

DISTRETTO DI GALLARATE - UFFICIO DI PIANO



AMBITO TERRITORIALE DI GALLARATE

ACCORDO DI PROGRAMMA PER LA REALIZZAZIONE DEL PIANO DI ZONA 2025-2027

TRA

COMUNE DI GALLARATE (Ente Capofila)

COMUNE DI ALBIZZATE

COMUNE DI CAIRATE

COMUNE DI CASSANO MAGNAGO

COMUNE DI CAVARIA CON PREMEZZO

COMUNE DI JERAGO CON ORAGO

COMUNE DI OGGIONA CON SANTO STEFANO

COMUNE DI SAMARATE

COMUNE DI SOLBIATE ARNO

Rappresentati dai Sindaci Pro tempore

E

Agenzia di Tutela della Salute dell'Insubria (ATS INSUBRIA)

Azienda Socio-Sanitaria Territoriale della Valle Olona (ASST Valle Olona)

Principi e norme generali

Premesso che:

- La Legge 328/00 e la Legge Regionale n. 3/2008 sono volte ad assicurare alle persone ed alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, finalizzato alla promozione di interventi che garantiscono la qualità della vita, le pari opportunità, la non discriminazione e la realizzazione dei diritti di cittadinanza, in coerenza agli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione Italiana;
- Le stesse leggi, inoltre, prevedono che i Comuni nell'esercizio, delle proprie funzioni sociali, svolgano un ruolo di coordinamento delle attività degli Enti che operano nell'ambito di competenza e, definiscono i Piani di Zona come gli strumenti di programmazione territoriale per la costruzione di organiche politiche sociali volte a promuovere e sostenere lo sviluppo delle comunità locali;

Richiamati:

- Il DPCM 14.02.2001: "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie" che definisce tali prestazioni e attribuisce gli oneri conseguenti al FSN (Fondo Sanitario Nazionale) o agli Enti Locali;
- Il DPCM 29.11.2001: "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza" – Le successive modifiche e integrazione e il DPCM 12.01.2017: "Definizione ed aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza di cui all'art. 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30.12.1992, n. 502", per le parti in vigore o che entreranno in vigore con successivi provvedimenti;
- La Legge Regionale 11.08.2015, n. 23 ad oggetto: "Evoluzione del Sistema socio-sanitario 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);
- il Decreto Legislativo 3 luglio 2017, n. 117 ad oggetto: "Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106";
- Legge Regionale 14.12.2021, n. 22 ad oggetto: Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della Legge Regionale 30.12.2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità);
- La D.G.R. XII/1473 del 04.12.2023 ad oggetto: "Indicazioni in merito alla programmazione sociale territoriale per l'anno 2024 e al percorso di definizione delle Linee di indirizzo per il triennio 2025-2027 dei Piani di Zona.
- La D.G.R. XII/2167 del 15.04.2024 ad oggetto: "Approvazione delle Linee di indirizzo per la programmazione sociale territoriale per il triennio 2025-2027 – (di concerto con l'Assessore Bertolaso);"
- La D.G.R. XII/2089 del 25.03.2024 ad oggetto: Approvazione delle Linee di indirizzo per i Piani di sviluppo del Polo Territoriale delle ASST (PPT) ai sensi dell'art. 7 c. 17 della L.R. 30.12.2009, n. 33 "Testo unico delle Leggi regionali in materia di sanità", così come modificata dalla L.R. di riforma del 14.12.2021 n. 22, in attuazione della D.G.R. XII/1827/2024 – (di concerto con l'Assessore Lucchini)

Tenuto conto che:

I Piani di Zona, di norma, vengono adottati dai soggetti istituzionali del territorio attraverso la sottoscrizione di Accordi di Programma così come previsto dall'art. 34 del Decreto legislativo 267/2000 nonché dalla Legge Regionale del 12.03 2008. n. 3 e ss.mm.ii.), cui possono aderire i soggetti del Terzo Settore che intendono partecipare alla costruzione del Welfare locale.

- L'insieme dei riferimenti normativi sopracitati individuano il Piano di Zona 2025-2027 quale strumento di programmazione in ambito locale della rete di offerta sociale di questo Ambito, tale documento viene allegato quale parte integrante e sostanziale del presente Accordo, adottato dall'Assemblea dei Sindaci il 02.12.2024.

Art. 1 – Definizione

L'Accordo di Programma è lo strumento con il quale le Amministrazioni interessate all'attuazione del Piano di Zona coordinano i rispettivi interventi per il raggiungimento degli obiettivi previsti, determinandone ruoli e impegni e definendo i sistemi di partecipazione sia politica che economica e gestionale.

Art. 2 – Soggetti sottoscrittori dell'Accordo di Programma

I sottoscrittori del presente Accordo sono responsabili dell'attuazione delle azioni e degli obiettivi indicati nel documento di Piano e sono legittimanti nella regolazione di diversi rapporti di collaborazione, per implementare un Welfare di comunità sostenibile.

Sottoscrivono il presente Accordo tutti i Sindaci dei Comuni appartenenti all'Ambito Distrettuale:

- Gallarate (Ente capofila)
- Albizzate
- Cairate
- Cassano Magnago
- Cavaria con Premezzo
- Jerago con Orago
- Oggiona con Santo Stefano
- Samarate
- Solbiate Arno

Tra i nove Comuni vige anche un rapporto convenzionale.

Sono altresì sottoscrittori dell'Accordo di Programma l'Agenzia di Tutela della Salute dell'Insubria (A.T.S. Insubria). e Azienda socio-sanitaria territoriale Valle Olona (ASST Valle Olona).

Art. 3 – Soggetti aderenti all'Accordo di Programma

Possono aderire al presente Accordo gli organismi rappresentativi del Terzo Settore, operanti nel territorio che partecipano, attraverso il Tavolo Locale Permanente di Confronto con i soggetti del Terzo Settore e i rispettivi Tavoli Tematici, per l'attuazione del Piano di Zona di questo Ambito.

Art. 4 - Funzioni e responsabilità del Comune capofila

Il Comune di Gallarate, 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 ai sensi della convenzione;
- 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 come definito dalla Convenzione tra i Comuni dell'Ambito 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.

Art. 5 – Adempimenti dei Comuni dell'ambito

Tutti i Comuni sottoscrittori del presente accordo collaborano con l'Ente capofila a realizzare tutte le azioni necessarie per l'attuazione del Piano di Zona ed in particolare:

- definiscono in forma partecipata, insieme con gli altri attori del territorio, il Sistema locale integrato di servizi, interventi e prestazioni sociali;
- perseguono gli obiettivi individuati con le modalità definite nel Piano di Zona;
- garantiscono le condizioni culturali, organizzative ed economiche necessarie per il raggiungimento dei risultati attesi;
- provvedono ad erogare all'Ente capofila le assegnazioni finanziarie previste dal Piano di Zona per la realizzazione dei servizi e degli interventi in forma associata;
- individuano in collaborazione tra tutti ed eventualmente mettono a disposizione le strutture e le attrezzature di proprietà necessarie per la realizzazione del Piano di Zona;
- realizzano gli interventi approvati con il Piano di Zona nei termini di rispettiva competenza;
- trasmettono i dati informativi utili alla programmazione secondo le modalità individuate dall'Ufficio di Piano.

Art. 6 – Adempimenti dell'Agenzia di Tutela della Salute dell'Insubria

ATS Insubria:

- esercita la propria funzione di *governance* nell'ambito della programmazione, dell'integrazione tra le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali;
- facilita le modalità di lavoro congiunte tra l'ASST e l'Ambito Territoriale Sociale;
- favorisce e supporta, mediante le funzioni proprie dei suoi Dipartimenti, il processo di armonizzazione tra il Piano di Zona triennale dell'Ambito Territoriale Sociale di Gallarate e il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale dell'ASST Valle Olona;
- assicura l'efficace realizzazione dei LEPS di integrazione (LEPS considerati prioritari ex DGR 2167/2024);
- sviluppa percorsi di integrazione in aree di policy che richiedono un impegno programmatico ed interventi congiunti tra gli Attori del welfare territoriale, mediante il:
 - ✓ potenziamento del lavoro congiunto tra i servizi territoriali;
 - ✓ rafforzamento della presa in carico integrata;
 - ✓ consolidamento e/o lo sviluppo di progettualità a carattere sovra zonale.

Si evidenzia la rilevanza, con funzioni consultive, della Cabina di Regia Integrata di ATS Insubria (istituita ai sensi degli artt. 6 comma 6 e 6 bis – L.R. n. 33/2009 e ss.mm.ii.) all'interno del Dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie con quelle sociali (Dipartimento PIPSSS) ai fini della programmazione e del governo degli interventi a garanzia della continuità ed unitarietà dei percorsi di presa in carico delle famiglie e dei loro componenti con fragilità.

Detta Cabina di Regia:

- raccorda le necessità di integrazione e funzionamento della rete sanitaria, sociosanitaria e sociale con i bisogni espressi dal territorio con l'obiettivo di ridurre la frammentazione nell'utilizzo delle risorse e nell'erogazione degli interventi, al fine di garantire una risposta appropriata ed individualizzata ai bisogni dei cittadini;
- collabora alla definizione di linee guida e modelli omogenei per lo sviluppo dell'integrazione dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali in raccordo con la Direzione Sociosanitaria dell'ASST Valle Olona;

- favorisce l'attuazione delle linee di indirizzo per la programmazione sociale territoriale, promuovendo strumenti di monitoraggio degli interventi e rileva situazioni di criticità di natura sociale e sociosanitaria riscontrate nel territorio di competenza;
- esplica la funzione di raccordo, coordinamento e concertazione con la Cabina di Regia dell'ASST.

Nel triennio 2025-2027 ATS Insubria darà continuità alle strategie di *governance* volte a favorire il coinvolgimento di tutti i Soggetti titolari degli interventi a valenza sociosanitaria e socioassistenziale per dare piena attuazione al principio di sussidiarietà.

A tale scopo attuerà percorsi metodologici finalizzati a valorizzare e promuovere le attività degli Enti del Terzo Settore e del Volontariato, in particolare:

- implementazione del raccordo interistituzionale con il Terzo Settore mediante la costituzione di un organismo di coordinamento di secondo livello in staff alla Direzione Generale di ATS;
- sviluppo della programmazione congiunta tra l'ATS, le ASST, i soggetti del Terzo Settore e gli Ambiti Territoriali Sociali mediante la concretizzazione degli istituti della co-programmazione e co-progettazione negli ambiti della prevenzione (screening per patologie prevalenti, disagio giovanile e decadimento psicofisico nella popolazione anziana), del sostegno al progetto di vita delle persone disabili e dei percorsi di inclusione sociale;
- avviamento di alleanze territoriali per una maggiore sinergia tra le risorse, gli Attori e i progetti in favore della famiglia promuovendo il welfare generativo/d'iniziativa;
- valorizzazione delle molteplici linee di attività degli Enti di Terzo Settore;
- predisposizione di un regolamento per l'amministrazione condivisa in relazione all'istituto della co-programmazione e della co-progettazione con gli Enti del Terzo Settore (art. 55 del D. Lgs. 3 luglio 2017, n. 117);
- attivazione percorsi formativi per la formazione di facilitatori territoriali in grado di avviare le reti in alcuni territori pilota (ASST/Ambiti Territoriali Sociali/Associazione) al fine di sperimentare il modello di intervento.

ATS Insubria, inoltre:

- favorisce l'integrazione operativa degli Enti sanitari e sociali e la ricomposizione degli interventi posti in atto per la cura e l'assistenza della persona, supporta l'interoperabilità di banche dati/piattaforme e la possibilità di integrare fonti di dati in capo ai diversi Attori;
- promuove la realizzazione di uno strumento integrato *web-based*, che dovrà tendere, nel triennio 2025-2027, alla configurazione di una cartella sociale informatizzata integrata. L'applicativo verrà sperimentato in fase iniziale presso tre Ambiti Territoriali in integrazione alle ASST competenti per territorio.
- sostanzia l'integrazione gestionale ed operativa, in quanto facilita la condivisione di elementi valutativi sociosanitari e sociali, grazie all'applicativo (cartella sociale informatizzata integrata), relativi alle fasi di:
 - ✓ accesso in cui si manifesta il bisogno;
 - ✓ valutazione del bisogno, anche in modo integrato tra gli operatori di diversi Enti;
 - ✓ progettazione dei servizi;
 - ✓ erogazione del servizio;
 - ✓ valutazione e monitoraggio;
- facilita l'analisi delle caratteristiche demografiche ed epidemiologiche della popolazione afferente all'intero del territorio mediante:
 - ✓ identificazione dei bisogni di natura sanitaria e sociosanitaria rilevati dai Flussi della BDA;
 - ✓ individuazione dei profili di salute della popolazione;

- ✓ analisi dei bisogni di natura sociale rilevati dai flussi oggetto di debito informativo da parte degli Ambiti Territoriali Sociali;
- garantisce, nell'esercizio della funzione di *governance*, la lettura ricomposta dei bisogni di natura sociale e delle risposte assicurate nei diversi territori;
- effettua la valutazione inerente all'attuazione dei LEPS considerati prioritari e della programmazione zonale attraverso:
 - ✓ definizione di un set di indicatori per misurare il grado di realizzazione degli interventi rispetto agli obiettivi definiti.

ATS Insubria in coerenza con le indicazioni di Regione Lombardia partecipa al sistema informativo regionale per il monitoraggio quali-quantitativo della programmazione zonale, articolato nelle fasi rendicontativa, conoscitiva e gestionale.

Art. 7 –Adempimenti dell’Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Valle Olona

L’Azienda Socio-Sanitaria Territoriale della Valle Olona nell’ambito del percorso di elaborazione del Piano di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT) ha operato in una logica di piena armonizzazione con il processo di programmazione dei Piani di Zona in capo agli Ambiti Sociali come previsto dalle Linee di Indirizzo per la programmazione sociale territoriale definite dalla DGR XII/2167. Pertanto, alla programmazione di interventi in risposta alla domanda di salute del distretto con riferimento ai LEA, corrisponde in logica di integrazione anche una risposta ai LEPS di ambito sociale, con particolare riferimento ai cinque identificati dalla DGR XII/2167 (i.e. prevenzione dell’allontanamento familiare, Servizi sociali per le dimissioni protette, Valutazione multidimensionale e progetto personalizzato, PUA integrati e UVM, Incremento SAD).

L’ASST Valle Olona entro una logica programmatica e di armonizzazione con i Piani di Zona degli Ambiti di Busto Arsizio, Castellanza, Gallarate, Saronno, Somma Lombardo, Sesto Calende e Tradate si impegna a:

- partecipare alla Cabina di Regia istituita presso ATS per sviluppare l'integrazione delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali al fine di ridurre la frammentazione territoriale;
- concorrere con ATS e l'Ambito alla lettura integrata del bisogno territoriale e alla co programmazione degli interventi integrati di natura sociale, sanitaria e sociosanitaria;
- concorrere con l'Ambito alla realizzazione e al monitoraggio delle progettualità dei cinque LEPS principali, così come riportato nelle schede progetto inserite nel Piano di Sviluppo del Polo Territoriale e nel Piano di Zona.

Art. 8 – Il Piano di Zona.

Il Documento di Piano 2025-2027, contiene indicazioni in ordine agli obiettivi e le priorità per il Welfare locale e persegue gli obiettivi indicati dalla normativa regionale di riferimento, tra cui il processo di programmazione orientato a un modello di policy integrato e trasversale operato in forte sinergia tra Ambiti territoriali, ATS e ASST e Terzo Settore.

Art. 9 – Organi di gestione del Piano di Zona

L’Assemblea dei Sindaci è l’organo politico con funzione strategica e di garanzia che svolge le seguenti funzioni:

- definisce indirizzi, linee guida e contenuti del Piano di Zona, modificazioni e integrazioni;
- promuove e controlla l'attuazione degli interventi/azioni contenute nel Piano di Zona;
- definisce la destinazione e l'utilizzo delle risorse;
- attiva il processo di programmazione delle diverse attività;
- individua gli obiettivi, nonché le relative risorse a disposizione;
- definisce, approva e sottoscrive le diverse tipologie di accordi, convenzioni, collaborazione con Enti Terzi;
- verifica e valuta i Progetti in collaborazione con il Tavolo dei Tecnici;
- valuta/approva le proposte del Tavolo dei Tecnici relative al fabbisogno di personale.

Sono individuati quali Organi tecnico-amministrativi:

UFFICIO DI PIANO - struttura tecnico organizzativa di supporto e coordinamento alla realizzazione delle attività previste nel Piano di Zona, con funzioni di programmazione e promozione di nuovi strumenti e azioni di Welfare.

Nello specifico:

- supporta l'Assemblea dei Sindaci ed il Tavolo dei Tecnici in tutte le fasi del processo programmatico;
- gestisce gli atti conseguenti all'approvazione del Piano di Zona e quant'altro previsto dalla normativa vigente in materia;
- ha funzione di studio, elaborazione e istruttoria degli atti;
- rappresenta l'Ambito all'interno delle Cabine di Regia (ATS e ASST) e dei Tavoli sovra distrettuali presso Regione, ATS, ASST, Provincia;
- è parte attiva nella co-programmazione, co-progettazione e co-gestione con l'ATS, ASST e con il Terzo Settore.

L'Ufficio di Piano potrà avvalersi per lo svolgimento delle attività convenzionate della struttura organizzativa e dei procedimenti amministrativi propri del Comune di Gallarate, nonché in subordine, anche di quelli dei Comuni convenzionati.

- TAVOLO DEI TECNICI – è costituito dai Responsabili o Referenti dei Servizi Sociali dei Comuni dell'Ambito ed il Responsabile coordinatore dell'Ufficio di Piano, nominati con atto formale dagli Enti di appartenenza che dovranno garantire la presenza di almeno quattro ore settimanali di cui almeno tre in compresenza.
- Nello specifico svolge le seguenti funzioni:
- studio e predisposizione del Piano di Zona;
- coordinamento delle attività connesse alla sua attuazione e di quant'altro previsto dalla normativa vigente in materia;
- attività di co-progettazione e co-gestione con Regione, ATS, ASST e Provincia nonché Tavolo locale permanente di confronto con i Enti del Terzo Settore (ETS);
- supporto all'Assemblea dei Sindaci in tutte le fasi del processo programmatico;
- direzione collegiale tramite la suddivisione interna di incarichi e compiti operativi e l'unitarietà e condivisione delle decisioni per quanto riguarda contenuti, tempi e metodi;
- azioni di progettazione, monitoraggio e verifica delle attività;
- coordinamento dei Tavoli Tematici;
- costruzione e governo della rete;
- definizione degli stanziamenti finanziari da sottoporre all'Assemblea dei Sindaci;
- messa in rete di "Buone Prassi";
- ✓ costruzione di regolamenti condivisi;
- ✓ raccolta, analisi ed aggiornamento dei dati necessari alla stesura ed alla gestione del Piano e delle rendicontazioni richieste;

- ✓ azioni di monitoraggio e di verifica dell'andamento del processo.

TAVOLO LOCALE PERMANENTE DI CONFRONTO CON GLI ENTI DEL TERZO SETTORE, costituito da una componente istituzionale e dai Rappresentanti degli Enti del Terzo Settore, gli Enti religiosi civilmente riconosciuti aderenti al Piano di Zona per la triennalità di programmazione, identificati tramite specifica manifestazione di interesse.

E' prevista la partecipazione delle Organizzazioni sindacali ai sensi della Legge 328/2000.

La componente istituzionale è costituita da:

- Presidente dell'Assemblea dei Sindaci o suo delegato formalmente nominato, che svolge le funzioni di Presidente;
- Responsabili referenti dei Servizi Sociali dei Comuni;
- Direttore distretto socio-sanitario ASST Valle Olona o suo delegato.
- Responsabile coordinatore dell'Ufficio di Piano.
- Rappresentanti delle Organizzazioni Sindacali
- Rappresentanti di Enti religiosi civilmente riconosciuti

La componente del Terzo Settore è costituita da:

- rappresentante legale o suo delegato degli Enti del Terzo Settore aderenti al Piano di Zona 2025-2027, come definiti ai sensi del Decreto Legislativo 3 luglio 2017, n. 117, identificati tramite specifica manifestazione di interesse.
- Il Tavolo articola le proprie attività operando con specifici gruppi di lavoro denominati Tavoli Tematici sulle seguenti aree:
- Povertà Integrazione e Multietnicità, Salute Mentale, Prevenzione Dipendenze;
- Anziani;
- Persone con disabilità;
- Minori e Famiglie.

Funzioni:

- condivisione di conoscenze ed informazioni;
- individuazione delle problematiche;
- raccordo con il territorio ed attivazione della rete operativa;
- analisi e programmazione delle soluzioni alle problematiche sociali identificate nel territorio nelle diverse aree;
- approfondimento tematiche specifiche.

Art. 10 –Modalità di verifica e monitoraggio dell'attuazione dell'Accordo di Programma

Gli organi tecnico-amministrativi monitorano periodicamente l'attuazione dell'Accordo e la realizzazione delle azioni previste dal Piano di Zona. Periodicamente l'Ufficio di Piano relaziona agli Organi politici, affinché gli stessi verifichino il rispetto degli impegni che la sottoscrizione dell'atto comporta per ciascun soggetto istituzionale.

Art. 11 - Durata

Il presente Accordo di Programma ha durata, conformemente alla durata del Piano di Zona, a decorrere dal 01.01.2025 al 31.12.2027, salvo eventuali proroghe disposte da Regione Lombardia. Eventuali modifiche, integrazioni ed aggiornamenti di Piano, che si rendessero necessari nel corso della gestione, saranno preventivamente concordati fra tutti i soggetti istituzionali sottoscrittori.

All. - Piano di Zona 2025-2027.

DISTRETTO DI GALLARATE - UFFICIO DI PIANO



PIANO DI ZONA 2025-2027 AMBITO TERRITORIALE DI GALLARATE

**AI SENSI DGR 15.04.2024 N. XII/2167
“Linee di indirizzo per la programmazione sociale
territoriale per il triennio 2025-2027”**

SOMMARIO

INTRODUZIONE	13
1. ESITI DELLA PROGRAMMAZIONE DI AMBITO 2021-2023	18
1.1 OBIETTIVI DI PIANO	19
OBIETTIVI TRASVERSALI	19
OBIETTIVI MACRO-AREA: POLITICHE ABITATIVE	19
OBIETTIVI MACRO-AREA: PROMOZIONE INCLUSIONE ATTIVA	19
OBIETTIVI MACRO-AREA: DOMICILIARITÀ	20
OBIETTIVI MACRO-AREA: ANZIANI	20
OBIETTIVI MACRO-AREA: POLITICHE GIOVANILI E PER MINORI	20
OBIETTIVI MACRO-AREA: INTERVENTI CONNESSI ALLE POLITICHE PER IL LAVORO	21
OBIETTIVI MACRO-AREA: INTERVENTI PER LA FAMIGLIA	21
OBIETTIVI MACRO-AREA: INTERVENTI A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ	21
1.2 SCHEMA DI VALUTAZIONE	22
1.3 VALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI DI PIANO	23
1 – MAPPATURA, COLLABORAZIONE E MESSA IN RETE	23
2 – CO-PROGETTAZIONE E VALORIZZAZIONE DELLE COMPETENZE PROGETTUALI	24
A – STRATEGIE PER L’ABITARE	25
B - SVILUPPARE, RAFFORZARE E CONNETTERE INIZIATIVE PER INTEGRAZIONE-INCLUSIONE-ACCESSO	27
C - INIZIATIVE PER POTENZIARE I SERVIZI A ELEVATA INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA	29
D - POTENZIARE IL SUPPORTO ALLA DOMICILIARITÀ	32
E - ADOZIONE DI CORRETTI STILI DI VITA PER GLI ANZIANI	33
F - COSTRUZIONE DI PROGETTUALITÀ CONDIVISE DI PROMOZIONE-PREVENZIONE PER MINORI E FAMIGLIE ALL’INTERNO DELL’AMBITO	35
G - RAFFORZARE GLI STRUMENTI DELLA TUTELA MINORILE	36
H – OBIETTIVO RETE LAVORO	38
I – SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ	39
L – MANTENERE LA PARTECIPAZIONE ALLA RETE TERRITORIALE INTERISTITUZIONALE ANTIVIOLENZA	40
M – SOSTEGNO AI CAREGIVER	41
N – ABITARE PER IL DURANTE DOPO DI NOI	43
O – EDUCATIVA DOMICILIARE	44
P – MIGLIORARE LA PROGRAMMAZIONE DEL TRASPORTO SOCIALE	46
1.4 CONCLUSIONI	47
2. DATI DI CONTESTO E QUADRO DELLA CONOSCENZA	47
2.1 POPOLAZIONE E INDICI DEMOGRAFICI	47
2.2 LA POPOLAZIONE ANZIANA E GLI ANZIANI SOLI	49
2.3 POPOLAZIONE STRANIERA	50
2.4 RISORSE IMPIEGATE NEL SETTORE SOCIALE	51
3. ANALISI DEI SOGGETTI E DELLE RETI PRESENTI SUL TERRITORIO	53
3.1 RETE DI OFFERTA SANITARIA, SOCIO-SANITARIA E SOCIO-ASSISTENZIALE	53
3.2 I SOGGETTI E I NETWORK ATTIVI SUL TERRITORIO	53
3.3 LE RISORSE DEL TERRITORIO EVIDENZIATE NEI TAVOLI DI CO-PROGRAMMAZIONE	54

<u>4. ANALISI DEI BISOGNI E ILLUSTRAZIONE DELLE MOTIVAZIONI ALLA BASE DELLA SCELTA RIGUARDO ALLE AREE INDIVIDUATE PER LA PROGRAMMAZIONE</u>	56
4.1 UTENZA DEI SERVIZI	56
4.2 IL CONTRIBUTO DEGLI STAKEHOLDER ALL'ANALISI DEI BISOGNI	59
4.2.1 I RISULTATI DEL QUESTIONARIO PRELIMINARE	59
4.2.2 DIMENSIONI DI BISOGNO	60
4.2.3 I RISULTATI DEI TAVOLI DI CO-PROGRAMMAZIONE	61
4.3 ILLUSTRAZIONE DELLE MOTIVAZIONI ALLA BASE DELLA SCELTA RIGUARDO ALLE AREE INDIVIDUATE PER LA PROGRAMMAZIONE	63
<u>5. INDIVIDUAZIONE DEGLI OBIETTIVI DI AMBITO DELLA PROGRAMMAZIONE 2025-2027</u>	64
5.1 OBIETTIVI TRASVERSALI	64
5.2 OBIETTIVI MACRO-AREA: CONTRASTO ALLA POVERTÀ E ALL'EMARGINAZIONE SOCIALE E PROMOZIONE DELL'INCLUSIONE ATTIVA	82
5.3 OBIETTIVI MACRO-AREA: POLITICHE ABITATIVE	87
5.4 OBIETTIVI MACRO-AREA: DOMICILIARITÀ	93
5.5 OBIETTIVI MACRO-AREA: ANZIANI	97
5.6 OBIETTIVI MACRO-AREA: POLITICHE GIOVANILI E PER MINORI	104
5.7 OBIETTIVI MACRO-AREA: INTERVENTI CONNESSI ALLE POLITICHE PER IL LAVORO	114
5.8 OBIETTIVI MACRO-AREA: INTERVENTI PER LA FAMIGLIA	118
5.9 OBIETTIVI MACRO-AREA: INTERVENTI A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ	127
5.10 OBIETTIVI MACRO-AREA: INTERVENTI DI SISTEMA PER IL POTENZIAMENTO DELL'UFFICIO DI PIANO E IL RAFFORZAMENTO DELLA GESTIONE ASSOCIATA	151
<u>6. DEFINIZIONE DI UN SISTEMA PER LA VALUTAZIONE DELLE POLITICHE E DELLE AZIONI, ATTRAVERSO LA DETERMINAZIONE DI INDICATORI DI RISULTATO QUANTITATIVI E QUALITATIVI</u>	155
6.1 IMPIANTO METODOLOGICO	155
6.2 APPROCCIO METODOLOGICO	155
6.3 TECNICHE DI VALUTAZIONE	156
6.4 RISORSE STRUMENTALI PER LA RACCOLTA DATI	156
6.5 CRONOPROGRAMMA	156
<u>7. INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA</u>	157
7.1 OBIETTIVI LEPS	157
7.1.1 AMBITO TERRITORIALE SOCIALE	157
7.1.2 ASST VALLE OLONA	183
7.2 – ATS-INSUBRIA – OBIETTIVI STRATEGICI 2025-2027 E PROPOSTA PROGETTUALE DI IMPLEMENTAZIONE CARTELLA SOCIALE INFORMATIZZATA ED INTEGRATA	195
7.2.1 ATS INSUBRIA	195
7.2.2 OBIETTIVI STRATEGICI–TRIENNIO 2025-2027	195
7.2.3 IMPLEMENTAZIONE CARTELLA SOCIALE INFORMATIZZATA ED INTEGRATA PROPOSTA PROGETTUALE DI ATS INSUBRIA	198

Ambito di Gallarate – Documento di Piano 2025-2027

Introduzione

Il Piano di Zona 2025-2027 si inserisce in un contesto di profondi cambiamenti che hanno modificato la governance del welfare territoriale, i bisogni della comunità e le sfide sociali. L'esperienza della pandemia ha messo in evidenza la necessità di percorsi cooperativi e innovativi tra attori pubblici e privati, consolidando nuovi modelli di intervento orientati all'integrazione sociosanitaria e alla trasversalità delle azioni.

Il presente Piano di Zona si pone in sostanziale continuità con quello precedente, sviluppando e integrando alcuni degli obiettivi posti nella scorsa programmazione alla luce della consultazione con gli stakeholders del territorio. In questi momenti programmatori sono emersi bisogni che riguardano il miglioramento dell'accesso ai servizi da un punto di vista della conoscenza del cittadino/utente dell'offerta del territorio e della mobilità verso i servizi, inoltre è emersa la necessità di programmare interventi continuativi e che possano essere sostenibili nel tempo. Tutto ciò richiede una loro soddisfazione nel corso del triennio. Pur ponendosi in continuità con la triennalità 2021-2023, il documento attuale è però caratterizzato da alcune novità introdotte dalla DGR n. 2167 del 15.04.2024, ovvero il documento sulle linee guida regionali per la scrittura del Piano di Zona; le novità riguardano:

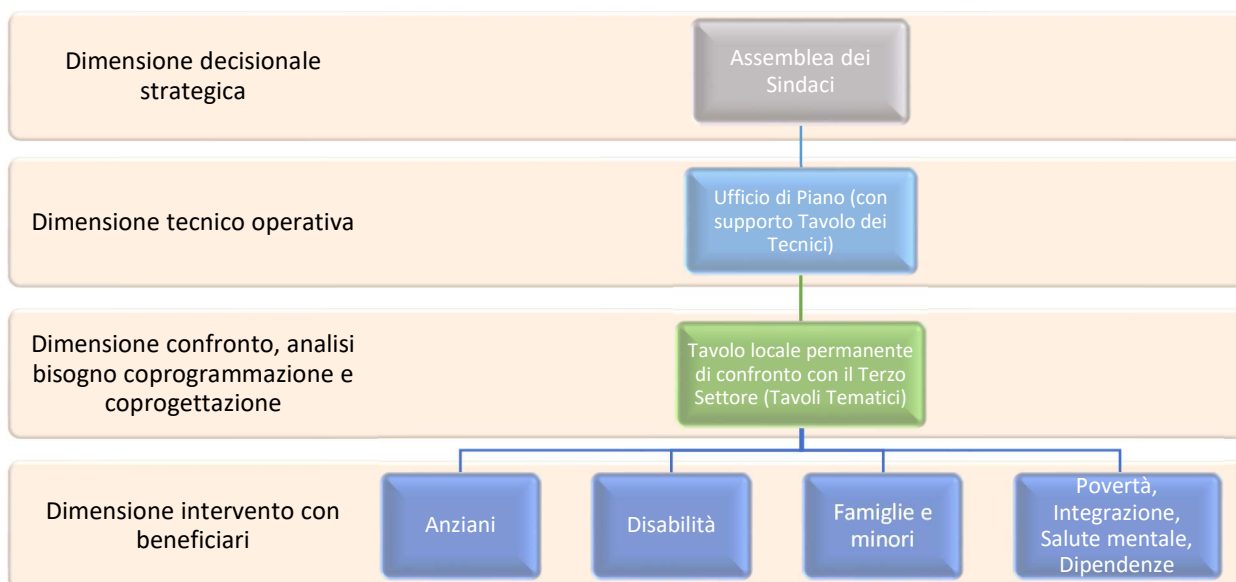
- La programmazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) definiti dalla Legge di bilancio 2022, ovvero la Legge n. 234/2021;
- L'armonizzazione con l'ASST nella scrittura dei documenti programmatori e soprattutto nella collaborazione sulla programmazione degli obiettivi sociosanitari.

In risposta alle sfide poste da queste due novità, è stato stimolato lo sviluppo di canali comunicativi e modalità organizzative tra l'Ambito sociale e sanitario, utili nel perseguimento dell'integrazione sociosanitaria del sistema territoriale dei servizi.

Il presente documento di Piano 2025-2027 è stato redatto in base al format fornito da Regione Lombardia e alle indicazioni contenute nelle "Linee di indirizzo per la programmazione sociale territoriale per il Triennio 2025-2027", di cui alla Delibera di Giunta della Regione Lombardia n. 2167/2024. Esso riporta in modo sintetico gli esiti della programmazione zonale 2021-2023, i principali dati di contesto e la ricostruzione del quadro della conoscenza del territorio, l'analisi dei bisogni, delle risposte ai bisogni, nonché dei soggetti e della rete presente sul territorio, il sistema per la valutazione delle politiche e delle azioni e, in modo più dettagliato, gli obiettivi e le azioni condivise a livello di Ambito territoriale.

La struttura organizzativa dell'Ambito di Gallarate

Il Piano di Zona, ai sensi della normativa vigente, è realizzato dai Comuni facenti parte dell'Ambito Territoriale Sociale (ATS) di Gallarate secondo la seguente **Struttura Organizzativa**:



ASSEMBLEA dei SINDACI

Composizione

L'Assemblea dei Sindaci è costituita dai Sindaci dei Comuni dell'Ambito di Gallarate o loro delegati. Partecipano inoltre il Direttore Generale ATS Insubria o suo delegato, Direttore Generale ASST Valle Olona o suo delegato, il Responsabile dell'Ufficio di Piano o suo delegato ed il verbalizzante.

Funzioni

- Definisce indirizzi, linee guida e contenuti del Piano di Zona, modificazioni ed integrazioni;
- Promuove e controlla l'attuazione degli interventi/azioni contenute nel Piano di Zona;
- Definisce la destinazione ed utilizzo delle risorse finanziarie;
- Attiva il processo di programmazione delle diverse attività;
- Individua gli obiettivi, nonché le relative risorse a disposizione;
- Definisce, approva e sottoscrive le diverse tipologie di accordi, convenzioni, collaborazioni con Enti Terzi;
- Verifica e valuta i progetti in collaborazione con il Tavolo dei Tecnici;
- Valuta/approva le proposte del Tavolo Tecnico relative al fabbisogno del personale.

Sede

Sala messa a disposizione dal Comune Capofila.

Elementi operatività

La sinergia tra i Comuni appartenenti all'Ambito Territoriale si realizza attraverso l'Assemblea dei Sindaci.

L'Assemblea dei Sindaci rappresenta sin dal momento di avvio dei lavori di stesura del Piano di Zona e per tutte le successive fasi attuative, l'organismo politico di indirizzo e di approvazione delle scelte programmatiche e progettuali che il Piano implica.

Il Tavolo dei Tecnici partecipa, su richiesta degli Amministratori, ai lavori dell'Assemblea dei Sindaci, introducendo e presentando gli argomenti previsti all'Ordine del giorno.

Ogni decisione ed intervento approvato dall'Assemblea dei Sindaci viene sempre attuato in modo omogeneo all'interno dell'Ambito.

Il processo programmatico è discusso in Assemblea dei Sindaci e viene rappresentato per una condivisione di obiettivi e finalità con il Tavolo dei Tecnici, concorrendo a definire una visione integrata e complessiva dei fabbisogni e delle priorità di intervento all'interno dell'Ambito.

IL TAVOLO DEI TECNICI

Composizione

Il Tavolo dei Tecnici è costituito dai Responsabili o Referenti dei Servizi Sociali dei Comuni dell'Ambito ed il Responsabile Coordinatore dell'Ufficio di Piano, nominati con atto formale dagli Enti di appartenenza, che dovranno garantire la presenza di almeno 4 ore settimanali di cui almeno 3 in compresenza.

Funzioni

- Studio e predisposizione del Piano di Zona;
- Coordinamento delle attività connesse alla sua attuazione e di quant'altro previsto dalla normativa vigente in materia;
- Attività di co-programmazione, co-progettazione e co-gestione con Regione, ATS, ASST e Provincia e Tavolo locale permanente di confronto con gli Enti del Terzo Settore;
- Supporto all'Assemblea dei Sindaci in tutte le fasi del processo programmatico;
- Direzione collegiale dell'Ufficio di Piano attraverso la suddivisione interna di incarichi e compiti operativi e l'unitarietà e condivisione delle decisioni per quanto riguarda contenuti, tempi e metodi;
- Azioni di progettazione, monitoraggio e verifica delle attività;
- Coordinamento dei Tavoli Tematici;
- Costruzione e governo della rete;
- Definizione degli stanziamenti finanziari da sottoporre all'Assemblea dei Sindaci;
- Messa in rete di "Buone Prassi";
- Predisposizione di regolamenti condivisi;
- Raccolta, analisi ed aggiornamento dei dati necessari alla stesura ed alla gestione del Piano e delle rendicontazioni richieste;
- Azioni di monitoraggio e di verifica dell'andamento del processo.

Sede

Il Tavolo dei Tecnici si riunisce presso una sede messa a disposizione dal Comune Capofila, reperita presso il patrimonio del Comune stesso o presso altre proprietà.

UFFICIO di PIANO

L'Ufficio di Piano è il centro organizzativo che fornisce supporto tecnico-amministrativo all'Assemblea dei Sindaci per quel che riguarda la programmazione sociale in forma associata e il suo monitoraggio, garantendo il coordinamento degli interventi e delle azioni concernenti le politiche di welfare di competenza dei Piani di Zona.

Gli Uffici di Piano hanno quindi una centralità strategica per quel che concerne la programmazione e l'implementazione delle politiche sociali in quanto si trova a governare misure e fonti di finanziamento differenti, provenienti da diversi livelli di governo, da integrare sul territorio con la programmazione sociale adottata dai singoli comuni.

Funzioni

Ai sensi dell'art.18, comma 10, della L.R. 3/2008 "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio sanitario" l'Ufficio di Piano è la struttura tecnico-amministrativa che assicura il coordinamento degli interventi e l'istruttoria degli atti di esecuzione del Piano di Zona.

L'Ufficio di Piano si configura come Ufficio Sovracomunale dei Comuni dell'Ambito per l'attuazione del Piano di Zona e di quanto previsto dalla normativa vigente. Sarà gestito nel corso del triennio di programmazione territoriale, tramite l'"Accordo di Programma" e specifica Convenzione, nonché sulla base di specifiche direttive dettate da Regione Lombardia tramite ATS.

La DGR n. 8551 del 3/12/2008 definisce tale ufficio "soggetto di supporto alla programmazione, responsabile delle funzioni tecniche, amministrative e della valutazione degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi del Piano di Zona".

In considerazione dell'alto livello assegnato alla programmazione zonale appare fondamentale che la pianificazione sia presidiata attraverso professionalità qualificate e modelli organizzativi che consentano di dare valore a tale funzione.

Funzioni

- supporta l'Assemblea dei Sindaci ed il Tavolo dei Tecnici in tutte le fasi del processo programmatico;
- gestisce gli atti conseguenti all'approvazione del Piano di Zona e quant'altro previsto dalla normativa vigente in materia;
- ha funzione di studio, elaborazione e istruttoria degli atti;
- rappresenta l'Ambito all'interno della Cabina di Regia e dei Tavoli sovra distrettuali presso la Regione, l'ATS, l'ASST e la Provincia;
- potrà avvalersi per lo svolgimento delle attività convenzionate della struttura organizzativa e dei procedimenti amministrativi propri del Comune di Gallarate, nonché in subordine, anche di quelli dei Comuni convenzionati;
- è parte attiva nella co-programmazione, co-progettazione e co-gestione con l'ATS, l'ASST e con il Terzo Settore.

Compiti

- la programmazione, pianificazione e valutazione degli interventi;
- la costruzione e gestione del budget;
- l'amministrazione delle risorse complessivamente assegnate (Fondo Nazionale Politiche Sociali, Fondo povertà, Fondo Sociale Regionale, Fondo per non autosufficienze, Fondo Nazionale Dopo di Noi, quote dei Comuni e altri Fondi dedicati);
- il coordinamento degli interventi;
- l'elaborazione di progetti condivisi su tutto il territorio dell'Ambito;
- l'attività di monitoraggio sull'attuazione del Piano di Zona;
- il coordinamento della partecipazione dei soggetti sottoscrittori e aderenti all'Accordo di Programma;
- risponde, inoltre, nei confronti dell'Assemblea dei Sindaci, dell'ATS e della Regione, della correttezza, attendibilità e puntualità degli adempimenti previsti rispetto ai debiti informativi regionali e nazionali;

Composizione

La Direzione dell'Ufficio di Piano è affidata ai Componenti del Tavolo dei Tecnici (Responsabile coordinatore dell'Ufficio di Piano, Responsabili o Referenti dei Servizi Sociali dei Comuni del Distretto), con presenza di 4 ore settimanali di cui almeno 3 in compresenza.

Per l'attuazione degli interventi previsti nel Piano di Zona 2025-2027, si ipotizza la seguente dotazione organica:

- 1 Posizione Organizzativa dedicata 100%
- 2 figure amministrative full time per attività di segreteria
- 1 Assistente Sociale 50%
- 1 Assistente Sociale 100% (dedicata PUA)

messi a disposizione dal Comune Capofila, che potrà essere modificata in ragione di necessità operative specifiche.

L'Ufficio di Piano si riunisce presso una sede messa a disposizione dal Comune Capofila, reperita presso il patrimonio del Comune stesso o presso altre proprietà.

1. Esiti della programmazione di Ambito 2021-2023

Il presente documento è funzionale alla valutazione condivisa in sede di Tavolo Tecnico del Piano di Zona in chiusura.

Vengono dapprima riepilogati gli obiettivi e le azioni di piano previsti nel triennio 2021-2023.

Quindi viene illustrata la griglia di valutazione contenuta nelle Linee di indirizzo di cui alla DGR XII 2167 15.04.2024 - Linee guida PdZ.

Nel seguito, la griglia viene applicata alle azioni e agli obiettivi di piano, raggruppati in aree di intervento.

1.1 Obiettivi di Piano

Obiettivi trasversali

Codice	Titolo	Descrizione
1	Mappatura, collaborazione e messa in rete	Tale obiettivo vuole rispondere alla necessità di creare una rete di servizi territoriali flessibili e, a questo scopo, prevede di realizzare e diffondere uno strumento condiviso per far conoscere competenze e risorse che i vari Enti del territorio hanno a disposizione, specificato nel dettaglio, in modo da agevolare la presa in carico e strutturare protocolli di collaborazione, funzionali a creare sinergie tra servizi e risorse, rendendoli più omogenei nel territorio.
2	Co-progettazione e valorizzazione delle competenze progettuali	Questo obiettivo prevede di creare una rete di soggetti pubblici e privati che possano sviluppare competenze e idee progettuali per capitalizzare le risorse economiche che arriveranno o da candidare a bandi di finanziamento, anche a livello europeo, strutturando modalità di attivazione congiunta e di sistemi di valutazione per raggiungere e soddisfare obiettivi comuni.

Obiettivi macro-area: politiche abitative

Codice	Titolo	Descrizione
A	Strategie per l'abitare	Si intende perseguire: <ul style="list-style-type: none">• il consolidamento dei servizi e degli interventi a supporto dell'abitare stante il crescente bisogno di affitti calmierati;• la creazione di strategie di facilitazione dell'accesso all'abitare in situazione di emergenza e sfratti;• l'attivazione di interventi di aiuto nella gestione del budget familiare riguardante la gestione dell'abitazione e delle spese afferenti;• lo studio di fattibilità e la costruzione di prospettive di sviluppo di medio-lungo periodo dell'area dell'abitare che tenga conto dei diversi bisogni connessi all'ambito della dimensione casa e le misure di coaching abitativo e sviluppo del relativo sistema di valutazione di efficacia ed efficienza dell'utilizzo delle risorse.

Obiettivi macro-area: promozione inclusione attiva

Codice	Titolo	Descrizione
B	Sviluppare, rafforzare e connettere iniziative per Integrazione-inclusione-accesso	Tale obiettivo mira al coinvolgimento attivo della persona con disabilità all'interno della comunità di appartenenza. L'obiettivo si concretizza con lo

Codice	Titolo	Descrizione
		sviluppo, il potenziamento e la connessione di iniziative finalizzate all'integrazione, all'inclusione e all'accesso ai servizi, alla mobilità, all'attività lavorativa e all'organizzazione del tempo libero.
C	Iniziative per potenziare i servizi a elevata integrazione sociosanitaria	Alla luce del processo attuativo della L.R. n. 23/2015 e successive modifiche ed integrazioni e in particolare della graduale presa in carico dei pazienti cronici da parte dei soggetti erogatori accreditati, nonché in considerazione della sempre maggiore evidenza della necessità di una presa in carico integrata (sanitaria, sociosanitaria e sociale) delle persone fragili e delle loro famiglie, si rende necessario consolidare ed implementare gli strumenti per la rilevazione del grado di copertura da parte dei servizi territoriali rispetto ai bisogni della popolazione fragile, della completezza e tempestività delle risposte che vengono date e della misura in cui i servizi dedicati al settore siano appropriati, non si sovrappongano fra loro e riescano a coprire bisogni altrimenti non soddisfatti attraverso altri attori della rete.

Obiettivi macro-area: domiciliarità

Codice	Titolo	Descrizione
D	Potenziare il supporto alla domiciliarità	Costruire una governance capace di coordinare l'azione di una pluralità di attori estremamente eterogenei che possono operare a sostegno della domiciliarità. L'integrazione deve essere attuata a più livelli: tra soggetti del privato e del pubblico, tra sociale e sanitario. S'intende valorizzare un modello in cui alle persone non autosufficienti si procurino i servizi di cui necessitano e non esclusivamente un supporto al reddito finalizzato al pagamento dell'assistente familiare.

Obiettivi macro-area: anziani

Codice	Titolo	Descrizione
E	Adozione di corretti stili di vita per gli anziani	La promozione di stili di vita sani è l'arma più valida per combattere le patologie degenerative, il senso di isolamento, il bisogno di compagnia tipici dell'età senile. L'obiettivo intende promuovere attività che rispecchino gli interessi e i desideri di partecipazione alla vita comunitaria delle persone anziane e parallelamente creino agli stessi dei benefici.

Obiettivi macro-area: politiche giovanili e per minori

Codice	Titolo	Descrizione
F	Costruzione di progettualità condivise di	Tale obiettivo prevede la creazione di

Codice	Titolo	Descrizione
	promozione-prevenzione per minori e famiglie all'interno dell'Ambito	progettualità condivise tra i Comuni dell'Ambito che vadano ad interessare l'importante filone della promozione-prevenzione. Nella costruzione di questi progetti è necessario tenere in considerazione e valorizzare le varie voci presenti sul territorio, in un'ottica di condivisione delle competenze e di lavoro di rete.
G	Rafforzare gli strumenti della tutela minorile	Si intende perseguire una presa in carico territoriale completa della famiglia e dei minori. L'attenzione è rivolta in modo particolare alle situazioni di disagio, negligenza e difficoltà e agli interventi di sostegno e riparazione per le situazioni segnalate dall' autorità giudiziaria.

Obiettivi macro-area: interventi connessi alle politiche per il lavoro

Codice	Titolo	Descrizione
H	Rete Lavoro	Creazione di una rete che possa garantire maggiore coordinamento e minore dispersione delle risorse dei servizi e dei progetti che si occupano di lavoro sul territorio al fine di ridurre il gap tra fasce fragili della popolazione e aumentare le opportunità di inserimento lavorativo e formativo.

Obiettivi macro-area: interventi per la famiglia

Codice	Titolo	Descrizione
I	Sostegno alla genitorialità	Il sostegno alla genitorialità è un percorso che ha l'obiettivo di aiutare le coppie o i singoli genitori nel migliorare la relazione con i figli e le dinamiche familiari, agevolando la crescita di ogni membro della famiglia. Generalmente è un percorso che serve ad ampliare le risorse dei genitori e migliorare la qualità del clima familiare attraverso una maggiore consapevolezza.
L	Mantenere la partecipazione alla rete territoriale interistituzionale anti violenza	Consolidamento della partecipazione dei Comuni del distretto alla rete anti-violenza con Ente capofila Comune di Busto Arsizio.

Obiettivi macro-area: interventi a favore delle persone con disabilità

Codice	Titolo	Descrizione
M	Sostegno ai caregiver	Sviluppare un sistema integrato di interventi per i caregiver (sia familiari che assistenti personali) e le loro famiglie.
N	Abitare per il Durante Dopo di Noi	Tale obiettivo prevede la progettazione e la realizzazione di interventi di abbattimento delle barriere architettoniche e l'individuazione di soluzioni abitative e/o alloggiative per la persona con disabilità.
O	Educativa domiciliare	<ul style="list-style-type: none"> Potenziare gli interventi di assistenza

Codice	Titolo	Descrizione
		<p>educativa in campo domiciliare ed extra domiciliare con particolare attenzione al target dell'età evolutiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promuovere percorsi socio-educativi a favore delle persone con disabilità e dei loro familiari. • Costruire sinergie territoriali tra i vari servizi/istituzioni/Enti/collettività e la famiglia della persona con disabilità. • Sostenere e supportare le famiglie rispetto all'elevato carico assistenziale e educativo.
P	Migliorare la programmazione del trasporto sociale	Garantire una maggior accessibilità ai servizi di trasporto sociale alle persone con disabilità.

1.2 Schema di valutazione

La valutazione di ciascuno degli obiettivi elencati al capitolo precedente segue quanto previsto nelle Linee di indirizzo di cui alla DGR n. 2167/2024 di Regione Lombardia.

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO RISPETTOA CIO' CHE ÈRATO STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE <i>(n. azioni realizzate*100)/n. azioni programmate</i>	<p>0% (nullo) 1-49% (insufficiente) 50-79% (sufficiente) 80-99% (buono) 100% (ottimo)</p>
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVEPERTINENTE)	<i>Customer satisfaction e/o analisi clima aziendale</i>
LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE ESTRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI	<p><i>Gravemente inadeguato Inadeguato Sufficientemente adeguato Adeguato Perfettamente adeguato</i></p>
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE ERISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE <i>(pagato*100)/preventivato</i>	<p><i><100% (non realizzato come programmato o sovrastimato) 100% (ottimo) >100% (sottostimato)</i></p>
CRITICITÀ' RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<i>Indicare i fattori di criticità e definire il piano di miglioramento (nel caso in cui l'obiettivo venga riconfermato parzialmente o totalmente)</i>

QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?	SI/NO (motivare la risposta)
L'OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2018-2020)?	SI/NO
L'OBIETTIVO VERRÀ RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2025-2027?	SI/NO (motivare la scelta)

1.3 Valutazione degli obiettivi di piano

1 – Mappatura, collaborazione e messa in rete

Tale obiettivo vuole rispondere alla necessità di creare una rete di servizi territoriali flessibili e, a questo scopo, prevede di realizzare e diffondere uno strumento condiviso per far conoscere competenze e risorse che i vari Enti del territorio hanno a disposizione, specificato nel dettaglio, in modo da agevolare la presa in carico e strutturare protocolli di collaborazione, funzionali a creare sinergie tra servizi e risorse, rendendoli più omogenei nel territorio.

L'obiettivo era prioritario.

Azioni

- Azione 1: costruzione e implementazione di uno strumento condiviso per far conoscere competenze e risorse che i vari enti del territorio hanno a disposizione, in modo da agevolare la presa in carico.
- Azione 2: Strutturazione di protocolli di collaborazione, funzionali a una presa in carico che crei sinergie tra servizi e risorse.
- Azione 3: Strutturazione del lavoro di rete sulle utenze fragili tramite la creazione di opportuni tavoli di lavoro per creare protocolli di collaborazione tra enti, monitorandone l'attuazione, al fine di rendere più omogenee le risposte nel territorio, in un'ottica di sussidiarietà orizzontale.

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO RISPETTO A CIÒ CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE (n. azioni realizzate*100)/n. azioni programmate	<p>Complessivamente, il grado di raggiungimento dell'obiettivo rispetto a ciò che è stato definito nella programmazione (come da formula) è pari al 100% (ottimo).</p> <p>In particolare, la percentuale di realizzazione di ciascuna azione è pari a Azione 1: 100% Azione 2: 100% Azione 3: 100%</p>
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)	Non pertinente
LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E	Sufficientemente

STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI	<i>adeguato</i>
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE <i>(pagato*100)/preventivato</i>	<i>100% (ottimo)</i>
CRITICITÀ' RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<i>Difficoltà nel coinvolgimento sistematico di ASST nelle progettazioni.</i>
QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICAZIONE?	<i>Il lavoro tra Ambiti ha consentito di non disperdere risorse e riuscire a cogliere più opportunità di finanziamento.</i>
L'OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2018-2020)?	<i>Sì</i>
L'OBIETTIVO VERRÀ RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2025-2027?	<i>Sì</i>

2 – Co-progettazione e valorizzazione delle competenze progettuali

Questo obiettivo prevede di creare una rete di soggetti pubblici e privati che possano sviluppare competenze e idee progettuali per capitalizzare le risorse economiche che arriveranno o da candidare a bandi di finanziamento, anche a livello europeo, strutturando modalità di attivazione congiunta e di sistemi di valutazione per raggiungere e soddisfare obiettivi comuni.

L'obiettivo non era prioritario.

Azioni

- Azione 1: sviluppo di competenze e idee progettuali e messa in rete di soggetti competenti per capitalizzare le risorse economiche che arriveranno, strutturando anche sistemi di valutazione.
- Azione 2: ideazione di progetti da candidare a bandi di finanziamento, anche a livello europeo, in collaborazione e partenariato pubblico-privato, dotandosi delle risorse umane e delle competenze professionali necessarie.
- Azione 3: formazione sulla co-progettazione e progettazione nazionale/europea, oltre che formazione sulle regole della rendicontazione.
- Azione 4: Progettazione per condividere attività sul territorio, modalità di attivazione congiunta, mettere in rete le risorse per raggiungere obiettivi comuni.

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO RISPETTO A CIÒ CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE <i>(n. azioni realizzate*100)/n. azioni programmate</i>	<i>Complessivamente, il grado di raggiungimento dell'obiettivo rispetto a ciò che è stato definito nella programmazione (come da formula) è pari al 75% (sufficiente).</i> <i>In particolare, la percentuale di realizzazione di ciascuna</i>

	<i>azione è pari a</i> <i>Azione 1: 0%</i> <i>Azione 2: 100%</i> <i>Azione 3: 100% (non direttamente come Ambito)</i> <i>Azione 4: 100%</i>
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)	<i>Non pertinente</i>
LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI	<i>Sufficientemente adeguato</i>
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE <i>(pagato*100)/preventivato</i>	<i>100% (ottimo)</i>
CRITICITÀ' RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<i>Difficoltà nell'adeguamento alle nuove linee guida soprattutto in fase di avvio. Difficoltà del Territorio sul fare propri gli strumenti della Co-programmazione, Co-progettazione.</i>
QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMatica?	<i>Non pertinente</i>
L'OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2018-2020)?	<i>No</i>
L'OBIETTIVO VERRÀ RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2025-2027?	<i>Sì</i>

A – Strategie per l'abitare

Si intende perseguire:

- il consolidamento dei servizi e degli interventi a supporto dell'abitare stante il crescente bisogno di affitti calmierati;
- la creazione di strategie di facilitazione dell'accesso all'abitare in situazione di emergenza e sfratti;
- l'attivazione di interventi di aiuto nella gestione del budget familiare riguardante la gestione dell'abitazione e delle spese afferenti;
- lo studio di fattibilità e la costruzione di prospettive di sviluppo di medio-lungo periodo dell'area dell'abitare che tenga conto dei diversi bisogni connessi all'ambito della dimensione casa e le mi-sure di coaching abitativo e sviluppo del relativo sistema di valutazione di efficacia ed efficienza dell'utilizzo delle risorse.

L'obiettivo era prioritario.

Azioni

- Azione 1: Azioni in situazioni di estrema marginalità con finalità riparative e di contenimento del danno. Consolidamento delle esperienze territoriali esistenti (Casa Di Francesco e Locanda di Eurosia) ed ampliamento dell'offerta come luoghi di riattivazione e socializzazione.
- Azione 2: Azioni indirizzate a soggetti in temporanea situazione di fragilità e finalizzate a prevenire la strutturazione di condizioni di cronicità assistenziale.

- Azione 3: Consolidamento dei servizi e degli interventi a supporto dell'abitare, anche attraverso l'attivazione di percorsi di educazione finanziaria e di ristrutturazione del debito e di coaching abitativo per le persone fragili. Nonché attraverso il rinnovo in tutti i Comuni dell'Ambito degli accordi territoriali ai sensi della L. 431/98 e D.M. 30/12/2002 per la stipula di contratti a canone concordato, agevolato per favorire l'incontro di domanda/offerta di alloggi.
- Azione 4: Supporto ai proprietari di abitazioni finalizzato ad evitare l'attivazione del procedimento di sfratto/pignoramento immobiliare e garantire il rispetto degli obblighi contrattuali con accordi extragiudiziali che permettano di tutelare i diritti di entrambe le parti.
- Azione 5: Studio di fattibilità e costruzione di prospettive di sviluppo di medio-lungo periodo dell'area dell'abitare e sviluppo di uno strumento unitario di valutazione delle vulnerabilità.

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO RISPETTO A CIÒ CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE (n. azioni realizzate*100)/n. azioni programmate	<p><i>Complessivamente, il grado di raggiungimento dell'obiettivo rispetto a ciò che è stato definito nella programmazione (come da formula) è pari all'80% (buono).</i></p> <p><i>In particolare, la percentuale di realizzazione di ciascuna azione è pari a</i> Azione 1: 100% Azione 2: 100% Azione 3: 50% Azione 4: 80% Azione 5: 0%</p> <p><i>Per quanto riguarda le mediazioni con le proprietà, si sono svolte in seno ai colloqui individuali, ma non a livello di Ambito.</i></p>
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)	<i>Non disponibile</i>
LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI	<i>Adeguato, per quanto previsto nel progetto "Locanda di Eurosia".</i>
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE (pagato*100)/preventivato	<i>100% (ottimo)</i>
CRITICITÀ' RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<i>I servizi risultano frammentati sul territorio a causa della mancanza di uno spazio, all'interno dell'Ambito, in cui creare un unico centro servizi.</i>
QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMÁTICA?	<i>Sì, seppur in presenza di servizi diffusi sul territorio. Negli ultimi anni, col rialzo delle</i>

	<i>temperature, l'attività diurna è stata attivata nei periodi di caldo intenso così come già attivata negli anni nel periodo di freddo intenso.</i>
L'OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2018-2020)?	Sì
L'OBIETTIVO VERRÀ RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2025-2027?	<i>Sì, in quanto il bisogno della popolazione legato al tema dell'abitare richiede soddisfazione anche attraverso questo obiettivo.</i>

B - Sviluppare, rafforzare e connettere iniziative per integrazione-inclusione-accesso

Tale obiettivo mira al coinvolgimento attivo della persona con disabilità all'interno della comunità di appartenenza. L'obiettivo si concretizza con lo sviluppo, il potenziamento e la connessione di iniziative finalizzate all'integrazione, all'inclusione e all'accesso ai servizi, alla mobilità, all'attività lavorativa e all'organizzazione del tempo libero.

L'obiettivo non era prioritario.

Azioni

- Azione 1. Promozione e potenziamento di progetti di inserimento lavorativo personalizzati tramite il mantenimento, lo sviluppo e il potenziamento della gestione associata del Servizio di Inserimento Lavorativo (SIL).
- Azione 2. Promozione e diffusione delle iniziative relative a vacanze condivise per persone con disabilità e le loro famiglie, creazione di servizi dedicati.
- Azione 3. Sviluppo di iniziative volte ad incrementare i servizi di trasporto dedicato.
- Azione 4. Sviluppo di uno strumento efficace per la conoscenza delle iniziative del territorio (già nel precedente Piano di Zona).

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO RISPETTO A CIÒ CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE (n. azioni realizzate*100)/n. azioni programmate	<i>Complessivamente, il grado di raggiungimento dell'obiettivo rispetto a ciò che è stato definito nella programmazione (come da formula) è pari al 75% (sufficiente).</i> <i>In particolare, la percentuale di realizzazione di ciascuna azione è pari a</i> Azione 1: 100% Azione 2: 0% Azione 3: 100% Azione 4: 50% (realizzata dalla Cooperativa che

	<p>gestisce il servizio per l'Ambito)</p> <p>Sono state realizzate completamente 3 azioni su 4, mentre l'altra non è stata realizzata.</p>
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)	Non disponibile
LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI	<p>Azioni 1, 3, 4: i casi sono stati seguiti in modo adeguato.</p> <p>Azione 2: non realizzata per impiego risorse su altre priorità.</p> <p>Complessivamente, risorse sufficientemente adeguate.</p>
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE (pagato*100)/preventivato	<p>Azione 1: si prevede per la fine dell'anno una spesa pari al 100% delle risorse impegnate.</p> <p>Azione 2: 0% poiché non erano state stanziare risorse, non si sono avute spese.</p> <p>Azione 3: sui servizi (Auser/cooperativa) in linea con le risorse stanziare (100%).</p> <p>Azione 4: l'azione è stata raggiunta con risorse interne (50%).</p> <p>Complessivamente, il livello di coincidenza tra risorse stanziare e risorse impegnate è pari, per le azioni effettivamente realizzate, all'80% (non realizzato come programmato)</p>
CRITICITÀ' RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<p>Azione 1: nessuna criticità.</p> <p>Azione 2: mancanza di risorse per progettare le attività.</p> <p>Azione 3: sono state superate difficoltà dovute alle diverse visioni e programmazioni da parte di ciascun Comune.</p> <p>Azione 4: mancanza di risorse per progettare le</p>

	<p><i>attività.</i></p> <p><i>In generale, si è riscontrata una maggiore facilità a mantenere le azioni già avviate, rispetto all'avvio di nuove.</i></p>
<p>QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMatica?</p>	<p><i>Sì, in quanto ha consentito di avviare tirocini e favorito il trasporto di persone con disabilità.</i></p>
<p>L'OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2018-2020)?</p>	<p><i>Sì</i></p>
<p>L'OBIETTIVO VERRÀ RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2025-2027?</p>	<p><i>Sì, l'obiettivo si riferirà però alle persone con disabilità e le loro famiglie (per questo sarà inserito nella macroarea K), stimolando inclusione e integrazione tra persone con disabilità e non. I bisogni a cui le prime tre azioni mirano, saranno affrontati con le nuove azioni "rimodulate" per una risposta più aderente al bisogno delle persone del territorio. La quarta azione sarà invece ripresa dall'obiettivo "P".</i></p>

C - Iniziative per potenziare i servizi a elevata integrazione sociosanitaria

Alla luce del processo attuativo della L.R. n. 23/2015 e successive modifiche ed integrazioni e in particolare della graduale presa in carico dei pazienti cronici da parte dei soggetti erogatori accreditati, nonché in considerazione della sempre maggiore evidenza della necessità di una presa in carico integrata (sanitaria, sociosanitaria e sociale) delle persone fragili e delle loro famiglie, si rende necessario consolidare ed implementare gli strumenti per la rilevazione del grado di copertura da parte dei servizi territoriali rispetto ai bisogni della popolazione fragile, della completezza e tempestività delle risposte che vengono date e della misura in cui i servizi dedicati al settore siano appropriati, non si sovrappongano fra loro e riescano a coprire bisogni altrimenti non soddisfatti attraverso altri attori della rete.

L'obiettivo era prioritario.

Azioni

- Azione 1: residenzialità leggera ovvero realizzazione interventi di supporto a soggetti afferenti all'area della salute mentale con supporto nel pagamento della quota alberghiera con eventuali risorse di Ambito al 50% e degli enti locali al 50%.
- Azione 2: Partecipazione organismo di coordinamento salute mentale, ovvero coordinamento tra operatori professionali degli enti locali, dell'ATS dell'Insubria e delle ASST.
- Azione 3: Iniziative di prevenzione contro il gioco d'azzardo patologico: mappatura territoriale delle iniziative e implementazione dei servizi dedicati, anche tramite la partecipazione a bandi dedicati.
- Azione 4: iniziative di rete per il contrasto alle dipendenze.

DIMENSIONE	OUTPUT
<p>GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO RISPETTO A CIÒ CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE <i>(n. azioni realizzate*100)/n. azioni programmate</i></p>	<p><i>Complessivamente, il grado di raggiungimento dell'obiettivo rispetto a ciò che è stato definito nella programmazione (come da formula) è pari al 75% (sufficiente).</i></p> <p><i>In particolare, la percentuale di realizzazione di ciascuna azione è pari a</i> <i>Azione 1: 100% a seguito della scadenza del Protocollo sottoscritto con ASST, sono stati destinati parte dei fondi FNPS per garantire l'inserimento di utenti negli appartamenti protetti. I casi segnalati sono stati presi in carico.</i> <i>Azione 2: 0% nel periodo 2021-2023, gli Ambiti non hanno partecipato agli incontri tenutisi da ATS su salute mentale e neuropsichiatria infantile. Da contatti con ATS in merito, nel 2025 gli Ambiti saranno nuovamente coinvolti.</i> <i>Azioni 3 e 4: 100%</i> <i>l'Ambito ha aderito a manifestazione di interesse di ATS Insubria per un progetto legato a prevenzione delle dipendenze da gioco d'azzardo patologico e lavorato su due progettazioni. Nel secondo anno, rivolta a scuole; l'altra, in via sperimentale, con Auser e centro anziani di Cassano Magnago (prevenzione ludopatia)</i> <i>Inoltre, l'Ambito ha aderito a progettazione sovra ambito (con manifestazione di interesse di ATS) per iniziative di rete (di</i></p>

	<p>sistema) su contrasto gioco d'azzardo patologico.</p> <p>Sono stati svolti tavoli di lavoro di amministratori e operatori per analisi ordinanze e delibere.</p> <p>L'attività ha visto il coinvolgimento di ETS tramite cabine di regia frequenti con ATS e partner.</p> <p>Con riferimento all'azione 4 (azioni di sistema GAP), a marzo 2023 l'Ambito ha presentato la propria candidatura, in qualità di partner, in risposta a manifestazione di interesse di ATS Insubria, unitamente ad altri otto Ambiti.</p>
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)	Non pertinente
LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI	Sufficientemente adeguato
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE (pagato*100)/preventivato	<p>100%</p> <p>Per azione 1, spese risorse per un caso effettivo su tre previsti (con impegno di spesa per tre casi pari a complessivi euro 14.000).</p> <p>Per azione 2, non prevista né sostenuta alcuna spesa.</p> <p>Per azione 3 (prevenzione gioco d'azzardo patologico), spesi euro 16.600 su stanziamento di euro 16.000.</p> <p>Per azione 4 non prevista quota di cofinanziamento.</p>
CRITICITÀ' RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<p>Superare le criticità per la partecipazione ai tavoli dedicati per condividere azioni, prassi e fare rete.</p> <p>Necessità di riallacciare i contatti con ATS in tema di salute mentale.</p>
QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO	Sì, dando alloggio a beneficiari con patologie

NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?	<i>psichiatriche (CPS), facendo prevenzione GAP a favore di studenti/anziani e uniformando delibere e ordinanze.</i>
L'OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2018-2020)?	<i>Sì</i>
L'OBIETTIVO VERRÀ RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2025-2027?	<i>Sì, sarà riproposto per mantenere sul territorio una rete integrata di fronteggiamento dei fattori di rischio che richiedono un approccio multidimensionale.</i>

D - Potenziare il supporto alla domiciliarità

Costruire una governance capace di coordinare l'azione di una pluralità di attori estremamente eterogenei che possono operare a sostegno della domiciliarità. L'integrazione deve essere attuata a più livelli: tra soggetti del privato e del pubblico, tra sociale e sanitario.

S'intende valorizzare un modello in cui alle persone non autosufficienti si procurino i servizi di cui necessitano e non esclusivamente un supporto al reddito finalizzato al pagamento dell'assistente familiare.

L'obiettivo era prioritario.

Azioni

- Azione 1: Studio di fattibilità per la realizzazione di un servizio di SAD-SADH di Ambito.
- Azione 2: Misura B2 e interventi complementari alla misura B2: Interventi per il mantenimento delle persone non autosufficienti al domicilio e interventi a favore delle persone con disabilità grave e anziani non autosufficienti.
- Azione 3: mantenimento e ampliamento del servizio SAD/SADH in fasce orarie non coperte.

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO RISPETTO A CIÒ CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE <i>(n. azioni realizzate*100)/n. azioni programmate</i>	<i>Complessivamente, il grado di raggiungimento dell'obiettivo rispetto a ciò che è stato definito nella programmazione (come da formula) è pari al 100% (ottimo).</i> <i>In particolare, la percentuale di realizzazione di ciascuna azione è pari a</i> <i>Azione 1: realizzata all'80% (raccolti i dati)</i> <i>Azione 2: realizzata al 100%</i> <i>Azione 3: realizzata al 100%. È stato garantito il mantenimento dei livelli di</i>

	<i>servizi esistenti. Non risultano richieste di ampliamento del servizio. (servizio non gestito a livello associato).</i>
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)	<i>L'azione 3 è stata valutata da parte degli utenti solo in un Comune dell'Ambito e a cura dell'Ente fornitore.</i>
LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI	<i>Adeguato</i>
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE <i>(pagato*100)/preventivato</i>	<i>Azione 1: poiché non erano state stanziare risorse, non si sono avute spese. Azione 2: speso tutto quanto stanziato + spesi fondi residui (>100%). Azione 3: poiché non erano state stanziare risorse, non si sono avute spese. Complessivamente, 100% (ottimo)</i>
CRITICITÀ' RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<i>Nelle condizioni date, l'obiettivo non ha rilevato particolari criticità, tuttavia, permangono limiti e criticità legati alla gestione non associata.</i>
QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?	<i>Sì, con particolare riferimento alla azione 2</i>
L'OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2018-2020)?	<i>Sì</i>
L'OBIETTIVO VERRÀ RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2025-2027?	<i>Sì, per aumentare le ore di copertura del servizio sul territorio.</i>

E - Adozione di corretti stili di vita per gli anziani

La promozione di stili di vita sani è l'arma più valida per combattere le patologie degenerative, il senso di isolamento, il bisogno di compagnia tipici dell'età senile. L'obiettivo intende promuovere attività che rispecchino gli interessi e i desideri di partecipazione alla vita comunitaria delle persone anziane e parallelamente creino agli stessi dei benefici.

L'obiettivo non era prioritario.

Azioni

- Azione 1: Progetto “Telefonia sociale”.
- Azione 2: Progetto “Anziani in movimento”.
- Azione 3: Promozione del turismo sociale, tramite l’attivazione di un soggetto del Terzo Settore che si fa collettore e promotore delle iniziative.
- Azione 4: Gruppi di cammino.
- Azione 5: Sensibilizzazione alla protezione presso i centri anziani (es. prevenzione truffe o simili) con il coinvolgimento delle forze dell’ordine.

DIMENSIONE	OUTPUT
<p>GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL’OBIETTIVO RISPETTO A CIÒ CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE (<i>n. azioni realizzate*100</i>)/<i>n. azioni programmate</i></p>	<p><i>Complessivamente, il grado di raggiungimento dell’obiettivo rispetto a ciò che è stato definito nella programmazione (come da formula) è pari al 20% (insufficiente).</i></p> <p><i>In particolare, la percentuale di realizzazione di ciascuna azione è pari a Azioni 1, 2, 3 e 4: non essendo l’obiettivo prioritario, applicando principi di sussidiarietà, si è ritenuto di non intervenire perché già in essere. Quindi, 0% (nullo). Azione 5: numerose iniziative sono state svolte dai singoli Comuni quindi 100% (ottimo) .</i></p>
<p>VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)</p>	<p><i>Non pertinente, in quanto azioni non realizzate.</i></p> <p><i>Alcune azioni realizzate solo da parte di alcuni Comuni, indipendentemente dall’Ambito.</i></p>
<p>LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI</p>	<p><i>Risorse adeguate ma mancata candidatura a fondi PNRR per scelta dell’Assemblea dei Sindaci.</i></p>
<p>LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE (<i>pagato*100</i>)/<i>preventivato</i></p>	<p><i>Poiché non erano state stanziare risorse, non si sono avute spese.</i></p>
<p>CRITICITÀ’ RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL’OBIETTIVO</p>	<p><i>Non pertinente in quanto azioni non realizzate.</i></p>
<p>QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN</p>	<p><i>Non pertinente in quanto</i></p>

BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICAZIONE?	<i>azioni non realizzate.</i>
L'OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2018-2020)?	<i>Sì</i>
L'OBIETTIVO VERRÀ RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2025-2027?	<i>Sì, per continuare a promuovere il benessere delle persone anziane durante l'invecchiamento.</i>

F - Costruzione di progettualità condivise di promozione-prevenzione per minori e famiglie all'interno dell'Ambito

Tale obiettivo prevede la creazione di progettualità condivise tra i Comuni dell'Ambito che vadano ad interessare l'importante filone della promozione-prevenzione. Nella costruzione di questi progetti è necessario tenere in considerazione e valorizzare le varie voci presenti sul territorio, in un'ottica di condivisione delle competenze e di lavoro di rete.

L'obiettivo non era prioritario.

Azioni

- Azione 1: Creazione della rete con Scuola, ATS, ASST, Terzo Settore, operatori dei luoghi o centri di aggregazione giovanile, Informagiovani, presidi educativi (Tavolo di lavoro permanente).
- Azione 2: Rafforzamento e formalizzazione dell'aggancio/intercettazione dei ragazzi all'interno del distretto come educativa di strada (coinvolgimento di cooperative e educativa di strada, scuole secondaria di primo e di secondo grado).
- Azione 3: Identificare luoghi informali in cui i ragazzi si riuniscono e progettare con loro la riqualificazione di quei luoghi.
- Azione 4: Organizzazione di varie attività (sportive, culturali, naturali, artistiche, ecc.) con gruppi di ragazzi nei territori del Distretto, che permettano di socializzare con i coetanei, aiutando in questo modo anche chi si è isolato al seguito dell'emergenza sanitaria. Queste attività sono pensate per la promozione del benessere, come attività di prevenzione.

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO RISPETTO A CIÒ CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE <i>(n. azioni realizzate*100)/n. azioni programmate</i>	<i>Complessivamente, il grado di raggiungimento dell'obiettivo rispetto a ciò che è stato definito nella programmazione (come da formula) è pari al 100% (ottimo).</i> <i>In particolare, la percentuale di realizzazione di ciascuna azione è pari a</i> <i>Azione 1: 100%</i> <i>(sottoscritto protocollo di intesa su buone prassi - PIPPI)</i> <i>Azione 2: 25% (realizzata autonomamente da alcuni Comuni)</i>

	<i>dell'Ambito). Azione 3: 25% (realizzata autonomamente da alcuni Comuni dell'Ambito). Azione 4: 100% (realizzata autonomamente completamente da alcuni Comuni dell'Ambito, non si è reso necessario un coordinamento d'Ambito).</i>
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)	<i>Non pertinente</i>
LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI	<i>Adeguate, per quanto realizzato.</i>
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE <i>(pagato*100)/preventivo</i>	<i>Poiché non erano state stanziare risorse, non si sono avute spese.</i>
CRITICITÀ RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<i>Non riscontrate criticità nelle azioni realizzate.</i>
QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICAZIONE?	<i>Sì, per quanto riguarda l'azione 1, in quanto consente di condividere buone prassi e individuare segnali di disagio e criticità.</i>
L'OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2018-2020)?	<i>Sì</i>
L'OBIETTIVO VERRÀ RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2025-2027?	<i>Sì, in quanto il bisogno a cui questo obiettivo risponde, è stato riscontrato durante la co-programmazione con il Terzo Settore, dunque sarà riproposto, adeguando le azioni per una risposta mirata al bisogno riscontrato.</i>

G - Rafforzare gli strumenti della tutela minorile

Si intende perseguire una presa in carico territoriale completa della famiglia e dei minori. L'attenzione è rivolta in modo particolare alle situazioni di disagio, negligenza e difficoltà e agli interventi di sostegno e riparazione per le situazioni segnalate dall' autorità giudiziaria.

L'obiettivo era prioritario.

Azioni

- Azione 1: condivisione di buone prassi tra i due Servizi tutela minori presenti sul territorio distrettuale: adozione di una lettura comune dei bisogni e una metodologia condivisa di progettazione e valutazione.

- Azione 2: strutturazione di uno studio di fattibilità per la realizzazione di un servizio Affidamento distrettuale: analisi dei costi delle risorse impiegate.
- Azione 3: stipulazione di accordi di programma o protocolli operativi che consentano il lavoro interprofessionale e interistituzionale: rivalutazione dei protocolli in essere con ASST per una presa in carico condivisa da parte dei Servizi specialistici (Consultorio, NPI, CPS, SerD, ...) e dei Pediatri di libera scelta (PLS) e Medici di Medicina Generale (MMG).
- Azione 4: promozione di occasioni di confronto e di formazione congiunta tra professionisti di discipline e di istituzioni diverse: percorsi di formazione tra le cooperative del terzo settore che svolgono interventi educativi nel nostro distretto per una condivisione del percorso di accompagnamento del bambino e della sua famiglia.
- Azione 5: promozione di azioni di sensibilizzazione e informazione per tutti i sistemi coinvolti: potenziamento di reti sociali, promozione e sensibilizzazione del territorio verso l'accoglienza.
- Azione 6: monitoraggio della rete creata con la scuola a seguito dell'approvazione del protocollo di Buone prassi per la realizzazione e il coordinamento di interventi di prevenzione del disagio, tutela e protezione dei bambini e dei ragazzi.

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO RISPETTO A CIÒ CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE (n. azioni realizzate*100)/n. azioni programmate	<p><i>Complessivamente, il grado di raggiungimento dell'obiettivo rispetto a ciò che è stato definito nella programmazione (come da formula) è pari al 67% (sufficiente).</i></p> <p><i>In particolare, la percentuale di realizzazione di ciascuna azione è pari a</i> Azione 1: 50% Azione 2: 0% Azione 3: 50% Azione 4: 50% Azione 5: 0% Azione 6: 50%</p> <p><i>Per quanto riguarda l'azione 1, sono in corso incontri tra i due servizi Tutela Minori presenti nell'Ambito all'interno del Progetto PNRR PIPPI.</i></p>
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)	<i>Non pertinente</i>
LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI	<i>Sufficientemente adeguato</i>
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE (pagato*100)/preventivato	<i>>100% (sottostimato)</i> <i>In particolare, sono state spese una parte delle risorse aggiuntive (quinto d'obbligo)</i>
CRITICITÀ RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<i>Riscontrate alcune criticità nell'integrazione</i>

	<i>tra procedure e protocolli in tema sociosanitario; a questo proposito, sono in atto incontri dedicati tra Ambito e ASST, in occasione della programmazione triennale.</i>
QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?	<i>Sì, in quanto ha dato continuità ai servizi già precedentemente esistenti.</i>
L'OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2018-2020)?	<i>Sì</i>
L'OBIETTIVO VERRÀ RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2025-2027?	<i>Sì, in un'ottica di rafforzamento continuo del servizio, l'obiettivo sarà riproposto.</i>

H – Obiettivo Rete Lavoro

Creazione di una rete che possa garantire maggiore coordinamento e minore dispersione delle risorse dei servizi e dei progetti che si occupano di lavoro sul territorio al fine di ridurre il gap tra fasce fragili della popolazione e aumentare le opportunità di inserimento lavorativo e formativo.

L'obiettivo era prioritario.

Azioni

- Azione 1: mantenimento e consolidamento della gestione associata del servizio inserimenti lavorativi rivolti anche a beneficiari della Misura "Assegno di inclusione" tramite gara.
- Azione 2 : consolidamento e diffusione delle misure conciliazione tempo lavoro.
- Azione 3 : Sperimentazione di percorsi di coaching lavorativo per la persona fragile e vulnerabile.
- Azione 4 : fruizione di percorsi di formazione e riqualificazione da parte della persona fragile e vulnerabile.
- Azione 5 : Studio di fattibilità e costruzione di prospettive di sviluppo di medio lungo periodo dell'area lavoro e sviluppo di uno strumento unitario di valutazione delle vulnerabilità.

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO RISPETTO A CIÒ CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE <i>(n. azioni realizzate*100)/n. azioni programmate</i>	<i>Complessivamente, il grado di raggiungimento dell'obiettivo rispetto a ciò che è stato definito nella programmazione (come da formula) è pari al 100% (ottimo).</i> <i>In particolare, la percentuale di realizzazione di ciascuna azione è pari a Azione 1: 100% (sia tirocini di inclusione, sia extracurricolari)</i>

	Azione 2: 50% Azione 3: 100% (come raccordo tra servizi) Azione 4: 100% Azione 5: 50% (attività di studio e realizzazione è stata fatta nell'ambito del Reddito di Cittadinanza - non si è arrivati ad uno strumento unitario condiviso).
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)	Non disponibile
LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI	Adeguito
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE (pagato*100)/preventivo	100% (ottimo)
CRITICITÀ RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	Alcune attività sospese (e poi riprese) causa COVID. I cambiamenti normativi non contribuiscono a dare continuità ai servizi.
QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMÁTICA?	Sì, per quanto realizzato.
L'OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2018-2020)?	Sì
L'OBIETTIVO VERRÀ RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2025-2027?	Sì, sarà riproposto per dare continuità ai servizi sul territorio dell'Ambito.

I – Sostegno alla genitorialità

Il sostegno alla genitorialità è un percorso che ha l'obiettivo di aiutare le coppie o i singoli genitori nel migliorare la relazione con i figli e le dinamiche familiari, agevolando la crescita di ogni membro della famiglia. Generalmente è un percorso che serve ad ampliare le risorse dei genitori e migliorare la qualità del clima familiare attraverso una maggiore consapevolezza.

L'obiettivo non era prioritario.

Azioni

- Azione 1: contributi alla funzione di cura.
- Azione 2: servizi di sostegno alla genitorialità.

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO RISPETTO A CIÒ CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE (n. azioni realizzate*100)/n. azioni programmate	Complessivamente, il grado di raggiungimento dell'obiettivo rispetto a ciò che è stato definito nella programmazione (come da formula) è pari al

	100% (ottimo). <i>In particolare, la percentuale di realizzazione di ciascuna azione è pari a Azione 1: 100% Azione 2: 80%</i>
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)	<i>Non disponibile</i>
LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI	<i>Adeguato</i>
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE <i>(pagato*100)/preventivato</i>	<i>Ad oggi nessun importo liquidato.</i>
CRITICITÀ' RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<i>Nessuna criticità rilevata.</i>
QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICA?	<i>Sì</i>
L'OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2018-2020)?	<i>Sì</i>
L'OBIETTIVO VERRÀ RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2025-2027?	<i>Sì (prosecuzione PNRR)</i>

L – Mantenere la partecipazione alla rete territoriale interistituzionale anti violenza

Consolidamento della partecipazione dei Comuni del distretto alla rete anti violenza con Ente capofila Comune di Busto Arsizio.

L'obiettivo era prioritario.

Azioni

- Azione 1: Partecipare alla co-progettazione di azioni di sensibilizzazione e prevenzione rivolte al territorio.
- Azione 2: Calendarizzazione di incontri a cadenza semestrale con gli operatori del centro anti-violenza.

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO RISPETTO A CIÒ CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE <i>(n. azioni realizzate*100)/n. azioni programmate</i>	<i>Complessivamente, il grado di raggiungimento dell'obiettivo rispetto a ciò che è stato definito nella programmazione (come da formula) è pari al 100% (ottimo). In particolare, la percentuale di realizzazione di ciascuna azione è pari a Azione 1: 100% Azione 2: 100%</i>

VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)	<i>Non disponibile</i>
LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI	<i>Adeguato</i>
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE <i>(pagato*100)/preventivato</i>	<i>100% (ottimo)</i>
CRITICITÀ' RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<i>I giorni di copertura del finanziamento regionale sono variati in corso d'opera, con conseguenti ricadute sui bilanci comunali.</i>
QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICATA?	<i>Sì</i>
L'OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2018-2020)?	<i>Sì</i>
L'OBIETTIVO VERRÀ RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2025-2027?	<i>Sì, tenuto conto dell'efficacia del lavoro di Rete in atto.</i>

M – Sostegno ai caregiver

Sviluppare un sistema integrato di interventi per i caregiver (sia familiari che assistenti personali) e le loro famiglie.

L'obiettivo era prioritario.

Azioni

- Azione 1: realizzazione di momenti di incontro con la rete dei servizi che hanno in carico la persona con disabilità finalizzati alla condivisione di informazioni utili per il caregiver, per un sostegno efficace della persona con disabilità.
- Azione 2: favorire la creazione e la strutturazione di gruppi informali di auto mutuo aiuto tra famiglie e caregiver di persone con disabilità.
- Azione 3: favorire la realizzazione di eventi mirati per caregiver, con l'eventuale presenza di medici, psicologi o altre figure professionali con competenze specifiche sulla gestione della persona con disabilità, sia a scopo formativo/informativo che ludico.

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO RISPETTO A CIÒ CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE <i>(n. azioni realizzate*100)/n. azioni programmate</i>	<i>Complessivamente, il grado di raggiungimento dell'obiettivo rispetto a ciò che è stato definito nella programmazione (come da formula) è pari al 33% (insufficiente).</i> <i>In particolare, la percentuale di realizzazione di ciascuna azione è pari a</i>

	<p>Azione 1: 0%</p> <p>Azione 2: 0%</p> <p>Azione 3: 25%, in quanto nell'anno 2023 è stato realizzato all'interno del progetto sovrazonale "Accoglienza e dimissioni protette: continuità assistenziale" un evento formativo rivolto a ETS ed esteso a familiari e caregiver, in tema di amministrazione di sostegno.</p> <p>Tuttavia, l'UdP è stato coinvolto in momenti di informazione e formazione organizzati da Enti del Terzo Settore. Fino a marzo 2026 sono previste azioni a favore dei caregiver nell'ambito del PNRR dimissioni protette.</p> <p>Inoltre, operatori dell'Ambito e dell'UdP hanno partecipato a gruppi di lavoro sovrambito con ASST per la definizione di buone prassi inerenti all'accompagnamento nel corso dell'ammissione e delle dimissioni ospedaliere (dimissioni protette – LEPS).</p> <p>Due Comuni dell'Ambito, inoltre, hanno organizzato incontri dedicati ai caregiver.</p>
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)	<i>Non pertinente, in quanto azioni non realizzate direttamente dall'Ambito.</i>
LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI	<i>Non pertinente, in quanto azioni non realizzate direttamente dall'Ambito.</i>
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE (pagato*100)/preventivato	<i>Poiché non erano state stanziare risorse, non si sono avute spese da parte dell'Ambito.</i>
CRITICITÀ' RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<i>Non pertinente, in quanto azioni non realizzate</i>

	<i>direttamente dall'Ambito.</i>
QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICATA?	<i>SI</i>
L'OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2018-2020)?	<i>SI</i>
L'OBIETTIVO VERRÀ RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2025-2027?	<i>SI, in quanto si intende rispondere al crescente bisogno di supporto a favore dei caregiver.</i>

N – Abitare per il Durante Dopo di Noi

Tale obiettivo prevede la progettazione e la realizzazione di interventi di abbattimento delle barriere architettoniche e l'individuazione di soluzioni abitative e/o alloggiative per la persona con disabilità.

L'obiettivo non era prioritario.

Azioni

- Azione 1: Individuazione di appartamenti/abitazioni a costi calmierati, anche di nuova costruzione, per progetti Durante Noi e Dopo di Noi.
- Azione 2: Favorire il rafforzamento di iniziative rivolte all'abbattimento delle barriere architettoniche.
- Azione 3: Sensibilizzazione ai percorsi del Durante Dopo di Noi.

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO RISPETTO A CIÒ CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE <i>(n. azioni realizzate*100)/n. azioni programmate</i>	<i>Complessivamente, il grado di raggiungimento dell'obiettivo rispetto a ciò che è stato definito nella programmazione (come da formula) è pari al 67% (sufficiente).</i> <i>In particolare, la percentuale di realizzazione di ciascuna azione è pari a</i> <i>Azione 1: 50% (alloggi individuati e avviata coprogettazione in ambito PNRR, poi non andata a buon fine per rinuncia dell'ETS)</i> <i>Azione 2: 0%</i> <i>(finanziamenti regionali disponibili ai singoli Comuni)</i> <i>Azione 3: 50% (in conseguenza della rinuncia dall'ETS – vedi azione 1).</i>
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)	<i>Non pertinente</i>

LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI	<i>Adeguato, per quanto realizzato</i>
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE <i>(pagato*100)/preventivato</i>	<i>100% (ottimo), per quanto realizzato</i>
CRITICITÀ' RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<i>La coprogettazione in ambito PNRR ha presentato criticità legate alla titubanza dell'ETS ad accettare le regole previste dal finanziamento, sia in termini di target, sia in termini di vincoli temporali sugli immobili messi a disposizione. I numerosi incontri svolti si sono quindi rivelati un dispendio di ore di lavoro da parte degli Operatori dell'Ufficio di Piano a seguito della rinuncia da parte dell'ETS. A seguito di recesso dal finanziamento, è in corso "contraddittorio" con Ministero e Regione con relativi adempimenti per l'Ambito.</i>
QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICATA?	<i>No, in quanto non avviato.</i>
L'OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2018-2020)?	<i>No</i>
L'OBIETTIVO VERRÀ RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2025-2027?	<i>Sì, le azioni 2 e 3 saranno riproposte per soddisfare i bisogni delle persone con disabilità.</i>

O – Educativa domiciliare

- Potenziare gli interventi di assistenza educativa in campo domiciliare ed extra domiciliare con particolare attenzione al target dell'età evolutiva.
- Promuovere percorsi socioeducativi a favore delle persone con disabilità e dei loro familiari.
- Costruire sinergie territoriali tra i vari servizi/istituzioni/Enti/collettività e la famiglia della persona con disabilità.
- Sostenere e supportare le famiglie rispetto all'elevato carico assistenziale e educativo.

L'obiettivo era prioritario.

Azioni

- Azione 1: Collaborazione tra i vari servizi che hanno in carico la persona, per garantire una presa in carico precoce in una logica ecologica del problema della disabilità al fine di ridurre il rischio di isolamento del soggetto e della famiglia.
- Azione 2: Analisi delle risorse educative esistenti al fine di garantire una diversificazione degli interventi e una maggiore coerenza con il bisogno specifico della persona con disabilità e della sua famiglia.
- Azione 3: Valorizzazione di iniziative di sensibilizzazione verso la collettività finalizzate a stimolare sul proprio territorio un modello di welfare di comunità e di comunità educante, nel quale la famiglia possa diventare protagonista sia come beneficiaria degli interventi sia come soggetto attivo d'intervento.

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO RISPETTO A CIÒ CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE <i>(n. azioni realizzate*100)/n. azioni programmate</i>	<i>Complessivamente, il grado di raggiungimento dell'obiettivo rispetto a ciò che è stato definito nella programmazione (come da formula) è pari al 33% (insufficiente). In particolare, la percentuale di realizzazione di ciascuna azione è pari a Azione 1: 100% Azione 2: 0% Azione 3: 0%</i>
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)	<i>Non pertinente</i>
LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI	<i>Adeguito, per quanto realizzato</i>
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE <i>(pagato*100)/preventivato</i>	<i>100% (ottimo), per quanto realizzato</i>
CRITICITÀ' RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<i>Alcune azioni dell'obiettivo non sono state realizzate in quanto le risorse sono state indirizzate ad altre iniziative con maggiore priorità.</i>
QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICHE?	<i>Sì, per quanto riguarda l'azione realizzata.</i>
L'OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2018-2020)?	<i>No</i>
L'OBIETTIVO VERRÀ RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2025-2027?	<i>Sì, poiché l'obiettivo non è stato realizzato nel corso del triennio, si mira al suo raggiungimento nel corso della prossima triennalità.</i>

P –Migliorare la programmazione del trasporto sociale

Garantire una maggior accessibilità ai servizi di trasporto sociale alle persone con disabilità

L'obiettivo non era prioritario.

Azioni

- Azione 1: Ricognizione delle risorse presenti nell'ambito di Gallarate.
- Azione 2: Potenziamento dei servizi di trasporto sociale già presenti nell'Ambito di Gallarate.

DIMENSIONE	OUTPUT
GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO RISPETTO A CIÒ CHE È STATO DEFINITO NELLA PROGRAMMAZIONE <i>(n. azioni realizzate*100)/n. azioni programmate</i>	<i>Complessivamente, il grado di raggiungimento dell'obiettivo rispetto a ciò che è stato definito nella programmazione (come da formula) è pari al 100% (ottimo).</i> <i>In particolare, la percentuale di realizzazione di ciascuna azione è pari a</i> <i>Azione 1: 100% (in aggiunta ai servizi gestiti dai singoli Comuni, è attiva la convenzione sottoscritta dal Comune di Gallarate con Auser Gallarate, che è "aperta" e utilizzata da altri Comuni dell'Ambito in base alle necessità)</i> <i>Azione 2: 50% (allo studio azioni per mantenere le attività fondate su personale volontario).</i>
VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI UTENTI (OVE PERTINENTE)	<i>Non pertinente</i>
LIVELLO DI ADEGUATEZZA DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI IMPIEGATE RISPETTO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI	<i>Adeguito</i>
LIVELLO DI COINCIDENZA TRA RISORSE STANZIATE E RISORSE IMPEGNATE/LIQUIDATE <i>(pagato*100)/preventivato</i>	<i>100% (ottimo)</i>
CRITICITÀ' RILEVATE NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<i>L'ETS ha segnalato problemi di sostituzione dei volontari che garantiscono l'operatività del servizio.</i>
QUESTO OBIETTIVO HA ADEGUATAMENTE RISPOSTO AD UN BISOGNO PRODUCENDO UN CAMBIAMENTO POSITIVO	<i>Sì</i>

NELL'AREA INDIVIDUATA COME PROBLEMATICAZIONE?	
L'OBIETTIVO ERA IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2018-2020)?	<i>Si</i>
L'OBIETTIVO VERRÀ RIPROPOSTO NELLA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE 2025-2027?	<i>Si, in quanto l'obiettivo risulta coerente con il bisogno rilevato dal Terzo Settore nel corso dell'attuale programmazione.</i>

1.4 Conclusioni

Complessivamente, considerando tutti gli obiettivi, il grado di raggiungimento medio è pari al 76,56% (sufficiente).

Occorre evidenziare che, proprio in coincidenza con l'avvio delle azioni del Piano di Zona 2021-2023, l'Ambito è stato impegnato in modo particolarmente intenso nelle progettazioni PNRR e PRINS, progettazioni complesse che hanno assorbito molte energie e tempo lavoro in tutte le loro fasi. Questa è stata anche l'occasione in cui l'Ufficio di Piano ha avviato per la prima volta processi di coprogettazione, con non poche difficoltà operative. Inoltre, occorre evidenziare che, pur corrispondendo gli obiettivi PNRR ad alcuni obiettivi della programmazione zonale, altri sono risultati sovrastimati, in quanto presidiati dalle singole amministrazioni.

Una criticità più generale è stata conseguente all'avvicendamento frequente del personale del Tavolo dei Tecnici; criticità legata sia alla "scarsità" delle risorse umane destinate sia al frequente turn-over (spesso per cause esogene) che ha comportato frequenti rallentamenti delle attività del Tavolo dei Tecnici (organismo tecnico amministrativo previsto dall'Accordo di programma che tra le sue funzioni ha la "direzione collegiale").

Ulteriore criticità osservata nel tempo, anche se di per sé non una novità assoluta, riguarda le esigenze dei Comuni spesso molto diverse in base alla loro dimensione (in termini di popolazione residente) che non facilita le decisioni.

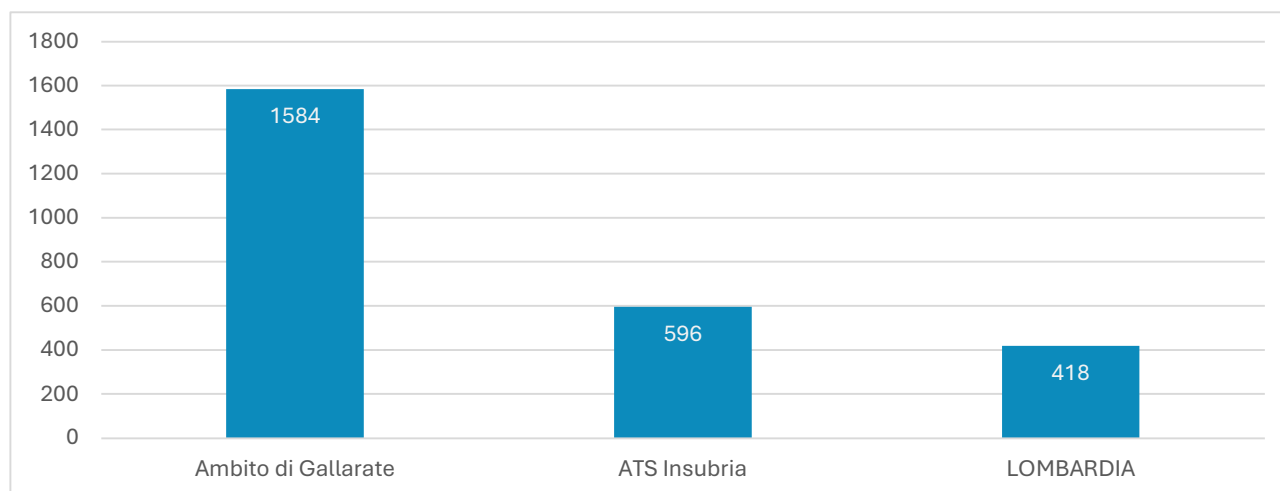
Queste criticità, quindi, dovrebbero condurre non solo ad una riflessione complessiva sugli obiettivi della programmazione ma anche sulla struttura e l'organizzazione dell'Ufficio di Piano, senza dimenticare l'obiettivo di fondo di una gestione complessiva sempre più orientata alla gestione associata.

2. Dati di contesto e quadro della conoscenza

2.1 Popolazione e indici demografici

L'Ambito di Gallarate è composto dai Comuni di Albizzate, Cairate, Cassano Magnago, Cavaria con Premezzo, Gallarate, Jerago con Orago, Oggiona con Santo Stefano, Samarate e Solbiate Arno e si estende per 77,4 Km². Il 2022 è l'anno in cui si è registrato il valore minimo della popolazione, che ha poi ripreso a crescere, seppur in modo molto contenuto, fino a raggiungere il suo picco nel 2024, presentando il numero di 122.855 abitanti, corrispondenti a 1.584 abitanti per chilometro quadrato; un numero decisamente superiore alla densità abitativa di ATS Insubria e Regione Lombardia.

Grafico 2.1: Densità abitativa (ab/km2)



Fonte: Elaborazioni Ufficio di Piano su dati Istat al 01/01/2023

Durante gli ultimi anni, nell’Ambito di Gallarate il numero delle nascite risulta in costante diminuzione, fino a raggiungere il tasso del 6,29‰ nel 2020. Il **tasso di mortalità**, invece, è aumentato nel 2022, per poi raggiungere il valore più basso nel 2023, con un tasso di 10,04‰. Come conseguenza il **tasso di crescita naturale** (differenza tra il tasso di natalità e il tasso di mortalità) risulta negativo nel 2023, pari a -3,75‰. Anche il **tasso migratorio** risulta in diminuzione negli ultimi anni: nonostante il tasso sia cresciuto tra il 2021 (3,58‰) e il 2022 (5,21‰), nel 2023 ha riportato un valore nettamente inferiore a quello degli anni precedenti (0,62‰), conducendo così complessivamente ad un tasso di crescita totale negativo e pari a -3,13‰. L’**indice di invecchiamento** della popolazione, ovvero il rapporto tra la popolazione anziana e il totale della popolazione, è in lieve aumento. Lo stesso vale per l’**indice di vecchiaia**. Negli ultimi anni la **dipendenza strutturale** è rimasta pressoché costante, la quale misura il rapporto tra popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e popolazione in età attiva (15-64 anni), che arriva al 58,85% nel 2023.

Tabella 2.1: Indici demografici riferiti agli anni 2021, 2022 e 2023, in ‰ per i tassi e % per gli indici

Ambito di Gallarate	2021	2022	2023
Tasso natalità	7,42	6,40	6,29
Tasso mortalità	10,91	11,26	10,04
Tasso crescita naturale	-3,49	-4,86	-3,75
Tasso migratorio totale	3,58	5,21	0,62
Tasso di crescita totale	0,09	0,35	-3,13
Indice di invecchiamento	23,55	23,76	23,96
Indice di vecchiaia	176,22	179,13	183,31
Dipendenza strutturale	58,62	58,97	58,85
Dipendenza anziani	37,37	37,82	38,07
Popolazione al 31/12	122.026	122.675	122.855

Fonte: Elaborazioni Ufficio di Piano su dati Istat - riferimento al 31/12/2021, 31/12/2022, 31/12/2023

Nel 2022, il tasso di natalità del Gallaratese è pressoché in linea con il dato di ATS Insubria, mentre risulta essere leggermente inferiore ai dati regionali e nazionali. Il tasso di mortalità è invece in linea con il dato regionale, mentre risulta essere inferiore a quello di ATS e a quello nazionale; perciò, si può notare che il

tasso di crescita naturale dell'ambito segna il valore più alto dopo Regione Lombardia (seppur negativo), mentre il tasso di crescita totale risulta essere il più basso dopo il dato nazionale. Il tasso migratorio totale, di 5,21‰ per l'Ambito, è inferiore sia ad ATS Insubria sia a Regione Lombardia, alle quali corrispondono tassi del 7,28‰ e 7,30‰. Il dato nazionale, invece, è minore e si ferma a 4,42‰. Gli indici di invecchiamento, dipendenza strutturale e dipendenza anziani dell'Ambito sono in linea con i dati di ATS, Regionali e Nazionali. Al contrario, l'indice di vecchiaia nel Gallaratese presenta i valori minori rispetto ad ATS Insubria e ai dati Nazionali, questo indica che il rapporto tra popolazione over 65 e popolazione di età 0-14 anni è più basso nell'Ambito, rispetto agli altri territori considerati.

Tabella 2.2: Indici demografici riferiti all'anno 2022 in ‰ per i tassi e % per gli indici

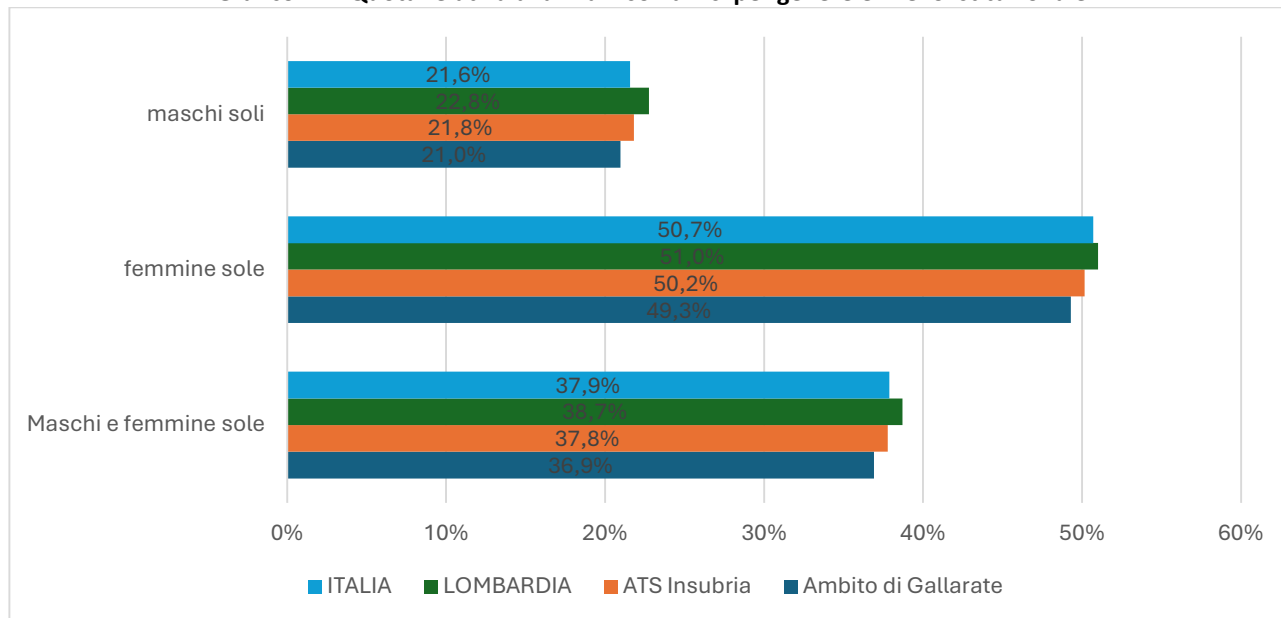
2022	Ambito di Gallarate	ATS Insubria	LOMBARDIA	ITALIA
<i>Tasso natalità</i>	6,40	6,45	6,78	6,67
<i>Tasso mortalità</i>	11,26	11,67	11,25	12,12
<i>Tasso crescita naturale</i>	-4,86	-5,22	-4,47	-5,45
<i>Tasso migratorio totale</i>	5,21	7,28	7,30	4,42
<i>Tasso di crescita totale</i>	0,35	2,05	2,83	-1,03
<i>Indice di invecchiamento</i>	23,76	23,98	23,13	23,81
<i>Indice di vecchiaia</i>	179,13	186,26	177,11	187,61
<i>Dipendenza strutturale</i>	58,97	58,51	56,88	57,46
<i>Dipendenza anziani</i>	37,82	38,07	36,36	37,48
<i>Popol 31/12/2022</i>	122.675	1.476.848	9.976.509	58.997.201

Fonte: Elaborazioni Ufficio di Piano su dati Istat- riferiti al 31/12/2022.

2.2 La popolazione anziana e gli anziani soli

Nel Gallaratese la percentuale di persone sole rimane leggermente inferiore rispetto alla percentuale di Regione Lombardia, mentre risulta lievemente più alta delle percentuali di ATS e Italia. Più nel dettaglio, all'interno dell'Ambito la **popolazione anziana sola ammonta al 37,9%**, dato che si avvicina molto alle quote nazionali, regionali e di ATS. Notiamo una forte differenza, di circa 29 punti percentuali, tra le femmine anziane sole e i maschi anziani soli; rispetto al totale delle donne oltre i 64 anni, la metà (**50,7%**) vive da sola, mentre per la popolazione anziana maschile questo numero si ferma al 21,6%.

Grafico 2.2: Quota relativa di anziani soli divisi per genere e livello istituzionale

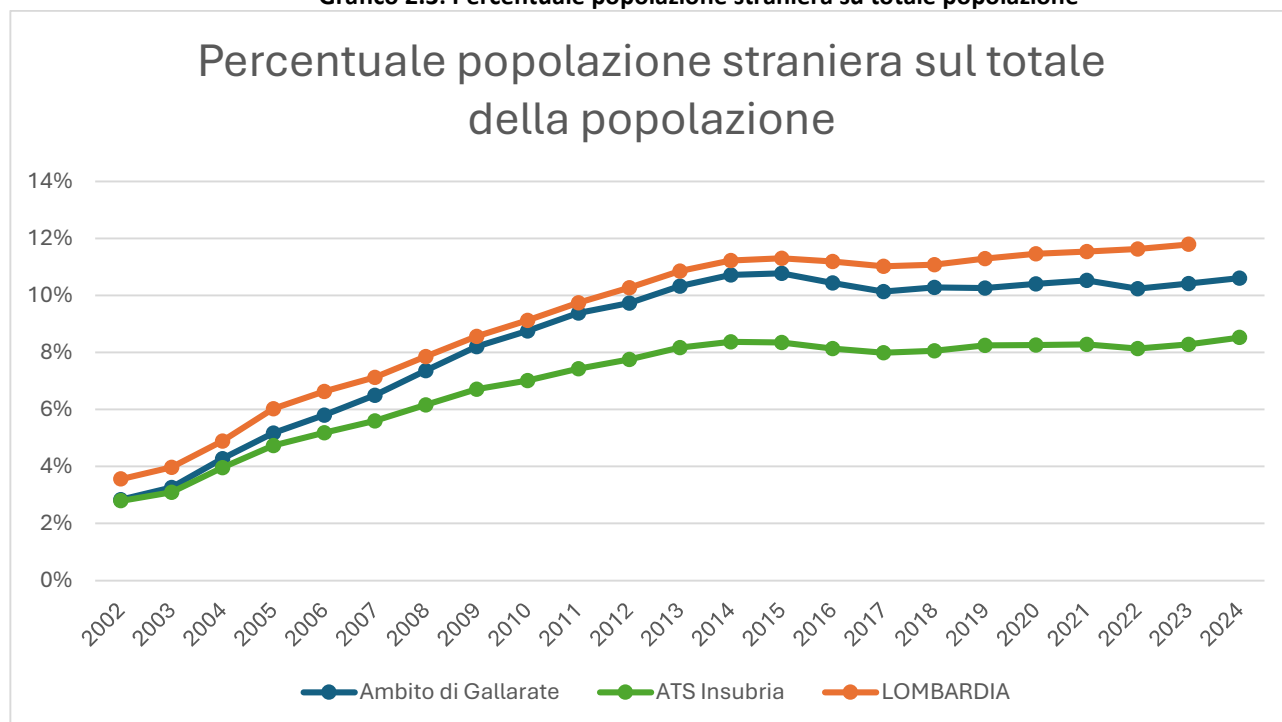


Fonte: Elaborazioni Ufficio di Piano su dati Istat al 31/12/2023

2.3 Popolazione straniera

Come si può osservare nel grafico 2.3, l’Ambito del Gallaratese presenta, ormai da anni, una percentuale di stranieri in riferimento alla popolazione totale superiore rispetto a ATS Insubria e inferiore rispetto a Regione Lombardia; nonostante ciò, la crescita della popolazione straniera all’interno dell’Ambito è meno sostenuta negli ultimi anni e nel 2024 tale quota si aggira attorno al 10,6% della popolazione totale, all’inizio del 2024, infatti, il numero di cittadini stranieri presenti nel Gallaratese ammonta a **13.031 unità**.

Grafico 2.3: Percentuale popolazione straniera su totale popolazione



Fonte: Elaborazioni Ufficio di Piano su dati Istat riferiti al 31/12 di ogni anno considerato

2.4 Risorse impiegate nel settore sociale

Nel 2022, l'Ambito di Gallarate ha impiegato complessivamente € 19.834.861,00 nel settore sociale. Di questa cifra, l'84% – pari a € 16.727.271,00 – è stato finanziato dai Comuni, una quota superiore a quella di ASST Valle Olona e della Regione Lombardia, che coprono rispettivamente l'80% e il 77% delle loro spese sociali. Il secondo principale contributo proviene da altri enti pubblici, che con il 6% (pari a € 1.218.857,00) rappresentano una quota leggermente inferiore rispetto alle percentuali di ASST e Regione.

I contributi dall'utenza costituiscono il 4,7% delle risorse, mentre altre fonti di entrata coprono lo 0,4%. Le restanti risorse derivano per il 2,9% dal Fondo Sociale Regionale, per l'1,2% dal Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS), e per lo 0,6% dal Fondo per il Sistema Educativo 0-6.

Tabella 2.3: Provenienza entrate 2022

Anno 2022	Ambito	ASST Valle Olona	Regione
<i>Comune</i>	84,3%	80,0%	77,3%
<i>Utenza</i>	4,7%	6,2%	8,5%
<i>Altri enti pubblici</i>	6,1%	7,1%	6,7%
<i>Altre tipologie entrata</i>	0,4%	0,6%	2,5%
<i>Fondo sociale regionale</i>	2,9%	3,2%	2,5%
<i>FNPS</i>	1,2%	1,5%	0,9%
<i>Fondo per le non autosufficienze</i>	0,0%	0,7%	0,4%
<i>Fondo Intesa Famiglia</i>	0,0%	0,0%	0,0%
<i>Gestione Associata Piano di Zona</i>	0,0%	0,0%	0,0%
<i>Fondo Dopo di Noi</i>	0,0%	0,1%	0,1%
<i>Fondo Sistema Educativo 0-6</i>	0,2%	0,5%	0,8%

<i>Fondo Nazionale Povertà</i>	0,0%	0,0%	0,1%
<i>Fondo asilo migrazione e integrazione</i>	0,0%	0,0%	0,2%

Fonte: dati provenienti dai Comuni dell'Ambito

La tabella illustra la distribuzione delle risorse impiegate per canali di finanziamento nelle diverse aree di spesa del settore sociale nell'Ambito di Gallarate. La maggior parte dei fondi proviene dai Comuni, con un totale di € 16.727.271,00, garantendo una copertura completa per tutte le aree del settore sociale. In confronto, gli altri canali di finanziamento risultano più circoscritti e mirati a specifiche aree.

La compartecipazione alla spesa da parte degli utenti è richiesta nelle aree Minori e Famiglia, Disabili, Anziani e nei servizi sociosanitari integrati, per un totale di € 935.176,00. Le aree Minori e Famiglia e Disabili sono le uniche a ricevere fondi da tutti i canali di finanziamento disponibili. Gli altri enti pubblici sostengono principalmente le aree di Emarginazione e Povertà, Anziani e Minori e Famiglia, per un totale di € 1.218.857,00. Le "altre tipologie di entrata" finanziano le aree Minori e Famiglia e Emarginazione e Povertà, sebbene la loro incidenza complessiva resti modesta, con un totale di € 85.933,00.

Il Fondo Sociale Regionale (FSR) contribuisce con € 584.956,00, distribuiti tra le aree Minori e Famiglia, Disabili, Anziani, e Emarginazione e Povertà. Il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS) interviene con € 239.835,00 coprendo le stesse aree del FSR e aggiungendo un piccolo contributo per l'area Immigrazione. Infine, il Fondo per il Sistema Educativo 0-6 destina € 35.784,00 esclusivamente all'area Minori e Famiglia.

Tabella 2.4: Risorse impiegate nel settore sociale per canale di finanziamento 2022 (valori assoluti in €)

Area	Totale entrate	Comune	Utenza	Altri enti pubblici	Altre tipologie entrate	FSR	FNPS	Gestione associata del PdZ	Fondo Sistema Educativo 0-6
<i>Minori-Famiglia</i>	8.208.520	6.530.195	743.422	271.906	42.922	428.608	155.683	0	35.784
<i>Disabili</i>	5.396.628	5.049.944	62.119	224.226	0	43.129	17.210	0	0
<i>Compartecipazione-servizi sociosanitari integrati</i>	2.840.614	2.808.959	31.655	0	0	0	0	0	0
<i>SVZ sociale professionale</i>	1.663.998	1.663.998	0	0	0	0	0	0	0
<i>Emarginazione-povertà</i>	980.639	203.469	2.564	669.357	42.054	8.836	54.359	0	0
<i>Anziani</i>	724.050	464.158	95.416	40.729	957	104.318	11.423	7.049	0
<i>Immigrazione</i>	19.311	5.512	0	12.639	0	0	1.160	0	0
<i>Salute mentale</i>	1.101	1.036	0	0	0	65	0	0	0
<i>Dipendenze</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale	19.834.861	16.727.271	935.176	1.218.857	85.933	584.956	239.835	7.049	35.784

Fonte: dati provenienti dai Comuni dell'Ambito

3. Analisi dei soggetti e delle reti presenti sul territorio

3.1 Rete di offerta sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale

In questo paragrafo riportiamo una panoramica dell'offerta di servizi socio-sanitari e socio-assistenziali attivi all'interno dell'Ambito del Gallaratese. La Tabella 3.1 fornisce una ricostruzione delle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali, a livello di Ambito, per tipologia e posti accreditati. Tra le varie tipologie di struttura, quella in cui si riscontra un maggior numero di posti accreditati sono gli asili nido, con 565 posti disponibili e le RSA con 468 posti disponibili. All'interno dell'Ambito non sono presenti Residenze Sanitarie per Disabili (RSD).

Tabella 3.1: Strutture socio-sanitarie per tipologia e posti accreditati

Ambito di Gallarate	n'enti	n'posti
<i>RSA</i>	5	468
<i>CDI</i>	4	105
<i>CDD</i>	3	65
<i>CSS</i>	3	29
<i>ASILO NIDO</i>	14	565
<i>MICRO NIDO</i>	4	20
<i>NIDO FAMIGLIA</i>	3	46

Fonte: Open Data Regione Lombardia, 2024

3.2 I soggetti e i network attivi sul territorio

Nel territorio del Gallaratese sono presenti varie iniziative ed attività intraprese dalla società civile, come le Cooperative Sociali, le Associazioni di Solidarietà Familiare, le Associazioni di Promozione Sociale, le Unità di offerta Sociale, le Organizzazioni di Volontariato e le Fondazioni. In base alle informazioni disponibili sul sistema Open Data della Regione Lombardia, risultano ad oggi iscritte nei registri regionali, con riferimento al territorio del Gallaratese, 29 cooperative sociali, 6 associazioni di solidarietà familiare, 41 associazioni di promozione sociale, 43 unità di offerta sociale, 66 organizzazioni di volontariato e 23 fondazioni.

Tabella 3.2: Numero di organizzazioni riconducibili alle categorie descritte con sede nei comuni dell'Ambito di Gallarate censite sul sistema open data della Regione Lombardia

	Totale
<i>Cooperative Sociali</i>	29
<i>Associazioni Solidarietà Familiare</i>	6
<i>Associazioni di Promozione Sociale</i>	41
<i>Unità di offerta sociale</i>	43
<i>Organizzazioni di volontariato</i>	66
<i>Fondazioni</i>	23

Fonte: Open Data Lombardia, 2024.

Gli enti del Terzo Settore, operanti sul territorio, offrono servizi di assistenza di vario tipo ad anziani e disabili; altre si focalizzano invece su servizi per tossicodipendenti, alcolodipendenti e pazienti psichiatrici. Infine, alcune afferiscono all'area educativa. Con riferimento alle Associazioni di Promozione Sociale, nel Gallaratese vengono prevalentemente offerti servizi di natura sociale/civile, seguiti da servizi culturali e ambientali, inoltre nel territorio sono presenti anche servizi di sport e tempo libero.

3.3 Le risorse del territorio evidenziate nei tavoli di co-programmazione

Durante la seconda metà del 2024, in vista della redazione del Documento di Piano dell'Ambito di Gallarate, si sono tenuti i tavoli tematici di co-programmazione, con la partecipazione di referenti pubblici dell'Ufficio di Piano e dei Comuni ed enti privati del Terzo Settore, come meglio verrà specificato nelle prossime pagine e, in particolare, nel paragrafo 4.2. Durante la realizzazione di tali tavoli, finalizzati principalmente all'analisi dei bisogni del territorio, nonché alla sistematizzazione degli obiettivi del Piano di Zona, sono state evidenziate anche le risorse di cui il territorio può beneficiare per la realizzazione di tali obiettivi.

Ne riportiamo di seguito l'elenco, con il riferimento del tavolo in cui tali risorse sono state discusse:

Tavolo Anziani: le risorse del territorio

A. PREVENZIONE DELL'ISOLAMENTO DEGLI ANZIANI SOLI E/O CON PATOLOGIE

- Collaborazione con le Case di Comunità, con un ruolo centrale per figure come l'infermiere di comunità.
- Servizi a supporto degli anziani fragili (es. Centri diurni).
- Iniziative di contatto diretto (es. servizi di telefonia attiva).
- Attività di stimolazione cognitiva e momenti di aggregazione sociale.
- Spazi dedicati per anziani con demenza e loro caregiver (es. "Alzheimer caffè").

B. ACCOMPAGNAMENTO DELL'ANZIANO NELLE ATTIVITÀ DI VITA QUOTIDIANA

- Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) attivo sul territorio.
- Servizio RSA Aperta per supportare gli anziani nelle loro esigenze quotidiane.
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).
- Collaborazioni con associazioni di volontariato per il sostegno quotidiano.
- Servizi di trasporto protetto per anziani e persone con disabilità.
- Consegna di pasti a domicilio per anziani soli o con difficoltà.

Tavolo Disabilità: le risorse del territorio

A. MOBILITÀ

- Veicoli speciali e adattati per il trasporto di persone con disabilità, forniti da enti pubblici e privati.
- Risorse coordinate per trasporti protetti, con il supporto di operatori qualificati e autisti volontari.
- Collaborazioni tra enti pubblici, associazioni e piccoli operatori privati per ottimizzare il servizio sul territorio.
- Esempi virtuosi includono associazioni di volontariato che si occupano di accompagnamento, come la Croce Rossa e altre realtà locali.

B. SOCIALITÀ

- Progetti di accompagnamento per persone con disabilità psichica, come attività sociali e animazione, gestite in collaborazione tra associazioni e volontari.
- Attività di socializzazione presso sedi dedicate, come quelle gestite da associazioni familiari e volontari.
- Collaborazione con oratori, gruppi giovanili e scuole per promuovere l'integrazione tra persone con disabilità e giovani.
- Iniziative di inclusione organizzate da associazioni sportive, culturali e di intrattenimento, con esempi virtuosi come la Pallacanestro Varese.
- Il Museo MAGA, attualmente luogo di ritrovo culturale, potrebbe essere valorizzato ulteriormente per stimolare l'incontro e la socialità tra le persone con disabilità e la cittadinanza.

C. INSERIMENTO LAVORATIVO

- Collaborazione con aziende del territorio per facilitare l'inserimento lavorativo di persone con disabilità.

- Utilizzo di risorse provinciali (derivanti da sanzioni per mancato rispetto delle norme sull'assunzione di persone con disabilità) per finanziare percorsi di inserimento lavorativo.
- Attività del SIL (Servizio Inserimento Lavorativo) per promuovere tirocini e opportunità di lavoro.
- Progetti come quello realizzato da un centro locale, che offre tirocini lavorativi per persone con autismo in collaborazione con aziende.
- Coinvolgimento di enti di formazione professionale per favorire la connessione tra persone con disabilità, enti locali e aziende.

D. INTEGRAZIONE DELLE INFORMAZIONI

- Spazi di orientamento e supporto, aperti ai cittadini per raccogliere necessità e offrire risposte personalizzate, con il supporto di figure sanitarie, educative e operatori sociosanitari (OSS).
- Case di Comunità come punto di riferimento per l'integrazione delle informazioni, con la presenza di associazioni, professionisti del sociale e figure sanitarie, al fine di migliorare la connessione tra risorse disponibili e i bisogni della popolazione.

Tavolo Minori e Famiglia: le risorse esistenti e potenziali del territorio

A. PREVENZIONE, PROMOZIONE DEL BENESSERE E INFORMAZIONE

- Servizi di supporto alla genitorialità e interventi di promozione della salute in ambito scolastico.
- Progetti mirati per adolescenti, come il programma #Up, che prevede percorsi di sostegno e crescita.
- Campagne di sensibilizzazione, ad esempio incontri su tematiche specifiche come gioco d'azzardo o bullismo.
- Consultori dedicati ad adolescenti per un supporto psicologico e formativo mirato.
- Servizi Informagiovani come punto di riferimento per orientamento e supporto.

B. INCONTRO

- Iniziative ricreative promosse dalle biblioteche comunali.
- Gruppi educativi per adolescenti.
- Collaborazioni con oratori per progetti di aggregazione e supporto.
- Spazi aggregativi per giovani, come lo "Space" a Cavarina e l'aula studio a Cassano.
- Festival ed eventi culturali, organizzati nei Comuni di Cassano e Gallarate.
- Servizi di mediazione familiare per il sostegno relazionale.
- Educativa di strada a Cassano Magnago per il coinvolgimento diretto dei ragazzi.
- Il Museo MAGA come luogo di incontro e risorsa culturale da valorizzare ulteriormente.

C. SERVIZI

- Centri semiresidenziali per minori con bisogni specifici.
- Servizi di assistenza domiciliare per minori.
- Centri diurni per minori in carico ai servizi territoriali, come quello di Gallarate.
- Progetti di sostegno scolastico per bambini e ragazzi in difficoltà.
- Supporto psicologico nei consultori per minori, adulti e famiglie.
- Iniziative di sostegno psicologico specifico per la gravidanza.
- Progetti di inclusione socio-lavorativa per giovani coinvolti nel penale minorile, come il progetto Fuori2Giri.
- Servizi psico-educativi per adolescenti e famiglie, come Klinè.
- Progetti per la riduzione dei rischi connessi all'uso e abuso di sostanze, come Take a Break.

A. ABITARE

- Soluzioni abitative integrate come dormitori, alloggi pubblici (SAP e ALER) e housing sociale.
- Collaborazioni con associazioni di volontariato e servizi sociali per favorire l'accesso a strutture dedicate a persone fragili.
- Progetti locali, come gli accordi del Comune di Cassano con i proprietari di immobili per favorire l'inclusione.
- Casa rifugio per mamme con bambini, una nuova struttura dedicata a donne in difficoltà e alle loro famiglie.
- Coinvolgimento del terzo settore, che fornisce supporto abitativo e sociale per persone vulnerabili, in collaborazione con enti locali e associazioni.
- Sportelli gestiti da Sindacati per supporto informativo e negoziazione di contratti abitativi.

B. POVERTÀ

- Sportelli di supporto finanziati da fondi PRINS, con accesso a servizi di base come mensa e docce.
- Fondi dedicati a persone vulnerabili non comprese nei servizi ADI.
- Collaborazione tra équipes multidisciplinari del territorio per progetti di inclusione sociale e lavorativa, come "Boe Bianche".
- Centri di ascolto della Caritas per accoglienza e supporto.
- Fondi come "Diamo Lavoro" della Caritas per favorire il reinserimento lavorativo delle persone vulnerabili.

C. INCLUSIONE SOCIALE DI CITTADINI STRANIERI

- Sportelli sindacali per il supporto dei cittadini stranieri nella gestione di contratti abitativi e lavorativi.
- Fondi come "Diamo Lavoro" per promuovere l'inclusione economica e sociale delle persone escluse dal mercato del lavoro.

D. POTENZIAMENTI DEL SISTEMA DEI SERVIZI

- Collaborazione tra servizi del terzo settore e associazioni per intercettare bisogni inespresi della cittadinanza.
- Centri di accoglienza come dormitori e mense, gestiti in collaborazione con enti come Caritas e Fondazione Zaccheo.
- Reti territoriali che lavorano in sinergia con enti di supporto, come CAV e Casa di Francesco, per garantire continuità nei servizi.

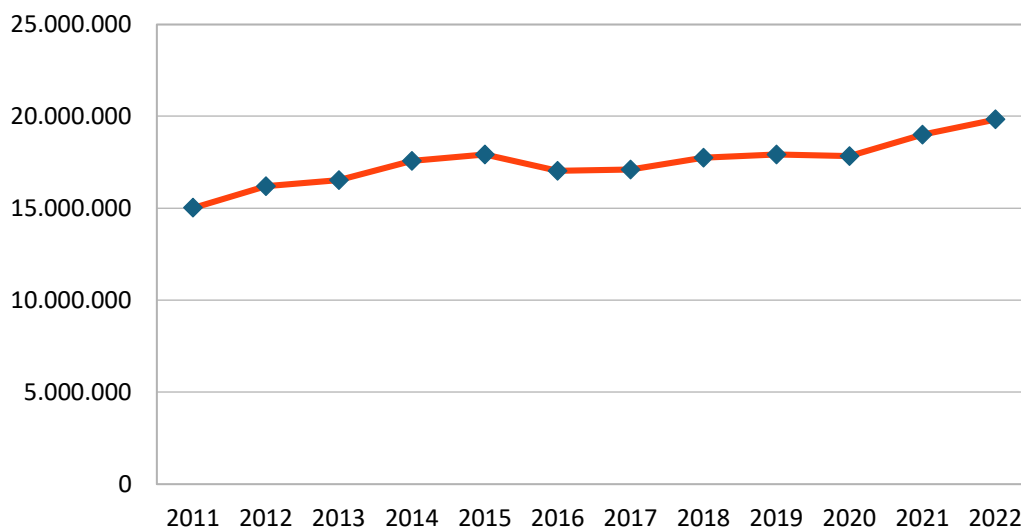
4. Analisi dei bisogni e illustrazione delle motivazioni alla base della scelta riguardo alle aree individuate per la programmazione

4.1 Utenza dei servizi

Nell'Ambito di Gallarate, la spesa sociale complessiva ha raggiunto € 19.827.811,00 a fine 2022. A partire dal 2016, l'area ha mostrato una crescita continua nei fondi destinati ai servizi sociali, culminando nel picco del 2022. Nel grafico 4.2 è rappresentato un confronto tra il Gallaratese e la Regione Lombardia, impostando

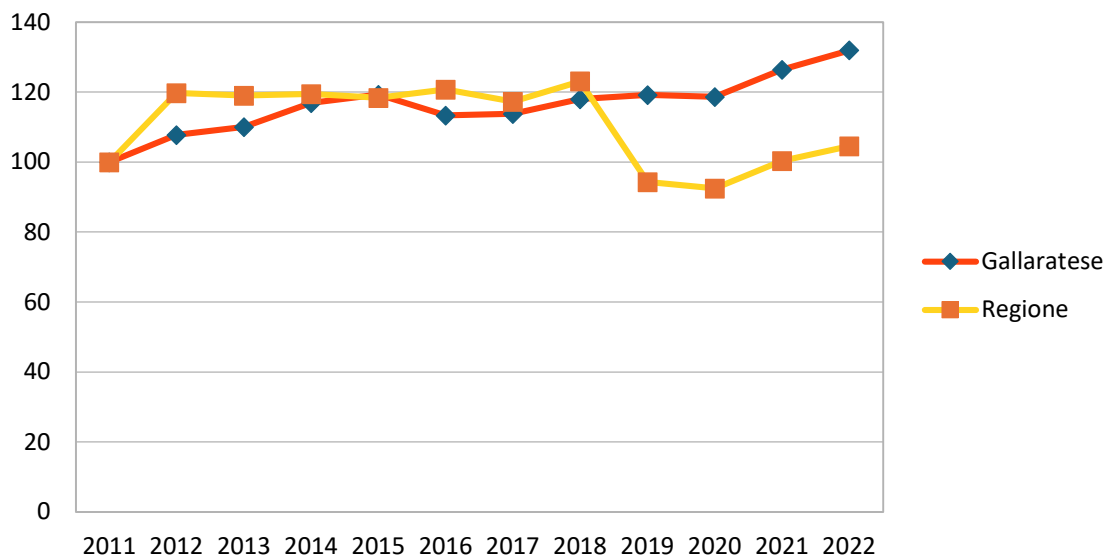
come base la spesa sociale del 2011, indicata con un valore di 100. Negli ultimi anni, l'Ambito ha progressivamente avvicinato, in termini percentuali, il livello di spesa sociale regionale, fino a superarlo nel 2019.

Grafico 4.1: Spesa sociale annua in Euro negli anni nell'Ambito di Gallarate



Fonte: Elaborazioni Ufficio di Piano su dati Regione

Grafico 4.2: Confronto spesa sociale annua con base=100 tra Gallaratese e Regione Lombardia



Fonte: Elaborazioni Ufficio di Piano su dati Regione

Nel 2022, la maggior parte delle risorse destinate alla spesa sociale nell'ambito del Gallaratese è stata indirizzata all'area Minori e Famiglia, per un totale di € 8.208.518, pari al 41,40% della spesa sociale complessiva. Questa percentuale è leggermente superiore rispetto ad ASST Valle Olona (35,22%) e alla media regionale lombarda (34,37%). Gli utenti di quest'area sono 4.418, con un costo medio per utente di € 1.858. L'area Disabili rappresenta il 27,22% della spesa sociale complessiva, con una spesa totale di € 5.396.627,00 e 1.051 utenti. Il costo medio per utente in questo settore è elevato, raggiungendo i € 5.135,00. Anche in questo caso, il Gallaratese mostra una spesa proporzionale superiore rispetto a ASST Valle Olona (22,03%) ma più allineata alla media regionale (25,09%).

L'area della compartecipazione ai servizi socio-sanitari integrati rappresenta il 14,33% della spesa complessiva, con un investimento di € 2.840.614,00 per 192 utenti, e un costo medio per utente molto alto

pari a € 14.795,00. Questa percentuale è simile a quella rilevata nella regione (13,69%) ma inferiore rispetto ad ASST Valle Olona (16,51%).

Per quanto riguarda i servizi sociali professionali (SVZ sociale professionale), il Gallaratese destina a quest'area l'8,39% della propria spesa sociale, corrispondente a € 1.663.999,00. Questa spesa è lievemente inferiore alla media di ASST Valle Olona (9,70%) e della regione (12,91%).

Le aree di Emarginazione e Povertà e Anziani costituiscono rispettivamente il 4,95% e il 3,62% della spesa complessiva nel Gallaratese, con una spesa totale di € 980.640,00 per l'emarginazione (costo medio per utente di 870 Euro) e di € 717.001,00 per gli anziani (costo medio per utente di € 801,00). La spesa per l'emarginazione e povertà è in linea con la media regionale (4,58%) ma inferiore rispetto a quella di ASST Valle Olona (9,66%). La spesa per gli anziani, invece, è inferiore sia rispetto ad ASST Valle Olona (5,25%) che alla media regionale (7,17%).

Le altre aree (Immigrazione, Salute Mentale e Dipendenze) rappresentano quote minime della spesa sociale complessiva: 0,10% per l'immigrazione, 0,01% per la salute mentale, e lo 0,00% per le dipendenze. Anche il numero di utenti è molto basso in queste categorie, con una spesa per utente di € 1.379,00 per l'immigrazione e € 551,00 per la salute mentale.

In sintesi, la distribuzione della spesa sociale del Gallaratese evidenzia una concentrazione significativa sull'area Minori e Famiglia e Disabili, con spese per utente maggiori rispetto ad altre aree. Rispetto ad ASST Valle Olona e alla media regionale lombarda, il Gallaratese investe proporzionalmente di più nelle aree Minori e Famiglia e Disabili, mentre destina meno risorse a servizi per anziani e alla gestione dell'emarginazione e povertà.

Tabella 4.1: Rapporto tra spesa sociale settore e spesa sociale totale 2022

2022	Gallaratese	ASST Valle Olona	Lombardia
<i>Minori-Famiglia</i>	41,40%	35,22%	34,37%
<i>Disabili</i>	27,22%	22,03%	25,09%
<i>Compartecipazione-servizi socio-sanitari integrati</i>	14,33%	16,51%	13,69%
<i>Servizio sociale professionale</i>	8,39%	9,70%	12,91%
<i>Emarginazione-povertà</i>	4,95%	9,66%	4,58%
<i>Anziani</i>	3,62%	5,25%	7,17%
<i>Immigrazione</i>	0,10%	1,27%	1,95%
<i>Salute Mentale</i>	0,01%	0,32%	0,17%
<i>Dipendenze</i>	0,00%	0,04%	0,06%

Fonte: Elaborazioni Ufficio di Piano su dati Regione 2022

Tabella 4.2: Analisi utenze Gallaratese 2022

	Spesa	Spesa in % sul totale	Numero Utenti
<i>Minori-Famiglia</i>	8.208.518,00	41,40%	4.418
<i>Disabili</i>	5.396.627,00	27,22%	1051
<i>Compartecipazione-servizi socio-sanitari integrati</i>	2.840.614,00	14,33%	192
<i>Servizio sociale professionale</i>	1.663.999,00	8,39%	
<i>Emarginazione-povertà</i>	980.640,00	4,95%	1.127
<i>Anziani</i>	717.001,00	3,62%	895
<i>Immigrazione</i>	19.311,00	0,10%	14
<i>Salute Mentale</i>	1.101,00	0,01%	2
<i>Dipendenze</i>	-	0,00%	0

Fonte: Elaborazioni Ufficio di Piano su dati Regione Lombardia 2022

4.2 Il contributo degli stakeholder all'analisi dei bisogni

L'analisi dei bisogni condotta nella seconda metà del 2024 ha avuto un duplice obiettivo: conoscenza e azione. Per quanto riguarda la conoscenza, si sono volute tratteggiare e approfondire quanto più possibile le dimensioni di bisogno presentate dalle persone che vivono la comunità e il territorio; dal punto di vista dell'azione, l'obiettivo dell'analisi dei bisogni è stato quello di rendere tali riflessioni funzionali alla definizione degli obiettivi strategici per la nuova programmazione dei servizi.

Dal punto di vista metodologico, è stato svolto un percorso di sistematizzazione delle conoscenze, delle esperienze e delle valutazioni maturate sul territorio da parte di referenti pubblici (Ufficio di Piano e Responsabili di servizio dei Comuni dell'Ambito) e di enti privati (Enti del Terzo settore, Sindacati, etc.).

Nella logica dell'azione, tale processo ha rappresentato una fase preliminare e strettamente connessa alla co-programmazione degli obiettivi strategici.

Il percorso infatti ha previsto innanzitutto la predisposizione di un questionario online sui bisogni, che è stato compilato da coloro che avevano presentato Manifestazione di Interesse per aderire ai tavoli tematici di co-programmazione.

Il questionario ha raccolto i contributi di 10 stakeholder del territorio, che hanno cominciato a dare un'idea delle dimensioni e delle sfere di bisogno attuali e, ragionando in prospettiva futura, dei prossimi tre anni.

I risultati del questionario sono stati arricchiti e completati dagli stakeholder che hanno partecipato alle due sessioni dei tavoli di co-programmazione che si sono svolte il 9 e il 18 ottobre 2024.

Nei due paragrafi seguenti si riportano i risultati del questionario e dei lavori partecipati nei tavoli.

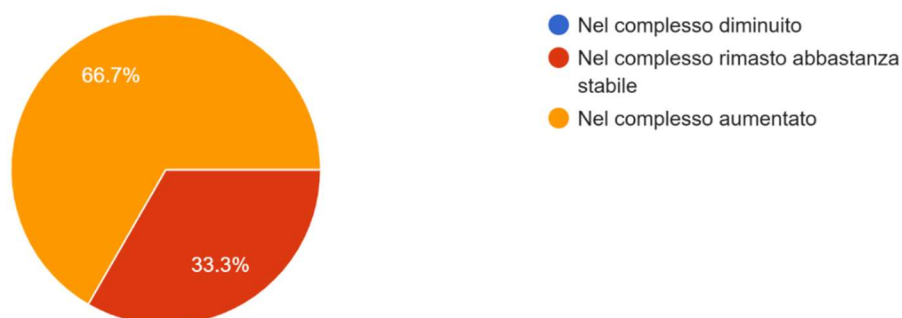
4.2.1 I risultati del questionario preliminare

L'analisi delle risposte alle prime domande del questionario restituisce una prima immagine sui bisogni. Secondo la totalità dei rispondenti, negli ultimi tre anni il volume di persone in condizione di bisogno sociale non è diminuito: per il 66.7% è nel complesso aumentato; per il restante 33.3% è rimasto nel complesso abbastanza stabile (grafico 4.3).

Grafico 4.3: Risposte alla domanda "Negli ultimi tre anni il volume di persone in condizione di bisogno sociale, nella vostra esperienza, indicativamente è:"

Negli ultimi tre anni il volume di persone in condizione di bisogno sociale, nella vostra esperienza, indicativamente è:

12 responses

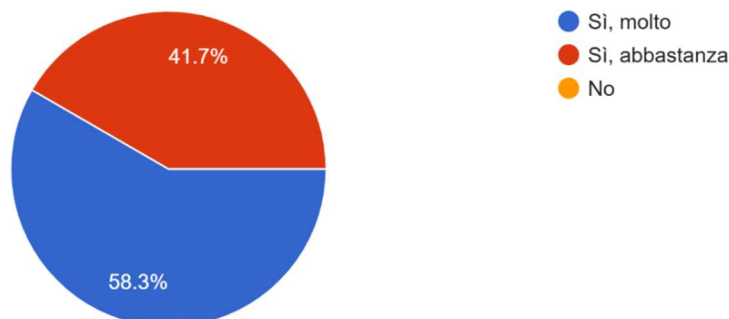


Secondo i rispondenti sono aumentate drammaticamente anche le tipologie di bisogno sociale, come si evince dalla figura seguente.

Grafico 4.4: Risposte alla domanda “Negli ultimi tre anni, secondo la vostra esperienza, sono aumentate le tipologie di bisogno sociale?”

Negli ultimi tre anni, secondo la vostra esperienza, sono aumentate le tipologie di bisogno sociale?

12 responses



4.2.2 Dimensioni di bisogno

Le domande successive a risposta aperta proponevano delle riflessioni sulle dimensioni di bisogno del territorio. Dalle risposte ai questionari sono emersi i seguenti temi:

- *Isolamento sociale e solitudine, nonché difficoltà relazionali*: emerge un forte bisogno sociale e relazionale, in particolare per le categorie degli anziani e delle persone con disabilità.
- *Lavoro*: viene infatti evidenziato come la disoccupazione e la precarietà lavorativa, fenomeni sempre più presenti, impattano sulla possibilità di cadere in condizione di povertà. Per far fronte a questi problemi, è stata indicata la necessità di percorsi di formazione e di riqualificazione professionale indirizzati a disoccupati, lavoratori irregolari e persone con scarse competenze spendibili sul mercato del lavoro.
- *Abitare*: strettamente legata al disagio economico è la questione dell’abitare e la necessità di sviluppare un’offerta abitativa e delle politiche adeguate al fine di soddisfare il più possibile il bisogno di una casa.
- *Necessità di strutture adeguate e di aggregazione per persone con disabilità e anziani e potenziamento dell’assistenza domiciliare*: la mancanza di strutture adeguate e la scarsa accessibilità delle abitazioni e delle strutture, impattano fortemente su questa categoria di persone, che rischiano così di rimanere sempre più isolate, con un conseguente peggioramento delle loro condizioni di vita.
- *Supporto ai caregiver familiari*: sono figure che svolgono un ruolo fondamentale nella cura delle persone disabili o non autosufficienti che necessitano di forme di sostegno ed interventi pubblici.
- *Necessità di supporto digitale per anziani*: per far fronte alla mancanza di quelle competenze informatiche che sono sempre più necessarie ma che spesso risultano mancare tra gli anziani e i soggetti più fragili.
- *Necessità di accompagnamento socio-educativo delle famiglie*: i genitori sono chiamati ad occuparsi di diversi ambiti d’interesse, come la scuola, le relazioni familiari - amicali, lo sport, mantenendo una postura adulta, responsabile ed educativa, mentre al tempo stesso gli adolescenti e i preadolescenti faticano a trovare una dimensione di crescita positiva e modelli di riferimento e di identificazione adeguati e possibili, tanto che spesso risultano essere propensi all’isolamento sociale e presentano fragilità esistenziali che non esplicitano. Altro tratto presente è rappresentato da una povertà valoriale che rende i minori e i giovani a rischio di comportamenti asociali e devianti.
- *Necessità di una rete territoriale di servizi*: un elemento importante è infatti quello della fragilità e delle carenze della rete primaria, a cui è necessario rispondere con una dotazione di servizi e di risorse adeguati

a fronteggiare le situazioni di difficoltà delle persone. Un miglioramento dell'offerta è necessario anche per garantire un supporto ai familiari degli anziani e delle persone con disabilità, che spesso portano un carico emotivo e psicologico considerevole.

4.2.3 I risultati dei tavoli di co-programmazione

I risultati del questionario preliminare sono stati presentati e discussi con gli stakeholder aderenti al percorso di co-programmazione per il nuovo Piano di Zona durante la prima sessione dei tavoli. La discussione all'interno dei tavoli è stata caratterizzata da un primo momento di raccolta di ulteriori contributi relativi ai bisogni, al fine di arricchire e completare il quadro, e da un secondo momento di approfondimento di quel quadro attraverso testimonianze ed esperienze dei partecipanti.

Si riporta, per ciascuno dei quattro tavoli, l'elenco completo dei bisogni emergenti.

Tavolo Anziani: bisogni, mancanze, criticità

- A. PREVENZIONE DELL'ISOLAMENTO DEGLI ANZIANI SOLI E/O CON PATOLOGIE
 - Bisogno relazionale
 - Bisogno di raggiungere gli anziani che hanno necessità tramite un sistema telefonico dedicato

- B. ACCOMPAGNAMENTO DELL'ANZIANO NELLE ATTIVITÀ DI VITA QUOTIDIANA
 - Bisogno assistenziale per persone non autosufficienti
 - Forte carico di cura che l'assistenza dei grandi anziani provoca ai nuclei famigliari
 - Trasporto mobilità e accompagnamento
 - Supporto igiene personale e nella pulizia dell'ambiente domestico
 - Mantenimento delle capacità residue e delle competenze di ognuno
 - Assistenza a domicilio per ritardare il più possibile l'istituzionalizzazione

- C. FORMAZIONE
 - Supporto nella gestione di pratiche telematiche e bisogno di formazione digitale
 - Formazione badanti

- D. CREAZIONE DI UNA RETE DI SERVIZI TERRITORIALE
 - Orientamento e informazione sui servizi disponibili e far veicolare le informazioni delle varie attività rivolte agli anziani (raccordo con i servizi)

Tavolo Disabilità: bisogni, mancanze, criticità

- A. MOBILITÀ
 - Servizio di trasporto protetto adeguato all'accompagnamento di persone con disabilità con alta intensità di sostegno
 - Coordinamento tra le corse dei trasporti protetti
 - Aumento delle richieste di trasporto protetto e conseguente difficoltà a rispondere positivamente alle richieste a causa dell'esiguità delle soluzioni di trasporto
 - Costi elevati dei trasporti protetti
 - Riduzione costante dei volontari disponibili

- B. SOCIALITÀ
 - Momenti aggregativi di socialità
 - Attività socializzanti per giovani con disabilità
 - Utilizzo del tempo libero delle persone con disabilità
 - Poco tempo libero dei caregivers delle persone con disabilità da dedicare ad attività diverse dalla cura
 - Dopo la scuola i giovani con disabilità hanno poche opportunità socializzanti, per questo la fine della scuola rappresenta un passaggio critico

- Assistenza educativa e sanitaria domiciliare per quei giovani con disabilità che, a causa dell'impedimento posto in essere dalla disabilità, possono difficilmente uscire dalla propria abitazione
- Inclusione sociale delle persone sole con disabilità che a causa dell'impedimento posto in essere dalla disabilità possono difficilmente uscire dalla propria abitazione, rimanendo spesso costretti a rinunciare ad occasioni aggregative di socializzazione
- Riduzione costante dei volontari disponibili

C. INSERIMENTO LAVORATIVO

- Accedere a determinate possibilità lavorative attraverso ausili tecnici (computer, software...)
- Sperimentare attività anche diverse dal lavoro che abbiano la funzionalità di stimolare capacità e interessi
- Continuità delle esperienze di utilità sociale (tirocini socializzanti, attività non lavorative di utilità sociale), così da fornire uno stimolo giornaliero costante alle persone con disabilità
- Debole integrazione territoriale delle informazioni utili alle persone con disabilità per affrontare i vari aspetti della vita, compresa l'attività lavorativa
- Necessità di un contesto fisico e sociale in cui esprimere e portare avanti i propri interessi
- Trasporto e accompagnamento coordinato dall'abitazione della persona con disabilità al luogo dell'attività

D. INTEGRAZIONE DELLE INFORMAZIONI

- Pochi servizi informativi rivolti a persone con disabilità che integrano gli ambiti sociale e sanitario nel dare risposta alle loro richieste di orientamento
- Buchi informativi rispetto a percorsi di vita, servizi e possibilità rivolte alle persone con disabilità nell'arco della loro vita

Tavolo Minori e Famiglia: bisogni, mancanze, criticità

A. PREVENZIONE, PROMOZIONE DEL BENESSERE E INFORMAZIONE

- Prevenzione e informazione per adolescenti e preadolescenti rispetto a questioni legate alla loro fascia di età come consumo di sostanze, identità di genere, etc.
- Facilitazione e orientamento nel mondo dei servizi, con accesso semplificato.
- Formazione e supporto alla genitorialità.

B. INCONTRO

- Aggregazione in spazi destrutturati, non centri diurni, che facilitino l'incontro e l'integrazione tra pari.
- Socialità libera e spazi a bassa soglia nel tempo libero.
- Incontri per genitori/famiglie; supporto; accompagnamento familiare durante le separazioni.

C. SERVIZI

- Scuola più accogliente e attenta ai bisogni individuali, con percorsi educativi per rispondere e agganciare situazioni critiche.
- Interventi mirati alle famiglie migranti.
- Servizi psicologici e psichiatrici per adolescenti e adulti, con un aumento dell'accessibilità ai servizi.
- Rete tra i servizi per migliorare l'intervento coordinato.

Tavolo Povertà – Integrazione e Multiethnicità – Salute Mentale – Prevenzione Dipendenze: bisogni, mancanze, criticità

A. ABITARE

- Mancanza di un luogo fisico in cui dormire e/o di un alloggio vero e proprio per persone senza tetto;
- Mancanza di una rete di proprietari sul territorio che porta i cittadini a emigrare altrove;
- L'accesso alla casa risulta difficoltoso per una fascia sempre più ampia di popolazione;

- Difficoltà per persone che hanno la residenza fittizia;
- Difficoltà nell'accesso alla casa anche per madri single
- La questione legata agli sfratti è problematica sia per le persone che per i servizi che non riescono a contrastarla;
- Problematica legata alla casa su 3 livelli:
 - Accesso alla casa problema oggettivo (cause: situazione economica e credibilità per farsi dare la casa);
 - Mantenimento della casa una volta avuto l'accesso all'abitazione la problematica è riuscire a mantenerla;
 - Necessità non solo di trovare abitazioni adeguate ma anche di lavorare assieme alle persone sulle proprie skills e strumenti.

B. POVERTÀ

- Bisogno economico evidente: difficoltà nel fronteggiare le spese perché sono maggiori rispetto alle entrate;
- Poco supporto economico per le situazioni di fragilità;
- Maggiore presenza di nuove povertà nel contesto dei Servizi
- Difficoltoso l'inserimento lavorativo e socio-economico di persone in condizioni di svantaggio;
- Difficoltà nella ricerca e nell'inserimento lavorativo per soggetti in età avanzata;
- Difficoltà registrate per le persone che sono escluse dalle misure di contrasto alla povertà.

C. INCLUSIONE SOCIALE DI CITTADINI STRANIERI

- I cittadini stranieri sono spesso esclusi dalle offerte formative, ma soprattutto da quelle lavorative;
- I cittadini stranieri hanno molta difficoltà ad accedere all'abitazione.

D. POTENZIAMENTI DEL SISTEMA DEI SERVIZI

- Difficoltà a lavorare con i servizi della psichiatria;
- Difficoltà per molte persone di accedere alle cure riguardanti il disturbo psichico;
- Necessità di avere un supporto nella gestione della terapia farmacologica (spesso legata alle dipendenze) e di mantenere i contatti con i servizi specialistici quali SerD – CPS;
- Pochi sportelli rivolti al cittadino;
- I servizi rispondono ai bisogni della cittadinanza in una logica emergenziale e non attraverso piani strutturati;
- Scarsa conoscenza da parte dei cittadini delle reti presenti sul territorio e delle progettualità attive e problema di comunicazione da parte dei servizi;
- Mancanza di supporto per svolgere le pratiche burocratiche per i sussidi e nel reinserimento sociale.

4.3 Illustrazione delle motivazioni alla base della scelta riguardo alle aree individuate per la programmazione

Il Piano di Zona rappresenta anzitutto uno strumento di messa a sistema e riorganizzazione dell'offerta complessiva del sistema degli interventi e servizi sociali, realizzato attraverso un percorso di governance che avvia processi concertati di trasformazione territoriale e individua una visione di futuro del territorio condivisa.

Le sollecitazioni emerse dai tavoli di programmazione partecipata sono state assunte nel processo di pianificazione attraverso una rimodulazione che ha visto la definizione puntuale degli obiettivi, l'identificazione delle azioni, l'analisi dei costi operativi, la verifica di fattibilità, sostenibilità e pertinenza in rapporto ai compiti istituzionali attribuiti al governo della gestione associata, nonché al giudizio di coerenza tra proposte assunte nel piano e sistema di offerta garantito con finanziamenti a regime e con finanziamenti dedicati a valere, ad esempio su leggi di settore.

Alle tematiche condivise nel percorso di programmazione partecipata sono state poi integrate le aree di policy relative al consolidamento del quadro di contesto necessario alla realizzazione degli interventi, nonché quelle connesse all'espletamento del mandato istituzionale normativamente attribuito.

La scelta definitiva delle aree di programmazione è stata infine l'esito di un vaglio di coerenza interna tra analisi dei problemi, proposte e strategie individuate, sistema d'offerta preesistente, soluzioni relative a meccanismi di coordinamento intra e interistituzionali, coerenza tra budget disponibile e risorse prevedibili per l'implementazione di quanto previsto.

5. Individuazione degli obiettivi di Ambito della programmazione 2025-2027

5.1 Obiettivi trasversali

1 - Mappatura, collaborazione e messa in rete

TITOLO INTERVENTO	Mappatura, collaborazione e messa in rete
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	L'obiettivo vuole rispondere alla necessità di creare una rete di servizi territoriali flessibili e, a questo scopo, prevede di realizzare e diffondere uno strumento condiviso per far conoscere competenze e risorse che i vari Enti del territorio hanno a disposizione, specificato nel dettaglio, in modo da agevolare la presa in carico e strutturare protocolli di collaborazione, funzionali a creare sinergie tra servizi e risorse, rendendoli più omogenei nel territorio.
AZIONI PROGRAMMATE	<p>Azione 1: Strutturazione del lavoro di rete sulle utenze fragili tramite la creazione di opportuni tavoli di lavoro per creare protocolli di collaborazione tra enti, monitorandone l'attuazione, al fine di rendere più omogenee le risposte nel territorio, in un'ottica di sussidiarietà orizzontale.</p> <p>Azione 2: Strutturazione di protocolli di collaborazione, funzionali a una presa in carico che crei sinergie tra servizi e risorse.</p> <p>Azione 3: costruzione e implementazione di uno strumento condiviso per far conoscere competenze e risorse che i vari enti del territorio hanno a disposizione, in modo da agevolare la presa in carico</p>
TARGET	<p>I destinatari diretti dell'intervento sono tutti gli enti, le organizzazioni e le associazioni di volontariato presenti sul territorio e i servizi sociosanitari e sanitari.</p> <p>I destinatari indiretti, in generale sono tutta la comunità e i</p>

	volontari, i quali godranno dell'effetto di una maggiore ricchezza sociale e relazionale all'interno del territorio.
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	L'Ambito per la realizzazione dell'Obiettivo stima una spesa nel triennio pari ad €. 30.000,00 (FNPS-Fondi d'Ambito-altre fonti di finanziamento dedicate).
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	EE.PP. – PRIVATI - ETS
L'OBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	Sì, l'obiettivo rappresenta un'azione di sistema trasversale a tutte le diverse aree di policy. Le progettualità che verranno sviluppate saranno riconducibili a una o più aree integrate.
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	Punti chiave trasversali a tutte le aree di policy: <ul style="list-style-type: none"> • Rafforzamento delle reti sociali; • Nuovi strumenti di governance; • Revisione/potenziamento degli strumenti di governance dell'Ambito.
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	NO
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	Sì, ASST sarà coinvolta nella mappatura dei propri servizi.
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	NO
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	Sì, è in continuità.
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	No, prevede la creazione di uno strumento che permetta la condivisione delle informazioni.
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	NO

L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	Sì, il presente obiettivo è frutto di un percorso di co-programmazione con gli operatori e attori della rete territoriale che hanno aderito alla manifestazione d'interesse promossa dall'Ambito.
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?	NO
NEL CASO IN CUI L'INTERVENTO NON PREVEDA PROCESSI DI CO-PROGETTAZIONE E/O CO-PROGRAMMAZIONE FORMALIZZATI, SPECIFICARE LE MODALITA' DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE (se pertinente)	Coinvolgimento degli enti del Terzo Settore che gestiscono servizi nel territorio dell'Ambito attraverso l'adesione ad un avviso pubblico.
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	Sì, l'obiettivo prevede il coinvolgimento di svariati enti pubblici e privati attivi nel territorio dell'Ambito attraverso l'adesione ad un avviso pubblico.
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	I bisogni ai quali questo obiettivo intende rispondere sono: <ul style="list-style-type: none"> • la necessità di ricostruire relazioni efficaci con le istituzioni; • il bisogno di co-progettare interventi per la risposta ai bisogni dei cittadini (minori, anziani, persone con disabilità, donne, persone in condizione di fragilità, famiglie, ecc) con obiettivi e metodo comuni tra i diversi servizi; • la necessità di ricomporre le risorse, le competenze e il lavoro della comunità per riprogettare servizi.
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÓ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	Bisogno consolidato
L'OBIETTIVO È DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	L'obiettivo è sia di tipo promozionale/preventivo che riparativo.
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E	NO

COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)	
L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	Sì, lo strumento è digitale.
QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	<p><u>Azione 1</u>: Strutturazione del lavoro di rete sulle utenze fragili tramite la creazione di opportuni tavoli di lavoro per creare protocolli di collaborazione tra enti, monitorandone l'attuazione, al fine di rendere più omogenee le risposte nel territorio, in un'ottica di sussidiarietà orizzontale.</p> <p>INDICATORI</p> <p>1.1 numero tavoli di lavoro creati; 1.2 numero riunioni/trimestre dei tavoli di lavoro; 1.3 numero enti pubblici partecipanti ai tavoli; 1.4 numero enti privati e del privato sociale partecipanti ai tavoli; 1.5 numero di protocolli di collaborazione creati.</p> <p><u>Azione 2</u>: Strutturazione di protocolli di collaborazione, funzionali a una presa in carico che crei sinergie tra servizi e risorse.</p> <p>INDICATORI</p> <p>2.1 numero enti pubblici coinvolti nella rete; 2.2 numero enti privati e del privato sociale coinvolti nella rete; 2.3 numero di "eventi" on site e on line di confronto fra gli enti coinvolti; 2.4 numero e tipologia di enti partecipanti agli eventi.</p> <p><u>Azione 3</u>: costruzione e implementazione di uno strumento condiviso per far conoscere competenze e risorse che i vari enti del territorio hanno a disposizione, in modo da agevolare la presa in carico.</p> <p>INDICATORI</p> <p>3.1 numero enti coinvolti nella strutturazione dello strumento; 3.2 numero enti mappati nello strumento.</p>
QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?	<p>Azione 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creazione di almeno 1 tavoli di lavoro specifico; • Almeno l'80% degli enti coinvolti partecipano agli incontri. <p>Azione 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stesura e sottoscrizione di almeno 1 Protocollo per

	<p>la presa in carico integrata tra servizi.</p> <p>Azione 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creazione di 1 strumento condiviso per il miglioramento della presa in carico (Si/No).
<p>QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?</p>	<p>L'impatto che tale intervento vorrebbe produrre, si può sintetizzare come segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento della presa in carico; • Miglioramento della collaborazione tra gli Enti coinvolti; • Aumento di protocolli operativi applicati efficacemente; • Miglioramento della qualità di risposta ai bisogni da parte della comunità.

2 - Co-progettazione e valorizzazione delle competenze progettuali

TITOLO INTERVENTO	Co-progettazione e valorizzazione delle competenze progettuali
<p>QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE</p>	<p>Questo obiettivo prevede di creare una rete di soggetti pubblici e privati che possano sviluppare competenze e idee progettuali per capitalizzare le risorse economiche che arriveranno o da candidare a bandi di finanziamento, anche a livello europeo, strutturando modalità di attivazione congiunta e di sistemi di valutazione per raggiungere e soddisfare obiettivi comuni.</p>
<p>AZIONI PROGRAMMATE</p>	<p>Azione 1: sviluppo di idee progettuali e messa in rete di soggetti competenti per capitalizzare le risorse economiche che arriveranno, strutturando anche sistemi di valutazione;</p> <p>Azione 2: ideazione di progetti da candidare a bandi di finanziamento, anche a livello europeo, in collaborazione e partenariato pubblico-privato, dotandosi delle risorse umane e delle competenze professionali necessarie;</p> <p>Azione 3: formazione sulla co-progettazione e progettazione nazionale/europea, oltre che formazione sulle regole della rendicontazione.</p>
<p>TARGET</p>	<p>I destinatari diretti dell'intervento sono tutti gli enti pubblici e privati, le organizzazioni e le associazioni di volontariato presenti sul territorio e i servizi socio-sanitari e sanitari.</p>

	I destinatari indiretti, in generale sono tutta la comunità e i volontari, i quali godranno dell'effetto di una maggiore ricchezza sociale e relazionale all'interno del territorio.
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	L'Ambito per la realizzazione dell'Obiettivo stima una spesa nel triennio pari ad €. 105.000,00 (FNPS-Fondi d'Ambito- altre fonti di finanziamento dedicate).
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	EE.PP. – PRIVATO SOCIALE - ETS
L'OBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	Sì, l'obiettivo rappresenta un'azione di sistema trasversale a tutte le diverse aree di policy. Le progettualità che verranno sviluppate saranno riconducibili a una o più aree integrate.
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	Punti chiave trasversali a tutte le aree di policy: <ul style="list-style-type: none"> • Allargamento della rete e co-programmazione; • Rafforzamento delle reti sociali; • Nuovi strumenti di governance.
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	NO
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	NO
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	NO
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	Sì
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Nuovo servizio (implementazione di una nuova modalità di lavoro congiunto tra gli enti del territorio).
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN	NO

PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	Sì, il presente obiettivo è frutto di un percorso di co-programmazione con gli operatori e attori della rete territoriale che hanno aderito.
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?	NO
NEL CASO IN CUI L'INTERVENTO NON PREVEDA PROCESSI DI CO-PROGETTAZIONE E/O CO-PROGRAMMAZIONE FORMALIZZATI, SPECIFICARE LE MODALITA' DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE (se pertinente)	Coinvolgimento degli enti del Terzo Settore del territorio dell'Ambito attraverso l'adesione ad un avviso pubblico.
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	Sì, l'obiettivo prevede il coinvolgimento di svariati enti pubblici e privati.
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	I bisogni ai quali questo obiettivo intende rispondere sono: <ul style="list-style-type: none"> • La necessità di capitalizzare le risorse economiche in arrivo da progettualità finanziate con fondi nazionali ed europei; • Debole rete tra enti capace di trasmettere le conoscenze tra servizi.
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÓ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	Bisogno consolidato
L'OBIETTIVO É DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	L'obiettivo è di tipo promozionale/preventivo, sia di tipo riparativo.

<p>L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)</p>	<p>Sì, nella creazione di un partenariato pubblico-privato per la stesura e candidatura di progetti.</p>
<p>L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)</p>	<p>Sì, aspetti relativi alla ricerca di bandi per accesso a finanziamenti e aspetti relativi alle modalità organizzative di incontro e di partecipazione a corsi di formazione sul tema della progettazione.</p>
<p>QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?</p>	<p><u>Azione 1</u>: sviluppo di idee progettuali e messa in rete di soggetti competenti per capitalizzare le risorse economiche che arriveranno, strutturando anche sistemi di valutazione.</p> <p>INDICATORI</p> <p>1.1 numero di soggetti inseriti nella rete; 1.2 attivazione di sistemi di valutazione; 1.3 numero di idee progettuali sviluppate.</p> <p><u>Azione 2</u>: ideazione di progetti da candidare a bandi di finanziamento, anche a livello europeo, in collaborazione e partenariato pubblico-privato, dotandosi delle risorse umane e delle competenze professionali necessarie.</p> <p>INDICATORI</p> <p>2.1 numero di progetti elaborati; 2.2 numero di linee di finanziamento esaminate; 2.3 numero di progetti candidati; 2.4 numero di soggetti pubblici inseriti nei partenariati; 2.5 numero di soggetti privati inseriti nei partenariati; 2.6 numero di enti europei inseriti nei partenariati; 2.7 numero risorse umane dedicate al lavoro di progettazione.</p> <p><u>Azione 3</u>: formazione sulla co-progettazione e progettazione nazionale/europea, oltre che formazione sulle regole della rendicontazione.</p> <p>INDICATORI</p> <p>3.1 numero ore di formazione specifica sulla progettazione; 3.2 numero unità di personale coinvolto nella formazione; 3.3 numero cicli di formazione avviati.</p>
<p>QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?</p>	<p><u>Azione 1)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Creazione della Rete (sì/no); • Sviluppo di almeno 2 idee progettuali ideate dalla Rete nel triennio.

	<p><u>Azione 2)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Almeno 3 progetti candidati su bandi privati o pubblici; • Almeno 1 progetto realizzato nel triennio. <p><u>Azione 3)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Organizzazione di almeno 1 ciclo di formazione sui temi della co-progettazione, progettazione e rendicontazione. • Almeno 25 operatori formati sulle tematiche definite (co-progettazione, progettazione, rendicontazione).
QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?	<p>L'impatto che tale intervento vorrebbe produrre, si può sintetizzare come segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento della collaborazione tra enti; • Aumento delle iniziative progettuali; • Miglioramento delle conoscenze degli operatori in materia di co-progettazione, progettazione e rendicontazione.

3 - Ricomposizione delle informazioni e potenziamento della capacità orientativa dei servizi territoriali (prioritario)

TITOLO INTERVENTO	Ricomposizione delle informazioni e potenziamento della capacità orientativa dei servizi territoriali
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	<p>Tale obiettivo vuole rispondere al bisogno di orientamento nel panorama dei servizi territoriali che determinate fasce di popolazione caratterizzate da multidimensionalità della fragilità sperimentano. Per far questo, è necessario mettere in rete le informazioni a disposizione dei nodi che compongono la rete sociosanitaria composta da Comuni, ASST, ATS e Terzo Settore, per poi costituire, grazie alla messa in comune delle conoscenze del territorio, centri multiservizi o sportelli specifici per far fronte al bisogno orientativo ed informativo espresso da persone anziane, persone con disabilità e persone straniere.</p>
AZIONI PROGRAMMATE	<p>Azione 1: Valutare le opzioni per permettere la realizzazione di uno scambio tra enti ed una messa in rete delle informazioni sociali, sanitarie e sociosanitarie che riguardano i target elencati.</p> <p>Azione 2: Ricomposizione delle informazioni raccolte, in strumenti anche accessibili agli utenti sotto forma di mappe dei servizi sul territorio.</p> <p>Azione 3: Costituzione di uno Sportello (fisico e/o online) integrato da informazioni legislative, sociali, sanitarie e</p>

	sociosanitarie dedicato all'orientamento degli utenti nel panorama dei servizi, dei percorsi e delle attività a loro rivolte, nonché al supporto pratico per richiedere l'accesso ai servizi, agli interventi e ai sussidi.
TARGET	Persone con disabilità, persone anziane, persone straniere, cittadinanza in generale.
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	L'Ambito per la realizzazione dell'Obiettivo stima una spesa nel triennio pari ad €. 75.000,00 (FNPS-Fondi d'Ambito-altre fonti di finanziamento dedicate).
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	<i>EE.PP. - ETS</i>
L'OBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	<p>Si:</p> <p>A) Contrasto alla povertà, all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva;</p> <p>E) Anziani;</p> <p>F) Digitalizzazione dei servizi;</p> <p>J) Interventi a favore delle persone con disabilità.</p>
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	<p>A) Contrasto alla povertà, all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allargamento della rete e coprogrammazione • Contrasto all'isolamento • Vulnerabilità multidimensionale • Presenza di nuovi soggetti a rischio/nuova utenza rispetto al passato • Nuovi strumenti di governance • Facilitare l'accesso alle opportunità di benessere e partecipazione attiva <p>E) Anziani;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accesso ai servizi • Contrasto all'isolamento • Allargamento della rete e coprogrammazione • Nuova utenza rispetto al passato • Nuovi strumenti di governance <p>F) Digitalizzazione dei servizi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Digitalizzazione del servizio • Integrazione e rafforzamento del collegamento tra i nodi della rete <p>J) Interventi a favore delle persone con disabilità.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Filiera integrata che accompagni la persona nel percorso di vita fino al Dopo di Noi • Allargamento della rete e coprogrammazione • Nuovi strumenti di governance

	<ul style="list-style-type: none"> • Contrasto all'isolamento
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	No.
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	Sì, ASST viene coinvolta in quanto parte della rete sociosanitaria del territorio con il compito di costituire, con il resto della rete, una mappatura integrata dei servizi e degli interventi rivolti ai target.
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	NO
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	NO
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Nuovo servizio
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	NO
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	Sì, il presente obiettivo è frutto di un percorso di co-programmazione con gli operatori e attori della rete territoriale che hanno aderito alla manifestazione d'interesse promossa dall'Ambito.
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?	Nella realizzazione delle azioni citate sopra, verrà valorizzata questa modalità di coinvolgimento del Terzo Settore.

NEL CASO IN CUI L'INTERVENTO NON PREVEDA PROCESSI DI CO-PROGETTAZIONE E/O CO-PROGRAMMAZIONE FORMALIZZATI, SPECIFICARE LE MODALITA' DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE (se pertinente)	
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	Sì, prevede il coinvolgimento di associazioni di promozione sociale per la costituzione e aggiornamento della mappatura dei servizi.
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	L'intervento risponde: <ul style="list-style-type: none"> • al bisogno dell'utenza in condizione di multidimensionalità della fragilità di sapersi orientare nel campo dei servizi territoriali a loro rivolti. • al bisogno di ricevere informazioni che integrino le informazioni sui servizi, interventi e sussidi erogati dall'Ambito Territoriale Sociale e dall'ASST.
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÓ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	NUOVO BISOGNO, emerso dalla difficoltà esperita dalle persone appartenenti al target di avere una fonte informativa che possa dotarli di tutta la conoscenza necessaria e sufficiente per sapersi muovere all'interno del panorama dei servizi territoriali.
L'OBIETTIVO É DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O O RIPARATIVO?	PROMOZIONALE/PREVENTIVO
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)	NO
L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	Sì, presenta aspetti inerenti alla digitalizzazione da un punto di vista principalmente erogativo (mappature consultabili online, servizio di sportello orientativo/informativo/di supporto sia fisico che online)
QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	<u>Azione 1</u> : Valutare le opzioni per permettere la realizzazione di uno scambio tra enti ed una messa in rete delle informazioni sociali, sanitarie e sociosanitarie che

	<p>riguardano i target elencati.</p> <p>INDICATORI 1.1 N. di incontri e riunioni per la definizione della rete; 1.2 N. di protocolli/accordi e/o strumenti siglati tra gli attori territoriali; 1.3 N. di incontri tra ASST/Ambito avviati; 1.4 N. di persone presenti agli incontri ad ogni seduta.</p> <p><u>Azione 2</u>: Ricomposizione delle informazioni raccolte, in strumenti anche accessibili agli utenti sotto forma di mappature dei servizi sul territorio.</p> <p>INDICATORI 2.1 N. interventi e servizi inclusi nella mappatura (un indicatore per mappatura); 2.2 N. enti inclusi nella rete.</p> <p><u>Azione 3</u>: Costituzione di uno Sportello (fisico e/o online) integrato da informazioni legislative, sociali, sanitarie e sociosanitarie dedicato all'orientamento degli utenti nel panorama dei servizi, dei percorsi e delle attività a loro rivolte, nonché al supporto pratico per richiedere l'accesso ai servizi, agli interventi e ai sussidi.</p> <p>INDICATORI 3.1 N. personale formato per il servizio di orientamento/informazione/supporto; 3.2 N. personale impiegato per il servizio di orientamento/informazione/supporto; 3.3 N. di richieste di informazione soddisfatte per sportello; 3.4 N. di richieste di orientamento soddisfatte per sportello; 3.5 N. di richieste di supporto nella compilazione di documenti soddisfatte per sportello.</p>
<p>QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?</p>	<p>Azione 1) <ul style="list-style-type: none"> • Definire un piano per la messa in condivisione delle informazioni sui target (sì/no). </p> <p>Azione 2) Realizzare una mappatura per target dell'obiettivo: <ul style="list-style-type: none"> • N. 1 mappatura sul target persone con disabilità; • N. 1 mappatura sul target persone anziane; • N. 1 mappatura sul target persone straniere. </p> <p>Azione 3) Realizzare e rendere operativo uno sportello informativo/orientativo e di supporto ai tre target. <ul style="list-style-type: none"> • realizzato uno sportello informativo/orientativo e di supporto sui 3 target (sì/no). </p>
<p>QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?</p>	<p>Le azioni svolte nel contesto di questo obiettivo andranno ad impattare sulla capacità di orientamento del sistema dei</p>

	<p>servizi e sulla sua capacità di integrare informazioni sociali con quelle sociosanitarie. L'impatto è sintetizzabile come segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> • miglioramento della conoscenza del sistema dei servizi sociali e sociosanitari da parte dell'utenza; • Incremento dell'integrazione sociosanitaria delle informazioni date all'utenza. <p>In modo indiretto, migliorando la conoscenza della rete integrata dei servizi e delle modalità di accesso, dovrebbero al contempo diminuire gli errori commessi dagli utenti nell'interfacciarsi con i servizi del territorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • miglioramento dell'efficienza dei servizi di front office.
--	--

4 – Studio di fattibilità per la realizzazione di un Servizio sovra-zonale di Pronto Intervento Sociale.

TITOLO INTERVENTO	Studio di fattibilità per la realizzazione di un Servizio sovra-zonale di Pronto Intervento Sociale
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	<ul style="list-style-type: none"> • Verificare la realizzabilità di un servizio P.I.S. a favore della popolazione presente negli Ambiti Territoriali Sociali della Valle Olona (con possibilità di ampliamento anche agli altri Ambiti della Provincia di Varese). • In caso positivo, sperimentazione di un servizio sovrazonale che garantisca risposte tempestive alle persone che versano in situazioni di particolare gravità ed emergenza con grado di bisogno indifferibile, per problematiche a rilevanza sociale, durante gli orari di chiusura dei servizi sociali comunali.
AZIONI PROGRAMMATE	<ul style="list-style-type: none"> • Studio di fattibilità del P.I.S. sovrazonale, e in caso positivo: • Attivazione di una “Centrale operativa” quale punto unico di raccolta delle segnalazioni su situazioni di emergenza sociale e di gestione unitaria degli interventi ricompresi nell'ambito di competenza del servizio P.I.S. • Attività di valutazione professionale e di assistenza tempestiva in base ai bisogni rilevati, con predisposizione di un progetto d'aiuto urgente. • Documentazione delle azioni svolte negli interventi. • Costruzione di una rete integrata e coordinata con i servizi pubblici territoriali, le Forze dell'Ordine e il Terzo Settore per i necessari raccordi, anche attraverso elaborazione di protocolli istituzionali.

	<ul style="list-style-type: none"> Trasmissione di informazioni e atti al Servizio sociale territorialmente competente per consentire la presa in carico della situazione.
TARGET	<p>Pluralità di utenza (adulti o anziani in difficoltà, persone non autosufficienti, vittime di violenza, vittime di tratta, minori stranieri non accompagnati) presente sul territorio dell'ASST Valle Olona che si trovi in situazioni di emergenza, di limitata autonomia ed in condizioni di improvvisa ed imprevista necessità assistenziale. Tali destinatari sono portatori di bisogni derivanti da:</p> <ul style="list-style-type: none"> situazioni di povertà estrema/grave marginalità sociale che costituiscano grave rischio per la tutela e l'incolumità psicofisica della persona; situazioni di abbandono o grave emarginazione con rischio per l'incolumità della persona e/o grave rischio per la salute socio relazionale, in assenza di reti familiari e sociali.
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	<ul style="list-style-type: none"> Fondo Povertà (quota servizi) €. 240.000,00 Fondo povertà estrema €. 18.000,00
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	<p><u>In fase di studio di fattibilità</u></p> <ul style="list-style-type: none"> assistenti sociali dei Comuni degli Ambiti con funzioni di "osservatorio" sul bisogno; Eventuale incarico a Società esterna per la realizzazione dello studio. <p><u>In fase di realizzazione del P.I.S., professionisti componenti la "Centrale Operativa" con funzioni di:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ricezione telefonica delle richieste; valutazione tecnica sugli interventi urgenti da attivare; primo contatto con la rete familiare, ove presente, e sociale; report per il servizio sociale territoriale, utile a garantire la continuità della presa in carico.

<p>L'OBIETTIVO TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?</p>	<p>E' ED</p> <p>SI, ed è integrato con le seguenti Aree di policy:</p> <p>B) Politiche abitative D) Domiciliarità E) Anziani I) Interventi per la famiglia J) Interventi a favore di persone con disabilità K) Interventi di sistema</p>
<p>• INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO</p>	<p>A)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allargamento della rete e coprogrammazione • Rafforzamento delle reti sociali • Vulnerabilità multidimensionale • Presenza di nuovi soggetti a rischio • Nuovi strumenti di governance <p>B)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allargamento della platea dei soggetti a rischio • Vulnerabilità multidimensionale • Allargamento della rete e coprogrammazione • Nuovi strumenti di governance <p>D)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tempestività della risposta • Ampliamento dei supporti forniti all'utenza • Allargamento della rete e coprogrammazione • Nuovi strumenti di governance <p>E)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ruolo delle famiglie e del caregiver • Allargamento della rete e coprogrammazione • Contrasto all'isolamento • Allargamento della rete e coprogrammazione • Nuovi strumenti di governance <p>I)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sostegno secondo le specificità del contesto familiare • Contrasto e prevenziine della violenza domestica • Tutela minori • Allargamento della rete e coprogrammazione • Nuovi strumenti di governance <p>J)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ruolo delle famiglie e del caregiver • Allargamento della rete e coprogrammazione • Nuovi strumenti di governance • Contrasto all'isolamento <p>K)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisione/potenziamento degli strumenti di governance degli Ambiti • Rafforzamento della gestione associata
<p>PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?</p>	<p>SI'</p>
<p>PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI</p>	<p>SI'</p> <p>Si ipotizza il coinvolgimento di ASST Valle Olona per:</p>

CONGIUNTE AMBITO-ASST?	<ul style="list-style-type: none"> • Collegamento del servizio P.I.S. con il Protocollo operativo "Dimissioni protette" • Collaborazione nel progetto di presa in carico della persona nelle situazioni dove l'intervento sociosanitario risulti necessario
L'INTERVENTO E' REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	<p>SI'</p> <p>L'intervento è realizzato in cooperazione fra gli Ambiti di Somma Lombardo, Gallarate, Busto Arsizio, Castellanza e Saronno (con possibilità di ampliamento anche agli altri Ambiti della Provincia di Varese), con i seguenti compiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • attivazione concordata di uno studio di fattibilità del progetto in forma sovrazonale • in caso positivo, attivazione di una Centrale operativa unica per i 5 Ambiti • monitoraggio condiviso delle azioni progettuali
E' IN CONTINUITA' CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2012-2023)?	NO
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	<p>SI'</p> <p>L'obiettivo prevede la definizione di un servizio nuovo nel territorio dell'ASST Valle Olona (con possibilità di ampliamento anche agli Ambiti afferenti all'ASST Sette Laghi); gli Ambiti che hanno già sperimentato/hanno in corso un servizio P.I.S. ne rivedranno organizzazione e gestione in funzione del modello sovrazonale ipotizzato</p>
L'OBIETTIVO E' IN CONTINUITA' E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	NO
L'INTERVENTO E' FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	<p>SI'</p> <p>Si prevede di co-programmare l'intervento con il Terzo Settore</p>
L'INTERVENTO E' FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?	<p>SI'</p> <p>Si prevede di co-progettare l'intervento con il Terzo Settore.</p> <p><u>Compiti</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Partecipazione ai tavoli di lavoro utili all'analisi di contesto necessaria allo studio di fattibilità del P.I.S. • Formalizzazione accordi di partenariato • Redazione progetto integrato • Attivazione fasi progettuali • Monitoraggio e valutazione del progetto <p><u>Ruolo Pubblica Amministrazione</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestione dello studio di fattibilità • Successiva emissione avviso pubblico per l'invito agli enti del Terzo settore a partecipare al procedimento di co-progettazione <p><u>Ruolo Terzo Settore</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Avanzare proposte progettuali

	<ul style="list-style-type: none"> • Mettere a disposizione risorse proprie ai fini del progetto • Collaborare alla realizzazione delle azioni concordate
NEL CASO IN CUI L'INTERVENTO NON PREVEDA PROCESSI DI CO-PROGETTAZIONE E/O COPROGRAMMAZIONE FORMALIZZATI, SPECIFICARE LE MODALITA' DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE (se pertinente)	
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	<p>SI/NO (se sì, quali e le modalità di cooperazione)</p> <p>In caso di studio di fattibilità positivo, si prevede la possibile sottoscrizione di protocolli collaborativi con FF.OO., Prefettura, presidi ospedalieri privati accreditati, UDOS e strutture alberghiere</p>
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	<p>Indicatori di input derivati dall'analisi del bisogno</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervenire prontamente in caso di uffici chiusi su situazioni di povertà estrema/grave marginalità sociale che costituiscano grave rischio per la tutela e l'incolumità psicofisica della persona e di abbandono o grave emarginazione con rischio per l'incolumità della persona e/o grave rischio per la salute sociorelazionale, in assenza di reti familiari e sociali
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIA' STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUO' ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITA'?	BISOGNO CONSOLIDATO
L'OBIETTIVO E' DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	L'obiettivo è di tipo riparativo
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE?	<p>SI'</p> <p>L'obiettivo presenta modelli innovativi sia di presa in carico, sia di risposta al bisogno e cooperazione con altri attori della rete, in quanto nel territorio di ASST Valle Olona non è mai stato attivato uno studio di fattibilità per la realizzazione di un servizio P.I.S. sovrambito con la collaborazione di tutti i 5 Ambiti Territoriali Sociali presenti</p>
L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	<p>SI'</p> <p>Si prevede che l'obiettivo includerà aspetti inerenti la digitalizzazione, come l'utilizzo di un gestionale per la raccolta delle richieste di intervento</p>
QUALI MODALITA'	<ul style="list-style-type: none"> • n° incontri dei tavoli di progettazione condivisa

ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	<ul style="list-style-type: none"> n° degli ETS presenti ai tavoli / n° complessivo degli ETS attivi nel territorio sulla problematica inerente all'obiettivo
QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?	<ul style="list-style-type: none"> n° 1 studio di fattibilità sul progetto di attivazione servizio P.I.S. nel territorio di ASST Valle Olona In caso di positività dello studio, sottoscrizione di n. 1 Convenzione tra l'Ambito e i Partner individuati <p>Attivazione in via sperimentale di n. 1 "Centrale Operativa" del P.I.S. in raccordo con gli Ambiti della Valle Olona</p>
QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?	<p>Prontezza ed efficacia dell'intervento di rete a favore di emergenze e urgenze sociali che insorgono repentinamente e improvvisamente producendo bisogni non differibili in forma acuta e grave che la persona deve affrontare.</p>

5.2 Obiettivi macro-area: contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva

C – Iniziative per potenziare i servizi a elevata integrazione socio-sanitaria

TITOLO INTERVENTO	Iniziative per potenziare i servizi a elevata integrazione socio-sanitaria
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	<p>Alla luce del processo attuativo della Legge R 23/2015 e successive modifiche ed integrazioni e in particolare della graduale presa in carico dei pazienti cronici da parte dei soggetti erogatori accreditati, nonché in considerazione della sempre maggiore evidenza della necessità di una presa in carico integrata (sanitaria, socio-sanitaria e sociale) delle persone fragili e delle loro famiglie, si rende necessario consolidare ed implementare gli strumenti per la rilevazione del grado di copertura da parte dei servizi territoriali rispetto ai bisogni della popolazione fragile, della completezza e tempestività delle risposte che vengono date e della misura in cui i servizi dedicati al settore siano appropriati, non si sovrappongano fra loro e riescano a coprire bisogni altrimenti non soddisfatti attraverso altri attori della rete.</p>
AZIONI PROGRAMMATE	<p>Azione 1: residenzialità leggera ovvero realizzazione interventi di supporto a soggetti afferenti all'area della salute mentale con supporto nel pagamento della quota alberghiera con eventuali risorse di Ambito e degli enti locali.</p>

	<p>Azione 2: Partecipazione all'Organismo di Coordinamento della Salute Mentale di ATS Insubria, oppure al coordinamento tra operatori professionali degli enti locali e dell'ASST.</p> <p>Azione 3: organizzazione di momenti di incontro e confronto continuativo con i servizi specialistici, con particolare riferimento al dipartimento di salute mentale e dipendenze.</p> <p>Azione 4: Iniziative di prevenzione contro il gioco d'azzardo patologico: mappatura territoriale delle iniziative e implementazione dei servizi dedicati, anche tramite la partecipazione a bandi dedicati.</p> <p>Azione 5: iniziative di rete per il contrasto alle dipendenze.</p>
TARGET	Persone fragili e le loro famiglie, con un focus specifico sulle persone che hanno bisogni legati alla salute mentale e alle dipendenze.
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	L'Ambito per la realizzazione dell'Obiettivo stima una spesa nel triennio pari ad €. 150.000,00 (FNPS-Fondi d'Ambito- altre fonti di finanziamento dedicate).
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	EE.LL – ATS - ASST - ETS
L'OBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	No
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	<p>A) Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione inclusione attiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rafforzamento delle reti sociali; • Vulnerabilità multidimensionale;
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	NO
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	Sì, prevede il coinvolgimento dell'ASST nella sottoscrizione del Protocollo (ad esempio per la residenzialità leggera) e nello sviluppo delle rispettive competenze.

L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	NO
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	Sì, il presente obiettivo è in continuità
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Servizio già presente
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	NO
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	No
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?	NO
NEL CASO IN CUI L'INTERVENTO NON PREVEDA PROCESSI DI CO-PROGETTAZIONE E/O CO-PROGRAMMAZIONE FORMALIZZATI, SPECIFICARE LE MODALITÀ DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE (se pertinente)	È coinvolto tramite accordo di partenariato.
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	Sì, di ATS Insubria (governance/coordinamento).
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	I bisogni ai quali questo obiettivo intende rispondere sono: <ul style="list-style-type: none"> • La frammentazione di risposta dei servizi sulla tematica; • La poca economicità, efficienza ed efficacia degli interventi ad alta integrazione sociosanitaria;

	<ul style="list-style-type: none"> • Difficoltà di lavorare in rete.
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÓ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	Bisogno consolidato
L'OBIETTIVO É DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	L'obiettivo è sia di tipo promozionale/preventivo che riparativo.
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)	NO
L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	Sì, da un punto di vista organizzativo si prevede l'utilizzo di piattaforme digitali per la realizzazione di incontri di rete.
QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	<p><u>Azione 1</u>: residenzialità leggera ovvero realizzazione interventi di supporto a soggetti afferenti all'area della salute mentale con supporto nel pagamento della quota alberghiera con eventuali risorse di Ambito e degli enti locali.</p> <p>INDICATORI</p> <p>1.1 n. utenti dell'Ambito inseriti negli appartamenti;</p> <p>1.2 n. utenti dell'Ambito in "lista d'attesa".</p> <p><u>Azione 2</u>: partecipazione all'Organismo di Coordinamento della Salute Mentale di ATS Insubria, oppure al coordinamento tra operatori professionali degli enti locali e dell'ASST.</p> <p>INDICATORI</p> <p>2.1 n. incontri presso l'Organismo di Coordinamento della Salute Mentale di ATS Insubria, oppure relativi al coordinamento tra operatori professionali degli enti locali e dell'ASST.</p>

	<p><u>Azione 3</u>: organizzazione di momenti di incontro e confronto continuativo con i servizi specialistici, con particolare riferimento al dipartimento di salute mentale e dipendenze.</p> <p>INDICATORI 3.1 n. di incontri con i servizi specialistici</p> <p><u>Azione 4</u>: Iniziative di prevenzione contro il gioco d'azzardo patologico: mappatura territoriale delle iniziative e implementazione dei servizi dedicati, anche tramite la partecipazione a bandi dedicati.</p> <p>INDICATORI 4.1 n. iniziative inserite nella mappatura; 4.2 n. fonti di finanziamento individuate per l'implementazione dei servizi; 4.3 n. candidature effettuate; 4.4 n. eventi/campagne di sensibilizzazione realizzati sul territorio (compresi eventi di sensibilizzazione precoce nelle scuole).</p> <p><u>Azione 5</u>: iniziative di rete per il contrasto alle dipendenze.</p> <p>INDICATORI 5.1 n. incontri di confronto con il SERD; 5.2 n. eventi/campagne di sensibilizzazione sul territorio.</p>
<p>QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?</p>	<p>Azione 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • almeno 10 interventi di supporto nel pagamento della quota alberghiera a favore di persone afferenti all'area salute mentale; <p>Azione 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • partecipazione ad almeno 6 incontri di coordinamento con l'organismo di direzione di salute mentale nel triennio. • almeno l'80% degli operatori degli enti locali, dell'ATS dell'Insubria e delle ASST partecipa agli incontri di coordinamento. <p>Azione 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione di almeno 6 incontri con i servizi appartenenti al dipartimento della salute mentale e dipendenze. <p>Azione 4)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione di almeno una mappatura territoriale delle iniziative di prevenzione dedicato al GAP; • Almeno 1 candidatura a un bando dedicato al GAP.

	<p>Azione 5)</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizzazione di almeno 2 iniziative di rete per il contrasto alle dipendenze.
<p>QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?</p>	<p>L'impatto che tale intervento vorrebbe produrre, si può sintetizzare come segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> Miglioramento delle relazioni tra servizi; Miglioramento nel supporto delle situazioni di vulnerabilità legata alla salute mentale; Aumento della conoscenza da parte della cittadinanza sulla tematica delle dipendenze.

5.3 Obiettivi macro-area: Politiche Abitative

A – Strategie per l'abitare (prioritario)

TITOLO INTERVENTO	Strategie per l'abitare
<p>QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE</p>	<p>Si intende perseguire:</p> <ul style="list-style-type: none"> La valutazione dell'eventuale costituzione di un'Agenzia dell'Abitare con finalità così come indicate nella DGR numero 2167 del 2024 ad oggetto "Approvazione delle linee di indirizzo per la programmazione sociale territoriale per il triennio 2025-2027"; la creazione di strategie di facilitazione dell'accesso all'abitare; l'attivazione di percorsi di prevenzione e supporto per evitare il peggioramento della condizione abitativa dei cittadini; l'allargamento dell'offerta abitativa territoriale per persone in condizione di fragilità socioeconomica, anche attraverso modalità innovative.
<p>AZIONI PROGRAMMATE</p>	<p>Azione 1: Costituzione di un Tavolo dedicato al tema congiunto casa-lavoro, per un approccio integrato.</p> <p>Azione 2: Studio di fattibilità per la costituzione dell'Agenzia dell'Abitare e costituzione di prospettive innovative nell'area dell'abitare.</p> <p>Azione 3: Realizzazione di progettualità che consentano un supporto educativo continuativo rivolto a persone adulte in situazione di fragilità socioeconomica la cui condizione abitativa è a rischio peggioramento.</p> <p>Azione 4: Consolidamento dei servizi e degli interventi a supporto dell'abitare, anche attraverso l'attivazione di</p>

	<p>percorsi di educazione finanziaria e di ristrutturazione del debito e di coaching abitativo per le persone fragili anche attraverso il rinnovo in tutti i Comuni dell'Ambito degli accordi territoriali ai sensi della L. 431/98 e D.M. 30/12/2002 per la stipula di contratti a canone concordato, agevolato per favorire l'incontro di domanda/offerta di alloggi.</p> <p>Azione 5: Intensificare il rapporto con ALER sul "tasso di rioccupazione" del patrimonio immobiliare pubblico disponibile.</p> <p>Azione 6: Creazione di una lista di proprietari di casa che si rendono disponibili ad affittare le proprie abitazioni a condizioni agevolate, così da facilitare l'ingresso nel mercato immobiliare a persone in situazione di fragilità socioeconomica.</p>
TARGET	Comunità locale; persone fragili e vulnerabili; proprietari di alloggi del mercato privato; Terzo Settore.
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	L'Ambito per la realizzazione dell'Obiettivo stima una spesa nel triennio pari ad €. 510.000,00 (FNPS-Fondi d'Ambito- altre fonti di finanziamento dedicate).
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	EE.LL – PRIVATO SOCIALE – ETS – PRIVATO.
L'OBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	Sì, l'obiettivo è trasversale all'area di policy A) Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva e H) interventi connessi alle politiche per il lavoro.
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	<p>A) Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione inclusione attiva</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vulnerabilità multidimensionale; • Facilitare l'accesso alle opportunità di benessere e partecipazione attiva <p>B) Politiche abitative</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allargamento della platea dei soggetti a rischio; • Vulnerabilità multidimensionale; • Qualità dell'abitare; • Allargamento della rete e co-programmazione; • Nuovi strumenti di governance (es. Agenzie per l'abitare) <p>H) Interventi connessi alle politiche per il lavoro</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allargamento della rete e co-programmazione
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST	NO

NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	NO
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	NO
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	Sì, è in continuità.
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Servizio sostanzialmente rivisto/aggiornato.
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	NO
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	Sì, il presente obiettivo è frutto di un percorso di co-programmazione con gli operatori e attori della rete territoriale che hanno aderito alla manifestazione d'interesse promossa dall'Ambito.
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?	Nella realizzazione delle azioni citate sopra, verrà valorizzata questa modalità di coinvolgimento del Terzo Settore.
NEL CASO IN CUI L'INTERVENTO NON PREVEDA PROCESSI DI CO-PROGETTAZIONE E/O CO-PROGRAMMAZIONE FORMALIZZATI, SPECIFICARE LE MODALITÀ DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE (se pertinente)	

L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	Sì, per questo specifico obiettivo, gli altri attori coinvolti nella rete sono i proprietari di alloggi privati, ALER, UPPI (Unione dei Piccoli Proprietari Immobiliari) e il Sindacato Inquilini.
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	I bisogni ai quali questo obiettivo intende rispondere sono: <ul style="list-style-type: none"> • Mancanza di una rete di proprietari capace di rispondere al bisogno abitativo; • Difficoltà di accesso all'abitazione per persone in situazioni di fragilità e vulnerabilità; • Difficoltà nella prevenzione e riduzione del rischio di perdita dell'abitazione per persone e nuclei familiari fragili; • Mancanza di un'offerta abitativa sul territorio per persone in condizioni di fragilità socioeconomica.
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÒ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	Bisogno consolidato.
L'OBIETTIVO È DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	L'obiettivo è sia di tipo promozionale/preventivo che riparativo.
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)	Sì, gli aspetti innovativi riguardano la costituzione dell'Agenzia dell'Abitare (Azione 1) e il supporto educativo continuativo rivolto alle persone adulte (Azione 3).
L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	Sì, da un punto di vista organizzativo si prevede l'utilizzo di piattaforme digitali per la realizzazione di incontri di rete.
QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	<u>Azione 1</u> : Costituzione di un Tavolo dedicato al tema congiunto casa-lavoro, per un approccio integrato. INDICATORI 1.1 numero di partecipanti al tavolo; 1.2 numero di incontri svolti.

Azione 2: Studio di fattibilità per la costituzione dell'Agenzia dell'Abitare e costituzione di prospettive innovative nell'area dell'abitare.

INDICATORI

2.1 N. di prospettive innovative analizzate in merito all'area dell'abitare.

2.2 N. incontri tavolo casa-lavoro sullo studio di fattibilità dell'Agenzia dell'Abitare.

Azione 3: Realizzazione di progettualità che consentano un supporto educativo continuativo rivolto a persone adulte in situazione di fragilità socioeconomica la cui condizione abitativa è a rischio peggioramento.

INDICATORI

3.1 n. di nuclei familiari presi in carico dal servizio relativamente alla tematica in oggetto;

3.2 n. di persone prese in carico dal servizio relativamente alla tematica in oggetto.

Azione 4: Consolidamento dei servizi e degli interventi a supporto dell'abitare, anche attraverso l'attivazione di percorsi di educazione finanziaria e di ristrutturazione del debito e di coaching abitativo per le persone fragili anche attraverso il rinnovo in tutti i Comuni dell'Ambito degli accordi territoriali ai sensi della L. 431/98 e D.M. 30/12/2002 per la stipula di contratti a canone concordato, agevolato per favorire l'incontro di domanda/offerta di alloggi.

INDICATORI

4.1 n. di persone/nuclei familiari prese in carico dal servizio dedicato;

4.2 n. di interventi di coaching attivati;

4.3 n. di interventi di educazione finanziaria attivati;

4.4 n. di contratti sottoscritti a canone calmierato;

4.5 n. Comuni che hanno attivato gli accordi ai sensi della L. 431/98 e D.M. 30/12/2002.

Azione 5: Intensificare il rapporto con ALER sul "tasso di rioccupazione" del patrimonio immobiliare pubblico disponibile.

INDICATORI

5.1 n. di incontri con ALER per valutare gli alloggi disponibili;

5.2 n. di alloggi ALER non disponibili;

5.3 n. di alloggi ALER rimessi in disponibilità.

Azione 6: Creazione di una lista di proprietari di casa che si rendono disponibili ad affittare le proprie abitazioni a condizioni agevolate, così da facilitare l'ingresso nel mercato immobiliare a persone in situazione di fragilità socioeconomica.

INDICATORI

6.1 n. di abitazioni disponibili a condizioni agevolate

	6.2 n. di persone in situazioni di fragilità che accedono alle abitazioni.
QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?	<p>Azione 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Costituzione del Tavolo dedicato al tema casa-lavoro (si/no); • Organizzazione di almeno 9 incontri nella triennalità del tavolo dedicato. <p>Azione 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Scrittura da parte del tavolo dedicato di un documento contenente lo studio di fattibilità e le nuove prospettive per l'abitare (si/no). • Avvio delle attività dell'Agenzia dell'Abitare entro la fine del triennio (si/no) <p>Azione 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Almeno 20 nuclei familiari presi in carico dal servizio che necessitano di un supporto educativo continuativo. <p>Azione 4)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Almeno 20 persone inserite in percorsi di educazione finanziaria e di ristrutturazione del debito. <p>Azione 5)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nel 2027 si mira a raggiungere un incremento rispetto al 2025 del numero di abitazioni rimesse in disponibilità da parte di ALER. (N° abitazioni rimesse in disponibilità da ALER nel 2027 > N° abitazioni rimesse in disponibilità da ALER nel 2025). <p>Azione 6)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creazione di una lista di proprietari di casa che si rendono disponibili ad affittare le proprie abitazioni a condizioni agevolate (si/no).
QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?	<p>L'impatto che tale intervento vorrebbe produrre, si può sintetizzare come segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento della rete sociale dedicata all'abitare; • Miglioramento nel supporto alle condizioni di disagio abitativo del target di riferimento; • Aumento degli interventi nel merito delle politiche abitative; • Miglioramento della conoscenza dell'andamento del fenomeno abitativo e sulle possibilità da poter mettere in campo; • Aumento degli alloggi disponibili per persone in condizione di fragilità/vulnerabilità abitativa.

5.4 Obiettivi macro-area: Domiciliarità

D – Potenziare il supporto alla domiciliarità

TITOLO INTERVENTO	Potenziare il supporto alla domiciliarità
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	<p>Costruire una governance capace di coordinare l'azione di una pluralità di attori estremamente eterogenei che possono operare a sostegno della domiciliarità. L'integrazione deve essere attuata a più livelli: tra soggetti del privato e del pubblico, tra sociale e sanitario.</p> <p>S'intende valorizzare un modello in cui alle persone non autosufficienti si procurino i servizi di cui necessitano e non esclusivamente un supporto al reddito finalizzato al pagamento dell'assistente familiare.</p>
AZIONI PROGRAMMATE	<p>Azione 1: Studio di fattibilità per la realizzazione di un servizio di SAD-SADH di Ambito.</p> <p>Azione 2: Misura B2 e interventi complementari alla misura B2: Interventi per il mantenimento delle persone non autosufficienti al domicilio e interventi a favore delle persone con disabilità grave e anziani non autosufficienti.</p> <p>Azione 3: mantenimento e ampliamento del servizio SAD/SADH in fasce orarie non coperte.</p>
TARGET	Persone anziane e persone con disabilità e le rispettive famiglie, reti informali di supporto, reti del terzo settore.
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	L'Ambito per la realizzazione dell'Obiettivo stima una spesa nel triennio pari ad €. 1.480.000,00 (FNPS-FNA -Fondi d'Ambito-altre fonti di finanziamento dedicate).
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	EE.LL – ENTI FORMATORI ACCREDITATI - ASST
L'OBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	<p>Si, l'obiettivo è trasversale alle macroaree:</p> <p>A) Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva</p> <p>E) Anziani</p> <p>J) Interventi per le persone con disabilità</p>
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	Aree di policy:

	<p>A) Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allargamento della rete e co-programmazione • Vulnerabilità multidimensionale <p>D) Domiciliarità:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flessibilità • Tempestività della risposta • Allargamento del servizio a nuovi soggetti • Ampliamento dei supporti forniti all'utenza • Aumento delle ore di copertura del servizio • Allargamento della rete e co-programmazione • Nuova utenza rispetto al passato • Nuovi strumenti di governance • Integrazione con gli interventi domiciliari a carattere sociosanitario <p>E) Anziani:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autonomia e domiciliarità • Accesso ai servizi <p>J) Interventi per le persone con disabilità:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ruolo delle famiglie e del caregiver • Allargamento della rete e co-programmazione • Nuovi strumenti di governance • Contrasto all'isolamento • Rafforzamento delle reti sociali
<p>PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?</p>	<p>NO</p>
<p>PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?</p>	<p>Sì, qualora ricorra l'eventualità di realizzare una valutazione multidimensionale.</p>
<p>L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?</p>	<p>NO</p>
<p>È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?</p>	<p>Sì, è in continuità.</p>

L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Servizio sostanzialmente rivisto/aggiornato
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	NO
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	Sì, il presente obiettivo è frutto del percorso di co-programmazione con gli operatori della rete territoriale che hanno aderito.
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?	No, nella realizzazione delle azioni citate sopra, verrà valorizzata questa modalità di coinvolgimento del Terzo Settore.
NEL CASO IN CUI L'INTERVENTO NON PREVEDA PROCESSI DI CO-PROGETTAZIONE E/O CO-PROGRAMMAZIONE FORMALIZZATI, SPECIFICARE LE MODALITÀ DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE (se pertinente)	Sarà coinvolto tramite avvisi pubblici.
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	NO
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	<p>I bisogni ai quali questo obiettivo intende rispondere sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incremento delle necessità di cura dovuto all'ampliamento delle condizioni di dipendenza a seguito dell'invecchiamento demografico correlato al decremento progressivo della platea dei potenziali caregiver, nonché alla presenza di modifica della morfologia dei nuclei familiari che riducono ulteriormente la disponibilità delle risorse di cura informali; • Insufficienza della risposta dei servizi formali ai bisogni di cura a lungo termine, sia in termini

	quantitativi (insufficiente grado di copertura del servizio) che qualitativi.
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÓ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÁ?	Bisogno consolidato
L'OBIETTIVO É DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	L'obiettivo è di tipo riparativo
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)	NO
L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	Sì, da un punto di vista organizzativo si prevede l'utilizzo di piattaforme digitali per la realizzazione di incontri di rete.
QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	<p><u>Azione 1:</u> Studio di fattibilità per la realizzazione di un servizio di SAD-SADH di Ambito.</p> <p>INDICATORI</p> <p>1.1 n. di Comuni in cui è attivo il SAD/SADH in forma diretta;</p> <p>1.2 n. di Comuni in cui SAD/SADH sono in appalto;</p> <p>1.3 n. di persone/nuclei familiari presi in carico dai servizi SAD-SADH.</p> <p><u>Azione 2:</u> Misura B2 e interventi complementari alla misura B2: Interventi per il mantenimento delle persone non autosufficienti al domicilio e interventi a favore delle persone con disabilità grave e anziani non autosufficienti.</p> <p>INDICATORI</p> <p>2.1 n. degli interventi attivati;</p> <p>2.2 n. di famiglie che devono conciliare vita e cura dell'anziano/disabile grave e che hanno usufruito di supporto;</p> <p>2.3 n. di persone che hanno usufruito di formazione specifica per assistenti familiari;</p> <p>2.4 n. di caregiver supportati per il fronteggiamento dello stress;</p>

	<p>2.5 n. di famiglie che hanno al proprio interno la figura dell'Amministratore di Sostegno;</p> <p>2.6 n. di persone con grave disabilità o anziane non autosufficienti sostenute tramite i titoli sociali;</p> <p>2.7 n. protocolli di intesa per le ammissioni/dimissioni protette dagli ospedali pubblici e privati a favore di persone fragili.</p> <p><u>Azione 3</u>: mantenimento e ampliamento del servizio SAD/SADH in fasce orarie non coperte.</p> <p>INDICATORI</p> <p>3.1 n. dei Comuni in cui è attivo il servizio in giorni/fasce orarie non abituali;</p> <p>3.2 n. di Comuni interessati al potenziamento del servizio.</p>
QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?	<p>I risultati che si intendono raggiungere attraverso l'obiettivo individuato sono:</p> <p>Azione 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Report contenente lo studio di fattibilità (sì/no); <p>Azione 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione di almeno 3 tipologie diverse di interventi complementari alla misura B2; <p>Azione 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ampliamento dell'orario di copertura del servizio SAD/SADH nei giorni festivi e prefestivi.
QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?	<p>Possibili indicatori di out-come:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ampliamento e migliore accessibilità dell'offerta dei servizi domiciliari; • Attivazione di processi di coinvolgimento di soggetti associativi e della comunità; • Miglioramento della qualità della presa in carico integrata con la rete sanitaria e socio-sanitaria percepita dagli utenti.

5.5 Obiettivi macro-area: Anziani

E - Obiettivo Adozione di corretti stili di vita per gli anziani

TITOLO INTERVENTO	Adozione di corretti stili di vita per gli anziani
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	<p>La promozione di stili di vita sani è l'arma più valida per combattere le patologie degenerative e il senso di solitudine ed isolamento che sempre più anziani esperiscono durante la loro vita. L'obiettivo intende promuovere attività che mirino al mantenimento delle capacità di socializzazione anche attraverso la partecipazione a momenti di scambio con il resto della comunità territoriale.</p>

AZIONI PROGRAMMATE	<p>Azione 1: Attivazione di un servizio di telefonia in entrata e in uscita rivolto alle persone anziane. Il servizio offrirebbe alle persone anziane occasioni di socializzazione, nonché di ascolto e riconoscimento del bisogno.</p> <p>Azione 2: Realizzazione di iniziative di promozione del benessere psicosociale e dell'invecchiamento sano, valorizzando il protagonismo delle persone anziane (esempio "Anziani in Movimento").</p> <p>Azione 3: Ampliamento dei luoghi aggregativi sociali per anziani (ad esempio Centri diurni anziani e iniziative quali gli Alzheimer Cafè) nei Comuni dell'Ambito.</p> <p>Azione 4: Promuovere nascita di gruppi di cammino nei Comuni dell'Ambito in cui l'iniziativa non è presente.</p> <p>Azione 5: Creare occasioni con le scuole del territorio per favorire lo scambio intergenerazionale tra ragazz* frequentanti e persone anziane, che abbiano come fine l'insegnamento agli ultimi dell'utilizzo di strumenti informatici capaci di ampliare le loro possibilità di socializzazione.</p> <p>Azione 6: Sensibilizzazione alla protezione da realizzare presso i centri anziani (es. prevenzione truffe o simili) con il coinvolgimento delle forze dell'ordine.</p>
TARGET	Persone anziane e le loro famiglie, reti informali di supporto, reti del terzo settore.
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	L'Ambito per la realizzazione dell'Obiettivo stima una spesa nel triennio pari ad €. 70.000,00 (FNPS-Fondi d'Ambito-altre fonti di finanziamento dedicate).
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	EE.LL – PRIVATO SOCIALE – ASST – ASSOCIAZIONI DEL TERRITORIO.
L'OBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	<p>Sì, l'obiettivo è trasversale a:</p> <p>A) Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva</p> <p>D) Domiciliarità</p> <p>F) Digitalizzazione dei servizi</p> <p>I) Interventi per la famiglia</p> <p>J) Interventi a favore di persone con disabilità</p>
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	<p>Aree di policy</p> <p>A) Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Allargamento della rete e co-programmazione • Contrasto all'isolamento • Rafforzamento delle reti sociali • Vulnerabilità multidimensionale • Facilitare l'accesso alle opportunità di benessere e partecipazione attiva <p>D) Domiciliarità:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tempestività della risposta • Ampliamento dei supporti forniti all'utenza • Allargamento del servizio a nuovi soggetti • Allargamento della rete e co-programmazione • Nuova utenza rispetto al passato <p>E) Anziani:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rafforzamento degli strumenti di long term-care • Autonomia e domiciliarità • Personalizzazione dei servizi • Accesso ai servizi • Ruolo delle famiglie e del caregiver • Sviluppo azioni LR 15/2015 • Rafforzamento delle reti sociali • Contrasto all'isolamento • Allargamento della rete e co-programmazione • Nuova utenza rispetto al passato <p>F) Digitalizzazione dei servizi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integrazione e rafforzamento del collegamento tra i nodi della rete • Interventi per l'inclusione e l'alfabetizzazione digitale <p>I) Interventi per la famiglia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sostegno secondo le specificità del contesto familiare <p>J) Interventi a favore di persone con disabilità:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ruolo delle famiglie e del caregiver • Allargamento della rete e co-programmazione • Contrasto all'isolamento • Rafforzamento delle reti sociali
<p>PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?</p>	<p>NO</p>
<p>PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?</p>	<p>NO</p>

L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	NO
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	<p>Sì, è in continuità con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Azione 1: Progetto “Telefonia sociale” • Azione 2: Progetto “Anziani in movimento”. • Azione 4: Gruppi di cammino. • Azione 5: Sensibilizzazione alla protezione presso i centri anziani (es. prevenzione truffe o simili) con il coinvolgimento delle forze dell'ordine.
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Servizio sostanzialmente rivisto/aggiornato
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	NO
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	Sì, il presente obiettivo è frutto del percorso di co-programmazione con gli operatori della rete territoriale che hanno aderito.
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?	Nella realizzazione delle azioni citate sopra verrà valorizzata questa modalità di coinvolgimento del Terzo Settore.
NEL CASO IN CUI L'INTERVENTO NON PREVEDA PROCESSI DI CO-PROGETTAZIONE E/O CO-PROGRAMMAZIONE FORMALIZZATI, SPECIFICARE LE MODALITÀ DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE (se pertinente)	
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	Sì, il servizio prevede il coinvolgimento delle forze dell'ordine e delle scuole.

<p>QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?</p>	<p>Bisogni ai quali questo obiettivo intende rispondere sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Necessità di percorsi che promuovano un invecchiamento attivo e in salute supportando l'adozione di politiche sociali atte a fronteggiare le inevitabili criticità correlate all'età avanzata; • Necessità di sostegno per le persone anziane, migliorandone la qualità della vita e delle relazioni, difendendo e sviluppando le capacità conoscitive e attive, anche residue, di questa categoria di persone.
<p>IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÓ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?</p>	<p>Bisogno consolidato</p>
<p>L'OBIETTIVO É DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?</p>	<p>L'obiettivo è di tipo promozionale/preventivo</p>
<p>L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)</p>	<p>Sì, presenta aspetti innovativi in relazione alla presa in carico.</p>
<p>L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)</p>	<p>Sì, l'obiettivo ha lo scopo di insegnare al target l'utilizzo di strumenti informatici utili all'ampliamento delle loro possibilità di socializzazione. Da un punto di vista organizzativo si prevede l'utilizzo di piattaforme digitali per la realizzazione di incontri.</p>
<p>QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?</p>	<p><u>Azione 1:</u> Attivazione di un servizio di telefonia in entrata e in uscita rivolto alle persone anziane.</p> <p>INDICATORI</p> <p>1.1 N. di Comuni in cui è attivo il servizio</p> <p>1.2 N. di persone che contattano il servizio di telefonia in entrata;</p> <p>1.3 N. di persone contattate dal servizio di telefonia in uscita;</p> <p>1.4 N. di persone segnalate ai servizi sociali.</p> <p><u>Azione 2:</u> Realizzazione di iniziative di promozione del benessere psicosociale e dell'invecchiamento sano,</p>

	<p>valorizzando il protagonismo delle persone anziane (esempio “Anziani in Movimento”).</p> <p>INDICATORI</p> <p>2.1 N. di iniziative realizzate dai progetti;</p> <p>2.2 N. di partecipanti alle iniziative previste dai progetti.</p> <p><u>Azione 3:</u> Ampliamento dei luoghi aggregativi sociali per anziani (ad esempio Centri diurni anziani e iniziative quali gli Alzheimer Cafè) nei Comuni dell’Ambito.</p> <p>INDICATORI</p> <p>3.1 N. di Comuni sprovvisti di luoghi aggregativi sociali per anziani che hanno implementato questo tipo di servizio.</p> <p>3.2 N. di persone anziane che frequentano i luoghi aggregativi sociali per anziani.</p> <p><u>Azione 4:</u> Promuovere nascita di gruppi di cammino nei Comuni dell’Ambito in cui l’iniziativa non è presente.</p> <p>INDICATORI</p> <p>4.1 N. di Comuni sprovvisti di gruppi di cammino che hanno implementato questo tipo di servizio;</p> <p>4.2 N. di persone anziane che frequentano gruppi di cammino;</p> <p>4.3 N. di iniziative promozionali (incontri).</p> <p><u>Azione 5:</u> Creare occasioni con le scuole del territorio per favorire lo scambio intergenerazionale tra ragazz* frequentanti e persone anziane, che abbiano come fine l’insegnamento agli ultimi dell’utilizzo di strumenti informatici capaci di ampliare le loro possibilità di socializzazione.</p> <p>INDICATORI</p> <p>5.1 N. di studenti partecipanti;</p> <p>5.2 N. di persone anziane partecipanti;</p> <p>5.3 N. di scuole coinvolte.</p> <p><u>Azione 6:</u> Sensibilizzazione alla protezione da realizzare presso i centri anziani (es. prevenzione truffe o simili) con il coinvolgimento delle forze dell’ordine.</p> <p>INDICATORI</p> <p>6.1 N. di incontri realizzati con le forze dell’ordine;</p> <p>6.2 N. di persone anziane partecipanti agli incontri.</p>
<p>QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?</p>	<p>I risultati che si intendono raggiungere attraverso l’obiettivo individuato sono:</p> <p>Azione 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione del servizio di telefonia in almeno 3 Comuni dell’Ambito; <p>Azione 2)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione di almeno 1 progetto sull'invecchiamento attivo; <p>Azione 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione di luoghi aggregativi per anziani in almeno due Comuni dell'Ambito in cui attualmente non sono presenti. <p>Azione 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attivazione di gruppi di cammino in almeno 1 Comune dell'Ambito in cui attualmente non è presente. <p>Azione 5:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione di almeno 3 iniziative con le scuole. <p>Azione 6:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione di almeno 9 incontri di sensibilizzazione alla protezione.
<p>QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?</p>	<p>L'impatto che tale intervento vorrebbe produrre, si può sintetizzare come segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rispetto alle persone già bisognose di cura e di supporto, l'impatto consta nell'adeguamento e il potenziamento dei servizi alla persona fragile e ai caregiver; • L'impatto consta nel sensibilizzare e attivare la comunità nel suo insieme a farsi carico del bisogno, a divenire supporto e avviare un percorso di consapevolezza e di educazione all'invecchiamento in salute. • Consolidamento dei progetti già in essere in alcune realtà locali; <p>Possibili indicatori di out-come:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento del numero dei soggetti anziani che aderiscono alle attività progettuali • Miglioramento della qualità della vita dei soggetti aderenti ai progetti

5.6 Obiettivi macro-area: Politiche giovanili e per minori

F - Costruzione di progettualità condivise di promozione-prevenzione per minori e famiglie all'interno dell'Ambito (prioritario)

TITOLO INTERVENTO	Costruzione di progettualità condivise di promozione-prevenzione per minori e famiglie all'interno dell'Ambito
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	Tale obiettivo prevede la creazione di progettualità condivise tra i Comuni dell'Ambito che vadano ad interessare l'importante filone della promozione-prevenzione. Nella costruzione di questi progetti è necessario tenere in considerazione e valorizzare le varie voci presenti sul territorio, in un'ottica di condivisione delle competenze e di lavoro di rete.
AZIONI PROGRAMMATE	<p>Azione 1: Rafforzamento della governance territoriale sul tema dei minori e delle famiglie attraverso la partecipazione su invito al Tavolo Tematico da parte delle istituzioni scolastiche, ATS, ASST, operatori dei luoghi o centri di aggregazione giovanile, Informagiovani, presidi educativi e giovani del territorio.</p> <p>Azione 2: Realizzazione di progetti rivolti a minori e famiglie in stretta collaborazione con le scuole del territorio.</p> <p>Azione 3: determinare nuovi strumenti e metodi innovativi per intercettare e rispondere ai bisogni del target di riferimento.</p> <p>Azione 4: realizzare in co-progettazione con i giovani del territorio delle attività culturali a loro destinate, che abbiano il duplice fine di attrarre il target con attività misurate sui loro interessi e rendere disponibili al contempo servizi a bassa soglia che si occupino di rilevare il bisogno e intercettare giovani utenti con fragilità per collegarli alle modalità di risposta del bisogno.</p>
TARGET	I beneficiari diretti dell'intervento sono i minori, i giovani e le loro famiglie. A seconda del tipo di progettualità sviluppata saranno definiti i target specifici.
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	L'Ambito per la realizzazione dell'Obiettivo stima una spesa nel triennio pari ad €. 210.000,00 (FNPS-Fondi d'Ambito-altre fonti di finanziamento dedicate).
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	Enti Locali, ETS, ASST, Scuole e privati

L'OBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	Sì, l'obiettivo è trasversale all'area di policy: I. Interventi per la famiglia
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	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 • Allargamento della rete e co-programmazione • Presenza di nuovi soggetti a rischio/nuova utenza rispetto al passato • Nuovi strumenti di governance I) Interventi per la famiglia <ul style="list-style-type: none"> • Sostegno secondo le specificità del contesto familiare
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	SI
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	SI, nel confronto sui bisogni emergenti e nell'eventuale realizzazione di progetti integrati.
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	NO
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	SI
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	No, prevede il rafforzamento di modalità di intercettazione del target giovanile.
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA	NO

PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	Sì, il presente obiettivo è frutto del percorso di co-programmazione con gli operatori della rete territoriale che hanno aderito alla manifestazione d'interesse promossa dall'Ambito.
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?	No, nella realizzazione delle azioni citate sopra, verrà valorizzata questa modalità di coinvolgimento del Terzo Settore.
NEL CASO IN CUI L'INTERVENTO NON PREVEDA PROCESSI DI CO-PROGETTAZIONE E/O CO-PROGRAMMAZIONE FORMALIZZATI, SPECIFICARE LE MODALITÀ DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE (se pertinente)	
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	Sì, l'intervento prevede il coinvolgimento di tutta la rete territoriale di attori a vario titolo coinvolta nella promozione e attuazione delle politiche per i giovani.
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	<p>Il seguente obiettivo intende rispondere al:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bisogno di sviluppare il lavoro di rete tra enti e istituzioni, con particolare attenzione ai Servizi Specialistici sul territorio distrettuale, per rispondere in maniera coordinata alle nuove criticità emerse dalla situazione sanitaria straordinaria (es. problematiche adolescenziali come isolamento sociale, uso e abuso dei social). • Bisogno di migliorare la collaborazione tra gli enti, tramite la condivisione di informazioni, risorse e competenze, per ottimizzare l'efficacia degli interventi. • Bisogno di promuovere la co-progettazione come modalità operativa centrale, favorendo la costruzione di interventi condivisi e partecipati. • Bisogno di attivare interventi a livello distrettuale per la promozione e prevenzione rivolte a giovani e minori, con iniziative mirate a favorire il loro benessere e a contrastare situazioni di rischio.

<p>IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÓ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?</p>	<p>BISOGNO CONSOLIDATO</p>
<p>L'OBIETTIVO É DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?</p>	<p>L'obiettivo è principalmente di tipo promozionale e preventivo.</p>
<p>L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)</p>	<p>Sì, si prevede di strutturare modalità innovative di aggancio del target giovanile.</p>
<p>L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)</p>	<p>Sì, si prevede l'utilizzo di piattaforme digitali per raggiungere con più facilità i giovani e diffondere informazioni su progetti, interventi ed eventi nel territorio.</p>
<p>QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?</p>	<p>Azione 1: Rafforzamento della governance territoriale sul tema dei minori e delle famiglie attraverso la partecipazione su invito al Tavolo Tematico da parte delle istituzioni scolastiche, ATS, ASST, operatori dei luoghi o centri di aggregazione giovanile, Informagiovani, presidi educativi e giovani del territorio.</p> <p>INDICATORI</p> <p>1.1 N. incontri su invito realizzati;</p> <p>1.2 N. giovani partecipanti agli incontri su invito;</p> <p>1.3 N. enti/organizzazioni coinvolte dagli incontri su invito.</p> <p>Azione 2: Realizzazione di progetti rivolti a minori e famiglie in stretta collaborazione con le scuole del territorio.</p> <p>INDICATORI</p> <p>2.1 N. scuole del territorio coinvolte;</p> <p>2.2 N. progetti realizzati;</p> <p>2.3 N. minori/giovani coinvolti;</p> <p>2.4 N. nuclei familiari coinvolti.</p> <p>Azione 3: determinare nuovi strumenti e metodi innovativi per intercettare e rispondere ai bisogni del target di riferimento.</p> <p>INDICATORI</p> <p>3.1 N. Incontri del tavolo tematico dedicati al tema;</p>

	<p>3.2 N. nuovi strumenti e metodi innovati individuati.</p> <p>Azione 4: realizzare in co-progettazione con i giovani del territorio delle attività culturali a loro destinate, che abbiano il duplice fine di attrarre il target con attività misurate sui loro interessi e rendere disponibili al contempo servizi a bassa soglia che si occupino di rilevare il bisogno e intercettare giovani utenti con fragilità per collegarli alle modalità di risposta del bisogno.</p> <p>INDICATORI</p> <p>4.1 N. iniziative organizzate con i ragazzi;</p> <p>4.2 N. ragazzi coinvolti in ogni iniziativa;</p> <p>4.3 N. enti del Terzo Settore coinvolti;</p> <p>4.4 N. servizi a bassa soglia progettati;</p> <p>4.5 N. giovani utenti con fragilità intercettati.</p>
<p>QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?</p>	<p>Azione 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione di almeno 2 incontri annuali del Tavolo Tematico su invito. • Almeno 3 incontri del Tavolo Tematico su invito con la partecipazione dei giovani del territorio. <p>Azione 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avvio di almeno 3 progetti in collaborazione con le scuole. <p>Azione 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Individuazione di 1 nuovo strumento o metodo innovativo per intercettare e rispondere ai bisogni del target di riferimento; <p>Azione 4)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione di almeno 3 attività culturali che abbiano i fini descritti nell'azione, realizzate in co-progettazione con i giovani.
<p>QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?</p>	<p>L'impatto che tale intervento vorrebbe produrre, si può sintetizzare nei seguenti indicatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rafforzamento della governance territoriale (enti pubblici, servizi specialistici, privato sociale) • Riduzione delle situazioni a rischio tra i giovani ; • Aumento della consapevolezza della comunità educante.

G - Rafforzare gli strumenti della tutela minorile

TITOLO INTERVENTO	Rafforzare gli strumenti della tutela minorile
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	Si intende perseguire una presa in carico territoriale completa della famiglia e dei minori. L'attenzione è rivolta in modo particolare alle situazioni di disagio, negligenza e difficoltà e agli interventi di sostegno e riparazione per le situazioni segnalate dall' autorità giudiziaria.
AZIONI PROGRAMMATE	<p>Azione 1: condivisione di buone prassi tra i due Servizi tutela minori presenti sul territorio distrettuale: adozione di una lettura comune dei bisogni e una metodologia condivisa di progettazione e valutazione.</p> <p>Azione 2: strutturazione di uno studio di fattibilità per la realizzazione di un servizio Affidamento distrettuale: analisi dei costi delle risorse impiegate.</p> <p>Azione 3: stipulazione di accordi di programma o protocolli operativi che consentano il lavoro interprofessionale e interistituzionale: rivalutazione dei protocolli in essere con ASST per una presa in carico condivisa da parte dei Servizi specialistici (Consultorio, UONPIA, CPS, Ser.D), dei pediatri di libera scelta e medici di base e delle scuole del territorio.</p> <p>Azione 4: promozione di occasioni di confronto e di formazione congiunta tra professionisti di discipline e di enti diversi: percorsi di formazione tra le cooperative del Terzo Settore che svolgono interventi educativi nel nostro distretto per una condivisione del percorso di accompagnamento del bambino e della sua famiglia.</p> <p>Azione 5: promozione di azioni di sensibilizzazione e informazione per tutti i sistemi coinvolti: potenziamento di reti sociali, promozione e sensibilizzazione del territorio verso l'accoglienza.</p> <p>Azione 6: monitoraggio della rete creata con la scuola a seguito dell'approvazione del protocollo di Buone prassi per la realizzazione e il coordinamento di interventi di prevenzione del disagio, tutela e protezione dei bambini e dei ragazzi.</p>
TARGET	Minori, ragazzi e famiglie dell'Ambito Territoriale.
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	L'Ambito per la realizzazione dell'Obiettivo stima una spesa nel triennio pari ad €. 30.000,00 (FNPS-Fondi d'Ambito-altre fonti di finanziamento dedicate).

RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	EE.LL. – ASST – MMG – PLS
L'OBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	Sì, l'obiettivo è trasversale all'area di policy degli interventi per la famiglia.
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	<p>G) Politiche giovanili e per i minori</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rafforzamento delle reti sociali • Prevenzione e contenimento del disagio sociale e del suo impatto sulla salute • Nuovi strumenti di governance • Contrasto e prevenzione della povertà educativa <p>I) interventi per la famiglia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tutela minori • Nuovi strumenti di governance
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	NO
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	Sì, nella realizzazione di protocolli condivisi relativi alla presa in carico condivisa tra servizi specialistici e MMG e PLS.
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	NO
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	Sì, è in continuità.
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Servizio sostanzialmente rivisto/aggiornato
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA	NO

PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	Sì, il presente obiettivo è frutto di un percorso di co-programmazione con gli operatori e attori della rete territoriale che hanno aderito.
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?	Nella realizzazione delle azioni citate sopra verrà valorizzata questa modalità di coinvolgimento del Terzo Settore.
NEL CASO IN CUI L'INTERVENTO NON PREVEDA PROCESSI DI CO-PROGETTAZIONE E/O CO-PROGRAMMAZIONE FORMALIZZATI, SPECIFICARE LE MODALITA' DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE (se pertinente)	
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	Sì, l'obiettivo prevede una collaborazione con le istituzioni scolastiche e con i servizi specialistici privati accreditati.
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	<p>I bisogni ai quali questo obiettivo intende rispondere sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • necessità di aumentare la sicurezza dei bambini e migliorare la qualità del loro sviluppo; • esigenza di innovare le pratiche di intervento nei confronti delle famiglie negligenti al fine di ridurre il rischio di allontanamento dei bambini dal nucleo familiare di origine; • necessità di sensibilizzare e promuovere le famiglie all'accoglienza; • necessità di supportare i genitori nei loro compiti e nelle loro responsabilità nei confronti dei figli; • rafforzamento degli strumenti di tutela dei bambini e ragazzi coinvolti in situazione di maltrattamento/abuso.
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÒ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO	Bisogno consolidato

NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	
L'OBIETTIVO É DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	L'obiettivo è sia di tipo promozionale/preventivo che riparativo.
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)	Sì, la modalità di presa in carico condivisa tra i servizi specialistici dell'Ambito e i MMG e PLS presenta aspetti di integrazione sociosanitaria.
L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	Sì, si prevede l'utilizzo di piattaforme digitali per realizzare le riunioni, nonché per lo scambio di informazioni.
QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	<p><u>Azione 1</u>: condivisione di buone prassi tra i due Servizi tutela minori presenti sul territorio distrettuale: adozione di una lettura comune dei bisogni e una metodologia condivisa di progettazione e valutazione</p> <p>INDICATORI 1.1 N. degli operatori coinvolti; 1.2 N. degli incontri realizzati tra i due Servizi.</p> <p><u>Azione 2</u>: strutturazione di uno studio di fattibilità per la realizzazione di un servizio Affidamento distrettuale: analisi dei costi delle risorse impiegate</p> <p>INDICATORI 2.1 N. ore di lavoro per effettuare l'analisi dei costi e delle risorse impiegate; 2.2 N. del personale coinvolto nell'analisi dei costi e delle risorse impiegate.</p> <p><u>Azione 3</u>: Azione 3: stipulazione di accordi di programma o protocolli operativi che consentano il lavoro interprofessionale e interistituzionale: rivalutazione dei protocolli in essere con ASST per una presa in carico condivisa da parte dei Servizi specialistici (Consultorio, UONPIA, CPS, Ser.D), dei pediatri di libera scelta e medici di base e delle scuole del territorio.</p> <p>INDICATORI 3.1 N. accordi di programma o protocolli stipulati; 3.2 N. incontri del tavolo di lavoro; 3.3 N. servizi specialistici coinvolti; 3.4 N. partecipanti dei servizi specialistici ai tavoli; 3.5 N. partecipanti dei Comuni dell'Ambito ai tavoli;</p>

	<p>3.6 N. pediatri e medici di base coinvolti.</p> <p><u>Azione 4</u>: promozione di occasioni di confronto e di formazione congiunta tra professionisti di discipline e di enti diversi: percorsi di formazione tra le cooperative del Terzo Settore che svolgono interventi educativi nel nostro distretto per una condivisione del percorso di accompagnamento del bambino e della sua famiglia;</p> <p>INDICATORI</p> <p>4.1 N. incontri di confronto e formazione;</p> <p>4.2 N. partecipanti agli incontri;</p> <p>4.3 N. enti del Terzo Settore coinvolti.</p> <p><u>Azione 5</u>: promozione di azioni di sensibilizzazione e informazione per tutti i sistemi coinvolti: potenziamento di reti sociali, promozione e sensibilizzazione del territorio verso l'accoglienza;</p> <p>INDICATORI</p> <p>5.1 N. azioni di sensibilizzazione e informazione realizzate.</p> <p>5.2 N. enti coinvolti del Terzo Settore.</p> <p>5.3 N. enti coinvolti diversi dal Terzo Settore.</p> <p>5.4 tipologia degli enti coinvolti diversi dal Terzo Settore.</p> <p><u>Azione 6</u>: monitoraggio della rete creata con la scuola a seguito dell'approvazione del protocollo di buone prassi per la realizzazione e il coordinamento di interventi di prevenzione del disagio, tutela e protezione dei bambini e dei ragazzi.</p> <p>INDICATORI</p> <p>6.1 N. incontri del tavolo di monitoraggio;</p> <p>6.2 N. partecipanti al tavolo di monitoraggio.</p>
<p>QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?</p>	<p>Azione 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stesura di 1 Report riportante le buone prassi contenenti la lettura dei bisogni e la metodologia condivisa di progettazione e valutazione. <p>Azione 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stesura di 1 Report contenente lo studio di fattibilità con l'analisi dei costi e delle risorse impiegate. <p>Azione 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stesura e sottoscrizione di 1 Protocollo operativo per una presa in carico integrata (Consultorio, UONPIA, CPS, SerD, Ambito, medici, pediatri, scuola). <p>Azione 4)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organizzazione di almeno 6 incontri di formazione per operatori di diverse istituzioni; • Almeno 60 operatori partecipano agli incontri di formazione. <p>Azione 5)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Organizzazione di almeno 6 incontri di sensibilizzazione rivolte agli enti territoriali. <p>Azione 6)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Almeno 3 incontri di monitoraggio della rete creata; • Scrittura di un report di monitoraggio all'anno.
QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?	<p>L'impatto che tale intervento vorrebbe produrre, si può sintetizzare come segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento della collaborazione tra servizi; • Miglioramento della qualità della presa in carico integrata tra servizi; • Aumento dei protocolli operativi applicati efficacemente; • Miglioramento della conoscenza degli operatori/enti rispetto alla tematica.

5.7 Obiettivi macro-area: Interventi connessi alle politiche per il lavoro

H – Obiettivo Rete Lavoro

TITOLO INTERVENTO	Obiettivo Rete Lavoro
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	Creazione di una rete che possa garantire maggiore coordinamento e minore dispersione delle risorse dei servizi e dei progetti che si occupano di lavoro sul territorio al fine di ridurre il gap tra fasce fragili della popolazione e aumentare le opportunità di inserimento lavorativo e formativo.
AZIONI PROGRAMMATE	<p>Azione 1: mantenimento e consolidamento della gestione associata del servizio di inserimento lavorativo (SIL) rivolto anche a beneficiari di misure di inclusione.</p> <p>Azione 2: diffusione delle misure conciliazione tempo lavoro.</p> <p>Azione 3: sperimentazione di percorsi di coaching lavorativo per la persona fragile e vulnerabile.</p> <p>Azione 4: fruizione di percorsi di formazione e riqualificazione da parte della persona fragile e vulnerabile.</p> <p>Azione 5: completare lo studio di fattibilità con lo sviluppo di uno strumento unitario di valutazione delle vulnerabilità.</p>
TARGET	Servizi e progetti che si occupano di inserimenti lavorativi sul territorio; persone/nuclei familiari fragili; aziende locali.

RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	L'Ambito per la realizzazione dell'Obiettivo stima una spesa nel triennio pari ad €. 840.000,00 (FNPS-Fondi d'Ambito- altre fonti di finanziamento dedicate).
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	EE.LL – PRIVATO SOCIALE – PRIVATO
L'OBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	Sì, l'obiettivo è trasversale alla macro-area: A) Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione inclusione attiva
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	<p>H) interventi connessi alle politiche per il lavoro</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allargamento della rete e coprogrammazione; • Presenza di nuovi soggetti a rischio/nuova utenza rispetto al passato; • Nuovi strumenti di governance <p>A) Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione inclusione attiva</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vulnerabilità multidimensionale • <i>Working poors</i> e lavoratori precari • Facilitare l'accesso alle opportunità di benessere e partecipazione attiva
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	NO
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	NO
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	NO
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	Sì, è in continuità.
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Servizio già esistente.

L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	NO
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	Sì, il presente obiettivo è frutto di un percorso di co-programmazione con gli operatori e attori della rete territoriale che hanno aderito.
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?	NO
NEL CASO IN CUI L'INTERVENTO NON PREVEDA PROCESSI DI CO-PROGETTAZIONE E/O CO-PROGRAMMAZIONE FORMALIZZATI, SPECIFICARE LE MODALITÀ DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE (se pertinente)	
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	Sì, l'intervento potrebbe prevedere il coinvolgimento di enti erogatori di corsi formativi per le persone vulnerabili.
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	I bisogni ai quali questo obiettivo intende rispondere sono: <ul style="list-style-type: none"> • Difficoltà nel coordinamento delle risorse e dei servizi dei progetti presenti sul territorio; • Difficoltà per le persone di accedere al mondo lavorativo; • Difficoltà nel mantenimento del lavoro.
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÒ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	Bisogno consolidato

L'OBIETTIVO É DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	L'obiettivo è sia di tipo promozionale/preventivo che riparativo.
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)	NO
L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	Sì, presenta aspetti inerenti alla digitalizzazione per quanto riguarda l'erogazione dei corsi che potrebbe avvenire attraverso piattaforme digitali. Anche dal punto di vista organizzativo e gestionale, l'intervento potrebbe prevedere la possibilità di svolgere riunioni di coordinamento su piattaforme digitali.
QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	<p><u>Azione 1</u>: mantenimento e consolidamento della gestione associata del servizio di inserimento lavorativo rivolto anche a beneficiari di misure di inclusione (ADI);</p> <p>INDICATORI</p> <p>1.1 N. di prese in carico;</p> <p>1.2 N. di progetti di tirocinio attivati;</p> <p>1.3 N. di contratti di lavoro realizzati;</p> <p>1.4 N. di percettori di ADI presi in carico.</p> <p><u>Azione 2</u>: diffusione delle misure conciliazione tempo lavoro.</p> <p>INDICATORI</p> <p>2.1 N. misure attivate;</p> <p>2.2 N. interventi di diffusione delle misure.</p> <p><u>Azione 3</u>: Sperimentazione di percorsi di coaching lavorativo per la persona fragile e vulnerabile.</p> <p>INDICATORI</p> <p>3.1 N. di persone/nuclei familiari prese in carico dai servizi relativamente alla tematica in oggetto;</p> <p>3.2 N. di interventi di coaching attivati nel corso del triennio.</p> <p><u>Azione 4</u>: fruizione di percorsi di formazione e riqualificazione da parte della persona fragile e vulnerabile.</p> <p>INDICATORI</p> <p>4.1 N. di persone/nuclei familiari prese in carico dai servizi relativamente alla tematica in oggetto;</p> <p>4.2 N. di percorsi di formazione e riqualificazione fruiti nel corso del triennio.</p> <p><u>Azione 5</u>: Completare lo studio di fattibilità con lo sviluppo di uno strumento unitario di valutazione delle vulnerabilità.</p>

	<p>INDICATORI</p> <p>5.1 costruzione e sperimentazione della scheda dell'indice di fragilità.</p> <p>5.2 N. incontri sul tema.</p>
<p>QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?</p>	<p><u>Azione 1)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione di almeno 30 interventi a favore anche dei percettori ADI. <p><u>Azione 2)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Messa in essere di almeno 1 misura di conciliazione tempo lavoro. <p><u>Azione 3)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Almeno 5 persone coinvolte nei percorsi sperimentali di coaching lavorativo. <p><u>Azione 4)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Almeno 15 persone che hanno partecipato ai corsi di formazione e riqualificazione e che hanno ottenuto l'attestato di partecipazione. <p><u>Azione 5)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Creazione della Scheda dell'indice di fragilità (sì/no).
<p>QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?</p>	<p>L'impatto che tale intervento vorrebbe produrre, si può sintetizzare come segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento del coordinamento tra enti e servizi nel merito della tematica; • Miglioramento delle conoscenze rispetto al mondo del lavoro (persone che hanno svolto i percorsi di coaching lavorativo); • Miglioramento delle competenze lavorative delle persone che hanno seguito i corsi di formazione; • Aumento di persone che hanno trovato lavoro a seguito della partecipazione ai corsi; • Aumento di persone che hanno avuto accesso al mondo del lavoro.

5.8 Obiettivi macro-area: Interventi per la Famiglia

I – Sostegno alla genitorialità

TITOLO INTERVENTO	Sostegno alla genitorialità
<p>QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE</p>	<p>Il sostegno alla genitorialità è un percorso che ha l'obiettivo di aiutare le coppie o i singoli genitori nel migliorare la relazione con i figli e le dinamiche familiari, agevolando la crescita di ogni membro della famiglia. Generalmente è un percorso che serve ad ampliare le risorse dei genitori e</p>

	migliorare la qualità del clima familiare attraverso una maggiore consapevolezza.
AZIONI PROGRAMMATE	<p>Azione 1: erogazione dei contributi di sostegno alla funzione di cura.</p> <p>Azione 2: implementazione di servizi di sostegno alla genitorialità.</p>
TARGET	Nuclei familiari che vivono difficoltà specifiche riguardo al proprio ruolo genitoriale.
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	L'Ambito per la realizzazione dell'Obiettivo stima una spesa nel triennio pari ad €. 265.000,00 (FNPS-Fondi d'Ambito- altre fonti di finanziamento dedicate).
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	EE.LL – PRIVATO SOCIALE – ETS – SCUOLE – FORZE DELL'ORDINE - ASST
L'OBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	<p>Sì, nello specifico è trasversale e integrativo delle seguenti aree di policy:</p> <p>A) Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva</p> <p>J) Interventi a favore di persone con disabilità</p> <p>G) Politiche giovanili e per i minori</p>
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	<p>G) Politiche Giovanili e per i Minori</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rafforzamento delle reti sociali • Prevenzione e contenimento del disagio sociale e del suo impatto sulla salute • Allargamento della rete e coprogrammazione • Presenza di nuovi soggetti a rischio/nuova utenza rispetto al passato <p>I) Interventi per la Famiglia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caregiver femminile familiare • Sostegno secondo le specificità del contesto familiare • Conciliazione vita-tempi • Tutela minori • Ruolo delle famiglie e del caregiver <p>A) Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contrasto all'isolamento • Famiglie numerose • Famiglie monoreddito

PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	Sì. Avviene il raccordo con ASST e servizi rispetto alle azioni e agli obiettivi e al raggiungimento dei LEPS Prioritari: Valutazione multidimensionale e progetto personalizzato e Prevenzione dell'allontanamento familiare.
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	Sì, il servizio di sostegno alla genitorialità potrebbe prevedere il coinvolgimento dei Consulenti dell'ASST.
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	NO
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	SI
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Servizio già presente
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	No
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	Sì, il presente obiettivo è frutto di un percorso di co-programmazione con gli operatori e attori della rete territoriale che hanno aderito
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?	NO
NEL CASO IN CUI L'INTERVENTO NON PREVEDA PROCESSI DI CO-PROGETTAZIONE E/O CO-PROGRAMMAZIONE FORMALIZZATI, SPECIFICARE LE MODALITÀ DI	

COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE (se pertinente)	
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	Sì, il presente obiettivo prevede il coinvolgimento dei Consulenti privati accreditati.
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	Il bisogno al quale questo obiettivo intende rispondere è quello di: <ul style="list-style-type: none"> • accompagnare e sostenere gli adulti che incontrano delle difficoltà nel proprio ruolo genitoriale, in modo da comprendere meglio le esigenze e le relazioni con i propri figli, essendo questi il punto di riferimento principale del minore.
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÒ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	BISOGNO CONSOLIDATO
L'OBIETTIVO È DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	L'obiettivo è principalmente di tipo preventivo, ma prevede delle specifiche azioni promozionali e riparative.
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)	NO
L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	Sì, in particolare attraverso la gestione congiunta dell'erogazione di contributi alla funzione di cura tramite le piattaforme digitali predisposte.
QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	<u>Azione 1</u> : erogazione di contributi alla funzione di cura. INDICATORI 1.1 N. titoli sociali per famiglie numerose o in situazioni di fragilità con figli di età 0-18 anni.

	<p><u>Azione 2</u>: implementazione di servizi di sostegno alla genitorialità.</p> <p>INDICATORI</p> <p>2.1 N. di interventi educativi per la prima infanzia;</p> <p>2.2 N. interventi di sostegno attività extrascolastiche;</p> <p>2.3 N. interventi di contrasto ai nuovi rischi in età evolutiva;</p> <p>2.4 N. percorsi di accompagnamento e sostegno dei genitori.</p>
QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?	<p>I risultati che si intendono raggiungere attraverso l'obiettivo individuato sono:</p> <p>Azione 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> Erogazione di almeno 100 contributi a famiglie numerose o in situazioni di fragilità con figli di età 0-18 anni. <p>Azione 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizzazione di almeno 10 interventi educativi effettuati per la prima infanzia ogni anno. Partecipazione di almeno 15 nuclei familiari ad ogni intervento educativo. Realizzazione di almeno 10 interventi di sostegno in attività extrascolastiche. Realizzazione di 6 interventi di contrasto ai nuovi rischi in età evolutiva. Erogazione di 3 percorsi di accompagnamento e sostegno per i genitori.
QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?	<p>L'impatto che tale intervento vorrebbe produrre, si può sintetizzare come segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> Miglioramento del clima familiare Aumento delle competenze genitoriali Riduzione del disagio emotivo di bambini e adolescenti Aumento della partecipazione sociale e dell'inclusione di bambini e adolescenti

L – Mantenere la partecipazione alla rete territoriale interistituzionale antiviolenza

TITOLO INTERVENTO	Mantenere la partecipazione alla rete territoriale interistituzionale antiviolenza
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	Consolidamento della partecipazione dei Comuni dell'Ambito alla rete interistituzionale antiviolenza con Ente capofila Comune di Busto Arsizio.

AZIONI PROGRAMMATE	<p>Azione 1: Partecipare alla co-progettazione di azioni di sensibilizzazione e prevenzione rivolte al territorio.</p> <p>Azione 2: Calendarizzazione di incontri con gli operatori dei centri anti-violenza della rete.</p>
TARGET	Donne vittime di violenza e le loro famiglie, ASST e ATS territorialmente competenti, Forze dell'Ordine, reti di Terzo Settore, Assistenti Sociali dell'Ambito di Gallarate.
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	L'Ambito per la realizzazione dell'Obiettivo stima una spesa nel triennio pari ad €. 30.000,00 (FNPS-Fondi d'Ambito-altre fonti di finanziamento dedicate).
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	ENTI LOCALI – PRIVATO SOCIALE – ASST – FORZE DELL'ORDINE
L'OBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	<p>Sì, l'obiettivo è trasversale alle seguenti aree di policy:</p> <p>A) Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva</p> <p>B) Politiche abitative</p> <p>G) Politiche giovanili e per i minori</p>
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	<p>I) Interventi per la Famiglia</p> <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 • Tutela minori • Allargamento della rete e coprogrammazione <p>A) Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contrasto all'isolamento • Rafforzamento delle reti sociali • Vulnerabilità multidimensionale <p>B) Politiche abitative</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qualità dell'abitare <p>G) Politiche Giovanili e per i Minori</p>

	<ul style="list-style-type: none"> Prevenzione e contenimento del disagio sociale e del suo impatto sulla salute
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	NO
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	Sì. Essendo un obiettivo a forte integrazione sociosanitaria, ASST sarà coinvolta nei tavoli periodici.
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	Sì, il presente obiettivo è realizzato con gli Ambiti Territoriali di Busto Arsizio, Somma Lombardo e Saronno.
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	SI
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Servizio già presente
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	Sì, l'obiettivo era già presente nel documento di Piano 2021-2023 come obiettivo premiale sovrambito.
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	NO
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?	NO
NEL CASO IN CUI L'INTERVENTO NON PREVEDA PROCESSI DI CO-PROGETTAZIONE E/O CO-PROGRAMMAZIONE FORMALIZZATI, SPECIFICARE	

LE MODALITA' DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE (se pertinente)	
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	NO
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	<p>I bisogni ai quali questo obiettivo intende rispondere sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bisogno di accoglienza, ascolto e protezione per le donne vittime di violenza. • Bisogno di supporto psicologico per affrontare i traumi e il disagio emotivo derivanti dalla violenza. • Bisogno di assistenza sociale per sostenere le donne nel superamento di condizioni di fragilità e vulnerabilità. • Bisogno di assistenza legale per la tutela dei diritti e per il supporto nei procedimenti giuridici. • Bisogno di supporto per i minori vittime di violenza assistita. • Bisogno di mediazione linguistica e culturale per facilitare la comunicazione e l'integrazione delle donne di origine straniera. • Bisogno di orientamento all'autonomia abitativa e lavorativa per sostenere l'indipendenza economica e sociale delle donne vittime di violenza. • Bisogno di sensibilizzare maggiormente le scuole sui temi della parità di genere e del contrasto alla violenza.
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÓ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	BISOGNO CONSOLIDATO
L'OBIETTIVO É DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	Promozionale, preventivo e riparativo.
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)	NO

<p>L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)</p>	<p>Sì, gli incontri di coordinamento potrebbero svolgersi in modalità online attraverso l'utilizzo di piattaforme digitali.</p>
<p>QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?</p>	<p><u>Azione 1</u>: Partecipare alla co-progettazione di azioni di sensibilizzazione e prevenzione rivolte al territorio.</p> <p>INDICATORI</p> <p>1.1 N. incontri realizzati;</p> <p>1.2 N. unità di personale coinvolto;</p> <p>1.3 N.iniziative di sensibilizzazione e/o prevenzione co-progettate rivolte al territorio;</p> <p><u>Azione 2</u>: Calendarizzazione di incontri con gli operatori dei centri anti-violenza della rete.</p> <p>INDICATORI</p> <p>2.1 N. incontri calendarizzati;</p> <p>2.2 N. incontri realizzati.</p>
<p>QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?</p>	<p>I risultati che si intendono raggiungere attraverso l'obiettivo individuato sono:</p> <p>Azione 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Partecipazione dell'Ambito ad almeno 1 iniziativa di sensibilizzazione e prevenzione annuale, realizzata in co-progettazione; • Attuazione del protocollo d'intesa per l'adozione di interventi coordinati nell'attività di contrasto al fenomeno della violenza nei confronti delle donne. <p>Azione 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione di 1 incontro semestrale con gli operatori del centro antiviolenza • Realizzazione di 1 percorso di formazione annuale rivolto agli attori della rete • Condivisione con tutti gli attori del territorio del vademecum già strutturato.
<p>QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?</p>	<p>L'impatto che tale intervento vorrebbe produrre, si può sintetizzare come segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento della sicurezza e del supporto per le vittime (database o sistemi di gestione dei casi che registrano tutte le segnalazioni di violenza, le azioni protettive adottate e i casi di recidiva; valutazione da parte degli operatori dei centri antiviolenza; indagini con le donne). • Incremento della sensibilizzazione nella comunità riguardo la tematica (questionari o sondaggi alla

	<p>popolazione; incremento della partecipazione analizzando il registro dei partecipanti agli eventi);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento della qualità e dell'efficienza dei servizi di supporto (registri di intervento che monitorano la frequenza e la durata del supporto ricevuto dalle vittime; valutazione di efficacia degli operatori).
--	--

5.9 Obiettivi macro-area: Interventi a favore delle persone con disabilità

M – Sostegno ai caregiver (prioritario)

TITOLO INTERVENTO	Sostegno ai caregiver (prioritario)
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	Sviluppare un sistema integrato di interventi per i caregiver (sia familiari che assistenti personali) e le loro famiglie.
AZIONI PROGRAMMATE	<p>Azione 1: realizzazione di momenti di incontro con la rete dei servizi che ha in carico la persona assistita, finalizzati alla condivisione di informazioni utili per il caregiver, per un sostegno efficace della persona assistita.</p> <p>Azione 2: favorire la creazione e la strutturazione di gruppi informali di auto mutuo aiuto tra famiglie e caregiver.</p> <p>Azione 3: favorire la realizzazione di eventi mirati per caregiver, con l'eventuale presenza di medici, psicologi o altre figure professionali con competenze specifiche sulla gestione della persona assistita, sia a scopo formativo/informativo che ludico.</p> <p>Azione 4: Attività rivolte agli assistiti dei caregiver familiari per alleggerire il loro carico di cura e generare tempo libero per loro.</p>
TARGET	Caregiver sia familiari che assistenti personali di persone con disabilità e/o di anziani non autosufficienti.
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	L'Ambito per la realizzazione dell'Obiettivo stima una spesa nel triennio pari ad €. 48.000,00 (FNPS-Fondi d'Ambito-altre fonti di finanziamento dedicate).
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	ENTI LOCALI - ASST – PRIVATO SOCIALE – ORGANIZZAZIONI DI VOLONTARIATO
L'OBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	<p>L'obiettivo è trasversale a:</p> <p>A) Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva</p> <p>D) Domiciliarità</p>

	<p>E) Anziani I) Interventi per la famiglia</p>
<p>INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO</p>	<p>Aree di policy</p> <p>A) Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allargamento della rete e co-programmazione • Contrasto all'isolamento • Rafforzamento delle reti sociali • Facilitare l'accesso alle opportunità di benessere e partecipazione attiva <p>D) Domiciliarità:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allargamento del servizio a nuovi soggetti • Ampliamento dei supporti forniti all'utenza • Allargamento della rete e co-programmazione • Nuovi strumenti di governance • Integrazione con gli interventi domiciliari a carattere sociosanitario <p>E) Anziani:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rafforzamento degli strumenti di long term-care • Autonomia e domiciliarità • Personalizzazione dei servizi • Accesso ai servizi • Ruolo delle famiglie e del caregiver • Sviluppo azioni LR 15/2015 • Rafforzamento delle reti sociali • Contrasto all'isolamento • Allargamento della rete e co-programmazione • Nuovi strumenti di governance <p>I) Interventi per la famiglia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caregiver femminile familiare • Sostegno secondo le specificità del contesto familiare • Conciliazione vita-tempi • Allargamento della rete e co-programmazione • Nuovi strumenti di governance <p>J) Interventi a favore di persone con disabilità:</p> <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 • Allargamento della rete e co-programmazione • Nuovi strumenti di governance • Contrasto all'isolamento

	<ul style="list-style-type: none"> • Rafforzamento delle reti sociali
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	Sì
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	Sì, avviene il coinvolgimento di ASST nella presa in carico dei cronici fragili (valutazione multidimensionale).
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	NO
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	<p>Sì, l'obiettivo è in continuità con le seguenti azioni:</p> <p>Azione 1: realizzazione di momenti di incontro con la rete dei servizi che hanno in carico la persona con disabilità finalizzati alla condivisione di informazioni utili per il caregiver, per un sostegno efficace della persona con disabilità.</p> <p>Azione 2: favorire la creazione e la strutturazione di gruppi informali di auto mutuo aiuto tra famiglie e caregiver di persone con disabilità.</p> <p>Azione 3: favorire la realizzazione di eventi mirati per caregiver, con l'eventuale presenza di medici, psicologi o altre figure professionali con competenze specifiche sulla gestione della persona con disabilità, sia a scopo formativo/informativo che ludico.</p>
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Servizio sostanzialmente rivisto/aggiornato
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	NO
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	Sì, il presente obiettivo è frutto del percorso di co-programmazione con gli operatori della rete territoriale che hanno aderito.

L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?	Nella realizzazione delle azioni citate sopra verrà valorizzata questa modalità di coinvolgimento del Terzo Settore.
NEL CASO IN CUI L'INTERVENTO NON PREVEDA PROCESSI DI CO-PROGETTAZIONE E/O CO-PROGRAMMAZIONE FORMALIZZATI, SPECIFICARE LE MODALITA' DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE (se pertinente)	
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	Sì, si prevede il coinvolgimento di medici, psicologi o altre figure professionali con competenze specifiche sulla gestione della persona con disabilità, sia a scopo formativo/informativo che ludico.
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	Il bisogno al quale questo obiettivo intende rispondere è quello di evitare il ricorso all'istituzionalizzazione della persona che presenta fragilità e ad alleviare il carico di cura dei caregivers, generando tempo libero per loro.
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÓ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	Bisogno consolidato
L'OBIETTIVO É DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	L'obiettivo è sia di tipo promozionale/riparativo che di tipo preventivo.
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)	NO

<p>L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)</p>	<p>Sì, da un punto di vista organizzativo, gestionale ed erogativo, si prevede l'utilizzo di piattaforme digitali per la realizzazione degli incontri.</p>
<p>QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?</p>	<p><u>Azione 1</u>: realizzazione di momenti di incontro con la rete dei servizi che ha in carico la persona assistita, finalizzati alla condivisione di informazioni utili per il caregiver per un sostegno efficace della persona assistita:</p> <p>INDICATORI</p> <p>1.1 N. incontri realizzati con la rete dei servizi che ha in carico la persona assistita;</p> <p>1.2 N. di caregiver che partecipano agli incontri.</p> <p><u>Azione 2</u>: favorire la creazione e la strutturazione di gruppi informali di auto mutuo aiuto tra famiglie e caregiver:</p> <p>INDICATORI</p> <p>2.1 N. gruppi di auto mutuo aiuto creati;</p> <p>2.2 N. membri di ciascun gruppo creato;</p> <p>2.3 N. incontri di ciascun gruppo di auto mutuo aiuto creato.</p> <p><u>Azione 3</u>: favorire la realizzazione di eventi mirati per caregiver, con l'eventuale presenza di medici, psicologi o altre figure professionali con competenze specifiche sulla gestione della persona assistita, sia a scopo formativo/informativo che ludico:</p> <p>INDICATORI</p> <p>3.1 N. eventi realizzati;</p> <p>3.2 tipologia di figure professionali coinvolte;</p> <p>3.3 N. caregiver presenti agli eventi.</p> <p><u>Azione 4</u>: Attività rivolte agli assistiti dai caregiver familiari per alleggerire il loro carico di cura e generare tempo libero per loro:</p> <p>INDICATORI:</p> <p>4.1 N. di attività realizzate;</p> <p>4.2 N. di caregiver che hanno beneficiato dalle attività;</p> <p>4.3 numero di ore di attività realizzate.</p>
<p>QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?</p>	<p>I risultati che si intendono raggiungere attraverso l'obiettivo individuato sono:</p> <p>Azione 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione di almeno 12 incontri tra caregiver e personale esperto nella gestione del soggetto assistito. <p>Azione 2)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> Realizzazione di almeno 1 gruppo di auto-mutuo aiuto tra famiglie e caregiver. <p>Azione 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizzazione di almeno 9 incontri/cicli tra caregiver e personale competente sulla gestione della persona con disabilità o anziana non autosufficiente. <p>Azione 4)</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizzazione di almeno 1 attività extrafamiliare al mese dal 2026 in poi, per le persone assistite dai caregiver; Garanzia di almeno 200 ore di servizio utili alla liberazione dai doveri di cura dei caregiver.
<p>QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?</p>	<p>L'impatto che tale intervento vorrebbe produrre, si può sintetizzare come segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ridurre il numero di inserimenti delle persone con disabilità/anziane all'interno di strutture residenziali. Prevenire vissuti/disagi dovuti al fenomeno del burn-out del caregiver. <p>Possibili indicatori di outcome:</p> <ul style="list-style-type: none"> Numero di inserimenti delle persone con disabilità/anziane in strutture residenziali. Miglioramento del benessere psico-fisico dei caregiver. Migliorare la conoscenza e gli strumenti gestionali dei caregiver.

N – Abitare per il Durante Dopo di Noi (prioritario)

TITOLO INTERVENTO	Abitare per il Durante Dopo di Noi
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	Tale obiettivo prevede la progettazione e la realizzazione di interventi di abbattimento delle barriere architettoniche e di sensibilizzazione ai percorsi del Durante Dopo di Noi.
AZIONI PROGRAMMATE	<p>Azione 1: Informare su iniziative rivolte all'abbattimento delle barriere architettoniche.</p> <p>Azione 2: Sensibilizzazione ai percorsi del Durante Dopo di Noi.</p>
TARGET	Persone in condizione di grave disabilità prive di entrambi i genitori o che non possono ricevere sostegno dalla

	propria famiglia; in particolare persone frequentanti strutture semiresidenziali a ciclo diurno: CSE, SFA e CDD.
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	L'Ambito per la realizzazione dell'Obiettivo stima una spesa nel triennio pari ad €. 6.000,00 (FNPS-Fondi d'Ambito-altre fonti di finanziamento dedicate).
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	EE.LL – ATS – ASST –PRIVATO SOCIALE –PRIVATO
L'OBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	Si, area: B) Politiche abitative
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	B) Politiche abitative <ul style="list-style-type: none"> • Allargamento della platea dei soggetti a rischio • Vulnerabilità multidimensionale • Qualità dell'abitare 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
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	NO
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	NO
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	NO
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	SI
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Servizio già presente

L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	NO
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	Sì, il presente obiettivo è frutto del percorso di co-programmazione con gli operatori della rete territoriale che hanno aderito.
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?	NO
NEL CASO IN CUI L'INTERVENTO NON PREVEDA PROCESSI DI CO-PROGETTAZIONE E/O CO-PROGRAMMAZIONE FORMALIZZATI, SPECIFICARE LE MODALITÀ DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE (se pertinente)	Il Terzo Settore potrebbe essere coinvolto nell'erogazione di percorsi di sensibilizzazione rispetto al tema del Durante Dopo di Noi.
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	Potranno essere coinvolti enti erogatori per realizzare i percorsi di sensibilizzazione sul tema del Durante Dopo di Noi.
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	Il bisogno al quale questo obiettivo intende rispondere può essere sintetizzato come di seguito: <ul style="list-style-type: none"> • Necessità di abitazioni accessibili alle persone con una disabilità grave; • Necessità di percorsi dedicati all'approfondimento della tematica del Dopo di Noi.
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÒ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	BISOGNO CONSOLIDATO

L'OBIETTIVO É DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	Promozionale/preventivo
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)	NO
L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	Sì, da un punto di vista organizzativo si prevede l'utilizzo di piattaforme digitali per la realizzazione degli incontri.
QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	<p><u>Azione 1:</u> Informare su iniziative rivolte all'abbattimento delle barriere architettoniche:</p> <p>INDICATORI</p> <p>1.1 N. delle iniziative finalizzate alla conoscenza delle opportunità connesse all'abbattimento delle barriere architettoniche.</p> <p><u>Azione 2:</u> Sensibilizzazione ai percorsi del Durante Dopo di Noi:</p> <p>INDICATORI:</p> <p>2.1 N. di iniziative di sensibilizzazione ai percorsi del Durante Dopo di Noi;</p> <p>2.2 N. di soggetti che accedono ai percorsi di sensibilizzazione del Durante Dopo di Noi.</p>
QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?	<p>Azione 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizzazione di almeno 3 (una all'anno) iniziative finalizzate alla conoscenza delle opportunità connesse all'abbattimento delle barriere architettoniche; <p>Azione 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizzazione di almeno 3 (una all'anno) attività di sensibilizzazione del Durante Dopo di Noi.
QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?	L'impatto che tale intervento vorrebbe produrre, si può sintetizzare come segue:

	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento di abitazioni accessibili alle persone con una disabilità grave. • Incremento della conoscenza della tematica del Dopo di Noi.
--	--

O – Educativa domiciliare

TITOLO INTERVENTO	Educativa domiciliare
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	<p>L'obiettivo persegue questi fini:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Potenziare gli interventi di assistenza educativa in campo domiciliare ed extra-domiciliare con particolare attenzione al target dell'età evolutiva. • Promuovere percorsi socio-educativi a favore delle persone con disabilità e dei loro familiari. • Costruire sinergie territoriali tra i vari servizi/istituzioni/Enti/collettività e la famiglia della persona con disabilità. • Sostenere e supportare le famiglie rispetto all'elevato carico assistenziale ed educativo.
AZIONI PROGRAMMATE	<p>Azione 1: Collaborazione tra i vari servizi che hanno in carico la persona, per garantire una presa in carico precoce in una logica ecologica del problema della disabilità al fine di ridurre il rischio di isolamento della persona e della famiglia.</p> <p>Azione 2: Analisi delle risorse educative esistenti al fine di garantire una diversificazione degli interventi e una maggiore coerenza con il bisogno specifico della persona con disabilità e della sua famiglia.</p> <p>Azione 3: Valorizzazione di iniziative di sensibilizzazione nei confronti della collettività finalizzate a stimolare sul proprio territorio un modello di welfare di comunità e di comunità educante, nel quale la famiglia possa diventare protagonista sia come beneficiaria degli interventi sia come soggetto attivo d'intervento.</p>
TARGET	<p>Persone con disabilità e le loro reti familiari, con particolare riferimento all'età evolutiva.</p>
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	<p>L'Ambito per la realizzazione dell'Obiettivo stima una spesa nel triennio pari ad €. 15.000,00 (FNPS-Fondi d'Ambito-altre fonti di finanziamento dedicate).</p>
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	<p>EE.LL – PRIVATO SOCIALE – ETS - ODV</p>

<p>L'OBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?</p>	<p>L'obiettivo è trasversale a:</p> <p>A) Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva D) Domiciliarità E) Anziani F) Digitalizzazione dei servizi G) Politiche giovanili e per i minori I) Interventi per la famiglia</p>
<p>INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO</p>	<p>A) Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allargamento della rete e coprogrammazione • Contrasto all'isolamento • Rafforzamento delle reti sociali • Vulnerabilità multidimensionale <p>D) Domiciliarità:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ampliamento dei supporti forniti all'utenza • Allargamento della rete e co-programmazione • Nuovi strumenti di governance <p>E) Anziani:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personalizzazione dei servizi • Ruolo delle famiglie e del caregiver • Sviluppo azioni LR 15/2015 • Rafforzamento delle reti sociali • Contrasto all'isolamento • Allargamento della rete e co-programmazione <p>F) Digitalizzazione dei servizi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integrazione e rafforzamento del collegamento tra i nodi della rete • Interventi per l'inclusione e l'alfabetizzazione digitale <p>G) Politiche giovanili e per i minori:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rafforzamento delle reti sociali • Allargamento della rete e co-programmazione <p>I) Interventi per la famiglia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caregiver femminile familiare • Sostegno secondo le specificità del contesto familiare • Conciliazione vita-tempi • Allargamento della rete e co-programmazione <p>J) Interventi a favore di persone con disabilità:</p> <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 • Allargamento della rete e co-programmazione • Nuovi strumenti di governance • Contrasto all'isolamento • Rafforzamento delle reti sociali
<p>PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST</p>	<p>NO</p>

NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	Si, l'azione prevede il coinvolgimento di ASST per una presa in carico precoce delle situazioni.
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	NO
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	Si, è in continuità.
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Servizio sostanzialmente rivisto/aggiornato
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	NO
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	Si, il presente obiettivo è frutto del percorso di co-programmazione con gli operatori della rete territoriale che hanno aderito.
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?	No, nella realizzazione delle azioni citate sopra, verrà valorizzata questa modalità di coinvolgimento del Terzo Settore.
NEL CASO IN CUI L'INTERVENTO NON PREVEDA PROCESSI DI CO-PROGETTAZIONE E/O CO-PROGRAMMAZIONE FORMALIZZATI, SPECIFICARE LE MODALITÀ DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE (se pertinente)	

L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	Sì, nella realizzazione delle azioni specificate sopra potrebbero essere coinvolti anche organismi di volontariato.
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	I bisogni a cui questo obiettivo risponde possono essere così sintetizzati: <ul style="list-style-type: none"> • Necessità di acquisire/rafforzare competenze e strategie nella gestione da parte della famiglia della persona con disabilità. • Necessità di continuità assistenziale, di metodi, approcci educativo-relazionali e di contenuto didattico tra servizi e il contesto familiare. • Necessità di integrare le attività scolastiche con attività educative di supporto domiciliare ed extra-domiciliare.
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÓ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	Bisogno consolidato
L'OBIETTIVO É DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	L'obiettivo è sia di tipo promozionale/preventivo che di tipo riparativo.
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE?	Sì, attraverso la realizzazione di una presa in carico precoce in una logica ecologica e in stretta collaborazione tra i vari servizi che hanno in carico la persona. Anche l'azione di stimolazione della comunità educante presenta aspetti innovativi.
L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	Sì, si prevede l'utilizzo di piattaforme digitali per lo svolgimento di riunioni di coordinamento e/o confronto, nonché per lo scambio di informazioni.
QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	<u>Azione 1:</u> Collaborazione tra i vari servizi che hanno in carico la persona, per garantire una presa in carico precoce in una logica ecologica del problema della disabilità al fine di ridurre il rischio di isolamento del soggetto e della famiglia: INDICATORI 1.1 N. incontri tra servizi realizzati; 1.2 N. enti pubblici appartenenti alla rete;

	<p>1.3 N. enti del privato sociale appartenenti alla rete; 1.4 N. protocolli/ accordi di lavoro creati.</p> <p><u>Azione 2</u>: Analisi delle risorse educative esistenti al fine di garantire una diversificazione degli interventi e una maggiore coerenza con il bisogno specifico della persona con disabilità e della sua famiglia:</p> <p>INDICATORI 2.1 N. delle risorse educative mappate; 2.2 tipologia dei servizi inseriti nella mappatura.</p> <p><u>Azione 3</u>: Valorizzazione di iniziative di sensibilizzazione verso la collettività finalizzate a stimolare sul proprio territorio un modello di welfare di comunità e di comunità educante, nel quale la famiglia possa diventare protagonista sia come beneficiaria degli interventi sia come soggetto attivo d'intervento:</p> <p>INDICATORI: 3.1 N. iniziative realizzate; 3.2 N. di partecipanti della società civile.</p>
<p>QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?</p>	<p>I risultati che si intendono raggiungere attraverso l'obiettivo individuato sono:</p> <p>Azione 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione di almeno 6 (due all'anno) incontri tra servizi. <p>Azione 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Produzione di un report che contenga la mappatura dei servizi educativi esistenti. <p>Azione 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione di almeno 6 (due all'anno) iniziative di sensibilizzazione della collettività.
<p>QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?</p>	<p>L'impatto che tale intervento vorrebbe produrre, si può sintetizzare come segue:</p> <p>Costruire un percorso di crescita che permetta alla persona con disabilità di potenziare e sviluppare il più possibile delle abilità e competenze. Il fine è quello di consentire alla persona di raggiungere, in età adulta, il livello di autonomia maggiore possibile.</p> <p>Possibili indicatori di out-come:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soddisfazione delle famiglie rispetto al sistema dei servizi. • Aumento della sensibilizzazione rispetto a queste tematiche nella comunità e negli attori chiave del territorio.

P – Migliorare la programmazione del trasporto sociale

TITOLO INTERVENTO	Migliorare la programmazione del trasporto sociale
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	Garantire una maggior accessibilità ai servizi di trasporto sociale alle persone con disabilità e alle persone anziane, per garantire loro una maggiore autonomia e l'apertura di possibilità di socializzazione.
AZIONI PROGRAMMATE	<p>Azione 1: Costituzione di una rete composta da enti e associazioni del territorio che erogano servizi di trasporto, che miri alla costruzione di una mappatura delle risorse presenti nell'Ambito di Gallarate dettagliata da informazioni sulla capacità quantitativa (numero di trasporti che un servizio può realizzare, numero dei veicoli) e qualitativa (dotazione di ausili specifici dei veicoli) dei servizi di trasporto.</p> <p>Azione 2: Potenziamento dei servizi di trasporto sociale già presenti nell'Ambito di Gallarate, ampliando l'offerta dei trasporti, trasporti protetti e speciali anche verso luoghi aggregativi e di socialità.</p>
TARGET	Persone con disabilità (minori, adulti e anziani), ETS, ODV.
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	L'Ambito per la realizzazione dell'Obiettivo stima una spesa nel triennio pari ad €. 60.000,00 (FNPS-Fondi d'Ambito-altre fonti di finanziamento dedicate).
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	EE.LL – PRIVATO SOCIALE – ENTI PRIVATI – ETS - ODV
L'OBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	<p>Sì, è trasversale a:</p> <p>A) Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva</p> <p>D) Domiciliarità</p> <p>E) Anziani</p> <p>F) Digitalizzazione dei servizi</p> <p>I) Interventi per la famiglia</p>
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	<p>A) Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allargamento della rete e co-programmazione • Contrasto all'isolamento • Rafforzamento delle reti sociali

	<p>D) Domiciliarità:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flessibilità • Ampliamento dei supporti forniti all'utenza • Allargamento della rete e co-programmazione • Nuovi strumenti di governance • Integrazione con gli interventi domiciliari a carattere sociosanitario <p>E) Anziani:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personalizzazione dei servizi • Accesso ai servizi • Ruolo delle famiglie e del caregiver • Sviluppo azioni LR 15/2015 • Rafforzamento delle reti sociali • Contrasto all'isolamento <p>F) Digitalizzazione dei servizi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integrazione e rafforzamento del collegamento tra i nodi della rete <p>I) Interventi per la famiglia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caregiver femminile familiare • Conciliazione vita-tempi <p>J) Interventi a favore di persone con disabilità:</p> <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 • Allargamento della rete e co-programmazione • Nuovi strumenti di governance • Contrasto all'isolamento • Rafforzamento delle reti sociali
<p>PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?</p>	<p>NO</p>
<p>PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?</p>	<p>NO</p>
<p>L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?</p>	<p>NO</p>

È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	Sì, in continuità.
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Servizio sostanzialmente rivisto/aggiornato
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	NO
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	Sì, il presente obiettivo è frutto del percorso di co-programmazione con gli operatori della rete territoriale che hanno aderito.
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?	No, nella realizzazione delle azioni citate sopra, verrà valorizzata questa modalità di coinvolgimento del Terzo Settore.
NEL CASO IN CUI L'INTERVENTO NON PREVEDA PROCESSI DI CO-PROGETTAZIONE E/O CO-PROGRAMMAZIONE FORMALIZZATI, SPECIFICARE LE MODALITÀ DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE (se pertinente)	
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	Sì, si valuterà anche il coinvolgimento di altri attori della rete territoriale.
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	L'obiettivo vuole rispondere alla necessità di aumento delle possibilità di mobilità in autonomia da parte delle persone con disabilità sia nel raggiungimento delle strutture riabilitative e/o sanitarie-ospedaliere, sia nella fruizione del tempo libero. Vuole inoltre rispondere al bisogno di una ricomposizione e integrazione delle informazioni a

	disposizione dei nodi della rete territoriale sul trasporto sociale.
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÓ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	Bisogno consolidato
L'OBIETTIVO É DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	L'obiettivo è di tipo riparativo
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)	NO
L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	Sì, lo scambio di informazione tra i nodi territoriali per la realizzazione della mappatura avverrà anche tramite piattaforme digitali.
QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	<p><u>Azione 1:</u> Costituzione di una rete composta da enti e associazioni del territorio che erogano servizi di trasporto, che miri alla costruzione di una mappatura delle risorse presenti nell'ambito di Gallarate dettagliata da informazioni sulla capacità quantitativa (numero di trasporti che un servizio può realizzare, numero dei veicoli) e qualitativa (dotazione di ausili specifici dei veicoli) dei servizi di trasporto.</p> <p>INDICATORI</p> <p>1.1 N. di enti del terzo settore e associazioni che svolgono tali servizi;</p> <p>1.2 Sviluppo di un sistema per facilitare il coordinamento dei viaggi e lo scambio di informazioni tra i nodi della rete.</p> <p><u>Azione 2:</u> Potenziamento dei servizi di trasporto sociale già presenti nell'Ambito di Gallarate, ampliando l'offerta dei trasporti, trasporti protetti e speciali anche verso luoghi aggregativi e di socialità.</p> <p>INDICATORI</p> <p>2.1 N. di volontari che prestano il loro servizio per il trasporto sociale;</p> <p>2.2 N. di persone che hanno usufruito di trasporti;</p>

	2.3 N. di trasporti semplici realizzati; 2.4 N. di trasporti protetti/speciali realizzati.
QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?	I risultati che si intendono raggiungere attraverso l'obiettivo individuato sono: Azione 1) <ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione della mappatura con il livello di dettaglio specificato (sì/no). • Adozione di un sistema per facilitare il coordinamento dei viaggi e lo scambio di informazioni tra i nodi della rete (sì/no). Azione 2) <ul style="list-style-type: none"> • Avvio di almeno 2 servizi di trasporto sociale; • Avvio di almeno un servizio di trasporto sociale e protetto.
QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?	L'impatto che tale intervento vorrebbe produrre, si può sintetizzare come segue: <ul style="list-style-type: none"> • Fluidità nell'erogazione e nell'accesso ai servizi di trasporto sociale; • Incremento dei servizi di trasporto sociale.

Q - Sviluppare, rafforzare e connettere iniziative per integrazione – inclusione - valorizzazione del tempo

TITOLO INTERVENTO	Sviluppare, rafforzare e connettere iniziative per integrazione – inclusione – valorizzazione del tempo
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	Tale obiettivo mira al coinvolgimento attivo della persona con disabilità all'interno della comunità di appartenenza. L'obiettivo si concretizza con lo sviluppo, il potenziamento e la connessione di iniziative finalizzate all'integrazione, all'inclusione e alla qualificazione del tempo
AZIONI PROGRAMMATE	Azione 1. Promozione e potenziamento di progetti di inserimento lavorativo personalizzati e di qualificazione del tempo delle persone con disabilità. Azione 2. Attività di promozione del benessere e delle arti. Coinvolgimento delle associazioni attive sul territorio per la realizzazione di attività sportive, culturali e naturalistiche aperte a tutta la cittadinanza, con l'obiettivo di facilitare l'incontro e la socializzazione.

	<p>Azione 3. Attività di socializzazione per le persone con disabilità con alta necessità di sostegno che vivono sole a domicilio.</p> <p>Azione 4. Realizzazione di attività di sensibilizzazione sulla disabilità nelle scuole dell'Ambito.</p>
TARGET	Persone con disabilità e i loro nuclei familiari, Imprenditori, Società civile.
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	L'Ambito per la realizzazione dell'Obiettivo stima una spesa nel triennio pari ad €. 30.000,00 (FNPS-Fondi d'Ambito-altre fonti di finanziamento dedicate).
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	EE.LL – PRIVATI - ETS
L'OBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	<p>Sì, è trasversale alle aree di policy:</p> <p>A) Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva;</p> <p>D) Domiciliarità;</p> <p>G) Politiche giovanili e per i minori;</p> <p>H) Interventi connessi alle politiche per il lavoro.</p>
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	<p>A) Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allargamento della rete e coprogrammazione • Contrasto all'isolamento • Rafforzamento delle reti sociali • Facilitare l'accesso alle opportunità di benessere e partecipazione attiva <p>D) Domiciliarità;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ampliamento dei supporti forniti all'utenza • Aumento delle ore di copertura del servizio <p>G) Politiche giovanili e per i minori;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rafforzamento delle reti sociali • Prevenzione e contenimento del disagio sociale e del suo impatto sulla salute • Allargamento della rete e coprogrammazione <p>H) Interventi connessi alle politiche per il lavoro.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interventi a favore dei NEET • Allargamento della rete e co-programmazione

	<ul style="list-style-type: none"> • Presenza di nuovi soggetti a rischio/nuova utenza rispetto al passato <p>J) Interventi a favore delle persone con disabilità</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allargamento della rete e co-programmazione • Contrasto all'isolamento • Rafforzamento delle reti sociali
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	NO
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	NO
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	NO
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	Sì, è in continuità con l'obiettivo B - Sviluppare, rafforzare e connettere iniziative per integrazione – inclusione – accesso.
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Servizio sostanzialmente rivisto/aggiornato
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	NO
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	SI
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?	NO
NEL CASO IN CUI L'INTERVENTO NON PREVEDA PROCESSI DI CO-PROGETTAZIONE E/O CO-	Gli Enti del Terzo Settore saranno coinvolti nell'ideazione delle attività da proporre, nonché per l'erogazione stessa delle attività.

PROGRAMMAZIONE FORMALIZZATI, SPECIFICARE LE MODALITA' DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE (se pertinente)	
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	NO
QUESTO INTERVENTO A QUALE/ BISOGNO/I RISPONDE?	<p>Risponde al bisogno di inclusione nel contesto territoriale delle persone con disabilità. Gli interventi mirano a contrastare l'esclusione sociale delle persone con disabilità in tre aree della vita:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Area della socialità: le persone con disabilità partecipano meno alle attività sociali del contesto territoriale, ancora meno se vivono sole a domicilio; • Area del tempo utile: il termine "utile" viene utilizzato per porsi in contrapposizione con il tempo detto "libero", ovvero quel tempo che, svolti i propri doveri lavorativi, rimane da dedicare ad attività altre. Il tempo "utile" può essere tempo lavorativo, oppure tempo che in virtù della sua utilità sociale viene riconosciuto come "utile" sia dalla società civile, che dalla persona che lo esperisce. Le persone con disabilità sono maggiormente marginalizzate sia dal mercato del lavoro, sia da quelle attività di utilità sociale che possono avere un riscontro positivo e che possano impegnare le persone non impiegabili lavorativamente. • Area della partecipazione: la partecipazione alle attività culturali e di promozione del benessere del territorio è carente da parte delle persone con disabilità a causa dell'inaccessibilità degli spazi e/o delle attività.
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÁ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÓ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	BISOGNO CONSOLIDATO

L'OBIETTIVO É DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	L'obiettivo è sia di tipo promozionale/preventivo, sia di tipo riparativo.
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)	NO
L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	Sì, si prevede l'utilizzo di piattaforme digitali per lo svolgimento di riunioni di coordinamento e/o confronto, nonché per lo scambio di informazioni.
QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	<p><u>Azione 1:</u> Promozione e potenziamento di progetti di inserimento lavorativo personalizzati e di qualificazione del tempo delle persone con disabilità.</p> <p>INDICATORI</p> <p>1.1 N. di prese in carico; 1.2 N. di progetti di tirocinio di inclusione attivati; 1.3 N. di contratti di lavoro formalizzati; 1.4 N. di progetti di qualificazione del tempo attivati; 1.5 N. di persone con disabilità coinvolte dai progetti di qualificazione del tempo.</p> <p><u>Azione 2:</u> Attività di promozione del benessere e delle arti. Coinvolgimento delle associazioni attive sul territorio per la realizzazione di attività sportive, culturali e naturalistiche aperte a tutta la cittadinanza, con l'obiettivo di facilitare l'incontro e la socializzazione.</p> <p>INDICATORI</p> <p>2.1 N. delle iniziative organizzate; 2.2 N. partecipanti alle attività; 2.3 tipologia di attività realizzata dall'ente (sportiva/culturale/naturalistica).</p> <p><u>Azione 3:</u> Attività di socializzazione per le persone con disabilità con alta necessità di sostegno che vivono sole a domicilio.</p> <p>INDICATORI</p> <p>3.1 N. delle iniziative organizzate; 3.2 N. partecipanti alle attività.</p> <p><u>Azione 4:</u> Realizzazione di attività di sensibilizzazione sulla disabilità nelle scuole dell'Ambito.</p> <p>INDICATORI</p>

	<p>4.1 N. delle attività di sensibilizzazione realizzate; 4.2 N. di scuole dell'Ambito coinvolte; 4.3 N. di studenti presenti alle attività di sensibilizzazione.</p>
<p>QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?</p>	<p>Azione 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione di almeno un progetto per il potenziamento dell'inserimento lavorativo e di qualificazione del tempo <ul style="list-style-type: none"> ○ N° di progetti per il potenziamento dell'inserimento lavorativo realizzati nel triennio ≥ 1; ○ N° di progetti per la qualificazione del tempo "utile" realizzati nel triennio ≥ 1. <p>Azione 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione di almeno un'attività di promozione del benessere e delle arti <ul style="list-style-type: none"> ○ N° di attività di promozione del benessere e delle arti realizzati nel triennio ≥ 1. <p>Azione 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione di almeno un'attività di socializzazione per le persone con disabilità con alta necessità di sostegno che vivono sole a domicilio <ul style="list-style-type: none"> ○ N° di attività di socializzazione per le persone con disabilità con alta necessità di sostegno che vivono sole a domicilio realizzate nel triennio ≥ 1. <p>Azione 4)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione di almeno un'attività di sensibilizzazione sulla disabilità nelle scuole dell'Ambito <ul style="list-style-type: none"> ○ N° di attività di sensibilizzazione sulla disabilità nelle scuole dell'Ambito realizzate nel triennio ≥ 1.
<p>QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?</p>	<p>L'impatto che tale intervento vorrebbe produrre, si può sintetizzare come segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incremento dell'inclusione lavorativa; • Incremento delle persone con disabilità che svolgono attività regolari di tipo diverso da quello lavorativo; • Incremento della partecipazione alle attività di socialità, di promozione del benessere e delle arti da parte delle persone con disabilità.

5.10 Obiettivi macro-area: Interventi di sistema per il potenziamento dell'ufficio di piano e il rafforzamento della gestione associata

R - Continuità degli interventi (prioritario)

TITOLO INTERVENTO	Continuità degli interventi
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	Riconosciuta la discontinuità che caratterizza gli interventi sul bisogno dell'utenza fragile realizzati nel contesto di bandi e/o progetti, l'obiettivo mira a valutare modalità lavorative d'Ambito sulla fragilità, che seguano una logica continuativa e di costante ri-progettazione informata dal monitoraggio e dalla valutazione degli interventi.
AZIONI PROGRAMMATE	<p>Azione 1: Definizione di buone prassi, per il rafforzamento della capacità progettuale dell'Ufficio di Piano.</p> <p>Azione 2: Definizione e realizzazione di un tavolo permanente d'Ambito dedicato alla progettazione.</p> <p>Azione 3: Rafforzamento e potenziamento dell'Ufficio di Piano (ad esempio: adesione misure Ministeriali).</p>
TARGET	Società civile, Ufficio di Piano, Enti del terzo Settore, altri attori della rete territoriale.
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	L'Ambito per la realizzazione dell'Obiettivo stima una spesa nel triennio pari ad €. 5.000,00 (FNPS-Fondi d'Ambito-altre fonti di finanziamento dedicate).
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	Ufficio di Piano – Comuni dell'Ambito
L'OBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	Sì, l'obiettivo è trasversale a tutte le aree di policy
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	<p>K) Interventi di sistema per il potenziamento dell'Ufficio di Piano e il rafforzamento della gestione associata</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rafforzamento della gestione associata • Revisione/potenziamento degli strumenti di governance dell'Ambito <p>Per tutte le altre aree di policy, i punti chiave che l'intervento va a realizzare riguardano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allargamento della rete e co-programmazione

	<ul style="list-style-type: none"> • Nuovi strumenti di governance
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	NO
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	NO
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	NO
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	NO
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Nuovo servizio
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	NO
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	SI
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?	NO
NEL CASO IN CUI L'INTERVENTO NON PREVEDA PROCESSI DI CO-PROGETTAZIONE E/O CO-PROGRAMMAZIONE FORMALIZZATI, SPECIFICARE LE MODALITÀ DI COINVOLGIMENTO DEL	

TERZO SETTORE (se pertinente)	
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	Sì, prevede il potenziale coinvolgimento di tutti i nodi della rete territoriale indipendentemente dal target e dal tema individuato come oggetto di progettazione.
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	Questo intervento risponde alla discontinuità e frammentarietà della risposta al bisogno degli utenti fragili, messa in essere dalla realizzazione di progetti ad hoc finanziati per periodi limitati.
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÓ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	NUOVO BISOGNO. L'intervento è emerso dalla consultazione degli stakeholders e da un'esigenza interna all'Ufficio di Piano, che hanno rilevato come la modalità progettuale "a spot", ovvero la realizzazione di progetti specifici finanziati da bandi per un periodo limitato di tempo, causi una risposta discontinua ai bisogni delle persone fragili offrendo soluzioni limitate nel tempo, a cui andrebbe invece garantita continuità.
L'OBIETTIVO É DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	Riparativo
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)	NO
L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	Sì, le riunioni del tavolo potrebbero occasionalmente essere realizzate online. Anche lo scambio di informazioni avverrebbe attraverso strumenti digitali.
QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	<u>Azione 1</u> : Definizione di buone prassi per il rafforzamento della capacità progettuale dell'UdP, anche attraverso consulente mirato. INDICATORI <ul style="list-style-type: none"> • Convocazione di enti del territorio e del privato sociale attivi nella progettazione per il confronto sulle buone prassi per il rafforzamento della capacità progettuale. <ol style="list-style-type: none"> 1.1 N. enti convocati; 1.2 N. incontri realizzati; 1.3 N. dei partecipanti;

	<p>1.4 N. di ore di consulenza ricevute.</p> <p><u>Azione 2:</u> Definizione di un tavolo permanente d'Ambito dedicato alla progettazione:</p> <p>INDICATORI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avvio di un percorso interno all'UdP di valutazione delle modalità di costituzione del tavolo permanente <p>2.1 N. riunione interne all'UdP realizzate per questo fine.</p> <p><u>Azione 3:</u> Rafforzamento e potenziamento dell'UdP:</p> <p>INDICATORI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Percorso di valutazione degli aspetti deficitari da rafforzare <p>3.1 N. di riunioni dedicate alla valutazione degli aspetti da rafforzare;</p> <p>3.2 Aspetti da rafforzare (quali aspetti sono emersi dal confronto nelle riunioni);</p> <p>3.3 N. personale impiegato.</p>
<p>QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?</p>	<p>Azione 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Redazione di un documento sulle buone prassi per il rafforzamento della capacità progettuale dell'UdP (si/no); <p>Azione 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definizione di una modalità di implementazione del tavolo permanente d'Ambito dedicato alla progettazione (si/no); <p>Azione 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definizione di un documento con il piano di rafforzamento e potenziamento dell'UdP (si/no); • Rafforzamento e potenziamento dell'UdP, anche tramite assunzione di almeno 1 operatore.
<p>QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?</p>	<p>L'impatto che tale intervento vorrebbe produrre, si può sintetizzare come segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maggiore continuità nella risposta ai bisogni della popolazione fragile.

6. Definizione di un sistema per la valutazione delle politiche e delle azioni, attraverso la determinazione di indicatori di risultato quantitativi e qualitativi

6.1 Impianto metodologico

Per garantire un'evoluzione costante nella gestione delle politiche sociali e migliorare la qualità del welfare locale, è fondamentale adottare un sistema di monitoraggio e valutazione che vada oltre la semplice logica rendicontativa. Il focus deve spostarsi dall'output al reale impatto sociale degli interventi. Questo sistema di valutazione deve essere concepito come un processo continuo, che si realizza prima, durante e dopo il periodo di programmazione, assicurando una valutazione costante e iterativa. Questo approccio facilita la rilevazione di punti di forza, di debolezza e di possibili sinergie con altri servizi e aree di intervento, con l'obiettivo di migliorare progressivamente i servizi per i cittadini e per la comunità.

Il processo di valutazione deve quindi essere visto come un ciclo virtuoso, dove la valutazione post-programmazione serve come base di partenza per la programmazione successiva. In questo modo, i risultati della valutazione finale del periodo corrente diventano la valutazione iniziale per il nuovo periodo, contribuendo a definire priorità e obiettivi in modo mirato.

Per ogni area di intervento, è necessario identificare e costruire un set di indicatori in grado di misurare la qualità dei servizi erogati. Tali indicatori devono permettere il monitoraggio del processo, dei risultati e dell'impatto finale. Alcuni obiettivi selezionati possono richiedere una maggiore profondità di analisi, con l'adozione di tecniche quantitative e qualitative supplementari che verranno approfondite nelle sezioni successive.

6.2 Approccio metodologico

Seguendo l'impianto descritto, l'approccio metodologico prevede una valutazione lungo tutto il ciclo di vita dei servizi. Tale approccio considera tre fasi chiave:

1. **Valutazione del processo:** focalizzata sulla costruzione e l'erogazione degli interventi, con l'obiettivo di monitorare l'andamento dell'implementazione.
2. **Valutazione dei risultati:** incentrata sui risultati concreti prodotti, misurabili attraverso specifici indicatori di output.
3. **Valutazione dell'impatto:** tramite un sistema di indicatori che misurano l'efficacia complessiva delle politiche e delle azioni in termini di benefici per la comunità.

Gli indicatori selezionati si articolano su tre livelli: micro, meso e macro. A livello micro, si valuta l'effetto diretto sui beneficiari individuali, monitorando i cambiamenti nel loro benessere. A livello meso, si analizza l'impatto organizzativo e di rete, considerando le risorse, le informazioni e gli attori coinvolti nella fornitura dei servizi. A livello macro, si misura l'impatto sulla comunità nel suo complesso, sia a livello locale che in un contesto di confronto con altri servizi, cercando sinergie e complementarietà per un uso ottimale delle risorse.

Il minimo comune denominatore per ogni obiettivo consiste quindi nella costruzione di un set di indicatori a più livelli, mentre per alcuni obiettivi sarà adottato un approccio più dettagliato con tecniche quantitative e qualitative mirate.

6.3 Tecniche di valutazione

Per un'efficace raccolta e analisi dei dati, si ricorrerà a una serie di tecniche con diversi gradi di profondità valutativa, in funzione degli obiettivi da raggiungere. Le principali tecniche includono:

- **Set di indicatori:** per ogni obiettivo strategico, sarà costruito un set di indicatori da aggiornare periodicamente sulla base dei nuovi dati disponibili.
- **Questionari di valutazione:** utilizzati per raccogliere dati quantitativi su specifici aspetti, prevedono domande strutturate e l'impiego della scala Likert per misurare il livello di accordo o disaccordo degli intervistati su affermazioni predefinite.
- **Tecniche di indagine qualitativa:** comprendono interviste in profondità, focus group e workshop partecipativi.
 - *Interviste in profondità:* coinvolgono testimoni chiave, che apportano informazioni rilevanti su uno o più aspetti della valutazione.
 - *Focus group:* utilizzati per raccogliere dati in contesti di gruppo, stimolando una riflessione condivisa e approfondita sui temi trattati.
 - *Workshop partecipativi:* destinati a particolari gruppi target, aiutano a esplorare obiettivi specifici attraverso metodologie laboratoriali e collaborative.

6.4 Risorse strumentali per la raccolta dati

Un team multidisciplinare è fondamentale per garantire un approccio completo alla gestione operativa e analitica del sistema di valutazione. Per raggiungere risultati efficaci, è necessario disporre di un insieme di competenze diversificate, che spaziano dall'analisi approfondita dei dati alla comprensione del contesto specifico del settore in cui si opera. Inoltre, è cruciale che il team sappia facilitare processi di raccolta di dati qualitativi, utilizzando metodi come interviste in profondità, workshop partecipativi e altre tecniche di coinvolgimento diretto. A questo scopo, si prevede la costituzione di un Gruppo interno di valutazione, composto da un coordinatore e un rappresentante per ogni Area Tematica, che avrà il compito di progettare e coordinare l'intero processo di valutazione, eventualmente coadiuvato da un ente valutatore esterno.

Inoltre, affinché il sistema di monitoraggio e valutazione sia davvero efficiente, è essenziale dotarsi di strumenti adeguati non solo per la raccolta, ma anche per l'organizzazione e l'analisi accurata delle informazioni. La scelta degli strumenti si basa su vari fattori, tra cui la natura degli indicatori da monitorare, la necessità di dati qualitativi o quantitativi e le modalità di analisi richieste. Questa flessibilità consente di adattare il sistema alle esigenze specifiche di ogni progetto, garantendo che le decisioni siano sempre informate e basate su dati solidi e pertinenti.

6.5 Cronoprogramma

L'attuazione del sistema di monitoraggio seguirà un cronoprogramma che si articola in una fase di progettazione iniziale, dedicata alla definizione degli obiettivi e all'impostazione del sistema di rilevazione, e in una fase successiva di monitoraggio periodico. La raccolta dei dati relativi agli indicatori sarà effettuata su base semestrale, mentre per gli obiettivi che richiedono analisi approfondite, i questionari e le tecniche qualitative saranno somministrati in due momenti distinti: a metà del periodo e al termine dello stesso, per ottenere una valutazione finale.

Al termine del periodo di programmazione, verrà redatto un report che documenta i risultati raggiunti e fornisce indicazioni per il ciclo successivo di programmazione. Questo report servirà da base per definire nuovi obiettivi e priorità, favorendo un miglioramento continuo delle politiche e dei servizi offerti alla comunità.

7. INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

7.1 Obiettivi LEPS

Per il triennio 2025-2027, Regione Lombardia con l'adozione delle DGR n. XII/2089 del 25.03.2024 e DGR XII/2167 del 15.04.2024 ha approvato le Linee di indirizzo per la stesura dei Piani di Sviluppo del Polo Territoriale delle ASST (PPT) e per la Programmazione Sociale Territoriale, promuovendo l'integrazione tra il sistema socio-sanitario e il sistema sociale mediante la condivisione degli elementi di interesse comune da concretizzarsi in azioni di collaborazione tra i due sistemi volte a trovare declinazione di quanto sopra all'interno dei rispettivi Piani 2025-2027 (PPT e PDZ) (di seguito obiettivi):

7.1.1 AMBITO TERRITORIALE SOCIALE

Gli Ambiti della Valle Olona (Busto Arsizio, Castellanza, Gallarate, Saronno, Somma Lombardo) in cooperazione tra loro, hanno predisposto le seguenti cinque schede relative agli Obiettivi LEPS considerati prioritari e di integrazione socio-sanitaria, da Regione Lombardia, concordandone l'inserimenti nei rispettivi Piani:

Obiettivo LEPS: Accoglienza e dimissioni protette: continuità assistenziale

TITOLO INTERVENTO	Accoglienza e dimissioni protette: continuità assistenziale
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	<p>Obiettivo generale: garantire la continuità assistenziale, in particolare alle persone "fragili" non autosufficienti, per le quali è necessario un accompagnamento all'ammissione e dimissione ospedaliera, secondo un percorso protetto che ne garantisca la continuità di cura e favorisca ove possibile la domiciliarità.</p> <p>La strategia di intervento prevede l'attivazione precoce di un processo di integrazione socio-sanitaria tra ASST Valle Olona, gli Ambiti Sociali del territorio di competenza, i medici di medicina generale, gli enti gestori dei servizi di accoglienza e gli enti del Terzo Settore, che consenta di porre il cittadino "fragile", anziano o disabile, al centro dell'intervento favorendo ove possibile la domiciliarità, la flessibilità dell'offerta, l'ampliamento dei servizi offerti all'utenza, il potenziamento del servizio informativo, rafforzando il ruolo delle famiglie e dei caregiver e delle reti sociali di supporto.</p> <p>Obiettivi specifici:</p> <ol style="list-style-type: none">1. promuovere l'assistenza delle persone fragili e con perdita progressiva di autonomia, attraverso l'intercettazione precoce del bisogno e della iniziale fragilità garantendone la presa in carico sociosanitaria;2. contribuire a ridurre il numero dei ricoveri reiterati presso i presidi ospedalieri;3. aumentare il grado di appropriatezza e personalizzazione delle prestazioni, assicurando la continuità dell'assistenza;

	<ol style="list-style-type: none"> 4. promuovere un modello organizzativo gestionale omogeneo e continuativo nei diversi ambiti territoriali del distretto per la gestione integrata e coordinata degli interventi; 5. sostenere l'autonomia residua e il miglioramento dei livelli di qualità di vita, incrementando la consapevolezza e la responsabilità delle figure di riferimento della persona fragile, superando la logica assistenziale; 6. uniformare i criteri di valutazione e accesso agli interventi/opportunità anche attraverso collaborazioni innovative tra il pubblico e il Terzo Settore al fine di potenziare la rete dei servizi; 7. garantire l'inclusione sociale dei soggetti fragili presi in carico.
AZIONI PROGRAMMATE	<p>Correlazione obiettivi specifici con azioni programmate:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. promuovere l'assistenza delle persone fragili e con perdita progressiva di autonomia, attraverso l'intercettazione precoce del bisogno e della iniziale fragilità garantendone la presa in carico sociosanitaria; <ol style="list-style-type: none"> 1.1. aggiornamento di procedure operative integrate di valutazione condivisa del bisogno sanitario e sociale del cittadino "fragile" e presa in carico condivisa e integrata nelle fasi di ammissione e dimissione protetta 1.2. monitoraggio e aggiornamento sistema di condivisione delle informazioni tra operatori pubblici (ASST e Ambiti) relative al cittadino fragile 2. contribuire a ridurre il numero dei ricoveri reiterati presso i presidi ospedalieri; <ol style="list-style-type: none"> 2.1 definizione congiunta dei setting di intervento tra ASST e Ambiti 2.2 rilevazione dato e monitoraggio andamento 3. aumentare il grado di appropriatezza e personalizzazione delle prestazioni, assicurando la continuità dell'assistenza; <ol style="list-style-type: none"> 3.1 definizione congiunta dei setting di intervento tra ASST e Ambiti 3.2 monitoraggio tempistiche dimissione protetta e concreta integrazione socio-sanitaria degli interventi 4. promuovere un modello organizzativo gestionale omogeneo e continuativo nei diversi ambiti territoriali del distretto per la gestione integrata e coordinata degli interventi; <ol style="list-style-type: none"> 4.1 mantenimento costante dell'operatività del tavolo di conoscenza e confronto tra ASST Valle Olona, Ambiti di Busto Arsizio, Gallarate e Castellanza e Ambiti di Saronno e Somma Lombardo rispetto alle procedure in essere con confronto tra Nucleo dimissioni protette e COT dell'ASST e responsabili e assistenti sociali degli Ambiti comunali 4.2 monitoraggio e aggiornamento sistema di condivisione

	<p>delle informazioni tra operatori pubblici (ASST e Ambiti) relative al cittadino fragile</p> <p>4.3 integrazione dei due protocolli operativi in essere con eventuale ridefinizione e integrazione degli strumenti di cui al punto precedente</p> <p>5. sostenere l'autonomia residua e il miglioramento dei livelli di qualità di vita, incrementando la consapevolezza e la responsabilità delle figure di riferimento della persona fragile, superando la logica assistenziale;</p> <p>5.1 programmazione congiunta e integrata attività di formazione/sostegno a favore della famiglia e dei caregiver in ambito di protezione giuridica (es.: amministrazione di sostegno, invalidità.)</p> <p>5.2 realizzazione attività formative/sostegno integrate</p> <p>5.3 elaborazione di servizi di informazione condivisi, con distribuzione di materiale informativo anche presso i presidi sanitari dell'ASST Valle Olona e dei medici di medicina generale, a favore delle famiglie e dei soggetti fragili relativi ai servizi sociali e sanitari territoriali degli enti locali, degli Enti del Terzo Settore e del privato sociale</p> <p>6. uniformare i criteri di valutazione e accesso agli interventi/opportunità anche attraverso collaborazioni innovative tra il pubblico e il Terzo Settore al fine di potenziare la rete dei servizi;</p> <p>6.1 attivazione di tavoli di co-progettazione con gli Enti del Terzo Settore del territorio per identificare e mettere in rete anche servizi innovativi</p> <p>6.2 condivisione delle mappature territoriali esistenti di unità di offerta pubblica e privata, inclusi ETS</p> <p>6.3 definizione di una filiera di servizi integrata, in linea con la riforma della L.R 23/2015</p> <p>6.4 sviluppo di strumenti di monitoraggio e valutazione condivisi</p> <p>6.5 analisi dei risultati raggiunti e introduzione eventuali elementi correttivi</p> <p>7. garantire l'inclusione sociale dei soggetti fragili presi in carico</p> <p>7.1 valorizzazione della collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli Enti del Terzo Settore</p>
TARGET	<p>In merito ai beneficiari vengono distinte due tipologie di condizioni, la prima rivolta all'utenza che può fare riferimento ad un domicilio e quindi "tornare a casa", la seconda rivolta all'utenza che non ha questa possibilità.</p> <p>Dimissioni protette per utenza che può fare riferimento ad un domicilio.</p> <p>Destinatari primari dell'intervento: il target di riferimento è rappresentato da persone anziane non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità (disabili, adulti fragili) o persone infra</p>

	<p>sessantacinquenni ad essi assimilabili, residenti sul territorio nazionale, non supportate da una rete formale o informale adeguata, costante e continuata, per i quali gli interventi sono volti a sostenere il rientro e la permanenza a domicilio a seguito di ricovero ospedaliero o dimissione da una struttura riabilitativa o servizio accreditato.</p> <p>Destinatari secondari dell'intervento sono i caregiver familiari.</p> <p>Dimissioni protette per persone che non dispongono di un'abitazione.</p> <p>Target di utenza / destinatari: persone senza dimora, o in condizione di precarietà abitativa, residenti o temporaneamente presenti sul territorio nazionale, che, a seguito di episodi acuti, accessi al pronto soccorso o ricoveri ospedalieri, necessitano di un periodo di convalescenza e di stabilizzazione delle proprie condizioni di salute.</p>
<p>RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE</p>	<p>Si stima una spesa nel triennio pari a: PNRR/linea di finanziamento 1.1.3. valida sino al 31/03/2026 per Ambiti Busto, Gallarate, Castellanza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Risorse integrative per servizi SAD, assistenti domiciliari e pasti € 239.905,00 - Assistente sociale € 60.000,00 <p>FNPS quota vincolata (stimata):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ambito Gallarate € 72.838,00
<p>RISORSE DI PERSONALE DEDICATE</p>	<p>Il progetto prevede la collaborazione di tutti e cinque gli Ambiti Territoriali Sociali (Ambiti Busto Arsizio/capofila, Gallarate, Castellanza, Saronno e Somma Lombardo) coincidenti con il territorio di competenza dell'ASST Valle Olona strutturata in 4 distretti socio-sanitari (il Distretto socio sanitario di Busto Arsizio comprende gli Ambiti di Busto Arsizio e Castellanza).</p> <p>La struttura organizzativa gestionale deputata alla gestione del progetto è così costituita:</p> <p>rispetto agli Ambiti Territoriali Sociali</p> <ul style="list-style-type: none"> - dirigenti di settore e/o responsabili di servizi dell'Ufficio di Piano per ogni ATS, con funzione di coordinamento e governance in tutte le fasi del progetto e di referente territoriale dell'Ambito; - funzionari e istruttori amministrativi, con ruolo di supporto amministrativo nelle fasi di gestione e rendicontazione; - assistenti sociali delle Area Anziani e Aree Disabili per ogni ATS, con funzione di supporto alla progettazione e di presa incarico individualizzata all'interno dell'equipe multidisciplinare (case manager). - oltre al personale interno degli ambiti è previsto un incarico di collaborazione esterna a supporto delle

	<p>attività specifiche del progetto (Ambito di Busto Arsizio, Gallarate e Castellanza tramite risorse PNRR e risorse proprie FNPS) già in essere e un appalto di servizi per l'assunzione di una assistente sociale, già in essere tramite risorse PNRR con contrattualizzazione da parte dell'Ambito di Castellanza, volta a rafforzare l'intervento strutturato su più Ambiti territoriali.</p>
<p>L'OBIETTIVO TRASVERSALE INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY? E' ED ALTRE</p>	<p>SI</p> <p>A) contrasto alla povertà all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva</p> <p>D) domiciliarità</p> <p>E) anziani</p> <p>F) digitalizzazione</p> <p>J) interventi a favore di persone con disabilità</p>
<p>INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO</p>	<p>A) contrasto alla povertà all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva</p> <ul style="list-style-type: none"> - Allargamento della rete e co-programmazione - Contrasto all'isolamento - Rafforzamento delle reti sociali - Vulnerabilità multidimensionale <p>D) domiciliarità</p> <ul style="list-style-type: none"> - Flessibilità - Tempestività della risposta - Allargamento del servizio a nuovi soggetti - Ampliamento dei supporti forniti all'utenza - Aumento delle ore di copertura del servizio - Allargamento della rete e co-programmazione - Nuova utenza rispetto al passato - Nuovi strumenti di governance - Integrazione con gli interventi domiciliari a carattere sociosanitario <p>E) anziani</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rafforzamento degli strumenti di long term-care - Autonomia e domiciliarità - Personalizzazione dei servizi - Accesso ai servizi - Ruolo delle famiglie e del caregiver - Sviluppo azioni LR 15/2015 - Contrasto all'isolamento - Allargamento della rete e co-programmazione - Nuovi strumenti di governance <p>F) digitalizzazione</p> <ul style="list-style-type: none"> - Integrazione e rafforzamento del collegamento tra i nodi della rete <p>J) interventi a favore di persone con disabilità</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ruolo delle famiglie e del caregiver - Allargamento della rete e co-programmazione

	<ul style="list-style-type: none"> - Nuovi strumenti di governance - Contrasto all'isolamento
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	SI
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	SI, ASST è coinvolta nella realizzazione di tutte le azioni sopraindicate. I compiti dettagliati sono indicati nei Protocolli già approvati per la realizzazione degli Obiettivi Sovrazionali 2021-23 tra ATS Insubria, ASST Valle Olona e Ambiti Territoriali Sociali (un protocollo con Ambiti Busto Arsizio, Gallarate e Castellanza e un protocollo con Ambiti di Saronno e Somma Lombardo)
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	SI La programmazione 2025-27 prevede di rendere omogenei su tutto il territorio di competenza dell'ASST Valle Olona l'operatività con gli Ambiti Territoriali Sociali, per cui tutto il lavoro di co-progettazione per la realizzazione dei Piani di Zona 2025-27 ha visto e prevede la collaborazione dei cinque ambiti di Busto Arsizio, Gallarate, Castellanza, Saronno e Somma Lombardo congiuntamente.
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	SI Sia rispetto alla realizzazione del Piano di Zona 2021-23 (Obiettivi sovrazionali di integrazione socio-sanitaria) sia rispetto alle progettazioni del PNRR in essere (termine operatività 31.03.2026)
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	No, il servizio è già presente
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	SI prevedendo però l'integrazione tra i due progetti promossi dagli Ambiti di Busto Arsizio, Gallarate, Castellanza e di Saronno e Somma Lombardo.
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	SI è stato oggetto degli incontri di co-programmazione con gli Enti del Terzo Settore del Territorio
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?	No
NEL CASO IN CUI L'INTERVENTO NON PREVEDA PROCESSI DI CO-PROGETTAZIONE E/O CO-PROGRAMMAZIONE FORMALIZZATI, SPECIFICARE LE MODALITA' DI	Si prevede di poter sviluppare prassi di collaborazione con ETS coinvolti nella presa in carico dell'utenza sia rispetto alla sensibilizzazione/qualificazione dei caregiver sia rispetto alla prevenzione dell'isolamento

COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE (se pertinente)	
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	Sì, nella valutazione multidimensionale e definizione del percorso di cura e sostegno socio-assistenziale potrebbero essere interpellati i medici di medicina generale (MMGG) o i pediatri di libera scelta (PLS) o altre figure specialistiche sanitarie all'interno dell'unità di valutazione multidisciplinare (UVM).
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	Il primario bisogno emerso è connesso alla necessità di superare la frammentazione del processo di presa in carico tra sistema sanitario e servizi sociali degli Ambiti Territoriali Sociali <i>Indicatori input derivanti dall'analisi del bisogno</i> <ul style="list-style-type: none"> N. di famiglie su cui si interviene con intervento congiunto / totale di dimissioni protette
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÒ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	Il bisogno rilevato era già emerso nella precedente programmazione
L'OBIETTIVO È DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	Preventivo e riparativo
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)	Sì, nell'integrazione operativa del livello sociale con quello sanitario, garantita dall'UVM, nella concretizzazione della presa in carico in forma integrata dei beneficiari target. L'innovazione si sostanzia anche nella realizzazione di modelli di intervento omogenei sull'intero territorio dell'ASST Valle Olona.
L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	Sì, considerando l'utilizzo di schede di comunicazione tra Nucleo Dimissioni Protette e Servizi Sociali Comunali sia in fase di accoglienza che di valutazione che di dimissione del paziente/beneficiario
QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	<u>Indicatore:</u> grado di omogeneità del servizio sul territorio dell'ASST Valle Olona N. Ambiti Territoriali Sociali che utilizzano il protocollo / Totale degli ATS dell'ASST Valle Olona <u>Indicatore:</u> Riduzione tempo medio di attesa della dimissione per il ritorno a domicilio o in struttura residenziale con l'applicazione del protocollo approvato Tempo medio di attesa annuale
QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?	<i>Come si misura il grado di realizzazione degli interventi rispetto agli obiettivi.</i> <i>Individuazione di una batteria di indicatori di output (protocolli</i>

	<p><i>stipulati, ecc.)</i></p> <p><u>Indicatore 1:</u> Aggiornamento protocollo/procedura per le dimissioni protette definito per assicurare la Transitional Care con la ASST di riferimento, ATS e gli ETS</p> <p>Anno 2025: Definizione protocollo unitario con aggiornamento e condivisione protocollo esistenti in sede di Cabina di Regia della ASST, costituita nei modi previsti dalla normativa vigente con la partecipazione, oltre che della ATS, dell'Ambito territoriale/Comuni, degli ETS e tutti i soggetti interessati</p> <p>Anno 2026: Monitoraggio applicazione del protocollo procedura</p> <p><u>Indicatore 2:</u> Numero utenti con bisogno di attivare servizi sociali territoriali che hanno beneficiato del servizio di dimissioni protette/Numero utenti con bisogno di attivare servizi sociali territoriali che hanno espresso il bisogno del servizio</p> <p>Anno 2026: $\geq 50\%$ Anno 2027: $\geq 75\%$</p> <p><u>Indicatore 3:</u> Riduzione tempo medio di attesa della dimissione per il ritorno a domicilio</p> <p>Anno 2026: Tempo medio di attesa anno 2026 < Tempo medio di attesa anno 2025</p> <p>Anno 2027: Tempo medio di attesa anno 2027 < Tempo medio di attesa anno 2026</p> <p><u>Indicatore 4:</u> Riduzione tempo medio di attesa della dimissione per il ritorno in struttura residenziale</p> <p>Anno 2026: Tempo medio di attesa anno 2026 < Tempo medio di attesa anno 2025</p> <p>Anno 2027: Tempo medio di attesa anno 2027 < Tempo medio di attesa anno 2026</p> <p><u>Indicatore 5:</u> Incremento numero incontri formativi per caregiver familiari e/o assistenti familiari per sostenere l'autonomia residua e il miglioramento dei livelli di qualità di vita delle persone fragili a domicilio</p> <p>Anno 2026: N incontri formativi per caregiver familiari e/o assistenti familiari svolti nel 2026 > N incontri formativi per caregiver familiari e/o assistenti familiari svolti nel 2025</p> <p>Anno 2027: N incontri formativi per caregiver familiari e/o assistenti familiari svolti nel 2027 > N incontri formativi per caregiver familiari e/o assistenti familiari svolti nel 2026</p>
<p>QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?</p>	<p>Migliorare la collaborazione e comunicazione tra servizi sociali e sociosanitari</p>

	<p><u>Indicatore 6</u>: Incremento numero dimissioni protette gestite attraverso l'integrazione informativa e informatizzata tra ambito sanitario e cartella sociale informatizzata</p> <p>Anno 2026: N. dimissioni protette gestite attraverso l'integrazione informativa anno 2026 > N. dimissioni protette gestite attraverso l'integrazione informativa anno 2025</p> <p>Anno 2027: N. dimissioni protette gestite attraverso l'integrazione informativa anno 2027 > N. dimissioni protette gestite attraverso l'integrazione informativa anno 2026</p>
--	---

Obiettivo LEPS: Incremento SAD

TITOLO INTERVENTO Area di policy E)	INCREMENTO SAD
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Potenziare il Servizio di Assistenza Domiciliare in termini quantitativi e qualitativi; 2. Assistenza sociale integrata con i servizi sociosanitari; <p>L'obiettivo che si vuole perseguire mediante l'incremento del SAD è di rispondere ai bisogni specifici di soggetti fragili, con particolare attenzione a garantire la continuità assistenziale, migliorare la qualità della vita e promuovere l'autonomia ove possibile.</p>
AZIONI PROGRAMMATE	<p>Miglioramento dell'accessibilità del servizio potenziando la rete di distribuzione territoriale/estensione oraria dei servizi domiciliari per rispondere meglio alle esigenze delle famiglie in occasione delle assenze temporanee degli assistenti familiari/caregiver familiari.</p> <p>Sostenere l'autonomia residua e il miglioramento dei livelli di qualità di vita, sostenendo la persona fragile e valorizzando le famiglie e la rete del volontariato, nella cornice del percorso assistenziale integrato.</p> <p>Studio di fattibilità per l'utilizzo di app/piattaforme per coordinare e gestire le attività assistenziali, migliorare la comunicazione tra caregiver, operatori e famiglie.</p> <p>Utilizzo di tecnologie innovative che potrebbero contemplare sistemi di monitoraggio remoto, riducendo la necessità di interventi fisici continuativi, ma assicurando un monitoraggio continuo.</p> <p>- Azione 1: Elaborazione di protocolli operativi di funzionamento dell'Unità di valutazione multidimensionale comune all'ambito territoriale sociale e al distretto sanitario, vedi obiettivo PUA.</p>

	- Azione 2: Iniziative di promozione ed inclusione sociale e culturale anche attraverso l'attivazione degli ETS. Attività di sostegno e sollievo ai caregiver attraverso azioni di valorizzazione della collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo Settore.
TARGET	Persone che necessitano di supporto nelle attività quotidiane a causa di condizioni di salute dovute ad anzianità.
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	FNA B1-B2 FNPS- Finanziamento finalizzato all'attivazione del SAD
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	Assistente Sociale d'Ambito all'interno dell'Unita di Valutazione Multidimensionale (UVM)
L'OBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	SI A) Contrasto alla povertà all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva D) domiciliarità E) anziani F) Digitalizzazione dei Servizi J) Interventi a favore di persone con disabilità
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	A) <ul style="list-style-type: none"> • Contrasto all'isolamento • Rafforzamento delle reti sociali • Vulnerabilità multidimensionale • Famiglie monoreddito D) <ul style="list-style-type: none"> • Flessibilità • Tempestività della risposta • Allargamento del servizio a nuovi soggetti • Ampliamento dei supporti forniti all'utenza • Aumento delle ore di copertura del servizio • Nuova utenza rispetto al passato • Nuovi strumenti di governance • Integrazione con gli interventi domiciliari a carattere sociosanitario E) <ul style="list-style-type: none"> • Rafforzamento degli strumenti di long term care • Autonomia e domiciliarità • Personalizzazione dei servizi • Accesso ai servizi • Ruolo delle famiglie e del caregiver • Sviluppo azioni LR 15/2015 • Contrasto all'isolamento F) <ul style="list-style-type: none"> • Organizzazione del lavoro • Integrazione e rafforzamento del collegamento tra i nodi della rete J) <ul style="list-style-type: none"> • Ruolo delle famiglie e del caregiver

PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	SI
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	SI, ASST è coinvolta nelle seguenti azioni: - Nella valutazione multidimensionale congiunta (B1, B2); - Nel processo delle dimissioni protette come previsto da Protocollo specifico; - Nell'erogazione delle prestazioni previste nei casi di continuità assistenziale.
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	SI In quanto gli Ambiti di Busto Arsizio, Gallarate, Castellanza e di Saronno e Somma Lombardo collaboreranno nella definizione di un unico accordo quadro e dei protocolli operativi per la realizzazione del servizio e ne monitoreranno l'applicazione nei tavoli operativi.
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	NO
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Servizio già presente
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	NO
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	NO
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?	NO
NEL CASO IN CUI L'INTERVENTO NON PREVEDA PROCESSI DI CO-PROGETTAZIONE E/O CO-PROGRAMMAZIONE FORMALIZZATI, SPECIFICARE	Si prevede di poter sviluppare prassi di collaborazione con ETS coinvolti nella presa in carico dell'utenza.

LE MODALITA' DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE (se pertinente)	
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	Si, nella valutazione multidimensionale potrebbero essere interpellati MMG o altre figure specialistiche sanitarie all'interno dell'UVM.
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	Indicatori input derivati dall'analisi del bisogno <ul style="list-style-type: none"> • Valorizzazione delle autonomie residue per il mantenimento dell'utente a domicilio • Promozione dell'attivazione di interventi multidisciplinari integrati per una presa in carico a 360°. • Necessità di garantire standard qualitativi e quantitativi omogenei nel servizio SAD.
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÓ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	NO
L'OBIETTIVO É DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	Preventivo e riparativo
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)	Sì, nell'integrazione operativa del livello sociale con quello sanitario, garantita dall'UVM, nella concretizzazione della presa in carico in forma integrata dei beneficiari target. L'innovazione si sostanzia anche nella realizzazione di modelli di intervento omogenei sull'intero territorio dell'ASST Valle Olona.
L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	Sì, mediante la possibilità di dotarsi dell'utilizzo di piattaforme interoperabili.
QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	Declinazione delle azioni che l'Ambito svolge per raggiungere l'obiettivo: <p>- <u>Azione 1</u>: Iniziative di promozione ed inclusione sociale e culturale anche attraverso l'attivazione degli ETS. Attività di sostegno e sollievo ai caregiver attraverso azioni di valorizzazione della collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo Settore</p> <p>- <u>Indicatore 1</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Individuazione degli Stakeholder da coinvolgere per la costruzione di azioni finalizzate al potenziamento della rete di sostegno e sollievo ai caregiver. • Costituzione del Gruppo di lavoro. • N. di incontri svolti con operatori individuate, finalizzati

	<p>a co-progettare le iniziative di promozione dell'inclusione sociale.</p> <p>- <u>Azione 2</u>: Elaborazione di protocolli operativi di funzionamento dell'Unità di valutazione multidimensionale comune all'ambito territoriale sociale e al distretto sanitario.</p> <p>- <u>Indicatore 2</u>: N. di incontri svolti con operatori coinvolti finalizzati a costruire il processo di implementazione funzionale alla costruzione di protocolli operativi di funzionamento dell'Unità di valutazione multidimensionale comune all'ambito territoriale sociale e al distretto sanitario</p>
<p>QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?</p>	<p><u>Obiettivo 1</u>: Potenziare il Servizio di Assistenza Domiciliare in termini quantitativi e qualitativi</p> <p><u>Indicatore 1</u>: N. Progetti individualizzati SAD per anziani non autosufficienti ad alto bisogno assistenziale con piano individualizzato unico integrato con ambito sanitario/N Progetti individualizzati SAD per anziani non autosufficienti ad alto bisogno assistenziale</p> <p>Anno 2025: $\geq 50\%$ Anno 2026: $\geq 75\%$ Anno 2027: 100%</p> <p><u>Obiettivo 2</u>: Assistenza sociale integrata con i servizi sociosanitari</p> <p><u>Indicatore 2</u>: N. Progetti Individualizzati SAD che comprendono percorsi di dimissioni protette/N casi di dimissioni protette che necessitano di SAD</p> <p>Anno 2023: t0 Anno 2026: $\geq 50\%$ Anno 2027: $\geq 75\%$</p>
<p>QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?</p>	<p><u>Impatto</u>: L'impatto che si vuole raggiungere è un aumento della quantità di prese in carico integrate nel servizio SAD</p> <p><u>Indicatore</u>: Incremento numero prese in carico SAD con intero processo caratteristico gestito attraverso la cartella sociale informatizzata (accesso/orientamento -> valutazione del bisogno -> progetto individualizzato -> erogazione del servizio SAD -> valutazione finale/conclusione)</p> <p>N. prese in carico SAD 2026>2025 N. prese in carico SAD 2027>2026</p>

Obiettivo LEPS: Valutazione Multidimensionale e Progetto Personalizzato

TITOLO INTERVENTO	VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E PROGETTO PERSONALIZZATO
Area di policy A)	
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	<ul style="list-style-type: none"> • Attivare e rafforzare le EEMM; • rafforzare le competenze per un impiego efficace degli strumenti di lavoro; • potenziamento dei rapporti di cooperazione con tutti gli attori territoriali di interesse in grado di dare continuità e struttura alle collaborazioni attraverso accordi anche formali.
AZIONI PROGRAMMATE	<ul style="list-style-type: none"> • applicare e monitorare quanto previsto nel Protocollo tra Ambiti e ASST; • attivazione delle EEMM • realizzazione di incontri formativi e informativi; • sviluppare e/o implementare accordi con il CPI.
TARGET	Nuclei con bisogni complessi beneficiari di misura ADI (assegno inclusione) con particolare attenzione a persone con problematiche connesse a disturbi mentali, a dipendenze patologiche in carico ai servizi specialistici.
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	Fondo Povertà (quota servizi) € 1.300.000,00
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	Assistenti sociali Educatori Psicologi
L'OBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	Sì, con G) politiche giovanili e per i minori H) interventi connessi alle politiche per il lavoro I) interventi per la famiglia
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	<p>G)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contrasto e prevenzione della povertà educativa; • Contrasto e prevenzione della dispersione scolastica; • Rafforzamento delle reti sociali; • Allargamento della rete e coprogrammazione; • Prevenzione e contenimento del disagio sociale e del suo impatto sulla salute. <p>H)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contrasto alle difficoltà socioeconomiche dei giovani e loro inserimento nel mondo del lavoro; • Interventi a favore dei NEET • Presenza di nuovi soggetti a rischio/nuova utenza rispetto al passato;

	<ul style="list-style-type: none"> Allargamento della rete e coprogrammazione. <p>l)</p> <ul style="list-style-type: none"> Sostegno secondo le specificità del contesto familiare; Presenza di nuovi soggetti a rischio/nuova utenza rispetto al passato; Allargamento della rete e coprogrammazione.
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DELBISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	SI
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTEAMBITO-ASST?	SI, consolidamento e attuazione dei protocolli sottoscritti e vigenti tra ASST e ambiti territoriali e nello specifico attivazione delle equipe multidisciplinari integrati tra ASST e ambiti territoriali su casi specifici che necessitano di una valutazione multidimensionale al fine della definizione di un patto per l'inclusione sociale e della presa in carico dei beneficiari, condividendo modalità operative (ex art. 2 accordo vigente).
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	SI, l'intervento è in continuità, in quanto regolato dal medesimo protocollo e prevede lo sviluppo di azioni congiunte (es. formazione, raccordo con CPI) con gli Ambiti di ASST Valle Olona (Gallarate, Busto Arsizio, Castellanza, Saronno e Somma Lombardo), Ambito di Sesto Calende e Tradate in quanto afferiscono per i Servizi del Dipartimento di salute mentale dell'ASST Valle Olona.
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	SI
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVOSERVIZIO?	Servizio già presente
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	SI
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	NO

L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?	NO
NEL CASO IN CUI L'INTERVENTO NON PREVEDA PROCESSI DI CO-PROGETTAZIONE E/O CO-PROGRAMMAZIONE FORMALIZZATI, SPECIFICARE LE MODALITA' DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE (se pertinente)	Affidamento di incarico
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	SI Centro per l'Impiego (raccordo operativo, informale che discende da accordo formale su RDC/REI)
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	Numero di casi complessi presi in carico dalle EEMM/ totale casi ADI sottoposti all'analisi preliminare
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÓ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	<i>BISOGNO CONSOLIDATO</i>
L'OBIETTIVO È DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO ORIPARATIVO?	Preventivo e riparativo
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)	SI, nella concretizzazione della presa in carico in forma integrata dei beneficiari target.
L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	SI, nell'utilizzo di piattaforme dedicate e nella possibilità di sperimentare l'interoperabilità con altre banche dati
QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	Azione 1) <ul style="list-style-type: none"> • applicare e monitorare quanto previsto nel Protocollo tra Ambiti e ASST 1.1 Numero di incontri annuali Azione 2) <ul style="list-style-type: none"> • attivazione delle EEMM 2.1 Numero EEMM attivate Azione 3)

	<ul style="list-style-type: none"> realizzazione di incontri formativi e informativi 3.1 Numero incontri formativi <p>Azione 4)</p> <ul style="list-style-type: none"> sviluppare e/o implementare accordi con il CPI 4.1 Numero di incontri con il CPI
QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?	<p>INDICATORE: INCREMENTO NUMERO EEMM ATTIVATE (PARI AL NUMERO DI INCONTRI VERBALIZZATE)</p> <p>ANNO 2025 INCREMENTO NUMERO EEMM >=1</p> <p>ANNO 2026 N. EEMM ATTIVATE ANNO 2026 > DI EEMM ATTIVATE ANNO 2025</p> <p>ANNO 2027 N. EEMM ATTIVATE ANNO 2027 > DI EEMM ATTIVATE ANNO 2026</p> <p>INDICATORE: NUMERO INCONTRI FORMATIVI SVOLTI/NUMERO INOCNTRI FORMATIVI PREVISTI ANNO 2025 >= 50% ANNO 2026 >= 75% ANNO 2027 >= 100%</p> <p>INDICATORE: NUMERO TIPOLOGIE PROFESSIONALI CHE COMPONGONO LE EEMM/NUMERO TIPOLOGIE PROFESSIONALI PRESENTI NELL'ORGANIZZAZIONE, GESTIONE ED EROGAZIONE DEI SERVIZI.</p>
QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?	<ul style="list-style-type: none"> Migliorare la collaborazione e comunicazione tra servizi sociali e sociosanitari- indicatore: focus group agli operatori

Obiettivo LEPS: prevenzione dell'allontanamento familiare (PIPII)

TITOLO INTERVENTO	PREVENZIONE DELL'ALLONTANAMENTO FAMILIARE (PIPII)
Area di policy G) e I)	
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	<ul style="list-style-type: none"> Migliorare la governance complessiva superando la frammentazione e promuovendo una maggiore integrazione tra i vari attori coinvolti, così da garantire percorsi di presa in carico coordinati e azioni trasversali e unificate Prevenire la trascuratezza, il maltrattamento e l'abuso attraverso progetti che promuovano la genitorialità positiva e interventi tempestivi per garantire la protezione e la tutela dei bambini. Favorire il welfare di comunità e il mutuo aiuto, facilitando

	percorsi di prossimità e reciprocità tra le famiglie, come avviene nei Centri per la Famiglia e nelle reti di famiglie affidatarie.
AZIONI PROGRAMMATE	<ol style="list-style-type: none"> 1) Definizione di un accordo di rete/protocollo tra ASST e Ambiti e relative procedure operative tra servizi 2) Ampliare la partecipazione nei gruppi Territoriali, coinvolgendo un numero sempre maggiore di persone e risorse locali per rafforzare l'efficacia delle azioni sul territorio; 3) Adottare il metodo di PIPPI non solo ai casi previsti dal programma, ma estenderlo anche progressivamente ad altre potenziali famiglie target, favorendo una diffusione più ampia sul territorio di questo approccio; 4) Sviluppare e potenziare il dispositivo della vicinanza solidale, tracciando e collaborando con altre realtà, formali e informali, dedicate alle famiglie, così da creare una rete di supporto comunitario integrata e coordinata.
TARGET	<p>Il programma P.I.P.P.I. è rivolto principalmente a situazioni di negligenza familiare e povertà psico-socioeducativa ed economica, escludendo generalmente i casi di abuso o gravi forme di maltrattamento. Il target comprende quindi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bambini/e da 0 a 11 anni e dalle figure parentali di riferimento, con particolare attenzione alle famiglie con bambini in età 0-3 anni; • bambini per il cui sviluppo si sono create condizioni considerate come pregiudizievoli e "preoccupanti" • bambini che si trovano nelle condizioni precedenti, le cui famiglie sono anche beneficiarie del Reddito di Cittadinanza o di altri contributi economici, in particolare se nella fascia di età 0-3 anni; • famiglie per le quali è in corso un progetto di collocamento dei figli all'esterno della famiglia, con le quali i servizi individuano le condizioni per avviare un programma di riunificazione familiare stabile al fine di favorire il rientro del bambino in famiglia (queste famiglie possono costituire mediamente il 20% delle famiglie incluse in ogni ATS); • famiglie con figli da 11 a 14 anni (queste famiglie possono costituire mediamente il 20% delle famiglie incluse in ogni ATS).
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	<p><i>PNRR € 105.000,00</i> <i>FNPS (dal termine del Progetto PNRR - marzo 2026, l'Ambito parteciperà agli avvisi FNPS).</i></p>
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	<p>Assistenti sociali dei Comuni e dell'Ambito Educatori ETS Insegnanti Psicologi Équipe del Servizio Tutela Minori</p>

L'OBIETTIVO TRASVERSALE INTEGRATO CON AREE DI POLICY?	E' ED ALTRE	Si, con G) I)
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO		G) <ul style="list-style-type: none"> • <i>Contrasto e prevenzione alla povertà educativa</i> • <i>Contrasto e prevenzione alla dispersione scolastica</i> • <i>Rafforzamento reti sociali</i> • <i>Prevenzione e contenimento del disagio sociale e del suo impatto con la salute</i> • <i>Allargamento rete e coprogrammazione</i> • <i>Nuovi strumenti di governance</i> I) <ul style="list-style-type: none"> • <i>Caregiver femminile familiare</i> • <i>Sostegno secondo le specificità del contesto familiare</i> • <i>Invertire alcuni trend che minacciano la coesione sociale del territorio</i> • <i>Contrasto e prevenzione della violenza domestica</i> • <i>Conciliazione vita-tempi</i> • <i>Tutela minori</i> • <i>Allargamento rete e coprogrammazione</i> • <i>Nuovi strumenti di governance</i>
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DELBISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?		SI
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTEAMBITO-ASST?		SI. Si prevede la definizione di un Accordo di rete e di protocolli ASST/Ambiti e relative procedure tra servizi
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?		SI, con tutti gli Ambiti della ASST Valle Olona, Tradate e Sesto Calende
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?		SI
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVOSERVIZIO?		L'obiettivo non prevede la definizione di un nuovo servizio ma la diffusione di un metodo di lavoro condiviso
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE		NO

DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	SI mediante la condivisione con i tavoli tematici
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?	SI Il dispositivo dell'educativa domiciliare è realizzato mediante coprogettazione con ente del terzo settore, così come l'attivazione dei gruppi di genitori, bambini e di vicinanza solidale
NEL CASO IN CUI L'INTERVENTO NON PREVEDA PROCESSI DI CO-PROGETTAZIONE E/O CO-PROGRAMMAZIONE FORMALIZZATI, SPECIFICARE LE MODALITA' DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE (se pertinente)	-
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	SI Scuole, Tribunale per i minorenni e Tribunale per la Famiglia
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	- Rispetto al sistema dei servizi, uno dei principali bisogni rilevati è la forte frammentazione della presa in carico dei nuclei famigliari, dovuta alla mancanza di accordi di rete/protocolli operativi tra servizi sociali e sociosanitari. Indicatore input: - Numero di famiglie fragili su cui si applica il metodo PIPPI / numero di famiglie prese in carico dai servizi sociali
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÓ ESSEREDEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	BISOGNO CONSOLIDATO
L'OBIETTIVO È DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO ORIPARATIVO?	Preventivo e riparativo
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)	SI, nella concretizzazione della presa in carico in forma integrata dei beneficiari target e nella realizzazione di azioni di welfare di comunità

<p>L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)</p>	<p>SI, nell'utilizzo di piattaforme dedicate e nella possibilità di sperimentare l'interoperabilità con altre banche dati</p>
<p>QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?</p>	<p><u>Azione 1</u> - Definizione di un accordo di rete/protocollo tra ASST e Ambiti e relative procedure operative tra servizi</p> <p>INDICATORI</p> <p>1.1 numero incontri organizzati annualmente per la costruzione dell'accordo</p> <p>1.2 numero di servizi coinvolti nel protocollo</p> <p><u>Azione 2</u> - Ampliare la partecipazione nei gruppi Territoriali, coinvolgendo un numero sempre maggiore di persone e risorse locali per rafforzare l'efficacia delle azioni sul territorio.</p> <p>INDICATORI</p> <p>2.1 N. di enti pubblici e privati coinvolti annualmente</p> <p>2.2 N. di riunioni/incontri organizzati annualmente</p> <p><u>Azione 3</u> - Adottare il metodo di PIPPI non solo ai casi previsti dal programma, ma estenderlo progressivamente ad altre potenziali famiglie target, favorendo una diffusione più ampia sul territorio di questo approccio.</p> <p>INDICATORI</p> <p>3.1 N. di famiglie in pre-assessment annualmente</p> <p>3.2 N. di nuclei familiari presi in carico annualmente</p> <p><u>Azione 4</u> - Sviluppare e potenziare il dispositivo della vicinanza solidale, tracciando e collaborando con altre realtà, formali e informali, dedicate alle famiglie, così da creare una rete di supporto comunitario integrata e coordinata.</p> <p>INDICATORI</p> <p>4.1 N. realtà formali e informali intercettate</p> <p>4.2 N. di progetti di vicinanza solidale attivati annualmente</p> <p>4.3 N. di soggetti della rete coinvolti annualmente</p>
<p>QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Indicatore: Definizione Accordo di rete e protocolli ASST/Ambiti e relative procedure tra servizi</u> <p>Anno 2025 – stesura dell'Accordo e protocolli ASST/Ambiti e relative procedure tra servizi</p> <p>Anno 2026 – Approvazione e Attivazione Accordo protocolli/procedure</p> <p>Anno 2027- monitoraggio applicazione Accordo protocolli/procedure</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Indicatore: Incremento della tipologia dei soggetti coinvolti nell'ambito dei Gruppi territoriali</u>

	<p>2025: T0</p> <p>2026: n. enti coinvolti anno 2026 > n. enticoinvolti anno 2025</p> <p>2027: n. enti coinvolti anno 2027 > n. enti coinvolti anno 2026</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Indicatore: Incremento Numero nuclei familiari presi in carico in ottica di prevenzione, anche ulteriori rispetto ai nuclei previsti dal Programma PIPPI</u> <p>2025: T0</p> <p>2026: n. nuclei familiari anno 2026 > n. nuclei familiari anno 2025</p> <p>2027: n. nuclei familiari anno 2027 > n. nuclei familiari anno 2026</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Indicatore: numero progetti individualizzati/numero di valutazioni</u> <p>(per il progetto PNRR sono previsti 30 progetti individualizzati al marzo 2026. Nell'anno successivo sarà necessario aderire nuovamente al programma PIPPI con altro canale di finanziamento)</p> <p>Anno 2025 –maggiori o uguali al 40%</p> <p>Anno 2026 – maggiori o uguali al 60%</p> <p>Anno 2027- maggiori o uguali all'80%</p>
<p>QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?</p>	<p>Indicatori di outcome</p> <p>Migliorare la collaborazione e comunicazione tra servizi sociali e sociosanitari, istituti scolastici e tribunale - indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soddisfazione degli operatori rispetto alla comunicazione e alla collaborazione tra servizi (analisi di focus group agli operatori) <p>Migliorare la presa in carico integrata a vantaggio del beneficiario – indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Percentuale di post-assessment che esitano nel raggiungimento dell'obiettivo di miglioramento prefigurato.

Obiettivo LEPS: Punti Unici di Accesso (PUA) integrati e UVM: incremento operatori sociali

TITOLO INTERVENTO Area di policy J)	PUNTI UNICI DI ACCESSO (PUA) INTEGRATI E UVM: INCREMENTO OPERATORI SOCIALI
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	<ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione insieme ad ASST e ATS di obiettivi, in collaborazione con gli ETS, al fine di rafforzare la Valutazione multidimensionale e l'efficacia delle equipe integrate. • Coinvolgimento degli enti del Terzo Settore nella realizzazione del piano assistenziale individualizzato. • Definire un accordo quadro a livello di ATS e un protocollo/procedura operativa di Distretto per il funzionamento dell'équipe integrata tra Ambito territoriale sociale e ambito sanitario per la valutazione multidimensionale. • Assicurare la partecipazione della figura dell'assistente sociale comunale o di Ambito all'interno del Punto Unico di Accesso (PUA) delle Case di Comunità.
AZIONI PROGRAMMATE	<p>Azione 1: Definizione di un Accordo Quadro a livello di ATS Insubria, ASST Valle Olona e Ambiti afferenti all'ASST Valle Olona e di un Protocollo operativo per ogni Distretto sociosanitario, per garantire l'effettiva operatività delle équipe, compiti e ruoli dei diversi attori.</p> <p>Azione 2: partecipazione dell'assistente sociale dell'Ambito alle valutazioni dell'équipe multidisciplinare dell'ASST.</p> <p>Azione 3: favorire uno scambio e condivisione di informazioni su prestazioni, interventi e risorse da mettere a disposizione dei cittadini dell'Ambito di Gallarate</p> <p>Azione 4: mantenimento del Tavolo operativo con ASST, Ambiti Territoriali e ATS per il monitoraggio della realizzazione del LEPS.</p>
TARGET	Cittadini dell'Ambito Territoriale/Distretto – nuclei/singoli con bisogni sociali e/o sociosanitari complessi.
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	FNA € 40.000,00 annui per ogni assistente sociale assunta dal Capofila dell'Ambito e dedicata alle valutazioni multidimensionali (PUA).
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	Figura dell'assistente sociale comunale o di Ambito all'interno del Punto Unico di Accesso (PUA) delle Case di Comunità.
L'OBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	<p>SI</p> <p>D) domiciliarità</p> <p>E) anziani</p> <p>K) interventi di sistema per il potenziamento dell'ufficio di piano e rafforzamento della gestione associata</p>

INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	<p>D)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flessibilità • Tempestività della risposta • Allargamento del servizio a nuovi soggetti • Ampliamento dei supporti forniti all'utenza • Allargamento della rete e coprogrammazione • Nuova utenza rispetto al passato • Nuovi strumenti di governance <p>E)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autonomia e domiciliarietà • Personalizzazione dei servizi • Accesso ai servizi • Ruolo delle famiglie e del caregiver • Sviluppo azioni LR 15/2015 <p>K)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rafforzamento della gestione associata dell'Ambito di Gallarate. • Revisione/potenziamento degli strumenti di governance dell'Ambito. • Applicazione di strumenti e processi di digitalizzazione per la gestione/organizzazione dell'Ambito.
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	SI
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	SI, ASST è coinvolta nella realizzazione di tutte le azioni sopraindicate. I compiti verranno dettagliati nel Protocollo
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	Sì, in quanto gli Ambiti dell'ASST Valle Olona collaboreranno nella definizione di un unico accordo quadro e dei protocolli operativi per la realizzazione del servizio e ne monitoreranno l'applicazione nei tavoli operativi.
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	NO
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Nuovo servizio (équipe di valutazione Multidimensionale con presenza dell'Assistente sociale dell'Ambito)
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA	NO

PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	NO
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?	NO
NEL CASO IN CUI L'INTERVENTO NON PREVEDA PROCESSI DI CO-PROGETTAZIONE E/O CO-PROGRAMMAZIONE FORMALIZZATI, SPECIFICARE LE MODALITA' DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE (se pertinente)	Si prevede di poter sviluppare prassi di collaborazione con ETS coinvolti nella presa in carico dell'utenza.
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	Sì, nella valutazione multidimensionale potrebbero essere coinvolti i medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS) o altre figure specialistiche sanitarie.
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	Risponde al bisogno di persone in condizioni complesse di essere prese in carico da un'unità di valutazione multidimensionale che integri la cura degli aspetti sanitari, sociali e sociosanitari. Indicatore: N. persone in condizioni complesse prese in carico al T0 (2025)
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÒ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	BISOGNO CONSOLIDATO
L'OBIETTIVO È DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	Preventivo (intesa come prevenzione secondaria) e riparativo
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE	Sì, mediante l'integrazione operativa del livello sociale con quello sanitario. L'innovazione si sostanzia anche nel realizzare modelli di intervento in forma omogenea sull'intero territorio dell'ASST Valle Olona.

<p>L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)</p>	<p>Sì, mediante l'utilizzo di piattaforme interoperabili.</p>
<p>QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?</p>	<p>Indicatore: N. incontri del tavolo operativo. Indicatore: N. azioni/attività di condivisione delle informazioni. Indicatore: N. sedute del tavolo operativo.</p>
<p>QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?</p>	<p>Azione 1) Indicatore: realizzazione di N. 1 accordo quadro e di N. 1 protocollo. Anno 2025: definizione e sottoscrizione dell'Accordo Quadro e del Protocollo Anno 2026: attivazione dell'Accordo Quadro e del Protocollo Anno 2027: monitoraggio Accordo Quadro e del Protocollo</p> <p>Azione 2) Indicatore: N. valutazioni che vedono la partecipazione dell'Assistente sociale di Ambito/N. complessivo di valutazioni effettuate (inserire nel protocollo) Anno 2025: ≥ 50% Anno 2026: ≥ 75% Anno 2027: 100%</p> <p>Azione 3) Indicatore: Incremento numero strumenti unitari di Distretto per la valutazione multidimensionale condivisi tra ambito territoriale sociale e ambito sanitario</p> <p>Anno 2025: N. strumenti di valutazione unitari condivisi ≥ 1 Anno 2026: N. strumenti di valutazione unitari condivisi anno 2026 > N. strumenti di valutazione unitari condivisi anno 2025 Anno 2027: N. strumenti di valutazione unitari condivisi anno 2027 > N. strumenti di valutazione unitari condivisi anno 2026.</p>
<p>QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?</p>	<p>Indicatore di impatto: Incremento numero persone in condizioni complesse prese in carico dalle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) Anno 2025: T0. Anno 2026: N persone in condizioni complesse prese in carico dalle UVM anno 2026 > N. persone e/o nuclei familiari in condizioni complesse prese in carico dalle UVM anno 2025. Anno 2027: N persone in condizioni complesse prese in carico dalle UVM anno 2027 > N. persone e/o nuclei</p>

	familiari in condizioni complesse prese in carico dalle UVM anno 2026.
--	--

7.1.2 ASST VALLE OLONA

Gli Ambiti hanno partecipato attivamente agli incontri promossi da ASST Valle Olona, finalizzati alla condivisione dei medesimi obiettivi LEPS di integrazione. ASST Valle Olona ha prodotto le seguenti schede obiettivo il cui contenuto è in piena armonizzazione con quanto indicato nelle schede obiettivo d'Ambito:

Obiettivo LEPS: Transitional Care – Dimissioni/Ammissioni Protette

Criticità o razionale del progetto	Uno degli aspetti più critici, connessi con l'erogazione di un'assistenza sicura e di alta qualità, è rappresentato dal coordinamento e integrazione tra differenti strutture, tra varie unità operative e tra i diversi professionisti anche di una stessa organizzazione. In considerazione della complessità, multidisciplinarietà e multidimensionalità che contraddistingue la dimissione di un paziente fragile, si ritiene necessario definire un processo in grado di agevolare l'integrazione tra servizi e professionisti coinvolti, facilitando il percorso di continuità assistenziale della persona e della sua famiglia.							
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI 1 prevenzione	LI 2 materno-infantile	LI 3 minori-adolescenti	LI 4 autonomia	LI 5 fragilità	LI 6 grave emarginazione	LI 7 PUA e UVM
	AT 1 Valutazione					X	X	X
	AT 2 Continuità dell'assistenza tra setting di cura	X				X		
	AT 3 Cure domiciliari					X	X	
	AT 4 Percorsi di integrazione con le cure primarie							X
	AT 5 Prevenzione e promozione della salute							
	AT 6 Telemedicina							

	AT 7 PIC cronici e fragili							
Destinatari specifici dell'intervento (target)	<p>Il target di riferimento è rappresentato da persone anziane non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità o persone infra sessantacinquenni ad essi assimilabili, residenti sul territorio nazionale senza fissa dimora afferenti al territorio, non supportate da una rete formale o informale adeguata, costante e continuata, per i quali gli interventi sono volti a sostenere il rientro e la permanenza a domicilio a seguito di ricovero ospedaliero o dimissione da una struttura riabilitativa o servizio accreditato.</p>							
Descrizione del servizio / progetto	<p>Le condizioni di non autosufficienza e/o di fragilità necessitano di interventi domiciliari e/o di dimissioni protette potenziati e ampliati. La risposta a tali bisogni deve essere flessibile, tempestiva e coordinata con altri servizi correlati.</p> <p>Il potenziamento passa attraverso un aumento della copertura, un maggiore raccordo con i servizi sociosanitari e ospedalieri e la istituzionalizzazione dei percorsi di presa in carico e di modelli innovativi.</p> <p>Occorre aggiornare i protocolli/procedure per le dimissioni protette, alla luce del ruolo assunto dalle COT, con tutti gli attori coinvolti: ASST, ATS e gli ETS, definendo Scopo, Destinatari, Azioni, Attori, Tempi Responsabilità.</p> <p>Gli obiettivi del progetto "Transitional Care" possono essere così sintetizzati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promuovere l'assistenza delle persone fragili e con perdita progressiva di autonomia, attraverso l'intercettazione precoce del bisogno e della iniziale fragilità garantendone la presa in carico sociosanitaria; - Contribuire a ridurre il numero dei ricoveri reiterati presso i presidi ospedalieri; - Aumentare il grado di appropriatezza e personalizzazione delle prestazioni; - Favorire il decongestionamento dei Pronto Soccorso; - Promuovere un modello organizzativo gestionale omogeneo e continuativo nei diversi ambiti territoriali del distretto per la gestione integrata e coordinata degli interventi; - Sostenere l'autonomia residua e il miglioramento dei livelli di qualità di vita, incrementando la consapevolezza e la responsabilità delle figure di riferimento della persona fragile, superando la logica assistenziale; - Uniformare i criteri di valutazione e accesso agli interventi/opportunità. <p>Il LEPS delle Dimissioni protette richiede la necessaria integrazione con il Livello essenziale dell'assistenza sanitaria (LEA) delle Cure domiciliari.</p>							
Ambito territoriale di realizzazione	Tutti i Distretti dell'ASST Valle Olona.							
Attori/Enti coinvolti	ASST, Cure Primarie, Ambiti Territoriali Sociali, Enti del Terzo Settore.							
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	Medici Specialisti, Medici del Distretto, IFeC, Assistenti Sociali.							

Progettualit à presente nel Piano di Zona e nel PPT	<ul style="list-style-type: none"> • Si PdZ • Si PPT 	
Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027	
Indicatore e risultato atteso	<p>Si recepiscono integralmente gli indicatori individuati con la DGR 2167/2024 per ciò che concerne i LEPS: Servizi Sociali per le dimissioni protette.</p> <p>Indicatori Dimissioni protette</p> <p><u>Indicatore 1:</u> Aggiornamento protocollo/procedura per le dimissioni protette definito per assicurare la Transitional Care con la ASST di riferimento, ATS e gli ETS</p> <p>Anno 2025: Definizione protocollo unitario con aggiornamento e condivisione protocollo esistenti in sede di Cabina di Regia della ASST, costituita nei modi previsti dalla normativa vigente con la partecipazione, oltre che della ATS, dell'Ambito territoriale/Comuni, degli ETS e tutti i soggetti interessati</p> <p>Anno 2026: Monitoraggio applicazione del protocollo procedura</p> <p><u>Indicatore 2:</u> Numero utenti con bisogno di attivare servizi sociali territoriali che hanno beneficiato del servizio di dimissioni protette/Numero utenti con bisogno di attivare servizi sociali territoriali che hanno espresso il bisogno del servizio</p> <p>Anno 2026: $\geq 50\%$ Anno 2027: $\geq 75\%$</p> <p><u>Indicatore 3:</u> Riduzione tempo medio di attesa della dimissione per il ritorno a domicilio</p> <p>Anno 2026: Tempo medio di attesa anno 2026 < Tempo medio di attesa anno 2025 Anno 2027: Tempo medio di attesa anno 2027 < Tempo medio di attesa anno 2026</p> <p><u>Indicatore 4:</u> Riduzione tempo medio di attesa della dimissione per il ritorno in struttura residenziale</p> <p>Anno 2026: Tempo medio di attesa anno 2026 < Tempo medio di attesa anno 2025 Anno 2027: Tempo medio di attesa anno 2027 < Tempo medio di attesa anno 2026</p> <p><u>Indicatore 5:</u> Incremento numero incontri formativi per caregiver familiari e/o assistenti familiari per sostenere l'autonomia residua e il miglioramento dei livelli di qualità di vita delle persone fragili a domicilio</p> <p>Anno 2026: N incontri formativi per caregiver familiari e/o assistenti familiari svolti nel 2026 > N incontri formativi per caregiver familiari e/o assistenti familiari svolti nel 2025 Anno 2027: N incontri formativi per caregiver familiari e/o assistenti familiari svolti nel 2027 > N incontri formativi per caregiver familiari e/o assistenti familiari svolti nel 2026</p> <p><u>Indicatore 6:</u> Incremento numero dimissioni protette gestite attraverso l'integrazione informativa e informatizzata tra ambito sanitario e cartella sociale informatizzata</p> <p>Anno 2026: N. dimissioni protette gestite attraverso l'integrazione informativa anno 2026 > N. dimissioni protette gestite attraverso l'integrazione informativa anno 2025</p>	

	Anno 2027: N. dimissioni protette gestite attraverso l'integrazione informativa anno 2027 > N. dimissioni protette gestite attraverso l'integrazione informativa anno 2026	
--	--	--

Obiettivo LEPS: Incremento SAD

Criticità o razionale del progetto	Uno degli aspetti più critici, connessi con l'erogazione di un'assistenza sicura e di alta qualità, è rappresentato dal coordinamento e integrazione tra differenti strutture, tra varie unità operative e tra i diversi professionisti anche di una stessa organizzazione. In considerazione della complessità, multidisciplinarietà e multidimensionalità che contraddistingue l'attivazione del servizio SAD, si ritiene necessario definire un processo in grado di agevolare l'integrazione tra servizi e professionisti coinvolti, facilitando il percorso di continuità assistenziale della persona e della sua famiglia.							
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI 1 prevenzione	LI 2 materno-infantile	LI 3 minori-adolescenti	LI 4 autonomia	LI 5 fragilità	LI 6 grave emarginazione	LI 7 PUA e UVM
	AT 1 Valutazione					X	X	X
	AT 2 Continuità dell'assistenza tra setting di cura	X				X		
	AT 3 Cure domiciliari					X	X	
	AT 4 Percorsi di integrazione con le cure primarie							X
	AT 5 Prevenzione e promozione della salute							
	AT 6 Telemedicina							
	AT 7 PIC cronici e fragili							
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Il target di riferimento è rappresentato da persone anziane non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità o persone infra sessantacinquenni ad essi assimilabili, residenti sul territorio nazionale senza fissa dimora afferenti al territorio, non supportate da una rete formale o informale adeguata, costante e continuata, per i quali gli interventi sono volti a sostenere il rientro e la permanenza a domicilio.							

Descrizione del servizio / progetto	<p>Le condizioni di non autosufficienza e/o di fragilità necessitano di interventi domiciliari e/o di dimissioni protette potenziati e ampliati. La risposta a tali bisogni deve essere flessibile, tempestiva e coordinata con altri servizi correlati.</p> <p>Il potenziamento passa attraverso un aumento della copertura, un maggiore raccordo con i servizi sociosanitari e ospedalieri e la istituzionalizzazione dei percorsi di presa in carico e di modelli innovativi.</p> <p>Occorre aggiornare i protocolli/procedure per le dimissioni protette, alla luce del ruolo assunto dalle COT, con tutti gli attori coinvolti: ASST, ATS e gli ETS, definendo Scopo, Destinatari, Azioni, Attori, Tempi Responsabilità.</p> <p>Gli obiettivi del progetto "Transitional Care" possono essere così sintetizzati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promuovere l'assistenza delle persone fragili e con perdita progressiva di autonomia, attraverso l'intercettazione precoce del bisogno e della iniziale fragilità garantendone la presa in carico sociosanitaria; - Contribuire a ridurre il numero dei ricoveri reiterati presso i presidi ospedalieri; - Aumentare il grado di appropriatezza e personalizzazione delle prestazioni; - Favorire il decongestionamento dei Pronto Soccorso; - Promuovere un modello organizzativo gestionale omogeneo e continuativo nei diversi ambiti territoriali del distretto per la gestione integrata e coordinata degli interventi; - Sostenere l'autonomia residua e il miglioramento dei livelli di qualità di vita, incrementando la consapevolezza e la responsabilità delle figure di riferimento della persona fragile, superando la logica assistenziale; - Uniformare i criteri di valutazione e accesso agli interventi/opportunità. <p>Il LEPS delle Dimissioni protette richiede la necessaria integrazione con il Livello essenziale dell'assistenza sanitaria (LEA) delle Cure domiciliari.</p>	
Ambito territoriale di realizzazione	Tutti i Distretti dell'ASST Valle Olona.	
Attori/Enti coinvolti	ASST, Cure Primarie, Ambiti Territoriali Sociali, Enti del Terzo Settore.	
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	Medici Specialisti, Medici del Distretto, IFeC, Assistenti Sociali.	
Progettualità presente nel Piano di Zona e nel PPT	<ul style="list-style-type: none"> • Si PdZ • Si PPT 	
Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027	
Indicatore e risultato atteso	<p>Si recepiscono integralmente gli indicatori individuati con la DGR 2167/2024 per ciò che concerne il LEPS Incremento SAD.</p> <p>Indicatori SAD</p> <p><u>Indicatore 1:</u> Numero Progetti individualizzati SAD per anziani non autosufficienti ad alto bisogno assistenziale con piano individualizzato unico integrato con ambito sanitario/N Progetti individualizzati SAD per anziani non autosufficienti ad alto bisogno assistenziale</p> <p>Anno 2025: $\geq 50\%$</p>	

	<p>Anno 2026: ≥ 75% Anno 2027: 100%</p> <p><u>Indicatore 2:</u> N. Progetti Individualizzati SAD che comprendono percorsi di dimissioni protette/N casi di dimissioni protette che necessitano di SAD Anno 2026: ≥ 50% Anno 2027: ≥ 75%</p> <p><u>Indicatore 3:</u> Incremento numero prese in carico SAD con intero processo caratteristico gestito attraverso la cartella sociale informatizzata (accesso/orientamento -> valutazione del bisogno -> progetto individualizzato -> erogazione del servizio SAD -> valutazione finale/conclusione) N. prese in carico SAD con intero processo caratteristico gestito attraverso la CSI anno 2026 > N. prese in carico SAD con intero processo caratteristico gestito attraverso la CSI anno 2025</p> <p>N. prese in carico SAD con intero processo caratteristico gestito attraverso la CSI anno 2027 > N. prese in carico SAD con intero processo caratteristico gestito attraverso la CSI anno 2026</p>	
--	---	--

Obiettivo LEPS: Valutazione Multidimensionale e Progetto Personalizzato

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

	le cure primarie							
	AT 5 Prevenzione e promozione della salute							
	AT 6 Telemedicina							
	AT 7 PIC cronici e fragili							
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Nuclei con bisogni complessi beneficiari di misura ADI, con particolare attenzione a persone con problematiche connesse ai disturbi mentali, a dipendenze patologiche in carico ai servizi specialistici.							
Descrizione del servizio / progetto	Consolidamento e attuazione dei protocolli sottoscritti e vigenti tra ASST e Ambiti territoriali e nello specifico attivazione delle equipe multidisciplinari integrate tra Ambiti ed ASST su casi specifici che necessitano di una valutazione multidimensionale al fine della definizione di un patto per l'inclusione sociale e della presa in carico dei beneficiari, condividendo modalità operative (ex art. 2 accordo vigente)							
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Tutti i Distretti dell'ASST Valle Olona., Ambito di Sesto Calende e Ambito di Tradate.							
Attori/Enti coinvolti	ASST, Ambiti Territoriali Sociali, CPI, ETS, Volontariato e Associazionismo.							
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Medici Psichiatri Psicologi, Infermieri Educatori Professionali Terapisti della riabilitazione Psichiatrica (TERP) Assistenti Sociali PLS MMG							

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

Obiettivo LEPS: prevenzione dell'allontanamento familiare (PIPPI)

<p>Criticità o razionale del progetto</p>	<p>Per la realizzazione di questo LEPS occorrerà prestare attenzione ai processi di presa in carico integrata ed alle connessioni tra i diversi enti, professionisti e realtà del terzo settore o della comunità educante, che a diverso titolo e con diversi focus sono chiamati a realizzare pratiche preventive degli effetti della vulnerabilità sullo sviluppo dei bambini. Sviluppare protocolli e accordi operativi che favoriscano la collaborazione e l'integrazione di funzioni e competenze. Condividere linguaggi e metodo di lavoro tra servizi sociali, sociosanitari e scuola.</p>							
<p>Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)</p>		<p>LI 1 prevenzione</p>	<p>LI 2 matern o-infantile</p>	<p>LI 3 minori-adolescenti</p>	<p>LI 4 autonomia</p>	<p>LI 5 fragilità</p>	<p>LI 6 grave emarginazione</p>	<p>LI 7 PUA e UVM</p>
<p>AT 1 Valutazione</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>			<p>X</p>		
<p>AT 2 Continuità dell'assistenza tra setting di cura</p>								
<p>AT 3 Cure domiciliari</p>								
<p>AT 4 Percorsi di integrazione e con le cure primarie</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>			<p>X</p>		
<p>AT 5 Prevenzione e promozione della salute</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>			<p>X</p>		
<p>AT 6 Telemedicina</p>								
<p>AT 7 PIC cronici e fragili</p>								
<p>Destinatari specifici dell'intervento (target)</p>	<p>I target di P.I.P.P.I. è costituito dalla negligenza familiare e quindi dalla povertà psico-socioeducativa ed economica, perciò il target, orientativamente, non comprende situazioni di abuso o gravi forme di maltrattamento, quindi comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bambini/e da 0 a 11 anni e dalle figure parentali di riferimento, con particolare attenzione alle famiglie con bambini in età 0-3 anni; • bambini per il cui sviluppo si sono create condizioni considerate come pregiudizievoli e "preoccupanti" • bambini che si trovano nelle condizioni precedenti, le cui famiglie sono anche beneficiarie del Reddito di Cittadinanza o di altri contributi economici, in particolare se nella fascia di età 0-3 anni; 							

	<ul style="list-style-type: none"> famiglie per le quali è in corso un progetto di collocamento dei figli all'esterno della famiglia, con le quali i servizi individuano le condizioni per avviare un programma di riunificazione familiare stabile al fine di favorire il rientro del bambino in famiglia (queste famiglie possono costituire mediamente il 20% delle famiglie incluse in ogni ATS); famiglie con figli da 11 a 14 anni (queste famiglie possono costituire mediamente il 20% delle famiglie incluse in ogni ATS). 	
Descrizione del servizio / progetto	<p>Il programma PIPPI, mira a innovare e uniformare le pratiche di intervento per le famiglie in situazioni di vulnerabilità, al fine di prevenire il rischio di maltrattamento e l'allontanamento dei bambini. Si propone di coordinare in modo coerente i vari ambiti di intervento, considerando attentamente i bisogni dei bambini e integrando le prospettive di genitori e bambini stessi per sviluppare un'analisi e risposte adeguate e sensibili.</p> <p>PIPPI utilizza un metodo validato dall'Università di Padova, adottando un approccio olistico ed ecosistemico che considera la famiglia nella loro vita quotidiana. Questo modello opera in un contesto di servizi integrati, valorizzando ogni persona come fine a sé stessa e mirato al benessere complessivo delle famiglie, tenendo conto delle relazioni e delle dinamiche che influenzano le loro esistenze. La finalità è dunque garantire a ogni bambino un ambiente stabile e protettivo per prevenire disuguaglianze sociali, dispersione scolastica e separazioni inadeguate dalla famiglia. Questo richiede l'implementazione di azioni preventive che supportino non solo il bambino, ma anche l'intero nucleo familiare in difficoltà. Tali azioni promuovono una genitorialità positiva e responsabile, contribuendo a soddisfare i bisogni evolutivi dei bambini in modo integrato.</p> <p>I 5 Ambiti dell'ASST Valle Olona si pongono come obiettivo condiviso e sovrazionale la realizzazione di un accordo di rete con ASST per la realizzazione del LEPS cui seguirà la definizione di protocolli operativi.</p>	
Ambito territoriale di realizzazione	Tutti i Distretti dell'ASST Valle Olona e gli ambiti di Sesto Calende e Tradate	
Attori/Enti coinvolti	ASST, Cure Primarie, Ambiti Territoriali Sociali, Enti del Terzo Settore, ATS Insubria, Tribunale per i Minorenni e Tribunale per la Famiglia, Ufficio scolastico territoriale, CTI (Centro Territoriale Inclusione) e Scuole	
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	La composizione dell'équipe si determina in funzione dei bisogni. I professionisti dell'area sanitaria che a seconda dei casi possono essere coinvolti sono il PLS ed i medici specialisti (pediatra, neuropsichiatra infantile) e psicologi.	
Progettualità presente nel Piano di Zona e nel PPT	<ul style="list-style-type: none"> Si PdZ Si PPT 	
Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027	
Indicatore e risultato atteso	<p><u>Indicatore:</u> Definizione Accordo di rete e protocolli ASST/Ambiti e relative procedure tra servizi</p> <p>Anno 2025 – Stesura dell'Accordo e protocolli ASST/Ambiti e relative procedure tra servizi</p> <p>Anno 2026 – Approvazione e Attivazione Accordo protocolli/procedure – applicazione del protocollo almeno sul 40% dei casi</p> <p>Anno 2027 – monitoraggio – implementazione con almeno il 50% dei casi</p>	

	<p>Indicatore: Incremento numero nuclei famigliari presi in carico in ottica preventiva, anche ulteriori rispetto a PIPPI Anno 2026 – n. famiglie prese in carico 2026 maggiore di n. famiglie 2025 Anno 2027 – n. famiglie prese in carico 2027 maggiore di n. famiglie 2026</p> <p>Indicatore: Incremento tipologia di soggetti coinvolti nell'Ambito dei Gruppi Territoriali Anno 2026 – n. enti coinvolti 2026 maggiore di n. enti coinvolti 2025 Anno 2027 – n. enti coinvolti 2027 maggiore di n. enti coinvolti 2026</p>	
--	---	--

Obiettivo LEPS: Punti Unici di Accesso (PUA) integrati e UVM: incremento operatori sociali

Criticità o razionale del progetto	Garantire la costituzione di sistemi di servizi integrati negli ambiti territoriali secondo il quadro complesso dei bisogni espressi dagli individui e dalle comunità sviluppando il modello organizzativo del Punto Unico di Accesso (PUA).							
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI 1 prevenzione	LI 2 materno- infantile	LI 3 minori- adolescenti	LI 4 autonomia	LI 5 fragilità	LI 6 grave emarginazione	LI 7 PUA e UVM
	AT 1 Valutazione	X	X	X	X	X	X	X
	AT 2 Continuità dell'assistenza tra setting di cura							
	AT 3 Cure domiciliari							
	AT 4 Percorsi di integrazione con le cure primarie							
	AT 5 Prevenzione e promozione della salute							
	AT 6 Telemedicina							
	AT 7 PIC cronici e fragili							

Destinatari specifici dell'intervento (target)	I destinatari del servizio sono tutti i cittadini con bisogni sanitari, sociosanitari e sociali, prioritariamente le persone in condizioni di non autosufficienza o in condizione di grave disabilità e fragilità.	
Descrizione del servizio / progetto	Costituzione presso i PUA delle Case della Comunità dell'equipe integrata di ambito composta da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio Sanitario Nazionale e agli ATS (Ambito territoriale Sociale). L'equipe integrata assicura la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) della capacità bio-psico-sociale dell'individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie. A questo scopo l'ambito territoriale sociale e il distretto sociosanitario definiscono i contenuti del processo assistenziale integrato, e coordinano gli strumenti di valutazione dei bisogni complessi.	
Ambito territoriale di realizzazione	Tutti i Distretti dell'ASST Valle Olona.	
Attori/Enti coinvolti	ASST, Cure Primarie, Ambiti Territoriali Sociali	
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	IFeC, Medico di Distretto, Psicologo, Medici Specialisti, Fisioterapista, Educatore, altre figure afferenti ai servizi/unità operative territoriali in collaborazione con MMG/PLS.	
Progettualità presente nel Piano di Zona e nel PPT	<ul style="list-style-type: none"> • Si PdZ • Si PPT 	
Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027	
Indicatore e risultato atteso	<p>Si recepiscono integralmente gli indicatori individuati con la DGR 2167/2024 per ciò che concerne i LEPS: Valutazione Multidimensionale progetto personalizzato, Punti Unici di Accesso (PUA) integrati e UVM: incremento operatori sociali.</p> <p>Azione: Definizione di un Accordo Quadro a livello di ATS Insubria, ASST Valle Olona e Ambiti afferenti all'ASST Valle Olona e di un Protocollo operativo per ogni Distretto sociosanitario, per garantire l'effettiva operatività delle équipe, compiti e ruoli dei diversi attori.</p> <p><u>Indicatore: realizzazione di n. 1 accordo quadro e di n. 1 protocollo</u></p> <p>Anno 2025: definizione e sottoscrizione dell'Accordo Quadro e del Protocollo Anno 2026: attivazione dell'Accordo Quadro e del Protocollo Anno 2027: monitoraggio Accordo Quadro e del Protocollo</p> <p>Azione - Partecipazione dell'assistente sociale dell'Ambito alle valutazioni dell'équipe multidisciplinare dell'ASST.</p> <p><u>Indicatore: Numero valutazioni che vedono la partecipazione dell'Assistente sociale di Ambito/n. complessivo di valutazioni effettuate (inserire nel protocollo)</u></p> <p>Anno 2025: ≥ 50% Anno 2026: ≥ 75% Anno 2027: 100%</p>	

	<p><u>Indicatore: Incremento numero strumenti unitari di Distretto per la valutazione Multidimensionale condivisi tra ambito territoriale sociale e ambito sanitario</u></p> <p>Anno 2025: n. strumenti di valutazione unitari condivisi ≥ 1</p> <p>Anno 2026: n. strumenti di valutazione unitari condivisi anno 2026 > n. strumenti di valutazione unitari condivisi anno 2025</p> <p>Anno 2027: n. strumenti di valutazione unitari condivisi anno 2027 > n. strumenti di valutazione unitari condivisi anno 2026.</p> <p><u>Indicatore: Incremento numero persone in condizioni complesse prese in carico dalle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)</u></p> <p>Anno 2025: T0.</p> <p>Anno 2026: n. persone in condizioni complesse prese in carico dalle UVM anno 2026 > n. persone e/o nuclei familiari in condizioni complesse prese in carico dalle UVM anno 2025.</p> <p>Anno 2027: n. persone in condizioni complesse prese in carico dalle UVM anno 2027 > n. persone e/o nuclei familiari in condizioni complesse prese in carico dalle UVM anno 2026</p>	
--	---	--

7.2 – ATS-INSUBRIA – OBIETTIVI STRATEGICI 2025-2027 E PROPOSTA PROGETTUALE DI IMPLEMENTAZIONE CARTELLA SOCIALE INFORMATIZZATA ED INTEGRATA

7.2.1 ATS INSUBRIA

PREMESSA

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

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

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

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

7.2.2 OBIETTIVI STRATEGICI–Triennio 2025-2027

Obiettivo 1.

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

Obiettivo 2.

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

Obiettivo 3.

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

Obiettivo 4.

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

Obiettivo 5.

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

Obiettivo 6.

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

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

Per l'Obiettivo 1:

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

Per l'Obiettivo 2:

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

Per l'Obiettivo 3:

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

Per l'Obiettivo 4:

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

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

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

Per l'Obiettivo 5:

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

Per l'Obiettivo 6:

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

7.2.3 IMPLEMENTAZIONE CARTELLA SOCIALE INFORMATIZZATA ED INTEGRATA PROPOSTA PROGETTUALE di ATS INSUBRIA

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

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

FINALITA'

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

OBIETTIVO OPERATIVO

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

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

COORDINAMENTO DEL PROGETTO

ATS Insubria

ASST e Ambiti Territoriali Sociali coinvolti

ASST Lariana – Ambito di Olgiate Comasco

ASST Settelaghi – Ambito di Sesto Calende

ASST Valleolona – Ambito di Saronno

MODALITÀ DI ATTUAZIONE

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

Tavolo di Coordinamento istituzionale

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

Tavolo Tecnico Operativo

- ✓ Referente Dipartimento PIPSS – ATS
- ✓ Referente DAPSS – ASST
- ✓ Referente Ambito Territoriale Sociale

- ✓ Referente Sistemi Informativi di ASST e degli Ambiti Territoriali

Equipe integrata di Progetto

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

DEFINIZIONE DELLE FASI E DELLE ATTIVITÀ

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

PRIMA FASE

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

SECONDA FASE

- Avvio del processo di implementazione dell'applicativo, strutturato in schede funzionali. Tale azione è finalizzata alla creazione di schede funzionali per la messa in rete delle valutazioni sociali e sociosanitarie, i contenuti delle suddette schede vengono definiti tra gli assistenti sociali ed altri operatori afferenti alle ASST e agli Ambiti Territoriali coinvolti e, in prima battuta, dovranno contemplare le seguenti aree:
 - *Anagrafica paziente*
 - *Interventi attivi*
 - *Indicatori di autosufficienza*
 - *Condizione economica*
 - *Condizione socio-abitativa*
 - *Condizione socio-familiare*
 - *Protezione giuridica*
- Utilizzo delle Schede funzionali per la valutazione integrata.
- Formazione all'utilizzo dell'applicativo (Ponte Informatico) da parte degli assistenti sociali e degli operatori afferenti alle ASST e agli Ambiti Territoriali.

TERZA FASE

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

QUARTA FASE

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