



COMUNE DI CISLAGO

PROVINCIA DI VARESE

**DELIBERAZIONE DI GIUNTA COMUNALE
N. 28 DEL 21/03/2022**

VERBALE DI DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA COMUNALE N.28 DEL 21/03/2022

OGGETTO:

PRESA D'ATTO DEL PIANO DI ZONA DEL DISTRETTO DI SARONNO PER IL TRIENNIO 2021-2023 E DEL COLLEGATO SCHEMA DI ACCORDO DI PROGRAMMA.

L'anno duemilaventidue addì ventuno del mese di marzo con inizio alle ore 18:00, sono stati convocati a seduta i componenti la Giunta Comunale.

All'appello risultano:

Cognome e Nome	Presente
1. STEFANO CALEGARI - Sindaco	Sì
2. ROMINA CODIGNONI - Vice Sindaco	Sì
3. GIAMPAOLO MAZZUCHELLI - Assessore	Sì
4. CHIARA BROLI - Assessore	Sì
5. MICHELE UBOLDI - Assessore	Sì
	Totale Presenti: 5
	Totale Assenti: 0

Partecipa all'adunanza il Segretario Generale Avv. GIOVANNI ANTONIO COTRUPI .

Essendo legale il numero degli intervenuti, il Sig. STEFANO CALEGARI - Sindaco, assume la Presidenza e dichiara aperta la seduta per la trattazione dell'oggetto sopra indicato.



COMUNE DI CISLAGO – PROVINCIA DI VARESE

Proposta Servizio Socio Assistenziale - Giunta Comunale n. 174/2022

OGGETTO: PRESA D'ATTO DEL PIANO DI ZONA DEL DISTRETTO DI SARONNO PER IL TRIENNIO 2021-2023 E DEL COLLEGATO SCHEMA DI ACCORDO DI PROGRAMMA.

LA GIUNTA COMUNALE

Premesso che:

- la Legge Costituzionale n. 3 del 2001 ha modificato il Titolo V della Costituzione attribuendo alle Regioni potestà legislativa primaria rispetto alla materia socio-assistenziale ed ai Comuni le funzioni amministrative in materia di servizi sociali;
- la Legge 328/2000, avente ad oggetto “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” descrive le funzioni amministrative di competenza comunale relative agli interventi sociali e prevede che l’esercizio delle inerenti funzioni avvenga a livello di ambito territoriale adeguato;
- l’art. 19, comma 1, della medesima Legge n. 328/2000 prevede che «i comuni associati, negli ambiti territoriali ..., a tutela dei diritti della popolazione, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, provvedono, nell'ambito delle risorse disponibili ... per gli interventi sociali e socio-sanitari, secondo le indicazioni del piano regionale ... , a definire il piano di zona»;
- l’art. 19, comma 2 della stessa Legge stabilisce che il piano di zona è «di norma adottato attraverso accordo di programma», per come attualmente regolato dall'articolo 34 del D.lgs. 267/2000 e ss.mmi.ii;
- la L.R. Lombardia n. 3/2008 “Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario”, così come modificata dalla L.R. Lombardia 23/2015 e dalla L.R. Lombardia 22/2021, all’art. 13 (Competenze dei comuni) prevede che «i comuni singoli o associati e le comunità montane, ove delegate, in base ai principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza, sono titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale e concorrono alla realizzazione degli obiettivi della presente legge»;
- l’art. 18 - comma 7 – della medesima L.R. 3/2008 prevede che «i comuni attuano il piano di zona mediante la sottoscrizione di un accordo di programma con l’ASL territorialmente competente e, qualora ritenuto opportuno, con la provincia. Gli organismi rappresentativi del terzo settore, che hanno partecipato alla elaborazione del piano di zona, aderiscono, su loro richiesta, all'accordo di programma»;
- in attuazione dei predetti provvedimenti normativi, la Regione Lombardia ha stabilito la delimitazione degli Ambiti Distrettuali, coincidenti con i territori dei distretti sanitari, che per l’ambito di Saronno comprende i comuni di Caronno Pertusella, Cislago, Gerenzano, Origgio, Saronno e Uboldo;
- il Comune di Saronno svolge le funzioni di Ente Capofila dell'Ambito territoriale di cui al punto precedente

Premesso ancora che:

- in relazione al precedente triennio di programmazione 2018-2020 l'Ambito di Saronno ha adottato il proprio Piano di Zona, giusta deliberazione della propria Assemblea dei Sindaci del 21.06.2018, sottoscrivendo il previsto Accordo di Programma;
- del Piano di Zona 2018-2020 e del collegato Accordo di Programma la Giunta Comunale di Saronno ha preso atto con propria Deliberazione n. 180 del 30/10/2018;
- la DGR Lombardia n. 4111/2020 “Determinazioni in merito al percorso di definizione delle linee di indirizzo per la programmazione sociale territoriale – triennio 2021 -2023”, nell'avviare il percorso per la predisposizione dei Piani di Zona per il triennio 2021-2023, ha previsto, tra l'altro, la proroga degli accordi di programma fino alla sottoscrizione del nuovo Accordo di Programma per l'attuazione del Piano di Zona 2021 -2023 che doveva concludersi entro il 31.12.2021;
- con DGR Lombardia n. 4563/2020 sono state successivamente approvate le «Linee di indirizzo per la programmazione sociale territoriale per il triennio 2021-2023»;
- la DGR 5557/2021 del 23.11.2021 “Differimento dei termini per la sottoscrizione degli Accordi di Programma locali per l'attuazione dei Piani di Zona ai sensi delle Linee di indirizzo per la programmazione sociale territoriale per il triennio 2021-2023 approvate con DGR 19.04.2021 n.4563” ha stabilito di «differire il termine del 31 dicembre 2021 e fissare al 28 febbraio 2022 il termine per l'approvazione del Piano di Zona e la sottoscrizione del relativo Accordo di Programma»;

Premesso infine che:

- in conformità agli indirizzi di Regione Lombardia, nel corso del 2021 si è provveduto a avviare il percorso di ascolto e condivisione della programmazione sociale per l'Ambito di Saronno con tutti gli stakeholder pubblici e privati;
- all'esito di tale percorso, è stato redatto il Piano di Zona per il triennio 2021-2023, predisponendo nel contempo lo schema di Accordo di Programma previsto dalla richiamata normativa;
- come risulta da apposito Verbale, l'Assemblea dei Sindaci tenutasi il 21.02.2022, ha approvato all'unanimità il Piano di Zona dell'Ambito di Saronno per il triennio 2021-2023 e il testo del connesso Accordo di Programma;

Visti:

- il testo del citato Accordo di Programma, allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale (allegato 1);
- il Piano Sociale di Zona per l'anno 2021-2023, allegato alla presente come sua parte integrante e sostanziale (allegato 2);

Ritenuto di procedere a prendere atto di tali documenti, anche ai fini della loro successiva attuazione;

Vista la nota ricevuta in data 24.02.2022, Nostro Prot. 2880, dal Comune di Saronno, con cui viene trasmesso il verbale dell'Assemblea dei Sindaci del 21.02.2022, durante la quale è stato approvato il testo del “Piano di Zona 2021-2023” e l'Accordo di programma;

Preso atto che il Comune di Saronno ha approvato la Deliberazione della Giunta Comunale n. 19 del 24/02/2022 ad oggetto “Presa d'atto del Piano di Zona del Distretto di Saronno per il triennio 2021-2023 e del collegato schema di Accordo di Programma;”

Richiamato il D.Lgs 267/2000;

Visto il parere di regolarità tecnica, rilasciato dal Responsabile del Servizio Socio-Assistenziale e il parere di regolarità contabile, rilasciato dalla Responsabile del Servizio Finanziario e di Ragioneria;

Con voti espressi nei modi e forma previsti dalla Legge;

D E L I B E R A

1. Di prendere atto:
 - del Piano di Zona 2021-2023 dell'Ambito distrettuale di Saronno, per come approvato dall'Assemblea dei Sindaci in data 21/02/2022 e per come allegato alla presente deliberazione a formarne parte integrante e sostanziale;
 - del testo dell'Accordo di Programma da sottoscrivere tra tutti i Comuni dell'Ambito di Saronno, l'Azienda di Tutela della Salute (ATS) dell'Insubria e l'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) della Valle Olona, per come approvato dall'Assemblea dei Sindaci in data 21/02/2022 e per come allegato alla presente deliberazione a formarne parte integrante e sostanziale;
2. Di demandare al Responsabile del Servizio Socio-Assistenziale l'adozione degli atti necessari per la realizzazione delle previsioni del Piano di Zona 2021-2023 secondo le modalità previste dall'Accordo di Programma;
3. Di dichiarare la presente deliberazione immediatamente eseguibile ai sensi del comma 4 dell'art. 134 del D.Lgs. n. 267 del 18/8/2000, a seguito di apposita votazione unanime al fine di consentire gli adempimenti successivi e conseguenti.

Con votazione separata,

D E L I B E R A

Di rendere il presente atto immediatamente eseguibile ai sensi dell'art.134 – 4° comma – del D.Lgs. n. 267 del 18.08.00.

DELIBERAZIONE DI GIUNTA COMUNALE N. 28 DEL 21/03/2022

LA GIUNTA COMUNALE

Esaminata la proposta di deliberazione di cui sopra, che si intende qui integralmente riportata;

Riscontrata la propria competenza a deliberare in merito, ai sensi del D. Lgs. n.267 del 18 agosto 2000, (Testo unico delle Leggi sull'ordinamento degli Enti Locali);

Visti i pareri favorevoli espressi, ai sensi dell'art. 49, c. 1, del TUEL 18 agosto 2000, n. 267, in ordine alla regolarità tecnica dal Responsabile del Servizio Socio Assistenziale e in ordine alla regolarità contabile espresso dal Responsabile del Servizio Finanziario, riportati nell'allegato foglio, quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

Ad unanimità di voti espressi nelle forme di legge;

D E L I B E R A

Di approvare la proposta di deliberazione ad oggetto: "PRESA D'ATTO DEL PIANO DI ZONA DEL DISTRETTO DI SARONNO PER IL TRIENNIO 2021-2023 E DEL COLLEGATO SCHEMA DI ACCORDO DI PROGRAMMA. " come sopra trascritta.

Di seguito, la Giunta Comunale, ad unanimità di voti espressi nelle forme di legge

D I C H I A R A

la presente deliberazione immediatamente eseguibile, ai sensi dell'art. 134 – 4° comma - del D.Lgs. n.267 del 18.08.2000.

Letto, confermato e sottoscritto

IL SINDACO PRESIDENTE Firmato digitalmente STEFANO CALEGARI	IL SEGRETARIO GENERALE Firmato digitalmente GIOVANNI ANTONIO COTRUPI
---	--

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del TU D.P.R. n. 445/2000 e del D.Lgs.n. 82/2005 e rispettive norme collegate, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa. DPCM 13 novembre 2014, art. 17 comma 2.



Ambito Territoriale di Saronno

ACCORDO DI PROGRAMMA

TRA

Comune di Saronno, rappresentato da Augusto Airoldi nella qualità di Sindaco;

Comune di Caronno Pertusella, rappresentato da Marco Giudici nella qualità di Sindaco;

Comune di Gerenzano, rappresentato da Ivano Campi nella qualità di Sindaco;

Comune di Origgio, rappresentato da Evasio Regnicoli nella qualità di Sindaco;

Comune di Uboldo, rappresentato da Luigi Clerici nella qualità di Sindaco;

Comune di Cislago, rappresentato da Stefano Calegari nella qualità di Sindaco;

Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) della Valle Olona, rappresentato da [•] nella qualità di [•];

Agenzia di Tutela della Salute (ATS) dell'Insubria, rappresentato da [•] nella qualità di [•].

per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali e socio-sanitari previsti dal Piano di Zona 2021 – 2023

Richiamati

I'art. 19 della legge n. 328/2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” che individua nel Piano di Zona lo strumento programmatorio territoriale per la costruzione di una politica organica di “Comunità” – ovvero strumento fondamentale per la realizzazione delle politiche di intervento nel settore socio-sanitario con riferimento, in special modo, alla capacità dei vari attori istituzionali e sociali di definire, nell'esercizio dei propri ruoli e compiti, scelte concertate in grado di delineare opzioni e modelli strategici adeguati per lo sviluppo di un sistema a rete dei servizi socio-sanitari sul territorio di riferimento – e stabilisce che:

1. i Comuni associati, a tutela dei diritti della popolazione, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali *ora Agenzie di Tutela della Salute, in attuazione della legge regionale n. 23/15*, provvedono a definire il piano di zona, nell'ambito delle risorse disponibili;
2. il piano di zona è, di norma, adottato attraverso Accordo di programma ai sensi dell'articolo 34 del D.lgs. 267/00 (Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali);
3. all'accordo di programma, per assicurare l'adeguato coordinamento delle risorse umane e finanziarie, partecipano i soggetti pubblici di cui al comma 1 dell'art. 19 della legge n. 328/00, nonché i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4, e all'articolo 10 della stessa legge n. 328/00, che attraverso l'accreditamento o specifiche forme di concertazione concorrono, anche con proprie risorse, alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali previsto nel piano”;

la legge regionale 12 marzo 2008, n. 3 “Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale”, così come modificata dalla l.r. 11 agosto 2015, n. 23 “Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33” e dalla l.r. 14 dicembre 2021, n. 22 “Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità), che:

- all'articolo 11, comma 1, lettera a) attribuisce alla Regione la funzione di indirizzo per la programmazione delle unità di offerta sociali;



- all'articolo 13, comma 1, lettera a) attribuisce ai Comuni singoli e associati e alle Comunità montane, ove delegate, la funzione di programmare, progettare e realizzare la rete locale delle unità di offerta sociali, nel rispetto degli indirizzi e conformemente agli obiettivi stabiliti dalla Regione, anche promuovendo la partecipazione dei soggetti di cui all'articolo 3 della stessa legge;
- all'art. 18 individua il Piano di Zona quale strumento di programmazione in ambito locale della rete d'offerta sociale, nel quale sono definiti le modalità di accesso alla rete, gli obiettivi e le priorità di intervento, gli strumenti e le risorse necessarie alla loro realizzazione e stabilisce le modalità di approvazione, di attuazione, la durata e l'ambito territoriale di riferimento del Piano di Zona;

la legge regionale 11 agosto 2015 n. 23 “Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)” che favorisce, per quanto di competenza, l'integrazione del Sistema Sociosanitario Lombardo con i servizi sociali di competenza delle autonomie locali;

la legge regionale 14 dicembre 2021, n. 22 “Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità);

Richiamati

- il DPCM 14.2.2001 “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie” che definisce tali prestazioni e attribuisce degli oneri conseguenti al FSN (Fondo Sanitario Nazionale) o agli Enti Locali;
- il DPCM 29.11.2001 “Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza” e ss.mm.ii. e il DPCM 12.01.2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”, per le parti in vigore o che entreranno in vigore con successivi provvedimenti;
- la DGR 4111/2020 “Determinazioni in merito al percorso di definizione delle linee di indirizzo per la programmazione sociale territoriale – triennio 2021 -2023” che prevede tra l'altro la proroga degli accordi di programma fino alla sottoscrizione del nuovo Accordo di Programma per l'attuazione del Piano di Zona 2021 -2023 che dovrà concludersi entro il 31/12/2021;
- L’ “Approvazione delle Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2021-2023” di cui alla DGR n. 4563/2021;
- la DGR 5557/2021 del 23.11.2021 “Differimento dei termini per la sottoscrizione degli Accordi di Programma locali per l'attuazione dei Piani di Zona ai sensi delle Linee di indirizzo per la programmazione sociale territoriale per il triennio 2021-2023 approvate con DGR 19.04.2021 n.4563” che ha differito al 28.02.2022 i termini per la sottoscrizione degli Accordi di Programma;

Preso atto che

la DGR 4111/2020 “Determinazioni in merito al percorso di definizione delle linee di indirizzo per la programmazione sociale territoriale -triennio 2021/2023” -, auspica, per la nuova programmazione, una forte collaborazione con le rappresentanze degli Uffici di Piano, ATS, ASST e Terzo Settore;

il percorso per la predisposizione dei Piani di Zona 2021 – 2023 ha previsto, ai sensi della DGR 4563/2021, le seguenti azioni:

- condivisione e definizione in Cabina di Regia Unificata dei percorsi da seguire per attuare le indicazioni previste dalla normativa regionale in tema di programmazione zonale;



- declinazione a livello locale, attraverso le cabine di Regia Territoriali, delle tematiche riguardanti l'integrazione socio-sanitaria, individuando le criticità e stabilendo le priorità per il triennio 2021 – 2023;
- co-programmazione a livello locale attraverso incontri tematici ai quali hanno partecipato tutti gli attori coinvolti nella programmazione zonale (Comuni, Ente Capofila, Terzo settore, ATS e ASST);

Visto

il verbale dell'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito territoriale di Saronno del 21.02.2022 che ha approvato il Piano di Zona per l'anno 2021-2023, allegato al presente Accordo di Programma come sua parte integrante e sostanziale (allegato 1);

Preso atto inoltre che

- nell'ambito del processo di programmazione del welfare locale dell'Ambito territoriale di Saronno, il Piano di Zona predisposto e approvato dall'Assemblea dei Sindaci recepisce le indicazioni di Regione Lombardia;
- i Comuni dell'Ambito, l'Ente Capofila del Piano di Zona, l'ATS dell'Insubria e l'ASST Valle Olona concordano di sottoscrivere l'Accordo per la realizzazione del Piano di Zona articolato secondo gli obiettivi e gli impegni specifici indicati;

TUTTO CIÒ PREMESSO

si conviene e si sottoscrive il presente Accordo di Programma

Art. 1 – Oggetto

Il presente Accordo di programma, che rappresenta l'atto con cui i diversi attori si impegnano reciprocamente per l'attuazione del Piano di Zona per l'anno 2021-23 (Allegato 1 al presente Accordo quale parte integrante e sostanziale), ha per oggetto la definizione dei reciproci rapporti fra i soggetti istituzionali coinvolti nell'attuazione dei servizi e degli interventi previsti nel Documento di programmazione del Welfare locale.

Art. 2 – Finalità ed obiettivi

Il presente Accordo di Programma intende dare concreta attuazione al processo di programmazione e progettazione locale del Piano di Zona, in attuazione degli obiettivi stabiliti dalla DGR 4111/2020 che mira a stimolare percorsi di coordinamento e ricomposizione in grado di produrre risposte di sistema ai bisogni – vecchi e nuovi – in modo trasversale sul territorio, sistematizzando la cooperazione e il coordinamento con ASST e ATS; esso, più in particolare, si propone di allargare e approfondire lo spettro di cooperazione tra gli attori territoriali e promuovere una reale sistematizzazione degli interventi, nell'ottica della definizione di filiere integrate di servizi.

Gli obiettivi dell'Accordo di programma si conformano alle previsioni del Piano di Zona dell'Ambito di Saronno che si focalizza su progettazioni integrate e trasversali tra differenti aree di policy, per fornire risposte che superino la frammentarietà degli interventi avendo presente la multidimensionalità del bisogno.

Le parti, per l'attuazione del Piano di Zona, attraverso il rinnovamento dei metodi di lavoro, valorizzano il ruolo del Terzo settore e del privato profit che, coinvolti fin dalle prime fasi di progettazione,



collaborano all'individuazione degli obiettivi dei processi di programmazione locale e partecipano, anche in modo coordinato con l'Ambito, alla definizione di progetti per servizi e interventi di cura alla persona. A fronte di questi obiettivi, attraverso l'Accordo di programma le parti si propongono di introdurre nuovi strumenti di valutazione dei cambiamenti ottenuti e dei risultati prodotti, superando la consueta e consolidata modalità di rendicontazione economico-finanziaria in favore di considerazione dell'impatto delle policy.

Art. 3– Soggetti sottoscrittori

Sono soggetti sottoscrittori del presente Accordo:

- le Amministrazioni comunali di Saronno, Caronno Pertusella, Cislago, Gerenzano, Origgio e Uboldo; che compongono **l'Ambito territoriale di Saronno**;
- l'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) della Valle Olona, rappresentata dal Direttore Generale pro-tempore, dott. Eugenio Porfido o suo delegato;
- l'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) dell'Insubria, rappresentata dal Direttore Generale, Lucas Maria Gutierrez, o suo delegato.

Potranno inoltre aderire all'Accordo anche tutti i soggetti di cui all'art. 18 c. 7 L.R. 3/2008.

Allo scopo di assicurare la comunicazione e lo scambio di informazioni tra tutti i soggetti costituenti la rete locale dei servizi, e per individuare un contesto adeguato a formulare rappresentanze, saranno garantite modalità di consultazione stabili e periodiche degli aderenti al Piano di Zona.

Art. 4 - Adempimenti di competenza delle parti.

Il Comune di Saronno, quale Ente capofila, promuove tutte le azioni necessarie per l'attuazione del Piano di Zona ed in particolare:

- assume la rappresentanza formale esterna in sede politica, tramite il Sindaco nella sua qualità di Presidente dell'Assemblea dei Sindaci, sostituito, in caso di impedimento, dal Vice Presidente dell'Assemblea come designato dalla medesima;
- acquisisce per conto dei Comuni associati le risorse finanziarie ed economiche destinate al Piano di zona derivanti da fondi europei, regionali e statali per la realizzazione di servizi ed interventi sociali a gestione associata;
- acquisisce i finanziamenti dei Comuni firmatari del presente accordo per la realizzazione delle attività e dei servizi in forma associata;
- iscrive nel proprio bilancio, con specifico vincolo di destinazione, ogni ulteriore possibile finanziamento destinato all'implementazione del fondo a sostegno delle attività da svolgersi in forma associata a livello distrettuale;
- garantisce il funzionamento dell'Ufficio di Piano tra i Comuni dell'Ambito territoriale per la gestione del Piano di Zona.
- adotta, in nome e per conto di tutti i restanti Comuni dell'Ambito, degli atti deliberativi e provvedimenti tecnico-amministrativo-contabili necessari per dare attuazione alle volontà dell'Assemblea dei Sindaci.

I Comuni sottoscrittori si impegnano a:

- partecipare alla realizzazione dei servizi e degli interventi definiti nell'allegato Piano di Zona (allegato A), rispettando i tempi e le modalità di attuazione descritti;
- attuare i servizi di loro competenza in materia di Servizi Sociali;
- finanziare le eventuali quote di rispettiva competenza per la gestione dei servizi;
- provvedere ad assicurare l'attività amministrativa-contabile di gestione dei progetti e dei servizi;



- provvedere ad assicurare l'attività di rendicontazione della spesa sostenuta, nei termini definiti dalla Regione Lombardia, secondo le indicazioni stabilite con le apposite circolari di riferimento e di quanto previsto nel presente accordo;
- garantire la partecipazione ai Tavoli di Lavoro.

L'ATS dell'Insubria esercita la propria funzione di governance nell'ambito della programmazione dell'integrazione tra le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali e facilita le modalità di lavoro congiunte tra la stessa ATS, le ASST e gli Ambiti Territoriali.

L'ATS si propone di realizzare tale integrazione operando a livello istituzionale e promuovendo i livelli di integrazione gestionale ed operativa-funzionale tra gli attori del welfare locale.

ATS Insubria assume inoltre il ruolo di coordinamento delle progettazioni “criterio premiale per la programmazione sovra zonale” di cui alla D.G.R. n. 4563/2021, esito del processo di coprogrammazione tra Ambiti territoriali, ASST, ATS e Terzo Settore aderente all'accordo di Programma.

L'ASST Valle Olona concorre, per gli aspetti di competenza, all'integrazione sociosanitaria.

L'ASST si impegna a:

- Partecipare alla Cabina di Regia istituita presso ATS per sviluppare l'integrazione delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali al fine di ridurre la frammentazione territoriale;
- Concorrere alla realizzazione delle progettazioni “criterio premiale per la programmazione sovra zonale” di cui alla D.G.R. n. 4563/2021, esito del processo di co-programmazione tra Ambiti territoriali, ASST, ATS e Terzo Settore aderente all'Accordo di Programma;
- Concorrere con ATS e i Comuni dell'Ambito alla lettura integrata del bisogno territoriale e alla co-programmazione degli interventi integrati di natura sociale, sanitaria e socio-assistenziale. Prioritarie saranno, al riguardo, le azioni volte ad assicurare:
 - il raccordo con l'ATS per le funzioni inerenti alla valutazione multidimensionale e alle progettazioni integrate per interventi complessi
 - la condivisione con ATS, gli erogatori di ambito sanitario e sociosanitario ed i Comuni dei percorsi per una presa in carico integrata, con particolare attenzione alla cronicità, al fine di assicurare la continuità assistenziale, anche attraverso la razionalizzazione dei processi operativi;
 - lo scambio informativo e la condivisione dei dati di attività e degli interventi quali strumenti per l'esercizio efficace della governance del sistema.

Gli Uffici di Piano degli Ambiti Territoriali partecipano insieme alle ASST ad una specifica Cabina di Regia istituita presso il Dipartimento PIPSS, con funzioni consultive. La Cabina di Regia raccorda le necessità di integrazione e funzionamento della rete sociosanitaria e sociale con i bisogni espressi dal territorio. Lo scopo principale è ridurre la frammentazione sia nell'utilizzo delle risorse che nell'erogazione degli interventi, al fine di garantire una risposta appropriata ai bisogni del territorio.

Art 5 – Ruolo del Terzo Settore

Le parti, in conformità alle previsioni della legge 328/2000, della l.r. 3/2008 e infine delle D.G.R. 2941/2014 e 7631/2017, riconoscono il ruolo strategico degli Enti del Terzo Settore (ETS) nella programmazione del welfare locale, sia per la lettura del bisogno territoriale, sia per la programmazione delle risposte, e, in conformità con la recente riforma del settore (D.Lgs 117/2017 e Linee Guida Ministeriali di cui al decreto 72/2021), si propongono di assicurarne il coinvolgimento attivo attraverso forme di co-programmazione, co-progettazione e accreditamento.

Art. 6 – Integrazione sociosanitaria



Le parti si impegnano reciprocamente a rafforzare ulteriormente la collaborazione reciproca finalizzata ad una sempre maggiore integrazione sociosanitaria nella progettazione e realizzazione delle unità di offerta, nella consapevolezza che, nel contesto attuale, la multidimensionalità del bisogno richiede necessariamente la programmazione di risposte sociosanitarie pensate in modo trasversale.

Per integrazione sociosanitaria si devono intendere “tutte le attività atte a soddisfare, mediante un complesso processo assistenziale, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e sociali in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità di cura e quelle di riabilitazione”.

Le parti, inoltre, si danno reciprocamente atto che la necessità di potenziare la filiera integrata dei servizi sociali e sanitari rende essenziale un miglior funzionamento delle modalità di lavoro congiunto tra Ambiti territoriali, ATS, ASST e altri attori sociali interessati.

A tal fine, i sottoscrittori del presente Accordo di programma si impegnano a proseguire nell'implementazione di un sistema che risponda ai “bisogni di ascolto, cura, sostegno e presa in carico” a sostegno della centralità della persona e della sua famiglia, attraverso una maggiore prossimità dei servizi, una presa in carico sempre più integrata e una continuità assistenziale per le persone; essi tendono al potenziamento delle attuali forme di collaborazione in favore di un contesto istituzionale più autonomo e più forte a supporto:

1. dei processi di ricomposizione dell'integrazione delle risorse (delle ATS, delle ASST, dei Comuni e delle famiglie);
2. delle conoscenze (dati e informazioni sui bisogni, sulle risorse e dell'offerta locale);
3. degli interventi e servizi (costituzione di punti di riferimento integrati, di luoghi di accesso e governo dei servizi riconosciuti e legittimati) in ambito socioassistenziale e sociosanitario.

L'integrazione sociosanitaria, inoltre, trova declinazione, in continuità con le azioni in atto e tenuto conto dell'evoluzione dei bisogni e del contesto di riferimento, nelle specifiche schede indicate al presente Accordo di Programma quale parte integrante e sostanziale (allegato 2). Tali schede riportano tre progetti innovativi che l'Ambito di Saronno, ai sensi della DGR 4563/2021, ha elaborato in co-progettazione e co-relazione con l'Ambito di Somma Lombardo e che le parti si impegnano a realizzare congiuntamente.

Art. 7 - Risorse

Le risorse economiche per l'attuazione del Piano di zona si riferiscono al budget costituito da finanziamenti statali, regionali e comunali.

I soggetti sottoscrittori convengono che le risorse finanziarie previste per l'attuazione del Piano di Zona siano destinate all'Ente Capofila, che ne assicurerà la gestione con propri atti amministrativi nei termini stabiliti dal Piano di Zona, nel rispetto delle normative in materia e secondo le disposizioni degli organi di governo e di gestione del Piano di Zona.

Art. 8- Durata dell'Accordo e responsabilità della sua attuazione

Il presente Accordo ha durata dalla data di sottoscrizione al 31 dicembre 2023, fatta salva la possibilità di aggiornamento nelle forme concordate dai sottoscrittori e da eventuali indicazioni regionali che ne modifichino la durata.

Responsabili dell'attuazione dell'Accordo di programma sono tutti i soggetti firmatari dello stesso.



Caronno
Pertusella



Cislago



Gerenzano



Origgio



Saronno



Uboldo

Data

Letto, confermato, datato e sottoscritto digitalmente

Comune di Saronno Augusto Airoldi

Comune di Caronno Pertusella Marco Giudici

Comune di Cislago Stefano Calegari

Comune di Gerenzano Ivano Campi

Comune di Origgio Evasio Regnicoli

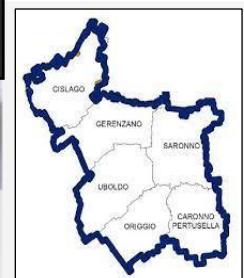
Comune di Uboldo Luigi Clerici

ASST Valle Olona (.....)

ATS Insubria (.....)

Allegato 1: Piano di Zona 2021-2023

Allegato 2: Schede obiettivi di programmazione sovra zonale e integrazione socio-sanitaria



Sommario

1 DATI DI CONTESTO E “INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA – GOVERNANCE OPERATIVA” DEGLI ACCORDI DI PROGRAMMA 2021-2023

- 1.1 ANALISI DI CONTESTO ATS INSUBRIA
- 1.2 LE MISURE CON IMPATTO SOCIOSANITARIO NEGLI AMBITI DISTRETTUALI
- 1.3 MISURA B1 A FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA
- 1.4 MISURA B2 A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE O COMUNQUE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA
- 1.5 PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE (PRO.VI)
- 1.6 RSA APERTA
- 1.7 DOPO DI NOI
- 1.8 DATI RELATIVI AGLI INTERVENTI GESTIONALI E INFRASTRUTTUALI: PERSONE IN CARICO ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2021 IN ATS INSUBRIA.
- 1.9 INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA E ASSISTENZIALE

2 LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE 2018-2020 AMBITO DI SARONNO

- 2.1 DATI DI CONTESTO
- 2.2 LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE 2018-2020 AMBITO DI SARONNO: ESITI

3 IL PERCORSO PARTECIPATO PER IL NUOVO PIANO DI ZONA 2021 – 2023

- 3.1 OBIETTIVI PER SPECIFICI TARGET

4 PROGETTI SOVRA-AMBITO

- 4.1 NUOVI SGUARDI PEDAGOGICI: INDIPOTE (DN) S
- 4.2 NETWORK SOCIALE VALLE OLONA
- 4.3 PROGETTO DIMISSIONI PROTETTE

5 LA VALUTAZIONE DEL PIANO

1. Dati di Contesto e “Integrazione sociosanitaria – Governance operativa” degli Accordi di Programma 2021-2023

Sistema Socio Sanitario



1.1 ANALISI DI CONTESTO ATS INSUBRIA 1

La popolazione residente dell’ATS Insubria al 01/01/2021 ammonta a 1.457.834 abitanti (fonte ISTAT), con una distribuzione distrettuale così ripartita: Distretto Sette Laghi 443.164 (30,4%), Valle Olona 436.765 (30,0%) e Lariano 577.905 (39,6%). Sul totale dei residenti, il 13,1% ha meno di 15 anni (190.539 abitanti), il 63,2% è in età lavorativa compresa tra 15 e 64 anni (921.940 abitanti), mentre il 23,7% ha un’età maggiore di 64 anni (345.355 abitanti).

L’indice di invecchiamento² dell’ATS è risultato pari a 23,7, valore superiore al dato lombardo e nazionale. A livello territoriale, tale indice è pari a 24,5 nel Distretto Sette Laghi, 23,6 nel Distretto Valle Olona e 23,1 in quello Lariano.

Gli Ambiti Territoriali (A.T.) di Campione d’Italia, Varese e Como ospitano le popolazioni più vecchie. L’indice di vecchiaia dell’ATS è risultato pari a 181,3, superiore a quello regionale (172,7) ed inferiore a quello nazionale (183,3).

L’indice di dipendenza di ATS è pari a 58,1 ogni 100 residenti produttivi: tale indice presenta valori più elevati negli A.T. di Campione d’Italia, Varese e Como.

Nell’ambito delle Invalidità, i dati relativi alle esenzioni, fotografati al 30 settembre 2021 (fonte ARIA S.p.A.)

¹ Fonte: dott.ssa M. Letizia Gambino UOC Epidemiologia; Invalidità: dott. Roberto Tettamanti UOC Sistemi informativi e DWH – ATS Insubria

² Indice di invecchiamento: la percentuale di ultrasessantacinquenni sul totale popolazione

Indice di vecchiaia: il rapporto tra ultrasessantacinquenni e soggetti in età 0- 14 anni

Indice di dipendenza: rapporto tra persone con meno di 14 e più di 65 anni e le persone tra i 14 e i 64 anni

DATI INVALIDITA' AL 30/09/2021 - ATS INSUBRIA				
		C01 - Invalidi civili al 100% senza indennità di accompagnamento ex art.6 DM 1.2.1991	C02 - Invalidi civili al 100% di invalidità con indennità di accompagnamento ex art.6 DM 1.2.1991	C04 - Invalidi < di 18 anni con indennità di frequenza ex art.5 DM 1.2.1991
0-17 anni	MASCHI		420	613
0-17 anni	FEMMINE		227	383
18-64 anni	MASCHI	3.281	2.912	90
18-64 anni	FEMMINE	3.074	2.228	71
65-74 anni	MASCHI	1.756	1.048	
65-74 anni	FEMMINE	1.856	1.171	
75 ed oltre	MASCHI	3.626	3.646	
75 ed oltre	FEMMINE	6.981	10.511	
	TOTALE	20.574	22.163	1.157

evidenziano una diminuzione della popolazione non autosufficiente, rispetto ai dati osservati in occasione della precedente programmazione e qui di seguito riassunti per una breve comparazione

DATI INVALIDITA' 2017 - ATS INSUBRIA				
		Invalidi civili al 100% senza indennità di accompagnamento IC 13	Invalidi civili al 100% di invalidità con indennità di accompagnamento IC 14	
0-17 anni	MASCHI	649	402	
0-17 anni	FEMMINE	420	248	
18-64 anni	MASCHI	3.216	2.728	
18-64 anni	FEMMINE	2.962	2.146	
65-74 anni	MASCHI	1.831	1.117	
65-74 anni	FEMMINE	1.795	1.173	
75 ed oltre	MASC HI	3.861	4.121	
75 ed oltre	FEMMINE	7.400	11.781	
	TOTALE	22.134	23.716	

Nel 2017 la popolazione riconosciuta invalida al 100% (IC13 e IC14) riconosceva 45.850 soggetti non autosufficienti, di cui 1719 minorenni, mentre oggi, alla luce delle nuove codifiche (C01+C02+C04) sono pari a 43.894 unità, di cui 1.643 minorenni.

Nella precedente programmazione sociale la fotografia delle invalidità civili al 100%, con indennità di accompagnamento, registrava nella popolazione anziana (range 65-74 e 75 ed oltre) 5.238 maschi (28,79%) e 12.954 femmine (71,20%), per un totale di 18.192 soggetti e la comparazione con gli attuali dati 2021 evidenzia la sostanziale sovrapposizione rispetto ai precedenti rapporti, ovvero 4.694 maschi (28,66%) e 11.682 femmine (71,33%), per un totale di 16.376 persone.

Le invalidità C04 registrano 161 utenti che successivamente al compimento dei 18 anni dovranno cambiare codice di esenzione, presumibilmente C01. Tali invalidità erano rappresentate nella precedente programmazione nel codice IC13.

La richiesta di servizi e la fragilità economica delle famiglie costituiscono la base del bisogno cui si vuole rispondere, con il Fondo nazionale non autosufficienze, nel modo più razionale possibile e secondo la logica del "budget di cura", predisponendo un progetto individualizzato, per tutte le persone che vengono prese in carico. E' condivisa la necessità di offrire un servizio più aderente ai bisogni della popolazione assistita, elaborando un progetto individuale integrato per la presa in carico, creando sul territorio punti unici di accesso (PUA) in cui possano lavorare insieme operatori sociosanitari afferenti agli Ambiti e alle ASST.

1.2 LE MISURE CON IMPATTO SOCIOSANITARIO NEGLI AMBITI DISTRETTUALI

La risposta alla complessità di domanda di benessere nell'area dei bisogni delle non autosufficienze e delle fragilità è attuata attraverso l'introduzione di strumenti e promozioni di percorsi in grado di offrire risposte più appropriate alle persone, anche attraverso azioni sperimentali e sistemiche.

Il programma di intervento prevede tre macro aree:

- disabilità gravissima Misura B1
- disabilità grave Misura B2
- progetti di vita indipendente – Pro.Vi

La DGR N° XI /4138 del 21 dicembre 2020: "Programma operativo regionale a favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al fondo per le non autosufficienze triennio 2019-2021-annualita' 2020 esercizio 2021- (di concerto con l'assessore Gallera)" approva le regole di attuazione di tali misure e ne prevede le risorse, ulteriormente integrate con DGR n. XI/4433 del 19 aprile 2021 e DGR n. XI/4562 del 22 marzo 2021.

1.3 MISURA B1 A FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA³

Si concretizza in interventi volti a garantire la permanenza a domicilio e nel proprio contesto di vita di persone con disabilità gravissima che presentano una delle condizioni elencate nel Decreto interministeriale in tema di Fondo Nazionale per le non Autosufficienze (FNA) anno 2016, all'art.2. comma 2, lettere da a) ad i), riconfermate all'art. 2, comma 2 del DPCM 21/11/2019 relativo al triennio 2019-20121, annualità 2020.

Condizioni di disabilità gravissima ex DGR XI /4138 del 21/12/2020
a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) <=10;
b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) > = 4;
d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;
e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare: bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9, o Hoehn e Yahr mod in stadio 5;

³ Fonte: dott.ssa Sara Gambarini Dip. PIPSS – ATS Insubria

Condizioni di disabilità gravissima ex DGR XI /4138 del 21/12/2020	
f) persone con depravazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;	
g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;	
h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con QI <=34 e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) <= 8;	
i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.	

Tab. B1

La Misura B1 è attuata attraverso i seguenti strumenti:

Buono mensile di € 600 (quota fissa): erogato per sostenere al proprio domicilio le persone con disabilità gravissima in termine di supporto al care-giver familiare o in caso di sua assenza per sostenere il personale di assistenza regolarmente assunto.

Il buono mensile a quota fissa può essere integrato con un ulteriore buono fisso o variabile, quest'ultimo può essere riconosciuto in presenza di specifiche caratteristiche della condizione di gravissima disabilità e dell'organizzazione dell'assistenza.

Quote integrative, variabili/fisse:

- a) quota di personale di assistenza (integrativa variabile): fino ad un massimo di € 500 mensili per sostenere, a titolo di rimborso, le spese del personale di assistenza regolarmente impiegato;
- b) quota caregiver familiare – bisogni complessi (integrativa fissa in alternativa al precedente): € 300 mensili per il caregiver familiare attivamente impegnato nell'assistenza diretta alla persona disabile inquadrata nelle lettere a), b), i) di cui sopra;
- c) quota chiusura scuola (integrativa fissa): al disabile gravissimo che frequenta la scuola nei mesi di luglio e agosto il buono è incrementato a € 900;
- d) quota progetto vita indipendente (integrativa variabile): fino ad un massimo di € 800 rivolto alle persone che possiedono i criteri di accesso al progetto Vita Indipendente.

Voucher socio-sanitario: titolo d'acquisto non in denaro che può essere utilizzato esclusivamente per acquistare prestazioni di assistenza sociosanitaria da parte di erogatori accreditati e a contratto con l'ATS. Può essere riconosciuto solo ai beneficiari del buono mensile Misura B1. Vi sono tipologie di voucher:

- a) voucher mensile adulti/anziani: fino ad un massimo di € 460;
- b) voucher mensile minori: fino ad un massimo di € 600;
- c) voucher mensile alto profilo: fino ad un massimo di € 1650.

Con la normativa vigente è stata introdotta l'infraregionalità sperimentale per l'autismo a favore di beneficiari Misura B1 nella casistica di cui alla lettera "g" per usufruire della presa in carico da parte di Enti Gestori facenti parte di elenchi di ATS diverse da quella di residenza.

Con **DGR n. XI/4562** del 22 marzo 2021 "Ulteriori risorse FNA 2020 per emergenza Covid 19" è stata prevista per l'anno in corso, fino ad esaurimento risorse, una quota incrementale di € 110,00 per i beneficiari Misura B1 di cui alle lettere "a, b, i" e di € 56,00 per i beneficiari di cui alle lettere "c, d, e, f, g, h".

Con **DGR n. XI/4433** del 19 aprile 2021 “Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare- annualità 2018/2019/2020: programma operativo regionale”, le risorse del Fondo sono destinate ad interventi di sollievo e sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare di persone in condizione di disabilità gravissima e disabilità grave con presenza di caregiver familiare attivo da almeno tre mesi nel corso del corrente anno.

Lo strumento consiste nell’erogazione di un assegno una tantum per un importo pari a € 800,00 e fino ad esaurimento risorse.

Il contributo è rivolto a persone di qualsiasi età, residenti in Lombardia, disabili gravissimi in carico alla Misura B1 da almeno da tre mesi o disabili gravissimi ai sensi dell’art.3 del DM 26/09/2016 del MLPS con caregiver familiare attivo per tre mesi consecutivi nel corso del 2021.

DATI RELATIVI ALLA MISURA B1

Nel periodo gennaio-agosto 2021 sono state globalmente prese in carico 1015 persone con la seguente distribuzione per ASST:

ASST SETTE LAGHI: 344 utenti

ASST VALLE OLONA: 266 utenti

ASSTLARIANA: 405 utenti

Al 31 luglio 2021 sono usciti dalla Misura per svariati motivi (decesso, inserimento in struttura residenziale, decadimento dei requisiti di accesso, etc.) 81 beneficiari.

NUMERO UTENTI cui è stato erogato il contributo nel mese di AGOSTO 2021 per condizione di disabilità gravissima

Condizioni disabilità gravissima ⁴	Minori < 18 anni	Adulti tra 18 e 64 anni	Anziani >= 65 anni	TOTALE
LETTERA a)	1	9	1	11
LETTERA b)	2	10	4	16
LETTERA c)	0	8	197	205
LETTERA d)	1	13	3	17
LETTERA e)	16	68	51	135
LETTERA f)	0	1	0	1
LETTERA g)	315	13	0	328
LETTERA h)	90	24	1	115
LETTERA i)	32	52	22	106
TOTALE	457	198	279	934

NUMERO UTENTI PRESI IN CARICO NEL MESE DI AGOSTO 2021 CON BUONO VITA INDIPENDENTE E VOUCHER SOCIOSANITARIO

Tipologia titolo	Minori < 18 anni	Adulti tra 18 e 64 anni	Anziani >= 65 anni	TOTALE
Buono vita indipendente	0	7	1	8
Voucher sociosanitario	68	5	4	77

⁴ Le lettere indicate si riferiscono alla precedente tabella B1.

Voucher socio-sanitario alto profilo	1	1	1	3
TOTALE	69	13	6	88

Enti gestori che hanno attivato voucher Misura B1 Periodo gennaio-agosto 2021	N° PAZIENTI
AQUA S.R.L.	4
AZZURRA SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE ONLUS	3
CODESS SOCIALE SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE ONLUS	0
PROVINCIA ITALIANA DELLA CONGREGAZIONE SERVI DELLA CARITA'- OPERA DON GUANELLA	1
FONDAZIONE RENATO PIATTI ONLUS	18
SPERANZA OLTRE LE ENCEFALOPATIE S.C.S.	10
FONDAZIONE ISTITUTO SACRA FAMIGLIA ONLUS	6
FONDAZIONE CASE DI RIPOSO RIUNITE DI BREGNANO E LOMAZZO ONLUS	4
FONDAZIONE OPERA PIA FRANCESCA COLLEONI DE MAESTRI ONLUS	3
SOLIDARIETA' E SERVIZI COOPERATIVA SOCIALE	22
CONSORZIO DOMICARE	7
FONDAZIONE BELLARIA ONLUS	0
FINISTERRE SOCIETA' CONSORTILE A.R.L.	0
ANFASS ONLUS CENTRO LARIO E VALLI	2
IL SEME	3
L'ARCA SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE	13
LINDE MEDICALE S.R.L.	5
FONDAZIONE ZACCHEO ONLUS	1
SAN LAB CONSORZIO DI COOPERATIVE SOCIALI S.C.S.	14
TOTALE	116

1.4 MISURA B2 A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE O COMUNQUE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA

Si concretizza in interventi di sostegno e supporto alla persona e alla sua famiglia per garantire la piena permanenza della persona fragile al proprio domicilio e nel suo contesto di vita.

Questa linea di azione è attuata dagli Ambiti territoriali, previa valutazione e predisposizione del progetto individuale. Per bisogni sociosanitari la valutazione è effettuata dagli Ambiti in raccordo con l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale competente. Questa Misura non costituisce un intervento di sostegno al reddito in sostituzione di altri interventi mirati o sostitutivi di prestazioni di natura diversa garantite nell'area sociale.

DATI RELATIVI ALLA MISURA B2⁵

a) Tabella riassuntiva numero beneficiari (2020 – per Ambiti territoriali ATS Insubria)

Utenti Misura B2 ANNO 2020 - ATS Insubria							
Province	N. Utenti	Asst	N. Utenti	Codice Ambito	Ambito	N. Utenti	% Utenti
VARESE	1484	Asst Sette Laghi	667	50030	Arcisate	95	4,0%
				50059	Azzate	152	6,4%
				50028	Cittiglio	70	3,0%
				50072	Luino	23	1,0%
				50011	Sesto Calende	108	4,6%
				50080	Tradate	108	4,6%
				50013	Varese	111	4,7%
		Asst Valle Olona	817	50049	Busto Arsizio	127	5,4%
				50023	Castellanza	100	4,2%
				50074	Gallarate	267	11,3%
				50029	Saronno	168	7,1%
				50034	Somma Lombardo	155	6,5%
COMO	888	Asst Lariana	888	50067	Cantu'	130	5,5%
				50077	Como	208	8,8%
				50051	Erba	116	4,9%
				50091	Lomazzo/Fino Mornasco	112	4,7%
				50060	Mariano Comense	94	4,0%
				50045	Menaggio	68	2,9%
				50093	Olgiate Comasco	160	6,7%
				Totale	2372	Totale	2372
						100,0%	

⁵ Fonte: dott. Enrico Frattini UOC Coordinamento Cabina di Regia e supporto agli organi di rappresentanza dei Sindaci; elaborazione a cura dott. Patrizio Pintus UOS Monitoraggio Flussi ATS Insubria

Sintesi percentuali di utilizzo strumenti riconosciuti, per misura B2 (2020 –Ambiti territoriali ATS Insubria)

STRUMENTI RICONOSCIUTI Misura B2 ANNO 2020 - ATS Insubria			
TIPO DI STRUMENTO RICONOSCIUTO	Codice strumento	Progetti utenti presi in carico	% TIPO DI STRUMENTO RICONOSCIUTO
Buono sociale mensile caregiver familiare	01	2156	73,5%
Buono sociale mensile assistente personale	02	512	17,5%
Buono sociale mensile progetto vita indipendente	03	41	1,4%
Voucher sociale minori	06	224	7,6%
	Totale	2933	100,0%

1.5 PROGETTI DI VITA INDEPENDENTE (PRO.VI)

Le risorse per i Progetti di vita indipendente rientrano nelle risorse FNA assegnate alle Regioni e quindi nella complessiva programmazione regionale triennale, come previsto dal Piano Nazionale collegato alla gestione del Fondo Non Autosufficienza per il triennio 2019-2021 e dalle Linee ministeriali di indirizzo per Progetti di vita indipendente approvati con DPCM del 21 novembre 2019.

I progetti individuali devono prevedere interventi finanziabili quali assistente personale; abitare in autonomia (housing/co-housing); inclusione sociale e relazionale; trasporto sociale; domotica;

I beneficiari sono: persone di età compresa tra i 18 e i 64 anni, in condizioni di grave o gravissima disabilità, con ISEE sociosanitario ≤ a € 25.000, che intendono realizzare il proprio progetto senza il supporto del caregiver familiare, ma con l'ausilio di un assistente personale, autonomamente scelto e regolarmente impiegato.

Alle persone che hanno superato i 64 anni ma già inseriti nei progetti viene garantita la continuità.

DATI RELATIVI AL PRO.VI

L'assegnazione regionale PRO.VI 2019 ha assegnato (Decreto 15050 2/12/2020) ad ATS Insubria €320.000,00 per quattro progetti di vita indipendente. I progetti possono prevedere aree di intervento quali: Assistente personale, Abitare in autonomia, Inclusione Sociale e relazionale, Trasporto, Domotica, Azioni di Sistema. Nell'anno 2021 sono attivi, in continuità con le annualità precedenti, quattro progetti di vita indipendente, per persone con disabilità (DGR 4138/2020 - DGR 4408/2021), riconducibili agli Ambiti territoriali di Erba, Olgiate Comasco, Saronno, Varese (Delib. ATS Insubria n. 189 1/04/2021).

1.6 RSA APERTA

E' indicata tra le Misure innovative regionali ex DGR 7769/2018 e si caratterizza per l'offerta di interventi di natura prioritariamente sociosanitaria, finalizzati a supportare la permanenza al domicilio di persone affette da demenza certificata o di anziani di età pari o superiore a 75 anni, in condizioni di non autosufficienza. Attraverso interventi qualificati, intende sostenere il mantenimento il più a lungo possibile delle capacità residue delle persone beneficiarie e rallentare, ove possibile, il decadimento delle diverse funzioni, evitando e/o ritardando il ricorso al ricovero definitivo in struttura. La misura offre inoltre un sostegno al caregiver nell'espletamento delle attività di assistenza dallo stesso assicurate, attraverso interventi mirati che non sono sostitutivi di quelli già garantiti dalla filiera dei servizi della rete consolidata (ADI, SAD, Centri Diurni Integrati, ecc.).

DATI RELATIVI ALLA MISURA RSA APERTA⁶

PERSONE IN CARICO IN RSA APERTA RAGGRUPPATE NELLE ASST – ATS INSUBRIA

Numero persone in carico Misura RSA Aperta al 30.06.2021 ATS INSUBRIA			
ASST	Area Territoriale	N. persone in carico	%
ASST DEI SETTE LAGHI	ARCISATE	31	4,19%
	AZZATE	30	4,06%
	LAVENO	37	5,01%
	LUINO	40	5,41%
	SESTO CALENDE	26	3,52%
	TRADATE	22	2,98%
	VARESE	120	16,24%
ASST DELLA VALLE OLONA	BUSTO ARSIZIO	44	5,95%
	CASTELLANZA	57	7,71%
	GALLARATE	58	7,85%
	SARONNO	43	5,82%
	SOMMA LOMBARDO	26	3,52%
ASST LARIANA	CANTU'	8	1,08%
	COMO	3	0,41%
	ERBA	24	3,25%
	LOMAZZO/FINO	81	10,96%
	MARIANO C.SE	3	0,41%
	MENAGGIO	0	0,00%
	OLGIATE	46	6,22%
Residenti altre ATS domiciliati in ATS-Insubria		40	5,41%
		739	100,00%

⁶ Fonte: elaborazione a cura dott. Patrizio Pintus UOS Monitoraggio Flussi ATS Insubria

SINTESI PERCENTUALI PERSONE IN CARICO IN RSA APERTA RAGGRUPPATE NELLE ASST – ATS INSUBRIA

Numero persone in carico Misura RSA Aperta al 30.06.2021 ATS INSUBRIA									
TOTALE	739	ASST LARIANA	165	ASST SETTE LAGHI	306	ASST VALLE OLONA	228	Residenti altre ATS domiciliati in ATS-Insubria	40
	100%		22%		41%		31%		5%

1.7 DOPO DI NOI

La Legge n. 112/2016 Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare", cosiddetta DOPO di NOI, ha disciplinato misure di assistenza, cura e protezione delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, istituendone il Fondo ad esse dedicato. Con tale Fondo Regione Lombardia intende finanziare interventi di natura infrastrutturale e gestionale (DGR 4749/2021). In coerenza con le precedenti scelte strategiche ex DGR 3404/2020 il Fondo DOPO di NOI si conferma come modello di sperimentazione verso l'applicazione del Fondo Unico Disabilità.

1.8 DATI RELATIVI AGLI INTERVENTI GESTIONALI E INFRASTRUTTUALI: PERSONE IN CARICO ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2021 IN ATS INSUBRIA.

Le successive tabelle rappresentano in successione la presa in carico di 201 persone, distribuita per Ambito territoriale, nei diversi interventi.

Interventi gestionali di:

- accompagnamento all'autonomia;
- supporto alla domiciliarità;

Pronto intervento sollievo

Interventi infrastrutturali⁷

⁷ Legenda per le note di dettaglio richiamate nelle tabelle:

1) Assegnato con il progetto, non ancora attivato

2) sollievo

3) housing

4) Servizio sperimentale "CasaLab: casa per le autonomie"

5) n. 6 persone spazio abitativo con funzioni di "palestra per le autonomie"; n. 1 persona spazio lavoro;

6) 2 progetti non è indicato quale servizio è frequentato

7) coop., assoc.

8) casa famiglia/CSS

9) Fondazione Piatti, Anaconda, la Finestra

DENOMINAZIONE AMBITO	ACCOMPAGNAMENTO AUTONOMIA											N.FAMIGLIE CHE HANNO RICEVUTO VOUCHER CONTESTO FAMILIARE
	N. PERSONE IN CARICO	DI CUI N. PERSONE IN CONTINUITA' NELLA 3 ANNUALITA'	PERSONE INSERITE CON PROGETTI DI AUTONOMIA ATTUATI IN SERVIZI DIURNI							DI CUI N. PERSONE CON ESPERIENZE DI SOGGIORNI EXTRAfAMILIARI PER Sperimentare l'allontanamento dal contesto di origine		
			CSE	SFA	CDD	ALLOGGI PALESTRA	ALTRO	DETTAGLI IN NOTA	TOTALE			
Olgiate Comasco	10	0	9	0	1	0	0	0	10	0	0	
Campione d'Italia									0			
Como	2	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	
Cantù	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
Erba	8	5	0	0	0	8	0	0	8	0	6 (nota 1)	
Mariano Comense	5	0	0	0	0	5	0	0	5	5	0	
Lomazzo - Fino Mornasco	18	0	10	8	0	0	0	0	18	17	0	
Arcisate	16	12	0	0	0	13	1	nota 2	14	0	7	
Azzate	25	8	17	5	1	1	1	nota 3	25	0	11	
Busto Arsizio	17	1	3	2	1	3	0	0	9	3	2	
Castellanza	2	0	0	0	1	1	2	nota 4	4	0	0	
Gallarate	7						7	nota 5	7			
Cittiglio	10	0	4	5	0	0	0	nota 6	9	7	0	
Luino									0			
Saronno	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Sesto Calende	16	4	7	1	2	14	3	nota 7	27	14	2	
Somma Lombardo	10	3	1	2	4	0	2	nota 8	9	9		
Tradate	19	0	8	3	3	0	0		14	0	0	
Varese	35	26	0	0	0	35	0	0	35	0	0	
Menaggio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TOTALE ATS	201	59	59	26	13	81	16		195	56	24	

DENOMINAZIONE AMBITO	INTERVENTI DI SUPPORTO ALLA DOMICILIAZIONE IN SOLUZIONI ALLOGGATIVE								
	GRUPPO APPARTAMENTO AUTOGESTITO			GRUPPO APPARTAMENTO CON ENTE GSTORE			SOLUZIONI DI COHOUSING/HOUSING		
	N.	N. PERSONE INSERITE	DI CUI N. PERSONE IN CONTINUITÀ DA ANNUALITÀ PRECEDENTI	N.	N. PERSONE INSERITE	DI CUI N. PERSONE IN CONTINUITÀ DA ANNUALITÀ PRECEDENTI	N.	N. PERSONE INSERITE	DI CUI N. PERSONE IN CONTINUITÀ DA ANNUALITÀ PRECEDENTI
Olgiate Comasco	0	0	0	1	3	0	0	0	0
Campione d'Italia									
Como	0	0	0	0	0	0	1	1	0
Cantù	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Erba	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mariano Comense	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lomazzo - Fino Mornasco	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Arcisate	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Azzate	0	0	0	0	0	0	1	1	1
Busto Arsizio	0	0	0	0	1	1	0	0	0
Castellanza	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gallarate				3	3	1			
Cittiglio	0	0	0	9	9	3	0	0	0
Luino									
Saronno	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sesto Calende	0	0	0	5	5	0	0	0	0
Somma Lombardo	0	0	0	1	1	0	0	0	0
Tradate	0	0	1	1	1	1	1	0	0
Varese	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Menaggio	0	0	0	1	0	0	0	0	0
TOTALE ATS	0	0	1	21	23	6	3	2	1

DENOMINAZIONE AMBITO	PRONTO INTERVENTO SOLLIEVO		INTERVENTI INFRASTRUTTURALI		
	N PERSONE IN CARICO	STRUTTURA (CA,CSS.....)	CONTRIBUTO SOSTEGNO CANONE DI LOCAZIONE	CONTRIBUTO SPESE CONDOMINIALI	INTERVENTI DI RISTRUTTUZIONE
			N. PERSONE CHE HANNO BENEFICIATO DEL CONTRIBUTO MENSILE FINO AD UN MAX 300€	N. PERSONE CHE HANNO BENEFICIATO DEL CONTRIBUTO ANNUALE FINO AD UN MAX DI 1.500€	N. PERSONE CHE HANNO BENEFICIATO DEL CONTRIBUTO FINO AD UN MAX DI 20.000€
Olgiate Comasco	0	0	0	0	0
Campione d'Italia					
Como	0	0	0	0	0
Cantù	0	0	0	0	0
Erba	0	0	0	0	0
Mariano Comense	0	0	1	0	0
Lomazzo - Fino Mornasco	0	0	0	0	0
Arcisate	1	RSD	0	0	2 ENTE GESTORE
Azzate	0	0	0	0	0
Busto Arsizio	7	CSS, CA	0	0	0
Castellanza	0	0	0	0	0
Gallarate					
Cittiglio	0	0	0	0	0
Luino					
Saronno	0	0	0	0	0
Sesto Calende	0	0	0	0	0
Somma Lombardo	0	0	0	0	0
Tradate	3	CSS	0	0	0
Varese	3	nota 9	0	0	0
Menaggio	0	0	0	0	0
TOTALE ATS	14	0	1	0	

1.9 INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA E ASSISTENZIALE

LA GOVERNANCE OPERATIVA NELLA PROGRAMMAZIONE SOCIALE TERRITORIALE PER IL TRIENNIO 2021-2023

La Direzione Sociosanitaria dell'ATS, nelle sue articolazioni organizzative afferenti al Dipartimento PIPSS, svolge un ruolo di regia su molte attività di carattere sociale e sociosanitario per rispondere a bisogni che convergono contemporaneamente su entrambi gli ambiti con la finalità di prevenire l'evoluzione della fragilità sociale in fragilità sociosanitaria e/o sanitaria.

In linea generale si tratta di tutte le funzioni che necessitano l'attivazione di una presa in carico integrata per rispondere a situazioni di vulnerabilità e fragilità. Atteso che la l. r. 23/2015 ha ribadito la piena titolarità delle funzioni e delle competenze in ambito sociale in capo ai Comuni, attraverso la programmazione zonale espressa dal Piano di Zona, l'evoluzione del sistema sanitario stabilisce tra le sue finalità, quella di *"promuovere l'integrazione dei servizi sanitario, sociosanitario e sociale, favorendo la realizzazione di reti sussidiarie di supporto che intervengono in presenza di fragilità sanitarie, sociali e socioeconomiche; le reti sono finalizzate a tutelare il benessere di tutti i componenti della famiglia, anche in presenza di problematiche assistenziali derivanti da non autosufficienza e da patologie croniche"*.

Per dare piena attuazione al disposto legislativo, il Sistema Sociosanitario Lombardo si è sviluppato nella direzione della presa in carico globale dell'individuo e della famiglia e della presa in carico "attiva" della fragilità e della cronicità.

La presa in carico presuppone un modello che superi l'attuale frammentazione del sistema, perseguendo nei fatti l'integrazione socio – sanitaria – assistenziale e garantendo la dovuta continuità all'interno del percorso di cura e assistenza tra i diversi attori erogatori di servizi. Gli elementi fondamentali del modello di integrazione socio – sanitaria – assistenziale sono:

- la valutazione multidimensionale del bisogno;
- l'unitarietà dell'intervento e del percorso assistenziale;
- il progetto personalizzato;

La presa in carico attiva della fragilità si sviluppa nella gestione della stessa ancor prima del verificarsi di momenti di acuzie, individuando idonei percorsi sociosanitari – assistenziali, definiti, monitorati e con porte di accesso caratterizzate da prossimità all'utenza e conseguente facilità di accesso ai servizi.

La crisi sanitaria ha determinato il ripensamento delle modalità di programmazione territoriale, rimarcando la necessità di un veloce potenziamento degli organismi di coordinamento al fine di sostenere i processi di co-programmazione e di costante coordinamento locale sui temi sociali e sociosanitari e di supporto alla ricomposizione delle filiere erogative.

In particolare, la programmazione sociale si orienterà sempre più verso l'identificazione di soluzioni di tipo innovativo nelle modalità di costruzione del progetto e della sua realizzazione, mediante l'integrazione di più aree di policy; la sovrazonalità tra Ambiti Territoriali e, dal punto di vista metodologico, l'impiego dell'istituto della co-progettazione e della co-realizzazione con gli attori del sistema locale di welfare.

L'intervento programmatico verterà quindi sia sulle aree già presidiate da modelli di intervento consolidati che su nuove aree di bisogno, rafforzando le caratteristiche di trasversalità e di lettura integrata del bisogno e la promozione di forme di progettazione sovrazonali in stretta connessione con l'ASST e l'ATS, ciò al fine di presidiare tutti gli aspetti del ciclo di vita della persona in un'ottica di superamento della frammentarietà assistenziale.

Appare quindi necessario sviluppare il coinvolgimento di tutti gli attori territoriali per la strutturazione di percorsi atti a garantire la continuità assistenziale all'interno del sistema socio sanitario.

La multidimensionalità del bisogno richiede necessariamente la programmazione di risposte sociosanitarie pensate in modo trasversale, potenziando il funzionamento delle modalità di lavoro congiunto tra Ambiti sociali territoriali e gli altri attori territoriali.

Va precisato il ruolo del Terzo settore così come indicato dalla DGR 4563/21 laddove viene sottolineato il ruolo dello stesso come strategico sia per l'analisi del bisogno territoriale sia per la programmazione e la progettazione delle risposte: *"I soggetti del Terzo settore concorrono, quindi, all'individuazione degli obiettivi dei processi di programmazione regionale e locale e partecipano, anche in modo coordinato con gli Enti Locali alla definizione di progetti per servizi ed interventi di cura alla persona"*.

In tale prospettiva l'ATS dell'Insubria sta istituendo un tavolo di lavoro con le rappresentanze di secondo livello dei soggetti del Terzo Settore quale strumento di confronto istituzionale finalizzato a sostenere il lavoro dei tavoli locali attivati, mediante apposite manifestazioni di interesse, da parte degli Ambiti Territoriali dei Comuni associati.

Compito della Cabina di Regia, organo consultivo afferente al Dipartimento PIPSS, è quello 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.

La Cabina di Regia, quale strumento di *governance operativa*, ha quindi implementato i livelli di integrazione e sinergia con gli organismi di rappresentanza del territorio (Assemblea distrettuale e Consiglio di rappresentanza dei Sindaci) e sviluppato modelli organizzativi funzionali alla creazione di processi di ricomposizione delle risorse e dei sistemi di scambio delle conoscenze relative ai bisogni, alle risorse e alle reti di offerta.

Al fine di consolidare l'integrazione con gli Uffici di Piano degli Ambiti Territoriali ed i referenti delle ASST, di sviluppare una maggiore sinergia con gli organi di rappresentanza del territorio e presidiare l'andamento della programmazione sociale territoriale per il triennio 2021-2023, ci si avvale di momenti strutturati coinvolgendo i seguenti organismi:

- Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci
- Tavolo di confronto con le Direzioni socio-sanitarie delle ASST
- Cabina di Regia del Dipartimento PIPSS
- Tavoli Operativi Distrettuali d'intesa con le ASST territorialmente competenti

Allo scopo di migliorare la comunicazione e il coordinamento dei percorsi di integrazione sono stati identificati, dalla competente UOC del Dipartimento PIPSS, dei referenti tecnici (assistanti sociali) ed amministrativi per ciascuno dei tre Distretti ATS a cui afferiscono gli Ambiti Territoriali.

La *governance operativa* attivata nel corso del 2021 ha preso spunto dalle indicazioni relative alla programmazione socio sanitaria regionale mediante la sperimentazione di alcuni interventi in aree tematiche peraltro già ricomprese nei temi individuati dalla normativa relativa alla programmazione territoriale zonale 2021-2023 di cui alla DGR 4563/2021.

Ciò ha permesso di individuare possibili percorsi di integrazione tra la dimensione sociosanitaria e quella sociale da verificare, d'intesa con gli Ambiti Territoriali e le ASST, mediante specifiche progettazioni. Queste ultime hanno trovato sintesi nelle schede progettuali di cui alla programmazione zonale 2021-2023 consentendo di sviluppare una fase di co-costruzione e co-programmazione degli interventi con il fattivo coinvolgimento degli attori del welfare locale.

Il coordinamento operativo delle progettazioni ed il monitoraggio dei relativi indicatori di processo e di risultato sarà il compito specifico della Cabina di Regia, dei Tavoli Operativi Distrettuali e degli organi di rappresentanza del territorio per il prossimo biennio.

Con questa finalità si prevede di affidare ai Tavoli Operativi Distrettuali, all'interno della cornice normativa regionale e con la funzione di coordinamento che la Cabina di Regia svolgerà, il ruolo di raccogliere elementi, dati, criticità e proposte operative che rendano concretamente realizzati i percorsi di integrazione della presa incarico sociosanitaria con quella sociale, nel rispetto delle specificità territoriali e delle modalità di collaborazione che in ogni Ambito possono essere programmate e attuate.

I Tavoli Operativi Distrettuali elaboreranno indicatori e usufruiranno di flussi informativi per il monitoraggio dell'attuazione delle prassi di integrazione.

La gestione e l'utilizzo dei finanziamenti regionali e nazionali per la presa in carico e il sostegno delle famiglie rispetto ai bisogni della popolazione fragile potrà adottare in modo progressivamente più sistematico la logica del "budget di cura", in modo che ogni persona fragile venga presa in carico con un progetto individualizzato, commisurato alle risorse disponibili, sostenibile e tale da rispondere alle esigenze sociosanitarie e sociali.

Nella consapevolezza che questi obiettivi non potranno essere che oggetto di un processo graduale e in parte disomogeneo dal punto di vista territoriale, si prevede che i Tavoli Operativi Distrettuali possano promuovere una graduale diffusione delle soluzioni più efficaci, contribuire alla omogeneizzazione della gestione dei servizi e soprattutto delle condizioni di accesso alle prestazioni nei diversi Ambiti territoriali.

La valutazione interdisciplinare e multidimensionale

La valutazione interdisciplinare deve poter porre le basi conoscitive per giungere alla valutazione multidimensionale e al progetto individuale ad essa collegato, nell'ambito delle azioni e degli interventi assistenziali in favore delle persone in condizione di fragilità, l'équipe interdisciplinare è lo strumento che facilita il coordinamento delle risorse professionali, organizzative, gestionali ed economiche; la valutazione integrata è finalizzata inoltre a sostenere gli obiettivi definiti nel piano di assistenza individuale mediante la valutazione delle varie dimensioni di vita della persona e a garantire la fruizione degli interventi nella logica della continuità

assistenziale. Partendo da tali presupposti l'obiettivo di lavoro dei Tavoli Operativi Distrettuali ATS/ASST/AMBITO TERRITORIALE è quello di verificare in itinere i processi di collaborazione e di sinergia avviati tra gli attori del sistema sociosanitario e del sistema sociale.

Si può quindi assumere che l'elemento cardine che definisce il perimetro entro cui "misurare" il processo di integrazione sia il Piano Personalizzato di Assistenza, a tal fine sembra utile porre alcune questioni, in seno ai Tavoli Operativi Distrettuali, di seguito esplicitate:

- *Con quali strumenti e in quale misura sono rilevate le varie dimensioni di vita della persona in condizione di fragilità e/o disabilità e della sua famiglia?*
- *Relativamente alla definizione degli obiettivi di 'inclusione e scelte di vita' della persona fragile e/o disabile, in che modo la valutazione multidimensionale integrata riesce a definire obiettivi ed interventi rispondenti ai reali bisogni della persona?*
- *Gli strumenti di valutazione, gli strumenti informatici, la metodologia di rete e la comunicazione interistituzionale sono adeguati a sostenere una presa in carico globale della persona o sono necessari degli aggiustamenti metodologici?*
- *Gli accordi territoriali in essere e in fieri riescono a sostenere la continuità assistenziale intesa come integrazione della filiera sanitaria, sociosanitaria e sociale?*

La riflessione circa gli elementi che qualificano il Progetto di Assistenza Individuale e l'analisi congiunta dei punti di forza e di debolezza degli accordi e delle prassi operative territoriali in essere, può facilitare la condivisione di una metodologia di intervento e favorire la co-programmazione e la co-progettazione e quindi la condivisione di prassi operative territoriali.

La co-progettazione delle prassi operative dovrà tenere in opportuna considerazione le dimensioni socio-culturali del singolo territorio, la presenza e la capillarità di servizi sociosanitari e sociali in esso insistenti, l'apporto professionale da parte dell'ASST per la componente sociosanitaria che affianca quella sociale dell'Ambito Territoriale o del Comune, la comunicazione con gli altri attori del sistema sociosanitario, in particolare con i Medici di Assistenza Primaria e con i Pediatri di Famiglia e con gli attori del sistema di welfare ricompresi nell'ambito del terzo settore, in modo da sostenere al meglio il percorso assistenziale della persona in condizione di fragilità.

2. La programmazione sociale 2018-2020 Ambito di Saronno

La DGR XI/7631 del 28 dicembre 2017 “Approvazione del documento “linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2018-2020” ha:

- confermato:
 - l’importanza di proseguire con il sistema previsto dalla programmazione precedente volto a ricomporre la frammentazione del territorio per quanto riguarda i servizi erogati e le risorse;
- previsto:
 - una programmazione finalizzata a ridurre la frammentazione territoriale spronando i distretti al di sotto di un certo numero di abitanti a unirsi per rafforzare il ruolo degli Ambiti come centro di politiche sociali territoriali
- stimolato i Distretti a orientarsi:
 - verso percorsi di policy concentrati sull’omogeneizzazione e l’uniformità di accesso ai servizi dei cittadini del Distretto
 - sulla valutazione e implementazione della qualità e dell’appropriatezza degli interventi e sull’innovazione sociale.
- strutturato gli obiettivi delle linee di indirizzo precedenti in due grandi pilastri:

**Governance &
Policy**

Que:

cittadini dei diritti sociali e delle prestazioni che rendono “ pieni ” questi diritti in un’ottica di sempre maggiore attenzione al bisogno dell’utente.

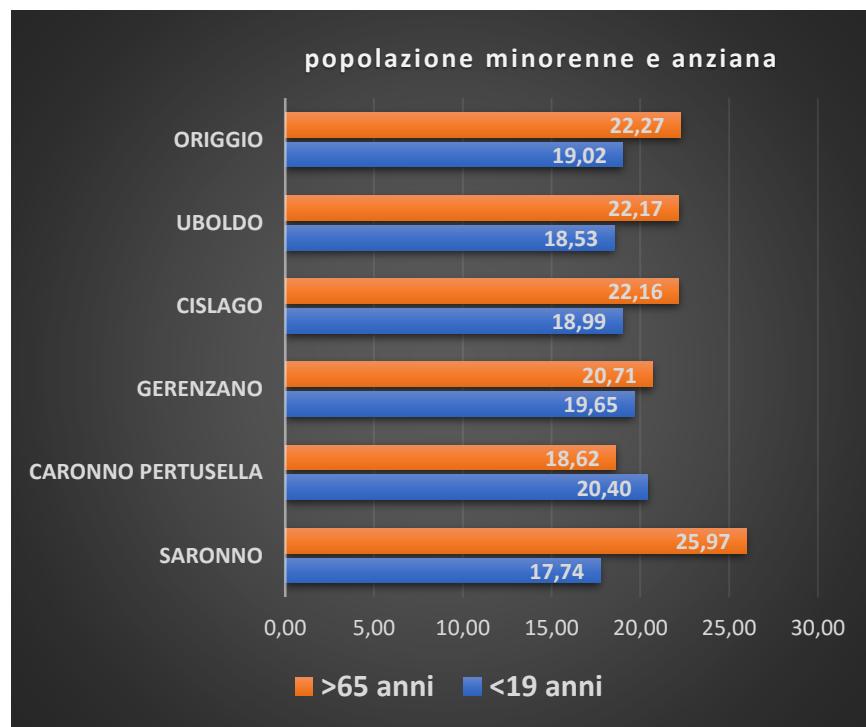
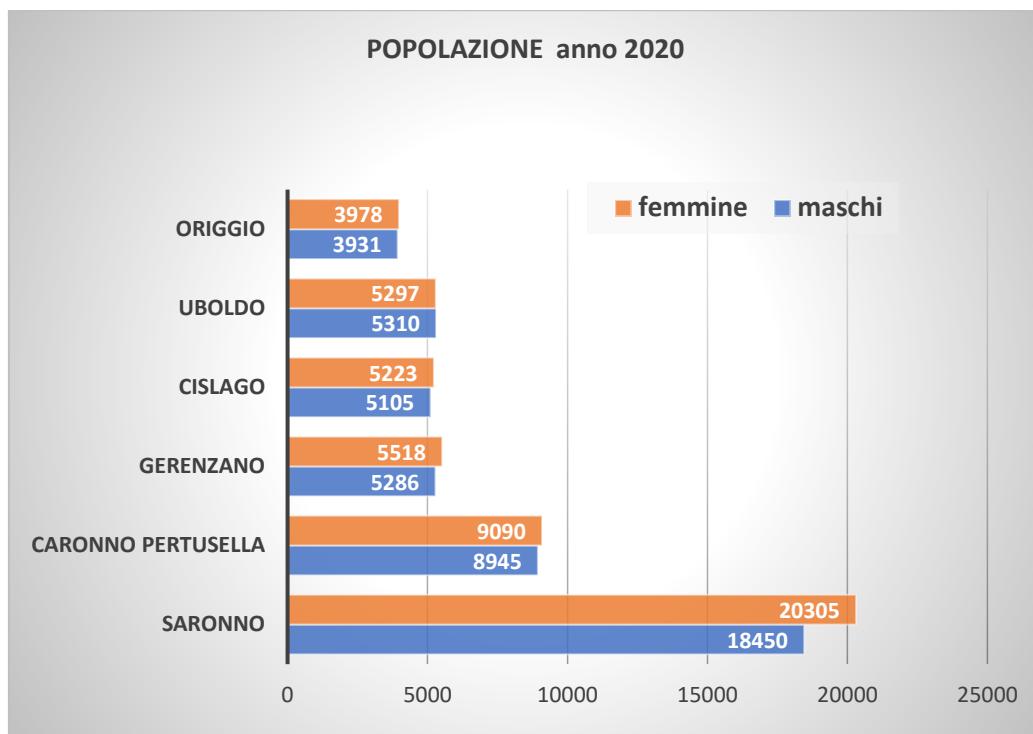
- ✓ *Per entrambi questi due settori gli obiettivi sono stati declinati prevedendo (per ogni obiettivo raggiunto) una premialità e delle finestre temporali per il raggiungimento di ognuno di essi.*
- ✓ *Il Distretto di Saronno ha concorso al raggiungimento della prima premialità relativa alla sottoscrizione del Piano di Zona entro il 30 giugno (per tale premialità era previsto un incentivo di €.30.000).*
- ✓ *Il Distretto di Saronno non era ricompreso tra i Distretti per cui era previsto l'accorpamento in quanto per numero di abitanti raggiungevamo il rapporto territorio- popolazione previsto da Regione Lombardia (circa 100.000 abitanti).*
- ✓ *Per gli altri obiettivi previsti dalle Regione e rientranti nell'area policy non abbiamo concorso in quanto Regione richiedeva di procedere con una regolamentazione unitaria e condivisa delle modalità di accesso ai servizi e alla richiesta di compartecipazione (il Distretto di Saronno aveva già approvato un regolamento distrettuale con quelle caratteristiche pertanto la R.L. non ha ritenuto che potessimo concorrere ad alcuna premialità) e lo stesso per gli accreditamenti delle unità d'offerta sociali per le quali Regione chiedeva di stabilire criteri uniformi (oltre a quelli previsti dalle normative di riferimento).*

2.1 Dati di contesto

La popolazione dell'ambito sociale di Saronno è pari a 96.438 residenti, di cui 47.027 maschi e 49.411 femmine.

I residenti sotto i 19 anni sono 18.107, gli over 65 anni sono 22.064.

Saronno ha la più alta percentuale di ultra65enni (25,97%) e la più bassa di minorenni (17,74). Caronno Pertusella, al contrario, ha la più alta percentuale di minorenni (20,40) e la più bassa di ultrasessantacinquenni (18,62).

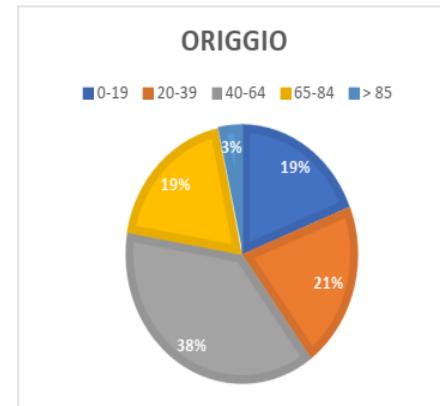
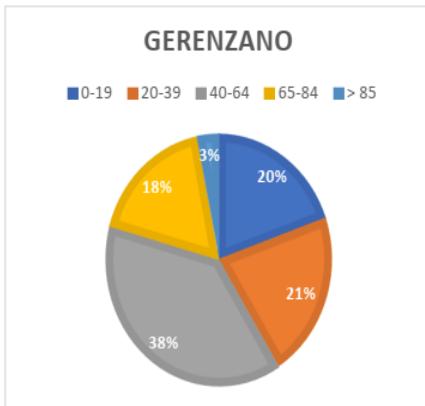
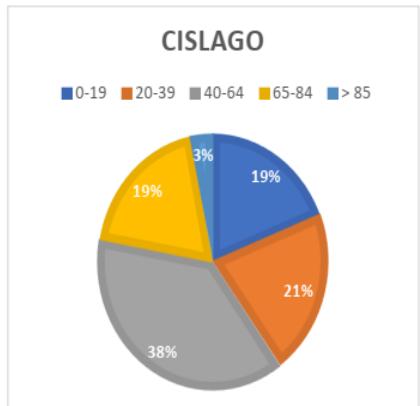
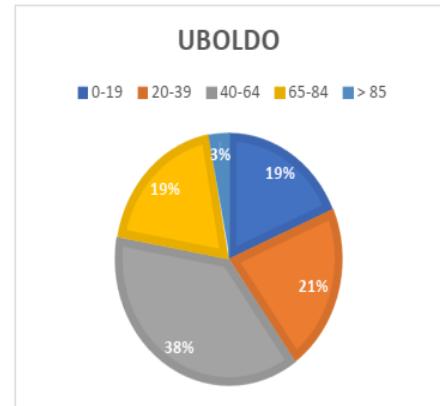
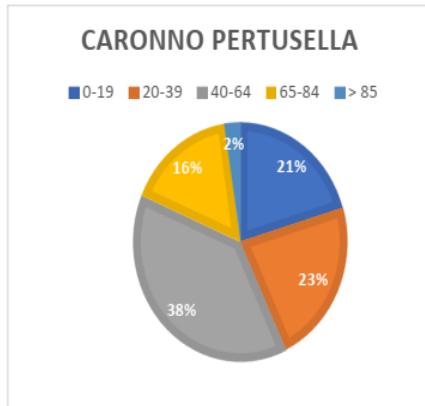
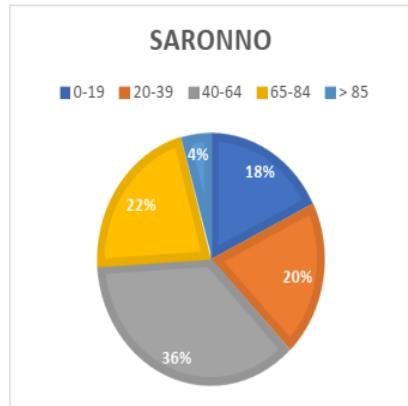


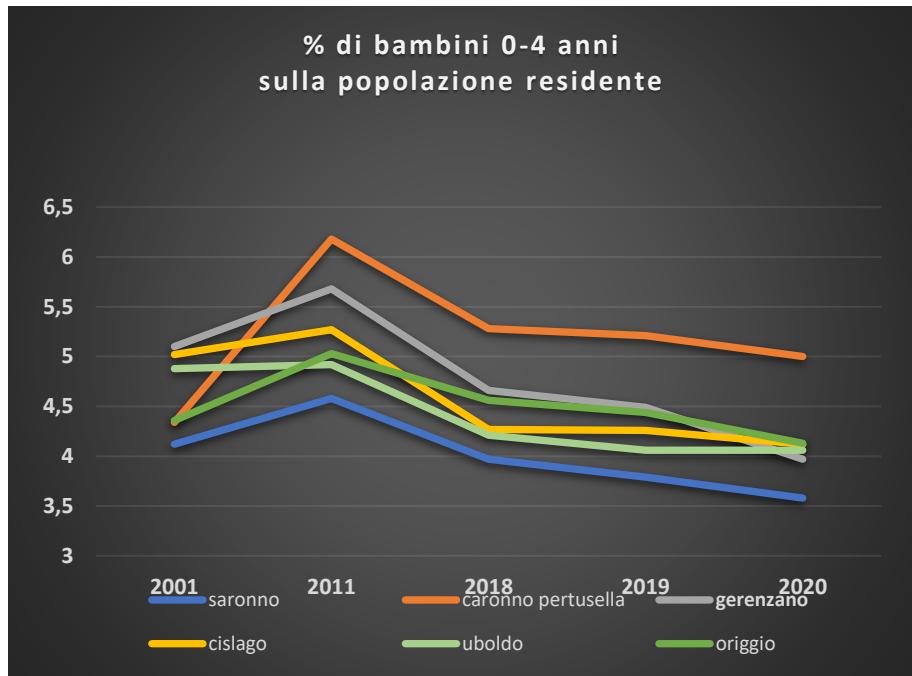
Distribuzione della popolazione residente per fasce di età

La distribuzione della popolazione per fasce di età è piuttosto omogenea sui valori medi nei Comuni di Cislago, Gerenzago, Origgio e Uboldo.

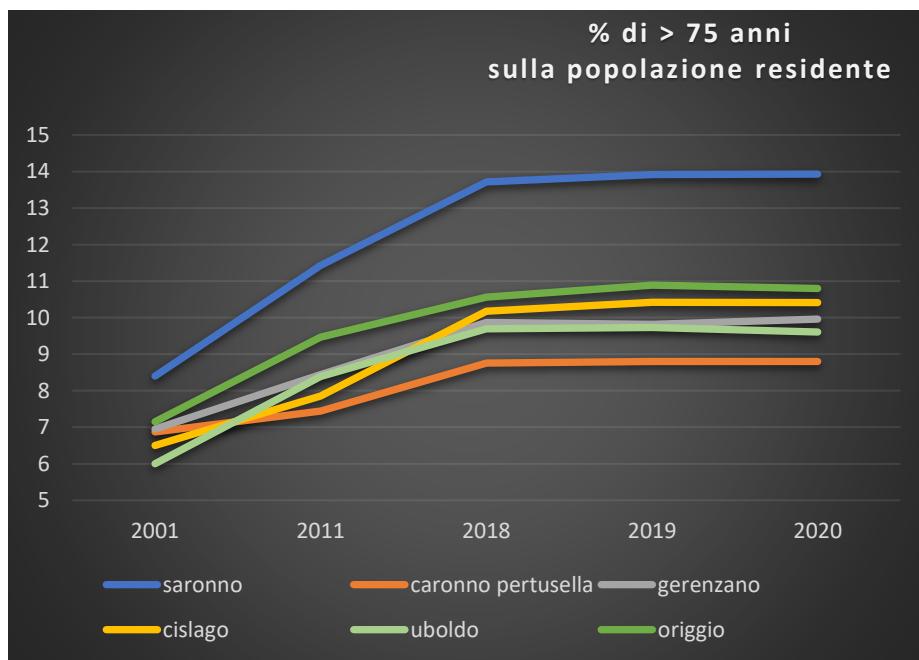
I due comuni più grandi, Saronno e Caronno Pertusella, presentano caratteristiche diverse, ponendosi al di sopra e al di sotto della media alternativamente.

Risulta complessivamente "più giovane" della media il Comune di Caronno Pertusella, più rilevante per Saronno, invece la presenza degli anziani e dei grandi anziani. Di 6 punti percentuali la differenza, tra i due comuni della presenza di popolazione < 40 anni; doppia la percentuale di presenza di grandi anziani a Saronno, rispetto a Caronno Pertusella.





Dopo l'incremento delle nascite avvenuta tra il 2001 e il 2010, si riduce progressivamente la percentuale della popolazione 0-4 anni; per contro l'incidenza della popolazione ultra settantacinquenne, cresciuta dal 2001 al 2018, si stabilizza negli ultimi due anni.



Grado di istruzione della popolazione			SARONNO	CARONNO PERTUSELLA	GERENZANO	CISLAGO	UBOLDO	ORIGGIO							
Cittadinanza	Italiana	Straniera/ apolide	Totale												
Grado di istruzione	VALORI PERCENTUALI														
Nessun titolo di studio	2,71	7,43	3,18	3,67	8,40	4,02	3,15	8,67	3,67	3,23	9,88	3,71	3,05	10,65	3,70
Licenza di scuola elementare	13,58	10,34	13,26	14,89	9,57	14,50	15,39	12,35	15,10	17,71	11,34	17,25	16,15	12,19	15,81
Licenza media o avviamento professionale (conseguito non oltre l'anno 1965) /Diploma di Istruzione secondaria di I grado	24,28	29,89	24,84	29,07	32,75	29,34	28,12	35,64	28,82	28,60	31,54	28,81	31,00	29,11	30,84
Diploma di istruzione secondaria di II grado o di qualifica professionale (corso di 3-4 anni) compresi IFTS	37,29	37,68	37,33	39,75	37,78	39,60	40,12	34,24	39,57	38,07	36,34	37,95	37,99	36,33	37,85
Diploma di tecnico superiore ITS o titolo di studio terziario di primo livello	4,79	4,18	4,73	4,17	3,36	4,11	4,26	2,60	4,10	4,18	2,76	4,08	3,91	3,43	3,87
Titolo di studio terziario di secondo livello e dottorato di ricerca	17,34	10,49	16,66	8,44	8,14	8,42	8,96	6,50	8,73	8,21	8,14	8,21	7,90	8,28	7,93
TOTALE	100	100	100												

A Saronno si rileva la più bassa percentuale di soggetti privi di titolo di studio (3,18%) e la più alta percentuale di cittadini con un titolo di studio terziario di secondo livello e dottorato di ricerca (16,66%, doppia rispetto alla media degli altri comuni)

Popolazione residente > 15 anni per cittadinanza e condizione occupazionale

	SARONNO			CARONNO PERTUSELLA			GERENZANO			CISLAGO			UBOLDIO			ORIGGIO				
	italiana	straniera	totale	% sul tot.	italiana	straniera	totale	% sul tot.	italiana	straniera	totale	% sul tot.	italiana	straniera	totale	% sul tot.	italiana	straniera	totale	% sul tot.
FORZE DI LAVORO																				
Occupato	15755	2520	18.275		8475	775	9.250		4712	552	5.264		4451	421	4.873		4732	515	5.247	
In cerca di occupazione	14468	2005	16.473		7912	626	8.538		4388	453	4.841		4111	352	4.464		4407	416	4.823	
NON FORZE DI LAVORO	1287	515	1.802	9,86	563	149	712	7,70	324	99	423	8,04	340	69	409	8,39	325	99	424	8,08
Pensionato/a	14323	1066	15.389		5502	313	5.815		3621	260	3.881		3673	218	3.891		3646	247	3.893	
Studente/ssa	8820	86	8.906	57,97	3250	22	3.272	56,27	2060	18	2.078	53,54	2091	22	2.113	54,30	2184	17	2.201	56,54
Casalingo/a	2257	226	2.483	16,13	900	62	962	16,54	671	47	718	18,50	623	37	660	16,96	602	39	641	16,47
In altra condizione	1882	530	2.412	15,67	856	166	1.022	17,58	583	152	735	18,94	623	123	746	19,17	546	144	690	17,72
TOTALE POP DI 15 ANNI E PIU' (NEL 2019)	1364	224	1.588	10,32	496	63	559	9,61	307	43	350	9,02	336	36	372	9,56	314	47	361	9,27
	30078	3586	33.664		13977	1088	15.065		8333	812	9.145		8124	639	8.764		8378	762	9.140	
% stranieri					11			7					9			7				3

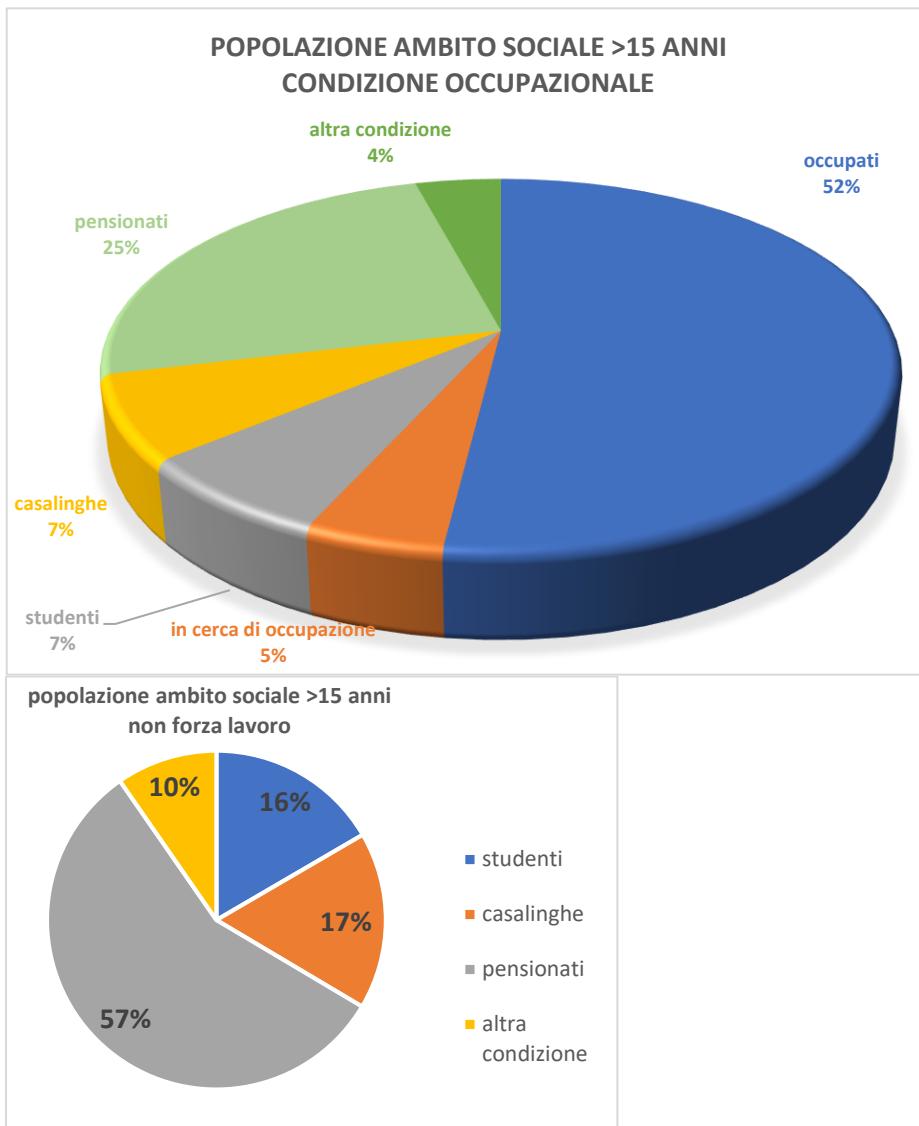
TOTALE POP DI 15 ANNI E PIU' (NEL 2019)	82.492
di cui:	%
italiana	75.373
straniera	7.119 8,63
occupati	42.848 51,94
in cerca di occupazione	3.982 4,83
non forza lavoro	35.662 43,23

La popolazione >15anni è pari a 82.492, di cui l'8,63% è straniera. Il comune con la maggior percentuale di stranieri è Saronno (11%), quello con la percentuale inferiore è Origgio (3%).

Risulta occupato circa il 52% della popolazione; poco meno del 5% è in cerca di occupazione, e il 42,23% non è forza lavoro. Di questa il 57% è pensionato/a, il 17% casalingo/a, il 16% studente/ssa.

Il comune con la più alta percentuale di soggetti in cerca di occupazione tra la forza lavoro è Saronno (9,86%); quello con la più bassa percentuale è Origgio (5,41%)

Il Comune con la più alta percentuale di pensionati è Origgio (60,65), quello con la più alta percentuale di studenti è Gerenzano. Cislago ha la maggior percentuale di casalinghe sulla popolazione>15 (18,94)



- Risulta occupata oltre la metà dei residenti in età > 15 anni.
- I pensionati costituiscono il 25% della popolazione residente.
- Della popolazione “non forza lavoro”: il 16% è rappresentata da studenti/sse, il 17% da casalinghe/ghi il 57% da pensionati/e.

Redditi della popolazione residente

(Elaborazione dati MEF)

COMUNE	Anno di imposta	redditi da fabbricati valori medi	redditi da lavoro dipendente valori medi	redditi da pensione valori medi	redditi da lavoro autonomo valori medi	redditi dell'imprenditore in contabilità ordinaria valori medi	redditi dell'imprenditore in contabilità semplificata valori medi	redditi da partecipazioni valori medi
CARONNO PERTUSELLA	2017	802	23.747	19.186	44.612	35.113	25.361	22.613
CARONNO PERTUSELLA	2019	772	24.611	20.464	53.015	31.703	26.363	22.033
CISLAGO	2017	1.029	23.752	18.754	45.334	36.355	25.227	17.891
CISLAGO	2019	967	24.358	20.021	53.371	41.009	27.138	17.898
GERENZANO	2017	791	24.637	20.056	48.422	34.885	25.041	21.594
GERENZANO	2019	745	25.347	20.940	67.341	52.456	26.626	39.974
ORIGGIO	2017	762	26.260	19.914	42.283	26.795	29.583	27.431
ORIGGIO	2019	749	26.591	21.059	46.403	39.742	32.479	26.048
SARONNO	2017	1.667	27.465	21.347	50.075	79.959	27.358	24.119
SARONNO	2019	1.578	27.930	22.530	66.083	67.989	30.588	22.276

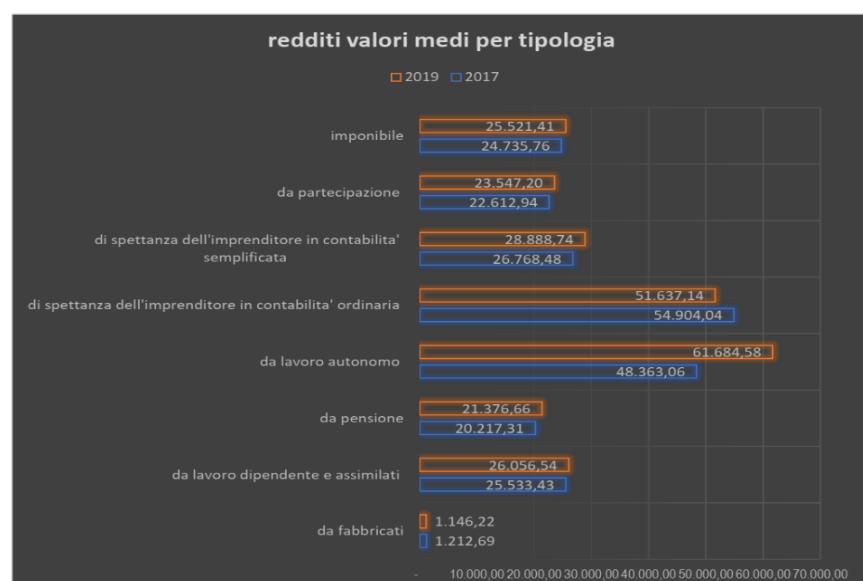
confronto tra le diverse tipologie di reddito dei cittadini residenti nei comuni dell'ambito, e nel confronto tra i redditi dell'anno 2017 e quelli dell'anno 2019 (dichiarazione dei redditi 2020, ultimo dato disponibile al momento della redazione del piano), si rileva che:

- Aumentano i valori medi dei redditi da lavoro dipendente, da pensione, da lavoro autonomo e i redditi degli imprenditori in contabilità semplificata di tutti i residenti nei 6 comuni;
- Si riduce in tutti i comuni il reddito medio da fabbricati
- Nei due comuni maggiori, Saronno e Caronno Pertusella, si riduce il valore medio dei redditi dell'imprenditore in contabilità ordinaria
- Solo nel comune di Gerenzano si registrano rilevanti incrementi nei redditi da partecipazioni

Il valore medio del **reddito imponibile** nel 2019 è stato pari ad **€ 25.521**.

La tipologia di reddito con la maggiore consistenza è quella da lavoro autonomo, che nel biennio è stata incrementata del 28%.

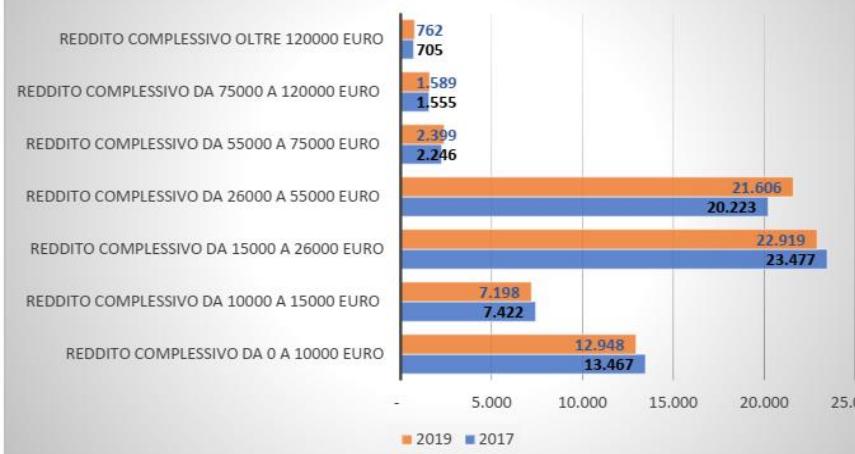
La riduzione dei redditi da fabbricati e da attività imprenditoriale in regime di contabilità ordinaria è superiore al 5%.



Redditi 2017 e 2019 (valori medi per tipologia)

	da fabbricati	da lavoro dipendente e assimilati	da pensione	da lavoro autonomo	di spettanza dell'imprenditore in contabilità ordinaria	di spettanza dell'imprenditore in contabilità semplificata	da partecipazione	imponibile
2017	1.212,69	25.533,43	20.217,31	48.363,06	54.904,04	26.768,48	22.612,94	24.735,76
2019	1.146,22	26.056,54	21.376,66	61.684,58	51.637,14	28.888,74	23.547,20	25.521,41
	94,52	102,05	105,73	127,54	94,05	107,92	104,13	103,18
VAR. %	-5,48	2,05	5,73	27,54	-5,95	7,92	4,13	3,18

popolazione per fasce di reddito



Dal 2017 al 2019 (ultima annualità fiscale disponibile) si rileva un incremento del **numero dei cittadini/contribuenti** nelle fasce di reddito superiori a 26.000 € ed una diminuzione del numero dei contribuenti nelle fasce di reddito inferiori (da 0 a 26.000€).

L'imposta netta media versata nel 2017 ammonta ad € 6.175,78; mentre nel 2019 è pari ad € 6.356,84.

Spesa sociale complessiva 2017/2019

	Totale 2017	Totale 2018	Totale 2019	Totale spesa sociale triennio
Caronno Pertusella	2.332.461,59 €	2.731.305,86 €	2.574.645,22 €	7.638.412,67
Cislago	756.619,00 €	854.837,01 €	929.581,50 €	2.541.037,51
Gerenzano	1.304.700,25 €	1.411.715,33 €	1.354.237,15 €	4.070.652,73
Origgio	1.212.665,00 €	1.287.381,11 €	1.328.622,21 €	3.828.668,32
Saronno	5.697.231,41 €	5.706.190,44 €	5.722.850,09 €	17.126.271,94
Uboldo	1.433.507,00 €	1.185.187,19 €	1.302.072,18 €	3.920.766,37
DISTRETTO	12.737.184,25 €	13.176.616,94 €	13.212.008,35 €	39.125.809,54



La spesa sociale complessiva nel triennio 2017/2019 è stata di € 39.125.809,54.

La spesa pro capite media del distretto è stata di € 129,35 nel 2016 e di 136,88 nel 2018, con un incremento del 5,8%.

Il Comune che mantiene più costante nel biennio la spesa sociale è Saronno, mentre i Comuni di Cislago, Origgio e Caronno incrementano la spesa di oltre il 15%.

Gerenzano si attesta all'8% di incremento e Uboldo, in controtendenza, riduce invece la spesa sociale del 9% nel biennio di riferimento.

La ripartizione della spesa sociale per singole macro-aree

Viene incrementata la spesa sociale dei Comuni per gli anziani e disabili e immigrazione. La spesa per l'area minori e famiglia e servizi di funzionamento si mantiene costante; si riduce la spesa per l'area emarginazione/povertà, in corrispondenza all'introduzione del reddito di cittadinanza

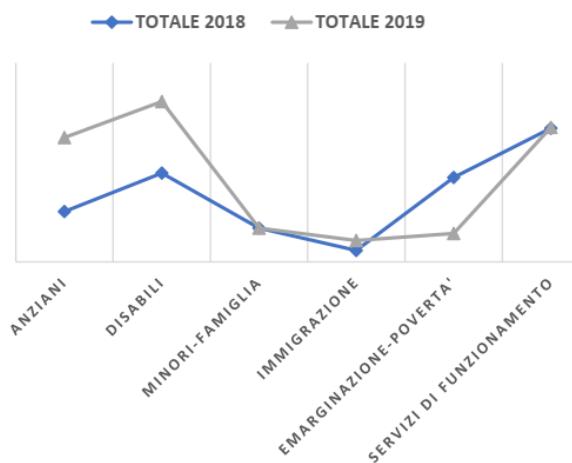
RIPARTIZIONE SPESA SOCIALE 2018

	CARONNO	CISLAGO	GERENZANO	ORIGGIO	SARONNO	UBOLDO	TOTALE
ANZIANI	8.900,00 €	2.750,00 €	7.275,90 €	2.750,00 €	32.150,00 €	9.250,00 €	63.075,90 €
DISABILI	6.750,00 €	19.230,00 €	11.300,00 €	6.700,00 €	46.525,00 €	21.000,00 €	111.505,00 €
MINORI-FAMIGLIA	7.537,71 €	4.593,12 €	4.930,25 €	3.995,47 €	16.305,35 €	4.928,65 €	42.290,55 €
IMMIGRAZIONE	2.871,00 €	2.871,00 €	2.871,00 €	2.871,00 €	- €	2.871,00 €	14.355,00 €
EMARGINAZIONE-POVERTÀ	51.031,00 €	12.300,00 €	26.545,00 €	8.811,00 €	880,00 €	6.325,00 €	105.892,00 €
SERVIZI DI FUNZIONAMENTO	29.386,54 €	14.633,12 €	20.994,36 €	19.241,36 €	58.219,46 €	25.424,54 €	167.899,38 €
TOTALE	106.476,25 €	56.377,24 €	73.916,51 €	44.368,83 €	154.079,81 €	69.799,19 €	505.017,83 €

RIPARTIZIONE SPESA SOCIALE 2019

	CARONNO	CISLAGO	GERENZANO	ORIGGIO	SARONNO	UBOLDO	TOTALE
ANZIANI	19.950,00 €	11.400,00 €	18.250,00 €	16.639,57 €	73.250,00 €	16.800,00 €	156.289,57 €
DISABILI	24.010,00 €	37.379,00 €	22.250,00 €	8.460,00 €	90.936,50 €	18.400,00 €	201.435,50 €
MINORI-FAMIGLIA	7.675,48 €	4.592,86 €	5.038,46 €	3.972,96 €	16.086,46 €	4.926,34 €	42.292,56 €
IMMIGRAZIONE	5.367,13 €	5.367,13 €	5.367,13 €	5.367,13 €	- €	5.367,13 €	26.835,65 €
EMARGINAZIONE-POVERTÀ	4.000,00 €	5.500,00 €	3.000,00 €	1.500,00 €	21.620,00 €	- €	35.620,00 €
SERVIZI DI FUNZIONAMENTO	31.138,82 €	16.260,79 €	21.139,57 €	16.334,55 €	58.681,82 €	25.526,03 €	169.081,58 €
TOTALE	92.141,43 €	80.499,78 €	75.045,16 €	52.274,21 €	260.574,78 €	71.019,50 €	631.554,86 €

RIPARTIZIONE DELLA SPESA SOCIALE PER AREE DI INTERVENTO



Unità di offerta presenti sul territorio dell'ambito

OFFERTA SOCIALE E SOCIO SANITARIA	ANZIANI	DISABILI	MINORI	PERSONE CON DIPENDENZA	FAMIGLIE
RESIDENZIALE Sanitario	n. 6 RSA : n. posti complessivi 549.	n.1 CSS : capienza 10 posti		n. 0 Comunità Educativa :	
RESIDENZIALE Sociale	Alloggi protetti 6	6 alloggi disabili/soggetti fragili Comunità socio assistenziale capienza 10 posti; Micro Comunità sperimentale n. posti 5	N.3 Comunità Educativa sociale		Comunità sociale per fragili n.posti 10
Centri Diurni sanitari	n. 2 CDI : n. 70 posti in regime semiresidenziale (CDI), di cui 20 accreditati e contrattualizzati.	n. 3 CDD : n.80 posti complessivi			
Servizi Diurni Sociali		n.4 CSE N. 3 SFA 90 Posti complessivi	n. 3 Centro Diurni n.1 CAG		
SERVIZI DOMICILIARI E AMBULATORIALI	nel 2020 n. enti gestori ADI per n. utenti vedi dati ATS	n.1 Servizio di supporto e sostegno alle persone in situazione di fragilità	n.2 Consultori Familiari (di cui 1 pubblico e 1 privato accreditato) per n. utenti	n. 1 Servizio Dipendenze (SERT)	

2.2 La programmazione sociale 2018-2020 Ambito di Saronno: esiti

SPORTELLO IMMIGRATI

Il servizio va in continuità con la programmazione di zona 2015-2017 con 2 novità: da una parte la mancata adesione del Comune di Saronno - che ha assorbito la funzione dello sportello all'interno della propria attività istituzionale – e dall'altra la successione di 2 cooperative che hanno gestito in appalto lo sportello Immigrati per i Comuni di Caronno Pertusella, Cislago, Gerenzano, Origlio e Uboldo.

L'Ufficio di Piano ha finanziato l'attività dello sportello con una quota del Fondo Nazionale Politiche Sociali (FNPS).

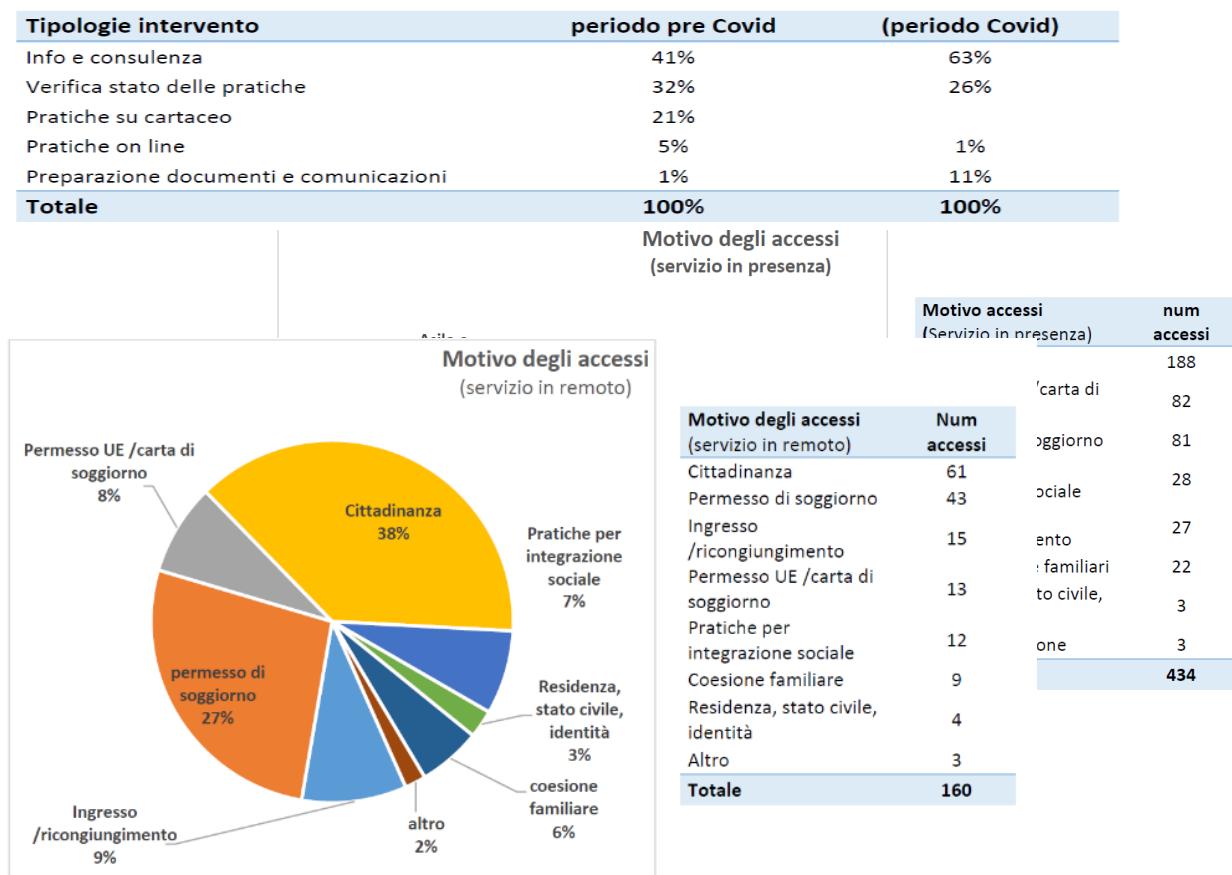
Di seguito l'elenco delle attività gestite dalle due cooperative:

- assistenza per il rinnovo e la richiesta di permesso/carta di soggiorno
- compilazione della richiesta di cittadinanza italiana
- assistenza nella richiesta di ricongiungimento familiare
- prenotazione degli appuntamenti per il test di italiano
- solleciti presso Ministero e Prefettura per le richieste di cittadinanza italiana
- assistenza nel contattare Prefetture e Questure per le pratiche di immigrazione

L'attività svolta dallo sportello, in continuità con la triennalità precedente, ha riguardato numerosi cittadini stranieri e italiani che si sono rivolti allo sportello per richiedere informazioni per le pratiche dei loro conoscenti.

L'emergenza pandemica Covid 19 ha influito sul regolare svolgimento delle attività di sportello anche se è stato garantito il servizio con modalità "da remoto".

Con riferimento al periodo gennaio-maggio 2020, le attività hanno avuto il seguente trend



La presente attività non sarà più fornita dai Comuni del Distretto in quanto lo stesso servizio è garantito dai CAF locali e pertanto l'Assemblea dei Sindaci ha valutato opportuno destinare la quota destinata a tale intervento su altre attività.

Tabella 2 – Schema esiti della precedente programmazione zonale 2018-2020 per sportello immigrati

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBBIETTIVO RISPETTO A CIÒ CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE	100%
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)	NON RILAVATA
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZiate E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE	100%
CRITICITÀ RILEVATE	nessuna
QUESTO OBBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?	SI
L'OBBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2015/2017)?	SI
L'OBBIETTIVO VERRÀ RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	NO

PROGETTO RADICI

Il progetto Ra.di.Cl opera sul territorio e nelle scuole superiori statali della città dal 2001 (Liceo “S.M. Legnani”, Liceo “G.B.Grassi”, ITC “G. Zappa”, IPSIA “A. Parma”, ITIS “G. Riva”), promuovendo attività di consulenza, counselling scolastico, declinate secondo le esigenze e le problematiche di ciascuna realtà scolastica.

Strutturalmente il progetto Ra.di.Cl era costituito da una coordinatrice, tre educatori e da una psicologa.

Il servizio ha un ruolo di antenna sociale: intercetta criticità e situazioni di disagio adolescenziale nel loro sorgere, predispone interventi precoci e fa da ponte con il sistema dell'offerta del welfare locale (inteso come insieme delle politiche socio-sanitarie del territorio: Consultori ATS, Azienda Ospedaliera, Ser.T, reparti di Pediatria, UOP, Neuropsichiatria infantile, Servizi sociali, scuole private, cooperative sociali, CAG, Consultori accreditati).

Tabella 2 – Schema esiti della precedente programmazione zonale 2018-2020 per servizio Ra.di.Cl

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBBIETTIVO RISPETTO A CIÒ CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE	70%
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)	Non rilevato
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZiate E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE	100%

CRITICITÀ RILEVATE	<i>Assenza di rete adeguata a supporto del servizio</i>
QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?	<i>Sì parzialmente raggiunto</i>
L'OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2015/2017)?	<i>Sì</i>
L'OBIETTIVO VERRÀ RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	<i>Sì</i>

Dal monitoraggio effettuato è emerso che il progetto è stato in grado di rispondere parzialmente agli obiettivi iniziali in quanto è stato chiaramente evidenziato dal terzo settore e dalla NPI la carenza della rete di supporto. La nuova programmazione zonale ha previsto tra i suoi obiettivi la ricostituzione della rete di servizi con il coinvolgimento importante del Terzo Settore con l'obiettivo di supportare i Consultori e gli attori della rete pubblica che in questo momento non sono in grado di accogliere e gestire adeguatamente la forte richiesta di aiuto degli adolescenti che la situazione pandemica in atto ha acuito.

PROTEZIONE GIURIDICA

Il tema della protezione giuridica e in particolare della figura dell'amministratore di sostegno introdotta con la L. 6/2004 è molto sentito a livello di ambito distrettuale.

Da una parte c'è stata la necessità di promuovere la figura dell'amministratore di sostegno attraverso un percorso di sensibilizzazione che ha coinvolto in primo luogo direttamente i familiari interessati oppure il personale volontario disponibile a svolgere tale funzione, dall'altra c'è stata la necessità di gestire le situazioni di tutela, curatela e amministrazione di sostegno affidate dal tribunale direttamente ai Comuni.

Il Distretto di Saronno ha privilegiato questo secondo percorso, con la creazione di un Servizio di Protezione giuridica per la presa in carico delle amministrazioni di sostegno assegnate dal Tribunale ai Sindaci, Assessori o Personale Dipendente dei 6 Comuni afferenti al Distretto di Saronno.

Per questo è stata inizialmente effettuata una mappatura territoriale dei potenziali utenti in carico ai servizi sociali, destinatari di interventi di protezione giuridica, che potevano essere oggetto di nomina tramite delega.

In base ai casi selezionati dagli operatori, divisi secondo gravità, è stata formulata una proposta di collaborazione con una cooperativa interessata.

La proposta è stata inserita tra gli obiettivi strategici territoriali del Piano di Zona del Distretto di Saronno, in continuità con le annualità precedenti del piano di zona e fino al 1/12/2021 la protezione giuridica è stata gestita con affidamento ad una cooperativa che ha gestito n. 54 utenti dei Comuni del Distretto.

Nella triennalità 2018-2020 sono stati spesi complessivamente **€ 228.285,19** così ripartiti:

comune	2018	2019	2020
Caronno Pertusella	€ 13.752,54	€ 15.280,60	€ 12.450,38
Cislago	€ 3.056,12	€ 4.584,18	€ 3.557,25
Gerenzano	€ 9.168,36	€ 9.168,36	€ 8.893,13
Origgio	€ 9.168,36	€ 6.112,24	€ 5.335,88
Saronno	€ 30.561,46	€ 30.561,46	€ 32.015,28
Uboldo	€ 13.752,54	€ 13.752,54	€ 7.114,51
Totale per Ambito Saronno	€ 79.459,38	€ 79.459,38	€ 69.366,43

Esiti della precedente programmazione zonale 2018-2020 per Istituto Protezione Giuridica

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBBIETTIVO RISPETTO A CIÒ CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE	100%
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)	<i>Non rilevato</i>
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE	100%
CRITICITÀ RILEVATE	<i>Nessuna</i>
QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?	<i>SI</i>
L'OBBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2015/2017)?	<i>SI</i>
L'OBBIETTIVO VERRÀ RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	<i>SI</i>

Il Distretto di Saronno manterrà l'istituto della protezione giuridica anche nella programmazione del Nuovo Piano di Zona, la modalità di gestione del Servizio è stata però modificata in quanto la scelta degli Amministratori di Sostegno

sarà gestita direttamente dal Giudice Tutelare che potrà attingere per la scelta del professionista ad un albo che il distretto ha predisposto e che potrà essere continuamente implementato.

AGGIORNAMENTO SUL NUOVO REGOLAMENTO DISTRETTUALE

Il regolamento distrettuale è stato approvato da tutti e 6 i Comuni del Distretto. Nel regolamento sono disciplinate:

- le modalità di accesso alla rete dei servizi locali e distrettuali;
- le modalità di applicazione nell'ambito territoriale dell'indicatore della situazione economica equivalente, come definito dal DPCM 159/2013;
- le tipologie di interventi e di servizi da assoggettarsi all'ISEE, nonché i parametri per il calcolo delle agevolazioni.

L'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito territoriale propone le soluzioni volte a uniformare e omogeneizzare l'offerta, l'accesso e la partecipazione ai costi da parte delle persone residenti o domiciliate nei Comuni dell'Ambito, inserite nel Regolamento Distrettuale di accesso e definisce la struttura della partecipazione per i servizi assoggettati all'ISEE nonché i livelli iniziali e finali dell'ISEE per ogni intervento e servizio.

Alle Giunte Comunali viene invece demandata la determinazione del sistema tariffario, comprendente la quota di contribuzione minima e massima da porre a carico del cittadino.

Esiti della precedente programmazione zonale 2018-2020 per il regolamento distrettuale

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO RISPETTO A CIÒ CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE	60%
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)	<i>Non rilevato</i>
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE	75%
CRITICITÀ RILEVATE	<i>La verifica della corretta applicazione alla luce delle sentenze giurisprudenziali.</i>
QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?	NO
L'OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2015/2017)?	SI
L'OBIETTIVO VERRÀ RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	SI

Il regolamento distrettuale – approvato nel 2016 ed entrato in vigore nel 2017 -- è attualmente soggetto a revisione al fine di verificare la possibilità di interventi migliorativi e di semplificazione in relazione alla disciplina comune dei servizi garantiti dell'ambito, dal punto di vista operativo/organizzativo e/o dal punto di vista economico-finanziario. Pertanto l'obiettivo verrà riproposto in continuità con la triennalità precedente anche nella presente programmazione per una migliore fruibilità dello stesso.

RESIDENZIALITA' LEGGERA

La realizzazione del progetto, sotto la responsabilità dell'Unità Operativa di Psichiatria, prevede la disponibilità di due alloggi idonei individuati all'interno del patrimonio del Comune di Saronno, siti in via Bergamo 170, di circa 100 metri quadri per un totale di 8 posti.

Le Amministrazioni Comunali del Distretto continueranno a collaborare al buon esito del progetto concorrendo ai costi sociali (€ 19,00 die comprensive del costo affitto) su richiesta dei beneficiari, con dei contributi economici a supporto della quota di costo a carico degli ospiti in base alle condizioni economiche personali.

Il progetto, essendo ormai strutturato nel tempo, ha perso il carattere di sperimentalità e non sarà più finanziato con i fondi del FNPS, sarà invece finanziato con fondi propri di ogni Comune.

Esiti della precedente programmazione zonale 2018-2020 per la residenzialità leggera.

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO RISPETTO A CIÒ CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE	100%
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)	<i>Non rilevata</i>
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZiate E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE	100%
CRITICITÀ RILEVATE	<i>nessuna</i>
QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?	<i>SI</i>
L'OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2015/2017)?	<i>SI</i>
L'OBIETTIVO VERRÀ RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	<i>NO</i>

SERVIZIO INSERIMENTO LAVORATIVO

Il SIL è un servizio intercomunale regolato da apposita convenzione tra i comuni dell'ambito in scadenza il 31/12/2021 e già rinnovata fino al 2025.

Il SIL è iscritto nell'albo regionale degli enti accreditati ed autorizzati al lavoro e possiede certificazione di qualità ISO 9001:2008. Il SIL ha ottenuto la convalida per la certificazione ISO 9001:2008 con scadenza 13/06/2018.

L'equipe professionale è composta dalle seguenti figure:

- coordinatore
- due educatori/tutor
- consulente psicologa
- istruttore amministrativo

Il SIL è certificato qualità BVQI per " Progettazione ed erogazione di servizi di inserimento, reinserimento lavorativo e mantenimento del posto di lavoro di soggetti invalidi o svantaggiati. A seguito della certificazione di qualità, il Servizio è iscritto all'Albo Regione Lombardia dei servizi al lavoro accreditati e all'Albo autorizzati. Collabora con Istituzioni e Servizi territoriali per garantire all'utenza la progettazione e realizzazione di percorsi individualizzati di inserimento lavorativo, corrispondenti sia alle loro esigenze personali, sia alle finalità concordate coi servizi invitanti. Opera inoltre in stretto contatto con il Collocamento Mirato della Provincia di Varese, con le aziende presenti sul territorio, con le cooperative e con tutte le strutture che possono/devono accogliere soggetti con effettive difficoltà lavorative.

Con l'entrata in vigore del reddito di cittadinanza il SIL coopera con i Comuni del distretto per la realizzazione dei PUC (Progetti di Utilità Collettiva) che sono predisposti dai singoli servizi comunali e che coinvolgono i beneficiari del Reddito di Cittadinanza residenti presso i Comuni dell'Ambito.

Il Servizio si rivolge ai residenti nell'ambito territoriale dei 6 Comuni del Distretto di Saronno. Il Servizio opera con soggetti con obbligo scolastico e formativo assolto e maggiorenni inoccupati/disoccupati, in possesso:

- di certificazione sanitaria che attesti una riduzione della capacità lavorativa pari o superiore al 46%;
- di invalidità da lavoro con riduzione della capacità lavorativa superiore al 33%;
- di segnalazione da parte del servizio sociale specialistico (Ser.t, C.P.S., U.E.P.E., U.S.S.M.), che certifichi la condizione di "svantaggio" come da l.381/91;
- di segnalazione da parte del servizio sociale comunale.

Al servizio possono accedere anche le aziende o le cooperative sociali di tipo B che sono interessate a collaborazioni per la selezione e l'inserimento di persone in ottemperanza all'obbligo della L.68/99 o per l'ampliamento di personale. L'avvicendamento di personale in alcuni periodi dell'ultimo anno ha comportato dei rallentamenti nella gestione dell'attività svolta dal servizio.

Il Servizio ovviamente proseguirà con le modalità operative sopra descritte in continuità.

Esiti della precedente programmazione zonale 2018-2020 riferita al SIL

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO RISPETTO A CIÒ CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE	100%
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)	<i>Non rilevata</i>
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE	100%
CRITICITÀ RILEVATE	<i>Difficoltà legate alla carenza di personale</i>
QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?	SI
L'OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2015/2017)?	SI
L'OBIETTIVO VERRÀ RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	SI

RETE ROSA

Dal 1° gennaio 2015, grazie all'accordo siglato con Regione Lombardia, Rete Rosa fa parte della Rete dei Centri antiviolenza della Regione.

Rete Rosa è un'associazione distrettuale a sostegno delle donne vittime di violenza, nell'ambito delle sue attività rientrano tutte le azioni di prevenzione e sensibilizzazione rivolte alla cittadinanza, in particolare agli studenti, e la gestione del Centro Territoriale Antiviolenza che offre ascolto e supporto alle donne maltrattate, attraverso colloqui telefonici e/o diretti, consulenze legali e psicologiche gratuite e accompagnamento alla rete dei servizi del territorio. A seguito di incontri specifici tra operatori di Rete Rosa e operatori Comunali, si stanno definendo procedure che consolidino l'integrazione tra servizi, migliorando la collaborazione tra operatori nel momento in cui una donna vittima di abuso e maltrattamento deve essere tutelata attraverso uno specifico percorso, che possa anche prevedere l'inserimento in apposita struttura di accoglienza.

Avere una procedura operativa consolidata e condivisa fra Comune e Rete Rosa consentirà ad entrambe le parti di potersi attivare, ognuno per la parte di propria competenza, nella certezza che l'azione da intraprendere sia adeguatamente supportata dalla collaborazione degli attori coinvolti.

Operativamente sarà necessario pianificare incontri congiunti per meglio programmare gli interventi, per costruire i progetti secondo le tempistiche richieste e per meglio verificare i risultati ottenuti.

Esiti della precedente programmazione zonale 2018-2020 riferita a Rete Rosa

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO RISPETTO A CIÒ CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE	100%
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)	<i>Non rilevata</i>
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE	100%
CRITICITÀ RILEVATE	<i>Insufficienza di finanziamenti per la gestione del Centro</i>
QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?	SI
L'OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2015/2017)?	SI
L'OBIETTIVO VERRÀ RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	SI

Anche nella programmazione 2021-2023 proseguirà la collaborazione con il Distretto sia per quanto riguarda la componente tecnica Rete Rosa, creando un tavolo di ambito sulle pari opportunità per definire in maniera congiunta e coordinata le iniziative di sensibilizzazione sui temi della violenza e della parità di genere

FONDO NON AUTOSUFFICIENZE: MISURA B2

Viene confermata l'impostazione che da qualche anno il Distretto si è data ovvero di erogare le varie misure tramite Bando, dove tutti i cittadini del Distretto possono accedere in modo indifferenziato, presentando la domanda nel proprio comune di residenza.

Le domande vengono presentate solo per il periodo di apertura del bando.

Sono state previste e stilate le graduatorie di riferimento rispettando le regole contenute nel piano operativo regionale e distrettuale.

Il fondo risulta pertanto unico e non più distribuito ai Comuni con conseguente semplificazione della procedura di rendicontazione.

Da qualche anno è rimasto fermo il valore degli interventi finanziati con la B2:

- Buono per l'assistenza a domicilio di persone non autosufficienti da parte di familiari / parenti / volontari - € 150/mensili per 12 mesi
- Buono per l'assistenza a domicilio di persone non autosufficienti da parte di badanti fino ad un massimo di 39 ore settimanali € 250/mensili per 12 mesi
- Buono per l'assistenza a domicilio di persone non autosufficienti da parte di badanti per almeno 40 ore settimanali - € 400/mensili per 12 mesi
- Buono sociale per sostenere progetti di vita indipendente – valore massimo erogabile € 400/mensili per 12 mesi
- Voucher sociali per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità – valore massimo erogabile € 400/mensili per 12 mesi

Questa scelta unitamente a valori ISEE d'importo differenziato hanno lo scopo di consentire ad una platea quanto più possibile ampia l'accesso ai benefici.

Esiti della precedente programmazione zonale 2018-2020 riferiti a FONDO NON AUTOSUFFICIENZE: MISURA B2

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO RISPETTO A CIÒ CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE	100%
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)	<i>Non rilevata</i>
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZiate E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE	100%
CRITICITÀ RILEVATE	<i>Insufficienza dei fondi stanziati per finanziare tutte le domande</i>
QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?	SI
L'OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2015/2017)?	SI
L'OBIETTIVO VERRÀ RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	SI

ACCREDITAMENTO DISTRETTUALE

È stato mantenuto l'accreditamento esistente riguardo all'assistenza educativa domiciliare, il SAD e i servizi prima infanzia 0-3 anni.

Nel corso del Piano di Zona 2018-2020 si sono aggiunti i servizi di trasporto scolastico per disabili e il servizio di educativa scolastica.

Proseguirà nel prossimo PdZ l'implementazione del sistema di accreditamento per una gestione condivisa, omogenea e qualitativamente migliore di alcune unità d'offerta (RSA, RSD, Centri Diurni ecc.) per una risposta più efficace ai

bisogni dei cittadini e al contempo al fine di perseguire una maggiore omogeneità dell'offerta sul territorio del Distretto di Saronno.

Esiti della precedente programmazione zonale 2018-2020 riferiti ad Accreditamento Distrettuale

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO RISPETTO A CIÒ CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE	100%
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)	<i>Non rilevato</i>
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE	100%
CRITICITÀ RILEVATE	<i>Nessuna</i>
QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?	<i>SI</i>
L'OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2015/2017)?	<i>SI</i>
L'OBIETTIVO VERRÀ RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	<i>SI</i>

CARTELLA SOCIALE INFORMATIZZATA

Il Comune di Saronno ha adottato la cartella sociale informatizzata che, dopo il periodo di adeguata sperimentazione, sarà estesa a tutto il Distretto e per quanto possibile ai servizi territoriali coinvolti nelle progettazioni sovrazionali, anche al fine di consentire una maggiore fluidità delle informazioni.

L'utilizzo della CSI da parte di tutti i Comuni dell'ambito era stato già previsto nella trascorsa triennalità 2018/2020, ma attualmente l'obiettivo è stato raggiunto solo per il Comune di Saronno che pesa circa il 40% del totale dell'Ambito. Le difficoltà riscontrate rispetto l'estensione della CSI agli altri comuni del Distretto è stata in parte motivata dalla problematicità della gestione dei dati sensibili che avrebbero dovuto confluire in un unico server di cui sarebbe stato titolare l'Ente Capofila.

Conseguentemente anche le risorse stanziate sono state solo parzialmente coincidenti con quanto previsto.

Esiti della precedente programmazione zonale 2018-2020 riferiti alla Cartella Sociale Informatizzata

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO RISPETTO A CIÒ CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE	40%
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)	<i>Non rilevato</i>
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE	40%
CRITICITÀ RILEVATE	<i>Difficoltà legate alla gestione dei dati sensibili</i>
QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?	<i>SI</i>
L'OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2015/2017)?	<i>SI</i>
L'OBIETTIVO VERRÀ RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	<i>SI</i>

POLITICHE ABITATIVE

Per rispondere alle richieste regionali di omogeneizzazione delle politiche abitative, il Distretto di Saronno ha utilizzato i fondi regionali legati al sostegno affitto degli inquilini in difficoltà in forma distrettuale ed ha attivato il primo bando distrettuale per l'assegnazione degli alloggi pubblici a settembre 2019 (ex alloggi di Edilizia Residenziale Pubblica).

Nell'ottica di calmierare il mercato dell'affitto ha predisposto il rinnovo degli accordi territoriali tra le organizzazioni dei proprietari di casa ed i Sindacati Inquilini maggiormente rappresentativi sul territorio, in virtù del quale sono state concordate le regole grazie alle quali sarà possibile stipulare contratti di locazione ad un canone agevolato a favore degli inquilini e che permetterà al contempo ai proprietari di fruire di particolari agevolazioni fiscali.

Nello specifico le parti sociali hanno concordato livelli minimi e massimi per i canoni di locazione applicabili a seconda della superficie, dello stato di conservazione, della classe energetica e di altri parametri legati alla fruibilità dell'alloggio.

I proprietari che si rendono disponibili alla stipulazione di contratti che rispettano questi parametri usufruiranno delle seguenti agevolazioni fiscali:

- cedolare secca – cioè applicazione di una tassazione fissa derivante dal reddito da locazione pari al 10% non cumulabile con gli altri redditi conseguiti;
- riduzione dell'IMU.

La sottoscrizione di questo contratto, che dovrà avere la durata almeno quinquennale (tre anni più due) non prevede alcun aumento ISTAT del canone di locazione ed il relativo contratto non è sottoposto alla tassa di registrazione.

L'accordo è stato adottato da tutti i comuni del Distretto e la sottoscrizione di contratti rispondenti a queste caratteristiche ha permesso di calmierare il mercato della locazione consentendo altresì ai proprietari di avere degli sgravi fiscali e ai proprietari degli alloggi situati nei due comuni ad alta densità abitativa (Saronno e Caronno Pertusella) a specifici contributi regionali.

Proseguiranno anche nel nuovo PdZ gli interventi sopra descritti e sarà valutata la possibilità di creare una sorta di Agenzia della Casa che si occupi di incrociare la domanda e l'offerta di alloggi sul mercato privato oltre a reperire, anche utilizzando i fondi del PNRR, alloggi da utilizzare per le emergenze abitative.

Esiti della precedente programmazione zonale 2018-2020 riferiti a Politiche Abitative

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO RISPETTO A CIÒ CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE	100%
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)	<i>Non rilevata</i>
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE	100%
CRITICITÀ RILEVATE	<i>Difficoltà nella gestione per carenza di risorse</i>
QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?	SI
L'OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2015/2017)?	SI
L'OBIETTIVO VERRÀ RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	SI

SERVIZIO PSICOLOGICO DISTRETTUALE

Tra le priorità del Piano di Zona 21/23 è stato confermato il Servizio psicologico distrettuale gestito in appalto per la Tutela minori, per il servizio SIL, il servizio Ra.di.Ci. e per l'implementazione dell'équipe multidisciplinare del Reddito di Cittadinanza (RDC). Dal primo gennaio 2021 è stato riconfermato l'appalto con l'integrazione del servizio di assistenza sociale di cui usufruisce esclusivamente il comune di Gerenzano. L'appalto ricomprende anche un servizio di esclusivo interesse del Comune di Cislago (sportello di ascolto all'interno degli istituti comprensivi).

La cooperativa aggiudicataria del servizio per il periodo di validità dell'appalto fornirà agli operatori sociali la supervisione giuridica e metodologica a fondamentale supporto della presa in carico dell'utenza.

Con i finanziamenti del PNRR si prevede di realizzare un'implementazione del supporto agli operatori sociali al fine di prevenire il "burn out".

Esiti della precedente programmazione zonale 2018-2020 riferiti al SERVIZIO PSICOLOGICO DISTRETTUALE

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO RISPETTO A CIÒ CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE	100%
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)	<i>Non rilevata</i>
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE	100%
CRITICITÀ RILEVATE	<i>Nessuna</i>
QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?	<i>SI</i>
L'OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2015/2017)?	<i>SI</i>
L'OBIETTIVO VERRÀ RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	<i>SI</i>

Nuove progettualità del precedente Piano di Zona 2018-2020

Dal lavoro di verifica e di programmazione effettuato all'interno dei tavoli del terzo settore sono emerse una serie di proposte che sono state recepite nel piano di zona 2018/2020 di seguito declinati:

Percorsi sperimentali di integrazione sociale, nell'ambito di interventi finalizzati all'inclusione attiva

L'Ambito Territoriale ha costituito di un elenco di soggetti dal quale poter attingere per attivare collaborazioni nell'ambito di interventi finalizzati all'inclusione sociale attiva.

Obiettivo del progetto è stato quello di favorire l'integrazione sociale, all'interno di un contesto lavorativo protetto, di persone che hanno già sperimentato percorsi di inserimento lavorativo senza raggiungere l'obiettivo di un inserimento produttivo, o di persone ritenute non idonee ad inserimenti lavorativi produttivi, con la finalità di favorire l'integrazione sociale dei soggetti coinvolti, fornendo loro gli strumenti per fronteggiare l'emarginazione e favorire legami sociali, migliorare il loro benessere e la loro autonomia.

Per attività di integrazione lavorativa si intende il lavoro come veicolo educativo per la riacquisizione di un ruolo sociale attivo, presupposto imprescindibile per la qualità della vita di una persona.

Le finalità degli interventi che si sono realizzati nel triennio, in tali contesti protetti, a favore dei cittadini residenti nell'Ambito Territoriale di Saronno sono stati finalizzati a sperimentare nuove forme progettuali per rispondere a bisogni non ancora codificati e riconducibili a soggetti non inseribili in un contesto lavorativo produttivo o in strutture socio educative.

L'Ambito Territoriale di Saronno, attraverso una manifestazione di interesse, ha dunque individuato i soggetti con cui collaborare – ha aderito una sola cooperativa di tipo B nella quale sono stati inseriti 15 utenti fragili- per ogni singolo progetto l'ente inviante ha riconosciuto un contributo economico pro – capite a sostegno del progetto di €100,00 più IVA al mese.

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO RISPETTO A CIÒ CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE	100%
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)	<i>Non rilevata</i>
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE	100%
CRITICITÀ RILEVATE	<i>Nessuna</i>
QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?	SI
L'OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2015/2017)?	SI
L'OBIETTIVO VERRÀ RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	SI

Il progetto proseguirà con un ripensamento della procedura da utilizzare per sostenere l'iniziativa.

Gestione degli sportelli per l'assistenza familiare e dei registri territoriali degli assistenti familiari" ai sensi della DGR. N. 5648 del 3/10/2016

Anche in questo caso, l'ambito distrettuale, attraverso il Comune di Saronno quale ente capofila, in attuazione della DGR. N. 5648 del 3/10/2016 "Approvazione del piano delle azioni regionali e delle linee guida per l'istituzione degli sportelli per l'assistenza familiare e dei registri territoriali degli assistenti familiari" ha favorito sul territorio l'attivazione di un servizio di sportello per l'assistenza familiare e tenuta dei registri che ha garantito un supporto alla ricerca di assistenti familiari da parte delle famiglie e nel contempo ha dato la possibilità di collocazione lavorativa a soggetti qualificati all'assistenza.

L'Ambito territoriale ha proceduto, attraverso una manifestazione di interesse, a verificare l'adesione dei soggetti territoriali che hanno risposto secondo i requisiti di seguito evidenziati:

Finalità:

- offrire alle persone in condizione di fragilità, non autosufficienza e alle loro famiglie, che necessitano di servizi di assistenza al domicilio, e alle lavoratrici/ai lavoratori, disponibili a trovare un impiego come assistenti familiari, servizi qualificati di assistenza, informazione e consulenza per l'incontro tra domanda e offerta di lavoro e garantire un supporto nella gestione dei diversi aspetti inerenti l'attivazione e lo svolgimento di un rapporto di lavoro, con la massima trasparenza circa i contenuti e le condizioni di erogazione dei servizi offerti;
- favorire lo sviluppo di forme contrattuali e condizioni lavorative regolari a tutela sia delle famiglie, sia delle/dei lavoratrici/lavoratori interessate/i, oltreché la promozione della crescita professionale degli/delle assistenti familiari attraverso la valorizzazione e il riconoscimento della loro esperienza professionale e delle competenze e conoscenze possedute

Formazione:

- promuovere percorsi formativi per assistenti familiari, e badanti al fine di garantire livelli certificati di qualità dei servizi di assistenza. La qualità del percorso formativo è definita da Regione Lombardia con Decreto n. 15243 del 17/12/2008.

Attività: gli sportelli di assistenza familiare dovranno svolgere seguenti attività:

1) *a supporto della persona in condizione di fragilità, di non autosufficienza (totale o parziale, permanente o temporanea) e della sua famiglia:*

- informazione/orientamento verso la rete dei servizi sociali e sociosanitari territoriali e/o verso l'assistenza a domicilio con assistente familiare;
- ascolto e valutazione del bisogno di assistenza familiare;
- assistenza per la ricerca e l'individuazione di un assistente familiare, tra quelli iscritti al registro, con competenze ed esperienze adeguate ai bisogni di assistenza;
- informazione sui soggetti competenti per l'assistenza nel disbrigo delle pratiche per l'assunzione o regolarizzazione contrattuale dell'assistente familiare (es. informazioni in merito al contratto di lavoro domestico, rilascio preventivo spesa, preparazione pratiche di assunzione, elementi di prevenzione attiva attinenti la tutela della salute sia del lavoratore sia dell'assistito, gestione fiscale del rapporto lavorativo, ecc);
- aiuto nell'individuazione di un assistente familiare per sostituzione ad es. in caso di ferie, malattia, ecc;

2) *a supporto delle persone disponibili a lavorare come assistenti familiari:*

- informazione per l'iscrizione al Registro territoriale degli assistenti familiari;
- informazione in merito ai corsi regionali di formazione per assistente familiare;
- assistenza per l'individuazione della persona/famiglia che necessita del servizio di assistenza familiare;
- informazione sui soggetti competenti per l'assistenza nel disbrigo delle pratiche per l'assunzione o regolarizzazione contrattuale (es. informazioni in merito al contratto di lavoro domestico, rilascio preventivo spesa, preparazione pratiche di assunzione, elementi di prevenzione attiva attinenti la tutela della salute sia del lavoratore sia dell'assistito, gestione fiscale del rapporto lavorativo, ecc).

Gli enti del terzo settore che hanno aderito sono stati tre e hanno garantito nel corso del triennio l'apertura degli sportelli al pubblico per almeno 15 ore settimanali, organizzandosi secondo modalità flessibili sia nel tempo (es. orario di apertura prolungato, apertura il sabato, ecc) che nello spazio (es. organizzazione della presenza degli operatori nei diversi Comuni dell'Ambito territoriale).

Hanno raccolto le iscrizioni degli assistenti familiari e le relative informazioni per alimentare il Registro di Ambito degli Assistenti familiari.

Il Registro territoriale degli Assistenti familiari è uno strumento istituito dalla l.r. n. 15/2015 con duplice finalità: da un lato, qualificare e supportare il lavoro di assistenza e cura dell'assistente familiare in favore delle persone fragili che necessitano di assistenza a domicilio e/o non autosufficienti; dall'altro, favorire l'incontro tra domanda e offerta di lavoro nell'ambito dell'assistenza familiare evidenziando l'offerta territoriale qualificata di lavoratrici/lavoratori.

Il Registro degli Assistenti familiari raccoglie i nominativi delle lavoratrici/dei lavoratori che, in possesso degli adeguati requisiti - di cui all'art. 7 della l.r. n. 15/2015 - intendono proporsi alle famiglie come assistenti familiari per l'attività di cura e assistenza.

L'Ambito territoriale ha individuato le modalità più idonee per la tenuta del Registro territoriale degli assistenti familiari e per l'acquisizione di tutte le informazioni dalla rete degli eventuali Sportelli per l'assistenza familiare presenti nel territorio di competenza.

Attualmente la convenzione per la realizzazione del Registro territoriale degli Assistenti familiari è scaduta e l'UdP ha già effettuato la nuova manifestazione di interesse e predisposto la nuova convenzione per la gestione degli sportelli familiari.

Ad oggi il progetto non ha avuto un grande sviluppo perché le condizioni di accesso al registro erano troppo stringenti e ne hanno limitato la possibilità di utilizzo dei cittadini. Il possesso del diploma o, per gli stranieri, la certificazione linguistica hanno ridotto la possibilità di accesso e d'iscrizione nel registro.

La tenuta dei registri e l'applicazione della normativa regionale troverà continuità nel nuovo piano di zona per l'ulteriore implementazione della misura e nuovi sviluppi anche in risposta alle istanze del legislatore nazionale e regionale che punta all'attivazione di maggiori azioni finalizzate al mantenimento a domicilio delle persone fragili, allontanando sempre di più il momento dell'istituzionalizzazione.

Esiti della precedente programmazione zonale 2018-2020 riferiti al Registro territoriale delle assistenti familiari

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO RISPETTO A CIÒ CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE	25%

VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)	<i>Non rilevata</i>
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE	0%
CRITICITÀ RILEVATE	<i>Criteri eccessivamente stringenti per l'iscrizione all'Albo</i>
QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?	SI
L'OBBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2015/2017)?	SI
L'OBBIETTIVO VERRÀ RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	SI

Reddito di cittadinanza - RDC

Anche nella programmazione zonale 2021/2023 il Reddito di Cittadinanza - che ha sostituito il REI dal mese di aprile 2019 con l'entrata in vigore del Decreto Legge 28 gennaio 2019, n. 4, convertito con modificazioni dalla Legge 28 marzo 2019, n. 26 - assume una funzione fondamentale in quanto misura di politica attiva del lavoro e di contrasto alla povertà, alla disuguaglianza e all'esclusione sociale. Il RDC affianca ad un sostegno economico un percorso di reinserimento lavorativo e di inclusione sociale, di cui i beneficiari inviati al comune sono protagonisti sottoscrivendo un Patto per il lavoro o un Patto per l'inclusione sociale.

Il RDC prescrive che il Comune, per il tramite del Case Manager, faccia sottoscrivere a tutti i percettori della misura inviati dallo splitting ministeriale al comune, il Patto per l'inclusione Sociale che prevede specifici impegni da parte della famiglia e supporti da parte dei servizi territoriali. L'obiettivo è costruire interventi su misura insieme alle famiglie stesse, per rimuovere le cause della povertà e accompagnarle verso l'autonomia. L'adesione al Patto per l'inclusione sociale, per i nuclei non esentati, è una condizione necessaria per il mantenimento del beneficio economico e costituisce un accordo vero e proprio tra famiglia e servizi, frutto di un'elaborazione congiunta in primis con i beneficiari e, ove previsto, con gli altri servizi e soggetti della comunità che concorrono alla sua realizzazione, anche attivando specifici sostegni in collaborazione con i servizi attivi e attivabili presenti sul territorio. Al fine di realizzare ciò, nel presente Pdz, la costruzione dell'Equipe Multidisciplinare RDC è stata oggetto della progettazione sovrazonale di cui scheda in allegato. L'E.M. viene attivata solo in specifici casi per cui dall'Analisi Preliminare emerge il bisogno di attivare interventi mirati o un approfondimento specifico. L'Ambito ha tuttavia istituito altresì da tempo una Equipe interna stabile, composta da A.S. Case Manager, Consulente Psicologa e SIL che si confronta sulla maggior parte dei casi e che si incontra settimanalmente e/o in base alle necessità.

L'ambito di Saronno e il SIL intercomunale, già nella precedente triennalità, hanno realizzato le procedure finalizzate all'avvio dei PUC, che i beneficiari RDC sono tenuti a svolgere nell'ambito dei Patti per il lavoro e/o per l'inclusione sociale per almeno 8 ore settimanali, aumentabili fino a 16. Dei PUC sono responsabili i singoli comuni afferenti all'Ambito che possono attuare i progetti in collaborazione con altri soggetti che, aderendo alla Manifestazione di interesse sempre attiva e pubblicata sui siti istituzionali, possono candidare i propri progetti.

Oltre a un obbligo, i PUC rappresentano un'occasione di inclusione e crescita per i beneficiari e per la collettività:

- per i beneficiari, perché i progetti sono l'occasione per mettersi alla prova, conoscere ambienti lavorativi e realtà del Terzo Settore.
- per la collettività, perché i PUC sono individuati a partire dai bisogni e dalle esigenze della comunità locale e sono complementari, a supporto e integrazione rispetto alle attività ordinariamente svolte dai Comuni e dagli Enti coinvolti.

I PUC realizzati al 31.12.2020 sono cinque in ambito Sociale cinque e uno in ambito ambientale attivati sui territori dell'ambito. Numero complessivo dei beneficiari coinvolti 10.

L'Ambito, anche nella programmazione 2021-2023, assicurerà il coinvolgimento degli Enti del Terzo Settore, delle parti sociali, delle forze produttive del territorio nelle attività di promozione degli interventi di lotta alla povertà, in particolare l'ambito intende agevolare e valorizzare l'attività di tali Enti attraverso specifici accordi che prevedano la partecipazione attiva degli stessi nella fase di "progettazione personalizzata" che può estrarreseguire nell'utilizzo delle attività proprie del Terzo Settore. Per tale motivo, ed in adempimento di quanto previsto dalle linee guida regionali relative alla programmazione sociale anche per il triennio 2021/23, è stato previsto di mantenere attivo e anzi rafforzare la collaborazione con gli Enti del territorio che si occupano di welfare.

La programmazione 2021/2023 vuole perseguire quale finalità prioritaria individuare meccanismi che mettendo al centro "la persona", creando la rete sociale necessaria a realizzare un reale beneficio al cittadino/nucleo familiare che accede al Servizio Sociale Comunale, ciò mediante una presa in carico integrata che guardi al beneficiario RDC come soggetto attivo e attivabile, supportandolo al fine di ottenere la fuoriuscita dalla condizione di bisogno e lo sviluppo di un progetto personalizzato attivo nel lungo termine.

Anche nella presente programmazione la buona riuscita della progettualità passa dalla conoscenza dei bisogni del territorio e delle potenzialità che il territorio ha di costruire risposte adeguate. Il tavolo delle povertà sarà uno degli strumenti che concorrerà all'attuazione di quanto descritto, ciò al fine di meglio governare l'erogazione delle risorse, mettendo a frutto le competenze e le risorse attivabili dei singoli attori coinvolti.

L'entrata in vigore del Reddito di Cittadinanza (marzo 2019) non è coincisa con l'accesso degli operatori alle piattaforme informatiche dedicate e non ha consentito di conseguenza agli stessi di attuare quanto di competenza dei Comuni.

L'accesso ai nominativi dei beneficiari è stato possibile solo a fine 2019 con un ritardo sia della presa in carico dei beneficiari sia dell'utilizzo delle risorse stanziate.

Esiti della precedente programmazione zonale 2018-2020 riferiti al Reddito di Cittadinanza

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO RISPETTO A CIÒ CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE	50%
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)	<i>Non rilevata</i>
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE	20%
CRITICITÀ RILEVATE	<i>Emergenza sanitaria</i>
QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?	SI
L'OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2015/2017)?	SI
L'OBIETTIVO VERRÀ RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	SI

Progetti sul tema della disabilità

Il tavolo disabili ha sollevato come tematica da attenzionare quella legata al “Dopo di Noi”. Al fine di supportare le famiglie, i partecipanti al tavolo hanno portato il vissuto di coloro i quali beneficiano dei servizi e delle strutture presenti sul territorio. Le tematiche al centro degli incontri, sono state selezionate al fine di far emergere le caratteristiche delle politiche indicate dal legislatore nazionale e regionali. Le amministrazioni si sono impegnate a diffondere le opportunità offerte dalla nuova normativa tra i famigliari che non hanno ancora pienamente compreso l'opportunità che la normativa offre in termini di “programmazione” del futuro dei propri famigliari “qui e ora”.

Il tavolo ha predisposto periodicamente degli incontri, prima dell'emergenza Codid-19 con l'obiettivo di realizzare alcuni progetti ritenuti rilevanti dalle famiglie:

- un progetto di sensibilizzazione degli studenti delle classi superiori sul tema disabilità con l'obiettivo di creare un elenco di ragazzi "volontari" che possano insieme agli operatori programmare attività con coetanei diversamente abili con l'obiettivo di integrazione reciproca.; Questo progetto è stato presentato alle scuole secondarie di secondo grado, nonostante ci fossero stati dei feedback positivi **il progetto ha subito dei rallentamenti con l'avvento del Covid-19 e per questo procederà in continuità nella programmazione zonale 2021-2023.**
- un progetto finalizzato alla realizzazione di uno spettacolo che vedrà coinvolti gli utenti dei centri diurni territoriali e di altre associazioni che si occupano di utenti fragili (esempio psichiatra) con l'ottica di raccogliere fondi da destinare alla creazione di una "band musicale". Anche in questo caso il progetto **è stato accantonato per l'avvento del Covid-19 tuttavia è intenzione dell'UdP riproporlo al Tavolo Disabili per l'attuazione nel periodo di vigenza del nuovo Piano di Zona 2021-23.**

Esonda della programmazione zonale 2018/2020 sui Progetti sul tema della disabilità

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBETTIVO RISPETTO A CIÒ CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE	35%
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)	<i>Non rilevata</i>
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE	100%
CRITICITÀ RILEVATE	Emergenza sanitaria
QUESTO OBETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?	NO
L'OBETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2015/2017)?	NO
L'OBETTIVO VERRÀ RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	SI

PROGETTI CONTRO IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

Il Comune di Saronno, in qualità di Capofila, in partnership col Distretto di Saronno e Busto Arsizio, ha ottenuto un finanziamento per l'implementazione di interventi di contrasto al gioco d'azzardo patologico.

Con il presente progetto l'Assemblea dei Sindaci ha inteso proseguire gli interventi rivolti alla popolazione del territorio saronnese con l'obiettivo di offrire informazioni ed orientamento in collaborazione coi servizi pubblici (SerT). Ciò al fine di mantenere alta l'attenzione sulla pericolosità del fenomeno nella popolazione generale ed al contempo aumentare e consolidare le conoscenze rispetto ai servizi di cura disponibili e ai fattori di allarme con l'impegno a partecipare ad eventuali futuri bandi regionali che finanzino interventi di contrasto al gioco d'azzardo patologico.

L'ufficio di Piano ha proseguito le azioni legate al contrasto al gioco d'azzardo patologico ed in particolare con il Gambling 2.0 è stato portato a termine una ricerca con il CNR, su 800 studenti delle scuole medie di Saronno, sui comportamenti a rischio relativamente al Gambling ed all'addiction, una campagna grafica pensata dagli studenti e diffusa in più di 30 esercizi commerciali che hanno aderito all'iniziativa no slot.

Il lavoro con gli studenti ha avuto come esito la produzione di un video utile come strumento didattico sia in classe che con gli adulti, la stampa di una guida ai rischi connessi al Gioco d'azzardo (100 copie) e la stampa della campagna (scommettere non è buono) promossa da IAL Lombardia.

Nel biennio 2019/2020 ha usufruito dei finanziamenti per sviluppare progetti di peer education di contrasto alla dipendenza nelle scuole superiori. Hanno aderito Fondazione Daimon e lo IAL Lombardia, coinvolgendo due gruppi di peer di circa 10 ragazzi ciascuno.

Il progetto si chiuderà a marzo 2022 e continuerà nel prossimo PdZ con l'intenzione di aumentare il numero di scuole da coinvolgere.

L'obiettivo è stato raggiunto solamente al 90% poiché la pandemia in corso ha ridotto la possibilità di svolgere le attività previste dal progetto (formazione congiunta e incontro sul WHP).

Esiti della programmazione zonale 2018/2020 *PROGETTI CONTRO IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO*

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBETTIVO RISPETTO A CIÒ CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE	90%
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)	<i>Non rilevata</i>
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE	100%
CRITICITÀ RILEVATE	Emergenza sanitaria
QUESTO OBETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?	SI
L'OBETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2015/2017)?	NO
L'OBETTIVO VERRÀ RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	SI

3. Il percorso partecipato per il nuovo Piano di Zona 2021 – 2023

Programmazione 2021/2023

La Regione, con la dgr n. XI/4563, ha approvato le nuove linee guida sui Piani di zona.

La nuova programmazione varrà di fatto per un biennio, come quella appena giunta a termine, considerato che la dead line per l'approvazione degli accordi di programma è stata posta al 31.12.2021 e successivamente posticipata al 28 febbraio 2022.

La Regione non abbandona la logica delle premialità a valere sul Fondo nazionale delle politiche sociali, ovvero una quota del fondo indistinto che viene destinato dallo stato al territorio e che verrà stralciata e assegnata agli ambiti solo sulla base dell'assunzione di determinati obiettivi.

L'ambito di Saronno, per la costruzione del piano di zona 2021/2023, ha attivato un primo tavolo in plenaria in data 27 ottobre 2021 a cui sono stati invitati i rappresentanti del Terzo Settore nonché le Associazioni di volontariato, Associazioni di promozione sociale, Cooperazione sociale, Consulte, Associazioni di portatori di interesse e le organizzazioni sindacali.

Il percorso di co-programmazione è stato avviato nel mese di ottobre 2021, e si è concluso nel mese di gennaio 2022.

Coordinato dagli assessori ai servizi sociali dei Comuni dell'ambito, hanno visto la partecipazione dei Sindaci, delle istituzioni pubbliche dell'integrazione: ATS, ASST, e relativi servizi specialistici, Centro per l'Impiego, SIL, ed una

massiccia presenza delle parti sociali, organizzazioni sindacali, sindacati dei pensionati, del terzo settore e di realtà private accreditate operanti in vari servizi specialistici.

Si sono alternati momenti di confronto in presenza, con momenti e strumenti di partecipazione a distanza, sia in diretta che in differita. Gli incontri si sono svolti sia in modalità plenaria, sulle diverse macroaree e linee di policy proposte da Regione Lombardia, sia ricorrendo a tavoli tematici suddivisi, come nelle programmazioni precedenti, per aree target: disabili, anziani, minori e famiglie, povertà.





considerazione della grande e attiva partecipazione del terzo settore ai tavoli, si sono utilizzati anche strumenti quali moduli google e relative sintesi su power point per affinare e approfondire ulteriormente i contributi forniti dai partecipanti. Un ulteriore gruppo ristretto ha approfondito ulteriormente il tema dei bisogni e delle risorse delle famiglie con minori, con un focus sull'affido.

Dai tavoli tematici che hanno visto una grande partecipazione (52 realtà del distretto) sono emerse tutta una serie di spunti e riflessioni particolarmente focalizzati nei seguenti target e sotto-target: famiglia (al centro), anziani, adolescenti e giovani, disabilità, autismo

I contributi, i bisogni segnalati, le linee di pensiero e gli input ricevuti attraverso lo strumento dei moduli, che hanno seguito il lavoro in presenza dei tavoli, hanno portato ad individuare alcune linee comuni a tutte le aree, che sostanziano obiettivi e metodi condivisi, e che sono stati espressi mediante la ricorrenza di alcune parole chiave:



Il confronto allargato tra le componenti politiche, tecniche delle varie istituzioni coinvolte, e del Terzo Settore, ha trovato all'interno del percorso programmatorio convergenza su alcuni obiettivi strategici e trasversali, strutturali e metodologici.

In primis, occorre **capitalizzare l'esperienza della pandemia**; in particolare:

Dare valore al biennio trascorso imparando a orientare tempestivamente e ri-orientare con flessibilità la programmazione attraverso la precoce lettura dei segnali dei nuovi bisogni:

- Problematiche relative alla salute mentale e alle conseguenze della crisi per giovani e adolescenti
- Nuove povertà e marginalità sociale
- Sostegno alla domiciliarità equa ed omogena sull'intero territorio

Valorizzare la pervasività delle nuove tecnologie come strumenti di lavoro per la partecipazione, la rilevazione dei bisogni, la diagnosi multidimensionale e la valutazione dei servizi

Emerge come prioritario ed indifferibile l'obiettivo di strutturare le reti per una concreta integrazione di tutte le competenze e le risorse del territorio

I tavoli di co-programmazione hanno restituito una notevole ricchezza e varietà di risorse in termini di servizi, ma anche di pensiero e di competenza. Tutti gli attori esprimono all'unisono l'esigenza di avere occasioni di maggiore reciproca

conoscenza e colleganza, luoghi e progetti su cui poter collaborare ed interagire, integrandosi, anche per poter esprimere partenariati forti.

Questo nuovo ciclo programmatorio intende avviare in modo concreto opportunità di conoscenza e scambio, occasioni di condivisione di modelli e di linguaggi che generino reciproco arricchimento e, in tutte le circostanze in cui ciò sia possibile, anche in relazione alle risorse gestionali, finanziarie e umane disponibili e ai requisiti amministrativi di volta in volta pertinenti, ricorrere ad elementi, strumenti e procedure di co-progettazione per la realizzazione degli obiettivi del piano di zona; un simile approccio, inoltre, consentirà, in prospettiva, una mappatura ragionata e costantemente aggiornata dei soggetti, delle risorse e delle reti attive sulle diverse policy.

La pratica collaborativa, inoltre, vuole essere la cifra distintiva del prossimo biennio: la ricerca di soluzioni collaborative ai problemi dovrà essere lo strumento cardine in grado di potenziare le risorse già presenti e favorire un più ampio benessere nel territorio.

Andrà prioritariamente perseguita l'**integrazione fra le politiche, estendendo la visione non solo all'integrazione tra sociale e sanitario, ma anche puntando ad una forte integrazione con le politiche dell'istruzione, lavoro, sport, cultura, con l'obiettivo di promuovere trasversalità fra i progetti favorendo una visione multidimensionale, olistica ed ecologica del benessere delle persone e delle comunità.**

Si avverte l'importanza dello scambio di linguaggi e di modelli e si è consapevoli che lo sviluppo della conoscenza delle risorse dei contesti e loro valorizzazione è un percorso a tappe, con step di progressiva migliore definizione.

In prospettiva, all'esito di questo percorso graduale e progressivo, il lavoro di integrazione dovrà partire già dal processo valutativo del bisogno della persona e delle famiglie, che è sempre più spesso complesso e multiplo; l'équipe esprerà, in questo contesto, la dimensione ottimale dell'interazione tra le diverse professionalità e competenze, e sarà multiagente. L'integrazione proseguirà con la presa in carico e la progettazione personalizzata, luogo di congiunzione e di integrazione delle diverse risorse in capo ai diversi attori della rete.

L'esperienza dovrà essere valutata ex post non solo per la misurazione dell'efficacia del progetto sulla persona, ma anche per la determinazione del valore aggiunto in termini di efficienza ed efficacia strategica di questo modello e sarà tesa a definire metodi di reciproco apprendimento ed alleanze sempre più competenti anche nell'attrazione di sempre nuove risorse.

Le recenti Linee Guida del Ministero delle Politiche sociali del 31.03.2021 in applicazione del Decreto Legislativo 117 del 2017 c.d. Riforma del Terzo Settore hanno chiarito gli ambiti di applicazione della norma, le modalità e le procedure per stabilizzare la collaborazione tra Pubblica Amministrazione attraverso gli strumenti amministrativi della co-programmazione e della co-progettazione. Mediante la co-programmazione e la co-progettazione vengono infatti attuati i principi di corresponsabilità e sussidiarietà sia nella lettura dei bisogni e delle risorse del contesto territoriale, sia per la pianificazione delle risposte. La co-programmazione pubblico-privato che si esprime attraverso questo piano, innescherà prioritariamente percorsi di co-progettazione tesi alla realizzazione degli obiettivi qui espressi, che sono in parte trasversali e strutturali, in parte riconducibili a linee di policy, ed in parte focalizzati su specifiche aree di utenza.

Obiettivo:

- 1. co-programmazione, partecipazione, co-progettazione, amministrazione condivisa, valutazione partecipata** (grazie alla piena entrata in vigore del Codice del Terzo Settore):

"I soggetti del Terzo Settore concorrono, all'individuazione degli obiettivi dei processi di programmazione regionale e locale e partecipano, anche in modo coordinato con gli Enti Locali alla definizione di progetti per servizi ed interventi di cura alla persona". (Legge 328/2000, la LR 3/2008, le DGR 2941/2014 e 7631/2017)

Questo obiettivo si articola nelle seguenti iniziative:

- programmare le politiche di ambito considerando il Terzo settore sempre meno come fornitore, e sempre più come un partner, senza abdicare al ruolo centrale del servizio pubblico quale regista della rete e responsabile della risposta di protezione ai bisogni sociali.
- Individuare la co-progettazione come strumento della realizzazione degli obiettivi della programmazione 2021-2023.
- Definire i progetti personalizzati e gli interventi sulle persone sulla base di una valutazione multidimensionale e multidisciplinare, e promuovendo il lavoro in equipe
- Valutare l'efficacia delle politiche e degli interventi e della qualità dei servizi attraverso strumenti di partecipazione

Strumenti: *l'Implementazione di tavoli strutturati (fisici e/o virtuali) a cedenza regolare, nelle aree target, finalizzati ad un'effettiva condivisione e ad una lettura integrata del bisogno, al fine di potenziare il dialogo istituzionale contribuendo ad attuare percorsi di amministrazione condivisa e superare la frammentarietà degli interventi. In particolare, ai tavoli sarà affidata:*

- la raccolta di dati ed esperienze territoriali utili all'analisi del bisogno,
- la programmazione frutto della messa a sistema di tali conoscenze e dati,
- la progettazione e la gestione (di progetti e servizi),
- il monitoraggio delle azioni intraprese,
- la valutazione ex post dei progetti, delle misure e dei servizi attivati,
- la creazione di strumenti e indicatori per misurare l'attuazione delle politiche messe in campo nel settore sociale.
- Sviluppo di un modello di partecipazione permanente
- Linguaggi e modelli da condividere, anche attraverso la formazione congiunta
- Laboratori di co-progettazione
- Sinergie per lo sviluppo di competenze per il reperimento di fondi
- Atto/patto/regolamento per la co-progettazione

Il percorso partecipato e i dati di contesto hanno evidenziato che il bisogno delle persone è complesso e multifattoriale. Per rispondere adeguatamente occorre realizzare progetti e interventi costruiti "sartorialmente".

Impellente la necessità del definitivo superamento del modello prestazionale, e la sistematizzazione di una presa in carico fondata su progetti accessibili e flessibili; il loro punto di forza sarà dato proprio dalla capacità del mix di interventi previsti di essere tempestivi, fruibili ed appropriati al bisogno, ed al suo specifico evolversi.

Welfare di prossimità

La consapevolezza maturata durante i lavori di co-programmazione sull'importanza del valore delle reti e del contributo di ognuno dei soggetti che la costituiscono, corrisponde ad una pari consapevolezza di un obiettivo definito nelle diverse sedi e orami maturo per essere ricondotto ad una tensione comune: quella della costruzione di un sistema di welfare di comunità, da realizzarsi attraverso una società inclusiva, luogo di capacitazione ed empowerment.

Tutti gli attori condividono il bisogno di rendere più competente la comunità, e più consapevoli i cittadini del valore delle microcompetenze, rilevate pur in presenza di fragilità e bisogni. Prendersi cura dei luoghi e delle persone, mettere insieme energie e sinergie per una ri-generazione comunitaria. L'ambizioso obiettivo è quello di lavorare per accrescere il senso di appartenenza, che attraverso la percezione dell'altro come "prossimo", possa favorire-dal basso-la nascita di progetti di comunità, vedendo la partecipazione attiva di tutti al benessere della comunità.

La prossimità andrà perseguita sia come solidarietà, per consentire assunzione di responsabilità condivisa e impegno reciproco nel raggiungimento di obiettivi comuni; sia come emersione di competenze latenti ed espansione di capability, per il miglioramento della propria vita ma anche della propria comunità.

La valorizzazione del protagonismo di tutti, supporterà le famiglie, i bambini e i giovani, sia come comunità educante, ma anche, ad esempio, come famiglia affiancante.

Indispensabili le infrastrutture di connessione, che vedono al centro le responsabilità e le risorse delle istituzioni, per collegare le professionalità alle competenze di prossimità; dove il pubblico diventa sempre più garante e sempre meno gestore.

Lo sviluppo di un Welfare attraverso attività multidimensionali e multi-attore di attivazione di comunità di prossimità rappresenterà la possibilità di aprire il nostro territorio a nuovi modelli più sostenibili e meno autoreferenziali.

Gestione associata per l'omogenea erogazione dei livelli di assistenza.

È in atto uno studio di fattibilità per la valutazione dell'appropriatezza di una forma di gestione ad hoc (es. azienda speciale).

La gestione associata delle politiche e dei servizi potrebbe, potenzialmente, favorire maggiore sostenibilità dei servizi e degli interventi e una maggiore equità in termini di accesso per i cittadini dei diversi Comuni dell'Ambito.

3.1 Obiettivi per specifici target

anziani

Il confronto tra istituzioni, terzo settore, e territorio ha evidenziato una situazione di impoverimento relazionale, isolamento e solitudine, accentuato nel corso dell'ultimo biennio a fronte delle limitazioni imposte dalla pandemia, che hanno colpito particolarmente la popolazione anziana, la più vulnerabile al virus. La casa è diventata per molti l'unico contesto di vita, e i luoghi e le occasioni di socialità sono state evitate per prevenire il rischio contagio.

Questo tema non riguarda solo gli anziani fragili e non autosufficienti, ma anche gli anziani attivi, e di cd. Utilità.

Le associazioni riferiscono una crescente difficoltà nel reclutare nuovi volontari, tema già critico per la crisi vocazionale del pre-pandemia.

Rispondere al bisogno di socializzazione, di relazioni significative anche extra familiari, sostenere l'invecchiamento attivo sono obiettivi i di prevenzione da perseguire nel prossimo biennio attraverso plurime azioni tese all'inclusione attiva dell'anziano.

Rispondere al bisogno di cura dell'anziano fragile, parzialmente autosufficiente, ritardare o evitare l'istituzionalizzazione per l'anziano non autosufficiente, passa attraverso varie e complementari azioni strategiche: dalle dimissioni protette al supporto flessibile alla domiciliarità, e ad un concetto di domiciliarità che va oltre quello della casa. Si intende lavorare quindi nel prossimo biennio per implementare le dimissioni protette, e proseguendo la sperimentazione della messa a disposizione delle RSA per offrire anche all'esterno servizi socio-sanitari qualificati, supportando gli strumenti di long term care. Nel contempo occorre sviluppare una residenzialità assistita di livello intermedio "senior housing", favorire la rivitalizzazione di spazi e di occasioni di aggregazione, verificando la realizzazione di un centro diurno, potenziare i trasporti sociali, nella ricerca di modelli e servizi, anche di prossimità, in grado di potenziare l'efficacia e la flessibilità di risposta di servizi domiciliari. A corollario di ciò, al fine di favorire l'accessibilità dei servizi di tutela, sarà avviato l'ufficio di prossimità.

Obiettivi prioritari:

- rafforzare l'integrazione socio-sanitaria, la valutazione e la presa in carico multidimensionale anche attraverso un sistema sovra ambito di dimissioni protette
- favorire la domiciliarità potenziando l'offerta di interventi e supporti flessibili, attraverso la valorizzazione delle risorse umane e strutturali della rete
 - coinvolgendo il volontariato per il supporto alle persone parzialmente autosufficienti;
 - promuovendo servizi socio-sanitari domiciliari di supporto nelle prime fasi del deterioramento cognitivo, sostenendo i care giver familiari
 - implementando la formazione di badanti domiciliari soprattutto su aspetti psicogeriatrici e relazionali
 - promuovendo spazi di incontro e informazione per i caregiver sui servizi, sulla rete territoriale
 - valorizzando esperienze di RSA aperte per la messa a disposizione di servizi qualificati a supporto della domiciliarità
 - superando l'isolamento della fase pandemica attraverso l'individuazione di spazi di aggregazione e avviando lo studio di fattibilità di un centro diurno integrato

Macro aree di policy coinvolte: promozione dell'inclusione attiva, domiciliarità, anziani, digitalizzazione

Linee di attività PNRR coinvolte: Autonomia degli anziani non autosufficienti, rafforzamento dei servizi sociali domiciliari per garantire la dimissione anticipata assistita e prevenire l'ospedalizzazione, Percorsi di autonomia per persone con disabilità: Progetto individualizzato; Abitazione

Famiglie e minori

Il quadro generale rileva che complessità e multiproblematicità dei bisogni delle famiglie sono in aumento, mentre le risorse economiche e professionali dei servizi dedicati risultano inadeguate e non sinergiche.

La vulnerabilità delle famiglie è stata acuita dalla situazione di isolamento durante la pandemia. La vicinanza costante e prolungata, e lo svolgimento di tutte le attività, lavorative, formative, sociali e relazionali all'interno dell'abitazione, ha fatto emergere in modo inesorabile le carenze e i disagi che prima potevano essere celati o parzialmente compensati.

Non è da sottovalutare l'aumento delle violenze sui minori e sulle donne, anche in questo caso aggravati dalla situazione di isolamento che le famiglie hanno provato nell'ultimo periodo. Dal report di Telefono Azzurro risulta che nei primi 4 mesi del 2021, rispetto all'anno precedente, si è registrato un aumento del 16% delle violenze sui minori. Dal decimo dossier *Indifesa* di Terres des Hommes, elaborato dal Servizio di Analisi criminale, risulta che nel 2020 la Lombardia è la prima regione per numero di minori vittime di reato così come per minori vittime di maltrattamento.

Anche dai tavoli del terzo settore è emersa la necessità di porre al centro dell'attenzione del prossimo biennio la famiglia, prevedendo su di essa valutazioni e prese in carico multidimensionali e multidisciplinari. La realizzazione delle azioni di sistema connesse a quelle dirette con le famiglie, porterà nuove conoscenze e collaborazioni tra servizi istituzionali e terzo settore. L'attenzione di tutti dovrà essere tesa da un lato ad una presa in carico precoce e leggera delle situazioni di vulnerabilità, dall'altro alla ri-lettura dei paradigmi della fragilità, all'individuazione e allo sviluppo delle microcompetenze, aiutando le famiglie a valorizzare gli aspetti risorsa, da destinare al suo interno e a favore della comunità. A tal fine sarà necessario rafforzare l'integrazione dei servizi a sostegno delle famiglie, alimentandoli progressivamente con servizi di prossimità e promuovendo il mutuo aiuto.

Progetti come una famiglia per una famiglia - famiglie affiancanti⁸, potranno rappresentare elementi ispiratori per supportare modelli di affidamento familiare più tradizionale. Tutti gli attori operanti nell'area saranno coinvolti nella sensibilizzazione, reperimento e formazione di famiglie e persone che a vario titolo collaboreranno alla nascita di un centro affidi di impostazione aperta e innovativa.

Con questo piano gli attori intendono perseguire il maggior benessere nei minori e contrasto alla povertà educativa (e degli adulti di riferimento) puntando su servizi di prevenzione, ad esempio attraverso: a. sportelli psico-pedagogici di ascolto anche nelle scuole dell'infanzia e primarie per insegnanti e famiglie, nelle secondarie di I° per alunni, genitori e insegnanti - possibile lavoro di raccordo con sportelli già presenti nelle secondarie di II° e con l'attività di individuazione dei DSA; (progetto sovra-ambito col provveditorato).

In questo biennio si intende incrementare i livelli di interdipendenza tra i soggetti che costituiscono la comunità Educante mediante:

- il supporto proattivo nella creazione di network con l'obiettivo di collegare le realtà pubbliche e private che lavorano con le famiglie ed i minori al fine di implementare ed ottimizzare le risorse presenti sul territorio
- il rafforzamento delle reti sociali e promozione di un modello partecipativo di sviluppo sociale ad esempio promuovendo progetti come "Famiglie come risorsa" (progettazione presentata in risposta al Bando ministeriale Educare in comune)

⁸ È una forma innovativa di intervento sociale, pensata per sostenere famiglie che vivono un periodo di difficoltà nella gestione della propria vita quotidiana e nelle relazioni educative con i figli.

L'idea alla base è molto semplice e valorizza le esperienze di sostegno e aiuto informale che, storicamente, sono sempre esistite: una famiglia che vive un periodo critico è affiancata da un'altra ed entrambe si impegnano reciprocamente con la definizione di un patto di solidarietà, per un periodo di tempo definito.

Con la prosecuzione del progetto codice rosa si intende, infine, sviluppare la cultura del rispetto e la sensibilità alla lotta contro la violenza.

Obiettivi prioritari

- rafforzare il sistema familiare attraverso azioni specialistiche di valorizzazione delle competenze e di compensazione delle carenze, e promuovendo un welfare di comunità e prossimità
- perseguire la prevenzione intervenendo precocemente sui primi segnali di disagio e sviluppando nella rete la capacità di leggere correttamente i segnali di esordio
- sviluppare azioni di sostegno e forme innovative di affido parcellare e di affiancamento per il contrasto alla povertà educativa, e il pieno ed effettivo esercizio dei diritti dei minori
- lo sviluppo di un servizio affidi sarà favorito dalla creazione di una rete di famiglie per l'affido/affiancanti mediante un'azione di sistema che ponga in connessione tutte le realtà pubbliche (in particolare il servizio tutela minori) e del terzo settore che operano sul territorio

Macro aree di policy coinvolte: interventi per la famiglia, politiche giovanili e per i minori, promozione dell'inclusione attiva, contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale

Linee di attività PNRR coinvolte: Sostegno alle capacità genitoriali e prevenzione della vulnerabilità delle famiglie e dei bambini

Adolescenti e giovani

E' ormai conclamato come il lockdown e la pandemia abbiano inciso pesantemente sulla condizione, le routine e gli stili di vita degli adolescenti, con gravi conseguenze. Le misure restrittive hanno costretto i giovani per ore davanti agli schermi con una conseguente riduzione della propria attività fisica; le routine quotidiane sono state fortemente influenzate, portando da un lato a un maggior numero di ore di sonno, dall'altro a disturbi della qualità del sonno stesso anche nei più giovani (e.g., Francisco et al., 2020; Kapetanovic et al., 2020).

Secondo un sondaggio realizzato dall'Unicef tra ragazzi e ragazze di età compresa tra i 15 e i 19 anni per ascoltare le loro opinioni a seguito della prima ondata dell'emergenza sanitaria e a conclusione del primo lockdown, 1 adolescente su 3 chiede maggiori reti di ascolto e supporto psicologico (Unicef Italia,2020).

Comparando il periodo dal 21 febbraio al 20 maggio 2020 con lo stesso periodo dell'anno precedente, il Centro di Ascolto e Consulenza di telefono Azzurro 1.96.96 ha gestito il 21% in più di casi relativi a problematiche di salute mentale, mentre il Servizio 114 Emergenza Infanzia ha registrato un aumento del 26% delle segnalazioni concernenti quest'area. Se si considera un arco temporale più ampio, ovvero dal 21 febbraio al 31 dicembre 2020, le richieste di aiuto relative alla salute mentale, giunte alla linea 1.96.96, risultano aumentate del 46% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente (21 febbraio - 31 dicembre 2020). Tra le problematiche che hanno interessato le richieste di aiuto relative a quest'area troviamo le paure e gli spunti depressivi, gli atti autolesivi, l'ideazione suicidaria, fino ad arrivare ai tentativi di suicidio.

Dalla ricerca svolta all'interno del Centro di Ateneo Studi e Ricerche sulla Famiglia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano è emerso come le famiglie con figli adolescenti, durante il periodo di lockdown, nonostante abbiano patito meno la sfida della conciliazione della famiglia-lavoro rispetto alle famiglie con figli piccoli, siano quelle che hanno maggiormente sofferto delle restrizioni (Regalia et al.,2020). Infatti, i genitori di figli adolescenti dicono di "sentirsi in gabbia" in misura maggiore rispetto a chi ha figli di età inferiore ai 13 anni (61,4% contro il 56,3%), in quanto risentono maggiormente dei limiti imposti alla socializzazione e riescono a cogliere meno opportunità.

Rinforzare le reti territoriali e i legami sociali della comunità nella fase dell'emergenza ma ancora di più nel post emergenza, è importante per offrire alle bambine/i e adolescenti luoghi fisici e occasioni per confrontarsi, dialogare, costruire, immaginare il loro presente e il loro futuro. Queste opportunità consentono anche -insieme alla scuola- di incontrare adulti significativi che possono diventare un punto di riferimento fondamentale nell'indispensabile processo di autonomizzazione dai genitori. L'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, nella nota inviata il 26 marzo 2021 al Ministro dell'Istruzione, nel quadro delle misure atte a garantire la ripresa delle attività didattiche in presenza, ha suggerito, tra l'altro di "adottare linee guida per la costruzione di patti educativi di comunità che consentano l'ampliamento dell'offerta formativa grazie ad accordi tra soggetti istituzionali e non definiti a livello locale". Ed ha formulato l'auspicio che questi patti entrino a far parte dei livelli essenziali di prestazioni.

Anche il fenomeno dei Neet è in crescita (12,7% il tasso medio europeo 2020, 17,4% il tasso regionale), così come il rischio di dispersione scolastica.

I testimoni qualificati presenti al tavolo del Terzo Settore segnalano che i servizi territoriali e specialistici hanno evidenziato un aumento del disagio, e degli invii ai servizi di neuropsichiatria infantile, dipendenze, e

salute mentale. L'incremento delle richieste di intervento del consultorio, l'emergere di un intensificato bisogno di risposte psico-sociali, l'aumento di nuove forme di dipendenza, impongono agli attori pubblici e del terzo settore di rafforzare i presidi e le sinergie per arginare tempestivamente questo trend in crescita.

È necessario quindi investire per potenziare i servizi al fine di intercettare precocemente situazioni di giovani in condizioni di fragilità, ed agire tempestivamente attraverso i servizi specialistici ma anche attraverso l'attivazione di esperienze di educazione non formali, di cittadinanza e soft skill, sempre più determinanti in una società in continua evoluzione, per costruire percorsi personali e professionali di piena autonomia.

Infine, occorre che le amministrazioni e le istituzioni scolastiche si pongano in ascolto delle aziende e dei loro bisogni di medio termine, per poter orientare sia l'offerta formativa che finalizzare il possibile inserimento dei soggetti più fragili

Obiettivi prioritari sono dunque:

- *il potenziamento dei servizi (anche specialistici, Consultori, SERT/D, NPI, CPS) ed il supporto agli stessi attraverso il terzo settore per una diffusa attività di prevenzione ed una presa in carico precoce delle nuove fragilità patologiche, unitamente alla formazione degli insegnanti per la rilevazione precoce di segnali significativi (supporto alla neuropsichiatria ed al consultorio privato accreditato)*

- *il sostegno al contrasto alla dispersione scolastica attraverso azioni innovative di rete tra scuole e servizi preposti. L'Anno Unico è una proposta formativa per ragazzi tra i 14 e i 19 anni, che per diverse ragioni hanno lasciato la scuola o sono indecisi su come proseguire il proprio percorso, che desiderano un ambiente accogliente dove porre le basi per un nuovo progetto. È un luogo dove gli allievi vengono apprezzati per quello che sono, con le loro passioni, specificità, interessi. L'Anno Unico non si basa sul tradizionale contesto "classe", ma sulla partecipazione, in piccoli gruppi, a diversi momenti d'aula, di laboratorio e di stage, a seconda delle specifiche esigenze formative dei ragazzi. Date le sue caratteristiche si è rivelato un'esperienza particolarmente efficace per ragazzi con problemi di ansia o refrattari ad ambienti competitivi.*

Macro aree di policy coinvolte: politiche giovanili e per i minori, promozione dell'inclusione attiva, politiche per la famiglia, contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale

Linee di attività PNRR coinvolte: Sostegno alle capacità genitoriali e prevenzione della vulnerabilità delle famiglie e dei bambini

Disabilità

La centralità del progetto di vita implica necessariamente assumere come elemento fondante della programmazione il tema dell'autonomia possibile e delle scelte di vita, lavorando in modo integrato con la famiglia sin dall'età scolare e accompagnando in maniera competente ed integrata le fasi di passaggio.

Il momento della diagnosi, il raggiungimento della maggior età, l'uscita dal percorso scolastico, la transizione alla vita adulta, l'invecchiamento, sono tutte fasi del ciclo di vita in cui la famiglia non deve essere lasciata sola o solo parzialmente supportata nei percorsi istituzionali o nelle scelte tra le alternative possibili.

L'approccio alla valutazione ed alla presa in carico multidimensionale personalizzata della persona con bisogni complessi, va garantito a tutti i livelli di gravità; solo pensando in chiave di complessità si supera la logica prestazionale per la disabilità e si approda al progetto di vita per le disabilità.

Sul fronte del dopo di noi/vita indipendente vi è la necessità di differenziare le risposte ed i percorsi di accompagnamento all'autonomia continuando a sostenere e favorire setting di co-progettazione integrati e misti tra specialisti, operatori e familiari, per individuare "strada facendo" i percorsi di autonomia possibile e di eventuale progressiva uscita dal nucleo di origine.

Obiettivi prioritari:

- Riconoscere l'importanza del diritto al progetto di vita delle persone con disabilità che prenda in considerazione questi aspetti:
 - generare un'azione di creazione di rete sociale, pubblico e privato, a supporto di percorsi di cittadinanza attiva per promuovere i diritti delle persone con disabilità, per l'inclusione, per costruire sinergie e collaborazioni
 - promuovere il benessere e la partecipazione sociale delle persone con disabilità e delle loro famiglie
 - realizzare percorsi individualizzati di accompagnamento formativo al progetto di vita, alla vita autonoma e indipendente di persone con disabilità e fragilità e delle loro famiglie in collaborazione con Agenzie per la Vita Indipendente
 - sviluppare comunicazione, sensibilizzazione e formazione sociale per il cambiamento, l'innovazione sociale e per un futuro sostenibile
 - sostenere le famiglie/caregiver nella capacitazione per condividere i progetti di vita delle persone con disabilità e inclusione nella società, autonomia e uscita dal nucleo
- con particolare riferimento alle dipendenze ed alle disabilità psichiche:
 - fornire sostegno psicologico alle famiglie dei dipendenti,
 - sostenere le imprese per l'inclusione lavorativa di disabili psico-fisici
 - prevedere la riapertura dello sportello informativo, raccordo stretto con i servizi della UOP di Saronno, dando la disponibilità a contribuire alla realizzazione di progetti di supporto alle famiglie e alle persone con disagio psichico
- sviluppare progetti di supporto e prossimità e per quanto riguarda la disabilità sul dopo di noi durante noi anche con l'ausilio del finanziamento del PNRR

Povertà – marginalità

Il tavolo di co-programmazione rappresenta la presenza di tutti i soggetti attivi nell'ambito dell'inclusione sociale e della marginalità, esprimendo la naturale prosecuzione delle attività di collaborazione e confronto di un tavolo che ha continuato la propria attività senza interruzioni anche durante la pandemia.

Si esprime la volontà di rafforzare e portare a completa realizzazione tutte le attività legate al reddito di cittadinanza, compresa l'espressione della condizionalità attraverso i PUC come strumento in grado di generare inclusione e prossimità, e di innescare un processo generativo di impegno sociale e cittadinanza attiva che permangono anche dopo la scadenza del progetto.

Tale obiettivo risulta coerente risposta alle istanze del volontariato, che durante la pandemia ha sofferto un acciarsi della riduzione delle risorse umane per motivi sanitari, cosa che è andata ad aggiungersi alla già esistente crisi vocazionale che incide negativamente sul ricambio generazionale.

Si intende approcciare il metodo introdotto con il RdC anche alla parte di marginalità e povertà che non riesce ad accedere alla misura.

I progetti di inclusione sociale potranno essere alimentati da servizi di prossimità, e dovranno essere l'occasione per far confluire tutte le risorse formali ed informali a potenziamento della misura economica erogata dall'INPS.

Un'azione che si intende estendere, e sottoporre a valutazione di esito, è quella dell'educazione finanziaria, che potrà supportare singoli e nuclei anche non beneficiari nella rivisitazione degli stili di vita e nella efficace valorizzazione del potere di acquisto delle risorse disponibili.

Il tema dell'housing, e del cohousing, rimane centrale in quest'area di policy.

Focus sull'Abitare

I Comuni dell'Ambito presentano un quadro di fabbisogno abitativo tra loro diversificato come rilevato nella classificazione adottata dal PRERP - Programma Regionale di Edilizia Residenziale Pubblica 2014-2016 attualmente in vigore sulla base dell'**intensità del fabbisogno abitativo** rilevato da Regione Lombardia attraverso l'elaborazione di specifici indicatori.

Per rispondere alle richieste regionali di omogeneizzazione delle politiche abitative, il Distretto di Saronno ha utilizzato i fondi regionali legati al sostegno affitto degli inquilini in difficoltà in forma distrettuale ed ha attivato il primo bando distrettuale per l'assegnazione degli alloggi pubblici a settembre 2019 (ex alloggi di Edilizia Residenziale Pubblica).

Nell'ottica di calmierare il mercato dell'affitto ha predisposto il rinnovo degli accordi territoriali tra le organizzazioni dei proprietari di casa ed i Sindacati Inquilini maggiormente rappresentativi sul territorio, in virtù del quale sono state concordate le regole grazie alle quali sarà possibile stipulare contratti di locazione ad un canone agevolato a favore degli inquilini e che permetterà al contempo ai proprietari di fruire di particolari agevolazioni fiscali.

Nello specifico le parti sociali hanno concordato livelli minimi e massimi per i canoni di locazione applicabili a seconda della superficie, dello stato di conservazione, della classe energetica e di altri parametri legati alla fruibilità dell'alloggio.

I proprietari che si rendono disponibili alla stipulazione di contratti che rispettano questi parametri usufruiranno delle seguenti agevolazioni fiscali:

- cedolare secca – cioè applicazione di una tassazione fissa derivante dal reddito da locazione pari al 10% non cumulabile con gli altri redditi conseguiti;
- riduzione dell'IMU.

La sottoscrizione di questo contratto, che dovrà avere la durata almeno quinquennale (tre anni più due) non prevede alcun aumento ISTAT del canone di locazione ed il relativo contratto non è sottoposto alla tassa di registrazione.

L'accordo è stato adottato da tutti i comuni del Distretto e la sottoscrizione di contratti rispondenti a queste caratteristiche ha permesso di calmierare il mercato della locazione consentendo altresì ai proprietari di avere degli sgravi fiscali e ai proprietari degli alloggi situati nei due comuni ad alta densità abitativa (Saronno e Caronno Pertusella) a specifici contributi regionali.

In ragione dello stato di emergenza sanitaria, e dei provvedimenti normativi ad essa relativi, che hanno avuto implicazioni sull'andamento del bisogno abitativo, dopo la riapertura all'esecuzione degli sfratti, si rende indispensabile proseguire anche ne PdZ 2021/2023 gli interventi sopra descritti.

Durante questo biennio sarà valutata la fattibilità di creare un'Agenzia sociale distrettuale per la Casa che si occupi di incrociare la domanda e l'offerta di alloggi sul mercato privato oltre a reperire, anche utilizzando i fondi del PNRR, alloggi da utilizzare per le emergenze abitative.

In ragione poi della necessità di ripensare la "domiciliarità" degli anziani e il sistema della residenzialità protetta, in questo biennio, saranno avviate progettazioni di senior housing, coniugando la progettazione strutturale e il sistema dei servizi in modo da favorire socializzazione e attivazione, sicurezza e prevenzione della popolazione anziana residente.

I contenuti del piano sociale di zona vengono ricondotti alle aree di policy proposte dalle linee guida regionali, come obiettivi, progetti e azioni

Aree di policy	Punti chiave	Obiettivi /progetti/azioni
----------------	--------------	----------------------------

(in blu quelli sovra-ambito)		
A. Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale	<ul style="list-style-type: none"> Vulnerabilità multidimensionale Nuova utenza rispetto al passato <i>Working poors</i> e lavoratori precari Famiglie numerose Famiglie monoredito 	Rafforzamento della presa in carico dei beneficiari del Reddito di cittadinanza e di utenza fragile non beneficiaria di RdC anche attraverso: <ul style="list-style-type: none"> Progetto sovra ambito RDC – Network sociale Valle Olona Sviluppo di luoghi che favoriscono nuove attività lavorative Il servizio di educazione finanziaria Implementazione di strumenti di housing e Co-housing
B. Politiche abitative	<ul style="list-style-type: none"> Allargamento della platea dei soggetti a rischio Vulnerabilità multidimensionale Qualità dell'abitare Allargamento della rete e coprogrammazione Nuovi strumenti di governance (es. agenzie per l'abitare) 	Implementazione di strumenti di housing e Co-housing e case di semiautonomia anche attraverso il PNRR Contributi affitto (bandi distrettuali) Alloggi SAP (bando distrettuale) Mantenimento accordi per canone concordato Verifica della fattibilità per la realizzazione di un'agenzia distrettuale per l'abitare
C. Promozione inclusione attiva	<ul style="list-style-type: none"> Facilitare l'accesso alle opportunità di benessere e partecipazione attiva Sviluppo delle reti 	Potenziare e strutturare la Rete per generare Welfare di comunità Valorizzazione e sostegno al terzo settore anche attraverso il contributo dei PUC Inclusione attiva quale Processo generativo della risorsa volontariato Progetto sovra ambito RDC – Network sociale Valle Olona
D. Domiciliarità	<ul style="list-style-type: none"> Flessibilità Tempestività della risposta Allargamento del servizio a nuovi soggetti Ampliamento dei supporti forniti all'utenza 	Progetto sovra ambito - Dimissioni protette Implementazione servizi in rete (istituzionali e di prossimità) Sviluppo registro territoriale assistenti familiari con rimborso onere economico da parte di Regione Lombardia alle famiglie attraverso B2 e rimborso contributi INPS Trasporti sociali
E. Anziani	<ul style="list-style-type: none"> Rafforzamento degli strumenti di <i>long term care</i> Autonomia e domiciliarità Personalizzazione dei servizi Accesso ai servizi Ruolo delle famiglie e dei caregiver Sviluppo azioni LR 15/2015 Rafforzamento delle reti sociali Contrasto all'isolamento 	Promuovere la socializzazione attraverso luoghi di aggregazione dedicati Studio di fattibilità per la realizzazione di un centro diurno per anziani Progettazione di Senior housing Uffici di prossimità per la Protezione Giuridica

F. Digitalizzazione dei servizi	<ul style="list-style-type: none"> • Digitalizzazione dell'accesso • Digitalizzazione del servizio • Organizzazione del lavoro • Integrazione e rafforzamento collegamento 	<p>Implementazione della cartella sociale informatizzata (con diversi profili di autorizzazione per accessi multiente)</p> <p>Definizione dei processi e delle procedure complesse multiente</p> <p>Organizzazione del sistema di valutazione multidimensionali e presa in carico in equipe multidisciplinari</p>
G. Politiche giovanili e per i minori	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>Prevenzione per la piena tutela dei diritti dei minori anche attraverso il potenziamento delle varie forme di Affido familiare e il potenziamento delle attività di supporto alla neuropsichiatria e al consultorio</p> <p>Riduzione del rischio, Prevenzione e Contrastò alla dispersione scolastica anche attraverso il progetto Anno unico e la realizzazione di un <ul style="list-style-type: none"> • Centro diurno • Servizi di prossimità-comunità educante Riduzione del danno da nuove forme di devianza e nuove dipendenze</p> <p>Rafforzamento della Rete, anche per favorire processi spontanei che poi andranno via a strutturarsi in metodi – contaminazione - Costituzione di servizi multiagenzia (metodo)</p> <p>Progetto per la formazione degli insegnanti alla lettura precoce dei segnali di abuso</p> <p>Progetto sovra ambito “Nuovi sguardi pedagogici: IndiPote (dn) S” per la formazione degli insegnanti alla lettura precoce dei segnali (DSA)</p>
H. Interventi connessi alle politiche per il lavoro	<ul style="list-style-type: none"> • Contrasto alle difficoltà socioeconomiche dei giovani e loro inserimento nel mondo del lavoro • NEET 	Tavoli di concertazione tra gli attori del sistema. Alleanza con le aziende Interventi sui giovani (neet), per creare momenti di confronto e proposte lavorative solide, contrastando il lavoro povero e precario. Conferma e prosecuzione della programmazione precedente
I. Interventi per la famiglia	<ul style="list-style-type: none"> • Caregiver femminile familiare • Sostegno secondo le specificità del contesto familiare • Invertire alcuni trend che minacciano la coesione sociale del territorio • Contrasto e prevenzione della violenza domestica • Conciliazione vita-tempi • Tutela minori 	rafforzamento del sistema famiglia e della genitorialità Promozione della cultura di vicinanza delle famiglie, anche come politica di coesione di conciliazione vita-tempi Comunità educante Potenziamento delle forme di affido familiare Cultura del contrasto alla violenza di genere Attenzione sui maltrattanti: lavoro intergenerazionale e diagonale Lavoro sull'identità di genere e sulla famiglia inclusiva Contaminazione della sussidiarietà/solidarietà Creazione di percorsi delle famiglie, offerta di sperimentazione e di invio alle realtà territoriali formali ed informali, Opportunità di cittadinanza attiva, attraverso il ribaltamento della logica di dirsi fragili e bisognosi, che coinvolge gli attori sociali e la comunità

		Intervento diagonale sui giovani e sulle famiglie Sostegno psicologico alle famiglie di soggetti dipendenti
j. interventi a favore della persona con disabilità	<ul style="list-style-type: none"> • Ruolo delle famiglie e del caregiver • Filiera integrata che accompagni la persona nel percorso di vita fino al Dopo di Noi 	sviluppo di progetti di supporto e prossimità per la piena realizzazione del progetto di vita del disabile realizzazione di interventi per dopo di noi durante noi anche con l'ausilio del finanziamento del PNRR interventi di supporto e di capacitazione per le famiglie

- Per l'area di policy “politiche abitative” si rimanda alla programmazione precedente, già descritta a pag. 70;
- Per l'area “interventi connessi alle politiche del lavoro”, si rimanda alla tabella ed alla programmazione precedente, descritta a pag. 44.

Area di policy:**Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale**

Obiettivo	<i>Rafforzamento della presa in carico di beneficiari di Reddito di cittadinanza e dei cittadini fragili che non vi accedono</i>
Descrizione	Potenziare la presa in carico di beneficiari di Reddito di cittadinanza attraverso la realizzazione di Patti per l'inclusione orientati all'inclusione attiva e all'educazione finanziaria delle persone e dei nuclei, rafforzando l'équipe specialistica d'ambito e il lavoro di rete tra servizi istituzionali, aziende e terzo settore. Estendere il modello e i servizi anche ai cittadini e ai nuclei fragili che non riescono ad accedere alla misura del rdC
Bisogni e Target	<p>Si rende necessario sostenere una presa in carico realmente integrata e orientata all'attivazione delle risorse delle persone ed alla valorizzazione di quelle presenti nel loro contesto di vita.</p> <p>Il processo di presa in carico necessita di azioni di educazione a stili di vita più "prossimi" e sostenibili</p> <p>Il target è prioritariamente quello dei beneficiari di RdC ma progressivamente il modello viene esteso a nuclei e singoli in condizioni di povertà ma che non possono accedere alla misura</p>
Risorse economiche e umane dedicate	<p>Le risorse economiche dedicate all'obiettivo sono principalmente quelle derivanti dal Fondo povertà - Quota servizi e le risorse umane coinvolte sono</p> <ul style="list-style-type: none"> - Équipe specialistica RdC - Servizi sociali territoriali - ETS impegnati nell'attivazione dei sostegni previsti dai Patti - Operatori servizi specialistici ASST - Realtà associative del territorio
Livelli di integrazione	L'obiettivo presenta aspetti di integrazione con altre aree di policy, in particolare sociosanitaria (integrazione con servizi specialistici dell'AssT), del lavoro (centro per l'impiego e SIL)
Modalità attuazione	<ul style="list-style-type: none"> - Strutturazione dell'équipe - Potenziamento degli operatori dell'équipe dedicati alla mediazione al lavoro, orientato ad attivare una rete di collaborazioni con le Agenzie per il lavoro del territorio e di momenti di confronto con le aziende - Attivazione di una supervisione sui casi, quale livello essenziale delle prestazioni previsto dal nuovo Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, ampliata alla partecipazione dei diversi operatori coinvolti nel caso - Attivazione di tavolo territoriale sul contrasto alla povertà, in coerenza con le indicazioni sulla Rete locale della protezione e dell'inclusione prevista dal d.lgs 147/17 - Incremento delle opportunità di PUC – Progetti di utilità collettiva – nei comuni dell'Ambito e soprattutto in collaborazione con il terzo settore, anche per favorire processi di ricambio generazionale del volontariato - accompagnamento a stili di vita più sostenibili attraverso estensione dell'educazione finanziaria e al co-housing
Indicatori di valutazione	<p><i>Indicatori di processo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Costituzione del Tavolo di Rete della protezione e inclusione - Rilancio della manifestazione di interesse per la presentazione dei PUC -Estensione dell'educazione finanziaria -coinvolgimento delle aziende <p><i>Indicatori di output</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> - incremento dei sostegni attivati - Incremento n. PUC – almeno il 50% in più -n. cohousing – almeno 1 - Incremento delle prese in carico integrate di casi complessi (esiti C GePI) - Incremento del n. patti siglati <p><i>Indicatori di outcome</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Rafforzamento relazioni di rete
--	--

Area di policy:

promozione dell'inclusione attiva

Obiettivo	<i>Strutturare le reti e il sistema di rete</i>
Descrizione	<p><i>Strutturare stabilmente la rete e le reti; promuovere la conoscenza delle risorse, favorendo le occasioni di collaborazione, integrazione e scambio, e il lavoro in equipe multiagente, anche al fine di condividere e specializzare gli strumenti di valutazione ed il glossario.</i></p> <p><i>L'obiettivo è anche finalizzato a rafforzare il welfare di comunità e di prossimità</i></p>
Bisogni e Target	Si avverte il bisogno di rafforzare il ricco tessuto di energie e competenze – pubbliche e private- presenti sul territorio ma che oggi dialogano e si conoscono solo parzialmente
Risorse economiche e umane dedicate	<ul style="list-style-type: none"> ETS Associazioni Servizi sociali Servizi specialistici Servizio di Inserimento Lavorativo Intercomunale - SIL Centro per l'impiego
Livelli di integrazione	Questo obiettivo è trasversale e di sistema, e pertanto interseca tutte le altre aree di policy
Modalità di attuazione	<p>Strutturare e sostenere la rete del terzo settore,</p> <p>omogenizzare la conoscenza delle risorse, e armonizzare strumenti e linguaggi attraverso occasioni e strumenti strutturali</p> <p><i>Potenziare i partenariati, le occasioni di co-progettazione e le sperimentazioni per:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Individuare azioni innovative</i> - <i>orientare le politiche sociali a percorsi più efficaci e sostenibili;</i> - <i>Rinnovare i metodi di lavoro, contaminandosi</i> - <i>Rafforzare la capacità di intercettare nuove risorse, anche da fonti alternative</i> - <i>Sviluppare strumenti di valutazione partecipata dell'impatto effettivo delle azioni locali</i> <p><i>Si prevedono in particolare le seguenti Azioni:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>co-progettazione, nei casi in cui ciò sia operativamente possibile e compatibile con le attività da porre in essere, per la realizzazione degli obiettivi del PdZ</i> - <i>creazione di un gruppo di lavoro che, in base alle necessità, si attiverà per il reperimento fondi;</i>

	<ul style="list-style-type: none">- <i>implementazioni di equipe miste pubblico-private che agiscano su aree tematiche e possano sviluppare competenze anche per il fundraising</i>
Indicatori valutazione	<p>di</p> <ul style="list-style-type: none">- Attivazione di procedimenti di co-progettazioni- Creazione del gruppo di lavoro per il reperimento fondi- Valutazione degli esiti dell'esperienza e del valore aggiunto prodotto nella condivisione di metodi e linguaggi- Predisporre linee guida/regolamento sulla co-progettazione

Area di policy:

domiciliarità

Obiettivo	<i>Rafforzamento della domiciliarità per gli anziani</i>
Descrizione	Sviluppare interventi integrati ed innovativi per rafforzare il sistema della domiciliarità, puntando sull'integrazione tra socio-assistenziale e sociosanitario e servizi di prossimità e vicinato, sull'informazione e l'orientamento all'accesso dei sostegni presenti, sul rafforzamento del supporto ai caregiver e sull'ingaggio della comunità, sulla messa a disposizione di servizi presenti nelle RSA, sulla messa a disposizione del registro delle assistenti familiari.
Bisogni e Target	L'obiettivo risponde ad un bisogno legato al progressivo invecchiamento della popolazione, unitamente al limite dell'efficacia del ricorso alla tradizionale assistenza domiciliare. Nelle fasi dell'invecchiamento si rilevano bisogni di socializzazione e di uscita dall'isolamento, di attivazione, di protezione e di sostegno all'autonomia.
Risorse economiche umane dedicate	Le risorse economiche sono, in parte, quelle riferite ai finanziamenti abituali destinati a quest'area di policy (FNA, spesa sociale dei comuni, FNPS, HCP) ma l'aspettativa principale è riferita alle risorse integrative che potranno derivare dall'attuazione della riforma sociosanitaria in relazione alle case della comunità e al PNRR, in integrazione alle risorse destinate al comparto sociosanitario. A questo si aggiungono il terzo settore, della rete e della prossimità.
Livelli di integrazione	L'obiettivo è strettamente integrato con l'area degli interventi sociosanitari e presenta spazi di integrazione con ETS impegnati nell'area anziani L'obiettivo è trasversale all'area di policy– anziani e con il progetto sovra-ambito “dimissioni protette”
Modalità di attuazione	Le modalità di attuazione di questo obiettivo dipendono in parte dallo sviluppo della riforma e da come troveranno realizzazione le case della comunità. Si prevedono poi: <ul style="list-style-type: none"> - Rafforzamento del coordinamento nella comunicazione, informazione e orientamento sulle misure/interventi in sostegno all'assistenza - apertura dell'ufficio di prossimità per la protezione giuridica - Messa in rete delle iniziative di socializzazione aggregazione e attivazione degli anziani, individuando appositi spazi - implementazione degli sportelli assistenti familiari con snodi della rete territoriale - Sviluppo di interventi in sostegno ai caregiver e di gruppi di mutuo aiuto -potenziare i trasporti sociali -avviare la progettazione di senior housing -favorire la messa a disposizione di servizi specialistici da parte delle RSA del territorio
Indicatori di valutazione	<p><i>Indicatori di processo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Istituzione tavolo territoriale anziani (rete) - implementazione dello sportello assistenti familiari - Sviluppo di progettualità in favore di azioni di supporto ai caregiver - Sviluppo del servizio di trasporto sociale -avvio di uno studio per la realizzazione di un centro diurno -attivare con le RSA esperienze di servizi aperti al territorio <p><i>Indicatori di output</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - n. incontri – n. soggetti partecipanti tavolo anziani - studio di fattibilità per un CDA

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">- consulenze sportello badanti –- n. di caregiver supportati – almeno 5- n. anziani che utilizzano i servizi delle RSA aperte – almeno 5 |
|--|--|

Area di policy:

anziani

Obiettivo	<i>Invecchiamento attivo e sviluppo di reti di prossimità</i>
Descrizione	Sviluppare la prevenzione attraverso il potenziamento delle attività di socializzazione e attivazione, di mobilità e residenzialità sostenibile. Intercettare e rispondere ai bisogni della popolazione anziana attraverso il coinvolgimento della comunità nella promozione di azioni di prossimità e supporto leggero.
Bisogni e Target	la vulnerabilità e l'isolamento delle persone anziane sono aumentati durante la pandemia; si stanno manifestando bisogni di servizi leggeri e occasioni di aggregazione e invecchiamento attivo, in persone autosufficienti o parzialmente non autosufficienti, con reti familiari e sociali deboli o addirittura inesistenti
Risorse economiche umane dedicate ed	ETS e realtà associative impegnate nell'area della terza età. Fundraising, anche attraverso partecipazione a bandi PUC
Livelli integrazione di	L'obiettivo si integra con quello dello sviluppo di comunità e della rete e con l'area degli interventi socio-sanitari, e con la macro area domiciliarità
Modalità attuazione di	Progetti per. - creare la rete tra realtà che si occupano di invecchiamento attivo attività di socializzazione e di attivazione, individuando luoghi, spazi e occasioni di aggregazione che intercettino interessi della popolazione anziana - sostegno all'informazione anche per favorire l'accesso ai servizi, e alle opportunità - attività di prevenzione - servizi e sostegni leggeri anche attraverso i PUC e nuove forme di prossimità e di vicinato
Indicatori valutazione di	<i>Indicatori di processo</i> - sviluppo di progetti – almeno 2 - n. di soggetti “non convenzionali” coinvolti nella progettualità (vicini di casa, studenti, farmacie, biblioteche, ecc.) <i>Indicatori di output</i> - n. di nuove iniziative promosse sul territorio – almeno 1 - n. di anziani supportati

Area di policy:

digitalizzazione dei servizi

Obiettivo	<i>Cartella sociale</i>
Descrizione	Implementazione della cartella sociale informatizzata (con diversi profili di autorizzazione per accessi multiente)
Bisogni e Target	In ragione della sperimentazione della cartella sociale informatizzata, della valutazione empirica delle caratteristiche che rendono funzionale ai servizi e della forte spinta all'estensione del ricorso alle valutazioni multidimensionali ed al lavoro di equipe si evidenzia il bisogno di uno strumento che consenta accessi multiutente e flessibilità nella restituzione di dati aggregati
Risorse economiche e umane dedicate	d Fondo Povertà FNPS Servizio sociale
Modalità attuazione	di Definizione del capitolato Espletamento della gara d'appalto per la fornitura

Area di policy:**politiche giovanili e per i minori**

Obiettivo	<i>Potenziare e ripensare gli interventi di prevenzione e di tutela</i>
Descrizione	potenziare nuove forme e a nuovi presidi preventivi sul territorio attraverso azioni di rete e collaborazioni con il terzo settore e le realtà associative, anche a valenza specialistica, che possano essere di supporto ai servizi sociali e socio-sanitari istituzionali Ripensare la prevenzione come azione strategica di tutela dei diritti dei minori prevedendo la costruzione di reti tese ad attivare una comunità educante ed affiancante
Bisogni e Target	Si rileva la necessità di attivare prese in carico tempestive e dedicate a situazioni sempre più complesse e multiproblematiche per favorire azioni di prevenzione e ascolto precoce delle fragilità di minori e famiglie. Nella fascia adolescenziale e giovanile, vi è il bisogno di ridurre il rischio, e il danno da nuove forme di devianza e nuove dipendenze e introdurre progetti e servizi volti a contrastare la dispersione scolastica in aumento. È necessario mettere in rete spazi di ascolto e di emersione dei bisogni dei minori e delle loro famiglie per permettere una reale presa in carico precoce ed efficace.
Risorse economiche umane dedicate	ed <ul style="list-style-type: none"> - FNPS - Servizi sociali - Servizi specialistici AssT - ETS e realtà associative specializzate - Consultorio privato accreditato - dirigenti e insegnanti degli IC del territori
Livelli integrazione	di L'obiettivo è connesso con lo sviluppo della rete e di comunità e l'integrazione con i servizi del territorio e l'area di policy I interventi per la famiglia
Modalità attuazione	di <ul style="list-style-type: none"> - Costruzione di reti di collaborazione e condivisione tra servizi minori e famiglia e ETS e realtà associative specializzate - Avvio percorsi di informazione e formazione reciproca tese anche a costituire servizi e prese in carico multiagente - Tavolo di lavoro integrato tra i vari servizi del territorio -progettazione di un centro diurno per adolescenti -attività di informazione e prevenzione - progetto Anno unico -potenziamento delle forme e delle risorse per l'affido familiare (vedi l'area di policy "interventi per la famiglia")
Indicatori valutazione	di <p><i>Indicatori di processo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - N. incontri Tavolo - Definizione e calendarizzazione incontri formativi/informativi con le scuole -impostazione di un sistema di rilevazione delle nuove dipendenze e di misurazione degli effetti delle azioni intraprese sulla dispersione scolastica <p><i>Indicatori di output</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - N. percorsi di formazione/informazione -n. ragazzi coinvolti nel progetto anno unico - n. esperienze di comunità educante - N. di realtà territoriali ingaggiate nella rete

	<p>-Riduzione dei tempi di attesa della presa in carico - valutazione di esito del lavoro di rete per l'implementazione del metodo</p>
--	--

Area di policy:**interventi per la famiglia**

Obiettivo	<i>Rafforzamento del sistema famiglia e della genitorialità</i>
Descrizione	<p>L'obiettivo generale racchiude in sé vari obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rafforzare il sistema familiare attraverso azioni specialistiche di valorizzazione delle competenze e di compensazione delle carenze, e promuovendo un welfare di comunità e prossimità - perseguire la prevenzione intervenendo precocemente sui primi segnali di disagio e sviluppando nella rete la capacità di leggere correttamente i segnali di esordio - sviluppare modelli di famiglia inclusiva - diffondere capillarmente la cultura del contrasto alla violenza di genere - sviluppare azioni di sostegno e forme innovative di affido parcellare e di affiancamento per il contrasto alla povertà educativa, e il pieno ed effettivo esercizio dei diritti dei minori - lo sviluppo di un servizio affidi sarà favorito dalla creazione di una rete di famiglie per l'affido/affiancanti mediante un'azione di sistema che ponga in connessione tutte le realtà pubbliche (in particolare il servizio tutela minori) e del terzo settore che operano sul territorio - Promuovere la cultura di vicinanza delle famiglie, anche come politica di coesione di conciliazione vita-tempo <p>Opportunità di cittadinanza attiva, attraverso il ribaltamento della logica di dirsi fragili e bisognosi, che coinvolge gli attori sociali e la comunità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervento diagonale sui giovani e sulle famiglie - Sostegno psicologico alle famiglie di soggetti dipendenti
Bisogni e Target	<p>Il diritto dei minori ad avere una famiglia ed un'infanzia serena e completa e ad un'educazione aperta e inclusiva si scontra spesso con le fragilità delle famiglie, e delle competenze genitoriali. C'è da un lato il bisogno di una diversa lettura e valorizzazione delle competenze, dall'altro di interventi specialistici il più possibile precoci e preventivi, anche mirate a incidere sulla cultura del rispetto dell'identità di genere e il contrasto netto della violenza di genere.</p> <p>Il sistema famiglia necessita anche di sostegni più leggeri, di prossimità, mutuo aiuto e vicinato, che vanno promossi e valorizzati.</p> <p>Infine, c'è bisogno di sviluppare varie tipologie di supporto familiare peer education, affido parziale, ecc.</p>
Risorse economiche e umane dedicate	<p>Servizi sociali Coop. PROGES ETS Associazioni FNPS Fondi famiglia Fondo povertà</p>

Livelli integrazione	di	Politiche giovanili e per i minori, promozione dell'inclusione attiva
Modalità attuazione	di	<ul style="list-style-type: none"> • Creazione di un percorso integrato per le famiglie, con interventi di supporto psicologico, di mediazione e consultoriale e l'individuazione di luoghi sensibili e accessibili e non stigmatizzanti • Progetti di presa in carico che prevedano la valorizzazione delle microcompetenze; la loro messa a disposizione ed esperienze di mutuo aiuto, la creazione di nuove connessioni e nuovi rapporti • Ribaltamento della logica di dirsi fragili e bisognosi, che coinvolge gli attori sociali e la comunità • Avvio del servizio affido • Azioni di promozione dell'affido e formazione delle famiglie • Individuazione di nuove famiglie affidatarie attraverso azioni integrate di rete • Azioni educative, culturali e di sensibilizzazione per il potenziamento della cultura del contrasto alla violenza di genere • Avviare un lavoro intergenerazionale e diagonale che ponga l'attenzione sui maltrattanti • Creazione di percorsi delle famiglie, anche finalizzate al miglioramento della prossimità, inclusività, tolleranza
Indicatori valutazione	di	n. iniziative di promozione dell'affido corso di formazione per famiglie affidatarie n. progetti di affiancamento familiare avvio del servizio affido n. iniziative di sensibilizzazione per il contrasto alla violenza di genere n. progetti di presa in carico che prevedano l'impegno a seguire percorsi che promuovano azioni ed interventi sui maltrattanti

Area di policy:**interventi a favore delle persone con disabilità**

Obiettivo	<i>Centralità del progetto di vita della persona con disabilità</i>
Descrizione	Aprire spazi di trasformazione e cambiamento nella rete dei servizi per la disabilità in relazione al tema dell'autodeterminazione delle persone con disabilità, alla crescita della rete nella capacità e disponibilità alla cooperazione e co-progettazione di risposte innovative centrate sulla persona.
Bisogni e Target	Persone con disabilità e famiglie e il loro bisogno di realizzare un progetto di vita rispondente ai propri desideri.
Risorse economiche umane dedicate	ed Le risorse impiegate sono quelle che attualmente sostengono i servizi per la disabilità, afferenti ai fondi comunali, al Fondo sociale regionale e al Fondo sanitario. In parte, un percorso formativo laboratoriale sarà sostenuto da risorse derivanti anche dal Fondo nazionale politiche sociali. Le risorse umane sono quelle degli operatori dei servizi del privato sociale, gli assistenti sociali comunali e d'ambito, operatori di ATS e AssT, famiglie e persone con disabilità
Livelli integrazione	di Integrazione con i servizi sociosanitari, scolastici e del lavoro.
Modalità attuazione	di - Laboratorio formativo rivolto ad operatori dei servizi territoriali - Scambi con esperienze di altri territori e con servizi che hanno introdotto pratiche innovative - Tavoli di co-progettazione operatori-famigliari-persone con disabilità
Indicatori valutazione	<i>Indicatori di processo</i> - Coinvolgimento e partecipazione degli operatori e dei coordinatori della rete dei servizi diurni <i>Indicatori di output</i> - N. tavoli di confronto con operatori di CDD; operatori di CSE – Sfa; familiari; Assistenti Sociali - N. di sperimentazioni avviate - Incremento della flessibilità dei servizi

Obiettivo	<i>Comunità inclusiva per la disabilità</i>
Descrizione	L'obiettivo mira a sviluppare collaborazioni con il terzo settore (associazioni, realtà private, gruppi informali...) per la realizzazione di esperienze inedite di inclusione, a favore della persona con disabilità.
Bisogni e Target	Il bisogno di perseguire una dimensione comunitaria è fondamentale per l'attivazione della persona disabile e la sua effettiva inclusione. E' necessario sviluppare forme di corresponsabilità, tra servizi e realtà della comunità, per promuovere percorsi di inclusione e consentire alla persona con disabilità di frequentare contesti e vivere esperienze in cui esprimere i propri interessi e desideri, che rafforzino il suo progetto di vita
Risorse economiche umane dedicate	ed ETS Associazioni Famiglie Servizi sociali

Livelli integrazione	di	Integrazione con la promozione dell'inclusione attiva
Modalità attuazione	di	<ul style="list-style-type: none"> - Avvio di un tavolo di confronto e collaborazione permanente tra servizi, famiglie e attori della comunità che lavori, tra l'altro su percorsi formativi e di facilitazione nella costruzione di relazioni collaborative - attivazione di percorsi inediti di inclusione
Indicatori valutazione	di	<p><i>Indicatori di processo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - costituzione del tavolo <p><i>Indicatori di output</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - N. incontri – n. soggetti partecipanti - N. di realtà del territorio intercettate dal percorso - N. di interventi innovativi di inclusione realizzati - N. di persone con disabilità coinvolte - Grado di apprezzamento dell'esperienza

4. Progetti sovra-ambito

4.1 Nuovi sguardi pedagogici: IndiPote (dn) S

Macroarea di policy (specificare la macroarea barrando la casella corrispondente)

- A. Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale
- B. Politiche abitative
- C. Promozione inclusione attiva
- D. Domiciliarità
- E. Anziani
- F. Digitalizzazione dei servizi
- G. **Politiche giovanili e per i minori**
- H. Interventi connessi alle politiche per il lavoro
- I. Interventi per la famiglia
- J. Interventi a favore di persone con disabilità

Punti chiave previste dalle macroaree di policy (specificare i punti chiave barrando la casella corrispondente)

Indicare i punti chiave, tra quelli previsti nella tabella seguente (Appendice 1 dell'Allegato A della DGR n. XI/4563) e corrispondenti alla macroarea di policy scelta, che si intendono sviluppare nelle attività per il raggiungimento dell'obiettivo. Indicare almeno un punto chiave.

Macroarea di policy	Punti chiave
A. Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale	<input type="checkbox"/> Vulnerabilità multidimensionale <input type="checkbox"/> Nuova utenza rispetto al passato <input type="checkbox"/> Working poors e lavoratori precari <input type="checkbox"/> Famiglie numerose <input type="checkbox"/> Famiglie monoreditto
B. Politiche abitative	<input type="checkbox"/> Allargamento della platea dei soggetti a rischio <input type="checkbox"/> Vulnerabilità multidimensionale <input type="checkbox"/> Qualità dell'abitare <input type="checkbox"/> Allargamento della rete e coprogrammazione <input type="checkbox"/> Nuovi strumenti di governance (es. agenzie per l'abitare)
C. Promozione inclusione attiva	<input type="checkbox"/> Facilitare l'accesso alle opportunità di benessere e partecipazione attiva <input type="checkbox"/> Sviluppo delle reti
D. Domiciliarità	<input type="checkbox"/> Flessibilità <input type="checkbox"/> Tempestività della risposta <input type="checkbox"/> Allargamento del servizio a nuovi soggetti <input type="checkbox"/> Ampliamento dei supporti forniti all'utenza
E. Anziani	<input type="checkbox"/> Rafforzamento degli strumenti di <i>long term care</i> <input type="checkbox"/> Autonomia e domiciliarità <input type="checkbox"/> Personalizzazione dei servizi <input type="checkbox"/> Accesso ai servizi <input type="checkbox"/> Ruolo delle famiglie e del caregiver <input type="checkbox"/> Sviluppo azioni LR 15/2015 <input type="checkbox"/> Rafforzamento delle reti sociali <input type="checkbox"/> Contrasto all'isolamento

Macroarea di policy	Punti chiave
F. Digitalizzazione dei servizi	<input type="checkbox"/> Digitalizzazione dell'accesso <input type="checkbox"/> Digitalizzazione del servizio <input type="checkbox"/> Organizzazione del lavoro <input type="checkbox"/> Integrazione e rafforzamento del collegamento tra i nodi della rete
G. Politiche giovanili e per i minori	<input type="checkbox"/> Contrasto e prevenzione della povertà educativa X Contrasto e prevenzione della dispersione scolastica X Rafforzamento delle reti sociali X Prevenzione e contenimento del disagio sociale e del suo impatto sulla salute
H. Interventi connessi alle politiche per il lavoro	<input type="checkbox"/> Contrasto alle difficoltà socioeconomiche dei giovani e loro inserimento nel mondo del lavoro <input type="checkbox"/> NEET
I. Interventi per la famiglia	<input type="checkbox"/> Caregiver femminile familiare <input type="checkbox"/> Sostegno secondo le specificità del contesto familiare <input type="checkbox"/> Invertire alcuni trend che minacciano la coesione sociale del territorio <input type="checkbox"/> Contrasto e prevenzione della violenza domestica <input type="checkbox"/> Conciliazione vita-tempi X Tutela minori
J. Interventi a favore di persone con disabilità	X Ruolo delle famiglie e del caregiver X Filiera integrata che accompagni la persona nel percorso di vita

Obiettivo progetto (max 600 parole)

Durante gli incontri con ATS e ASST è stata presentata la progettualità quadro “IndiPote (dn) S” del Provveditorato - Ufficio Scolastico Territoriale - AT Varese e Como.

“Indi” sta per individuazione precoce
 “Pote” sta per potenziamento
 “dnS” sta per disturbi del neuro sviluppo ...
 leggendo alla latina “Indi potes”, vuol dire:

“Quindi puoi”

Il progetto “IndiPote (dn) S” nasce dalla necessità di effettuare una individuazione precoce dei Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA) e dei Disturbi del neuro sviluppo.

Il progetto quadro è destinato agli alunni ed ai docenti dell’ultimo anno della scuola dell’infanzia e della prima e della seconda classe della scuola primaria, sia statali che paritarie, e si prefigge di attivare azioni di prevenzione con specifico riferimento ad attività di individuazione e trattamento scolastico dei disturbi specifici dell’apprendimento, attraverso un cambio di visione da parte dei docenti sulle fragilità che gli alunni presentano.

I docenti dopo apposita formazione vissuta sul campo potranno potenziare le loro capacità di osservare i comportamenti dei loro alunni e, con l’ausilio di apposita strumentazione, rinforzare le loro capacità progettuali, programmate e valutative nell’interesse dei propri alunni.

“E’ dunque una crescita culturale del sistema scolastico con un cambio di visione sulle fragilità che gli alunni presentano e una modifica delle pratiche didattiche quotidiane con specifico riferimento a metodologie di osservazione e ad interventi di potenziamento su aree di fragilità, uscendo da un’ottica che tende a clinicizzare precocemente diverse criticità di apprendimento.”

Il politecnico di Milano ha previsto a supporto della presente progettazione la realizzazione di un questionario composto da items che gli insegnanti devono compilare e inviare alle figure preposte che restituiranno i dati elaborati con l'esito delle valutazioni.

In caso di individuazione di potenziali fragilità l'insegnante informerà i genitori e, previa loro autorizzazione, invieranno alla NPI i dati elaborati con una relazione di accompagnamento affinché possano essere presi in carico precocemente per evitare che inficino lo sviluppo neurologico.

Ad integrazione di questa progettualità, gli ambiti di Saronno e Somma Lombardo hanno elaborato il progetto *"Nuovi sguardi pedagogici: IndiPote (dn) S"*, teso a favorire la lettura precoce del bisogno accompagnando il case manager, individuato all'interno di ogni istituto scolastico, nell'analisi complessiva del contesto socio -economico e familiare in cui è inserito il minore al fine di meglio comprendere le origini delle eventuali fragilità culturali, educative, sociali, economiche, linguistiche che possono aggravare le sue difficoltà scolastiche.

Una corretta lettura del contesto in cui si trova a vivere il minore darà la possibilità all'equipe di lavoro di costruire percorsi individualizzati più aderenti alla realtà del bambino con l'obiettivo di disincentivare l'abbandono scolastico e/o l'emarginazione dal gruppo dei pari.

Gli obiettivi specifici del presente progetto sono quindi i seguenti:

- Individuazione precoce dei disturbi specifici di apprendimento, dei disturbi del neuro sviluppo e delle fragilità socio – economiche, ma anche culturali, educative e linguistiche.
- Potenziamento pedagogico
- Ricomposizione delle reti di supporto all'alunno e alla sua famiglia tramite case manager.

Il focus degli interventi sarà l'utilizzo di dispositivi innovativi che consentano una modalità diversa di presa in carico delle situazioni, con metodologie non esclusivamente medico/ didattiche, ma anche pedagogico/ sociali, che consentano una presa in carico integrata a partire dalla valutazione.

ATS che coordina il progetto

ATS Insubria

Ambiti territoriali coinvolti

Ambiti di: Saronno e Somma Lombardo

ASST coinvolta

ASST Valle Olona, con particolare riferimento alla Neuropsichiatria territoriale a cui afferiscono il Distretto di Saronno e il Distretto di Somma Lombardo.

Altri Enti coinvolti

- Ufficio Scolastico Territoriale - AT Varese e Como
- Scuole territoriali
- Terzo settore e servizi territoriali che saranno individuati in base alle specifiche progettualità.

Modalità di integrazione

Ai fini della buona riuscita del progetto diventa preminente la valorizzazione della rete territoriale, la sua ricomposizione e quindi il potenziamento del raccordo tra gli attori istituzionali: servizi scolastici, sociali, educativi e sanitari.

Lo scambio di conoscenze, di competenze e di prassi operative degli enti coinvolti nel processo risulterà fondamentale per la buona riuscita del progetto innescando buone pratiche funzionali a garantire una risposta sempre più completa e precoce ai bisogni dei soggetti fragili e nello specifico a quelli della popolazione studentesca interessata.

Il progetto, ai fini di un reale incontro tra gli attori coinvolti per intercettare in modo precoce e concreto le situazioni, prevede la seguente modalità di integrazione:

- Costituzione di un Tavolo Tecnico scientifico, composto da:
 - ✓ Ufficio scolastico territoriale (Provveditorato)
 - ✓ Dirigenti scolastici
 - ✓ Referenti tecnici dell'Ambito Territoriale dei Comuni Associati
 - ✓ ASST Valle Olona
 - ✓ ATS Insubria
 - ✓ Referenti delle NPI territoriali
- Équipe multidisciplinare operativa sulle situazioni dei minori destinatari del progetto, composta da:
 - ✓ Referente dei Servizi Sociali dell'Ambito Territoriale a livello dell'Ufficio di Piano o del Comune di residenza del minore
 - ✓ Case manager scolastico
 - ✓ Figure educative laddove necessarie
 - ✓ Referente NPI
 - ✓ Docenti

L'équipe, in alcuni momenti, potrà prevedere il coinvolgimento e la presenza della famiglia e del minore stesso. L'équipe operativa può essere integrata con altri operatori in funzione delle necessità rilevate.

In funzione del livello di integrazione, istituzionale – organizzativo/gestionale – operativo, i due gruppi si occuperanno della:

- ✓ esplicitazione del processo operativo (Tavolo Tecnico scientifico);
- ✓ identificazione degli elementi qualificanti gli interventi attuati (Équipe multidisciplinare);
- ✓ identificazione e condivisione degli strumenti di comunicazione, di valutazione multidimensionale del caso, di monitoraggio quali/quantitativo e di lettura dei dati statistici (Équipe multidisciplinare).

Contesto

L'alunno deve essere considerato nella sua interezza come persona e la sua valutazione deve essere svolta a 360° dando rilievo sia al suo contesto di vita che alla sua partecipazione scolastica. Solo in questo modo si potranno valorizzare i punti di forza e/o di debolezza, anche in considerazione dell'attuale società le cui esigenze sono in continua evoluzione, creando insicurezze e fragilità e mettendo in discussione gli approcci tradizionali ai bisogni specifici.

Al fine di rafforzare gli interventi a sostegno dei minori e delle loro famiglie è necessario pertanto consolidare e rafforzare i livelli di integrazione tra le istituzioni coinvolte (Scuole, Enti Locali, Aziende Sanitarie, i soggetti privati), valorizzando le competenze di tutti, incluse le risorse familiari, sia rispetto alla condivisione del bisogno, sia rispetto all'attivazione di strumenti per la sua risoluzione.

Il tempo che i bambini trascorrono a scuola è essenziale non solo per le opportunità di apprendimento, ma anche per la socializzazione. L'alleanza scuola-famiglia-servizi consente di creare un progetto condiviso, incentivando e promuovendo un continuo dialogo costruttivo tra le parti coinvolte.

L'emergenza sanitaria dovuta all'epidemia di Covid-19 ha causato un profondo cambiamento in tale alleanza, che ora dev'essere ripensata per permettere un adattamento adeguato a tutti gli interlocutori. L'introduzione della didattica a distanza (DaD) ha avuto un forte impatto che da un lato ha richiesto la ridefinizione del rapporto tra i soggetti coinvolti e dall'altro ha aperto nuove opportunità di sperimentazione e di definizione di percorsi personalizzati.

Da un punto di vista generale possiamo notare come i disturbi neuropsichici dell'età evolutiva siano molto frequenti coinvolgendo un'ampia fetta della popolazione compresa tra 0 e 17 anni.

Fra i disturbi più frequenti:

- disturbi neurologici
- disturbi di sviluppo
- disabilità intellettiva
- disturbi dello spettro autistico
- disturbi specifici del linguaggio (5% della popolazione tra i 2 e i 6 anni) e dell'apprendimento (34% della popolazione sopra i 7 anni, con prevalenze variabili nelle diverse lingue e culture)
- disturbo da deficit di attenzione (ADHD colpisce circa il 2% della popolazione infantile)
- disturbi psichiatrici in particolare disturbi alimentari, autolesionismo e ritiro sociale (circa l'8% della popolazione sopra i 7 anni con pattern variabili a seconda delle età e dei disturbi).

A tal proposito, con particolare riferimento ad alcuni dei disturbi sopraccitati, l'identificazione precoce riveste un ruolo determinante in quanto permette di attivare un intervento terapeutico ed educativo maggiormente tempestivo e mirato, in una fascia di età in cui è massima la plasticità cerebrale. Ciò influendo positivamente sulla possibilità che accrescano gli effetti e quindi si possa giungere ad una migliore prognosi per i minori coinvolti. Altresì l'identificazione precoce accresce la possibilità di ridurre la gravità dell'espressione sintomatologica evitando ricadute funzionali che risultano più difficilmente recuperabili nella fascia di età adolescenziale e/o adulta.

Ad oggi gli studi mostrano evidenze di efficacia di interventi mirati rivolti ai bambini e adolescenti ad alto rischio che possono prevenire e/o influire positivamente ritardando o modificando lo sviluppo di potenziali disabilità neuromotorie, cognitive e psichiche anche mediante interventi mirati di supporto alla genitorialità, ciò ancorché i disturbi non siano in fase conclamata.

Sebbene non ci siano dati ufficiali che riportino gli effetti del periodo pandemico che stiamo vivendo, da una prima analisi di contesto emerge con chiarezza come i lunghi periodi di lockdown e di DAD abbiano notevolmente influito sui minori portando ad esordi precoci di disturbi che influenzano notevolmente il loro sviluppo socio relazionale oltre che il loro percorso didattico. Ponendo a titolo esemplificativo il numero dei DSA, già notevole prima dell'emergenza sanitaria, da un primo riscontro è emerso il moltiplicarsi dei casi che mettono in discussione gli approcci noti legati all'apprendimento e alla lettura del bisogno.

Aspetti che rendono innovativo il progetto

Il progetto vuole cogliere l'opportunità di rafforzare la rete che ruota attorno al sistema scolastico, valorizzando la centralità della scuola quale realtà che mette in grado di compiere uno screening diffuso fra le nuove generazioni che più di altre hanno dovuto affrontare momenti estremamente critici legati all'emergenza sanitaria. Elemento di innovazione sarà pertanto il creare una rete stabile che connetta:

- sistema scolastico
- sistema sanitario
- sistema socio- educativo

Ciò al fine di capitalizzare le competenze dei singoli attori coinvolti e le progettazioni attive, creando terreno fertile per la costruzione di sinergie utili a rinforzare il sistema di prevenzione, integrando le diverse competenze e le risorse presenti di cui sono titolari tutti coloro che sono chiamati a vario titolo ad occuparsi di minori.

L'intento è quello di costruire un processo virtuoso, che includa attivamente tutte le realtà istituzionali, ciascuna delle quali, nell'esercitare le proprie funzioni singolarmente, rischia spesso di operare dentro setting e strutture autoreferenziali, con la possibilità di perdere di vista la presa in carico globale del minore e della sua famiglia, che invece devono diventare parte attiva e fulcro del processo.

Il carattere innovativo è prioritariamente frutto della previsione di una collaborazione che supera quanto previsto dal dettato normativo, e quanto realizzato fino ad ora, mediante la costruzione di:

- un Tavolo Tecnico scientifico
- di un'Équipe multidisciplinare, operativa sulle situazioni dei minori destinatari del progetto.

Spazi nei quali gli attori coinvolti avranno come finalità condivisa di rendere concreta la cooperazione nell'attuazione di interventi specifici, diventando luogo di cooperazione e interoperabilità fra i diversi attori delle Policy e di conseguenza moltiplicatore di idee e di risorse attivabili.

La progettazione promossa attraverso il progetto “IndiPote (ds)S” risulta innovativa altresì per l'estrema rilevanza riconosciuta alla prevenzione legata al:

- contrasto dell'insorgenza di alcuni disturbi nell'infanzia, facilitando processi di presa in carico sanitari, educativi e sociali integrati.
- contrasto del conclamarsi di alcune sintomatologie maggiormente compromettenti il normale sviluppo sociale/relazionale del minore;

Definizione delle attività

MACROATTIVITA' 1

Si riportano di seguito le attività che si intendono mettere in atto, distintamente per obiettivi:

Obiettivo: Disseminazione e diffusione del progetto sul Territorio

Attività:

- ✓ Pubblicizzazione del progetto presso le scuole del territorio destinatarie della progettualità
- ✓ Estensione del progetto nelle scuole che già hanno aderito alla sperimentazione coinvolgendo un maggior numero di classi;
- ✓ Implementazione del numero di scuole coinvolte;
- ✓ Costituzione e attivazione dei seguenti organismi di coordinamento ed operativi:
 - Tavolo Tecnico scientifico: costituito come sopra indicato
 - Équipe Multi disciplinare operativa: costituito come sopra indicato

I due Tavoli individuati si connotano per una attività di integrazione che va da quella più propriamente istituzionale a quella via via più operativa.

Gestiranno lo sviluppo delle progettualità, verificando e monitorando gli aspetti qualitativi e di appropriatezza degli interventi.

L'équipe multidisciplinare operativa sarà composta, di volta in volta, anche dagli operatori che seguono le specifiche situazioni in stretto raccordo con il comitato tecnico scientifico al fine di orientare l'azione verso l'uniformità e un'omogeneità del modello di intervento, fatte salve le specificità delle singole situazioni dei destinatari.

MACROATTIVITA' 2

Obiettivo: individuazione del case manager all'interno di ogni istituto scolastico con affiancamento anche di una figura di tipo educativo, e attuazione azioni del progetto

Attività:

- Individuazione di una progettualità sperimentale di tipo educativo da integrare al case manager della scuola come modello ricompositivo della frammentazione degli interventi educativi individualizzati

- Attuazione della suddetta progettualità sperimentale
- Individuazione strumenti/dispositivi in favore dell'intervento integrato.

MACROATTIVITA' 3

Obiettivo: programmazione propedeutica per la definizione di protocolli operativi sovra istituzionali

Attività:

- Incontri per la programmazione da parte dei tavoli costituiti

Integrazione tra macroaree di policy

Indicare una eventuale trasversalità tra due o più macroaree di policy.

Questo progetto rientrante nella macroarea di policy **G - Politiche giovanili e per i minori** e si connette con altre due macro aree di policy:

J - Interventi a favore di persone con disabilità

I. interventi per la famiglia

Attività, indicatori di risultato e cronoprogramma

MACROATTIVITA' 1	
Obiettivo: Disseminazione e diffusione del progetto sul Territorio	
Indicatori:	
✓ coinvolgimento di almeno una scuola per ambito	
✓ almeno 2 incontri all'anno del Tavolo Tecnico scientifico	
✓ 1 incontro ogni tre mesi dell'équipe multidisciplinare	
MACROATTIVITA' 2	
Obiettivo: individuazione del case manager all'interno di ogni istituto scolastico con affiancamento, laddove possibile, anche di una figura di tipo educativo, e attuazione azioni del progetto	
Indicatori:	
✓ elaborazione di n. 1 progetto sperimentale condiviso con almeno una scuola per ambito	
✓ Individuazione di strumenti che possano favorire la realizzazione di interventi integrati.	
MACROATTIVITA' 3	
Obiettivo: Programmazione propedeutica per la definizione di protocolli operativi sovra istituzionali	
Indicatori:	
✓ Almeno n. 3 incontri di programmazione	
✓ Attuazione n. 1 modalità di disseminazione	
Descrizione attraverso la rappresentazione grafica di seguito riportata delle tre macro attività, schematizzando le fasi progettuali, le attività e gli indicatori di risultato. Per ogni macro-attività sono stati definiti degli indicatori di risultato che garantiscono una misurabilità delle attività poste in essere e dei risultati effettivamente ottenuti.	

Cronoprogramma Diagramma di Gantt

	MAR	APR	MAG	GIU	LUG	AGO	SET	OTT	NOV	DIC 2022	GEN - DIC 2023
MACRO ATTIVITA' 1 Disseminazione e diffusione del progetto sul Territorio											
Pubblicizzazione del progetto presso le scuole del territorio destinatarie della progettualità											
Estensione del progetto nelle scuole che già hanno aderito alla sperimentazione coinvolgendo un maggior numero di classi;											
Implementazione del numero di scuole coinvolte											
Costituzione e attivazione degli organismi di coordinamento ed operativi											
MACRO ATTIVITA' 2 Individuazione del case manager all'interno di ogni istituto scolastico con affiancamento anche di tipo educativo, e attuazione azioni del progetto											
Individuazione di una progettualità sperimentale di tipo educativo da integrare al case manager della scuola come modello ricompositivo della frammentazione degli interventi educativi individualizzati											
Attuazione della progettualità sperimentale											
Individuazione strumenti/dispositivi in favore dell'intervento integrato.											

MACRO ATTIVITA' 3 - Programmazione propedeutica per la definizione di protocolli operativi sovra istituzionali											
Incontri per la programmazione da parte dei tavoli costituiti											

Risorse

Nelle tabelle sottostanti vengono riportate le risorse economiche ed umane impiegate, distinte per singola macro-attività.

Risorse economiche Ambito di Saronno

Intervento/ attività	Costo totale	Entrate da fonti proprie	Entrate da Finanzia- mento Comuni	Entrate da Finanzia- mento ATS	Entrate da Finanzia- mento ASST	Entrate da finanziamento
Macro Attività 1	€ 110,00 € 105,00		€ 215,00			
Macro attività 2	€ 273,00 € 210,00		€ 483,00			
Macro Attività 3	€ 220,00 € 210,00		€ 430,00			

Risorse umane (personale) Ambito di Saronno

Tipologia professionale	Proprie	Da Comuni	Da ATS	Da ASST	Da altro ente: Scuola
Assistente sociale		X	X		
Referente UdP					X
Educatore					
Psicologo					
Insegante case manager					X
Dirigente			X		
Altra tipologia Amministrativo			X		

Risorse economiche Ambito di Somma Lombardo

Intervento/ attività	Costo totale	Entrate da fonti proprie	Entrate da Finanzia- mento Comuni	Entrate da Finanzia- mento ATS	Entrate da Finanzia- mento ASST	Entrate da finanziamento
Macro Attività 1	€ 110,00 € 105,00		€ 215,00			
Macro attività 2	€ 273,00 € 210,00		€ 483,00			
Macro Attività 3	€ 220,00 € 210,00		€ 430,00			

Risorse umane (personale) Ambito di Somma Lombardo

Tipologia professionale	Proprie	Da Comuni	Da ATS	Da ASST	Da altro ente: Scuola
Assistente sociale		X	X		
Referente UdP					X
Educatore					

Psicologo					
Insegante case manager					X
Dirigente			X		
Altra tipologia Amministrativo			X		

Soggetti beneficiari e impatto atteso rispetto ai bisogni della comunità

Il progetto “Nuovi sguardi pedagogici: IndiPote (dn) S” è destinato agli alunni dell’ultimo anno della scuola dell’infanzia e della prima e della seconda classe della scuola primaria, sia statali che paritarie oltre che alle loro famiglie. Focus del progetto è l’inclusione della rete familiare coinvolta in prima persona dalle azioni progettate. Spesso le famiglie appaiono carenti della cassetta degli attrezzi necessari a supportare i propri cari nei momenti di fragilità essendo esse stesse messe a dura prova dalle difficoltà incontrate dai figli, necessitando dunque dei supporti adeguati a svolgere il ruolo di genitorialità positiva.

Il risultato atteso, rispetto ai bisogni della comunità, risiede nell’incisività che un rapporto fluido e integrato tra le agenzie educative, scolastiche, sanitarie e sociali può avere in termini di benessere e presenza.

Quando gli adulti utilizzano gli stessi occhiali di lettura, mantengono coerenza negli interventi e manifestano presenza costante riducono la frammentarietà delle azioni e i bambini ricevono senso di sicurezza e accoglienza e, così, anche le loro famiglie affrontano positivamente e con maggiore tranquillità il percorso da intraprendere.

Criticità di realizzazione

Una potenziale criticità potrebbe essere legata all’integrazione dei diversi modelli operativi: quello più educativo/sociale con quello più didattico afferente al mondo scuola.

Si conta di poter superare tale eventuali impasse con il lavoro dell’équipe multidisciplinare che avrà il compito di condividere a monte dei punti di partenza in comune, coltivare un costante confronto e scambio di punti di vista per la definizione di processi di lavoro sinergici.

Potenzialità e sostenibilità del progetto nel futuro

Il progetto risulta sostenibile nel medio lungo periodo in quanto è generato dalla messa in rete di attività, interventi e servizi già in essere nei territori degli ambiti (servizi sociali e socio – sanitari stabili e presenti, servizi di assistenza educativa scolastica già attivi e strutturati in tutti i Comuni dell’ambito). Pertanto le figure professionali quali assistenti sociali ed educatori sono già da anni stabilmente presenti sul territorio e le risorse economiche sono già allocate nei bilanci dei singoli Comuni e/o dell’Ambito.

La sostenibilità è consentita dalla strutturazione che nel tempo hanno avuto tali servizi. Anche l’integrazione sempre maggiore con il terzo settore rappresenta una potenzialità di sostenibilità nel futuro.

4.2 NETWORK SOCIALE VALLE OLONA

Macroarea di policy (*specificare la macroarea barrando la casella corrispondente*)

- A. Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale
- B. Politiche abitative
- C. **Promozione inclusione attiva**
- D. Domiciliarità
- E. Anziani
- F. Digitalizzazione dei servizi
- G. Politiche giovanili e per i minori
- H. Interventi connessi alle politiche per il lavoro
- I. Interventi per la famiglia
- J. Interventi a favore di persone con disabilità

Punti chiave previste dalle macroaree di policy (*specificare i punti chiave barrando la casella corrispondente*)

Indicare i punti chiave, tra quelli previsti nella tabella seguente (Appendice 1 dell'Allegato A della DGR n. XI/4563) e corrispondenti alla macroarea di policy scelta, che si intendono sviluppare nelle attività per il raggiungimento dell'obiettivo. **Indicare almeno un punto chiave.**

Macroarea di policy	Punti chiave
A. Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale	<input type="checkbox"/> Vulnerabilità multidimensionale <input type="checkbox"/> Nuova utenza rispetto al passato <input type="checkbox"/> <i>Working poors</i> e lavoratori precari <input type="checkbox"/> Famiglie numerose <input type="checkbox"/> Famiglie monoredito
B. Politiche abitative	<input type="checkbox"/> Allargamento della platea dei soggetti a rischio <input type="checkbox"/> Vulnerabilità multidimensionale <input type="checkbox"/> Qualità dell'abitare <input type="checkbox"/> Allargamento della rete e coprogrammazione <input type="checkbox"/> Nuovi strumenti di governance (es. agenzie per l'abitare)
C. Promozione inclusione attiva	<input checked="" type="checkbox"/> Facilitare l'accesso alle opportunità di benessere e partecipazione attiva <input checked="" type="checkbox"/> Sviluppo delle reti
D. Domiciliarità	<input type="checkbox"/> Flessibilità <input type="checkbox"/> Tempestività della risposta <input type="checkbox"/> Allargamento del servizio a nuovi soggetti <input type="checkbox"/> Ampliamento dei supporti forniti all'utenza
E. Anziani	<input type="checkbox"/> Rafforzamento degli strumenti di <i>long term care</i> <input type="checkbox"/> Autonomia e domiciliarità <input type="checkbox"/> Personalizzazione dei servizi <input type="checkbox"/> Accesso ai servizi <input type="checkbox"/> Ruolo delle famiglie e del caregiver <input type="checkbox"/> Sviluppo azioni LR 15/2015 <input type="checkbox"/> Rafforzamento delle reti sociali <input type="checkbox"/> Contrasto all'isolamento
F. Digitalizzazione dei servizi	<input type="checkbox"/> Digitalizzazione dell'accesso <input type="checkbox"/> Digitalizzazione del servizio <input type="checkbox"/> Organizzazione del lavoro <input type="checkbox"/> Integrazione e rafforzamento del collegamento tra i nodi della rete
G. Politiche giovanili e	<input type="checkbox"/> Contrasto e prevenzione della povertà educativa
Macroarea di policy	Punti chiave

per i minori	<ul style="list-style-type: none"> ☒ Contrasto e prevenzione della dispersione scolastica ☒ Rafforzamento delle reti sociali ☒ Prevenzione e contenimento del disagio sociale e del suo impatto sulla salute
H. Interventi connessi alle politiche per il lavoro	<ul style="list-style-type: none"> ☒ Contrasto alle difficoltà socioeconomiche dei giovani e loro inserimento nel mondo del lavoro ☒ NEET
I. Interventi per la famiglia	<ul style="list-style-type: none"> ☒ Caregiver femminile familiare ☒ Sostegno secondo le specificità del contesto familiare ☒ Invertire alcuni trend che minacciano la coesione sociale del territorio ☒ Contrasto e prevenzione della violenza domestica ☒ Conciliazione vita-tempi ☒ Tutela minori
J. Interventi a favore di persone con disabilità	<ul style="list-style-type: none"> ☒ Ruolo delle famiglie e del caregiver ☒ Filiera integrata che accompagni la persona nel percorso di vita fino al Dopo di Noi

Obiettivo progetto

Il progetto si pone quale obiettivo principale la concreta integrazione degli interventi a titolarità delle differenti aree di policy che coinvolgono i beneficiari del Reddito di Cittadinanza per i quali viene prevista l'attivazione dell'Equipe Multidisciplinare. Ciò in ottemperanza alle Linee di Indirizzo per la Programmazione Sociale Territoriale per il Triennio 2021-2023 (Deliberazione di Regione Lombardia N° XI / 4563 del 19/04/2021) le quali sono costruite attorno ad un meccanismo premiale volto a supportare ed incentivare un modello di programmazione trasversale tra aree di policy e integrata a livello sovrazonale; con particolare enfasi e attenzione verso percorsi che integrino gli interventi sociali con quelli di natura sanitaria, mirando quindi al rafforzamento di un modello di programmazione coordinata ed integrata a livello di Distretto.

In particolare verrà realizzata una programmazione condivisa fra gli Ambiti Territoriali (AA.TT.) di Saronno e Somma Lombardo e la ASST Valle Olona finalizzata a dare concreta attuazione a quanto previsto dalla normativa di riferimento Decreto Legge 28 gennaio 2019, n. 4, convertito con modificazioni dalla Legge 28 marzo 2019, n. 26 che istituisce il Reddito di Cittadinanza. L'obiettivo è quello di sviluppare la Macroarea di Policy **C. Promozione inclusione attiva** (Facilitare l'accesso alle opportunità di benessere e partecipazione attiva; Sviluppo delle reti) realizzando una serie di azioni finalizzate ad una maggiore collaborazione fra EE.LL. e ASST attuando di fatto una reingegnerizzazione dei processi e delle prassi operative attuate nell'ottica di ottimizzare la presa in carico. Ciò dunque nell'interesse del cittadino, che potrà così beneficiare di una presa in carico integrata che colga il bisogno del nucleo familiare a 360°, ma anche a beneficio dei servizi coinvolti, AA.TT. e Servizi Specialistici, che potranno godere della riprogettazione che terrà conto delle criticità legate a procedure estremamente frammentate, spesso poco chiare per il cittadino e per gli operatori, e che pertanto non soddisfano i requisiti di qualità e performance che saranno obiettivi del nuovo Piano di Zona annualità 2021/2023. Il progetto si pone quindi come strumento per ripensare e riorganizzare la frammentazione dei servizi per una ottimale utilizzazione del tempo lavoro dei dipendenti degli Enti e che ottemperi al dettato normativo vigente formalizzando un modello organizzativo di tipo partecipativo, nel quale ogni soggetto della rete possa intervenire ed offrire il proprio contributo sulla base delle funzioni e delle competenze che gli appartengono integrando i funzionamenti che ruotano intorno al cittadino in una logica di azione condivisa.

Come noto all'interno della cornice della misura del Reddito di Cittadinanza, viene difatti già previsto che nel caso in cui a seguito dell'Analisi Preliminare emergano bisogni complessi, venga costituita una Equipe Multidisciplinare, composta dal referente incaricato del servizio sociale e da altri operatori della rete dei servizi territoriali, inclusi operatori dei servizi specialistici, identificati in base alle aree di criticità emerse come rilevanti, che ha il compito di procedere ad approfondire il Quadro di Analisi della famiglia prima della definizione del patto per l'inclusione.

Viene altresì previsto il caso in cui la complessità del bisogno rimandi prioritariamente ad aree specialistiche di intervento (es. salute mentale, dipendenza) per cui non si procede alla costituzione di equipe multidisciplinare - probabilmente per l'esistenza di una precedente valutazione o presa in carico per fini diversi dal Reddito di cittadinanza - ma eventualmente è aggiornata la progettazione esistente a cura del servizio specialistico.

Per dare seguito al Decreto Legge 28 gennaio 2019, n. 4 e in ottemperanza ai principi enucleati nella Deliberazione di Regione Lombardia N° XI / 4563 del 19/04/2021 si propone il presente progetto.

ATS che coordina il progetto

ATS Insubria

Ambiti territoriali coinvolti

Indicare almeno due Ambiti territoriali coinvolti nelle attività per il raggiungimento dell’obiettivo indicato.

A.T. di Saronno, A.T. di Somma Lombardo

ASST coinvolte

ASST VALLE OLONA

Altri Enti coinvolti

Soggetti del Terzo Settore, individuati ai sensi dell’art.4 comma 1 del D.Lgs 117/2017 attive sul territorio e proponenti di Progetti PUC in risposta alla manifestazione di interesse per la predisposizione e realizzazione di Progetti Utili alla Collettività (PUC).

Modalità di integrazione

Al fine di facilitare la lettura condivisa e trasversale dei bisogni dei Beneficiari RDC, ma anche data la necessità di condivisione dei vincoli e delle dinamiche organizzative e professionali degli enti coinvolti, sarà necessario valorizzare la rete territoriale e quindi adoperarsi per il potenziamento del raccordo tra istituzioni e tra operatori.

Appare quindi necessario sostanziare l’integrazione istituzionale, operativo-gestionale e professionale nelle seguenti modalità:

- Sottoscrizione Accordo d’Intesa e Linee Operative, comuni a tutti gli Ambiti afferenti al Distretto Valle Olona, al fine di giungere alla formalizzazione del modello organizzativo di tipo partecipativo atto al progressivo coinvolgimento della rete dei servizi territoriali attivi e attivabili nell’interesse dei cittadini.
- Digitalizzazione: Per raggiungere maggiore integrazione si investirà sulla ricerca di un software atto a favorire l’interoperabilità delle banche dati e la rimodulazione delle procedure secondo il principio “once only”. L’interoperabilità è quindi il requisito fondamentale per non perdere l’occasione di trasformare la pubblica amministrazione da forza reattiva a forza proattiva. Il Software dovrà prevedere diversi livelli di autorizzazione in relazione al profiling individuato dal Responsabile.
- Individuazione Referenti dei singoli servizi che comporranno la Cabina di Regia e creazione di Tavoli di Lavoro/Equipe Multidisciplinare tra i partner del progetto che si riuniranno di norma ogni trimestre per valutare lo stato di avanzamento del progetto in relazione agli obiettivi presenti e potenziali, monitorando i deliverable e rettificando quando necessario l’attività posta in essere in base agli indicatori di risultato concordati.
- Coinvolgimento dell’ASST per il tramite dei Servizi Specialistici interessati nella realizzazione dei Progetti Utili alla collettività (PUC) per i quali i beneficiari RDC sono chiamati a dare la propria disponibilità nell’ambito dei Patti per il lavoro e/o per l’inclusione sociale (da svolgere nel comune di residenza per almeno 8 ore settimanali, aumentabili fino a 16).
- Condivisione all’interno dell’EM delle misure atte a promuovere l’integrazione e/o risocializzazione dei beneficiari RDC in carico alle ASST (Servizi specialistici) e AA.TT. attivabili in collaborazione con i rispettivi SIL intercomunali dei due Ambiti Territoriali.

Il SIL è un servizio distrettuale regolato da apposita convenzione con i Comuni dell’Ambito.

Collabora con i Servizi Territoriali e con le Istituzioni per consentire all’utenza in carico la realizzazione dei percorsi individualizzati che l’equipe del SIL unitamente alle Assistenti Sociali del Distretto elaborano con la finalità di implementare la socialità/occupabilità della fascia di utenza “debole” con o senza esperienza lavorativa in possesso di certificazione di invalidità o segnalata dai servizi sociali distrettuali.

- Condivisione dei servizi per i quali gli AA.TT. hanno stipulato apposite convenzioni/accordi: - Protezione Giuridica – Ufficio di prossimità – Servizi previsti dal Fondo Povertà (Tirocini sociali, Sostegno socioeducativo domiciliare, Assistenza domiciliare socioassistenziale e servizi di prossimità, Sostegno alla genitorialità e mediazione familiare, Servizio di mediazione culturale, Servizio di pronto intervento sociale)

Composizione degli Organismi operativi-gestionali finalizzati a sostanziare l’integrazione:

- ✓ Cabina di Regia sovra territoriale, quale strumento di governance operativa, composta da:
 - Referente UOC Coordinamento Cabina di Regia ATS
 - Referenti Patti per l’Inclusione Sociale AA.TT.
 - Responsabili PUC
 - Referenti Servizi Specialistici

In relazione all’ Odg potrà essere valutata l’opportunità di coinvolgere:

- Referenti dell’Area Lavoro degli AA.TT. e/o altri attori
- Referenti Sistema di welfare ricompresi nell’ambito del Terzo Settore

La Cabina di Regia sovra territoriale rimane il “luogo istituzionale” deputato a supportare gli “sforzi” di ATS, ASST e Ambiti territoriali volti al potenziamento dell’integrazione sociosanitaria e a garantire la programmazione, il governo, il monitoraggio e la verifica degli interventi attivati/attivabili a favore dei beneficiari RDC, evitando, per quanto possibile, la duplicazione e la frammentazione nell’utilizzo delle risorse.

- ✓ Tavolo di Lavoro, composto da:
 - Operatori coinvolti per singoli Servizi afferenti all’ASST Valle Olona
 - Operatori Equipe RDC dell’A.T. di riferimento.

Contesto

Gli Ambiti territoriali di Saronno e Somma Lombardo si caratterizzano per gli elementi di contesto di seguito riportati, con particolare riferimento al numero dei nuclei familiari (n.f.) percettori del Reddito di Cittadinanza.

- Nell’Ambito Territoriale di Saronno i n.f. che hanno una domanda di RDC attiva sono attualmente pari a 998, di cui 429 domande in gestione ai Comuni per la sottoscrizione del Patto per l’Inclusione Sociale e 147 nuclei hanno attivo il RDC con tutto il nucleo escluso dalla condizionalità, ovvero non tenuto a sottoscrivere il patto per l’inclusione sociale/patto per il lavoro. Le restanti 422 domande sono in gestione al CPI per la sottoscrizione del Patto per il Lavoro.
- Nell’Ambito Territoriale di Somma Lombardo i n.f. che hanno una domanda di RDC attiva sono attualmente pari a 717, di cui 674 domande in gestione ai Comuni per la sottoscrizione del Patto per l’Inclusione Sociale e 159 nuclei hanno attivo il RDC con tutto il nucleo escluso dalla condizionalità. Le restanti 826 domande sono in gestione al CPI per la sottoscrizione del Patto per il Lavoro.

COMUNI AMBITO DI SARONNO	Al 01/01/2021 (Istat)	BENEFICIARI RDC
		COMUNE-CPI
Saronno	38.476	519
Caronno Pertusella	17.940	186
Gerenzano	10.795	67
Cislago	10.193	94
Uboldo	10.642	91
Origgio	7.856	41
TOTALE	95.902	998
COMUNI AMBITO DI SOMMA LOMBARDO	Al 01/01/2021	BENEFICIARI RDC
		COMUNE-CPI
Somma Lombardo	17.467	229
Cardano al Campo	14.443	160
Lonate Pozzolo	11.376	94
Ferno	6.681	68
Casorate Sempione	5.632	33

Besnate	5.558	25
Arsago Seprio	5.420	36
Golasecca	2.626	26
Vizzola Ticino	566	3
TOTALE	69.769	674
TOTALE COMPLESSIVO	165.671	1672

Aspetti che rendono innovativo il progetto

Il contesto attuativo nel quale si colloca il progetto “NETWORK SOCIALE VALLE OLONA” è quello di AA.TT. nei quali non si è ancora avuta alcuna attivazione dell’EM comprendente operatori di ASST pertanto il progetto ha come obiettivo di dare concreta realizzazione a quanto previsto dalla normativa di riferimento (Decreto Legge 28 gennaio 2019, n. 4). Tuttavia il carattere innovativo è prioritariamente frutto della previsione di una collaborazione che superi quanto previsto dal dettato normativo prevedendo un’integrazione mediante l’attivazione di una Cabina di regia che renda concreta la cooperazione nell’attuazione di interventi specifici, finanziati tramite l’utilizzo della Quota Servizi del Fondo Povertà e del PON Inclusione Avviso 1-PaIS; Cabina di regia che diventerà luogo di cooperazione fra i diversi attori delle Policy e di conseguenza moltiplicatore di idee e di risorse attivabili.

Il secondo elemento di innovazione è dato dall’impegno a reperire una soluzione digitale che renda concreta la possibilità di interagire tramite un unico software che, prevedendo diversi livelli di autorizzazione in relazione al profiling individuato, renderà possibile ottimizzare il processo di dematerializzazione della P.A. che tutt’oggi è ancora parziale e frammentario. Ciò al fine di dare la possibilità agli attori istituzionali coinvolti di essere aggiornati ed aggiornare in tempo reale il prosieguo degli interventi sul nucleo familiare e l’evoluzione del progetto individualizzato condiviso nell’EM attivata.

Altro aspetto innovativo è l’attenzione posta verso l’applicazione della logica del “budget di cura” e della presa in carico globale, in modo che ogni persona fragile venga presa in carico con un progetto individualizzato globale, commisurato alle risorse disponibili, sostenibile e tale da rispondere alle esigenze sociosanitarie e sociali attivando in maniera efficiente ed efficace le risorse, non solo finanziarie, presenti sullo specifico territorio di riferimento.

Definizione delle attività

- Sottoscrizione protocollo, finalizzato alla formalizzazione del modello organizzativo di tipo partecipativo atto al progressivo coinvolgimento della rete dei servizi territoriali attivi e attivabili nell’interesse dei cittadini “ACCORDO D’INTESA E DI COLLABORAZIONE TERRITORIALE PER L’ATTUAZIONE DELLE LINEE DI SVILUPPO DELLE POLITICHE REGIONALI DI PREVENZIONE E CONTRASTO ALLA POVERTÀ DI CUI ALLA DGR XI/3152 DEL 18/5/2020”
- Sottoscrizione Linee Operative condivise al fine di attuare, in un’ottica partecipata, i Patti per l’inclusione sociale, così come definiti dalla normativa del Reddito di Cittadinanza (“Linee guida per la definizione degli strumenti operativi per la valutazione multidimensionale e per la definizione dei patti per l’inclusione sociale, D.L. 4/2019). “LINEE OPERATIVE PER LA PRESA IN CARICO DEI NUCLEI CON BISOGNI COMPLESSI BENEFICIARI DI REDDITO DI CITTADINANZA IN RACCORDO CON I SERVIZI SPECIALISTICI DI ASST E GLI AMBITI TERRITORIALI”
- Digitalizzazione: L’idea alla base è riorganizzare la PA per renderla alleata di cittadini e servizi attraverso una strategia centrata sulla digitalizzazione che ne estenda l’offerta di servizi integrati e coordinati. Per raggiungere maggiore integrazione si investirà sulla ricerca di un software atto a favorire l’interoperabilità delle banche dati e la rimodulazione delle procedure secondo il principio “once only”. L’interoperabilità è quindi il requisito fondamentale per non perdere l’occasione (PNRR) di trasformare la pubblica amministrazione da forza reattiva a forza proattiva migliorando l’organizzazione del lavoro, la digitalizzazione del servizio

e l'integrazione e rafforzamento del collegamento fra i nodi della rete. Gestione sistematica del dato e delle informazioni che vengono aggiornate dai singoli operatori accreditati con diversi livelli di autorizzazioni per rispettare la privacy delle prese in carico.

- Individuazione Referenti Servizi e creazione dei Tavoli di Confronto tra i partner di progetto che si riuniranno ogni trimestre per ragionare insieme sugli obiettivi presenti e potenziali, sullo stato di avanzamento, monitorando e rettificando quando necessario l'attività posta in essere;

- Coinvolgimento dell'ASST per il tramite dei Servizi Specialistici interessati nella realizzazione dei Progetti Utili alla collettività (PUC) per i quali i beneficiari RDC sono chiamati a dare la propria disponibilità nell'ambito dei Patti per il lavoro e/o per l'inclusione sociale (da svolgere nel comune di residenza per almeno 8 ore settimanali, aumentabili fino a 16). Ciò essendo previsto che i progetti possano essere proposti e attuati anche da altri Enti pubblici, partner del Comune e costituendo un'occasione di inclusione e crescita per i beneficiari e per la collettività: per i beneficiari, perché i progetti saranno strutturati in coerenza con le competenze professionali del beneficiario ed in base alle necessità evidenziate in EM in base alle propensioni emerse, alle potenzialità inespresse e alle fragilità colte e condivise con il team; per la collettività, perché i PUC dovranno essere individuati a partire dai bisogni e dalle esigenze della comunità locale e dovranno intendersi come complementari, a supporto e integrazione rispetto alle attività ordinariamente svolte dai Comuni e dagli Enti pubblici coinvolti.

- Condivisione all'interno dell'EM delle misure atte a promuovere l'integrazione e/o risocializzazione dei beneficiari RDC in carico alle ASST (Servizi specialistici) e agli AA.TT., attivabili in collaborazione con i SIL intercomunali. Valutazione delle capacità/competenze in ambito lavorativo, analisi delle fragilità e delle risorse attive e attivabili dell'utente valutando in équipe l'attivazione di tirocini e/o delle politiche attive del lavoro focalizzando l'attenzione sulle tematiche dell'orientamento/riorientamento al lavoro coinvolgendo quando possibile il CPI e gli Enti pubblici e privati accreditati al lavoro.

- Condivisione dei servizi per i quali gli AA.TT. hanno stipulato apposite convenzioni/accordi al fine di individuare le risorse attivabili per avviare un fattivo processo di risocializzazione e/o fuoriuscita dalla condizione di bisogno realizzando percorsi integrati nei quali i diversi operatori dell'EM contribuiranno, ognuno con le proprie specifiche di servizio, alla creazione dei progetti personalizzati volti a innescare l'empowerment e l'autonomia socio-economica.

Servizi per i quali l'A.T. di Saronno ha stipulato specifiche convenzioni:

- Protezione Giuridica: Il Distretto di Saronno ha inserito nella programmazione del Piano di Zona 2012/2014 la figura dell'Amministratore di Sostegno distrettuale per la presa in carico delle Amministrazioni di Sostegno assegnate dal Tribunale ai Sindaci, Assessori e/o Personale Dipendente dei Comuni afferenti il Distretto. Questa figura selezionata tramite contratto di appalto ha nel tempo garantito la gestione delle situazioni di tutela, curatela e amministrazione di sostegno affidate dal tribunale direttamente ai Comuni promosso percorsi di sensibilizzazione prioritariamente con le famiglie, rispetto alla obbligatorietà di questa figura giuridica, e con il territorio. (Ad oggi sull'A.T. di Saronno risultano attive 48 amministrazioni di sostegno).

Dal 1° gennaio 2022 l'ambito di Saronno utilizzerà quale strumento per individuare gli Amministratori di sostegno, Tutori, Curatori, figure professionali inserite in un apposito Albo che il G.T. potrà utilizzare per la selezione della figura professionale più attinente al soggetto da tutelare;

- Il Progetto Uffici di Prossimità: promosso dal Ministero della Giustizia, mira a creare punti di contatto tra la Giustizia e i cittadini, per permettere loro di fruire agevolmente dei servizi della Giustizia, con particolare riferimento alla possibilità di accedere agli istituti di protezione giuridica, soprattutto in materia di volontaria giurisdizione. Finalità è il creare una nuova prospettiva verso la Giustizia di prossimità, che preveda la realizzazione di una rete diffusa a livello nazionale di Sportelli, punti unici e decentrati di contatto e accesso al sistema Giustizia; promuovere un «servizio-Giustizia» più vicino al cittadino e alle "fasce deboli", attraverso l'apertura di Uffici di Prossimità (Sportelli), in collaborazione con Enti locali e Tribunali, decongestionando l'accesso a quest'ultimi; offrire servizi omogenei di orientamento e informazione in materia di volontaria giurisdizione (procedimenti a cui è possibile accedere senza l'ausilio di un avvocato e attinenti alla protezione dei soggetti deboli, es. nomina del tutore, del curatore o dell'amministratore di sostegno, ecc.) e di accesso al Processo Civile Telematico. In particolare, l'"Ufficio di prossimità" renderà possibile al cittadino: ricevere informazioni e consulenza sugli istituti di protezione giuridica, relativi soprattutto alla volontaria giurisdizione; inviare e/o ricevere atti telematici a/dagli uffici giudiziari del territorio, in modo da annullare i tempi di spostamento; offrire momenti di orientamento e informazione tra le componenti interessate dalle reti di tutela delle fasce deboli.
- Sportello di educazione Finanziaria: l'AT di Saronno ha attuato la Convenzione per l'erogazione di Servizi e Interventi di Sostegno Educativo finalizzati a supportare l'inclusione sociale dei nuclei familiari individuati dai Servizi Sociali del comune di Saronno e dei Beneficiari del reddito di cittadinanza (Rdc) dell'ambito Territoriale di Saronno; La finalità prevalente dell'attivazione dello sportello di educazione finanziaria è quella di concorrere, attraverso l'attivazione di interventi di sostegno socio-educativo, al superamento di difficoltà temporanee e/o alla riduzione delle criticità presenti nel nucleo. In particolare prevedendo, all'interno del progetto personale integrato, supporto alle famiglie più fragili nell'affrontare la

gestione delle spese e del bilancio familiare, prevenendo quando possibile l'aggravarsi di situazioni di criticità dovute a una cattiva gestione del budget. (D.G. n°62 del 6/05/2021).

Integrazione tra macroaree di policy

C. Promozione Inclusione Attiva

Trasversalità con:

A. Contrastò alla povertà e all'emarginazione sociale

F. Digitalizzazione dei servizi

H. Interventi connessi alle politiche per il lavoro

Attività, indicatori di risultato e cronoprogramma

MACRO ATTIVITÀ 1

FASE	ATTIVITA'	INDICATORE
Condivisione strumenti di coordinamento e attivazione lavori della Cabina di Regia e Tavoli di lavoro	1. Condivisione dell'Accordo di intesa 2. Condivisione Linee Operative	<ul style="list-style-type: none"> • Adesione >= 100% Ambiti coinvolti • Adesione ed attuazione entro giugno 2022
	3. Istituzione e avvio Tavolo di Coordinamento istituzionale- Cabina di Regia 4. Istituzione e avvio Tavoli di Lavoro E.M. 5. Identificazione dei componenti delle Equipe Multi Disciplinari 6. Monitoraggio attività dell'E.M.	<ul style="list-style-type: none"> • Riunioni almeno semestrali per la Cabina di regia • Formalizzazione componenti delle Equipe Territoriali >=1 per servizio • Riunioni almeno trimestrali per i tavoli di Lavoro E.M. • Partecipazione >=80% dei componenti individuati
	7. Presentazione del Progetto alle E.M. 8. Valutazione della soddisfazione degli operatori	<ul style="list-style-type: none"> • Somministrazione di 2 questionari Customer: <ul style="list-style-type: none"> - Il primo all' Avvio del progetto - Il secondo a Conclusione del progetto (da intendersi dopo il 31.12.2023)
	9. Avvio lavori delle Equipe Multi disciplinari Territoriali - Valutazione multi dimensionale integrata 10. Condivisione misure attivabili all'interno dei PaIS	<ul style="list-style-type: none"> • Rendicontazione annuale attività svolta dalle E.M. • N° E.M. attivate • N. Beneficiari per i quali è stata attivata la Valutazione multi dimensionale integrata • Aumento della conoscenza dei servizi presenti e attivabili sul territorio (produzione materiale informativo) • Creazione/aggiornamento raccolta dati integrati sui servizi presenti ed attivabili.

MACRO ATTIVITÀ 2

FASE	ATTIVITA'	INDICATORE
Coinvolgimento ASST e Servizi Specialistici nella realizzazione dei PUC	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentazione al Tavolo di Lavoro dei PUC/Presentazione progettazioni già attivate sul territorio di ciascun Ambito 2. Identificazione componenti referenti rispetto ai PUC 3. Raccolta idee provenienti dai servizi specialistici e restituzione/condivisione 4. Formalizzazione dei PUC frutto di co-progettazione tra i servizi coinvolti 5. Rilevazione della Soddisfazione degli stakeholder rispetto ai PUC attivati 6. Monitoraggio dell'attività condotta dai tavoli di Lavoro 	<ul style="list-style-type: none"> • Formalizzazione componenti referenti PUC • N. riunioni del tavolo di lavoro Odg PUC >=2 nel triennio • Raccolta mediante questionario online delle proposte individuali/di servizio • Partecipazione di almeno 60% dei soggetti invitati alla compilazione • Attuazione di almeno 2 PUC coprogettati entro il 31.12.2023 • Questionari Customer a conclusione periodo attivazione PUC
	<ol style="list-style-type: none"> 7. Abbinamento ai PUC dei beneficiari per i quali è attiva l'E.M. 8. Abbinamento ai PUC proposti dai Servizi Specialistici 9. Formazione congiunta per i componenti dell'EM 10. Monitoraggio 	<ul style="list-style-type: none"> • Abbinamento di almeno due beneficiari RDC per i quali è stata attivata l'E.M. • Copertura di almeno il 25% delle postazioni previste dai PUC proposti dai servizi Specialistici • Riunioni periodiche di monitoraggio: almeno semestrale Con partecipazione di almeno l'80% dei componenti • Formazione: almeno un evento nel biennio

MACRO ATTIVITÀ 3

Digitalizzazione	<p>1. Ricerca software che faciliti gli scambi informativi fra i soggetti coinvolti - Valutazione economica/qualitativa dei software presenti sul mercato</p> <p>2. Acquisto e Monitoraggio</p>	<ul style="list-style-type: none"> Comparazione di almeno 3 software Messa in uso del dispositivo entro 1.1.2023 N° cartelle integrate aperte e attive Frequenza di aggiornamento delle cartelle Accuratezza e completezza delle informazioni raccolte dai diversi attori mediante l'approccio integrato Somministrazione questionario customer
------------------	---	---

MACRO ATTIVITA' 1	MAR	APR	MAG	GIU	LUG	AGO	SET	OTT	NOV	DIC 2022	GEN - DIC 2023
1.CONDIVISIONE DELL'ACCORDO DI INTESA											
2.CONDIVISIONE LINEE OPERATIVE											
3. ISTITUZIONE E AVVIO TAVOLO DI COORDINAMENTO ISTITUZIONALE- CABINA DI REGIA											
4.ISTITUZIONE E AVVIO TAVOLI DI LAVORO E.M.											
5.IDENTIFICAZIONE DEI COMPONENTI DELLE EQUIPE MULTI DISCIPLINARI											
6.MONITORAGGIO ATTIVITÀ DELL'E.M.											
7.PRESENTAZIONE DEL PROGETTO ALLE E.M.											
8. VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE DEGLI OPERATORI											
9.AVVIO LAVORI DELLE EQUIPE MULTI DISCIPLINARE TERRITORIALE - VALUTAZIONE MULTI DIMENSIONALE INTEGRATA											

10.CONDIVISIONE MISURE ATTIVABILI ALL'INTERNO DEI PAIS										
MACRO ATTIVITA' 2										
1.PRESENTAZIONE AL TAVOLO DI LAVORO DEI PUC/PRESENTAZIONE PROGETTAZIONI GIÀ ATTIVATE SUL TERRITORIO DELL'AMBITO IDENTIFICAZIONE COMPONENTI REFERENTI RISPETTO AI PUC										
2.RACCOLTA IDEE PROVENIENTI DAI SERVIZI SPECIALISTICI E RESTITUZIONE/CONDIVISIONE										
3.FORMALIZZAZIONE DEI PUC FRUTTO DI CO-PROGETTAZIONE										
4.SODDISFAZIONE RISPETTO AI PUC ATTIVATI										
5.MONITORAGGIO DELL'ATTIVITÀ CONDOTTA DAI TAVOLI DI LAVORO										
6.ABBINAMENTO AI PUC DEI BENEFICIARI PER I QUALI È ATTIVA L'E.M.										
7.ABBINAMENTO AI PUC ATTIVATI DAI SERVIZI SPECIALISTICI										
8.MONITORAGGIO PUC										
MACRO ATTIVITA' 3										
1.RICERCA SOFTWARE CHE FACILITI GLI SCAMBI INFORMATIVI FRA I SOGGETTI COINVOLTI - VALUTAZIONE ECONOMICA/QUALITATIVA DEI SOFTWARE PRESENTI SUL MERCATO										
2.ACQUISTO E MONITORAGGIO										

Risorse

Risorse economiche Ambito di Saronno

Intervento/ attività	Costo totale	Entrate da fonti proprie	Entrate da Finanzia- mento Comuni	Entrate da Finanzia- mento ATS	Entrate da Finanzia- mento ASST	Entrate da Finanziamento Fondo Povertà
Macro attività 1	€ 2.150,00				€ 13.360,00	€ 2.150,00
Macro Attività 2	€ 23.257,00				€ 13.360,00	€ 23.257,00
Macro attività 3	€ 30.000,00		€30.000,00			

Risorse umane (personale) Ambito di Saronno

Tipologia professionale	Proprie	Da Comuni	Da ATS	Da ASST	Da altro ente
Assistente sociale		X	X		X
Referente UdP		x			X
Educatore					X
Psicologo					
Medico				X	
Infermiere				X	
Dirigente			X		
Altra tipologia: Amministrativo			X		

Risorse economiche Ambito di Somma Lombardo

Intervento/ attività	Costo totale	Entrate da fonti proprie	Entrate da Finanza- mento Comuni	Entrate da Finanza- mento ATS	Entrate da Finanza- mento ASST	Entrate da Finanziamento Fondo Povertà
Macro attività 1	€ 2.150,00				€ 13.360,00	€ 2.150,00
Macro Attività 2	€ 23.257,00				€ 13.360,00	€ 23.257,00
Macro attività 3	€ 36.234,00*		€36.234,00			

*Costo indicato anche nel Progetto d'Ambito 8.1

Risorse umane (personale) Ambito di Somma Lombardo

Tipologia professionale	Proprie	Da Comuni	Da ATS	Da ASST	Da altro ente
Assistente sociale		X	X		X
Referente UdP					X

Educatore					X
Psicologo					
Medico				X	
Infermiere				X	
Dirigente			X		
Altra tipologia: Amministrativo			X		

Soggetti beneficiari e impatto atteso rispetto ai bisogni della comunità

I beneficiari del progetto sono i percettori della misura del Reddito di Cittadinanza per i quali a seguito dell'Analisi Preliminare emergano bisogni complessi e per i quali si ritiene opportuna la costituzione dell'Equipe Multidisciplinare, composta dal referente incaricato del servizio sociale e da altri operatori della rete dei servizi territoriali, inclusi operatori dei servizi specialistici, identificati in base alle aree di criticità emerse come rilevanti.

Viene altresì previsto il caso in cui la complessità del bisogno rimandi prioritariamente ad aree specialistiche di intervento (es. salute mentale, dipendenza) per cui non si procede alla costituzione di E.M. - probabilmente per l'esistenza di una precedente valutazione o presa in carico per fini diversi dal Reddito di cittadinanza – ma eventualmente è aggiornata la progettazione esistente a cura del servizio specialistico.

L'impatto atteso è la costituzione di una rete di servizi condivisa e strutturata grazie alla sottoscrizione dell'accordo di collaborazione territoriale e delle Linee Guida; altresì di rilievo la possibilità di dotarsi di un unico strumento digitale che renda possibile la presa in carico della persona su più livelli: sanitario, sociale ed economico ampliando l'offerta al cittadino di servizi integrati e coordinati. Tale innovazione nel caso in cui risulterà essere per le AA.PP coinvolte una best practice potrà innescare un meccanismo virtuoso di collaborazioni e condivisione di strategie operative più efficaci e dirette per i cittadini beneficiari RDC e non.

Criticità di realizzazione

Le criticità preventivabili potrebbero riguardare la difficoltà per l'utente di avere più operatori di riferimento e conseguentemente una richiesta maggiore di attivazione personale in relazione al patto per l'inclusione sociale concordato tra le parti.

Altresì probabili saranno i rallentamenti dell'attuazione dell'agenda del progetto che potrebbe risentire di ritardi dovuti alla necessità di coordinare tempi ed esigenze differenti, oltre che modalità di lavoro, fra gli Enti coinvolti.

Potenzialità e sostenibilità del progetto nel futuro

Il Progetto mostra un'elevata potenzialità rispetto alla costruzione di reti interprofessionali stabili, la sostenibilità del Progetto viene qui intesa in un duplice senso:

- sotto il profilo operativo, le attività previste dal dettato normativo L.26/2019 possono essere mantenute ed implementate a lungo termine ponendo i costi a valere sugli stanziamenti riconosciuti agli Ambiti, in particolare sulla Quota Servizi del Fondo Povertà;
- in termini più generali di "sostenibilità sociale", quale complesso di azioni volte a raggiungere gli standard definiti nei LEPS individuati nel Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-23.

Rispetto alle potenzialità riconosciute al progetto, declinato negli obiettivi descritti precedentemente, si ritiene che queste siano insite nella gestione efficace dell'operatività e delle collaborazioni promosse fra gli attori coinvolti finalizzate alla realizzazione di una presa in carico integrata che guardi al beneficiario RDC come soggetto attivo e attivabile, concordando gli interventi più idonei per: la fuoruscita dalla condizione di bisogno e lo sviluppo di un progetto personalizzato attivo nel lungo termine. Altra potenzialità è data dall'opportunità offerta ai Servizi coinvolti di trovare lo spazio per individuare un

linguaggio comune e strutturare metodologie concordate di collaborazione che possano esulare la presa in carico del beneficiario RDC e riguardare la presa in carico in generale degli utenti fragili.

Un ulteriore potenzialità riconosciuta al progetto è quella di investire sulla realizzazione di interventi efficaci, supportati dall'implementazione di strumenti digitali pensati ad hoc, cogliendo l'opportunità di trasformare la pubblica amministrazione da forza reattiva a forza proattiva, migliorando l'organizzazione del lavoro, investendo nella digitalizzazione del servizio adoperando un software condiviso che permetta operativamente l'integrazione e il rafforzamento del collegamento fra i nodi della rete.

4.3 PROGETTO DIMISSIONI PROTETTE

Macroarea di policy

- A. Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale
- B. Politiche abitative
- C. Promozione inclusione attiva
- D. **Domiciliarità X**
- E. Anziani
- F. Digitalizzazione dei servizi
- G. Politiche giovanili e per i minori
- H. Interventi connessi alle politiche per il lavoro
- I. Interventi per la famiglia
- J. Interventi a favore di persone con disabilità

Punti chiave previste dalle macroaree di policy (Indicare i punti chiave, tra quelli previsti nella tabella seguente (Appendice 1 dell'Allegato A della DGR n. XI/4563) e corrispondenti alla macroarea di policy scelta, che si intendono sviluppare nelle attività per il raggiungimento dell'obiettivo. Indicare almeno un punto chiave.

Macroarea di policy	Punti chiave
A. Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale	<input type="checkbox"/> Vulnerabilità multidimensionale <input type="checkbox"/> Nuova utenza rispetto al passato <input type="checkbox"/> <i>Working poors</i> e lavoratori precari <input type="checkbox"/> Famiglie numerose <input type="checkbox"/> Famiglie monoredito
B. Politiche abitative	<input type="checkbox"/> Allargamento della platea dei soggetti a rischio <input type="checkbox"/> Vulnerabilità multidimensionale <input type="checkbox"/> Qualità dell'abitare <input type="checkbox"/> Allargamento della rete e coprogrammazione <input type="checkbox"/> Nuovi strumenti di governance (es. agenzie per l'abitare)
C. Promozione inclusione attiva	<input type="checkbox"/> Facilitare l'accesso alle opportunità di benessere e partecipazione attiva <input type="checkbox"/> Sviluppo delle reti
D. Domiciliarità X	X Flessibilità X Tempestività della risposta X Allargamento del servizio a nuovi soggetti X Ampliamento dei supporti forniti all'utenza
E. Anziani	X Rafforzamento degli strumenti di <i>long term care</i> X Autonomia e domiciliarità X Personalizzazione dei servizi X Accesso ai servizi <input type="checkbox"/> Ruolo delle famiglie e del caregiver X Sviluppo azioni LR 15/2015 X Rafforzamento delle reti sociali X Contrasto all'isolamento
F. Digitalizzazione dei servizi	<input type="checkbox"/> Digitalizzazione dell'accesso <input type="checkbox"/> Digitalizzazione del servizio <input type="checkbox"/> Organizzazione del lavoro <input type="checkbox"/> Integrazione e rafforzamento del collegamento tra i nodi della rete
G. Politiche giovanili e per i minori	<input type="checkbox"/> Contrasto e prevenzione della povertà educativa <input type="checkbox"/> Contrasto e prevenzione della dispersione scolastica <input type="checkbox"/> Rafforzamento delle reti sociali <input type="checkbox"/> Prevenzione e contenimento del disagio sociale e del suo impatto sulla salute
H. Interventi connessi alle politiche per il lavoro	<input type="checkbox"/> Contrasto alle difficoltà socioeconomiche dei giovani e loro inserimento nel mondo del lavoro <input type="checkbox"/> NEET
I. Interventi per la famiglia	<input type="checkbox"/> Caregiver femminile familiare

Macroarea di policy	Punti chiave
	<input checked="" type="checkbox"/> Sostegno secondo le specificità del contesto familiare <input checked="" type="checkbox"/> Invertire alcuni trend che minacciano la coesione sociale del territorio <input checked="" type="checkbox"/> Contrasto e prevenzione della violenza domestica <input checked="" type="checkbox"/> Conciliazione vita-tempi <input checked="" type="checkbox"/> Tutela minori
L. Interventi a favore di persone con disabilità	<input checked="" type="checkbox"/> Ruolo delle famiglie e del caregiver <input checked="" type="checkbox"/> Filiera integrata che accompagni la persona nel percorso di vita fino al Dopo di Noi

Obiettivo progetto

Alla luce degli incontri effettuati dai referenti dell'ASST Valle Olona, d'intesa con l'ATS, con i responsabili degli Uffici di Piano degli Ambiti Territoriali afferenti al Distretto Valle Olona, sono emerse alcune criticità relative alla messa a sistema dei percorsi di dimissioni protette finalizzate a garantire la continuità assistenziale.

La collaborazione inter istituzionale, seppur presente a livello territoriale, evidenzia, in quasi tutti i territori, una rarefazione delle relazioni tra servizi e una difficoltà a mettere in comune i percorsi e le procedure ritenute idonee a processare il percorso di accompagnamento residenziale integrato, soprattutto nei casi complessi.

Seppur presenti prassi operative condivise e l'individuazione congiunta degli snodi operativi che consentono la collaborazione tra servizi, la necessità rimane tuttavia quella di formalizzare e rendere riconoscibili e riproducibili i passaggi che permettono di intervenire con modalità e tempistiche adeguate, soprattutto nei casi così detti complessi.

Gli elementi caratterizzanti tali difficoltà possono essere individuati in un deficit comunicativo e di programmazione congiunta degli interventi sociosanitari e socio assistenziali che si pongono a cavallo tra la presa in cura ospedaliera e quella territoriale.

D'altra parte la possibilità di programmare in modo congiunto i vari *setting assistenziali*, mediante tavoli *ad hoc*, individuando gli interventi da porre in essere alla luce della reale sostenibilità operativo-gestionale ed economica delle attività, consentirebbe di riallineare gli interventi a favore delle persone in condizione di fragilità nel percorso dall'ospedale al territorio.

La ricostruzione congiunta, tra gli attori del welfare locale, delle filiere erogative connesse alla dimissione protetta potrebbe rispondere alla necessità di evitare, per esempio, la permanenza non appropriata in un reparto ospedaliero, la *ri-admission* in ospedale che potrebbe acuire la vulnerabilità della persona e, d'altro canto, potrebbe consentire di individuare spazi, tempi e metodi condivisi della valutazione multi disciplinare, la lettura multidimensionale del ciclo di vita della persona in condizioni di fragilità e la proposta, condivisa tra gli operatori, di un progetto assistenziale individualizzato.

Esemplificativi delle difficoltà nell'organizzare risposte appropriate e tempestive nella gestione di casi complessi o di persone prive di rete familiare o di prossimità sono, tra gli altri, i seguenti elementi critici evidenziati negli incontri territoriali:

- la differente organizzazione logistico-organizzativa dei servizi nei vari territori;
- i diversi tempi di attivazione del servizio di assistenza domiciliare;
- la diversificazione dei regolamenti di accesso alle prestazioni sociali;
- l'attivazione non sempre semplice degli interventi domiciliari sociosanitari;
- la difficoltà nell'organizzare e sostenere economicamente un servizio di trasporto sociale;
- il sostegno e la formazione del *caregiver* familiare;
- gli aspetti giuridici legati all'amministrazione di sostegno;
- l'individuazione dei *setting* residenziali di ' sollievo', ecc. ...

L'obiettivo principale del progetto è quindi quello di potenziare i percorsi di dimissioni protette per garantire la continuità assistenziale delle cure, in particolare orientando l'utente all'interno dell'offerta socio-sanitaria e socio-assistenziale.

Le attività progettuali sono quindi orientate al miglioramento ed al potenziamento della rete inter istituzionale in modo da consolidare i percorsi relativi alla continuità assistenziale nel rispetto dei bisogni specifici dei pazienti anziani e/o fragili, in particolare nei passaggi tra ospedale e territorio.

Il potenziamento della rete è perseguito anche mediante la promozione di collaborazioni tra Ambiti Territoriali basati sulla messa in comune di processi, attività e interventi finalizzati al sostegno del percorso di dimissioni protette o accompagnamento residenziale integrato.

Allo scopo di evitare difficoltà ed interruzioni nei processi di cura ed assistenziali nei confronti di utenti complessi e/o non autosufficienti sotto il profilo sociale e sanitario, si ravvisa infatti la necessità di strutturare percorsi ben definiti, basati su

una migliore comunicazione tra gli enti circa i modelli sottesi alla loro operatività con la conseguente evidenziazione delle procedure operative che caratterizzano i passaggi tra i diversi livelli assistenziali.

A tal fine gli Ambiti si attiveranno per la predisposizione di una **SCHEDA SOCIALE A DOPPIA VALENZA:**

1. di **segnalazione**, con la funzione di rilevare e comunicare una possibile condizione di rischio sanitario o sociosanitario, al fine di prevenire / ritardare il ricovero ospedaliero del soggetto. La scheda, previo consenso informato del cittadino, verrà predisposta dall'assistente sociale comunale ed inviata all'Infermiere di Famiglia e Comunità, che attiverà gli interventi più adeguati alla situazione;
2. di **condivisione** delle informazioni personali e sociali relative al paziente (sempre tramite consenso informato dello stesso), necessarie al Nucleo Dimissioni Protette nel caso di assenza o inadeguatezza della rete familiare/amicale della persona fragile.

La messa a sistema di momenti formalizzati di confronto tra operatori e servizi ospedalieri e territoriali potrà trovare supporto ed essere arricchita anche dalla declinazione degli obiettivi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e della nuova riforma sanitaria lombarda. In particolare ci si riferisce all'istituzione delle Case di Comunità e alla figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità.

Negli Ambiti territoriali di Saronno e Somma Lombardo ATS Insubria, su mandato di Regione Lombardia e sentiti gli Enti locali del territorio, ha localizzato le seguenti strutture:

- Casa di Comunità Spoke / Hub nel Comune di Saronno
- Casa di Comunità Spoke / Hub nel Comune di Lonate Pozzolo
- Ospedale di Comunità e Casa di Comunità nel Comune di Somma Lombardo

ATS che coordina il progetto

ATS Insubria

Ambiti territoriali coinvolti

Il progetto si estende ai due Ambiti Territoriali di Saronno e Somma Lombardo ricompresi nel Distretto Valle Olona

ASST coinvolte

ASST Valle Olona

Altri Enti coinvolti

Per quel che concerne l'ambito distrettuale di Saronno, collaboreranno attivamente alla buona riuscita dell'accompagnamento ospedale/casa i seguenti organismi del Terzo Settore:

- CRI- Croce rossa Italiana - comitato locale di Saronno disponibile a gestire la spesa a domicilio e la consegna farmaci;
- AUSER Associazione di volontariato per il trasporto sociale verso luoghi di riabilitazione e/o visita;
- Caritas per l'eventuale contributo finalizzato al pagamento di utenze/affitto.

Per quel che concerne l'ambito distrettuale di Somma Lombardo, i servizi sociali comunali attiveranno in relazione agli specifici bisogni di ciascun singolo caso le risorse territoriali presenti e disponibili, convenzionate o meno, afferenti al Terzo Settore:

- Associazioni per il trasporto sociale
- Vari Gruppi di Volontari impegnati nelle consegne di farmaci e spesa a domicilio in favore delle persone sole e più fragili.

L'ambito dell'Associazionismo continua a fungere anche da rilevatore di situazioni di particolare difficoltà che necessitano di essere indirizzate o segnalate ai Servizi Sociali.

Modalità di integrazione

La lettura condivisa e trasversale dei bisogni del cittadino, ma anche la condivisione delle necessità e dei vincoli organizzativi dei servizi ospedalieri e territoriali attraverso lo scambio conoscitivo dell'architettura e della dinamica organizzativa e professionale degli enti coinvolti nel processo assistenziale, richiedono la valorizzazione della rete territoriale e quindi il potenziamento del raccordo tra istituzioni, tra servizi ospedalieri e territoriali e tra operatori.

Appare quindi necessario sostanziare l'integrazione istituzionale, operativo-gestionale e professionale mediante l'attivazione dei seguenti organismi:

- ✓ La **Cabina di Regia** che rimane il “luogo istituzionale” deputato a supportare gli “sforzi” di ATS, ASST e Ambiti territoriali volti al potenziamento dell’integrazione sociosanitaria e a garantire la programmazione, il governo, il monitoraggio e la verifica degli interventi sociosanitari e sociali erogati, evitando, per quanto possibile, la duplicazione e la frammentazione nell'utilizzo delle risorse e nell'erogazione degli interventi e contestualmente per garantirne l'appropriatezza. In virtù di tale ruolo, la Cabina di Regia potrà avere anche funzione di rilevazione e lettura attraverso l'analisi statistico-epidemiologica dei dati di rischio/vulnerabilità rispetto al target di utenza identificato.

- ✓ Il **Nucleo Dimissioni Protette** in raccordo con i **Servizi Sociali territoriali**

Il nucleo dimissioni protette sarà composto per l'ASST da:

- n.1 Assistente Sociale dell'ASST
- n. 1 infermiera di famiglia e comunità
- n.1 responsabile

per il distretto di Saronno sono previste:

- n. 1 Assistente sociale distrettuale
- responsabile del distretto/suo delegato per la parte amministrativa
- per il distretto di Somma Lombardo sono previste:
- n. 1 Assistente sociale distrettuale
- responsabile/referente del distretto/suo delegato per la parte amministrativa

In funzione delle rispettive competenze la Cabina di Regia e il Nucleo Dimissioni Protette si occuperanno:

La Cabina di Regia

- ✓ Della rilevazione e lettura attraverso l'analisi statistico-epidemiologica dei dati di rischio/vulnerabilità rispetto al target di utenza identificato;
- ✓ Del monitoraggio sull'andamento dei progetti nonché del livello di soddisfazione degli attori coinvolti;
- ✓ Della verifica dell'adeguatezza del processo operativo relativo all'accompagnamento residenziale.

Il Nucleo Dimissioni Protette e i referenti dei servizi sociali di Ambito:

- ✓ Dell'esplicitazione del processo operativo relativo all'accompagnamento residenziale integrato;
- ✓ Dell'identificazione degli elementi qualificanti i *setting assistenziali* (attivazione dei servizi territoriali domiciliari, intermedi e residenziali, gestione degli aspetti giuridici relativi all'amministrazione di sostegno, supporto al *caregiver* familiare, percorsi formativi finalizzati alla formazione di Assistenti alla persona...);
- ✓ Dell'identificazione e della condivisione degli strumenti di comunicazione, di valutazione multidimensionale del caso.

Contesto

L'ASST Valle Olona ha istituito il NUCLEO DIMISSIONI PROTETTE con l'obiettivo di gestire le dimissioni difficili e favorire i percorsi sul territorio.

L'utente viene valutato dal nucleo dimissione protetta che collabora con il servizio sociale comunale: insieme pianificano la dimissione e ciascun professionista collabora al fine della gestione efficace ed efficiente dell'utente e della sua famiglia. Instaurando un rapporto di fiducia con il paziente, il case manager in collaborazione con l'assistente sociale ha la possibilità di indirizzare l'utente verso i servizi della rete socio-sanitaria utili a rispondere ai bisogni espressi da quest'ultimo (presa in carico della cronicità secondo LR 23/2015, ADI, protesica, Servizi sociali territoriali e comunali etc.).

Il servizio sociale Ospedaliero secondo una specifica metodologia, effettua una valutazione sociale finalizzata alla presa in carico del paziente e del suo sistema familiare/caregiver; in sinergia con i servizi territoriali di riferimento e con la rete formale/informale già esistente o potenzialmente coinvolgibile, promuove progetti di dimissione protetta il più possibile personalizzati, sia verso il domicilio che all'interno della rete residenziale e semi-residenziale territoriale in modo tempestivo ed efficace.

I servizi sociali dei Comuni (degli Ambiti di Saronno e Somma Lombardo) collaborano, nell'ottica dell'integrazione socio sanitaria auspicata dal Legislatore Regionale, con i nuclei già istituiti dall'ASST Valle Olona.

La costruzione di progetti integrati che avvicinino i servizi al cittadino potranno adeguatamente supportare le persone fragili, prese in carico, al fine di ritardarne/evitarne l'istituzionalizzazione.

Elementi di contesto specifici del proprio Ambito Territoriale

Gli Ambiti territoriali di Saronno e Somma Lombardo si caratterizzano per gli elementi di contesto di seguito riportati.

Popolazione

COMUNI AMBITO DI SARONNO	Al 01/01/2021 (Istat)
Saronno	38.476
Caronno Pertusella	17.940
Gerenzano	10.795
Cislago	10.193
Uboldo	10.642
Origgio	7.856
TOTALE	95.902
COMUNI AMBITO DI SOMMA LOMBARDO	Al 01/01/2021 (Istat)
Somma Lombardo	17.785
Cardano al Campo	14.780
Lonate Pozzolo	11.365
Ferno	6.765
Casorate Sempione	5.648
Besnate	5.475
Arsago Seprio	4.806
Golasecca	2.641
Vizzola Ticino	574
TOTALE	69.839
Totale complessivo	165.741

L'Ambito distrettuale di Saronno, alla data dell'1/1/2021 ha la seguente distribuzione della popolazione per fasce d'età:

ETÀ 0-14	13.481	12.93%
ETÀ 65-84	18.629	17.87%
ETÀ 85 - 89	2.129	2.04%
DA 85 ANNI IN SU ⁹	1203	1.15%

L'Ambito distrettuale di Somma Lombardo, alla data dell'1/1/2021 ha la seguente distribuzione della popolazione per fasce d'età:

ETÀ 0-14	9.346	13,38%
ETÀ 65-84	13.504	19,33%
ETÀ 85 - 89	1.623	2,32%
DA 85 ANNI IN SU ¹⁰	1.758	2,51%

Analogamente a quanto avviene nel resto della Provincia, si sta assistendo negli anni a un progressivo invecchiamento della popolazione residente.

Circa l'**offerta complessiva dei Servizi** sanitari, sociosanitari e sociali si dispone del quadro sotto riportato, arricchito dalle risorse afferenti al Terzo Settore/Privato sociale:

OFFERTA	SARONNO	SOMMA LOMBARDO
Presidi Ospedalieri	Ospedale di Circolo	Ospedale di Somma Lombardo (collegato all'Ospedale Sant'Antonio Abate di Gallarate)
Aree territoriali della ASST Valle Olona	Comuni appartenenti all'AT di Saronno e Comuni afferenti	Comuni appartenenti all'AT di Gallarate, Somma Lombardo e Comuni afferenti
Altri servizi sanitari e socio sanitari	Servizi e prestazioni attivi presso le sedi distrettuali della ASST Valle Olona: <ul style="list-style-type: none"> • Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) • Assistenza Integrativa • Assistenza Protesica • Assistenza sanitaria all'estero • Autorizzazioni trasporti sanitari per dializzati • Certificazioni medico legali e patenti • Consultori familiari • Esenzioni ticket • Fornitura ausili per autodeterminazione glicemia per diabetici e microinfusori • Invalidità Civile • Scelta e revoca del Medico di Assistenza Primaria e del Pediatra di libera scelta • Servizio fragilità • Vaccinazioni • CPS 	

⁹ Di cui 15 ultracentenari.

¹⁰ Di cui 16 ultracentenari.

	• SERD	
Servizi comunali	SAD	SAD
	Servizio pasti a domicilio	Servizio pasti a domicilio
	Tele soccorso da riattivare	Telesoccorso attivo in alcuni Comuni
	Servizi di trasporto sociale verso sedi di cura in collaborazione con associazioni di volontariato locali	Servizi di trasporto sociale verso sedi di cura in collaborazione con associazioni di volontariato locali
Organizzazioni di volontariato presenti e operanti in base a Convenzioni e Protocolli d'intesa	Le associazioni di volontariato presenti sul territorio sono numerose e attive.	Nei singoli Comuni dell'Ambito e nelle varie sedi ospedaliere e territoriali operano diverse Organizzazioni di Volontariato che collaborano, attraverso l'impegno e la disponibilità dei loro aderenti, per il raggiungimento dei fini istituzionali degli Enti Locali e dell'A.S.S.T. Valle Olona.

Aspetti che rendono innovativo il progetto

La diffusione del Nucleo Dimissioni Protette all'interno della ASST Valle Olona permetterà di intraprendere un percorso di integrazione con gli Ambiti Territoriali dei Comuni associati con l'individuazione di modalità gestionali ed organizzative più funzionali alla gestione dell'accompagnamento residenziale degli utenti fragili.

Va peraltro sottolineato che sarà posta una particolare attenzione alla reale configurazione territoriale degli Ambiti Territoriali di Somma e Saronno e alla necessaria modulazione degli interventi e dei livelli di integrazione al fine di rendere operativamente sostenibile la collaborazione inter istituzionale.

Le macro azioni da individuare dovranno avere la finalità di essere implementate uniformemente sui due territori distrettuali e all'interno di ogni singolo Comune afferente ai due ambiti, ciò al fine di promuovere un linguaggio comune tra gli operatori, favorire il corretto rapporto tra la dimensione ospedaliera e quella territoriale e garantire le stesse opportunità non solo nei centri densamente abitati, ma anche in quelli scarsamente popolati.

L'elemento innovativo più pregnante è senza dubbio l'accordo tra più Ambiti Territoriali circa lo sviluppo di azioni condivise a sostegno del percorso relativo alle dimissioni protette. Le azioni programmate a livello sovra zonale beneficeranno peraltro del supporto della figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità che, a livello distrettuale, consente l'interfaccia coi vari servizi territoriali e con i Medici di Medicina Generale con la finalità di pianificare le attività e il percorso di cura in condivisione con gli attori locali.

Il contributo innovativo proposto dagli Ambiti di Saronno e Somma Lombardo si colloca prioritariamente sul versante del **FLUSSO INFORMATIVO** con l'attivazione di una scheda sociale a doppia valenza; essa avrà l'effetto di collegare il momento della presa in carico e/o della dimissione e consentirà di implementare un innovativo processo di condivisione delle informazioni, superando l'approccio episodico e contribuendo a strutturare un percorso di integrazione sistematico e duraturo.

Definizione delle attività

Vengono poste in essere 3 macro attività al fine di soddisfare l'obiettivo più sopra esplicitato:

Macro attività 1

Sistematizzazione dell'attività della Cabina di Regia con la definizione di un calendario preordinato di incontri di condivisione e programmazione dell'esperienze. Si prevedono almeno due incontri all'anno

Macro attività 2

Stesura e condivisione di un Protocollo d'intesa operativo, tra gli Ambiti distrettuali interessati e ATS/ASST, finalizzato a definire i livelli di integrazione sociosanitaria tra gli snodi della rete di offerta, le procedure operative tra gli Enti e l'identificazione delle azioni territoriali funzionali all'accompagnamento residenziale integrato degli utenti fragili, mediante la focalizzazione sui seguenti temi:

- ✓ Mappatura, a livello locale, delle procedure in essere e degli interventi 'ponte' tra ospedale e territorio;
- ✓ individuazione delle aree di criticità inerenti l'integrazione delle risorse e delle attività/interventi finalizzate a garantire la continuità assistenziale e la sua messa a sistema;
- ✓ condivisione, all'interno dei modelli di presa in carico ospedaliera e territoriale, degli strumenti di valutazione clinico-sanitari e sociali;
- ✓ predisposizione di percorsi congiunti tra operatori sanitari, sociali ed eventuali soggetti afferenti al Terzo Settore;

tali attività saranno realizzate con il coinvolgimento della Cabina di regia, che si farà carico di individuare modelli generali di presa in carico, e del nucleo dimissioni protette che declinerà tali modelli generali in istruzioni operative adeguate al concreto contesto gestionale.

Macro attività 3

Sperimentazione del modello integrato attraverso l'operatività del nucleo - Dimissioni Protette con i Servizi Sociali territoriali. La collaborazione tra ASST e Comuni potrà avere una composizione a geometria variabile in funzione sia dell'organizzazione territoriale, sia della complessità della situazione da gestire.

È indubbio che la connessione operativa dell'Infermiere di Famiglia e Comunità e dell'Assistente Sociale comunale o d'Ambito territoriale può favorire, nel contesto della dimissione protetta domiciliare/residenziale, la rilevazione del bisogno e la possibile risposta attraverso la ricomposizione della rete dei servizi anche mediante lo sviluppo delle relazioni con i Medici di Medicina Generale e il nucleo dimissioni protette.

L'utilizzo condiviso, di strumenti di valutazione clinici e sociali potrebbero favorire la lettura precoce del bisogno e la configurazione tempestiva della risposta.

Integrazione tra macroaree di policy

Domiciliarità e Anziani

Attività, indicatori di risultato e cronoprogramma

Di seguito attraverso l'utilizzo del diagramma di Gantt saranno rappresentati i tempi di durata e di realizzazione specificandone i tempi di inizio e di fine progetto.

MACRO ATTIVITA' 1

FASE	ATTIVITA'	INDICATORE
Attivazione organismi di coordinamento ed organismi operativi	1. Convocazione Cabina di Regia 2. Identificazione componenti Tavolo 3. Presentazione progettazione e monitoraggio con gli stakeholder interni (ad ex. Dipartimento Cure primarie)	<ul style="list-style-type: none"> • riunioni di norma semestrali • Formalizzazione componenti Tavolo di lavoro • Partecipazione >= a 80% dei componenti
		<ul style="list-style-type: none"> • riunioni trimestrali

	4. Identificazione dei componenti 5. Avvio lavori del Nucleo dimissioni Protette integrato dai Servizi Sociali territoriali 6. Monitoraggio attività	<ul style="list-style-type: none"> • Formalizzazione componenti delle 2 Equipe Territoriali • Report semestrali congiunti (nucleo e servizi sociali)
--	--	--

MACRO ATTIVITA' 2

FASE	ATTIVITA'	INDICATORE
Atto di Intesa e Protocollo Operativo	1. Costituzione e avvio lavori di apposito team composto dai rappresentanti di ASST, ATS e Ambiti Territoriali per stesura protocollo Operativo 2. Condivisione Atto di Intesa e Protocollo Operativo 3. monitoraggio dell'utilizzo del protocollo operativo 4. Predisposizione di percorsi congiunti informativi/formativi	<ul style="list-style-type: none"> • Formalizzazione team di lavoro • Sottoscrizione Atto di Intesa e Protocollo Operativo • Verbali incontri Equipe Territoriali • Rendicontazione attività informative e formative: Programma incontri, numero incontri e registrazione operatori coinvolti

MACRO ATTIVITA' 3

FASE	ATTIVITA'	INDICATORE
Sperimentazione del modello integrato	1. Definizione e attuazione delle modalità operative 2. Produzione di una scheda sociale di segnalazione e informazione sul singolo caso per la condivisione di informazioni tra servizi sociali comunali e Infermiere di Famiglia e Comunità 3. Condivisione di casi inerenti le ammissioni/dimissioni complesse secondo le procedure individuate	<ul style="list-style-type: none"> • definizione di procedure e/o istruzioni operative <i>ad hoc</i> a livello locale • Sperimentazione della scheda sociale di segnalazione e informazione sul almeno l'80% dei casi individuati • Documentazione relativa alla valutazione integrata dei casi presi in carico

SCHEMA DI GANTT

MACRO ATTIVITA' 1	MAR	APR	MAG	GIU	LUG	AGO	SET	OTT	NOV	DIC 2022	GEN - DIC 2023
1. Identificazione componenti Tavolo											
2. Convocazione Cabina di Regia											
3. Presentazione progettazione e monitoraggio con gli stakeholder interni (ad ex. Dipartimento Cure primarie)											
4. Identificazione dei componenti											
5. Avvio lavori del Nucleo dimissioni Protette integrato dai Servizi Sociali territoriali											
6. Monitoraggio attività											
MACRO ATTIVITA' 2											
1. Costituzione e avvio lavori team con rappresentanti di ASST, ATS e Ambiti Territoriali per stesura protocollo Operativo											
2. Condivisione e Atto Intesa e Protocollo Operativo											
3. Messa a sistema e monitoraggio del protocollo operativo											
4. Predisposizione percorsi congiunti informativi/formativi											
MACRO ATTIVITA' 3											
1. Definizione e attuazione delle modalità operative.											
2. Produzione di una scheda sociale di segnalazione ed informazione sul singolo caso per la condivisione di informazioni tra servizi											

sociali comunali e infermiere di famiglia e comunità.											
3. Condivisione di casi inerenti le ammissioni/dimissioni complesse secondo le procedure individuate											

Risorse

Nelle tabelle sottostanti vengono riportate le risorse economiche ed umane impiegate, distinte per singola macro-attività.

Risorse economiche Ambito di Saronno

Intervento/ attività	Costo totale	Entrate da fonti proprie	Entrate da finanziamento Comuni	Entrate da finanziamento ATS	Entrate da finanziamento ASST	Entrate da finanziamento ...
Macro attività 1	€ 252,00 € 216,00		€ 468,00		€ 3.554,00	
Macro attività 2	€ 504,00 € 216,00		€ 720,00		€ 3.554,00	
Macro attività 3	€ 6.552,00 € 2.808,00		€ 9.360,00		€ 3.554,00	

Risorse umane (personale) Ambito di Saronno

Tipologia professionale	Proprie	Da Comuni	Da ATS	Da ASST	Da altro ente ...
Assistente sociale		X	X	X	
Educatore					
Psicologo					
Medico					
Infermiere				X	
Dirigente			X		
Altra tipologia (Amministrativo)		X	X		

Risorse economiche Ambito di Somma Lombardo

Intervento/ attività	Costo totale	Entrate da fonti proprie	Entrate da finanziamento Comuni	Entrate da finanziamento ATS	Entrate da finanziamento ASST	Entrate da finanziamento ...
Macro attività 1	€ 252,00 € 216,00		€ 468,00		€ 3.554,00	
Macro attività 2	€ 504,00		€ 720,00		€ 3.554,00	

	€ 216,00					
Macro attività 3	€ 6.552,00		€ 9.360,00		€ 3.554,00	
	€ 2.808,00					

Risorse umane (personale) Ambito di Somma Lombardo

Tipologia professionale	Proprie	Da Comuni	Da ATS	Da ASST	Da altro ente ...
Assistente sociale		X	X	X	
Educatore					
Psicologo					
Medico					
Infermiere				X	
Dirigente			X		
Altra tipologia (Amministrativo)		X	X		

Soggetti beneficiari e impatto atteso rispetto ai bisogni della comunità

L'impatto sociale è definito come *"la capacità di un'organizzazione di contribuire ad un cambiamento in un determinato campo d'azione modificando lo status quo di una persona o di una comunità destinatari dell'attività sociale"* (Perrini e Vurro 2013). Solo uno standard condiviso, in grado di rappresentare in modo univoco l'eterogeneità dell'impatto sociale, può consentire un sistema di misurazione comune.

Nel presente progetto, il focus dello standard è dato dagli strumenti di rilevazione delle condizioni di bisogno del cittadino fragile che verranno predisposti, e dalla loro concreta applicazione in via sperimentale. L'impatto auspicato riguarda:

- ✓ La qualità di vita dei cittadini che vivono condizioni o fasi di vita di particolare fragilità, per i quali si intende prevenire il ricovero ospedaliero o organizzare, nei termini più adeguati possibili alla condizione di salute e sociale, l'uscita dall'ospedale.
L'efficacia dell'intervento sarà misurabile in termini di riduzione/contenimento dei ricoveri ospedalieri e di appropriatezza degli stessi, nonché di soddisfazione per il cittadino rispetto alle caratteristiche della presa in carico congiunta (sanitaria e sociale).
- ✓ La qualità del lavoro dei servizi sociali e sociosanitari, attraverso la messa a punto e l'utilizzo sistematico di schede di rilevazione delle informazioni, funzionali ad agevolare una comunicazione più diretta e fluida tra servizi sanitari, socio-sanitari e sociali.
L'efficacia dell'intervento sarà misurabile in termini di adeguatezza per gli operatori degli strumenti informativi predisposti e utilizzati in funzione dell'obiettivo di presa in carico.

Criticità di realizzazione

Le possibili criticità nell'attuazione del progetto appaiono strettamente connesse ai fattori segnalati in premessa al presente progetto, emersi negli incontri territoriali:

- la differente organizzazione logistico-organizzativa dei servizi nei vari territori;
- i diversi tempi di attivazione del servizio di assistenza domiciliare;
- la diversificazione dei regolamenti di accesso alle prestazioni sociali;
- l'attivazione non sempre semplice degli interventi domiciliari sociosanitari;
- la difficoltà nell'organizzare e sostenere economicamente un servizio di trasporto sociale;
- il sostegno e la formazione del *caregiver* familiare;
- gli aspetti giuridici legati all'amministrazione di sostegno;
- l'individuazione dei *setting* residenziali di ' sollievo ', ecc. ...

Tali fattori evidenziano un quadro molto complesso e storicamente differenziato per gli Ambiti territoriali di Somma Lombardo e Saronno. Le "soluzioni" non sono precostituite ma passano attraverso un'acquisizione di consapevolezza del singolo problema ed una sua analisi puntuale da parte degli operatori, affinché tale lettura possa essere condivisa con gli Amministratori e i gestori dei servizi.

È verosimile che in particolare la fase iniziale del Progetto possa risultare difficoltosa in quanto si tratta di attivare modalità nuove di collaborazione tra i differenti servizi (sanitari, socio-sanitari, sociali), abituati a processi di lavoro strutturati che prevedono spesso un'interfaccia minima con altre aree di bisogno della persona fragile.

Si valuta che la soluzione di tale criticità possa risiedere nella precisa definizione e attribuzione delle funzioni di coordinamento e guida del progetto, secondo quanto sopra specificato in relazione alle strutture di governance e di integrazione; l'esercizio di tali funzioni infatti aiuterà a superare il rischio di "riplegamento" degli operatori su procedure ordinarie e l'eccessiva frammentazione del percorso di presa in carico del cittadino.

Potenzialità e sostenibilità del progetto nel futuro

Il Progetto mostra un'elevata potenzialità rispetto alla costruzione di reti interprofessionali stabili, nei termini di un'effettiva integrazione tra comparto sociale, sanitario e socio-sanitario.

La sostenibilità del Progetto viene qui intesa in un duplice senso:

- sotto il profilo operativo, le attività previste possono essere mantenute ed implementate a lungo termine senza particolari costi;
- in termini più generali di "sostenibilità sociale", quale complesso di azioni volte a raggiungere equità nella società, che si realizzano anche attraverso il raggiungimento di condizioni di dignità di base per la vita di ogni persona, obiettivo ultimo del Progetto stesso.

Documentazione allegata:

- **Allegato A - Servizi degli Ambiti territoriali di Saronno e Somma Lombardo**
- **Allegato B – Aree Territoriali ASST Valle Olona**

Allegato A – Servizi degli Ambiti di Saronno e Somma Lombardo**AMBITO DISTRETTUALE DI SARONNO**

COMUNI AFFERENTI	SEDI
Caronno Pertusella	Piazza Aldo Moro, 1, 21042 Caronno Pertusella VA
Cislago	Piazza E. Toti, 1, 21040
Gerenzano	Via Duca degli Abruzzi, 2, 21040
Origgio	Via Dante Alighieri, 15, 21040
Saronno	Piazza della Repubblica, 7, 21047
Uboldo	Piazza S. Giovanni Bosco, 10, 21040

SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI PER CITTADINI IN CONDIZIONI DI FRAGILITA'

CARONNO PERTUSELLA	Servizio sociale
	Servizio Assistenza Domiciliare SAD
	Servizio pasti a domicilio
www.comune.caronnopertusella.va.it	
02-96512401 - fax 02-96512341	serviziociali@comune.caronnopertusella.va.it
CISLAGO	Servizio sociale
	Servizio Assistenza Domiciliare SAD
	Servizio pasti a domicilio
www.comune.cislago.va.it	
02/96671032 - Fax: 02/96671055	
GERENZANO	Servizio sociale
	Servizio Assistenza Domiciliare SAD
	Servizio pasti a domicilio
www.comune.gerenzano.va.it	sociale@comune.gerenzano.va.it
02- 35944906 - 02.35944839	
ORIGGIO	Servizio sociale
	Servizio Assistenza Domiciliare SAD

	Servizio pasti a domicilio
www.comune.origgio.va.it	
02-96951186	servizi.sociali@comune.origgio.va.it
SARONNO	Servizio sociale
	Servizio Assistenza Domiciliare SAD
	Servizio pasti a domicilio
www.comune.saronno.va.it	
02/967101	servizisociali@comune.saronno.va.it
UBOLDO	Servizio sociale
	Servizio Assistenza Domiciliare SAD
	Servizio pasti a domicilio
www.comune.uboldo.va.it	
0296992219 - Fax: 0296992231	servizisociali@comune.uboldo.va.it

Alcuni Comuni dell'Ambito collaborano con Associazioni di Volontariato che forniscono servizi di trasporto sociale, le informazioni sono reperibili presso gli uffici Servizi Sociali

SERVIZI PER ANZIANI UBICATI NEL TERRITORIO DELL'AMBITO DISTRETTUALE	
FOCRIS	FONDAZIONE CASA DI RIPOSO INTERCOMUNALE SARONNO ONLUS
www.focris.it	
02 96709168 - 02 96248931	info@focris.it
Casa Sant'Agnese	RSA
www.rsacasasantagnese.it	
02/960.22.72	
Casa di Riposo Giulio Gianetti	RSA
www.casagiannetti.it	
02 9624 8124	info@casagianetti.it
Associazione Casa San Giorgio-Onlus	RSA
www.casasangjorgio.it	

0296732351	direzione@casasangiorgio.it
Villaggio Amico - Gerenzano	RSA
0296489496	info@villaggioamico.it
www.villaggioamico.it	
CORTE COVA- CARONNO PERTUSELLA	RSA
www.proges.it	
0296457211	rsacortecova@zenitsociale.it

AMBITO DISTRETTUALE DI SOMMA LOMBARDO

COMUNI AFFERENTI	SEDI
SOMMA LOMBARDO	Piazza V. Veneto, 2
CARDANO AL CAMPO	Piazza G. Mazzini, 19 - Servizi Sociali Via Torre, 2
LONATE POZZOLO	Via Cavour, 20 - Servizi Sociali Via Cavour, 19
FERNO	Via Aldo Moro, 3
CASORATE SEMPIONE	Via E. de Amicis, 7
BESNATE	Piazza Mazzini, 16
ARSAGO SEPRIO	Piazza XXV Aprile, 1
GOLASECCA	Piazza della Libertà, 3
VIZZOLA TICINO	Piazza Marconi, 25

SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI PER CITTADINI IN CONDIZIONI DI FRAGILITÀ'

SOMMA LOMBARDO	Servizio sociale
	Servizio Assistenza Domiciliare SAD
	Servizio pasti a domicilio
www.comune.sommalombardo.va.it	
0331 989016 - 989047	servizisociali@comune.sommalombardo.va.it
CARDANO AL CAMPO	Servizio sociale
	Servizio Assistenza Domiciliare SAD

	Servizio pasti a domicilio
www.comune.cardanoalcampo.va.it	
0331 266232 - 266233	sociali@comune.cardanoalcampo.va.it
LONATE POZZOLO	Servizio sociale
	Servizio Assistenza Domiciliare SAD
	Servizio pasti a domicilio
www.lonatepozzolo.gov.it	
0331 303610	marina.castellotti@comune.lonatepozzolo.va.it stefania.galatro@comune.lonatepozzolo.va.it
FERNO	Servizio sociale
	Servizio Assistenza Domiciliare SAD
	Servizio pasti a domicilio
www.ferno.gov.it	
0331 242283 - 726110	adriana.gioiosa@comune.ferno.va.it socioculturale@comune.ferno.va.it
CASORATE SEMPIONE	Servizio sociale
	Servizio Assistenza Domiciliare SAD
	Servizio pasti a domicilio
www.comune.casoratesempione.va.it	
0331 295052 int. 5	ettore.colombo@comune.casoratesempione.va.it
BESNATE	Servizio sociale
	Servizio Assistenza Domiciliare SAD
www.comune.besnate.va.it	
0331 275830	serviziociali@comune.besnate.va.it
ARSAGO SEPPIO	Servizio sociale
	Servizio Assistenza Domiciliare SAD
	Servizio pasti a domicilio
www.comune.arsagoseprio.va.it	
0331 299940	serviziociali@comune.arsagoseprio.va.it
GOLASECCA	Servizio sociale

www.comune.golasecca.va.it	
0331 959414 int. 7	sociale@comune.golasecca.va.it
VIZZOLA TICINO	Servizio sociale
www.comune.vizzolaticino.va.it	
0331 230819 int. 3	serviziociali@comune.vizzolaticino.va.it

Alcuni Comuni dell'Ambito collaborano con Associazioni di Volontariato che forniscono servizi di trasporto sociale, le informazioni sono reperibili presso gli uffici Servizi Sociali

SERVIZI PER ANZIANI UBICATI NEL TERRITORIO DELL'AMBITO DISTRETTUALE

Fondazione Il Girasole Onlus Somma Lombardo - via Bellini, 29	RSA
www.aspilgirasole.it	
0331 250152	segreteria@anzianisomma.it
RSA Fondazione Bellini Onlus - Somma Lombardo via Bellini, 27	
www.rsaфонdazionebellini.it	RSA
0331 252805	bellinirsa@gmail.com
Fondazione Centro Accoglienza Anziani Lonate Pozzolo Onlus - Via Bosisio, 3	RSA - Centro Diurno Integrato - RSA Aperta - Punto Alzheimer - Sportello Scelta e Revoca del medico - Sportello CUP per A.O. di Gallarate e Busto - Servizio Pasti a domicilio - Il Paracadute Servizio di consulenza per l'anziano e la famiglia
www.fondazioneanzianilonate.it	
0331 661811	
Il faggio Rosso s.r.l. - Casorate Sempione via Trieste, 11	RSA
www.ilfaggiorosso.com	
0331 185561	info@ilfaggiorosso.com

Allegato B - AREE TERRITORIALI ASST VALLE OLONA

Le Aree Territoriali sono strutture decentrate sul territorio, diverse dagli ospedali; quelle di competenza dell'ASST VALLE OLONA sono:

- Area Territoriale di **BUSTO ARSIZIO e CASTELLANZA**
- Area Territoriale di **GALLARATE e SOMMA LOMBARDO**
- Area Territoriale di **SARONNO**

AREA TERRITORIALE DI BUSTO ARSIZIO E CASTELLANZA

COMUNE AFFERENTE	Busto Arsizio	SEDI	BUSTO ARSIZIO - Piazza Plebiscito, 1 BUSTO ARSIZIO – Viale Stelvio, 3
COMUNI AFFERENTI	Castellanza, Fagnano Olona, Gorla Maggiore, Gorla Minore, Marnate, Olgiate Olona, Solbiate Olona	SEDI	CASTELLANZA – Via Roma, 44 FAGNANO OLONA – Piazza Gramsci, 1

Chiusura sedi distrettuali: 24 giugno festività Santo Patrono di Busto Arsizio

SERVIZI TERRITORIALI OFFERTI

NB: Per ogni singola attività, ai link indicati, vengono fornite informazioni generali, riferimenti normativi, sedi di erogazione, orari, riferimenti telefonici, e-mail.

ATTENZIONE: gli orari indicati potrebbero subire momentanee variazioni che verranno pubblicate divolta in volta sul sito istituzionale

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)	https://www.asst-valleolona.it/assistenza-domiciliare/
ASSISTENZA INTEGRATIVA	https://www.asst-valleolona.it/assistenza-integrativa/
ASSISTENZA PROTESICA	https://www.asst-valleolona.it/assistenza-protesica/
ASSISTENZA SANITARIA ALL'ESTERO	https://www.asst-valleolona.it/assistenza-sanitaria-allesterzo/
AUTORIZZAZIONI TRASPORTI SANITARI PER DIALIZZATI	https://www.asst-valleolona.it/autorizzazioni-trasporti-sanitari-per-dializzati/
CERTIFICAZIONI MEDICO LEGALI E PATENTI	https://www.asst-valleolona.it/patenti/

CONSULTORI FAMILIARI	https://www.asst-valleolona.it/consultori-familiari/
ESENZIONI TICKET	https://www.asst-valleolona.it/esenzioni/
FORNITURA AUSILI PER AUTODETERMINAZIONE GLICEMIA PER DIABETICI E MICROINFUSORI	https://www.asst-valleolona.it/fornitura-ausili-per-autodeterminazione-glicemia-per-diabetici-e-microinfusori/
INVALIDITA' CIVILE	https://www.asst-valleolona.it/patenti/
SCELTA E REVOCA DEL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA E DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA	https://www.asst-valleolona.it/scelta-medico-di-assistenza-primaria-e-o-pediatra-di-libera-scelta/
SERVIZIO FRAGILITÀ	https://www.asst-valleolona.it/servizio-fragilita/
VACCINAZIONI	https://www.asst-valleolona.it/vaccinazioni-2/

AREA TERRITORIALE DI GALLARATE E SOMMA LOMBARDO

COMUNI AFFERENTI	Albizzate, Cairate, Cassano Magnago, Cavaria con Premezzo, Gallarate, Jeragocon Orago, Oggiona S. Stefano, Samarate, SolbiateArno	SEDI	GALLARATE – Corso Leonardo da Vinci,1 GALLARATE – Via Volta, 19 (consultoriofamiliare) CASSANO MAGNAGO – Via Buttafava,15
COMUNI AFFERENTI	Arsago Seprio, Besnate, Cardano al Campo, CasorateSempione, Ferno, Golasecca,Lonate Pozzolo, Somma Lombardo, Vizzola Ticino	SEDI	SOMMA LOMBARDO – Via Cavour, 2 LONATE POZZOLO – Via Cavour, 21

Chiusura sedi distrettuali: 25 Luglio festività Santo Patrono di Gallarate

SERVIZI TERRITORIALI OFFERTI

NB: Per ogni singola attività, ai link indicati, vengono fornite informazioni generali, riferimenti normativi,sedi di erogazione, orari, riferimenti telefonici, e-mail.

ATTENZIONE: gli orari indicati potrebbero subire momentanee variazioni che verranno pubblicate divolta in volta sul sito istituzionale

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)	https://www.asst-valleolona.it/assistenza-domiciliare/
--	---

ASSISTENZA INTEGRATIVA	https://www.asst-valleolona.it/assistenza-integrativa/
ASSISTENZA PROTESICA	https://www.asst-valleolona.it/assistenza-protesica/
ASSISTENZA SANITARIA ALL'ESTERO	https://www.asst-valleolona.it/assistenza-sanitaria-allesterzo/
AUTORIZZAZIONI TRASPORTI SANITARI PERDIALIZZATI	https://www.asst-valleolona.it/autorizzazioni-trasporti-sanitari-per-dializzati/
CERTIFICAZIONI MEDICO LEGALI E PATENTI	https://www.asst-valleolona.it/patenti/
CONSULTORI FAMILIARI	https://www.asst-valleolona.it/consultori-familiari/
ESENZIONI TICKET	https://www.asst-valleolona.it/esenzioni/
FORNITURA AUSILI PER AUTODETERMINAZIONEGLICEMIA PER DIABETICI E MICROINFUSORI	https://www.asst-valleolona.it/fornitura-ausili-per-autodeterminazione-glicemia-per-diabetici-e-microinfusori/
INVALIDITA' CIVILE	https://www.asst-valleolona.it/patenti/
SCELTA E REVOCA DEL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA E DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA	https://www.asst-valleolona.it/scelta-medico-di-assistenza-primaria-e-o-pediatra-di-libera-scelta/
SERVIZIO FRAGILITÀ	https://www.asst-valleolona.it/servizio-fragilita/
VACCINAZIONI	https://www.asst-valleolona.it/vaccinazioni-2/

AREA TERRITORIALE DI SARONNO

COMUNI AFFERENTI	Caronno Pertusella, Cislago, Gerenzano, Origgio, Saronno, Uboldo	SEDI	SARONNO – Via Fiume, 12
-------------------------	--	-------------	-------------------------

Chiusura sedi distrettuali: 29 Giugno festività Santo Patrono di Saronno

SERVIZI TERRITORIALI OFFERTI

NB: Per ogni singola attività, ai link indicati, vengono fornite informazioni generali, riferimenti normativi, sedi di erogazione, orari, riferimenti telefonici, e-mail.

ATTENZIONE: gli orari indicati potrebbero subire momentanee variazioni che verranno pubblicate divolta in volta sul sito istituzionale

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)	https://www.asst-valleolona.it/assistenza-domiciliare/
ASSISTENZA INTEGRATIVA	https://www.asst-valleolona.it/assistenza-integrativa/
ASSISTENZA PROTESICA	https://www.asst-valleolona.it/assistenza-protesica/
ASSISTENZA SANITARIA ALL'ESTERO	https://www.asst-valleolona.it/assistenza-sanitaria-allesterzo/

AUTORIZZAZIONI TRASPORTI SANITARI PER DIALIZZATI	https://www.asst-valleolona.it/autorizzazioni-trasporti-sanitari-per-dializzati/
CERTIFICAZIONI MEDICO LEGALI E PATENTI	https://www.asst-valleolona.it/patenti/
CONSULTORI FAMILIARI	https://www.asst-valleolona.it/consultori-familiari/
ESENZIONI TICKET	https://www.asst-valleolona.it/esenzioni/
FORNITURA AUSILI PER AUTODETERMINAZIONEGLICEMIA PER DIABETICI E MICROINFUSORI	https://www.asst-valleolona.it/fornitura-ausili-per-autodeterminazione-glicemia-per-diabetici-e-microinfusori/
INVALIDITA' CIVILE	https://www.asst-valleolona.it/patenti/
SCELTA E REVOCA DEL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA E DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA	https://www.asst-valleolona.it/scelta-medico-di-assistenza-primaria-e-o-pediatra-di-libera-scelta/
SERVIZIO FRAGILITÀ	https://www.asst-valleolona.it/servizio-fragilita/
VACCINAZIONI	https://www.asst-valleolona.it/vaccinazioni-2/

5. La valutazione del piano

La DGR 4563/21 di indirizzo per la nuova programmazione zonale, ribadisce la necessità di attivare modalità di valutazione che accompagnino il processo di programmazione.

Ciò al fine di innescare un ciclo virtuoso che partendo dall'analisi dei bisogni *ex ante* ponga degli obiettivi i cui risultati verranno valutati *ex post* (*le azioni intraprese hanno consentito di realizzare gli obiettivi?*) per poi eventualmente ri-programmare le politiche e gli obiettivi fissati.

Vista l'impostazione data al processo di definizione di questo piano, si intende utilizzare il modello partecipativo come quello idoneo per valutare l'impatto delle politiche e delle azioni intraprese per rispondere agli obiettivi individuati nelle diverse aree di policy.

La valutazione partecipata consentirà, attraverso la rilevazione di dati quantitativi e qualitativi, di riconoscere e valorizzare i risultati conseguiti o, viceversa le criticità degli interventi, di orientare correttamente le scelte e ri-programmare l'utilizzo delle risorse disponibili in modo che siano allocate nel modo più efficiente ed efficace.

Questo consentirà di raggiungere tra gli attori del sistema una conoscenza condivisa sui risultati dando, tra l'altro, una risposta concreta all'esigenza di accountability democratica.

Per ciascun obiettivo di policy verranno definiti i piani attuativi e le domande valutative, a partire dagli indicatori dei risultati attesi espressi nelle schede.

Di seguito si indicano le fasi del ciclo della valutazione:

1. la raccolta sistematica di dati e informazioni tese:
 - a. a monitorare l'attuazione ed eventualmente ridefinire i tempi
 - b. a verificare l'efficacia delle azioni intraprese per il raggiungimento dell'obiettivo programmato
2. la valutazione al fine della verifica degli esiti e della eventuale ri-programmazione (valutazione d'impatto e di costi-benefici)
3. La comunicazione degli esiti, per ri-orientare le scelte e ri-programmare l'utilizzo delle risorse disponibili in modo che siano allocate nel modo più efficiente ed efficace.