizzare l'interazione dell'attività erogativa delle diverse componenti pubbliche e dei soggetti privati accreditati con l'obiettivo di ridurre le conseguenze sulla salute e i costi individuali e sociali derivanti dall'utilizzo non terapeutico di sostanze psicotropiche e dai comportamenti a rischio di dipendenza.

IL CONTESTO ISTITUZIONALE E ORGANIZZATIVO

PIANO LOCALE DI CONTRASTO AL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO—COSTITUZIONE DEL GRUPPO DEI REFERENTI DEGLI SPAZI TERRITORIALI DI AMBITO (STA)

Obiettivo del Gruppo è la collaborazione per la realizzazione delle attività progettuali con particolare attenzione al raccordo tra le attività sanitarie, sociosanitarie e sociali promosse nel territorio in sinergia tra ATS Pavia, ASST Pavia, gli Enti Locali e le Istituzioni Scolastiche, nonché le azioni trasversali previste dal Piano Locale GAP. L'assunzione congiunta della regia da parte dell'ATS di Pavia e dell'Ambito assicura un livello di coordinamento funzionale:

- all'omogeneizzazione delle azioni sui vari territori degli Ambiti Distrettuali;
- alla riduzione di rischio di sovrapposizioni;
- alla garanzia nel contesto della presa in carico socio sanitaria;
- all'integrazione con le attività di sostegno sociale dirette alla persona e alla sua famiglia.

RETE PER IL PENALE MINORILE “BRUCIARE I TEMPI”

La rete è costituita dai 5 Ambiti della Provincia di Pavia, dalla Procura della Repubblica per i Minorenni, dalla Questura di Pavia e dal Comando Provinciale Carabinieri Pavia. La finalità dell'azione di rete, formalizzata attraverso la sottoscrizione di un apposito protocollo, è l'accorciamento dei tempi dei procedimenti penali che coinvolgono minori, consentendo interventi tempestivi a sostegno e riducendo il rischio di recidive e emulazioni.

TAVOLO TECNICO— PROTOCOLLO OPERATIVO DEL PROCEDIMENTO CIVILE DI TUTELA MINORI DELLA PROVINCIA DI PAVIA

A seguito dell'approvazione del PROTOCOLLO OPERATIVO DEL PROCEDIMENTO CIVILE DI TUTELA MINORI DELLA PROVINCIA DI PAVIA finalizzato a rendere maggiormente omogenei, efficaci e appropriati gli interventi in favore di minori e famiglie in situazione di rischio o pregiudizio, potenziando l'integrazione delle azioni promosse a livello sociale e sanitario dagli attori istituzionali, la conoscenza dei processi, degli strumenti e delle prassi di intervento, nonché la presa in carico multidisciplinare è stato costituito il Tavolo Tecnico-Operativo (TTO) permanente in materia di Tutela Minori, formato da operatori referenti di ciascun Ambito Territoriale, di ATS e di ASST.

Il coordinamento e la governance competono al Consorzio Sociale Pavese, capofila dell'Ambito di Pavia, in sinergia con ATS Pavia.

TAVOLO TECNICO— PROTOCOLLO OPERATIVO PER LE DIMISSIONI PROTETTE IN PROVINCIA DI PAVIA

A seguito dell'approvazione del protocollo che ha come oggetto il processo di integrazione dell'azione sociale e socio-sanitaria nell'attuazio-

IL CONTESTO ISTITUZIONALE E ORGANIZZATIVO

ne delle dimissioni protette di soggetti fragili, non autosufficienti, affetti da più patologie croniche, da limitazioni funzionali e/o disabilità, da vulnerabilità sociale e/o con bisogni assistenziali complessi, per i quali è necessario un accompagnamento alla dimissione ospedaliera e la predisposizione di un percorso protetto di continuità assistenziale ospedale-territorio, funzionale a favorire il benessere della persona e della sua famiglia è stato costituito il Tavolo Tecnico-operativo permanente in materia di dimissioni protette a rischio sociale, formato da operatori referenti di ciascun Ambito Territoriale, di ATS e di ASST.

Il coordinamento e la governance della sperimentazione competono al Comune di Siziano, capofila dell'Ambito dell'Alto e Basso Pavese, in sinergia con ATS Pavia.

LA RETE DELL'OFFERTA SOCIO-ASSISTENZIALE PUBBLICA E PRIVATA NELL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI PAVIA

Con le Delibere di Giunta Regionale n. 7437 del 13 giugno 2008 e n. 45 del 23 aprile 2018, Regione Lombardia ha attuato quanto previsto dall'art. 4, comma 2, della Legge Regionale 3/2008, procedendo all'identificazione delle Unità d'Offerta Sociali. Queste ultime includono una rete di servizi e strutture, sia diurne sia residenziali, progettate per rispondere alle esigenze di cura e assistenza delle persone in ogni fase della vita. Operano seguendo la programmazione locale e regionale, rispettando standard specifici che ne regolano gli aspetti gestionali, organizzativi e strutturali.

La tabella a seguire riportata presenta le Unità d'Offerta attive nell'Ambito di Pavia inserite in AFAM alla data del 30 ottobre 2024, suddivise tra Enti Gestori Pubblici e Privati.

A seguire, l'elenco delle Unità di offerta sociali:

Anno 2024	Totale Ambito	totale posti autorizzati	pubblico	posti autorizzati	privato	posti autorizzati
Area Minori						
ASILO NIDO	37	1186	12	469	25	717
NIDO FAMIGLIA	4	20	0	0	4	20
MICRO NIDO	3	30	0	0	3	30
CENTRO PRIMA INFANZIA	1	20	0	0	1	20
COMUNITÀ FAMILIARE	5	22	0	0	5	22

IL CONTESTO ISTITUZIONALE E ORGANIZZATIVO

Anno 2024	Totale Ambito	totale posti autorizzati	pubblico	posti autorizzati	privato	posti autorizzati
Area Minori						
COMUNITA EDUCATIVA	19	157	0	0	19	157
CENTRO RICREATIVO DIURNO PER MINORI	17	n/d	6	n/d	11	n/d
ALLOGGIO PER AUTONOMIA	17	61	0	0	17	61
Area Anziani						
ALLOGGIO PROTETTO ANZIANI	8	170	1	10	7	160
COMUNITA ALLOGGIO SOCIALE ANZIANI	1	9	0	0	1	9
Area Disabili						
CENTRO SOCIO EDUCATIVO	1	15	0	0	1	15
COMUNITA ALLOGGIO DISABILI	6	53	0	0	6	53
SERVIZIO DI FORMAZIONE AUTONOMIA	1	35	1	35	0	0

Dati Struttura - Tipologia Unita' d'Offerta	Denominazione Unita' d'Offerta	Posti struttura	Localita'
ALLOGGIO PER AUTONOMIA	RONDINI	5	CAVA MANARA
ALLOGGIO PER AUTONOMIA	GENZIANE	3	PAVIA
ALLOGGIO PER AUTONOMIA	FIORDALISO	3	PAVIA
ALLOGGIO PER AUTONOMIA	COMUNITA' ALLOGGIO OCCHIENA	3	PAVIA
ALLOGGIO PER AUTONOMIA	UNA BUSSOLA PER PROSEGUIRE	3	PAVIA
ALLOGGIO PER AUTONOMIA	GIRASOLI	5	PAVIA
ALLOGGIO PER AUTONOMIA	FARO	5	PAVIA
ALLOGGIO PER AUTONOMIA	ALLOGGIO PER L'AUTONOMIA GIORDANI	3	PAVIA
<hr/>			
ALLOGGIO PROTETTO ANZIANI	AZALEA	5	PAVIA
ALLOGGIO PROTETTO ANZIANI	GIGLIO	2	PAVIA
ALLOGGIO PROTETTO ANZIANI	GIRASOLE	2	PAVIA
ALLOGGIO PROTETTO ANZIANI	ALLOGGI PROTETTI PER ANZIANI GLICINE A TULIPANI	4	PAVIA
ALLOGGIO PROTETTO ANZIANI	ARCOBALENO	117	PAVIA
ALLOGGIO PROTETTO ANZIANI	APPARTAMENTI PROTETTI ASP ISTITUZIONI ASSISTENZIALI RIUNITE DI PAVIA	10	PAVIA
ALLOGGIO PROTETTO ANZIANI	ARCOBALENO PARC	13	PAVIA

IL CONTESTO ISTITUZIONALE E ORGANIZZATIVO

Dati Struttura - Tipologia Unita' d'Offerta	Denominazione Unita' d'Offerta	Posti struttura	Localita'
ASILO NIDO	ASILO NIDO COMUNALE "ERCOLINA PANIGADA"	43	PAVIA
ASILO NIDO	ALBERO AZZURRO	18	PAVIA
ASILO NIDO	BARBIERI	60	PAVIA
ASILO NIDO	ASILO NIDO COMUNALE MARTINELLI	60	PAVIA
ASILO NIDO	RODARI	53	PAVIA
ASILO NIDO	LA CULLA	43	PAVIA
ASILO NIDO	IL PICCOLO PRINCIPE	20	PAVIA
ASILO NIDO	CASALI	34	PAVIA
ASILO NIDO	ASILO NIDO LA SPIGA	30	PAVIA
ASILO NIDO	QUI QUO QUA	24	PAVIA
ASILO NIDO	ASILO NIDO COMUNALE NEGRI	34	PAVIA
ASILO NIDO	IL CUCCIOLINO	40	PAVIA
ASILO NIDO	PINCOPALLINA	32	PAVIA
ASILO NIDO	ASILO NIDO	25	PAVIA
ASILO NIDO	COLLODI	40	PAVIA
ASILO NIDO	ASILO NIDO COMUNALE "TIPI VISPI"	29	PAVIA
ASILO NIDO	ASILO NIDO LA GIRANDOLA	50	PAVIA
ASILO NIDO	NIDO LIA BOLOCAN	55	PAVIA
ASILO NIDO	IL NIDO DI ZERBOLO'	26	PAVIA
ASILO NIDO	I NANETTI	30	PAVIA
ASILO NIDO	GIÒ E MILLA	29	PAVIA
ASILO NIDO	ASILO NIDO MARY POPPINS	28	SAN GENESIO ED UNITI
ASILO NIDO	IL GIARDINO DI ARIILÙ	20	SAN GENESIO ED UNITI
ASILO NIDO	NIDO COLLODI	45	SAN MARTINO SICCOMARIO
ASILO NIDO	MARY POPPINS +	24	SOMMO

IL CONTESTO ISTITUZIONALE E ORGANIZZATIVO

Dati Struttura - Tipologia Unita' d'Offerta	Denominazione Unita' d'Offerta	Posti struttura	Localita'
CENTRO PRIMA INFANZIA	LA TORRETTA	20	TORRE D'ISOLA
CENTRO SOCIO EDUCATIVO	SAMARKANDA	15	PAVIA
COMUNITA ALLOGGIO DISABILI	CASA SILVANA	10	PAVIA
COMUNITA ALLOGGIO DISABILI	LOGHETTO	8	PAVIA
COMUNITA ALLOGGIO DISABILI	VILLA TICINUM	10	PAVIA
COMUNITA ALLOGGIO DISABILI	CASA ADELIA	10	PAVIA
COMUNITA ALLOGGIO SOCIALE ANZIANI	VILLA VERSIGLIA	9	ZERBOLO'
COMUNITA EDUCATIVA	COMUNITA' ALLOGGIO GARIBOLDI	10	PAVIA
COMUNITA EDUCATIVA	GABBIANE	8	CAVA MANARA
COMUNITA EDUCATIVA	CASA MIRIAM	10	ZINASCO
COMUNITA EDUCATIVA	CASA SAN MICHELE - COMUNITA' EDUCATIVA	9	ZINASCO
COMUNITA EDUCATIVA	COMUNITA' ALLOGGIO VICUNA	9	PAVIA
COMUNITA EDUCATIVA	COMUNITA' ALLOGGIO ROMANELLO	8	CAVA MANARA
COMUNITA EDUCATIVA	COMUNITA' EDUCATIVA SAN MARTINO	9	PAVIA
COMUNITA EDUCATIVA	COMUNITA' ALLOGGIO TORTI	10	TRAVACO' SICCOMA-
COMUNITA EDUCATIVA	COMUNITA' ALLOGGIO SAVIO	7	PAVIA
COMUNITA EDUCATIVA	COMUNITA' EDUCATIVA VILLA EDVIGE	6	PAVIA
COMUNITA EDUCATIVA	COMUNITA' EDUCATIVA LA CASA DI CESARE	10	ZINASCO
COMUNITA EDUCATIVA	CASA MINI TA	10	ZINASCO
COMUNITA FAMILIARE	L'ALBERO DELLA MACEDONIA C	3	PAVIA
COMUNITA FAMILIARE	L'ALBERO DELLA MACEDONIA H	3	PAVIA
COMUNITA FAMILIARE	CASA HOMER	6	SAN MARTINO SICCO-
COMUNITA FAMILIARE	OASI BETLEMME	4	PAVIA

IL CONTESTO ISTITUZIONALE E ORGANIZZATIVO

Dati Struttura - Tipologia Unita' d'Offerta	Denominazione Unita' d'Offerta	Posti struttura	Localita'
MICRO NIDO	BABY WORLD S.N.C. DI LAMBRESA LAURA&C.	10	SAN GENESIO ED UNITI
MICRO NIDO	MICRONIDO C'ERA UNA VOLTA	10	SAN MARTINO SICCOMARIO
Dati Struttura - Tipologia Unita' d'Offerta	Denominazione Unita' d'Offerta	Posti struttura	Localita'
NIDO FAMIGLIA	LE TARTALLEGRE	5	SAN MARTINO SICCOMARIO
Dati Struttura - Tipologia Unita' d'Offerta	Denominazione Unita' d'Offerta	Posti struttura	Localita'
SERVIZIO DI FORMAZIONE AUTONOMIA	IL BORGO	35	PAVIA

LA RETE DELL'OFFERTA SOCIO-SANITARIA NELL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI PAVIA

Il Sistema Sanitario Lombardo è costituito oltre che dai Servizi Sanitari Ospedalieri ed Ambulatoriali territoriali, dalle Unità di Offerta Sociosanitarie, residenziali, semiresidenziali ed ambulatoriali, per la presa in cura dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e/o disabilità o fragilità.

Presso le Unità di Offerta Sociosanitarie, al fine di rispondere alla complessità dell'ospite, sono erogate le prestazioni Socio Sanitarie già definite dal D.Lgs 229/1999, che comprendono tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

CENTRO DIURNO DISABILI - CDD	COMUNE
IL TORCHIETTO	PAVIA
IL NAVIGLIO	PAVIA
LE BETULLE	PAVIA
ARCOBALENO	CAVA MANARA

IL CONTESTO ISTITUZIONALE E ORGANIZZATIVO

CENTRO DIURNO DISABILI - CDD	COMUNE
IL TORCHIETTO	PAVIA
IL NAVIGLIO	PAVIA
LE BETULLE	PAVIA
ARCOBALENO	CAVA MANARA
Centri Diurni Integrati - CDI	COMUNE
CDI COOPERATIVA SOCIALE ARCOBALENO	CAVA MANARA
"CDI ""FRANCESCO PERTUSATI"""	PAVIA
CDI VILLA FLAVIA	PAVIA
CDI ISTITUTO DI ASSISTENZA E CURA SANTA MARGHERITA	PAVIA
"CDI ""IL NOVELLO - DON FRANCO COMASCHI"""	TRAVACO' SICCOMARIO
COMUNITA' SOCIO SANITARIA ASSISTENZIALE	COMUNE
CASA ADELIA	PAVIA
CASCINA LOGHETTO	PAVIA
CASA SILVANA	PAVIA
VILLA TICINUM	PAVIA
RESIDENZE SANITARIO ASSISTENZIALI PER DISABILI - RSD	COMUNE
AIRONE	PAVIA
GEROLAMO EMILIANI	PAVIA

IL CONTESTO ISTITUZIONALE E ORGANIZZATIVO

STRUTTURE DI RIABILITAZIONE	COMUNE
CASA DI RIPOSO FRANCESCO PERTUSATI	PAVIA
R.S.A. ARCOBALENO SOLE	CAVA MANARA
RSA	COMUNE
R.S.A. ARCOBALENO SOLE	CAVA MANARA
ARCOBALENO PLUS	CAVA MANARA
R.S.A. ARCOBALENO LUNA	CAVA MANARA
CASA DI RIPOSO FRANCESCO PERTUSATI	PAVIA
RSA S. CROCE	PAVIA
RSA NUCLEI ALZHEIMER	COMUNE
R.S.A. ARCOBALENO LUNA	CAVA MANARA
CASA DI RIPOSO FRANCESCO PERTUSATI	PAVIA
Strutture con Nuclei per Stati Vegetativi	COMUNE
CASA DI RIPOSO FRANCESCO PERTUSATI	PAVIA
ARCOBALENO SOLE	CAVA MANARA
Elenco degli enti per l'Assistenza Domiciliare Integrata - ADI	COMUNE
A.S.P. PAVIA	PAVIA
COOPERA SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE ONLUS	PAVIA
ASS.PAVESE PER LA CURA DEL DOLORE LINO SARTORI ONLUS	PAVIA

IL CONTESTO ISTITUZIONALE E ORGANIZZATIVO

Comunità che operano nel settore delle dipendenze	COMUNE
COMUNITA' CASA DEL GIOVANE	PAVIA
COMUNITA' CASA ACCOGLIENZA	PAVIA
CASCINA CONTIGLIARA CRESCERE INSIEME	PAVIA
CASA BOSELLI	PAVIA
COMUNITA' IN & OUT	PAVIA
Ser.T - Servizi per le Tossicodipendenze	COMUNE
SER.T - PAVESE E OLTREPO sede di Pavia	PAVIA
HOSPICE	COMUNE
HOSPICE ISTITUTO DI ASSISTENZA E CURA SANTA MARGHERITA	PAVIA

CONTESTO DEMOGRAFICO E SOCIOSANITARIO DEL TERRITORIO DELLA PROVINCIA DI PAVIA	64
CONTESTO SOCIO -ECONOMICO DELLA PROVINCIA DI PAVIA	104
MERCATO DEL LAVORO IN PROVINCIA DI PAVIA	107
ANALISI DELLA SPESA SOCIALE DISTRETTUALE	109
CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO DEL DISTRETTO	113



IL CONTESTO SOCIO - DEMOGRAFICO



CONTESTO DEMOGRAFICO, SOCIOSANITARIO DEL TERRITORIO DELLA PROVINCIA DI PAVIA

I dati di seguito riportati rappresentano l'analisi epidemiologica predisposta dalla SC Epidemiologia dell'ATS di Pavia. Tali dati possono essere di interesse nella definizione del contesto socio-sanitario del territorio dell'Ambito di Pavia.

L'ATS di Pavia opera su un territorio coincidente con quello della Provincia, con una popolazione complessiva di 539.239 abitanti residenti al 01/01/2024 (Fonte : Geodemo ISTAT). Il territorio di riferimento dell'ATS di Pavia è il terzo della Lombardia per estensione (2.960 kmq), rappresenta il 12,5% del territorio lombardo, ha una densità di circa 184 ab/Kmq e risulta suddiviso in 186 Comuni.

La provincia di Pavia è per il 74% pianeggiante, per il 16% collinare e per il restante 10% montuosa.

E' presente un solo Distretto sociosanitario coincidente con l'unica ASST e i 186 Comuni sono organizzati nei seguenti 5 Ambiti Territoriali :

- Lomellina (51 Comuni)
- Pavia (12 Comuni)
- Altro e Basso Pavese (48 Comuni)
- Broni – Casteggio (49 Comuni)
- Voghera Comunità Montana Oltrepò Pavese (26 Comuni)

SEZIONE A: DEMOGRAFIA, TERRITORIO & STATO DI SALUTE

L'indice di vecchiaia dell'Ambito di Pavia (228,2) evidenzia una popolazione più anziana rispetto alla media provinciale (211,7), ponendo sfide significative per la pianificazione dei servizi socio-sanitari. Il tasso di natalità (7,4) è il più alto tra i distretti, indicando una dinamica demogra-

IL CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO

fica più equilibrata. Tuttavia, la dipendenza strutturale (51,4) e quella anziana (30,4) suggeriscono una pressione moderata sul sistema di welfare rispetto ad altri ambiti.

Tabella 1 - Indici demografici per setting provinciale, regionale e nazionale

Indicatori	Anno riferimento	Pavia	Lombardia	Italia
Tasso di natalità	2023*	6,0	6,6	6,4
Numero medio di figli per donna	2023**	1,17	1,21	1,20
Indice di vecchiaia	2023	211,7	182,0	193,1
Indice di mortalità	2023*	13,3	10,3	11,2
Età media	2023	47,3	46,0	46,4

*dato provvisorio, ** Stima – Fonte: Geodemo ISTAT

Tabella 2 - Indici demografici stratificati per i 5 Distretti di ATS Pavia

Indicatori	Provincia	Lomellina	Alto e Bassopavese	Pavia	Broni Casteggio	Voghera- C. Montana Oltrepò P.
Indice di vecchiaia	211,7	221,2	145,4	228,2	245,7	281,2
Tasso di mortalità	13,3	14,6	9,6	12,6	15,6	15,6
Tasso di natalità	6,4	6,1	7,4	6,5	6,3	5,1
Dipendenza strutturale	58,4	60,2	57,4	51,4	62,6	65,1
Dipendenza anziani	39,7	41,4	39,9	30,4	44,5	48

IL CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO

Tabella 3 – Popolazione assistita della Provincia di Pavia con stratificazione per fascia di età e genere

Genere	0-17	18-64	65-74	75+	Totale
F	36.475	158.743	30.875	50.840	276.933
M	38.643	161.057	28.820	33.921	262.441
Totale	75.118	319.800	59.695	84.761	539.374

Tabella 4 - Popolazione assistita della Provincia di Pavia con stratificazione per fascia di età e distretto

Distretto	0-17	18-64	65-74	75+	Totale
Alto e Basso Pavese	19.707	75.557	13.163	13.812	122.239
Broni Casteggio	9.058	39.704	9.137	10.798	68.697
Lomellina	24.407	101.841	21.835	26.479	174.562
Pavia	13.675	64.338	12.761	15.448	106.222
Voghera Comunità Montana Oltrepo P.se	8.271	38.360	8.999	12.024	67.654
Totale	75.118	319.800	65.895	78.561	539.374

Tabella 5 – Età media 2023 - Assistiti residenti o domiciliati della Provincia di Pavia

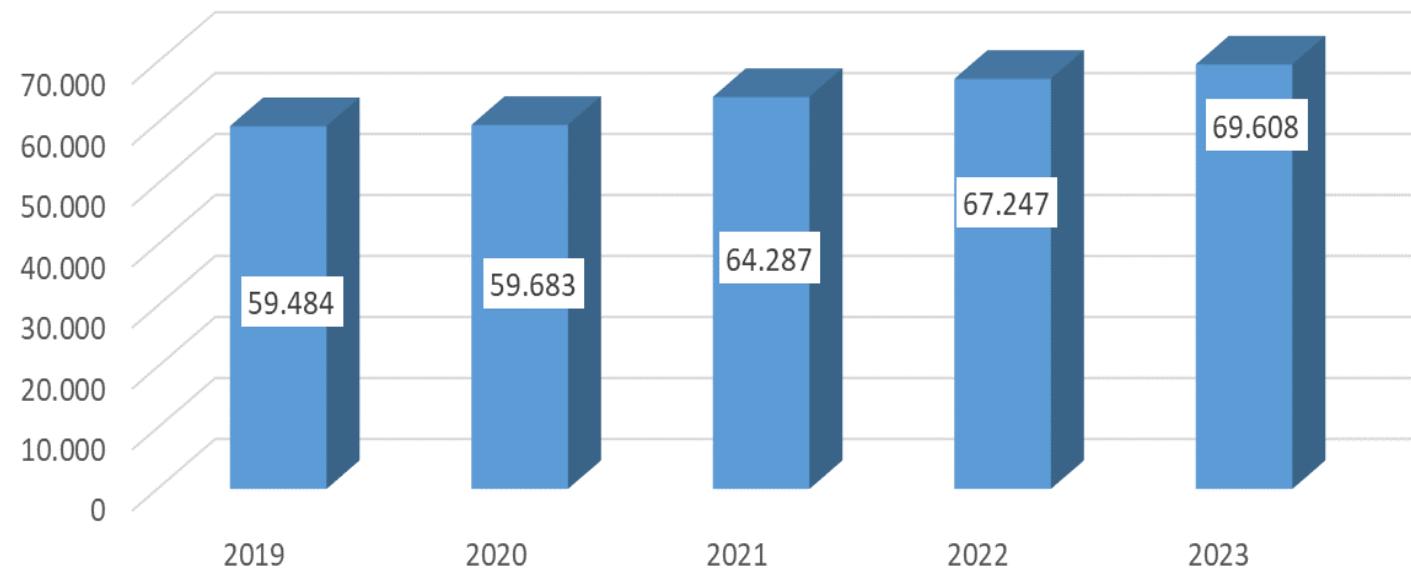
Distretto	Età media
Lomellina	48,3
Pavia	47,8
Alto e Basso Pavese	45,3
Broni Casteggio	49,1
Voghera - C. Montana Oltrepò P.	50,4
Provincia	47,9

IL CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO

Tabella 6 – Densità di popolazione per i 5 Distretti della Provincia di Pavia, anno 2023

Distretto	Assistiti	Superficie (Km2)	Densità (Assistiti per Km2)
Alto e Basso Pavese	122.239	523,1	233,7
Broni Casteggio	68.697	449,6	152,8
Lomellina	174.562	1.104,7	158,0
Pavia	106.222	247,8	428,7
Voghera Comunità Montana Oltrepò P.se	67.654	643,5	105,1
Totale	539.374	2.969	181,7

Grafici 7a, 7b – Assistiti della Provincia di Pavia con cittadinanza straniera, 2019-2023 - Valori assoluti e %



IL CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO

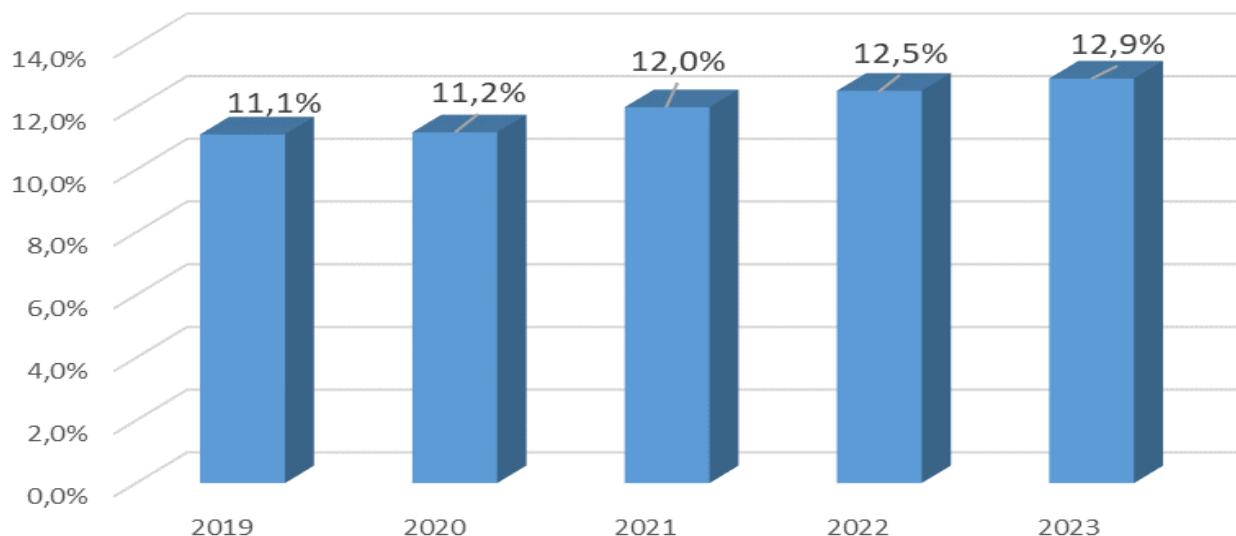


Tabella 8a – Assistiti italiani e stranieri, residenti o domiciliati in Provincia di Pavia, anno 2023

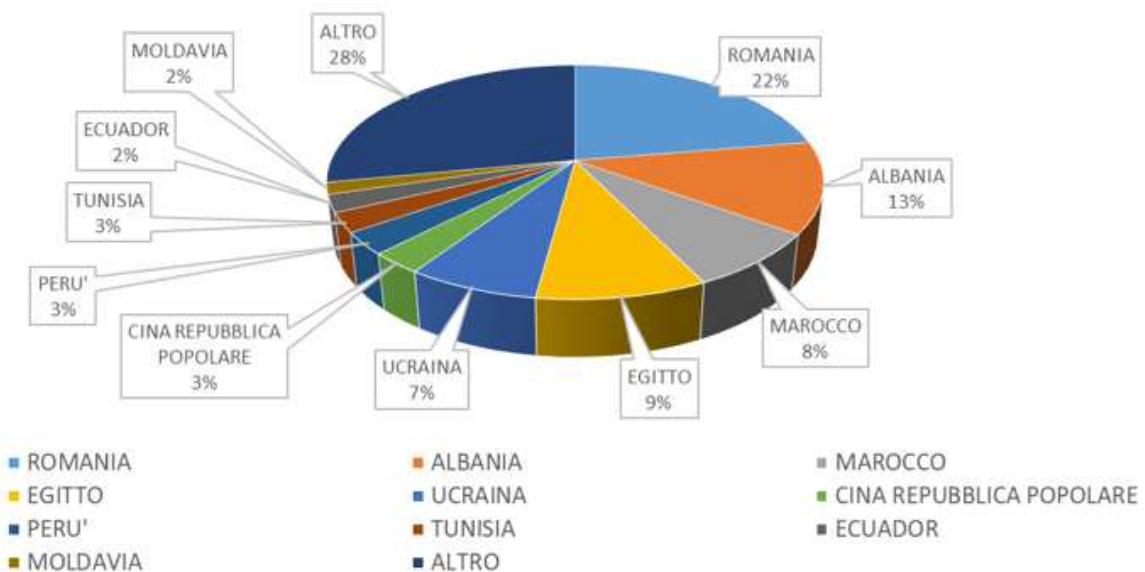
DISTRETTO	ITALIANI	NON CODIFICATO	STRANIERI	TOTALE
Alto e Basso Pavese	107.814	95	14.330	122.239
Broni Casteggio	57.900	67	10.730	68.697
Lomellina	152.728	62	21.772	174.562
Pavia	92.283	164	13.775	106.222
Voghera C. Montana Oltrepo P.se	58.598	55	9.001	67.654
Totale	469.323	443	69.608	539.374

IL CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO

Tabella 8b – Assistiti italiani e stranieri, residenti o domiciliati in Provincia di Pavia, anno 2023, valori %

DISTRETTO	ITALIANI	NON CODIFICATO	STRANIERI
Alto e Basso Pavese	88,2%	0,1%	11,7%
Broni Casteggio	84,3%	0,1%	15,6%
Lomellina	87,5%	0,0%	12,5%
Pavia	86,9%	0,2%	13,0%
Voghera C. Montana Oltrepo P.se	86,6%	0,1%	13,3%
Totale	87,0%	0,1%	12,9%

Grafico 8c – Distribuzione % degli assistiti pavesi con cittadinanza straniera per Paese di provenienza - 2023



IL CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO

Tabella 9 – Stima della fragilità sociale: numero di assistiti della Provincia di Pavia per specifiche condizioni di fragilità (Vivere soli, basso reddito, abitazione inadeguata)

Ambito	FRAGILITÀ		
	VIVE SOLO	BASSO REDDITO	ABITAZIONE INADEGUITA
Alto e Basso Pavese	1.310	142	48
Broni Casteggio	88	71	8
Pavia	147	140	47
Lomellina	129	120	41
Voghera C. Montana Oltrepò P.	40	39	4
Totale	1.714	512	148

Tabella 10 – Numero di assistiti della Provincia di Pavia con invalidità, 2023

	Alto Basso Pavese	Lomellina	Pavia	Voghera C. Montana Oltrepo P.	Broni Casteggio	NON RESIDENTE	Totale
IC 100% CON ACCOMPAGNAMENTO	1.747	2.585	1.987	1.541	1.325	370	9.555
IC SENZA ACCOMPAGNAMENTO	5.429	7.487	5.292	3.808	3.538	460	26.014
INVALIDI DEL LAVORO	473	503	294	244	268	20	1.802
INVALIDI PER SERVIZIO	55	71	78	41	31	8	284
VITTIME DEL TERRORISMO	31	16	14	15	12	2	90
VITTIME DEL DOVERE	21	7	5	10	8	1	52
INVALIDI DI GUERRA	5	7	11	9	1	1	34
INVALIDI LEGGE 210	3	2	2				7
Totale	7.436	10.315	7.320	5.397	4.957	841	36.266

IL CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO

Tabella 11 – Numero di assistiti della Provincia di Pavia con invalidità+ accompagnamento/assistenza, 2023

	Alto Basso Pavese	Lomellina	Pavia	Voghera C. Montana Oltrepo	Broni Casteggio	NON RESIDENTE	Totale
MMG	1.707	2.525	1.937	1.466	1.297	358	9.290
PLS	29	20	19	16	7	1	92
MMG CESSATO	7	27	21	51	15	2	123
PLS CESSATO	1	3	2				6
SENZA MEDICO	3	10	8	8	6	9	44
Totale	1.747	2.585	1.987	1.541	1.325	370	9.555

SEZIONE B: LA CRONICITÀ IN PROVINCIA DI PAVIA

Tabella 1 - Cronicità: tassi grezzi e standardizzati per Provincia, Distretti e per genere, 2023 - Valori %

Provincia e distretti	Genere	Casi	Pop.	Tasso grezzo	Tasso std	IC inf.	IC sup.
PROVINCIA	Totale	222.149	539.374	41,19	34,24	34,09	34,39
	Maschi	101.010	262.441	38,49	33,17	32,96	33,38
	Femmine	121.139	276.933	43,74	35,38	35,17	35,59
Lomellina	Totale	73.140	174.562	41,90	34,37	34,11	34,63
	Maschi	33.281	84.733	39,28	33,49	33,12	33,85
	Femmine	39.859	89.829	44,37	35,32	34,95	35,69
Pavia	Totale	42.941	106.222	40,43	33,97	33,63	34,30
	Maschi	18.895	50.664	37,29	32,66	32,18	33,13
	Femmine	24.046	55.558	43,28	35,30	34,83	35,78
Alto e Basso Pavese	Totale	47.980	122.239	39,25	35,31	34,99	35,63
	Maschi	22.382	60.912	36,74	33,97	33,52	34,42
	Femmine	25.598	61.327	41,74	36,68	36,22	37,15
Broni Casteggio	Totale	29.197	68.697	42,50	33,73	33,33	34,14
	Maschi	13.417	33.502	40,05	32,93	32,36	33,50
	Femmine	15.780	35.195	44,84	34,61	34,03	35,19
Voghera Comunità Montana Oltrepo P.se	Totale	28.891	67.654	42,70	33,08	32,67	33,49
	Maschi	13.035	32.630	39,95	32,03	31,46	32,60
	Femmine	15.856	35.024	45,27	34,27	33,68	34,85

IL CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO

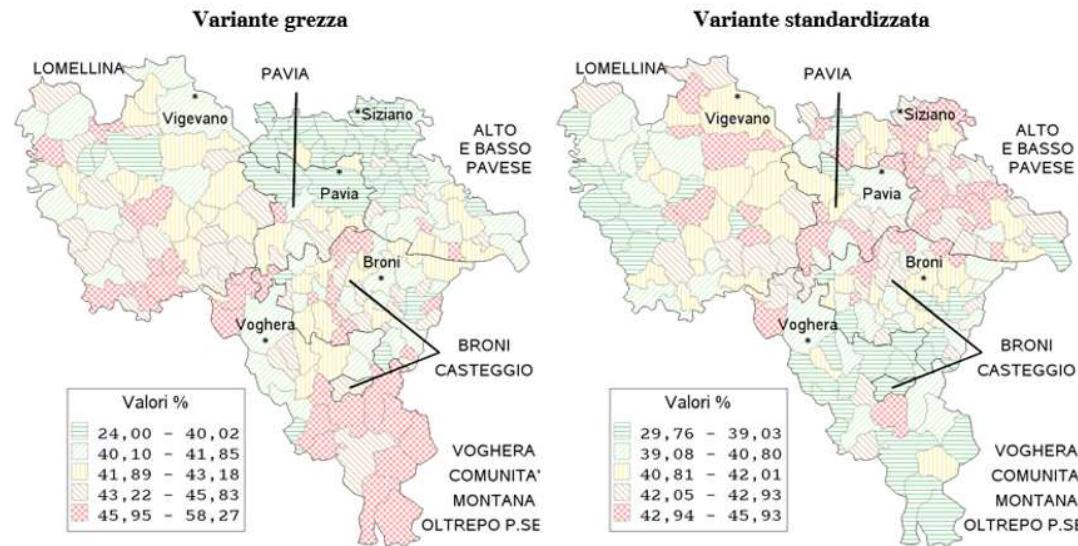


Tabella 3 – Cronicità 2023: rapporto tassi standardizzati per distretto rispetto al tasso provinciale - Valori %

Distretto	Genere	SSR	IC inf.	IC sup.
Lomellina	Totale	1,00	1,00	1,01
	Maschi	1,01	1,00	1,02
	Femmine	1,00	0,99	1,01
Pavia	Totale	0,99	0,98	1,00
	Maschi	0,98	0,97	1,00
	Femmine	1,00	0,98	1,01
Alto e Basso Pavese	Totale	1,03	1,02	1,04
	Maschi	1,02	1,01	1,04
	Femmine	1,04	1,02	1,05
Broni Casteggio	Totale	0,99	0,97	1,00
	Maschi	0,99	0,97	1,01
	Femmine	0,98	0,96	1,00
Voghera Comunità Montana Oltrepo P.se	Totale	0,97	0,95	0,98
	Maschi	0,97	0,95	0,98
	Femmine	0,97	0,95	0,99

IL CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO

Tabella 4 – Numero di PAI elaborati per ciascun Livello della cronicità e per Distretto (30.06.2024)

Distretto	Assistiti L0	PAI L0	Assistiti L1	PAI L1	Assistiti L2	PAI L2	Assistiti L3	PAI L3
Alto e Basso Pavese	70.153	51	6.314	318	16.256	953	21.791	722
Broni Casteggio	38.216	23	4.056	106	10.331	314	12.803	235
Lomellina	94.780	37	9.022	201	24.876	530	32.525	408
Pavia	61.255	14	5.910	54	15.729	120	20.329	93
Voghera Comunità Montana Oltrepo P.se	36.232	4	3.321	67	9.649	121	13.005	83
Totale complessivo	300.636	129	28.623	746	76.841	2.038	100.453	1.541

Tabella 5 – Assistiti della Provincia di Pavia con MMG/PLS cessato (PIC 2023 vivi all'anagrafica 30.06.2024)

	Assistiti	Di cui cronici
MMG	7.375	1.115
PLS	946	47
Totale	8.321	1.162

Tabella 6 – Numero di assistiti e prestazioni nel 2023 per consumi farmaceutici (FARMAVISION) o ambulatoriale (28 SAN)

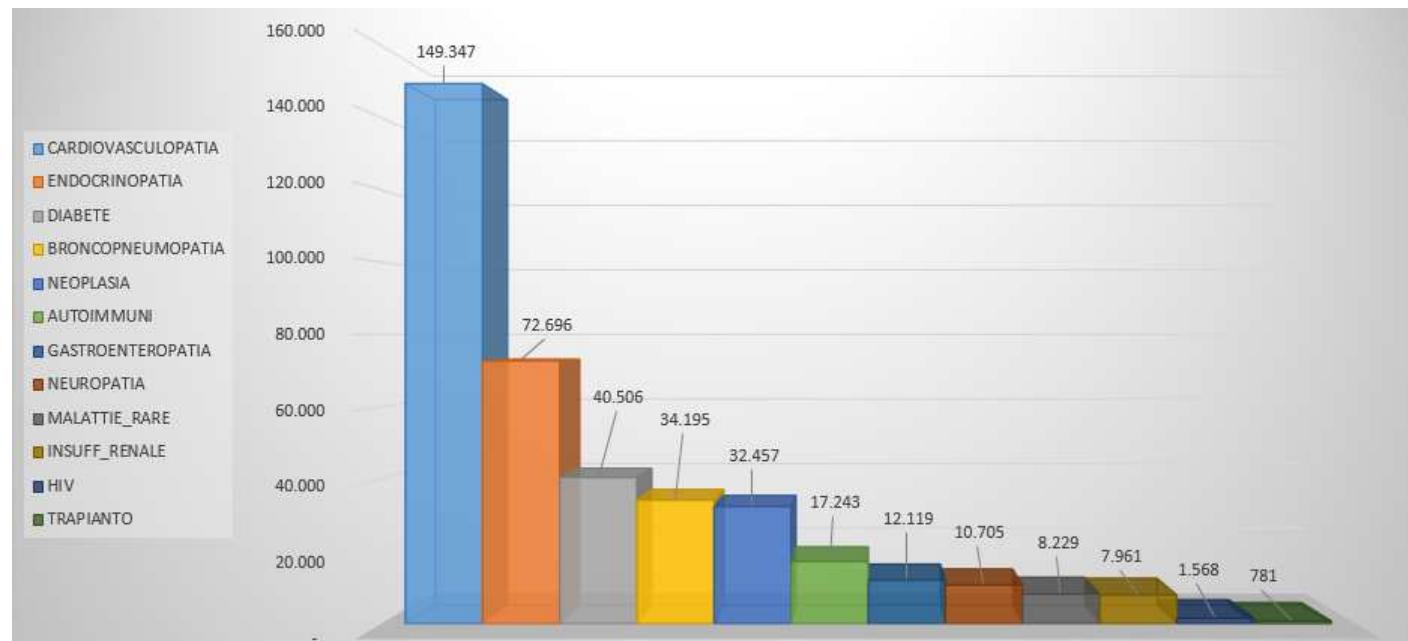
	Assistiti con medico cessato	Assistiti con prescrizioni farmaceutiche	N. Prescrizioni farmaceutiche	Assistiti con prescrizioni ambulatoriali	N. prestazioni ambulatoriali
CRONICO	1.162	648	16.402	613	32.058
NON CRONICO	7.159	894	3.411	1.707	27.555
TOTALE	8.321	1.542	19.813	2.320	59.613

IL CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO

Tabella 7 – Numero di prescrizioni farmaceutiche e di prestazioni in 28SAN nell’anno 2023 per gli assistiti della Provincia di Pavia con MMG cessato

CRONICO						NON CRONICO					
N. PRESCRIZIONI FARMACEUTICHE			N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI			N. PRESCRIZIONI FARMACEUTICHE			N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI		
TOTALE	DA MMG PLS	NO MMG PLS	TOTALE	DA MMG	NO MMG PLS	TOTALE	DA MMG PLS	NO MMG PLS	TOTALE	DA MMG	NO MMG PLS
16.402	12.381	4.021	32.058	1.839	30.219	3.411	2.525	886	27.555	1.457	26.098
100,0%	75,5%	24,5%	100,0%	5,7%	94,3%	100,0%	74,0%	26,0%	100,0%	5,3%	94,7%

Figura 8 – Distribuzione degli assistiti per patologia cronica in Provincia di Pavia



IL CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO

Tabella 9 – Numero di assistiti della Provincia di Pavia con patologie croniche ad alta prevalenza o oggetto di PDTA Ministeriale, suddivisione per Livelli, PIC 2023

Patologia	LI1	L2	L3	Totale
Ipertensione arteriosa	28.616	59.255	44.717	132.588
Diabete Mellito	14.139	18.234	6.413	38.786
Scompenso cardiaco	4.327	592	46	4.965
BPCO	5.228	5.948	3.011	14.187
Demenze, Alzheimer	1.661	1.356	268	3.285
Totale	29.879	65.960	54.455	150.294

Tabella 10 – Assistiti diabetici della Provincia di Pavia, stabilmente presenti sul territorio negli ultimi 3 anni, aderenti ad almeno 4 di 5 raccomandazioni del PDTA Ministeriale, anni 2021-2022- 2023

Distretto	Diabetici	2021	2022	2023
Alto e Basso Pavese	6.319	34,9%	36,5%	38,1%
Broni Casteggio	3.194	33,5%	40,3%	42,5%
Lomellina	9.640	28,7%	31,8%	36,0%
Pavia	5.752	40,0%	39,4%	39,9%
Voghera C. Montana Oltrepo P.se	3.553	33,9%	41,5%	42,0%
Totale	28.458	33,6%	36,5%	38,7%

IL CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO

Tabella 11 – Assistiti diabetici della Provincia di Pavia aderenti ad almeno 4 di 5 raccomandazioni del PDTA Ministeriale, suddivisione per Livelli (L1-L2-L3)

Distretto	ASS. L1	Aderenti	ASS. L2	Aderenti	ASS. L3	Aderenti
Alto e Basso Pavese	2.426	45,1%	2.920	38,4%	973	19,7%
Broni Casteggio	1.194	51,6%	1.530	40,8%	470	24,5%
Lomellina	3.585	44,0%	4.720	34,6%	1.335	19,6%
Pavia	2.136	47,5%	2.780	39,7%	836	20,8%
Voghera C. Montana Oltrepo P.se	1.162	51,7%	1.715	42,0%	676	25,3%
Totale	10.503	46,7%	13.665	38,1%	4.290	21,3%

Tabella 11a – Numero assoluto e valore % di assistiti diabetici che hanno eseguito/non eseguito visita specialistica diabetologica e che sono risultati aderenti al PDTA Ministeriale, anno 2023

Distretto	Assistiti L1		Aderenti L1		Assistiti L2		Aderenti L2		Assistiti L3		Aderenti L3	
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
Alto e Basso Pavese	803	1.623	11,1%	61,9%	1.226	1.694	8,6%	60,0%	640	333	3,3%	51,4%
Broni Casteggio	422	772	17,1%	70,5%	671	859	11,8%	63,6%	288	182	5,2%	54,9%
Lomellina	1.546	2.039	14,6%	66,4%	2.543	2.177	10,9%	62,3%	951	384	4,9%	56,0%
Pavia	724	1.412	12,2%	65,7%	1.119	1.661	8,4%	60,8%	532	304	2,6%	52,6%
Voghera C. Montana Oltrepò P.se	454	708	18,5%	73,0%	797	918	10,7%	69,2%	448	228	5,6%	64,0%
Totale	3.949	6.554	14,2%	66,3%	6.356	7.309	10,1%	62,4%	2.859	1.431	4,3%	55,3%

* A: non presente visita diabetologica

* B: presente visita diabetologica

IL CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO

Tabella 11b – Numero assoluto e % di assistiti diabetici che hanno eseguito/non eseguito visita diabetologica e/o cardiologica e che sono risultati aderenti al PDTA Ministeriale, anno 2023, Livello 1

Distretto	Livello 1					
	Assistiti L1			Aderenti L1		
	A	B	C	A	B	C
Alto e Basso Pavese	558	919	949	8,2%	45,4%	66,4%
Broni Casteggio	296	434	464	15,2%	50,9%	75,4%
Lomellina	1.032	1.438	1.115	10,9%	45,6%	72,7%
Pavia	510	855	771	9,8%	48,5%	71,3%
Voghera Comunità Montana Oltrepo P.se	262	475	425	15,6%	49,7%	76,2%
Totali	2.658	4.121	3.724	11,1%	47,2%	71,6%

* A: non presente visita diabetologica + Non presente visita cardiologica

* B: presente almeno 1 visita (tra visita diabetologica e visita cardiologica)

* C: presente visita diabetologica + Presente visita cardiologica

Tabella 11c – Numero assoluto e % di assistiti diabetici che hanno eseguito/non eseguito visita diabetologica e/o cardiologica e che sono risultati aderenti al PDTA Ministeriale, anno 2023, Livello 2

Distretto	Livello 2					
	Assistiti L2			Aderenti L2		
	A	B	C	A	B	C
Alto e Basso Pavese	1.039	1.141	740	6,3%	49,0%	67,3%
Broni Casteggio	589	565	376	10,4%	51,5%	72,6%
Lomellina	2.123	1.675	922	9,2%	45,7%	73,1%
Pavia	982	1.111	687	6,6%	50,9%	69,0%
Voghera Comunità Montana Oltrepo P.se	677	699	339	8,3%	56,1%	80,2%
Totali	5.410	5.191	3.064	8,2%	49,5%	71,5%

* A: non presente visita diabetologica + Non presente visita cardiologica

* B: presente almeno 1 visita (tra visita diabetologica e visita cardiologica)

* C: presente visita diabetologica + Presente visita cardiologica

IL CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO

Tabella 11d – Numero assoluto e % di assistiti diabetici che hanno eseguito/non eseguito visita diabetologica e/o cardiologica e che sono risultati aderenti al PDTA Ministeriale, anno 2023, Livello 3

Distretto	Livello 3					
	Assistiti L3			Aderenti L3		
	A	B	C	A	B	C
Alto e Basso Pavese	604	265	104	3,0%	41,5%	61,5%
Broni Casteggio	264	138	68	4,5%	42,0%	66,2%
Lomellina	870	334	131	4,3%	38,3%	74,0%
Pavia	504	230	102	2,2%	43,0%	62,7%
Voghera Comunità Montana Oltrepo P.se	398	218	60	4,5%	50,5%	71,7%
Totali	2.640	1.185	465	3,6%	42,6%	67,3%

* A: non presente visita diabetologica + Non presente visita cardiologica

* B: presente almeno 1 visita (tra visita diabetologica e visita cardiologica)

* C: presente visita diabetologica + Presente visita cardiologica

Tabella 12 – Numero di accessi di Pronto Soccorso per 1000 assistiti diabetici suddivisi per Livello (L1, L2, L3), anno 2023

Distretto	Assistiti L1	Accessi L1 PS*1000	Assistiti L2	Accessi L2 PS*1000	Assistiti L3 Accessi L3 PS*1000
Alto e Basso Pavese	2.426	352,84	2.920	226,37	973 228,16
Broni Casteggio	1.194	371,02	1.530	225,49	470 217,02
Lomellina	3.585	287,31	4.720	187,08	1.335 155,06
Pavia	2.136	380,62	2.780	213,67	836 224,88
Voghera Comunità Montana Oltrepo P.se	1.162	273,67	1.715	177,26	676 204,14
Totali complessivo	10.503	329,43	13.665	203,95	4.290 199,77

IL CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO

Tabella 13a – Numero di accessi di Pronto Soccorso per 1000 assistiti diabetici della Provincia di Pavia suddivisi per Livello (L1, L2, L3), anno 2023, MMG ATTIVO

Distretto	ATTIVO					
	ASS_LIV_1	LIV_1_Accessi_PS*100	ASS_LIV_2	LIV_2_Accessi_PS*100	ASS_LIV_3	LIV_3_Accessi_PS*100
Alto e Basso Pavese	2.399	352,65	2.884	227,12	966	228,78
Broni Casteggio	1.194	371,02	1.529	225,64	470	217,02
Lomellina	3.567	286,52	4.670	185,44	1.315	156,65
Pavia	2.132	380,86	2.774	214,13	830	225,30
Voghera C. Montana Oltrepo P.se	1.123	272,48	1.649	178,90	649	209,55
Totale complessivo	10.415	329,24	13.506	203,98	4.230	201,42

Tabella 13b – Numero di accessi di Pronto Soccorso per 1000 assistiti diabetici della Provincia di Pavia suddivisi per Livello (L1, L2, L3), anno 2023, MMG CESSATO

Distretto	CESSATO					
	Assistiti L1	Accessi PS*1000 L1	Assistiti L2	Accessi PS*1000 L2	Assistiti L3	Accessi PS*1000 L1
Alto e Basso Pavese	27	370,37	36	166,67	7	142,86
Broni Casteggio			1	0,00		
Lomellina	18	444,44	50	340,00	20	50,00
Pavia	4	250,00	6	0,00	6	166,67
Voghera C. Montana Oltrepo P.se	39	307,69	66	136,36	27	74,07
Totale complessivo	88	352,27	159	201,26	60	83,33

IL CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO

Tabella 14 – Assistiti della Provincia di Pavia con BPCO aderenti al PDTA Ministeriale (1 Visita pneumologica + Spirometria/anno), anni 2021-2022- 2023

Distretto	ASSISTITI	2021	2022	2023
Alto e Basso Pavese	1.186	22,9%	27,4%	30,2%
Broni Casteggio	661	19,8%	25,6%	22,5%
Lomellina	1.815	14,0%	20,2%	19,0%
Pavia	1.147	21,9%	24,0%	25,4%
Voghera Comunità Montana Oltrepo P.se	720	21,9%	30,7%	27,6%
Totale complessivo	5.529	19,3%	24,5%	24,3%

Tabella 15 - Assistiti della Provincia di Pavia con BPCO aderenti al PDTA Ministeriale (1 Visita pneumologica + Spirometria/anno), anni 2021-2022- 2023, Suddivisione per Livelli (L1-L2-L3)

Distretto	Ass.L1	VISITA_SPIRO_L1	Ass.L2	VISITA_SPIRO_L2	Ass.L3	VISITA_SPIRO_L3
Alto e Basso Pavese	528	32,8%	487	29,6%	171	24,0%
Broni Casteggio	275	23,3%	285	22,5%	101	20,8%
Lomellina	733	22,2%	768	16,7%	314	17,2%
Pavia	516	26,2%	465	26,9%	166	18,7%
Voghera Comunità Montana Oltrepo P.se	282	30,1%	296	26,7%	142	24,6%
Totale complessivo	2.334	26,6%	2301	23,5%	894	20,4%

Tabella 16 - Numero di accessi di Pronto Soccorso per 1000 assistiti della Provincia di Pavia con BPCO suddivisi per Livello (L1, L2, L3), anno 2023

Distretto	Ass. L1	Accessi L1 PS*1000	Ass.L2	Accessi PS*1000 L2	Ass. L3	Accessi PS*1000 L3
Alto e Basso Pavese	528	471,59	487	256,67	171	198,83
Broni Casteggio	275	512,73	285	284,21	101	168,32
Lomellina	733	360,16	768	201,82	314	149,68
Pavia	516	465,12	465	288,17	166	168,67
Voghera Comunità Montana Oltrepo P.se	282	308,51	296	239,86	142	140,85
Totale complessivo	2.334	420,31	2.301	245,98	894	163,31

IL CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO

Tabella 17a - Numero di accessi di Pronto Soccorso per 1000 assistiti con BPCO della Provincia di Pavia suddivisi per Livello (L1, L2, L3), anno 2023, MMG ATTIVO

Distretto	ATTIVO					
	Assistiti L1	Accessi PS*1000 L1	Assistiti L2	Accessi PS*1000 L2	Assistiti L3	Accessi PS*1000 L3
Alto e Basso Pavese	528	1596,59	487	628,34	171	175,44
Broni Casteggio	275	1701,82	285	610,53	101	356,44
Lomellina	733	1563,44	768	464,84	314	286,62
Pavia	516	1691,86	465	709,68	166	307,23
Voghera C. Montagna Oltrepo P.se	273	1758,24	289	539,79	136	441,18
Totale complessivo	2.325	1638,71	2.294	576,72	888	300,68

Tabella 17B - Numero di accessi di Pronto Soccorso per 1000 assistiti con BPCO della Provincia di Pavia suddivisi per Livello (L1, L2, L3), anno 2023, MMG CESSATO

Distretto	CESSATO					
	Assistiti L1	Accessi PS*1000 L1	Assistiti L2	Accessi PS*1000 L2	Assistiti L3	Accessi PS*1000 L3
Voghera C. Montagna Oltrepo P.se	9	3666,67	7	428,57	6	0,00
Totale complessivo	9	3666,67	7	428,57	6	0,00

Tabella 18- Numero di assistiti con Scompenso cardiaco della Provincia di Pavia aderenti al PDTA Ministeriale (1 Visita cardiologica + 1 Ecocardiogramma/anno), anni 2021-2022- 2023

Distretto	N. Assistiti	2021	2022	2023
Alto e Basso Pavese	498	35,9%	36,1%	41,0%
Broni Casteggio	301	34,2%	32,6%	32,9%
Lomellina	803	29,3%	29,0%	27,6%
Pavia	529	38,8%	37,8%	37,6%
Voghera Comunità Montana Oltrepo P.se	312	33,3%	33,7%	35,3%
Totale complessivo	2443	33,8%	33,4%	34,1%

IL CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO

Tabella 19 - Assistiti con BPCO della Provincia di Pavia aderenti al PDTA Ministeriale (1 Visita pneumologica + Spirometria/anno), anni 2021-2022- 2023, suddivisione per Livelli (L1-L2-L3)

Distretto	VISITA ECO		VISITA ECO		VISITA ECO	
	Ass. L1	L1	Ass. L2	L2	Ass. L3	L3
Alto e Basso Pavese	458	41,9%	36	33,3%	4	0,0%
Broni Casteggio	260	34,2%	36	22,2%	5	40,0%
Lomellina	701	29,4%	91	16,5%	11	9,1%
Pavia	471	39,3%	56	25,0%	2	0,0%
Voghera Comunità Montana Oltrepo P.se	270	38,5%	38	15,8%	4	0,0%
Totale complessivo	2.160	35,9%	257	21,4%	26	11,5%

Tabella 20 - Numero di accessi di Pronto Soccorso per 1000 assistiti con BPCO della Provincia di Pavia suddivisi per Livello (L1, L2, L3), anno 2023

Distretto	Ass. L1	Accessi PS*1000 L1	Ass. L2	Accessi PS*1000 L2	Ass. L3	Accessi PS*1000 L3
Alto e Basso Pavese	458	489,08	36	305,56	4	250,00
Broni Casteggio	260	515,38	36	361,11	5	200,00
Lomellina	701	320,97	91	252,75	11	454,55
Pavia	471	518,05	56	428,57	2	0,00
Voghera Comunità Montana Oltrepo P.se	270	359,26	38	131,58	4	0,00
Totale complessivo	2.160	427,78	257	295,72	26	269,23

Tabella 21a - Numero di accessi di Pronto Soccorso per 1000 assistiti con BPCO della Provincia di Pavia suddivisi per Livello (L1, L2, L3), anno 2023, MMG ATTIVO

Distretto	ATTIVO					
	Assistiti		Accessi PS*1000 L1	Assistiti L2	Accessi PS*1000 L2	Assistiti L3
Alto e Basso Pavese	442	493,21	34	323,53	4	250,00
Broni Casteggio	255	521,57	34	382,35	5	200,00
Lomellina	683	316,25	87	241,38	10	500,00
Pavia	465	522,58	56	428,57	2	0,00
Voghera C. Montana Oltrepo P.se	266	360,90	38	131,58	3	0,00
Totale complessivo	2.111	429,18	249	297,19	24	291,67

IL CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO

Tabella 21b - Numero di accessi di Pronto Soccorso per 1000 assistiti con BPCO della Provincia di Pavia suddivisi per Livello (L1, L2, L3), anno 2023, MMG CESSATO

Distretto	Assistiti L1	CESSATO				
		Accessi PS*1000 L1	Assistiti L2	Accessi PS*1000 L2	Assistiti L3	Accessi PS*1000 L3
Alto e Basso Pavese	442	493,21	34	323,53	4	250,00
Broni Casteggio	255	521,57	34	382,35	5	200,00
Lomellina	683	316,25	87	241,38	10	500,00
Pavia	465	522,58	56	428,57	2	0,00
Voghera C. Montana Oltrepo P.se	266	360,90	38	131,58	3	0,00
Totale complessivo	2.111	429,18	249	297,19	24	291,67

Tabella 22 – Numero di accessi di Pronto Soccorso per 1000 assistiti della Provincia di Pavia con Ipertensione arteriosa suddivisi per Livello (L1, L2, L3), anno 2023

DISTRETTO	ASS_L1	LIV_1_Accessi_PS*1000	ASS_LIV2	LIV_2_Accessi_PS*1000	ASS_LIV_3	LIV_3_Accessi_PS*1000
Alto e Basso Pavese	5.894	386,83	11.928	247,23	9.011	188,99
Broni Casteggio	3.808	377,10	7.847	232,96	5.940	197,14
Lomellina	8.472	289,66	18.796	185,57	14.401	148,32
Pavia	5.488	400,33	11.216	242,06	8.290	201,33
Voghera C. Montana Oltrepo P.se	3.048	305,45	7.062	195,84	5.592	161,12
Totale complessivo	26.710	348,11	56.849	217,47	43.234	175,32

IL CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO

Tabella 23 - Numero di ricoveri ospedalieri per 1000 assistiti della Provincia di Pavia con Ipertensione arteriosa suddivisi per Livello (L1, L2, L3), anno 2023

DISTRETTO	ASS_L1	LIV_1_ricoveri*1000	ASS_L2	LIV_2_ricoveri*1000	ASS_L3	LIV_3_ricoveri*1000
Alto e Basso Pavese	5.894	471,50	11.928	167,84	9.011	76,13
Broni Casteggio	3.808	469,28	7.847	160,32	5.940	73,91
Lomellina	8.472	472,38	18.796	163,23	14.401	71,11
Pavia	5.488	524,78	11.216	173,41	8.290	75,63
Voghera C. Montana Oltrepo P.se	3.048	500,00	7.062	170,49	5.592	68,31
Totale complessivo	26.710	485,66	56.849	166,70	43.234	73,04

Tabella 24a - Numero di accessi di Pronto Soccorso per 1000 assistiti della Provincia di Pavia con Ipertensione arteriosa suddivisi per Livello (L1, L2, L3), anno 2023, MMG ATTIVO

Distretto	ATTIVO					
	Assistiti L1	Accessi PS*1000 L1	Assistiti L2	Accessi PS*1000 L2	Assistiti L3	Accessi PS*1000 L3
Alto e Basso Pavese	5.890	386,76	11.923	247,34	9.005	189,01
Broni Casteggio	3.455	385,53	7.152	235,88	5.366	204,62
Lomellina	8.269	291,81	18.313	186,92	14.004	148,96
Pavia	5.484	400,26	11.209	242,22	8.282	201,28
Voghera C. Montana Oltrepo P.se	2.869	303,94	6.553	196,40	5.223	157,96
Totale complessivo	25.967	350,06	55.150	218,69	41.880	176,17

IL CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO

Tabella 24b - Numero di accessi di Pronto Soccorso per 1000 assistiti della Provincia di Pavia con Ipertensione arteriosa suddivisi per Livello (L1, L2, L3), anno 2023, MMG CESSATO

Distretto	CESSATO					
	Assistiti L1	Accessi PS*1000 L1	Assistiti L2	Accessi PS*1000 L2	Assistiti L3	Accessi PS*1000 L3
Alto e Basso Pavese	4	500,00	5	0,00	6	166,67
Broni Casteggio	353	294,62	695	202,88	574	127,18
Lomellina	203	201,97	483	134,58	397	125,94
Pavia	4	500,00	7	0,00	8	250,00
Voghera C. Montana Oltrepo P.se	179	329,61	509	188,61	369	205,96
Totale complessivo	743	279,95	1.699	177,75	1.354	149,19

SEZIONE C: ASSISTENZA DOMICILIARE E MODALITÀ DI DIMISSIONI

Tabella 1 – Assistiti residenti nella Provincia di Pavia, over 65enni, con almeno un servizio domiciliare attivo

Distretto	N. assistiti con almeno un servizio domiciliare	N. Assistiti	% di assistiti con almeno una servizio domiciliare
PROVINCIA	8.439	140.681	5,99%
Lomellina	2.272	47.123	4,82%
Pavia	1.763	27.728	6,36%
Alto e Basso Pavese	1.971	26.005	7,58%
Broni Casteggio	1.265	19.571	6,46%
Voghera Comunità Montana Oltrepo P.se	1.168	20.254	5,77%

IL CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO

Tabella 2 – Assistiti residenti nella Provincia di Pavia, over 65 anni, con almeno un servizio domiciliare con stratificazione per tipologia di servizio attivo

Servizio domiciliare	N. assistiti con almeno un servizio domiciliare	% di assistiti con almeno una servizio domiciliare
ADI - SIAD	5.145	3,66%
MMG - IFec	3.844	2,73%
RSA aperta	989	0,70%
Cure palliative	713	0,51%

Tabella 3 – Assistiti residenti nella Provincia di Pavia, over 65enni, con almeno un servizio domiciliare, per tipologia di servizio per ciascuno dei 5 Distretti della Provincia di Pavia

Ambito territoriale	ADI - SIAD		Cure palliative		MMG +IFec		RSA aperta		
	N. Ass. residenti	N. Ass.	% sui residenti						
Lomellina	47.123	1.367	2,9%	168	0,4%	993	2,1%	146	0,3%
Pavia	27.728	1.131	4,1%	141	0,5%	661	2,4%	305	1,1%
Alto e Basso Pavese	26.005	1.156	4,4%	153	0,6%	1.095	4,2%	256	1,0%
Broni Casteggio	19.571	827	4,2%	120	0,6%	601	3,1%	98	0,5%
Voghera Comunità Montana Oltrepo P.se	20.254	664	3,3%	131	0,6%	494	2,4%	184	0,9%

IL CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO

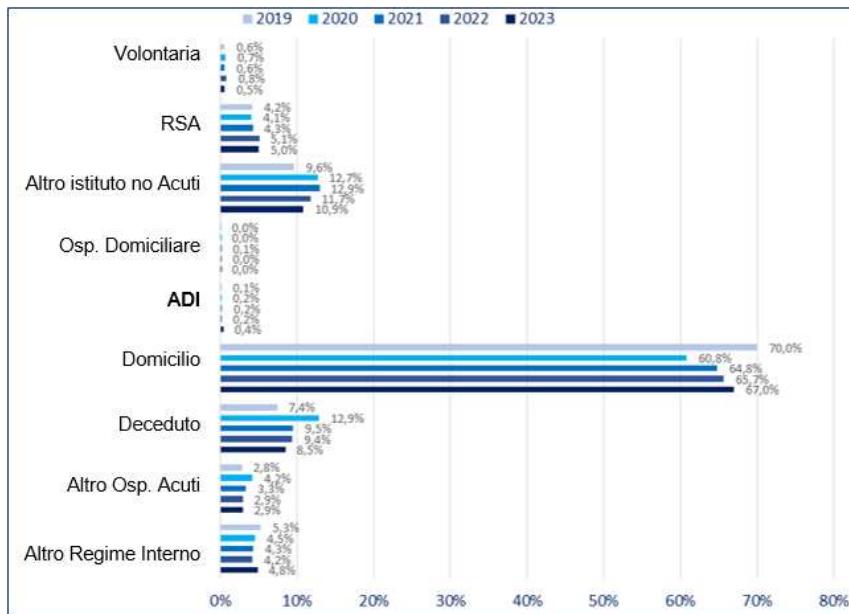


Grafico 4 - % di attivazione di un setting di assistenza domiciliare alla dimissione da reparti per acuti, assistiti della Provincia di Pavia, over 65enni, 2019- 2023

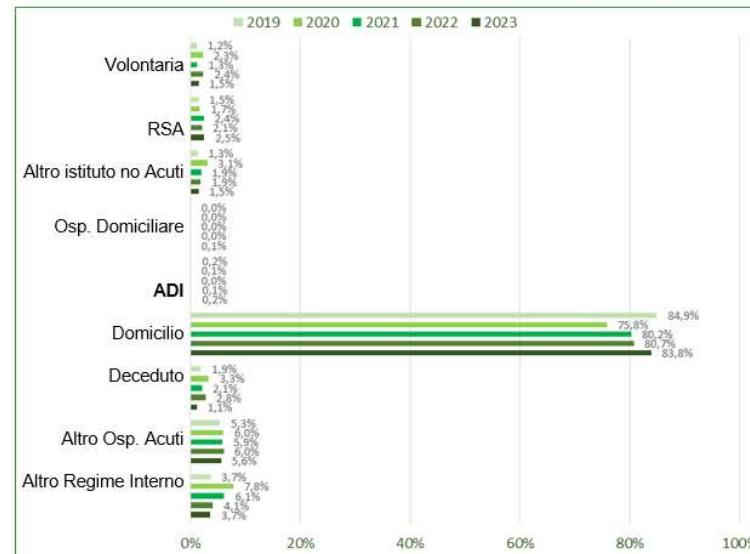
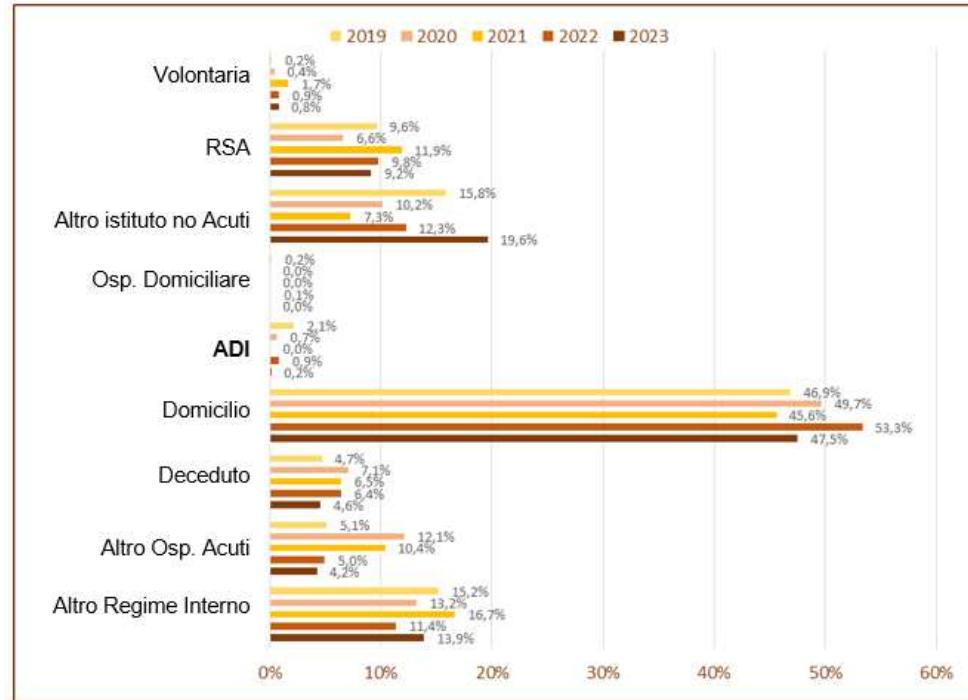


Grafico 5 - % di attivazione di un setting di assistenza domiciliare alla dimissione da reparti per lungodegenti/Riabilitazione, assistiti della Provincia di Pavia, over 65enni, 2019- 2023

IL CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO

Grafico 6 - % di attivazione di un setting di assistenza domiciliare alla dimissione da reparti per Subacuti, assistiti della Provincia di Pavia, over 65enni, 2019- 2023



SEZIONE D: STRANIERI, ANZIANI - FOCUS ACCESSI PS E RICOVERI

Tabella 1 – Assistiti, residenti o domiciliati in Provincia di Pavia, per Distretto e cittadinanza – Anno 2023

DISTRETTO	ITALIANI		STRANIERI		NON CODIFICATO		TOTALE	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Alto e Basso Pavese	107.814	88,2%	14.330	11,7%	95	0,1%	122.239	100,0%
Brondi Casteggio	57.900	84,3%	10.730	15,6%	67	0,1%	68.697	100,0%
Lomellina	152.728	87,5%	21.772	12,5%	62	0,0%	174.562	100,0%
Pavia	92.283	86,9%	13.775	13,0%	164	0,2%	106.222	100,0%
Voghera C. Montana Oltrepo P.se	58.598	86,6%	9.001	13,3%	55	0,1%	67.654	100,0%
Totale	469.323	87,0%	69.608	12,9%	443	0,1%	539.374	100,0%

IL CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO

Tabella 2 – % accessi in Pronto Soccorso degli assistiti della Provincia di Pavia con stratificazione per cittadinanza e per Distretto - Anno 2023

Distretti	Cittadinanza							
	ITALIANO		STRANIERO		NON CODIFICATO		Totale	
	N. accessi	% accessi	N. accessi	% accessi	N. accessi	% accessi	N. accessi	% accessi
Alto e Basso Pavese	31.049	87,1%	4.563	12,8%	28	0,1%	35.640	100,0%
Broni Casteggio	18.072	79,5%	4.634	20,4%	15	0,1%	22.721	100,0%
Lomellina	42.784	85,2%	7.417	14,8%	20	0,0%	50.221	100,0%
Pavia	24.595	84,4%	4.523	15,5%	36	0,1%	29.154	100,0%
Voghera C. Montana Oltrepo F	17.181	84,9%	3.048	15,1%	13	0,1%	20.242	100,0%
Totale	133.681	84,6%	24.185	15,3%	112	0,1%	157.978	100,0%

Tabella 3 - N. medio accessi in Pronto Soccorso per 1000 assistiti della Provincia di Pavia con stratificazione per cittadinanza e Distretto di residenza – Anno 2023

Distretto	Cittadinanza	
	Italiana	Straniera
Alto e Basso Pavese	288,0	318,4
Broni Casteggio	312,1	431,9
Lomellina	280,1	340,7
Pavia	266,5	328,3
Voghera Comunità Montana Oltrepo P.se	293,2	338,6
Totale complessivo	284,8	347,4

Distretto	Cittadinanza			
	Italiana		Straniera	
	N. Assistiti	N. Accessi per 1000 assistiti	N. Assistiti	N. Accessi per 1000 assistiti
Alto e Basso Pavese	107.814	249,708	14.330	296,232
Broni Casteggio	57.900	243,955	10.730	380,056
Lomellina	152.728	189,638	21.772	269,153
Pavia	92.283	229,479	13.775	311,579
Voghera Comunità Montana Oltrepo P.se	58.598	206,458	9.001	273,414
Totale complessivo	469.323	220,072	69.608	300,770

Tabella 4 - N. medio di accessi in Pronto Soccorso per 1000 assistiti della Provincia di Pavia con stratificazione per cittadinanza, codici bianchi e verdi – Anno 2023

IL CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO

Tabella 5 – Accessi di Pronto Soccorso degli assistiti della Provincia di Pavia stratificati per fasce di età, anni 2021- 2022- 2023 (tutti i codici di triage)

età	2021	2022	2023
>80 anni	19.954	21.820	21.261
65-80 anni	24.962	25.929	25.409
15-64 anni	72.788	75.937	74.722
6-14 anni	8.545	11.771	13.515
2-5 anni	6.655	8.724	9.042
1 anni	2.332	2.872	3.078
0 anni	1.634	1.882	1.838
Totale	136.870	148.935	148.865

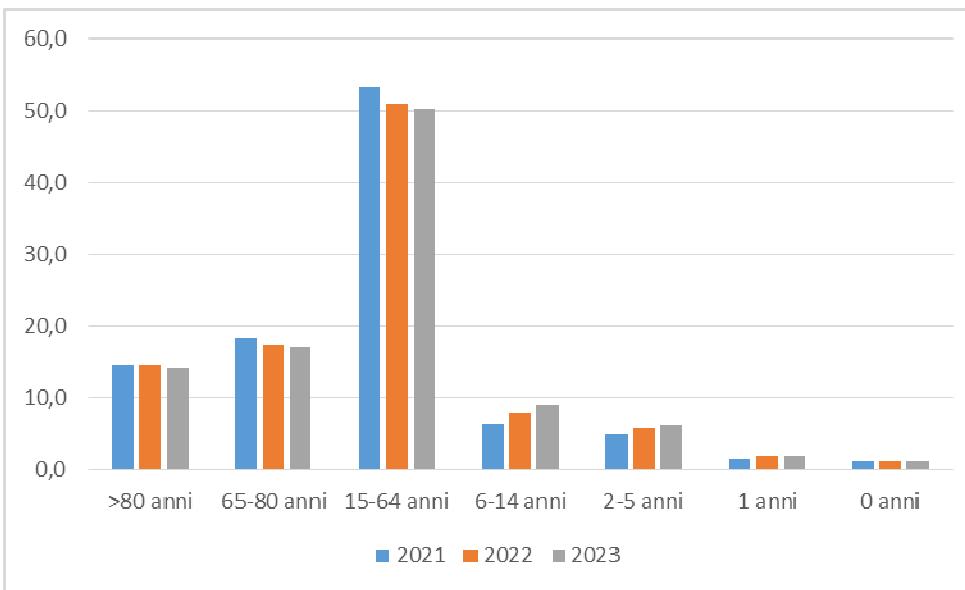


Grafico 6 – Accessi di Pronto Soccorso, degli assistiti della Provincia di Pavia, stratificati per fasce di età, anni 2021-2022- 2023 (tutti i codici di triage)

IL CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO

Grafico 7 – Assistiti della Provincia di Pavia: % di accessi di Pronto Soccorso per codici minori, anni 2021 – 2022 - 2023

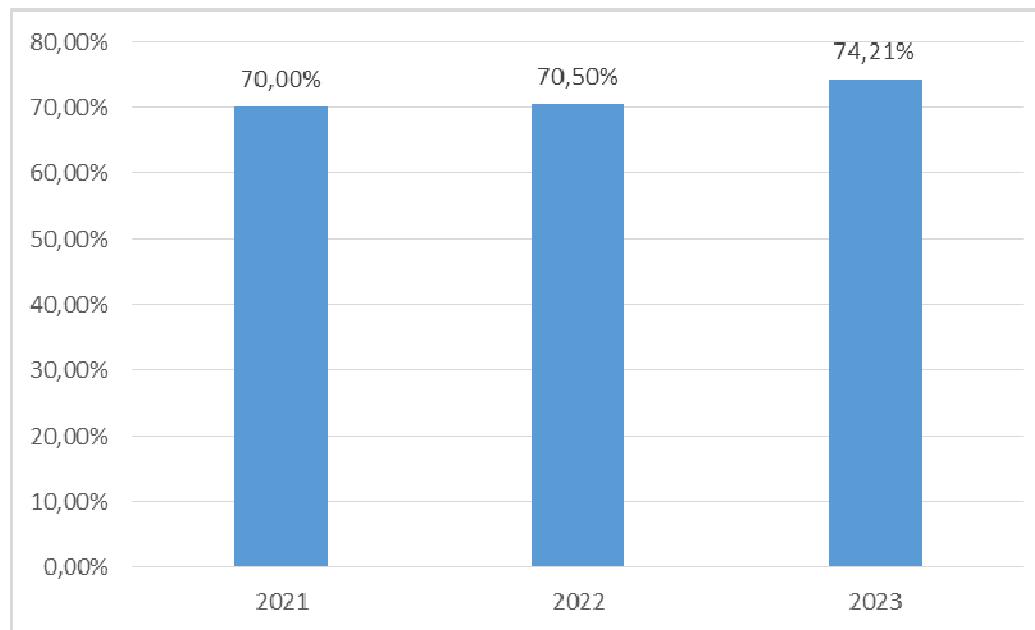


Tabella 8 - N. Accessi di Pronto Soccorso per codici minori degli assistiti della Provincia di Pavia; stratificazione per codice bianco – verde- azzurro; anni 2021, 2022, 2023

Livello di uscita	2021	2022	2023
Bianco	1.142	885	708
Verde	11.589	11.847	11.388
Azzurro	1.239	2.657	3.685
Totale	13.970	15.389	15.781

IL CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO

Tabella 9 - N. assistiti della Provincia di Pavia con almeno un ricovero (DRG Medico) e N. ricoveri, anno 2021 – 2022 - 2023

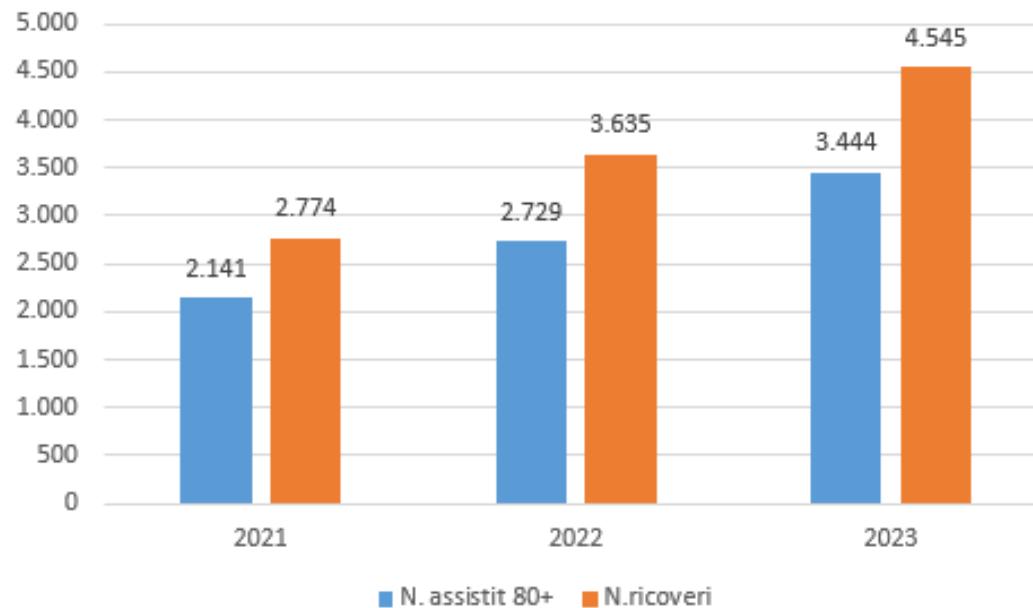


Tabella 10 - N. assistiti della Provincia di Pavia con almeno un ricovero e N. ricoveri per Distretto, anni 2021 – 2022 -2023

Distretto residenza	2021		2022		2023	
	N. Ass.	N. ricoveri	N. Ass.	N. ricoveri	N. Ass.	N. ricoveri
Alto e Basso Pavese	386	492	540	719	619	816
Broni Casteggio	273	352	353	495	458	605
Lomellina	711	924	935	1.217	1.131	1.462
Pavia	487	622	543	724	751	1.013
Voghera Comunità Montana Oltrepo P.se	284	384	358	480	485	649
Totale	2.141	2.774	2.729	3.635	3.444	4.545

IL CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO

Tabella 11 - Ricoveri della Provincia di Pavia: modalità di dimissione, anni 2021 – 2022 - 2023

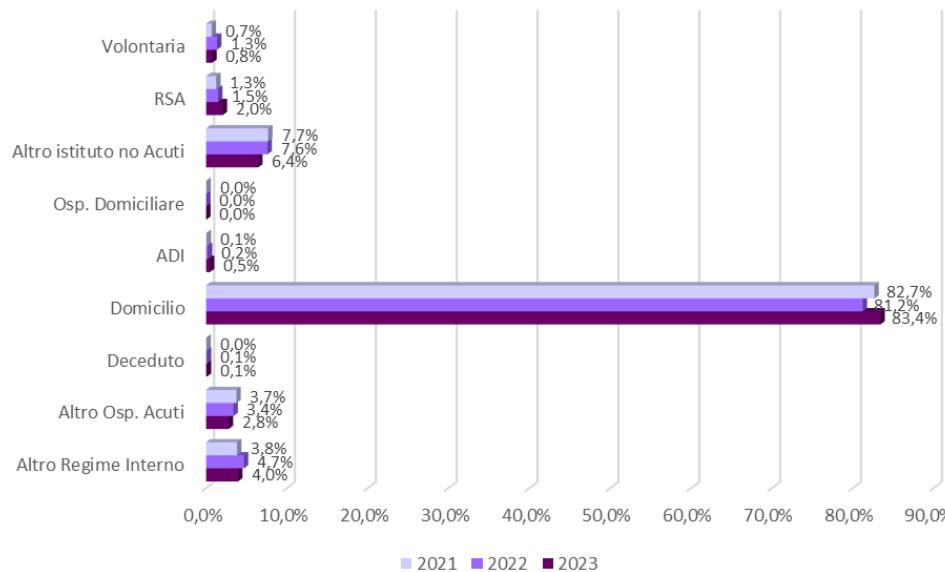


Tabella 12 - Ricoveri della Provincia di Pavia: reparto di dimissione, anni 2021- 2022 - 2023

Reparto di dimissione	N. ricoveri 80+		
	2021	2022	2023
MEDICINA GENERALE (NON ALTRIMENTI SPECIFICATA)	819	1.045	1.570
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	680	810	924
NEUROLOGIA	225	301	371
CARDIOLOGIA	228	249	276
SA	97	238	230
CHIRURGIA GENERALE (COMPRESA CHIRURGIA D'URGENZA)	213	210	224
PNEUMOLOGIA, TISOLOGIA, FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA	95	148	196
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	70	145	145
LUNGODEGENTI	56	92	98
ONCOLOGIA (COMPRESA ONCOLOGIA MEDICA E GENERALE)	37	60	85
ALTRO	254	337	426
Totale	2.774	3.635	4.545

IL CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO

Anziani 75+: ricoveri e accessi in Pronto Soccorso

Tabella 13 - Assistiti della Provincia di Pavia con ricoveri ripetuti, anni 2021- 2022- 2023 (Anziani 75+)

Anno	Assistiti	Ricoveri	Ass_sdo_ripetute	Sdo_ripetute	%_Sdo_ripetute
2021	8.596	10.671	406	453	4,25%
2022	9.112	11.270	421	470	4,17%
2023	9.273	11.559	469	531	4,59%
Totale complessivo	22.906	33.500	1272	1.454	4,34%

Tabella 14 – Strutture della Provincia di Pavia: ricoveri con DRG medico (Anziani 75+)

Anno	Assistiti	Ricoveri	Ass_sdo_ripetute	Sdo_ripetute	%_sdo_ripetute
2021	5.414	6.421	291	323	5,03%
2022	5.476	6.492	303	330	5,08%
2023	5.570	6.644	363	401	6,04%
Totale complessivo	14.597	19.557	940	1.054	5,39%

Tabella 15 – Strutture della Provincia di Pavia: ricoveri con DRG chirurgico (Anziani 75+)

Anno	Assistiti	Ricoveri	Ass_sdo_ripetute	Sdo_ripetute	%_sdo_ripetute
2021	3.866	4.250	124	130	3,06%
2022	4.371	4.778	131	140	2,93%
2023	4.454	4.915	124	130	2,64%
Totale complessivo	11.550	13.943	377	400	2,87%

IL CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO

Tabella 16 - Ricoveri totali e ripetuti 2021- 2022- 2023, stratificazione per Distretto (Anziani 75+)

	Assistiti	Ricoveri	Ass_sdo_ripetute	Sdo_ripetute	%_sdo_ripetute
Alto e Basso Pavese	2.106	2.524	74	80	3,17%
2021	685	740	25	26	3,51%
2022	837	913	34	38	4,16%
2023	793	871	16	16	1,84%
Broni Casteggio	1.574	1.933	56	58	3,00%
2021	525	578	17	17	2,94%
2022	604	665	17	17	2,56%
2023	614	690	22	24	3,48%
Lomellina	3.596	4.340	125	132	3,04%
2021	1.189	1.314	41	45	3,42%
2022	1.382	1.512	38	39	2,58%
2023	1.385	1.514	46	48	3,17%
Pavese	2.541	3.071	68	75	2,44%
2021	899	1.002	22	23	2,30%
2022	908	992	24	28	2,82%
2023	968	1.077	23	24	2,23%
Voghera Oltrepò P.se	1.738	2.075	54	55	2,65%
2021	568	616	19	19	3,08%
2022	640	696	18	18	2,59%
2023	694	763	17	18	2,36%
Totale complessivo	11.550	13.943	377	400	2,87%

IL CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO

Tabella 17 - Ricoveri totali e % di ricoveri ripetuti in relazione alla Categoría Diagnostica Maggiore (MDC), strutture della Provincia di Pavia, anno 2023 (Anziani 75+)

MDC	Assistiti	Ricoveri	% _sdo_ripetute		
			Ass_sdo_ripetute	Sdo_ripetute	_sdo_ripetute
Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	2.341	2.714	152	179	6,60%
Malattie e disturbi apparato respiratorio	1.542	1.724	99	111	6,44%
Malattie e disturbi rene e vie urinarie	907	1.071	44	55	5,14%
Malattie e disturbi apparato digerente	1.075	1.146	39	43	3,75%
Malattie e disturbi sistema nervoso	1.071	1.135	40	42	3,70%
Malattie e disturbi epatobiliari e pancreas	507	573	34	36	6,28%
Malattie e disturbi apparato oste muscolare	1.370	1.438	34	34	2,36%
Malattie e disturbi sangue ed organi ematopoietici	176	186	6	6	3,23%
Malattie e disturbi orecchio, naso e gola	107	116	5	5	4,31%
Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	131	135	4	4	2,96%
Malattie infettive e parassitarie	244	253	2	3	1,19%
Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	153	158	3	3	1,90%
Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	131	135	3	3	2,22%
Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	300	306	2	2	0,65%
Malattie e disturbi apparato riproduttivo femminile	76	80	2	2	2,50%
Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	74	75	1	1	1,33%
Pre	27	28	1	1	3,57%
Malattie e disturbi occhio	42	45	1	1	2,22%
Ustioni	6	6			
Traumatismi multipli	11	11			
Malattie e disturbi mentali	42	42			
Malattie e disturbi apparato riproduttivo maschile	169	174			
NA	8	8			
Totale complessivo	9.273	11.559	469	531	4,59%

IL CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO

Tabella 18 - Assistiti della Provincia di Pavia con 1 o più ricoveri (Non necessariamente ripetuti), DRG Medico e DRG Chirurgico, anno 2023 (Anziani 75+)

DRG			
N. Ricoveri	M	C	N. Assistiti
1		1	3395
1	1		4098
2		2	287
2	1	1	525
2	2		585
3		3	17
3	1	2	82
3	2	1	78
3	3		108
4		4	4
4	1	3	12
4	2	2	14
4	3	1	22
4	4		17
5	1	4	1
5	2	3	1
5	3	2	4
5	4	1	8
5	5		7
6	4	2	1
6	5	1	1
6	6		1
7	7		3
8	4	4	1
8	7	1	1

Tabella 19 - N. assistiti della Provincia di Pavia e accessi di Pronto Soccorso over 75enni, codici bianchi e verdi, anni 2019- 2020- 2021- 2022- 2023 (Anziani 75+)

Valori	2019	2020	2021	2022	2023
N. Assistiti	18.495	13.536	14.211	14.632	14.280
N. Accessi	28.506	19.554	20.639	20.854	19.911

IL CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO

Tabella 20 - N. assistiti della Provincia di Pavia e accessi Pronto Soccorso over 75enni, codici bianchi e verdi, stratificazione per Distretto e Provincia, anno 2023 (Anziani 75+)

Distretto residenza	N. Assistiti con almeno un accesso	N. Accessi	Accessi su popolazione 75+ (%)
01 - Lomellina	4.042	5.599	238,3
02 - Pavia	3.314	4.665	336,8
03 - Alto e Basso Pavese	2.893	4.074	341,3
04 - Broni Casteggio	2.084	2.895	296,0
05 - Voghera Comunità Montana Oltrepò P.se	1.970	2.678	249,6
PROVINCIA	14.280	19.911	285,3

Tabella 21 – Assistiti della Provincia di Pavia stratificati per N. di accessi in Pronto Soccorso, over 75enni, codici bianchi e verdi, anno 2023 (Anziani 75+)

Distretto residenza	N. Accessi				
	1	2	3	4	5+
01 - Lomellina	3.000	728	208	60	46
02 - Pavia	2.398	646	186	53	31
03 - Alto e Basso Pavese	2.111	525	168	59	30
04 - Broni Casteggio	1.534	395	101	31	23
05 - Voghera Comunità Montana Oltrepo P.se	1.499	356	72	24	19
PROVINCIA	10.510	2.649	741	231	149

SEZIONE E: MENTAL HEALTH E GIOVANI – PRESA IN CARICO ATTRAVERSO I SERVIZI DI NEURO PSICHIATRIA INFANTILE (NPI)

Tabella 1 – N. assistiti pavesi in cura NPI per Distretto di residenza e anno di cura nelle strutture lombardate	Anno	Alto Basso Pavese	Broni Casteggio	Lomellina	Pavia	Voghera C. Montana Oltrepo P.se	Totale
	2018	1.552	647	1.670	1.007	590	5.466
	2019	1.727	648	1.613	1.060	665	5.713
	2020	1.420	580	1.398	859	600	4.857
	2021	1.567	573	1.558	990	574	5.262
	2022	1.576	664	1.683	1.047	672	5.642
	2023	1.717	549	1.866	1.079	620	5.831

IL CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO

Tabella 2 – N. assistiti pavesi in cura NPI per Distretto di residenza e anno di cura nelle strutture pavesi

Anno	Alto Basso Pavese	Broni Casteggio	Lomellina	Pavia	Voghera C. Montana Oltrepo P.se	Totale
2018	1.485	633	1.642	986	581	5.327
2019	1.655	639	1.586	1.042	661	5.583
2020	1.374	571	1.372	846	596	4.759
2021	1.502	565	1.528	970	567	5.132
2022	1.519	654	1.637	1.026	667	5.503
2023	1.654	542	1.837	1.054	613	5.700

Tabella 3 – N. assistiti pavesi in cura NPI per Distretto di residenza e anno di cura nelle strutture lombarde non pavesi

Anno	Alto Basso Pavese	Broni Casteggio	Lomellina	Pavia	Voghera C. Montana Oltrepo P.se	Totale
2018	90	18	54	31	14	207
2019	97	15	42	32	8	194
2020	72	10	38	22	9	151
2021	85	12	53	30	9	189
2022	77	13	58	30	9	187
2023	88	9	52	34	12	195

Tabella 4 – N. assistiti pavesi in cura NPI per fascia di età e anno di cura, in tutte le strutture

Anno	Fascia di età					Totale
	0-12	13-19	20-25	26+		
2018	3.851	1.598	13	4		5.466
2019	3.952	1.736	22	3		5.713
2020	3.327	1.512	14	4		4.857
2021	3.579	1.665	13	5		5.262
2022	3.767	1.847	22	5		5.641
2023	3.880	1.925	20	6		5.831

IL CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO

Figura 5 – N. assistiti pavesi in cura NPI per fascia di età e anno di cura

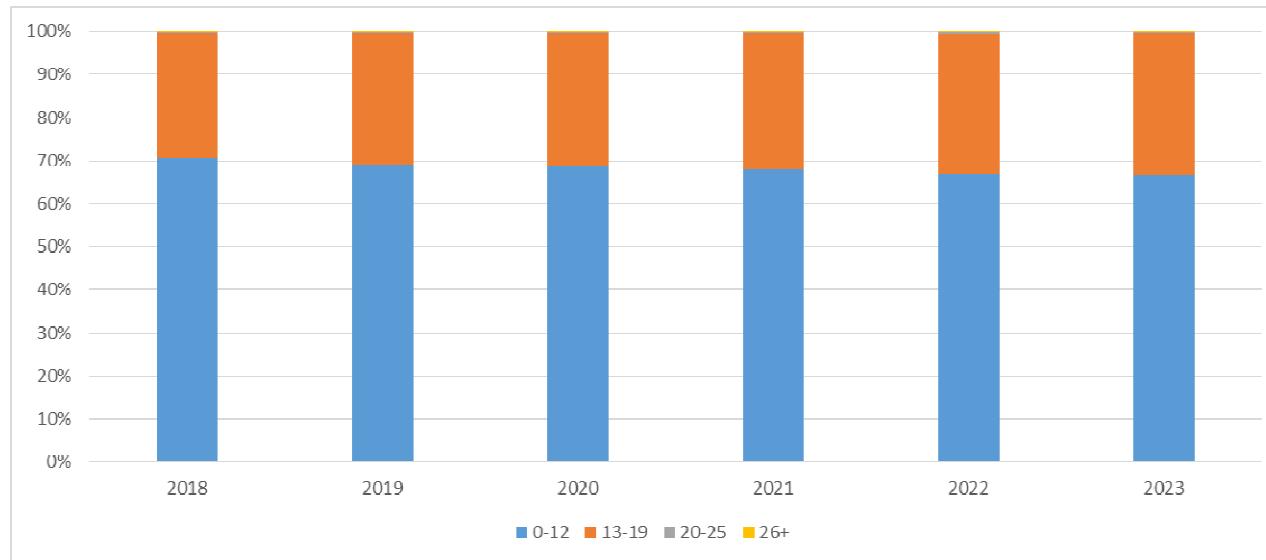


Tabella 6 – N. assistiti per Struttura erogatrice (ASST Pavia) e per anno

Struttura erogatrice	2018	2019	2020	2021	2022	2023
ASST DI PAVIA	3653	3778	3119	3265	3513	3572
OSPEDALE CARLO MIRA - CASORATE PRIMO-NEUROPSICHIATRIA INFANTILE-1-POLO TERRITORIALE-1 (U.O.N.P.I. PA-VIA)	1427	1577	1208	1314	1262	1447
OSPEDALE CIVILE DI VOGHERA-NEUROPSICHIATRIA INFANTILE-1-POLO TERRITORIALE-1 (U.O. N.P.I. VOGHERA)	988	1013	882	830	1006	757
OSPEDALE CIVILE VIGEVANO-NEUROPSICHIATRIA INFANTILE-1-POLO TERRITORIALE-1 (U.O. N.P.I. POLO TER VIGEVANO)	1263	1194	1029	1130	1249	1371

IL CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO

Tabella 7– N. assistiti per fascia di età, per anno (solo UONPIA)

Anno	Fascia di età				
	0-12	13-19	20-25	26+	Totale
2018	2.629	1.013	10	1	3.653
2019	2.634	1.126	18		3.778
2020	2.168	942	8	1	3.119
2021	2.314	944	6	1	3.265
2022	2.383	1.117	10	2	3.512
2023	2.419	1.144	8	1	3.572

Grafico 8 - N. assistiti per fascia di età, per anno (solo UONPIA)

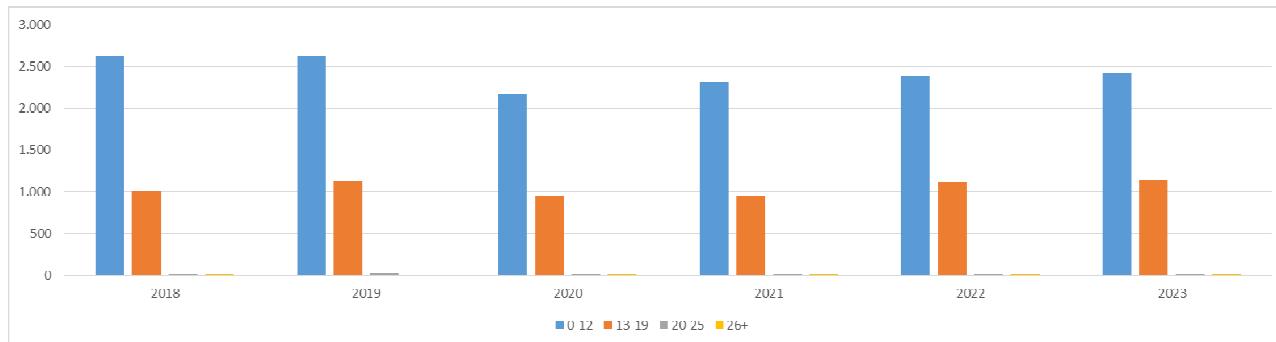


Tabella 9 – Casi incidenti NPI per Distretto di residenza e per anno (Solo UONPIA)

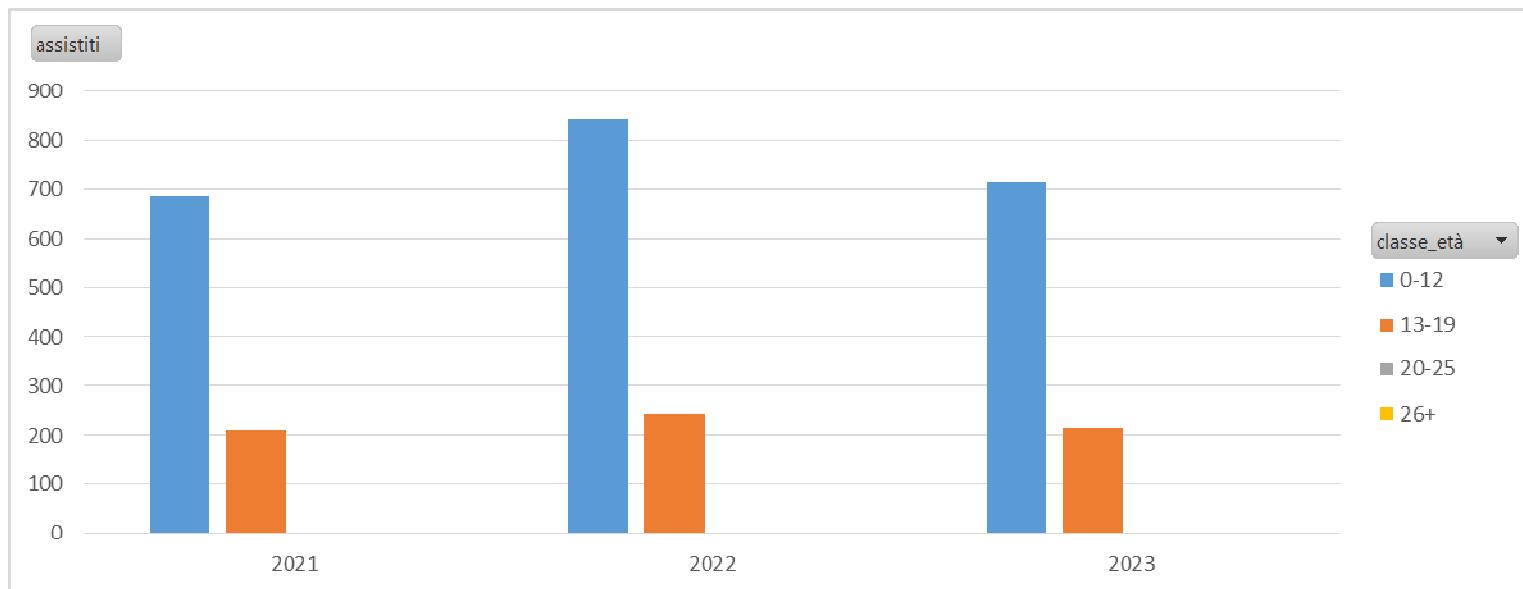
Anno	Alto Basso Pave- se	Broni Casteggio	Lomellina	Pavia	Voghera C. Mon- tana Oltrepo P.se	Totale
2021	169	127	366	102	134	898
2022	182	178	433	99	197	1.089
2023	171	106	403	121	128	929
Totale	522	411	1.202	322	459	2.916

IL CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO

Tabella 10 – Casi incidenti NPI per fascia di età e per anno (Solo UONPIA)

Anno	Fascia di età				Totale
	0-12	13-19	20-25	26+	
2021	685	211	1	1	898
2022	842	243	1	3	1.089
2023	713	215		1	929
Totale	2.240	669	2	5	2.916

Grafico 11 - Casi incidenti NPI per fascia di età e per anno (Solo UONPIA)



IL CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO

Tabella 12 – Casi incidenti per anno e per UONPIA (Vigevano- Voghera – Pavia)

Anno	UONPIA LOMELLINA			Totale
	UONPIA LOMELLINA	UONPIA OLTREPO	UONPIA PAVESE	
2021	349	284	265	898
2022	412	404	273	1.089
2023	383	260	286	929
Totale	1.144	948	824	2.916

S.C. Epidemiologia – ATS Pavia

Direttore: Pietro Perotti

Gruppo di lavoro: Daniela Girardi, Simona Dalle Carbonare, Simona Migliazza, Federica Manzoni, Alessio Pivetta, Stefano Marguati, Laura Dapra

CONTESTO SOCIO –ECONOMICO DELLA PROVINCIA DI PAVIA

La provincia di Pavia rappresenta un territorio complesso e dinamico, con caratteristiche socio-economiche che riflettono una forte eterogeneità. Gli ultimi anni hanno visto cambiamenti significativi, con implicazioni rilevanti per il mercato del lavoro, la struttura delle imprese e il reddito disponibile delle famiglie. Di seguito, si riportano i principali dati e tendenze.

REDDITO DISPONIBILE DELLE FAMIGLIE

Il reddito disponibile delle famiglie consumatrici nella provincia di Pavia si attesta su una media di circa 21.500 euro annui, un dato che, pur inferiore alla media regionale lombarda di 22.800 euro, mostra una leggera crescita rispetto agli anni precedenti. Esiste una notevole differenza tra le aree urbane, dove il reddito tende a essere più elevato grazie a una maggiore densità di attività produttive, e le aree rurali, caratterizzate da un reddito inferiore e una minore diversificazione economica.

Questa variabilità territoriale si accompagna a differenze nei consumi e nella capacità di risparmio, con le famiglie delle aree urbane che hanno una maggiore propensione al consumo rispetto a quelle delle zone rurali. Tuttavia, l'intero territorio risente di una crescita contenuta del reddito rispetto agli anni precedenti la pandemia, influenzata anche dall'aumento dei costi di beni essenziali.

IMPRESE: STRUTTURA, COMPOSIZIONE E SETTORE DI ATTIVITÀ

Il tessuto imprenditoriale pavese è composto prevalentemente da microimprese, che costituiscono il 74,4% del totale. Queste imprese operano principalmente nei settori del commercio, dei servizi e dell'artigianato. Le piccole imprese rappresentano il 24,7%, mentre le medie e grandi imprese, pur costituendo una percentuale inferiore all'1%, generano una parte significativa del valore della produzione provinciale, in particolare nel settore manifatturiero.

IL CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO

Il settore manifatturiero rimane il più rilevante, generando il 49% del valore totale della produzione. Tra le attività principali figurano la produzione di macchinari, il settore chimico-farmaceutico e la lavorazione dei metalli. Il commercio e i servizi costituiscono il secondo pilastro economico, con un peso rilevante nel capoluogo e nei comuni limitrofi.

Il settore agricolo, sebbene rappresenti una quota minore dell'occupazione complessiva, continua a svolgere un ruolo cruciale, in particolare nelle aree rurali. La provincia di Pavia è nota per la produzione di riso, vino e altri prodotti agricoli di qualità, che contribuiscono alla sua identità economica.

OCCUPAZIONE E TASSO DI OCCUPAZIONE

Il tasso di occupazione nella fascia di età 15-64 anni si è attestato al 67,8% nel 2023, registrando un incremento rispetto al 66,8% del 2022. Questo andamento positivo riflette una ripresa dell'occupazione dopo gli effetti della pandemia, con un aumento significativo degli impieghi nel settore terziario.

Il settore dei servizi, che include il commercio, il turismo e le attività professionali, ha registrato il maggior numero di nuovi occupati, seguito dall'industria e dalle costruzioni. L'agricoltura ha mostrato una relativa stabilità, pur rappresentando una quota minore dell'occupazione complessiva. La distribuzione dell'occupazione per genere evidenzia una predominanza di lavoratori maschi, sebbene si registri una leggera crescita della partecipazione femminile nel mercato del lavoro.

FORZE DI LAVORO E TASSO DI ATTIVITÀ

Le forze di lavoro attive rappresentano il 73% della popolazione in età lavorativa. Questo dato risulta in linea con la media regionale, confermando una buona partecipazione al mercato del lavoro. Tuttavia, il tasso di attività maschile supera di oltre 15 punti percentuali quello femminile, con una presenza significativa di donne impegnate in lavori part-time o in settori tradizionalmente legati alla cura e ai servizi alla persona.

DISOCCUPAZIONE E TASSO DI DISOCCUPAZIONE

Nel 2023, il tasso di disoccupazione provinciale è stato del 5,7%, un valore inferiore alla media nazionale (8,1%) ma più alto rispetto alla media regionale (4,9%). La disoccupazione giovanile rimane un aspetto critico, attestandosi al 18%, con una maggiore incidenza tra i giovani sotto i 25 anni e nelle aree rurali, dove le opportunità di lavoro qualificato sono più limitate.

IL CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO

INATTIVI E TASSO DI INATTIVITÀ

Il tasso di inattività, che comprende le persone in età lavorativa non partecipanti al mercato del lavoro, è pari al 27%. Questo valore riflette una leggera contrazione rispetto agli anni precedenti, attribuibile a un miglioramento delle condizioni economiche generali e a una maggiore partecipazione delle fasce più giovani al mercato del lavoro. Tuttavia, le persone inattive rimangono una quota rilevante della popolazione, influenzando il potenziale di crescita economica del territorio.

ANDAMENTO DELLA CASSA INTEGRAZIONE GUADAGNI (CIG)

L'utilizzo della Cassa Integrazione Guadagni (CIG) nella provincia di Pavia è diminuito nel 2023 rispetto ai picchi registrati durante la pandemia. Questo andamento suggerisce una graduale stabilizzazione del mercato del lavoro, sebbene alcuni settori, in particolare l'industria manifatturiera, continuino a fare ricorso a questo strumento per gestire periodi di riduzione della produzione.

PREVISIONI DI ASSUNZIONE

Le previsioni per il 2024 indicano un aumento delle opportunità lavorative, con una domanda crescente nei settori tecnologico, sanitario e del commercio. Tuttavia, le imprese segnalano difficoltà nel reperire personale qualificato, evidenziando un disallineamento tra le competenze disponibili e quelle richieste dal mercato del lavoro.

Sintesi elaborata da "L'andamento dell'economia di Pavia nel 2022-2023" pubblicato dalla Camera di Commercio di Pavia nel mese di Settembre 2024. Il testo integrale della fonte è reperibile su www.pv.camcom.it

IL CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO

MERCATO DEL LAVORO IN PROVINCIA DI PAVIA

La situazione occupazionale nella provincia di Pavia riflette le dinamiche di un mercato del lavoro in evoluzione, influenzato sia da fattori strutturali sia da condizioni congiunturali. Utilizzando i dati del secondo trimestre del 2024 e un'analisi comparativa con gli anni precedenti, emergono elementi significativi relativi a occupazione, disoccupazione, tipologie contrattuali e distribuzione settoriale.

ASSUNZIONI E CESSAZIONI

Nel secondo trimestre del 2024 sono stati registrati 17.458 avviamenti, con un incremento del 14,89% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Di questi, il 73% si concentra nei settori commerciali e dei servizi, seguiti dall'industria (14,25%) e dalle costruzioni (8,96%). L'agricoltura rappresenta solo il 3,74% degli avviamenti totali.

Parallelamente, le cessazioni hanno raggiunto quota 18.124, superando gli avviamenti e determinando un saldo trimestrale negativo di -666. Tale squilibrio è attribuibile principalmente alla chiusura delle scuole nel mese di giugno, che ha generato un incremento significativo delle cessazioni nel comparto scolastico.

DISTRIBUZIONE PER GENERE

Gli avviamenti maschili rappresentano il 58,18% del totale, mentre quelli femminili si attestano al 41,82%. Tuttavia, le cessazioni mostrano una distribuzione più equilibrata, con il 51,41% per gli uomini e il 48,59% per le donne. Il saldo trimestrale positivo per gli uomini (+839) contrasta con quello negativo per le donne (-1.505), sottolineando una maggiore vulnerabilità femminile, specialmente nel settore scolastico.

DISTRIBUZIONE PER ETÀ

La maggior parte degli avviamenti si concentra nella fascia d'età 15-34 anni, che rappresenta il 47,18% del totale. Le fasce 35-49 anni e 50-64 anni seguono con rispettivamente il 31,40% e il 21,42%. Questa distribuzione evidenzia una maggiore dinamica occupazionale tra i giovani, anche se permane una quota significativa di lavoratori in età matura.

IL CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO

TIPOLOGIE CONTRATTUALI

Il 62% dei contratti attivati è a termine, mentre i contratti a tempo indeterminato e di apprendistato rappresentano il 22%. Le altre forme contrattuali, inclusa la somministrazione, costituiscono il restante 16%. La prevalenza di contratti a termine riflette una tendenza verso la flessibilità occupazionale, che si accompagna a una minor stabilità lavorativa.

DISTRIBUZIONE PER SETTORE

I settori con il maggior numero di avviamenti sono il manifatturiero (14,22%), il trasporto e magazzinaggio (13,44%) e l'alloggio e ristorazione (12,16%). D'altro canto, le cessazioni sono concentrate nell'istruzione (22,32%), seguita dalle attività manifatturiere (12,41%) e dal trasporto e magazzinaggio (10,68%).

ISCRITTI AI CENTRI PER L'IMPIEGO

Al 30 giugno 2024, il numero di disoccupati registrati presso i Centri per l'Impiego è pari a 63.167, con un incremento dell'1,6% rispetto all'anno precedente. Le donne rappresentano il 53,6% del totale, mentre gli uomini il 46,4%. La fascia d'età più rappresentata è quella degli over 50 (46,1%), seguita dai lavoratori tra 40 e 49 anni (21,6%).

Questo quadro evidenzia un mercato del lavoro caratterizzato da una crescente domanda di lavoro nei settori dei servizi e del commercio, accompagnata da una prevalenza di contratti a termine e da un'alta incidenza di cessazioni stagionali. Le dinamiche di genere e di età mettono in luce le specificità di un mercato che richiede continui adattamenti per rispondere alle mutevoli esigenze occupazionali.

Sintesi elaborata dal "Rapporto sul mercato del lavoro in Provincia di Pavia" 2° trimestre 2024 pubblicato dalla Provincia di Pavia. Il testo integrale della fonte è reperibile su <https://www.provincia.pv.it/it/page/formazione-lavoro>

IL CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO

ANALISI DELLA SPESA SOCIALE

Questo paragrafo ha l'obiettivo di evidenziare lo sviluppo della spesa sociale nel corso dell'ultimo triennio, indagando la ripartizione della spesa per aree di intervento, le diverse forme di finanziamento e copertura della spesa sociale sia a carico dei Comuni che in gestione associata.

I TRASFERIMENTI

L'andamento delle assegnazioni dei Fondi nazionali e regionali all'Ambito nell'ultimo triennio rileva un progressivo aumento complessivo dei Fondi gestiti a livello d'ambito, assegnando all'Ufficio di Piano un ruolo sempre più centrale nella ricomposizione e gestione delle risorse trasferite.

IL BUDGET DI AMBITO

Le fonti dei dati qui riportati sono riferite a:

- il flusso della spesa sociale dei Comuni e dell'Ambito raccolta per il debito informativo regionale annuale;
- i dati raccolti ed elaborati direttamente dall'Ufficio di Piano per l'Ambito;
- I DWH – data warehouse di Regione Lombardia.

	2108	2019	2020	2021	2022	2023
Risorse Autonome Comuni	130.817	130.817	130.817	130.817	130.817	130.817
Fondo Nazionale Politiche Sociali	379.132	396.711	397.090	566.334	572.628	565.560
Fondo Sociale Regionale	622.875	620.503	749.012	628.535	648.398	661.309
Fondo Per Le Non Autosufficienze	283.175	227.316	296.041	423.100	361.487	414.458

IL CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO

	2108	2019	2020	2021	2022	2023
Dopo di Noi	90.992	100.608	139.718	128.522	151.788	
Fondo Emergenza abitativa	39.723	57.960	324.599	403.682	534.016	0
Fondo Nazionale Povertà	487.121	568.781	941.801	999.023	964.861	933.904
Fondo Nazionale Povertà Estrema		63.439	63.439	63.439	64.273	64.273

Obiettivo è l'analisi della spesa socio-assistenziale dell'Ambito di Pavia dei diversi Comuni che in gestione associata, al fine di illustrare le aree e gli interventi che maggiormente assorbono le risorse, le diverse fonti di finanziamento, la loro incidenza percentuale e le variabilità interne all'Ambito nel corso dell'ultimo triennio.

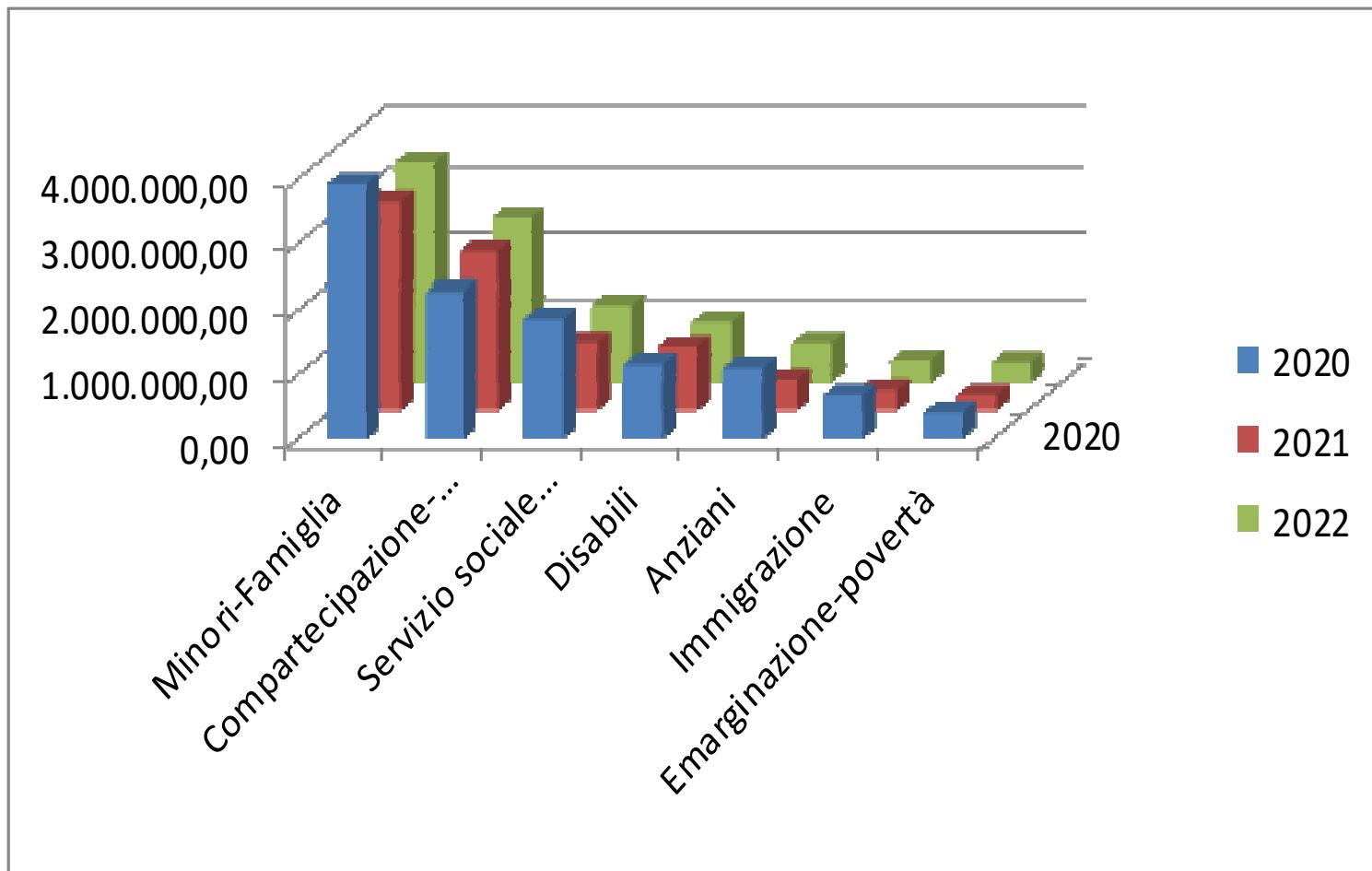
Di seguito rappresentiamo la Spesa Sociale dell'Ambito (somma della spesa dei Comuni in forma singola) del triennio 2020-2022

Area	2020	2021	2022
Minori-Famiglia	3.948.968,00	3.222.823,00	3.400.734,00
Compartecipazione-servizi soc sanitari integrati	2.300.317,00	2.444.189,00	2.540.460,00
Servizio sociale professionale	1.872.886,00	1.066.566,00	1.212.261,00
Disabili	1.169.675,00	1.008.421,00	949.785,00
Anziani	1.121.419,00	491.961,00	619.166,00
Immigrazione	694.744,00	330.025,00	353.548,00
Emarginazione-povertà	415.865,00	257.438,00	314.852,00
TOTALE SPESA	11.523.874,00	8.821.423,00	9.390.806,00
Totale spesa in gestione singolo comune			

IL CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO

Dalla tabella si evince una ripartizione della Spesa Sociale nell'Ambito di Pavia per il triennio simile, che vede un impegno maggiore nelle aree di intervento di Minori e Famiglia e una forte Compartecipazione della spesa socio sanitaria.

Di seguito la rappresentazione grafica della Spesa Sociale complessiva dei Comuni in forma singola nel Triennio 2020-2022 .



CONTESTO SOCIO -DEMOGRAFICO DEL DISTRETTO

TERRITORIO

Il territorio corrispondente al Distretto Sociale di Pavia è composto da 12 Comuni tra cui Cava Manara, Carbonara Al Ticino, Mezzana Rabatone, San Genesio Ed Uniti, San Martino Siccomario, Sommo, Torre D'Isola, Travacò Siccomario, Villanova D'Ardenghi, Zerbolò e Zinasco oltre a Pavia Capoluogo di Provincia che assume una posizione centrale sia in termini geografici che organizzativi.

Il Distretto afferisce all'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Pavia ed ha una estensione territoriale pari a 247,80 km² che rappresenta circa l'8,3% della Provincia di Pavia.

POPOLAZIONE

L'Ambito Territoriale di Pavia conta complessivamente 103.873 abitanti (fonte: ISTAT, 2024) distribuiti in modo eterogeneo tra i 12 comuni che lo compongono: eccettuata Pavia, si tratta prevalentemente di Comuni di dimensioni medio-piccole solo 2 hanno più di 6.000 abitanti, 3 hanno una popolazione compresa fra i 3.000 e i 5.000 residenti, 4 fra i 1.000 e i 3.000 residenti e 2 meno di 1.000 abitanti.

La densità abitativa è di circa 424 abitanti/km²:

- Pavia, con 71.383 residenti su una superficie di 63,24 km², per una densità abitativa pari a poco meno di 1.137 abitanti/km²;
- restanti 11 Comuni dell'Ambito, con 32.490 residenti su una superficie pari a 184,56 km², per una densità abitativa di poco più di 183,37 abitanti/km², leggermente inferiore alla media provinciale.

I dati forniti da ISTAT per gli anni 2021-2024 indicano un quadro generale con una tendenza negativa che mostra una piccola differenza

IL CONTESTO SOCIO - DEMOGRAFICO

rispetto ai dati precedenti

VARIAZIONE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE 2021-2024			
COMUNE	POPOLAZIONE		SUPERFICIE IN KMQ
	2021	2024	
Carbonara al Ticino	1426	1440	14,65
Cava Manara	6698	6668	17,43
Mezzana Rabattone	471	458	7,03
Pavia	71882	71383	62,86
San Genesio ed Uniti	3956	3975	8,99
San Martino Siccomario	6359	6390	14,31
Sommo	1163	1142	14,25
Torre d'Isola	2397	2479	16,35
Travacò Siccomario	4423	4440	15,07
Villanova d'Ardenghi	776	754	6,81
Zerbolò	1715	1647	37,81
Zinasco	3133	3097	29,52
TOTALE	104399	103873	245,08

IL CONTESTO SOCIO - DEMOGRAFICO

GENERE

La popolazione residente nei comuni dell'Ambito Territoriale è caratterizzata da prevalente presenza di cittadini di genere femminile, che al 1.1.2024 si attesta al 51,65%, mentre la quota di cittadini di genere maschile si attesta al 48,35%.

La prevalenza di popolazione femminile rispetto a quella maschile è un elemento che connota dieci dei 12 comuni che compongono l'Ambito Territoriale. In un quadro di decrescita della popolazione residente, la composizione per genere descritta trova giustificazione in una riduzione più contenuta della popolazione di genere femminile rispetto alla componente maschile.

Popolazione residente per genere. Anno 2024				
Comune	Maschi	Femmine	% maschi	% Femmine
Carbonara al Ticino	710	730	49,31	50,69
Cava Manara	3233	3435	48,49	51,51
Mezzana Rabattone	230	228	50,22	49,78
Pavia	34287	37096	48,03	51,97
San Genesio ed Uniti	1915	2060	48,18	51,82
San Martino Siccomario	3154	3236	49,36	50,64
Sommo	576	566	50,44	49,56
Torre d'Isola	1232	1247	49,70	50,30
Travacò Siccomario	2147	2293	48,36	51,64
Villanova d'Ardenghi	375	379	49,73	50,27
Zerbolò	841	806	51,06	48,94
Zinasco	1521	1576	49,11	50,89
TOTALE	50221	53652	48,35	51,65

IL CONTESTO SOCIO - DEMOGRAFICO

FASCE D'ETA'

Rispetto alla composizione per fasce d'età della popolazione residente i dati forniti da Istat descrivono un quadro di omogeneità tra i valori medi dell'Ambito territoriale e del contesto provinciale, con differenza massima nelle fasce d'età 0-14 anni e 25-64 anni.

Popolazione per classi d'età. Anno 2024				
	0-14 anni	15-24 anni	25-64 anni	65 e + anni
AMBITO	11.447	9.312	58.077	25.037

Tra i comuni dell'Ambito Territoriale alcuni mostrano un quadro dove la componente anziana (con oltre 65 anni di età) rispetto al totale della popolazione residente risulta particolarmente importante e superiore alla media: Mezzana Rabattone (31%) e Pavia (25%) seguiti dai comuni di Villanova D'Ardenghi (24%). In tutti i comuni la componente giovane della popolazione (14-24 anni) rappresenta la quota più bassa della popolazione residente (pari al massimo al 10% del totale), mentre la popolazione residente mediamente più giovane della fascia 0-14 quote sulla popolazione residente arriva al massimo al 12%.

Il progressivo invecchiamento della popolazione è ben rappresentato dai dati dell'andamento della popolazione residente per fasce d'età che mostra come i "massimi" valori sono spostati verso le fasce d'età più avanzate.

FAMIGLIE

Il dato più aggiornato messo a disposizione da Istat indica che il numero di famiglie presenti nell'ambito al 1/1/2024 è pari a 51.173.

Anche se lieve, l'incremento del numero di famiglie riguarda più della metà dei comuni dell'Ambito territoriale, mentre significativo è il trend in decrescita del comune di Carbonara al Ticino.

IL CONTESTO SOCIO - DEMOGRAFICO

Famiglie anagrafiche			
Comune	Numero Famiglie		
	2020	2021	2022
Carbonara al Ticino	653	654	660
Cava Manara	2 903	2 930	2 940
Mezzana Rabattone	213	211	216
Pavia	37 022	36 643	37 098
San Genesio ed Uniti	1 707	1 720	1 731
San Martino Siccomario	2 985	2 964	2 968
Sommo	520	518	514
Torre D'isola	1 069	1 075	1 091
Travacò Siccomario	1 982	1 980	1 993
Villanova d'Ardenghi	338	343	338
Zerbolò	765	753	760
Zinasco	1 379	1 379	1 384
Totali	51536	51170	51693

IL CONTESTO SOCIO - DEMOGRAFICO

Stato civile della popolazione residente 2020 al 2023								
Comune	Celibi/Nubili		Coniugati/e		Vedovi/e		Divorziati/e	
	2020	2023	2020	2023	2020	2023	2020	2023
Carbonara al Ticino	563	557	695	698	115	121	49	55
Cava Manara	2592	2660	3154	3158	570	546	282	292
Mezzana Rabattone	177	185	234	219	45	43	13	16
Pavia	32337	32883	29784	28937	5768	5690	3177	3394
San Genesio ed Uniti	1576	1622	1939	1926	295	294	158	163
San Martino Siccomario	2799	2717	2865	2835	473	447	279	296
Sommo	455	456	561	557	83	73	53	54
Torre D'isola	1039	1049	1146	1114	114	129	97	116
Travacò Siccomario	1837	1843	2132	2077	303	314	178	205
Villanova d'Ardenghi	288	280	394	376	62	57	28	32
Zerbolò	721	693	741	723	124	127	98	89
Zinasco	1266	1267	1443	1404	261	262	114	134
SOMMA	45650	46212	45088	44024	8213	8103	4526	4846

IL CONTESTO SOCIO - DEMOGRAFICO

LA POPOLAZIONE STRANIERA

Tra la popolazione residente nei comuni dell'Ambito territoriale la componente straniera della popolazione nel periodo 2021-2023 è diminuita passando da n. 12.714 a 12.389 nel 2023.

Numero di stranieri per Comune		
	2021	2023
Carbonara al Ticino	122	127
Cava Manara	473	505
Mezzana Rabattonе	35	29
Pavia	10338	10201
San Genesio ed Uniti	173	153
San Martino Siccomario	848	794
Sommo	48	41
Torre d'Isola	137	124
Travacò Siccomario	210	215
Villanova d'Ardenghi	31	29
Zerbolò	94	113
Zinasco	205	221
TOTALE	12714	12389

IL CONTESTO SOCIO - DEMOGRAFICO

Rispetto alla “quota” degli stranieri residenti sul totale dei cittadini il comune di San Martino Siccomario (oltre al capoluogo di provincia Pavia) si conferma come quello tra i comuni dell’Ambito territoriale con il valore più significativo

Quota stranieri sulla popolazione residenti		
	totale residenti	% stranieri
Carbonara al Ticino	1426	8,6
Cava Manara	6698	7,1
Mezzana Rabattone	471	7,4
Pavia	71882	14,4
San Genesio ed Uniti	3956	4,4
San Martino Siccomario	6359	13,3
Sommo	1163	4,1
Torre d'Isola	2397	5,7
Travacò Siccomario	4423	4,7
Villanova d'Ardenghi	776	4,0
Zerbolò	1715	5,5
Zinasco	3133	6,5
TOTALE	104399	12,2

IL CONTESTO SOCIO - DEMOGRAFICO

INDICATORI DEMOGRAFICI AL 1 GENNAIO 2022			
	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza strutturale	Indice di ricambio della Popolazione attiva
Carbonara al Ticino	199,4	55,4	136,1
Cava Manara	210,8	57,3	147,9
Mezzana Rabattone	297,9	66,8	152,9
Pavia	239,6	58,8	178,5
San Genesio ed Uniti	208,3	58,5	159,6
San Martino Siccomario	194,3	52,8	166,4
Sommo	205,5	51,9	139,7
Torre d'Isola	152,4	50,4	158,9
Travacò Siccomario	200,9	56,8	168,1
Villanova d'Ardenghi	204,3	58,1	200,0
Zerbolò	155,5	57,9	204,5
Zinasco	208,3	58,5	159,6
MEDIA REGIONALE	177,1	56,9	136,2

IL CONTESTO SOCIO - DEMOGRAFICO

INDICATORI DEMOGRAFICI AL 1 GENNAIO 2022				
	Indice di struttura della popolazione attiva	Indice di carico di figli per donna feconda	Indice di natalità (x 1.000 ab.)	Indice di mortalità (x 1.000 ab.)
Carbonara al Ticino	175,1	14,1	4,2	11,9
Cava Manara	166,9	15,0	5,0	14,0
Mezzana Rabattone	166,7	17,1	0,0	12,9
Pavia	131,1	17,4	7,0	13,3
San Genesio ed Uniti	156,2	17,9	6,3	14,3
San Martino Siccomario	146,1	16,6	5,2	10,6
Sommo	204,0	15,6	7,0	12,3
Torre d'Isola	173,6	17,4	9,6	11,3
Travacò Siccomario	159,9	15,8	4,5	11,5
Villanova d'Ardenghi	179,9	18,1	6,6	15,8
Zerbolò	214,8	21,9	4,3	12,2
Zinasco	156,2	17,9	6,3	14,3
MEDIA REGIONALE	144,2	18,7	6,8	11,3

Fonte : Dati Demolstat

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE **124**

L'ANALISI DEI BISOGNI E DELLE RISORSE **131**

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE



IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

Tra ottobre e novembre 2024, il Consorzio Sociale Pavese ha indetto un procedimento di coprogrammazione del Piano Sociale di Zona 2025-2027.

Il percorso si inserisce all'interno di un ampio processo di pianificazione sociale partecipata, che si svilupperà nel triennio 2025-2027, con la finalità di rafforzare le politiche di sviluppo dei servizi attraverso un processo che consente a cittadini e operatori dei servizi di concorrere a individuare e definire le linee di intervento e le priorità da realizzare insieme ai decisori locali.

Il percorso ha previsto l'attivazione di 10 tavoli tematici definiti in base alle Linee Guida Regionale ed a specifici bisogni territoriali, così suddivisi:

- **Vita autonoma e inclusione**
- **Anziani tra invecchiamento attivo e necessità di cura**
- **Innovazione e inclusione nel settore abitativo**
- **Alleanza educativa per la promozione del benessere giovanile**
- **Sistema famiglia: reti, servizi e promozione**
- **La comunità che cura: Sostegno inclusione per la grave marginalità**
- **Carcere, territorio e giustizia riparativa: percorsi di inclusione oltre le mura**
- **La comunicazione del sociale**
- **La valutazione di servizi, attività e progetti**
- **Integrazione delle politiche socio-sanitarie**

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

Le diverse giornate hanno visto la partecipazione di 65 organizzazioni (49 Enti del terzo settore, 12 PA/Enti e 4 tra OOSS e Parrocchie) per un totale di n. 178 partecipanti che si sono avvicendati nei diversi tavoli di lavoro.

Lo scopo del percorso è stata l'individuazione dei bisogni territoriali nell'ottica di definizione delle linee di programmazione delle politiche future.

IL PROCEDIMENTO AMMINISTRATIVO DI CO-PROGRAMMAZIONE

L'articolo 55 del Codice del Terzo Settore stabilisce che le amministrazioni pubbliche, nell'esercizio delle proprie funzioni di programmazione e organizzazione a livello territoriale degli interventi e dei servizi, assicurano il coinvolgimento attivo degli enti del Terzo Settore, attraverso forme di co-programmazione e co-progettazione.

In particolare, l'istituto della co-programmazione è disciplinato dal secondo comma dell'articolo 55: "La co-programmazione è finalizzata all'individuazione, da parte della pubblica amministrazione procedente, dei bisogni da soddisfare, degli interventi a tal fine necessari, delle modalità di realizzazione degli stessi e delle risorse disponibili".

L'AVVISO PUBBLICO DI CO-PROGRAMMAZIONE DEL PIANO SOCIALE DI ZONA

Nella cornice sopra descritta il Consorzio Sociale Pavese ha scelto di riproporre, dopo la positiva esperienza della coprogrammazione della triennalità precedente, la co-programmazione del Piano Sociale di Zona 2025-2027 attraverso un procedimento amministrativo realizzato ai sensi dei citati Codice del Terzo Settore e decreto 72/2021.

Dopo l'avvio formale, e a seguito della nomina del responsabile del procedimento, è stato pubblicato un avviso per la partecipazione all'attività istruttoria di co-programmazione del Piano Sociale di Zona 2025-2027, in attuazione di quanto stabilito dalla Linee di indirizzo per la programmazione sociale territoriale per il triennio 2025-2027 di Regione Lombardia.

L'ATTIVITÀ ISTRUTTORIA: IL PERCORSO PARTECIPATO DI CO-PROGRAMMAZIONE

L'attività istruttoria si è svolta attraverso un Tavolo di co-programmazione convocato in cinque diverse sessioni e organizzato in diversi gruppi di lavoro.

Il percorso si è sviluppato nei mesi di ottobre e novembre 2024, secondo il seguente calendario:

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

- 24 ottobre 2024 - 9:00/ 11:30 Presentazione del percorso di coprogrammazione (in presenza, Sala dell'Annunciata)
- 05 novembre 2024 - 09:00/ 13:00 Politiche e servizi per un nuovo welfare di comunità (on line)
- 12 novembre 2024 - 09:00/13:00 Strategie integrate per il benessere giovanile, familiare e sociale (on line)
- 15 novembre 2024 - 09:00/13:00 Dimensioni trasversali: comunicazione, valutazione (on line)
- 19 novembre 2024 - 09:30/11:30 Condivisione e validazione degli esiti del percorso di coprogrammazione (on line)

La sessione introduttiva, svoltasi presso Sala dell'Annunciata, nella sede della Provincia di Pavia, ha rappresentato l'occasione per presentare le Linee di indirizzo di Regione Lombardia per la nuova programmazione, per focalizzare le ragioni per le quali si è inteso sviluppare la programmazione zonale con gli strumenti delle co-programmazione, per condividere contenuti e attività del percorso.

Alla giornata di avvio del percorso hanno preso parte, oltre al Presidente dell'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito di Pavia, il Direttore Socio-Sanitario dell'ATS di Pavia ed il Direttore Socio-Sanitario di ASST Pavia e **n. 60** organizzazioni a testimonianza della volontà di proseguire nel percorso di forte integrazione socio sanitaria tra Ambito, Terzo Settore, ATS e ASST.

La sessione tematica dedicata alle **Politiche e servizi per un nuovo welfare di comunità** ha affrontato i seguenti focus:

- Vita autonoma e inclusione;
- Anziani tra invecchiamento attivo e necessità di cura;
- Innovazione e inclusione nel settore abitativo.

I diversi focus sono stati discussi da diversi gruppi di lavoro, che li hanno affrontati da quattro punti di vista: le criticità (presenti ed emergenti), le risorse disponibili (servizi, esperienze, pratiche), l'integrazione delle politiche (chi fa che cosa e quali collaborazioni possibili; uno sguardo al futuro (proposte concrete per migliorare).

La sessione tematica dedicata alla **Strategie integrate per il benessere giovanile, familiare e sociale** si è concentrata sui seguenti focus:

- Alleanza educativa per la promozione del benessere giovanile;
- Sistema famiglia: reti, servizi e promozione;
- La comunità che cura: Sostegno inclusione per la grave marginalità;

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

- Carcere, territorio e giustizia riparativa: percorsi di inclusione oltre le mura.

Anche in questo caso, diversi gruppi di lavoro si sono confrontati sui focus, guidati dai medesimi spunti: Le criticità (presenti ed emergenti), Le risorse disponibili (servizi, esperienze, pratiche) , L'integrazione delle politiche (chi fa che cosa e quali collaborazioni possibili; Uno sguardo al futuro (proposte concrete per migliorare).

La sessione tematica su **Dimensioni trasversali: comunicazione, valutazione** ha approfondito i seguenti temi:

- La comunicazione del sociale;
- La valutazione di servizi, attività e progetti;
- Integrazione delle politiche socio-sanitarie.

In questo caso, i diversi gruppi si sono confrontati sulle criticità (presenti ed emergenti), sugli strumenti per comunicare /gli strumenti per il monitoraggio e la valutazione / le buone pratiche, l'orientamento per l'accesso ai servizi /la lettura dei risultati/ gli strumenti, la privacy dei dati/le case di comunità

L'ATTIVITÀ ISTRUTTORIA: IL METODO DI LAVORO

L'attività istruttoria si è svolta online a distanza, coinvolgendo 65 organizzazioni (49 Enti del terzo settore 12 PA/Enti 4 Altro).

Le tre sessioni tematiche (Politiche e servizi per un nuovo welfare di comunità, Strategie integrate per il benessere giovanile, familiare e sociale, Dimensioni trasversali: comunicazione, valutazione, integrazione) hanno alternato fasi di confronto in plenaria e fasi di lavoro in piccoli gruppi, che si sono confrontati sui diversi focus e sulle domande guida elencate nel precedente paragrafo.

Le sessioni di lavoro sono state condotte con il programma di videoconferenza Zoom per comunicare sia in plenaria, sia in piccoli gruppi (suddivisi in diverse stanze di lavoro); e con la piattaforma Miro per lavorare (in plenaria e nei piccoli gruppi) in un board opportunamente attrezzato.

Il link per l'accesso al board su Miro è rimasto a disposizione dei partecipanti al percorso non soltanto durante le sessioni plenarie ma durante tutto lo svolgimento dell'istruttoria di progettazione, in modo da consentire a tutti di prepararsi alle nuove sessioni e di (ri)leggere gli esiti delle sessioni già svolte.

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

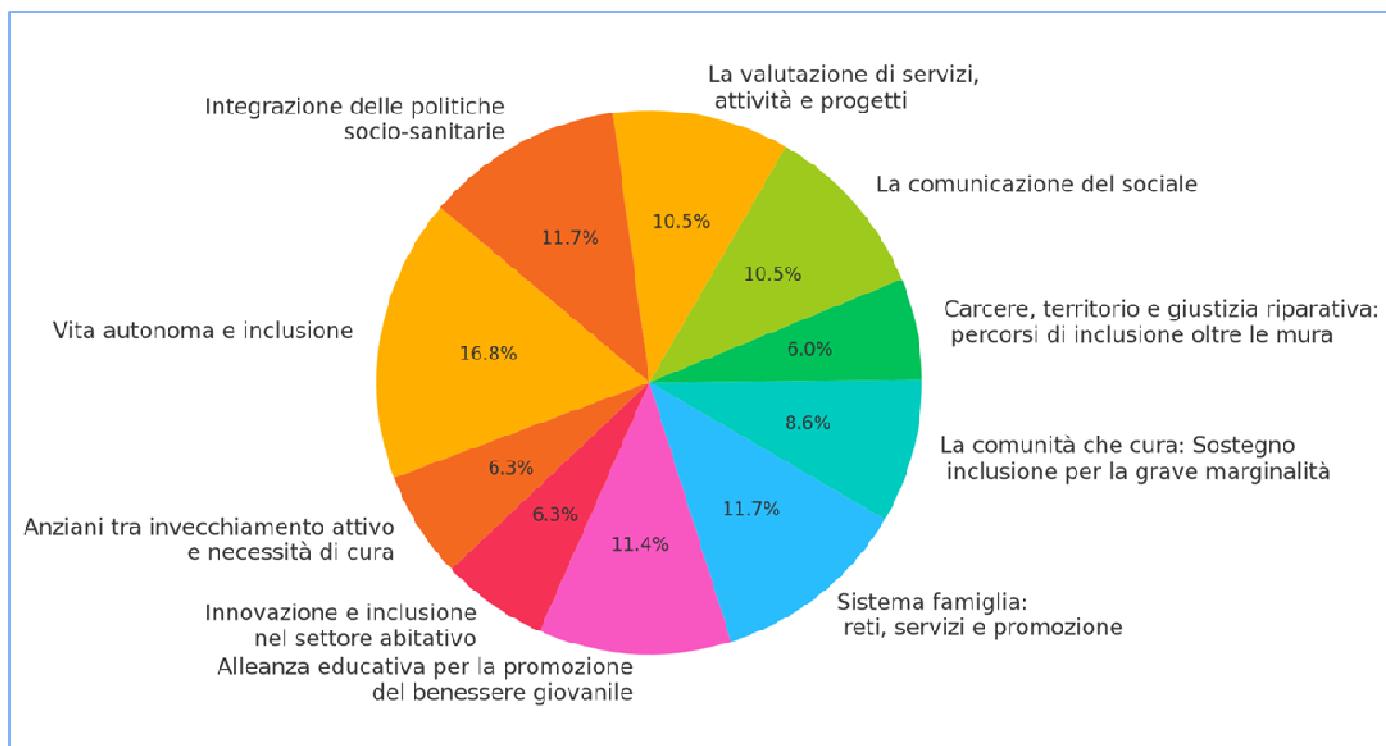
Il lavoro nei diversi gruppi è stato organizzato per favorire il contributo di tutti i partecipanti e per consentire la realizzazione di una sintesi di quanto emerso nel confronto da riportare in plenaria.

Gli esiti dell'attività istruttoria

Al termine delle sessioni di lavoro, è stato elaborato il documento istruttorio di sintesi, presentato, e condiviso dai partecipanti, nel corso della sessione conclusiva dell'istruttoria dal Responsabile del Procedimento.

Il documento, che rappresenta la lettura dei bisogni territoriali emersi, è stato il punto di partenza e di riflessione utilizzato dall'Assemblea dei Sindaci e dall'Ufficio di Piano per la definizione degli obiettivi del Piano di Zona 2025-2027.

Grafico 1— Distribuzione della partecipazione ai tavoli di lavoro



IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

PROGRAMMA DEL PERCORSO

DATA	24 ottobre 2024	05 novembre 2024	12 novembre 2024	15 novembre 2024	19 novembre 2024
TITOLO	Presentazione del percorso	Politiche e servizi per un nuovo welfare di comunità	Strategie integrate per il benessere giovanile, familiare e sociale	Dimensioni trasversali: comunicazione, valutazione, integrazione	Esiti del percorso
FOCUS 1°		Vita autonoma e inclusione	Alleanza educativa per la promozione del be- nessere giovanile	La comunicazione del sociale	
FOCUS 2°		Anziani tra invecchiamento attivo e necessità di cura	Sistema famiglia: reti, servizi e promozione	La valutazione di servizi, attività e progetti	
FOCUS 3°		Innovazione e inclusione nel settore abitativo	La comunità che cura: Sostegno inclusione per la grave marginalità	Integrazione delle politi- che socio-sanitarie	
FOCUS 4°			Carcere, territorio e giustizia riparativa: per- corsi di inclusione oltre le mura		
PARTECI- PANTI		n. 93	n. 113	n. 103	
n. 178 iscritti		n. 65 Enti/Organizzazioni			

1. VITA AUTONOMA E INCLUSIONE

1.1. Le criticità (presenti ed emergenti)

1.1.1. *Criticità a livello di sistema*

- Dati frammentati e inaccessibili. I dati relativi ai bisogni delle persone con disabilità sono spesso incompleti, dispersi e di difficile interpretazione. Questo rende arduo identificare le reali necessità, le lacune nei servizi e le potenziali opportunità di intervento.
- Mancanza di coordinamento e integrazione tra servizi. I servizi, gli interventi e le risorse disponibili sono spesso frammentati e scollegati tra loro. Questa mancanza di coordinamento rende difficile rispondere in modo efficace ai bisogni complessi delle persone con disabilità e crea confusione e disorientamento per le famiglie. La scarsa comunicazione tra i servizi impedisce la creazione di un sistema di supporto coeso ed efficiente.
- Difficoltà di comunicazione. Problemi di comunicazione si riscontrano a vari livelli. Tra il terzo settore e gli enti pubblici, la mancanza di canali efficaci ostacola il raggiungimento di obiettivi comuni. All'interno dello stesso terzo settore, la scarsa conoscenza reciproca impedisce una mappatura completa dei servizi attivi. Infine, la comunicazione frammentata tra i diversi attori che si occupano della persona disabile (servizi, enti, associazioni) porta a una dispersione di informazioni, risorse e opportunità.
- Mancanza di una visione a lungo termine. La progettazione degli interventi è spesso limitata a una prospettiva a breve termine. La natura imprevedibile di alcune disabilità, come quella psichiatrica, si scontra con le necessità di programmazione a lungo termine. I bandi regionali annuali, inoltre, limitano la possibilità di pianificare progetti di vita a lungo termine per le persone con disabilità e le loro famiglie.
- Eccessiva burocrazia. La complessità delle procedure burocratiche rappresenta un ostacolo significativo per le persone con disabilità e le loro famiglie, impedendo loro di accedere ai servizi e ai benefici a cui hanno diritto.
- Mancanza di consapevolezza sulle risorse territoriali. La difficoltà nel reperire informazioni sulle opportunità offerte dal territorio richiede la creazione di strumenti informativi più efficaci, come una "mappa" che raccolga progetti ed esperienze.

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

1.1.2. *Criticità specifiche*

- Diagnosi precoci e servizi inadeguati per la prima infanzia. L'aumento delle diagnosi di disabilità nella prima infanzia non è accompagnato da un adeguato potenziamento dei servizi, con conseguenti lunghe liste d'attesa per trattamenti e terapie.
- Difficoltà nella transizione all'età adulta. Il passaggio dall'età scolare a quella adulta è un momento critico, in cui la mancanza di supporto adeguato può compromettere il percorso di autonomia e integrazione sociale. Questo problema è aggravato dal gap di risorse e servizi specifici per la fascia 15-18 anni.
- Bisogni specifici dei migranti. Le persone con disabilità provenienti da contesti migratori affrontano barriere linguistiche e culturali che richiedono interventi mirati per garantire una reale inclusione.
- Inserimento lavorativo complesso. Nonostante i progressi nell'accesso alla formazione, le persone con disabilità continuano ad affrontare ostacoli significativi nell'inserimento lavorativo. La mancanza di opportunità concrete limita la loro partecipazione attiva nella società e il loro sviluppo personale e professionale. Questo è dovuto in parte alla scarsa propensione delle aziende private all'assunzione, che preferiscono pagare le multe previste dalla legge, e alla limitata presenza di cooperative di tipo B. I tirocini, pur essendo uno strumento utile, spesso non evolvono in assunzioni stabili, creando un ciclo di precarietà.
- Mancanza di un punto informativo per il "Dopo di noi". L'assenza di un punto informativo dedicato al "Dopo di noi" limita la capacità di fornire informazioni e supporto alle famiglie che si trovano ad affrontare questa delicata fase di vita.
- Mancata inclusione delle housing nei regolamenti comunali. L'assenza di una regolamentazione specifica per le housing rappresenta un ostacolo alla diffusione di questa forma di abitare, limitando l'autonomia e l'inclusione sociale delle persone con disabilità.

1.1.3. *Criticità relative al personale e alle famiglie*

- Carenza di personale qualificato. Si evidenzia sia una carenza numerica di operatori che una necessità di maggiore formazione specifica sulla disabilità. La difficoltà nel reperire personale qualificato per la presa in carico dei progetti e dei servizi rappresenta una criticità significativa.
- Mancanza di consapevolezza delle famiglie. Le famiglie a volte mancano di consapevolezza e di progettazione interna rispetto alle reali necessità dei minori e dei giovani adulti per l'inclusione e la vita autonoma. Questo crea un disallineamento tra le richieste delle famiglie e le

risorse disponibili. Le famiglie, inoltre, si trovano spesso impreparate ad affrontare il percorso verso l'autonomia dei figli e necessitano di un accompagnamento adeguato.

1.1.4. Criticità culturali

- Mancanza di centralità della persona. Pur essendo un principio cardine, la centralità della persona viene spesso meno nella pratica. Questo "paradosso" è causato da molteplici fattori che richiedono un'analisi più approfondita, tra cui la struttura dei servizi, la formazione degli operatori e le risorse disponibili.
- Scarsa cultura e formazione dell'utenza. La mancanza di informazione sui servizi e su temi specifici come la violenza rappresenta un ostacolo significativo. Questa carenza informativa non solo limita l'accesso ai servizi ma può anche contribuire alla perpetuazione di situazioni di disagio e vulnerabilità.
- Prevalenza di un approccio assistenziale. L'attenzione si concentra spesso sull'assistenza immediata, a scapito di un lavoro a lungo termine sull'autonomia e sull'inserimento lavorativo. Questo approccio limita le possibilità di sviluppo individuale e di partecipazione attiva nella società.

1.1.5. Criticità del Terzo Settore

- Scarsa collaborazione tra le associazioni. Il Terzo Settore, pur essendo ricco di esperienze, tende a operare in modo frammentato. La mancanza di coordinamento e collaborazione tra le associazioni impedisce di ottimizzare le risorse e creare sinergie.
- Difficoltà di accesso e risposta del terzo settore. La limitata disponibilità di risorse impedisce al terzo settore di intercettare efficacemente le persone in difficoltà e di fornire risposte adeguate.

1.1.6. Criticità nell'ambito sociale e socio-sanitario

- Integrazione carente tra sociale e socio-sanitario. La collaborazione tra i due ambiti risulta problematica, come evidenziato dal progetto DAMA, che necessita di un potenziamento.

1.2. Le risorse disponibili (servizi, esperienze, pratiche)

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

1.2.1. *Un sistema multi-attore*

La presenza di diversi attori, ognuno con le proprie specificità e competenze, crea un ambiente ricco di potenzialità. La sfida principale in questo contesto è quella di coordinare efficacemente le diverse realtà per evitare duplicazioni di sforzi e garantire un'azione sinergica.

- **Enti pubblici:** Oltre alle misure citate, come il "Fondo Autismo" e il programma "Dopo di Noi", gli enti pubblici hanno un ruolo fondamentale nel definire le politiche a livello locale e regionale, garantendo un quadro normativo che favorisca l'inclusione. La loro collaborazione con il terzo settore e le famiglie è cruciale per la progettazione di servizi che rispondano ai bisogni reali delle persone con disabilità.
- **Terzo settore:** La ricchezza del terzo settore nel territorio pavese offre una vasta gamma di servizi, dai centri diurni alle attività ricreative, passando per i percorsi di inserimento lavorativo. La capacità di coprogettazione dimostrata in esperienze come quella del Consorzio Sociale Pavese, ATS e ASST rappresenta un modello da replicare per lo sviluppo di servizi innovativi e personalizzati.
- **Settore privato:** Sebbene meno citato, il ruolo del settore privato non è da sottovalutare. Le aziende possono contribuire all'inclusione delle persone con disabilità offrendo opportunità di lavoro, tirocini formativi e sostegno a progetti di inclusione sociale.
- **Famiglie:** Il coinvolgimento delle famiglie è fondamentale in ogni fase del percorso di vita delle persone con disabilità. Le esperienze di co-housing, come la "Casa della Luna", la "Casa di Via dei Liguri" e la "Casa di Via Francana", dimostrano come la collaborazione tra famiglie, terzo settore ed enti pubblici possa creare soluzioni abitative innovative che promuovono l'autonomia e l'inclusione.
- **Professionisti qualificati:** La presenza di professionisti qualificati nei diversi settori è un valore aggiunto per la qualità degli interventi. Medici, educatori, assistenti sociali, psicologi e altri professionisti specializzati contribuiscono con le loro competenze alla progettazione e all'implementazione di percorsi individualizzati. La formazione continua di questi professionisti, con un focus sull'empowerment e l'autodeterminazione, è fondamentale per garantire un approccio centrato sulla persona.

1.2.2. *Collaborazione come chiave di volta*

La collaborazione tra i diversi attori non è solo auspicabile, ma necessaria per costruire un sistema di supporto efficace e sostenibile. Le esperienze di coprogettazione e i progetti di co-housing dimostrano che la sinergia tra enti pubblici, terzo settore, famiglie e professionisti porta a risultati concreti in termini di inclusione e qualità della vita.

1.2.3. Strumenti e opportunità

Gli strumenti e le opportunità a disposizione delle persone con disabilità nel territorio pavese sono molteplici, ma è importante che siano conosciuti e accessibili a tutti.

- Progetti di Vita: Rappresentano la base per un percorso individualizzato e centrato sui bisogni e le aspirazioni della persona con disabilità. La loro implementazione fin dall'infanzia è cruciale per massimizzare l'efficacia degli interventi e ottimizzare l'utilizzo delle risorse.
- Convenzioni ex articolo 14: Queste convenzioni, che promuovono l'inserimento lavorativo attraverso collaborazioni con cooperative di tipo B, rappresentano un'opportunità concreta per le persone con disabilità che desiderano entrare nel mondo del lavoro.
- Programmi regionali: Come GOL, offrono percorsi di formazione e inserimento lavorativo, contribuendo a creare un ponte tra il mondo della formazione e quello del lavoro.
- Formazione specifica per operatori: La formazione degli operatori sociali, incentrata su empowerment e autodeterminazione, è un investimento fondamentale per migliorare la qualità dei servizi e garantire un approccio rispettoso dei diritti e delle aspirazioni delle persone con disabilità.

1.2.4. Sfide e prospettive

Nonostante il panorama positivo, ci sono ancora alcune sfide da affrontare per rendere il sistema di supporto alle persone con disabilità nel territorio pavese ancora più efficace.

- Dipendenza da bandi e finanziamenti a breve termine: La dipendenza da finanziamenti a breve termine minaccia la sostenibilità e la continuità degli interventi. È necessario lavorare per la creazione di un sistema di finanziamento stabile e duraturo che permetta di pianificare interventi a lungo termine.
- Necessità di una maggiore conoscenza reciproca: La conoscenza delle diverse progettualità a tema disabilità presenti sul territorio è fondamentale per favorire risposte adeguate ai bisogni specifici. La creazione di una rete di comunicazione e scambio tra gli attori territoriali può contribuire a migliorare la diffusione delle informazioni e a creare una maggiore sinergia tra le diverse realtà.

1.3. L'integrazione delle politiche (chi fa che cosa e quali integrazioni possibili)

1.3.1. Integrazione tra politiche sanitarie, educative, sociali, formative e del lavoro

La frammentarietà dei servizi richiede un'integrazione tra politiche sanitarie, educative, sociali, formative e del lavoro per rispondere in modo

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

completo ed efficace ai bisogni delle persone con disabilità.

- Ad esempio, l'aumento delle diagnosi nella prima infanzia necessita di un supporto tempestivo e adeguato ai bambini e alle loro famiglie.
- La difficoltà nell'inserimento lavorativo richiede percorsi concreti e sostenibili.
- È necessario un approccio integrato fin dalla diagnosi, con la creazione di un percorso chiaro e condiviso tra tutti gli attori coinvolti, comprese le istituzioni, il terzo settore e la famiglia.

1.3.2. Collaborazione tra attori

È importante la collaborazione tra diversi attori, sia pubblici che privati, come il terzo settore, gli enti pubblici, i privati e l'Università.

- Il coinvolgimento dell'Università, pur essendo molto presente sul territorio, è percepito come poco integrato nelle diverse coprogettazioni e potrebbe rappresentare una risorsa utile per la mappatura dei servizi.
- La collaborazione deve essere basata sul dialogo, sul rispetto reciproco e su un approccio non giudicante per creare un clima di fiducia e favorire la partecipazione attiva dell'utenza.

1.3.3. Centralità dei bisogni

- L'integrazione deve partire dall'individuazione dei bisogni concreti delle persone con disabilità, garantendo una continuità nei servizi offerti e una visione condivisa tra i diversi operatori.

1.3.4. Efficacia ed efficienza

Per un'integrazione efficace è fondamentale definire obiettivi chiari, ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili e promuovere la collaborazione tra i diversi attori coinvolti.

- La creazione di linee guida condivise tra i servizi può favorire la continuità dell'assistenza durante i diversi cicli di vita delle persone con disabilità, evitando interruzioni e frammentazioni.
- I servizi pubblici, con figure dedicate al coordinamento, possono svolgere un ruolo di regia fondamentale per favorire l'integrazione delle politiche e garantire un sistema di supporto coeso.

1.3.5. Superamento delle difficoltà di collaborazione

È importante superare le difficoltà di collaborazione tra il settore sociale e quello socio-sanitario per garantire una presa in carico globale.

- La collaborazione tra enti diversi, come Ambiti, Regione, ASST e ATS, è fondamentale per creare una rete di servizi integrata e capace di rispondere ai bisogni complessi.

1.3.6. Progetto di vita

- Il progetto di vita come strumento chiave per un percorso personalizzato e a lungo termine, suggerisce la necessità di un'integrazione tra diverse politiche per accompagnare la persona con disabilità in tutte le fasi della sua vita.

1.4. Uno sguardo al futuro (proposte concrete per migliorare)

1.4.1. Conoscenza e collaborazione

- È fondamentale promuovere la conoscenza reciproca tra i diversi attori del territorio, creando reti solide e incentivando il dialogo. La creazione di una mappatura dettagliata dei servizi territoriali, accessibile a tutti gli enti, faciliterebbe la conoscenza delle risorse e il coinvolgimento degli attori. Incontri periodici tra gli attori favorirebbero la comunicazione e la creazione di reti collaborative.

1.4.2. Risorse e formazione

- Investire in risorse, sia in termini di personale qualificato che di opportunità di incontro e formazione, è cruciale per rispondere ai bisogni delle persone con disabilità e delle loro famiglie. Un maggiore supporto economico e il riconoscimento del lavoro degli operatori sono essenziali per garantire la sostenibilità degli interventi. È importante investire nella formazione degli operatori sociali, con un focus sull'empowerment e sull'autodeterminazione.

1.4.3. Semplificazione e inclusione

- Semplificare la comunicazione e le procedure, rimuovendo le barriere burocratiche, faciliterebbe l'accesso ai servizi e alle informazioni. Per promuovere l'autonomia e l'inclusione sociale, è necessario aggiornare i regolamenti comunali per includere le housing e le coabitazioni.

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

1.4.4. Dopo di noi e integrazione socio-sanitaria

- Punti informativi dedicati al Dopo di noi garantirebbero un supporto ulteriore alle famiglie e alle persone con disabilità in questa fase di transizione. È necessaria una reale integrazione tra sociale e socio-sanitario, traducendo l'auspicio di una maggiore collaborazione in azioni concrete. La presa in carico dovrebbe iniziare fin dalla diagnosi, con un percorso coerente e condiviso tra tutti gli attori, per garantire continuità e personalizzazione degli interventi.

1.4.5. Rafforzamento della rete e innovazione

- Bisogna potenziare la rete, favorendo la comunicazione e la collaborazione tra istituzioni, terzo settore e famiglia, per ottimizzare gli interventi ed evitare la dispersione di risorse. Occorre rafforzare il dialogo e la collaborazione tra terzo settore e istituzioni, promuovendo una comunicazione costante e strutturata per favorire lo scambio di informazioni, la condivisione di buone prassi e la co-progettazione di interventi. È auspicabile una maggiore sinergia tra le associazioni del terzo settore, superando la tendenza a lavorare in modo individuale. È importante superare la frammentazione attuale creando occasioni di incontro sistematiche e ampie, che favoriscano la collaborazione e lo scambio di esperienze.
- Inserimento lavorativo e soluzioni innovative: Servirebbe una struttura dedicata a facilitare l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità, mettendo in contatto le loro competenze con le esigenze delle aziende del territorio. Infine, è importante ricercare soluzioni innovative, andando oltre gli schemi predefiniti e sperimentando nuove soluzioni, anche attraverso una maggiore collaborazione tra gli enti e la condivisione di risorse.

2. ANZIANI TRA INVECCHIAMENTO ATTIVO E NECESSITÀ DI CURA

2.1. Le criticità (presenti ed emergenti)

2.1.1. Criticità a livello di sistema

- Mancanza di un sistema informativo condiviso ed efficace: Il sistema attuale è caratterizzato da una grave carenza nella condivisione delle informazioni sui reali bisogni del territorio. Questa mancanza di comunicazione, che coinvolge tutti gli attori del sistema, impedisce una pianificazione degli interventi mirata ed efficace, con il rischio di sprecare risorse e di non raggiungere gli obiettivi prefissati. La frammentazione degli interventi e la mancanza di coordinamento aggravano ulteriormente il problema, generando una sovrapposizione di ruoli e una dispersione di risorse.
- Difficoltà di accesso e partecipazione: Le procedure burocratiche complesse per la partecipazione ai bandi e la progettazione dei servizi rappresentano un ostacolo significativo, limitando la partecipazione di alcuni attori e impedendo una progettazione realmente inclusiva e rispondente ai bisogni specifici del territorio.
- Scarsità di risorse e disomogeneità territoriale: Le risorse economiche destinate all'assistenza agli anziani risultano insufficienti a rispondere in modo adeguato ai bisogni del territorio, limitando la capacità di intervento e la qualità dei servizi offerti. La situazione è aggravata dalla disomogeneità tra i piani di zona, che rende difficile l'approccio da parte del terzo settore e compromette la coerenza degli interventi a livello locale.
- Mancanza di collaborazione e isolamento: La mancanza di collaborazione con l'ATS, ente che svolge un ruolo cruciale nella gestione dei dati sanitari, limita la possibilità di sviluppare strategie condivise e di monitorare l'efficacia degli interventi.

2.1.2. Difficoltà specifiche legate agli anziani

- Difficoltà nell'individuare i bisogni: Molti anziani non si rivolgono ai servizi sociali per una serie di motivi, tra cui vergogna, mancanza di conoscenza, chiusura o abitudini consolidate. Questo ritardo nel contatto con i servizi porta ad un intervento spesso tardivo, quando la situazione dell'anziano è già compromessa.

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

- Mancanza di servizi di prossimità e isolamento: La mancanza di un sistema di trasporto efficiente e di servizi di prossimità nei piccoli comuni limita l'accesso degli anziani ai servizi essenziali e contribuisce ad aumentare il loro isolamento sociale. Questo isolamento è aggravato anche dalla carenza di alloggi protetti, che costringe molti anziani a vivere in case non adatte alle loro esigenze, aumentando il rischio di incidenti domestici. La mancanza di dialogo e di interazione sociale, a volte incoraggiata involontariamente dagli stessi caregiver, contribuisce ulteriormente a questa problematica.

2.1.3. Problematiche relative ai caregiver

- Sovraccarico e mancanza di supporto: I caregiver si trovano spesso ad affrontare una serie di difficoltà, tra cui la mancanza di informazioni e supporto, la difficoltà a conciliare l'assistenza con il lavoro e un forte sovraccarico emotivo e stress. La legge 104, con tre giorni di permesso al mese, non è sufficiente a garantire un'adeguata assistenza all'anziano, costringendo molti caregiver a scegliere tra il lavoro e la cura del familiare.
- Formazione inadeguata e ruolo sottovalutato: La formazione inadeguata delle badanti, figure chiave nell'assistenza domiciliare, si traduce in una gestione spesso incompleta dell'anziano, limitata all'igiene personale e trascurando aspetti fondamentali come la cura della casa, l'alimentazione e il supporto psicologico. Il ruolo del caregiver è spesso sottovalutato, sia a livello sociale che istituzionale, e l'accesso ai fondi di assistenza familiare è spesso un percorso ad ostacoli.

2.1.4. Mancanza di prevenzione e supporto a lungo termine

- Intervento tardivo e mancanza di prevenzione: Il sistema di assistenza agli anziani è prevalentemente incentrato sull'intervento tardivo, quando l'anziano ha già perso la sua autonomia. Manca un'adeguata attenzione alla prevenzione e alla cura precoce, che potrebbero contribuire a mantenere l'anziano attivo e indipendente più a lungo.
- Scarsità di badanti e carenza di volontari: La carenza di badanti conviventi sul territorio rende difficile garantire un'assistenza continua-
tiva agli anziani che necessitano di un supporto costante. Le badanti conviventi disponibili si trovano spesso a lavorare in condizioni difficili, con orari di lavoro eccessivi e senza la possibilità di riposi adeguati, con un elevato rischio di burnout e una conseguente compromissione della qualità dell'assistenza fornita. Infine, la mancanza di volontari limita le opportunità di socializzazione e di svago per gli anziani, contribuendo al loro isolamento e riducendo il supporto al sistema di assistenza.

2.2. Risorse disponibili (servizi, esperienze, pratiche)

2.2.1. *Terzo Settore*

- Il terzo settore si distingue come una risorsa cruciale per il territorio, in particolar modo per il suo supporto alla popolazione anziana. La sua forza risiede nella capacità di adattare i propri servizi e le proprie iniziative alle esigenze specifiche del territorio in modo innovativo e flessibile.

2.2.2. *Progetti innovativi*

- Numerosi progetti innovativi, come quello avviato dall'Università di Pavia, dimostrano l'importanza della ricerca nello sviluppo di soluzioni concrete per favorire l'invecchiamento attivo e il volontariato, coinvolgendo attivamente diverse fasce d'età.

2.2.3. *Volontariato*

- Il volontariato, pur essendo una risorsa preziosa che apporta benefici sia a chi riceve il servizio che ai volontari stessi, soffre di una carenza di personale. È quindi fondamentale promuoverne il valore sociale e sostenerlo attivamente.
- Focalizzando l'attenzione sugli ultra 65enni in salute, si evidenzia un potenziale bacino di volontari che, con una formazione adeguata, potrebbero contribuire in modo significativo al benessere del territorio.

2.2.4. *Centri aggregativi*

- I centri aggregativi offrono agli anziani un ambiente stimolante dove socializzare, partecipare ad attività ricreative e contrastare l'isolamento. Tuttavia, l'assenza di un sistema di trasporto pubblico efficiente limita la partecipazione, penalizzando soprattutto coloro che vivono in zone periferiche o nei piccoli comuni.

2.2.5. *Informazione*

- Gli sportelli informativi svolgono un ruolo essenziale nell'orientare gli anziani e i loro familiari, fornendo informazioni su servizi e bonus a loro disposizione. Purtroppo, la loro efficacia è spesso compromessa da una comunicazione carente e dalla mancanza di un'informazione capillare e accessibile che raggiunga tutti gli interessati.

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

- Il portale informativo esistente, pur presentando alcune limitazioni, rappresenta una risorsa importante per la diffusione di informazioni. Un suo potenziamento, unito a una maggiore integrazione con le attività degli altri attori, potrebbe aumentarne notevolmente l'efficacia.

2.3. L'integrazione delle politiche (chi fa che cosa e quali integrazioni possibili)

2.3.1. Collaborazione e integrazione

- Maggiore collaborazione tra enti. Una maggiore collaborazione tra comuni, terzo settore e ATS è essenziale per garantire una gestione coordinata e sinergica dei bisogni del territorio. La creazione di tavoli di concertazione, protocolli di intesa e sportelli unici può favorire la collaborazione tra enti, la condivisione di obiettivi comuni e l'integrazione tra servizi sociali e associazioni.
- Integrazione tra servizi sociali e associazioni. È importante favorire l'integrazione tra i servizi sociali e le associazioni del terzo settore per garantire un supporto completo e personalizzato alle persone fragili. Questo approccio semplificherebbe l'accesso ai servizi e migliorebbe la qualità dell'assistenza.

2.3.2. Ruoli e responsabilità

- Definizione di ruoli e responsabilità chiari. La definizione di ruoli e responsabilità chiari tra i diversi attori è cruciale per una gestione efficiente delle risorse e dei servizi. Protocolli operativi e sistemi di monitoraggio condivisi possono prevenire sovrapposizioni e sprechi.

2.3.3. Coinvolgimento dei comuni

- Coinvolgimento dei comuni nella gestione del volontariato. I comuni possono svolgere un ruolo attivo nel favorire la formazione e l'impegno dei volontari, creando un ambiente favorevole all'impegno civico e al supporto reciproco. Ad esempio, istituendo albi comunali dei volontari e sportelli dedicati.

2.3.4. Visione d'insieme

- Mancanza di una visione d'insieme. Dal confronto emerge una generale mancanza di integrazione tra le diverse politiche che riguardano l'assistenza agli anziani. Si evidenzia la necessità di una maggiore collaborazione tra i diversi attori coinvolti: istituzioni, servizi sociali, terzo settore e volontariato. Questa rete permetterebbe di ottimizzare le risorse disponibili e di offrire un'assistenza più efficace e coordinata. Un esempio potrebbe essere la costituzione di un Tavolo permanente anziani da parte dell'Ambito.

2.4. Uno sguardo al futuro (proposte concrete per migliorare)

2.4.1. *Comunicazione e coordinamento*

- Istituire una rete di comunicazione tra istituzioni, servizi sociali, terzo settore e volontariato, basata su una piattaforma digitale condivisa. Questa piattaforma raccoglierà e analizzerà i dati sui bisogni del territorio e sulle risorse disponibili, garantendo una comunicazione fluida e costante.
- Creare una figura o struttura dedicata al coordinamento delle attività, dei servizi e delle informazioni, integrando le risorse esistenti. Questa figura, dotata di competenze specifiche e autonomia decisionale, faciliterà la comunicazione tra i diversi attori e promuoverà la creazione di sinergie.

2.4.2. *Accesso ai servizi e alle risorse*

- Semplificare l'accesso ai bandi e la progettazione dei servizi, rendendoli più inclusivi e accessibili.
- Digitalizzare le procedure e adottare un linguaggio chiaro e accessibile per favorire la partecipazione di diversi attori e la creazione di progetti mirati.
- Incrementare le risorse destinate ai piani di zona, con maggiore attenzione alle politiche sociali nei bilanci comunali e regionali.
- Garantire la sostenibilità degli interventi e rispondere adeguatamente ai bisogni della popolazione.
- Creare canali di comunicazione efficaci per informare gli anziani sui servizi disponibili e facilitarne l'accesso.
- Utilizzare strumenti digitali, sportelli informativi dedicati e personale specializzato.

2.4.3. *Volontariato e supporto ai caregiver*

- Implementare programmi di formazione per gli ultra 65enni e incentivare il loro impegno come volontari.
- Utilizzare campagne di sensibilizzazione, corsi di formazione specifici e creazione di reti di supporto.
- Coinvolgere i giovani nel volontariato per creare una nuova rete di supporto per gli anziani.

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

- Promuovere attività di accompagnamento, assistenza domiciliare, organizzazione di eventi e iniziative di socializzazione.
- Offrire supporto psicologico ai caregiver e alle badanti per gestire stress, sovraccarico emotivo e difficoltà legate all'assistenza.
- Creare spazi di ascolto e supporto per prevenire il burnout e migliorare la qualità della vita di chi si prende cura degli anziani.

2.4.4. Assistenza domiciliare e collaborazione

- Riconoscere la professionalità della badante e il suo ruolo fondamentale nell'assistenza domiciliare.
- Considerarla una figura professionale qualificata che garantisce la cura e il benessere dell'anziano nel proprio ambiente domestico.
- Creare una rete integrata tra istituzioni, servizi sociali, terzo settore e volontariato.
- Offrire un'assistenza più completa e personalizzata, rispondendo ai bisogni specifici di ogni anziano.
- Organizzare incontri periodici tra gli operatori del terzo settore per migliorare la qualità dell'assistenza.
- Condividere esperienze, buone pratiche e conoscenze, evitando duplicazioni di interventi e ottimizzando le risorse.

2.4.5. Armonizzazione e collaborazione istituzionale

- Definire criteri condivisi per la spesa e l'utilizzo delle risorse, rendendo il sistema più efficiente ed equo.
- Creare un osservatorio regionale sui piani di zona e promuovere scambi di buone pratiche tra i comuni.
- Stabilire una collaborazione più strutturata e proficua con la ATS, garantendo un feedback ai dati forniti e maggiore trasparenza.
- Creare un protocollo d'intesa che definisca ruoli, responsabilità e modalità di scambio dei dati per migliorare l'efficienza del sistema.

3. INNOVAZIONE E INCLUSIONE NEL SETTORE ABITATIVO

3.1. Le criticità (presenti ed emergenti)

3.1.1. *La scarsità di alloggi e le difficoltà di accesso*

- Mancanza di posti letto nei dormitori: Il numero di posti letto disponibili nei dormitori è insufficiente a soddisfare la domanda, soprattutto per le donne e le persone in condizioni di grave fragilità. Questa situazione costringe molti a rivolgersi agli ospedali come unica alternativa alla strada, creando lunghe liste d'attesa e sovraffollando le strutture sanitarie.
- Difficoltà nel passaggio da soluzioni temporanee a definitive: Donne, giovani famiglie e stranieri che si rivolgono ai servizi di assistenza faticano a trovare un alloggio stabile dopo aver usufruito di soluzioni temporanee. La mancanza di una rete di supporto sul territorio, soprattutto per le famiglie straniere, aggrava questa difficoltà.
- Ostacoli per le famiglie straniere: Le famiglie straniere, nonostante trovino lavoro con relativa facilità, incontrano discriminazioni e diffidenza da parte dei proprietari, che spesso si traducono in difficoltà nell'accesso a un alloggio adeguato. La diversa concezione culturale dell'abitare contribuisce a relegare queste famiglie in situazioni di sovraffollamento.
- Sovraffollamento e degrado negli alloggi popolari: L'elevato numero di richieste per gli alloggi popolari, superiore alla disponibilità, genera un problema di sovraffollamento. Inoltre, la manutenzione degli alloggi pubblici è spesso carente, sia per la difficoltà di intervento da parte delle istituzioni che per la mancanza di cura da parte degli inquilini.
- Prevalenza di affitti brevi nel settore privato: La tendenza dei proprietari a favorire gli affitti brevi, destinati a studenti o turisti, limita la disponibilità di alloggi a lungo termine per le famiglie, rendendo difficile l'accesso a un'abitazione a un costo ragionevole.
- Difficoltà per specifici gruppi sociali: Oltre agli stranieri, anche donne sole con figli, neo maggiorenni che desiderano emanciparsi e persone con disabilità incontrano significative difficoltà nel trovare un alloggio adeguato.

3.1.2. *Le cause strutturali del problema*

- Scarsità di investimenti: A livello locale, regionale e nazionale si registra una mancanza di investimenti nelle politiche abitative, che aggrava le criticità del settore.

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

- Mancanza di coordinamento: Nonostante la presenza di diverse risorse abitative temporanee (alloggi del Comune, Caritas, parrocchie, appartamenti del CAV, dormitori), la mancanza di una rete di coordinamento rende difficile indirizzare le persone in lista d'attesa verso la soluzione più adeguata.
- Mancato utilizzo degli alloggi transitori (SAT): Il Comune di Pavia non ha ancora recepito gli alloggi transitori (SAT) previsti dalla Regione Lombardia, perdendo un'importante opportunità per offrire soluzioni abitative temporanee.
- Difficoltà di comunicazione e collaborazione: Emergono difficoltà di comunicazione con l'Ufficio Case e con Aler. Inoltre, non si sfruttano appieno le potenzialità dell'agenzia nazionale dei beni confiscati, che potrebbe fornire alloggi a prezzo agevolato.
- Procedure rigide per l'assegnazione degli alloggi pubblici: Le procedure per l'assegnazione degli alloggi di edilizia residenziale pubblica sono spesso complesse e rigide, rendendo difficile l'accesso a questa risorsa per chi ne avrebbe bisogno. Si sottolinea come questo problema non possa essere risolto a livello locale, ma richieda un intervento da parte della Regione o addirittura a livello nazionale.

3.1.3. Criticità specifiche e ulteriori ostacoli

- Difficoltà di reperire case a costi accessibili: Questo problema, che a Pavia si manifesta in modo evidente, riguarda anche chi teoricamente non dovrebbe incontrare ostacoli nell'accesso a un alloggio.
- Mancanza di case accessibili alle persone con disabilità: Le persone con disabilità, oltre alla difficoltà economica, si scontrano con la mancanza di abitazioni accessibili dal punto di vista delle barriere architettoniche.
- Presenza di numerose case sfitte: Un paradosso è la presenza di un gran numero di case sfitte a Pavia, di proprietà del Comune o dell'Aler, che potrebbero essere riqualificate e reimmesse sul mercato. La difficoltà di affittare case che richiedono lavori di ristrutturazione, probabilmente a causa dei costi elevati, contribuisce ad alimentare il problema.
- Problemi di trasporto: Chi vive nei comuni limitrofi a Pavia, soprattutto gli immigrati, si trova ad affrontare difficoltà legate alla mancanza di un sistema di trasporto pubblico efficiente. Questa carenza limita l'autonomia di movimento e l'accesso a opportunità lavorative e sociali.
- Scarsa conoscenza dei sostegni abitativi: Le diverse forme di sostegno all'abitare, come housing first e housing sociali, non sono sufficientemente conosciute, ostacolando l'accesso a queste risorse per chi potrebbe beneficiarne.

- Fenomeno degli affitti in nero: L'ampia diffusione di contratti non regolari nel mercato degli affitti espone gli inquilini a rischi di sfruttamento e precarietà abitativa, oltre a rappresentare un'evasione fiscale.
- Pregiudizi verso determinate categorie: Immigrati, famiglie monogenitoriali e persone con disabilità sono spesso vittime di pregiudizi da parte dei proprietari, che rendono ancora più difficile l'accesso a un alloggio dignitoso.
- Mancanza di informazioni sui beni confiscati alla mafia: I beni confiscati alla criminalità organizzata potrebbero essere destinati all'housing sociale, ma la mancanza di informazioni su questo patrimonio e sulle procedure per il suo utilizzo ne impedisce la valorizzazione.
- Circolo vizioso per gli immigrati: La difficoltà di ottenere un alloggio crea un circolo vizioso per gli immigrati: senza una residenza stabile è difficile ottenere i documenti per lavorare e, di conseguenza, per potersi permettere un affitto.

3.2. Risorse disponibili (servizi, esperienze, pratiche)

3.2.1. Diversificazione dell'offerta abitativa

- A Pavia sono presenti diverse soluzioni abitative che vanno oltre il mercato immobiliare tradizionale: il social housing gestito da Comune, Caritas e altri enti, offre un'alternativa importante. Inoltre, le risorse abitative temporanee, come quelle offerte dalle parrocchie, dagli appartamenti del CAV e dai dormitori, forniscono un supporto fondamentale per le situazioni di emergenza.
- Oltre a queste soluzioni, è importante considerare il potenziale dell'Agenzia Nazionale dei Beni Confiscati e degli spazi liberi inutilizzati. La prima, se opportunamente gestita, potrebbe rappresentare una fonte di alloggi a prezzo agevolato, mentre la riqualificazione degli spazi inutilizzati potrebbe contribuire a mitigare la carenza di alloggi.

3.2.2. Misure di supporto e agevolazioni

- Pavia offre diverse forme di sostegno all'abitare, tra cui housing first e ausili sociali. Queste misure possono contribuire ad alleviare il disagio abitativo di diverse categorie di persone. Tuttavia, è fondamentale promuovere la conoscenza di queste risorse tra la popolazione per garantirne la massima efficacia.
- Il canone concordato, previsto dalla legge 431 sulla locazione, rappresenta un'ulteriore agevolazione, soprattutto per gli studenti universitari. Questa formula, offrendo un canone inferiore a quello di mercato, può facilitare l'accesso all'abitazione per chi ha difficoltà economiche.

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

3.2.3. Importanza della collaborazione e dell'inclusione sociale

- Il Tavolo sulle fragilità svolge un ruolo fondamentale nel coordinamento degli interventi per le persone vulnerabili. Sebbene necessiti di un rafforzamento, rappresenta un punto di riferimento importante per affrontare le problematiche abitative di questa fascia di popolazione.
- Il progetto di Regione Lombardia per la rigenerazione sociale dell'edilizia popolare rappresenta un'iniziativa significativa per migliorare la qualità della vita nei quartieri con forte disagio sociale. Il coinvolgimento di operatori ed educatori in questi contesti può favorire l'inclusione sociale e contribuire a creare un ambiente più coeso e solidale.

3.3. L'integrazione delle politiche (chi fa che cosa e quali integrazioni possibili)

3.3.1 Coordinamento e comunicazione

- Punto di riferimento unico: La mancanza di coordinamento tra le diverse risorse abitative crea inefficienze e disagi per le persone in cerca di alloggio. Per questo è fondamentale istituire un punto di riferimento unico e facilmente accessibile che possa orientare i cittadini verso i servizi appropriati e fornire informazioni chiare e complete.
- Comunicazione con l'Ufficio Case Comunale: È necessario migliorare la comunicazione con l'Ufficio Case Comunale, rendendola più trasparente e accessibile. Ciò faciliterà l'accesso alle informazioni e ai servizi per i cittadini, riducendo i tempi di attesa e i disagi.
- Miglioramento della comunicazione tra gli enti: Una comunicazione più fluida tra gli enti coinvolti nelle politiche abitative, come Aler e il tavolo sulle fragilità, è fondamentale per garantire un'azione coordinata ed efficace:
 - Sviluppare protocolli di comunicazione condivisi tra gli enti per facilitare lo scambio di informazioni e la collaborazione.
 - Organizzare incontri periodici tra i rappresentanti degli enti per discutere i casi più complessi e trovare soluzioni condivise.
 - Creare una piattaforma online condivisa per la gestione delle richieste e il monitoraggio dei casi.

3.3.2. Ruolo del Comune e degli Enti

- Maggiore coinvolgimento del Comune: Il Comune dovrebbe assumere un ruolo più attivo nel recepimento dei SAT, nella gestione dei beni confiscati e nel coordinamento tra i diversi enti che si occupano di politiche abitative.

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

- Definire un piano strategico per le politiche abitative che preveda obiettivi chiari e misurabili, con un'attenzione particolare alle fasce più deboli della popolazione.
- Promuovere la riqualificazione degli alloggi sfitti e la loro messa a disposizione per le famiglie in difficoltà.
- Sostenere la creazione di alloggi a canone moderato attraverso incentivi per i proprietari e la collaborazione con il terzo settore.
- Rafforzamento del tavolo sulle fragilità: Il tavolo sulle fragilità dovrebbe essere potenziato per affrontare in modo più efficace il problema dei senza fissa dimora e delle persone in condizioni di vulnerabilità abitativa.
- Aumentare le risorse umane e finanziarie a disposizione del tavolo per consentire un intervento più efficace e tempestivo.
- Coinvolgere nel tavolo i rappresentanti delle associazioni che si occupano di persone senza fissa dimora e di famiglie in difficoltà abitativa.
- Promuovere la formazione degli operatori del tavolo sulle tematiche legate alla fragilità abitativa e alle strategie di intervento.
- Maggiore coinvolgimento degli enti pubblici e del terzo settore: La collaborazione tra questi attori è fondamentale per garantire un'offerta di servizi adeguata ai bisogni della popolazione e per promuovere politiche abitative inclusive.
- Stipulare protocolli di intesa tra enti pubblici e organizzazioni del terzo settore per la gestione di servizi e progetti in ambito abitativo.
- Favorire la partecipazione del terzo settore alla progettazione e all'implementazione di politiche abitative innovative e inclusive.

3.3.3. Modelli di assistenza e controllo

- Sistema di assistenza diffusa integrata: La creazione di un sistema di assistenza diffusa integrata, basato sul modello RIACE, potrebbe contribuire a migliorare la presa in carico delle persone in difficoltà abitativa. Questo modello prevede la collaborazione tra diversi servizi, come quelli sociali, sanitari e abitativi, per offrire un supporto globale e personalizzato.
- Adattare il modello RIACE al contesto specifico del territorio, tenendo conto delle risorse disponibili e delle esigenze della popolazione.
- Coinvolgere le comunità locali nella creazione del sistema di assistenza, promuovendo la solidarietà e l'inclusione.
- Coinvolgimento di sindacati e strutture di controllo: Per contrastare il fenomeno degli affitti in nero è importante coinvolgere i sindacati e le strutture che controllano i contratti di affitto. Un'azione congiunta di questi attori potrebbe contribuire a rendere più trasparente il

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

mercato degli affitti e a tutelare i diritti degli inquilini.

- Promuovere campagne di sensibilizzazione sul tema degli affitti in nero e sui diritti degli inquilini.
- Rafforzare i controlli sui contratti di affitto e applicare sanzioni severe a chi non rispetta la legge.

3.4. Uno sguardo al futuro (proposte concrete per migliorare)

3.4.1. *Interventi sul patrimonio edilizio esistente e gestione degli alloggi*

- Incrementare le strutture di accoglienza: Oltre ad aumentare il numero di posti letto, è importante diversificare l'offerta in base alle esigenze specifiche degli utenti (ad esempio, madri con bambini, persone con disabilità, rifugiati). Si potrebbero creare strutture di accoglienza temporanea per situazioni di emergenza, e strutture a lungo termine per chi necessita di un supporto prolungato. È fondamentale garantire la qualità dell'accoglienza, offrendo non solo un alloggio, ma anche servizi di supporto sociale, psicologico e legale.
- Ripristinare l'auto manutenzione negli alloggi popolari: Il coinvolgimento degli inquilini nella manutenzione degli alloggi può contribuire a ridurre i costi di gestione e a responsabilizzare gli abitanti. Si potrebbero prevedere corsi di formazione per gli inquilini su piccole riparazioni e manutenzione ordinaria. Sarebbe opportuno istituire un sistema di incentivi per premiare gli inquilini che si impegnano nella cura degli spazi comuni.
- Promuovere una cultura dell'abitare responsabile: È importante sensibilizzare gli inquilini sull'importanza del rispetto degli spazi comuni, del decoro urbano e della convivenza civile. Si potrebbero organizzare campagne di sensibilizzazione, incontri condominiali e attività di animazione territoriale. La figura del "caposcala", presente in passato, potrebbe essere reinterpretata in chiave moderna, come figura di riferimento per la comunità e facilitatore di dialogo.
- Riattivare i progetti di mediazione culturale di Aler: La convivenza tra culture diverse può essere fonte di arricchimento, ma anche di tensioni e incomprensioni. I progetti di mediazione culturale possono favorire l'integrazione, la comunicazione interculturale e la prevenzione dei conflitti. Si potrebbero organizzare attività di scambio interculturale, corsi di lingua italiana per stranieri e sportelli di ascolto per affrontare le difficoltà quotidiane.
- Potenziare l'offerta pubblica di alloggi: La costruzione di nuovi alloggi popolari è fondamentale per rispondere alla crescente domanda. Si dovrebbero individuare aree dismesse o sottoutilizzate da destinare all'edilizia residenziale pubblica. La riqualificazione del patrimonio es-

stente può migliorare l'efficienza energetica degli edifici e la qualità abitativa. È importante garantire la sostenibilità ambientale degli interventi, utilizzando materiali eco-compatibili e tecnologie innovative.

- Indagare la possibilità di utilizzare i beni confiscati alla mafia: I beni confiscati alla criminalità organizzata rappresentano un patrimonio importante che può essere riutilizzato a fini sociali. La destinazione di questi immobili all'housing sociale avrebbe un forte valore simbolico, dimostrando che la comunità si riappropria di risorse sottratte alla mafia. Sarebbe opportuno creare un fondo dedicato alla ristrutturazione e alla gestione di questi immobili.

3.4.2. Servizi e politiche per facilitare l'accesso all'abitazione

- Mediazione culturale per le famiglie straniere: L'accesso all'abitazione per le famiglie straniere può essere complicato da barriere linguistiche, culturali e burocratiche. I mediatori culturali possono svolgere un ruolo fondamentale nell'accompagnare le famiglie nella ricerca di un alloggio, nella comprensione dei contratti di locazione e nell'accesso ai servizi.
- Ufficio casa dedicato presso il Comune: Un ufficio dedicato alle politiche abitative può semplificare l'accesso alle informazioni e ai servizi per i cittadini. Sarebbe opportuno creare uno sportello unico per la presentazione delle domande di alloggio, la richiesta di contributi e la segnalazione di eventuali problemi. La digitalizzazione dei servizi può rendere più efficiente la gestione delle pratiche e migliorare la comunicazione con gli utenti.
- Servizi di intermediazione innovativi: Per ampliare l'offerta di alloggi a lungo termine si possono sperimentare nuovi modelli di intermediazione tra domanda e offerta. Si potrebbero creare piattaforme online che mettano in contatto proprietari di immobili e potenziali inquilini, garantendo la trasparenza e la sicurezza delle transazioni. Si potrebbero anche promuovere forme di coabitazione solidale, che favoriscono l'incontro tra persone con esigenze abitative diverse.
- Migliorare la comunicazione e l'informazione: Molte persone non sono a conoscenza delle risorse e dei sostegni abitativi disponibili. Campagne informative mirate sui diversi canali di comunicazione possono raggiungere un pubblico più ampio. La creazione di sportelli informativi dedicati può fornire un supporto personalizzato e un orientamento alle diverse opportunità.
- Ripristinare l'osservatorio sulle politiche abitative: Un osservatorio permanente sulle politiche abitative permetterebbe di monitorare costantemente la situazione, analizzare i trend e valutare l'efficacia degli interventi. I dati raccolti dall'osservatorio sarebbero utili per orientare le scelte politiche e per adattare le misure alle nuove esigenze.

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

- Potenziare l'housing sociale: L'housing sociale rappresenta un'alternativa all'affitto tradizionale, offrendo alloggi a canoni accessibili a diverse categorie di persone. La collaborazione con le università può favorire la creazione di soluzioni abitative condivise tra studenti, persone con disabilità e anziani, promuovendo l'integrazione e la solidarietà intergenerazionale.
- Incentivare l'affitto a determinate categorie: Immigrati, famiglie monogenitoriali e persone con disabilità spesso incontrano difficoltà nel trovare un alloggio a causa di pregiudizi e discriminazioni. Per contrastare questo fenomeno si possono prevedere incentivi per i proprietari di immobili che affittano a queste categorie. Agevolazioni fiscali, contributi economici o garanzie sul pagamento del canone possono incoraggiare un atteggiamento più inclusivo.
- Creare un tavolo permanente: Un tavolo permanente di confronto tra enti pubblici, terzo settore e rappresentanti degli inquilini favorirebbe la partecipazione, il dialogo e la co-progettazione delle politiche abitative. Questo strumento di coordinamento permetterebbe di mettere a sistema le risorse disponibili, di individuare soluzioni innovative e di rispondere in modo più efficace ai bisogni della popolazione.
- Dare maggiore flessibilità al settore: Il mercato immobiliare deve adattarsi alle nuove esigenze abitative, offrendo soluzioni più flessibili e personalizzate. Si potrebbero prevedere diverse formule di affitto, come l'affitto temporaneo per studenti o lavoratori fuori sede, l'affitto a riscatto per chi desidera acquistare l'immobile in futuro o l'affitto calmierato per le fasce di reddito più basse. È importante accompagnare le persone in un percorso che le porti dall'abitare temporaneo a quello definitivo, offrendo loro supporto e consulenza.
- Coinvolgere organizzazioni che si occupano di rigenerazione abitativa: Le organizzazioni che operano nel campo della rigenerazione abitativa hanno maturato esperienza e competenze specifiche che possono contribuire a individuare soluzioni innovative e sostenibili. Il loro coinvolgimento può portare nuove idee e proposte per affrontare il problema della carenza di alloggi, valorizzando il patrimonio edilizio esistente e promuovendo la qualità abitativa.

4. ALLEANZA EDUCATIVA PER LA PROMOZIONE DEL BENESSERE GIOVANILE

4.1. Le criticità (presenti ed emergenti)

4.1.1. *Servizi e supporto*

- Transizione Difficile per Minori con Disabilità: Il passaggio dall'età infantile all'età adulta risulta particolarmente problematico per i minori con disabilità. La mancanza di servizi diurni adeguati li costringe spesso ad essere inseriti in strutture per adulti, inadatte alle loro esigenze specifiche. Questo gap richiede interventi urgenti per garantire un supporto adeguato durante questa delicata fase di transizione.
- Un "Salto nel Vuoto" per i Giovani: Il periodo tra la fine della scuola secondaria inferiore e il raggiungimento della maggiore età rappresenta un momento cruciale. I giovani, in particolare quelli con disabilità o in situazioni di fragilità, si trovano spesso privi del necessario supporto extrascolastico e di un orientamento efficace per la scelta del percorso formativo futuro. Questa mancanza di supporto può avere ripercussioni negative sul loro percorso scolastico e professionale.
- Adolescenti "Invisibili": una Fascia d'Età Tra Scarsa Offerta e Rischio di Marginalizzazione: I ragazzi tra i 16 e i 18 anni, soprattutto coloro che hanno abbandonato gli studi o non hanno concluso con successo il percorso scolastico, si trovano spesso in una sorta di "limbo". La scarsità di servizi specifici per questa fascia d'età, come corsi di italiano per stranieri e percorsi formativi e lavorativi, aumenta il rischio di marginalizzazione e limita le loro opportunità future.
- Minori a Rischio: un'Emergenza da Affrontare: La carenza di servizi per i minori a rischio di devianza rappresenta una criticità urgente. I servizi esistenti, pur presenti sul territorio, non riescono a soddisfare la domanda, lasciando questi giovani esposti a rischi per il loro benessere e per la sicurezza della comunità.
- Scuola e Neuropsichiatria: un Dialogo Difficile: La collaborazione tra scuola e neuropsichiatria infantile si rivela spesso complessa. Lunghi tempi di attesa per diagnosi e certificazioni, unite alla mancanza di competenze specialistiche da parte di educatori e insegnanti di sostegno, rallentano il processo di supporto ai minori con disabilità e ne limitano l'efficacia.
- Mancanza di Coordinamento e Informazione: L'assenza di un sistema di comunicazione strutturato tra scuola, terzo settore e servizi sociali crea un gap informativo che rende difficile per famiglie e insegnanti conoscere e accedere alle risorse disponibili sul territorio.
- Precarietà Lavorativa e Discontinuità negli Interventi: L'elevato turnover degli operatori è un ulteriore fattore critico. La discontinuità

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

degli interventi educativi che ne deriva limita la costruzione di relazioni significative con i minori e incide negativamente sull'efficacia degli interventi stessi.

- Prevenzione: una Sfida Complessa: La difficoltà nel coinvolgimento di famiglie e ragazzi ostacola l'attivazione di programmi di prevenzione, essenziali per affrontare il disagio giovanile in modo tempestivo ed efficace.
- Marginalità estrema. Intervenire sulla marginalità estrema richiede strategie specifiche e mirate, capaci di intercettare i bisogni di questi giovani e di offrire loro un supporto adeguato.

4.1.2. Relazione adulti-adolescenti: un dialogo da ricostruire

- Mancanza di comprensione e supporto. L'incapacità degli adulti di relazionarsi in modo efficace con gli adolescenti, soprattutto con quelli che manifestano disagio o fragilità, crea un profondo divario comunicativo. La mancanza di ascolto e di comprensione dei loro bisogni contribuisce ad alimentare il senso di solitudine e di incomprensione dei giovani.
- Isolamento crescente. L'isolamento degli adolescenti è un fenomeno in aumento, aggravato dalla mancanza di luoghi di aggregazione e di confronto dove potersi esprimere liberamente e sentirsi parte di un gruppo.
- Formazione carente. Nonostante l'esistenza di alcune iniziative, la formazione di genitori, docenti ed educatori risulta ancora insufficiente. La mancanza di strumenti adeguati per affrontare le sfide educative limita la loro capacità di rispondere in modo efficace ai bisogni degli adolescenti.
- Spazi di accoglienza. La carente di spazi aggregativi pensati per i giovani e caratterizzati da un clima di accoglienza e di non giudizio contribuisce ad alimentare il loro senso di isolamento e di marginalizzazione. Questi luoghi rappresentano un'esigenza fondamentale per favorire la socializzazione, l'espressione di sé e il confronto tra pari.
- Partecipazione alla cittadinanza: un diritto negato. La scarsa partecipazione dei giovani alla cittadinanza attiva, ad esempio nelle Consulte dei Giovani, è un segnale preoccupante. La mancanza di spazi di ascolto e di partecipazione li fa sentire esclusi dai processi decisionali e non riconosciuti nel loro ruolo sociale.

4.1.3. Inserimento lavorativo

- Sfiducia e demotivazione. Molti giovani che intraprendono percorsi di inserimento lavorativo mostrano scarsa motivazione.

La lunghezza e la complessità del processo di ricerca del lavoro alimenta la sfiducia e il disimpegno.

- Ostacoli concreti. Oltre alla scarsa motivazione, i giovani si scontrano con ostacoli pratici che limitano l'accesso al mondo del lavoro, come la mancanza di patente di guida o di un mezzo di trasporto, e le difficoltà linguistiche, particolarmente rilevanti per i giovani stranieri.
- Dispersione scolastica. Diverse criticità all'interno del sistema scolastico contribuiscono al rischio di abbandono degli studi. Tra queste, la difficoltà nell'assegnazione di figure di sostegno per studenti con diagnosi, la mancanza di strumenti di orientamento per gli studenti stranieri e le loro famiglie, e la carenza di proposte lavorative per i ragazzi che hanno concluso l'obbligo scolastico.
- Inclusione lavorativa per giovani con disabilità. Trovare opportunità lavorative adatte alle esigenze dei ragazzi con disabilità è un'altra sfida importante. La creazione di contesti lavorativi inclusivi, attenti alle loro specifiche necessità, è fondamentale per garantire pari opportunità e favorire la loro integrazione sociale e professionale.
- Difficoltà nel percorso verso l'autonomia. I ragazzi che escono dalle comunità al compimento dei 18 anni si trovano spesso a dover affrontare il passaggio all'età adulta senza un adeguato supporto, sia dal punto di vista abitativo che economico. Questa mancanza di sostegno li espone a rischi di emarginazione e di difficoltà nell'inserimento sociale e lavorativo.
- Famiglie isolate e senza supporto. Le famiglie che si confrontano con la complessità burocratica e gestionale legata ai bisogni dei figli, in particolare quelli con diagnosi di salute mentale, si sentono spesso sole e prive di un sostegno adeguato. La mancanza di supporto istituzionale e di reti di solidarietà le lascia in una condizione di vulnerabilità e di isolamento.
- Sostenibilità dei servizi. La dipendenza dai finanziamenti esterni rende la continuità dei servizi di supporto ai giovani precaria e incerta. Questa instabilità crea difficoltà nella programmazione degli interventi e limita la possibilità di offrire un supporto continuativo e di qualità.

4.2. Risorse disponibili (servizi, esperienze, pratiche)

4.2.1. *Servizi e iniziative per i minori: un'analisi dettagliata*

- Fondi del PNRR. I fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) rappresentano un'opportunità concreta per finanziare progetti innovativi e migliorare l'offerta di servizi per i minori. L'utilizzo di questi fondi, unito alla capacità di diffondere informazioni e stimolare il dibattito pubblico, potrebbe portare a un significativo avanzamento nelle politiche per l'infanzia.

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

- GLO (Gruppo di Lavoro Operativo per l'inclusione scolastica). Questo strumento, previsto dalla legge per favorire l'inclusione degli studenti con disabilità, necessita di un maggiore impegno da parte di tutti gli attori coinvolti, in particolare la neuropsichiatria infantile. Solo attraverso una collaborazione sinergica si può garantire il pieno funzionamento del GLO e il raggiungimento degli obiettivi di inclusione.
- Sportello di orientamento di Acli (sospeso) e Sportelli famiglia. La riattivazione dello sportello di orientamento delle Acli, o la creazione di sportelli simili, sarebbe un passo importante per facilitare l'inserimento scolastico dei minori stranieri. Allo stesso modo, il potenziamento degli Sportelli famiglia e la loro diffusione capillare sul territorio rappresenterebbero un valido sostegno per le famiglie fragili, aiutandole ad affrontare le difficoltà e ad accedere ai servizi di cui hanno bisogno.
- Mappa di doposcuola (non aggiornata) e Sportello Informagiovani a Cava Manara. L'aggiornamento e la diffusione online della mappa di doposcuola la renderebbero uno strumento efficace per orientare le famiglie verso le attività extrascolastiche. Lo Sportello Informagiovani a Cava Manara, con la sua offerta di orientamento e aggregazione giovanile, arricchita da linguaggi artistici e adulti formati, si conferma un punto di riferimento importante per i giovani.
- Educativa di strada. In quartieri fragili come il Crosione, l'edutiva di strada assume un ruolo cruciale nell'intercettare i giovani a rischio, offrendo loro supporto e orientamento per prevenire la marginalizzazione e la devianza.

4.2.2. *Supporto alle famiglie: interventi mirati e prevenzione*

- Programma Pippi e Programmi di educazione domiciliare. Il Programma Pippi, con la sua azione volta a prevenire l'allontanamento dei minori dalle famiglie, e i programmi di educazione domiciliare, che offrono supporto alla genitorialità, rappresentano due pilastri fondamentali per garantire il benessere dei bambini e il loro diritto a crescere in un ambiente familiare sereno e protettivo.

4.3.3. *Collaborazione tra enti e strumenti innovativi*

- Strumento "Applichiamoci", Enti del terzo settore e Tavoli settoriali. Lo strumento "Applichiamoci", nato durante la pandemia e successivamente potenziato, dimostra l'importanza di creare un collegamento efficace tra scuole e servizi sociali per offrire un accompagnamento educativo alle famiglie. Gli enti del terzo settore, con il loro ruolo fondamentale nell'integrazione dei bisogni del territorio e nell'offerta di servizi per i minori, sono partner essenziali in questo processo. I tavoli di comunicazione e coordinamento tra amministrazione, scuole ed enti del terzo settore, pur rappresentando uno strumento valido, necessitano di maggiori risorse per esprimere appieno il loro potenziale.

- Esperienze positive di collaborazione. L'evento "Visioni", promosso da Acli Pavia, testimonia come la collaborazione tra gli enti del terzo settore possa favorire la conoscenza reciproca, lo scambio di buone prassi e la creazione di progetti congiunti.

4.3. L'integrazione delle politiche (chi fa che cosa e quali integrazioni possibili)

4.3.1. Il ruolo centrale degli enti del terzo settore

Si evidenzia l'importanza cruciale degli enti del terzo settore in questo processo di integrazione. La loro conoscenza capillare del territorio e la capacità di rispondere in modo mirato ai bisogni specifici li rendono un ponte fondamentale tra le istituzioni e i cittadini. Questo ruolo di mediazione è essenziale per garantire che le politiche pubbliche siano realmente inclusive e raggiungano i destinatari in modo efficace.

Per rafforzare questo ruolo, si sottolinea la necessità di maggiore sostegno agli enti del terzo settore. Questo supporto può tradursi in diverse forme, tra cui:

- Finanziamenti adeguati per garantire la sostenibilità delle loro attività.
- Formazione e aggiornamento professionale per gli operatori, per accrescere le competenze e la capacità di risposta ai bisogni emergenti.
- Semplificazione delle procedure burocratiche per facilitare l'accesso ai finanziamenti e la gestione delle attività.

4.3.2. La collaborazione come chiave di volta

Oltre al sostegno agli enti del terzo settore, emerge con forza la necessità di una collaborazione strutturata e coordinata tra i diversi attori coinvolti. La creazione di reti di collaborazione tra enti del terzo settore, scuole, servizi sociali e neuropsichiatria infantile è fondamentale per garantire un intervento integrato e tempestivo.

L'esempio dell'evento "Visioni", promosso da Acli Pavia, dimostra l'importanza di creare momenti di confronto e scambio tra gli enti del terzo settore. Queste iniziative favoriscono la conoscenza reciproca e la creazione di sinergie, permettendo di mettere a fattor comune esperienze, competenze e risorse.

4.3.3. Strumenti per un'integrazione efficace

- Sistema informativo integrato. Un sistema che permetta di avere una visione completa dell'offerta di servizi sul territorio è fondamentale per superare il gap informativo tra le risorse disponibili e i bisogni dei minori e delle famiglie. Questo strumento faciliterebbe l'accesso alle informazioni e l'orientamento verso i servizi più adatti alle specifiche esigenze.

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

- Potenziamento dei tavoli settoriali di coordinamento. Investire risorse specifiche in questi tavoli è cruciale per creare un sistema integrato che offra risposte concrete e coordinate alle diverse esigenze dei giovani, dalla disabilità all'istruzione, al tempo libero.
- Sistema di comunicazione chiaro ed efficace. Permettere ai giovani e alle loro famiglie di conoscere le risorse disponibili sul territorio e di accedere facilmente ai servizi di supporto richiede un sistema di comunicazione trasparente e facilmente accessibile.

4.4. Uno sguardo al futuro (proposte concrete per migliorare)

4.4.1. *Servizi e supporto*

- Potenziamento dei servizi di supporto psicologico. Oltre ai servizi già menzionati, è fondamentale garantire un accesso facilitato a servizi di supporto psicologico per minori e famiglie. La creazione di sportelli di ascolto nelle scuole e nei quartieri, con la presenza di psicologi qualificati, potrebbe contribuire a prevenire situazioni di disagio e a fornire un aiuto tempestivo a chi ne ha bisogno.
- Promozione di attività sportive e ricreative. Lo sport e le attività ricreative svolgono un ruolo fondamentale nel benessere psicofisico dei minori. È importante incentivare la partecipazione a queste attività, offrendo agevolazioni economiche alle famiglie e collaborando con associazioni sportive e culturali del territorio.
- Sostegno alle famiglie con minori disabili. Le famiglie con minori disabili necessitano di un supporto particolare. Oltre ai servizi diurni, è importante prevedere forme di assistenza domiciliare e di sollievo per i genitori, garantendo loro momenti di respiro e la possibilità di conciliare la cura dei figli con gli impegni lavorativi e personali.
- Creazione di spazi di aggregazione per adolescenti. Gli adolescenti hanno bisogno di spazi di aggregazione sicuri e stimolanti, dove poter socializzare, coltivare i propri interessi e sviluppare la propria autonomia. La creazione di centri giovanili polifunzionali, dotati di biblioteche, sale prove musicali, spazi per attività artistiche e sportive, potrebbe rispondere a questa esigenza.

4.4.2. *Intervento educativo e sociale*

- Formazione specifica per gli educatori di strada. Gli educatori di strada svolgono un ruolo cruciale nell'intercettare i giovani a rischio e nel costruire relazioni di fiducia. È importante garantire loro una formazione specifica, che tenga conto delle complessità dei contesti sociali in cui operano e delle problematiche specifiche dei minori che incontrano.

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

- Coinvolgimento delle famiglie nei percorsi di intervento. Per garantire l'efficacia degli interventi educativi e sociali è fondamentale il coinvolgimento attivo delle famiglie. La creazione di gruppi di supporto per genitori, l'organizzazione di incontri individuali con educatori e assistenti sociali, la promozione di una comunicazione costante tra scuola e famiglia sono tutti elementi che possono contribuire a creare un ambiente di supporto e di collaborazione.
- Potenziamento dei servizi di orientamento al lavoro per i giovani. Per favorire l'inserimento dei giovani nel mondo del lavoro è importante potenziare i servizi di orientamento, offrendo informazioni sulle opportunità formative e lavorative disponibili, organizzando stage e tirocini, creando reti di contatto con le aziende del territorio.

4.4.3. Orientamento e partecipazione

- Miglioramento della Consulta Comunale dei giovani. Per dare voce ai giovani e favorire la loro partecipazione attiva alla vita della comunità, si potrebbe riproporre e migliorare la Consulta Comunale dei Giovani, composto da ragazzi eletti democraticamente dai loro coetanei. La Consulta avrebbe la funzione di formulare proposte, esprimere pareri e collaborare con l'amministrazione comunale su temi di interesse giovanile.
- Promozione di progetti di volontariato per i giovani. Il volontariato rappresenta un'importante occasione di crescita personale e di impegno civico per i giovani. È importante promuovere progetti di volontariato in diversi ambiti, offrendo ai ragazzi la possibilità di mettere a disposizione le proprie competenze e il proprio tempo libero a favore della comunità.
- Creazione di laboratori di cittadinanza attiva. Per educare i giovani alla cittadinanza attiva e responsabile, si potrebbero organizzare laboratori interattivi, tenuti da esperti del settore, su temi come la democrazia, i diritti umani, la sostenibilità ambientale, l'inclusione sociale.

5. SISTEMA FAMIGLIA: RETI, SERVIZI E PROMOZIONE

5.1. Le criticità (presenti ed emergenti)

5.1.1. *Problemi strutturali e organizzativi*

- Mancanza di coordinamento e rete integrata. La mancanza di collaborazione tra le diverse realtà operanti sul territorio genera inefficienza nella gestione dei casi, dispersione di risorse e difficoltà per gli utenti nell'individuazione dei servizi appropriati. La frammentazione è accentuata dalla competizione anziché collaborazione tra enti che operano in ambiti simili, creando confusione e ostacolando la creazione di una rete integrata efficace.
- Scarsità di risorse nel settore pubblico. La carenza di risorse pubbliche dedicate ai servizi per le famiglie si traduce in lunghe liste d'attesa e difficoltà di accesso, in particolare per le famiglie naturali dei minori in affido e per i minori stessi. Questo problema può portare ad un allungamento dei tempi dell'affido, discostandosi dalla sua funzione originaria, e costringe le famiglie affidatarie a sostenere privatamente i costi per servizi essenziali come le consulenze psicologiche.
- Turnover del personale e discontinuità degli interventi. L'alto turnover del personale, causato dalla precarietà lavorativa nel settore sociale, compromette la creazione di relazioni di fiducia con gli utenti e la continuità dei percorsi di supporto.

5.1.2. *Ostacoli all'accesso e alla fruizione dei servizi*

- Difficoltà di orientamento e mancanza di informazioni. La complessità del sistema di welfare e la frammentazione dei servizi generano confusione e difficoltà di orientamento per le famiglie, che spesso non sono a conoscenza dei servizi disponibili, dei criteri di accesso e delle modalità di fruizione.
- Difficoltà di integrazione per le famiglie straniere. Le famiglie straniere si trovano ad affrontare barriere linguistiche, culturali e amministrative nell'accesso ai servizi. La mancanza di mediatori culturali, di materiali informativi multilingue e di procedure semplificate ostacolano l'integrazione e l'accesso ai benefici. Le difficoltà burocratiche si amplificano per le famiglie straniere con documenti in fase di rinnovo, che incontrano maggiori ostacoli nell'ottenere misure di sostegno economico come l'assegno unico o il contributo per l'invalidità.

- Problemi di conciliazione lavoro-famiglia. La difficoltà di conciliare lavoro e famiglia, soprattutto per le madri, impedisce la partecipazione ad attività formative e lavorative. La mancanza di servizi di supporto come asili nido accessibili aggrava la situazione, creando un circolo vizioso per chi cerca di entrare nel mondo del lavoro e limitando le opportunità di crescita per le donne.
- Ostacoli burocratici. Le procedure burocratiche complesse per l'accesso alle misure di sostegno economico penalizzano in particolare le famiglie straniere.
- Difficoltà di accesso ai servizi digitali. La crescente digitalizzazione dei servizi può escludere le famiglie che non dispongono di accesso a internet, dispositivi informatici o competenze digitali.

5.1.3. Fattori sociali ed economici che aggravano la situazione

- Povertà educativa. La povertà educativa, definita come un'emergenza, richiede interventi mirati e coordinati per garantire a tutti i bambini pari opportunità di apprendimento e sviluppo.
- Emergenza abitativa. La mancanza di alloggi a prezzi accessibili costringe molte famiglie, in particolare quelle numerose, a vivere in condizioni di sovraffollamento o in abitazioni inadeguate, con ripercussioni negative sul benessere familiare. Le famiglie con morosità pregresse incontrano ulteriori difficoltà nell'accesso agli alloggi pubblici, peggiorando ulteriormente la loro situazione.
- Precarietà lavorativa. La diffusione di contratti a tempo determinato, la bassa retribuzione e la mancanza di tutele sociali generano incertezza economica, stress e difficoltà nella pianificazione del futuro, con ripercussioni negative sulla genitorialità e sulle relazioni familiari.
- Conflittualità genitoriale e scarsa partecipazione. La complessità della vita familiare, la mancanza di supporto sociale e la sfiducia nelle istituzioni possono portare ad un aumento delle tensioni tra i genitori e ad una scarsa partecipazione alle iniziative sul territorio.
- Preoccupazione le fragilità. Le famiglie con minori fragili vivono con la costante preoccupazione per il futuro dei propri cari a causa dell'insufficienza dei servizi di supporto alla domiciliarità, della carenza di strutture residenziali adeguate e della mancanza di percorsi di autonomia e inclusione sociale.

5.1.4. Necessità di un approccio proattivo e integrato

- Mancanza di progettualità anticipata. La tendenza a intervenire solo in situazioni di emergenza limita l'efficacia degli interventi e comporta un dispendio maggiore di risorse. È necessaria una visione a lungo termine e una pianificazione integrata dei servizi per affrontare le cause profonde del disagio familiare.

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

- Difficoltà a coinvolgere le famiglie con bambini 0-3 anni. Spesso queste famiglie non percepiscono la necessità di partecipare a percorsi strutturati di supporto, preferendo interventi sporadici e di intrattenimento. La mancanza di partecipazione a programmi di supporto in questa fascia d'età può avere ripercussioni negative sullo sviluppo del bambino e sul benessere familiare.
- Rischio di disgregazione familiare. La povertà e le difficoltà economiche possono portare a tensioni, conflitti e alla disgregazione del nucleo familiare.

5.2. Risorse disponibili (servizi, esperienze, pratiche)

5.2.1. *Il ruolo centrale dei centri per la famiglia e la capillarità del terzo settore*

- I centri per la famiglia emergono come punto di riferimento fondamentale per la presa in carico delle situazioni, grazie alla loro profonda conoscenza del territorio e all'esperienza maturata nel settore. La loro capacità di coordinare gli interventi e di offrire un supporto concreto alle famiglie li rende un elemento cruciale nel sistema di welfare.
- Accanto ai centri per la famiglia, il terzo settore, con la sua fitta rete di associazioni e realtà operanti sul territorio, rappresenta un'ulteriore risorsa preziosa. La specializzazione in diversi ambiti e la capacità di raggiungere capillarmente le famiglie permettono di fornire risposte diversificate e adeguate alle specifiche esigenze.
- Per creare una comunità solidale ed efficace, è fondamentale il coinvolgimento attivo non solo degli operatori, ma anche dei cittadini. La partecipazione di tutti gli attori sociali contribuisce ad una maggiore efficacia degli interventi e alla creazione di una rete di supporto più solida.
- In questo contesto, la tecnologia si presenta come uno strumento prezioso per migliorare la comunicazione, la condivisione di informazioni e il coordinamento tra le diverse realtà. Un portale comune, ad esempio, potrebbe facilitare l'accesso alle informazioni, la creazione di una rete di contatti e la diffusione di buone prassi.
- Infine, la presenza di figure professionali dedicate al coinvolgimento e alla creazione di reti è fondamentale per garantire un coordinamento efficace e una gestione ottimale delle risorse. Queste figure fungono da punto di riferimento per le diverse realtà, facilitando la comunicazione e la collaborazione tra di esse.

5.2.2. *L'importanza degli sportelli famiglia e il valore dell'accoglienza*

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

- Il Centro per la famiglia e gli sportelli si configurano come un importante punto di accesso a informazioni e supporto per le famiglie, facilitandone l'orientamento all'interno del sistema di welfare. La loro efficacia si basa sulla capacità di comunicare e collaborare con gli altri servizi del territorio, creando una rete integrata di supporto.
- Le famiglie disponibili all'accoglienza, pur essendo in numero limitato, rappresentano una risorsa fondamentale per i minori in situazioni di vulnerabilità. Il testo sottolinea la necessità di riconoscere e valorizzare maggiormente queste famiglie, promuovendo la cultura dell'accoglienza e offrendo loro il supporto necessario.
- L'esistenza di tavoli di confronto attivi su tematiche specifiche, come il tavolo antiviolenza, testimonia la volontà di affrontare le problematiche in modo collaborativo e multidisciplinare. Questi spazi di dialogo permettono di condividere esperienze, elaborare strategie comuni e promuovere un'azione coordinata tra i diversi attori coinvolti.

5.2.3. La ricchezza delle risorse e la forza della collaborazione

- Il territorio, nonostante le criticità evidenziate, dispone di una vasta gamma di risorse umane e organizzative impegnate a supportare le famiglie in difficoltà. Professionisti qualificati, associazioni di volontariato, cooperative sociali e fondazioni offrono servizi di ascolto, consulenza, sostegno psicologico, assistenza domiciliare, educativa e legale.
- Alcune realtà locali dimostrano l'importanza di un approccio integrato e collaborativo tra enti pubblici, privati e del terzo settore. La messa in rete dei servizi, la condivisione di informazioni e risorse e la co-progettazione degli interventi permettono di rispondere in modo più efficace e personalizzato ai bisogni delle famiglie.
- Esempi virtuosi di collaborazione come lo Sportello di Ascolto di Pavia Ovest, lo Sportello Caritas del comune di Cava Manara e il progetto di Sportello Famiglie promosso dal CAV e dal comune dimostrano la forza della sinergia tra diverse realtà.
- La collaborazione tra enti come il Centro per l'Impiego e i centri di formazione professionale o il CAV e il consultorio familiare consente di implementare progetti per l'acquisizione di competenze digitali, ridurre il divario digitale e offrire un supporto integrato alla genitorialità.

5.3. L'integrazione delle politiche (chi fa che cosa e quali integrazioni possibili)

5.3.1. Procedure e collaborazioni

- Definizione di procedure operative chiare e condivise tra le diverse realtà. Questo punto è fondamentale per evitare la duplicazione degli sforzi e garantire un'azione coordinata. La chiarezza nella divisione dei compiti e delle responsabilità non solo aumenta l'efficienza, ma

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

promuove anche la trasparenza, rendendo il sistema più affidabile per i beneficiari.

- Collaborazione tra enti del terzo settore. L'esempio di "Applichiamoci" dimostra come la sinergia tra diverse realtà del privato sociale possa portare ad un ampliamento dei servizi offerti, ottimizzando le risorse e raggiungendo un numero maggiore di persone. Questo tipo di collaborazione è particolarmente importante in un contesto dove le risorse sono limitate e la domanda di servizi è in aumento.
- Rafforzamento della comunicazione e collaborazione tra gli operatori degli sportelli famiglia e i servizi sociali. Sebbene la comunicazione tra questi attori chiave sia generalmente buona, un suo ulteriore rafforzamento potrebbe garantire un supporto più efficace e tempestivo alle famiglie in difficoltà. La fluidità nello scambio di informazioni è cruciale per evitare ritardi e fornire un'assistenza personalizzata.
- Miglioramento della collaborazione tra i diversi servizi di accoglienza. Una rete più integrata e collaborativa tra i servizi di accoglienza, in particolare quelli dedicati all'affido, può offrire ai minori un percorso più fluido e personalizzato. La continuità del supporto e una migliore comunicazione tra le figure professionali coinvolte sono essenziali per il benessere dei minori.
- Collaborazione tra enti e strutture che si occupano di inclusione. La mancanza di comunicazione e coordinamento tra le diverse strutture crea "buchi" nella rete di supporto, che deve essere "più lineare". La creazione di una sinergia tra questi enti è quindi fondamentale per garantire un supporto efficace ed evitare che le persone fragili si perdano nei meandri del sistema.

5.3.2. Integrazione e Investimenti

- Integrazione delle politiche sociali, sanitarie, educative e lavorative. Affrontare i bisogni complessi delle famiglie richiede un approccio integrato che metta a sistema le competenze, le risorse e le esperienze di enti pubblici, privati e del terzo settore. Questa sinergia permette di evitare duplicazioni di interventi e di adottare una presa in carico globale della famiglia, considerando tutti gli aspetti della sua vita.
- Maggiore investimento nel settore pubblico. Per garantire servizi di qualità e sostenibili nel tempo è fondamentale un maggiore investimento da parte delle istituzioni pubbliche. Le risorse economiche sono essenziali per potenziare i servizi esistenti, crearne di nuovi, formare il personale e promuovere la ricerca e l'innovazione nel campo del welfare familiare.

5.3.3 Visione sistemica e strumenti

- Visione sistemica della famiglia. Un approccio integrato alle politiche familiari richiede una visione olistica che tenga conto delle interazioni tra i membri, delle dinamiche interne e del contesto sociale e culturale di appartenenza. Gli interventi devono essere personalizzati, flessibili e orientati a rafforzare le risorse interne ed esterne della famiglia.

- Ripristino del SIL (Servizio di Inserimento Lavorativo). Il ripristino del SIL rappresenterebbe un passo importante per favorire l'inclusione lavorativa delle persone fragili. Questa figura professionale potrebbe colmare il divario tra le competenze delle persone e le richieste del mercato del lavoro, offrendo un supporto personalizzato durante il processo di inserimento.
- Utilizzo di strumenti diversificati. Per raggiungere le diverse fragilità e rispondere alle esigenze specifiche delle persone è importante utilizzare strumenti diversificati, inclusi sistemi multimediali e cartacei. Questa diversificazione permette di garantire un'inclusione più ampia e di non lasciare indietro nessuno.

5.4. Uno sguardo al futuro (proposte concrete per migliorare)

5.4.1. Comunicazione e collaborazione

- Creazione di una newsletter. Questo strumento, oltre a centralizzare le informazioni e a diffondere notizie rilevanti tra le diverse realtà, può anche fungere da piattaforma per la promozione di eventi, workshop e iniziative dedicate alle famiglie. In questo modo, la newsletter non si limita a informare, ma diventa un mezzo per stimolare la partecipazione attiva e il coinvolgimento delle famiglie nella comunità.
- Tavoli di lavoro permanenti. La creazione di tavoli di lavoro permanenti, composti da rappresentanti delle diverse realtà coinvolte nel supporto alle famiglie, può contribuire a superare la frammentazione dei servizi e a creare un sistema integrato. La partecipazione attiva di tutti gli attori, inclusi i rappresentanti delle famiglie stesse, è fondamentale per garantire che le soluzioni individuate siano realmente efficaci e rispondenti ai bisogni del territorio.
- Portale comune. Un portale comune, accessibile a tutte le realtà del territorio, può diventare un punto di riferimento per le famiglie alla ricerca di informazioni sui servizi disponibili. Oltre a fornire informazioni aggiornate e facilmente navigabili, il portale potrebbe includere strumenti interattivi, come mappe georeferenziate dei servizi, moduli per la richiesta di assistenza online e forum di discussione per favorire il confronto e la condivisione di esperienze tra le famiglie.
- Rafforzare la rete tra gli enti del terzo settore. La creazione di una rete forte e coesa tra gli enti del terzo settore è essenziale per garantire un'azione sociale più incisiva. La collaborazione tra enti può assumere diverse forme, come la condivisione di risorse umane e materiali, la realizzazione di progetti congiunti e lo scambio di buone prassi. Un esempio concreto potrebbe essere la creazione di un database condiviso di famiglie in difficoltà, che permetta agli enti di intervenire in modo coordinato ed evitare duplicazioni di interventi.
- Ottimizzare i tavoli di confronto esistenti. Per rendere i tavoli di confronto già attivi più efficaci, è importante definire un regolamento chiaro che stabilisca le modalità di partecipazione, i tempi di intervento e le responsabilità di ciascun attore coinvolto. Inoltre, è fondamenta-

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

le garantire la presenza di un facilitatore esperto in tecniche di mediazione e conduzione di gruppi, che possa favorire il dialogo costruttivo e la ricerca di soluzioni condivise.

5.4.2. Accesso ai servizi e informazioni

- Semplificare l'accesso ai servizi sociali. Per semplificare l'accesso ai servizi sociali, è importante adottare un approccio "family-centered", che metta al centro i bisogni e le esigenze delle famiglie. Ciò significa adottare procedure di accesso chiare e trasparenti, ridurre al minimo la burocrazia e fornire un supporto personalizzato alle famiglie durante tutto il percorso di presa in carico.
- Migliorare le informazioni online sui servizi sociali. Oltre alla creazione di un portale web dedicato, è importante utilizzare diversi canali di comunicazione online per raggiungere le famiglie, come i social media, le app per smartphone e i forum online. Le informazioni sui servizi sociali devono essere presentate in modo chiaro, conciso e accessibile a tutti, utilizzando un linguaggio semplice e comprensibile anche per chi non ha familiarità con il sistema di welfare.
- Semplificare il dialogo con ASST sul tema dell'affido. Per semplificare il dialogo con l'ASST sul tema dell'affido, si potrebbe creare un punto di contatto dedicato all'interno dell'ASST, con operatori specializzati in affido e disponibili a fornire informazioni e supporto alle famiglie interessate. Sarebbe inoltre utile creare un protocollo operativo condiviso tra ASST e servizi sociali, che definisca le procedure da seguire per la gestione delle pratiche di affido e garantisca una presa in carico tempestiva ed efficace dei minori e delle famiglie affidatarie.
- Creazione di un canale informativo integrato. Un canale informativo integrato potrebbe prevedere la creazione di un numero verde gratuito dedicato alle famiglie, la pubblicazione di materiale informativo cartaceo e online, l'organizzazione di sportelli informativi presso i servizi territoriali e la diffusione di informazioni sui servizi sociali attraverso i canali di comunicazione istituzionali dei Comuni.

5.4.3. Supporto professionale e risorse

- Supporto psicologico. Oltre all'inserimento di uno psicologo operativo sul territorio, si potrebbe prevedere la creazione di sportelli di ascolto psicologico dedicati alle famiglie presso i consultori familiari, i centri per le famiglie e le scuole. Il supporto psicologico può essere particolarmente utile per le famiglie che si trovano ad affrontare momenti di difficoltà, come la nascita di un figlio, la separazione o la perdita di un familiare.
- Diffondere le esperienze di accoglienza. Per diffondere e valorizzare le esperienze positive di accoglienza, si potrebbero realizzare campagne di sensibilizzazione sui media tradizionali e online, organizzare eventi pubblici con la partecipazione di famiglie affidatarie e famiglie

accoglienti, e creare un sito web dedicato alla condivisione di storie e testimonianze. L'obiettivo è far conoscere alla comunità il valore sociale dell'accoglienza familiare e incoraggiare la partecipazione di nuove famiglie.

- Creazione di figure istituzionali per l'orientamento ai servizi. La figura del case manager o del navigatore familiare potrebbe essere inserita all'interno dei servizi sociali territoriali o presso gli enti del terzo settore che si occupano di supporto alle famiglie. Il suo ruolo principale sarebbe quello di accompagnare le famiglie nel percorso di accesso ai servizi, aiutandoli a orientarsi nella complessità del sistema di welfare e a individuare le soluzioni più adatte alle loro esigenze.
- Reperimento di risorse economiche e progettualità a lungo termine. Per garantire la sostenibilità degli interventi a supporto delle famiglie è fondamentale coinvolgere diversi attori, come le istituzioni pubbliche, le fondazioni private e le imprese del territorio. Si potrebbero attivare bandi per il finanziamento di progetti innovativi a supporto delle famiglie, promuovere campagne di fundraising e creare partnership pubblico-private per la gestione di servizi dedicati alle famiglie.
- Valorizzazione del ruolo dei pediatri e medici di base. I pediatri e i medici di base possono svolgere un ruolo fondamentale nella prevenzione del disagio familiare, grazie alla loro conoscenza diretta delle famiglie e alla loro capacità di individuare precocemente i segnali di difficoltà. Si potrebbe prevedere la creazione di una rete di pediatri e medici di base "sentinella", formati per riconoscere i bisogni delle famiglie e per attivare tempestivamente gli interventi di supporto necessari.
- Istituzione formale della figura del case manager. L'istituzione formale della figura del case manager richiede l'approvazione di una normativa specifica che ne definisca il ruolo, le competenze e le modalità di accesso alla professione. Si potrebbe prevedere la creazione di un albo professionale dei case manager, che garantisca la qualità e la professionalità degli interventi a supporto delle famiglie.

5.4.4. Prevenzione e spazi dedicati

- Strutturazione di contesti e luoghi funzionali. Gli spazi dedicati alle famiglie dovrebbero essere progettati tenendo conto delle esigenze dei diversi membri della famiglia, dai bambini agli anziani. Sarebbe importante prevedere spazi per il gioco, la lettura, lo studio, l'incontro e la socializzazione, attrezzati con arredi e materiali adatti alle diverse età e accessibili a persone con disabilità.
- Focus sulla prevenzione. La prevenzione del disagio familiare richiede un approccio multidisciplinare che coinvolga diversi attori, come i servizi sociali, i servizi sanitari, le scuole e le associazioni del territorio. Si potrebbero implementare programmi di educazione alla genitorialità rivolti a futuri genitori e genitori di bambini in età prescolare, servizi di mediazione familiare per coppie in difficoltà e progetti di sostegno alla conciliazione famiglia-lavoro.

6. LA COMUNITÀ CHE CURA: SOSTEGNO E INCLUSIONE PER LA GRAVE MARGINALITÀ

6.1. Le criticità (presenti ed emergenti)

6.1.1. *Un sistema frammentato*

- Frammentazione dei servizi. Questa criticità è centrale e ricorrente. La mancanza di coordinamento tra i diversi servizi crea "buchi nella rete", lasciando le persone fragili prive del supporto necessario. Il turnover del personale aggrava ulteriormente questa frammentazione, interrompendo la continuità del supporto e la costruzione di relazioni significative.
- Pregiudizio culturale. Il pregiudizio culturale rappresenta un ostacolo significativo all'inclusione, alimentando discriminazione e pregiudizi. Le persone con disabilità psichica vengono spesso isolate ed emarginate, a causa di una percezione distorta della loro condizione. Allo stesso modo, gli stranieri e i migranti sono spesso associati a fragilità e marginalità, subendo esclusione e difficoltà di integrazione.
- Mancanza di una politica organica e strutturale. L'assenza di una politica organica e di una figura di coordinamento rende gli interventi frammentari e inefficaci. Manca una visione d'insieme e una regia che guidi gli sforzi verso un'inclusione reale e strutturale.
- Tempi di attesa eccessivi. I lunghi tempi di attesa, in particolare per le diagnosi funzionali, rappresentano un ostacolo significativo. I ritardi diagnostici hanno un impatto negativo sul percorso scolastico, contribuendo alla creazione di situazioni di fragilità che possono culminare nell'abbandono scolastico.
- Difficoltà di inserimento lavorativo. La difficoltà di trovare lavoro è una criticità trasversale che colpisce le persone fragili di ogni genere, in particolare i giovani. L'impossibilità di inserirsi nel mondo del lavoro alimenta l'emarginazione, l'esclusione sociale e la povertà, ostacolando l'accesso a cure e supporto adeguati.
- Mancanza di informazione e accesso ai servizi. Molte persone fragili non sono a conoscenza dei servizi a loro disposizione o hanno difficoltà ad accedervi. La mancanza di una mappa dei servizi del territorio e la scarsa diffusione di informazioni sui progetti di supporto contribuiscono a questa criticità. La povertà e il degrado possono spingere le persone a rinunciare alle cure, anche quando esistono progetti in grado di fornire sostegno.

6.1.2. *Limiti materiali, organizzativi e di visione*

- Criticità materiali. La mancanza di posti letto nei dormitori, in particolare per le donne, e la scarsità di borse lavoro rappresentano ostacoli concreti all'autonomia. La carenza di spazi fisici limita anche la possibilità di svolgere attività volte all'empowerment, come quelle artistiche.
- Criticità organizzative. Il Tavolo Fragilità, pur essendo una risorsa importante, presenta lacune organizzative che ne limitano l'efficacia. L'assenza di alcuni soggetti chiave, come il CPS, e la mancanza di continuità e regolarità negli incontri impediscono un coordinamento efficace.
- Criticità di visione. Si sottolinea la necessità di superare una visione limitata dell'emarginazione, focalizzata esclusivamente sui bisogni primari. È fondamentale adottare una prospettiva più ampia che includa la dimensione della bellezza e punti sulla ricostruzione delle capacità e delle risorse individuali per favorire un reinserimento sociale più solido.

6.2. Risorse disponibili (servizi, esperienze, pratiche)

6.2.1. Il ruolo cruciale del Terzo Settore e le opportunità per l'inclusione

- Il Terzo Settore emerge come un attore fondamentale nel supporto alla comunità. Un suo potenziamento strutturale potrebbe amplificare l'impatto positivo, consentendo di raggiungere un maggior numero di persone e di rispondere in modo più efficace ai bisogni emergenti.
- Gli housing sociali rappresentano un'opportunità concreta per favorire l'inclusione. La loro efficacia, tuttavia, è strettamente legata alla creazione di un progetto di vita individualizzato e condiviso tra gli enti coinvolti. Questo approccio personalizzato, centrato sulla persona e sul nucleo familiare, permette di andare oltre la semplice fornitura di un alloggio, offrendo un percorso di accompagnamento e di reinserimento sociale.

6.2.2. Iniziative specifiche e buone pratiche per l'accesso a servizi essenziali

- Il progetto "Salute: non si scherza" della SPI CGIL si pone l'obiettivo di facilitare l'accesso alle cure mediche, riducendo i tempi di attesa per le visite. La sua diffusione capillare potrebbe rappresentare un supporto concreto per le persone che necessitano di cure mediche, in particolare per quelle in stato di fragilità economica. L'iniziativa si concentra su un bisogno primario come la salute, cercando di rimuovere gli ostacoli economici e burocratici che spesso impediscono alle fasce più deboli di accedere a cure adeguate.
- L'articolo 14, con i suoi strumenti per l'inserimento lavorativo delle categorie protette e delle persone fragili, si configura come una risorsa preziosa per promuovere l'autonomia e l'inclusione sociale. Un utilizzo più efficace di questo strumento potrebbe contribuire a superare le difficoltà di accesso al mondo del lavoro, offrendo a queste persone la possibilità di un percorso di integrazione e di realizzazione personale.

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

- Il territorio pavese si distingue per la varietà di servizi offerti, in grado di rispondere sia ai bisogni primari che a quelli di espressione personale. Oltre ai servizi tradizionali, il "Tavolo Fragilità", nato dalla collaborazione tra Comune e terzo settore, svolge un ruolo di coordinamento degli interventi a sostegno delle persone in situazioni di emarginazione. L'utilizzo dell'arte come strumento di intervento da parte degli operatori testimonia la volontà di andare oltre la mera assistenza materiale, promuovendo il benessere psicologico e l'espressione individuale.

6.3. L'integrazione delle politiche (chi fa che cosa e quali integrazioni possibili)

6.3.1. Criticità del sistema attuale

- Criticità materiali. La mancanza di posti letto nei dormitori, in particolare per le donne, e l'assenza di borse lavoro ostacolano il percorso di autonomia. La scarsità di spazi fisici limita anche lo svolgimento di attività di empowerment, come quelle artistiche.
- Criticità organizzative. Il Tavolo Fragilità, pur essendo una risorsa importante, presenta lacune organizzative. L'assenza di soggetti chiave, come il CPS, e la mancanza di continuità negli incontri ne compromettono l'efficacia.
- Criticità di visione. È necessario superare una visione ristretta dell'emarginazione, incentrata solo sulla mancanza di beni primari. Si propone di ampliare la prospettiva, includendo la dimensione della bellezza e puntando sulla ricostruzione delle capacità individuali per un reinserimento sociale più solido.

6.3.2. Proposte per un supporto integrato

Per garantire un supporto efficace, è fondamentale la collaborazione tra enti e strutture, creando una sinergia che eviti "buchi" nella rete di supporto. Oltre ai sistemi multimediali, è importante utilizzare anche il cartaceo per raggiungere alcune fragilità, diversificando gli strumenti di comunicazione e supporto per rispondere alle diverse esigenze.

6.4. Uno sguardo al futuro (proposte concrete per migliorare)

6.4.1. Interventi per migliorare l'inclusione

- Diversity management. Oltre a promuovere la comunicazione e la sinergia tra gli enti, il diversity management dovrebbe prevedere percorsi di formazione e sensibilizzazione per gli operatori, al fine di sviluppare competenze interculturali e promuovere un'effettiva cultura dell'inclusione.

- Mappatura dei servizi. La mappatura dei servizi dovrebbe essere realizzata con il coinvolgimento attivo delle persone fragili stesse, al fine di garantire che le informazioni e le risorse siano realmente utili e rispondenti ai loro bisogni.
- Comunicazione. La comunicazione sui servizi e i progetti a supporto delle persone fragili dovrebbe utilizzare canali diversificati e accessibili, come social media, applicazioni mobili e materiale informativo in lingue diverse.
- Rete di supporto. Per rafforzare la rete di supporto è fondamentale garantire la stabilità del personale socio educativo ed assistenziale, offrendo loro percorsi di formazione continua e un ambiente di lavoro stimolante e gratificante.
- Inclusione lavorativa. Oltre al ripristino del SIL e all'utilizzo dell'articolo 14, è importante promuovere la collaborazione con le imprese per creare opportunità di lavoro concrete per le persone fragili, attraverso tirocini, stage e percorsi di inserimento lavorativo mirati.

6.4.2 Interventi per affrontare la grave emarginazione

- Potenziamento del terzo settore. Oltre alle risorse economiche e logistico-tecniche, è necessario semplificare le procedure burocratiche per l'accesso ai finanziamenti e la gestione dei progetti, in modo da agevolare il lavoro delle organizzazioni del terzo settore.
- Tavolo Fragilità. Il Tavolo Fragilità dovrebbe dotarsi di strumenti di monitoraggio e valutazione degli interventi, per verificarne l'efficacia e apportare eventuali modifiche e miglioramenti.
- Investimento a livello di ambito. Un maggiore investimento a livello di ambito dovrebbe prevedere anche interventi di prevenzione e intervento precoce, al fine di intercettare tempestivamente le situazioni di fragilità e prevenire l'evoluzione verso la grave emarginazione.
- Hub specializzato. L'hub specializzato sulla grave emarginazione dovrebbe promuovere non solo l'assistenza materiale, ma anche la bellezza e il benessere individuale, attraverso attività artistiche, culturali e ricreative, al fine di favorire la reintegrazione sociale e il recupero della dignità personale.

7. CARCERE, TERRITORIO E GIUSTIZIA RIPARATIVA: PERCORSI DI INCLUSIONE OLTRE LE MURA

7.1. Le criticità (presenti ed emergenti)

7.1.1 *Carenze strutturali: un circolo vizioso*

- Il sovraffollamento, con un elevato numero di detenuti in spazi limitati, genera tensioni, aggressioni e un ambiente malsano. La carenza di personale qualificato, inclusi agenti penitenziari, medici e figure sociali aggrava ulteriormente la situazione.
- La mancanza di personale rende difficile garantire la sicurezza, il controllo e l'assistenza ai detenuti, limitando anche la possibilità di svolgere attività rieducative e di supporto.
- La carenza di servizi basilari come uno sportello psicologico adeguatamente gestito e un numero sufficiente di figure mediche e sociali contribuisce ad un ambiente carcerario degradante e privo di supporto per i detenuti.
- Le condizioni igienico-sanitarie sono spesso precarie a causa del sovraffollamento.

7.1.2. *Mancanza di percorsi rieducativi: un'opportunità mancata*

- La logica punitiva prevale spesso sull'obiettivo di rieducazione, trasformando il carcere in un luogo di abbandono anziché di crescita e cambiamento.
- La scarsità di fondi e la discontinuità dei progetti di reinserimento sociale, gestiti da cooperative e dal terzo settore, impediscono di creare un percorso di crescita stabile per i detenuti.
- I lunghi tempi di attesa per l'approvazione dei bandi contribuiscono alla discontinuità dei progetti.
- La mancanza di strutture dedicate alla giustizia riparativa, come uffici o centri specializzati nella mediazione tra vittima e reo, limita la possibilità di un percorso di giustizia più umano ed efficace, basato sul dialogo, la riconciliazione e la riparazione del danno.

7.1.3. *Difficoltà di reinserimento sociale: un futuro incerto*

- Al termine della pena, i detenuti si trovano ad affrontare un futuro incerto e pieno di ostacoli, spesso privi degli strumenti necessari per un reinserimento sociale efficace.

- La mancanza di strutture di housing socio-educativo aggrava ulteriormente la situazione, privandoli di un alloggio adeguato e di percorsi di accompagnamento educativo ed economico.
- La difficoltà di comunicazione e collaborazione tra il personale carcerario e gli operatori sociali ostacola la creazione di un ambiente collaborativo e sinergico che potrebbe supportare il reinserimento dei detenuti.
- Manca la consapevolezza dell'importanza del lavoro sociale e la sua delicatezza viene spesso sottovalutata.
- Tutti questi fattori, combinati, aumentano il rischio di recidiva.

7.2. Risorse disponibili (servizi, esperienze, pratiche)

7.2.1. Collaborazioni e supporto esterno

- Collaborazione con il polo universitario. Questa collaborazione consente di realizzare progetti di formazione e istruzione di alto livello per i detenuti. L'accesso a programmi educativi di qualità può fornire ai detenuti le competenze e le conoscenze necessarie per avere successo dopo il rilascio.
- Presenza di volontari. Numerosi volontari offrono il loro tempo e le loro competenze per sostenere i detenuti in vari modi. Ad esempio, associazioni collaborano con cooperative per aiutare i detenuti immigrati a richiedere il permesso di soggiorno, assicurando una continuità con la realtà esterna. Questo tipo di supporto può essere fondamentale per aiutare i detenuti a prepararsi per la vita dopo il carcere.
- Collaborazione con il Comune di Pavia. Questa collaborazione è essenziale per creare una rete di supporto e sviluppare progetti a beneficio dei detenuti. Lavorando insieme, le istituzioni locali e il carcere possono affrontare in modo più efficace le sfide del reinserimento sociale.
- Volontariato. Le associazioni di volontariato svolgono un ruolo cruciale sia durante la detenzione che nella fase di reinserimento. Offrono un supporto fondamentale ai detenuti, organizzando attività e progetti su misura per le loro esigenze. Il volontariato può fornire ai detenuti un senso di comunità e di scopo, aiutandoli a superare le difficoltà della vita carceraria.
- Unità di attività di volontariato e sportello di vita. La creazione di strutture dedicate al volontariato all'interno del carcere, insieme agli sportelli di vita, può favorire la vicinanza e il dialogo tra la comunità carceraria e il mondo esterno. Questo può contribuire a ridurre lo stigma sociale associato alla detenzione e facilitare il reinserimento dei detenuti nella società.

7.2.2. Attività e percorsi interni

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

- Percorsi di formazione e istruzione. Il carcere offre diverse opportunità formative, tra cui corsi di teatro, sport (box), lettura e insegnamento della lingua italiana per stranieri. Queste attività possono aiutare i detenuti ad acquisire nuove competenze, migliorare la loro alfabetizzazione e favorire la loro crescita personale.
- Centro diurno, Il centro diurno fornisce ai detenuti un ambiente meno restrittivo in cui possono socializzare, partecipare ad attività ricreative e sviluppare un senso di normalità. Questo può contribuire a ridurre lo stress e la noia della vita carceraria, migliorando la salute mentale e il benessere generale dei detenuti.

7.3. L'integrazione delle politiche (chi fa che cosa e quali integrazioni possibili)

7.3.1. Creazione di una rete collaborativa

- Istituzione di un gruppo di lavoro permanente. Composto da rappresentanti di tutti gli attori coinvolti, questo gruppo dovrebbe coordinare gli interventi, definire strategie condivise e garantire una maggiore sinergia tra i diversi servizi.
- Definizione di ruoli e responsabilità. È importante chiarire chi fa che cosa e creare un sistema di comunicazione efficace che permetta di superare le barriere burocratiche e favorire la collaborazione.
- Focus su devianza, marginalità, fragilità e diversità. Il gruppo di lavoro dovrebbe avere come focus principale la presa in carico globale dei detenuti, considerando non solo l'aspetto punitivo ma anche le loro esigenze specifiche e le loro vulnerabilità.

7.3.2. Sinergia sul territorio

- Coinvolgimento della comunità. Le politiche carcerarie devono essere progettate in un'ottica di integrazione, coinvolgendo la comunità e rendendola parte attiva nel processo di giustizia riparativa.
- Allineamento normativo. La recente riforma Cartabia ha introdotto un quadro normativo specifico per la giustizia riparativa, rappresentando un passo importante per l'integrazione di questo approccio nel sistema giudiziario italiano.

7.4. Uno sguardo al futuro (proposte concrete per migliorare)

7.4.1. Assistenza e supporto ai detenuti

- Oltre a garantire la presenza di personale medico specialistico, è fondamentale affrontare le esigenze specifiche dei detenuti stranieri. La creazione di uno sportello dedicato potrebbe offrire assistenza legale e burocratica, facilitando il rinnovo dei documenti e la regolarizzazio-

ne della loro posizione. In aggiunta, lo sportello potrebbe svolgere un ruolo chiave nell'integrazione degli stranieri nel territorio, fornendo informazioni e supporto per l'accesso ai servizi e alle opportunità locali.

- Il supporto alla rete familiare è essenziale non solo per il benessere del detenuto ma anche come strumento di prevenzione della recidiva. Rafforzare i legami familiari contribuisce a creare un ambiente più positivo all'interno degli istituti e a facilitare il reinserimento sociale al termine della pena.
- I percorsi di genitorialità consapevole rappresentano un investimento importante per il futuro dei figli dei detenuti. Offrire supporto ai genitori detenuti può contribuire a rafforzare il legame con i figli, prevenire situazioni di disagio familiare e interrompere il ciclo di criminalità.
- La figura del garante dei detenuti dovrebbe essere presente in ogni carcere, garantendo la tutela dei diritti dei detenuti e il rispetto delle loro esigenze.

7.4.2. II. Reinserimento socio-lavorativo

- La collaborazione con il territorio è cruciale per la creazione di percorsi di reinserimento efficaci. Cooperative, associazioni, servizi sociali e istituti penitenziari devono lavorare in sinergia per supportare i detenuti sia durante la detenzione che dopo l'uscita dal carcere.
- L'offerta di corsi professionalizzanti all'interno del carcere è fondamentale per fornire ai detenuti le competenze necessarie per accedere al mondo del lavoro dopo la scarcerazione.
- Facilitare l'accesso all'abitazione è un altro aspetto cruciale del reinserimento sociale. Aiutare i detenuti a trovare un alloggio dignitoso fornisce loro una base solida per costruire una nuova vita autonoma.
- Gli accordi con le associazioni del territorio permettono di sviluppare progetti specifici che coinvolgono i detenuti, sensibilizzando la comunità e creando opportunità concrete di lavoro, formazione e inclusione.

7.4.3. Genitorialità e famiglia

- La creazione di spazi neutri e accoglienti all'interno del carcere per gli incontri tra detenuti e figli è essenziale per favorire un rapporto genitore-figlio positivo anche durante la detenzione.

7.4.4. Finanziamento e gestione

- Un impegno finanziario concreto da parte dei comuni è necessario per assicurare un sostegno economico adeguato ai carceri, evitando

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

la dipendenza esclusiva da fondi regionali o nazionali.

- L'ampliamento delle misure alternative alla detenzione, come il lavoro di pubblica utilità, i programmi di recupero e la mediazione penale, offre ai detenuti la possibilità di scontare la pena in modo più costruttivo, mantenendo un contatto con la società e sviluppando competenze utili per il futuro.

8. LA COMUNICAZIONE DEL SOCIALE

8.1. Le criticità

8.1.1. *Criticità generali*

- Mancanza di sinergia e cultura della collaborazione. La frammentazione e l'autoreferenzialità degli enti, sia pubblici che del terzo settore, rappresentano un ostacolo significativo alla creazione di un sistema di servizi integrato e coordinato. Questa mancanza di collaborazione si traduce in una serie di problemi, tra cui:
 - Duplicazione degli sforzi: Diversi enti potrebbero svolgere attività simili senza un coordinamento efficace, sprecando risorse e creando confusione.
 - Lacune nei servizi. La mancanza di comunicazione e collaborazione può portare a situazioni in cui alcuni bisogni delle famiglie straniere non vengono adeguatamente affrontati da nessun ente.
 - Disorientamento per gli utenti. Le famiglie straniere si trovano a dover navigare in un sistema complesso e frammentato, con difficoltà a identificare i servizi di cui hanno bisogno e a ottenere informazioni chiare e complete.
- Comunicazione non efficace. La comunicazione non si limita alla semplice trasmissione di informazioni, ma richiede un approccio dinamico e complesso basato sull'ascolto, sulla comprensione del contesto e sulla capacità di adattamento. L'assenza di una regia comunicativa centralizzata contribuisce a creare inefficienza e confusione, con un impatto negativo sulla capacità di raggiungere i destinatari finali in modo chiaro e tempestivo.
- Integrazione a lungo termine insufficiente. Il supporto alle famiglie straniere non dovrebbe esaurirsi nella fase iniziale di accoglienza, ma dovrebbe mirare a un'integrazione a lungo termine che le renda autonome nell'accesso ai servizi e nella partecipazione alla vita sociale. Per raggiungere questo obiettivo è fondamentale:
 - Creare reti di supporto solide e durature. La collaborazione tra enti pubblici, terzo settore e la comunità locale è essenziale per fornire un supporto completo e continuativo alle famiglie straniere.
 - Formare operatori specializzati: La formazione degli operatori dovrebbe includere competenze specifiche per lavorare con famiglie straniere, con particolare attenzione alle loro esigenze culturali e linguistiche.

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

- Promuovere iniziative di inclusione sociale. L'integrazione a lungo termine richiede la creazione di opportunità concrete per le famiglie straniere di partecipare attivamente alla vita sociale, economica e culturale della comunità.

8.1.2. Criticità nello scambio di informazioni

- Difficoltà di scambio di informazioni nel settore pubblico: La struttura gerarchica e la complessità degli enti pubblici, spesso caratterizzate da procedure burocratiche rigide e comportamenti stagni, ostacolano la condivisione di informazioni cruciali. Questo problema si traduce in:
 - Mancata conoscenza delle risorse disponibili: Gli operatori pubblici potrebbero non essere a conoscenza di tutte le risorse e le opportunità di finanziamento a loro disposizione.
 - Difficoltà a rispondere ai bisogni del territorio: La mancanza di informazioni aggiornate sulle esigenze del territorio limita la capacità degli enti pubblici di fornire servizi adeguati.
 - Perdita di efficienza e opportunità. La mancata condivisione di informazioni porta a una duplicazione degli sforzi e a una minore efficienza nell'utilizzo delle risorse.
- Dipendenza da relazioni informali. Lo scambio di informazioni tra operatori pubblici e terzo settore si basa spesso su relazioni personali informali, un sistema fragile e poco affidabile a lungo termine.
- Turnover del personale: Il cambio di personale negli enti pubblici e nel terzo settore può portare alla perdita dei contatti e delle conoscenze acquisite.
- Mancanza di trasparenza: L'informalità dei canali di comunicazione può rendere difficile l'accesso alle informazioni per nuovi operatori o per enti esterni.
- Mancanza di una rete consolidata nel terzo settore: Le associazioni del terzo settore, pur collaborando tra loro, tendono a farlo in modo frammentato e limitato a specifiche aree tematiche. La mancanza di una rete strutturata e consolidata.
- Limita lo scambio di esperienze e risorse. Le associazioni perdono opportunità di apprendere le une dalle altre e di condividere risorse e competenze.
- Riduce l'impatto collettivo del terzo settore. La frammentazione impedisce alle associazioni di agire in modo coordinato e di amplificare il loro impatto sul territorio.

8.1.3. Criticità interne al terzo settore

- Scarsità di risorse: La mancanza di fondi e di personale qualificato rappresenta un ostacolo significativo per le associazioni del terzo settore. Questa carenza di risorse.
 - Limita la partecipazione a iniziative e progetti: Le associazioni potrebbero non avere le risorse necessarie per partecipare a eventi, tavoli di lavoro e bandi per la presentazione di progetti.
 - Riduce la capacità di innovazione. La mancanza di fondi e di personale qualificato rende difficile lo sviluppo di progetti innovativi e la sperimentazione di nuove soluzioni.
- Difficoltà di scambio di informazioni tra pubblico e privato: La mancanza di strumenti adeguati, conoscenze specifiche e una cultura organizzativa non sempre orientata alla collaborazione creano difficoltà nella comunicazione tra settore pubblico e terzo settore.
- Difficoltà a individuare gli interlocutori giusti. Sia gli enti pubblici che le associazioni del terzo settore faticano a identificare i contatti appropriati per avviare collaborazioni.
- Mancanza di canali di comunicazione efficaci. L'assenza di canali di comunicazione strutturati rende difficile lo scambio di informazioni e la promozione di iniziative congiunte.
- Comunicazione interna frammentata. La mancanza di chiarezza nei ruoli, nei flussi comunicativi e nella struttura organizzativa degli enti del terzo settore crea confusione e inefficienza.
 - Difficoltà a coordinare le attività. La frammentazione della comunicazione interna rende difficile il coordinamento tra operatori e servizi.
 - Rischio di errori e inefficienze. La mancanza di chiarezza nei ruoli e nei flussi comunicativi può portare a errori, ritardi e spreco di risorse.
- Mancanza di un linguaggio comune. L'assenza di un linguaggio comune tra gli enti del terzo settore, dovuta alla varietà dei servizi offerti, rende difficile la comunicazione e la comprensione reciproca.
- Difficoltà di collaborazione. La mancanza di un linguaggio condiviso ostacola la collaborazione tra enti e la creazione di progetti congiunti.
- Disorientamento per gli utenti. Le famiglie straniere si trovano a dover affrontare un sistema complesso e poco trasparente, con terminologie e procedure diverse a seconda dell'ente che si rivolgono.

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

- Scarsa accessibilità delle informazioni. L'accesso alle informazioni sui servizi offerti dagli enti del terzo settore non è sempre agevole, nonostante l'esistenza di strumenti come la Carta dei servizi.
- Mancanza di un sistema centralizzato. L'assenza di un sistema centralizzato e aggiornato rende difficile per gli utenti trovare informazioni complete e affidabili sui servizi disponibili.
- Difficoltà a orientarsi nel sistema. Le famiglie straniere potrebbero non essere in grado di identificare i servizi di cui hanno bisogno a causa della scarsa accessibilità delle informazioni.
- Dipendenza dai contatti informali. Le reti di comunicazione tra gli enti del terzo settore si basano spesso su contatti informali, con conseguente scarsa strutturazione ed efficienza .
- Fragilità delle reti. La dipendenza da contatti informali rende le reti di comunicazione vulnerabili a cambiamenti di personale e a interruzioni nei rapporti personali.
- Limiti alla collaborazione. La mancanza di formalizzazione e di procedure condivise ostacola la collaborazione sistematica tra enti.

8.2. Gli strumenti per comunicare

8.2.1. Strumenti digitali e tradizionali: punti di forza e debolezze

- Social media. Consentono una diffusione rapida e potenzialmente virale delle informazioni, raggiungendo un pubblico vasto e diversificato. Presentano però limiti in termini di targetizzazione del pubblico, affidabilità delle informazioni e difficoltà nel raggiungere le fasce di popolazione meno digitalizzate.
- Siti Internet istituzionali. Rappresentano canali di comunicazione ufficiali e autorevoli per la pubblicazione di notizie, informazioni su progetti e iniziative, modulistica e documenti. La loro efficacia dipende dalla loro usabilità, aggiornamento costante, completezza delle informazioni e capacità di raggiungere il pubblico di riferimento.
- Collaborazione con il quotidiano locale. Permette di raggiungere un pubblico più ampio, soprattutto tra le fasce di popolazione meno digitalizzate, e di dare maggiore visibilità alle attività e alle iniziative di interesse sociale. L'efficacia di questa collaborazione dipende dalla qualità e dalla costanza della comunicazione, dalla capacità di costruire un rapporto di fiducia con la redazione del giornale e di proporre contenuti interessanti e di qualità per i lettori.

- Carta stampata. Può essere utile per veicolare informazioni dettagliate a specifici target di pubblico. La sua diffusione capillare è però più difficile da garantire rispetto agli strumenti digitali, i costi di produzione e distribuzione possono essere elevati e l'impatto ambientale non è trascurabile.

8.2.2. Valorizzare il contatto umano e le reti collaborative

- Incontri in presenza. In un mondo sempre più digitalizzato, gli incontri in presenza assumono un valore inestimabile. Permettono di creare un contatto diretto e personale con gli utenti, rispondere alle loro domande in modo preciso e immediato, costruire un rapporto di fiducia e favorire un senso di comunità.
- Reti e tavoli tematici. La partecipazione a reti e tavoli tematici non solo aumenta la visibilità, ma rappresenta un'opportunità strategica per costruire alleanze solide, condividere buone pratiche, sviluppare progetti comuni e promuovere un'azione coordinata sul territorio. La creazione di un'identità visiva uniforme e la diffusione di messaggi coerenti contribuiscono a rafforzare l'impatto della comunicazione e a creare una maggiore consapevolezza sui servizi disponibili.

8.2.3. Innovazione e accessibilità per una comunicazione efficace

- Valorizzare gli strumenti esistenti. Il bilancio sociale e la Carta dei servizi, ad esempio, possono diventare efficaci canali di comunicazione se resi più accessibili e comprensibili per il pubblico. L'utilizzo di un linguaggio chiaro e di formati innovativi può contribuire a rendere questi documenti più utili e interessanti per gli utenti.
- Sfruttare le potenzialità della tecnologia. La mappatura geolocalizzata dei servizi, disponibile in più lingue, rappresenta un'idea innovativa per facilitare l'accesso alle informazioni e raggiungere anche gli utenti stranieri. Le applicazioni di intelligenza artificiale (AI) possono supportare gli operatori in attività ripetitive e dispendiose in termini di tempo.
- Comunicazione interna. Deve essere curata con la stessa attenzione della comunicazione esterna, rivolta agli utenti e alla comunità.
- Sinergia tra canali. La diversificazione dei canali di comunicazione è essenziale per raggiungere un pubblico eterogeneo, ma non è sufficiente. È necessario un approccio integrato che crei un vero e proprio ecosistema comunicativo, in cui i diversi canali si rafforzano a vicenda. Ad esempio, i social media possono essere utilizzati per promuovere eventi e incontri in presenza, mentre la comunicazione cartacea può fornire informazioni dettagliate e accessibili anche a chi non ha familiarità con gli strumenti digitali.

8.3. L'orientamento per l'accesso ai servizi

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

8.3.1. Punti di accesso e informazione

- Importanza degli sportelli specializzati. Gli sportelli dedicati a specifiche categorie di utenti, come lo sportello stranieri, lo sportello di mediazione linguistica nelle scuole e gli sportelli famiglia, sono essenziali per l'orientamento. Per essere efficaci, questi sportelli devono essere:
 - Facilmente individuabili e accessibili.
 - Dotati di mediatori linguistici qualificati.
 - Caratterizzati da orari flessibili.
 - In grado di fornire informazioni chiare e complete sui servizi disponibili.
- Necessità di un sistema di assistenza omnicanale. La presenza fisica di uno sportello è importante, ma non sufficiente. È necessario sviluppare un sistema di assistenza che integri canali digitali come telefono, e-mail e piattaforme online. Questo sistema omnicanale garantirà:
 - Maggiore flessibilità e accessibilità per gli utenti.
 - La possibilità di adattarsi alle diverse esigenze degli utenti.
- Creazione di punti di accesso unificati. Per semplificare l'accesso ai servizi, è importante creare punti di accesso unificati che offrano informazioni complete e aggiornate su tutti i servizi disponibili. Questi punti di accesso, sia fisici che digitali, dovrebbero:
 - Essere facilmente accessibili.
 - Fornire un'assistenza personalizzata agli utenti.
- Criticità dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP). L'URP è un servizio importante per l'orientamento ai servizi pubblici, ma la sua efficienza è spesso limitata da diversi fattori:
 - Scarsa conoscenza del servizio da parte dei cittadini.
 - Limitata capacità di rispondere a domande complesse o specifiche.
 - Difficoltà nell'orientare i cittadini non solo ai servizi pubblici, ma anche alle risorse offerte dal terzo settore.
 - Mancanza di un'integrazione efficace con gli altri servizi del territorio.

8.3.2. Mappatura e aggiornamento dei servizi

- Importanza di mappature aggiornate dei servizi. Le mappature dei servizi offerti dal territorio sono strumenti fondamentali per facilitare l'accesso dei cittadini alle risorse disponibili. Tuttavia, le mappature esistenti presentano spesso delle criticità:
 - Sono parziali e incomplete.
 - Sono obsolete a causa della rapidità con cui cambiano le informazioni nel settore sociale.
 - Difficoltà nell'aggiornare costantemente i database.
 - Creano confusione e difficoltà nell'orientamento.
 - Espongono i cittadini al rischio di non accedere ai servizi di cui hanno bisogno o di rivolgersi a strutture non adeguate.

8.3.3. Coinvolgimento delle comunità straniere

- Collaborazione con le comunità straniere. Per raggiungere efficacemente le comunità straniere, è fondamentale coinvolgere figure di riferimento come imam, leader comunitari e mediatori culturali. Questo approccio richiede:
 - Competenze specifiche nella comunicazione interculturale.
 - La capacità di adattare il linguaggio e gli strumenti di comunicazione alle esigenze del target.

8.4. Altri spunti

8.4.1. Educazione e monitoraggio

- Educazione alla comunicazione. L'educazione alla comunicazione è una priorità strategica e dovrebbe essere integrata in tutti i percorsi formativi, a partire dalla scuola primaria, per formare cittadini consapevoli e in grado di comunicare in modo efficace, etico e responsabile, contribuendo alla costruzione di una società più inclusiva e democratica.
- Monitoraggio costante. Il monitoraggio e l'analisi dei dati sono essenziali per comprendere i bisogni degli utenti, le loro aspettative, le difficoltà che incontrano nell'accesso ai servizi e il loro livello di soddisfazione. Questo processo continuo permette di adattare la comunicazione e i servizi alle esigenze reali del territorio.

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

8.4.2. Collaborazione e coordinamento

- Spazio digitale comune. Per migliorare la comunicazione e la collaborazione tra le associazioni del terzo settore, si propone la creazione di uno spazio digitale comune, come un gruppo Facebook, un sito internet o tavoli tematici periodici online, dove condividere informazioni, esperienze, buone pratiche, richieste di collaborazione, eventi e opportunità di finanziamento, creando una comunità online del terzo settore pavese.
- Cabina di regia: Per un flusso di informazioni efficace e coordinato tra pubblico, privato e terzo settore, si propone l'istituzione di una cabina di regia composta da rappresentanti di tutti gli attori coinvolti. La cabina di regia avrebbe il compito di raccogliere, aggiornare e diffondere le informazioni relative ai servizi, ai progetti e alle iniziative del territorio, fungendo da punto di riferimento e promuovendo la collaborazione, la creazione di reti territoriali, l'organizzazione di eventi e lo sviluppo di strategie di comunicazione integrate.
- Finanziamento della cabina di regia. Per garantire la sostenibilità economica della cabina di regia, si ipotizza un finanziamento da parte delle stesse associazioni del terzo settore, attraverso un piccolo contributo annuale che permetterebbe di coprire i costi di gestione e di personale, assicurando l'operatività e l'indipendenza della cabina di regia. Questo sistema di autofinanziamento rafforzerebbe il senso di appartenenza al sistema territoriale e la motivazione delle associazioni.

8.4.3. Promozione e formazione

- Collaborazione intersetoriale. La creazione di tavoli tematici periodici e stabili, che coinvolgano enti del terzo settore, istituzioni pubbliche e altri attori del territorio, favorisce la collaborazione e lo scambio di buone pratiche, con l'obiettivo di definire soluzioni concrete per migliorare la comunicazione e la collaborazione.
- Eventi di promozione. L'organizzazione di un open day del terzo settore può aumentare la visibilità degli enti, promuovere i servizi offerti, reclutare volontari e personale, e attrarre donazioni da parte di aziende e privati. L'evento, aperto a tutta la comunità, dovrebbe prevedere attività interattive e informative.
- Formazione del personale. La professionalizzazione degli operatori del terzo settore, attraverso percorsi di formazione specifici sulla comunicazione (aspetti tecnici, competenze relazionali e interculturali), è fondamentale per migliorare la qualità e l'efficacia delle attività di comunicazione.

9. LA VALUTAZIONE DI SERVIZI, ATTIVITÀ E PROGETTI

9.1. Le criticità

9.1.1. *Problemi strutturali e di finanziamento*

- Frammentazione dei finanziamenti. I finanziamenti spesso frammentati e vincolati a bandi annuali creano discontinuità negli interventi sociali ed educativi, rendendo difficile la prosecuzione dei progetti e la stabilizzazione dei risultati. L'adozione di bandi triennali permetterebbe una pianificazione a lungo termine e politiche pubbliche più efficaci.
- Sostenibilità economica. La brevità dei bandi e la frammentazione dei finanziamenti mettono a rischio la sostenibilità economica dei progetti del Terzo Settore. La dipendenza da finanziamenti a breve termine crea incertezza e instabilità, impedendo la programmazione a lungo termine e lo sviluppo di strategie di fundraising efficaci.
- Approccio emergenziale. Il Terzo Settore spesso opera in un'ottica emergenziale, concentrandosi sulla risposta immediata ai bisogni senza una pianificazione strategica a medio e lungo termine. Questa modalità operativa rischia di limitare l'efficacia degli interventi e la loro sostenibilità. La mancanza di una visione a lungo termine ostacola la crescita del settore e la sua capacità di incidere sulle problematiche sociali.

9.1.2. *Mancanza di dati e difficoltà di pianificazione*

- Scarsità di dati di contesto. La scarsità di dati a livello locale, soprattutto in fase di progettazione, rende difficile individuare i bisogni specifici del territorio e progettare interventi mirati. La mancanza di informazioni dettagliate impedisce una "fotografia" precisa del territorio, ostacolando la progettazione di risposte adeguate.
- Mancanza di una fotografia accurata del territorio. L'assenza di un'analisi approfondita dei bisogni reali del territorio in fase di progettazione compromette la qualità del progetto e rischia di creare interventi scollegati dalle esigenze degli utenti finali. Questo si traduce in uno spreco di risorse e in una minore efficacia degli interventi.

9.1.3. *Collaborazione e comunicazione tra Pubblica Amministrazione e Terzo Settore*

- Scarsa comunicazione e collaborazione. La mancanza di momenti di confronto strutturati tra Pubblica Amministrazione (PA) e Terzo Settore ostacola la creazione di un sistema integrato di interventi. L'istituzione di tavoli tematici congiunti permetterebbe di coordinare le

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

attività, condividere informazioni e rispondere in modo sinergico ai bisogni, evitando sovrapposizioni o lacune negli interventi.

- Difficoltà burocratiche. La differenza di "fluidità" tra Terzo Settore e Pubblica Amministrazione, evidente nella gestione delle lettere di adesione, rallenta i processi e ostacola la collaborazione. La complessità burocratica della PA si scontra con l'agilità e la rapidità di azione tipiche del Terzo Settore, creando difficoltà e ritardi nella realizzazione dei progetti.
- Mancanza di contatto con gli Enti del Terzo Settore a livello territoriale. La scarsa interazione tra Enti del Terzo Settore (ETS) e istituzioni locali limita la collaborazione e la condivisione di esperienze e risorse. Un maggiore coinvolgimento degli ETS nella pianificazione degli interventi a livello locale permetterebbe di valorizzare le competenze specifiche del settore e di costruire un sistema di welfare più integrato e partecipativo.

9.1.4. Risorse umane e competenze

- Alto turnover degli operatori. L'alto turnover degli operatori nel Terzo Settore incide negativamente sulla continuità degli interventi. La mancanza di stabilità del personale compromette la creazione di relazioni significative con i beneficiari e la costruzione di un percorso di supporto costante.
- Difficoltà nel reperire figure professionali. La difficoltà nel reperire figure professionali specifiche, come gli educatori, limita la qualità e l'efficacia degli interventi. La carenza di personale qualificato è un ostacolo alla crescita del settore.
- Scarsità di risorse dedicate al monitoraggio e alla valutazione. La mancanza di personale dedicato al monitoraggio e alla valutazione è un problema che affligge molti enti. Spesso queste attività vengono considerate secondarie, con la conseguenza che vengono svolte in modo frettoloso e superficiale. Questo approccio impedisce di cogliere il potenziale del monitoraggio e della valutazione come strumenti per migliorare la qualità dei progetti e per apprendere dagli errori.

9.1.5. Adeguamento ai parametri europei

- Difficoltà di adattamento ai parametri europei. L'adeguamento ai nuovi parametri europei in materia di monitoraggio, valutazione e rendicontazione economica rappresenta una sfida complessa per gli enti. La difficoltà principale risiede nella complessità e nell'articolazione dei nuovi indicatori, che richiedono un aggiornamento costante delle competenze del personale e l'adozione di nuovi strumenti di gestione.

9.2. Gli strumenti

9.2.1. L'importanza del monitoraggio e della valutazione

- Adottare un sistema di monitoraggio interno unificato, condiviso e standardizzato tra gli operatori del Terzo Settore è di fondamentale importanza. Questo sistema non solo consente di raccogliere dati in modo omogeneo e confrontare le esperienze tra gli operatori, ma permette anche di analizzare i dati raccolti in modo comparativo. L'analisi comparativa è cruciale per individuare le buone prassi e le aree di miglioramento, favorendo l'apprendimento reciproco tra gli operatori e la crescita del settore nel suo complesso. Un sistema di monitoraggio unificato facilita la creazione di un patrimonio di conoscenze e buone prassi per il Terzo Settore, contribuendo alla sua professionalizzazione e al suo impatto positivo sul territorio.
- La raccolta di dati qualitativi sulla percezione dei beneficiari, oltre agli indicatori quantitativi, è essenziale per una valutazione completa dell'efficacia degli interventi. La valutazione della soddisfazione dei beneficiari fornisce informazioni preziose per migliorare l'approccio degli operatori, rendendolo più sensibile e responsivo ai bisogni reali delle persone. Comprendere le esperienze e le opinioni dei beneficiari consente di adattare i servizi offerti e di massimizzare il loro impatto positivo.

9.2.2. Strumenti per migliorare il monitoraggio e la valutazione

- Strumenti di monitoraggio condivisi per ambito o target: La creazione e la condivisione di strumenti di monitoraggio comuni per specifiche aree di intervento o target rappresentano una strategia efficace per la costruzione di un patrimonio di conoscenze e buone prassi. L'utilizzo di strumenti omogenei permette di raccogliere dati comparabili, facilitando la valutazione dell'efficacia degli interventi e la diffusione di metodologie di successo tra gli operatori.
- Piattaforma per la condivisione dei dati. La realizzazione di una piattaforma online dedicata alla condivisione dei dati raccolti dai diversi progetti offre numerosi vantaggi. In primo luogo, favorisce la collaborazione tra gli operatori e la conoscenza del contesto territoriale. Una piattaforma condivisa facilita l'aggregazione dei dati provenienti da diverse fonti, creando una "mappa" completa e aggiornata del territorio e dei suoi bisogni. Questa "mappa" diventa uno strumento prezioso per tutti gli attori del sistema di welfare, inclusi gli enti pubblici e le organizzazioni del terzo settore, permettendo di progettare interventi integrati e di valutare l'impatto complessivo delle azioni sul territorio.
- Strumenti tecnologici. L'utilizzo di strumenti tecnologici come tabelle Excel, promemoria, diari di bordo e cartelle dedicate alla raccolta dati può semplificare notevolmente il processo di monitoraggio e valutazione. Questi strumenti permettono di organizzare i dati in modo strutturato, di tenere traccia delle attività svolte e di generare report in modo automatico. Ad esempio, un "diario di bordo" digitale può essere utilizzato dagli operatori per registrare quotidianamente le attività svolte, le difficoltà incontrate e le osservazioni emerse durante gli interventi. Questo strumento crea un archivio prezioso per la valutazione finale del progetto e per l'apprendimento continuo degli operatori.

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

- Strumenti digitali per la collaborazione. Le piattaforme digitali condivise, come Google Drive o Dropbox, offrono un'ampia gamma di funzionalità per la gestione dei progetti e la collaborazione tra i partner. Consentono di creare un repository centralizzato per i documenti di progetto, accessibile a tutti i membri del team, facilitando la condivisione di informazioni e la comunicazione interna. Inoltre, queste piattaforme offrono strumenti per la gestione delle attività, la pianificazione degli incontri e la condivisione di feedback, migliorando l'efficienza e la coordinazione del lavoro di squadra.
- Definizione di un linguaggio comune. La creazione di un linguaggio comune tra gli operatori è fondamentale per garantire una comunicazione fluida ed efficace, evitando fraintendimenti e ambiguità. Questo significa definire in modo chiaro i termini chiave del progetto, i criteri di valutazione e le modalità di lavoro condivise. La creazione di un glossario condiviso può essere un utile strumento per facilitare la comprensione reciproca e per evitare l'utilizzo di termini ambigui o con significati diversi a seconda del contesto. Un linguaggio comune facilita la collaborazione tra operatori provenienti da diverse organizzazioni e la creazione di una cultura di lavoro condivisa.

9.3. La lettura dei risultati

9.3.1. *Importanza della lettura dei risultati e benefici della condivisione*

- Una mappatura completa dei bisogni del territorio in fase di progettazione è fondamentale. Questa mappatura deve essere il più possibile completa per evitare di escludere alcune categorie di persone e per garantire che gli interventi raggiungano tutte le persone che ne hanno bisogno. La collaborazione con i Piani di Zona e le istituzioni locali è essenziale per raggiungere questo obiettivo, in particolare per individuare le persone che non si rivolgono spontaneamente ai servizi e che rischiano di rimanere escluse dagli interventi di supporto.
- La condivisione dei dati raccolti, sia durante che a fine progetto, è fondamentale per favorire la riflessione, il miglioramento degli interventi e la creazione di un patrimonio di conoscenze condivise. La restituzione dei dati non deve limitarsi al finanziatore, ma dovrebbe coinvolgere anche la comunità del Terzo Settore, promuovendo l'apprendimento reciproco e il miglioramento continuo della qualità degli interventi. La condivisione periodica dei dati tra i partner di un progetto durante il suo svolgimento facilita inoltre il monitoraggio delle attività, l'individuazione tempestiva di eventuali criticità e l'apporto di modifiche necessarie per migliorare l'efficacia degli interventi.
- I progetti di ricerca-azione, realizzati in collaborazione tra enti del Terzo Settore e istituti di ricerca, offrono un'opportunità preziosa per approfondire la conoscenza del contesto locale. Attraverso l'analisi congiunta dei dati raccolti dai diversi enti, interpretati alla luce delle specificità del territorio, è possibile ottenere una comprensione più completa e accurata dei bisogni della popolazione.

- La valutazione dell'impatto degli interventi nel lungo periodo è essenziale per orientare le politiche pubbliche in modo evidence-based. Questo approccio, basato sull'evidenza dei dati raccolti, garantisce che le risorse siano utilizzate in modo efficace per rispondere ai reali bisogni della popolazione e promuovere uno sviluppo continuo e sostenibile.

9.3.2. Criticità e soluzioni per una migliore lettura dei risultati

- La mancanza di riscontro sui risultati del lavoro svolto è una delle criticità più sentite dagli operatori del Terzo Settore. Questa mancanza di feedback, percepita come una scarsa valorizzazione del lavoro svolto, genera frustrazione e demotivazione, ostacolando la crescita professionale e il miglioramento continuo. È fondamentale che le istituzioni destinatarie dei progetti si impegnino a fornire un feedback chiaro e puntuale, evidenziando i punti di forza e le aree di miglioramento, in modo da valorizzare l'impegno degli operatori e guidare lo sviluppo di strategie più efficaci.
- L'assenza di un sistema strutturato per la raccolta e l'analisi dei dati impedisce di capitalizzare l'esperienza acquisita e di utilizzare i risultati dei progetti precedenti per migliorare la progettazione futura. La creazione di un "contenitore" digitale, una sorta di archivio condiviso, in grado di raccogliere dati, buone pratiche e insegnamenti appresi, rappresenta una soluzione efficace per creare una memoria storica dei progetti e facilitare la condivisione delle conoscenze. Questo strumento permetterebbe di evitare la dispersione delle informazioni e di rendere l'esperienza acquisita un patrimonio comune a disposizione di tutti gli operatori del settore.
- Oltre alle soluzioni menzionate nei documenti, si potrebbero adottare altre strategie per migliorare la lettura e l'utilizzo dei risultati:
 - Diffondere i risultati dei progetti in modo chiaro e accessibile, utilizzando diversi canali di comunicazione, come report, presentazioni, articoli su riviste specializzate e social media. Questo permetterebbe di raggiungere un pubblico più ampio e di favorire la trasparenza e la condivisione delle conoscenze.
 - Organizzare momenti di confronto e di scambio di esperienze tra gli operatori, creando spazi di discussione e di apprendimento reciproco. Questi momenti di incontro, come seminari, workshop o gruppi di lavoro tematici, offrirebbero l'opportunità di analizzare insieme i risultati dei progetti, confrontarsi sulle sfide incontrate e sulle soluzioni adottate, e di sviluppare nuove idee e strategie di intervento.

9.4. La privacy dei dati

9.4.1. Analisi delle questioni aperte

- La gestione della privacy dei dati nel Terzo Settore presenta una sfida cruciale: bilanciare la tutela della privacy dei beneficiari con la necessità di condividere informazioni per migliorare l'efficacia degli interventi. Questo equilibrio è delicato e richiede un'attenta valutazione

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

dei rischi e delle opportunità.

- La mancanza di protocolli chiari e specifici per la condivisione di informazioni sensibili genera incertezza tra gli operatori, aumentando il rischio di violare la privacy dei beneficiari. Definire procedure condivise, che indichino chiaramente quali informazioni possono essere condivise, con chi e attraverso quali modalità, è essenziale per mitigare questo rischio.
- La difficoltà nel condividere informazioni rilevanti tra colleghi, derivante dalla necessità di proteggere la privacy, può limitare la capacità di intervento degli operatori e ostacolare una corretta valutazione delle situazioni. Questa limitazione può compromettere la qualità e l'efficacia degli interventi offerti.

9.4.2. Soluzioni per una condivisione responsabile

- La co-titolarità dei dati a livello progettuale rappresenta una soluzione efficace per semplificare la gestione della privacy e la condivisione delle informazioni tra i partner coinvolti in un progetto. Stabilendo in modo chiaro le responsabilità di ciascun partner nella gestione delle informazioni, si garantisce una maggiore tutela della privacy dei beneficiari. La co-titolarità promuove la trasparenza e la collaborazione tra gli enti, facilitando la condivisione responsabile dei dati.
- Un protocollo condiviso tra gli enti del Terzo Settore, simile alla gestione di una cartella sociale, può consentire la condivisione dei dati dei beneficiari, purché con il loro consenso esplicito. Questo protocollo, basato sul consenso informato, permetterebbe di superare gli ostacoli burocratici e di facilitare la condivisione delle informazioni tra i diversi enti. Si favorirebbe così la creazione di un sistema integrato di interventi, in grado di rispondere in modo più efficace e personalizzato alle esigenze dei beneficiari.
- Il "storytelling" tra colleghi emerge come una possibile soluzione per condividere informazioni rilevanti, tutelando al contempo la privacy degli utenti. Attraverso la narrazione delle esperienze, gli operatori possono trasmettere informazioni preziose, evitando di rivelare dati sensibili che potrebbero compromettere la privacy degli utenti. Ad esempio, un operatore potrebbe condividere le difficoltà incontrate nell'assistere un utente a causa della barriera linguistica, senza dover rivelare l'identità dell'utente o dettagli specifici della situazione. Il "storytelling", se utilizzato con attenzione, può favorire l'apprendimento e il miglioramento delle pratiche operative, senza mettere a rischio la privacy dei beneficiari.

10. INTEGRAZIONE DELLE POLITICHE SOCIO-SANITARIE

10.1. Le criticità

10.1.1 *Frammentazione e inefficienza dei servizi*

- Mancanza di coordinamento e comunicazione. La frammentazione dei servizi, caratterizzata da scarsa comunicazione e coordinamento tra servizi sociali, sanitari e del terzo settore, crea un sistema disorganizzato e inefficiente. Questa mancanza di sinergia si traduce in percorsi di cura frammentati per gli utenti, che si trovano a dover navigare in un labirinto burocratico per accedere ai servizi e gestire il loro caso. La frammentazione è aggravata da problemi di comunicazione tra appaltatore e appaltato, con conseguente perdita di informazioni e inefficienza.
- Difficoltà di integrazione con le scuole. La collaborazione con le scuole è fondamentale per un intervento precoce ed efficace, soprattutto per i giovani con disabilità. Tuttavia, l'integrazione tra servizi e scuole è spesso ostacolata da problemi di comunicazione, differenti procedure e mancanza di risorse dedicate.
- Lentezza burocratica e tempi di attesa. Le diverse tempistiche tra la presa in carico sociale e quella sociosanitaria, aggravate dalla lentezza burocratica, rallentano notevolmente l'intero processo. L'attesa per l'attivazione di risorse come la protezione giuridica o gli insegnanti di sostegno può avere conseguenze negative per l'utente in situazione di vulnerabilità, prolungando il suo stato di disagio.
- Carenza di risorse per i giovani. Si evidenzia una grave lacuna nell'offerta di servizi per la fascia d'età 14-18 anni. Questa carenza di risorse rischia di compromettere il loro percorso di crescita e integrazione sociale, con ripercussioni negative sul loro futuro.
- Problemi di privacy. La necessità di una collaborazione più stretta tra i servizi si scontra con le normative sulla privacy, creando ostacoli alla condivisione di informazioni essenziali per una presa in carico efficace. Il superamento di questi ostacoli richiede un confronto con il garante della privacy per trovare soluzioni che garantiscano la tutela dei dati sensibili e al contempo permettano la fluidità delle informazioni tra i diversi attori.
- Lentezza nell'implementazione dei cambiamenti. Il sistema sociosanitario è caratterizzato da una certa inerzia, che rallenta l'adozione di nuovi modelli di cura e servizi innovativi, come le case di comunità. I cambiamenti a livello normativo e organizzativo, pur necessari, faticano a tradursi in cambiamenti reali nella pratica quotidiana. La creazione di regolamenti d'ambito che permettano agli assistenti sociali di in-

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

tervenire in deroga, in attesa dell'attivazione di strumenti come l'amministrazione di sostegno, potrebbe accelerare l'accesso ai servizi per gli utenti in situazioni di urgenza.

10.1.2. Difficoltà nella presa in carico

- Mancanza di un approccio olistico. La presa in carico, sia essa rivolta a minori, anziani o persone con disabilità, non viene svolta in modo olistico, considerando il contesto familiare e sociale. Si tende a concentrarsi sulla sintomatologia, con una visione a breve termine che non permette di affrontare le problematiche in modo completo ed efficace.
- Solitudine della famiglia. La famiglia, pur svolgendo un ruolo fondamentale nel percorso di cura, si sente spesso sola e non supportata adeguatamente dai servizi. Il lavoro svolto dalle associazioni, con metodologie creative ed efficaci come i laboratori di teatro sociale, non viene riconosciuto e integrato dai servizi sanitari, con conseguente perdita di risorse e competenze preziose.
- Sovraccarico degli assistenti sociali. Gli assistenti sociali, figure chiave nella presa in carico, si trovano spesso oberati di lavoro, con un numero eccessivo di persone e famiglie da seguire. Questo sovraccarico rende difficile la chiusura delle prese in carico e limita la possibilità di dedicare il tempo necessario a ciascun caso.
- Mancata considerazione del bagaglio emotivo. La mancata considerazione del bagaglio emotivo è una criticità trasversale che riguarda sia gli operatori che le persone assistite. Un'assistenza domiciliare efficace dovrebbe includere la consapevolezza emotiva come elemento fondamentale, sia nella fase di intervento che in quella di chiusura.
- Inefficacia dei tavoli di lavoro. I tavoli di lavoro, pur esistenti, risultano carenti e inefficaci nel creare un punto di raccordo tra i diversi attori. La mancanza di tempo e spazi dedicati al confronto tra operatori, aggravata dalla pressione della quotidianità, dalla mole di lavoro e dalla carenza di personale, porta a trascurare il lavoro di rete, di back office e di confronto tra professionisti, elementi fondamentali per un'efficace integrazione sociosanitaria.

10.1.3. Necessità di un approccio integrato e innovativo

- Integrazione delle politiche e dei budget. È necessaria un'integrazione delle politiche sociali e sanitarie anche in termini economici. Spesso, le politiche operano con budget separati, limitando la possibilità di interventi congiunti e sinergici. Un esempio di questa criticità è il rinnovo del CCNL delle cooperative sociali, che ha portato a un aumento dei costi per le cooperative ma non a un adeguamento degli accreditamenti pubblici, con conseguenti difficoltà nel reperire personale qualificato.

- Carenza di figure professionali. La carenza di figure professionali, in particolare nel settore educativo, è una criticità che si traduce in una riduzione dell'erogazione dei servizi e in un impatto negativo sulla qualità della vita delle persone che ne hanno bisogno. La mancanza di corsi di formazione specifici, come quello per educatore professionale sanitario, aggrava la situazione.
- Mancanza di specialisti a domicilio. Si evidenzia la mancanza di specialisti medici a domicilio, nonostante la crescente domanda di assistenza domiciliare, in particolare per anziani e persone con disabilità.
- Necessità di ripensare i servizi. Fenomeni come l'invecchiamento della popolazione, la gestione della cronicità e l'aumento di problematiche legate al neurosviluppo richiedono un approccio innovativo e flessibile. Le buone prassi rimangono spesso a livello di enunciazione, senza una reale implementazione operativa.

10.2. Le buone pratiche

10.2.1. Collaborazione e comunicazione

- Collaborazione intersetoriale. La collaborazione tra scuole, servizi sociosanitari, sanitari e terzo settore è fondamentale per un intervento precoce ed efficace. Il Progetto Dama del Policlinico è un esempio virtuoso di tale collaborazione.
- Piattaforme di raccordo. La creazione di piattaforme di raccordo tra pediatri e servizi specialistici facilita la comunicazione tra professionisti e semplifica il percorso di cura.
- Protocolli sovrazionali. L'adozione di protocolli sovrazionali consente la condivisione di un linguaggio comune e di procedure condivise tra operatori sociali e sanitari, migliorando la qualità dell'intervento.
- Sensibilizzazione. Eventi di sensibilizzazione favoriscono il dialogo e la conoscenza reciproca tra il mondo sociale e quello sanitario, sensibilizzando la cittadinanza sull'importanza dell'integrazione.
- Infermiere di famiglia. L'infermiere di famiglia svolge un ruolo chiave come figura di raccordo tra medici di medicina generale, ASST e servizi sociali, garantendo una presa in carico coordinata.
- Raccordo con medici di base e pediatri. Il potenziamento del raccordo con medici di base e pediatri permette di intervenire precoce-mente su situazioni di fragilità e promuovere la prevenzione, in particolare per i disturbi del neurosviluppo.

10.2.2. Approccio integrato e multidisciplinare

- Valutazione multidimensionale. La valutazione multidimensionale, basata sulla condivisione di informazioni e la co-progettazione tra

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

operatori sociali e sanitari, consente di definire un piano di intervento personalizzato.

- Formazione congiunta. La formazione congiunta tra operatori sociali e sanitari promuove la conoscenza reciproca, la condivisione di esperienze e la costruzione di un linguaggio comune.
- Protocollo per la tutela dei minori. Il protocollo operativo per la tutela dei minori della provincia di Pavia, con una chiara definizione dei ruoli e delle modalità operative, rappresenta un modello replicabile in altri ambiti per garantire chiarezza ed efficienza.
- Case manager. La figura del case manager è centrale per garantire il raccordo tra i servizi e la creazione di una rete di supporto integrata, superando la frammentazione e garantendo una presa in carico coordinata e personalizzata.

10.2.3. Valorizzazione delle risorse e dei servizi

- Assistenza domiciliare olistica. L'assistenza domiciliare, ripensata in un'ottica olistica che considera la persona nel suo contesto familiare e sociale, rimane un servizio fondamentale.
- Laboratori. I laboratori, come quelli mamma-bambino, Apprendimeglio, il centro di aggregazione e il passo dopo passo, offrono un valido supporto alle famiglie e ai minori, promuovendo l'integrazione e il benessere.
- Riconcettualizzazione di salute e cura. La riconcettualizzazione di salute e cura in un'ottica più ampia, che consideri non solo il sintomo ma la persona nel suo complesso, è fondamentale per un sistema socio-sanitario più efficace.
- Coprogettazione. La coprogettazione tra i diversi attori coinvolti, attraverso la creazione di sotto-tavoli di coprogettazione, garantisce una maggiore partecipazione e coinvolgimento, rendendo il processo più efficace.
- Assistenza domiciliare in piccoli gruppi. Nuove modalità di assistenza domiciliare, come quella in piccoli gruppi, permettono di estendere il servizio e favorire l'interazione e il supporto reciproco.
- Dimissioni condivise. Le dimissioni dovrebbero essere condivise tra operatori sanitari, caregiver e famiglia, con la definizione di obiettivi e tempistiche comuni per garantire la continuità assistenziale.
- Formazione per genitori. L'attivazione di corsi di formazione per genitori rappresenta un investimento importante per una presa in carico più ampia ed efficace, fornendo loro gli strumenti per affrontare le sfide quotidiane.

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

- Timing e obiettivi precisi. È fondamentale definire timing e obiettivi precisi per l'assistenza domiciliare, al fine di ottimizzare le risorse, valutare l'efficacia degli interventi e fornire un servizio di qualità.

10.2.4. Valorizzazione delle risorse e promozione dell'autonomia

- Sostegno agli assistenti familiari. Il sostegno agli assistenti familiari, fornendo loro competenze sanitarie, assistenziali e sociali, migliora la qualità del servizio offerto e rappresenta un investimento nel capitale umano.
- Centrale operativa demenze. La creazione di una centrale operativa demenze, che coinvolge psicologi e assistenti sociali, offre un supporto completo alle famiglie che affrontano la sfida della demenza.

10.2.5. Punti di accesso multidisciplinari: Sportelli Famiglia e psicologo di base

- Psicologo di base. Il progetto dello psicologo di base, presente negli ambulatori dei medici di medicina generale, promuove un modello di presa in carico multidisciplinare che considera gli aspetti fisici, emotivi e psicologici della persona.
- Progetti di vita autonoma per la disabilità. I progetti di vita autonoma per la disabilità, da ampliare e potenziare, mettono al centro la persona con disabilità e i suoi bisogni, promuovendo un approccio olistico.
- Sportelli famiglia. Gli sportelli famiglia si configurano come punti di accesso multidisciplinare per le famiglie che necessitano di indicazioni e supporto.

10.3 Gli strumenti

10.3.1. Strumenti di comunicazione e collaborazione

- Piattaforma di raccordo tra pediatri e servizi specialistici. Questa piattaforma informatica non solo facilita la comunicazione, ma si pone come un ponte digitale per lo scambio di informazioni cruciali, come referti, valutazioni e piani terapeutici, garantendo una presa in carico del paziente pediatrico più fluida e coordinata.
- Protocolli sovrazionali. La standardizzazione delle procedure tramite protocolli condivisi è fondamentale per superare la frammentazione dei servizi. Questi documenti definiscono percorsi di lavoro omogenei tra operatori sociali e sanitari, promuovendo una visione unificata e una maggiore efficienza negli interventi.

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

- Formazione congiunta. Investire nella formazione congiunta di operatori sociali e sanitari non significa solo accrescere le competenze individuali, ma creare un terreno fertile per la nascita di un linguaggio comune. La condivisione di esperienze e la conoscenza reciproca dei ruoli e delle responsabilità sono essenziali per costruire una solida base collaborativa.
- Servizio del garante della salute. Questo servizio si configura come un baluardo a tutela dei diritti dei cittadini in ambito sanitario. Promuoverne la conoscenza significa dare voce ai cittadini e fornire loro gli strumenti per segnalare disservizi, violazioni e criticità, contribuendo a migliorare la qualità del sistema sanitario.
- Co-progettazione tra enti pubblici e terzo settore. Questo modello rappresenta una sinergia virtuosa in cui enti pubblici e terzo settore mettono a fattor comune competenze, risorse ed esperienze. La co-progettazione consente di sviluppare servizi innovativi e personalizzati, rispondendo in modo più efficace ai bisogni complessi dei cittadini.
- Partecipazione congiunta a bandi multidisciplinari. La partecipazione congiunta a bandi rappresenta un'opportunità per superare la logica dei compartimenti stagni e favorire una collaborazione concreta tra sociale, sanitario e assistenziale. Questo approccio stimola la creazione di progetti integrati, ottimizzando le risorse e massimizzando l'impatto degli interventi.
- Centri per la vita indipendente. Questi centri, come quello in fase di sviluppo nell'area di Pavia, si configurano come incubatori di scambio e condivisione. Mettendo in rete figure professionali e territori diversi, promuovono la circolazione di buone pratiche e la creazione di modelli di assistenza innovativi, in particolare per persone con disabilità.
- Collaborazione con l'università. L'università gioca un ruolo cruciale nella formazione di figure professionali qualificate. Promuovere l'apertura di corsi di laurea per figure carenti, come educatori e infermieri, è fondamentale per rispondere alla crescente domanda di personale specializzato nel settore socio-sanitario, garantendo la sostenibilità del sistema nel lungo periodo.

10.3.2. Strumenti di valutazione e Intervento

- Valutazione multidimensionale. La valutazione multidimensionale supera la visione settoriale, coinvolgendo diversi professionisti (medici, assistenti sociali, psicologi, ecc.) per delineare un quadro completo dei bisogni dell'utente. Questo approccio integrato consente di costruire un piano di intervento personalizzato e realmente efficace.
- Sportello multiservizi all'interno delle case di comunità. Lo sportello multiservizi rappresenta un punto di accesso semplificato per i cittadini, offrendo un'interfaccia unica per orientarsi nel complesso panorama dei servizi sociali e sanitari. L'obiettivo è superare la frammentazione e garantire un accesso equo e agevole all'assistenza.

- Formazione e informazione trasversale tra figure sociali, sanitarie e assistenziali. La formazione trasversale è essenziale per creare una cultura dell'integrazione. Formare i medici di medicina generale, figure chiave nel primo contatto con i cittadini, li rende capaci di riconoscere e rispondere a bisogni che vanno oltre la sfera sanitaria, indirizzando i pazienti verso i servizi più adeguati.

10.3.3. Strumenti di conoscenza e personalizzazione

- **Fascicolo sociale.** In analogia al fascicolo sanitario, il fascicolo sociale si propone come uno strumento di conoscenza approfondita della persona e del suo contesto di vita. Raccogliendo informazioni sul contesto familiare, sociale ed economico, consente di costruire un percorso di presa in carico più completo, personalizzato e attento alle reali esigenze del cittadino.

10.3.4. Valorizzazione del Terzo Settore

- Maggiore strutturazione e riconoscimento degli strumenti offerti dal terzo settore. Il terzo settore svolge un ruolo fondamentale nel sistema socio-sanitario, offrendo servizi complementari e innovativi. È cruciale rafforzare il suo contributo, riconoscendone il valore e integrandolo in modo strutturale nel sistema, garantendo la sostenibilità economica e la qualità dei servizi offerti.

10.4 Le case di comunità

10.4.1. Opportunità e sfide delle case di comunità

- **Integrazione sociosanitaria.** Le case di comunità, offrendo uno spazio fisico per la collaborazione e l'interazione tra diversi servizi, promuovono l'integrazione sociosanitaria. All'interno di queste strutture, l'infermiere di famiglia assume un ruolo centrale come figura di raccordo tra medici di medicina generale, ASST e servizi sociali. Questo facilita la comunicazione e la presa in carico congiunta dei pazienti.
- **Presa in carico congiunta.** Le case di comunità agevolano la presa in carico congiunta delle situazioni di maggiore fragilità da parte del territorio. Questo garantisce un intervento coordinato e multidisciplinare. La sinergia tra i servizi favorisce la prevenzione e l'accertamento precoce dei disturbi, consentendo interventi tempestivi sui bisogni emergenti e prevenendo l'aggravarsi delle situazioni.
- **Accesso alla documentazione.** Per un intervento efficace e tempestivo, gli operatori del Punto Unico di Accesso (PUA) all'interno delle case di comunità necessitano di accesso alla documentazione.
- **Superamento delle difficoltà.** Per una collaborazione efficace tra i diversi attori coinvolti, è fondamentale affrontare le problematiche legate alla privacy. La soluzione risiede nel trovare modalità che consentano la condivisione delle informazioni nel rispetto della normativa. È

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

altresì importante evitare che le case di comunità si trasformino in semplici poliambulatori. L'obiettivo è offrire contenuti e servizi che favoriscano l'integrazione sociosanitaria e la presa in carico globale della persona.

- Coinvolgimento del Terzo Settore. Il terzo settore potrebbe avere un ruolo attivo nelle case di comunità, creando spazi dedicati o sviluppando forti connessioni con i servizi territoriali. Questa sinergia amplierebbe il raggio d'azione della casa di comunità e offrirebbe un ventaglio di servizi ancora più completo.

10.4.2. Comunicazione ed informazione

- Necessità di un piano di comunicazione. È fondamentale un piano di comunicazione e informazione rivolto ai cittadini per promuovere la conoscenza e l'utilizzo corretto dei servizi offerti dalle case di comunità. Molti cittadini, non essendo a conoscenza delle opportunità offerte, continuano a rivolgersi a canali tradizionali, come il pronto soccorso, anche per bisogni gestibili a livello territoriale.
- Integrazione nella quotidianità. Come per ogni nuovo servizio, anche le case di comunità potrebbero incontrare difficoltà ad integrarsi nella quotidianità di cittadini e operatori. La promozione e la conoscenza di queste nuove realtà sono essenziali per favorirne l'utilizzo da parte della popolazione.

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

ANALISI STRUTTURATA DEI RISULTATI DEI TAVOLI TEMATICI FUNZIONALE ALL'INDIVDUAZIONE DEGLI OBIETTIVI

1) VITA AUTONOMA E INCLUSIONE	
CRITICITÀ (PRESENTI ED EMERGENTI):	LE RISORSE DISPONIBILI (SERVIZI, ESPERIENZE, PRATICHE):
1.1.1. Mancanza di percorsi e di servizi per l'autonomia in particolare nel passaggio dall'età scolare all'età adulta e nel dopo di noi 1.1.2. Mancanza di personale qualificato, famiglie poco consapevoli e prive di un supporto adeguato 1.1.3. Mancanza di una visione lungimirante e quindi di progetti per l'autonomia a lungo termine, legati dai bandi 1.1.4. Carenza di coordinamento e comunicazione tra i servizi, in particolare sanitari e sociali, dati sui bisogni incompleti e frammentari	1.2.1. Ecosistema ricco di attori pubblici, del terzo settore e del settore privato. 1.2.2. Collaborazione tra i diversi attori per esempio nelle esperienze di coprogettazione e nei progetti di co-housing. 1.2.3. Progetti di vita personalizzati, convenzioni ex articolo 14, programmi regionali. 1.2.4. Involgimento delle famiglie e presenza di professionisti qualificati.
L'INTEGRAZIONE DELLE POLITICHE	UNO SGUARDO AL FUTURO
1.3.1. Integrazione tra politiche sanitarie, educative, sociali, formative e del lavoro 1.3.2. Collaborazione tra gli attori pubblici e del terzo settore e con le famiglie nei progetti di vita, ruolo di regia pubblica 1.3.3. Creazione di linee guida condivise tra i servizi per favorire la continuità dell'assistenza evitando interruzioni e frammentazioni. 1.3.4. Integrazione a partire dai bisogni concreti delle persone con disabilità.	1.4.1. Promozione della conoscenza gli attori del territorio, attraverso dialogo e mappatura dei servizi. 1.4.2. Investimento in personale qualificato e in opportunità di incontro e formazione 1.4.3. Semplificazione della comunicazione e delle procedure 1.4.4. Reale integrazione tra sociale e socio-sanitario, con una presa in carico coerente e condivisa

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

2) ANZIANI TRA INVECHIAMENTO ATTIVO E NECESSITÀ DI CURA	
CRITICITÀ (PRESENTI ED EMERGENTI):	LE RISORSE DISPONIBILI (SERVIZI, ESPERIENZE, PRATICHE):
2.1.1. Mancanza di un sistema di condivisione delle informazioni di una pianificazione mirata degli interventi. 2.1.2. Mancanza di servizi di prossimità e di trasporti e conseguente isolamento. 2.1.3. Mancanza di supporto, carenza di formazione e sovraccarico per i caregiver. 2.1.4. Interventi tardivi, mancanza di prevenzione e di cura precoce per mantenere l'autonomia.	2.2.1. Il Terzo Settore adatta i servizi e le iniziative in modo innovativo e flessibile 2.2.2. Alcuni progetti innovativi svolgono un ruolo fondamentale nello sviluppo di soluzioni per l'invecchiamento attivo 2.2.3. Il volontariato degli anziani offre benefici sia a chi riceve il servizio sia ai volontari stessi. 2.2.4. I centri aggregativi offrono agli anziani opportunità di socializzazione e attività ricreative
L'INTEGRAZIONE DELLE POLITICHE	UNO SGUARDO AL FUTURO
2.3.1. Collaborazione tra enti, come comuni, terzo settore e ATS, per una gestione coordinata dei bisogni del territorio. 2.3.2. Integrazione tra servizi sociali e associazioni del terzo settore per un supporto completo alle persone fragili. 2.3.3. Definizione di ruoli e responsabilità chiari tra i diversi attori per una gestione efficiente di risorse e servizi. 2.3.4. Coinvolgimento dei comuni nella gestione del volontariato per favorire la formazione e l'impegno dei volontari.	2.4.1. Migliorare la comunicazione e il coordinamento tra i diversi attori coinvolti nell'assistenza agli anziani. 2.4.2. Semplificare l'accesso ai servizi e alle risorse per gli anziani. 2.4.3. Promuovere il volontariato e il supporto ai caregiver. 2.4.4. Rafforzare l'assistenza domiciliare e la collaborazione tra istituzioni e terzo settore.

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

3) INNOVAZIONE E INCLUSIONE NEL SETTORE ABITATIVO	
CRITICITÀ (PRESENTI ED EMERGENTI):	LE RISORSE DISPONIBILI (SERVIZI, ESPERIENZE, PRATICHE):
<p>3.1.1. Mancanza di investimenti nelle politiche abitative, che aggrava le criticità del settore.</p> <p>3.1.2. Mancanza di coordinamento tra le diverse risorse abitative temporanee, rendendo difficile indirizzare le persone</p> <p>3.1.3. Procedure rigide per l'assegnazione degli alloggi pubblici, che ostacolano l'accesso per chi ne avrebbe bisogno.</p> <p>3.1.4. Scarsa conoscenza delle forme di sostegno all'abitare innovative, come housing first e housing sociali.</p>	<p>3.2.1. Diverse soluzioni abitative, tra cui il social housing e alloggi temporanei offerti da enti religiosi.</p> <p>3.2.2. Misure di supporto come l'housing first e gli ausili sociali per alleviare il disagio abitativo.</p> <p>3.2.3. Canone concordato, previsto dalla legge 431, offre un canone inferiore a quello di mercato, facilitando l'accesso all'abitazione.</p> <p>3.2.4. Progetto di Regione Lombardia per la rigenerazione sociale dell'edilizia popolare.</p>
L'INTEGRAZIONE DELLE POLITICHE	UNO SGUARDO AL FUTURO
<p>3.3.1. Istituzione di un punto di riferimento unico per orientare i cittadini verso i servizi abitativi appropriati.</p> <p>3.3.2. Miglioramento della comunicazione tra gli enti coinvolti nelle politiche abitative per garantire un'azione coordinata.</p> <p>3.3.3. Assunzione da parte del Comune di un ruolo più attivo nel recepimento dei SAT e nella gestione dei beni confiscati.</p> <p>3.3.4. Rafforzamento del tavolo sulle fragilità per affrontare in modo più efficace il problema dei senza fissa dimora.</p>	<p>3.4.1. Potenziare l'offerta pubblica di alloggi, anche tramite il riutilizzo di beni confiscati alla mafia.</p> <p>3.4.2. Facilitare l'accesso all'abitazione tramite servizi di mediazione culturale e sportelli informativi dedicati.</p> <p>3.4.3. Promuovere l'housing sociale e incentivare l'affitto a categorie svantaggiate.</p> <p>3.4.4. Favorire la collaborazione tra enti pubblici, terzo settore e inquilini per la coprogettazione delle politiche abitative.</p>

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

4) ALLEANZA EDUCATIVA PER LA PROMOZIONE DEL BENESSERE GIOVANILE

CRITICITÀ (PRESENTI ED EMERGENTI):	LE RISORSE DISPONIBILI (SERVIZI, ESPERIENZE, PRATICHE):
<p>4.1.1. La transizione dall'età infantile all'età adulta risulta particolarmente problematica per i minori con disabilità</p> <p>4.1.2. I giovani, specialmente quelli con disabilità o in situazioni di fragilità, spesso mancano di supporto extrascolastico</p> <p>4.1.3. L'assenza di un sistema di comunicazione strutturato tra scuola, terzo settore e servizi rende difficile l'accesso alle risorse disponibili.</p> <p>4.1.4. La precarietà lavorativa e l'elevato turnover degli operatori limitano la costruzione di relazioni significative con i minori</p>	<p>4.2.1. I fondi del PNRR offrono un'opportunità per migliorare i servizi per i minori.</p> <p>4.2.2. La collaborazione tra enti, nell'ambito di GLO e degli Sportelli famiglia, è cruciale per l'inclusione.</p> <p>4.2.3. Le attività extrascolastiche e l'educativa di strada sono risorse importanti per i giovani.</p> <p>4.2.4. Programmi come Pippi e "Applichiamoci" sostengono le famiglie e l'integrazione scolastica.</p>
L'INTEGRAZIONE DELLE POLITICHE	UNO SGUARDO AL FUTURO
<p>4.3.1. Sostenere gli enti del terzo settore con finanziamenti, formazione e semplificazione burocratica.</p> <p>4.3.2. Collaborazione strutturata tra enti del terzo settore, scuole, servizi sociali e neuropsichiatria infantile.</p> <p>4.3.3. Creare un sistema informativo integrato per facilitare l'accesso alle informazioni sui servizi.</p> <p>4.3.4. Potenziare i tavoli settoriali di coordinamento e un sistema di comunicazione efficace.</p>	<p>4.4.1. Potenziare i servizi di supporto psicologico per minori e famiglie, con sportelli di ascolto nelle scuole e nei quartieri.</p> <p>4.4.2. Incentivare la partecipazione ad attività sportive e ricreative, offrendo agevolazioni economiche e collaborando con associazioni del territorio.</p> <p>4.4.3. Garantire formazione specifica agli educatori di strada che operano con i giovani a rischio.</p> <p>4.4.4. Promuovere progetti di volontariato per i giovani</p>

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

5) SISTEMA FAMIGLIA: RETI, SERVIZI E PROMOZIONE	
CRITICITÀ (PRESENTI ED EMERGENTI):	LE RISORSE DISPONIBILI (SERVIZI, ESPERIENZE, PRATICHE):
<p>5.1.1. Mancanza di coordinamento e rete integrata tra le diverse realtà operanti sul territorio.</p> <p>5.2.2. Scarsità di risorse nel settore pubblico dedicate ai servizi per le famiglie.</p> <p>5.2.3. Difficoltà di orientamento e mancanza di informazioni sui servizi disponibili.</p> <p>5.2.4. Fattori sociali ed economici che aggravano la situazione, come la povertà educativa e l'emergenza abitativa.</p>	<p>5.2.1. I centri per la famiglia e il terzo settore offrono un'ampia gamma di servizi e operando capillarmente sul territorio.</p> <p>5.2.3. Gli sportelli famiglia fungono da punto di accesso a informazioni e supporto, facilitando l'orientamento</p> <p>5.2.3. Le famiglie disponibili all'accoglienza rappresentano una risorsa preziosa per i minori vulnerabili</p> <p>5.2.4. La collaborazione tra enti pubblici, privati e del terzo settore permette di rispondere in modo più efficace ai bisogni delle famiglie.</p>
L'INTEGRAZIONE DELLE POLITICHE	UNO SGUARDO AL FUTURO
<p>5.3.1. Definire procedure operative chiare e condivise tra le diverse realtà per evitare la duplicazione degli sforzi e garantire un'azione coordinata.</p> <p>5.3.2 Rafforzare la comunicazione e la collaborazione tra gli operatori degli sportelli famiglia e i servizi sociali</p> <p>5.3.3 Migliorare la collaborazione tra i diversi servizi di accoglienza, in particolare quelli dedicati all'affido.</p> <p>5.3.4 Promuovere una maggiore collaborazione tra enti e strutture che si occupano di inclusione per evitare che le persone fragili si perdano nei meandri del sistema.</p>	<p>5.4.1. Migliorare la comunicazione e collaborazione tramite newsletter, tavoli di lavoro permanenti, portale comune</p> <p>5.4.2. Semplificare l'accesso ai servizi sociali con un approccio "family-centered" e informazioni online</p> <p>5.4.3. Diffusione delle esperienze positive di accoglienza, creazione di figure istituzionali per l'orientamento ai servizi.</p> <p>5.4.4. Strutturazione di spazi funzionali per le famiglie e focus sulla prevenzione del disagio familiare</p>

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

6) LA COMUNITÀ CHE CURA: SOSTEGNO INCLUSIONE PER LA GRAVE MARGINALITÀ	
CRITICITÀ (PRESENTI ED EMERGENTI):	LE RISORSE DISPONIBILI (SERVIZI, ESPERIENZE, PRATICHE):
<p>6.1.1 La frammentazione dei servizi lascia le persone senza il supporto necessario, aggravata dal turnover del personale.</p> <p>6.1.2 Il pregiudizio culturale porta alla discriminazione e all'emarginazione di persone con disabilità psichica, stranieri e migranti.</p> <p>6.1.3 La mancanza di una politica organica e di una figura di coordinamento rende gli interventi frammentari e inefficaci.</p> <p>6.1.4 Le criticità materiali, come la mancanza di posti letto e di borse lavoro, ostacolano l'autonomia delle persone fragili.</p>	<p>6.2.1 Il Terzo Settore è fondamentale per il supporto alla comunità e il suo potenziamento potrebbe ampliare l'impatto positivo.</p> <p>6.2.2 Gli housing sociali offrono un'opportunità di inclusione se abbinati a un progetto di vita personalizzato.</p> <p>6.2.3 Il progetto "Salute: non si scherza" della SPI CGIL mira a facilitare l'accesso alle cure mediche, riducendo i tempi di attesa per le visite.</p> <p>6.2.4 Pavia offre una varietà di servizi, tra cui il "Tavolo Fragilità" che coordina gli interventi per le persone in situazioni di emarginazione.</p>
L'INTEGRAZIONE DELLE POLITICHE	UNO SGUARDO AL FUTURO
<p>6.3.1. La mancanza di posti letto e di opportunità lavorative ostacola l'autonomia delle persone in difficoltà, in particolare delle donne.</p> <p>6.3.1. Il Tavolo Fragilità manca di efficacia a causa di lacune organizzative e della discontinuità degli incontri.</p> <p>6.3.1. È necessario ampliare la prospettiva sull'emarginazione, includendo non solo la mancanza di beni primari, ma anche la dimensione della bellezza e la ricostruzione delle capacità individuali.</p> <p>6.3.1. Per un supporto efficace è fondamentale la collaborazione e comunicazione tra enti e strutture</p>	<p>6.4.1 Promuovere il diversity management con percorsi di formazione e sensibilizzazione per gli operatori</p> <p>6.4.2 Realizzare la mappatura dei servizi con il coinvolgimento attivo delle persone fragili</p> <p>6.4.3 Utilizzare canali di comunicazione diversificati e accessibili, come social media, applicazioni mobili e materiale informativo in lingue diverse.</p> <p>6.4.4 Rafforzare la rete di supporto garantendo la stabilità del personale socio educativo ed assistenziale, offrendo loro percorsi di formazione continua e un ambiente di lavoro stimolante.</p>

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

7) CARCERE, TERRITORIO E GIUSTIZIA RIPARATIVA: PERCORSI DI INCLUSIONE OLTRE LE MURA	
CRITICITÀ (PRESENTI ED EMERGENTI):	LE RISORSE DISPONIBILI (SERVIZI, ESPERIENZE, PRATICHE):
<p>7.1.1 Il sovraffollamento e la carenza di personale qualificato generano un ambiente malsano e limitano le attività rieducative.</p> <p>7.1.2 La mancanza di servizi basilari e di percorsi rieducativi trasforma il carcere in un luogo di abbandono.</p> <p>7.1.3 La scarsità di fondi e la discontinuità dei progetti di reinserimento sociale impediscono una crescita stabile per i detenuti.</p> <p>7.1.4 La mancanza di strutture di supporto e la difficoltà di collaborazione tra il personale carcerario e gli operatori sociali ostacolano il reinserimento dei detenuti e aumentano il rischio di recidiva.</p>	<p>7.2.1. Il carcere collabora con l'Università per offrire programmi educativi di alta qualità.</p> <p>7.2.2. I volontari forniscono supporto ai detenuti in vari modi, come aiutare gli immigrati a richiedere permessi di soggiorno.</p> <p>7.2.3. Vengono organizzate attività come teatro, sport e corsi di lingua per favorire la crescita personale dei detenuti.</p> <p>7.2.4. Il centro diurno offre ai detenuti un ambiente meno restrittivo per socializzare e partecipare ad attività ricreative.</p>
L'INTEGRAZIONE DELLE POLITICHE	UNO SGUARDO AL FUTURO
<p>7.3.1 Istituzione di un gruppo di lavoro permanente composto da rappresentanti di tutti gli attori coinvolti.</p> <p>7.3.2 Definizione di ruoli e responsabilità per superare le barriere burocratiche.</p> <p>7.3.3 Focus sulla presa in carico globale dei detenuti, considerando le loro esigenze specifiche e vulnerabilità.</p> <p>7.3.4 Coinvolgimento della comunità nel processo di giustizia riparativa.</p>	<p>7.4.1. Creare sportelli dedicati per assistere i detenuti stranieri con supporto legale e burocratico.</p> <p>7.4.1. Fornire corsi professionalizzanti all'interno del carcere per preparare i detenuti al mondo del lavoro.</p> <p>7.4.1. Facilitare l'accesso all'abitazione per i detenuti dopo il rilascio, aiutandoli a trovare un alloggio dignitoso.</p> <p>7.4.1. Ampliare le misure alternative alla detenzione come il lavoro di pubblica utilità e i programmi di recupero.</p>

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

8) LA COMUNICAZIONE DEL SOCIALE	
CRITICITÀ (PRESENTI ED EMERGENTI)	GLI STRUMENTI
L'ORIENTAMENTO PER L'ACCESSO AI SERVIZI	ALTRI SPUNTI
<p>8.1.1 Mancanza di sinergia e cultura della collaborazione</p> <p>8.1.2 Scarsità di risorse del Terzo Settore per la partecipazione ai tavoli</p> <p>8.1.3 Difficoltà di scambio di informazioni tra pubblico e privato</p> <p>8.1.4 Scarsa accessibilità delle informazioni e dipendenza dai contatti informali</p>	<p>8.2.1. Utilizzo sia di strumenti digitali come i social media e i siti web istituzionali sia di metodi tradizionali</p> <p>8.2.2. Gli incontri di persona rimangono essenziali per costruire rapporti di fiducia e un senso di comunità.</p> <p>8.2.3. L'innovazione tecnologica, come la mappatura geolocalizzata dei servizi e l'uso dell'intelligenza artificiale, può migliorare l'accessibilità e l'efficienza dei servizi.</p> <p>8.2.4. Un approccio integrato alla comunicazione è fondamentale per raggiungere un pubblico eterogeneo.</p>
<p>8.3.1. Creare punti di accesso unificati, sia fisici sia digitali, che offrano informazioni complete e aggiornate su tutti i servizi disponibili.</p> <p>8.3.2. Garantire che gli sportelli specializzati siano facilmente individuabili, accessibili e dotati di mediatori linguistici qualificati con orari flessibili.</p> <p>8.3.3. Sviluppare un sistema di assistenza omnicanale che integri diversi canali</p> <p>8.3.4. Migliorare l'Ufficio Relazioni con il Pubblico aumentando la sua capacità di orientare i cittadini verso servizi pubblici e del terzo settore.</p>	<p>8.4.1. Creare tavoli tematici periodici e stabili che coinvolgano enti del terzo settore, istituzioni pubbliche e altri attori del territorio</p> <p>8.4.2. Organizzare un open day del terzo settore per aumentare la visibilità degli enti, promuovere i servizi offerti, reclutare volontari e personale, e attrarre donazioni</p> <p>8.4.3. Professionalizzare gli operatori del terzo settore, attraverso percorsi di formazione specifici sulla comunicazione.</p>

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

9) LA VALUTAZIONE DI SERVIZI, ATTIVITÀ E PROGETTI	
CRITICITÀ (PRESENTI ED EMERGENTI)	GLI STRUMENTI
<p>9.1.1 Scarsità di risorse dedicate al monitoraggio e alla valutazione, attività spesso considerate secondarie.</p> <p>9.1.2 Difficoltà di adattamento ai parametri europei in materia di monitoraggio, valutazione e rendicontazione economica.</p> <p>9.1.3 Mancanza di dati di contesto a livello locale, rendendo difficile la valutazione dell'impatto degli interventi.</p> <p>9.1.4 Scarsa comunicazione e collaborazione tra Pubblica Amministrazione e Terzo Settore, ostacolando una valutazione congiunta e integrata.</p>	<p>9.2.1 Adottare un sistema di monitoraggio interno unificato per raccogliere dati in modo omogeneo, confrontare le esperienze tra gli operatori e individuare le buone prassi.</p> <p>9.2.2 Raccogliere dati qualitativi sulla percezione dei beneficiari per valutare la loro soddisfazione e adattare i servizi offerti ai loro bisogni reali.</p> <p>9.2.3 Utilizzare strumenti di monitoraggio condivisi per specifiche aree di intervento o target per raccogliere dati comparabili e valutare l'efficacia degli interventi.</p> <p>9.2.4 Creare una piattaforma online per la condivisione dei dati raccolti dai diversi progetti per favorire la collaborazione tra gli operatori e la conoscenza del contesto territoriale.</p>
LA LETTURA DEI RISULTATI	LA PRIVACY DEI DATI
<p>9.3.1. La mappatura dei bisogni del territorio è fondamentale per progettare interventi efficaci</p> <p>9.3.2. La condivisione dei dati raccolti durante e a fine progetto favorisce la riflessione, il miglioramento e la creazione di un patrimonio di conoscenze condivise.</p> <p>9.3.3. I progetti di ricerca-azione offrono l'opportunità di approfondire la conoscenza del contesto locale e di ottenere una comprensione più completa dei bisogni della popolazione.</p> <p>9.3.4. La valutazione dell'impatto a lungo termine degli interventi è essenziale per orientare le politiche pubbliche</p>	<p>9.4.1. Definire protocolli chiari e specifici per la condivisione di informazioni sensibili è essenziale per tutelare la privacy dei beneficiari.</p> <p>9.4.2. La co-titolarità dei dati a livello progettuale semplifica la gestione della privacy e la condivisione responsabile delle informazioni.</p> <p>9.4.3. Un protocollo condiviso basato sul consenso informato può facilitare la condivisione dei dati tra gli enti, migliorando l'efficacia degli interventi.</p> <p>9.4.4. Il "storytelling" tra colleghi, se utilizzato con attenzione, consente di condividere informazioni rilevanti senza compromettere la privacy degli utenti.</p>

IL PERCORSO DI COPROGRAMMAZIONE

10) INTEGRAZIONE DELLE POLITICHE SOCIO-SANITARIE	
CRITICITÀ (PRESENTI ED EMERGENTI):	LE BUONE PRATICHE
<p>10.1.1 Mancanza di coordinamento e comunicazione tra i servizi, con conseguente frammentazione e inefficienza.</p> <p>10.1.2 Difficoltà nella presa in carico olistica, con scarsa attenzione al contesto familiare e sociale.</p> <p>10.1.3 Carenza di risorse, sia economiche che professionali, che limita l'erogazione di servizi adeguati.</p> <p>10.1.4 Lentezza nell'implementazione di cambiamenti e nell'adozione di approcci innovativi.</p>	<p>10.2.1 Collaborazione intersetoriale tra scuole, servizi sociosanitari, sanitari e terzo settore</p> <p>10.2.2 Approccio integrato e multidisciplinare, basato sulla valutazione multidimensionale e la formazione congiunta</p> <p>10.2.3 Valorizzazione delle risorse e dei servizi, come l'assistenza domiciliare olistica e i laboratori</p> <p>10.2.4 Valorizzazione delle risorse e della promozione dell'autonomia, con il sostegno agli assistenti familiari e la creazione di punti di accesso multidisciplinari</p>
GLI STRUMENTI	LE CASE DI COMUNITÀ'
<p>10.3.1. Utilizzare piattaforme informatiche per facilitare la comunicazione e protocolli condivisi per standardizzare le procedure</p> <p>10.3.2. Coinvolgere diversi professionisti nella valutazione per delineare un quadro completo dei bisogni dell'utente e costruire un piano di intervento personalizzato.</p> <p>10.3.3. Utilizzare strumenti come il fascicolo sociale per raccogliere informazioni sul contesto familiare, sociale ed economico della persona</p> <p>10.3.4. Rafforzare il ruolo del Terzo Settore, riconoscendone il valore, integrandolo nel sistema e garantendo la sostenibilità economica e la qualità dei suoi servizi.</p>	<p>10.4.1. Offrono uno spazio fisico condiviso che promuove la collaborazione tra diversi servizi, favorendo l'integrazione.</p> <p>10.4.2. Facilitano la presa in carico congiunta dei pazienti fragili, garantendo un intervento coordinato e multidisciplinare.</p> <p>10.4.3. Consentono agli operatori del Punto Unico di Accesso di avere accesso alla documentazione, permettendo interventi efficaci e tempestivi.</p> <p>10.4.4. Possono coinvolgere il Terzo Settore, ampliando il raggio d'azione e l'offerta dei servizi.</p>

GLI OBIETTIVI DELLA PROGRAMMAZIONE 2025—2027 **210**

I LEPS **262**

GLI OBIETTIVI DI INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA—IL PPT **267**

PROGRAMMAZIONE DEL TRIENNIO 2025-2027



GLI OBIETTIVI DELLA PROGRAMMAZIONE 2025-2027

L'ambito sociale di Pavia si trova attualmente ad un punto di svolta, caratterizzato da un significativo cambio di paradigma che intende ridefinire il sistema socio-assistenziale territoriale. Questo processo di trasformazione si basa su una visione integrata e sistemica, in cui l'ente svolge un ruolo di regia strategica, operando in stretta sinergia con i diversi attori istituzionali, economici e sociali del territorio.

1 . Cambio di paradigma e visione di sistema

L'ente assume un ruolo proattivo nello sviluppo di una visione sistemica che supera l'approccio frammentato e situazionale del passato. La strategia mira a una gestione integrata delle politiche sociali, con una rete di interventi che coinvolga attivamente il terzo settore, le istituzioni accademiche e le realtà scolastiche e produttive locali, promuovendo un modello collaborativo e partecipativo.

2. Soluzioni flessibili e adattive

La programmazione sociale si articola attraverso un approccio flessibile, che privilegia l'adattamento continuo alle esigenze emergenti della popolazione. In tal modo, il sistema è in grado di rispondere in modo dinamico e tempestivo, aggiungendo soluzioni innovative e coerenti con il mutare dei bisogni.

3. Governance istituzionale trasversale e variabile

Uno degli aspetti innovativi più rilevanti è la costruzione di una governance istituzionale trasversale, basata su una composizione variabile. Tale modello prevede il coinvolgimento di differenti attori istituzionali – quali Università, Provincia (Centro per l'Impiego e Collocamento Migrato) ed altri enti – che intervengono in maniera mirata e coordinata in funzione delle necessità specifiche, ottimizzando risorse e competenze per garantire un'azione efficace e integrata.

PROGRAMMAZIONE DEL TRIENNIO 2025-2027

Dai Tavoli di Co-programmazione è stato ribadito con forza come la presenza di strumenti di governance “larga” e fondata sulla concezione del network come quella dei Piani di Zona sia un valore aggiunto per la risposta al bisogno. Risulta quindi imprescindibile una riflessione sul potenziamento organizzativo, sul riconoscimento del ruolo territoriale del Consorzio e le potenzialità del Piano quale connettore della Rete territoriale anche su policy non tradizionalmente patrimonio degli ambiti, ma che concorrono ad una programmazione territoriale che sia quanto più condivisa ed intersetoriale nell’ottica di integrazione delle diverse politiche del territorio.

4. Centralità dei Punti Unici di Accesso

La strategia attribuisce un ruolo centrale ai punti unici di accesso, che rappresentano nodi cruciali per la facilitazione dell’accesso ai servizi. In particolare, le Case di Comunità istituite da Regione Lombardia e i centri e sportelli per la famiglia presenti sul territorio sono strutture chiave per garantire risposte tempestive, mirate e personalizzate, rafforzando il principio di prossimità.

E’ imprescindibile la **presenza di servizi e presidi decentrati sul territorio** che possano svolgere una reale funzione **preventiva**, con il compito specifico di intercettare precocemente le situazioni di vulnerabilità e fragilità di famiglie e minori.

Si ritiene necessario quindi promuovere una collaborazione attiva tra i vari servizi della comunità locale, che possa creare una **fitta rete di comunicazione e condivisione** reciproca sia delle fragilità delle famiglie ma soprattutto delle possibili risorse del territorio.

5. Comunicazione come leva strategica

La comunicazione, sia interna che esterna, costituisce una leva fondamentale per il successo delle politiche sociali. L’adozione di strategie di comunicazione targate consente di raggiungere in modo efficace i diversi segmenti della popolazione e di promuovere un dialogo costruttivo tra gli attori del sistema. La comunicazione diventa così uno strumento essenziale per la costruzione di consapevolezza, fiducia e partecipazione attiva.

Questo cambio di paradigma si traduce in un approccio metodologico fondato sulla partecipazione inclusiva, la trasparenza decisionale e l’utilizzo ottimale delle risorse disponibili. L’ambito sociale di Pavia intende così realizzare un sistema socio-assistenziale resiliente e lungimirante, capace di affrontare le sfide del territorio con una visione integrata e proattiva, ponendo le basi per uno sviluppo equo e sostenibile.

Dal punto di vista metodologico, per ogni obiettivo è stata individuata la correlazione ai bisogni ai tavoli emersi dalla Coprogrammazione.

PROGRAMMAZIONE DEL TRIENNIO 2025-2027

PROGRAMMAZIONE DEL TRIENNIO 2025-2027



		1. GOVERNANCE E RETE TERRITORIALE	2. COMUNICAZIONE STRATEGICA ED EFFICACE	3. CONSOLIDAMENTO DELLA STRUTTURA CONSORTILE E DEL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE
4. ALLEANZA PER LA COMUNITÀ CONSOLIDAMENTO E INTEGRAZIONE DELLA RETE CENTRO PER LA FAMIGLIA CON LA CASA DI COMUNITÀ	5. ALLEANZA CONTRO LA MARGINALITÀ RAFFORZAMENTO DELLE AZIONI DI CONTRASTO ALLA VULNERABILITÀ E MARGINALITÀ SOCIALE	6. CONSOLIDAMENTO DELLA GESTIONE DEI PROGETTI FINANZIATI DAL PNRR E FNPS	7. ALLEANZA PER I GIOVANI INTERVENTI DI PROMOZIONE DEL BENESSERE E DELL'INCLUSIONE SOCIALE DEI GIOVANI	
8. ALLEANZA PER I FRAGILI POTENZIAMENTO DEI SERVIZI DI SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITÀ PER UN'ASSISTENZA INTEGRATA E DI QUALITÀ	9. ALLEANZA PER I DIRITTI PREVENZIONE E CONTRASTO ALLE DIPENDENZE E ALLA VIOLENZA DI GENERE ATTRAVERSO AZIONI INTEGRATE E PROTOCOLLI TERRITORIALI	10. ALLEANZA PER L'INTEGRAZIONE SOSTEGNO ALLA VITA ADULTA, PERCORSI DI AUTONOMIA E IMPLEMENTAZIONE DELLA FILIERA DEI SERVIZI PER PERSONE CON DISABILITÀ	11. ALLEANZA PER LA CASA SOSTEGNO ALLO SVILUPPO DI POLITICHE ABITATIVE INTEGRATE	12. ALLEANZA PER IL REINSERIMENTO E L'INCLUSIONE PROMOZIONE DI PERCORSI DI INCLUSIONE E RIEDUCAZIONE PRESSO LA CASA CIRCONDARIALE TORRE DEL GALLO

01

GOVERNANCE E RETE TERRITORIALE

DESCRIZIONE OBIETTIVO Riconoscere e consolidare il Consorzio Sociale Pavese quale entità territoriale di proposta, programmazione, progettazione, promozione e coordinamento delle politiche sociali, facilitando la connessione, il coordinamento e la collaborazione tra diversi attori e organizzazioni all'interno della rete territoriale

- AZIONI PROGRAMMATE**
- Implementazione di una rete collaborativa tra tutti gli attori territoriali (pubblici, privati, terzo settore).
 - Elaborazione e condivisione di strumenti operativi comuni (protocolli, linee guida) per uniformare gli interventi.
 - Organizzazione di tavoli tematici periodici per monitorare l'efficacia delle politiche e adattarle ai bisogni emergenti.
 - Organizzazione di un evento annuale (Stati generali del Welfare) finalizzato all'accompagnamento di tutti gli attori del sistema verso un nuovo modello di Welfare territoriale più incisivo efficace e sostenibile.
 - Attivazione di Agenti di Rete per facilitare la connessione tra gli attori locali e promuovere sinergie operative.
 - Mappatura dei bisogni e delle risorse per individuare criticità e migliorare la pianificazione territoriale.
 - Attività formative e informative per rafforzare le competenze degli attori della rete.

TARGET Consorzio Sociale Pavese, Comuni del Distretto, ATS, ASST
Terzo Settore, Organizzazioni di volontariato, agenzie educative, Istituzioni territoriali, Università degli Sudi...

RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE Fondi derivanti dal FNPS

RISORSE DI PERSONALE DEDICATE Personale dell'Ufficio di Piano
Figure di agenti di rete

L'OBBIETTIVO e' TRASVERSALE ED E' INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY? SI – l'obiettivo sviluppa la governance territoriale, pertanto ricomprende tutte le aree di policy previste da Regione Lombardia

PROGRAMMAZIONE DEL TRIENNIO 2025-2027

01

GOVERNANCE E RETE TERRITORIALE

PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	Allargamento della rete e coprogrammazione Nuovi strumenti di governance Allargamento della rete e coprogrammazione Nuova utenza rispetto al passato Digitalizzazione dell'accesso Digitalizzazione del servizio Organizzazione del lavoro Integrazione e rafforzamento del collegamento tra i nodi della rete Interventi per l'inclusione e l'alfabetizzazione digitale Rafforzamento della gestione associata Revisione/potenziamento degli strumenti di governance dell'Ambito Applicazione di strumenti e processi di digitalizzazione per la gestione/organizzazione dell'Ambito
PRESENTA ASPETTI DI INTEGRAZIONE SOCIOSOCIALE?	L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?
E' IN CONTINUITA' CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE?	L'OBBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?
SPECIFICARE LE MODALITA' DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE	Pianificazione di incontri periodici tra i diversi attori della rete per monitorare il progresso e rivedere le strategie in base ai bisogni emergenti. Partecipazione all'evento Stati generali del Welfare
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE?	SI

01

GOVERNANCE E RETE TERRITORIALE

QUESTO INTERVENTO A
QUALI BISOGNI RISPO-
NDE?

- Mancanza di un coordinamento efficace tra gli attori territoriali.
- Necessità di migliorare l'utilizzo delle risorse per evitare sovrapposizioni.
- Esigenza di potenziare la collaborazione e il dialogo tra i soggetti coinvolti.
- Bisogno di una pianificazione più inclusiva e mirata ai bisogni emergenti.

IL BISOGNO RILEVATO
ERA GIÀ STATO AFFRON-
TATO NELLA PRECEDEN-
TE PROGRAMMAZIONE
O PUÒ ESSERE DEFINITO
COME UN NUOVO BISO-
GNO EMERSO NELLA
PRECEDENTE TRIENNA-
LITÀ?

L'OBBIETTIVO PRESENTA
MODELLO INNOVATIVI DI
PRESA IN CARICO, DI
RISPOSTA AL BISOGNO E
COOPERAZIONE CON
ALTRI ATTORI DELLA
RETE

QUALI MODALITÀ ORGA-
NIZZATIVE, OPERATIVE E
DI EROGAZIONE SONO
ADOTTATE?

Consolidato

L'OBBIETTIVO È DI TIPO PROMOZIONA-
LE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?

Promozionale

Si—attivazioni Agenti di rete territo-
riali

L'OBBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI
INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE?

Si, di tipo organizzativo, ge-
stionale

- Realizzazione di un piano operativo condiviso tra gli attori della rete.
- Utilizzo di piattaforme digitali per migliorare la comunicazione e il monitoraggio delle attività e nuovo modello di welfare
- Creazione di un sistema di incontri periodici per valutare i progressi e identificare criticità.
- Coinvolgimento di figure chiave come gli Agenti di Rete per rafforzare la collaborazione.

Indicatori di processo:

- Numero di incontri realizzati e partecipanti coinvolti.
- Numero di attività formative realizzate.

01

GOVERNANCE E RETE TERRITORIALE

- Miglioramento del coordinamento tra gli attori territoriali.
- Maggiore efficienza nell'utilizzo delle risorse disponibili.
- Incremento delle capacità di programmazione condivisa e inclusiva.

QUALI RISULTATI SI VUOLE RAGGIUNGERE?

Indicatori di output:

- Numero di protocolli e linee guida condivise elaborate.
- Percentuale di attori locali coinvolti nei processi decisionali.
- Numero di progetti realizzati attraverso la rete.

QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?

Indicatori di outcome:

- Rafforzamento del ruolo del Consorzio come nodo strategico del territorio.
- Maggiore soddisfazione degli utenti finali grazie a interventi più mirati ed efficaci.
- Capacità di autosostenersi della rete attraverso un'efficace gestione delle risorse e delle collaborazioni
- Maggiore partecipazione e coinvolgimento della comunità locale nelle attività della rete territoriale.

02

COMUNICAZIONE STRATEGICA ED EFFICACE

DESCRIZIONE OBIETTIVO

Sviluppo della comunicazione sociale quale azione strategica e fondamentale nell'Ambito Territoriale di Pavia, sia nei rapporti con i cittadini che nei percorsi programmati condivisi con il terzo settore e gli altri enti del territorio. La comunicazione assumerà un ruolo centrale, sviluppandosi in maniera completa e trasversale, al fine di supportare l'efficienza nell'utilizzo delle risorse e l'efficacia degli interventi attivati sul territorio. Rafforzamento della comunicazione interna dell'ente e tra i soggetti della rete per migliorare l'efficienza.

AZIONI PROGRAMMATE

- Mappatura delle risorse territoriali per individuare i servizi offerti, le criticità e le sovrapposizioni nei servizi offerti.
- Promozione della trasparenza e dell'accessibilità delle informazioni per favorire la partecipazione attiva della comunità locale.
- Sviluppo di strumenti di comunicazione diversificati in base ai target specifici.
- Rielaborazione del portale distrettuale per includere la mappatura dei servizi e dei progetti territoriali.
- Realizzazione di materiali informativi su progetti e iniziative del territorio.
- Elaborazione di linee guida condivise per standardizzare la comunicazione.
- Monitoraggio continuo delle risorse comunicative e aggiornamento delle piattaforme digitali.

TARGET

Cittadini del Distretto Sociale, Terzo Settore, Comuni del Distretto, Operatori, Altri attori istituzionali del territorio.

RISORSE ECONOMICHE

Risorse derivanti Fondo nazionale politiche sociali e Progettuali

PREVENTIVATE

RISORSE DI PERSONALE DEDICATE

Personale Ufficio di Piano

Professionali Personale Ufficio di Piano

DEDICATE

Professionali esterni

Tirocini curriculari ed extracurriculari

L'OBBIETTIVO e' TRASVER-

SALE ED E' INTEGRATO

CON ALTRE AREE DI

POLICY?

SI – l'obiettivo sviluppa la governance territoriale, pertanto ricomprende tutte le aree di policy previste da Regione Lombardia

PROGRAMMAZIONE DEL TRIENNIO 2025-2027

02

COMUNICAZIONE STRATEGICA ED EFFICACE

- Allargamento della rete e coprogrammazione
Nuovi strumenti di governance
Allargamento della rete e coprogrammazione
Nuova utenza rispetto al passato
Digitalizzazione dell'accesso
- PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO**
- Digitalizzazione del servizio
Organizzazione del lavoro
Integrazione e rafforzamento del collegamento tra i nodi della rete
Interventi per l'inclusione e l'alfabetizzazione digitale
Rafforzamento della gestione associata
Revisione/potenziamento degli strumenti di governance dell'Ambito
Applicazione di strumenti e processi di digitalizzazione per la gestione/organizzazione dell'Ambito

PRESENTA ASPETTI DI INTEGRAZIONE SOCIONITARIA?	SI	L'INTERVENTO E' REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	NO
E' IN CONTINUITA' CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE?	SI	L'OBBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	SI
L'INTERVENTO E' FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	SI	L'INTERVENTO E' FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?	SI
SPECIFICARE LE MODALITA' DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE		Pianificazione di incontri periodici tra i diversi attori della rete per monitorare il progresso e rivedere le strategie in base ai bisogni emergenti.	
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE?	SI		

02

COMUNICAZIONE STRATEGICA ED EFFICACE

- QUESTO INTERVENTO A
QUALI BISOGNI RISPON-
DE?**
- Mancanza di una comunicazione strutturata e integrata nel territorio.
 - Necessità di migliorare la diffusione delle informazioni tra cittadini e organizzazioni.
 - Esigenza di ridurre le sovrapposizioni nelle attività degli enti e di ottimizzare l'utilizzo delle risorse.

**IL BISOGNO RILEVATO
ERA GIÁ STATO AFFRON-
TATO NELLA PRECEDEN-
TE PROGRAMMAZIONE
O PUÓ ESSERE DEFINITO
COME UN NUOVO BISO-
GNO EMERSO NELLA
PRECEDENTE TRIENNA-
LITÁ?**

**L'OBBIETTIVO PRESENTA
MODELLO INNOVATIVI DI
PRESA IN CARICO, DI
RISPOSTA AL BISOGNO E
COOPERAZIONE CON
ALTRI ATTORI DELLA
RETE**

**QUALI MODALITÀ ORGA-
NIZZATIVE, OPERATIVE E
DI EROGAZIONE SONO
ADOTTATE?**

- Consolidato

**L'OBBIETTIVO È DI TIPO PROMOZIONALE/
PREVENTIVO O RIPARATIVO?**

Promozionale , Preventivo

**L'OBBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INE-
RENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE?**

Si, di tipo ,gestionali, erogativi,
organizzativi

- Creazione di un team dedicato alla gestione e sviluppo della comunicazione.
- Implementazione di un sistema digitale per la condivisione e l'aggiornamento costante dei dati.
- Involgimento di tutti gli attori locali nella definizione di strategie comunicative.
- Organizzazione di incontri periodici per verificare i progressi e apportare eventuali modifiche.

Indicatori di processo:

- Numero di strumenti di comunicazione sviluppati.
- Frequenza di aggiornamento del portale distrettuale.
- Numero di incontri periodici svolti per il monitoraggio.
- Partecipazione degli attori locali agli incontri programmati.

02

COMUNICAZIONE STRATEGICA ED EFFICACE

- Aumento dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse comunicative.
- Maggiore copertura informativa delle iniziative territoriali.
- Riduzione delle sovrapposizioni nelle attività offerte dalla totalità degli attori della rete.
- Rafforzamento della percezione di trasparenza e inclusività tra i cittadini e le organizzazioni.

QUALI RISULTATI SI VUOLE RAGGIUNGERE?

Indicatori di output:

- Numero di materiali informativi realizzati e distribuiti.
- Tasso di accesso e utilizzo del portale distrettuale.
- Numero di protocolli e linee guida condivise elaborate.
- Percentuale di operatori che utilizzano regolarmente gli strumenti di comunicazione interna.

QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?

L'intervento punta a generare un impatto significativo in termini di:

- Risoluzione delle criticità legate alla frammentazione informativa e al mancato coordinamento tra gli attori locali.
- Creazione di un ecosistema comunicativo trasparente e condiviso.
- Maggiore consapevolezza e partecipazione alle iniziative territoriali.
- Miglioramento della relazione tra cittadini e istituzioni territoriali.

Indicatori di outcome:

- Incremento del numero di progetti e servizi ottimizzati grazie al miglioramento comunicativo.
- Percentuale di attori locali che adottano la modalità di comunicazione condivisa.
- Aumento della soddisfazione dei cittadini sul livello di accesso e trasparenza delle informazioni.

03

CONSOLIDAMENTO DELLA STRUTTURA CONSORTILE E DEL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE

DESCRIZIONE OBIETTIVO

L'attuale assetto organizzativo per la gestione del personale sociale, adeguato sino a pochi anni fa, è oggi reso instabile dall'elevato turnover dovuto alle assunzioni da parte dei grandi enti pubblici lombardi. Per affrontare questa criticità, si prevede un piano di assunzioni del personale, che consenta di razionalizzare i costi, migliorare le condizioni degli operatori sociali e aumentare il numero di assistenti sociali per raggiungere i livelli essenziali previsti dal Piano Nazionale 2021-2023. La stabilità delle funzioni rafforzerebbe la titolarità pubblica del servizio sociale, migliorando la continuità dei servizi e promuovendo lo sviluppo delle competenze e il presidio delle reti territoriali.

AZIONI PROGRAMMATE

- Avvio del processo di assunzione degli operatori sociali nel comparto pubblico.
- Potenziamento dell'attività di formazione e supervisione dell'equipe consortile.
- Rafforzamento della conoscenza e del presidio delle reti territoriali.
- Sviluppo delle competenze tecnologiche degli operatori per ottimizzare l'uso degli strumenti informatici.

TARGET

Assistenti sociali operanti nel servizio sociale professionale

RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE

FNPS, Risorse Comunali, Fondi Ministeriali, FNA

RISORSE DI PERSONALE DEDICATE

Personale Ufficio di Piano

L'OBBIETTIVO e' TRASVERSALE ED E' INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?

SI – l'obiettivo sviluppa la governance territoriale, pertanto ricomprende tutte le aree di policy previste da Regione Lombardia

03

CONSOLIDAMENTO DELLA STRUTTURA CONSORTILE E DEL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE

PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	Digitalizzazione del servizio Organizzazione del lavoro Integrazione e rafforzamento del collegamento tra i nodi della rete Rafforzamento della gestione associata Revisione/potenziamento degli strumenti di governance dell'Ambito Applicazione di strumenti e processi di digitalizzazione per la gestione/organizzazione dell'Ambito
-------------------------------------	---

PRESENTA ASPETTI DI INTEGRAZIONE SOCIOSOCITARIA?	L'INTERVENTO E' REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	SI	NO
E' IN CONTINUITA' CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE?	L'OBBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	SI	NO
L'INTERVENTO E' FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	L'INTERVENTO E' FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?	SI	NO
SPECIFICARE LE MODALITA' DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE	Pianificazione di incontri periodici tra i diversi attori della rete per monitorare il progresso e rivedere le strategie in base ai bisogni emergenti.		
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE?	si		
QUESTO INTERVENTO A QUALI BISOGNI RISPONDE?	Maggior stabilità e qualificazione del sistema		

03

CONSOLIDAMENTO DELLA STRUTTURA CONSORTILE E DEL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE

QUESTO INTERVENTO A

QUALI BISOGNI RISPONDE?

Maggior stabilità e qualificazione del sistema

IL BISOGNO RILEVATO
ERA GIÁ STATO AFFRON-
TATO NELLA PRECEDEN-
TE PROGRAMMAZIONE
O PUÓ ESSERE DEFINITO
COME UN NUOVO BISO-
GNO EMERSO NELLA
PRECEDENTE TRIENNA-
LITÁ?

Consolidato

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'OBBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INE-
RENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE?

Si, di tipo ,gestionali, erogativi,
organizzativi

QUALI MODALITÀ ORGA-
NIZZATIVE, OPERATIVE E
DI EROGAZIONE SONO
ADOTTATE?

- Pubblicazione e gestione di concorsi pubblici per l'assunzione diretta di assistenti sociali.
- Pianificazione di percorsi di formazione periodici e attività di supervisione per il personale.
- Creazione di un sistema di monitoraggio per valutare l'efficacia delle azioni programmate.
- Utilizzo di piattaforme digitali per la gestione dei dati e il miglioramento del lavoro di rete.

Indicatori di processo:

- Numero di bandi di concorso pubblicati.
- Numero di percorsi formativi e supervisioni attivati.

03

CONSOLIDAMENTO DELLA STRUTTURA CONSORTILE E DEL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE

- Incremento del personale sociale impiegato a livello territoriale.
- Miglioramento della qualità dei servizi offerti alle famiglie e ai cittadini.
- Maggiore continuità e stabilità nella presa in carico dei nuclei familiari fragili.

QUALI RISULTATI SI VUOLE RAGGIUNGERE?

Indicatori di output:

- Numero di operatori sociali assunti
- Numero di utenti raggiunti da interventi qualificati e continui.
- Percentuale di copertura dei livelli essenziali previsti dal Piano Nazionale.

QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?

Indicatori di outcome:

- Riduzione del turnover del personale sociale.
- Percentuale di famiglie soddisfatte dei servizi ricevuti.
- Incremento della continuità nella presa in carico dei nuclei fragili.

04

CONSOLIDAMENTO E INTEGRAZIONE DELLA RETE CENTRI PER LA FAMIGLIA CON LA CASA DI COMUNITÀ

DESCRIZIONE OBIETTIVO

Consolidamento della rete Centro per la Famiglia e degli sportelli correlati, finalizzati a fornire punti informativi dedicati all'ascolto delle famiglie, all'orientamento verso i servizi del territorio e al supporto nell'accesso alle misure regionali. Gli sportelli, che saranno dotati di una identità visiva che permetta il riconoscimento da parte della Cittadinanza, saranno distribuiti nei quartieri della città capoluogo e nelle aree dell'ambito territoriale e saranno integrati con la Casa di Comunità per creare un Punto Unico di Accesso a livello distrettuale. Tale integrazione mira a rafforzare la collaborazione tra i Centri per la Famiglia e la Casa di Comunità, garantendo una presa in carico multidimensionale e un accesso semplificato ai servizi socio-sanitari e di supporto familiare e con particolare attenzione ai cittadini stranieri.

AZIONI PROGRAMMATE

- Consolidamento degli sportelli famiglia nei quartieri e sul territorio dell'ambito.
- Integrazione operativa tra i Sevizi Sociali, Ufficio Case, Centri per la Famiglia e la Casa di Comunità per creare un Punto Unico di Accesso.
- Creazione identità progettuale
- Inserimento di un assistente sociale di Ambito nella Casa di Comunità per facilitare la presa in carico multidimensionale.
- Organizzazione di attività informative e di orientamento per aumentare la consapevolezza sulle misure regionali e le risorse disponibili.
- Accompagnamento delle famiglie nella scelta dei servizi più adeguati e nel supporto alla presentazione delle istanze.

TARGET

Operatori degli sportelli
Cittadini del Distretto
Operatori Casa di Comunità
Terzo Settore

RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE

Risorse del FNPS, FNA e da progettazioni specifiche

RISORSE DI PERSONALE DEDICATE

Personale Ufficio di Piano
Assistente Sociale di Ambito
Operatori Casa di Comunità
Terzo Settore
Altri attori istituzionali

04

CONSOLIDAMENTO E INTEGRAZIONE DELLA RETE CENTRI PER LA FAMIGLIA CON LA CASA DI COMUNITÀ

L'OBBIETTIVO e' TRASVER-

SALE ED E' INTEGRATO SI – l'obiettivo sviluppa la governance territoriale, pertanto ricomprende tutte le aree di policy previste da CON ALTRE AREE DI Regione Lombardia
POLICY?

- Allargamento della rete e coprogrammazione
 - Contrasto all'isolamento
 - Rafforzamento delle reti sociali
 - Vulnerabilità multidimensionale
 - Nuovi strumenti di governance
 - Facilitare l'accesso alle opportunità di benessere e partecipazione attiva
 - Vulnerabilità multidimensionale
 - Qualità dell'abitare
 - Tempestività della risposta
- PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO**
- Allargamento del servizio a nuovi soggetti
 - Ampliamento dei supporti forniti all'utenza
 - Accesso ai servizi
 - Ruolo delle famiglie e del caregiver
 - Digitalizzazione dell'accesso
 - Digitalizzazione del servizio
 - Organizzazione del lavoro
 - Integrazione e rafforzamento del collegamento tra i nodi della rete
 - Interventi per l'inclusione e l'alfabetizzazione digitale
 - Revisione/potenziamento degli strumenti di governance dell'Ambito
 - Applicazione di strumenti e processi di digitalizzazione per la gestione/organizzazione dell'Ambito

PRESENTA ASPETTI DI
INTEGRAZIONE SOCIOSOCIALE- SI
NITARIA?

L'INTERVENTO E' REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI? NO

E' IN CONTINUITA' CON
LA PROGRAMMAZIONE SI
PRECEDENTE?

L'OBBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO? SI

04

CONSOLIDAMENTO E INTEGRAZIONE DELLA RETE CENTRI PER LA FAMIGLIA CON LA CASA DI COMUNITÀ

L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE

SI

L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?

SI

SPECIFICARE LE MODALITÀ DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE

-

L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE?

NO

QUESTO INTERVENTO A QUALI BISOGNI RISPONDE?

Difficoltà delle famiglie nell'accesso ai servizi istituzionali.

Scarsa conoscenza delle misure di sostegno e delle risorse territoriali.

Mancanza di un coordinamento integrato tra servizi sociali e sanitari per una presa in carico completa.

Esigenza di rafforzare l'orientamento e il supporto alle famiglie vulnerabili.

IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÒ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?

Consolidato

L'OBBIETTIVO È DI TIPO PROMOZIONALE/ PREVENTIVO O RIPARATIVO?

PROMOZIONALE/PREVENTIVO

L'OBBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E DI COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE

SI

L'OBBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE?

Si, di tipo ,gestionali, erogativi, organizzativi

04

CONSOLIDAMENTO E INTEGRAZIONE DELLA RETE CENTRI PER LA FAMIGLIA CON LA CASA DI COMUNITÀ

QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?

- Creazione di una rete strutturata di sportelli famiglia dislocati nei quartieri e nel territorio.
- Realizzazione di protocolli operativi per integrare i servizi dei Centri per la Famiglia con quelli della Casa di Comunità.
- Inserimento di un assistente sociale come figura chiave per il raccordo tra servizi sociali e sanitari.
- Utilizzo di strumenti digitali per mappare le risorse e gestire le richieste delle famiglie.
- Monitoraggio continuo attraverso incontri periodici tra gli attori coinvolti
- Creazione di identità di progetto

Indicatori di processo:

- Numero di sportelli attivi sul territorio.
- Frequenza di incontri tra i Centri per la Famiglia e la Casa di Comunità.
- Famiglie accompagnate nell'accesso ai servizi.
- Numero di protocolli stipulati tra enti sociali e sanitari.

-
- Incrementare il numero di famiglie raggiunte dagli sportelli.
 - Migliorare il livello di conoscenza delle misure regionali e delle risorse territoriali.
 - Garantire una maggiore efficienza nell'orientamento e nella presa in carico delle famiglie.
 - Creare un modello integrato di Punto Unico di Accesso per il distretto.

Indicatori di output:

- Numero di famiglie che accedono ai servizi tramite gli sportelli.
- Numero di iniziative informative realizzate.
- Numero di interventi integrati gestiti dal Punto Unico di Accesso.

QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?

- L'intervento dovrebbe portare a:
- Una riduzione delle barriere nell'accesso ai servizi da parte delle famiglie vulnerabili.
 - Maggiore utilizzo delle risorse territoriali disponibili.
 - Una gestione più coordinata ed efficace dei bisogni socio-sanitari delle famiglie.
 - Aumento della soddisfazione delle famiglie riguardo ai servizi offerti.

Indicatori di outcome:

- Percentuale di famiglie che percepiscono un miglioramento nell'accesso ai servizi.
- Riduzione dei casi di esclusione dalle misure regionali.
- Maggiore utilizzo delle risorse mappate sul territorio.

05

RAFFORZAMENTO DELLE AZIONI DI CONTRASTO ALLA VULNERABILITÀ E MARGINALITÀ SOCIALE

DESCRIZIONE OBIETTIVO

L'intervento si propone di affrontare tempestivamente le situazioni di vulnerabilità e impoverimento, rafforzando l'informazione, l'orientamento e l'accesso alle risorse e alle opportunità presenti sul territorio. Si intende migliorare la presa in carico dei beneficiari ADI garantendo percorsi di accompagnamento personalizzati e potenziando le risposte dedicate alle persone e famiglie in situazione di temporanea marginalità e vulnerabilità, gravemente emarginate con e senza dimora, nel contesto pavese. L'obiettivo è quello di contrastare la marginalità sociale e la povertà, seguendo un approccio sinergico che valorizzi le indicazioni ministeriali e le collaborazioni territoriali che permetta la costituzione di un sistema integrato di accoglienza più efficace e inclusivo

AZIONI PROGRAMMATE

- Attivazione di interventi mirati per persone in grave emarginazione sociale e senza dimora.
- Rafforzamento del Pronto Intervento Sociale per risposte tempestive a situazioni di crisi.
- Organizzazione di attività formative per operatori dedicati.
- Adesione al Protocollo per la Fragilità Territoriale e implementazione delle sue linee guida.
- Implementazione progetti di presa in carico percettori ADI
- Rafforzamento della filiera dell'accoglienza nel distretto mirata a fornire risposte tempestive a situazioni di vulnerabilità sociale a carattere temporaneo

TARGET

Cittadini in situazioni di vulnerabilità e impoverimento
Beneficiari ADI

RISORSE ECONOMICHE

Risorse derivanti dal Fondo Nazionale Quota Povertà

PREVENTIVATE

Risorse derivanti dal Fondo Nazionale Quota Povertà Estrema

Risorse derivanti dal FNPS

Risorse derivanti da convenzioni attivati con Comuni/Ambiti

RISORSE DI PERSONALE

Personale Ufficio di Piano—Amministrativi Ufficio ADI

Assistenti Sociali Ufficio ADI—Educatori Ufficio ADI

DEDICATE

Personale Pronto Intervento Sociale

Educatori

Risorse professionali esterne

Terzo settore

05

RAFFORZAMENTO DELLE AZIONI DI CONTRASTO ALLA VULNERABILITÀ E MARGINALITÀ SOCIALE

L'OBBIETTIVO e' TRASVER-

SALE ED E' INTEGRATO

CON ALTRE AREE DI

POLICY?

A. Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale

H. Interventi connessi alle politiche per il lavoro

Allargamento della rete e coprogrammazione

Contrasto all'isolamento

Rafforzamento delle reti sociali

Vulnerabilità multidimensionale

PUNTI CHIAVE DELL'IN-

TERVENTO

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

PRESENTA ASPETTI DI

INTEGRAZIONE SOCIOSA-

NITARIA?

L'INTERVENTO E' REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON AL-
TRI AMBITI?

SI

E' IN CONTINUITA' CON

LA PROGRAMMAZIONE

PRECEDENTE?

L'OBBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVI-
ZIO?

SI

L'INTERVENTO È FOR-

MALMENTE CO-

PROGRAMMATO CON IL

TERZO SETTORE

L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL
TERZO SETTORE?

SI

SPECIFICARE LE MODALI-

TA' DI COINVOLGI-
MEN-

TO DEL TERZO SETTORE

-

L'INTERVENTO PREVEDE

IL COINVOLGIMENTO DI

ALTRI ATTORI DELLA

RETE TERRITORIALE?

NO

05

RAFFORZAMENTO DELLE AZIONI DI CONTRASTO ALLA VULNERABILITÀ E MARGINALITÀ SOCIALE

QUESTO INTERVENTO A QUALI BISOGNI RISPON- DE?	Esigenza di agganciare tempestivamente situazioni di vulnerabilità economica e sociale. Necessità di supporto per persone e famiglie in grave marginalità, comprese quelle senza dimora. Incremento della capacità di orientare e informare sulle risorse territoriali disponibili. Richiesta di strumenti per il contrasto alla povertà e all'esclusione sociale. Necessità di rafforzare la filiera dell'accoglienza
--	--

**IL BISOGNO RILEVATO
ERA GIÀ STATO AFFRON-
TATO NELLA PRECEDEN-
TE PROGRAMMAZIONE
O PUÒ ESSERE DEFINITO
COME UN NUOVO BISO-
GNO EMERSO NELLA
PRECEDENTE TRIENNA-
LITÀ?**

**L'OBBIETTIVO PRESENTA
MODELLO INNOVATIVI DI
PRESA IN CARICO, DI
RISPOSTA AL BISOGNO E SI
COOPERAZIONE CON
ALTRI ATTORI DELLA
RETE**

**QUALI MODALITÀ ORGA-
NIZZATIVE, OPERATIVE E
DI EROGAZIONE SONO
ADOTTATE?**

CONSOLIDATO

**L'OBBIETTIVO È DI TIPO PROMOZIONALE/
PREVENTIVO O RIPARATIVO?**

PREVENTIVO /RIPARATIVO

**L'OBBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INE-
RENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE?**

Si, di tipo ,gestionali, erogativi,
organizzativi

- Creazione di equipe specializzate per il Pronto Intervento Sociale per il potenziamento della filiera dell'accoglienza
- Involgimento del Terzo Settore per la co-progettazione e l'implementazione di interventi territoriali.
- Formazione continua per gli operatori sociali.
- Monitoraggio regolare delle segnalazioni ricevute e delle azioni intraprese.

Indicatori di processo:

- Percentuale di segnalazioni gestite a livello di Ambito.
- Frequenza degli interventi del Pronto Intervento Sociale.
- Numero implementazioni di progetti di presa in carico ADI e marginalità

05

RAFFORZAMENTO DELLE AZIONI DI CONTRASTO ALLA VULNERABILITÀ E MARGINALITÀ SOCIALE

- Incremento del numero di persone raggiunte e supportate nei percorsi di inclusione.
- Maggiore autonomia sociale ed abitativa di famiglie e persone in stato di grave emarginazione
- Aumento delle opportunità di orientamento e accesso ai sostegni territoriali.
- Miglioramento della gestione dei casi di grave emarginazione.

QUALI RISULTATI SI VUOLE RAGGIUNGERE?

Indicatori di output:

- Percentuale di segnalazioni gestite rispetto al totale.
- Numero servizi di posta attivati
- N.persone accolte nella filiera dell'accoglienza

QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?

Indicatori di outcome:

- Supporto delle situazioni di marginalità sociale e povertà sul territorio pavese.
- Migliore integrazione e accesso ai servizi per le persone in vulnerabilità economica e sociale.
- Aumento della qualità percepita degli interventi di supporto e inclusione.

- Aumento del numero di interventi attivati a favore di persone in grave emarginazione sul territorio .

- Aumento delle persone reintegrate in percorsi di inclusione sociale e lavorativa.

06

CONSOLIDAMENTO DELLA GESTIONE DEI PROGETTI FINANZIATI DAL PNRR E FNPS

DESCRIZIONE OBIETTIVO	L'obiettivo è garantire una gestione efficace e integrata dei progetti finanziati dal PNRR e delle risorse FNPS, rafforzando l'impatto degli interventi sul territorio dell'Ambito Territoriale Sociale di Pavia. Le azioni principali includono il potenziamento dei servizi a supporto delle famiglie in difficoltà, con particolare attenzione al programma PIPPI, per prevenire situazioni di disagio minorile e promuovere il benessere familiare. Si intende inoltre sviluppare e migliorare i servizi socio-assistenziali domiciliari, al fine di favorire la deistituzionalizzazione e garantire un supporto personalizzato e continuo alle persone fragili. A ciò si aggiunge l'implementazione di misure dedicate al sostegno degli operatori sociali, attraverso programmi mirati a prevenire e contrastare il fenomeno del burn out, rafforzando così la qualità e la continuità dei servizi erogati.
AZIONI PROGRAMMATE	<ul style="list-style-type: none">• Attivazione del programma PIPPI con l'inclusione di famiglie e gruppi di supporto familiare.• Potenziamento dei servizi di dimissione protetta tramite interventi domiciliari mirati.• Attivazione di gruppi di supervisione per il monitoraggio e il supporto degli operatori sociali.• Creazione di gruppi di monitoraggio provinciale relativi alle attività di supervisione.• Implementazione di equipes dedicate al programma PIPPI per garantire una presa in carico completa delle famiglie.• Sviluppo di percorsi formativi e di supporto per gli operatori sociali finalizzati a prevenire il burn out
TARGET	Famiglie e minori in difficoltà Operatori Sociali
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	PNRR FNPS
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	Assistenti Sociali servizi minori / Psicologi / Educatori Formatori
L'OBBIETTIVO e' TRASVER- SALE ED E' INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	D. Domiciliarità E. Anziani I. Interventi per la famiglia K. Interventi di sistema per il potenziamento dell'Ufficio di Piano e il rafforzamento della gestione associata

06

CONSOLIDAMENTO DELLA GESTIONE DEI PROGETTI FINANZIATI DAL PNRR E FNPS

PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO

- Ampliamento dei supporti forniti all'utenza
- Aumento delle ore di copertura del servizio
- Integrazione con gli interventi domiciliari a carattere sociosanitario
- Contrasto e prevenzione della povertà educativa
- Rafforzamento delle reti sociali
- Prevenzione e contenimento del disagio sociale e del suo impatto sulla salute
- Sostegno secondo le specificità del contesto familiare
- Tutela minori

PRESENTA ASPETTI DI INTEGRAZIONE SOCIONITARIA?	SI	L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	SI
E' IN CONTINUITA' CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE?	NO	L'OBBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	NO
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	SI	L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?	SI
SPECIFICARE LE MODALITA' DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE	-		
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE?	SI		
QUESTO INTERVENTO A QUALI BISOGNI RISPONDE?		<ul style="list-style-type: none"> Supportare le famiglie vulnerabili per prevenire il disagio minorile e rafforzare il benessere familiare. Supporto alla deistituzionalizzazione. Migliorare il benessere psico-fisico degli operatori sociali, prevenendo il burn out e garantendo la continuità operativa. Rispondere alla necessità di una gestione coordinata delle risorse 	

06

CONSOLIDAMENTO DELLA GESTIONE DEI PROGETTI FINANZIATI DAL PNRR E FNPS

IL BISOGNO RILEVATO
ERA GIÁ STATO AFFRON-
TATO NELLA PRECEDEN-
TE PROGRAMMAZIONE
O PUÓ ESSERE DEFINITO
COME UN NUOVO BISO-
GNO EMERSO NELLA
PRECEDENTE TRIENNA-
LITÁ?

CONSOLIDATO

L'OBBIETTIVO È DI TIPO PROMOZIONALE/
PREVENTIVO O RIPARATIVO?

PREVENTIVO /RIPARATIVO

L'OBBIETTIVO PRESENTA
MODELLO INNOVATIVI DI
PRESA IN CARICO, DI
RISPOSTA AL BISOGNO E SI
COOPERAZIONE CON
ALTRI ATTORI DELLA
RETE

L'OBBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INE-
RENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE?

Si, di tipo ,gestionali, erogativi,
organizzativi

QUALI MODALITÀ ORGA-
NIZZATIVE, OPERATIVE E
DI EROGAZIONE SONO
ADOTTATE?

- Implementazione di equipe multidisciplinari per la gestione del programma PIPPI.
- Pianificazione di interventi domiciliari personalizzati per le dimissioni protette.
- Realizzazione di percorsi di supervisione per il monitoraggio del benessere degli operatori.
- Adozione di piattaforme digitali per la gestione delle risorse e il monitoraggio dei progetti.

Indicatori di processo:

- Numero di famiglie inserite nel programma PIPPI.
- Numero di dimissioni protette attivate.
- Numero di servizi domiciliari attivati per le dimissioni protette.
- Numero di gruppi di supervisione attivati.
- Numero di gruppi di monitoraggio provinciale istituiti.

06

CONSOLIDAMENTO DELLA GESTIONE DEI PROGETTI FINANZIATI DAL PNRR E FNPS

- Maggiore copertura territoriale dei servizi di supporto alle famiglie.
- Riduzione del disagio minorile attraverso interventi preventivi.
- Incremento della capacità di presa in carico di persone fragili a domicilio.
- Miglioramento del benessere e della stabilità degli operatori sociali.

QUALI RISULTATI SI VUOLE RAGGIUNGERE?

Indicatori di output:

- Numero di gruppi familiari attivati nel programma PIPPI.
- Percentuale di famiglie che completano percorsi di supporto con esito positivo.
- Numero di operatori coinvolti in percorsi di supervisione.
- Percentuale di servizi domiciliari erogati rispetto al totale richiesto.

-
- Maggiore stabilità per le famiglie in difficoltà, con una riduzione del rischio di disagio minorile.
 - Aumento dell'autonomia delle persone fragili grazie ai servizi domiciliari.
 - Miglioramento della qualità della vita degli operatori sociali, riducendo il fenomeno del burn out.
 - Maggiore efficienza nella gestione delle risorse e dei progetti finanziati.

QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?

Indicatori di outcome:

- Percentuale di famiglie che segnalano un miglioramento del benessere.
- Riduzione del ricorso alle strutture istituzionali per le persone fragili.
- Aumento della soddisfazione degli operatori sociali riguardo al loro ruolo e supporto ricevuto.
- Incremento della sostenibilità dei progetti attivati sul territorio.

07

INTERVENTI DI PROMOZIONE DEL BENESSERE E DELL'INCLUSIONE SOCIALE DEI GIOVANI

L'intervento si propone di promuovere l'inclusione sociale e il protagonismo giovanile, con un focus specifico su pre-adolescenti e adolescenti in condizioni di fragilità.

DESCRIZIONE OBIETTIVO Mira a rafforzare la collaborazione con scuole, associazioni sportive e culturali, oratori e altre risorse del territorio, creando un sistema coordinato in grado di prevenire fenomeni di disagio o devianza.

L'obiettivo è costruire una rete attiva e capillare, capace di intercettare i giovani, offrire modelli positivi e promuovere la cittadinanza attiva e il volontariato come strumenti per favorire la crescita personale e sociale.

-
- AZIONI PROGRAMMATE**
- Attivazione di interventi di educativa di strada nei luoghi frequentati dagli adolescenti .
 - Coinvolgimento di associazioni sportive e culturali e oratori per ampliare l'offerta rivolta a minori con scarse opportunità.
 - Sviluppare opportunità educative e ricreative per i giovani valorizzando gli spazi sociali, luoghi per i confronti.
 - Attivazione e consolidamento di tavoli strategici con scuole e operatori sociali per la presa in carico precoce di minori e famiglie a rischio.
-

TARGET

Minori ed adolescenti del Distretto
IC del Distretto
Alunni con fragilità sociali
Terzo Settore
Oratori

RISORSE ECONOMICHE Risorse derivanti da FNPS
PREVENTIVATE Risorse derivanti da progettazioni specifiche

RISORSE DI PERSONALE DEDICATE

Personale Ufficio di Piano
Assistenti Sociali
Terzo Settore
Oratori
Scuole

07

INTERVENTI DI PROMOZIONE DEL BENESSERE E DELL'INCLUSIONE SOCIALE DEI GIOVANI

L'OBBIETTIVO e' TRASVER-
SALE ED E' INTEGRATO
CON ALTRE AREE DI
POLICY?

G. Politiche giovanili e per i minori

PUNTI CHIAVE DELL'IN-
TERVENTO

Contrasto e prevenzione della povertà educativa
Contrasto e prevenzione della dispersione scolastica
Rafforzamento delle reti sociali
Prevenzione e contenimento del disagio sociale e del suo impatto sulla salute
Allargamento della rete e coprogrammazione
Presenza di nuovi soggetti a rischio/nuova utenza rispetto al passato

PRESENTA ASPETTI DI
INTEGRAZIONE SOCIOSA-
NITARIA?

E' IN CONTINUITA' CON
LA PROGRAMMAZIONE
PRECEDENTE?

L'INTERVENTO È FOR-
MALMENTE CO-
PROGRAMMATO CON IL
TERZO SETTORE

SPECIFICARE LE MODALI-
TA' DI COINVOLGI-
TO DEL TERZO SETTORE

L'INTERVENTO PREVEDE
IL COINVOLGIMENTO DI
ALTRI ATTORI DELLA
RETE TERRITORIALE?

L'INTERVENTO E' REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON AL-
TRI AMBITI?

SI

L'OBBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVI-
ZIO?

NO

L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL
TERZO SETTORE?

SI

SI

-

SI

07

INTERVENTI DI PROMOZIONE DEL BENESSERE E DELL'INCLUSIONE SOCIALE DEI GIOVANI

**QUESTO INTERVENTO A
QUALI BISOGNI RISON-
DE?**

- Esigenza di agganciare giovani in condizioni di fragilità acute dal periodo pandemico e non risolte e a rischio di isolamento sociale.
- Necessità di ampliare le opportunità di crescita, socializzazione e inclusione per minori con poche risorse.
- Esigenza di attivazione di una rete capace di intercettare i giovani che proponga modelli positivi, cittadinanza attiva e volontariato
- Bisogno di un approccio integrato e precoce per prevenire fenomeni di disagio minorile e devianza giovanile.
- Necessità di maggiore integrazione con le scuole.

**IL BISOGNO RILEVATO
ERA GIÀ STATO AFFRON-
TATO NELLA PRECEDEN-
TE PROGRAMMAZIONE
O PUÒ ESSERE DEFINITO
COME UN NUOVO BISO-
GNO EMERSO NELLA
PRECEDENTE TRIENNA-
LITÀ?**

**L'OBBIETTIVO PRESENTA
MODELLO INNOVATIVI DI
PRESA IN CARICO, DI
RISPOSTA AL BISOGNO E SI
COOPERAZIONE CON
ALTRI ATTORI DELLA
RETE**

**QUALI MODALITÀ ORGA-
NIZZATIVE, OPERATIVE E
DI EROGAZIONE SONO
ADOTTATE?**

CONSOLIDATO

**L'OBBIETTIVO È DI TIPO PROMOZIONALE/
PREVENTIVO O RIPARATIVO?**

PREVENTIVO /RIPARATIVO

**L'OBBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INE-
RENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE?**

Si, di tipo gestionale

- Educatori dedicati nei luoghi informali frequentati dai giovani per costruire relazioni di fiducia e favorire l'inclusione.
- Coinvolgimento attivo di scuole, associazioni, oratori e famiglie per la co-progettazione delle attività.
- Creazione di tavoli tecnici territoriali per il monitoraggio delle situazioni di fragilità giovanile e la definizione di interventi mirati.
- Implementazione di programmi educativi e culturali con focus sulla prevenzione del disagio giovanile.
- Promozione di percorsi di volontariato strutturati per giovani in collaborazione con associazioni locali.

07

INTERVENTI DI PROMOZIONE DEL BENESSERE E DELL'INCLUSIONE SOCIALE DEI GIOVANI

QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?

Indicatori di processo:

- Numero di scuole e associazioni coinvolte nella rete territoriale.
- Numero di attività educative, culturali e sportive realizzate.
- Frequenza di partecipazione ai tavoli tecnici e incontri operativi.
- Numero di giovani partecipanti ai percorsi di volontariato e cittadinanza attiva.

- Incremento della partecipazione giovanile alle attività di inclusione sociale.
- Riduzione dei fenomeni di disagio e devianza nei territori coinvolti.
- Rafforzamento della rete territoriale per il supporto ai giovani fragili.
- Maggiore coinvolgimento delle scuole nei percorsi di presa in carico precoce.
- Maggiore consapevolezza e partecipazione attiva dei giovani ai temi della cittadinanza e del volontariato.

QUALI RISULTATI SI VUOLE RAGGIUNGERE?

Indicatori di output:

- Numero di giovani coinvolti nelle attività programmate.
- Numero di giovani coinvolti negli interventi di educativa di strada.
- Numero di nuovi progetti o iniziative avviate per la prevenzione del disagio giovanile.
- Percentuale di istituti scolastici e associazioni aderenti al programma.
- Numero di eventi e campagne di sensibilizzazione organizzati.

- Riduzione dei fenomeni di isolamento sociale e devianza giovanile.
- Creazione di una rete stabile e collaborativa tra scuole, servizi sociali e associazioni del territorio.

QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?

Indicatori di outcome:

- Diminuzione del numero di giovani a rischio di ritiro sociale o isolamento.
- Aumento della capacità del territorio di rispondere ai bisogni di inclusione e partecipazione dei minori.
- Numero di giovani che proseguono il coinvolgimento in attività sociali e di volontariato dopo la conclusione del progetto.

08

POTENZIAMENTO DEI SERVIZI DI SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITÀ PER UN'ASSISTENZA INTEGRATA E DI QUALITÀ

L'intervento mira a migliorare e ampliare i servizi di assistenza domiciliare, garantendo un supporto efficace e personalizzato per le persone non autosufficienti e le loro famiglie voltati al prolungamento della permanenza al domicilio.

DESCRIZIONE OBIETTIVO

L'obiettivo è creare un sistema territoriale integrato che favorisca una stretta collaborazione tra i servizi sociali e sociosanitari, così da offrire risposte più complete e coordinate alle esigenze dei beneficiari.

Inoltre, si intende valorizzare la qualità dell'assistenza attraverso l'implementazione di strumenti che migliorino la gestione e il monitoraggio degli interventi ed attivando interventi di assistenza e valutazione al domicilio. In questo modo, si vuole garantire un sostegno più flessibile e mirato, capace di rispondere in modo adeguato alle diverse necessità del territorio.

AZIONI PROGRAMMATE

- Incremento della disponibilità e qualità del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD).
- Attivazione di interventi di monitoraggio a distanza e attraverso visite domiciliari della popolazione anziana
- Implementazione di protocolli operativi per l'integrazione tra servizi sociali e sociosanitari.
- Mappatura e riorganizzazione delle risorse territoriali per una distribuzione più equa ed efficiente.
- Sviluppo di strumenti digitali per facilitare il coordinamento tra i servizi e il monitoraggio delle prestazioni.

TARGET

Cittadini anziani
Cittadini disabili

RISORSE ECONOMICHE

PREVENTIVATE

Risorse derivanti da FNPS

Risorse derivanti da progettazioni specifiche

RISORSE DI PERSONALE

DEDICATE

Assistenti sociali dei Comuni e/o dell'Ambito

Figure professionali adeguatamente formate per l'intervento, in particolare ASA/OSS ed educatori professionali

Terzo Settore

08

POTENZIAMENTO DEI SERVIZI DI SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITÀ PER UN'ASSISTENZA INTEGRATA E DI QUALITÀ

L'OBIEKTIVO e' TRASVER- SALE ED E' INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	D. Domiciliarità I. Interventi per la famiglia J. Interventi a favore di persone con disabilità E. Anziani
PUNTI CHIAVE DELL'IN- TERVENTO	<ul style="list-style-type: none"> Flessibilità Tempestività della risposta Allargamento del servizio a nuovi soggetti Ampliamento dei supporti forniti all'utenza Aumento delle ore di copertura del servizio Allargamento della rete e coprogrammazione Nuova utenza rispetto al passato 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 Rafforzamento delle reti sociali Contrasto all'isolamento Digitalizzazione dell'accesso Digitalizzazione del servizio Organizzazione del lavoro Sostegno secondo le specificità del contesto familiare Ruolo delle famiglie e del caregiver
PRESENTA ASPETTI DI INTEGRAZIONE SOCIOSA- NITARIA?	L'INTERVENTO E' REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON AL- TRI AMBITI?

E' IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE?	NO	L'OBIEKTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVI- ZIO?	SI
--	----	---	----

08

POTENZIAMENTO DEI SERVIZI DI SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITÀ PER UN'ASSISTENZA INTEGRATA E DI QUALITÀ

L'INTERVENTO È FOR-
MALMENTE CO-
PROGRAMMATO CON IL
TERZO SETTORE

SI

L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL
TERZO SETTORE?

SI

SPECIFICARE LE MODALI-
TA' DI COINVOLGIMENTO
DEL TERZO SETTORE

-

L'INTERVENTO PREVEDE
IL COINVOLGIMENTO DI
ALTRI ATTORI DELLA
RETE TERRITORIALE?

SI

QUESTO INTERVENTO A
QUALI BISOGNI RISPO-
NDE?

- Necessità di supporto domiciliare per cittadini anziani e disabili e le loro famiglie.
- Mancanza di integrazione tra i servizi sociali e sociosanitari sul territorio.
- Esigenza di migliorare la qualità e la disponibilità dei servizi domiciliari.
- Richiesta di un sistema di supporto più flessibile e personalizzato
- Creare condizioni favorevoli per la permanenza al domicilio

IL BISOGNO RILEVATO
ERA GIÁ STATO AFFRON-
TATO NELLA PRECEDEN-
TE PROGRAMMAZIONE
O PUÓ ESSERE DEFINITO
COME UN NUOVO BISO-
GNO EMERSO NELLA
PRECEDENTE TRIENNA-
LITÀ?

CONSOLIDATO

L'OBBIETTIVO È DI TIPO PROMOZIONALE/
PREVENTIVO O RIPARATIVO?

PREVENTIVO /RIPARATIVO

L'OBBIETTIVO PRESENTA
MODELLI INNOVATIVI DI
PRESA IN CARICO, DI
RISPOSTA AL BISOGNO E
COOPERAZIONE CON
ALTRI ATTORI DELLA
RETE

SI

L'OBBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INE-
RENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE?

Si, di tipo gestionale

08

POTENZIAMENTO DEI SERVIZI DI SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITÀ PER UN'ASSISTENZA INTEGRATA E DI QUALITÀ

QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?

- Creazione di equipes multidisciplinari per la gestione dei casi e la pianificazione degli interventi.
 - Attivazione di punti unici di accesso per facilitare il coordinamento tra i diversi servizi.
 - Realizzazione di incontri periodici tra operatori sociali e sociosanitari per la condivisione di strategie e buone pratiche.
 - Introduzione di strumenti tecnologici per il monitoraggio delle prestazioni e il coordinamento degli interventi.
 - Creazione di presidi territoriali finalizzati al monitoraggio della popolazione anziana e di coordinamento di azioni di volontariato a supporto del benessere degli anziani nelle proprie abitazioni
- **Indicatori di processo:**
- Frequenza degli incontri tra servizi sociali e sociosanitari.
 - Percentuale di casi gestiti tramite punti unici di accesso.
 - N. anziani monitorati al domicilio

QUALI RISULTATI SI VOGLIE RAGGIUNGERE?

- Aumento del numero di persone supportate dai servizi domiciliari.
 - Miglioramento della qualità percepita dei servizi da parte degli utenti.
 - Maggiore coordinamento e integrazione tra i servizi sociali e sociosanitari.
- **Indicatori di output:**
- Numero di utenti presi in carico dal SAD.
 - Percentuale di interventi integrati rispetto al totale.

QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?

- Miglioramento del benessere delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie.
 - Riduzione del ricorso a strutture residenziali attraverso un supporto domiciliare adeguato.
 - Maggiore efficienza e sostenibilità del sistema di assistenza territoriale.
 - Riduzione del ricorso a strutture residenziali attraverso un supporto domiciliare adeguato.
- **Indicatori di outcome:**
- Incremento della soddisfazione degli utenti e delle famiglie.
 - Miglioramento della continuità assistenziale e della qualità dei servizi integrati.
 - Riduzione del numero di ricoveri in strutture residenziali.

09

PREVENZIONE E CONTRASTO ALLE DIPENDENZE E ALLA VIOLENZA DI GENERE ATTRAVERSO AZIONI INTEGRATE E PROTOCOLLI TERRITORIALI

L'intervento mira a prevenire e contrastare le dipendenze, in particolare il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP), e la violenza di genere attraverso un approccio integrato. Per le dipendenze, si promuovono sportelli di ascolto, azioni di sensibilizzazione e regolamenti comunali omogenei, oltre al coinvolgimento di esercizi "no slot".

DESCRIZIONE OBIETTIVO

Sul fronte della violenza di genere, l'obiettivo è rafforzare la rete di supporto per le donne vittime, favorendo percorsi di uscita dal maltrattamento e promuovendo azioni di prevenzione attraverso la rete TODES e protocolli di intesa. Queste azioni intendono creare un sistema territoriale inclusivo, efficace e coordinato.

AZIONI PROGRAMMATE

- Adesione al Piano Locale GAP di ATS Pavia per il coordinamento delle attività di prevenzione.
- Attivazione di sportelli di ascolto e orientamento per le persone a rischio dipendenza.
- Promozione di attività di sensibilizzazione e informazione rivolte alla cittadinanza, in particolare ai giovani.
- Incentivo all'utilizzo di piattaforme di monitoraggio come SMART.
- Sottoscrizione di protocolli di intesa per il contrasto alla violenza contro le donne.
- Partecipazione attiva alla rete territoriale TODES per promuovere l'inclusione e il contrasto alla violenza basata su orientamento sessuale e identità di genere.
- Realizzazione di tavoli di rete per la pianificazione di interventi condivisi

TARGET

Cittadini del Distretto in situazioni di fragilità sociale con maggior rischio di sviluppo del Gioco d'azzardo patologico
Giovani del Distretto in situazioni di fragilità sociale
Donne vittime di Violenza

RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE

Risorse derivanti dal FNPS e da progettazioni specifiche Regionali

RISORSE DI PERSONALE DEDICATE

Assistenti Sociali
Educatori del Distretto
Terzo settore

PROGRAMMAZIONE DEL TRIENNIO 2025-2027

09

PREVENZIONE E CONTRASTO ALLE DIPENDENZE E ALLA VIOLENZA DI GENERE ATTRAVERSO AZIONI INTEGRATE E PROTOCOLLI TERRITORIALI

L'OBBIETTIVO e' TRASVER-

SALE ED E' INTEGRATO

CON ALTRE AREE DI

POLICY?

G. Politiche giovanili e per i minori

I. Interventi per la famiglia

PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO

Rafforzamento delle reti sociali

Prevenzione e contenimento del disagio sociale e del suo impatto sulla salute

Allargamento della rete e coprogrammazione

Presenza di nuovi soggetti a rischio/nuova utenza rispetto al passato

Contrasto e prevenzione della violenza domestica

PRESENTA ASPETTI DI INTEGRAGRAZIONE SOCIOSANATORIA?

SI

L'INTERVENTO E' REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?

SI

E' IN CONTINUITA' CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE?

NO

L'OBBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?

SI

L'INTERVENTO E' FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE

SI

L'INTERVENTO E' FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?

SI

SPECIFICARE LE MODALITA' DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE

-

L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE?

SI

QUESTO INTERVENTO A QUALI BISOGNI RISponde?

- Necessità di contrastare fenomeni di dipendenza e devianza legati al GAP e altre dipendenze patologiche.
- Urgenza di prevenire e affrontare situazioni di violenza di genere attraverso reti di supporto strutturate.
- Bisogno di sensibilizzare e informare la cittadinanza sui rischi connessi alle dipendenze e alla violenza di genere.

09

PREVENZIONE E CONTRASTO ALLE DIPENDENZE E ALLA VIOLENZA DI GENERE ATTRAVERSO AZIONI INTEGRATE E PROTOCOLLI TERRITORIALI

IL BISOGNO RILEVATO ERA
GIÀ STATO AFFRONTATO
NELLA PRECEDENTE PRO-
GRAMMAZIONE O PUÒ
ESSERE DEFINITO COME UN
NUOVO BISOGNO EMERSO
NELLA PRECEDENTE TRIEN-
NALITÀ?

CONSOLIDATO

L'OBBIETTIVO È DI TIPO PROMOZIONALE/
PREVENTIVO /RIPARATIVO

PREVENTIVO /RIPARATIVO

L'OBBIETTIVO PRESENTA
MODELLO INNOVATIVI DI
PRESA IN CARICO, DI RISPO-
STA AL BISOGNO E COOPE-
RAZIONE CON ALTRI ATTO-
RI DELLA RETE

NO

L'OBBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI
INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE?

Si, di tipo gestionale

QUALI MODALITÀ OR-
GANIZZATIVE, OPERATI-
VE E DI EROGAZIONE
SONO ADOTTATE?

- Consolidamento di sportelli di ascolto e orientamento: Attivazione di punti dedicati per intercettare e supportare le persone a rischio GAP.
- Promuovere la sensibilizzazione sul tema del gioco responsabile.
- Azioni di sensibilizzazione e formazione: Realizzazione di incontri e campagne rivolte a cittadini, giovani e operatori locali.
- Utilizzo della piattaforma SMART: Implementazione di uno strumento digitale per il monitoraggio e l'analisi delle politiche locali in tema di GAP.
- Sottoscrizione di protocolli d'intesa e promozione di accordi tra enti territoriali, istituzioni e associazioni per strategie condivise in relazione al fenomeno della violenza di genere.
- Promozione della rete TODES: Iniziative specifiche per prevenire la violenza basata su orientamento sessuale e identità di genere.
- Partecipazione ai tavoli tecnici: Involgimento di operatori sociali, sanitari e forze dell'ordine per un approccio integrato.

Indicatori di processo

- Numero di sportelli di ascolto e orientamento attivati.
- Numero di incontri di sensibilizzazione e partecipanti coinvolti.
- Frequenza di utilizzo della piattaforma SMART per il monitoraggio delle attività.
- Per la prevenzione e il contrasto alla violenza contro le donne:
 - Numero di protocolli d'intesa sottoscritti e attuati per la prevenzione e il contrasto alla violenza contro le donne:
 - Frequenza e partecipazione ai tavoli tecnici organizzati.

09

PREVENZIONE E CONTRASTO ALLE DIPENDENZE E ALLA VIOLENZA DI GENERE ATTRAVERSO AZIONI INTEGRATE E PROTOCOLLI TERRITORIALI

- Incrementare la capacità di intercettare e sostenere le persone a rischio di dipendenza o vittime di violenza.
- Migliorare la consapevolezza della cittadinanza attraverso azioni di sensibilizzazione mirate.
- Favorire la creazione di regolamenti comunali omogenei per il contrasto al GAP.

QUALI RISULTATI SI VUOLE RAGGIUNGERE?

Indicatori di output:

- Numero di sportelli di ascolto e orientamento attivati.
- Numero di attività di sensibilizzazione e comunicazione realizzate.
- Numero di regolamenti comunali armonizzati e adottati.

QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?

Indicatori di outcome:

- Riduzione delle dipendenze patologiche e dei comportamenti devianti correlati.
- Diminuzione degli episodi di violenza di genere attraverso un sistema di supporto strutturato.
- Aumento della percezione di sicurezza e benessere sociale sul territorio.

10

SOSTEGNO ALLA VITA ADULTA, PERCORSI DI AUTONOMIA E IMPLEMENTAZIONE DELLA FILIERA DEI SERVIZI PER PERSONE CON DISABILITÀ

L'intervento si propone di sostenere le persone con disabilità, con particolare attenzione a quelle con disturbi dello spettro autistico, nel percorso verso una vita adulta autonoma, affrontando le sfide legate all'invecchiamento e alla necessità di emancipazione dalla famiglia. L'obiettivo principale è favorire la nascita di opportunità sostenibili di vita indipendente attraverso soluzioni abitative e percorsi personalizzati, che tengano conto delle specifiche esigenze delle persone con autismo e delle loro famiglie.

DESCRIZIONE OBIETTIVO In linea con il Piano Operativo Regionale Autismo di Regione Lombardia, si intende sviluppare una filiera di servizi dedicati, integrando interventi innovativi con quelli tradizionali. Verranno promossi momenti di co-progettazione tra operatori e familiari, al fine di definire strategie condivise e diversificate per migliorare l'autonomia e il benessere delle persone con disturbi dello spettro autistico. Per gli studenti con disabilità complesse, l'intervento mira a costruire percorsi educativi personalizzati che promuovano l'inclusione e il dialogo tra famiglia, scuola e istituzioni, favorendo una crescita armoniosa e un progetto di vita adeguato. In generale, l'obiettivo è creare un sistema integrato di supporto che valorizzi la diversità e offre opportunità di sviluppo a tutti i ragazzi coinvolti.

- Avvio di progetti specifici per percorsi di autonomia e vita indipendente, in collaborazione con le famiglie e i servizi.
- Partecipazione ai tavoli tecnici per la condivisione e la definizione di procedure operative integrate con ATS di Pavia.
- Realizzazione di valutazioni multidimensionali per identificare i bisogni e progettare interventi personalizzati.
- Implementazione della filiera dei servizi per persone con disturbi dello spettro autistico, con focus sull'integrazione dei servizi tradizionali con nuove opportunità.
- Promozione di momenti di co-progettazione tra operatori e familiari per interventi diversificati e condivisi.

AZIONI PROGRAMMATE

TARGET	Disabili e loro Famiglie Gestori delle UDOS Associazioni territoriali
---------------	---

RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE Risorse derivanti dal Fondo DOPO DI NOI, PRO.VI e Fondo Autismo

RISORSE DI PERSONALE DEDICATE Assistenti Sociali Distrettuali

10

SOSTEGNO ALLA VITA ADULTA, PERCORSI DI AUTONOMIA E IMPLEMENTAZIONE DELLA FILIERA DEI SERVIZI PER PERSONE CON DISABILITÀ

L'OBBIETTIVO e' TRASVER-

SALE ED E' INTEGRATO J. Interventi a favore di persone con disabilità

CON ALTRE AREE DI D. Domiciliarità

POLICY?

Tempestività della risposta

Allargamento del servizio a nuovi soggetti

Ampliamento dei supporti forniti all'utenza

PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO

Allargamento della rete e coprogrammazione

Ruolo delle famiglie e del caregiver

Filiera integrata che accompagni la persona nel percorso di vita fino al Dopo di Noi

Allargamento della rete e coprogrammazione

Contrasto all'isolamento

Rafforzamento delle reti sociali

PRESENTA ASPETTI DI

INTEGRAZIONE SOCIOSA-

SI

L'INTERVENTO E' REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON

NO

NITARIA?

ALTRI AMBITI?

E' IN CONTINUITA' CON

LA PROGRAMMAZIONE

SI

L'OBBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO

SI

PRECEDENTE?

SERVIZIO?

L'INTERVENTO È FOR-

MALMENTE CO-

PROGRAMMATO CON IL

SI

L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO

SI

TERZO SETTORE

CON IL TERZO SETTORE?

SPECIFICARE LE MODALI-

TA' DI COINVOLGI-

MEN-TO DEL TERZO SETTORE

-

L'INTERVENTO PREVEDE

IL COINVOLGIMENTO DI

ALTRI ATTORI DELLA

RETE TERRITORIALE?

SI

10

SOSTEGNO ALLA VITA ADULTA, PERCORSI DI AUTONOMIA E IMPLEMENTAZIONE DELLA FILIERA DEI SERVIZI PER PERSONE CON DISABILITÀ

QUESTO INTERVENTO A
QUALI BISOGNI RISPON-
DE?

- Esigenza di percorsi di emancipazione per persone con disabilità e loro famiglie.
- Necessità di interventi integrati e differenziati per supportare l'invecchiamento delle persone con disabilità.
- Bisogno di ampliare e migliorare i servizi per persone con disturbi dello spettro autistico.
- Richiesta di percorsi inclusivi e personalizzati per studenti con disabilità complesse nelle scuole secondearie.
- Richiesta di una maggiore integrazione tra servizi sociali e sociosanitari per una presa in carico multidimensionale

IL BISOGNO RILEVATO ERA
GIÀ STATO AFFRONTATO
NELLA PRECEDENTE PRO-
GRAMMAZIONE O PUÒ
ESSERE DEFINITO COME UN
NUOVO BISOGNO EMERSO
NELLA PRECEDENTE TRIEN-
NALITÀ?

CONSOLIDATO

L'OBBIETTIVO È DI TIPO PROMOZIONALE/
PREVENTIVO /RIPARATIVO

L'OBBIETTIVO PRESENTA
MODELLO INNOVATIVI DI
PRESA IN CARICO, DI RISPO-
STA AL BISOGNO E COOPE-
RAZIONE CON ALTRI ATTO-
RI DELLA RETE

SI

L'OBBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI
INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE?

NO

QUALI MODALITÀ OR-
GANIZZATIVE, OPERATI-
VE E DI EROGAZIONE
SONO ADOTTATE?

- Partecipazione ai tavoli tecnici con ATS di Pavia per condividere e definire procedure operative.
- Involgimento delle famiglie e degli operatori nella co-progettazione di interventi personalizzati.
- Utilizzo di valutazioni multidimensionali per identificare i bisogni e pianificare le risposte.
- Collaborazione tra enti locali, ATS e famiglie per garantire un approccio integrato e sostenibile.
- Attuazione di interventi specifici nelle scuole per studenti con disabilità complesse, basati sul coinvolgimento attivo di famiglie e operatori.

Indicatori di processo:

- Numero di progetti attivati per percorsi di autonomia.
- Partecipazione ai tavoli tecnici e definizione di procedure condivise.
- Numero di valutazioni multidimensionali effettuate.

10

SOSTEGNO ALLA VITA ADULTA, PERCORSI DI AUTONOMIA E IMPLEMENTAZIONE DELLA FILIERA DEI SERVIZI PER PERSONE CON DISABILITÀ

- Incrementare il numero di persone con disabilità che accedono a percorsi di autonomia e vita indipendente.
- Migliorare il supporto alle famiglie nel processo di invecchiamento delle persone con disabilità.
- Rafforzare la filiera dei servizi per persone con disturbi dello spettro autistico.
- Inclusione sociale e scolastica dei ragazzi con disabilità complesse.

QUALI RISULTATI SI VUOLE RAGGIUNGERE?

Indicatori di output:

- Numero di percorsi di autonomia attivati con successo.
- Numero di famiglie coinvolte nei processi di co-progettazione.
- Numero di nuovi interventi e procedure implementate.

-
- Miglioramento dell'autonomia e della qualità di vita delle persone con disabilità.
 - Riduzione del carico assistenziale sulle famiglie attraverso il sostegno strutturato.
 - Maggiore efficienza e integrazione della rete dei servizi sul territorio.
 - Miglioramento dell'inclusione scolastica e sociale per adolescenti con disabilità complesse.

QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?

Indicatori di outcome:

- Incremento della soddisfazione delle famiglie e degli utenti rispetto ai servizi.
- Riduzione della dipendenza delle persone con disabilità dal nucleo familiare.
- Aumento della sostenibilità e dell'efficacia del sistema di servizi integrati.

11 SOSTEGNO ALLO SVILUPPO DI POLITICHE ABITATIVE INTEGRATE

L'intervento mira a promuovere un sistema abitativo integrato attraverso la redazione e implementazione del Piano Triennale dell'Offerta dei Servizi Abitativi Pubblici e Sociali, garantendo una pianificazione strategica e mirata alle esigenze del territorio. Un altro obiettivo fondamentale è lo sviluppo di percorsi formativi per gli operatori del Terzo Settore, finalizzati alla progettazione e sperimentazione di soluzioni di housing sociale, in collaborazione con il pubblico e il privato sociale, per soddisfare i bisogni delle categorie fragili.

DESCRIZIONE OBIETTIVO	<p>Inoltre, l'intervento prevede la raccolta e la condivisione di buone pratiche territoriali per promuovere l'omogeneità degli strumenti urbanistici e delle politiche abitative su tutto il territorio distrettuale, migliorando l'equità di accesso alle risorse abitative.</p> <p>I Centri per la Famiglia avranno un ruolo cruciale nell'accompagnare i cittadini verso le politiche abitative, fornendo supporto nella presentazione delle istanze e orientandoli verso le opportunità disponibili. Questa collaborazione mira a facilitare l'accesso ai servizi abitativi e a garantire un accompagnamento personalizzato e inclusivo.</p>
------------------------------	---

AZIONI PROGRAMMATE	<ul style="list-style-type: none">• Creazione di un'interfaccia collaborativa tra i Centri per la Famiglia e le politiche abitative per indirizzare e supportare i cittadini nell'accesso ai servizi.• Redazione e approvazione del Piano Triennale dell'Offerta dei Servizi Abitativi Pubblici e Sociali.• Avvio di percorsi formativi per operatori del Terzo Settore, finalizzati alla progettazione di housing sociale.• Realizzazione di progetti pilota di housing sociale per categorie fragili.• Raccolta e catalogazione delle buone pratiche territoriali in ambito abitativo.
---------------------------	--

TARGET	Cittadini del Distretto
---------------	-------------------------

RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	Fondi specifici emergenza abitativa Risorse derivanti dal FNPS
--	---

RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	Professionali Ufficio di Piano Professionali Comunali Terzo Settore Professionali esterne
--------------------------------------	--

L'OBBIETTIVO e' TRASVERSALE ED E' INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	A. Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale B. Politiche abitative
--	---

11 SOSTEGNO ALLO SVILUPPO DI POLITICHE ABITATIVE INTEGRATE

PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO		Allargamento della rete e coprogrammazione Rafforzamento delle reti sociali Allargamento della platea dei soggetti a rischio Vulnerabilità multidimensionale Qualità dell'abitare Allargamento della rete e coprogrammazione	
PRESENTA ASPETTI DI INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA?	si	L'INTERVENTO E' REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	no
E' IN CONTINUITA' CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE?	si	L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	si
L'INTERVENTO È FORMALMENTE COPROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE	si	L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?	si
SPECIFICARE LE MODALITA' DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE			-
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE?	Ufficio Case dei Comuni Distrettuali ALER		
QUESTO INTERVENTO A QUALI BISOGNI RISPONDE?	<ul style="list-style-type: none"> Necessità di integrare politiche abitative con i servizi sociali e familiari per garantire maggiore accessibilità e omogeneità nelle soluzioni abitative. Bisogno di offrire supporto abitativo a categorie fragili, come nuclei familiari vulnerabili, anziani e persone con disabilità. Esigenza di uniformare strumenti urbanistici sul territorio distrettuale per garantire equità di accesso alle risorse. 		
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÁ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÓ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	consolidato	L'OBIETTIVO È DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	Promozionale, Preventivo, Riparativo

11

SOSTEGNO ALLO SVILUPPO DI POLITICHE ABITATIVE INTEGRATE

L'OBBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)

si

L'OBBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)

Si organizzativi, gestionali, erogativi,

QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?

- Collaborazione tra Centri per la Famiglia e uffici delle politiche abitative per orientare i cittadini verso i servizi disponibili.
- Sviluppo di piattaforme di confronto tra operatori pubblici e privati per favorire sperimentazioni in housing sociale.
- Attivazione di tavoli tecnici per la redazione e monitoraggio del Piano Triennale dei Servizi Abitativi.
- Promozione di incontri territoriali per raccogliere e condividere buone pratiche.

Indicatori di processo:

- Numero di incontri organizzati tra Centri per la Famiglia e uffici abitativi.
- Percentuale di operatori del Terzo Settore coinvolti nei percorsi formativi.
- Numero di progetti di housing sociale avviati.
- Frequenza di aggiornamento del catalogo delle buone pratiche.

QUALI RISULTATI SI VUOLE RAGGIUNGERE?

- Incremento del numero di famiglie supportate nell'accesso a soluzioni abitative.
- Maggiore partecipazione del Terzo Settore nello sviluppo di progetti abitativi innovativi.
- Uniformità negli strumenti urbanistici adottati dai Comuni del distretto.

Indicatori di output:

- Numero di famiglie supportate nell'accesso a risorse abitative.
- Numero di progetti di housing sociale completati.
- Numero di buone pratiche raccolte e condivise.

11 SOSTEGNO ALLO SVILUPPO DI POLITICHE ABITATIVE INTEGRATE

- Riduzione del disagio abitativo per categorie fragili.
- Rafforzamento della collaborazione tra pubblico e privato sociale per una pianificazione abitativa più inclusiva.
- Creazione di un sistema territoriale omogeneo e più equo per l'accesso ai servizi abitativi.

QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE
L'INTERVENTO?

Indicatori di outcome:

- Riduzione del numero di famiglie in condizioni di disagio abitativo.
- Percentuale di categorie fragili che accedono a soluzioni abitative stabili.
- Incremento della soddisfazione degli utenti rispetto ai servizi abitativi erogati.

12

PROMOZIONE DI PERCORSI DI INCLUSIONE E RIEDUCAZIONE PRESSO LA CASA CIRCONDARIALE TORRE DEL GALLO

L'intervento mira a prevenire l'isolamento e la solitudine delle persone detenute e degli operatori carcerari, promuovendo un ambiente inclusivo e relazionale all'interno della Casa Circondariale Torre del Gallo. L'obiettivo è migliorare le condizioni di vita dei detenuti, trasformando il periodo di detenzione in un'opportunità per la rieducazione e la riabilitazione personale.

Un aspetto cruciale dell'intervento è il rafforzamento del rapporto tra la Casa Circondariale e il territorio distrettuale, favorendo una maggiore connessione e sensibilizzazione della comunità locale rispetto alla realtà carceraria.

Inoltre, l'intervento prevede il coinvolgimento attivo del volontariato per la promozione di iniziative educative, culturali e ricreative che arricchiscono l'esperienza dei detenuti e ne facilitino il reinserimento.

Particolare attenzione è riservata all'inclusione lavorativa, sia durante il periodo di detenzione che nella fase successiva al rilascio, attraverso percorsi di formazione e opportunità concrete. Infine, si punta all'attivazione di progetti di co-housing sociale temporaneo per le persone in fase di uscita dalla struttura, creando un ponte verso l'autonomia e la reintegrazione nella società.

- Attivazione di percorsi di sostegno relazionale per detenuti e operatori carcerari.
- Organizzazione di attività culturali, educative e sociali, in collaborazione con il volontariato locale.
- Implementazione di programmi di formazione professionale e tirocini per favorire l'inclusione lavorativa sia all'interno che all'esterno della Casa Circondariale
- Attivazione di interventi di co-housing sociale per le persone in uscita dalla Casa Circondariale, con un focus su percorsi di autonomia e reinserimento.

DESCRIZIONE OBIETTIVO	
AZIONI PROGRAMMATE	
TARGET	Detenuti persone in transizione post-detentiva Operatori Carcerari
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	FNPS Progettualità specifiche
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	Assistenti Sociali Educatori Terzo Settore
L'OBBIETTIVO e' TRASVERSALE ED E' INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	A. Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva H. Interventi connessi alle politiche per il lavoro

12

PROMOZIONE DI PERCORSI DI INCLUSIONE E RIEDUCAZIONE PRESSO LA CASA CIRCONDARIALE TORRE DEL GALLO

PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	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 Facilitare l'accesso alle opportunità di benessere e partecipazione attiva		
	si	L'INTERVENTO E' REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	no
	no	L'OGGETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	si
	si	L'INTERVENTO E' FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?	si
	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		
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE?	si	<ul style="list-style-type: none"> • Riduzione dell'isolamento sociale e psicologico delle persone detenute. • Necessità di garantire percorsi di rieducazione e riabilitazione efficaci. 	
QUESTO INTERVENTO A QUALI BISOGNI RISPONDE?		<ul style="list-style-type: none"> • Riattivazione del rapporto Casa Circondariale e Territorio • Esigenza di offrire opportunità di inclusione lavorativa e sociale. • Bisogno di soluzioni abitative temporanee per agevolare il reinserimento nella società delle persone in uscita dal carcere. 	

12

PROMOZIONE DI PERCORSI DI INCLUSIONE E RIEDUCAZIONE PRESSO LA CASA CIRCONDARIALE TORRE DEL GALLO

IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÁ
STATO AFFRONTATO NELLA
PRECEDENTE PROGRAMMAZIO-
NE O PUÓ ESSERE DEFINITO
COME UN NUOVO BISOGNO
EMERSO NELLA PRECEDENTE
TRIENNALITÁ?

consolidato

L'OBIETTIVO È DI TIPO PROMOZIONA-
LE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?

Promozionale, Preven-
tivo, Riparativo

L'OBIETTIVO PRESENTA MODEL-
LI INNOVATIVI DI PRESA IN CA-
RICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO (si
E COOPERAZIONE CON ALTRI
ATTORI DELLA RETE)

L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INE-
RENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi,
gestionali, erogativi, ecc.)

Si organizzativi,
gestionali, eroga-
tivi,

- Collaborazione tra Centri per la Famiglia e uffici delle politiche abitative per orientare i cittadini verso i servizi disponibili.
- Sviluppo di piattaforme di confronto tra operatori pubblici e privati per favorire sperimentazioni in housing sociale.
- Attivazione di tavoli tecnici per la redazione e monitoraggio del Piano Triennale dei Servizi Abitativi.
- Promozione di incontri territoriali per raccogliere e condividere buone pratiche.

QUALI MODALITÀ ORGANIZZA-
TIVE, OPERATIVE E DI EROGA-
ZIONE SONO ADOTTATE?

Indicatori di processo:

- Numero di incontri organizzati tra Centri per la Famiglia e uffici abitativi.
- Percentuale di operatori del Terzo Settore coinvolti nei percorsi formativi.
- Numero di progetti di housing sociale avviati.
- Frequenza di aggiornamento del catalogo delle buone pratiche.

12

PROMOZIONE DI PERCORSI DI INCLUSIONE E RIEDUCAZIONE PRESSO LA CASA CIRCONDARIALE TORRE DEL GALLO

- Aumento del numero di detenuti coinvolti in percorsi di formazione e lavoro.
- Incremento delle attività di volontariato e culturali realizzate all'interno della Casa Circondariale.
- Creazione di strutture di co-housing e coinvolgimento delle persone in transizione post-dtentativa in percorsi di autonomia.

QUALI RISULTATI SI VUOLE RAGGIUNGERE?

Indicatori di output:

- Numero di detenuti formati e inseriti nel mondo del lavoro.
- Numero di partecipanti alle attività sociali e culturali.
- Numero di posti di co-housing sociale disponibili.

-
- Riduzione del tasso di recidiva attraverso percorsi di reinserimento sociale e lavorativo.
 - Miglioramento delle condizioni di vita e del benessere psicosociale dei detenuti e degli operatori.

QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?

Indicatori di outcome:

- Numero di persone in transizione post-dtentativa inseriti in programmi lavorativi entro 6 mesi dalla scarcerazione.
 - Tasso di partecipazione e completamento di percorsi formativi o professionalizzanti durante la detenzione.
-

I LEPS

La Legge di Bilancio 2022 (L. 234/2021) ha definito i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) e attribuito agli Ambiti Territoriali Sociali il compito di programmarne, coordinarne e realizzarne l'offerta sul territorio. Gli Ambiti sono stati individuati come la dimensione organizzativa per integrare i servizi necessari al raggiungimento dei LEPS, in sinergia con le politiche previste dal PNRR per l'inclusione e la coesione sociale.

Questa nuova responsabilità richiede agli Ambiti un ruolo centrale nella progettazione di servizi integrati e trasversali, favorendo una ricomposizione territoriale degli interventi, spesso diversificati per governance e fonti di finanziamento. Tale dinamica si inserisce nella programmazione triennale del Piano di Zona, con l'obiettivo di garantire maggiore coerenza e uniformità agli interventi di welfare.

La dimensione sovracomunale dei LEPS pone due esigenze fondamentali: ridurre la frammentazione territoriale sotto il profilo amministrativo e operativo e rafforzare il ruolo degli Ambiti come attori principali nella programmazione del welfare locale. Una gestione associata efficace e strumenti comuni tra i Comuni dell'Ambito (regolamenti, criteri di accesso, soglie) sono precondizioni indispensabili per semplificare la definizione e l'implementazione dei LEPS. In assenza di una governance coordinata e strutturata, il raggiungimento dei LEPS risulta a rischio.

Gli obiettivi di sistema legati ai LEPS sono definiti in accordo con le direttive nazionali e monitorati attraverso indicatori coerenti con il nuovo sistema regionale di verifica dei Piani di Zona. Ogni LEPS prevede un livello ottimale di programmazione: per quelli di integrazione sociosanitaria, tale livello è individuato nel Distretto, richiedendo una sinergia programmatica tra Ambiti e ASST sotto il coordinamento delle ATS.

Le fasi di programmazione, realizzazione, monitoraggio e valutazione devono essere sviluppate congiuntamente da Ambiti e ASST, utilizzando come spazio principale di coordinamento la Cabina di Regia integrata delle ASST. Questo approccio consente di raccordare la programmazione sociale definita nei Piani di Zona con i Piani di sviluppo dei poli territoriali (PPT) delle ASST, favorendo una maggiore coerenza tra interventi sociali e sanitari.

PROGRAMMAZIONE DEL TRIENNIO 2025-2027

Pur rientrando negli obiettivi previsti dal presente piano, per chiarezza informativa, di seguito, si elencano i LEPS ritenuti prioritari da Regione Lombardia, per i quali, in sinergia con ATS e ASST, l'ambito opererà per il raggiungimento dei livelli prescritti.

L01

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E PROGETTO PERSONALIZZATO

NORMA DI RIFERIMENTO

D. Lgs. n.147/2017 artt. 5 e 6

ATTO DI PROGRAMMAZIONE DI RIFERIMENTO

Piano nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà

FONTI DI FINANZIAMENTO

Fondo Povertà, FNPS, PON inclusione; Piano operativo complementare

INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA ASST

OBIETTIVO DI SISTEMA

Attivazione e rafforzamento delle Equipe Multidisciplinari (EEMM)
Rafforzamento delle competenze per un impiego efficace degli strumenti di lavoro nelle 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

OBIETTIVO PROGRAMMAZIONE CORRELATO

N. 5

L02

PREVENZIONE DELL'ALLONTANAMENTO FAMILIARE

NORMA DI RIFERIMENTO	Legge n.234/2021 comma 170
ATTO DI PROGRAMMAZIONE DI RIFERIMENTO	Piano nazionale interventi e servizi sociali
FONTI DI FINANZIAMENTO	PNRR, FNPS
INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	ATS e ASST
OBIETTIVO DI SISTEMA	<p>Superare la frammentazione e la mancanza di integrazione e cooperazione tra i diversi attori titolari degli interventi, ricomponendo i percorsi di presa in carico e quindi migliorare la governance complessiva affinchésiano garantite azioni realizzate in una logica trasversale e unitaria</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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)</p>
OBIETTIVO PROGRAMMAZIONE CORRELATO	N.6

L03

SERVIZI SOCIALI PER LE DIMISSIONI PROTETTE

NORMA DI RIFERIMENTO Legge n.234/2021 comma 170

ATTO DI PROGRAMMAZIONE DI RIFERIMENTO Piano sociale nazionale e Pianoper le non autosufficienze

FONTI DI FINANZIAMENTO PNRR, FNPS, PN Inclusione

INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA ATS e ASST

OBIETTIVO DI SISTEMA

Promuovere l'assistenza delle persone fragili e con perdita progressiva di autonomia, attraverso l'intercettazione precoce del bisogno e della iniziale fragilità garantendo 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.

OBIETTIVO PROGRAMMAZIONE CORRELATO

N.6—8

L04

PUNTI UNICI DI ACCESSO (PUA) INTEGRATI E UVM: INCREMENTO OPERATORI SOCIALI

NORMA DI RIFERIMENTO	Legge n.234/2021, comma 163 (potenziamento risorse professionali)
ATTO DI PROGRAMMAZIONE DI RIFERIMENTO	Piano nazionale interventi e servizi sociali e Piano per le non autosufficienze
FONTI DI FINANZIAMENTO	FNA
INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	ATS e ASST
OBIETTIVO DI SISTEMA	Realizzazione insieme ad ASST e ATS di obiettivi in co- programmazione e co-progettazione con gli ETS al fine di rafforzare la Valutazione multidimensionale e l'efficacia delle equipe integrate Definire protocollo/procedura operativo di distretto per il funzionamento della equipe 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
OBIETTIVO PROGRAMMAZIONE CORRELATO	N. 4

L05

INCREMENTO SAD

NORMA DI RIFERIMENTO	Legge n.234/2021 comma 162 lett. a)
ATTO DI PROGRAMMAZIONE DI RIFERIMENTO	Piano nazionale interventi e servizi sociali
FONTI DI FINANZIAMENTO	FNA
INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	ASST
OBIETTIVO DI SISTEMA	Potenziare il Servizio di Assistenza Domiciliare in termini quantitativi e qualitativi Assistenza sociale integrata con i servizi sociosanitari
OBIETTIVO PROGRAMMAZIONE CORRELATO	N.8

GLI OBIETTIVI DI INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA—PIANO DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE (PPT)

La Legge Regionale 22 del 14 dicembre 2021 ha introdotto significative modifiche al sistema socio-sanitario lombardo, con l'obiettivo di potenziare l'integrazione tra i servizi sanitari e sociali. In particolare, la legge ha previsto la creazione dei Distretti Socio-Sanitari, che rappresentano la dimensione territoriale ottimale per la programmazione e la realizzazione di interventi integrati.

Nell'ambito della progressiva implementazione della nuova sanità territoriale, centrale risulta il percorso indicato dall'art 7, comma 17 ter della L.R. 33/2009, introdotto dalla L.R. 22/2021. Tale comma prevede infatti che l' ASST, con periodicità triennale, predisponga il piano di sviluppo del polo territoriale (PPT), documento strategico che definisce gli obiettivi congiunti tra le ASST e gli Ambiti Territoriali Sociali, promuovendo una governance condivisa e una programmazione integrata dei servizi.

Per una visione completa, si elencano di seguito gli obiettivi previsti da ASST che hanno ricadute dirette sugli Ambiti Territoriali, come delineato nella normativa regionale.

A.1)

Criticità o razionale del progetto

VALUTAZIONE RSA-RSD-CSS

Le strutture sociosanitarie, siano esse pubbliche o private accreditate, forniscono percorsi assistenziali integrati che offrano prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale per rispondere a bisogni di salute.

	LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
--	-----	-----	-----	-----	-----	-----

AT1						
-----	--	--	--	--	--	--

AT2						
-----	--	--	--	--	--	--

AT3						
-----	--	--	--	--	--	--

AT4						
-----	--	--	--	--	--	--

AT5						
-----	--	--	--	--	--	--

AT6						
-----	--	--	--	--	--	--

AT7						
-----	--	--	--	--	--	--

RSA: persone fragili dai 65 anni parzialmente o totalmente non autosufficienti e bisognose di assistenza sia in ambito sanitario che per le attività quotidiane

RSD: persone con disabilità congenita o acquisita di età adulta compresa tra i 18 e i 65 anni, parzialmente o totalmente non autosufficienti, non assistibili a domicilio e bisognose di assistenza continua

CSS: persone adulte con grave disabilità, prive di sostegno familiare

Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)

Destinatari specifici dell'intervento (target)

Descrizione del servizio / progetto

RSA: struttura sociosanitaria di lungodegenza che offre un servizio di assistenza continuativa per anziani non autosufficienti e non adeguatamente assistibili a domicilio. Assicura interventi di natura assistenziale, sociosanitaria e alberghiera volta a mantenere le funzioni residue, promuovere il benessere e garantire la gestione delle malattie croniche. Presso alcune RSA sono presenti nuclei dedicati ai malati di Alzheimer.

RSD: struttura sociosanitaria di lungodegenza che offre un servizio di assistenza continuativa per persone adulte (18-65 anni) con disabilità congenita o acquisita parzialmente o totalmente non autosufficienti e non assistibili a domicilio. Garantisce prestazioni di carattere sanitario, assistenziale, riabilitativo, educativo con l'obiettivo di assicurare la cura della persona, il mantenimento delle capacità individuali e favorire l'integrazione sociale.

CSS: comunità che viene eletta a dimora abituale da persone adulte con grave disabilità, prive di sostegno familiare. Offre assistenza ed aiuti nella vita di relazione e in quella persona, attività di supporto e servizi sanitari.

ASST svolge attualmente un'attività di counseling e indirizzo.

Tra le proposte per il triennio:

- inserimento delle istanze per l'accesso in RSA in un database unico, caratterizzato da format standardizzato, eventualmente comprensivo di valutazione multidimensionale
- progetti promozione di vita attiva per la popolazione anziana con attivazione di iniziative di attività fisica adattata presso palestre ubicate nelle RSA della provincia pavese
- implementazione delle misure volte al contenimento delle infezioni in RSA
- implementazione di piattaforme condivise per attività di teleconsulto in RSA
- creazione di percorsi e agende per la programmazione e la erogazione di presso le RSA (ecografie)
- creazioni di percorsi condivisi con i servizi specifici per la gestione di pazienti portatori di PEG e tracheostomie in RSA e a domicilio

PROGRAMMAZIONE DEL TRIENNIO 2025-2027

A.1)

VALUTAZIONE RSA-RSD-CSS

Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Distretto di Pavia, Distretto Alto-Basso Pavese, Distretto Lomellina, Distretto di Oltrepo'-Comunità Montana, Distretto di Broni-Casteggio
Attori/Enti coinvolti	Distretti, ATS Pavia, Enti erogatori pubblici o privati accreditati
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	PUA/COT
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	SI
Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027
Indicatore e risultato atteso	Miglioramento dell'inserimento in struttura, della presa in carico dei pazienti residenti nelle strutture sociosanitarie e promozione di vita attiva per la popolazione anziana

PROGRAMMAZIONE DEL TRIENNIO 2025-2027

A.2)

Criticità o razionale del progetto

VALUTAZIONE CURE DOMICILARI

Le cure domiciliari (ADI / RSA APERTA/ CPDOM) intendono dare una risposta professionalmente qualificata ad un bisogno di tipo sociosanitario che presuppone la valutazione multidimensionale della persona fragile, la sua presa in carico e la definizione di un piano di assistenza individuale.

LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
-----	-----	-----	-----	-----	-----

AT1					X
-----	--	--	--	--	---

Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)

AT2
AT3
AT4
AT5
AT6
AT7

Destinatari specifici dell'intervento (target)

Soggetti fragili, senza limitazioni di età e di reddito, che necessitano di assistenza domiciliare e che presentano le seguenti caratteristiche: - una situazione di non autosufficienza parziale o totale di carattere temporaneo o definitivo - una condizione di non trasportabilità presso presidi sanitari ambulatoriali. - una rete familiare e/o formale o informale di supporto - condizioni abitative che garantiscono la praticabilità dell'assistenza eventualmente acquisite anche a seguito di azioni necessarie per il superamento di fattori ostacolari (per esempio abbattimento di barriere architettoniche).

Descrizione del servizio / progetto

Le cure domiciliari (CD) garantiscono percorsi assistenziali costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico. Il servizio prevede la valutazione delle caratteristiche sociosanitarie, l'individuazione dei bisogni sociosanitari e degli obiettivi della persona attraverso lo strumento della valutazione multidimensionale. L'offerta domiciliare contribuisce alla prevenzione dell'utilizzo inappropriato o intempestivo dell'ospedalizzazione e dell'istituzionalizzazione. Nell'ambito delle attività rientra anche l'orientamento alle misure nazionali e regionali rivolte a persone con bisogni sociosanitari e sociali. Si può accedere al servizio secondo diverse modalità: - richiesta diretta al P.U.A. da parte del cittadino (punto unico di accesso) - richiesta di attivazione da parte di MMG/PLS - richiesta dalla struttura ospedaliera con l'attivazione del percorso "dimissioni protette" coordinandosi con la COT (centrale operativa territoriale).

Ambito territoriale di realizzazione

Distretto di Pavia, Distretto Alto-Basso Pavese, Distretto Lomellina, Distretto di Oltrepo'-Comunità Montana, Distretto di Broni-Casteggio

Attori/Enti coinvolti

Distretti, Cure Primarie, Presidi ospedalieri pubblici e privati convenzionati
ATS Pavia, Enti erogatori pubblici e privati convenzionati

Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto

PUA, UVM/CeAD, COT

Progettualità presente anche nel Piano di Zona

Si

Anno Avvio / Anno Fine

2025-2027

Indicatore e risultato atteso

Incremento della presa in carico delle persone con bisogni socioassistenziali
Presa in carico delle condizioni di fragilità determinata da cause sanitarie nel corretto setting assistenziale

PROGRAMMAZIONE DEL TRIENNIO 2025-2027

A.4)

PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE RICHIESTE PROVENIENTI DAI SERVIZI DI TUTELA MINORI TERRITORIALI

Criticità o razionale del progetto

Il protocollo operativo del procedimento civile di tutela minori della Provincia di Pavia è nato per individuare modalità operative condivise ed un linguaggio comune nell'ambito della Tutela Minori.

Al fine di migliorare la gestione delle situazioni e favorire l'integrazione è in programmazione un tavolo per definire le modalità gestionali ed organizzative.

	LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
AT1						
AT2						
AT3						
AT4						
AT5						
AT6						
AT7			X			

Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)

Destinatari specifici dell'intervento (target)

Al fine di ottimizzare il processo è in previsione, da parte della SSD Psicologia Clinica la creazione di un tavolo interaziendale che consenta di migliorare ulteriormente la rete Interservizi e ridurre i tempi di attesa dei procedimenti.

Descrizione del servizio / progetto

In particolare sono da sviluppare modelli per attribuire correttamente le richieste di valutazione pervenute alle strutture aziendali di competenza per il governo delle stesse; definire ruoli, responsabilità delle figure professionali coinvolte nella pianificazione/realizzazione dell'attività richiesta; determinare i tempi entro i quali effettuare le valutazioni richieste; favorire la comunicazione tra i referenti dei Servizi coinvolti nell'attività valutativa del caso; valutare eventuali necessità formative degli operatori.

Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)

Distretto di Pavia, Distretto Alto-Basso Pavese, Distretto Lomellina, Distretto Oltrepo'- Comunità Montana, Distretto Broni-Casteggio

Attori/Enti coinvolti

Ambiti e Piani di Zona, Consultori, Psicologia Clinica, DSMD

Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)

Psicologi, Assistenti Sociali, Medici specialisti in Psichiatria e Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza

Progettualità presente anche nel Piano di Zona

Si

Anno Avvio / Anno Fine

2024 - 2027

Indicatore e risultato atteso

Favorire la comunicazione della rete Interservizi e ridurre i tempi di attesi dei procedimenti

PROGRAMMAZIONE DEL TRIENNIO 2025-2027

A.5)

Criticità o razionale del progetto

ADOZIONE NAZIONALE ED INTERNAZIONALE

I professionisti del Consultorio Familiare ASST forniscono informazioni sull'Adozione Nazionale ed Internazionale e sulle relative procedure.

L'attività comporta degli incontri informativi con le persone che fanno richiesta di adottare un minore, con colloqui di sensibilizzazione, valutazione delle competenze genitoriali e idoneità all'adozione.

LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
-----	-----	-----	-----	-----	-----

AT1

X

AT2

AT3

AT4

AT5

AT6

AT7

Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)

Destinatari specifici dell'intervento (target)

Minori e coppie motivate ad adottare

Nella presa in carico della coppia che ha presentato disponibilità all'adozione lo psicologo del consultorio collabora con l'assistente sociale del Piani di Zona di residenza per l'indagine psicosociale richiesta dal Tribunale per i Minorenni, in merito alla situazione personale, familiare, di coppia e alle motivazioni che determinano la coppia ad adottare. Viene inoltre richiesta un'attenta analisi delle caratteristiche particolari del minore che i coniugi sono in grado di accogliere.

Descrizione del servizio / progetto

L'equipe specializzata, composta da assistente sociale e psicologo, conduce gruppi finalizzati alla formazione-informazione delle coppie aspiranti adottive, previsti dal Protocollo Operativo, I° modulo, di cui alla Delibera della Giunta Regionale della Lombardia n. VII/14043 dell'8/8/2003.

L'equipe invia la relazione presso il Tribunale per i Minorenni entro 4 mesi dalla ricezione della richiesta come previsto dalla legge di riferimento 184/83 e successive modifiche.

Viene altresì attivato un sostegno al nucleo familiare sia durante il collocamento del bambino presso i nuovi genitori che nel post-adozione. L'equipe conduce inoltre gruppi di sostegno rivolti ai genitori adottivi.

Ambito territoriale di realizzazione

Distretto di Pavia, Distretto Alto-Basso Pavese, Distretto Lomellina, Distretto di Broni-Casteggio, Distretto Oltrepo' – Comunità Montana

Attori/Enti coinvolti

Consultorio, Tribunale per i minorenni di Milano, Medicina legale, Ambiti e Piani di Zona

Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto

Presenti in azienda: Psicologi e Assistenti Sociali

Progettualità presente anche nel Piano di Zona

Si

Anno Avvio / Anno Fine

2025-2027

Indicatore e risultato atteso

Incremento del numero delle adozioni, sia nazionali che internazionali.

Effettuazione di adozioni che risultino monitorate e tutelate rispetto alla tenuta del legame fra il minore e il genitore adottante.

PROGRAMMAZIONE DEL TRIENNIO 2025-2027

B.1)

DIMISSIONI PROTETTE

Criticità o razionale del progetto

Le dimissioni protette si pongono come accompagnamento al domicilio della persona fragile/paziente cronico non autosufficiente predisponendo un percorso protetto di continuità assistenziale ospedale-territorio, funzionale a favorire il benessere della persona e della sua famiglia.

Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)

	LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
AT1						
AT2						X
AT3						
AT4						
AT5						
AT6						
AT7						

Soggetti fragili, non autosufficienti, affetti da più patologie croniche, da limitazioni funzionali e/o disabilità, da vulnerabilità sociale e/o con bisogni assistenziali complessi in fase di stabilità clinica ricoverati nei reparti di degenza di ASST Pavia, compresi gli Ospedali di Comunità, o dimessi dalle sedi di S.C Pronto Soccorso e Accettazione di ASST Pavia con codici minori.

Definiremo destinatari di dimissioni difficili pazienti con bisogni sociosanitari e destinatari di dimissioni assistenziali pazienti con bisogni esclusivamente sanitari.

L'arruolabilità del paziente avviene secondo i seguenti criteri:

- assenza di patologie psichiatriche non adeguatamente controllate dalla terapia
- assistiti per cui non sia attivo il servizio di cure palliative domiciliari
- assistiti per i quali sia previsto, il ricovero in strutture intermedie (RSA, sub- acuti, post-acuti, Riabilitazione), ma non vi sia un'immediata disponibilità per la dimissione ospedaliera
- domicilio sanitario nella Provincia di Pavia
- punteggio scala di BRASS >10

Il percorso di dimissioni protette per il paziente ricoverato in unità di degenza inizia almeno 5 giorni prima della data prevista di dimissione. Il medico di reparto richiede tramite applicativo aziendale ADTWeb la richiesta di consulenza "consulenza dimissioni protette", compilando la griglia di rilevazione rischio sociale, come da procedura

PRO.01.727.SDS01.52301, per segnalare le dimissioni difficili, mentre per le dimissioni assistenziali sarà sufficiente inserire una breve sintesi della motivazione della segnalazione. La richiesta sarà visibile alla COT del distretto dove insiste il presidio ospedaliero (P.O.) del ricovero dell'assistito. La COT attiva l'Equipe Multidisciplinare Territoriale (EMT) in particolare l'Assistente Sociale di P.O. e l'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) della Casa Di Comunità (CdC) di riferimento del territorio dove insiste il P.O. nel caso di dimissioni difficili e soltanto l'IFeC in caso di dimissioni assistenziali. La COT comunica al reparto la data e ora in cui effettuerà l'accesso l'EMT garantendone la presa in carico entro 24 ore (nei giorni feriali escluso il sabato). L'EMT, in reparto, valuta l'arruolabilità del paziente e se arruolabile inserisce nell'applicativo SGDT le valutazioni necessarie. L'esito della valutazione può condurre a 4 casi:

Destinatari specifici dell'intervento (target)

Descrizione del servizio / progetto

B.1)

DIMISSIONI PROTEZIONE

- a. paziente a rischio sociale
- b. paziente a rischio sociale che necessita di interventi sociosanitari gestibili dagli IFeC
- c. paziente a rischio sociale che necessita di interventi di cure domiciliari
- d. paziente non a rischio sociale che quindi necessita di interventi sociosanitari (IFeC o cure domiciliari).

L'EMT condivide con il medico e il coordinatore di reparto l'esito della valutazione pianificando gli interventi necessari (prescrizione di protesi, impegnativa dematerializzata con codice 89.7 se necessaria attivazione di cure domiciliari, richiesta di consulenza riabilitativa e redazione del PRI se necessario percorso di cure domiciliari con interventi fisioterapici). L'EMT informa il paziente e il caregiver dell'esito della valutazione e del progetto che sarà svolto al domicilio ed informa la COT comunicando l'esito della valutazione e l'eventuale necessità di supporto logistico per il rientro al domicilio che la COT provvede ad attivare. Il reparto conferma alla COT la data di dimissione 72 ore prima e l'EMT provvede ad attivare il progetto in SGDT sia in caso di erogazione di servizi sociosanitari gestiti da IFeC, sia in caso di erogazione di cure domiciliari compilando, in questo caso specifico, il Progetto Individuale (PI). Nel percorso di cure domiciliari l'EMT assegna in SGDT come destinatario l'EVM, raccoglie su apposito modulo la scelta dell'ente erogatore da parte del paziente/caregiver e provvede al raccordo di informazioni tra MMG, CeAD (centrale assistenza domiciliare), COT e IFeC del distretto di residenza .

Descrizione del servizio / progetto

Gli IFeC del distretto di residenza provvedono ad erogare le prestazioni al domicilio fino alla presa in carico del paziente dall'ente erogatore e l'eventuale prosecuzione delle cure se la richiesta non dovesse esitare in attivazione del percorso di cure domiciliari.

Il percorso di dimissioni protette può essere attivato anche nei casi di codici minori (4-5) presso la S.C Pronto Soccorso e Accettazione per pazienti che non necessitano di ricovero ma di assistenza sociosanitaria e/o sociale al domicilio. Il processo viene avviato tramite richiesta attivata dal medico di PS, o da un suo delegato, su applicativo aziendale ADTWeb con richiesta di "Consulenza dimissioni Protette" con modalità identiche a quelle della richiesta attivata dal reparto di degenza ma con la possibilità di inserire elementi di urgenza per la valutazione sociale per una rapida attivazione da parte della COT. La COT entro le 24 ore attiva l'EMT, in particolare l'assistente sociale e l'IFeC del distretto di residenza nel caso di dimissioni difficili o soltanto l'IFeC in caso di dimissioni assistenziali. L'EMT contatta il MMG e concorda un accesso domiciliare finalizzato alla stesura del progetto assistenziale individuale. La COT comunica al paziente la data e l'ora in cui l'EMT effettuerà l'accesso al domicilio in un tempo di 24 ore rispetto all'attivazione della stessa (nei giorni feriali escluso il sabato). L'EMT valuta l'arruolabilità del paziente sulla base dei bisogni sanitari e sociali rilevati ed attiva il progetto in SGDT direttamente per quanto concerne gli interventi sociosanitari gestiti dagli IFeC. Per il percorso di cure domiciliari l'attivazione segue le modalità attualmente in vigore per l'attivazione C-DOM per il paziente al domicilio, con il supporto dell'EMT.

B.1)

DIMISSIONI PROTETTE

Ambito territoriale di realizzazione	Distretto di Pavia, Distretto Alto-Basso Pavese, Distretto Lomellina, Distretto Oltrepo'-Comunità Montana, Distretto di Broni-Casteggio
Attori/Enti coinvolti	Distretti, Case di Comunità, COT, Presidi Ospedalieri; Cure Primarie, Ambiti e Piani di Zona
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	COT, Medici di reparto, Medici di Pronto Soccorso e coordinatori infermieristici IFeC, Assistente sociale, UVM
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	Si
Anno Avvio / Anno Fine	2025/2027
Indicatore e risultato atteso	<p>L'obiettivo per il triennio 2025-2027 è quello di estendere ed implementare l'adesione alla procedura PRO08.727.SDG01.52301 in tutti i presidi di ASST. Gestire la transizione ospedale-territorio estendendo il modello di presa in carico a tutti gli ospedali provinciali comprese le strutture private accreditate</p> <p>L'obiettivo per il triennio 2025-2027 è quello di estendere ed implementare l'adesione alla procedura PRO08.727.SDG01.52301 in tutti i presidi di ASST. Gestire la transizione ospedale-territorio estendendo il modello di presa in carico a tutti gli ospedali provinciali comprese le strutture private accreditate</p>

B.2)

OSPEDALE DI COMUNITÀ'

Criticità o razionale del progetto

L'impatto dell'emergenza pandemica sulla tenuta socio-economica del Paese, l'apertura di molteplici fronti di crisi che hanno investito dimensioni diverse ma connesse e il conseguente riflesso sulla capacità di intervento del sistema di welfare, hanno mostrato come la tenuta del territorio passi attraverso la costruzione di percorsi di cooperazione e condivisione tra i diversi attori territoriali.

La riorganizzazione del sistema territoriale, strettamente collegata alla creazione e al potenziamento di strutture e presidi territoriali come le Case di Comunità, gli Ospedali di Comunità, le Centrali Operative Territoriali, comprende la promozione dell'integrazione tra le prestazioni erogate sul territorio per garantire una presa in carico condivisa del paziente fragile e cronico.

Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)

	LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
AT1						
AT2						X
AT3						
AT4						
AT5						
AT6						
AT7						

Destinatari specifici dell'intervento (target)

La struttura si rivolge a soggetti cronici e/o fragili con insorgenza di problematiche acute minori che non necessitano di ricovero in Ospedale o con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica. Il requisito fondamentale di accesso è la stabilità clinica e la concomitante necessità di assistenza/sorveglianza infermieristica e di supporto nell'arco delle 24 ore. I criteri sono così identificati:

- necessità di assistenza residenziale non erogabile al domicilio (esclusi i ricoveri di sollievo)
- diagnosi già individuata e accertata
- prognosi e impostazione terapeutica già definite
- valutazione del carico assistenziale e della instabilità clinica attraverso scale standardizzate (punteggio NEWS <= 4 e, comunque, singoli parametri <=2)
- ventilazione meccanica non invasiva solo se di prosecuzione domiciliare
necessità di ossigenoterapia < 4 litri/minuto

Descrizione del servizio / progetto

La degenza programmata in OdC assolve pertanto alle finalità di garantire il mantenimento della presa in carico e la continuità assistenziale favorendo l'empowerment di pazienti e caregiver, attraverso la formazione e l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità facilitando i percorsi di passaggio tra i vari livelli assistenziali presenti sul territorio. Al riguardo è stato necessario procedere alla revisione/elaborazione di specifici protocolli quali strumenti per assicurare un fluido passaggio del paziente tra i vari setting di assistenza per il tramite della Centrale Operativa Territoriale (COT) e a garanzia della continuità assistenziale sul territorio.

PROGRAMMAZIONE DEL TRIENNIO 2025-2027

B.2)

OSPEDALE DI COMUNITÀ'

Ambito territoriale di realizzazione	Distretto di Pavia, Distretto Alto e Basso pavese, Distretto Lomellina, Distretto Oltrepo' e Comunità Montane, Distretto Broni - Casteggio.
Attori/Enti coinvolti	Distretti, Ospedali di Comunità, Case di Comunità, COT, Cure Primarie
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	Personale sanitario degli ospedali di comunità, assistenti sociali, IfeC
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	Sì
Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027
Indicatore e risultato atteso	<p>Obiettivo dell'OdC è garantire continuità assistenziale facilitando la transizione del paziente verso il domicilio, supportando anche il suo caregiver, e l'acquisizione di una maggiore competenza e autonomia al fine di evitare successive ospedalizzazioni non necessarie.</p> <p>Obiettivo dell'OdC è garantire continuità assistenziale facilitando la transizione del paziente verso il domicilio, supportando anche il suo caregiver, e l'acquisizione di una maggiore competenza e autonomia al fine di evitare successive ospedalizzazioni non necessarie.</p>

B.3)

DIMISSIONI PROTETTE IN PUEPERIO

E' un Servizio svolto dagli Operatori Consultoriali (Ostetrica ed Assistente Sociale) dedicato al momento delle dimissioni Post Partum per la presa in carico della mamma e del neonato al fine di garantire interventi tempestivi ed adeguati, sia di accompagnamento che assistenziali, in Puerperio.

Interventi previsti:

- assistenza domiciliare nell'immediato puerperio
- promozione e sostegno dell'allattamento al seno
- promozione delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate per il bambino
- valutazione vaccinale della puerpera ed invio ai Centri Vaccinali in caso di suscettibilità a MPRV riscontrata anamnesticamente a gravidanza già in corso
- rilevazione di problematiche sociali e/o psicologiche relativamente a disturbi umorali e/o depressivi, relazi

Criticità o razionale del progetto

	LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
--	-----	-----	-----	-----	-----	-----

AT1						
AT2			X			
AT3						
AT4						
AT5						
AT6						
AT7						

Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)

Destinatari specifici dell'intervento (target)

Donne che espletano il parto presso i Punti Nascita dell'ASST di Pavia (Voghera e Vigevano).
 Donne, domiciliate presso un Comune di competenza territoriale dell'ASST di Pavia che ne fanno richiesta, pur avendo partorito in altre Strutture Ospedaliere.

Descrizione del servizio / progetto

Il Coordinatore Ostetrico Ospedaliero (o le ostetriche del consultorio 2 volte a settimana) vanno al letto delle donne, che partoriscono nei Punti Nascita di ASST e che non hanno partecipato ai corsi di accompagnamento al parto, illustrano il percorso e consegnano la scheda di adesione.

La scheda di adesione viene inviata alla mail del consultorio di ASST.

Le ostetriche del consultorio, entro 72 h dalla ricezione della mail, contattano telefonicamente le donne che hanno deciso di aderire al percorso.

Vengono concordati telefonicamente il giorno e l'ora della visita domiciliare.

Dopo la prima visita e valutato il bisogno della paziente, si illustra il caso in discussione alla equipe multidisciplinare per promuovere i successivi eventuali interventi.

B.3)

DIMISSIONI PROTETTE IN PUEPERIO

Descrizione del servizio / progetto

Il consultorio offre le seguenti opportunità:

Home visiting

Sostegno allattamento e controllo episiotomia (in genere al domicilio ed entro 1 mese dalla dimissione)

Gruppi sostegno allattamento (in sede ASST ed anche con gruppi wa)

Massaggio neonatale 1 incontro di circa 1 h a settimana per 1 totale di 4 incontri, in consultorio, gestito da una ostetrica

Gruppi di automutuo aiuto ed autosvezzamento: le donne sono in contatto con una ostetrica e possono anche andare in sede

Ambito territoriale di realizzazione

Distretto di Pavia, Distretto Alto - Basso pavese, Distretto Lomellina, Distretto Oltrepo' Comunità Montana, Distretto Broni - Casteggio.

Attori/Enti coinvolti

Distretti

Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto

Operatori Consultoriali Ostetrica ed Assistente Sociale)

Progettualità presente anche nel Piano di Zona

Si

Anno Avvio / Anno Fine

2025-2027

Indicatore e risultato atteso

Sostegno alla neo-mamma nel post-partum diagnosi precoce, intercettazione bisogno depressione peripartum

B.4)

Sviluppo di percorsi oncologici in continuità ospedale territorio

Criticità o razionale del progetto

L'obiettivo generale del progetto è valorizzare la prossimità delle CdC, le professionalità presenti e le connessioni con le Cure Primarie, i Comuni e le Associazioni del Terzo Settore / Volontariato / Pazienti, per portare benefici al paziente oncologico attraverso azioni specifiche, quali la definizione di nuovi processi e procedure; lo sviluppo di soluzioni informatiche e tecnologiche a supporto degli stessi; la valutazione dei percorsi formativi necessari per il personale coinvolto e l'impatto sui processi; la valutazione dell'efficacia dei nuovi percorsi.

	LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
--	-----	-----	-----	-----	-----	-----

AT1						
AT2						X

Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)

AT3						
AT4						
AT5						
AT6						
AT7						

Destinatari specifici dell'intervento (target)

Popolazione affetta da patologia oncologica

Descrizione del servizio / progetto

Sulla base della definizione dei soggetti target, sono state analizzate le prestazioni tipicamente erogate presso le strutture ospedaliere che potrebbero essere reindirizzate a strutture territoriali, considerando il livello di complessità della prestazione, i rischi connessi e la dotazione tecnologica necessaria per l'erogazione delle stesse. In tal senso, è stato analizzato il percorso di cura e assistenza considerando la fase di somministrazione delle terapie, le attività assistenziali in capo alla componente infermieristica, le attività di monitoraggio e follow-up e l'attività correlata alla nutrizione.

Ambito territoriale di realizzazione

Distretto di Pavia

Attori/Enti coinvolti

Case di Comunità di Pavia, ADI, Cure Primarie, Terzo Settore, Ambiti e Piani di Zona, - IRCCS San Matteo Pavia

Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto

PUA, COT, EVM, CdC, Personale Cdom, UCA,

Progettualità presente anche nel Piano di Zona

SI

Anno Avvio / Anno Fine

2025-2027

Indicatore e risultato atteso

Attivazione del percorso

C.1)

ADI C-DOM

Criticità o razionale del progetto

Il servizio C-Dom è rivolto a pazienti che hanno bisogni complessi e richiedono interventi di più figure professionali che operano in modo integrato al domicilio del paziente.

	LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
AT1						
AT2						
AT3						x
AT4						
AT5						
AT6						
AT7						

Le C-Dom si rivolgono a persone residenti in Regione Lombardia, di qualunque età e reddito che necessitano di cure domiciliari.

Per accedere al servizio devono essere presenti le seguenti condizioni:

- bisogni sanitari e sociosanitari gestibili al domicilio;
- non autosufficienza, parziale o totale, di carattere temporaneo o definitivo;
- impossibilità a deambulare e non trasportabilità, con i comuni mezzi, presso i servizi ambulatoriali territoriali;
- presenza di una rete familiare formale e/o informale di supporto;
- caratteristiche abitative che garantiscano la praticabilità dell'assistenza.

Destinatari specifici dell'intervento (target)

Il servizio C-Dom è rivolto a pazienti che hanno bisogni complessi e richiedono interventi di più figure professionali che operano in modo integrato. Sulla base della valutazione multidimensionale, queste tipologie di assistenza integrata sono classificate in livelli crescenti di intensità assistenziale (Livello I, II, IIIA, IIIB, IIIC, alta intensità). Viene garantito inoltre supporto alla persona e al caregiver attraverso colloqui, visite domiciliari e gruppi auto aiuto. L'assistenza viene fornita 7 giorni su 7 settimanali (è programmata dalle ore 8 alle ore 20 e fornita in funzione del piano di assistenza individuale). Il servizio viene erogato da Enti erogatori presenti su tutto il territorio accreditati da Regione Lombardia e a contratto con ATS, liberamente scelti da ogni persona/famiglia. Dal 1° ottobre 2023 le Cure Domiciliari vengono erogate anche da ASST Pavia. Per l'attivazione delle C-Dom è necessario presentare all'ASST territorialmente competente la richiesta di attivazione prescritta dal MMG/PLS. Può essere attivata anche in seguito ad una dimissione protetta ospedaliera.

Descrizione del servizio / progetto

C.1)

ADI C-DOM

Ambito territoriale di realizzazione

(di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)

Distretto di Pavia, Distretto Alto-Basso Pavese, Distretto Lomellina, Distretto di Oltrepo'-Comunità Montana e Distretto di Broni- Casteggio.

Attori/Enti coinvolti

Distretti, Case di Comunità, ADI, Cure Primarie, ATS Pavia, Presidi ospedalieri

Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)

PUA/COT, UVM, Personale CDOM

Progettualità presente anche nel Piano di Zona

Si

Anno Avvio / Anno Fine

2025-2027

Indicatore e risultato atteso

Obiettivo primario è la presa in carico in ADI di un numero incrementale di persone fino alla percentuale del 10% degli anziani nell'anno 2026. Per perseguire questo obiettivo ed evitare difficoltà ed interruzioni dei processi di cura e garantire l'assistenza a persone fragili e non autosufficienti è fondamentale aumentare la presa in carico in dimissione protetta nel prossimo triennio.

PROGRAMMAZIONE DEL TRIENNIO 2025-2027

C.2)

RSA APERTA

Criticità o razionale del progetto

La misura RSA aperta consiste nell'offerta di servizi sanitari e sociosanitari finalizzati a sostenere la permanenza al domicilio di persone affette da demenza o di anziani di età pari o superiore a 75 anni in condizioni di non autosufficienza, con l'obiettivo di rinviare nel tempo la necessità di un ricovero in una struttura residenziale.

	LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
--	-----	-----	-----	-----	-----	-----

AT1

AT2

Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)

AT3

AT4

AT5

AT6

AT7

X

Destinatari specifici dell'intervento (target)

Persone residenti in Lombardia, iscritte al Servizio Sociosanitario Regionale che si trovano nelle seguenti condizioni:

- Persone affette da demenza: presenza di certificazione rilasciata da medico specialista geriatra/neurologo di strutture accreditate/equipe ex U.V.A. ora CDCC
- Anziani non autosufficienti: età pari o superiore a 75 anni, riconosciuti invalidi civili al 100%.

In entrambi i casi le persone devono disporre di almeno un caregiver familiare e/o professionale che presta assistenza nell'arco della giornata e della settimana

Descrizione del servizio / progetto

La misura RSA aperta è finalizzata ad assicurare interventi di natura socio-sanitaria per sostenere le capacità residue a domicilio in persone con demenza certificata e anziani non autosufficienti 75+, tra gli interventi: stimolazione cognitiva; igiene personale; mantenimento/riabilitazione motoria. Il cittadino interessato alla misura deve presentare la richiesta direttamente alla RSA scelta tra quelle che hanno sottoscritto il contratto con ATS. Spetta alla RSA individuata dal cittadino la preventiva verifica dei requisiti di accesso e di eventuali incompatibilità. ASST svolge attività di counseling fornendo l'elenco completo degli enti erogatori della misuta RSA aperta.

Ambito territoriale di realizzazione

Distretto di Pavia, Distretto Alto-Basso Pavese, Distretto Lomellina, Distretto di Oltrepo'-Comunità Montana, Distretto di Broni-Casteggio

Attori/Enti coinvolti

Distretti, Ambiti e Piani Zona, Enti erogatori pubblici o privati accreditati, ATS

Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto

PUA/COT

Progettualità presente anche nel Piano di Zona

Si

Anno Avvio / Anno Fine

2025-2027

Indicatore e risultato atteso

Attivazione dell'appropriata presa in carico

C.4)

INTEGRAZIONE SAD-ADI

Criticità o razionale del progetto

Il progetto prevede una crescente integrazione fra i servizi ADI e SAD in modo che il cittadino che ha un bisogno socio-sanitario possa avere accesso a tutti i servizi disponibili sul territorio indipendentemente dal nodo della rete attivato per primo.

Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)

	LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
AT1						
AT2						
AT3						
AT4						
AT5						
AT6						
AT7						X

Destinatari specifici dell'intervento (target)

L'ADI si rivolge a persone residenti in Regione Lombardia, di qualunque età e reddito che necessitano di cure domiciliari.

Per accedere al servizio devono essere presenti le seguenti condizioni:

- bisogni sanitari e sociosanitari gestibili al domicilio;
- non autosufficienza, parziale o totale, di carattere temporaneo o definitivo;
- impossibilità a deambulare e non trasportabilità, con i comuni mezzi, presso i servizi ambulatoriali territoriali;
- presenza di una rete familiare formale e/o informale di supporto;
- caratteristiche abitative che garantiscono la praticabilità dell'assistenza.

Il SAD (servizio di assistenza domiciliare) è un servizio di supporto alla quotidianità rivolto alle persone anziane, disabili e in temporanea difficoltà. Viene gestito dal Comune.

Descrizione del servizio / progetto

Il progetto SAD è gestito dal Comune mentre il servizio ADI da ASST. Attualmente se durante la presa in carico di persone a seguito di richiesta dell'MMG per ADI l'UVM (Unità Valutazione Multidimensionale) riscontra un bisogno di tipo sociale, l'assistente sociale segnala il caso al Comune e nei casi più gravi redige una relazione sociale.

Per garantire una presa in carico rapida e semplice, indipendentemente dal punto di accesso al nodo della rete è necessario un superamento di tali divisioni per implementare l'integrazione SAD-ADI allo scopo di rispondere al bisogno del cittadino a 360 gradi. Per rispondere a questa esigenza, il Punto Unico di Accesso (PUA) deve adottare modelli organizzativi integrati con i servizi sociali degli ambiti diretti all'orientamento e alla presa in carico dei bisogni del cittadino.

C.4)

INTEGRAZIONE SAD-ADI

Descrizione del servizio / progetto

La delibera n. 1291 del 27/12/2023 si muove in questa direzione poiché avvia un processo di integrazione dell'azione sociale e socio-sanitaria nell'attuazione delle dimissioni protette di soggetti fragili, non autosufficienti, affetti da più patologie croniche, da limitazioni funzionali e/o disabilità, da vulnerabilità sociale e/o con bisogni assistenziali complessi, per i quali è necessario un accompagnamento alla dimissione ospedaliera e la predisposizione di un percorso protetto di continuità assistenziale ospedale-territorio, funzionale a favorire il benessere della persona e della sua famiglia. Tra le criticità maggiormente rappresentate vi è la rigidità procedurale per l'accesso alle prestazioni sociali erogate dagli Enti Locali, quali ad esempio la necessità di produrre l'ISEE per la compartecipazione alla spesa per i servizi. Al fine di superare tale criticità si è convenuto che gli ambiti territoriali garantiranno a proprio carico, sino a concorrenza delle risorse disponibili, l'attivazione gratuita delle prestazioni e dei servizi declinati nel progetto integrato di dimissione protetta, per un periodo non superiore a 60 giorni. Il presente protocollo ha validità fino al 30/06/2026 e necessita di un ricongiungimento con la procedura aziendale ASST dimissioni protette PRO08.727.SDG01.52301.

Ambito territoriale di realizzazione

Distretto di Pavia, Distretto Alto-Basso Pavese, Distretto Lomellina, Distretto Oltrepo'-Comunità Montana, Distretto Broni-Casteggio

Attori/Enti coinvolti

Distretti, Case di Comunità, ADI, Cure Primarie, Terzo Settore, Ambiti e Piani di Zona

Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto

PUA, COT, EVM, Personale Cdom,

Progettualità presente anche nel Piano di Zona

SI

Anno Avvio / Anno Fine

2025-2027

Indicatore e risultato atteso

Attivazione del percorso integrato SAD-ADI
Effetti positivi rispetto al contenimento delle liste di attesa, alla riduzione degli accessi impropri in PS e del tasso di ospedalizzazione dei pazienti cronici e/o fragili

D.4)

PROGETTO SORVEGLIANZA DOMICILIARE

Criticità o razionale del progetto

Il progetto PSD ha l'obiettivo di favorire la presa in carico dell'utente con fragilità/cronicità a bassa intensità assistenziale con bisogni sanitari e sociosanitari.

	LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
--	-----	-----	-----	-----	-----	-----

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

AT6

AT7

X

Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)

Destinatari specifici dell'intervento (target)

Paziente cronico e/o fragile

Descrizione del servizio / progetto

Soggetti over 65 in condizioni di fragilità/cronicità a bassa intensità assistenziale con bisogni sanitari e sociosanitari, con difficoltà per condizioni cliniche/logistiche ad accedere all'ambulatorio del MMG.

Ambito territoriale di realizzazione

Distretto di Pavia, Distretto Alto-Basso Pavese, Distretto Lomellina, Distretto di Oltrepo'- Comunità Montana, Distretto Broni - Casteggio

Attori/Enti coinvolti

Distretti, Casa di Comunità, Cure Primarie

Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto

IFeC

Progettualità presente anche nel Piano di Zona

Sì

Anno Avvio / Anno Fine

2024-2027

Indicatore e risultato atteso

Effetti positivi rispetto al contenimento delle liste di attesa, alla riduzione degli accessi impropri in PS e del tasso di ospedalizzazione dei pazienti cronici e/o fragili

D.5)

PROCEDURE DI ACCOGLIENZA DELLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA PER MEDICI DI MEDICINA GENERALE, MEDICI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

Criticità o razionale del progetto

La violenza sulle donne è un fenomeno di estrema gravità, radicato in disuguaglianze sociali e culturali che colpiscono tutte le società a livello globale. Le sue manifestazioni variano, comprendendo violenza fisica, psicologica, sessuale, economica e digitale. Questo tipo di violenza non solo rappresenta una violazione dei diritti umani fondamentali, ma ha anche conseguenze devastanti sul piano personale, familiare e sociale. La problematica va affrontata con un approccio integrato e sistematico per essere affrontata. La prevenzione, il rafforzamento delle leggi, la sensibilizzazione e l'assistenza adeguata sono elementi chiave per proteggere le vittime e rompere il ciclo della violenza. Il cambiamento culturale verso l'uguaglianza di genere e il rispetto reciproco è un passo essenziale per prevenire la violenza in futuro.

Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)

	LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
--	-----	-----	-----	-----	-----	-----

AT1
AT2
AT3
AT4
AT5
AT6
AT7

X

Destinatari specifici dell'intervento (target)

Vittime di violenza

Descrizione del servizio / progetto

Campagna Informativa e formativa di condivisione del «Modulo V1: rilevazione della violenza» e «Modulo V2: notizia di reato», prodotto da gruppo di lavoro MMG/PLS/MCA e Rete antiviolenza al fine di sensibilizzare e fornire gli strumenti per dare avvio alla segnalazioneAggiornamento professionale: I medici e i pediatri devono essere costantemente aggiornati sulle normative in materia di violenza di genere e sulle migliori pratiche di gestione di tali casi. Questo include formazione su come riconoscere i segnali di violenza, gestire i casi di violenza domestica e sessuale e conoscere le reti territoriali di supporto è anche gli aspetti inerenti la responsabilità penale del medico nei casi di omessa denuncia

Ambito territoriale di realizzazione

Distretto di Pavia, Distretto Alto-Basso Pavese, Distretto Lomellina, Distretto Oltrepo'-Comunità Montana, Distretto Brondi-Casteggio

Attori/Enti coinvolti

Distretti, Cure Primarie, rete antiviolenza

Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto

MCA-UCA

Progettualità presente anche nel Piano di Zona

SI

Anno Avvio / Anno Fine

2025-2027

Indicatore e risultato atteso

Attivazione del percorso

Compilazione, implementazione, monitoraggio e aggiornamento periodico delle azioni presenti nel portale di monitoraggio SASHA per gli ambiti relativi al Polo Territoriale

E.4)

Criticità o razionale del progetto

VACCINAZIONI IN SOGGETTI “HARD TO REACH”

Un aspetto importante in medicina generale riguarda la vaccinazione in soggetti “difficili da raggiungere” (Hard to Reach) per situazioni sociali e/o culturali: popolazione migrante, soggetti allettati, con limitazione della deambulazione e privi di rete familiare e soggetti che solitamente sfuggono all’igiene pubblica.

LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
-----	-----	-----	-----	-----	-----

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

AT6

AT7

X

Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)

Destinatari specifici dell'intervento (target)

Le vaccinazioni vengono proposte a soggetti difficili da raggiungere.

Descrizione del servizio / progetto

Un progetto molto interessante nell’ottica di garantire le vaccinazioni anche ai soggetti difficili da raggiungere è il Promovax (PROmote VACCinations among migrant populations in Europe), iniziato nel maggio 2010 e cofinanziato dal Programma Sanitario della Commissione Europea Dg Sanco 2008-2013. L’ obiettivo generale del progetto è di promuovere la vaccinazione nelle popolazioni migranti in Europa, al fine di contribuire all’eliminazione delle malattie prevenibili da vaccino in regione e ridurre le ineguaglianze sociali con impatto sulla salute.

Ambito territoriale di realizzazione

Distretto di Pavia, Distretto Alto-Basso Pavese, Distretto Lomellina, Distretto Oltrepo’- Comunità Montana, Distretto Broni - Casteggio.

Attori/Enti coinvolti

Distretti, Vaccinazione e Sorveglianza di Malattie Infettive, Cure Primarie, ATS Pavia, Prefettura di Pavia, Terzo Settore

Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto

Infermieri , Medici, IFeC

Progettualità presente anche nel Piano di Zona

Si

Anno Avvio / Anno Fine

2025-2027

Indicatore e risultato atteso

Allargamento della prevenzione vaccinale a persone gravemente emarginate, e contenimento della diffusione di patologie infettive.

E.6)

VACCINAZIONI OBBLIGATORIE E RACCOMANDATE DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E CAMPAGNE VACCINALI ANTINFLUENZALI/COVID, PAZIENTI FRAGILI E HARD TO REACH

Alcune malattie infettive presentano la caratteristica di poter essere prevenute, e uno degli interventi più efficaci e sicuri in Sanità Pubblica, per raggiungere tale scopo, è rappresentato dalla vaccinazione. L'obiettivo dei programmi di prevenzione vaccinale è duplice: a livello del singolo individuo, quello di conferire uno stato di protezione a quei soggetti che, per alcune condizioni epidemiologiche, di salute, socioeconomiche, occupazionali o comportamentali, sono esposti al rischio di contrarre determinate infezioni o di sviluppare forme gravi di malattia; a livello di popolazione, quello di ottenere la riduzione e, quando possibile, l'eliminazione di alcune malattie infettive.

Obiettivi del PNPP 2023-2025 sono:

- Mantenere lo status polio-free
- Raggiungere e mantenere l'eliminazione di morbillo e rosolia
- Rafforzare la prevenzione del cancro della cervice uterina e delle altre malattie HPV correlate
- Raggiungere e mantenere le coperture vaccinali target rafforzando Governance, Reti e percorsi di prevenzione vaccinale
- Promuovere interventi vaccinali nei gruppi di popolazione ad alto rischio per patologia, favorendo un approccio centrato sulle esigenze del cittadino/paziente
- Ridurre le diseguaglianze e prevedere azioni per i gruppi di popolazione difficilmente raggiungibili e/o con bassa copertura vaccinale
- Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali regionali e mettere a regime l'anagrafe vaccinale nazionale
- Migliorare la sorveglianza delle malattie prevenibili da vaccino
- Rafforzare la comunicazione in campo vaccinale
- Promuovere nei professionisti sanitari la cultura delle vaccinazioni e la formazione in vaccinologia.

Le coperture vaccinali sono uno degli indicatori più importanti per verificare l'esito della strategia vaccinale e la sua implementazione. I dati sono raccolti e pubblicati annualmente dal Ministero della salute.

Obiettivo duplice:

Proteggere ogni singolo individuo dal rischio di contrarre determinate infezioni e dalle loro possibili conseguenze ridurre la circolazione di patogeni trasmissibili da persona a persona in una comunità, e quindi contrastare possibili epidemie. Particolare rilevanza per la protezione del singolo e per la riduzione dei costi sociali dovuti ad alcune malattie infettive ed alle loro complicanze, rivestono le campagne vaccinali stagionali e la promozione delle vaccinazioni "destagionalizzate" (anti pneumococcica e anti Herpes Zoster) soprattutto nei soggetti fragili e hard to reach (HTR). Alcune di queste vaccinazioni hanno anche un ruolo importante nella lotta all'antimicrobico resistenza.

Attualmente ASST Pavia raggiunge in generale l'obiettivo del 95% riguardo le coperture delle vaccinazioni obbligatorie dell'infanzia. Sono necessarie azioni di miglioramento per le vaccinazioni raccomandate in età infantile e per le obbligatorie e le raccomandate in età adolescenziale. Si nota una progressiva disaffezione alle vaccinazioni con l'aumentare dell'età del soggetto da 0 a 18 anni.

Azioni di miglioramento sono necessarie per incrementare i tassi di copertura delle vaccinazioni raccomandate per gravide e pazienti fragili. L'andamento è uniforme nei 5 Distretti

Criticità o razionale del progetto

E.6)

VACCINAZIONI OBBLIGATORIE E RACCOMANDATE DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E CAMPAGNE VACCINALI ANTINFLUENZALI/COVID, PAZIENTI FRAGILI E HARD TO REACH

	LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)	AT1 AT2 AT3 AT4 AT5 AT6 AT7				X	
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Popolazione residente e domiciliata in provincia di Pavia					
Descrizione del servizio / progetto	- promozione delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate dell'infanzia e dell'adolescenza (fascia di età 0-18 anni), per le quali è prevista già ora la chiamata attiva, mediante il coinvolgimento di PLS/MMG sia per una campagna di sensibilizzazione dei genitori e degli adolescenti finalizzata al recupero degli esitanti sia per la somministrazione diretta di supporto ai Centri Vaccinali. Campagna informativa tramite Consultori, scuole, centri di aggregazione giovanile - promozione delle vaccinazioni nelle donne in età fertile e in gravidanza mediante collaborazione con i Consultori, le UU.OO. ospedaliere interessate, gli specialisti privati per la corretta informazione e la sensibilizzazione della popolazione target - promozione ed offerta gratuita delle vaccinazioni raccomandate per i soggetti a rischio per patologia o status mediante il coinvolgimento delle UU.OO. Ospedaliere ai fini del catch up dei pazienti cronici intercettati durante i ricoveri ospedalieri o le visite ambulatoriali di controllo, l'informazione agli specialisti privati e alle associazioni di pazienti - informazione e sensibilizzazione dei medici del territorio finalizzata al corretto inserimento nei PAI delle vaccinazioni a garanzia di continuità/congruità rispetto al PNPP vigente dell'offerta vaccinale del paziente cronico dimesso dall'ospedale - organizzazione della campagna vaccinale annuale antinfluenzale/COVID, e vaccinazioni correlate, con potenziamento dell'offerta vaccinale in sedi esterne a ASST sulla base di criteri di prossimità per il raggiungimento della popolazione esitante e degli HTR - iniziative specifiche per il raggiungimento di alcune particolari categorie di HTR (per es. migranti, homeless) attraverso la collaborazione con CAS (Centri di Accoglienza Straordinari) e terzo settore					
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Distretto di Pavia, Distretto Alto e Basso pavese, Distretto Lomellina, Distretto Oltrepo' e Comunità Montane, Distretto Broni - Casteggio.					

PROGRAMMAZIONE DEL TRIENNIO 2025-2027

E.6)

VACCINAZIONI OBBLIGATORIE E RACCOMANDATE DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E CAMPAGNE VACCINALI ANTINFLUENZALI/COVID, PAZIENTI FRAGILI E HARD TO REACH

Attori/Enti coinvolti

SC Vaccinazioni e Sorveglianza Malattie Infettive, Distretti, Case di Comunità, Cure Primarie, presidi ospedalieri, SERD, Consultori MMG/PLS, terzo settore, Enti Comunali, ATS

Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)

Operatori dei centri vaccinali (da potenziare come da PTFP 2024-2026)
Operatori del Dipartimento Cure Primarie
Operatori dei Consultori
Medici ed infermieri delle UU.OO.ospedaliere
Operatori Case di Comunità e Distretti
Operatori SerD

Progettualità presente anche nel Piano di Zona

Si

Anno Avvio / Anno Fine

2025-2027

Indicatore e risultato atteso

raggiungimento degli obiettivi di copertura previsti dal PNPV/PRPV vigente per le vaccinazioni dell'infanzia e dell'adolescenza
raggiungimento degli obiettivi di copertura annuali riguardo alla campagna vaccinale antinfluenzale/COVID ed incremento dell'adesione alla vaccinazione dei pazienti fragili (in particolare diabetici, affetti da BPCO) e HTR
miglioramento delle coperture vaccinali per le vaccinazioni raccomandate nelle donne in età fertile e in gravidanza
evidenza che in fase di dimissione del paziente cronico nel PAI sia inserita l'offerta vaccinale

E.7)

PRESA IN CARICO INFETTIVOLOGICA TERRITORIALE DURANTE LA STAGIONE INFLUENZALE

Criticità o razionale del progetto

L'attività è finalizzata a prevenire gli effetti negativi della diffusione dei virus influenzali durante i mesi invernali sulla popolazione, soprattutto sui pazienti cronici e/o fragili.

Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)

	LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
AT1						
AT2						
AT3						
AT4						
AT5						X
AT6						
AT7						

Destinatari specifici dell'intervento (target)

Paziente cronico e/o fragile

Descrizione del servizio / progetto

Interventi che possono essere messi in atto per ridurre l'esposizione ai virus, per informare sulla vaccinazione e sulle precauzioni da adottare per i sottogruppi più vulnerabili. E' stato attivato un servizio per la gestione della urgenza differibile coordinato dal medico UCA che prevede interventi di visita a domicilio e percorso diagnostico-terapeutico in collaborazione con gli IFeC e valutazioni multidimensionali, su segnalazione del MMG di riferimento. Sarà predisposto un ambulatorio c/o la CdC per la presa in carico e trattamento dei pazienti con patologia respiratoria acuta in collaborazione con i medici di distretto di Pavia. Il servizio sarà attivo su richiesta degli MMG al fine di diminuire gli accessi al PS durante il picco stagionale di Virus influenzali.

Ambito territoriale di realizzazione

Distretto di Pavia, Distretto Alto - Basso Pavese, Distretto Lomellina, Distretto di Oltrepo'-Comunità Montana, Distretto Broni- Casteggio

Attori/Enti coinvolti

Distretti, Cure Primarie

Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto

Medici di Distretto, IFeC

Progettualità presente anche nel Piano di Zona

Sì

Anno Avvio / Anno Fine

2024/2027

Indicatore e risultato atteso

Effetti positivi rispetto al contenimento delle liste di attesa, alla riduzione degli accessi impropri in PS e del tasso di ospedalizzazione dei pazienti cronici e/o fragili durante la stagione influenzale.

E.8)

PRESA IN CARICO TEMPESTIVA DELLA DONNA VITTIMA DI VIOLENZA E DEL MINORE SE PRESENTE

Criticità o razionale del progetto

Nell'ambito del Piano Strategico Nazionale della violenza maschile contro le donne 2021-2023, tra le priorità, si evidenzia la necessità di coinvolgere in modo più strutturato e coordinato il sistema sanitario/sociosanitario nell'ambito dei percorsi integrati realizzati dai servizi presenti sul territorio, anche attraverso specifici corsi di formazione degli operatori, con l'obiettivo di favorire il riconoscimento precoce dei casi di violenza e l'avvio immediato al percorso specifico, mediante la condivisione di una visione d'insieme, di linguaggi, di modelli e procedure operative da parte di tutti i servizi e gli enti che intervengono durante il percorso di tutela al fine di realizzare l'obiettivo comune di accompagnare la donna e i minori ad attraversare la fase di emergenza e a costruire condizioni di vita autonome e libere dalla violenza.

Il progetto "Noi ci siamo: ritroviamoci nelle differenza" risponde alla proposta della D.G. Famiglia, solidarietà sociale, disabilità e pari opportunità, vedasi il D.d.u.o. del 17 giugno 2024 – n. 9146. Il progetto presentato dalla ASST Pavia condiviso con la Rete Interistituzionale Territoriale di Pavia per la prevenzione e il contrasto del fenomeno della violenza nei confronti delle donne è stato attivato per rafforzare il lavoro di contenimento e di prevenzione del fenomeno della violenza sulle donne.

	LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
--	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)

AT1						
AT2						
AT3						
AT4						
AT5						
AT6						
AT7					X	

Destinatari specifici dell'intervento (target)

Donne e minori

Il progetto si propone di creare le condizioni per sperimentare e definire procedure efficaci di interruzione della violenza rivolte a donne portatrici di vulnerabilità multiple riferite a complesse problematiche sociosanitarie (presenza di storie di dipendenza/abuso di sostanze, di diagnosi psichiatriche, presenza di disabilità-invalidità, appartenenza a contesti di devianza-criminalità). Si tratta di situazioni che richiedono una presa in carico integrata in cui l'interruzione della relazione violenta, il raggiungimento di un benessere complessivo ed il reinserimento nel tessuto socio-economico dipendono dalla realizzazione di interventi differenziati finalizzati a contrastare le diverse fragilità/vulnerabilità di cui la persona è portatrice.

In molti casi, infatti, le donne che esperiscono tali condizioni di vulnerabilità sono in carico a servizi socio-sanitari che forniscono risposte professionali ed efficaci in merito alla propria area di competenza (area della salute mentale, interventi medici, monitoraggio delle condizioni legali, prevenzione della recidiva di reato, progettazione di una tutela e di un piano di contrasto alla violenza di genere ...), ma che delegano alla donna medesima l'integrazione in un unicum degli esiti dei vari percorsi. Non sempre, però, le donne posseggono le risorse, le capacità o le possibilità per trarre

E.8)

PRESA IN CARICO TEMPESTIVA DELLA DONNA VITTIMA DI VIOLENZA E DEL MINORE SE PRESENTE

vantaggio da un'operazione autogestita di integrazione e sintesi che è ostacolata dalle conseguenze tipiche dell'essere vittima di violenza nel contesto delle relazioni di prossimità. In altre circostanze, inoltre, le donne afferiscono agli stessi servizi specialistici in tempi differenti, rispondendo a quelle che sono le necessità avvertite come più urgenti in fasi diverse della propria vita o del percorso di interruzione dei maltrattamenti. Ne consegue un quadro di interventi che, per quanto professionali, resta disarmonico e frammentato.

Ulteriore area specifica di intervento è costituita dalle situazioni di urgenza/emergenza, connotate da un elevatissimo livello di rischio, in cui diviene prioritario poter disporre di un piano di sicurezza immediatamente disponibile per consentire alla donna (ed eventualmente ai figli minori se presenti) di non fare rientro nell'abitazione in cui si trova la figura del maltrattante. Questo tipo di richiesta perviene in larga misura ai reparti ospedalieri emergenziali (come il Pronto Soccorso), poiché le donne manifestano l'urgenza di essere collocate in protezione in seguito ad episodi violenti efferati, che richiedono cure mediche spesso sia per le lesioni subite che per il peculiare stato psicologico correlato. Il personale, pertanto, si trova nella condizione di dover comprendere la situazione, stimare il livello di rischio, informare la donna dei propri diritti e delle possibili conseguenze anche legali di alcune scelte di tutela e valutare l'opportunità o la possibilità di un ricovero sociale.

Una terza area riguarda l'informazione e la sensibilizzazione sulla violenza contro le donne che metta in evidenza come questo fenomeno riguardi anche le donne nella quarta età. Allo stesso tempo agire con una formazione multidisciplinare rivolta soprattutto agli operatori che, per mission di servizio, si trovano più spesso a contatto con situazioni di fragilità delle donne anziane. Necessaria diventa anche la stesura di procedure operative tra servizi che possano favorire un intervento di sostegno alle donne nella denuncia e nell'uscita dalla spirale di violenza.

In queste circostanze la collaborazione attiva e contemporanea con il centro antiviolenza di competenza è fondamentale per garantire una presa in carico tempestiva della condizione violenta e assicurare alla donna uno spazio specialistico che prosegua il percorso di tutela dal momento stesso delle dimissioni dal reparto.

L'obiettivo principale del progetto è pertanto lavorare sulla sperimentazione e sulla definizione di procedure che consentano ai servizi socio-sanitari della Rete Interistituzionale Antiviolenza e ai Centri Antiviolenza di collaborare in modo stabile, sia nella fase di individuazione delle vulnerabilità, che nella presa in carico e nella realizzazione dei differenti percorsi.

Conditio sine qua non per la realizzazione di tale obiettivo è che gli operatori degli Enti coinvolti possiedano le competenze e gli strumenti per riconoscere e nominare la violenza di genere e per effettuare un primo quadro della condizione presentata. Ulteriore condizione indispensabile è che gli operatori della Rete Antiviolenza conoscano in modo approfondito la mission e la metodologia dei diversi servizi e si dotino di modalità efficaci per inviare le utenti agli stessi, sulla base delle necessità e delle criticità riscontrate durante la valutazione iniziale del caso.

Descrizione del servizio / progetto

Ambito territoriale di realizzazione

Distretto Pavia, Distretto Lomellina, Distretto Oltrepò-Comunità Montana, Distretto Alto-Basso Pavese, Distretto Broni -Casteggio

E.8)

PRESA IN CARICO TEMPESTIVA DELLA DONNA VITTIMA DI VIOLENZA E DEL MINORE SE PRESENTE

Attori/Enti coinvolti

Distretti, Presidi Ospedalieri, Pronto Soccorso e Accettazione, Cure Primarie, Consultori, Centri Anti Violenza presenti sul territorio pavese (LiberaMente, Core, C.H.I.A.R.A.), UPE (Ufficio Esecuzione Penale Esterna), Assessorato alle Pari Opportunità del Comune di Pavia, Rete Interistituzionale Territoriale Antiviolenza di Pavia, ATS

Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)

Presenti in azienda: Psicologo, Assistente Sociale

Progettualità presente anche nel Piano di Zona

Sì

Anno Avvio / Anno Fine

2025-2027

Indicatore: incremento del ricorso ai Centri Anti Violenza presenti sul territorio pavese, da parte di donne vittime di violenza.

I risultati attesi consistono in:

- acquisizione delle competenze di base per riconoscere la violenza di genere in tutte le sue manifestazioni, per nominarla e per effettuare invii efficaci
- condivisione di strumenti e metodologie tra Enti della Rete Interistituzionale Antiviolenza con stesura di un documento integrativo
- sperimentazione di procedure efficaci di invio e presa in carico integrata di donne multiproblematiche che vivono situazioni di violenze di genere anche in condizione di urgenza/emergenza
- aumento del numero di invii tra Enti partner del progetto
- aumento dei contatti professionali tra gli operatori degli Enti partner del progetto finalizzati alla conduzione integrata dei percorsi presso differenti servizi.

Indicatore e risultato atteso

PROGRAMMAZIONE DEL TRIENNIO 2025-2027

E.10)

PIANO CALDO

Criticità o razionale del progetto

L'attività estiva del Piano Caldo è finalizzata a prevenire gli effetti negativi delle ondate di calore intenso sulla popolazione, soprattutto sui pazienti cronici e/o fragili

Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)

	LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
AT1						
AT2						
AT3						
AT4						
AT5						X
AT6						
AT7						

E.14)

SCREENING INFEZIONI CORRELATE ALL'USO DI SOSTANZE E SESSUALMENTE TRASMESSE (IST)

Criticità o razionale del progetto

Il protocollo operativo del procedimento civile di tutela minori della Provincia di Pavia è nato per individuare modalità operative condivise ed un linguaggio comune nell'ambito della Tutela Minori.

Al fine di migliorare la gestione delle situazioni e favorire l'integrazione è in programmazione un tavolo per definire le modalità gestionali ed organizzative.

LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
-----	-----	-----	-----	-----	-----

AT1
AT2
AT3
AT4
AT5
AT6
AT7

x

Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)

Pazienti con problemi di dipendenza al primo ingresso al Ser.D.
Pazienti esterni con comportamenti a rischio (rapporti sessuali occasionali non protetti, tossicodipendenti non in cura al Ser.D., ecc.)
Partners di Pazienti risultati positivi all'esame sierologico

I Ser.D di ASST Pavia, al primo ingresso al servizio o in seguito a contatto telefonico con prenotazione, offrono test sierologici anticorpali su prelievo venoso verso HIV, HBV, HCV e Sifilide.
I prelievi vengono eseguiti gratuitamente con impegnativa con esenzione D01 (prestazioni diagnostiche nell'ambito di campagne di screening autorizzate dalla Regione).
Per i pazienti minorenni è necessario avere il consenso informato firmato dai genitori o dagli educatori (su delega dei genitori) in caso di soggiorno in Comunità di Recupero.

Se i pazienti non risultano immunizzati al prelievo per HBV viene proposto il ciclo vaccinale; se il titolo anticorpale protettivo per HBV è basso (in paziente già vaccinato) si fa propone una dose di richiamo; a Pavia i pazienti vengono indirizzati al centro vaccinale di ASST mentre a Voghera e a Vigevano i vaccini vengono eseguiti direttamente al SER.D.. La fornitura dei vaccini e la registrazione delle dosi somministrate sono in carico alla SC Vaccinazioni.
Questo modello, già attivo, potrà essere implementato proponendo la compilazione di una scheda di anamnesi vaccinale finalizzata a valutare le vaccinazioni consigliabili in base a specifici fattori di rischio:
vaccinazione anti epatite A per tossicodipendenti, MSM
vaccinazione anti HPV per MSM, HIV+
vaccinazione anti Hzoster (vaccini ricombinante) per HIV+
vaccinazione anti MPR –V per alcolisti cronici, HIV+ senza segni di immunodeficienza
Vaccinazione anti PCV per alcolisti cronici, HIV+
vaccinazione anti DTPa per i soggetti non coperti
vaccinazione anti MenACWY, Men B e HIB per HIV+

Descrizione del servizio / progetto

E.14)

SCREENING INFETZIONI CORRELATE ALL'USO DI SOSTANZE E SESSUALMENTE TRASMESSE (IST)

I pazienti così individuati vengono indirizzati ai Centri Vaccinali di prossimità per la presa in carico, laddove possibile i vaccini possono essere somministrati presso lo stesso Ser.D con fornitura vaccini e registrazione a carico della SC Vaccinazioni. In prospettiva occorre prevedere la formazione di personale Ser.D per l'utilizzo del gestionale vaccinale in totale autonomia.

Descrizione del servizio / progetto

Se i pazienti risultano positivi per HCV:

- a Voghera il medico del SER.D prescrive una ecografia addome ed inizia terapia specifica DAAF con antivirali specifici per HCV (glecaprevir/ pibrentasvir - sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir)
- a Pavia i pazienti vengono inviati al reparto di Malattie Infettive dell'IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia
- a Vigevano i pazienti vengono inviati al reparto di Medicina Interna dell'Ospedale ASST di Mortara

Se i pazienti risultano positivi per **sifilide** ed **HIV** vengono inviati al reparto di Malattie Infettive del IRCCS Policlinico San Matteo.

Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)

Distretto di Pavia, Distretto Alto - Basso Pavese, Distretto Lomellina, Distretto Oltrepo' - Comunità Montana, Distretto Broni - Casteggio.

Attori/Enti coinvolti

Distretti, IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia per il secondo livello

Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)

Medici e infermieri del SERD e/o IFeC delle CDC di ASST Pavia (Pavia, Voghera e Vigevano)
Medici ed infermieri reparto di Malattie Infettive dell'IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia
Laboratorio analisi ASST di Casorate Primo
Operatori dei Centri vaccinali ASST Pavia (organico da adeguare al PTFP 2024-2026)

Progettualità presente anche nel Piano di Zona

Si

Anno Avvio / Anno Fine

2025-2027

Indicatore e risultato atteso

Diagnosi precoce infezioni correlate all'uso di sostanze e sessualmente trasmesse (IST), prevenzione primaria con immunizzazione attiva per HBV, prevenzione secondaria e terziaria per la cura delle epatopatie HCV correlate.
Prevenzione primaria delle malattie prevenibili mediante vaccinazione legate a comportamenti a rischio.

E.19)

SCREENING E PREVENZIONE PRE ED IN GRAVIDANZA

Criticità o razionale del progetto

Alcune vaccinazioni non sono raccomandate durante la gravidanza (in generale i vaccini costituiti da virus viventi attenuati) tuttavia le malattie da esse prevenute possono avere effetti gravi sia sulla gestante sia sul bambino. Pertanto è opportuno che questi vaccini vengano somministrati prima di una eventuale gravidanza. Altri, invece, sono raccomandati durante la gravidanza stessa a protezione sia della mamma sia del feto.

Ci sono ampi margini di miglioramento rispetto alla adesione della popolazione target alle vaccinazioni raccomandate. L'andamento è omogeneo nei 5 Distretti.

	LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
AT1						
AT2						
AT3						
AT4						X
AT5						
AT6						
AT7						

Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)

Donne in età fertile con desiderio riproduttivo ed in gravidanza

Destinatari specifici dell'intervento (target)

Anamnesi sierologica

Valutare immunità (naturale od acquisita) verso molte infezioni che, se contratte in gravidanza, possono causare gravi problemi al feto ed alla madre.

Tra gli esami che dovrebbero essere effettuati prima o nel primo trimestre della gravidanza troviamo il TORCH (per lo screening di alcune infezioni materno-fetali che possono portare allo sviluppo di difetti congeniti nel nascituro. Il pannello TORCH è composto dai seguenti esami: Toxoplasmosi, Rosolia, Citomegalovirus, virus dell'Herpes simplex/ nella O dell'acronimo TORCH possono essere ricomprese morbillo, parotite e varicella.

Descrizione del servizio / progetto

Vaccinazioni MPR e V

In previsione di una gravidanza, è necessario che le donne siano protette nei confronti di morbillo-parotite-rosolia (MPR) e della varicella, dato l'elevato rischio, per il nascituro, derivanti dall'infezione materna durante la gravidanza, specie se si verifica nelle prime settimane di gestazione. Per la varicella contratta nell'immediato periodo pre-parto, il rischio, oltre che per il nascituro, può essere molto grave anche per la madre. Poiché sia il vaccino MPR che quello della varicella sono, in via precauzionale, controindicati in gravidanza – pur non costituendo un'indicazione all'interruzione della gravidanza stessa se somministrati per errore, è necessario che, al momento dell'inizio della gravidanza, la donna sia vaccinata regolarmente (con due dosi) da almeno un mese.

E.19)

SCREENING E PREVENZIONE PRE ED IN GRAVIDANZA

Vaccinazioni dTpa

La pertosse contratta nei primi mesi di vita può essere molto grave e persino mortale, la fonte di infezione è frequentemente la madre, e la protezione conferita passivamente da madri infettate dal bacillo della pertosse o vaccinate molti anni prima è labile e incostante. Per tali motivi, vaccinare la madre nelle ultime settimane di gravidanza consente il trasferimento passivo di anticorpi in grado di proteggere il neonato fino allo sviluppo di una protezione attiva attraverso la vaccinazione del bambino (a partire dal 3° mese di vita). Il periodo raccomandato per effettuare la vaccinazione è dalla 27a alla 36a settimana di gestazione, idealmente intorno alla 28a settimana, al fine di consentire alla gestante la produzione di anticorpi sufficienti e il conseguente passaggio transplacentare.

Nei casi in cui la vaccinazione non sia stata effettuata durante la gravidanza, si raccomanda di proporla subito dopo il parto per la protezione del neonato riducendo la possibilità che la madre possa trasmettergli la pertosse.

In considerazione del fatto che gli anticorpi anti-pertosse si riducono progressivamente con il trascorrere del tempo, è raccomandato effettuare la vaccinazione dTpa ad ogni gravidanza: questo potrà garantire il passaggio di un alto livello di IgG ad ogni nascituro.

Il vaccino dTpa si è dimostrato sicuro sia per la donna in gravidanza, sia per il feto.

Vaccinazione anti-influenzale

La vaccinazione anti-influenzale è raccomandata e offerta gratuitamente alle donne in qualsiasi epoca della gravidanza. Infatti, l'influenza stagionale aumenta il rischio di ospedalizzazione materna, prematurità, parto cesareo, distress fetale, basso peso del nascituro e interruzione di gravidanza. Anche nei neonati al di sotto dei 6 mesi di vita, per cui non esiste ancora un vaccino, l'influenza aumenta il rischio di malattia severa e complicanze.

La vaccinazione in gravidanza ha un effetto protettivo sui neonati attraverso il passaggio di anticorpi protettivi dalla madre.

Il vaccino anti-influenza può essere somministrato in totale sicurezza insieme al dTpa.

Vaccinazione anti-COVID

Studi effettuati in fase pandemica hanno evidenziato un rischio 3 volte superiore per le donne in gravidanza di andare incontro a ricovero in terapia intensiva rispetto alle donne di pari età non gravide.

Gli anticorpi anti SARS-CoV-2 indotti dal vaccino sono, inoltre, protettivi per il neonato.

Per queste ragioni, **in relazione all'andamento epidemico**, può essere indicata l'offerta attiva della vaccinazione alla gravida ed anche ai conviventi per limitare ulteriormente il rischio di contagio della donna e del neonato.

La vaccinazione è raccomandata nel 2^o e 3^o trimestre (a partire dalla 13^a settimana di gestazione); le vaccinazioni eseguite nel 1^o trimestre non hanno evidenziato un rischio di aborto maggiore rispetto a quello riportato in letteratura. Tuttavia la febbre materna, nel primo trimestre di gravidanza, è associata a maggior rischio di difetti di chiusura del tubo neurale, pertanto, occorre valutare attentamente il rischio-beneficio.

Fattori che fanno propendere per la vaccinazione nel 1^o trimestre sono:

Comorbidità, eccesso ponderale (BMI>30)

Professione in ambito sanitario o sociosanitario della donna o dei conviventi

Attività come caregivers

Imminente viaggio in aree geografiche ad alto tasso di infezione

Condizioni di disagio sociale

E.19)

SCREENING E PREVENZIONE PRE ED IN GRAVIDANZA

I vaccini indicati sono quelli a mRNA e, per ragioni di farmacovigilanza, è consigliato distanziare di 14 gg da altre vaccinazioni (per es. dTPa). Con gli attuali vaccini è sufficiente una singola dose indipendentemente dalla situazione vaccinale precedente della donna.

Precauzioni:

In caso di febbre assumere paracetamolo a temperature $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$

Raccomandata la profilassi delle anomalie del tubo neurale con acido folico.

Toxoplasmosi

In caso di sierologia negativa per pregressa toxoplasmosi sono necessarie accortezze igienico-alimentari:

Niente carni crude – anche pesce – o poco cotte;

No ai salumi o agli insaccati con una stagionatura inferiore a un mese;

Lavare le verdure, la frutta e gli ortaggi in modo adeguato

Citomegalovirus (CMV)

Si può trasmettere dalla mamma al nascituro durante il parto o con il latte materno e provocare perdita dell'udito, ritardo mentale, polmonite, epatite.

Herpes simplex (HSV)

E' una infezione virale comune che i neonati contraggono durante il parto e che deve essere trattata prima possibile.

Gruppo sanguigno/Gruppo Rh (Test di Coombs indiretto)

L'incompatibilità Rhesus (Rh) materno-fetale in gravidanza è una condizione che si verifica quando una donna con gruppo sanguigno Rh-negativo è incinta di un bambino con gruppo sanguigno Rh-positivo (padre Rh-positivo).

Il test deve essere effettuato prima della gravidanza e poi mensilmente in caso di donne a rischio immunizzazione

Il contatto tra sangue materno e sangue fetale avviene solitamente al momento del parto ed in caso di aborto, amniocentesi, villocentesi e distacco di placenta, può comportare alla malattia emolitica del neonato, caratterizzata da una rapida distruzione dei globuli rossi del nascituro a causa degli anticorpi della madre. L'incompatibilità materno fetale è un problema associato alle future gravidanze e può causare l'aborto spontaneo.

Le donne Rh negative che non siano mai entrate in contatto con l'antigene Rh, e che tuttavia aspettino un figlio Rh+, riceveranno la profilassi di anticorpi anti-D.

Acido folico

Per la prevenzione dei difetti del sistema nervoso associati alla carenza di vitamina B9 (acido folico) – come ad esempio difetti del tubo neurale, come la spina bifida e l'anencefalia, ma anche cardiopatie congenite, difetti del labbro (labbro leporino) e del palato (palatoschisi) – la donna in età fertile dovrebbe iniziare ad assumere 0,4 mg di acido folico ogni giorno 3 mesi prima del concepimento e durante il primo trimestre di gestazione.

Attività fisica, dieta sana

Se la donna è in sovrappeso o fuma, è importante adeguare l'alimentazione, smettere di fumare e sospendere l'assunzione di alcol.

Ferro

Se la donna ha delle carenze che emergono dalle analisi del sangue il medico può prescrivere subito gli integratori ma diventano importanti nel secondo e terzo trimestre di gravidanza quando le esigenze nutrizionali e di vitamine del feto crescono. Il ferro, ad esempio, è uno dei composti che spesso si integra, di solito dal secondo trimestre in poi.

Descrizione del servizio / progetto

E.19)

SCREENING E PREVENZIONE PRE ED IN GRAVIDANZA

Descrizione del servizio / progetto

Curva glicemica

Per le over 30. La curva glicemica si fa a partire dalla 24ma settimana. Esistono dei fattori di identificazione del rischio in alcune gestanti per cui viene consigliato di eseguire il test a 18 settimane.

**Ambito territoriale di realizzazione
(di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)**

Distretto di Pavia, Distretto Alto-Basso Pavese, Distretto Lomellina, Distretto Oltrepò e Comunità Montane, Distretto Broni - Casteggio

Attori/Enti coinvolti

Distretti, Centri vaccinali, Altri presidi ospedalieri territoriali.
Medici specialisti in ginecologia ed Infettivologia. Laboratorio analisi.

Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)

Medici specialisti in Ginecologia.
Personale sanitario dei centri vaccinali e dei laboratori analisi.

Progettualità presente anche nel Piano di Zona

Si

Anno Avvio / Anno Fine

2025-2027

Indicatore e risultato atteso

Prevenire malformazioni fetali ed aborti spontanei.
Garantire la salute in gravidanza della madre e del nascituro.
Migliorare le coperture vaccinali nelle donne in età fertile, in particolare per MPRV, per protezione individuale e per ridurre la circolazione delle specifiche malattie nella popolazione generale.
Migliorare l'adesione alle vaccinazioni consigliate alle donne in gravidanza per la protezione della gestante e del feto

PROGRAMMAZIONE DEL TRIENNIO 2025-2027

E.21)

ATTIVAZIONE DEL PERCORSO DI SCREENING NUTRIZIONALE NELLE STRUTTURE DEL SSR

Criticità o razionale del progetto

La DGR 1812/2024 di RL, promuove lo screening nutrizionale dei pazienti a rischio alto di malnutrizione, definendo gli strumenti per la diagnosi, affinché si possa potenziare l'assistenza sanitaria di prossimità e la presa in carico, al fine di un intervento nutrizionale precoce sul territorio.

LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
-----	-----	-----	-----	-----	-----

AT1
AT2
AT3
AT4
AT5
AT6
AT7

Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)

Destinatari specifici dell'intervento (target)

Pazienti ricoverati nelle RSA ad alto rischio di malnutrizione

Descrizione del servizio / progetto

Il progetto comprende la valutazione nutrizionale, che implementerà la cartella clinica del paziente residente in RSA, attraverso la misura dei parametri antropometrici e la somministrazione di schede specifiche (MUST e MNA) nei pazienti ospiti delle residenze socio-sanitarie.

Alla valutazione seguirà se necessario l'intervento nutrizionale attraverso modifiche della dieta (alimentazione ad alto contenuto energetico e di micro/macro nutrienti) e/o ricorrendo a supplementi nutrizionali, utili per coprire i fabbisogni non soddisfatti con la sola dieta. Nei pazienti non in grado di alimentarsi, il trattamento della malnutrizione prevede il ricorso alla nutrizione artificiale, enterale e/o parenterale.

**Ambito territoriale di realizzazione
(di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)**

Distretto Alto e Basso Pavese

Attori/Enti coinvolti

Distretti, Case di comunità, Pua, Nutrizione Clinica Diabetologia e Malattie Endocrine, Strutture Sociosanitarie

Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)

Medico specialista in Scienza dell'alimentazione, Dietista

Progettualità presente anche nel Piano di Zona

Si

Anno Avvio / Anno Fine

2025-2027

Indicatore e risultato atteso

Migliorare lo stato di salute dell'anziano.
Ridurre il rischio di complicanze.

E.24)

PROGETTO DI COLLABORAZIONE CON IL “CONSIGLIO TERRITORIALE PER L’IMMIGRAZIONE DELLA PROVINCIA DI PAVIA”

In base alle valutazioni effettuate è necessario:

- rispondere ai bisogni di salute delle persone migranti in condizione di fragilità e marginalità
- sviluppare e consolidare una metodologia di lavoro per favorire l’intercettazione della vulnerabilità e una presa in carico gestita in modo sinergico dai servizi territoriali competenti
- favorire la conoscenza consapevole dei servizi sanitari e sociosanitari e le modalità di fruizione degli stessi sia da parte delle persone straniere che degli operatori dei diversi servizi e della rete coinvolti

LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
-----	-----	-----	-----	-----	-----

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

AT6

AT7

X

Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)

Destinatari specifici dell'intervento (target)

Cittadini extracomunitari in condizione di fragilità/marginalità, migranti richiedenti protezione internazionale (CAS)

Descrizione del servizio / progetto

Diverse articolazioni aziendali di ASST Pavia si interfacciano con la Prefettura in base alla tematica e/o problematica specifica individuata.

Attualmente sono attivi i tavoli di lavoro sulle seguenti tematiche: accesso facilitato ai servizi; cultura, formazione, scuola; rete e sistema; formazione professionale e lavoro; casa – autonomia abitativa; salute, benessere e vulnerabilità

Ambito territoriale di realizzazione

Distretto di Pavia, Distretto Alto-Basso Pavese, Distretto Lomellina, Distretto Broni-Casteggio, Distretto Oltrepo'- Comunità Montana

Attori/Enti coinvolti

Distretti, DSMD, Presa in carico Fragilità e Disabilità, Consultori, Ambiti e Piani di Zona, Prefettura di Pavia

Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto

Presenti in azienda: Medici, Psicologi, Assistenti Sociali, Infermieri

Progettualità presente anche nel Piano di Zona

Si

Anno Avvio / Anno Fine

2024/2027

Indicatore e risultato atteso

Fornire supporto, attraverso consulenze e percorsi sanitari e sociosanitari mirati, per le situazioni di maggior fragilità e rischio presenti tra i cittadini extracomunitari del territorio pavese.

PROGRAMMAZIONE DEL TRIENNIO 2025-2027

E.26)

PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE - PROGETTO BUDGET DI SALUTE

Implementazione e ampliamento della modalità di intervento “budget di salute” sul territorio della provincia di Pavia, perseguiendo l’incremento di una rete di interventi coordinati, in accordo alle Regole di sistema regionali.

Le prestazioni offerte all’interno del progetto sono articolate in tre ambiti principali:

- supporto all’abitare, privo di caratteristiche strettamente sanitarie (si escludono cioè i percorsi di residenzialità leggera, già previsti e attivati), affiancato, quando necessario, da supporto alle attività quotidiane per permettere al paziente la ripresa di una gestione più congrua e autonoma delle attività di base;
- supporto sociale, con attenzione a riattivare percorsi di inclusione del paziente nel proprio territorio di vita
- supporto lavorativo, in ambienti protetti, in grado sia di fornire competenze spendibili nel futuro sia garantendo all’utente una gradualità nell’autonomia sul posto di lavoro

	LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
AT1						
AT2						
AT3						
AT4						
AT5						x
AT6						
AT7						

Pazienti in carico alle tre UO di Psichiatria del territorio pavese.

Criteri di inclusione: soggetti dimisibili da strutture psichiatriche residenziali, che necessitano di interventi integrati di supporto per permettere il rientro sul territorio; soggetti ad alto rischio di inserimento “passivo” in strutture residenziali; soggetti con elevato numero di ricoveri in SPDC; presenza di diagnosi psichiatriche maggiori; presenza di residue capacità lavorative; assenza di una rete familiare e di supporto all’abitare in autonomia nel proprio territorio; priorità alla fascia d’età 18-54 anni.

Criteri di esclusione sono invece la presenza di una disabilità intellettiva medio-grave, problematiche di abuso e/o dipendenza da sostanze.

L’assegnazione del budget per ogni intervento è effettuata sulla base della valutazione clinica, dei bisogni assistenziali e riabilitativi dei pazienti, coinvolgendo gli stessi in un’ottica di collaborazione e di empowerment.

Il progetto si articola in più obiettivi che si sviluppano come segue:

Creazione di un percorso di vita e di cura di soggetti attualmente degenti in strutture riabilitative accreditate, con l’obiettivo di realizzare una dimissione protetta che prosegua nel tempo; ciò implica l’insieme delle azioni cliniche, riabilitative e sociali necessarie a realizzare e a mantenere nel corso del tempo tale percorso

Sviluppo di una modellizzazione dell’intervento a partire da questa esperienza pilota, nella prospettiva di ampliarla a un gruppo più esteso di soggetti rendendola fruibile e condivisibile anche da un punto di vista formativo.

Creazione e implementazione di un’autentica rete socio-sanitaria tra strutture del DSMD, in particolare i servizi territoriali, e cooperative e onlus che già operino in ambito psichiatrico, privato sociale e terzo settore, servizi sociali e piani di zona dei Comuni capofila del territorio provinciale nella prospettiva di promuovere il modello di intervento “Budget di salute”.

Criticità o razionale del progetto

Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)

Destinatari specifici dell’intervento (target)

Descrizione del servizio / progetto

E.26)

PROGETTO DI VITA INDEPENDENTE - PROGETTO BUDGET DI SALUTE

Descrizione del servizio / progetto

Particolare valorizzazione degli interventi lavorativi protetti come elemento qualificante del percorso di cura, partendo dalla valutazione delle abilità lavorative residue, passando attraverso esperienze di tirocinio lavorativo e socializzante, per arrivare possibilmente ad una contrattualità post tirocinio (recepimento ed ampliamento di alcune prassi previste dal progetto TR 65 2016).

**Ambito territoriale di realizzazione
(di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)**

Distretto di Pavia, Distretto Alto-Basso Pavese, Distretto Lomellina, Distretto Oltrepo' -Comunità Montana, Distretto Broni - Casteggio.

Attori/Enti coinvolti

DSMD, Cure Primarie, Ambiti e Piani di Zona, Fondazioni, Cooperative, Centri Servizi Formazione

**Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto
(specificando se già presenti in organico)**

Presenti in azienda: Medici specialisti in Psichiatria, Psicologi Psicoterapeuti, Infermieri, Assistenti Sociali, Tecnici della riabilitazione Psichiatrica, Educatori Professionali
Tutte le figure professionali presenti andranno implementate per le finalità della progettualità

Progettualità presente anche nel Piano di Zona

Si

Anno Avvio / Anno Fine

2025 – 2027

Indicatore e risultato atteso

Proseguimento dei progetti in essere volta al raggiungimento della piena autonomizzazione dei pazienti arruolati negli anni precedenti, con consolidamento delle loro abilità sia relazionali, che lavorative. Reclutamento di nuovi pazienti, sia dalle strutture residenziali del DSMD sia da quelle non residenziali, selezionando casi complessi che richiedano l'utilizzo dinamico delle risorse per prevenire la loro ospedalizzazione e/o istituzionalizzazione.
La verifica del percorso attivato avviene attraverso una serie di indicatori: psicopatologici (riduzione numero di ospedalizzazioni o di accessi in urgenza), riabilitativi (livello di autonomia raggiunto, funzionamento lavorativo), sociali (strutturazione della rete, livello di coordinamento, grado di complessità e integrazione socio-sanitaria), qualità della vita. Organizzazione di un nucleo funzionale DSA, costituzione di un network regionale di tutti i nuclei funzionali DSA, condivisione di buone pratiche didattiche e sanitarie e di modalità di valutazione di percorsi diagnostici riabilitativi e inclusivi.

E.29)

MEDIAZIONE FAMILIARE E CURA DELLE RELAZIONI GENITORIALI

Il progetto "Mediazione familiare e cura delle relazioni genitoriali" nasce nell'intento di rispondere a un bisogno di salute della famiglia con figli minori, in stato di fragilità a causa di separazione della coppia genitoriale.

E' un bisogno che emerge dalla comunità, evidenziato nelle richieste pervenute ai Consultori Familiari dell'ASST. Nel triennio 2020-2023 si sono raccolte 112 richieste da parte di coppie genitoriali in situazione di crisi che coinvolgono circa 182 figli minori. Il bisogno di salute si evidenzia nella coppia adulta ma soprattutto nei figli minori coinvolti nella separazione.

Criticità o razionale del progetto

L'evidenza viene confermata anche dalle richieste che nell'ultimo periodo provengono dagli Uffici di Piano, riguardanti coppie in separazione conflittuale con figli minori, inviati dal Tribunale Ordinario per una presa in carico complessiva dello stato di multiproblematicità.

Lo stato di elevata conflittualità che spesso si evidenzia, porta all'opportunità di prevedere, oltre alla Mediazione Familiare, un eventuale intervento di Coordinazione genitoriale. Il coordinatore genitoriale è un professionista che aiuta i genitori altamente conflittuali a implementare il loro piano genitoriale, facilitando la composizione delle liti. La coordinazione genitoriale è rivolta a genitori la cui elevata conflittualità costituisce un rischio per i figli.

Qualificandosi come intervento rivolto alla famiglia, verrà esteso e proposto anche all'interno dei Centri Famiglia presenti nei distretti ASST Pavia.

	LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
--	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)

AT1						
AT2						
AT3						
AT4						
AT5						
AT6						
AT7			X			

Destinatari specifici dell'intervento (target)

Coppie genitoriali in fase di separazione con figli minori

Il progetto si basa sulla necessità di predisporre una risposta adeguata a bisogni spesso confusi e poco chiari, sia per le persone che per gli Enti Istituzionali. Le richieste sono accolte da una equipe composta da due Mediatori familiari (a garanzia della possibilità di intervento in tutti i Consultori Familiari ASST) e un Assistente Sociale con corso di specializzazione in Coordinazione genitoriale. Le richieste possono essere delle coppie genitoriali (accesso libero, su invio dei legali, su invio del Tribunale Ordinario) o richieste dagli Ambiti.

Descrizione del servizio / progetto

L'Assistente Sociale – Coordinatore genitoriale, assume il ruolo di Case manager in caso di coinvolgimento di altri servizi (NPI, Ser.D, CPS, Consultorio Familiare - Psicologo) a seguito dell'analisi della domanda o per specifico mandato e richiesta da parte del Tribunale Ordinario e/o dei Servizi Sociali degli Ambiti.

Entro un mese dalla richiesta si definisce il progetto di intervento con le sue declinazioni (attivazione del percorso di Mediazione Familiare, attivazione della Coordinazione genitoriale, attivazione e presa in carico da parte di altri servizi se indicato).

E.29)

MEDIAZIONE FAMILIARE E CURA DELLE RELAZIONI GENITORIALI

Descrizione del servizio / progetto

In questo senso si caratterizza come percorso di "Cura delle relazioni genitoriali", non contemplando solo la risorsa della Mediazione Familiare, ma focalizzando l'attenzione su tutti i possibili interventi suscettibili di modificare lo stato di conflittualità, riportando al centro l'interesse dei figli.

Il progetto viene proposto alla coppia genitoriale (ed eventualmente ai figli minori secondo il periodo evolutivo) per l'approvazione quando l'accesso è spontaneo. Nel caso di invio da parte dei Servizi Sociali del Piano di Zona viene presentato e condiviso nelle sue articolazioni.

Il progetto definisce ruoli, compiti e durata con indicatori di processo e conclusivi.

Ambito territoriale di realizzazione

(di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)

Distretto di Pavia, Distretto Alto-Basso Pavese, Distretto Lomellina, Distretto Oltrepò -Comunità Montana, Distretto Broni-Casteggio.

Attori/Enti coinvolti

Case di Comunità, Consultori, Ambiti e Piani di Zona, Centri Famiglia

Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)

Presenti in azienda: Mediatori Familiari, Assistente Sociale con specializzazione in Coordinazione genitoriale

Progettualità presente anche nel Piano di Zona

Si

Anno Avvio / Anno Fine

2025-2027

Indicatore e risultato atteso

Avvio del progetto di presa in carico anche all'interno dei Centri Famiglia di ASST Pavia

E.30)

RAFFORZAMENTO DELLA RETE DI PROTEZIONE PER MINORI E ADOLESCENTI

Il programma P.I.P.P.I. è multidimensionale, relazionale, basato sulla resilienza, con un approccio familiare e comunitario in quanto sviluppa un'azione di sistema proponendo una collaborazione fra tutti gli attori istituzionali coinvolti nei processi di protezione dell'infanzia (famiglie, servizi sociali, socio-sanitari, educativi, scolastici, della giustizia, ecc...), oltre alle risorse naturali delle reti sociali.

In quest'azione di sistema i servizi dell'ASST assumono un rilievo decisivo per l'offerta diversificata di professionalità che possono interagire con le competenze volte sia alla valutazione che al trattamento e sostegno in favore dei minori e delle loro famiglie.

Criticità o razionale del progetto

Nel distretto della Lomellina è già in corso una collaborazione e condivisione progettuale tra la Neuropsichiatria Infantile e l'Ufficio di Piano, attraverso il Servizio Sociale professionale della NPI inserito nelle azioni del programma P.I.P.P.I., coordinato dall'Ufficio di Piano.

Il Servizio Sociale professionale dell'ASST, attraverso il contributo di Assistenti Sociali afferenti da differenti servizi, è coinvolto nelle azioni del progetto UP di Regione Lombardia, ulteriore ambito di condivisione ed integrazione delle risorse territoriali, che vede il coinvolgimento diretto del terzo settore nelle azioni in favore di minori.

Il progetto "Rafforzamento della rete di protezione per minori e adolescenti", si pone l'obiettivo di importare buone pratiche nei diversi distretti ASST attraverso il coinvolgimento e la regia del Servizio Sociale Professionale impegnato nei diversi servizi che, a diverso titolo, intervengono a sostegno dei minori e delle loro famiglie.

	LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)	AT1					
	AT2					
	AT3					
	AT4					
	AT5	X				
	AT6					
	AT7					
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Minori e famiglie in condizione di fragilità, attraverso il rafforzamento del sistema di rete tra Servizi Specialistici dell'ASST e Uffici di Piano.					
Descrizione del servizio / progetto	<p>Il progetto di base principalmente sul Servizio Sociale professionale afferente alle tre sedi di Neuropsichiatria Infantile, con l'obiettivo di sviluppare in tutti i distretti il modello operativo utilizzato nel Distretto Lomellina tra Neuropsichiatria Infantile e Ufficio di Piano, attraverso la partecipazione diretta al programma P.I.P.P.I. (di competenza dell'Ufficio di Piano). Allo stato si è a conoscenza dell'attivazione del programma P.I.P.P.I. nel Distretto Alto e Basso Pavese (è necessario verificare l'esistente negli altri distretti e creare reti di collegamento).</p> <p>Tre assistenti sociali della Neuropsichiatria Infantile sono anche coinvolte nel programma UP di Regione Lombardia, costituendosi come elemento nodale nella rete di risorse territoriali finalizzata alla costruzione di un rete protettiva per i minori e le famiglie.</p>					

E.30)

RAFFORZAMENTO DELLA RETE DI PROTEZIONE PER MINORI E ADOLESCENTI

Descrizione del servizio / progetto

La creazione di un tavolo di coordinamento tra Servizi Specialistici dell'ASST e Uffici di Piano, sarà finalizzata ad evidenziare i bisogni delle famiglie con figli, le strategie attivabili per offrire alle stesse percorsi di supporto e sostegno alla genitorialità, attraverso l'attivazione ed una presa in carico da parte dei servizi ASST. (E' frequente che la fragilità nell'esercizio della genitorialità sia legata a fattori di criticità quali uso/abuso di sostanze, fragilità psichiatriche, fragilità relazionali, ecc..)

Già sono iniziati tavoli di coordinamento tra Servizi Specialistici dell'ASST (Neuropsichiatria Infantile e Consultorio Familiare nel distretto Lomellina), con l'obiettivo di razionalizzare le risorse e le specificità allo scopo di convergere con progetti di sostegno alle famiglie con figli.

L'esigenza di condivisione rispetto ai bisogni delle famiglie e convergenza dell'offerta in senso di efficacia ed efficienza nasce anche dalla condivisione con realtà del Terzo Settore che operano nel territorio, in particolare nel contrasto alla violenza contro le donne.

Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)

Distretto di Pavia, Distretto Alto-Basso Pavese, Distretto Lomellina, Distretto Oltrepò-Comunità Montana, Distretto Broni-Casteggio.

Attori/Enti coinvolti

Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, Consultori, CPS, SerD, Ambiti e Piani di Zona

Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)

Presenti in azienda: assistenti sociali

Progettualità presente anche nel Piano di Zona

Si

Anno Avvio / Anno Fine

2025-2027

Indicatore e risultato atteso

Prevenire l'allontanamento dei minori dalle famiglie. Sviluppare protocolli condivisi di collaborazione tra ASST e Ambiti nei programmi di supporto alla genitorialità.

G.1)

PERCORSO DI PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO E/O FRAGILE

Criticità o razionale del progetto

La Riforma dell'assistenza territoriale definisce un nuovo modello organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale che mira a una sanità più vicina alle persone. Gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità, non potendo essere rivolti alla guarigione, sono finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità di vita.

Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)

	LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
--	-----	-----	-----	-----	-----	-----

AT1
AT2
AT3
AT4
AT5
AT6
AT7

X

Destinatari specifici dell'intervento (target)

Paziente cronico e/o fragile mono o pluripatologico

Descrizione del servizio / progetto

Il provvedimento proposto, in attuazione della DGR n. XII/1827/24 (Regole 2024), fornisce indicazioni per una revisione del modello di presa in carico dei pazienti cronici e fragili, finalizzata a dare nuovo impulso al percorso di presa in carico e semplificare alcuni aspetti operativi mediante l'eliminazione della redazione del patto di cura e l'eliminazione del processo di validazione dei PAI da parte delle ATS.

Nello specifico vengono approvati:

- un nuovo facsimile di contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra le ATS e gli MMG/PLS in forma aggregata, che tiene conto della revisione e semplificazione del modello
- vengono aggiornati i set di riferimento sia per la specialistica ambulatoriale sia per la farmaceutica, sulla base dei consumi 2023
- vengono introdotti per gli MMG/PLS specifici indicatori di esito atti a monitorare l'efficacia del processo di presa in carico
- viene prevista una quota incentivante per il MMG/PLS pari a € 8,00 (oneri inclusi) a paziente preso in carico nel caso seguenti condizioni: raggiungimento a livello di singolo MMG/PLS della presa in carico di almeno il 15% dei propri assistiti cronici totali secondo le percentuali di complessità sopra indicate. Per il raggiungimento dell'obiettivo verranno considerati i nuovi PAI redatti da gennaio 2024 (esclusi i rinnovi), raggiungimento o superamento da parte del MMG/PLS per i propri pazienti presi in carico del valore soglia con riferimento a tutti gli indicatori di esito
- vengono aggiornati a decorrere dall'annualità 2024 gli indicatori correlati all'erogazione del saldo alle Cooperative e alle ASST per l'attività dei Centri Servizi

Ambito territoriale di realizzazione

Distretto di Pavia, Distretto Alto-Basso Pavese, Distretto Lomellina, Distretto Oltrepo'-Comunità Montana, Distretto Broni-Casteggio

G.1)

PERCORSO DI PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO E/O FRAGILE

Attori/Enti coinvolti

Cure Primarie, ATS Pavia, Enti erogatori Pubblici e Privati accreditati, Centro Servizi

Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)

Medici di Distretto, Centro Servizi

Progettualità presente anche nel Piano di Zona

Sì

Anno Avvio / Anno Fine

2025-2027

Indicatore e risultato atteso

Ampliamento dell'offerta sul territorio, effetti positivi rispetto al contenimento delle liste di attesa, alla riduzione degli accessi impropri in PS e del tasso di ospedalizzazione dei pazienti cronici e/o fragili
Costruzione di una rete di collaborazione dei vari attori ai fini di un miglioramento dell'accessibilità ai servizi da parte delle donne in condizione di disabilità, fragilità e marginalità.

PROGRAMMAZIONE DEL TRIENNIO 2025-2027

G.5)

PROGETTO RICOR-DARE

Criticità o razionale del progetto	Ridurre l'istituzionalizzazione tramite una rete integrata di servizi per le persone affette da demenza e i loro caregiver, fornendo supporto nelle varie fasi di malattia dalla diagnosi alla presa in carico.					
	LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)	AT1 AT2 AT3 AT4 AT5 AT6 AT7					X
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Persone affette da demenza, loro familiari e caregiver.					
Descrizione del servizio / progetto	Ricor-Dare è un progetto finanziato da Fondazione Cariplò nell'ambito del Vando "Welfare in ageing", con la finalità di realizzare una rete territoriale integrata a sostegno delle persone con demenza. I servizi proposti sono di informazione, screening per la diagnosi precoce, supporto psicologico per caregiver, stimolazione cognitiva, interventi di sensibilizzazione e formazione specifica.					
Ambito territoriale di realizzazione	Distretto Pavia e Lomellina					
Attori/Enti coinvolti	Fondazione Mondino (capofila), ASP Pavia (partner), Consorzio Domicare (partner), ATS, ASST, Farmacie del territorio, Ambiti e Piani di Zona, Cure primarie, SAD, RSA aperta					
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Case di Comunità, Pua, COT, ADI					
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	Si					
Anno Avvio / Anno Fine	2023-2026					
Indicatore e risultato atteso	Consolidamento e prosecuzione dell'attività della Rete Territoriale Integrata Demenze; costituzione di modalità di lavoro comuni e sinergie tra gli enti che si occupano di servizi rivolti alla demenza; integrazione in continuità con percorso diagnostico, terapeutico e riabilitativo (PDTA-R regionale).					

G.6)

POTENZIAMENTO ATTIVITÀ AMBULATORIALE E IMPLEMENTAZIONE DELLE VISITE DOMICILIARI DI GERIATRIA E FISIATRIA PER VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE AI FINI DELL'INVALIDITÀ CIVILE E PRESCRIZIONE AUSILI

Criticità o razionale del progetto

Dati Istat mostrano che nel 2023 in provincia di Pavia il 25.1% della popolazione è over 65, dato in costante crescita. Tuttavia sono presenti solo due ambulatori per visite geriatriche in regime pubblico a Pavia (ASP Santa Margherita e Istituto Maugeri) e due territoriali (Ospedale ASST di Mede e Voghera). Sussistono lunghe liste di attesa per le visite fisiatriche.

Questo comporta una difficoltà d'accesso al servizio pubblico per due principali motivi. Il primo deriva da un numero limitato di visite giornaliere erogabili, a fronte di un numero crescente di popolazione anziana necessitante una valutazione per istanza di invalidità. La seconda criticità è legata alla zona geografica di residenza che per gli aspetti orografici e di fragilità dell'utente ne limitano gli spostamenti.

Si ritiene pertanto opportuno implementare l'attività ambulatoriale e domiciliare geriatrica e fisiatrica al fine di garantire al maggior numero di cittadini della provincia di Pavia con fragilità la possibilità di accedere e fruire del servizio.

Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)

	LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
--	-----	-----	-----	-----	-----	-----

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

AT6

AT7

X

Destinatari specifici dell'intervento (target)

Popolazione anziana affetta da patologia cronica invalidante

Descrizione del servizio / progetto

Il presente progetto si prefigge come obiettivo principale di implementare il servizio ambulatoriale territoriale di visite geriatriche e fisiatriche già esistente per l'espletamento delle valutazioni multidimensionali ai fini di invalidità civile in regime SSN.

Non meno importante, in accordo con il piano nazionale, è quello di ridurre contestualmente i tempi di attesa per erogazione di prestazione, quindi abbattere le relative liste.

Inoltre, per la categoria dei soli pazienti in carico al servizio di assistenza sociale territoriale e con fragilità severa/ deficit motori, vi è la possibilità di effettuare la visita geriatrica/fisiatrica in ambito domiciliare con la possibilità di prescrivere ausili a carico del SSN.

G.6)

POTENZIAMENTO ATTIVITÀ AMBULATORIALE E IMPLEMENTAZIONE DELLE VISITE DOMICILIARI DI GERIATRIA E FISIATRIA PER VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE AI FINI DELL'INVALIDITÀ CIVILE E PRESCRIZIONE AUSILI

Ambito territoriale di realizzazione	Distretto di Pavia, Distretto Alto-Basso Pavese, Distretto Lomellina, Distretto Oltrepo'-Comunità Montana, Distretto Broni-Casteggio
Attori/Enti coinvolti	Distretti, Case di Comunità, ADI, Cure Primarie, Terzo Settore, Ambiti e Piani di Zona
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	PUA, COT, EVM, Personale Cdom, UCA,
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	SI
Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027
Indicatore e risultato atteso	Attivazione del percorso

G.7)

PERCORSO NASCITA

Criticità o razionale del progetto

Il progetto “Percorso nascita” trova nella normativa regionale e nazionale importanti indicazioni sulla necessità che i servizi territoriali (consulenti familiari, medici di famiglia e pediatri di famiglia) e le strutture ospedaliere (punti nascita a diverso livello di complessità) lavorino in modo coordinato e trasparente, offrendo servizi che integrino le rispettive competenze e che assicurino continuità assistenziale, alfabetizzazione e scelta consapevole.

Nel 2023, ATS in accordo con i membri del comitato percorso nascita locale, ha dato avvio alla costruzione del documento unico “carta dei servizi percorso nascita condivisa”.

Il documento, rivolto alla popolazione e ai professionisti, permette di avere una visione completa e dettagliata dei servizi ospedale-territorio; sostiene la scelta informata della donna, dei genitori e della famiglia; facilita l’accessibilità al flusso informativo e può essere utilizzato come strumento di analisi dell’offerta ai fini del miglioramento della stessa.

Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)

	LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
AT1						
AT2						
AT3						
AT4						
AT5						
AT6						
AT7			X			

Destinatari specifici dell'intervento (target)

Donne in gravidanza e nel post partum, bambini fascia 0-3, famiglie.

Inizio del percorso

Il percorso può iniziare già prima della gravidanza effettuando una consulenza ginecologica in Ospedale o nei Consulenti Familiari al fine di valutare la presenza di eventuali problemi di salute o il rischio di malattie ereditarie. Durante la consulenza ginecologica vengono prescritti gli esami preconcezionali previsti dal Ministero della Salute e si consiglia di iniziare l’assunzione dell’acido folico, una vitamina importante per il buon sviluppo dell’embrione. Vengono inoltre forniti alla donna consigli sull’alimentazione e gli stili di vita in gravidanza.

Descrizione del servizio / progetto

Durante la prima visita in gravidanza viene proposto alla donna il percorso assistenziale più appropriato: se la gravidanza è fisiologica o a Basso Rischio Ostetrico (BRO) verrà presa in carico dall’Ostetrica, se sono presenti fattori di rischio verrà presa in carico dal Ginecologo in collaborazione con l’Ostetrica. L’ASST di Pavia ha adottato l’Agenda del Percorso Nascita prevista da Regione Lombardia (D.d.g. n. 14243/2018) che documenta il percorso clinico assistenziale della donna durante tutta la gravidanza ed il post partum.

G.7)

PERCORSO NASCITA

Controlli in gravidanza

Ad ogni controllo, successivo al primo, viene effettuata dal Ginecologo o dall'Ostetrica una valutazione clinica dell'andamento della gravidanza (Bilancio di Salute) e degli esami ematochimici ed ecografici effettuati e una programmazione degli accertamenti successivi.

Corsi di accompagnamento alla nascita

I Consultori Familiari ed i Punti Nascita di ASST organizzano Corsi di accompagnamento alla nascita con l'obiettivo di accompagnare la coppia in un percorso di conoscenza e consapevolezza; conoscenza della fisiologia della gravidanza, del parto e dell'allattamento; consapevolezza del proprio corpo, dei suoi limiti e delle sue potenzialità e risorse.

Il corso, che si sviluppa nell'arco di nove incontri svolti a cadenza settimanale, prevede una parte teorica ed una parte pratica ed è condotto dall'Ostetrica con il contributo di altre figure professionali (infermiera di neonatologia, pediatra, assistente sociale).

La parte teorica è pensata come un momento in cui veicolare tutte le informazioni di carattere generale, medico, assistenziale e organizzativo; quella pratica rappresenta il tentativo di "trasformare" la teoria in esperienza attraverso la conoscenza del proprio corpo e delle sue funzioni.

A tale scopo vengono proposti esercizi di respirazione, di percezione, stretching perineale e rilassamento. La simulazione di alcune posizioni da tenere durante il travaglio e il parto, possono aiutare la donna nella presa di coscienza di questa esperienza. Alcuni incontri di coppia e la conoscenza dei luoghi del parto e degli operatori, fanno del corso un momento utile ai fini di tutto il percorso, inoltre la discussione all'interno di piccoli gruppi, guidata dall'Ostetrica e l'incontro di ritorno dopo il parto permettono la riflessione, lo scambio e la condivisione di esperienze.

Descrizione del servizio / progetto

Nel 2025 verrà realizzato nei Consultori Familiari di ASST un progetto in cui si prevede la partecipazione dello Psicologo nei corsi di accompagnamento alla nascita, con l'obiettivo di aumentare nei futuri genitori le conoscenze sulle dinamiche emotive e relazionali che sopraggiungono con la genitorialità, al fine di aumentare la fiducia nelle proprie competenze come futuri genitori e creare uno spazio protetto di confronto, di elaborazione e di crescita tra i partecipanti che vivono l'attesa genitoriale.

Urgenze in gravidanza

Se durante il periodo della gravidanza, tra un controllo e l'altro, insorgono problemi da trattare con urgenza alle donne gravide vengono forniti i numeri telefonici delle UOC di Ostetricia e Ginecologia e delle Sale Parto degli Ospedali di ASST Pavia ai quali risponderà un'ostetrica, disponibile a tutte le ore del giorno e della notte, per fornire consigli e/o attivare una consulenza telefonica/visita di controllo con il medico di guardia.

Il travaglio e il parto

Tutto il personale delle UOC di Ostetricia e Ginecologia, si impegna ad offrire un ambiente confortevole e tranquillo nel rispetto delle esigenze della mamma, per far vivere con consapevolezza e serenità il momento della nascita, con accanto il partner o altra persona gradita.

Le partorienti che facciano richiesta, possono usufruire, presso tutte le sale parto dell'Azienda dell'analgesia per il travaglio e il parto (analgesia peridurale), se non sussistono controindicazioni e dopo aver firmato il consenso; è necessaria la visita anestesiologica da prenotarsi, presso l'ambulatorio di anestesia, all'ottavo mese di gravidanza con gli esami ematologici recenti e l'elettrocardiogramma.

E' possibile, negli Ospedali dell'Azienda, donare il sangue del cordone ombelicale.

G.7)

PERCORSO NASCITA

Incentivazione del processo di attaccamento madre-neonato (bonding)

Il mezzo più semplice ed efficace per creare un legame stabile e positivo tra i genitori e il bambino è quello di mettere il neonato nelle braccia della mamma in contatto pelle-pelle nelle due ore successive al parto, senza attuare nessuna separazione, se il loro stato di salute lo permette.

Il neonato, con la recisione del funicolo, viene affidato al pediatra che provvederà a completare la disostruzione delle prime vie aeree ed attribuire il punteggio di vitalità (Indice di Apgar). La visita medica e le manovre assistenziali sono ridotte al minimo indispensabile.

Nelle UOC di Ostetricia viene effettuato il rooming-in, quando il rooming-in non è possibile la mamma può accedere liberamente al nido.

Le Ostetriche, presenti in reparto e gli Infermieri della Neonatologia sorvegliano il benessere della neo mamma e del suo bimbo durante i primi giorni dopo il parto e sostengono l'avvio dell'allattamento al seno.

I punti nascita si adoperano per ridurre al minimo le barriere linguistiche e culturali, esistono infatti moduli in diverse lingue per la valutazione in pronto soccorso e per il consenso informato per le principali procedure effettuate nel punto nascita a madre e neonato, un interpretariato telefonico attivo 24 ore su 24, possibilità di attivare la mediazione culturale.

Screening neonatali

A tutti i neonati viene fatto un piccolo prelievo di sangue dal tallone per eseguire gli screening, obbligatorio (SNO) ed esteso (SNE) per la diagnosi precoce delle malattie metaboliche ereditarie, delle malattie neuromuscolari genetiche, delle immunodeficienze congenite severe e delle malattie da accumulo lisosomiale.

Altri esami di screening eseguiti alla nascita sono la manovra di Ortolani e di Barlow (test clinici per il rilevamento precoce della predisposizione alla lussazione congenita dell'anca), le otoemissioni (esame dell'udito) e il riflesso rosso, esami che rivestono cruciale importanza per una precoce diagnosi di eventuali danni uditivi e oculari.

Tutti i neonati, prima della dimissione dal nido, vengono sottoposti a saturimetria (misurazione quantità di ossigeno legata all'emoglobina nel sangue arterioso) ed a test di screening per le cardiopatie congenite nei neonati asintomatici.

Allattamento materno

In continuità con il progetto regionale "Sostegno dell'allattamento al seno", l'ASST ha deliberato la "Politica aziendale per la promozione dell'allattamento al seno" (Deliberazione del Direttore generale n° 508 del 30-09-2015). Il personale delle Neonatologie collabora con le Ostetriche per fornire un adeguato supporto e sostegno all'allattamento materno.

L'azienda ha organizzato corsi di formazione rivolti professionisti sanitari (Ostetriche dei Punti Nascita e dei Consultori, Infermieri delle Neonatologie e delle Pediatrie) per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno.

I Consultori Familiari di ASST promuovono e sostengono l'allattamento al seno offrendo alle donne uno spazio dedicato per valutare e risolvere insieme all'Ostetrica eventuali difficoltà che si possono incontrare durante l'allattamento.

Nei Consultori vengono, inoltre, organizzati "Gruppi di sostegno allattamento" in cui le mamme con i loro bambini possono incontrarsi piccoli in gruppi condotti dall'Ostetrica. Durante gli incontri viene, prevalentemente, trattato il tema dell'allattamento e dell'alimentazione complementare ma, questo spazio, offre alle neo mamme l'opportunità di raccontare l'esperienza del parto e di condividere in gruppo le prime esperienze di maternità e ricercare insieme le soluzioni ai problemi comuni..

Descrizione del servizio / progetto

G.7)

PERCORSO NASCITA

Si prevede di realizzare nel triennio 2025 – 2027 nei Consultori Familiari un Ambulatorio Sostegno Allattamento per offrire alle neo mamme un servizio di post dimissione dal Punto Nascita per la protezione e il sostegno dell’ allattamento gestito da personale Ostetrico formato UNICEF.

Supporto psicologico nel post-partum

Nelle strutture dell’Azienda Socio-Sanitaria Territoriale di Pavia è favorito l’attaccamento tra madre e neonato (bonding) per contrastare la depressione puerperale incrementando gli interventi di sostegno e supporto, anche psicologico e sociale, con particolare attenzione alla relazione madre-bambino.

Dimissione

Se non sussistono controindicazioni né per la mamma né per il neonato, la dimissione avviene generalmente il terzo giorno dopo il parto (solitamente la degenza è protratta di due giorni in caso di taglio cesareo) e comunque non prima delle 48 ore di vita del neonato.

Il Pediatra consegna ai genitori la lettera di dimissione contenente le informazioni relative alla gravidanza, al parto ed ai primi giorni di vita e sarà a disposizione per rispondere ad eventuali quesiti e per cercare di incoraggiare e rassicurare la mamma in un momento tanto delicato in cui viene a confrontarsi con una nuova vita.

Il colloquio, al momento della dimissione, è occasione per informare e sensibilizzare i genitori in merito all’importanza di una adesione consapevole e puntuale al calendario delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate previste dal Piano Nazionale/Regionale di Prevenzione Vaccinale vigente.

In caso di madre anamnesticamente suscettibile per MPRV (anche solo 1 delle malattie indicate) può essere effettuata, al momento della dimissione, la prima dose di vaccino MPR-V oppure possono essere forniti i contatti del CV territoriale di prossimità, inoltre, la puerpera viene informata dell’importanza di eseguire una seconda dose di vaccino dopo almeno 28 gg presso il CV territoriale.

Continuità assistenziale

A tutti i neonati, al momento della dimissione, è fissata una visita di controllo tra i 12 e i 15 giorni di vita. In caso di problemi particolari il neonato viene inserito in un programma di follow-up che prevede controlli a distanza, eventualmente in collaborazione con altri specialisti, i pediatri di libera scelta e con le strutture territoriali.

L’ecografia delle anche (screening della displasia evolutiva dell’anca) viene programmata al momento della dimissione ed eseguita tra le 4 e le 6 settimane di vita.

Al mese di vita viene effettuato, inoltre, l’elettrocardiogramma (ECG), a tutti i neonati, nell’ambito dello screening per la prevenzione delle cardiopatie congenite e della morte improvvisa del lattante con identificazione di anomalia del tracciato ECG (tratto QT lungo).

Dimissioni protette in puerperio

Nel “percorso nascita” le diverse strutture ospedaliere e le diverse figure professionali operano in modo integrato e in collegamento con le strutture territoriali.

Durante il ricovero nei Punti Nascita di ASST le neomamme, se lo desiderano, compilano la scheda di adesione al percorso “Dimissioni protette in puerperio” consegnata dalle Ostetriche del Punto Nascita. Le Ostetriche dei Consultori Familiari si recano due giorni la settimana nei Punti Nascita di ASST, illustrano il percorso delle dimissioni protette alle neomamme e ritirano le schede compilate. Le donne che hanno accettato di aderire al percorso vengono contattate telefonicamente dopo la dimissione dall’ospedale dalle Ostetriche dei Consultori che concordano con la donna il giorno e l’ora della visita domiciliare.

G.7)

PERCORSO NASCITA

Dopo la prima visita al domicilio può essere programmata un'ulteriore visita anche in collaborazione, se necessario, con l'Assistente Sociale del Consultorio.

Se i professionisti che hanno effettuato la visita domiciliare rilevano una particolare fragilità della donna che possa contemplare l'intervento da parte di altri operatori della equipe multidisciplinare, si discute il caso all'interno dell'équipe consultoriale multidisciplinare per l'eventuale presa in carico.

Nel 2025 verrà realizzato un progetto di continuità delle cure tra Ospedale e Territorio per la presa in carico della diade madre/neonato alla dimissione dal Policlinico San Matteo.

Il progetto coinvolgerà i Consultori Familiari di ASST e la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo per la presa in carico della diade madre/ neonato da parte del personale Ostetrico dei Consultori Familiari al fine di assicurare la continuità assistenziale da parte dell'Ostetrica nel periodo post natale a sostegno dei bisogni della diade madre neonato e del nucleo familiare che si manifestano dopo la dimissione dall'Ospedale.

Verrà realizzata una scheda di adesione al percorso che dovrà essere compilata e sottoscritta dalla donna ed una scheda di triage che dovrà definire i criteri per attribuire il livello di priorità di intervento (codice colore) . Il livello di priorità riportato dall'Ostetrica del Reparto di Ostetricia del Policlinico San Matteo sulla scheda di adesione al percorso permetterà di differenziare i tempi di presa in carico della diade madre/neonato da parte delle Ostetriche dei Consultori. Le Ostetriche del Consultorio, ricevuta la scheda, dovranno contattare la donna per la presa in carico. Dovrà essere predisposta una procedura condivisa tra ASST e IRCCS Policlinico San Matteo per la presa della diade madre/ bambino alla dimissione dall'Ospedale che in cui verranno declinati i livelli di responsabilità e descritte le modalità organizzative.

Massaggio neonatale

Il massaggio costituisce per il genitore un' occasione preziosa per scoprire e imparare ad ascoltare i segnali del proprio bambino, così da accoglierne i bisogni in modo attento e rispettoso, promuove uno stato di benessere e di rilassamento nel bambino e lo aiuta ad acquisire consapevolezza corporea e un' equilibrata immagine di se'.

I Consultori Familiari organizzano corsi di massaggio neonatale in piccoli gruppi per insegnare ai genitori la tecnica del massaggio.

Il corso, articolato in quattro incontri, è condotto dall'Ostetrica ed è rivolto ai genitori con bambini da uno a sei mesi di età.

Alimentazione complementare e autosvezzamento

Il passaggio da un'alimentazione prevalente liquida (latte materno o formulato) ad un'alimentazione con apporto di cibi solidi o semisolidi rappresenta una fase delicata e sensibile dello sviluppo del bambino, non solo per gli aspetti legati alla nutrizione ma anche per le relazioni con gli adulti e l'apprendimento di competenze rispetto al cibo.

I Consultori Familiari organizzano incontri dedicati al tema dell'alimentazione complementare e dell'autosvezzamento condotti dall'Ostetrica, in cui si forniscono consigli utili ai neo genitori per iniziare il percorso di svezzamento dei propri bimbi con serenità e consapevolezza. A completamento degli incontri vengono inoltre spiegate alcune precauzioni da considerare per diminuire il rischio di soffocamento e le iniziali manovre di disostruzione.

Descrizione del servizio / progetto

Ambito territoriale di realizzazione

Distretto di Pavia, Distretto Alto- basso Pavese, Comunità Montana, Distretto Broni – Casteggio, Distretto Lomellina.

PROGRAMMAZIONE DEL TRIENNIO 2025-2027

G.7)

PERCORSO NASCITA

Attori/Enti coinvolti	Distretti -IRCCS Policlinico San Matteo
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	Medici, Ostetriche, Assistenti Sociali e Psicologi dei Consultori Familiari Medici, Infermieri e Ostetriche dei Punti Nascita MMG/PLS-
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	Si
Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027
Indicatore e risultato atteso	Promuovere attivamente l'informazione, la scelta consapevole e l'alfabetizzazione (health literacy) rispetto all'offerta assistenziale dei servizi di salute (percorso nascita) rivolti alla donna, ai bambini e alle famiglie. Aumentare l'accessibilità, l'integrazione e l'efficacia dei servizi socio-sanitari. Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione nei bambini sino al terzo anno di età attraverso la promozione di "competenze per la salute" nei genitori e lo sviluppo di reti e collaborazioni multidisciplinari tra le strutture.

G.8)

GESTIONE DELLA DEPRESSIONE POST PARTUM: ATTIVAZIONE DI UN PROGRAMMA “PENSARE POSITIVO” PER GLI INTERVENTI PSICOLOGICI A BASA INTENSITÀ.

Durante la gravidanza e dopo il parto, si manifestano diversi cambiamenti fisici ed emotivi che possono rendere fragili e vulnerabili le donne, portando allo sviluppo di disturbi di tipo psicologico. Tale fenomeno può essere limitato ad un periodo di tempo di 10, 15 giorni, come conseguenza degli sbalzi ormonali che comporta l'evento del parto, e quindi rientrare con il ristabilirsi di un equilibrio sistematico nell'organismo della donna; in tale caso si parla di baby blues. Se invece gli sbalzi dell'umore e l'instabilità emotiva permangono, andando verso una possibile cronicizzazione dello stato depressivo, allora si deve considerare un disturbo di depressione post partum – DPP - .

Tale condizione depressiva, oltre ad avere dirette conseguenze dirette sulla salute delle donne, interferisce sulla relazione madre-bambino, con dirette conseguenze a lungo termine sullo sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino.

Pertanto è importante rafforzare la rete di prevenzione e diagnosi precoce per tutte le problematicità legate alla gravidanza, al parto ed al puerperio con particolare attenzione alle condizioni di rischio che potrebbero evolvere in un disturbo conclamato.

Una più proficua collaborazione tra i Punti Nascita di ASST, i CPS, gli SPDC, la NPIA con i Consultori Familiari può ridurre lo stigma verso i Servizi di Salute Mentale facilitando la richiesta di aiuto ai Servizi quando emergessero sentimenti di stampo depressivo o ansioso significativi. Il modello di riferimento sarà un approccio olistico che tenga conto sia della salute fisica che di quella psichica delle donne, garantendo un trattamento comprensivo ed efficace con un'attenzione particolare al periodo del post partum ed alla cura del bambino.

Criticità o razionale del progetto

LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
-----	-----	-----	-----	-----	-----

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

AT6

AT7

x

Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)

Destinatari specifici dell'intervento (target)

Donne in stato di gravidanza e nel periodo del post partum, bambini fascia 0 -3 anni, famiglie

Descrizione del servizio / progetto

I servizi offerti dai **Punti Nascita di ASST** prevedono la valutazione del rischio di depressione peripartum tramite una batteria di test autosomministinati in tre momenti definiti:

- 20esima settimana (in concomitanza con l'ecografia morfologica), dove verranno raccolti il consenso informato e le informazioni socio-demografiche (tramite apposita scheda anagrafica) e verranno consegnati i test di Edimburgo (screening depressione post partum), ECR (per la valutazione dello stile di attaccamento), MSPSS (per la valutazione del supporto sociale percepito) e Brief cope Scale (per la valutazione delle strategie di coping);

G.8)

GESTIONE DELLA DEPRESSIONE POST PARTUM: ATTIVAZIONE DI UN PROGRAMMA “PENSARE POSITIVO” PER GLI INTERVENTI PSICOLOGICI A BASSA INTENSITÀ.

- 37esima settimana (in occasione del prericovero) in cui verrà riconsegnata la scala di Edimburgo;
- alla 3 - 4a settimana post partum (durante la visita ginecologica di controllo o la visita neonatale), con ulteriore valutazione della scala di Edimburgo.

Nel caso di riscontro al test di Edimburgo di punteggi indicativi per rischio moderato o grave, o se emergono dati clinici suggestivi di malessere psichico, è stato istituito un apposito spazio di valutazione psichiatrica presso gli ambulatori di Voghera e Vigevano. Qualora sussistano condizioni cliniche particolari che riguardano il neonato, è previsto un intervento dei Neuropsichiatri Infantili.

Nei **Consultori Familiari** di ASST Pavia, al fine di intercettare precocemente le situazioni a rischio di sviluppare una depressione perinatale, si propone a tutte le donne gravide che afferiscono agli ambulatori ostetrici di compilare la scala di Edimburgo (Edinburgh Postnatal Scale – EPDS), un questionario autosomministrato validato a livello internazionale.

L'EPDS per la valutazione del rischio di depressione perinatale viene proposto alle donne in due momenti:

- alla 20° - 22° settimana di gravidanza in occasione della visita ostetrica,
- entro 30- 40 giorni dal parto in occasione della visita post partum.

Se il risultato del questionario fosse positivo l'ostetrica e/o il ginecologo informano la donna sulla necessità di effettuare un colloquio congiunto con l'Assistente Sociale e lo Psicologo del Servizio. Se la donna consente ad effettuare il colloquio, l'Ostetrica informa con mail l'Assistente Sociale e lo Psicologo che provvederanno a contattare la donna per la presa in carico.

Se lo stato depressivo dovesse risultare particolarmente acuto e grave, da rendere necessario un intervento farmacologico, lo Psicologo effettuerà un invio accompagnato della donna al Servizio Psichiatrico territorialmente competente per una presa in carico congiunta.

Il personale Ostetrico dei Consultori Familiari nell'ambito del progetto “Pensare Positivo”, potenziando l'attività di Home Visiting, può fornire alle donne con depressione perinatale medio – lieve, attraverso un approccio psicoeducativo di bassa intensità, un intervento di sostegno alla perinatalità.

Descrizione del servizio / progetto	<ul style="list-style-type: none"> - alla 20° - 22° settimana di gravidanza in occasione della visita ostetrica, - entro 30- 40 giorni dal parto in occasione della visita post partum. <p>Se il risultato del questionario fosse positivo l'ostetrica e/o il ginecologo informano la donna sulla necessità di effettuare un colloquio congiunto con l'Assistente Sociale e lo Psicologo del Servizio. Se la donna consente ad effettuare il colloquio, l'Ostetrica informa con mail l'Assistente Sociale e lo Psicologo che provvederanno a contattare la donna per la presa in carico.</p> <p>Se lo stato depressivo dovesse risultare particolarmente acuto e grave, da rendere necessario un intervento farmacologico, lo Psicologo effettuerà un invio accompagnato della donna al Servizio Psichiatrico territorialmente competente per una presa in carico congiunta.</p> <p>Il personale Ostetrico dei Consultori Familiari nell'ambito del progetto “Pensare Positivo”, potenziando l'attività di Home Visiting, può fornire alle donne con depressione perinatale medio – lieve, attraverso un approccio psicoeducativo di bassa intensità, un intervento di sostegno alla perinatalità.</p>
Ambito territoriale di realizzazione	Distretto di Pavia, Distretto Alto - Basso Pavese, Distretto Lomellina, Distretto Oltrepo' -Comunità Montana, Distretto Broni - Casteggio.
Attori/Enti coinvolti	Distretti, Ostetriche, Infermieri dei Punti Nascita, istetriche, Psicologi e Assistenti Sociali dei Consultori Familiari.
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	In organico:Medici Specialisti in Ginecologia, Pediatria , Psichiatri ae Neuropsichiatri Infantili Ostetriche, Psicologi, Assistenti Sociali,
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	Si
Anno Avvio / Anno Fine	2025 – 2027.
Indicatore e risultato atteso	Incremento degli interventi sulla depressione post partum, numero delle donne intercettate nel loro stato depressivo. Miglioramento della condizione psicofisica della donna nella fase della maternità. Miglioramento del rapporto con il neonato e nella gestione dell'impegno necessario per tenere il ruolo materno funzionale al bisogno del neonato.

G.9)

Criticità o razionale del progetto

PROGETTO SALUTE INFANZIA

Il «Progetto salute infanzia è costituito da un piano base che preveda almeno sei bilanci di salute, pianificati in età che possono permettere adeguati interventi di educazione sanitaria e profilassi delle malattie infettive in coerenza con il Patto per la Salute e con il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale

Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)

	LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
AT1						
AT2						
AT3						
AT4						
AT5						
AT6						
AT7			X			

Destinatari specifici dell'intervento (target)

Bambini fino ai 5/6 anni

Sono previsti un minimo di 5 bilanci di salute da eseguirsi nella fascia d'età 0-6 anni con il seguente calendario:

60-90 gg

180 gg +/-30gg

-30 gg/360 gg/+60 gg

24 mesi +/-120gg.

3 anni +/-180gg.

5/6 anni.

Nei bilanci, differenziati per età, vengono effettuate le seguenti azioni:

Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica

Valutazione psicomotoria e sensoriale

Valutazione linguaggio

Prevenzione incidenti da trasporto in auto.

Prevenzione Sids

Prevenzione complicanze da fumo passivo

Sostegno all'allattamento al seno

Prevenzione incidenti domestici

Prevenzione disturbi alimentari soprappeso ed obesità

Informazione e promozione attiva delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate previste dal PNPP/PRPP vigente

Riflesso rosso pupillare (test di Bruckner)

Riflessi pupillari

Questionario di rilevazione delle capacità uditive

Stereo test di Lang

Cover test

Podoscopia

Test di acuità visiva

Descrizione del servizio / progetto

PROGRAMMAZIONE DEL TRIENNIO 2025-2027

G.9)

PROGETTO SALUTE INFANZIA

Ambito territoriale di realizzazione	Distretto di Pavia, Distretto Alto - Basso pavese, Distretto Lomellina, Distretto Oltrepo' e Comunità Montane, Distretto Broni - Casteggio.
Attori/Enti coinvolti	Distretto di Pavia, Distretto Alto - Basso Pavese, Distretto Lomellina, Distretto Oltrepo' -Comunità Montana, Distretto Broni - Casteggio.
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	Cure Primarie
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	Si/No
Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027
Indicatore e risultato atteso	<p>a) rilevamento epidemiologico sulla popolazione infantile delle patologie invalidanti e delle patologie emergenti;</p> <p>b) rilevamento di fattori di rischio sociale, neuroevolutivo, sensoriale e di sviluppo per effettuare una precoce diagnosi e presa in carico delle patologie croniche;</p> <p>c) effettuazione di adeguati interventi di educazione sanitaria; mantenimento/miglioramento degli obiettivi di copertura vaccinale.</p>

G.10)

Criticità o razionale del progetto

INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA (IVG)

La donna può richiedere la IVG entro i primi 90 gg di gravidanza.

Dal 2020 è possibile il ricorso alla IVG con metodo farmacologico per i casi fino alla 9° settimana compiuta (63° giorno di amenorrea) evitando l'intervento chirurgico in anestesia generale di revisione cavitaria.

Nei secondi 90 gg, il ricorso alla IVG è permesso nei casi in cui la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna oppure siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro che determinino un grave pericolo per la salute psichica o fisica della donna.

LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
-----	-----	-----	-----	-----	-----

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

AT6

AT7

X

Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)

Destinatari specifici dell'intervento (target)

Donne gravide che richiedono IVG (maggiorenne/minorenne/oltre i 90 gg di gestazione)

Descrizione del servizio / progetto

La richiesta di IVG è accolta o dall'Ostetrica del Consultorio Familiare o dall'assistente sociale.

L'ostetrica richiede esito test di gravidanza eseguito in laboratorio per verificare che l'età gestionale rientri nei parametri di legge (< 90 gg) e prenota un appuntamento entro 7 gg con il ginecologo e l'assistente sociale.

L'assistente sociale fornisce tutte le informazioni necessarie e prevede un colloquio come spazio di ascolto e riflessione sulle motivazioni che hanno indotto la scelta di effettuare IVG.

Il medico ginecologo effettua visita per datazione e valutazione gravidanza e redige le certificazioni di gravidanza per IVG prima/oltre 12° sett; fornisce informazioni sulle tecniche abortive, sul post-IVG, sui vari metodi contraccettivi e propone la vista di controllo post-IVG.

Psicologo effettua colloqui di sostegno, con eventuale presa in carico.

In caso di **minorenne**, verranno indirizzate ai consultori in cui è presente lo Spazio Giovani (Pavia, Vigevano, Voghera); la ragazza < 18 anni necessita dell'assenso di chi esercita la potestà genitoriale (assenso di entrambi i genitori anche in caso di separazione con affido esclusivo) o la tutela o del Giudice Tutelare. Assistente Sociale e Psicologo prevedono eventuali incontri con i genitori e redigono la relazione da inviare al G.T. entro 7 gg dalla richiesta

IVG oltre i 90 gg, la certificazione attestante lo stato di grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna, anche minore, deve essere redatta da un medico ginecologo della struttura ospedaliera in cui verrà effettuato l'intervento e deve essere corredata dalla relazione del Medico Psichiatra o Neuropsichiatra Infantile o dallo specialista competente per la patologia compromettente la salute fisica della donna.

In consultorio i Ginecologi SAI possono eseguire ecografie per la datazione della gravidanza

Una volta ottenuto il certificato di gravidanza per IVG deve presentarsi nei reparti di Ostetricia/Ginecologia dei Presidi Ospedalieri di ASST per prenotare pre-ricovero e data di intervento.

G.10)

INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA (IVG)

Il ricovero in caso di procedure chirurgica avviene in regime di Day Surgery e prevede la dimissione nella stessa giornata ed eventuale prescrizione di metodo contraccettivo.

Descrizione del servizio / progetto
Il ricovero in caso di procedura farmacologica avviene in regime di Day Hospital e comunque entro il 63° giorno di gravidanza.

La visita di controllo è prevista a 20/30 gg con referto di test di gravidanza recente.

Alla dimissione viene eseguita immunoprofilassi antiD per le donne con gruppo sanguigno RH negativo.

Ambito territoriale di realizzazione Distretto di Pavia, Distretto Alto e Basso pavese, Distretto Lomellina, Distretto Oltrepo' e Comunità Montane, Distretto Broni - Casteggio.

Attori/Enti coinvolti Distretti

Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto Consultori Familiari e Presidi Ospedalieri di ASST , Medici specialisti in Ginecologia e Medici specialisti in psichiatria, Ostetrica ospedaliera/consultoriale, Assistente Sociale, Psicologo,

Progettualità presente anche nel Piano di Zona Sì

Anno Avvio / Anno Fine 2025-2027

Indicatore e risultato atteso Offrire alla donna che richiede di interrompere una gravidanza un adeguato percorso che la aiuti ad effettuare una scelta consapevole e responsabile e favorisca il ritorno della donna al Consultorio Familiare dopo la IVG, al fine di essere accompagnata per una corretta educazione dell'affettività e sessualità.

G.11)

Criticità o razionale del progetto

PROGETTI AUTINCA E DIAPASON

Finalità principale del Piano e quindi dei Progetti è la realizzazione di una rete integrata e interdisciplinare, che faciliti l'individuazione precoce delle persone a rischio di ASD, favorendo l'attivazione del percorso diagnostico in tempi rapidi e certi e che garantisca in modo sostenibile la cura, l'abilitazione e riabilitazione della persona, in base a priorità specifiche e intensità differenziate per fasce d'età e profili di funzionamento

Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)

	LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
--	-----	-----	-----	-----	-----	-----

AT1
AT2
AT3
AT4
AT5
AT6
AT7

X

Destinatari specifici dell'intervento (target)

Soggetti con sospetto disturbo dello spettro autistico o con diagnosi di disturbo dello spettro autistico (fascia d'età 18 mesi – età adulta) e famiglie

I Progetti si articolano sui seguenti obiettivi specifici:

1 - **diagnosi precoce**, attraverso screening mirato da parte dei pediatri di libera scelta e invio in fast track per il percorso di valutazione presso la UONPIA territoriale di riferimento.

2 - attivazione o implementazione di percorsi per PcASD nella fascia d'età 7 – 21 anni finalizzati a:

- mantenimento e sviluppo di competenze comunicative e sociali;
- prevenzione dei comportamenti problema;
- sviluppo delle autonomie;
- presa in carico del nucleo familiare

3 - **continuità della presa in carico** con particolare attenzione alla fase di transizione dall'età evolutiva all'età adulta, attraverso la costituzione di équipe funzionali integrate per la transizione, di équipe funzionali per l'età adulta e di équipe specialistiche psichiatriche per le persone con ASD.

4 - Sviluppo di percorso per la gestione di persone con ASD con gravi disturbi del comportamento – attivazione di un équipe con funzione di supervisione e supporto (ASST Pavia referente di tale obiettivo)

5 - programmi formativi rivolti in particolare alle équipe specialistiche psichiatriche + programmi per la gestione dei comportamenti problema, in primis non farmacologica, rivolti agli operatori delle ASST/IRCSS, estendendo la platea dei destinatari anche gli operatori afferenti alla rete delle unità di offerta sociosanitarie (quali RSD, CDD, CSS).

6- Sviluppo e potenziamento del modello di rete DAMA

Descrizione del servizio / progetto

Ambito territoriale di realizzazione

Distretto di Pavia, Distretto Lomellina, Oltrepo' Pavese-Comunità Montana, Broni-Casteggio, Alto-Basso Pavese

Attori/Enti coinvolti

Case di comunità, Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, Psichiatria, Cure Primarie, Università di Pavia, Presa in carico fragilità e disabilità

G.11)

PROGETTI AUTINCA E DIAPASON

Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto

Presenti in azienda: Medici specialisti in Neuropsichiatria Infantile e in Psichiatria, Psicologi Psicoterapeuti, TerP, TNPEE, Logopedista.

Tutte le figure professionali presenti andranno implementate a seguito dell'estensione della progettualità

Progettualità presente anche nel Piano di Zona

Si sul sociale – attivazione di Progetti ad hoc per le persone con ASD

Anno Avvio / Anno Fine

2024 – 31.03.2026

Indicatore e risultato atteso

- Diagnosi precoce con protocolli definiti e presa in carico precoce del bambino con sospetto ASD
- Attivazione di percorsi di transizione verso l'età adulta, con attivazione di equipe dedicata
- Riduzione dei comportamenti problema e/o migliore gestione degli stessi con conseguente riduzione dei ricoveri ospedalieri o della messa in atto di misure di contenzione farmacologica.
- Formazione agli operatori sia sanitari che socio-sanitari
- Sviluppo della rete DAMA

G.12)

PROGETTO "#UP- PERCORSI PER CRESCERE ALLA GRANDE"

Criticità o razionale del progetto

La misura nasce con l'obiettivo di rispondere in modo personalizzato alle esigenze dei giovani in condizione di disagio per favorirne l'autonomia e l'inclusione sociale, attraverso l'offerta di servizi dedicati, flessibili e integrati che vengono attuati attraverso il coinvolgimento di enti erogatori selezionati da ATS Pavia con manifestazione di interesse in base ai requisiti regionali richiesti.

LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
-----	-----	-----	-----	-----	-----

AT1
AT2
AT3
AT4
AT5
AT6
AT7

X

Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)

Destinatari specifici dell'intervento (target)

Giovani di età compresa tra gli 11 ed i 25 anni

Descrizione del servizio / progetto

La fascia d'età individuata corrisponde alla cosiddetta età di transizione. Gli interventi psico socio educative sono rivolti al sostegno in situazioni familiari difficili, eventi di vita stressanti, coinvolgimento in gruppi a rischio, isolamento sociale, abbandono scolastico, bisogno di supporto educativo e formativo, mancanza di progettualità individuale. Strumenti per l'attuazione del progetto sono patto di collaborazione e responsabilità con coinvolgimento della famiglia e individuazione di case manager e coordinatore di progetto.

Ambito territoriale di realizzazione

Distretto di Pavia, Distretto Alto- Basso Pavese, Distretto Lomellina, Distretto Oltrepo' - Comunità Montane, Distretto Broni - Casteggio

Attori/Enti coinvolti

Distretti, DSMD, Consultori, ATS, Enti erogatori, Ambiti e Piani di Zona, Scuole

Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto

Presenti in azienda: Assistenti Sociali, Psicologi, Educatori professionali
Tutte le figure professionali presenti andranno implementate a seguito dell'estensione della progettualità

Progettualità presente anche nel Piano di Zona

Si

Anno Avvio / Anno Fine

2023-2027

Indicatore e risultato atteso

Miglioramento dell'autonomia e dell'inclusione sociale dei giovani e delle loro famiglie.

G.14)

ADOLESCENTI E SALUTE MENTALE

Criticità o razionale del progetto

L'intervento è rivolto agli adolescenti residenti nel territorio di Pavia, che accedono (in urgenza) ai PS del territorio, ovvero presso i MMG, i PLS, gli specialisti ambulatoriali NPIA o ancora in seguito ad un ricovero presso reparto di NPIA. In considerazione della delicatezza delle situazioni cliniche, non vengono definiti criteri di esclusione. Sulla base dell'esperienza sviluppata, l'accesso al Progetto avviene per: agiti etero-aggressivi e comportamenti antisociali; sintomi depressivi, ideazione suicidaria, agiti auto lesivi; ansia generalizzata, attacchi di panico; sintomatologia dispercettiva e disturbi del pensiero; disturbi dell'adattamento, pregresse esperienze traumatiche, situazioni oggetto di decreto del Tribunale per i Minorenni, uso di sostanze; manifestazioni somatoformi; difficoltà relazionali e ritiro scolastico e sociale.

Si intende garantire un percorso di cura in continuità tra servizi territoriali, ricovero ospedaliero e presa in carico successiva alla dimissione; il modello operativo è mirato alla costruzione di un piano terapeutico specifico in un'area di intervento prioritaria e all'integrazione "in rete" di interventi diversificati, al fine del recupero clinico e sociale dell'adolescente.

	LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
AT1						
AT2						
AT3						
AT4						
AT5						
AT6						
AT7			X			

Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)

Rivolto a soggetti residenti sul territorio della Provincia di Pavia in età evolutiva ed in particolare ad adolescenti con psicopatologia in fase acuta o subacuta di età compresa tra gli 11 e i 17 anni e 11 mesi ed al loro nucleo familiare.

L'intervento è articolato secondo una prima fase di valutazione (colloquio clinico di valutazione, intervista semi-strutturata con scale standardizzate con l'adolescente e con i genitori, test proiettivi, valutazione cognitiva se necessario) ed una seconda fase, laddove necessario, di psicoterapia individuale o di gruppo.

All'interno di ASST e in particolare del DSMD viene ricercato il raccordo con altre Unità operative e Progetti inerenti alla fascia di età tardo-adolescenziale e prima età adulta, con particolare riguardo alla età di transizione (es: "Progetto TR65 Budget di Salute" e "La Bussola").

Per la gestione di alcune situazioni familiari multiproblematiche condivise tra diverse UO del DSMD, in casi di alta complessità di minorenni che usano sostanze, riveste un particolare rilievo il funzionamento di rete con il SerD.

Si mantengono e consolidano i rapporti di rete sul territorio, sia mirati alla presa in carico della singola situazione clinica, sia di rapporti interistituzionali, in particolare con scuole, Servizi Tutela Minori e Servizi Sociali di Piano di Zona, Consultori pubblici e privati accreditati, SerD, gruppo interistituzionale dedicato presso la Prefettura.

Destinatari specifici dell'intervento (target)

G.14)

ADOLESCENTI E SALUTE MENTALE

La partecipazione attiva dei pazienti e delle loro famiglie è un elemento essenziale del percorso e gli interventi necessari sono specifici, multimodali, complessi e in continua trasformazione; nell'ottica di una presa in carico globale dell'adolescente e della famiglia appare importante l'attivazione di risorse per incrementare ulteriormente lo spazio di ascolto e supporto offerto ai genitori, affiancando un clinico dedicato alla presa in carico della famiglia e al sostegno della genitorialità. Intendiamo inoltre promuovere la realizzazione di gruppi di sostegno per i genitori di minori (gruppo di auto-mutuoaiuto in collaborazione con il Consultorio Familiare di ASST di Voghera).

È stata avviata l'attività di psicoterapia di gruppo, che si è dimostrato di grande interesse nei casi che presentavano un quadro clinico relativamente stabile.

Allo scopo di consolidare ulteriormente l'attività di supporto al minore e alla famiglia, si è potenziato in collaborazione con il CPS dell'Oltrepò la presenza della figura dell'educatore professionale/tecnico della riabilitazione psichiatrica con esperienza specifica per l'età adolescenziale, prevedendo di poter realizzare interventi anche presso il domicilio prima che si arrivi alla fase acuta; con funzione di accompagnamento e protezione in fase di dimissione; per prevenzione di possibili riacutizzazioni e in alternativa al collocamento in centro diurno o semiresidenzialità. Tale supporto mirato fornito da un intervento educativo professionale, con eventuale intervento presso il domicilio o anche in appoggio alla prima fase di ricovero, può sostenere sin dall'inizio la famiglia e fondare il successivo lavoro di presa in carico.

Gli educatori professionali o tecnici della riabilitazione psichiatrica (TerP) afferenti al Progetto possono intervenire, in casi specifici, anche nelle situazioni di adolescenti con problemi psichiatrici o comportamentali temporaneamente ricoverati presso i reparti dell'Azienda (Pediatrica o SPDC), in integrazione con il lavoro di consulenza effettuato dai medici NPI.

L'esperienza psico-educativa nel gruppo può costituire un elemento chiave per l'integrazione degli interventi di presa in carico in particolare, ma non solo, in fase di dimissione da un ricovero in reparto NPIA, essendo potenzialmente orientata anche alla riduzione del rischio di ospedalizzazioni successive ripetute e il contenimento del ricorso a strutture riabilitative residenziali.

Potrà essere ricercato e potenziato il raccordo con i Progetti all'interno del DSMD attivati per la fascia di età tardo adolescenziale e prima età adulta, per l'individuazione precoce degli esordi psicotici e l'assessment dedicato per i disturbi della personalità "Intervento integrato di presa in carico di soggetti con disturbi della personalità, con particolare riferimento al Disturbo Borderline" (TR93).

Prosegue la collaborazione con gli operatori del Laboratorio Autismo, Centro Universitario di ricerca afferente al Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento dell'Università di Pavia, con particolare riguardo all'età di transizione. In linea con gli obiettivi del Piano Regionale Autismo è stato attivato sia il Progetto AUTINCA e DIAPASON.

Connessione con il Progetto (TR64) del DSMD "Intervento integrato di educazione, riconoscimento e presa in carico di soggetti soggetti adolescenti e giovani adulti con disturbo dello spettro autistico insieme ai loro familiari e caregiver". Distretto di Pavia, Distretto Alto - Basso Pavese, Distretto Lomellina, Distretto Oltrepo'-Comunità Montana, Distretto Broni - Casteggio.

PROGRAMMAZIONE DEL TRIENNIO 2025-2027

G.14)

ADOLESCENTI E SALUTE MENTALE

Destinatari specifici dell'intervento (target)

Distretti, DSMD, Pronto Soccorso, Pediatria, Presidi Ospedalieri, Consultori, Cure Primarie, Ambiti e Piani di Zona, Servizio Tutela Minore

Presenti in azienda: Medici specialisti in Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e in Psichiatria, Psicologi, Psicoterapeuti, Assistenti Sociali, Terapisti della Riabilitazione Psichiatrica, Educatori Professionali Tutte le figure professionali andranno implementate per le finalità delle progettualità

Si

2025 – 2027

La valutazione dei risultati e degli obiettivi clinici raggiunti verrà svolta attraverso regolari e periodiche riunioni sia sul singolo caso che di tipo organizzativo tra equipe dedicata, equipe dei Servizi di NPIA; la compilazione di questionari specifici per aree e l'oggettivazione dell'andamento generale tramite compilazione della Children Global Assessment Scale (C-GAS) e della Clinical Global Impression (CGI) e la verifica della riduzione degli accessi in PS e dei ricoveri nei reparti di NPI, Pediatria e SPDC.

Descrizione del servizio / progetto

Al fine di ottimizzare il processo è in previsione, da parte della SSD Psicologia Clinica la creazione di un tavolo interaziendale che consenta di migliorare ulteriormente la rete Interservizi e ridurre i tempi di attesa dei procedimenti.

In particolare sono da sviluppare modelli per attribuire correttamente le richieste di valutazione pervenute alle strutture aziendali di competenza per il governo delle stesse; definire ruoli, responsabilità delle figure professionali coinvolte nella pianificazione/realizzazione dell'attività richiesta; determinare i tempi entro i quali effettuare le valutazioni richieste; favorire la comunicazione tra i referenti dei Servizi coinvolti nell'attività valutativa del caso; valutare eventuali necessità formative degli operatori.

**Ambito territoriale di realizzazione
(di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)**

Distretto di Pavia, Distretto Alto-Basso Pavese, Distretto Lomellina, Distretto Oltrepo'- Comunità Montana, Distretto Broni-Casteggio

Attori/Enti coinvolti

Ambiti e Piani di Zona, Consultori, Psicologia Clinica, DSMD

**Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto
(specificando se già presenti in organico)**

Psicologi, Assistenti Sociali, Medici specialisti in Psichiatria e Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza

Progettualità presente anche nel Piano di Zona

Si

Anno Avvio / Anno Fine

2024 - 2027

Indicatore e risultato atteso

Favorire la comunicazione della rete Interservizi e ridurre i tempi di attesi dei procedimenti

LA VALUTAZIONE **336**





LA VALUTAZIONE

La programmazione delle politiche promosse e definite dal Piano di Zona richiede la messa in campo di una dimensione valutativa che accompagni l'intero processo di programmazione.

Si tratta di attivare una forma di ricerca sociale applicata e realizzata in maniera integrata con le fasi di programmazione, progettazione e intervento, avente come scopo la riduzione della complessità decisionale attraverso l'analisi degli effetti diretti e indiretti, attesi e non attesi, voluti e non voluti, dell'azione, compresi quelli non riconducibili ad aspetti materiali.

La valutazione deve essere assunta come una dimensione interna al processo di programmazione e che coinvolge quindi tutti gli attori del processo. Necessita di una modalità condivisa di raccolta di informazioni di varia natura, di una dimensione interpretativa, di un utilizzo al fine di assumere (nuove) decisioni.

La valutazione deve anche essere impostata secondo un criterio di sostenibilità e praticabilità, ovvero deve utilizzare modalità che siano facilmente utilizzabili dagli attori del sistema locale e non diventino una sovra-struttura degli interventi.

Si evidenzia la necessità di attivare modalità di valutazione che accompagnino tutto il processo di programmazione attraverso uno sforzo di maggiore coordinamento territoriale; obiettivo sentito e condiviso nei tavoli di co programmazione dove la valutazione è stata oggetto di una discussione condivisa che ha fatto emergere la necessità di avere a disposizione una modalità condivisa di raccolta di informazioni di varia natura, di una dimensione interpretativa, di un utilizzo al fine di assumere (nuove) decisioni.

Il Piano di zona è uno degli strumenti di programmazione delle politiche sociali di un determinato territorio; e al fine di sostenere la programmazione, come evidenziato nel processo stesso attuato per la pianificazione zonale, è necessario porre attenzione a diverse fasi:

- la raccolta sistematica di dati e informazioni e l'analisi dei bisogni presenti a cui si vuole dare risposta

- la programmazione dei servizi e degli interventi
- il monitoraggio degli stessi nelle diverse fasi di attuazione
- la valutazione al fine della verifica degli esiti e della eventuale ri-programmazione.

In questo processo la valutazione consente di riconoscere e valorizzare i risultati conseguiti o, viceversa le criticità o la non adeguatezza degli interventi, permette di orientare correttamente le scelte e ri-programmare l'utilizzo delle risorse disponibili in modo che siano allocate nel modo più efficiente ed efficace.

La programmazione delle politiche promosse e definite dal Piano di Zona richiede la messa in campo di una dimensione valutativa che accompagni l'intero processo di programmazione. Si tratta di attivare una forma di ricerca sociale applicata e realizzata in maniera integrata con le fasi di programmazione, progettazione e intervento, avente come scopo la riduzione della complessità decisionale attraverso l'analisi degli effetti diretti e indiretti, attesi e non attesi, voluti e non voluti, dell'azione, compresi quelli non riconducibili ad aspetti materiali.

La valutazione deve anche essere impostata secondo un criterio di sostenibilità e praticabilità, ovvero deve utilizzare modalità che siano facilmente utilizzabili dagli attori del sistema locale e non diventino una sovra-struttura degli interventi.

In quest'ottica, l'ufficio Piano di Zona intende seguire di un preciso iter metodologico per la valutazione che può essere delineato attraverso un percorso che prevede i seguenti passaggi:

- il fine della valutazione;
- le dimensioni oggetto della valutazione;
- i criteri di valutazione;
- i misuratori e gli indicatori;
- gli strumenti e le fonti informative.

La finalità della valutazione è volta, da un lato, a evidenziare e rendicontare all'esterno quanto realizzato a seguito delle scelte programmate, e dall'altro lato, ad apprendere e acquisire nuovi elementi dall'esperienza maturata.

Ne consegue una dimensione valutativa a duplice valenza, e precisamente:

- l'aspetto relativo all'implementazione del Piano di Zona, inteso come misurazione dei risultati (messa a fuoco del "quantum" della pianificazione distrettuale);
- l'aspetto relativo alla governance, intesa come strumento di condivisione e di sviluppo dell'integrazione (analisi sulle modalità del processo di pianificazione sviluppato).

Per realizzare la valutazione occorre dotarsi di un sistema di monitoraggio e raccolta informazioni, che permetta di acquisire elementi quantitativi e qualitativi nel corso del tempo. La dimensione del monitoraggio attiene più strettamente alla definizione di indicatori di risultato interni ai singoli obiettivi.

Per ogni obiettivo/intervento sono stati definiti, a cura dell'Ufficio di Piano, gli specifici dati, informazioni e strumenti utili a alimentare il sistema di monitoraggio, a partire da un format qui sotto esemplificato.

A partire dalla raccolta e analisi degli indicatori definiti, può essere sviluppata la fase interpretativa del processo di valutazione . Tale fase avviene tramite un confronto e scambio tra gli attori del sistema locale, per arrivare alla formulazione di un giudizio sull'opportunità o meno delle scelte fatte, proponendosi anche di individuare i possibili sviluppi futuri tenendo conto sia degli elementi emersi sia di tutti quegli aspetti che non erano prevedibili a priori. Da questi elementi è possibile riorientare la programmazione.

La fase interpretativa della valutazione si sviluppa tramite alcune domande, con cui identificare ipotesi qualitative per comprendere le conseguenze di un intervento e gli impatti sulle persone beneficiarie e sul contesto territoriale.

Il monitoraggio dei servizi e delle azioni, inteso come raccolta periodica di dati e analisi quali-quantitativa di quanto realizzato, è un'attività che nel tempo è stata sempre più presidiata ed ha assunto una sistematicità; ci si è dotati progressivamente di strumenti di reportistica e restituzione di dati ai diversi stakeholders, di documenti di rendicontazione rivolti a soggetti istituzionali, di analisi di carattere qualitativa svolta tramite il confronto e la condivisione degli esiti nei diversi tavoli o gruppi di lavoro.

In riferimento all'argomento si riporta la seguente reportistica realizzata periodicamente in modo sistematico:

- Analisi annuale Spesa Sociale Comuni e gestione associata
- FSR – analisi delle risorse assegnate annualmente per area e unità d'offerta

LA VALUTAZIONE SOCIALE

- Misure nazionali e regionali FNA Misura B2, Reddito di autonomia, Dopo di noi, Reddito di cittadinanza – analisi beneficiari e utilizzo risorse assegnate
- Reportistica derivante dalla CSI Cartella sociale informatica.
- Monitoraggio obiettivi di programmazione zonale

Il sistema di valutazione, in base alle prime indicazioni qui riportate, sarà definito ed elaborato dall’Ufficio di Piano e sarà da esso coordinato.

La valutazione del Piano di Zona avverrà, in coerenza con la scelta compiuta nel processo di definizione del Piano stesso, coinvolgendo i stakeholders.

Dicembre 2024

Stampato in proprio



CARBONARA AL TICINO



CAVA MANARA



MEZZANA RABATTONE



PAVIA



SAN GENESIO ED UNITI



SAN MARTINO SICCOMARIO



SOMMO



TORRE D'ISOLA



TRAVACO' SICCOMARIO



VILLANOVA D'ARDENGHI



ZERBOLO'



ZINASCO