



AMBITO DI SESTO SAN GIOVANNI

TRIENNIO 2025-2027



INDICE DEGLI ARGOMENTI

CAPITOLO I: LA PRECEDENTE TRIENNALITÀ E LE LINEE DI INDIRIZZO PER LA NUOVA PROGRAMMAZIONE 2025-2027

1	Il contesto della nuova programmazione	pag. 1
2	La precedente triennalità di programmazione 2021-2023	pag. 3
3	Gli esiti della precedente programmazione zonale	pag. 5
4	La centralità dell'integrazione sociosanitaria	pag. 7
5	La nuova programmazione e l'attuazione dei Livelli Essenziali Prestazioni Sociali L.E.P.S.	pag. 8
6	Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza: attuazione della Missione 5 - Inclusione e Coesione	pag. 13
7	Il modello di descrizione degli obiettivi della programmazione 2025-2027	pag. 15
8	Le risorse economiche afferenti all'Ambito: incremento e differenziazione per finalità e fonti	pag. 17

CAPITOLO II: LA GOVERNANCE DELLA PROGRAMMAZIONE

1	Le regole di funzionamento del sistema di governo	pag. 20
2	Le novità introdotte dalla Legge Regionale 22 del 14 dicembre 2021	pag. 28
3	L'Accordo di Programma per l'attuazione del Piano di Zona	pag. 31
4	La collaborazione con Fondazione Comunitaria Nord Milano	pag. 33
5	Il rapporto con il Terzo Settore e il Decreto 72/2021	pag. 36

CAPITOLO III: GLI OBIETTIVI DELLA PROGRAMMAZIONE 2025-2027

PRIMA SEZIONE

LE POLITICHE DI CONTRASTO ALLA POVERTÀ		
1	Elementi di cornice del sistema	pag. 42
2	Il contrasto alla povertà e il sostegno alla vulnerabilità: un excursus storico	pag. 44
3	Il quadro delle risorse e le progettazioni di Ambito	pag. 47
3.1.	Le risorse europee: il Programma PON Inclusione	pag. 47
3.2.	Il Fondo per la lotta alla povertà	pag. 48
4	Il Tavolo Povertà e il ruolo della rete territoriale	pag. 55
4.1.	Fasi di lavoro e Obiettivi	pag. 56
4.2.	I progetti del Fondo grave marginalità promossi in partnership con l'Ambito territoriale	pag. 57
4.3.	Il quadro delle risorse e i bisogni del territorio	pag. 58
4.4.	Prospettive di lavoro del Tavolo	pag. 61
5	Il sistema di presa in carico dell'utenza	pag. 62

6	La nostra scommessa: i Progetti di Utilità collettiva da obbligo normativo a strumento educativo	pag. 66
	6.1. La normativa di riferimento	pag. 67
	6.2. I PUC nell'Ambito di Sesto	pag. 66
	6.3. Il processo di attivazione dei PUC	pag. 67
	6.4. Il percorso di valutazione partecipata dei PUC	pag. 69
7	Reddito di Cittadinanza e Assegno di Inclusione: popolazioni a confronto	pag. 78
8	Gli obiettivi della precedente triennalità	pag. 82
9	Gli obiettivi per il triennio	pag. 83
IL DOPO DI NOI		
1	Il quadro normativo	pag. 89
2	Il primo bando in attuazione alla Legge 112/2016	pag. 90
3	La prosecuzione delle progettualità alla luce della DGR 3404/2020	pag. 94
4	Il secondo bando in attuazione della Legge 112/2016	pag. 95
5	Il terzo bando in attuazione della Legge 112/2016	pag. 98
6	Le novità introdotte dalla DGR 6218/2021	pag. 99
7	La DRG 275/2023 tra innovazione e consolidamento	pag. 102
8	Elementi di confronto tra i Piani operativi regionali	pag. 107
9	La nascita delle nuove soluzioni abitative	pag. 110
10	La connessione tra il programma Dopo di Noi e i LEPS	pag. 113
11	Gli obiettivi per il triennio	Pag. 116
IL SUPPORTO ALLA DOMICILIARITÀ E LA PROGRESSIVA ATTUAZIONE DEI LEPS		
1	Il supporto alla domiciliarità una strategia consolidata	pag. 119
2	I LEPS definiti con la legge 234/2021 e il Piano Nazionale degli interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023	pag. 121
3	Il Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2022-2024	pag. 124
	3.1. LEPS di erogazione	pag. 126
	3.2. LEPS di processo	pag. 127
4	Il Piano Operativo regionale approvato con DGR 2033/24 e la sua applicazione a livello territoriale	pag. 128
	4.1. Accesso, valutazione e progettazione individualizzata	pag. 128
	4.2. Il Sistema dei servizi e il supporto economico	pag. 131
5	Le difficoltà attuative	pag. 132
6	Gli obiettivi per il triennio	pag. 135

SECONDA SEZIONE:

POLITICHE PER INFANZIA, ADOLESCENTI, GIOVANI E RESPONSABILITÀ FAMILIARI		
1	Il sistema integrato di educazione e istruzione 0-6 anni	pag. 141
	1.1. Il percorso legislativo: gli obiettivi e gli strumenti	pag. 141
	1.2. Il percorso a livello locale: le attività svolte e gli obiettivi raggiunti	pag. 143

	1.3. Il coordinamento pedagogico territoriale: un osservatorio sui bisogni di bambini e famiglie	pag. 145
	1.4. Gli obiettivi per il triennio	pag. 147
2	Il sistema di protezione dei Minori	pag. 148
	2.1. Le criticità e i bisogni	pag. 148
	2.2. Gli strumenti di lavoro per migliorare l'efficacia degli interventi	pag. 151
	2.3. Gli obiettivi per il triennio	pag. 154
3	Le politiche per la famiglia	pag. 156
	3.1. Focus di attenzione individuati dal programmatore regionale	pag. 156
	3.2. Le risorse territoriali: Il Centro Venus e La rosa dei Venti	pag. 159
	3.3. Gli obiettivi per il triennio	pag. 161
4	Le politiche giovanili: attività e obiettivi	pag. 162
POLITICHE PER L'INCLUSIONE		
1	Promozione dell'inclusione scolastica dei minori con disabilità	pag. 165
2	Supporto alla costruzione di un progetto di vita personalizzato	pag. 167
3	Contrasto all'isolamento sociale e promozione dell'invecchiamento in salute	pag. 169
POLICHE PER LA SALUTE MENTALE		
1	I dati di contesto	pag. 171
2	Potenziare la collaborazione nei percorsi di cura dei pazienti psichiatrici	pag. 173
3	Promuovere l'inclusione sociale del paziente psichiatrico nella comunità	pag. 174
POLITICHE ABITATIVE		
1	Le politiche abitative e il Piano di Zona	pag. 175
2	Il Piano annuale dell'offerta abitativa	pag. 177
3	Le misure regionali di supporto all'abitare	pag. 181
4	Le esperienze di co-housing avviate sul territorio dell'Ambito	pag. 182
AZIONI TRASVERSALI		
1	LEPS: Supervisione dei Servizi Sociali	pag. 184
2	Adeguamento dei sistemi informativi dei Comuni	pag. 188

CAPITOLO IV: I DATI

1	Il profilo sociodemografico del territorio	pag. 191
2	La popolazione straniera residente	pag. 202

ALLEGATI

Capitolo 1 - "Schema degli esiti"

CAPITOLO I

LE LINEE DI INDIRIZZO PER LA NUOVA PROGRAMMAZIONE 2025-2027 TRA CONTINUITÀ E INNOVAZIONE

1. IL CONTESTO DELLA NUOVA PROGRAMMAZIONE

Le linee di indirizzo per la programmazione 2025-2027, elaborate dalla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità, e approvate con Delibera di Giunta Regionale n. 2167 del 15.04.2024, offrono alcuni interessanti spunti di riflessione sulla passata triennalità, evidenziato luci ed ombre di un periodo denso di trasformazioni, oltre ad offrire una prospettiva sul futuro prossimo. Il documento, inoltre, proponendo una lettura che valorizza l'intero territorio regionale, consente di connettere ed inserire l'esperienza e la specificità di ogni territorio in contesto più ampio.

La nuova programmazione si inserisce in un quadro caratterizzato dalla presenza di diversi elementi che nel corso dell'ultimo triennio hanno contribuito a modificare il contesto della governance, i bisogni e i rischi sociali cui il welfare territoriale è chiamato a fornire risposte.

L'impatto dell'emergenza pandemica sulla tenuta socioeconomica del Paese, l'apertura di molteplici fronti di crisi che hanno investito dimensioni diverse ma connesse (salute, povertà, istruzione, invecchiamento, ecc.) e il conseguente riflesso sulla capacità di intervento del sistema di welfare, hanno mostrato ulteriormente come la tenuta e il rilancio del welfare locale passi attraverso la costruzione di percorsi di cooperazione e condivisione tra i diversi attori territoriali. La pandemia ha rappresentato per i territori lombardi l'occasione per sperimentare nuovi modelli di intervento e nuove policy, mettendo in luce una notevole capacità di innovazione.

Le Linee di indirizzo per la programmazione zonale 2021-2023 hanno supportato la sistematizzazione di queste innovazioni, invitando gli Ambiti a valorizzare due aspetti: la trasversalità negli interventi e il rafforzamento della cooperazione sovra Ambito, specialmente nell'ottica di una migliore integrazione sociosanitaria; anche per questa ragione la nuova programmazione dovrà in primo luogo consolidare il percorso intrapreso nel triennio 2021-2023.

Tra gli aspetti fondamentali che dovranno essere implementati vi sono: il processo di programmazione – analisi, progettazione, realizzazione, monitoraggio e valutazione – orientato a un modello di policy integrato e trasversale operato in forte sinergia tra Ambiti territoriali e ATS, ASST e Terzo Settore.

Come approfondito e descritto nel Capitolo II del presente documento, la nuova programmazione 2025-2027 dovrà necessariamente muoversi all'interno di una governance territoriale sostanzialmente modificata dai cambiamenti introdotti dalla riforma sociosanitaria prodotta dalla L.R. n. 22/2021. La riforma ha rivisto il ruolo delle ASST determinando un aumento sostanziale del peso e delle funzioni in capo al polo territoriale. Quest'ultimo, in una logica di sinergia stretta con il polo ospedaliero, deve garantire non solo l'efficacia degli interventi riparativi ma l'assunzione di un'ottica proattiva rispetto a bisogni di tipo multidimensionale, in coordinamento e condivisione sempre più stretta con gli attori territoriali che hanno in carico la dimensione socioassistenziale. Il Distretto assume un ruolo strategico di gestione e di coordinamento organizzativo e funzionale della rete dei servizi territoriali e acquisisce una funzione dedicata alla continuità assistenziale e all'integrazione dei servizi sanitari – ospedalieri e territoriali – e sociosanitari ed è chiamato a realizzare un coordinamento virtuoso con le politiche sociali in capo agli Ambiti e ai Comuni. Il Distretto è anche lo spazio di governance all'interno del quale operano nuove strutture territoriali come le Case di Comunità e le Centrali Operative Territoriali, luoghi di integrazione e coordinamento tra i diversi servizi territoriali, chiamati a presidiare l'effettiva innovazione della filiera erogativa del welfare territoriale, nonché strutture in grado di rappresentare un potenziale spazio per l'innovazione.

Il percorso di programmazione dei Piani di Zona dovrà essere agito dagli Ambiti in una logica di piena armonizzazione con il processo di programmazione dei Piani di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT) in capo alle ASST attraverso il dialogo, in primo luogo, tra le Cabine di Regia e i nuovi Distretti.

Un ulteriore elemento chiamato a ridefinire il modello del welfare sociale territoriale e l'erogazione dei servizi è rappresentato dalle disposizioni nazionali previste dal Piano Nazionale degli interventi e servizi sociali 2021-2023 e dalla Legge di bilancio 2022 (Legge n. 234/2021) che hanno definito i primi Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS). Se a livello nazionale questo intervento è chiamato a stimolare una omogeneizzazione con il fine di superare squilibri territoriali del welfare ormai conclamanti, il livello territoriale deve determinare degli obiettivi di policy da sistematizzare.

Gli Ambiti territoriali sono gli attori principali chiamati a dirigere la programmazione, il coordinamento, la realizzazione e la complessa gestione degli interventi riferiti ai LEPS. Il nuovo triennio richiama gli Ambiti alla necessità di declinare la propria programmazione sociale nell'ottica del raggiungimento e della stabilizzazione dei LEPS sul territorio, garantendo il soddisfacimento dei nuovi standard a livello organizzativo e degli obiettivi di servizio.

Un ulteriore elemento di rilievo nel contesto della nuova programmazione triennale 2025-2027 è rappresentato dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Comuni e Ambiti territoriali sono stati chiamati a progettare e realizzare interventi innovativi in diverse aree del welfare territoriale – quali housing, domiciliarità, anziani, ecc. – attraverso la partecipazione a bandi che, in diverso modo, si sono intersecati e sovrapposti con le progettualità disegnate per la triennalità 2021-2023. Oltre ai finanziamenti "straordinari" legati alla risposta europea alla pandemia, il bilancio 2021-2027 dell'Unione europea offre opportunità di finanziamento per lo sviluppo dei servizi e delle infrastrutture sociali nel quadro del Fondo Sociale Europeo plus e del Fondo europeo di sviluppo regionale. Il programma regionale del Fondo Sociale Europeo Plus (PR FSE+) della Lombardia attraverso la Priorità 3 "Inclusione sociale" potrà sostenere interventi e sperimentazioni sociali per

accrescere la qualità e l'accessibilità dei servizi a supporto della genitorialità e delle responsabilità di cura, per lo sviluppo delle reti territoriali per il contrasto alle situazioni di marginalità e la promozione dell'inclusione sociale e lavorativa di target particolarmente a rischio di esclusione (ad esempio persone sottoposte ai provvedimenti dell'Autorità giudiziaria, persone con disabilità, altri gruppi a rischio di esclusione), per migliorare l'offerta di servizi dedicati, flessibili e integrati rivolti ai preadolescenti, adolescenti e giovani in condizioni di disagio allo scopo di rafforzarne l'empowerment e l'autonomia. Nel quadro della programmazione triennale 2025-2027 il PR FSE+ si conferma quale strumento chiave per il rafforzamento del welfare locale e di comunità fondato sulla valorizzazione delle filiere e delle partnership pubblico-privato per favorire modelli di erogazione personalizzati e flessibili nel quadro di un sistema di offerta interconnesso e inclusivo. Nel perseguimento degli obiettivi e nella realizzazione delle azioni sostenuti dal PR FSE+ gli Ambiti partecipano direttamente in qualità di beneficiario o indirettamente connettori di risorse e strumenti nella logica di una programmazione integrata, connessa e trasversale nel territorio di riferimento.

Allo stesso modo gli Ambiti territoriali saranno beneficiari del FSE+ 2021-2027 nel quadro degli interventi promossi dal Programma Nazionale Inclusione e Lotta alla Povertà a titolarità del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Il PN inclusione sosterrà l'attuazione di interventi a supporto dell'inclusione attiva, dello sviluppo della Garanzia per l'infanzia, per il contrasto alla deprivazione materiale e, infine, per le infrastrutture sociali. Inoltre, tra le operazioni di importanza strategica, il PN Inclusione e lotta alla povertà 2021-2027, intende strutturare una serie di azioni volte a rafforzare la capacità amministrativa e l'empowerment degli Ambiti e dei comuni per il rafforzamento dei servizi sociali.

Rispetto a tali dinamiche si ritiene che gli Ambiti territoriali debbano, ove possibile, operare affinché la nuova programmazione sociale territoriale garantisca una maggiore unitarietà tra interventi connessi e/o sovrapponibili legati a fonti diverse di finanziamento in modo da perseguire una ricomposizione territoriale delle azioni. A questo proposito si rileva che, se da una parte l'innovazione prodotta dal PNRR ha il potenziale per consolidare le progettazioni pensate nella precedente triennalità, aumentandone portata e respiro, dall'altra ha contestualmente prodotto un inevitabile sovraccarico sulle strutture incidendo sui tempi di realizzazione della precedente programmazione. In particolare, tra le difficoltà riscontrate dagli Ambiti, particolare rilevanza sta avendo la mancanza di personale dedicato al raccordo fra diverse misure sullo stesso target di bisogno, di preparazione adeguata del personale disponibile in tempi difficilmente prevedibili, di allineamento tempistico fra le esigenze dei Piani nazionali con le progettualità locali.

2. LA PRECEDENTE TRIENNALITÀ 2021-2023

La programmazione sociale territoriale definita dagli Ambiti lombardi per il triennio 2021-2023, secondo le Linee di indirizzo regionali istituite con DGR n. XI/4563 del 19/04/2021, è stata caratterizzata dalla finalità di perseguire e consolidare un modello di policy e interventi trasversale tra aree di bisogno, integrato a livello sovra zonale e focalizzato verso percorsi di integrazione sociosanitaria in coordinamento con il Distretto.

La triennalità 2021-2023 ha quindi perseguito un triplice obiettivo: 1) stimolare percorsi di ricomposizione in grado di produrre risposte trasversali ai bisogni del territorio che emergono sempre più complessi, stratificati e multidimensionali; 2)

stimolare percorsi di coordinamento sovra Ambito in una logica di trasversalità territoriale; 3) rendere sistematica la cooperazione degli Ambiti con le ASST e ATS di riferimento.

Regione Lombardia, nel documento delle Linee di Indirizzo per il nuovo Piano di Zona, offre una lettura comparata degli obiettivi perseguiti nel triennio passato dagli Ambiti territoriali, ciò consente ad ogni territorio di rileggere la propria azione in una prospettiva sovra locale. Osservando specificatamente gli obiettivi zonali, la fotografia quali-quantitativa della programmazione ha restituito un quadro caratterizzato dai seguenti elementi principali:

- fra le macroaree di policy individuate, gli assi portanti della programmazione hanno riguardato in particolare il “Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale” (87% degli Ambiti), le “Politiche giovanili e per i minori” (87%), la “Disabilità” (84%) e la “Famiglia” (79%);
- gli interventi a favore di giovani e minori sono risultati prioritari per le politiche sociali territoriali, con un'attenzione particolare alle azioni di tutela, di contrasto dei processi di emarginazione sociale e di povertà educativa. La quasi totalità dei Piani di Zona ha infatti confermato la tutela minorile una priorità per la programmazione sociale territoriale, declinando il tema sia in ottica preventiva sia in termini di sviluppo di azioni volte a favorire il reinserimento sociale del minore/giovane dopo l'esperienza al di fuori del nucleo familiare e in un contesto protetto. Una quota rilevante degli Ambiti (circa il 40%) ha inserito obiettivi specificatamente diretti al contrasto della dispersione scolastica e/o alla prevenzione delle condizioni che, con maggiore facilità, possono sfociare in stati di devianza o dipendenza. Inoltre, la maggior parte degli Ambiti ha segnalato l'impatto drammatico avuto dalla pandemia sulla salute mentale e sulla stabilità emotiva di minori ed adolescenti, con un aumento esponenziale delle situazioni di disagio e di generale incertezza nei confronti del futuro.
- oltre la metà degli Ambiti ha ribadito la centralità dello sviluppo di interventi per favorire percorsi di conciliazione vita-lavoro, anche nell'ottica della “fuoriuscita” dal mercato del lavoro di una quota di occupazione femminile a seguito della crisi pandemica;
- oltre il 60% degli Ambiti ha previsto obiettivi di contrasto alla violenza di genere, tanto che in termini di ricorrenza assoluta le donne (e i minori) vittime di violenza sono tra i destinatari degli interventi più citati nella programmazione;
- il 19% degli Ambiti ha collegato in modo strutturale obiettivi specifici della programmazione con il Piano povertà, mentre il 38% lo ha fatto per le politiche abitative;
- il 73% degli obiettivi di programmazione è in continuità diretta con la precedente triennalità 2018-2020;
- l'integrazione sociosanitaria si è rivelata una dimensione saliente nella programmazione, dato che circa il 55% degli Ambiti ha previsto di realizzare interventi/servizi di dimensione sociosanitaria, caratterizzati per forme strette di cooperazione con ASST. Per quel che concerne il peso del livello di integrazione sociosanitaria il 53% del totale degli obiettivi definiti nella programmazione 2021-2023 ha previsto il coinvolgimento di ASST nella fase di programmazione/analisi del bisogno e/o nella realizzazione delle azioni;
- il grado di innovazione sociale nella programmazione (valutato sulla quota di servizi/interventi nuovi/rivisti/integrati/potenziati, di risposte a nuovi bisogni, di co-progettazione e/o coprogrammazione con il Terzo Settore, di approccio promozionale e/o preventivo) si colloca al 39%, ovvero quasi il

- doppio rispetto alla precedente triennalità 2018-2020;
- la digitalizzazione ha riguardato in particolare la revisione dell'organizzazione del lavoro (38%) e l'accesso, la comunicazione e l'implementazione di processi di alfabetizzazione digitale (32%). Le criticità riscontrate riguardano un pieno ed efficace utilizzo della cartella sociale, la interoperabilità di banche dati e piattaforme e la possibilità di integrare fonti di dati in capo a diversi attori ma la cui ricomposizione sarebbe essenziale per una migliore capacità di intervento, anche in termini di personalizzazione delle azioni. In quest'ottica si segnala come una quota sostanziale degli Ambiti che si sono focalizzati sulla interoperabilità hanno declinato obiettivi volti ad integrare le banche dati a carattere sociale con quelle gestite dai servizi ASST.

La prevalenza di tali interventi richiama, ovviamente, le aree individuate come maggiormente critiche in sede di programmazione zonale complessiva, a testimonianza del fatto che gli Ambiti hanno individuato delle chiare urgenze programmatiche che sono state declinate in azioni prioritarie sia nella programmazione "ordinaria" sia di quella "straordinaria".

3. GLI ESITI DELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE ZONALE

Come indicato nelle Linee di indirizzo gli esiti della precedente programmazione sono dettagliati nell'allegato "Schema degli esiti" che esplora per ogni obiettivo contenuto nell'Accordo di programma i seguenti aspetti:

- Grado di raggiungimento dell'obiettivo rispetto a ciò che era stato programmato - 0% (nullo) 1-49% (insufficiente) 50-79% (sufficiente) 80-99% (buono) 100% (ottimo).
- Valutazione da parte degli utenti (se pertinente).
- Livello di adeguatezza delle risorse umane e strumentali impiegate rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati (Gravemente inadeguato - Inadeguato - Sufficientemente adeguato - Adeguato Perfettamente adeguato).
- Livello di coincidenza tra risorse stanziate e risorse impegnate/liquidate <100% (non realizzato come programmato o sovrastimato) 100% (ottimo) >100% (sottostimato).
- Criticità rilevate nel raggiungimento dell'obiettivo. Indicare i fattori di criticità e definire il piano di miglioramento (nel caso in cui l'obiettivo venga riconfermato parzialmente o totalmente).
- L'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 (motivarne la scelta).

Oltre all'analisi dei singoli obiettivi e del relativo livello di raggiungimento, si ritiene opportuno, in questa sede, evidenziare alcuni elementi di carattere trasversale che hanno contraddistinto il triennio appena concluso.

1. Sono aumentate le aree ad integrazione sociosanitaria con la conseguente individuazione di nuovi ambiti di lavoro comuni: il triennio è stato caratterizzato da una forte intensificazione delle attività che vedono

- la collaborazione di ATS, ASST, Ambiti e Comuni.
2. Il triennio ha evidenziato l'aumento delle richieste di sostegno in tutte le aree oggetto di programmazione, in particolare crescono i bisogni complessi che necessitano di una presa in carico integrata.
 3. Molti degli obiettivi inseriti nell'accordo di programma di prossima sottoscrizione si pongono in continuità con quelli del precedente triennio e rappresentano il core dell'integrazione socio sanitaria, come ad esempio le politiche di supporto alla domiciliarità o quelle relative alla tutela dei minori; tali obiettivi sono oggi riproposti con una differente articolazione e in una prospettiva più ampia con l'obiettivo di connettere: attuazione dei LEPS, interventi finanziati con il PNRR e programmazione dei Piani di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT).
 4. I Piani di Zona, preme sottolinearlo, ed in particolare gli Uffici di Piano hanno assunto un ruolo sempre più importante nella gestione di finanziamenti ed interventi, anche in conseguenza dell'aumento considerevole di risorse assegnate all'Ambito Sociale. Gli Ambiti sono oggi di fatto considerati uno degli elementi cardine del sistema sociale, tanto da individuarli come soggetti attuatori sia del PNRR sia dei LEPS.
 5. Il triennio appena concluso è stato caratterizzato:
 - dal riconoscimento della sempre maggiore centralità degli Ambiti e della programmazione zonale all'interno del quadro articolato delle politiche socioassistenziali a livello locale e regionale;
 - dalla necessità di potenziare gli Uffici di Piano in termini di riorganizzazione delle attività di gestione/erogazione e revisione delle modalità di gestione associata (es. convenzioni, aziendalizzazione, rapporti con i Comuni, ecc.).
 6. Si è assistito ad un incremento di bandi di finanziamento pubblicati da Regione Lombardia che prevedono un ingaggio sempre maggiore degli Ambiti territoriali, sia come soggetti catalizzatori e promotori di partenariati e reti, sia in qualità soggetti attuatori di interventi.
 7. Le modalità di dialogo con Regione Lombardia su alcune tematiche strategiche, come ad esempio il Fondo per le Non Autosufficienze, sono avvenute in modo differente rispetto al passato: l'interlocuzione avviene sempre più spesso in tavoli di lavoro costituiti ad hoc - convocati e gestiti da Regione - al quale partecipano un numero limitato e selezionato di Uffici di Piano insieme ad altre rappresentanze quali il Terzo Settore, le Associazioni di familiari e le organizzazioni sindacali.
 8. Il triennio è stato caratterizzato da un progressivo aumento dei vincoli di utilizzo dei fondi assegnati agli Ufficio di Piano: il legislatore nazionale e quello regionale finalizzano in modo sempre più stingente l'utilizzo delle risorse indicando modalità attuative, tempi, finalità e strumenti. Le politiche vengono frequentemente disegnate dal legislatore in ogni dettaglio, riservando agli Ambiti un ruolo sempre più attuativo ed esecutivo.
 9. Il Piano di Zona è oggi, come nel triennio passato, un'occasione per mettere a sistema politiche, interventi e attività promosse da differenti livelli di governo e proporre una lettura unitaria, integrata e trasversale.
 10. Per due cicli di programmazione la durata dei Piani è stata prorogata passando da tre a quattro anni; oltre alla necessità di allineare la tempistica di approvazione del Piano di Zona a quella di altri documenti di programmazione, il quadriennio è probabilmente il lasso di tempo più congruo per sviluppare adeguatamente gli obiettivi - spesso ambiziosi e complessi - contenuti nella programmazione zonale. Nella seduta del 10/01/2024 l'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito di Sesto San Giovanni ha preso atto dei contenuti della DGR 1473 del 04.12.2023 "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" con la quale Regione Lombardia ha prorogato la durata dei Piani di Zona e dei relativi accordi di Programma al 31 dicembre 2024.

4. LA CENTRALITÀ DELL'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Come anticipato nei precedenti paragrafi è necessario che l'impostazione della programmazione 2025-2027 prosegua sulla scia del lavoro avviato nella precedente triennalità e utilizzi i nuovi spazi di governance territoriale del sistema sociosanitario per perseguire in modo sistematico l'integrazione.

Tale impegno territoriale richiede maggiore sistematicità anche in virtù della realizzazione dei nuovi LEPS. Inoltre, si conferma che, al fine di consolidare la definizione di una filiera integrata dei servizi sociali e sanitari, si rende essenziale un miglior funzionamento delle modalità di lavoro congiunto tra Ambiti territoriali, ATS, ASST e gli attori sociali interessati. Inoltre, il processo di revisione della rete delle unità di offerta, avviato a livello regionale, con l'obiettivo di garantire maggiore flessibilità e integrazione nelle risposte offerte ai cittadini in condizione di fragilità, attraverso la predisposizione dei progetti di vita aderenti alla continua evoluzione dei bisogni della persona, richiede che a livello locale - da parte degli Ambiti territoriali e dei Distretti sociosanitari - vengano messe in atto tutte le risorse necessarie per garantire la costante e dinamica attuazione di tali progetti.

Nel nuovo contesto, segnato dai cambiamenti di sistema introdotti dal legislatore regionale e da quello nazionale – anche per il tramite del PNRR – l'integrazione deve essere perseguita sia attraverso gli strumenti di governance sia attraverso la realizzazione delle politiche, sistematizzando nei nuovi contesti (Distretti, Cabine di Regia integrate, ecc.) i percorsi iniziati con la triennalità 2021-2023.

Diverse sono quindi le aree strategiche in cui i territori devono lavorare ad una maggiore sistematizzazione della cooperazione e del coordinamento al fine di garantire livelli ottimali di integrazione sociosanitaria. Si rileva come diversi siano i terreni sfidanti per consolidare l'integrazione, anche in stretto raccordo con la realizzazione dei LEPS. I punti di attenzione sotto evidenziati saranno approfonditi nella sezione relativa agli obiettivi della programmazione e ancora meglio negli obiettivi di integrazione sociosanitaria contenuti nell'Accordo di programma.

In primo luogo, quello della presa in carico, con Punti Unici di Accesso (PUA) e valutazione multidimensionale dei bisogni ad opera di équipe multidisciplinari che rappresentano il prerequisito perché i servizi territoriali funzionino come una filiera integrata.

In secondo luogo, la residenzialità e la domiciliarità, dove è necessario persegui il pieno coordinamento degli interventi SAD e Cure Domiciliari e la costruzione di piani individuali integrati. In questa linea di intervento si inseriscono anche i servizi per gli anziani non autosufficienti nel quadro della riforma per la non autosufficienza e i servizi per il disagio mentale.

In terzo luogo, tutti i settori connessi agli interventi e ai servizi per i minori e le famiglie in condizioni di disagio, gli interventi per giovani e minori a rischio, oltre ai percorsi di sostegno alla genitorialità dove l'intervento di diverse competenze professionali deve concorrere alla corretta valutazione della genitorialità per garantire la realizzazione dei progetti personalizzati di intervento e, auspicabilmente, operare per implementare l'effettiva capacità di prevenzione e di contrasto ai fenomeni di

violenza familiare, di abuso e di maltrattamento. In questa linea di intervento si richiama l'attenzione sui Centri per la famiglia (DGR n. XI/5955 del 14/02/2022) e sui Piani d'azione territoriale per il contrasto al disagio dei minori ai sensi delle delibere n. XI/6761 del 25/07/2022 e n. XI/7499 del 15/12/2022 a regia ATS e Prefetture. In entrambi i casi la finalità è quella di costruire dispositivi di intervento caratterizzati da prossimità, flessibilità e integrazione. La logica infatti è quella della costruzione di filiere di intervento che, attraverso il lavoro di rete tra enti e soggetti diversi, garantiscono la presa in carico appropriata della famiglia e dei minori.

Il tema del contrasto alla violenza di genere che vedono oggi attive 27 reti a livello regionale che negli ultimi anni, anche a causa della casistica sempre più complessa, hanno dovuto effettuare un importante sforzo di integrazione con tutte le altre policy con particolare attenzione al mondo sociosanitario. La complessità delle situazioni che giungono ai Centri Antiviolenza implica da un lato che la programmazione su questa area di intervento sia sempre più integrata nella programmazione territoriale, dall'altro, in presenza di bisogni sociosanitari, che gli interventi siano coordinati con quelli del sistema sociosanitario. A tal fine ogni ATS dovrà istituire la Rete di Indirizzo che avrà la finalità di favorire il confronto e il raccordo tra i diversi attori coinvolti, armonizzare i livelli di programmazione e la condivisione nell'ambito delle Cabine di Regia ATS/Ambiti.

Dato l'importante investimento programmatorio richiesto per potenziare le aree di policy a forte integrazione sociosanitaria, si invita a considerare queste come prioritarie in termini di possibile applicazione di innovazioni digitali, investendo in percorsi volti ad una maggiore integrazione tra dati di fonti diverse per favorire la migliore presa in carico, ma anche di strumenti innovativi per l'erogazione dei servizi (si consideri, a titolo di esempio, il chiaro riferimento contenuto nel Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2022-2024 all'utilizzo integrato da parte di personale sanitario e sociale di strumenti di teleassistenza).

Infine, un ulteriore impegno per la nuova programmazione deve essere quello di aumentare il grado di coinvolgimento dei soggetti del Terzo Settore negli interventi a valenza sociosanitaria attraverso l'uso degli strumenti della co-programmazione e co-progettazione. Terzo Settore che concorre all'individuazione degli obiettivi dei processi di programmazione locale e partecipa, anche in modo coordinato con gli Ambiti territoriali, alla definizione di progetti per servizi e interventi di cura alla persona.

5. LA NUOVA PROGRAMMAZIONE E L'ATTUAZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DELLE PRESTAZIONI SOCIALI (L.E.P.S.)

Per il triennio di programmazione sociale 2025-2027 Regione Lombardia conferma le macroaree di policy individuate dalla programmazione 2021-2023 e si richiede agli Ambiti di declinare i propri obiettivi all'interno delle seguenti macroaree:

- Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva;
- Politiche abitative;
- Domiciliarità;
- Anziani;
- Digitalizzazione dei servizi;
- Politiche giovanili e per i minori;
- Interventi connessi alle politiche per il lavoro;

- Interventi per la Famiglia;
- Interventi a favore delle persone con disabilità;
- Interventi di sistema per il potenziamento dell'Ufficio di Piano e il rafforzamento della gestione associata.

Tali macroaree sono in sostanziale continuità con quelle individuate dalle Linee di indirizzo del triennio precedente. Si confermano quindi per la programmazione 2025-2027 gli stessi target di bisogno prevalente, sulla scia del quadro composito di interventi realizzati nel triennio precedente. Si evidenzia, inoltre, che le macroaree identificate sono coerenti con gli obiettivi strategici afferenti all'area "Sostegno alla persona e alla famiglia" del "Programma Regionale di Sviluppo Sostenibile della XII Legislatura (approvato con DCR n. 42 del 20 giugno 2023) che prevedono:

- Favorire la realizzazione del progetto di vita delle persone con disabilità
- Promuovere l'inclusione sociale e le pari opportunità; Promuovere e sostenere la famiglia e i suoi componenti in tutto il suo ciclo di vita
- Promuovere il terzo settore, l'associazionismo e le esperienze di cittadinanza attiva
- Prevenire e contrastare la violenza di genere

Inoltre, in linea con gli obiettivi strategici sono stati identificati alcuni driver di sviluppo trasversali che richiamano le caratteristiche che dovrà assumere la programmazione territoriale: prossimità al territorio; promozione di una logica preventiva; integrazione e complementarietà dei servizi; protagonismo dei destinatari e degli attori (pubblici e privati).

Regione Lombardia, con il suo documento di indirizzo, inviata ai Ambiti a programmare i propri Piani di Zona in modo da assicurare la massima inclusione rispetto a tutte queste aree di bisogno identificate, ovvero prevedere progettualità tali da abbracciare l'intera utenza, soprattutto attraverso interventi trasversali. È fondamentale garantire l'accesso e l'orientamento ai servizi in funzione delle diverse forme in cui si manifesta il bisogno della persona o del nucleo familiare.

Una delle sfide più interessanti della prossima triennalità sarà la capacità di connettere le aree di policy, con gli obiettivi della programmazione e con il complesso processo di attuazione dei LEPS ovvero "interventi, servizi, attività e prestazioni integrate, che hanno un carattere di universalità su tutto il territorio nazionale, al fine di garantire ai cittadini qualità di vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità".

Il processo di definizione dei LEPS si è sviluppato per oltre un ventennio e ha visto una forte accelerazione nel 2021 con la pubblicazione del "Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023" da parte del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. L'art. 117 della Costituzione, come riformata nel 2001, riserva al Governo centrale la definizione dei LEPS da assicurare su tutto il territorio nazionale, ma la l'individuazione degli stessi si è scontrata con una situazione finanziaria - ed un riparto di competenze - che hanno a lungo ostacolato la loro realizzazione. Anche la L. 42/2009, di attuazione del federalismo fiscale, e i relativi decreti attuativi, pur assegnando un ruolo importante ai livelli essenziali delle prestazioni, hanno dovuto prendere atto della mancata applicazione, ripiegando sull'individuazione di obiettivi di servizio. In effetti, negli anni più recenti sotto la spinta da una parte di una crescente diffusione di condizioni di povertà, dall'altra di una crescente

sensibilità normativa, anche internazionale¹, sui temi sociali la tematica ha trovato un rinnovato impulso. Di seguito le tappe salienti di tale percorso:

- Con la legislazione che ha introdotto la misura nazionale di lotta alla povertà (L. 33/2017 sul Sostegno all'inclusione attiva, D.Lgs. 147/2017 sul Reddito di inclusione, DL 4/2019 sul Reddito di cittadinanza) sono stati definiti formalmente i livelli essenziali delle prestazioni non solo nella componente di trasferimento monetario, ma anche nella componente di politica attiva, definendo le basi per il riconoscimento di un vero e proprio diritto individuale alla presa in carico da parte dei servizi sociali o del lavoro.
- Con la Legge di Bilancio 2021 (L. 178/2020) si è arrivati alla formale definizione in norma di un livello essenziale di sistema nei termini di un rapporto assistenti sociali e popolazione minimo di 1:5000 e a stanziare risorse finalizzate al suo perseguitamento nell'ambito del servizio pubblico (art. 1 commi 797-804); tale misura può a buon diritto qualificarsi come una precondizione necessaria di natura infrastrutturale dell'intero edificio del sistema dei servizi sociali. Inoltre, si è arrivato ad individuare, nell'ambito del federalismo fiscale, nuove risorse specificamente destinate al rafforzamento dei servizi sociali (art. 1 commi 791-793); tali risorse vanno ad aggiungersi al rifinanziamento e rafforzamento dei diversi fondi sociali nazionali.
- Nell'agosto del 2021 con la pubblicazione del "Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023" vengono individuati i seguenti LEPS:
 - PUNTO UNICO DI ACCESSO
 - SUPERVISIONE DEL PERSONALE DEI SERVIZI SOCIALI
 - DIMISSIONI PROTETTE
 - PREVENZIONE ALLONTANAMENTO FAMILIARE - P.I.P.P.I
 - PRONTO INTERVENTO SOCIALE
 - ACCESSO ALLA RESIDENZA ANAGRAFICA E FERMO POSTA (rivolto alle persone senza dimora, l'accessibilità alla residenza è riconosciuto come diritto esigibile garantendo in ogni Comune servizi che permettano di rendere effettivo il diritto all'iscrizione anagrafica, compreso il servizio di fermo posta necessario a ricevere comunicazioni di tipo istituzionale).
- Il decreto interministeriale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali di - concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze del 22 ottobre 2021 approva il Capitolo 1 (La strutturazione del sistema dei servizi sociali) e il Capitolo 2 dell'atto di programmazione nazionale "Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023" e individua nelle risorse afferenti al F.N.P.S., lo sviluppo degli interventi e dei servizi necessari per la progressiva definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali da garantire su tutto il territorio nazionale.
- Con la Legge di Bilancio 2022 (Legge 30 dicembre 2021, n. 234, commi 159-171) è stato sistematizzato il contenuto dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) e sono stati individuati gli Ambiti Territoriali Sociali quale dimensione territoriale e organizzativa in cui programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività necessarie al raggiungimento dei LEPS. I livelli essenziali sono costituiti dagli interventi, dai servizi, dalle attività e dalle prestazioni integrate che la Repubblica assicura, sulla base di quanto previsto dall'articolo 117, secondo comma, lettera m),

¹ Carta dei diritti fondamentale dell'Unione Europea (2000 e 2007), Convenzione ONU sui Diritti dell'infanzia (1989, ratificata nel 1991), la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (2006, ratificata nel 2009), e la definizione a livello Europeo del Pilastro europeo dei diritti sociali e del relativo Piano d'Azione (2017 e 2021).

della Costituzione e in coerenza con i principi e i criteri indicati agli articoli 1 e 2 della legge 8 novembre 2000, n. 328, con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale per garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità.

Il Comma 170 indica "In sede di prima applicazione sono definiti i seguenti LEPS, individuati come prioritari nell'ambito del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, approvato dalla Rete della protezione e dell'inclusione sociale ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo n. 147 del 2017, nella seduta del 28 luglio 2021:

- pronto intervento sociale;
- supervisione del personale dei servizi sociali;
- servizi sociali per le dimissioni protette;
- prevenzione dell'allontanamento familiare;
- servizi per la residenza fittizia;
- progetti per il Dopo di noi e per la vita indipendente.

La legge 234/2021 definisce come LEPS (art.1 comma 162 e 163) i servizi socioassistenziali volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza delle persone anziane non autosufficienti, comprese le nuove forme di coabitazione solidale.

- Il Piano per la Non Autosufficienza 2022-2024, nel suo impianto, si fonda su un criterio di universalità e di prossimità alle persone ed alle comunità territoriali e si configura come un importante vettore del processo di transizione alimentato dalle spinte riformatrici in corso. Allo stesso tempo è stato predisposto, per favorire con la necessaria progressività, il consolidamento dei LEPS su tutto il territorio nazionale e il percorso di integrazione tra i sistemi sociale e sanitario. Tutto ciò, seguendo un approccio rivolto alla prevenzione per scongiurare l'adozione di onerosi interventi emergenziali, presagibili in un contesto determinato dall'invecchiamento e dalla presenza di condizioni di fragilità complesse.
- Con il PNRR – Missione 5, azioni 1.1.2, 1.1.3, 1.1.4, 1.2, 1.3 e con fondi ad essi specificatamente dedicati i LEPS hanno trovato un ulteriore consolidamento.
- Infine, il Decreto Legislativo n. 62 del 3 maggio 2024 individua le modalità di attuazione, nell'ambito della disabilità, dei LEPS relativi alla Valutazione multidimensionale, all'elaborazione e attuazione del Progetto di vita individuale personalizzato e partecipato.

A questo aspetto si aggiunge il compito dato agli Ambiti territoriali di garantire l'effettiva programmazione, coordinamento e realizzazione dell'offerta integrata dei LEPS sul territorio, concorrendo al contempo alla piena attuazione degli interventi previsti dal PNRR nell'ambito delle politiche per l'inclusione e la coesione sociale.

La programmazione e realizzazione dei servizi necessari al raggiungimento dei LEPS richiedono un nuovo protagonismo degli Ambiti territoriali, ai quali non solo è demandato l'obiettivo di soddisfare i livelli essenziali ma anche di prevedere che tali servizi siano trasversali e integrati tra loro e che si raccordino con le azioni previste dal PNRR, auspicando così una ricomposizione territoriale di interventi diversi per tipologia, governance e fonti di finanziamento.

Al fine di soddisfare un obiettivo così complesso e articolato è necessario ricondurre questa dinamica all'interno della programmazione triennale del Piano di Zona, nel tentativo di garantire una maggiore unitarietà e omogeneità nella cornice degli interventi di welfare sociale progettati dagli Ambiti.

La dimensione sovra comunale delle disposizioni inerenti alla definizione e

realizzazione dei LEPS richiama l'attenzione su due aspetti essenziali e strettamente connessi. Il primo concerne la necessità di operare al fine di ridurre la parcellizzazione territoriale che si presenta sotto diverse forme (programmatorie, conoscitive, amministrative, di servizi), il secondo implica la crescente centralità degli Ambiti come attori della programmazione e realizzazione del welfare territoriale. Due obiettivi strettamente congiunti quindi: spinta verso la realizzazione dei LEPS e potenziamento della gestione associata per rafforzare la governance del livello di Ambito.

La programmazione degli interventi agganciata alla concretizzazione dei LEPS richiede quale precondizione un lavoro di omogeneizzazione intra Ambito attraverso una maggiore sistematicità nella costruzione di strumenti sovra comunali omogenei e comuni (regolamenti, criteri di accesso, soglie, ecc.). Elemento propedeutico essenziale nel ridurre la complessità del lavoro di definizione e implementazione dei LEPS. Una gestione associata debole e una governance frammentata degli interventi di pertinenza degli Ambiti rischiano di minare l'effettiva realizzazione dei LEPS.

Rispetto a questi LEPS vengono delineati degli obiettivi di sistema da realizzare, in accordo con le indicazioni nazionali e vengono forniti indicatori per determinare il raggiungimento o meno degli obiettivi target coerentemente con quanto previsto dal nuovo monitoraggio regionale dei Piani di Zona.

Per ogni LEPS viene individuato il livello ottimale di programmazione. Per i LEPS di integrazione sociosanitaria il livello ottimale è individuato nel Distretto, richiedendo quindi una stretta sinergia programmatoria con le ASST di riferimento. Questo significa che le fasi di programmazione, realizzazione, monitoraggio e valutazione sono tutti passaggi da realizzare in modo congiunto tra Ambiti e ASST con il coordinamento delle ATS. La Cabina di Regia integrata di ASST è il luogo in cui costruire in modo congiunto questa parte della programmazione. Tale scelta permette di garantire l'effettivo raccordo di parte della programmazione sociale definita attraverso i Piani di Zona con la programmazione dei Piani di sviluppo dei poli territoriali (PPT) delle ASST.

La risposta deve essere quindi progettata in una modalità che garantisca una reale integrazione con gli interventi a carattere sociosanitario, permettendo che la programmazione e realizzazione dei LEPS di ambito sociale possano integrarsi con la risposta alla domanda di salute del Distretto così come prevista dai LEA.

Per gli obiettivi LEPS in cui non è specificatamente prevista la collaborazione con le ASST il livello di programmazione può essere o di Ambito o sovra Ambito. In questo secondo caso non si ritiene di indicare con quanti Ambiti progettare l'intervento, dando priorità alle considerazioni e alle specifiche necessità territoriali. Per questa tipologia di obiettivi è comunque caldeggiata la progettazione di livello sovra Ambito, sostenendo il raccordo tra Ambiti territoriali contigui, analogamente come già sperimentato nel triennio 2021-2023, per una pianificazione e programmazione che individui obiettivi comuni – laddove ritenuto opportuno – per interventi che necessitino di un riferimento territoriale più ampio, favorito anche dal lavoro di coordinamento delle ATS territorialmente competenti. Questo perché in linea di principio si ritiene strategico garantire la maggiore omogeneità territoriale possibile rispetto alla programmazione e erogazione di servizi e livelli definiti come essenziali.

Al fine di incentivare l'attuazione dei LEPS strategici sopra indicati, Regione Lombardia attraverso il monitoraggio della loro realizzazione definirà un ulteriore

criterio di riparto del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali per una quota di risorse non superiore al 10% a valere sull'annualità 2027 del Fondo (esercizio 2028) che sarà commisurata al grado di raggiungimento di uno o più indicatori che saranno stabiliti nel corso del triennio in accordo con gli Ambiti.

Nel corso del triennio 2025-2027 si prevede l'attivazione di gruppi di lavoro per sviluppare un confronto sulle modalità di attuazione degli interventi collegati ai LEPS e sulle eventuali criticità a partire dal monitoraggio degli indicatori proposti.

6. IL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA: ATTUAZIONE DELLA MISURA 5 – INCLUSIONE E COESIONE

La Missione 5 “Inclusione e Coesione”, con uno stanziamento complessivo di 22,4 miliardi di euro, ha l’obiettivo di facilitare la partecipazione al mercato del lavoro, anche attraverso la formazione, rafforzare le politiche attive del lavoro e favorire l’inclusione sociale. La componente di maggior interesse in tema di politiche sociali è la componente 2 “Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo settore” e in particolare la sottocomponente “Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale” per cui Regione Lombardia ha svolto – in accordo con il Ministero delle Politiche sociali – un ruolo di accompagnamento e facilitazione nei confronti degli Ambiti territoriali interessati alla presentazione e all’attuazione dei progetti sin dall’approvazione del Piano Operativo del dicembre 2021 (DD 450). Questo lavoro ha consentito di indirizzare le proposte verso tutti gli investimenti della componente, massimizzando l’accesso alle risorse messe a disposizione dall’Avviso 1/2022 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Investimento M5-C2- 1.1 Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell’istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti.

L’obiettivo dell’investimento consiste nel rafforzare e costruire le infrastrutture e i servizi sociali territoriali al fine di prevenire l’istituzionalizzazione. L’investimento si articola ulteriormente in quattro linee di attività:

1.1.1 Interventi finalizzati a sostenere le capacità genitoriali e a supportare le famiglie e i bambini in condizioni di vulnerabilità: estensione dei progetti P.I.P.P.I., prevedono l’attivazione di azioni di supporto domiciliare rivolte ai genitori, al fine di ridurre o evitare il rischio di allontanamento dei bambini e adolescenti dal proprio nucleo familiare, garantendo una connessione più forte tra il sistema socioassistenziale, sanitario e educativo attraverso la predisposizione di progetti individualizzati elaborati insieme alle famiglie. Sono attivi sul territorio regionale 60 progetti per 76 Ambiti coinvolti (che si aggiungono ai 7 finanziati con fondi FNPS), per un totale di 12,6 milioni di finanziamento.

1.1.2 Interventi per una vita autonoma e per la deistituzionalizzazione delle persone anziane, in particolare non autosufficienti: prevedono interventi infrastrutturali, finalizzati alla prevenzione dell’istituzionalizzazione attraverso strutture alloggiative e dotazioni strumentali innovative che consentano agli anziani di conseguire e mantenere una vita autonoma e indipendente, con la garanzia di servizi accessori, in particolare, legati alla domiciliarità, che assicurino la continuità dell’assistenza. Sono attivi sul territorio regionale 20 progetti per 47 Ambiti coinvolti per un totale di 45,9 milioni di finanziamento.

1.1.3 Interventi per rafforzare i servizi sociali a domicilio per garantire la dimissione anticipata e prevenire il ricovero in ospedale: prevedono costituzione di équipe professionali, con formazione specifica, per migliorare la diffusione dei servizi sociali su tutto il territorio e favorire la de-istituzionalizzazione e il rientro a domicilio dagli

ospedali, in virtù della disponibilità di servizi e strutture per l'assistenza domiciliare integrata. Sono attivi sul territorio regionale 32 progetti per 71 Ambiti coinvolti per un totale di 10,4 milioni di finanziamento.

1.1.4 Interventi per rafforzare i servizi sociali attraverso l'introduzione di meccanismi di condivisione e supervisione per gli assistenti sociali, al fine di garantire elevati standard di qualità dei servizi, rafforzare la professionalità degli operatori e favorire la condivisione delle competenze. Sono attivi sul territorio regionale 34 progetti per 80 Ambiti coinvolti per un totale di 6,1 milioni di finanziamento.

La linea di attività più corposa dell'investimento è la 1.1.3, finalizzata a finanziare la riconversione delle RSA e delle case di riposo per gli anziani in gruppi di appartamenti autonomi, dotati delle attrezzature necessarie e dei servizi attualmente presenti nel contesto istituzionalizzato. L'obiettivo è di assicurare la massima autonomia e indipendenza della persona in un contesto nel quale avviene una esplicita presa in carico da parte dei servizi sociali e vengono assicurati i relativi sostegni. Elementi di domotica, telemedicina e monitoraggio a distanza permetteranno di aumentare l'efficacia dell'intervento, affiancato da servizi di presa in carico e rafforzamento della domiciliarità, nell'ottica multidisciplinare, in particolare con riferimento all'integrazione sociosanitaria e di attenzione alle esigenze della singola persona. Importo PNRR sul territorio lombardo: 75,1 milioni di euro

M5-C2-1.2 Percorsi di autonomia persone con disabilità

L'investimento ha l'obiettivo di accelerare il processo di deistituzionalizzazione, fornendo servizi sociali e sanitari di comunità e domiciliari al fine di migliorare l'autonomia delle persone con disabilità.

L'investimento prevede tre linee di attività interconnesse:

- Definizione e attivazione del progetto individualizzato: punto di partenza per la definizione degli interventi per l'autonomia delle persone con disabilità. Previa valutazione multidimensionale e interdisciplinare, che prevede il coinvolgimento di professionalità diverse (assistenti sociali, medici, psicologi, educatori, ecc.), è definito il progetto personalizzato che, sulla base dei bisogni della persona con disabilità, individua gli obiettivi che si intendono raggiungere, in un percorso verso l'autonomia abitativa e lavorativa;
- Abitazione: mediante il reperimento e adattamento di spazi esistenti, si prevede la realizzazione di abitazioni in cui potranno vivere gruppi di persone con disabilità. Ciascun appartamento potrà essere abitato da massimo 6 persone;
- Lavoro: attraverso i dispositivi di assistenza domiciliare e le tecnologie per il lavoro a distanza, si intende promuovere le azioni progettuali volte a sostenere l'accesso delle persone con disabilità nel mercato del lavoro. Si ritiene necessario, perciò, investire anche sulla formazione nel settore delle competenze digitali, per assicurare la loro occupazione, anche in modalità smart working.

I progetti permetteranno di estendere su tutto il territorio nazionale il percorso già individuato con le sperimentazioni, avviate nell'ambito delle Linee guida sulla vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità e sulle quali si sono basati sia i Progetti di vita indipendente, finanziati dal Fondo nazionale per la non autosufficienza, sia i Progetti per il dopo di noi (L. 112/2016), finanziati dal Fondo dopo di noi nella prospettiva di definizione di tali progettualità come LEPS

nazionali.

Investimento M5-C2-1.3 Housing temporaneo e “stazioni di posta”

L'obiettivo dell'investimento è quello di aiutare le persone senza dimora ad accedere ad una sistemazione temporanea, in appartamenti per piccoli gruppi o famiglie, altresì offrendo servizi integrati volti a promuovere l'autonomia e l'integrazione sociale. L'investimento si articola in due categorie di interventi:

- 1.3.1 Housing temporaneo, in cui è prevista l'attivazione di un'assistenza alloggiativa temporanea fino a 24 mesi per soggetti o nuclei che non possono temporaneamente accedere all'ERP e necessitano di una presa in carico continuativa per la realizzazione di un percorso verso l'autonomia. Sono attivi sul territorio regionale 58 progetti per 58 Ambiti coinvolti per un totale di 39,7 milioni di finanziamento;
- 1.3.2 Stazioni di posta, ovvero centri servizi aperti alla cittadinanza che offriranno, oltre a un'accoglienza notturna limitata, ulteriori servizi quali servizi sanitari, ristorazione, orientamento al lavoro, distribuzione di beni alimentari ecc. Nelle attività saranno coinvolte le associazioni di volontariato, specializzate nei servizi sociali, attraverso una stretta collaborazione con le pubbliche amministrazioni. Il progetto prevede inoltre azioni incentrate sull'inserimento lavorativo, anche con il supporto dei Centri per l'Impiego. Sono attivi sul territorio regionale 26 progetti per 32 Ambiti coinvolti per un totale di 26,1 milioni di finanziamento. Importo PNRR sul territorio lombardo: 65,8 milioni di euro

Tutti i progetti relativi alla M5C2 sono stati avviati tra l'autunno nel 2022 e la primavera 2023. È evidente la necessità di mettere a sistema il finanziamento straordinario del PNRR, quelli nazionali e regionali per il finanziamento dei servizi sociali e le importanti risorse rese disponibili dall'Unione Europea, promuovendo una programmazione integrata e di respiro pluriennale ai fini della strutturalizzazione dei sistemi sociali territoriali.

La maggioranza delle linee di attività è inoltre strettamente integrata ai progetti proposti nel capitolo sanitario del PNRR, in particolare alla riforma dei servizi sanitari di prossimità e all'investimento casa come primo luogo di cura – assistenza domiciliare previsti nella Missione 6 - Componente 1, sottolineando la necessità sempre maggiore di una presa in carico multidimensionale e integrata, attraverso un progressivo rafforzamento dei servizi territoriali di domiciliarità.

Evidente è la convergenza tra l'attuazione dei LEPS e gli interventi finanziati a valere sul PNRR; il Piano Nazionale di Resistenza e Resilienza, infatti, trova le sue fondamenta nel "Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023" sia rispetto agli obiettivi lavoro sia rispetto alle modalità di realizzazione degli stessi.

7. MODELLO DI DESCRIZIONE DEGLI OBIETTIVI DELLA PROGRAMMAZIONE 2025-2027

Le linee di indirizzo per la programmazione 2025-2027, elaborate dalla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità, e approvate con delibera di Giunta Regionale n. 2167 del 15.04.2024 forniscono agli Ambiti alcune indicazioni circa la modalità di rappresentazione degli obiettivi della programmazione.

Nello specifico, per ognuno degli obiettivi definiti all'interno del documento di Piano è raccomandata l'individuazione di alcuni indicatori in grado di misurare

l'andamento dell'intervento, il grado di raggiungimento dello stesso, la qualità dei servizi e delle prestazioni erogate e, possibilmente, strumenti per valutarne l'impatto di medio-lungo periodo rispetto ai bisogni individuati.

Per misurare la qualità di un servizio è necessario considerarlo nella sua complessità definendo strumenti che valutino tutte le fasi del processo, ma anche gli attori coinvolti e le risorse utilizzate. La valutazione deve quindi accompagnare tutto il percorso di erogazione del servizio, basandosi su di una raccolta di informazioni continua.

Dati di contesto (input). Individuare elementi sociali, sociosanitari, sanitari ed economici rilevanti per inquadrare le azioni dell'Ambito. Piuttosto che un lungo susseguirsi di numeri spesso scarsamente connessi alle reali esigenze della programmazione, è preferibile maggiore parsimonia accompagnata ad un maggiore approfondimento.

Analisi dei bisogni (input). Andrebbe costruita sull'analisi puntuale ed incrociata dei dati ritenuti utili ed importanti dall'Ufficio di Piano allo scopo di definire una programmazione più efficacemente orientata alla risposta del bisogno sociale. Successivamente misurare se le risorse (umane, strumentali ed economiche) mobilitate per costruire una certa risposta al bisogno siano adatte e sufficienti rispetto al target di riferimento. Si sottolinea come propedeutico alla definizione di ogni intervento è il processo di analisi del bisogno rispetto al quale è importante che gli Ambiti diano evidenza nel loro documento delle modalità utilizzate per svolgere l'analisi, degli attori coinvolti, dei dati e delle fonti utilizzate.

Costruzione ed erogazione degli interventi (processo). Contestualmente alla fase di definizione (o ridefinizione nel caso di servizi già in essere) degli interventi è necessario costruire indicatori che consentano di monitorare e valutare se le modalità organizzative ed operative adottate siano efficaci rispetto all'obiettivo definito. Particolare attenzione potrà essere riservata, ad esempio, a: modalità di rilevazione del bisogno; tempi di risposta; tempi di erogazione; conoscenza del servizio da parte dell'utenza; facilità di accesso (quali strumenti utilizzati per migliorarla, con che risultati); grado di omogeneità del servizio sul territorio del Piano (nel caso di progetti sovrazonali, sul territorio dei diversi Piani coinvolti); rilevazione della soddisfazione di utenti e familiari per il servizio; rilevazione delle condizioni di lavoro degli operatori (analisi del clima aziendale, report sulle criticità operative, ecc.), definizione di strumenti e tempistiche per il monitoraggio in itinere.

Misurazione di risultato delle prestazioni concretamente prodotte (output). Definizione di indicatori per misurare il grado di realizzazione dell'intervento rispetto agli obiettivi definiti. Ad esempio: numero di utenti raggiunti; percentuale di utenti raggiunti rispetto ai preventivati; protocolli stipulati; numero di prestazioni erogate. Introduzione di un **sistema di indicatori** per la valutazione dell'impatto delle politiche e delle misure messe in atto dall'Ambito (outcome). Analisi dei cambiamenti prodotti sulla popolazione beneficiaria grazie all'intervento: esaminare la policy in azione, i mezzi impiegati e il tipo di servizio fornito, fare dei confronti sui cambiamenti ottenuti misurando la situazione della popolazione target nel tempo. Perché la valutazione ex post abbia valore è necessario valutare gli effetti che una politica ha avuto sui destinatari e se tali effetti sono congruenti con gli scopi prefissati; tale valutazione deve coinvolgere tutti gli stakeholder interessati e deve basarsi su indicatori definiti/costruiti in stretta relazione al tipo di obiettivo definito.

Al fine di promuovere la sistematizzazione dell'approccio trasversale nella definizione della programmazione zonale, tale da garantire (ove necessario) la multidimensionalità degli interventi e delle azioni e la riduzione della frammentazione nella definizione delle aree di intervento e nella individuazione della risposta al bisogno, il Piano di Zona dovrà esplicitare per ogni obiettivo quali

aree sono trasversalmente interessate dall'intervento in questione e le modalità di integrazione tra attori, risorse e azioni nelle fasi di programmazione, gestione, monitoraggio e valutazione.

La finalità di tali indicazioni è duplice: da un lato migliorare la capacità di rappresentazione degli obiettivi della programmazione, dall'altro di omogenizzare il più possibile le modalità di costruzioni dei Piani di Zona, in modo da renderli maggiormente omogenei nella forma così da poter effettuare comparazioni a livello sovra locale più agevolmente.

Pur nel rispetto delle indicazioni fornite dal legislatore regionale preme, in questa sede, sottolineare che il Piano di Zona è in primis lo strumento di programmazione degli Ambiti territoriali e pertanto è corretto che gli stessi abbiano una certa autonomia nella definizione e costruzione del documento. L'analisi di contesto, ad esempio, può essere arricchita da elementi narrativi non facilmente riconducibili alle categorie sopra esposte. Inoltre, la varietà degli obiettivi diversi per tipologia e portata, rende poco agevole l'utilizzo di un modo di rappresentazione univoco, il rischio è quello di perseguire l'omogeneità sacrificando la qualità e la specificità.

Per quanto riguarda gli obiettivi di integrazione sociosanitaria contenuti nell'Accordo di programma essi sono rappresentati secondo lo schema "Tabella integrazione PPT_PDZ" proposta e condivisa nella Cabina di Regia di ATS Città Metropolitana dell'11 luglio 2024. Lo strumento consente di evidenziare con chiarezza gli ambiti di collaborazione e prevede la formulazione, da parte dei soggetti coinvolti, dei reciproci impegni.

8. LE RISORSE ECONOMICHE AFFERENTI ALL'AMBITO TERRITORIALE: INCREMENTO E DIFFERENZIAZIONE PER FINALITÀ E FONTI

Negli ultimi anni si è assistito a un complessivo aumento e a una diversificazione dei canali di finanziamento afferenti all'Ambito Sociale, come si evince dalla lettura della tabella riepilogativa delle risorse assegnate dal 2018 al 2024. Oltre ai fondi tradizionalmente assegnati al Piano di Zona sono state introdotti nuovi e diversi canali di finanziamento da Regione Lombardia che vedono il coinvolgimento diretto dell'Ufficio di Piano. Tale coinvolgimento riguarda sia la programmazione, in maniera meno rilevante che in passato, sia la gestione, in maniera sempre più rilevante. A partire dal 2018, inoltre, il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ha individuato negli Ambiti i soggetti attuatori delle politiche di contrasto alla povertà connesse all'introduzione alla misura unica nazionale di contrasto alla povertà (Fondo Povertà, Fondo Grave Marginalità sociale, PON inclusione).

Regione Lombardia ha, negli anni 2020 e 2021, individuato negli Ambiti territoriali quali soggetti gestori delle Misure volte a mitigare gli effetti della pandemia sulle famiglie.

I fondi sono amministrati dall'ente capofila gestiti attraverso 3 differenti modalità: 1. gestiti centralmente dall'Ufficio di Piano che si occupa di tutte le fasi di lavoro (Appalti, acquisti, incarichi, bandi, rapporti con i fornitori, gestione contratti, ecc.); 2. ripartiti in base alla popolazione residente su deliberazione dell'Assemblea e poi gestiti dai Comuni secondo regole e modalità omogenee stabilite e approvate dall'Assemblea stessa; 3. ripartiti in base alla popolazione residente su deliberazione dell'Assemblea e poi gestiti autonomamente dai Comuni. I fondi riconducibili alla prima tipologia sono quelli che hanno visto il maggior incremento.

A prescindere dalla modalità di gestione da parte dell'Ufficio di Piano tutti i fondi sono soggetti a rendicontazione tecnica e amministrativa; il livello di complessità della rendicontazione dipende prevalentemente dall'origine stessa dei fondi, quelli

Europei sono i più impegnativi.

La tabella di seguito – aggiornata al 15 novembre 2024 - riportata ha l'obiettivo di mostrare l'andamento delle risorse afferenti all'Ambito sociale nel periodo 2018 al 2024. Si precisa che le cifre si riferiscono alle quote assegnate all'intero Ambito. Nella maggior parte dei casi i fondi si pongono a cavallo di due diversi esercizi finanziari, nella tabella – per semplicità e chiarezza espositiva - sono ricondotti all'annualità di assegnazione.

Descrizione Fondo assegnato all'Ambito Sociale	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Fondo Nazionale Politiche Sociali	€ 467.214,21	€ 487.476,62	€ 686.680,00	€ 693.485,53	€ 704.237,23	€ 693.918,19	€ 673.656,98
Fondo per le Non autosufficienza (Misura B2)	€ 342.875,86	€ 342.110,00	€ 390.215,69	€ 355.154,00	€ 357.160,00	€ 515.738,00	€ 526.395,81
FNA aggiuntive			€ 31.361,81	€ 89.453,00	€ 64.199,00		€ 59.244,87
FNA aggiuntive Caregiver				€ 43.407,00		€ 21.814,53	
Fondo sociale Regionale	€ 730.936,62	€ 663.520,92	€ 740.487,96	€ 659.496,17	€ 661.114,65	€ 668.124,72	€ 661.403,05
Misura 6 – Minori in comunità	€ 62.573,00	€ 54.378,00	€ 30.029,00	€ 67.783,77	€ 93.123,00	€ 123.093,00	€ 44.000,00
Reddito di autonomia – Voucher Anziani e Disabili	€ 70.000,00		€ 70.000,00		€ 70.000,00		
Legge 112 "Dopo di Noi"	€ 81.780,00	€ 107.889,00	€ 119.219,00	€ 135.888,24	121.416,00	€ 109.491,00	€ 154.834,00
Fondo Povertà		€ 518.038,86	€ 607.884,00	€ 1.019.617,44	€ 1.044.937,86	€ 915.910,57	€ 902.281,29
Fondo Povertà Estrema		€ 58.778,70	€ 58.778,70	€ 58.778,70	€ 47.056,25	€ 47.056,25	
PON Inclusione Avviso 3/2016	€ 74.808,00	€ 74.808,00	€ 74.808,00				
PON Inclusione Pals 1/2019				€ 67.282,00			
PON Prince						€ 197.000,00	
Emergenza Abitativa	€ 48.952,00	€ 71.221,00	€ 490.574,00	€ 489.173,00	€ 614.824,00	€ 42.546,00	
Funzioni trasferite	€ 8.202,00	€ 8.202,00	€ 8.202,00	€ 8.202,00	€ 8.202,00	€ 8.202,00	€ 8.202,00
Progetto a valere sul Fondo FAMI			€ 65.000,00	€ 65.000,00			
Date Infanzia				€ 104.000,00			
Pacchetto Famiglia				€ 388.599,00			
Fondo anti Covid					€ 424.304,22		
Bonus assistenti familiari (Legge 15/15)	€ 29.408,00			€ 8.219,00		€ 22.551,30	€ 23.826,60
Funzionamento Sportello (Legge 15/15)	€ 12.604,00			€ 12.329,00		€ 2.505,70	€ 2.647,40
Potenziamento Servizio Sociale				€ 240.867,08	€ 245.291,00	€ 283.067,00	€ 300.194,00
Progetto PNRR Missione 5 Linea 1.4.						€ 210.000,00	
Progetto Bando Autismo						€ 118.767,00	
FNA – Finanziamento PUA							€ 80.000,00
TOTALE	€ 1.929.353,69	€ 2.451.423,10	€ 3.865.839,16	€ 4.438.440,15	€ 4.053.375,52	€ 3.957.970,73	€ 3.483.742,25

Il F.N.P.S. costituisce solo una delle fonti di finanziamento nazionale del sistema dei servizi sociali territoriali, sia con riferimento alla presenza di altri fondi nazionali sia al concorso delle risorse provenienti dai fondi comunitari europei. Con riferimento agli altri fondi nazionali, al di là della specifica programmazione delle risorse del F.N.P.S. e della «specializzazione» dei fondi nazionali a finanziamento dei servizi territoriali, va confermata quale priorità imprescindibile l'adozione di un approccio il più possibile integrato nella programmazione dei servizi territoriali.

La disciplina dei singoli interventi assume sempre di più la necessità dell'integrazione – si pensi ai servizi di contrasto alla povertà e alla necessità di costituire equipe multidisciplinari a fronte di bisogni complessi ai sensi del D.Lgs. 147/2017 (Fondo Povertà), ma anche alle previsioni in attuazione del «Dopo di Noi» o alle sperimentazioni in materia di vita indipendente o agli indirizzi per la costituzione dei comitati tecnici in materia di collocamento mirato. Inoltre, si ricorda che l'integrazione col Fondo Povertà è garantita da Regione Lombardia con la DGR n. XI/6371 del 16 maggio 2022 che ha programmato e disciplinato le rispettive risorse comprese quelle per l'accesso e il pronto intervento sociale che vanno a migliorare l'organizzazione generale dei servizi sociali. Con riferimento al Fondo per le Non Autosufficienze e al Fondo caregiver familiare si conferma come, in coerenza con la programmazione di Regione Lombardia, le risorse del F.N.P.S. concorrono alla piena realizzazione degli interventi destinati alla disabilità grave e gravissima.

Le risorse del PON Inclusione e lotta alla povertà 2021-2027, tra cofinanziamento nazionale e finanziamento europeo FSE+ e FESR, si integrano con le risorse del fondo. Inoltre, sono da considerare le risorse del PNRR, in particolare le 3 azioni

finanziate a valere sul progetto dell'area M5C2 Investimento 1.1 "Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti, integrate da risorse del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali" per la realizzazione dei seguenti interventi:

- Supervisione del personale dei servizi sociali;
- Dimissioni protette per quanto attiene specificamente alle prestazioni a carico dei servizi sociali territoriali, cui sono destinati;
- Interventi per la prevenzione dell'allontanamento familiare (P.I.P.P.I.).

CAPITOLO II

LA GOVERNANCE DELLA PROGRAMMAZIONE

1. LE REGOLE DI FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI GOVERNO

L'Ambito di Sesto San Giovanni definisce le regole di funzionamento del sistema di governo della programmazione per il triennio 2025-2027 individuando i soggetti coinvolti nel processo programmatorio, gli organismi di lavoro, i compiti e le relative funzioni, anche alla luce delle novità introdotte dalla L.R. 22 del 14 dicembre 2021 "Modifiche al Titolo I e al Titolo VII delle L.R. 33/2009 (Testo unico delle leggi regionali in materia sanitaria).

Oggetto della programmazione	La programmazione rivolge la propria azione alle aree di intervento individuate al capitolo 3 "GLI OBIETTIVI DELLA PROGRAMMAZIONE" e più in generale alle politiche sociali e sociosanitarie che individuano nell'Ambito la scala territoriale di riferimento.
Il territorio di competenza	Il sistema di governo della programmazione è riferito al territorio coincidente con i Comuni di Sesto San Giovanni e Cologno Monzese. Vista l'elevata convergenza di temi e obiettivi con l'Ambito di Cinisello Balsamo, sono previste specifiche modalità di collaborazione e integrazione dei due Ambiti territoriali.
I soggetti della programmazione	<p>La Legge Regionale 3/2008 individua i soggetti chiamati a concorrere alla programmazione, progettazione e realizzazione della rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie e ne definisce le responsabilità.</p> <p><u>Le Amministrazioni Comunali:</u></p> <p>I compiti dei Comuni, nell'adempimento della funzione di programmazione, sono specificati nell'art. 13 della Legge Regionale 3/2008:</p> <ul style="list-style-type: none">- programmano, progettano e realizzano la rete locale delle unità d'offerta sociali, nel rispetto degli indirizzi e conformemente agli obiettivi stabiliti dalla Regione, anche promuovendo la partecipazione dei soggetti di cui all'art. 3 della Legge Regionale 3/2008;- riconoscono e promuovono la sperimentazione di unità d'offerta e di nuovi modelli gestionali nell'ambito della rete sociale, nel rispetto della programmazione regionale;- definiscono i requisiti di accreditamento delle unità di offerta sociali in base ai criteri stabiliti dalla Regione, accreditano le unità d'offerta e stipulano i relativi contratti;- definiscono eventuali livelli di assistenza ulteriori

	<p>rispetto a quelli definiti dalla Regione;</p> <ul style="list-style-type: none">- determinano i parametri per l'accesso prioritario alle prestazioni;- gestiscono il sistema informativo della rete delle unità d'offerta sociali. <p><u>ATS e ASST:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- programmano, a livello locale, la realizzazione della rete delle unità d'offerta sociosanitarie, nel rispetto della programmazione regionale ed in armonia con le linee di indirizzo formulate dai Comuni, attraverso la Conferenza dei Sindaci del territorio di competenza;- gestiscono i flussi informativi a supporto dell'attività di programmazione comunale e regionale;- collaborano con i Comuni nella programmazione della rete locale delle unità di offerta sociali. <p><u>Terzo Settore:</u></p> <p>Rappresenta la risorsa che la cittadinanza attiva mette a disposizione della comunità locale per il conseguimento del benessere e della salute. I soggetti del Terzo Settore, ai sensi della Legge Regionale 3/2008, concorrono alla programmazione, progettazione e realizzazione della rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie, secondo gli indirizzi definiti dalla Regione.</p>
ORGANISMI A REGIA DELL'ENTE LOCALE	
La struttura organizzativa della programmazione	<p>Assemblea dei Sindaci di Ambito o del Piano di Zona:</p> <p>È l'organismo di rappresentanza politica del Piano di Zona e viene costituita ai sensi dell'art. 6 della Legge Regionale 31/1997, poi art. 11 della Legge Regionale 33/2009 e della DGR 41788/1999 e della Legge Regionale 3/2008. Nell'esercizio delle proprie funzioni l'Assemblea:</p> <ul style="list-style-type: none">- elegge il suo Presidente;- individua l'Ente capofila per la gestione del Piano di Zona;- individua e sceglie le priorità e gli obiettivi delle politiche locali;- verifica la compatibilità tra impegni e risorse necessarie per la realizzazione delle azioni;- delibera in merito all'allocazione delle risorse assegnate all'Ambito territoriale (competenze L. 328/00, L.r. 3/2008, L.r. 33/2009, articolo 7 bis, comma 6) nello specifico: definisce il piano economico-finanziario e gestisce il riparto delle risorse provenienti dalle diverse fonti di finanziamento;- approva l'Accordo di Programma per l'attuazione del Piano di Zona e licenzia il documento di Piano;- aggiorna il documento di Piano quando necessario;- individua e promuove forme di gestione associata di servizi, progetti e interventi di competenza delle autonomie locali, nonché quelle disposte dai provvedimenti regionali. <p>L'Assemblea è composta da tutti i Sindaci o loro delegati dei Comuni compresi nell'Ambito territoriale. Possono</p>

	<p>partecipare all'Assemblea, senza diritto di voto, i Direttori dei Settori comunali interessati in relazione agli argomenti trattati, il Responsabile dell'Ufficio di Piano, un delegato della Direzione Sociosanitaria di ASST Nord Milano e un delegato di ATS Città Metropolitana.</p> <p>Le decisioni sono assunte a maggioranza dei voti dei Sindaci presenti e votanti, in ragione dei voti espressi e secondo le quote di ciascuno rappresentante.</p> <p>È compito dei referenti politici comunicare alle Giunte Comunali e alle Commissioni Consiliari preposte gli orientamenti e le decisioni prese in tema di realizzazione degli obiettivi della programmazione.</p> <p>L'Assemblea è coordinata dal Presidente o suo delegato che, sentiti gli altri Sindaci, definisce l'agenda dei lavori e convoca le sedute almeno una settimana prima della data stabilita. Sulla base dell'agenda dei lavori, l'Assemblea si riunisce non meno di una volta ogni due mesi presso la sede del Comune capofila; gli incontri – quando necessario - possono essere svolti anche in remoto.</p>
	<p><u>Tavolo Tecnico di Ambito:</u></p> <p>Si riconferma, anche per il triennio di programmazione 2025-2027, l'indicazione di proseguire e potenziare le politiche di gestione associata delle funzioni sociali almeno a livello distrettuale, mediante il ricorso alle diverse modalità gestionali previste dalla normativa vigente. La promozione della gestione unitaria su base distrettuale dovrà permettere l'identificazione delle specificità del territorio, garantendo una unitarietà di risposta nell'ambito territoriale del Piano di Zona.</p> <p>I compiti del Tavolo Tecnico sono:</p> <ul style="list-style-type: none">- approfondire a livello tecnico, anche con funzione istruttoria, i temi e gli argomenti discussi in Assemblea dei Sindaci e in Cabina di Regia;- aumentare il livello di sinergia e di integrazione tra gli obiettivi di programmazione zonale e gli obiettivi dei Servizi;- individuare percorsi di collaborazione nelle aree ad integrazione sociosanitaria, al fine di garantire una migliore presa in carico dell'utenza;- individuare e promuovere ambiti di gestione associata tra i Comuni. <p>Partecipano ai lavori il Direttore Settore Socio-Educativo del Comune di Sesto San Giovanni, Il Direttore alle Politiche Sociali del Comune di Cologno Monzese, i funzionari comunali in relazione alle specifiche tematiche, l'Ufficio di Piano.</p>
	<p><u>Ufficio di Piano:</u></p> <p>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</p>

	<p>le politiche di welfare di competenza dei Piani di Zona. È la struttura che:</p> <ul style="list-style-type: none">- attua gli indirizzi e le scelte assunte dall'Assemblea dei Sindaci e supporta la responsabilità istituzionale nelle diverse fasi del ciclo di vita della programmazione sociale e sociosanitaria integrata;- coordina le fasi del processo di programmazione e pianificazione degli interventi dal punto di vista tecnico;- gestisce la funzione di budgeting e controllo di gestione;- monitora e valuta gli interventi;- amministra le risorse complessivamente assegnate da Regione Lombardia (Fondo Nazionale Politiche Sociali, Fondo Sociale Regionale, Fondo Non Autosufficienza, Fondo dopo di Noi, Fondo Emergenza Abitativa, Legge 15/15 ecc.);- amministra, gestisce e rendiconta le risorse complessivamente assegnate dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e dall'Unione Europea che afferiscono all'Ambito territoriale (Fondo Povertà; Fondo Grave marginalità, Fondo Potenziamento per gli Assistenti Sociali, Risorse programma PON Inclusione);- interloquisce con le ATS e con ASST per l'integrazione tra ambiti di intervento sociale e sociosanitario;- promuove l'integrazione tra diversi ambiti di policy;- gestisce il sistema di partecipazione;- partecipa ai lavori della Cabina di Regia;- adempie agli obblighi di debito informativo nei confronti di Regione Lombardia. <p>È composto da risorse con competenze tecniche e amministrative utili alla gestione delle risorse economiche assegnate, alla progettazione e alla gestione delle attività conseguenti l'approvazione del Piano. Ciascun Comune dell'Ambito contribuisce al funzionamento dell'Ufficio di Piano proporzionalmente alle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili.</p> <p>Regione Lombardia con Delibera n. 2167 del 15/04/2024 "Approvazione delle Linee di indirizzo per la programmazione sociale territoriale per il triennio 2025-2027 auspica un rafforzamento degli Uffici di Piano in considerazione delle competenze e delle risorse economiche ad essi assegnate. Nello specifico a pag. 8 del documento è indicato: "Nel quadro della crescente centralità degli Ambiti territoriali nella programmazione e nella realizzazione del welfare locale, così come evidenziato dai precisi richiami contenuti negli indirizzi legislativi nazionali e regionali, si sottolinea l'impellenza di procedere ad un rafforzamento degli Ambiti territoriali</p>
--	--

	<p>che già oggi, e prevedibilmente ancora di più nel futuro prossimo, saranno chiamati a svolgere funzioni complesse che implicheranno un ulteriore aggravio in termini di obiettivi e carico di lavoro. In questi termini, e nel rispetto dell'autonomia degli Enti locali, si evidenzia la necessità strategica di procedere al potenziamento della struttura degli Uffici di Piano, consolidando la dotazione di personale chiamato a programmare e gestire misure sempre più complesse, trasversali e che coinvolgono una molteplicità di attori territoriali. Tale potenziamento può riguardare sia l'incremento del personale dedicato sia la definizione e la messa a sistema di percorsi specifici di formazione e aggiornamento".</p>
Il rapporto con il Terzo settore	<p>Tavoli di lavoro e gruppi tematici: Rappresentano il luogo di confronto tra programmatori istituzionali e realtà sociale. I Tavoli sono costituiti da soggetti istituzionali e non istituzionali, che:</p> <ul style="list-style-type: none">- svolgono funzione pubblica in merito all'area oggetto di programmazione, come indicato all'art. 1, commi 4 e 6, della Legge 328/2000;- contribuiscono alla definizione e costruzione della rete di unità di offerta locale attraverso progetti, servizi e azioni, ai sensi dell'art. 3 della Legge Regionale 3/2008;- mettono a disposizione della comunità risorse e competenze utili a rilevare le condizioni sociali del territorio, analizzare le criticità, individuare i bisogni, individuare le risorse e i punti di forza presenti nella comunità locale, proporre le priorità di intervento contenenti le linee guida fondamentali delle azioni che devono impattare sui bisogni prioritari individuati. Chi partecipa è quindi riconosciuto portatore di saperi, esperienze, competenze utili per fotografare il volto della città, le condizioni di vita di chi vi abita, i diritti da garantire. <p>In merito al ciclo di programmazione 2025-2027 sono individuati i seguenti obiettivi di coinvolgimento dei soggetti del Terzo Settore/Associazionismo connessi ad obiettivi strategici della programmazione:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Consolidare le attività del Tavolo di lavoro sulle Povertà che ha preso avvio alla fine del 2021 (primo incontro 25 novembre) e si configura come un ambito di interlocuzione stabile e permanente.2. Tavolo di lavoro/comunità di pratica sul Dopo di Noi che coinvolgerà le organizzazioni che collaborano con l'Ambito alla gestione dei progetti finanziati con la Legge 112; particolare attenzione sarà dedicata al confronto tra le differenti esperienze di Residenzialità.3. Valorizzare i Servizi e i progetti gestiti in partnership

	<p>con il Terzo Settore quali punti di osservazione privilegiati del territorio in grado di rilevare le criticità, i bisogni, i cambiamenti e i punti di forza presenti nella comunità locale anche con l'obiettivo di rendere maggiormente efficaci gli interventi.</p>
ORGANISMI A REGIA ATS E ASST	
	<p>La Legge Regionale 22/2021 e la Delibera 6762 hanno apportato alcune modifiche al sistema di governo della programmazione previsto dalla Legge 3/2008 ma soprattutto dalla Legge Regionale 23/2015. Vengono individuate specifiche funzioni per l'<u>Assemblea dei Sindaci del Distretto</u> (che nel caso di specie è denominata Assemblea dei Sindaci del Distretto della Media Valle del Lambro) ossia:</p> <ul style="list-style-type: none">• verifica l'applicazione della programmazione territoriale e dei progetti di area sanitaria e sociosanitaria posti in essere nel territorio del Distretto ASST;• contribuisce a definire modalità di coordinamento tra Piani di Zona afferenti allo stesso territorio per la costruzione di un sistema integrato di analisi del bisogno territoriali;• contribuisce ai processi di integrazione delle attività sociosanitarie con gli interventi socioassistenziali degli ambiti territoriali;• formula proposte e pareri alle Conferenze dei Sindaci in ordine alle linee di indirizzo e programmazione dei servizi sociosanitari. <p>Partecipano: il Direttore generale e Direttore sociosanitario di ASST; il Direttore di distretto di afferenza territoriale; i Sindaci di Sesto San Giovanni e Cologno Monzese o loro delegati; il Responsabile dell'Ufficio di Piano dell'Ambito. La regia delle attività è di competenza di ASST Nord Milano.</p> <p>Il territorio del Nord Milano trova una configurazione unitaria nella <u>Conferenza dei Sindaci</u> della ASST Nord Milano che è composta dai Sindaci dei Comuni di Sesto San Giovanni, Cologno Monzese, Cinisello Balsamo, Cormano, Cusano, Bresso e dalla Direzione strategica ASST. La Conferenza:</p> <ul style="list-style-type: none">• formula proposte per l'organizzazione della rete di offerta territoriale e dell'attività sociosanitaria e socioassistenziali;• esprime parere obbligatorio sul piano di sviluppo del Polo Territoriale (PPT) predisposto dall'ASST che definisce la domanda di salute territoriale, la programmazione e progettazione dei servizi erogativi, assicurando l'integrazione delle funzioni e delle prestazioni sociali con quelle sanitarie e sociosanitarie distrettuali;

	<ul style="list-style-type: none">• promuove l'integrazione delle funzioni e delle prestazioni sociali con le funzioni e le prestazioni dell'offerta sanitaria e sociosanitaria, anche favorendo la costituzione tra i comuni di enti o soggetti aventi personalità giuridica;• partecipa inoltre alla definizione dei piani sociosanitari territoriali ed alla verifica dello stato di attuazione dei programmi e dei progetti di competenza delle ASST;• esprime il proprio parere sulla finalizzazione e sulla distribuzione territoriale delle risorse finanziarie. <p>La Conferenza dei Sindaci è dunque composta dai Sindaci dei Comuni compresi nei territori delle ASST il che semplifica i raccordi con la programmazione dei Piani di Zona. Questo è un cambiamento importante rispetto al passato, la L.R. 23/2015 infatti prevedeva la partecipazione dei 193 Sindaci afferenti al territorio di ATS Città Metropolitana. Un numero di partecipanti così elevato, oltre ad essere di difficile convocazione e gestione, rende la partecipazione un fatto puramente formale e non sostanziale.</p>
	<p><u>Cabina di Regia di ATS:</u></p> <p>La DGR n. 326/2013 ha identificato nella Cabina di Regia il luogo dove garantire la programmazione, il governo, il monitoraggio e la verifica degli interventi sociosanitari e sociali erogati dalle ASL – oggi ATS - e Comuni, singoli o associati, nell'ambito delle aree comuni di intervento.</p> <p>L'art. 6, c. 6, lett. f della LR 23/2015 individua nella Cabina di Regia il luogo di interlocuzione istituzionale deputato a:</p> <ul style="list-style-type: none">- supportare l'integrazione sociosanitaria tra ATS, ASST e Ambiti territoriali.- garantire la programmazione, il governo, il monitoraggio e la verifica degli interventi sociosanitari e sociali erogati.- presidiare aree comuni d'intervento. <p>La Cabina vede la partecipazione, oltre che di ATS e ASST territorialmente competenti, di tutti gli Uffici di Piano afferenti al territorio di ATS Metropolitana.</p> <p>Gli obiettivi di lavoro sono:</p> <ul style="list-style-type: none">- condividere i documenti e gli indirizzi adottati dal programmatore Regionale (Delibere, Bandi, manifestazioni di Interesse, leggi regionali);- monitorare lo stato di avanzamento degli obiettivi del Piano di Zona nei territori, rispetto alle dimensioni conoscenze – risorse – servizi;- leggere in modo integrato i bisogni della cittadinanza;- condividere i piani operativi relativi alle misure e ai canali di finanziamento regionali e nazionali in tema di interventi e servizi sociali e sociosanitari;- prevedere l'utilizzo condiviso di sistemi informativi e di banche dati per la condivisione dei dati e lo

	<p>scambio informativo sugli utenti in carico. ATS garantisce:</p> <ul style="list-style-type: none">- il raccordo con le ASST territorialmente competenti per le funzioni inerenti alla valutazione multidimensionale, le progettazioni integrate per interventi complessi riguardanti la tutela dei minori e delle donne vittime di violenza, l'assistenza degli anziani non autosufficienti e delle persone con disabilità, il sostegno e supporto delle diverse forme di fragilità e della vulnerabilità familiare;- la condivisione tra ATS/ASST/erogatori di ambito sanitario e sociosanitario/Comuni, dei percorsi per una presa incarico integrata, con particolare attenzione alla cronicità, al fine di assicurare la continuità assistenziale, anche attraverso la razionalizzazione dei processi operativi;- lo scambio informativo e la condivisione dei dati di attività e degli interventi quali strumenti per l'esercizio efficace della governance del sistema.
	<p>Cabina di Regia di ASST: Obiettivo è promuovere e facilitare l'integrazione delle funzioni sanitarie e sociosanitarie con quelle sociali in raccordo con la Conferenza dei Sindaci. Le sue funzioni sono:</p> <ul style="list-style-type: none">• indicare le modalità di presa in carico per persone in condizione di cronicità;• determinare le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie territoriali e domiciliari;• definire la programmazione per la realizzazione a livello distrettuale della rete di offerta territoriale, con particolare riferimento ai servizi da erogare a seguito della valutazione dei bisogni dell'utenza, organizzando e monitorandole attività di tutta l'organizzazione distrettuale volta a garantire l'uniformità nell'accesso ai servizi e nella erogazione degli interventi;• collaborare alla stesura dei Piani di Zona;• redigere il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT), ai sensi della L.R. n. 22/2021, art. 7, c. 17 ter, e si occupa del suo monitoraggio annuale. <p>Partecipano: Direttore Socio-Sanitario; Direttori del Distretto; Rappresentanti politici delle Assemblee dei Sindaci; I Responsabili dell'Ufficio di Piano del territorio di ASST; In base all'ordine del giorno partecipano i Responsabili di ASST, rappresentanti della UO e Servizi.</p> <p>La Cabina di Regia, con funzione istruttoria e non deliberativa, può essere convocata dalla Direzione Sociale con l'obiettivo di approfondire dal punto di vista tecnico alcune specifiche tematiche come - si citano a solo titolo esemplificativo - le ricadute a livello territoriale delle Misure regionali, le aree di bisogno in sofferenza, i bisogni emergenti, l'integrazione operativa dei Servizi ecc.</p>

2. LE NOVITÀ INTRODOTTE DALLA LEGGE REGIONALE 22 DEL 14 DICEMBRE 2021

La Legge Regionale n. 22 del 14 dicembre 2021 introduce importanti modifiche al Titolo I e al Titolo VII della Legge Regionale n. 33 del 30 dicembre 2009 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità), oltre a quelle già richiamate nel precedente paragrafo. La Legge mira a migliorare la gestione del sistema sanitario lombardo, introducendo nuove disposizioni per l'efficienza, l'integrazione e l'innovazione del Servizio Sanitario Regionale (SSR), in particolare:

- L'articolo 2) della è stato modificato con l'inclusione di nuovi principi guida. Tra questi, l'approccio "One Health" è particolarmente significativo. Questo principio riconosce la stretta interconnessione tra la salute umana, la salute animale e l'ambiente, e mira a promuovere una protezione globale della salute. Inoltre, viene rafforzata la presa in carico della persona nella sua interezza, sottolineando l'importanza di trattare ogni individuo considerando tutte le sue necessità e condizioni. Un altro importante inserimento è l'adozione di pratiche sostenibili, come l'efficientamento energetico e l'uso di materiali ecosostenibili, per garantire una maggiore sostenibilità ambientale nelle procedure di acquisto e negli investimenti strutturali e tecnologici.
- L'articolo 3) è stato integrato per promuovere l'offerta di servizi di prossimità e l'assistenza domiciliare, in linea con i programmi di investimento e potenziamento delle reti territoriali previsti a livello statale ed europeo (con particolare riferimento al PNRR). Questo articolo sottolinea l'importanza di implementare una rete regionale della ricerca biomedica e dell'innovazione nelle scienze della vita, coordinata dagli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) di diritto pubblico e coinvolgendo anche gli IRCCS di diritto privato, gli enti di ricerca e le università, nonché le organizzazioni dei pazienti. L'obiettivo è favorire lo sviluppo del trasferimento tecnologico in collaborazione con le imprese, migliorando così la qualità della ricerca e delle cure.
- L'articolo 4) bis è stato ampliato per includere lo sviluppo e l'implementazione di network scientifici, in grado di orientare e riorientare, in tempo reale, le politiche di prevenzione basate su evidenze scientifiche validate. Inoltre, vengono definite linee guida in materia di prevenzione, alle quali le Agenzie di Tutela della Salute (ATS) e le Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST) devono attenersi per quanto di rispettiva competenza. Sono anche promosse politiche di comunicazione e sensibilizzazione per facilitare la comprensione da parte dei cittadini dell'importanza delle attività di prevenzione, con il supporto dei Medici di Medicina Generale, dei Pediatri di Libera Scelta, degli specialisti ambulatoriali convenzionati e dell'educazione sanitaria nelle scuole.
- Le modifiche all'articolo 5) riguardano la definizione delle politiche sanitarie e sociosanitarie regionali, la programmazione strategica, l'indirizzo e il controllo delle attività del SSR. La Regione garantisce l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e di eventuali livelli aggiuntivi definiti con risorse proprie, favorendo lo sviluppo dell'eccellenza della rete ospedaliera e della rete territoriale. Viene inoltre sottolineata l'importanza del potenziamento dei servizi sanitari e sociosanitari a domicilio, per rendere la casa il primo luogo di cura e assicurare la continuità delle cure, favorendo la permanenza della persona nel proprio domicilio.
- L'articolo 6 è stato modificato per includere l'analisi della domanda di salute territoriale e la verifica dell'adeguatezza dell'offerta, proponendo la

realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche o private idonee a soddisfare i bisogni rilevati. Viene assicurata la corretta erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) su tutto il territorio di competenza, secondo il principio di appropriatezza e garanzia della continuità assistenziale.

Le novità maggiormente significative dal punto di vista dell'impatto sulle politiche di integrazione sociosanitaria vengono di seguito richiamate:

- Le modifiche apportate all'articolo 4) riguardano principalmente l'approvazione del Piano Sociosanitario Integrato Lombardo (PSSL), che diventa lo strumento unico e integrato di programmazione coordinata del SSR. Il PSSL viene definito sulla base della valutazione epidemiologica territoriale, dei dati del sistema informativo e della rete dei servizi sanitari e sociosanitari regionali, e viene approvato dal Consiglio regionale su proposta del Presidente della Giunta regionale, previo parere del Consiglio delle autonomie locali e sentiti i rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali.
- Si rafforzano le funzioni di programmazione strategica, indirizzo e controllo della Regione, anche attraverso la definizione degli indirizzi di programmazione annuali, sostitutivi delle precedenti "regole di sistema, per la programmazione dei bisogni sanitari e sociosanitari, dei fabbisogni del personale, degli acquisti e investimenti nonché gli indirizzi per la definizione dei contratti stipulati dalle ATS con i soggetti erogatori (individuando specificatamente le risorse per l'assistenza territoriale).
- La norma conferma l'articolazione territoriale delle 8 ATS che mantengono le loro funzioni di negoziazione, acquisto e controllo delle prestazioni sociosanitarie dalle strutture accreditate e la verifica della corretta erogazione dei LEA.
- Le ASST mantengono la loro articolazione in due settori aziendali: polo territoriale e polo ospedaliero dotati di autonomia economico – finanziaria, nonché gestionale per il raggiungimento degli obiettivi aziendali. Viene specificato che il **polo territoriale** a cui è attribuito il coordinamento delle prestazioni territoriali, eroga, per il tramite dell'organizzazione distrettuale, le prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, di diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa intensità, nonché le cure intermedie e le prestazioni di medicina legale. Al polo territoriale afferiscono:
 - gli Ospedali di Comunità (OdC) che possono essere gestiti direttamente da ASST o mediante accordi da soggetti erogatori accreditati. Sono strutture multiservizi, ben identificabili dal cittadino, che ergono prestazioni sanitarie e sociosanitarie a media e bassa intensità.
 - Le Case di Comunità (CdC). Possono essere gestiti esclusivamente dai MMG e dai PLS riuniti in associazione o cooperative, in collaborazione con le farmacie di servizi convenzionate. In ogni CdC è presente un PUA che opera in stretto contatto con la COT distrettuale. Il modello organizzativo delle CdC si articolerà su due livelli avanzato (spoke) e di base (Hub).
 - Le Centrali operative territoriali (COT) che sono costituite in ogni distretto con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi.

Si ricorderà che nella legge 23/2015 i Distretti coincidevano con i perimetri delle stesse ASST quindi con un territorio molto ampio; il Ministero ha previsto l'obbligo di rivedere l'articolazione dei distretti riportandoli alla loro originaria funzione ampiezza (80.00 – 100.00 ab). Ogni ASST si articola dunque in Distretti il cui territorio

coincide con uno o più ambiti sociali territoriali di riferimento dei Piani di Zona e di norma comprendono una popolazione non > a 100.000 abitanti. ASST Nord Milano è strutturata in due distretti: Distretto del Parco Nord - al quale afferiscono i Comuni dell'Ambito di Cinisello - e il Distretto del Parco della Media Valle del Lambro che comprende i Comuni di Sesto San Giovanni e Cologno Monzese. I Distretti forniscono all'ATS informazioni sull'analisi dei bisogni e partecipano al governo della domanda del territorio; sono rappresentati nella Cabina di regia dell'ATS.

Ultima importante novità è introdotta all'Art. 9 17 ter. che qui si cita integralmente:
«ASST, con periodicità triennale, tramite la direzione sociosanitaria e i direttori di distretto, sentita la conferenza dei sindaci che esprime parere obbligatorio, e attuando idonee procedure di consultazione delle associazioni di volontariato, di altri soggetti del terzo settore e delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative presenti nel territorio, predisponde il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT) con specifica e analitica declinazione e dettaglio su base distrettuale. Il PPT definisce la domanda di salute territoriale, la programmazione e progettazione dei servizi erogativi, assicurando l'integrazione delle funzioni e delle prestazioni sociali con quelle sanitarie e sociosanitarie distrettuali.». Il PPT definisce la domanda di salute territoriale, la programmazione e progettazione dei servizi erogativi, assicurando l'integrazione delle funzioni e delle prestazioni sociali con quelle sanitarie e sociosanitarie distrettuali.».

Questo nuovo strumento di programmazione, le cui caratteristiche sono dettagliate nella DGR n. 2089 del 25/3/2024 "Approvazione delle linee di indirizzo per il Polo Territoriale delle ASST (PPT)" costituisce un'importante opportunità di raccordo con la programmazione sociale di Zona. Dal punto di vista degli attori coinvolti nel processo di programmazione dei PPT di ASST, la norma prevede il coinvolgimento della Conferenza dei Sindaci di ASST che esprime parere obbligatorio, delle associazioni di volontariato, degli altri soggetti del Terzo Settore e delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative presenti nel territorio. Molto dei temi trattati nei due documenti sono infatti in parte sovrapponibili, in particolare la declinazione delle priorità e degli obiettivi di integrazione sociosanitaria. Il PPT, infatti, dovrà sviluppare le seguenti tematiche:

- una dettagliata analisi del bisogno;
- le modalità di coinvolgimento del Terzo Settore;
- l'identificazione di buone prassi operative;
- piano della formazione;
- Azioni da intraprendere nei seguenti ambiti di intervento:
 - Valutazione del bisogno;
 - Continuità assistenziale;
 - Cure domiciliari;
 - Rete delle cure primarie;
 - Prevenzione e Promozione della salute;
 - Telemedicina;
 - La presa in carico dei cronici e dei fragili.

Si ritiene in questa sede opportuno evidenziare che gli obiettivi di integrazione sanitaria evidenziati nel Piano di Sviluppo del Polo Territoriale e nel Piano di Zona trovano sintesi naturale nell'Accordo di programma.

Il quadro delineato, infatti, richiama una chiara sovrapposizione con il processo di programmazione sociale di zona, motivo per il quale si ritiene strategico che le due programmazioni vengano definite congiuntamente armonizzando il processo di

programmazione triennale dei PPT delle ASST con quello legato ai Piani di Zona degli Ambiti territoriali dal punto di vista delle "tempistiche di approvazione, di durata della programmazione, dei contenuti legati all'integrazione della risposta sociosanitaria con quella socio assistenziale di competenza degli Enti locali (v. Indirizzi di programmazione del S.S.R. per l'anno 2024, DGR n. XII/1827). Tutto ciò rende evidente come la Cabina di Regia di ASST risulti lo strumento di governance strategico per realizzare parte della programmazione sociale, in particolare quella



legata all'attuazione dei LEPS a forte carattere di integrazione sociosanitaria:

Il raccordo con il PPT è un impegno prioritario volto ad assicurare una migliore programmazione e realizzazione dei LEPS, il potenziamento del lavoro congiunto tra i servizi territoriali e il rafforzamento della presa in carico integrata e il consolidamento e/o lo sviluppo di progettualità a carattere sovra zonale, al fine di sviluppare percorsi di integrazione in aree di policy che richiedono un impegno programmatico e interventi congiunti tra Ambiti, ASST e ATS.

Con la DG Welfare, nel documento "Linee di indirizzo per i Piani di Sviluppo del Polo Territoriale delle ASST (PPT)" approvato con DGR n. XII/2089 del 25/03/2024 sono stati condivisi gli elementi di interesse comune che, attraverso un'azione di collaborazione, devono trovare una declinazione all'interno dei Piani di Zona 2025-2027. Nello specifico è importante evidenziare nella citata DGR come le ASST, con il supporto delle ATS, devono pertanto indicare nel PPT sia l'attivazione di strategie volte all'individuazione, al sostegno e alla valorizzazione delle risorse formali, informali e del terzo settore, sia gli strumenti e le strategie di co-progettazione per un welfare di prossimità (ad es.: definizione di strumenti condivisi tra tutti gli attori per una lettura integrata del bisogno in ottica anche preventiva, attivazione di equipe allargate, protocolli, procedure ed eventuali accordi di programma che formalizzino in modo stabile gli obiettivi comuni da raggiungere, ecc..). Tale azione deve essere considerata e valorizzata nell'ambito della programmazione e progettazione della risposta in termini di LEA alla domanda di salute del distretto, in una logica anche di integrazione con i LEPS di ambito sociale, quali ad esempio, "Prevenzione dell'allontanamento familiare", "Servizi sociali per le dimissioni protette" (legge 234 del 2021).

3. L'ACCORDO DI PROGRAMMA PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO DI ZONA

Ai sensi dell'art. 18 della LR 3/2008, e viste le modifiche intervenute con la L.R. n. 23/2015, i Comuni attuano il Piano di Zona mediante la sottoscrizione di un Accordo di Programma con la ATS e le ASST territorialmente competenti. I sottoscrittori dell'Accordo di Programma da un lato sono responsabili dell'attuazione delle

azioni e degli obiettivi indicati nel documento di piano, al fine di garantire l'efficacia delle politiche sociali programmate, dall'altro sono legittimati nella regolazione di diversi rapporti di collaborazione, per implementare un welfare di comunità sostenibile.

L'Accordo di Programma è costituito dai seguenti elementi essenziali:

- finalità e obiettivi;
- indicazione di quale Ente è capofila dell'accordo;
- riconoscimento dell'Ufficio di Piano quale struttura tecnico-amministrativa di supporto e di coordinamento alla realizzazione delle attività previste nel documento di Piano);
- indicazione dei soggetti sottoscrittori e aderenti e l'esplicitazione dei rispettivi impegni;
- strumenti e modalità di collaborazione con il Terzo Settore;
- modalità di verifica e monitoraggio dell'attuazione dell'Accordo di Programma;
- durata triennale per la programmazione sociale definita dal Piano di Zona (Legge 328/2000 e LR 3/2008);
- obiettivi e percorsi di integrazione sociosanitaria condivisi con ATS e ASST.

Proprio in virtù di questo ultimo punto, è auspicabile inserire nell'Accordo di Programma il richiamo agli impegni congiunti definiti nel PPT.

Si conferma che le risorse, derivanti da fondi europei, regionali e statali, per la realizzazione di servizi ed interventi sociali a gestione associata dei Comuni, che hanno sottoscritto l'Accordo di Programma per l'attuazione del Piano di Zona, sono assegnate ed erogate, tramite le ATS, esclusivamente all'Ente Capofila dell'Accordo di Programma, il quale è il solo responsabile del trasferimento e della gestione dei fondi.

Il Piano di Zona e l'Accordo di Programma attuativo costituiscono inoltre il contesto all'interno del quale i territori annualmente programmano l'utilizzo delle risorse del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali e del Fondo Sociale Regionale loro assegnate. La mancata approvazione del documento di Piano e/o la mancata sottoscrizione dell'Accordo di Programma secondo le tempistiche concordate comporta la sospensione delle procedure di assegnazione di tali risorse.

L'Accordo di Programma è approvato dall'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito territoriale, previa comunicazione alla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità e all'ATS competente.

I contenuti, ed in particolare gli obiettivi e i percorsi di integrazione sociosanitaria vengono elaborati e condivisi, oltre che con ATS e ASST, anche con l'Ambito di Cinisello Balsamo. I due Ambiti nell'ultimo decennio hanno condiviso diverse esperienze progettuali e di policy che risultano determinanti al fine di una riflessione comune sul welfare locale. Gli Uffici di Piano hanno lavorato per aumentare il livello di integrazione, attraverso:

- l'individuazione di obiettivi di programmazione comuni, poi discussi con le rispettive governance territoriali, con particolare riferimento all'integrazione sociosanitaria;
- il confronto costante sulla gestione delle risorse assegnate agli Ambiti territoriali;

- la definizione di un Accordo di Programma omogeneo;
- la costituzione di un gruppo di lavoro e di interlocuzione stabile nell'Ambito della Cabina di Regia Integrata, in particolare per ottimizzare la collaborazione operativa con ASST Nord Milano;
- l'estensione anche sul territorio dell'Ambito di Sesto dell'Agenzia della Vita indipendente" già operativa a Cinisello.

L'Accordo di Programma per il prossimo triennio sarà così strutturato: la maggior parte degli obiettivi di integrazione sociosanitaria saranno elaborati in modo congiunto dagli Ambiti di Sesto e Cinisello, la declinazione operativa delle singole azioni - così come la definizione degli indicatori di risultato - sarà invece costruita tenendo conto delle specificità territoriali e in stretto raccordo con il Distretto di competenza; gli Ambiti di Sesto e Cinisello sottoscriveranno due Accordi di programma separati.

Per quanto riguarda gli obiettivi di integrazione sociosanitaria allegati nell'Accordo di programma gli stessi sono rappresentati secondo lo schema "Tabella integrazione PPT_PDZ" proposta e condivisa nella Cabina di Regia di ATS Città Metropolitana dell'11 luglio 2024. Lo strumento consente di evidenziare con chiarezza gli ambiti di collaborazione e prevede la formulazione, da parte dei soggetti coinvolti, dei reciproci impegni.

4. LA COLLABORAZIONE CON FONDAZIONE COMUNITARIA NORD MILANO

Fondazione Comunitaria Nord Milano è una delle 16 Fondazioni di Comunità presenti sul territorio di Regione Lombardia, nasce nel 2016 con lo scopo di diffondere la cultura del dono a livello locale e favorire il benessere della Comunità di riferimento erogando contributi a favore di progettualità specifiche, aiutando persone, enti e imprese a sostenere progetti di utilità sociale.

Fondazione non è solo un ente di beneficenza ma un soggetto territoriale interessato al rafforzamento dell'identità e della coesione della comunità del Nord Milano, una piattaforma di partecipazione, in grado di ascoltare il territorio, intercettarne bisogni, problematiche e opportunità, individuando e promuovendo progetti di utilità sociale su cui catalizzare risorse proprie e di terzi.

La collaborazione tra gli Ambiti territoriali e Fondazione Comunitaria Nord Milano si sostanzia in differenti luoghi di lavoro: il Comitato di gestione del fondo per il contrasto alla povertà e il Tavolo dei partner strategici della Fondazione.

La Fondazione Comunitaria Nord Milano ha definito a novembre 2020 il Regolamento per la gestione del Fondo per il contrasto alle povertà indicando finalità, modalità di funzionamento e composizione. Partecipano al Comitato 9 membri di cui 3 di Fondazione Comunitaria Nord Milano, 1 di Fondazione Vismara, 1 per le realtà pastorali del territorio, 1 per le realtà imprenditoriali del territorio, un delegato per ogni ambito territoriale ricompreso nei perimetri di Fondazione ovvero l'Ambito di Sesto, l'Ambito di Cinisello Balsamo, l'Ambito di Bollate e l'Ambito di Rho.

Sulla base del Regolamento le funzioni di base affidate al Comitato di gestione, sono:

- operare una lettura condivisa dei fenomeni-povertà nelle comunità di riferimento e delle risposte che si possono suscitare/sostenere nelle medesime;
- assumere le decisioni relative alle erogazioni da proporre alla deliberazione del CdA di FCNM per fronteggiare i bisogni individuati;

- svolgere attività di istruttoria sulle azioni/progetti di contrasto alle povertà
- accompagnare le diverse realtà territoriali nell'accesso al Fondo;
- organizzare incontri, call, tavoli di lavoro, scambi continui, quali strumenti di condivisione e conoscenza reciproca tra gli enti del territorio, al fine di favorire l'emersione, il potenziamento e la nascita di reti espressione del tessuto sociale, culturale ed economico del territorio;
- facilitare l'attività di promozione e diffusione del Fondo con azioni di comunicazione diretta e attraverso i canali e le reti dei diversi enti e soggetti coinvolti;
- garantire, ove possibile, un raccordo con la programmazione sociale territoriale (Piani di Zona) al fine di garantire i necessari livelli di informazione e condivisione, evitare sovrapposizioni, favorire coordinamento e collegamento con le esperienze locali.

Il Tavolo dei Partner strategici della Fondazione vede, oltre ai soggetti che compongono il Comitato, la partecipazione anche della rete degli Enti di Terzo Settore. Ha la finalità di individuare priorità di intervento e di favorire connessioni e azioni comuni tra le reti sociali attive sul territorio - può infatti fornire un contributo indispensabile sul piano conoscitivo, sia rispetto agli orientamenti progettuali delle organizzazioni coinvolte sia rispetto ai processi decisionali.

Nel mese di aprile del 2023 Fondazione ha avviato un percorso di co-progettazione con gli enti territoriali afferenti il territorio del Nord Milano, tra cui il Comune di Sesto San Giovanni, per individuare aree di bisogno specifiche sulle quali far convergere i propri sforzi e di finalizzare al meglio le risorse ricevute da Fondazione Cariplo.

L'area di intervento individuata è stata la cura dei soggetti fragili - in particolare anziani e disabili che vivono al domicilio e sono a rischio di isolamento sociale. L'esito del percorso sopra descritto si è concretizzato nella pubblicazione del bando "Comunità che cura - per la costruzione di un Welfare generativo di sostegno alle fragilità" finanziato da Fondazione Cariplo e co-finanziato dai seguenti soggetti: i Comuni del Garbagnatese per il tramite dell'azienda speciale consorile "Comuni Insieme", i Comuni del Rodense per il tramite dell'azienda speciali consortili "Sercop", i Comuni del Cinisellese per il tramite dell'azienda speciale consorile "Ipis - Iniseme per il Sociale". Il bando ha finanziato la realizzazione di attività, iniziative e percorsi che:

- promuovono innovazioni nelle attività di cura che valorizzino il concorso degli attori della comunità, favorendo l'accesso ai servizi e la qualità dei percorsi di cura destinati agli anziani, alle persone con disabilità, a componenti della comunità in situazioni di fragilità e vulnerabilità;
- stimolino connessioni e integrazioni tra interventi caratterizzati da un approccio comunitario e i servizi di cura per l'ageing e la disabilità o comunque a integrazione e diffusione di servizi e prassi già consolidate;
- offrano soluzioni che permettano di coinvolgere attivamente cittadini fragili/vulnerabili - tra cui anziani, persone con disabilità, persone a rischio di marginalità - nello sviluppo di relazioni comunitarie, in concorso con le realtà sociali e produttive del loro contesto territoriale.

Nel percorso di collaborazione illustrato:

- Fondazione Comunitaria 1) ha contribuito all'ammontare del Bando con risorse messe a disposizione da Fondazione Cariplo 2) ha concorso alla preselezione delle idee progettuali ritenute migliori e più adeguate al

conto 3) ha accompagnato il processo di coprogettazione 4) ha presentato i progetti selezionati nelle comunità locali al fine di promuovere una maggiore consapevolezza del loro valore sociale e attrarre ulteriori risorse 5) ha svolto le verifiche amministrative collegate alla rendicontazione finale dei progetti.

- I soggetti pubblici del territorio del Nord Milano 1) hanno contribuito con risorse proprie all'ammontare del Fondo Comune le cui risorse finanziarie il Bando 2) hanno partecipato alle fasi di valutazione per la selezione dei progetti verificando la loro coerenza con la programmazione zonale relativa alle politiche di welfare 3) hanno accompagnato il processo di coprogettazione 4) hanno concorso e concorreranno alla valutazione dei progetti, al monitoraggio in itinere e alla valutazione di impatto.

Sull'Ambito di Sesto San Giovanni è stato finanziato il progetto "Generare Azioni" presentato da Fondazione la Pelucca, in partnership con Auser Cologno e Ascolom APS. Le azioni promosse sono:

- potenziamento dello Sportello di Assistenza Familiare dell'Ambito (L.R. 15/15) attraverso attività di promozione e orientamento dell'utenza, supporto nella valutazione del bisogno.
- interventi formativi sul tema del decadimento cognitivo negli anziani e azioni di supporto ai caregiver e Assistenti familiari che si occupano di questa complessa casistica che non di rado presenta problemi comportamentali di non facile gestione.
- consegna al domicilio a persone anziane di alimenti e bevande, raccolte grazie alla collaborazione dei commercianti del territorio. La consegna del "pacchetto" è l'occasione per offrire, in particolare alle persone sole, un'occasione di incontro e di compagnia. Gli operatori coinvolti sono a disposizione delle persone/nuclei familiari individuati per offrire loro comprensione, supporto e aiuto anche nel disbrigo di piccole attività.

Nel mese di febbraio 2024 Fondazione, anche sulla base dell'esito positivo della coprogettazione "Comunità che cura" espresso da tutti i soggetti coinvolti nel percorso, ha promosso con il medesimo meccanismo il bando "Ti accompagnano a casa". L'ambito di intervento delle politiche abitative è stato individuato come prioritario dai Comuni del Garbagnate per il tramite dell'azienda speciale consortile "Comuni Insieme", i Comuni del Rodense per il tramite dell'azienda speciali consortili "Sercop", i Comuni del Cinisellese per il tramite dell'azienda speciale consortile "Ipis - Insieme per il Sociale" i Comuni di Sesto San Giovanni e Cologno Monzese.

Il bando è orientato alle seguenti priorità:

- Sostenere percorsi di accompagnamento sociale all'abitare rivolti specificamente a situazioni di vulnerabilità sociale (la cosiddetta "area grigia", distinta dalle situazioni di grave disagio e di emergenza abitativa), connessi a percorsi di accesso a nuove soluzioni abitative o di mantenimento della situazione attuale, a fronte del rischio di perdita della casa, in direzione di soluzioni di autonomia abitativa.
- Integrare l'iniziativa degli enti di terzo settore con le politiche pubbliche rivolte all'abitare sociale (social housing), in particolare promuovendo soluzioni innovative nell'integrazione tra politiche sociali e politiche per l'abitare.
- Sviluppare progettualità in grado di ricomporre le risorse del bando con altri interventi di contrasto alla vulnerabilità abitativa, sia in riferimento a specifici

contesti territoriali, che attraverso sviluppi sovra territoriali, attraverso il concorso di reti in grado di coinvolgere soggetti significativi rispetto al tema e al territorio individuato.

Si è deciso di valorizzare i progetti che prevedano:

- Azioni di *tutoring abitativo* in contesti di *Housing*, in particolare di tipo sociale, temporaneo (dove i soggetti detengono un patrimonio abitativo disponibile a tale misura). Saranno privilegiate le azioni di accompagnamento dell'abitare temporaneo, nella misura in cui coinvolgeranno il target di beneficiari individuato, evidenziando in modo puntuale un orientamento all'autonomia abitativa, oltre il solo accompagnamento a situazioni di emergenza.
- Gestione di "Doti" attribuite direttamente ai beneficiari, in connessione con percorsi di accompagnamento che accompagnino percorsi di transizione abitativa (es. copertura della prima mensilità per un nuovo affitto).
- Interventi che favoriscono il mantenimento dell'abitazione, attraverso il coinvolgimento dei proprietari degli alloggi.
- Iniziative che, evidenziando un valore aggiunto, si colleghino ad altre linee progettuali e bandi di finanziamento (es. recente Dg Regione Lombardia, *Housing sociale Cariplò*).

A conclusione del processo valutativo e di coprogettazione sul territorio dell'Ambito è stato finanziato il progetto "Abit-azioni" che promuove l'attivazione di una rete solidale a contrasto della povertà abitativa, in stretta collaborazione con l'associazionismo e la cittadinanza attiva nel territorio di Sesto San Giovanni e di Cologno Monzese, sia in quanto soggetti mobilitabili per attrarre nuove risorse abitative a canone calmierato, sia quali reti di supporto solidale per le famiglie e le persone in tensione abitativa a causa dei crescenti rischi di impoverimento. Destinatari diretti sono i cittadini che faticano a sostenere le spese di mantenimento della casa o di accesso alla casa. Oltre alla garanzia di forme di *tutoring* misto (operatori e volontari) e di misure miste di sostegno anche monetario (microcredito per l'abitare, dote casa a fondo perduto), si stima di dare impulso alla costituzione di un elenco aperto di locatari ad 'Affitto solidale', già promosso dal comune di Cologno. Il progetto ha avuto il contributo di Fondazione Comunitaria Nord Milano, ed è cofinanziato da Cooperativa Lotta contro l'Emarginazione (capofila) la Grande Casa, Fondazione Auprema. Questo nuovo intervento è uno dei due spin-off scaturiti dal progetto "Spazi per l'Abitare Sostenibile", a valere sul "Programma Contrasto alla povertà" - Linea 3: "Coprogettazione territoriale" di Fondazione Cariplò.

5. IL RAPPORTO CON IL TERZO SETTORE E IL DECRETO 72/2021

Il modello di programmazione e azione del Piano di Zona vede il coinvolgimento e la partecipazione attiva – possibilmente istituzionalizzata attraverso tavoli permanenti e altri strumenti di cooperazione individuati dal Piano di Zona – degli attori sociali che operano sul territorio (associazioni, sindacati, Enti di Terzo Settore, ecc.), che di fatto aiutano a veicolare nel sistema i bisogni e le criticità provenienti dalla società, co-progettando, coprogrammando e co-realizzando azioni innovative in sinergia con gli attori istituzionali.

Il sostanziale contributo del Terzo Settore alla costruzione delle risposte ai bisogni della persona e alle esigenze delle comunità nel nostro Paese trova storicamente riconoscimento normativo in particolare nelle Leggi 266 e 381 del 1991, nella Legge

383/2000, nelle sentenze della Corte costituzionale 75/1992 e 300-301/2003. Ma è con la Legge di riforma del Terzo Settore (Legge 106/2016, D.lgs. 117/2017 – cosiddetto Codice del Terzo Settore) e soprattutto la sentenza della Corte costituzionale 131/2020 che si riconosce il valore peculiare del ruolo che gli enti di Terzo Settore hanno per l'innovazione sia in termini di sostenibilità sia in termini di efficacia del sistema delle risposte ai bisogni della persona e delle comunità.

La sentenza riconosce l'importanza di “un canale di amministrazione condivisa, alternativo a quello del profitto e del mercato nell'ambito del quale le attività che si svolgono e si configurano come fasi di un procedimento complesso, espressione di un rapporto tra i soggetti pubblici e gli enti del Terzo Settore che non è semplicemente un rapporto sinallagmatico”.

La stessa sentenza riconosce che il rapporto tra Terzo Settore e Pubblica Amministrazione si basa su un'alleanza fondata “sulla convergenza di obiettivi e sull'aggregazione di risorse pubbliche e private per la programmazione e la progettazione, in comune, di servizi e interventi diretti a elevare i livelli di cittadinanza attiva, di coesione e protezione sociale, secondo una sfera relazionale che si colloca al di là del mero scambio utilitaristico” e che l'art. 55 del Codice Terzo Settore costituisce una possibile attuazione del principio costituzionale di sussidiarietà orizzontale (art. 118 della Costituzione).

L'articolo 55 del Codice del Terzo Settore definisce:

- la co-programmazione come pratica finalizzata all'individuazione, da parte della pubblica amministrazione, dei bisogni della comunità da soddisfare, degli interventi necessari da intraprendere e delle modalità per realizzarli, nonché delle risorse a disposizione per dare esecutività alle azioni previste;
- la co-progettazione come pratica finalizzata alla definizione ed eventualmente alla realizzazione di specifici progetti di servizio o di intervento finalizzati a soddisfare i bisogni definiti alla luce degli esiti della co-programmazione.

Viene dunque riconosciuto che gli enti pubblici, oltre agli strumenti competitivi (appalti), possono anche ricorrere agli strumenti collaborativi (co-programmazione e co-progettazione), ponendo sullo stesso piano il codice degli appalti e il codice del Terzo Settore, il tutto nel pieno rispetto delle norme eurocomunitarie.

Per tutelare la trasparenza a garanzia dell'uniformità di trattamento, per la co-programmazione, la co-progettazione e conseguente gestione, le pubbliche amministrazioni devono indire bandi pubblici per definire chi siano gli enti del Terzo settore ammessi a contribuire alle politiche pubbliche. In tali bandi viene pertanto richiesto, oltre che di comprovare di essere un Ets, di essere in possesso dei requisiti di onorabilità che autorizzano a intrattenere i rapporti con le amministrazioni e di competenze specifiche sui temi oggetto di co-programmazione o co-progettazione. Viene inoltre generalmente richiesto un elaborato iniziale con idee e proposte, così da selezionare soggetti in grado di contribuire adeguatamente al lavoro dei tavoli. Il bando deve inoltre specificare quale sarà il meccanismo di funzionamento di questi ultimi e, se si tratta di co-progettazione cui segue l'effettiva implementazione degli interventi, quali sono le risorse pubbliche messe a disposizione e con quali criteri e modalità verranno attribuite. Gli incontri devono essere verbalizzati a garanzia della trasparenza, sino ad un verbale conclusivo che raccoglie le decisioni assunte. Ad esito dei bandi si seleziona il soggetto o l'insieme

dei soggetti di Terzo settore che ha titolo a lavorare insieme alla pubblica amministrazione o per condividere la lettura dei bisogni e delle risorse e delle strategie di intervento (co-programmazione) o per progettare e eventualmente, quindi, gestire servizi e interventi coerenti con il quadro prima delineato (co-progettazione).

Non ultimo, il codice assegna alle forme collaborative un ruolo di inedito rilievo, tendendo quindi a renderle la modalità normale di rapporto tra enti pubblici e Terzo settore e non, come avviene in normative precedenti, uno strumento utilizzabile solo in circostanze specifiche come i servizi sperimentali e innovativi.

Il Programma Regionale di Sviluppo Sostenibile della XII legislatura riconosce "La funzione sociale dell'associazionismo e del Terzo Settore, nel favorire i processi inclusivi e nell'agevolare la lettura dei bisogni e la personalizzazione delle risposte a favore dei cittadini". Gli enti del Terzo Settore e più in generale l'associazionismo rappresentano infatti un capitale sociale ad alto valore aggiunto per rafforzare e accrescere la prossimità della rete dei servizi territoriali e il carattere inclusivo del territorio lombardo. Si fa riferimento sia all'azione degli enti che operano prevalentemente grazie al volontariato, espressione della cittadinanza attiva di giovani e adulti, sia alla realtà delle imprese sociali che gestiscono attività economiche in grado di generare non solo un valore economico ma anche un rilevante valore sociale in termini di occupazione, di inserimento lavorativo delle persone più a rischio di esclusione (ad esempio le persone con disabilità) di servizi per la cura e assistenza per le categorie più fragili.

Nel contesto della nuova triennalità 2025-2027 l'obiettivo è valorizzare i percorsi consolidatisi negli ultimi dieci anni, anche attraverso l'utilizzo degli strumenti forniti dalla nuova cornice normativa rappresentata dal Codice del Terzo Settore, che riformula e sistematizza i rapporti con gli ETS.

Nel triennio appena trascorso Regione Lombardia ha promosso in modo costante l'utilizzo della co-progettazione inserendola come elemento imprescindibile nella quasi totalità dei bandi di finanziamento ed è pertanto possibile formulare, oggi, alcune considerazioni circa l'utilizzo "intensivo" di tale strumento.

Il primo elemento che preme evidenziare è che il processo di lavoro sottostante all'attuazione di tale dispositivo prevede un notevole impegno di risorse da parte di tutti i soggetti coinvolti. La coprogettazione, infatti, se svolta correttamente, include diversi momenti di confronto articolati in più incontri con un conseguente investimento in termini di tempo e risorse. Non sempre l'impegno profuso da tutte le parti genera un prodotto di qualità tale da giustificare l'impegno.

Sarebbe probabilmente auspicabile, per il futuro, utilizzare una maggiore discrezionalità nella scelta di tale dispositivo - certamente ottimale per lo sviluppo di talune politiche e servizi - così da evitare la dispersione di risorse cercando di convergere gli sforzi laddove la coprogettazione può generare davvero un valore aggiunto.

CAPITOLO III

GLI OBIETTIVI DELLA PROGRAMMAZIONE 2025-2027

Il presente capitolo, che individua gli obiettivi della programmazione valevoli per il triennio 2025-2027, è strutturato in due differenti sezioni.

Nella prima sezione sono trattate le tre aree di intervento più strategiche del Piano di Zona: le politiche di contrasto alla povertà, l'attuazione della Legge 112 "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare" e il Supporto alla Domiciliarità. A rendere questi temi particolarmente centrali nella nuova programmazione sono diversi fattori:

- la dimensione economica e la portata delle risorse in campo;
- i cambiamenti normativi introdotti;
- il coinvolgimento di diversi livelli di governo nella programmazione e la connessione con strumenti di programmazione nazionali e regionali;
- l'innovazione introdotta sia in termini di prodotto sia di processo;
- l'elevato livello di gestione delle risorse in forma associata;
- la connessione con l'attuazione del LEPS.

Le misure di contrasto alla povertà hanno subito, negli ultimi anni, uno straordinario impulso che può essere così sinteticamente rappresentato:

- la definizione e attuazione dei LEPS relativi alla valutazione multidimensionale, definizione del progetto individualizzato e attivazione degli strumenti di inclusione sociale;
- il consolidamento di una misura unica nazionale di contrasto alla povertà;
- l'integrazione tra la dimensione locale, regionale, statale ed europea in termini di risorse disponibili per i sostegni economici e per il rafforzamento dei servizi e sistemi di presa in carico;
- la portata economica dei finanziamenti che negli ultimi anni ha avuto un sempre maggiore incremento;
- l'evoluzione della cornice metodologica che valorizza la multidimensionalità, la personalizzazione dell'intervento, la corresponsabilità dei servizi e beneficiari nella definizione del percorso di supporto e, last but not least, la condizionalità.

Il varo delle Legge 112/2016 ha rappresentato:

- un'opportunità straordinaria per mettere al centro dell'agenda politica e tecnica il tema del Dopo di Noi;
- un investimento economico a livello nazionale di ampia portata reso strutturale dall'istituzione di un apposito Fondo dedicato al tema;
- un'occasione per rileggere la filiera dei servizi residenziali con uno sguardo critico e prospettico;
- uno stimolo per gli operatori sociali e sanitari a ripensare le modalità di presa in carico della persona con disabilità rispetto alla definizione del progetto personalizzato (ex art 14 della Legge n. 328/2000);

- uno stimolo alla co-progettazione di soluzioni personalizzate con gli enti gestori.

Il supporto alla domiciliarità è un tema prioritario che nei prossimi anni assumerà un ruolo sempre più centrale e strategico: in questa area di intervento si assisterà ad un incremento della domanda anche in conseguenza delle caratteristiche demografiche del territorio che vedono un costante aumento della popolazione anziana e dell'elevato numero di famiglie monopersonali composte da over 65 e ad una sempre maggiore esigenza di personalizzazione delle risposte. I LEPS riferiti a questa area di policy:

- hanno l'obiettivo di qualificare, soprattutto attraverso lo strumento della valutazione multidimensionale e nella definizione del progetto di assistenza, la presa in carico dei cittadini in condizione di non autosufficienza che vivono al proprio domicilio.
- sono particolarmente complessi e la loro piena attuazione richiederà necessariamente un approccio graduale.
- richiedono un elevato livello di integrazione sociosanitaria.

In considerazione degli elementi sopra esposti, e nell'ottica di valorizzare l'esperienza di gestione maturata a livello territoriale, si è deciso di dedicare particolare spazio alla trattazione di questi tre temi dedicandovi una apposita sezione. L'obiettivo è di ripercorrere – anche cronologicamente – le tappe di lavoro, i risultati raggiunti, i punti di forza e di debolezza fino ad oggi individuati e di delineare gli sviluppi futuri. La chiave di lettura sarà incentrata sugli obiettivi conseguiti, sui cambiamenti generati e sull'attuazione dei LEPS a livello locale.

La seconda sezione invece sviluppa gli obiettivi, altrettanto prioritari, che si collocano in sostanziale continuità con la precedente programmazione, con una particolare attenzione alle aree di lavoro a forte integrazione sociosanitaria. Gli obiettivi sono stati individuati:

- privilegiando le azioni e gli interventi realizzati a livello di Ambito territoriale e non di singolo Comune;
- in coerenza con le indicazioni del programmatore regionale;
- in coerenza con le criticità e i bisogni individuati a livello territoriale;
- in coerenza con il set di dati evidenziati nel capitolo IV;
- in coerenza con la valutazione e con il livello di raggiungimento degli obiettivi definiti nel precedente triennio;
- evidenziando le aree di collaborazione con ATS e ASST Nord Milano e i possibili sviluppi;
- con il contributo dei Servizi Sociali comunali;
- in coerenza con le indicazioni contenute nelle Linee di indirizzo per la programmazione 2025-2027, elaborate dalla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità, e approvate con delibera di Giunta Regionale n. 2167 del 15.04.2024.

PRIMA SEZIONE

LE POLITICHE DI CONTRASTO ALLA POVERTÀ

Il presente capitolo si pone l'obiettivo di fornire un quadro analitico in merito alle politiche di contrasto alla povertà. Il tema è ampio e complesso ed è stato trattato attraverso differenti chiavi di lettura:

1. l'evoluzione del sistema normativo di riferimento: le risorse messe in campo dai differenti livelli di governo e le misure di contrasto alla povertà attivate dal 2017 ad oggi (caratteristiche e magnitudine);
2. la cornice metodologica che contraddistingue gli interventi: personalizzazione, multidimensionalità, corresponsabilità e condizionalità, attuazione dei LEPS, quali caratteristiche imprescindibili;
3. le progettualità dell'Ambito finanziate con le risorse nazionali ed europee;
4. il ruolo del Tavolo Povertà e la rete territoriale;
5. il sistema di presa in carico dell'utenza;
6. i Progetti di utilità collettiva (PUC) e il processo di valutazione dell'esperienza PUC in un campione di beneficiari;
7. il passaggio dal Reddito di Cittadinanza all'Assegno di Inclusione;
8. analisi dei punti di forza e di debolezza del percorso, grado di raggiungimento degli obiettivi della precedente programmazione, enucleazione delle prospettive ed individuazione degli obiettivi futuri.

Le pagine che seguono ripropongono le chiavi lettura sviluppate nel precedente documento di Programmazione zonale, integrate ed aggiornate con le ultime evoluzioni normative. Sono il frutto di un lavoro realizzato a più mani: oltre all'Ufficio di Piano ha, infatti, contribuito alla ideazione e stesura del documento l'équipe del Servizio di supporto prima ai beneficiari del Reddito di Cittadinanza poi dell'Assegno di Inclusione ed in particolare Silvia Arosio di Spazio Giovani Impresa Sociale, partner dell'Ambito nella gestione del Servizio.

1. ELEMENTI DI CORNICE DEL SISTEMA

Il sistema sociale degli interventi di contrasto alla povertà dal 2017 ad oggi è frutto di molteplici dimensioni politiche, metodologiche e di contesto da cui è necessario avviare la riflessione. Il cambiamento di prospettiva è introdotto con Legge 147/2017, che inserisce una misura unica nazionale di contrasto alla povertà partendo dal presupposto che la mancanza di reddito spesso non è la causa della povertà, ma il suo effetto; le cause invece possono essere diverse e, tipicamente, di natura multidimensionale. La norma prevede che l'erogazione del sostegno economico viene affiancata la condizionalità all'adesione a un progetto personalizzato di attivazione sociale e lavorativa. Punto di partenza è l'azione sulle cause con una progettazione personalizzata che individui i bisogni della famiglia, predisponga interventi appropriati e accompagni verso l'autonomia.

La legge sottolinea la necessità di costruire e implementare una rete tra servizi – sociali, sociosanitari e Centri per l'Impiego, prioritariamente – per farsi carico dei cittadini più fragili. Il cambiamento di prospettiva è sostanziale: al sostegno monetario si accompagna un vero e proprio patto, in cui si individuano gli obiettivi e i risultati attesi, i sostegni necessari forniti dai servizi e gli impegni assunti dai membri del nucleo. La regia è affidata al Servizio Sociale, nella logica della rete integrata dei servizi e del pieno coinvolgimento del Terzo settore, delle parti sociali e di tutta la comunità. Ciò pone l'attenzione su alcuni elementi di cornice che in questa sede pare opportuno evidenziare:

- l'integrazione tra la dimensione locale, regionale, statale ed europea in termini di misure e risorse disponibili e il rafforzamento dei servizi e dei sistemi di presa in carico, quale via necessaria e funzionale per progettare interventi consolidati, incisivi e di ampia portata.
- La portata economica dei finanziamenti in area di contrasto alla povertà, che negli ultimi anni ha avuto un sempre maggiore incremento, portando i servizi pubblici alla necessità di stringere forti partnership con il terzo settore al fine di sviluppare interventi di rete prospettici e incisivi.
- L'evoluzione della cornice metodologica di lavoro che mette al centro le persone e le famiglie, riconoscendo ai soggetti in difficoltà ulteriori opportunità di accesso alle prestazioni ed interventi caratterizzati da alcuni elementi essenziali:
 - multidimensionalità della valutazione del bisogno e delle criticità;
 - personalizzazione dell'intervento in una logica proattiva, di autonomizzazione delle persone;
 - corresponsabilità servizi/beneficiari nella definizione del percorso di supporto al bisogno.

Sempre più la logica si sposta verso una logica "sartoriale" di calibratura dell'intervento in base ai bisogni e a partire dalle risorse del singolo/nucleo.

- L'attuazione dei L.E.P.S. (Livelli Essenziali per le Prestazioni Sociali): con la legislazione che ha introdotto la misura nazionale di lotta alla povertà (L. 33/2017 sul Sostegno all'inclusione attiva, D.Lgs. 147/2017 sul Reddito di inclusione-REI, DL 4/2019 sul Reddito di Cittadinanza - Rdc; Decreto-Legge 4 maggio 2023, n. 48 convertito con modificazioni dalla L. 3 luglio 2023, n. 85 di Introduzione dell'Assegno di Inclusione) sono stati definiti formalmente alcuni livelli essenziali delle prestazioni non solo nella componente di trasferimento monetario, ma anche nella definizione di un vero e proprio diritto individuale alla presa in carico da parte dei servizi sociali o del lavoro. Inoltre, con la Legge 178/2020 (Legge di Bilancio per il 2021) è stato introdotto un Livello Essenziale delle prestazioni di assistenza sociale definito da un operatore ogni 5.000 abitanti e un ulteriore obiettivo di servizio definito da un operatore ogni 4.000 abitanti.
- La scissione tra l'ente erogatore del beneficio economico, ovvero INPS, che assume un ruolo determinante e centrale nel sistema e i Comuni ai quali spetta la gestione del sistema di presa in carico dei beneficiari, con un rafforzamento delle risorse esistenti attraverso finanziamenti appositamente dedicati.

Il coordinamento tra politiche territoriali, in particolare tra servizi sociali, Centri per l'impiego e servizi specialistici, si conferma un pilastro della governance sia a livello regionale, sia a livello locale. A tal fine, Regione Lombardia con DGR 3152/2020 identifica nei Piani di Zona la cornice che assicuri convergenza ed omogeneità a livello di programmazione e garantisca il rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni nel contrasto alla povertà per quel che riguarda gli interventi sociali. L'attenzione è nella risposta ai bisogni della persona considerata nella sua totalità e di riflesso al considerare non solo le sue fragilità, ma anche le sue risorse per un approccio proattivo e al contempo orientato all'integrazione.

A partire dalla Legge 147/2017 si delineano le direttive fondanti per i servizi in tema di povertà:

- presa in carico e progettazione territoriale: l'Ambito territoriale è individuato come il soggetto centrale per l'attuazione e l'attivazione delle politiche sociali, sul quale ricadono le risorse derivanti dalle diverse fonti di finanziamento;
- approccio multidimensionale per una presa in carico globale e al contempo mirata della persona e del nucleo familiare, che consenta di riflettere la complessità dei bisogni e la pluralità dei Fondi disponibili;
- sostegno e rinforzo agli interventi in una logica di integrazione di fondi e programmi;
- approccio “preventivo” per ridurre il rischio di scivolamento nella povertà di una crescente fascia di popolazione, con specifico riferimento alle nuove forme di vulnerabilità;
- graduale attuazione dei LEPS, la cui definizione è avvenuta attraverso diverse normative, per omogenizzare a livello nazionale i diritti esigiti

2. IL CONTRASTO ALLA POVERTÀ E IL SOSTEGNO ALLA VULNERABILITÀ: UN EXCURSUS STORICO

In Italia la Legge di stabilità 2016 (commi 386-390 della legge 208/2015) ha disegnato una serie di interventi e previsto più provvedimenti legislativi di riordino della normativa finalizzati all'introduzione di un'unica misura nazionale di contrasto alla povertà anche in ottemperanza a quanto richiesto dalle normative europee. Molto sinteticamente, la legge di stabilità 2016 ha previsto:

- la definizione di un Piano nazionale triennale per la lotta alla povertà e all'esclusione;
- l'istituzione del Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali;
- l'avvio di una misura nazionale di contrasto alla povertà, intesa come rafforzamento, estensione e consolidamento della Carta acquisti sperimentale – SIA;
- il riordino della normativa in materia di trattamenti assistenziali o comunque sottoposti alla prova dei mezzi, anche rivolti a beneficiari residenti all'estero, nonché in materia di accesso alle prestazioni sociali;
- la correlazione tra il reddito familiare del beneficiario e la soglia di povertà assoluta;
- lo stanziamento di risorse certe per la Lotta alla povertà e la loro quantificazione per il 2016 e gli anni successivi;
- infine, nelle more della definizione del Piano nazionale triennale per la lotta alla povertà e all'esclusione, ha esteso il SIA - Sostegno per l'Inclusione Attiva - a tutto il territorio nazionale secondo le modalità attuative indicate dal decreto del 26 maggio 2016.

Il SIA ha previsto l'erogazione di un beneficio economico (Carta SIA) alle famiglie in condizione di povertà con almeno un componente minorenne oppure con un figlio disabile, anche maggiorenne, o una donna in stato di gravidanza accertata. Il beneficio economico è erogato da INPS, la gestione delle domande a carico dei Comuni. Per godere del beneficio, il nucleo familiare del richiedente doveva aderire ad un progetto personalizzato di attivazione sociale e lavorativa sostenuto da una rete integrata di interventi individuati dai Servizi Sociali dei Comuni - coordinati a livello di Ambiti territoriali -, in rete con gli altri servizi del territorio. Il progetto, costruito insieme al nucleo familiare sulla base di una valutazione globale

delle problematiche e dei bisogni, coinvolgeva tutti i componenti, instaurando un patto tra servizi e famiglie che implica una reciproca assunzione di responsabilità e di impegni. Le attività potevano includere contatti con i servizi, la ricerca attiva di lavoro, l'adesione a progetti di formazione, la frequenza e l'impegno scolastico, la prevenzione e la tutela della salute. L'obiettivo era aiutare le famiglie a superare la condizione di povertà e riconquistare gradualmente l'autonomia.

A seguito dell'approvazione della Legge delega per il contrasto alla povertà e della pubblicazione del Decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147, attuativo della legge delega, dal 1° gennaio 2018 il SIA è stato sostituito dal Reddito di inclusione (REI). L'Italia, in linea con le direttive europee, ha avuto dunque per la prima volta nella sua storia una legge sulla povertà che ha introdotto una nuova misura unica omogenea su tutto il territorio nazionale. Nel 2018, per effetto della legge di bilancio 2018 (art. 1, commi, 190-197 e 199-200, legge 205/2017) la platea dei beneficiari del REI è stata estesa ed è stato incrementato il beneficio economico ad esso collegato. Il REI - che si pone in sostanziale continuità con il SIA - si articola in un beneficio economico erogato da INPS nella definizione di un progetto personalizzato aderente ai bisogni del nucleo familiare funzionale alla fuoriuscita dalla condizione di povertà. Al nucleo familiare beneficiario è richiesto di attivarsi sulla base di un progetto personalizzato condiviso con i servizi territoriali, per raggiungere l'autonomia.

Con la Legge di bilancio 2019 è stato abbandonato il progetto del REI in favore della Pensione di cittadinanza e del Reddito di cittadinanza, normati all'interno del Decreto-legge n. 4 del 28 gennaio 2019, convertito con modificazioni dalla Legge n. 26 del 28 marzo 2019. Il Reddito di Cittadinanza è definito come misura fondamentale di politica attiva a garanzia del diritto al lavoro, di contrasto alla povertà, alla diseguaglianza e all'esclusione sociale, nonché diretta a favorire il diritto all'informazione, istruzione, formazione attraverso politiche volte al sostegno economico e all'inserimento sociale dei soggetti a rischio di emarginazione nella società e nel mondo del lavoro. Tale beneficio assume la denominazione di Pensione di cittadinanza nel caso di nuclei familiari composti esclusivamente componenti di età pari o superiore a 67 anni. Tale misura introduce alcuni elementi specifici:

- la condizionalità: sottoscrizione da parte dei beneficiari della Dichiarazione di Immediata Disponibilità al lavoro (DID), adesione a un Patto per il Lavoro o a un Patto per l'Inclusione Sociale stipulato in caso di bisogni più complessi.
- La suddivisione della platea dei beneficiari in due grandi gruppi, ognuno afferente ad un servizio territoriale: Centro per l'Impiego o Servizi Sociali comunali.
- L'introduzione della figura dei navigator - professionisti di Anpal Servizi in forza al Centro per l'Impiego - per l'attuazione operativa dei Patti per il Lavoro.
- L'adesione obbligatoria ad un Progetto di Utilità Collettiva (PUC) da svolgersi per almeno 8 ore settimanali sul territorio del Comune di residenza.
- L'introduzione della piattaforma ministeriale GePI per la gestione dei Patti di Inclusione Sociale (PaIS) e dei relativi monitoraggi nonché per la gestione e rendicontazione dei Progetti di utilità collettiva.

Con il D.L. 4 maggio 2023, n. 48, convertito con modificazioni in Legge 3 luglio 2023, n. 85, sono introdotte nuove misure di inclusione sociale e lavorativa in sostituzione al Reddito di Cittadinanza: l'Assegno di Inclusione (ADI) e il Supporto Formazione

Lavoro (SFL), le quali mantengono l'elemento di condizionalità ma introducono significativi cambiamenti. L'ADI, istituito a partire dal 1° gennaio 2024, è destinato a nuclei laddove sussista la presenza di almeno un componente:

- con disabilità come definita ai sensi del regolamento di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 5 dicembre 2013, n. 159;
- minorenne;
- in condizione di svantaggio e inserito in un programma di cura e assistenza dei servizi sociosanitari territoriali certificato dalla pubblica amministrazione.
- con almeno sessanta anni di età.

Questo ultimo elemento consente l'emersione di una parte di popolazione beneficiaria in precedenza non intercettata, in quanto i percettori di Pensione di Cittadinanza non erano vincolati all'accesso al Servizio.

Di fronte a una sostanziale stabilità nella definizione dei requisiti economici di accesso all'ADI, vi è una sostanziale modifica dei criteri di residenza, che passa dai 10 anni previsti dal RdC, ai 5 anni con una conseguente ipotesi, dunque, di allargamento della popolazione straniera residente beneficiaria. La normativa ADI introduce inoltre (art 2 comma 2 paragrafo d) per il beneficiario dell'Assegno di inclusione, alcune restrizioni in termini di reati commessi e possibilità di accesso all'assegno.

All'art 6 comma 9 del DL 48/2023 è prevista, la prima volta, l'estensione dei servizi - precedentemente granatiti ai soli percettori della misura nazionale di contrasto alla povertà - anche ai non percettori se in condizione di disagio economico. Tale concetto è ribadito anche nelle Linee Guida per l'impiego della Quota Servizi del Fondo Povertà – annualità 2022 e 2023 - redatte dal Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali¹.

Il Supporto Formazione Lavoro, istituito dal 1° settembre 2023, è una misura di attivazione al lavoro destinata a componenti dei nuclei familiari compresi tra 18 e 59 anni con ISEE non superiore a 6.000 €. Esso consente l'accesso a un beneficio economico mensile di 350, euro per massimo 12 mesi, a fronte della stipula di un Patto di Servizio con il Servizio al lavoro competente, che preveda la partecipazione alternativa a quattro tipologie di progetti: a) progetti di formazione, di qualificazione e riqualificazione professionale, b) attività di politica attiva, percorsi di orientamento e accompagnamento al lavoro, c) progetti utili alla

¹ I destinatari finali degli interventi sono:

- i nuclei familiari ex beneficiari del Reddito di cittadinanza che stanno ancora ricevendo interventi e servizi previsti dal PalS sottoscritto antecedentemente al 31 dicembre 2023 (.....). In merito agli ex beneficiari RdC si rileva che è ammessa la prosecuzione degli interventi di inclusione sociale nel caso fossero già previsti o rappresentino una naturale prosecuzione del Patto di Inclusione Sociale, già stipulato con il beneficiario. In questi casi, la spesa che ne deriva, può essere posta a carico della Quota Servizi del Fondo Povertà.
- i nuclei familiari e gli individui beneficiari dell'Assegno di Inclusione (ADI);
- nuclei familiari e gli individui che si trovino in simili condizioni economiche, in possesso di attestazione ISEE non superiore a 9.360 euro per i quali sussista una "presa in carico sociale" come definita con decreto del Ministero del Lavoro ovvero: "Funzione esercitata dal servizio sociale professionale in favore di una persona o di un nucleo familiare in risposta a bisogni complessi che richiedono interventi personalizzati di valutazione, consulenza, orientamento, attivazione di prestazioni sociali, nonché attivazione di interventi in rete con altre risorse e servizi pubblici e privati del territorio, al fine di identificare percorsi di accompagnamento verso l'autonomia";
- i beneficiari del Supporto Formazione e Lavoro (SFL) per l'attuazione dei PUC.

collettività, d) servizio civile universale.

I Progetti di Utilità Collettiva rimangono quale ambito di esercizio dell'obbligatorietà di attivazione sociale per chi non è escluso (SFL, ADI con obblighi di attivazione sociale) con le stesse caratteristiche del RdC, ma con l'introduzione della possibilità, per i soli beneficiari ADI, di adesione ad un catalogo di progetti di volontariato da svolgersi presso Enti del terzo Settore che siano più flessibili in termini di monte ore complessivo. Tale elemento rappresenta una grossa novità in quanto consente di strutturare progettualità sempre più mirate ai bisogni del tessuto locale, e alle caratteristiche dei beneficiari in termini di risorse attivabili.



3. IL QUADRO DELLE RISORSE E LE PROGETTAZIONE DI AMBITO

Il presente paragrafo mostra il quadro delle risorse per il contrasto alla povertà con un affondo mirato, per ogni fonte di finanziamento, alla sua strutturazione operativa e declinazione progettuale a livello di Ambito.

3.1. LE RISORSE EUROPEE: IL PROGRAMMA PON INCLUSIONE

Per assicurare una presa in carico integrata e multidimensionale delle persone in condizione di bisogno i Comuni e l'Ambito hanno dovuto:

- acquisire adeguate professionalità;
- rafforzare la capacità di operare in rete con altri soggetti pubblici, privati e del terzo settore;
- ripensare il modello organizzativo dei servizi e attivare misure rivolte ai componenti dei nuclei familiari beneficiari del sostegno economico.

Il Programma PON è stato la “palestra” nel quale sperimentare servizi e interventi poi stabilizzati grazie alle risorse della Quota Servizi Fondo povertà. In sintesi le attività finanziate:

- Avviso 3/2016 (euro 227.424): grazie alle risorse è stato strutturato il “Servizio sperimentale di supporto all'inclusione socio lavorativa per gli utenti beneficiari del sostegno di inclusione attiva (SIA) e reddito di inclusione (REI)”— anni 2019-2020, definito un protocollo di collaborazione con Afol Metropolitana per gestione dei percorsi di presa in carico in collaborazione con gli operatori comunali referenti SIA/REI, ed infine sono state potenziate le risorse educative presenti in organico nei Servizi Sociali del Comune di Sesto San Giovanni (2 operatori). In totale, con le risorse del PON Inclusione, sono stati presi in carico più di 500 beneficiari in stato di disoccupazione, con i relativi nuclei familiari.
- Avviso 1/2019-PAIS: la progettualità a valere sull'avviso si pone in sostanziale

in sostanziale continuità con quanto promosso con l'Avviso 3/2016. L'Ambito di Sesto ha stipulato un accordo di collaborazione con AFOL Metropolita – Centro per l'Impiego finalizzata a supportare percorsi di presa in carico integrati rivolti ai beneficiari del Reddito di Cittadinanza, grazie al rinforzamento del raccordo tra Servizi per l'attivazione dei percorsi di supporto individualizzati o favore di piccoli gruppi di utenti. Con L'Avviso 1/2019-PAIS sono stati presi in carico 80 beneficiari.

- "PON 2014-202 REACT-EU" - AVVISO 1/2021 PRINS: il progetto prevede la presa in carico di persone/nuclei familiari in precarietà abitativa (persone inserite nei Servizi Abitativi Transitori e persone che attendono di essere inserite) offrendo loro un sostegno sociale, educativo, di consulenza giuridica e legale, di mediazione culturale e di supporto all'inserimento lavorativo con l'obiettivo di aumentare i livelli di autonomia socioeconomica, promuovendo l'empowerment dei nuclei. Il finanziamento ha portato alla strutturazione del "Servizio di supporto all'inclusione sociale di persone in precarietà abitativa", la cui equipe multidisciplinare (una per ogni Comune, che include Assistente sociale - Case Manager, educatore area lavoro e educatore socio-abitativo, una psicologa e i mediatori linguistico-culturale) accompagna le persone e i nuclei lungo tutto il percorso e supporta, con personale sociale ed educativo, esperienze di coabitazione presso appartamenti messi a disposizione dalle Amministrazioni Comunali. Una quota del fondo è stata investita per l'allestimento di due appartamenti che le Amministrazioni Comunali/Aler hanno destinato all'abitare transitorio. Il progetto ha previsto la presa in carico di nuclei ospitati da parenti o prossimi allo sfratto esecutivo, oppure persone in condizione di grave marginalità prive di un alloggio stabile.

Gli ospiti che accettano di aderire alla proposta di coabitazione devono siglare un patto educativo che prevede la partecipazione ad un percorso individualizzato di accompagnamento e di mediazione lavorativa. L'accoglienza è temporanea (tre mesi) e rinnovabile se coerente con la progettazione individualizzata.

Quanto sperimentato con le risorse del Fondo PrInS ha trovato continuità e prosecuzione con il Fondo Povertà - Grave Marginalità sotto descritto.

3.2. IL FONDO PER LA LOTTA ALLE POVERTÀ

Le risorse nazionali a cui gli Ambiti territoriali e le Amministrazioni comunali possono accedere in termini di contrasto alla povertà sono molteplici, tra esse si citano il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali e il Fondo per la lotta alla Povertà e all'esclusione sociale, suddiviso in tre quote:

Il Potenziamento dei Servizi Sociali:

La Legge 178/2020 (Legge di Bilancio per il 2021) ha introdotto un livello essenziale delle prestazioni di assistenza sociale definito da un operatore ogni 5.000 abitanti e un ulteriore obiettivo di servizio definito da un operatore ogni 4.000 abitanti. In quest'ottica, ai fini di potenziare il sistema dei servizi sociali comunali, ha previsto l'erogazione di un contributo economico strutturale, a valere sul Fondo Povertà, a favore degli Ambiti territoriali perché il numero di assistenti sociali in proporzione ai residenti si mantenga sopra le soglie previste dalla normativa così determinato:

- 40.000 euro annui per ogni assistente sociale assunto a tempo indeterminato dall'Ambito, ovvero dai Comuni che ne fanno parte, in

- termini di equivalente a tempo pieno, in numero eccedente il rapporto di 1 a 6.500 abitanti e fino al raggiungimento del rapporto di 1 a 5.000;
- 20.000 euro annui per ogni assistente sociale assunto in numero eccedente il rapporto di 1 a 5.000 abitanti e fino al raggiungimento del rapporto di 1 a 4.000.

A tale fine, al successivo comma 798, ha stabilito che entro il 28 febbraio di ogni anno, ciascun Ambito territoriale, anche per conto dei Comuni appartenenti allo stesso, invii al Ministero del lavoro e delle politiche sociali un prospetto riassuntivo che indichi, per il complesso dell'Ambito e per ciascun Comune, con riferimento all'anno precedente e alle previsioni per l'anno corrente: a) il numero medio di assistenti sociali in servizio nell'anno precedente assunti dai Comuni che fanno parte dell'Ambito o direttamente dall'Ambito, con riferimento al personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, secondo la definizione di equivalente a tempo pieno, effettivamente impiegato nei servizi territoriali e nella loro organizzazione e pianificazione; b) la suddivisione dell'impiego degli assistenti sociali per area di attività. L'Ambito di Sesto San Giovanni ha potuto rinforzare la propria struttura in modo progressivo ma costante:

- Assistenti Sociali in servizio nel 2020: Sesto San Giovanni 12,76 - Cologno Monzese 9,82;
- Assistenti Sociali in servizio nel 2024: Sesto San Giovanni 16,83 - Colgono Monzese 11,74.

Quota Servizi Fondo Povertà:

La quota, assegnata annualmente, è destinata a garantire il graduale raggiungimento dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali. Una parte è destinata a coprire l'erogazione dei benefici economici erogati da INPS, un'altra (prima 15 poi 20% a partire dal 2020) è destinata a finanziare la "Quota Servizi", e una minor parte agli interventi e servizi per le persone in condizioni di povertà estrema e senza fissa dimora.

Con l'adozione del Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2021-2023 vengono specificati alcuni principi cardine base fondante di un primo gruppo di LEPS. Gli assi metodologici sono:

- un approccio fondato sull'accesso, la valutazione multidimensionale della persona, la presa in carico e la definizione di un progetto individualizzato che indica i sostegni necessari alla persona, finalizzati ad acquisire la massima autonomia;
- una forte attenzione alla sinergia e alla collaborazione tra settori diversi poiché l'integrazione e il superamento di logiche settoriali è condizione necessaria affinché la presa in carico possa offrire alla persona opportunità diversificate per realizzare percorsi di autonomia;
- la necessità di consolidare e standardizzare i servizi.

L'Ambito di Sesto, in coerenza con le priorità di intervento definite a livello nazionale e ribadite da Regione Lombardia, ha utilizzato il budget assegnato nelle differenti annualità come di seguito sintetizzato.

Annualità	Importo assegnato	Utilizzo - Attività finanziate
FONDO 2018	€ 518.038,86	<p>Finanziamento del Servizio di Supporto ai Cittadini beneficiari del SIA - REI.</p> <p>1) Risorse per il "Rafforzamento del Servizi Sociale professionale per la presa in carico inclusa la componente sociale della valutazione multidimensionale" attraverso l'inserimento di nuove Assistenti Sociali interamente dedicate agli utenti beneficiari del REI;</p> <p>2) rafforzamento degli interventi per l'inclusione ed in particolare sostegno socioeducativo domiciliare o territoriale, incluso il supporto nella gestione delle spese e del bilancio familiare.</p> <p>Adeguamento dei sistemi informativi dei Comuni.</p>
FONDO 2019	€ 607.884,00	<p>Finanziamento del Servizio di Supporto ai Cittadini beneficiari del Reddito di Cittadinanza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prestazioni di servizio sociale; • interventi educativi rivolti ad adulti e minori, individuali e di gruppo; • interventi di sostegno psicologico; • coordinamento; • gestione dei Progetti di Utilità collettiva (PUC) e tutoraggio educativo; • supporto progettazione e monitoraggio. <p>Finanziamento del Servizio di Supporto ai cittadini in condizione di disagio economico e in precarietà abitativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prestazioni di servizio sociale; • interventi educativi rivolti ad adulti; • supporto psicologico; • riattivazione lavorativa e gestione del budget familiare; • mediazione linguistica e culturale; • supporto ai percorsi di coabitazione e co-housing.
FONDO 2020	€ 1.019.617,44	<p>Finanziamento del Servizio di Supporto ai Cittadini beneficiari del Reddito di Cittadinanza/Assegno di inclusione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prestazioni di servizio sociale; • interventi educativi rivolti ad adulti e minori, individuali e di gruppo; • interventi di sostegno psicologico; • coordinamento; • gestione dei Progetti di Utilità collettiva (PUC) e tutoraggio educativo; • supporto progettazione e monitoraggio; • supporto alla gestione della rete dei soggetti impegnati a livello locale nel contrasto alla povertà. <p>Avvio del servizio di "Pronto Intervento Sociale" (in programmazione).</p>
FONDO 2021	€ 1.044.937,86	<ul style="list-style-type: none"> • Finanziamento del Servizio di Supporto ai Cittadini beneficiari dell'Assegno di inclusione: • prestazioni di servizio sociale; • interventi educativi rivolti ad adulti e minori, individuali e di gruppo; • psicologico; • coordinamento; • gestione dei PUC e tutoraggio educativo; • supporto progettazione e monitoraggio; • supporto alla gestione della rete dei soggetti impegnati a livello locale nel contrasto alla povertà.

FONDO 2022	€ 915.910,57	<p>Finanziamento del Servizio di Supporto ai Cittadini beneficiari dell'Assegno di inclusione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prestazioni di servizio sociale; • interventi educativi rivolti ad adulti e minori, individuali e di gruppo; • interventi di sostegno psicologico; • coordinamento; • gestione dei Progetti di Utilità collettiva (PUC) e tutoraggio educativo; • supporto progettazione e monitoraggio; • supporto alla gestione della rete dei soggetti impegnati a livello locale nel contrasto alla povertà. <p>Finanziamento del Servizio di Supporto ai cittadini in condizione di disagio e economico e in precarietà abitativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prestazioni di servizio sociale; • interventi educativi rivolti ad adulti; • supporto psicologico; • riattivazione lavorativa e gestione del budget familiare; • mediazione linguistica e culturale; • supporto ai percorsi di coabitazione e co-housing. <p>Servizio di "Pronto Intervento Sociale" (in programmazione)</p>
FONDO 2023	€ 902.281,29	<p>Ancora da utilizzare. Il fondo sarà destinato alle seguenti attività. Finanziamento del Servizio di Supporto ai Cittadini beneficiari dell'Assegno di inclusione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prestazioni di servizio sociale; • interventi educativi rivolti ad adulti e minori, individuali e di gruppo; • interventi di sostegno psicologico; • coordinamento; • gestione dei Progetti di Utilità collettiva (PUC) e tutoraggio educativo; • supporto progettazione e monitoraggio; • supporto alla gestione della rete dei soggetti impegnati a livello locale nel contrasto alla povertà. <p>Finanziamento del Servizio di Supporto ai cittadini in condizione di disagio economico e in precarietà abitativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prestazioni di servizio sociale; • interventi educativi rivolti ad adulti; • supporto psicologico; • riattivazione lavorativa e gestione del budget familiare; • mediazione linguistica e culturale; • supporto ai percorsi di coabitazione e co-housing. <p>Servizio di "Pronto Intervento Sociale" (in programmazione)</p>

Tabella 1 - Risorse Quota Servizi Fondo Povertà Assegnate all'Ambito di Sesto

Le Risorse sopra descritte sono, come evidenziato, finalizzate al raggiungimento e all'attuazione dei seguenti LEPS:

- Rafforzamento del Servizio sociale professionale per la presa in carico.
- Servizi per l'accesso, valutazione multidimensionale e definizione progetto personalizzato.
- Rafforzamento degli interventi di inclusione sociale: Sostegno socioeducativo domiciliare o territoriale, incluso il supporto nella gestione delle spese e del bilancio familiare; Assistenza domiciliare socioassistenziale e servizi di prossimità; Sostegno alla genitorialità e servizio di mediazione

familiare; Servizio di mediazione culturale; Supporto alla partecipazione ai PUC.

- Rafforzamento degli interventi di presa in carico lavorativa (es. Tirocini di inclusione).
- Adeguamento dei sistemi informativi dei Comuni.
- Pronto intervento sociale PIS - di prossima realizzazione come indicato nella sezione: gli obiettivi del triennio di programmazione 2025 - 2027.

Fondo Povertà Estreme

Alcuni servizi e interventi di contrasto alla povertà hanno specificità tali da non esaurirsi nel modello sinora illustrato: è il caso in particolare dei senza dimora e, più in generale, di chi è in povertà estrema la cui complessità del bisogno può esser tale da richiedere apposite strategie di accompagnamento, di intensità e specializzazione non immaginabili nella generalità dei progetti.

A questi interventi è destinata a livello nazionale una quota del Fondo Povertà sulla base del modello concordato in sede di Conferenza Unificata volto a promuovere politiche dell'housing first.

La prima annualità del fondo (di euro 58.778) è stata gestita separatamente dai Comuni di Sesto e Cologno. Il Comune di Sesto ha elaborato un protocollo di collaborazione con le organizzazioni del volontariato impegnate negli interventi di contrasto alla grave marginalità per supportare le seguenti attività:

- ascolto e orientamento
- distribuzione di cibo e di pacchi viveri attraverso la rete di distribuzione già strutturata;
- supporto alle unità di strada per i senza fissa dimora in particolare nei mesi invernali – che provvedono alla distribuzione di coperte, abiti e scarpe e bevande.

Il Comune di Cologno ha utilizzato la sua quota per l'inserimento di persone in dormitori e strutture di prima accoglienza.

A fine 2022 è stata incaricata Croce Rossa Italiana di implementare una unità mobile e acquistare e rendere agibile un prefabbricato di legno al fine di dare ospitalità temporanea fino a 4 persone, valorizzando il presidio notturno dell'equipe del 118. L'accordo con Croce Rossa è stato di agire sui territori di Sesto San Giovanni e Cologno Monzese ed è stato facilitato dal fatto che la sede è al confine con i due Comuni.

In termini di target vi è stata una significativa: gli interventi illustrati sinora sono stati rivolti al target indicata ai sensi dell'art. 5, comma 1 del D.M. n.155, ovvero coloro che:

- vivono in strada o in sistemazioni di fortuna;
- ricorrono a dormitori o strutture di accoglienza notturna;
- sono ospiti di strutture, anche per soggiorni di lunga durata, per persone senza dimora;
- sono in procinto di uscire da strutture di protezione, cura o detenzione, e non dispongono di una soluzione abitativa.

Nel precedente Piano di Zona era stata evidenziata una scarsa presenza sul territorio di utenza con le caratteristiche sopra richiamate nonché l'impatto della

vicinanza a Milano, che vanta importanti dotazioni di servizi per i senza tetto e per le persone in condizioni di grave marginalità. Per aumentare la portata degli interventi è stato necessario assumere a riferimento la classificazione del target proposta da ETHOS, Classificazione europea dei Senza Dimora e dell'esclusione abitativa sviluppata da FEANTSA, che prevede una revisione in senso estensivo delle definizioni esistenti di senza dimora ovvero:

- senza tetto (senza riparo di alcun genere, dormendo in modo approssimativo)
- senza casa (con un posto dove dormire ma temporaneamente nelle istituzioni o nei rifugi)
- sistemazioni insicure (minacciati di grave esclusione a causa di tenute insicure, sfratti, violenza domestica)
- sistemazioni inadeguate (in roulotte su campeggi illegali, in alloggi inadeguati, in sovraffollamento estremo).

Nel 2023 è avvenuto un importante cambiamento nella strategia di gestione del Fondo. I Comuni di Sesto e Colgono hanno stabilito di gestire il Fondo grave marginalità in forma associata e collaborando con le associazioni di volontariato già operati sul territorio dell'Ambito nelle aree di intervento previste dal DL 174/17 e DL 55/18. Gli interventi attivati hanno nel triennio avuto una significativa evoluzione metodologica grazie al coinvolgimento del Tavolo Povertà in ottica di coprogettazione e cogestione del Fondo Grave Marginalità.

Nel mese di maggio 2023 il Comune di Sesto, in qualità di capofila dell'Ambito, ha pubblicato un avviso per l'acquisizione di manifestazione di interesse da parte di organizzazioni di volontariato e di promozione sociale per la realizzazione di interventi a favore di persone in condizione di povertà estrema e senza dimora per un valore complessivo di € 102.557,70. Tre le linee finanziabili:

- LINEA 1. Per la sperimentazione della integrazione tra interventi infrastrutturali, riguardanti le strutture abitative e sociosanitarie e misure di sostegno alle persone senza dimora nel percorso verso l'autonomia, con particolare riferimento alla promozione, nell'ottica dell'approccio housing first, di un modello strategico integrato che preveda azioni trasversali sulle diverse dimensioni che alimentano la condizione di povertà.
- LINEA 2. Per la prevenzione della condizione di senza dimora intervenendo nella fase di de-istituzionalizzazione delle persone a rischio di emarginazione, potranno essere finanziati;
- LINEA 3. Per quanto concerne gli interventi di pronto intervento sociale volti al rafforzamento dei servizi a bassa soglia quali la distribuzione di beni di prima necessità e di altri beni materiali nell'ambito di progetti di accompagnamento all'autonomia.

Per ciascuna associazione che ha manifestato il proprio interesse è stata sottoscritta una convenzione e sono stati erogati contributi di €10.000. Le associazioni sono state affiancate dall'Ufficio di Piano, nella figura di un tutor, nella fase di progettazione e di rendicontazione. I progetti presentati sono stati 10 (descritti al paragrafo: 4.2." I progetti del fondo grave marginalità promossi in partnership con l'ambito territoriale").

Infine le risorse del Fondo 2021 (una quota) e 2022 sono state utilizzate per finanziare, nell'anno 2024, attività di Supporto all'inclusione e al recupero di persone in precarietà abitativa e senza fissa dimora, attraverso la presa in carico da parte di

un'equipe multi-professionale che ha offerto loro un sostegno sociale, educativo, di consulenza giuridica e legale, di mediazione culturale e di supporto all'inserimento lavorativo con l'obiettivo di aumentare i livelli di autonomia socio economica, promuovendo l'empowerment dei nuclei segnalati; sono stati inoltre supportati percorsi di coabitazione.

Fondo Care Leavers

Nell'Ambito del Fondo Povertà rientra, infine, la sperimentazione del Progetto Care Leavers, che ha come protagonisti i ragazzi e le ragazze che, al compimento della maggiore età, vivono fuori dalla famiglia di origine sulla base di un provvedimento dell'Autorità Giudiziaria con l'obiettivo di accompagnarli all'autonomia attraverso i supporti necessari per consentire loro di costruirsi gradualmente un futuro e di diventare adulti. Il progetto per l'autonomia ha durata triennale e accompagna i beneficiari fino al compimento del ventunesimo anno di età.

Il Tutor per l'autonomia è la figura individuata per sostenere le finalità e gli obiettivi della sperimentazione nazionale e dei progetti individualizzati. Il tutor si integra nella rete di relazioni del ragazzo e della ragazza, collabora con l'assistente sociale e favorisce la realizzazione delle azioni previste nel progetto individualizzato.

Nell'ambito delle risorse nazionali si cita inoltre il Programma G.O.L. Garanzia Occupabilità Lavoratori, a titolarità del Ministero del Lavoro la cui attuazione è connessa al Piano di potenziamento dei Centri per l'Impiego e al Piano nazionale nuove competenze. Il programma prevede attività differenziate di aggiornamento o riqualificazione professionale, acquisizione di competenze digitali destinate a persone disoccupate, percettori di ammortizzatori sociali e lavoratori fragili e vulnerabili, donne in situazione di svantaggio, giovani NEET, over 55, persone disabili e lavoratori con reddito molto basso. Le azioni del Programma si sono interconnesse con le azioni del Servizio RdC/ADI per lo sviluppo degli obiettivi dei Patti di Inclusione Sociale e dei Patti per il Lavoro.

LEPS	Normativa	Atto di programmazione	Fonte di finanziamento
Misura unica nazionale di contrasto alla povertà (SIA, REI, Reddito di cittadinanza ora Assegno di Inclusione (ADI)	D.L 147/2017 D.L. n.4/2019 D.L. n. 48/2023	Piano nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà	Fondo per RdC e ADI
Pronto Intervento sociale	Legge n. 234/2021, art. 1, comma 170	Piano nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà	Fondo Povertà, PON Inclusione
Valutazione multidimensionale e progetto personalizzato	D. Lgs. n.147/2017 artt. 5 e 6	Piano nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà	Fondo Povertà, FNPS, PON inclusione
Servizi per l'accesso, la valutazione e i sostegni da individuare nel progetto individualizzato	D. Lgs. n.147/2017 art.7	Piano nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà	Fondo Povertà, PON Inclusione

<i>Presa in carico sociale/lavorativa (patto per l'inclusione sociale e lavorativa)</i>	D.L. 28 gennaio 2019, n. 4. <i>Disposizioni urgenti in materia di reddito di cittadinanza e di pensione - art. 4, c. 14</i>	<i>Piano nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà</i>	Fondo Povertà, PON Inclusione
<i>Servizi per la residenza fittizia</i>	<i>La definizione di livello essenziale è riportata nelle schede indicate al Piano lotta alla povertà che cita come norma di riferimento la Legge n. 1228/1954 art. 2 e il Dpr 223/1989</i>	<i>Piano nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà</i>	Fondo Povertà, PON Inclusione

Tabella del L.E.P.S. riferiti all'area delle povertà e grave marginalità

4. IL TAVOLO POVERTÀ E IL RUOLO DELLA RETE TERRITORIALE

Il territorio italiano, come quello dell'Ambito, vede impegnati nelle politiche di contrasto alla povertà un elevato numero di organizzazioni, realtà del privato sociale e del volontariato che intercettano molteplici target e bisogni e svolgono un intenso lavoro di erogazione di aiuti, ascolto ed accompagnamento. Nel precedente Piano di Zona era stata messa in evidenza una criticità relativa alla comunicazione e allo scambio tra le Amministrazioni Comunali e le agenzie territoriali anche a causa dell'assenza sul territorio di un luogo di interlocuzione stabile e strutturato finalizzato al raccordo, approfondimento, integrazione e progettazione sul tema della povertà e dell'emarginazione. Era stato, inoltre, evidenziato come la specificità degli interventi e delle prestazioni confinasse spesso i diversi attori dentro limiti di azione prestabiliti e immutabili in una cornice di assenza di strategie di raccordo stabili e formalizzate.

Per far fronte a tale criticità il precedente Piano evidenziava come obiettivo prioritario l'aumento del livello di integrazione esistente tra il Servizio RdC e le risorse del territorio lungo tre direttive:

- in ottica di sistema, con la strutturazione di un sistema di dialogo e un tavolo di confronto periodico;
- nella gestione di percorsi individualizzati condivisi a favore degli utenti, con la strutturazione di micro-equipe sui casi in ottica di massimizzare l'efficacia e ridurre il dispendio di risorse, allungando le reti di collaborazione sul caso in itinere e in prospettiva;
- nella definizione della platea degli esclusi dalle misure di sostegno al reddito, evidenziandone caratteristiche e aree di bisogno al fine di definire possibili strategie condivise di azione, intercettazione ed intervento.

Per raggiungere tale obiettivo prioritario si è lavorato per la strutturazione di un organismo di partecipazione denominato Tavolo Povertà, che si ritrovasse periodicamente alla presenza del terzo settore locale e di rappresentanti dei Servizi Comunali, con il coordinamento dell'Ufficio di Piano.

4.1. IL TAVOLO POVERTÀ: FASI DI LAVORO E OBIETTIVI

Il primo incontro del Tavolo si è svolto nel mese di novembre 2021; si sono tenuti 4 incontri nell'anno 2022, 5 incontri nell'anno 2023 e 5 nell'anno 2024. Il Tavolo vede una partecipazione costante di una ventina di membri, facenti parte dei Servizi Sociali di entrambi i Comuni, del Servizio di Inclusione per beneficiari ADI, dell'associazionismo e del terzo settore di entrambi i comuni (Croce Rossa Italiana, Caritas Decanale nelle sue varie declinazioni parrocchiali, Caritas Salesiani, Sorgente di Vita, Creare Primavera, San Vincenzo, Auser Cologno) e ha previsto anche la partecipazione estemporanea di referenti di specifici settori/servizi comunali o associazioni al fine di approfondire specifiche tematiche o presentare servizi/progetti. Il Tavolo ha lavorato al fine di raggiungere i seguenti obiettivi:

- favorire la conoscenza tra i partecipanti: i primi incontri sono stati dedicati alle presentazioni delle attività promosse dai diversi enti grazie alla predisposizione e compilazione di una apposita scheda di raccolta al fine di creare una banca informativa dei servizi offerti dal territorio.
- Avviare un osservatorio territoriale sulle povertà: è stato chiesto ai partecipanti di presentare la propria attività evidenziando le caratteristiche delle persone che accedono e come sono cambiati i loro bisogni nel tempo. Le domande sono state impostate per indagare i seguenti elementi:
 - caratteristiche delle persone che si rivolgono ai servizi ed eventuali cambiamenti;
 - bisogni posti dall'utenza e bisogni rilevati;
 - livello di gravità e di cronicità delle problematiche.
- Far conoscere alla rete territoriale il Servizio del Reddito di Cittadinanza, diventato nel 2024 Servizio ADI, sia presentando le misure nel dettaglio sia accompagnando la fase di transizione. A fine 2023, nella fase di passaggio dal Reddito di Cittadinanza all'Assegno di inclusione, è stato strutturato un punto di accoglienza fisico e telefonico per i cittadini e per organizzazioni interessate a ricevere informazioni e chiarimenti in merito alla nuova normativa. Tale lavoro di connessione ha consentito non solo una conoscenza e una condivisione di informazioni tecniche e no, utili anche ai membri del Tavolo per orientare i propri utenti, ma anche operativa rispetto ai percorsi di presa in carica dei percettori.
- Fornire per alcune specifiche situazioni al bisogno un luogo di confronto puntuale ed operativo, in particolare su nuclei familiari multiproblematici, all'interno del quale evidenziarne i nodi critici delle progettualità personalizzate, ipotizzare e ricercare possibili strategie di intervento in rete.
- Promuovere all'interno della rete territoriale i PUC (Progetti di Utilità Collettiva) previsti dalla normativa RdC e poi ADI/SFL quali strumento di inclusione sociale e riattivazione comunitaria. Per entrambe le misure RdC e ADI è stato svolto un lavoro di illustrazione della normativa e dello strumento dedicando attenzione alla possibilità da parte del terzo settore locale di presentare progettualità finalizzate a supportare l'attuazione dei PUC ed ospitare i beneficiari. Nello specifico è stata presentata al Tavolo la "Manifestazione di Interesse da parte di soggetti del terzo settore interessati a promuovere presso le proprie organizzazioni "Progetti di Utilità Collettiva - PUC" con il coinvolgimento dei beneficiari di Reddito di Cittadinanza", pubblicata dal Comune di Cologno nel mese di dicembre 2020 e dal Comune di Sesto nel mese di maggio 2022, senza scadenza. L'obiettivo è

stato di costituire un Albo di associazioni interessate ad accogliere i beneficiari (dotati di Posizione INAIL, corso base sicurezza sul lavoro e accompagnati dalla figura di un tutor educativo).

- Condividere progettualità di nuova attivazione o implementare la conoscenza delle risorse esistenti.
- Supportare le iniziative a contrasto della grave marginalità, utilizzando le risorse ministeriali del Fondo Grave Marginalità, come accennato nel paragrafo precedente. Il Tavolo Povertà è stato coinvolto come interlocutore ai fini della definizione della modalità di utilizzo del Fondo e come gestore dello stesso. L'Ambito ha reso il Tavolo luogo di progettazione, monitoraggio e valutazione del Fondo nella sua applicazione, nonché ha garantito agli enti il necessario supporto ai fini della partecipazione al bando e della facilitazione dell'accesso allo stesso e alle procedure di rendicontazione.

La cura del processo di costituzione del Tavolo, la costanza nella convocazione degli incontri, la rappresentazione del lavoro svolto attraverso la verbalizzazione degli incontri e il tempo dedicato alla costruzione di relazioni con e tra gli enti partecipanti, ha portato al riconoscimento dello stesso come interlocutore significativo sul territorio riconosciuto dalle Amministrazioni e dai Servizi stessi, nonché come luogo principe deputato alla lettura dei bisogni del territorio e della definizione di possibili linee di intervento in termini metodologici ed operativi, in linea con il principio di sussidiarietà orizzontale.

4.2. I PROGETTI DEL FONDO GRAVE MARGINALITÀ PROMOSSI IN PARTNERSHIP CON L'AMBITO TERRITORIALE

La sperimentazione della metodologia di cogestione del Fondo Grave Marginalità ha aperto una interessante possibilità di lavoro sinergico tra pubblico e terzo settore locale che ha svolto una importante funzione di valorizzazione, riconoscimento e sintonizzazione con l'effetto di un significativo rafforzamento della rete locale, una distribuzione più equa e capillare del fondo ed una miglior conoscenza del bisogno sommerso.

Al fine di raggiungere gli obiettivi di capillarità e di emersione del bisogno si è deciso di rivolgere il fondo alle organizzazioni di volontariato e alle associazioni di promozione sociale che sono già impegnate sul territorio dell'Ambito in azioni e progetti in contrasto alla grave marginalità. Con le risorse assegnate sono state finanziate le seguenti linee di intervento:

- Linea 1: VOLONTARIATO CARITAS-SALESIANI, PARROCCHIA SANTO STEFANO, SAN VINCENZO DE PAOLI (Sesto S.G.); CREARE PRIMAVERA (Cologno M.se)
- Linea 2: PARROCCHIA SANTO STEFANO e PARROCCHIA SAN GIOVANNI BATTISTA, (Sesto S.G.)
- Linea 3: CRI Italiana, VOLONTARIATO CARITAS-SALESIANI, PARROCCHIA SAN GIOVANNI BATTISTA, SAN VINCENZO DE PAOLI, Parrocchia San Giuseppe (Sesto SG.); AUSER, Parrocchia San Giuseppe (Cologno M.se).

I contributi sono stati utilizzati principalmente per le seguenti attività:

- acquisto e distribuzione di beni di prima necessità sia per persone in emergenza abitativa ed anziani in difficoltà, sia per persone che vivono in

strada;

- pagamento rette ed alloggi di prima e seconda accoglienza e/o sostegno di spese relative alla gestione dell'abitazione (bollette, acquisto di arredi e piccoli elettrodomestici, copertura costi per sistemazione caldaie e/o manutenzione straordinaria degli appartamenti);
- pagamento delle spese di gestione di alcune case di accoglienza sul territorio in gestione agli enti stessi, interventi manutentivi urgenti sugli stabili;
- sostegno ai percorsi di accoglienza e accompagnamento di persone in situazione di grave emergenza abitativa con l'integrazione di misure sociosanitarie ed interventi educativi per i minori, in integrazione con i servizi;
- erogazione di interventi di natura educativa, sociale e psicologica strettamente connessi alla situazione di housing first;
- inserimenti lavorativi, laboratori e attività di aggregazione,
- potenziamento attività dell'unità mobile di Croce Rossa Italiana.

4.3. IL QUADRO DELLE RISORSE E DEI BISOGNI DEL TERRITORIO (OSSERVATORIO)

Al fine di fornire un quadro completo delle risorse della rete e dei bisogni del territorio il Tavolo è stato coinvolto in un lavoro di analisi, confronto, riflessione in tre fasi:

- Avvio dell'osservatorio dei bisogni e delle risorse attraverso la condivisione di punti di vista e di conoscenze reciproche, nonché di orientamento di scelte programmatiche del tavolo stesso.
- Monitoraggio costante dei bisogni, al fine di condividere eventuali urgenze scelte o cambiamenti significativi.
- Aggiornamento, in occasione della definizione del nuovo Piani di Zona, della mappa dei bisogni tramite una scheda di rilevazione sei bisogni e/o dei cambiamenti (mese di ottobre 2024).
- Confronto su temi emersi anche e condivisione dei dati sociodemografici riportati nel capitolo IV – Sezione dati.

SINTESI DEI BISOGNI:

L'Osservatorio, nella fase iniziale, ha evidenziato un quadro generale di aumento delle situazioni caratterizzate da forte marginalità sociale e della presenza di persone senza fissa dimora. Sono emerse le seguenti problematiche:

- Condizione lavorativa e abitativa emergono come temi prioritari in particolare per le persone straniere con figli in età scolare. Elevato numero di sfratti, condizioni lavorative precarie e faticosa ricollocazione in seguito a perdita del lavoro.
- Molte persone accolte dalla rete territoriale hanno problematiche di tipo cronico e sono bisognose di beni di prima necessità, altre sono in situazioni di vulnerabilità laddove lo stipendio non garantisce un livello minimo di soddisfazione dei bisogni primari e il pacco alimentare rappresenta la possibilità di risparmiare risorse da allocare per altre spese.
- Accedono ai servizi anche persone senza documenti e in cerca di lavoro, principalmente come badanti.
- Ulteriore target emerso come prioritario è quello degli anziani, spesso poco visibili e conosciuti dai Servizi, per i quali si è condiviso sarebbe necessario un lavoro di rete con i medici di base, le parrocchie, i servizi del 118 (CRI Sesto e AVIS ANPAS Cologno). Per questo target emergono priorità legate

alla povertà di reti relazionali e alla solitudine, alla fatica nell'accesso ai servizi anche a causa della mancanza di competenze informatiche oggi sempre più necessarie (es. SPID).

Tale quadro critico è stato confermato anche ad ottobre 2024. Il lavoro di analisi e approfondimento in vista della definizione del nuovo Piano di Zona ha, inoltre, consentito di focalizzare maggiormente alcune tematiche.

Questione abitativa:

- alti costi di accesso al libero mercato che escludono una grossa fetta di popolazione, in particolare quella monoredito, con contratti precari e una situazione economica instabile o a basso reddito.
- crescono sul territorio situazioni di morosità e sfratti, con la ricerca continua di soluzioni di emergenza;
- aumentano i casi di sovraffollamento;
- scarsità di strutture di prima accoglienza che possano soddisfare i bisogni emergenziali della popolazione;
- difficoltà da parte dei nuclei stranieri, anche con condizioni di lavoro stabili, di accesso al mercato libero in quanto i proprietari sono diffidenti e hanno scarsa fiducia.
- Le famiglie inserite in housing o in seconda accoglienza faticano a raggiungere l'autonomia e hanno spesso problematiche di tipo cronico che non trovano soluzione.
- Emerge un quadro problematico che interessa sempre più famiglie italiane, appartenenti alla fascia media della popolazione, monoredito, anziani soli, nuclei di separati/divorziati a causa degli elevati costi di gestione delle abitazioni.

Questione lavorativa:

- Aumentano le ore di cassa integrazione erogate alle aziende del nord Milano.
- Le persone faticano non solo nel reperimento ma anche nella tenuta del posto di lavoro a causa di condizioni personali legate a criticità relazionali e di integrazione, quadri di disagio psichico spesso non certificati e non inseriti in percorsi di cura.
- Presenza di contratti spesso precari, irregolari e di poche ore.

Problematiche relative alla salute:

- Il tema del disagio psichico non diagnosticato e dell'aumento di situazioni borderline è una delle urgenze attuali: esso rende difficile offrire orientamento e accompagnamento, sia per la scarsa consapevolezza da parte dei cittadini del proprio bisogno sia per la necessità di un aiuto professionale e/o.
- La scarsità di risorse economiche incide sulla salute: è sempre più evidente nella popolazione anziana che presenta un elevato bisogno di accesso a cure sanitarie specialistiche, ad esempio di tipo dentistico, senza possibilità economiche di accedervi. Per chi vive solo o ha una ridotta rete sociale di riferimento è forte il bisogno di affiancamento ed accompagnamento in tutte le necessità della vita quotidiana.

Altre criticità:

- Aumenta il numero di persone che ha difficoltà a far fronte alle spese per il cibo, l'abbigliamento, la casa e la scuola, sia per la popolazione in situazione di grave marginalità sia per la fascia media della popolazione.
- Aumentano le richieste di aiuto da parte della popolazione di origine peruviana e di stranieri con problematiche di salute.

- Emergono situazioni di indebitamento legate a prestiti da restituire non documentati che incidono significativamente sull'economia familiare.
- Aumentano le madri sole, che spesso portano problematiche di tipo educativo e richieste di supporto didattico, oltre che di accesso al materiale scolastico e a servizi altri, quali corsi sportivi per i figli.
- Cresce la richiesta di supporto linguistico da parte della popolazione straniera, in particolare di giovani proveniente dall'area del Magreb.
- Le persone non regolari rappresentano una parte significativa degli accessi alla rete, con la conseguente necessità degli enti di attivare competenze di orientamento, supporto nell'accesso ai servizi, affiancamento nelle procedure necessarie alla regolarizzazione.

Le risorse della rete territoriale, aderenti al Tavolo, sono rappresentate nella seguente tabella che evidenzia gli enti e le organizzazioni promotrici di interventi sulle povertà e le attività svolte.

ENTI	SERVIZI E AIUTI EROGATI
CROCE ROSSA ITALIANA Sesto S.G.	Distribuzione aiuti alimentari; Unità di strada per i senza fissa dimora con distribuzione coperte, abiti e scarpe, bevande calde; Ospitalità abitativa emergenziale con docce, pasti, posti letto (max 4 posti letto).
SAN VINCENZO Sesto S.G.	Ascolto, orientamento e accompagnamento per disbrigo pratiche cittadini stranieri; ricerca e orientamento corsi di lingua italiana; Distribuzione generi alimentari; Supporto economico (utenze, materiali e spese scolastiche, visite mediche, attività formative, sportive e ludico-culturali per i minori); Visite domiciliari anziani e organizzazione di accompagnamenti; Orientamento per l'inclusione lavorativa, la ricerca di soluzioni abitative adeguate e per il sostegno psicologico; Prima accoglienza per l'emergenza abitativa (Casa Ozanam).
CARITAS SALESIANI Sesto S.G.	Ascolto; Ambulatorio medico infermieristico; Trasporti; Banco viveri e banco farmaceutico, pagamento quota alloggi; Movimento pro-vita; Scuola italiano per stranieri; Consulenze e assistenza legale.
SORGENTE DI VITA Sesto S.G.	Supporto alimentare attraverso la bottega della solidarietà; Corsi italiano per stranieri, cucito, informatica; Aiuto compiti; Consulenza legale; Sportello di supporto caricamento on-line pratiche PP.AA.; Centro ascolto; Supporto psicologico
CARITAS SANTO STEFANO Sesto S.G.	Centro ascolto; Fondo Diamo Lavoro gestito con la Fondazione San Carlo; Progetto neonato; Sportello dipendenze; Case di Accoglienza; Alzheimer Cafè; Consulenza e assistenza legale.
PARROCCHIA REDENTORE Sesto S.G.	Centro di Ascolto – rete con Servizi Sociali Comunali e con rete territoriale in base ai bisogni. Orientamento ai servizi al lavoro e tirocini lavorativi utilizzando il Fondo Diamo Lavoro gestito da Fondazione San Carlo. Doposcuola per bambini della Scuola primaria. Supporto economico pagamento utenze (SILOE); Servizio Accoglienza Stranieri (SAI)
PARROCCHIA S. GIOVANNI BATTISTA Sesto S.G.	Fornitura viveri e vestiario; Pagamento rette alloggi di housing sociale
PARROCCHIA SAN GIUSEPPE Sesto S.G.	Aiuto per affitti/spese condominiali; gestione rapporti con enti preposti; Aiuti alimentari, pagamento utenze, ticket sanitari e occasionalmente pagamento medicinali; collaborazione con Fondazione San Bernardino/Siloe per sovraindebitamento. Pagamento situazioni emergenza senza fissa dimora.
AUSER Sesto S.G.	Accompagnamento per visite mediche, fisioterapia, disbrigo pratiche o altre necessità varie sul territorio di Sesto;

	accompagnamento del Centro Diurno degli assisiti della Pelucca; compagnia a casa di alcuni assistiti soli e accompagnamento in uscite territoriali; consegna spesa a casa ai soci; sportello amministratori di sostegno (disbrigo pratiche e consegna in tribunale). Attività di lettura nelle scuole con i bambini da parte dei nonni soci.
ADRA ITALIA Sesto S.G.	Distribuzione alimentare con presentazione ISEE; Progetti doposcuola; Assistenza senza tetto.
PARROCCHIA RESURREZIONE DI GESU' Sesto S. G.	Centro ascolto; Aiuti alimentari; Fondo diamo lavoro; aiuti economici con sostegno Siloe, ricerca badanti.
PARROCCHIA S. GIUSEPPE Cologno M.se	Centro ascolto; Pagamento utenze, spese per visite mediche specialistiche, spese per il trasporto; Supporto all'accesso delle cure sanitarie per anziani- sostegno affitto e spese condominiali - sostegno economico per cure dentistiche - sostegno alimentare con distribuzione pacchi viveri e buoni spesa.
CREARE PRIMAVERA Cologno M.se	Accoglienza abitativa mamme/nuclei familiari con minori; Sostegno didattico ed educativo pomeridiano; Smistamento prodotti del banco alimentare e abbigliamento donato da privati, sostegno a famiglie con progetti di affido a tempo pieno e/o parziale, progetti F.A.F. (famiglie a sostegno di famiglie) e accoglienza in pronto intervento di minori.
AUSER Cologno M.se	Accompagnamenti Sociali; Sportello Alzheimer; Sportello badanti; Accoglienza e orientamento in ambito sociosanitario; supporto psicologico gratuito a minori e adulti; supporto a pazienti con Morbo di Parkinson di lieve e media gravità; supporto psicologico pazienti tumorali.
SALUTE SENZA FRONTIERE Cologno M.se	Ambulatorio medico bassa soglia; Corsi di Scuola di Italiano per stranieri in collaborazione con il CPIA; orientamento ai servizi specifici sul territorio.

4.4. PROSPETTIVE DI LAVORO DEL TAVOLO:

Le attività del Tavolo proseguiranno anche per il prossimo triennio con l’obiettivo di integrare in modo sempre più efficace le risorse del territorio. Dopo quasi tre anni di lavoro il gruppo, in collaborazione con l’Ufficio di Piano e con lo staff del Servizio ADI, ha individuato le seguenti prospettive di lavoro:

- allargare e stabilizzare la rete delle associazioni aderenti al tavolo, includendo in questo percorso anche ASST Nord Milano;
- favorire le integrazioni progettuali tra le organizzazioni aderenti in modo da condividere esperienze, competenze e risorse a favore della collettività;
- mettere a regime l’osservatorio dei bisogni con approfondimento di tematiche specifiche quali la povertà sanitaria;
- coinvolgere il Tavolo nella co-progettazione del Pronto Intervento Sociale che si svilupperà nella prossima triennalità;
- garantire un adeguato livello di informazione agli operatori della rete territoriale in merito a tutte le misure di contrasto alla povertà – le continue modifiche normative, rappresentate anche nelle pagine precedenti, richiedono un costante aggiornamento;
- aumentare il livello di integrazione tra le risorse territoriali e la rete, anche attraverso una attività di supervisione sulla casistica più complessa da parte degli operatori del Servizio ADI.

5. IL SISTEMA DI PRESA IN CARICO DELL'UTENZA

I nuclei familiari beneficiari dell'ADI, una volta sottoscritto il patto di attivazione digitale, devono aderire ad un percorso personalizzato di inclusione sociale e lavorativa definito sulla base dei bisogni del nucleo familiare e dei suoi componenti.

L'introduzione della nuova misura ADI ha confermato la strutturazione del Servizio come di seguito descritta ma, allo stesso tempo, ha attivato nuovi spazi di pensiero e di progettualità rispetto alle prassi di lavoro, agli strumenti, alle strategie, agli obiettivi di lavoro con i cittadini e alle relazioni con la rete dei servizi.

L'équipe del Servizio di Supporto all'inclusione sociale dei beneficiari percettori dell'Assegno di Inclusione residenti sul territorio di Sesto e Colono, gestito dall'Impresa Sociale Spazio Giovani, è formata da una rete di professionisti con competenze diversificate e complementari, al fine di strutturare il più possibile un sistema che ottemperi la normativa in vigore e proponga linee di lavoro flessibili in risposta alle problematiche dei beneficiari. L'équipe è composta da:

- 1 coordinatore
- 7 assistenti sociali case manager
- 1 psicologa
- 12 educatori/ operatori sociali (alcuni a part time)
- 2 network manager

che vanno ad integrare il personale di Ambito e comunale dedicato al servizio in oggetto (coordinatori dei case manager, personale dei controlli anagrafici).

Il Servizio opera ormai da anni sul territorio rispondendo alle diverse normative e adattandosi alla specificità del contesto e alle caratteristiche della nuova utenza beneficiaria di ADI.

Nonostante il cambio della cornice normativa di riferimento il Servizio ha sempre lavorato garantendo continuità nella presa in carico e portando a termine i percorsi con i beneficiari RdC ancora attivi, parallelamente ha avviato un significativo lavoro di studio della normativa e di adeguamento di strumenti, processi, ruoli e funzioni laddove necessario.

I nuclei familiari beneficiari di contributo ADI sono accompagnati dal Servizio attraverso la seguente procedura:

- a. **Presa in carico delle domande:** Il percorso di attivazione avviene per mezzo del SIISL con l'invio automatico dei dati del nucleo familiare al Servizio sociale del Comune di residenza per la presa in carico dei componenti con bisogni complessi e per l'attivazione di eventuali sostegni. Il coordinatore dei case manager di ogni Comune assegna i casi in seguito alla verifica svolta da parte del responsabile dei controlli anagrafici e accerta l'eventuale presa in carico da parte dei Servizi Sociali alla data di accettazione della domanda.
- b. **Convocazione:** i case manager contattano i beneficiari per concordare la data del primo colloquio di valutazione, entro 120 giorni dalla data di sottoscrizione del patto di attivazione digitale.
- c. **Valutazione multidimensionale:** attraverso uno o più colloqui si identifica il bisogno della famiglia ai fini di orientare le successive scelte per la definizione del progetto e degli interventi. I colloqui si svolgono in modalità semi strutturata, utilizzando gli strumenti di rilevazione forniti dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. La valutazione multidimensionale consente di:
 - o acquisire gli elementi necessari per la definizione del patto per l'inclusione sociale per i nuclei beneficiari;
 - o acquisire la documentazione inerente eventuali cause di esclusione dagli

- o obblighi di attivazione lavorativa non già identificate dai dati amministrativi;
- o identificare nell'ambito dei componenti il nucleo tenuti agli obblighi di attivazione lavorativa coloro che sono immediatamente disponibili da indirizzare ai competenti Centri per l'impiego per la definizione dei patti di servizio personalizzati.

La valutazione multidimensionale può richiedere più incontri nel caso in cui emergano bisogni complessi riguardanti diverse aree. In questa fase il Case Manager può essere affiancato da una figura educativa che lo supporti dal punto di vista della gestione del colloquio oppure dal punto di vista linguistico, dal referente PUC al fine di valutare competenze e risorse nonché possibili ambiti di attivazione del beneficiario. La scheda anagrafica è finalizzata a raccogliere informazioni qualitative utili alla presa in carico e alla strutturazione di mirate progettualità educative e territoriali, con l'inserimento di specifiche aree di indagine finalizzate all'attivazione dei beneficiari nei PUC ed esperienze di volontariato, in linea con quanto previsto dalla normativa.

- d. **Definizione del progetto:** la valutazione multidimensionale dei bisogni del nucleo familiare e la definizione del percorso personalizzato di inclusione sociale e lavorativa coinvolgono indistintamente tutti i nuclei beneficiari dell'ADI. In base ai bisogni rilevati durante la prevalutazione, per ogni nucleo è prevista l'attivazione di uno dei seguenti percorsi:
- Invio al Centro per l'impiego dei beneficiari con obbligo di attivazione lavorativa dopo la stipula del Patto di attivazione Digitale individuale. Hanno l'obbligo i componenti del nucleo familiare tra i 18 e i 59 anni che esercitano la responsabilità genitoriale, non occupati, non frequentanti un regolare corso di studi e senza carichi di cura. È richiesto loro di aderire a tutte le attività formative, di lavoro, nonché alle misure di politica attiva individuate nel progetto di inclusione. Tali componenti sono pertanto tenuti agli obblighi che derivano dal Patto di inclusione sociale sottoscritto, nonché da quelli derivanti dal percorso di attivazione lavorativa.
 - Attivazione équipe multidisciplinare per la definizione del Quadro approfondito: nel caso in cui emergano bisogni complessi, il case manager prende contatti con i servizi specialistici ai fine di creare un'équipe multidisciplinare formata sia dai membri permanenti sia dal Coordinatore e dagli operatori dei servizi territoriali competenti.
 - Definizione del progetto individualizzato e attivazione degli strumenti di inclusione.
 - Coinvolgimento del servizio specialistico, ove necessario.

Il progetto è definito, anche nella sua durata, secondo principi di proporzionalità, appropriatezza e non eccedenza rispetto alle necessità di sostegno del nucleo familiare rilevate, in coerenza con la valutazione multidimensionale e con le risorse disponibili. Coinvolge tutto il nucleo familiare e declina:

- gli obiettivi generali e i risultati specifici che si intendono raggiungere in un percorso volto al superamento della condizione di povertà, all'inserimento o reinserimento lavorativo e all'inclusione sociale;
- i sostegni, in termini di interventi e servizi, di cui il nucleo ha bisogno oltre al beneficio economico;
- gli impegni da parte dei componenti il nucleo familiare a svolgere specifiche attività a cui il beneficio economico è condizionato - adesione ad un percorso di monitoraggio, ad un percorso con valenza educativa individuale e/o di gruppo, ai PUC o esperienze di volontariato.

- e. **Definizione del Patto di Inclusione sociale (PaIS):** L'obiettivo del Patto di

Inclusione è quello di accompagnare il sostegno economico con un progetto concretamente orientato alla rimozione delle cause che sono alla base della condizione di povertà. I beneficiari dell'ADI, anche se esclusi dagli obblighi di attivazione lavorativa, sono comunque tenuti ad aderire, sottoscrivendo il patto, a un percorso personalizzato di inclusione.

f. **Attivazione di specifiche azioni di supporto:** il Case manager, in linea con quanto previsto all'interno del PalS e dei bisogni individuati, può proporre ed attivare per ogni nucleo:

- *Un percorso di accompagnamento e tutoraggio individuale con valenza educativa strutturato su diversi obiettivi:*
 - orientamento alla fruizione dei servizi;
 - accompagnamento all'accesso alle misure di sostegno al reddito, abitative e alle necessarie pratiche burocratiche (es. SPID, apertura mail, richiesta DID, compilazione documenti.);
 - raccordo con enti del terzo settore e enti locali (Aler, CPS, cooperative, Agenzia Casa, Centro per l'Impiego);
 - interventi a supporto dell'inclusione lavorativa;
 - interventi educativi domiciliari di supporto alla genitorialità in situazioni di fragilità sociale e in presenza di minori disabili;
 - interventi domiciliari e territoriali di supporto all'autonomia e all'inclusione sociale destinati a soggetti tutelati in carico all'ente.
- *L'adesione ad un percorso di socializzazione di gruppo.* All'interno della misura RdC sono stati sperimentate tre tipologie di gruppi, oggi sono stati progettati nuovi percorsi calibrati sulle caratteristiche della nuova utenza ADI. Per la nuova progettazione ci si è mossi con una duplice finalità: da un lato contrastare l'esclusione sociale e la solitudine, dall'altro attivare e riattivare le risorse personali in un'ottica di cittadinanza attiva, esplorando interessi, passioni e competenze da mettere in connessione con il tessuto associativo locale.
 - GRUPPO SOCIALIZZAZIONE OPEN SPACE (avviato a Sesto S.G. con RdC e riproposto con ADI): luogo di incontro e di socializzazione rivolto alla fascia di utenza più fragile in carico al servizio. Questo appuntamento settimanale ha la finalità di condividere esperienze e favorire la costruzione di relazioni significative mediate dalla presenza di un educatore professionale.
 - GRUPPO SOCIALITA' E CURA DI SÉ (proposto con RdC a Sesto S.G., da riattivare con ADI), con l'obiettivo di sensibilizzare l'utenza rispetto l'importanza della cura di sé, in tutte le sue accezioni e differenti sfumature del benessere fisico e mentale con anche esercizi pratici. Con i beneficiari ADI verrà riproposto il gruppo integrandolo con elementi di promozione della salute, in particolare per il target over 60, anche al fine di coinvolgerli nelle iniziative dedicate e nelle opportunità gratuite di prevenzione (esempio: adesione agli screening oncologici).
 - GRUPPO DONNE, (proposto con RdC a Cologno, da riattivare con ADI) con l'obiettivo di far emergere e potenziare le competenze di ogni persona, aumentare la consapevolezza di sé e la propria autostima. Nel gruppo, condotto da una psicologa, sono stati trattati i seguenti temi: le difficoltà di essere donna e madre, le problematiche di conciliare la vita familiare con la vita lavorativa, le modalità comunicative efficaci per confrontarsi con gli altri; l'espressione delle proprie emozioni attraverso le carte Dixit; il riconoscimento e la gestione delle emozioni positive e negative; lo sviluppo di relazioni interpersonali positive.

- GRUPPO FAI DA TE (nuova progettazione)
- GRUPPO LABORATORIALE DI RICICLO CREATIVO (nuova progettazione)
- GRUPPO INTERCULTURALE DONNE (nuova progettazione)
- GRUPPO ARTISTICO (nuova progettazione)
- GRUPPO CITTADINANZA ATTIVA, con uscite sul territorio e piccole occasioni di attivazione per il bene comune (nuova progettazione).

I percorsi socioeducativi di gruppo si stanno rivelando uno strumento centrale all'interno della misura ADI, dove le persone sono accomunate da un bisogno specifico o da una specifica caratteristica. Nel tempo le tipologie e le tematiche dei gruppi potranno essere rimodulate sulla base di nuove aree di interesse.

- Un percorso di sostegno psicologico al fine di supportare il beneficiario nella realizzazione del proprio progetto personalizzato e/o in fasi significative e particolarmente critiche. All'avvio di ogni percorso di supporto la psicologa incontra beneficiario, in presenza del case manager, in modo tale da accompagnarlo in questo passaggio e poter condividere le modalità e gli obiettivi del percorso.
- La partecipazione ad un PUC o ad una esperienza di volontariato in ambito culturale, sociale, artistico, ambientale, formativo e di tutela dei beni comuni, da svolgere presso il Comune di residenza. Ad ogni nucleo perceptor di ADI con obblighi di attivazione sociale e lavorativa viene proposta, come previsto dalla normativa, l'adesione ai Progetti Utili alla Collettività presenti nel catalogo comunale. Il beneficiario è infatti tenuto alla partecipazione ad un minimo di 8 ore settimanali, aumentabili fino a 16, di attività volontarie di pubblica utilità da realizzarsi presso il Comune di Residenza o in enti del Terzo settore. I due Comuni dell'Ambito hanno agito in modo parallelo aggiornando ed approvando in Giunta il catalogo PUC-ADI, in linea con i precedenti cataloghi ma con alcune integrazioni. L'approvazione del catalogo del Comune di Sesto è avvenuta con Deliberazione di Giunta del 17.4.2024, mentre il Comune di Cologno con Deliberazione del 02.05.2024. Per i beneficiari ADI non sottoposti agli obblighi il Case Manager valuta la possibilità di partecipazione ai Progetti di Volontariato da realizzarsi presso gli enti selezionati tramite Manifestazione di Interesse. Al fine dell'attivazione dei PUC o dei progetti di volontariato, il case manager fa una prima ipotesi di associazione tra beneficiario e postazione, verificata in un successivo colloquio con il referente PUC del Comune di residenza. I beneficiari che sono valutati idonei firmano un progetto individuale quale patto di reciproca collaborazione, definente la sede di attività, i reciproci impegni, i dettagli della progettualità di riferimento. Il beneficiario firma, come previsto da normativa, un foglio presenze e gli operatori sono incaricati di aggiornare la piattaforma GePI con tutta la documentazione relativa ai PUC, così che gli stessi possano essere visibili anche sulla piattaforma myANPAL.

In merito invece ai beneficiari di SFL che scelgono i PUC all'interno del proprio Patto di attivazione è stata definita con il Centro per l'Impiego una precisa procedura di interlocuzione e scambio finalizzato a:

- Favorire la conoscenza da parte degli operatori del CPI delle caratteristiche dei PUC a catalogo;
- Confrontare i nominativi dei beneficiari e le pregresse eventuali esperienze di presa in carico nonché condividere modalità di approccio ed eventuali attenzioni da tenere nella relazione con gli stessi;
- Aggiornare e monitorare la partecipazione ai PUC ai fini di quanto previsto dalla normativa per l'accesso all'indennità economica e definire strategie

di azione in caso di problematiche emerse durante il percorso di attivazione.

g) **Monitoraggio:** in seguito al primo colloquio di conoscenza la normativa prevede che il case manager programmi con i nuclei percettori incontri per tutta la durata dell'erogazione del contributo, finalizzati a verificare e monitorare l'andamento delle attività previste e a rilevare eventuali cambiamenti della situazione familiare. I contatti con i servizi coinvolti (CPS, SERT, Consultorio, etc.), qualora lo fossero, sono mantenuti in modo costante per tutta la durata del progetto.

Tramite il Piano Nazionale di Resistenza e Resilienza (PNRR) si è strutturata nell'Ambito l'attività di Supervisione finalizzata al raggiungimento dello specifico LEPS. L'obiettivo generale è garantire un servizio sociale di qualità attraverso la messa a disposizione degli operatori di uno strumento che li sostenga e ne promuova il benessere, offrendo uno spazio di elaborazione dei vissuti, valorizzazione delle competenze e delle strategie, orientamento e rafforzamento dell'identità. Sul territorio dell'Ambito sono stati strutturati diversi percorsi, dedicati ai Servizi Sociali Comunali, tra cui alcuni dedicati al personale de Servizio di supporto ai beneficiari ADI. Per il Servizio di supporto ai beneficiari ADI sono stati strutturati 1 gruppo Mono-professionale AS di 7 persone che svolgerà fino a dicembre 2025 incontri mensili; una supervisione mirata per le assistenti sociali di 6 ore per operatore; 2 gruppi Multiprofessionali, uno per Comune per un massimo di 24 ore totali (12 ore per Comune), strutturate in incontri a cadenza mensile.

6. LA NOSTRA SCOMMESSA: I PROGETTI UTILI ALLA COLLETTIVITÀ DA OBBLIGO NORMATIVO A STRUMENTO EDUCATIVO

6.1. LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO

La normativa del Reddito di Cittadinanza ha introdotto, come anticipato, l'obbligo per ogni beneficiario di svolgere Progetti Utili alla Collettività (PUC) prevedendo sei ambiti di intervento all'interno: culturale, sociale, artistico, ambientale, formativo e di tutela dei beni comuni. Oltre ad un obbligo i PUC rappresentano un'occasione di inclusione e crescita:

- per i beneficiari perché i progetti sono strutturati in coerenza con le competenze personali e professionali e con le propensioni emerse nel corso dei colloqui sostenuti presso il Centro per l'impiego o presso il Servizio sociale del Comune;
- per la collettività perché i PUC sono individuati a partire dai bisogni e dalle esigenze della comunità locale e devono intendersi come complementari, a supporto ed integrazione rispetto alle attività ordinariamente svolte dai Comuni e dagli Enti pubblici.

La normativa prevede che le attività rispondano ad uno specifico obiettivo da raggiungere in un intervallo di tempo definito ed il progetto può riguardare sia una nuova attività sia il potenziamento di un'attività esistente. In nessun caso potranno essere assimilabili ad un lavoro subordinato o parasubordinato o autonomo. L'importanza di svolgere un servizio per la cittadinanza è prerogativa di questa misura, in un'ottica partecipativa e restitutiva al fine di inserire il beneficiario - o altro componente del nucleo familiare - in un contesto dove possa contribuire efficacemente al bene comune con il proprio bagaglio di competenze.

La normativa ADI riprende le linee della precedente misura in merito ai PUC, che rimangono obbligatori per due categorie:

- i beneficiari di SFL per i quali viene indicato il PUC quale misura di attivazione obbligatoria ai fini della percezione del beneficio;
- i beneficiari di ADI privi di criteri di esclusione che presentano obblighi di attivazione sociale e lavorativa.

La normativa conferma dunque il valore di questo strumento quale opportunità di crescita e rinforzo di hard e soft skills fondamentali per la strutturazione di un profilo adeguato all'inserimento o reinserimento lavorativo, in ottica propedeutica. I PUC costituiscono, inoltre, un'opportunità alternativa alle politiche attive del lavoro che, per persone con elevati profili di fragilità, sono difficilmente attuabili.

Per i soli beneficiari ADI equivale alla partecipazione ai PUC, la partecipazione a progetti di volontariato senza un monte ore minimo da svolgersi presso enti del terzo settore in accordo con il Comune.

6.2. I PUC NELL'AMBITO DI SESTO

I PUC rappresentano per l'Ambito di Sesto San Giovanni una dimensione centrale e un significativo investimento in termini di risorse e di progettazione. Due gli elementi qualificanti:

- La decisione di considerare l'esperienza dei PUC come uno strumento educativo di elevata potenzialità, parte integrante del PalS e strettamente connesso con i suoi obiettivi, trasformando un obbligo in un'opportunità. Intendere i PUC in questa logica ha portato alla decisione di attivare in tutte le fasi di lavoro operatori con profilo socioeducativo (tutor) che affiancassero i beneficiari – e gli enti ospitanti - in tutte le fasi: orientamento, inserimento, svolgimento, monitoraggio e valutazione.
- La scelta di attivare dei PUC fortemente orientati all'obiettivo socializzante, per poter far fronte alla multi-problematicità di una buona parte della platea dei beneficiari RdC, che richiedeva un contesto "protetto" di attivazione che fungesse sia per la riscoperta delle proprie potenzialità sia da occasione di relazione interpersonale e costruzione di legami.

A partire da settembre 2020 i PUC approvati e realizzati sul territorio di Sesto sono stati molteplici, alcuni anche di breve durata: sono stati realizzati 193 inserimenti a Sesto S.G. e 59 a Cologno M.se suddivisi nei seguenti PUC.

Sesto San Giovanni:

- Prendiamo le misure: nato a seguito della pandemia prevedeva 1) distanziamento sociale all'uscita dalle scuole; 2) un supporto alla gestione operativa del centro vaccinale in affiancamento al personale della Protezione Civile (ingressi, misurazione temperatura, gestione sale, gestione uscite);
- Tutti in giardino: raccolta foglie e piccola manutenzione presso giardini degli istituti comprensivi;
- CDD: piccola manutenzione, sgombero magazzini;
- Mettiamo a posto in Giocheria: piccola manutenzione, sgombero magazzini;
- Sesto pulita: attività di pulizia quotidiana della città in integrazione alle attività del personale comunale dell'ufficio ambiente;
- Archivio: supporto alle attività del personale dell'Archivio Comunale e interfaccia con il cittadino;

- A tavola: attività di supporto alle scuole in un periodo di emergenza nella gestione del servizio mensa a causa della rottura dell'ascensore;
- SUAP: Coadiuvare il lavoro del Servizio Attività Produttive, SUAP e Commercio – OSAP per attività di digitalizzazione dell'archivio e tenuta dell'agenda dei tecnici.

Con la Manifestazione di Interesse sono stati inoltre inseriti nel catalogo due PUC svolti in collaborazione con le associazioni del territorio:

- ACAT: supporto alle attività del Centro Anziani;
- Due mani in più per aiutare quattro zampe: supporto all'attività del gattile;

Cologno Monzese:

- Polizia Locale: supporto al personale per l'attraversamento pedonale nelle fasi di ingresso e uscita dalle scuole;
- Ufficio Anagrafe: misurazione temperatura e gestione ingressi nel periodo estivo 2021;
- ICARO: supporto del Servizio Sociale inerente all'inserimento di alcuni dati nella piattaforma ICARO;
- Tutti insieme a scuola: supporto di famiglie individuate dal Servizio Sociale all'accompagnamento dei bambini alla scuola materna o alla scuola primaria tramite pedibus;
- SOSTENIAMO Cologno: aiuto estemporaneo ai Servizi sociali in attività di vario genere (sgomberi, sistemazioni locali, pulizie, piccola manutenzione, sistemazione archivio);
- Entriamo a scuola: facilitare l'attraversamento pedonale e transennare la strada.

Con la Manifestazione di Interesse del Comune di Cologno il catalogo è stato sin da subito arricchito da numerosi progetti svolti in collaborazione con enti del terzo settore locale:

- Auser Insieme Volontariato Cologno Monzese: supporto informatico e guida di autoveicoli;
- Associazione Laboratorio Gruppo Lupus: supporto alla realizzazione di eventi culturali;
- Asd Anpinline Pattinaggio Cologno Monzese: supporto alla gestione della struttura;
- Centro Sociale Anziani Quartiere Stella e Centro Anziani Neruda, Centro Anziani Meno Soli: supporto alle attività e piccola manutenzione, pulizie.

Nel 2024, con riferimento alla normativa ADI, sono stati approvati i due nuovi cataloghi PUC che vanno in sostanziale continuità con molti dei precedenti progetti PUC presenti nei cataloghi RdC. Nel catalogo di Sesto S.G. sono stati inseriti due nuovi progetti:

- Ti accompagno: facilitazione all'accesso ai servizi per la cittadinanza: accoglienza presso le strutture comunali, supporto telefonico, informazione su procedure, appuntamenti e servizi;
- Manutenzione per Sesto: supporto agli operatori del Settore Manutenzione.

A Cologno nel mese di agosto 2024, è stato realizzato inoltre il progetto "Siamo con Te", un supporto al servizio di trasporto non sanitario gestito dal Comune per far fronte alla chiusura estiva dei servizi di trasporto delle varie associazioni. Sono inoltre in fase di implementazione altre due progettualità:

- Servizio Vaccini: informazione e accompagnamento delle persone alla zona adibita ai vaccini;
- Accoglienza Via Petrarca: implementazione del servizio di custodia dei Servizi Sociali durante l'ora di pausa del custode, con mansione unica di

apertura e chiusura del portone agli operatori del Servizio sociale.

A breve sarà pubblicata una nuova manifestazione di Interesse finalizzata all'identificazione di enti del terzo settore disponibili ad ospitare i PUC e/o delle esperienze di volontariato.

6.3. IL PROCESSO DI ATTIVAZIONE DEI PUC

I progetti PUC - in seguito all'approvazione del catalogo da parte delle Giunte Comunali - vengono caricati sulla piattaforma ministeriale GePI per l'associazione con i beneficiari per i quali vengono attivate la polizza INAIL, l'assicurazione per la Responsabilità Civile e un corso base di formazione sulla sicurezza sul lavoro.

La strutturazione dell'attività ha richiesto fin da subito l'individuazione di un'equipe dedicata:

- all'espletamento delle procedure burocratiche amministrative;
- alla valutazione dell'attitudine del beneficiario a prestare servizio;
- all'inserimento degli idonei;
- al monitoraggio dei percorsi;
- alla gestione delle problematiche organizzative;
- all'interlocuzione con i referenti degli enti ospitanti.

Terminata la fase di prevalutazione, in un incontro congiunto con il beneficiario, si analizzano in dettaglio le potenzialità, le competenze e gli interessi dell'utente al fine di elaborare in modo concertato una o più ipotesi mirate di PUC.

L'ingaggio dei beneficiari richiede un'attenta valutazione del bagaglio di competenze possedute e al tempo stesso la necessità di strutturare una presa in carico ad hoc, tenendo conto dei parametri normativi di riferimento.

Strategica è dunque la collocazione del progetto PUC all'interno degli obiettivi personalizzati per ciascun nucleo familiare, in un percorso di inclusione redatto in modo integrato e monitorato con costanza da case manager, referenti PUC e tutor educativi.

Una volta definite le tipologie di attività possibili si realizza il matching tra persona e PUC. Prima di formalizzare l'attivazione in GePI, l'educatore, in raccordo con i responsabili PUC, svolge funzioni propedeutiche quali: condivisione del percorso, definizione degli obiettivi individualizzati della partecipazione ai PUC, conoscenza del gruppo, monitoraggio delle competenze, della relazione e della comunicazione con il gruppo e con l'ente ospitante. Il tutor svolge, inoltre, incontri periodici di verifica con il beneficiario per sondarne periodicamente la tenuta, raccogliere eventuali elementi critici e condividere elementi di valutazione in itinere sull'esperienza di pubblica utilità. Inoltre, durante lo svolgimento del percorso, aggiorna costantemente il case manager e si raccorda con il referente PUC che gestisce apposita rendicontazione in GePI.

Per quanto riguarda SFL, i beneficiari della misura vengono convocati dal Centro per l'Impiego, il quale propone corsi di formazione, l'adesione ad una Dote, o l'adesione a un PUC da catalogo GePI. Il CPI invia i nominativi delle persone al referente PUC del Comune di residenza del beneficiario, viene svolto un colloquio al fine di verificarne l'idoneità al progetto ed eventualmente riorientare su un altro PUC valutato più idoneo. Viene fatta dal Centro per l'impiego l'associazione definitiva al PUC tramite il portale e da quel momento il referente PUC tramite GePI, una volta attivata la polizza assicurativa, può avviare il progetto PUC che verrà monitorato in modo integrato tra equipe ADI del Comune e Centro per l'Impiego.

6.4. IL PERCORSO DI VALUTAZIONE PARTECIPATA DEI PUC

Nell'anno 2022 ha preso avvio un percorso formativo sul tema della valutazione di

impatto delle politiche pubbliche condotto da ATS Milano – Città Metropolitana ed indirizzato al personale degli Ambiti, delle ATS e delle ASST relativamente a tre policy: contrasto alla povertà, contrasto alla violenza di genere, progetto individualizzato per persone con disabilità ai sensi dell'art. 14 della 328/2000.

In merito alla policy di contrasto alla povertà, oltre al Responsabile dell'Ufficio di Piano, hanno partecipato due operatori del Servizio di Supporto all'Inclusione portando il punto di vista del Servizio e spunti teorici e pratici emersi da lavoro quotidiano.

In questa cornice, ATS ha offerto agli Ambiti la possibilità di candidarsi per la sperimentazione di un percorso di valutazione nel proprio territorio sotto la supervisione metodologica di "CODICI - Ricerca e intervento Cooperativa sociale". L'Ambito di Sesto si è candidato definendo quale oggetto di sperimentazione i Progetti di Utilità Collettiva. La scelta di mettere il focus sui PUC è stata dettata dalle seguenti finalità:

- Analizzare e valutare l'approccio scelto che vuole trasformare i PUC da obbligo ad opportunità;
- Individuare elementi di qualità su cui costruire ed orientare la riprogettazione dei PUC in considerazione delle novità introdotte dalla nuova misura ADI/SF;
- Coinvolgere nella valutazione i beneficiari in qualità di stakeholders.

Il processo di ricerca, sotto la supervisione di Codici, ha coinvolto una micro-equipe del Servizio, la coordinatrice e la responsabile dell'Ufficio di Piano; ha preso avvio ad ottobre 2023 e si è concluso a settembre 2024 con la presentazione della sperimentazione al convegno online promosso da ATS Milano – Città Metropolitana dal titolo "Condivisione di esperienze di valutazione di impatto".

La ricerca è stata condotta secondo criteri di affidabilità e rigorosità, nonché di sostenibilità del processo, e si è sviluppata nelle seguenti fasi di lavoro:

- Settembre-novembre 2023: Definizione degli obiettivi, delle domande di ricerca, degli strumenti e del campione.
- Dicembre 2023-febbraio 2024: Somministrazione questionario ai beneficiari.
- Febbraio-marzo 2024: Analisi risultati e definizione focus da attenzionare.
- Marzo-aprile 2024: - Somministrazione interviste semi-strutturate agli enti ospitanti e realizzazione focus group con i beneficiari.
- Maggio-ottobre 2024: Lettura e analisi dei risultati, conclusioni, prospettive di sviluppo e restituzioni.

Definizione delle domande di ricerca

- una prima fase di confronto ha consentito di definire gli obiettivi e iniziare a costruire una prima ipotesi di domande di ricerca su cui impostare la valutazione. Si è poi passati all'analisi delle progettazioni svolte concentrando l'attenzione sugli obiettivi e sulla tipologia di PUC attivati. Gli obiettivi prevalenti sono: socializzazione e incremento delle competenze professionali con una particolare attenzione alla cittadinanza attiva.
- Definizione delle domande di ricerca:
 - Il PUC non nasce come strumento educativo ma abbiamo provato a trasformarlo da obbligo a opportunità: la scelta è stata vincente?
 - Come possiamo stabilire che il PUC sia stato un elemento di contrasto all'isolamento sociale? I beneficiari hanno percepito una maggiore inclusione e un maggiore senso di efficacia?

- Le persone coinvolte nei PUC hanno sviluppato life skills propedeutiche al lavoro? I beneficiari coinvolti nei percorsi sentono di averle sviluppate nei PUC? Quali di esse sono funzionali alla buona riuscita degli stessi?
- L'equipe di lavoro ha percepito una significativa capacitazione personale dei beneficiari che hanno partecipato ai PUC: quale è la percezione dei beneficiari e degli enti ospitanti in merito?
- Quali elementi di qualità si possono individuare in vista della riprogettazione conseguente all'introduzione dell'ADI, quali elementi orientano il futuro?

Individuazione degli strumenti di ricerca e del campione

In seguito a questa prima fase sono stati definiti gli strumenti di ricerca; la scelta è ricaduta sulla somministrazione guidata di un questionario. Il campione degli intervistati è composto da beneficiari con un PUC in corso o ancora in contatto con il servizio e quindi facilmente contattabili. In base alle domande di ricerca si è deciso di strutturare un questionario con quattro sezioni principali:

1. raccolta di dati anagrafici e di dati relativi ai PUC svolti;
2. domande di autovalutazione delle competenze di area lavoro su scala Likert a 4 punti. Il beneficiario, dopo aver risposto ad alcune domande di autovalutazione rispetto alle skill chiave per l'inserimento lavorativo, è stato invitato a valutare quanto il PUC sia stato utile ai fini del rinforzo delle competenze stesse;
3. autovalutazione sulle competenze socio-relazionali: queste domande sono state costruite scegliendo le life skills definite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ² come centrali nel facilitare e promuovere comportamenti positivi per la propria salute psicofisica. Quelle più rilevanti nei progetti PUC sono: problem solving, comunicazione efficace e gestione dello stress. Sono state aggiunte domande di autovalutazione relative alla cittadinanza attiva.
4. approfondimento volta ad indagare l'aspetto emotivo dei PUC, quali fatiche hanno riscontrato e quali elementi sono stati di aiuto. In questa sezione sono state inserite domande aperte finalizzate a creare un confronto dialogico meno strutturato sul significato e valore del PUC per la persona e su criticità degne di nota.

È stato definito di testare il questionario (fase di "stress test"), su sette beneficiari per verificarne l'efficacia e la chiarezza comunicativa - sia da parte degli operatori che lo avrebbero somministrato sia da parte dei beneficiari - nonché verificarne la coerenza con gli obiettivi di ricerca individuati a inizio percorso. L'esito di tale fase è stato positivo.

Somministrazione dei questionari ai beneficiari e caratteristiche del campione

Sono stati somministrati 66 questionari a beneficiari RdC tra dicembre 2023 e gennaio 2024 da parte degli operatori dell'equipe con cui i beneficiari avevano una relazione di fiducia in modo da rendere il setting il più possibile sereno. Tutte le persone hanno accettato di partecipare all'indagine uno solo non ha dato il consenso al questionario. I risultati sono stati inseriti in un format di Google ed è stato elaborato un database di raccolta dei dati.

² Tale scelta è stata dettata dalla volontà di darsi un criterio oggettivo di verifica dell'efficacia, e di fare riferimento a categorie approvate dalla letteratura scientifica.

Il campione a cui è stato somministrato il questionario è composto da 66 beneficiari di cui 44 di Sesto e 22 di Cologno, metà uomini e metà donne; il 76% di età superiore ai 50 anni e l'86% di nazionalità italiana, nell'81% dei casi appartenenti a nuclei di 1 o 2 persone. Il 55% ha un titolo di studio di licenza elementare o media e il 38% un diploma/qualifica professionale. In merito alle caratteristiche dell'impegno nei PUC, il 41% ha svolto tra 10 e 50 ore, il 17% tra 50 e 100 ore e il 42% più di 100 ore. Il 47% ha svolto un PUC per più di 6 mesi. 60 degli intervistati hanno svolto un PUC presso un settore comunale, i 6 restanti presso un ente del terzo settore. 20 persone hanno svolto un PUC classificato come "ad obiettivo prioritariamente professionalizzante", 46 "ad obiettivo prioritariamente socializzante"; 55 persone hanno svolto un lavoro di tipo relazionale e 11 di tipo solitario. I PUC più rappresentati sono stati Sesto Pulita per il Comune di Sesto e Attraversamenti stradali per Cologno.

ORE DI ATTIVITÀ SVOLTE NEL PUC	Num	%
tra 10 e 50	27	41%
tra 50 e 100	11	17%
più di 100	28	42%

DURATA DEL PUC	Num	%
Fino a 3 mesi	24	36%
4-6 mesi	10	15%
Più di 6 mesi	31	47%
(vuoto)	1	2%

OBIETTIVO	Totale complessivo
Professionalizzante	20
Socializzante	46

TIPO DI LAVORO	Totale complessivo
Lavoro relazionale	55
Lavoro solitario	11

Il campione, 66 beneficiari coinvolti in 20 PUC. Caratteristiche dei PUC Svolti.

ETA'	Num	%
18-35 anni	4	6%
36-49 anni	12	18%
50-59 anni	31	47%
Più di 60 anni	19	29%

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE	Num	%
1	36	55%
2	18	27%
3	6	9%
4	4	6%
Più di 4	2	3%

TITOLO DI STUDIO	Num	%
licenza elementare	13	20%
licenza media	23	35%
diploma o qualifica professionale	25	38%
laurea	4	6%
altro	1	2%

NAZIONALITA'	Num	%
ITALIANA	57	86%
NON ITALIANA	9	14%

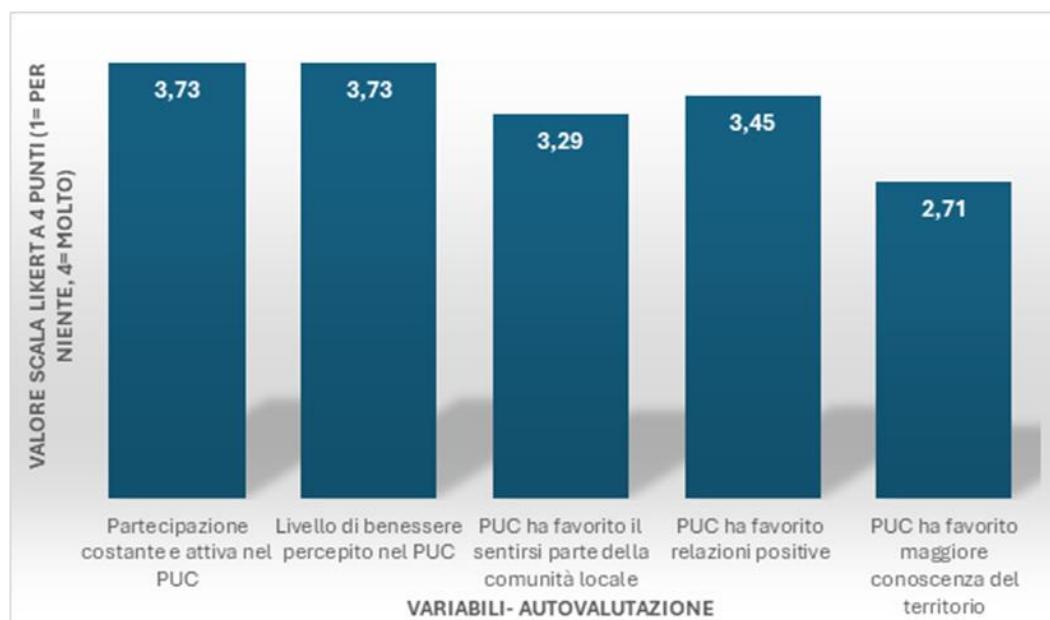
Il campione, 66 beneficiari coinvolti in 20 PUC. Caratteristiche anagrafiche.

Analisi dei risultati quantitativi e qualitativi e identificazione delle domande da approfondire con i relativi strumenti

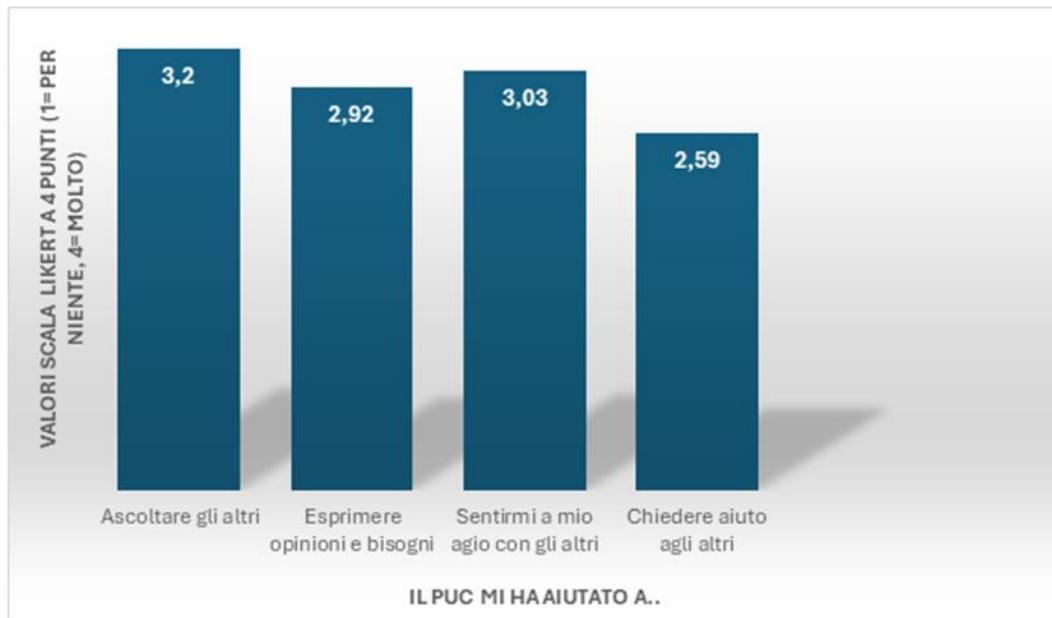
Gli elementi emersi sono stati poi oggetto di analisi e lettura supervisionata a livello metodologico e si è definita la prosecuzione del percorso di valutazione. Dai questionari sono emerse valutazioni molto positive, con medie nella quasi totalità dei casi superiori a 3. Emerge un percepito molto alto in termini di competenze di base esercitate (puntualità, rispetto delle regole e dei ruoli, capacità di mantenere un impegno nel tempo). Tale autovalutazione molto alta ha portato la maggior parte dei beneficiari a giustificare alcune valutazioni più basse date alle domande relative a "quanto il PUC ti ha aiutato a sviluppare queste competenza" in quanto hanno riportato di essere già in possesso di queste capacità, specificando però che il PUC li ha aiutati a metterle in pratica e riattivarle.

I beneficiari hanno fatto emergere una immagine dei PUC come strumento di valore a diversi livelli: relazionale, di utilità sociale, di sviluppo di competenze propedeutiche al mondo del lavoro o di riattivazione delle stesse.

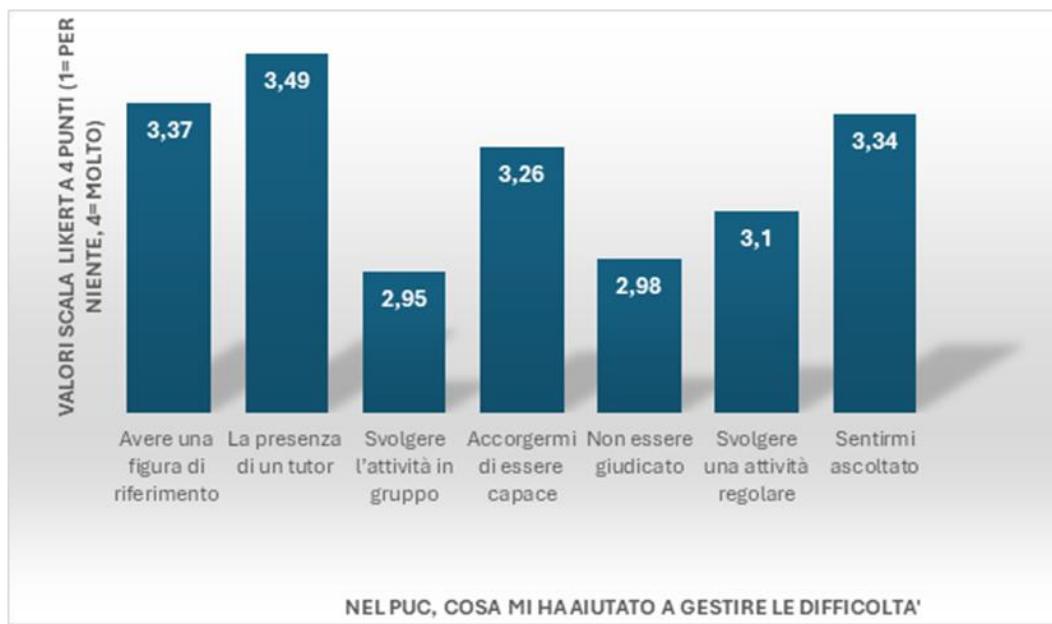
Si riportano nei seguenti grafici alcuni valori medi significativi emersi dall'analisi dei questionari:



Sintesi dei risultati di autovalutazione emersi nelle principali domande del questionario relative all'esperienza PUC nel suo complesso.



Sintesi dei risultati di autovalutazione emersi nelle principali domande del questionario relative al nesso tra PUC e soft skills



Sintesi dei risultati di autovalutazione emersi nelle domande del questionario relative a quali fattori abbiano aiutato a gestire le difficoltà incontrate durante il PUC

Rispetto alle dimensioni della fatica nessuna delle variabili inserite nel questionario risulta statisticamente significativa, con valori medi per ogni variabile compresi tra 1,05 e 1,35 (obbligo di partecipazione, quantità di impegno richiesto, ansia di relazionarsi con gli altri, senso di inadeguatezza, paura del giudizio altrui, senso di vergogna, rispetto delle regole previste).

La possibilità di trovare contesti non solo di riattivazione personale ma anche di relazione interpersonale, unita alla percezione di un senso di maggiore appartenenza alla comunità locale sono stati gli elementi maggiormente

evidenziati, anche la possibilità di essere affiancati da operatori attenti e disponibili nonché la presenza di un contesto non giudicante e aperto all'ascolto è stata valutata positivamente. L'autostima ne è uscita rinforzata, come anche le competenze di ascolto, comunicazione efficace, problem solving, confermando il valore del PUC quale strumento di accompagnamento educativo e di capacitazione della persona.

L'incrocio di variabili anagrafiche con le domande relative alle aree lavoro e socializzazione ha fatto emergere alcuni elementi significativi:

- nelle fasce più giovani il PUC è stato considerato maggiormente uno strumento utile a conoscere il proprio contesto territoriale e la comunità locale nonché strumento che ha consentito lo sviluppo di skill professionali; nelle fasce meno giovani emerge maggiormente la consapevolezza di «sentirsi utili» e un generale senso di benessere sull'esperienza.
- Chi è stato coinvolto in PUC per molte ore ha riportato elevati livelli di soddisfazione rispetto alla presenza di una figura di riferimento (tutor) e al sentirsi ascoltato, al vedersi "capace", nonché ha percepito di aver partecipato in modo maggiormente costante e attivo.
- Sono emersi valori alti nel valutare la positività dell'esperienza e l'ingaggio emotivo, senza differenze tra chi ha svolto un lavoro solitario e chi relazionale; chi ha svolto un PUC relazionale ha riportato una valutazione significativamente maggiore nello sviluppo di competenze di puntualità, mantenimento del compito e rispetto dell'impegno, mentre chi ha svolto un lavoro solitario ha dichiarato di aver beneficiato maggiormente della presenza di un responsabile PUC.
- I PUC considerati maggiormente professionalizzanti hanno registrato una valutazione molto alta anche su competenze tipicamente relazionali e i PUC con obiettivo socializzante sullo sviluppo di competenze professionali, ad indicare come il monitoraggio e la presenza di un tutor, il contesto non giudicante, la cura del clima e delle relazioni siano la base fondante per un'esperienza efficace ed emotivamente significativa.

In fase di lettura dei dati sono emersi, inoltre, questi elementi trasversali spunti di riflessione per la riprogettazione futura:

- la durata ideale è quella compresa tra 50 e 100 ore, in quanto non emerge una differenza significativa nei risultati per coloro che hanno svolto più di 100 ore;
- la presenza di un tutor e l'accompagnamento vengono percepiti come un forte elemento di valore dell'esperienza, che contribuisce all'apprendimento di skills;
- la socializzazione e relazione hanno una significatività importante che impatta sull'esito dei percorsi;
- la percezione di utilità è una dimensione da non sottovalutare, emersa in tutti i questionari quale punto di forza non atteso da parte dei partecipanti nonché fondante la propria autostima e il proprio senso di cittadinanza attiva.

Affondo sui dati raccolti

Alla luce dei dati raccolti con i questionari si è deciso di proseguire con l'attività di ricerca al fine di approfondire lo sguardo su alcuni aspetti emersi dalla prima fase di lavoro. Si è scelto di proseguire lungo due direttive:

- raccogliere narrazioni sull'esperienza dei PUC in uno spazio di dialogo aperto e meno strutturato. Per tale obiettivo si è scelto di strutturare due focus group narrativi, uno per ogni Comune.
- costruire indirizzi strategici che orientino le politiche territoriali e la progettazione dei PUC con domande specifiche da sottoporre a due tipologie di interlocutori privilegiati:
 - i beneficiari over 60;
 - gli enti ospitanti con cui svolgere delle interviste semi-strutturate.

Sono stati realizzati:

- 3 focus group narrativi: 2 a Cologno e 1 a Sesto per un totale di 8 persone coinvolte;
- 2 focus group over 60: 1 a Sesto e 1 a Cologno per un totale di 7 persone coinvolte;
- 12 interviste semi-strutturate agli enti ospitanti di cui 6 a Sesto e 6 a Cologno.

I focus group e le interviste sono stati condotti dall'equipe tra marzo ed aprile 2024. Di seguito alcune delle suggestioni raccolte negli incontri:

- PUC come "il nuovo quotidiano", occasione per uscire dalla quotidianità, avere nuovi pensieri, percepire leggerezza, rinforzo e positività per sé stessi;
- PUC come risposta alla solitudine, occasione per costruire rapporti positivi e di amicizia e fare gruppo;
- PUC come occasione di riattivazione e ripartenza, percezione di sé come competente e capace;
- PUC come occasione di utilità sociale e sviluppo del senso di appartenenza alla comunità, con conseguente proattività;
- Fatica nell'accettare che non sia sempre la strada per ottenere un lavoro: cambio di aspettative e consapevolezza del valore per sé a livello personale;
- Funzionalità del sistema organizzativo gestionale e presenza di un clima di lavoro empatico da parte dell'equipe.

Dal focus group ad indirizzo strategico condotto con alcuni beneficiari over 60 sono stati evidenziati i seguenti elementi cardine da tenere presente nella riprogettazione con questa fascia della popolazione:

- PUC come luogo in cui si sta bene;
- PUC come occasione di uscita dalla solitudine e dalla routine quotidiana, occasione per abituarsi ad orari e appuntamenti, avere cura di sé;
- PUC come opportunità di socializzazione e creazione di relazioni anche di aiuto reciproco e apprendimento tra pari;
- Sviluppo del senso di utilità e proattività, soprattutto nel momento in cui viene chiesto di mettere in gioco competenze professionali ed esperienze;
- Occasione di realizzare un progetto e raggiungere un piccolo traguardo.

Gli enti ospitanti riportano in toto una forte senso di riconoscenza, gratitudine e soddisfazione per il lavoro svolto dai beneficiari, che sono considerati una risorsa preziosa, in alcuni casi fondamentale, per integrare e rendere maggiormente accessibile ed efficiente un determinato servizio. Il rapporto costruito con i beneficiari è stato molto positivo e costruttivo, di collaborazione e fiducia reciproca, con pieno riconoscimento e rispetto dei ruoli.

Il PUC è stato l'occasione per supportare l'ente, creare un "pensiero etico e solidale", nuovo per molti servizi, in una logica educativa di potenziamento delle

competenze relazionali, di supporto alla persona, valorizzandola ed aiutandone il reinserimento sociale e lavorativo e il contrasto all'isolamento sociale. Non da ultimo grazie ai PUC i beneficiari hanno aumentato il proprio senso di appartenenza alla comunità e sviluppato un senso di attenzione del territorio, cosa che ha generato apprezzamento e valorizzazione da parte della cittadinanza. L'esperienza relazionale con i beneficiari è stata gratificante al punto da mettere l'accento sempre su comportamenti positivi e tralasciare le note su alcuni piccoli atteggiamenti inadeguati. Il monitoraggio, infatti, è stato ritenuto un elemento fondamentale per la buona riuscita dell'esperienza PUC, in particolare nella fase di valutazione delle caratteristiche e delle attitudini delle persone per garantirne la giusta collocazione. I beneficiari si sono sentiti così parte del progetto e ciò ha contribuito a rinforzare il proprio senso di utilità e ad essere sempre più propositivi durante l'attività.

Prospettive di sviluppo

Il lavoro di lettura e di analisi dei dati ha portato un forte valore aggiunto alla riflessione: gli elementi raccolti rinforzano le premesse da cui è partita la sperimentazione. Le ipotesi sono state confermate dalla ricerca in particolare rispetto a:

- PUC come strumento di contrasto all'isolamento e alla solitudine, occasione per la costruzione di relazioni significative.
- PUC come strumento di consapevolezza, messa in gioco, riattivazione e valorizzazione di competenze socio relazionali e professionali.
- Funzionalità dell'investimento in termini di supporto organizzativo e tutoraggio educativo, in tutti i settori interni ed esterni ai Comuni. A livello metodologico emerge come il tempo e le risorse spese nella conoscenza e nella cura della relazione con la persona e con l'ente ospitante siano necessarie alla buona riuscita dell'esperienza PUC. La soddisfazione dei beneficiari e degli enti è connessa alla capacità di organizzazione, di gestione delle difficoltà e di accoglienza.
- PUC percepito come strumento di sviluppo di cittadinanza attiva in una logica di do ut des.
- Centralità della dimensione della socializzazione nello sviluppo di competenze, nella valutazione dell'esperienza e del suo impatto emotivo e di apprendimento.

Elementi emersi non attesi:

- Superamento della diffidenza verso i percettori del contributo da parte sia dei servizi sia della cittadinanza.
- Proattività dei beneficiari superiore alle attese: emerge come sentirsi parte di qualcosa e sentirsi in grado di dare il proprio contributo porti a mettersi in gioco in modo positivo.
- Emergono due tipologie di persone in carico al Servizio: da un lato i vulnerabili, che hanno risorse da spendere e competenze da riattivare per ritrovare un maggior equilibrio ed autonomia, dall'altro i fragili che necessitano di un diverso approccio e diverse modalità di ingaggio.
- PUC come strumento per acquisire maggiore consapevolezza di sé e una migliore empatia rispetto gli altri, in un processo di ri-centratura delle proprie criticità.
- La perdita del lavoro emerge come un lutto da elaborare, un nodo centrale nei percorsi di vita delle persone che mina profondamente

l'autostima e il senso di auto efficacia.

Grazie al lavoro di ricerca è possibile individuare alcuni ambiti di miglioramento sia rispetto ai PUC sia rispetto al Servizio nel suo complesso:

- Aprire nuovi spazi di coinvolgimento dei beneficiari offrendo loro strumenti per auto organizzarsi, opportunità di rinforzo e di costruzione di relazioni - ad esempio favorendo il passaggio da volontario PUC a volontario delle associazioni – realizzazione di gruppi di mutuo-aiuto, gruppi di cammino, etc.
- Involgere i beneficiari in ruoli di co-tutor in una logica di formazione e apprendimento peer to peer;
- Involgere altre tipologie di associazioni, non solo dell'area sociale, per creare ponti con le competenze variegate delle persone ed incrementarne la motivazione;
- Involgere i beneficiari con il ruolo di peer una logica di promozione dell'invecchiamento attivo e di contrasto alla solitudine degli anziani;
- Strutturare l'orientamento in itinere e a conclusione dell'esperienza PUC e costruire spazi di confronto tra beneficiari che svolgono esperienze diverse in cui riconoscere valore, rileggere l'esperienza, condividere i vissuti;
- Inserire in modo strutturale i gruppi di socializzazione nella logica del Servizio;
- Aprire una riflessione rispetto a come poter rendere l'esperienza PUC uno spazio propedeutico che salvaguardi la logica dell'attività volontaria ma allo stesso tempo sia luogo di sperimentazione e sviluppo di competenze professionali e professionalizzanti, anche in relazione ai bisogni del terzo settore e dei servizi;
- Strutturare occasioni di comunicazione pubblica degli esiti di questo lavoro per far conoscere l'esperienza e attivare spazi di confronto e di orientamento delle politiche di programmazione territoriale.

7. REDDITO DI CITTADINANZA E ASSEGNO DI INCLUSIONE: DUE POPOLAZIONI A CONFRONTO

Di seguito alcuni elementi qualitativi e quantitativi rispetto alle due misure. L'obiettivo è quello di evidenziare alcune caratteristiche dei percettori – anche in considerazione delle novità introdotte dall'ADI – e di quantificare la portata e la dimensione dell'investimento.

La popolazione RdC:

L'utenza Rdc è stata caratterizzata da una polarizzazione tra due tipologie di target:

1. utenza già conosciuta e nota ai Servizi Sociali e ai servizi specialistici, con prese in carico di tipo cronico e aspetti di multi-problematicità importanti;
2. utenza non conosciuta o poco conosciuta dai servizi che comprende sia nuclei con scarsa consapevolezza delle proprie fragilità, sia nuclei non abituati a chiedere aiuto, anche per pudore o scarsa conoscenza dei servizi del territorio. Una parte di questi presenta buone risorse e resilienza che necessitano di un supporto temporaneo per poter uscire dalla situazione di criticità.

La popolazione target si è rilevata in prevalenza composta da persone con più di 50 anni, nuclei unipersonali, con scarse o assenti reti familiari e di sostegno, persone

con bassa scolarizzazione, donne sole con figli minori a carico e problemi di conciliazione, persone con un quadro psicopatologico accertato o presunto.

In un contesto generale di forte isolamento sociale sono emerse problematiche molto differenziate: la questione abitativa e l'orientamento lavorativo, fragilità psico-sociale e un passato di esperienze professionali multiple e sfaccettate. Significativa, infine, l'incidenza di bisogni di natura sanitaria, di integrazione culturale e linguistica, di sostegno nella fuoriuscita dal circuito penale.

L'esperienza di gestione ha messo in evidenza come la misura:

- ha rappresentato un forte elemento protettivo nei confronti di quei nuclei privi di entrate economiche fisse, diminuendo il rischio di scivolamento in povertà estrema e liberando energie verso altri obiettivi oltre alla mera sussistenza;
- ha ridotto il rischio, grazie alla condizionalità, di adagiarsi in una logica di tipo assistenzialistico;
- ha fatto emergere situazioni di marginalità e fragilità prima non conosciute ai Servizi;
- ha consentito, grazie anche alle sinergie con il Tavolo povertà, di strutturare una rete territoriale con funzioni di lettura del bisogno, circolarità delle risorse, progettazione e definizione di strategie integrate per favorire l'inclusione sociale;
- ha consentito, grazie anche all'investimento sui PUC, di sperimentare innovazione nelle politiche locali di welfare.

Stante le caratteristiche della popolazione non sempre è stato possibile realizzare interventi che producessero dei cambiamenti significativi nella vita familiare: il ristabilire un equilibrio pare essere l'esito maggiormente realistico dei percorsi personalizzati, anche a causa di una rete di servizi e realtà territoriali radicata e preziosa, ma non sufficiente a rispondere a bisogni così sfaccettati e molteplici.

Per rappresentare la portata dell'intervento legato alla presa in carico dei cittadini percettori del Reddito di Cittadinanza indichiamo i dati relativi al numero di persone seguite grazie alle risorse della Quota Servizi Fondo Povertà 18-19-20 (periodo ottobre 2020 - dicembre 2023). Considerando che la misura aveva una durata di 18 mesi, tale valore complessivo comprende anche nuove domande da parte degli stessi beneficiari in seguito alla scadenza.

- Persone prese in carico dal Servizio Sociale professionale: 1626 (analisi preliminare, valutazione, progetto individualizzato e presa in carico sociale).
- Persone beneficiarie in percorsi educativi e di inclusione: 1070
- Persone supportate nella realizzazione dei PUC (tutoring): 351
- Persone coinvolte in interventi di sostegno alla genitorialità e mediazione familiare, supporto psicologico: 92

La popolazione ADI

La popolazione beneficiaria di ADI presenta alcuni elementi di continuità con l'utenza RdC ma anche delle discontinuità. I primi dieci mesi di gestione hanno messo in evidenza che la misura:

- intercetta una popolazione già nota ai servizi: ex percettori RdC, persone con disabilità, situazioni caratterizzate da forti elementi di cronicità;

- include fasce di popolazione non conosciute prima come gli anziani che, in quanto percettori di Pensione di Cittadinanza, non avevano l'obbligo di convocazione presso i Servizi Sociali. La popolazione anziana evidenzia problematiche di salute di vario genere;
- si rivolge prevalentemente a beneficiari over 60 ma è significativa anche la presenza di nuclei con minori e con invalidità, questi ultimi più presenti a Sesto che a Cologno;
- nel 75% dei casi i progetti sono condivisi con altri servizi, è raro trovare beneficiari che non siano in carico almeno ad un altro servizio sociale o sanitario, soprattutto per storia familiare;
- intercetta un'utenza più consapevole che è già orientata verso la rete dei servizi, anche se spesso viene riportata la difficoltà di accesso;
- ha in carico un elevato numero di nuclei unipersonali in particolare over 50, senza lavoro, con bassa scolarizzazione e con invalidità per i quali l'ADI rappresenta l'unica fonte di reddito. È cresciuto leggermente, rispetto al passato, il numero di donne vittime di violenza, con la presenza di minori nel nucleo. Le famiglie con minori che approdano al servizio evidenziano in buona parte problematiche di ordine scolastico e la presenza di giovani neet.

Con la precedente misura il primo problema evidenziato al Servizio era di tipo lavorativo, ora la richiesta è di aiuto economico. I beneficiari portando questa problematica come centrale ed unica, ma dai colloqui emerge spesso scarsa consapevolezza della propria fragilità. Alcuni beneficiari rifiutano di essere accompagnati ai servizi specialistici per non essere "incasellati" in una categoria.

La platea di beneficiari comprende, inoltre, un aumento crescente di persone anziane che vivono con figli adulti, spesso over 50, e con i nipoti. Tale situazione, in molti casi, comporta un sovraffollamento abitativo spesso conseguenza di separazioni/divorzi.

Il quadro di fragilità abitativa è significativo, coinvolge sia singoli sia nuclei familiari, numerosi beneficiari si trovano in situazione di morosità a causa di canoni di affitto o spese condominiali elevati. La precarietà abitativa interessa anche madri sole con bambini, persone sole o famiglie monoredito che non riescono accedere ad un affitto sul libero mercato. Come evidenziato dalla rete territoriale i requisiti di accesso al libero mercato sono molto elevati ma le persone non sono disposte a trasferirsi altrove. I legami sociali e la disponibilità di servizi, oltre alla vicinanza a Milano, sono le ragioni che spingono le persone a restare su questo territorio nonostante i costi. Prevalgono il forte senso di appartenenza, il mantenimento delle proprie abitudini e di una rete di relazioni per sé e per i figli.

Ultima considerazione degna di nota è il forte legame tra povertà e mancato accesso alle cure sanitarie; aumentano le persone, in particolare anziani soli, che rinunciano a curarsi o devono attendere tempi di attesa molto lunghi.

Il valore del contributo ADI varia nella popolazione dell'Ambito da un massimo di 1.407 euro e un minimo di 40 euro, con una media di circa 570 euro.

La prima tabella rappresenta la fotografia del Servizio e dell'utenza alla fine di ottobre 2024. Il numero di domande pervenute è significativamente superiore al numero di persone prese in carico, tale discrepanza è data dalle revocate o dalle decadenze per mancanza di requisiti a seguito di controlli anagrafici e/o controlli da parte di INPS.

	AMBITO	SESTO	COLOGNO
N. DOMANDE ADI PERVENUTE ALL'AMBITO	664	439	225
N. NUCLEI CON ANALISI PRELIMINARI AVViate (CONTEGGIO 1 PERSONA PER NUCLEO)	558	373	185
N. NUCLEI CON PAIS ATTIVO	343	251	92
Di cui membri con obbligo di attivazione lavorativa e sociale	67	17	50
Di cui membri con obbligo di attivazione solo sociale	130	105	25
DECADUTI IN ITINERE NEL PERIODO DELLA PRESA IN CARICO	55	34	21
N. PERCORSI EDUCATIVI AVVIATI CON MEMBRI DEI NUCLEI BENEFICIARI ADI	169	108	61
N. PERCORSI DI SUPPORTO PSICOLOGICO AVVIATI NEL 2024	26	18	8
N. PERCORSI DI SUPPORTO PSICOLOGICO IN CONTINUITA'	17	10	7
N. BENEFICIARI ADI INSERITI IN PROGETTI PUC	6	0	6
N. BENEFICIARI INSERITI IN PROGETTI DI VOLONTARIATO	0	0	0
N. BENEFICIARI ADI CHE PERCEPIVANO RDC	277	209	68

La seconda tabella rappresenta le caratteristiche delle persone che hanno presentato domanda e che sono state prese in carico dal Servizio.

	AMBITO	SESTO	COLOGNO
PERSONE IN CARICO OVER 60	283	190	93
PERSONE IN CARICO CON MINORI NEL NUCLEO	142	84	58
PERSONE IN CARICO CON INVALIDITA'	118	87	31
PERSONE IN CARICO CON CERTIFICAZIONE DI SVANTAGGIO	15	12	3
N. NUCLEI CON ALMENO UNA PERSONA IN CARICO			
- AI SOLI SERVIZI SOCIOSANITARI	236	161	75
- AI SOLI SERVIZI COMUNALI	173	107	66
- SIA AI SERVIZI SOCIOSANITARI CHE COMUNALI	97	61	36
SITUAZIONE ABITATIVA			
- REGOLARI	359	246	113
- MOROSI	110	81	29
- IRREGOLARI	62	34	28
- CON SFRATTO	7	4	3
- SENZA FISSA DIMORA	10	8	2
- N.P.	10	0	10
COMPOSIZIONE NUCLEI			
1 PERSONA	291	197	94
2 PERSONE	126	83	39
3 PERSONE	76	46	30
4 PERSONE	35	22	13
5 o + PERSONE	30	21	9
CITTADINANZA ITALIANA	462	311	151
NUCLEI CON ALMENO UN DISABILE	235	163	72
Di cui disabilità fisica	131	86	45
Di cui disabilità psichica	55	44	11
Presenza di entrambe	40	27	13
n.d.	11	8	3

La popolazione AFL

La misura AFL è gestita dal Centro per l'Impiego, dall'avvio (settembre 2023) ad oggi ha coinvolto 141 cittadini di cui 83 residenti a Sesto e 58 a Cologno. Una parte significativa è composta da persone fragili che non avevano il requisito per accedere all'ADI, per i quali sarebbe necessario un invio ad un servizio specialistico

ed un percorso di presa in carico presso i Servizi Sociali.

Oggi la normativa divide in modo netto i beneficiari: ADI è riservato alle persone più fragili e perlopiù non inseribili nel mercato del lavoro, SFL è dedicato invece a chi ha margini di occupabilità. Il lavoro sinergico con il Centro per l'Impiego prosegue ma in questa fase è solamente relativo ai beneficiari SFL ingaggiabili nei PUC e ai beneficiari tenuti al Patto per il Lavoro, circa una ventina sul totale.

	AMBITO	SESTO	COLOGNO
N. PERCETTORI SFL	141	83	58
- DI CUI FEMMIME	79	43	36
- DI CUI MASCHI	62	40	22
- DI CUI OVER 50	68	41	27
- DI CUI UNDER 30	9	4	5
N. PERCETTORI CON CITTADINANZA ITALIANA	106	62	44
PERCORSI PROPOSTI			
-GOL	119	67	52
-PUC	1	1	0
-PUC + GOL	6	6	0
-TIROCINIO	1	0	1
N. ASSUNZIONI	6	4	2

8. GLI OBIETTIVI DELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ'

Il triennio appena concluso è stato caratterizzato da un intenso lavoro in questa area di policy come ampiamente descritto nelle pagine precedenti.

Le attività da un lato hanno riguardato ambiti di intervento coerenti con gli obiettivi definiti nel vecchio Piano di Zona, dall'altro sono conseguenze di cambiamenti introdotti a livello normativo avvenuti durante il triennio, come ad esempio la transizione dal Reddito di Cittadinanza all'Assegno di Inclusione.

Si richiamano per completezza gli obiettivi inseriti nella precedente programmazione:

1. Consolidare e potenziare il "Servizio di supporto ai cittadini beneficiari del reddito di cittadinanza residenti nei Comuni di Sesto e Cologno";
2. Uniformare gli elementi ancora differenti tra i due Comuni;
3. Consolidare la collaborazione con il Centro per l'Impiego;
4. Aumentare il livello di integrazione esistente tra il servizio e le risorse del territorio seguendo tre linee di lavoro:
 - o in ottica di sistema;
 - o nella gestione di percorsi individualizzati condivisi a favore degli utenti in carico al servizio e alla rete;
 - o nella definizione della platea degli esclusi dalle misure di sostegno al reddito.
5. Rinforzare i percorsi educativi di supporto rivolti a minori e adolescenti la cui fragilità è aumentata a partire dal lockdown e rinforzare i percorsi educativi di supporto rivolti a famiglie con minori nei primi mille giorni di vita.
6. Potenziare l'integrazione sociosanitaria.

I primi tre obiettivi sono stati pienamente raggiunti, anche se l'introduzione del SFL ha richiesto un riallineamento delle prassi di lavoro con il Centro per l'impiego rispetto all'introduzione della nuova normativa che individua ruoli e funzioni leggermente diverse che in passato.

Anche l'obiettivo quattro è stato pienamente raggiunto attraverso le seguenti azioni:

- Strutturazione del Tavolo povertà quale ambito di lavoro permanente;
- Definizione del quadro delle risorse e dei bisogni, nonché della platea delle fragilità intercettate ed escluse;
- Progettazione e gestione degli interventi finanziati con Fondo delle povertà grave marginalità in condivisione con la rete territoriale;
- Attivazione di Micro-equipe sui casi in gestione condivisa tra Servizio Ex RDC oggi ADI e la rete territoriale.

L'obiettivo cinque è stato raggiunto solo parzialmente in quanto il bisogno al quale si intendeva rispondere è emerso – in fase di valutazione multidimensionale e di definizione del progetto personalizzato – in modo meno significativo rispetto alle attese. In ogni caso preme sottolineare che la risorsa educativa – come previsto dai LEPS – è stata attivata in affiancamento agli utenti così come definito nel percorso di presa in carico e in relazione ad uno specifico bisogno.

L'obiettivo sei è stato solo parzialmente raggiunto. Nel triennio si sono strutturate collaborazioni con il CPS per la gestione dei casi condivisi attraverso il Tavolo di raccordo operativo ma è necessario proseguire in questa direzione e rinforzare i percorsi in comune. Come si evince dalla lettura dei dati, aumentano gli utenti che necessitano di percorsi integrati con i servizi sanitari; questa tendenza si è accentuata in particolare dopo l'introduzione dell'ADI che individua nei beneficiari del contributo economico persone in condizione di fragilità.

Si ritiene pertanto necessario implementare ulteriormente la collaborazione con ASST ed in particolare con i servizi della salute mentale.

L'obiettivo viene pertanto riproposto anche nel triennio 2025-2027.

9. GLI OBIETTIVI PER IL TRIENNIO

A seguito degli elementi di valutazione evidenziati in questa trattazione, in coerenza con le indicazioni ministeriali relative alla piena attuazione dei LEPS e in evidenza al livello di raggiungimento degli obiettivi della precedente triennalità si individuano le seguenti aree di lavoro:

GARANTIRE A TUTTI GLI UTENTI PERCETTORI DELLA MISURA NAZIONALE DI CONTRASTO ALLA POVERTÀ LA PIENA ATTUAZIONE DEI LEPS

Tutti gli utenti in carico al Servizio ADI avviano il loro percorso di presa in carico attraverso l'equipe del Servizio in setting multiprofessionale; alla definizione del PEI partecipano tutte le figure professionali compreso il referente PUC (se il beneficiario è tenuto all'obbligo o da aderisce in modo volontario). Per ogni utente sono garantiti gli interventi di inclusione sociale modulati sulle esigenze della persona e del nucleo.

Si individuano i seguenti ambiti di miglioramento:

- progettare percorsi di presa in carico maggiormente pensati alle esigenze degli utenti anziani oggi in carico al Servizio;
- potenziare il ruolo dello psicologo all'interno della Equipe del Servizio;
- aumentare il livello di integrazione tra le risorse territoriali e la rete, anche attraverso una attività di supervisione sulla casistica più complessa da parte degli operatori del Servizio RDC;
- riprogettare le modalità di ingaggio degli utenti sui Progetti di Utilità collettiva a seguito dell'eliminazione parziale dell'obbligatorietà;

- confronto in merito alla possibilità concessa dalla norma di estendere la platea dei beneficiari come indicato all'art. 6 comma 9 del DL 48/2023.

Per il raggiungimento dell'obiettivo l'Ambito utilizzerà le risorse della Quota Servizi Fondo povertà annualmente assennata dal Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali.

POTENZIARE L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Come indicato nel precedente paragrafo le caratteristiche dei percettori dell'ADI richiedono necessariamente una maggiore integrazione con i servizi sanitari e sociosanitari. Per questa ragione si ritiene necessario porre un'adeguata attenzione al tema dell'integrazione sociosanitaria come richiamato anche all'interno dell'Accordo di programma per l'attuazione del Piano di Zona sottoscritto dai Comuni, da ATS e da ASST. Ciò premesso di individuano le seguenti priorità:

- Rinforzare i percorsi di presa incarico integrati degli utenti percettori dell'ADI che necessitano di una presa in carico sociosanitaria anche prevedendo il coinvolgimento dei Servizi Specialistici (Dipendenze e salute mentale).
- Individuare con ASST delle strategie per coinvolgere gli utenti in carico al Servizio in attività di promozione della salute e adesione agli screening.

PROGETTAZIONE DEL SERVIZIO DI PRONTO INTERVENTO SOCIALE

Il Servizio, oggi non ancora presente sul territorio, sarà progettato in coerenza con le indicazioni contenute nel Piano nazionale degli interventi 2021-2023.

Descrizione sintetica:

Il servizio si attiva in caso di emergenze ed urgenze sociali, circostanze della vita quotidiana dei cittadini che insorgono repentinamente e improvvisamente, producono bisogni non differibili, in forma acuta e grave, che la persona deve affrontare e a cui è necessario dare una risposta immediata e tempestiva in modo qualificato, con un servizio specificatamente dedicato. Il pronto intervento sociale viene assicurato 24h/24 per 365 giorni l'anno. In relazione alle caratteristiche territoriali e di organizzazione dei servizi, può essere attivato come uno specifico servizio attivato negli orari e giorni di chiusura dei servizi territoriali oppure come intervento specialistico sempre attivo. Nel primo caso il pronto intervento sociale viene assicurato direttamente dai servizi territoriali negli orari di apertura. Il pronto intervento sociale si rapporta con gli altri servizi sociali ai fini della presa in carico, laddove necessaria.

Obiettivi previsti:

- garantire una risposta tempestiva alle persone che versano in una situazione di particolare gravità ed emergenza per quanto che concerne problematiche a rilevanza sociale anche durante gli orari e giorni di chiusura dei servizi territoriali, 24h/24 e 365 all'anno
- realizzare una prima lettura del bisogno rilevato nella situazione di emergenza ed attivare gli interventi indifferibili ed urgenti;
- inviare/segnalare ai servizi competenti per l'eventuale presa in carico;
- promuovere una logica preventiva svolgendo un'azione di impulso alla costruzione e lettura attenta e partecipata di mappe di vulnerabilità sociale di un determinato territorio, nonché alla raccolta di dati sul bisogno sociale anche in funzione di azioni di analisi organizzativa dei servizi e delle risorse.
- promuovere protocolli con le FF.OO., il servizio sanitario e il privato sociale

per garantire da parte del territorio strumenti di analisi per il riconoscimento delle situazioni di emergenza, risorse e servizi per garantire gli interventi (ad esempio la pronta accoglienza di minori e minori stranieri non accompagnati è condizionata alle convenzioni con strutture di questo tipo nel territorio).

Funzioni e core del Servizio:

A seguito della segnalazione, il servizio effettua una prima valutazione professionale e fornisce assistenza immediata, necessaria e appropriata alla persona, documentando ogni azione svolta e predisponendo un progetto d'aiuto urgente, che deve essere tracciato nel sistema informativo sociale in uso nel territorio. Sulla base della tipologia di bisogno rilevato e dell'esito del pronto intervento, il servizio segnala la situazione e trasmette la documentazione relativa agli interventi svolti in regime di emergenza e urgenza al servizio sociale competente, e/o ad altri servizi, nel primo momento utile per garantire la continuità della presa in carico. L'intervento deve quindi garantire le seguenti funzioni:

- il ricevimento delle segnalazioni nelle modalità concordate a livello territoriale (direttamente dalle persone in condizioni di bisogno, da altri cittadini, dai servizi pubblici e privati che hanno sottoscritto uno specifico accordo, ecc.)
- risposta urgente ai bisogni di accoglienza per periodi brevi in attesa dell'accesso ai servizi;
- attivazione di attività di aggancio, ascolto e lettura del bisogno attraverso: operatori del servizio, intervento delle Unità di strada (UDS);
- prima valutazione del bisogno, documentazione dell'intervento e segnalazione ai servizi.

La progettazione del servizio sul nostro territorio avverrà:

- coinvolgendo i Servizi sociali comunali;
- coinvolgendo i Servizi sanitari e sociosanitaria per il tramite di ASST come evidenziato nell'Accordo di Programma;
- coinvolgendo la rete territoriale come precedentemente anticipato;
- partecipando a momenti formativi e informativi – anche con l'obiettivo di analizzare i Servizi già attivi in altri territori – promossi sul tema da Regione Lombardia, ANCI, ATS e Ministero del lavoro e delle politiche sociali
- attraverso la metodologia della coprogettazione (Decreto 72/2021).

COINVOLGERE LE ORGANIZZAZIONI PRESENTI SUL TERRITORIO DELL'AMBITO NELLA GESTIONE DEI PROGETTI DI UTILITA' COLLETTIVI E/O PROGETTI DI VOLONTARIATO CHE COINVOLGONO I PERCETTORI ADI E FSL

Come avvenuto nel 2023, ai fini della implementazione del catalogo PUC e della costituzione del nuovo catalogo delle esperienze di volontariato, sarà pubblicata - agli inizi del 2025 - da parte dell'Ambito territoriale la Manifestazione Interesse finalizzata all'identificazione di enti del terzo settore disponibili ad ospitare volontari nelle due cornici sopra citate dei PUC o delle esperienze di volontariato.

SVILUPPO DEGLI OBIETTIVI DI LAVORO INDIVIDUATI DAL TAVOLO

Gli obiettivi di lavoro individuati dal tavolo delle povertà sono trattati al Paragrafo 4.4. "Prospettive" di lavoro future del presente capitolo e vengono di seguito richiamati in modo sintetico:

- allargare e stabilizzare la rete delle associazioni aderenti al tavolo,

- includendo in questo percorso anche ASST Nord Milano;
- favorire le integrazioni progettuali;
 - mettere a regime l'osservatorio dei bisogni con approfondimento di tematiche specifiche quali il tema della povertà sanitaria;
 - coinvolgere il Tavolo nella co-progettazione del Pronto Intervento Sociale che si svilupperà nella prossima triennalità;
 - garantire un adeguato livello di informazione agli operatori della rete territoriale in merito a tutte le misure di contrasto alla povertà;
 - aumentare il livello di integrazione tra le risorse territoriali e la rete, anche attraverso una attività di supervisione sulla casistica più complessa da parte degli operatori del Servizio RDC.

LA LEGGE 112/2016 “IL DOPO DI NOI”

Il presente paragrafo si pone l'obiettivo di rappresentare, anche cronologicamente, lo sviluppo e l'attuazione della Legge 112/2016 sul territorio dell'Ambito ripercorrendo tutte le tappe di un percorso tanto sfidante, quanto complesso. I risultati raggiunti nel 2024 sono il frutto di un percorso che si è sviluppato in un lungo arco di tempo, caratterizzato da rallentamenti e accelerazioni da conquiste e da sconfitte. La realizzazione del programma, anche per la sua caratteristica innovativa, ha richiesto molto impegno a tutti soggetti coinvolti: le persone che hanno aderito alle progettazioni, le famiglie, il personale delle organizzazioni del Terzo Settore, i Servizi Sociali comunali e l'Ambito territoriale. Dopo oltre 6 anni è possibile fare una prima valutazione di questa esperienza evidenziando alcuni elementi di fragilità - insiti nelle caratteristiche del contento territoriale - che hanno ostacolato e rallentato il percorso di attuazione e altri che, invece, ne hanno consentito e facilitato lo sviluppo.

- L'assenza sul territorio dell'Ambito di soluzioni abitative riconducibili ai modelli individuati nella Legge, o di altre esperienze assimilabili, ha determinato un rallentamento nell'avvio delle sperimentazioni; la mancanza di una adeguata infrastruttura ha necessariamente comportato, almeno per i primi anni, un ripiegamento dei percorsi di "affrancamento" dalla famiglia su attività propedeutiche finalizzate al progressivo sviluppo delle autonomie.
- La scarsità di reti e di legami di comunità ha costituito di certo un ostacolo: nonostante molte famiglie dei beneficiari fossero già in contatto tra loro, vista la frequentazione degli stessi servizi - elemento che teoricamente avrebbe potuto facilitare la messa in comune delle esperienze e la diffusione di un pensiero o progettazioni comuni - sul territorio di Ambito non si sono registrate attivazioni autonome di familiari in tal senso. Questo limite potrebbe essere dettato dal fatto che le famiglie delle persone con disabilità, concentrate su altri livelli di priorità, non erano ancora pronte ad accogliere la tematica dell'autonomia abitativa, argomento eccessivamente innovativo in un territorio ancora immaturo di esperienze.
- La sottovalutazione della complessità dei percorsi, anche dal punto di vista del processo di maturazione individuale, ha spesso indotto gli operatori ad ipotizzare delle tempistiche per il raggiungimento degli obiettivi di autonomia che poi si sono verificate irrealizzabili. L'emancipazione dal contento familiare non è mai un percorso lineare, anche per le tante implicazioni relazionali connesse, a momenti di entusiasmo dove il desiderio di indipendenza prevale ne seguono altri critici caratterizzati da insicurezza, resistenza e paura del cambiamento.
- In alcuni casi le progettazioni individualizzate risultano difficoltose: la normativa prevede infatti la possibilità di accesso a prescindere dal livello di gravità. Per i beneficiari che presentano un quadro di natura clinica o disturbi del comportamento ad elevata o elevatissima intensità di sostegno, l'attuazione del progetto di autonomia abitativa risulta estremamente complesso.
- Le continue modifiche evidenziate nei Piani operativi regionali, originate dalla necessità di migliorare lo strumento e di rendere maggiormente attuabile la norma, hanno reso il percorso particolarmente difficoltoso.

Seppur in un quadro di elevata complessità gli elementi positivi sono stati diversi, sia dal punto di vista dei risultati ottenuti sia delle opportunità offerte.

- In primis, le persone con maggiori necessità di sostegno cognitivo e psicofisico hanno potuto sperimentarsi in contesti di condivisione abitativa difficilmente sostenibili senza il supporto economico previsto dalla Legge 112. I percorsi di coabitazione sperimentati negli alloggi palestra e nelle attività di weekend e/o vacanze sono stati occasione di accrescimento e di valorizzazione di sé. Le persone hanno, in diversi casi, sviluppato dinamiche solidaristiche di supporto reciproco a fronte di differenti livelli di autonomia.
- Per le persone che hanno svolto le attività con lo stesso ente gestore del servizio diurno in cui sono inserite, è stato possibile lavorare sugli obiettivi di empowerment senza soluzione di continuità.
- A partire dal 2020 Regione Lombardia con proprie risorse, ha adottato un'azione di sistema finalizzata a garantire un supporto informativo e formativo per accompagnare tutti i soggetti ed i portatori di interesse pubblici e privati, coinvolti nella dinamica progettuale Dopo di noi, a lavorare insieme per co-progettare e costruire in modo coordinato ed integrato nuovi contesti e nuovi progetti per la vita adulta. Il percorso formativo ha assunto un ruolo particolarmente significativo in quanto, operatori di organizzazioni differenti, si sono potuti confrontare su tematiche importanti quali: l'autodeterminazione della persona con disabilità, la definizione del budget di progetto, il ruolo della famiglia nel processo di emancipazione e l'autonomia abitativa come obiettivo da raggiungere non solo individualmente ma privilegiando la dimensione del piccolo gruppo.
- La Legge 112, nella puntuale lettura della complessità della tematica e promuovendo una linea sistematica di approccio alle progettualità, individua nella famiglia un attore fondamentale di sostegno al percorso dei propri figli o familiari attraverso interventi di supporto nel processo di separazione e distacco, seppur per un tempo limitato. L'esperienza di questi anni ci ha insegnato che le famiglie non vanno supportate solo dal punto di vista psicologico e relazionale nell'elaborazione del distacco ma soprattutto vanno sostenute nella capacità di individuare e mettere in comune le risorse per la costruzione di percorsi sostenibili.
- Il grosso investimento progettuale fatto dagli enti gestori, nel territorio dell'Ambito, nel 2024 ha consentito la messa a regime di 3 soluzioni residenziali stabili. In due casi, ciò si è reso possibile grazie alla messa a disposizione del patrimonio immobiliare di due famiglie, nell'altro caso si tratta di un appartamento di edilizia pubblica assegnato a due sorelle. In questi anni, i primi due appartamenti sono stati utilizzati come alloggi palestra; oltre ai proprietari, vi sono state accolte altre persone frequentanti gli stessi contesti diurni e con le quali però i proprietari stessi avevano affinità o legami particolari. In questo modo, grazie al costante supporto, monitoraggio ed osservazione dell'ente gestore, è stato possibile ricreare la dimensione di una vera e propria casa abitata da persone che si erano scelte nel tempo.
- La spinta all'emancipazione e al cambiamento mostrata dalle persone coinvolte è stata, da una parte, il motore della creazione di queste nuove realtà, ma anche oggetto del lavoro di rimodulazione e rielaborazione svolto dal personale educativo che è riuscito, per così dire, a dare forma all'acqua. Anche i familiari delle persone coinvolte, qualora presenti, hanno parallelamente lavorato sul proprio modo di guardare alla

disabilità del proprio figlio o familiare, rimanendo una base sicura da cui le esperienze sono potute partire.

1. IL QUADRO NORMATIVO

La legge 112 del 22 giugno 2016 "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare" disciplina misure di assistenza, cura e protezione nell'interesse delle persone con necessità di sostegno intensivo, non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità, prive di sostegno familiare in quanto mancanti di entrambi i genitori o perché gli stessi non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale, nonché in vista del venir meno del sostegno familiare, attraverso la progressiva presa in carico della persona interessata già durante l'esistenza in vita dei genitori.

La Legge dispone, inoltre, l'istituzione del Fondo Nazionale per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, comunemente denominata "Dopo di Noi".

Il Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 23 novembre 2016 ha dato disposizioni per l'attuazione della Legge 112/2016 individuando:

- i destinatari degli interventi ovvero le persone con **disabilità grave** ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge n. 104 del 1992, non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità, prive di sostegno familiare in quanto mancanti di entrambi i genitori o perché gli stessi non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale, nonché in vista del venir meno del sostegno familiare;
- la tipologia di interventi finanziabili ovvero:
 - a) Percorsi programmati di accompagnamento verso l'autonomia ed uscita dal nucleo d'origine, anche con soggiorni temporanei;
 - b) Interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative come previste dal Decreto;
 - c) Programmi di accrescimento della consapevolezza, di abilitazione e sviluppo delle competenze per la gestione della vita quotidiana e per il raggiungimento del maggior livello di autonomia possibile;
 - d) Interventi di realizzazione di innovative soluzioni alloggiative con possibile pagamento degli oneri di: Locazione – Spese condominiali - Ristrutturazione e messa in opera degli impianti e delle attrezature. In merito al contributo per locazione e spese condominiali possono accedere al contributo esclusivamente i disabili gravi residenti presso forme di residenzialità autogestita o soluzioni di Cohousing/housing.

Il decreto individua, inoltre, le soluzioni residenziali oggetto del finanziamento e ne definisce con precisione le caratteristiche:

Gruppo appartamento: Appartamento in cui convivono da 2 fino ad un massimo di 5 persone disabili, inclusi massimo 2 posti per sollievo/emergenza. Rientrano in questa tipologia:

- Comunità alloggio sociali per disabili, accreditate, con una capacità ricettiva di massimo 5 posti. I servizi alberghieri ed assistenziali sono assicurati dall'Ente gestore della Comunità;
- Gruppo appartamento (o altra formula residenziale simile), in cui convivono fino a 5 persone disabili, gestito da Ente pubblico o privato che

- assicura i servizi alberghieri ed assistenziali;
- Gruppo appartamento (o altra formula residenziale simile), in cui convivono in autogestione fino a 5 persone disabili, che si assumono in proprio l'onere dei costi relativi sia all'immobile sia ai servizi di supporto (assistenziali e alberghieri).

Housing – Cohousing:

Con *Housing sociale* sono definiti gli alloggi con forte connotazione sociale, per coloro che non riescono a soddisfare il proprio bisogno abitativo sul mercato (per ragioni economiche o per assenza di un'offerta adeguata). A tal fine sono introdotte una serie di attività finalizzate a fornire alloggi adeguati a famiglie/persone in difficoltà (anche disabili), i cui prezzi risultano inferiori a quelli di mercato: ad es. alloggi in affitto a canone calmierato (moderato, convenzionato, agevolato, ecc.), acquisto di alloggi a prezzo convenzionato (edilizia convenzionata), affitto con possibilità di acquisto.

Il *Cohousing* nella sua accezione originaria fa riferimento a insediamenti abitativi composti da abitazioni private corredate da spazi destinati all'uso comune e alla condivisione tra i diversi residenti (*cohousers*). Tra i servizi di uso comune vi possono essere ampie cucine, locali lavanderia, spazi per gli ospiti, laboratori per il fai da te, spazi gioco per i bambini, palestra, piscina, internet-café, biblioteca, car sharing e altro. I residenti convivono come una comunità di vicinato e gestiscono gli spazi comuni in modo collettivo ottenendo in questo modo risparmi economici e benefici di natura ecologica e sociale: il mutuo aiuto tra vicini di casa, la condivisione di spazi e attività promuovono uno stile di vita più umano e sostenibile. Questa formula residenziale è presente in molte esperienze di soluzioni abitative a forte caratterizzazione sociale e solidale nelle quali la persona disabile e gli altri co-residenti dispongono di un nucleo abitativo indipendente (minialloggio, appartamento), ancorché inserito in un contesto nel quale i co-residenti – di norma persone fragili e/o vulnerabili non necessariamente disabili (es. giovani coppie, anziani, studenti, ecc.) - condividono servizi di carattere generale e attività attraverso il principio della "reciproca mutualità", in ottica di vicinato solidale. Di norma gli appartamenti sono concessi in locazione o altra forma contrattuale da parte dell'Ente (pubblico o privato no profit) proprietario delle residenze e la loro concessione alla persona implica la sottoscrizione di un regolamento nel quale sono identificati gli elementi relativi alla condivisione degli spazi comuni e della reciproca mutualità. È possibile che il gestore assicuri alla persona disabile oltre all'alloggio anche servizi di natura alberghiera e/o di natura assistenziale e/o di natura educativo/animativa (anche attraverso l'impiego di residenti, cui viene assicurata una specifica remunerazione da parte del gestore stesso) diversi da quelli sopra definiti come servizi di "reciproca mutualità" – vicinato solidale.

L'intento del legislatore è duplice: da un lato promuovere percorsi di autonomia e di progressiva emancipazione, dall'altro introdurre dei nuovi tasselli nella filiera dei servizi residenziali per le persone disabili orientando e privilegiando soluzioni di piccole dimensioni.

2. IL PRIMO BANDO IN ATTUAZIONE DELLA LEGGE 112/2016

Con Deliberazione di Giunta n. 6674 del 7/06/2017 Regione Lombardia ha approvato il "Programma operativo Regionale per la realizzazione degli interventi a favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare attuando a livello territoriale quanto indicato nella legge 112/2016 e nel DM del 23/11/2016".

Con Decreto della Direzione Generale Reddito di autonomia e inclusione Sociale n. 8196 del 06/07/2017 Regione Lombardia ha assegnato all'Ambito Territoriale di Sesto San Giovanni 190.758,00 euro per le attività di competenza relative alla prima annualità del Fondo Nazionale per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare.

In ottemperanza alla tempistica indicata da Regione Lombardia, i Comuni di Sesto San Giovanni e Cologno Monzese il 10.10.2017 hanno pubblicato l'avviso per la presentazione delle domande per interventi a favore di persone disabili gravi prive del sostegno familiare con scadenza 31 ottobre (Prima finestra). Il bando finanzia due differenti aree di lavoro: gli interventi di tipo gestionale e gli interventi di tipo infrastrutturale.

Rientrano tra gli interventi di tipo gestionale:

1. percorsi di accompagnamento all'autonomia per l'emancipazione dal contesto familiare. In quest'area progettuale sono comprese le azioni tese a promuovere il più alto livello possibile di autonomia e consapevolezza della persona con disabilità, sostenendola nel percorso di sviluppo di abilità, capacità e competenze della vita adulta. Gli interventi accompagnano la famiglia e la persona disabile nello sperimentare periodi di "distacco" programmato dalla famiglia (es. weekend di autonomia, vacanze, ecc.). Tali interventi possono altresì essere attuati per favorire percorsi di de-istituzionalizzazione di persone disabili gravi ospiti di unità d'offerta residenziali con caratteristiche differenti da quelle indicate nel D.M.
2. interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative previste dal D.M. all'art. 3, c. 4 ovvero Gruppi appartamento (appartamento in cui convivono da 2 a 5 persone disabili) e soluzioni di Cohousing/Housing.
3. ricoveri di pronto intervento e sollievo: il sostegno si attiva in caso di situazioni di emergenza (ad es. decesso o ricovero ospedaliero del caregiver familiare, ecc.) che possono fortemente pregiudicare i sostegni necessari alla persona disabile e non si possa efficacemente provvedere con servizi di assistenza domiciliare per consentire il permanere nel suo contesto di vita. I ricoveri temporanei devono realizzarsi presso le residenzialità stabilite dal Decreto ministeriale o, se si verifica l'assenza di soluzioni abitative ad esse conformi, si provvede presso altre unità d'offerta residenziali per persone con disabilità (ad es. Comunità alloggio, Comunità alloggio Socio-Sanitaria, Residenza Sociosanitaria).

Secondo quanto disposto con la Deliberazione Regionale, le progettazioni finanziate devono avere la durata di due anni, con l'unica eccezione dei "Ricoveri di sollievo".

Gli interventi di tipo infrastrutturale si suddividono in:

1. interventi di ristrutturazione dell'abitazione: gli interventi sostenibili in quest'area devono prioritariamente privilegiare il riutilizzo di patrimoni resi disponibili dai familiari o da reti associative di familiari di persone disabili gravi. Pertanto, essi si realizzano secondo il seguente ordine di priorità: presso Gruppo appartamento, soluzione abitativa di Cohousing/Housing a) di proprietà della famiglia della persona disabile grave o messo a disposizione da reti associative dei familiari; b) di proprietà dell'Ente pubblico; c) di proprietà di Ente privato no profit ONLUS.

2. sostegno del canone di locazione/spese condominiali: questo sostegno è finalizzato a sostenere le persone disabili gravi prive del sostegno familiare per contribuire agli oneri della locazione/spese condominiali. Possono accedere al sostegno esclusivamente i disabili gravi residenti presso residenzialità autogestita o soluzioni di Cohousing/housing.

Considerato che con il bando pubblicato nel mese di ottobre non si erano esaurite tutte le risorse disponibili si è provveduto ad una nuova pubblicazione con termine 30.03.2018 (Seconda finestra). In sintesi:

PRIMA FINESTRA - OTTOBRE 2017 (Determinazione Dirigenziale 760/2018):

- 30 PROGETTI DI ACCOMPAGNAMENTO ALL'AUTONOMIA
- 2 SOLLIEVO
- 1 CONTRIBUTO RISTRUTTURAZIONE COLOGNO

SECONDA FINESTRA - MARZO 2018 (Determinazione Dirigenziale 1752/2018)

- 17 PROGETTI DI ACCOMPAGNAMENTO AUTONOMIA

Grazie alle risorse della prima annualità, è stato possibile ristrutturare un appartamento di proprietà del Comune di Cologno Monzese da destinare alla sperimentazione di soluzioni alloggiative autonome per persone con disabilità; il progetto è stato presentato da un'Associazione Temporanea di Scopo (ATI) costituita oltre che dall'Amministrazione Comunale da Cooperativa Lotta Contro l'Emarginazione, Associazione l'Arcobaleno e Associazione Dopo di Noi.

Per ogni progettazione individualizzata è stata effettuata una valutazione multidimensionale, integrata tra ASST e Comuni, come la metodologia per analizzare le diverse dimensioni del funzionamento della persona con disabilità. La naturale conseguenza della valutazione è stata poi la definizione del Progetto Individuale che evidenzia le risorse necessarie, nel tempo, alla realizzazione degli obiettivi, declinati per ogni singola fase. A seguito della definizione dei progetti individualizzati si è proceduto all'abbinamento dei soggetti gestori, tutti in possesso dei requisiti indicati da Regione Lombardia¹, con i cittadini beneficiari degli interventi.

Complessivamente, grazie alle risorse stanziate con il Decreto 8196, hanno preso avvio 47 progettazioni individualizzate, di cui 2 immediatamente interrotte.

Con quota parte delle risorse si è proceduto, inoltre, al finanziamento di un secondo intervento strutturale (Casa Caterina - Determinazione dirigenziale n. 1265/2022) e l'avvio di un terzo intervento strutturale (Casa Dora).

Con Decreto n. 14781/2017 sono stati assegnati all'Ambito di Sesto San Giovanni 81.178,00 euro finalizzati alla prosecuzione delle attività ovvero per garantire la seconda annualità dei progetti avviati. In considerazione delle risorse disponibili e sulla base dei costi rendicontati dagli entri gestori, si è stabilito di attribuire ai progetti individuali un valore massimo di 2.500,00 euro ad utente.

¹ Come indicato nella DGR 6674/2017 gli enti gestori coinvolti nella realizzazione dei progetti individuali devono essere organismi del terzo settore con le seguenti caratteristiche: 1) comprovata esperienza nel campo dell'erogazione di servizi o attività a favore di persone con disabilità e delle loro famiglie; 2) iscrizione ai rispettivi registri provinciali/regionali; 3) assenza in capo al Legale rappresentante di condanne penali o procedimenti penali in corso; 4) inesistenza di situazioni di insolvenza attestabili dalla Centrale Rischi di Banca d'Italia.

In totale sono stati finanziati 45 progetti di cui 3 si sono conclusi a causa dell'aggravamento della condizione di salute e/o mutate condizioni familiari che hanno reso necessario la revisione degli obiettivi del progetto di vita.

Le risorse per la realizzazione della seconda annualità sono state impegnate con Determinazione Dirigenziale n. 1282/2019. L'atto impegna complessivamente 105.000 euro di cui:

- 81.178,00 a valere sul Decreto n. 14781/2017
- 23.882,00 a valere sulle risorse residue del Fondo del 2016 (Decreto 8196).

Le attività svolte e gli interventi finanziati possono essere così categorizzati:

- Per i beneficiari che hanno svolto i weekend in un appartamento del territorio, gestito da associazioni già attive nella filiera dei servizi rivolti alla disabilità (centri diurni, tempo libero, centri socioeducativi) e concepito come alloggio palestra, le attività proposte hanno riguardato: la preparazione del letto, la preparazione di alcuni piatti, la gestione della valigia, l'igiene personale e della casa, la spesa, le uscite diurne e serali in ristoranti, teatri, bowling, supermercati. Gli interventi educativi ed assistenziali sono stati modulati in base a caratteristiche, abilità e difficoltà delle persone. Nei casi più gravi l'intervento si è rivolto ad obiettivi minimi legati per lo più allo stare con gli altri e alla cura di sé.
- Per i beneficiari che hanno svolto weekend e vacanze presso strutture ricettive simil alberghiere quali gli ostelli, le attività e gli obiettivi possono essere assimilabili a quelli descritti nel punto precedente; i principali elementi di discontinuità risiedono nel livello di assistenza e supporto da parte dell'operatore - che in queste esperienze si è limitato ad un modelling e/o ad un rinforzo verbale - ed il contesto di svolgimento del periodo di weekend o vacanza. Altro elemento importante riguarda l'utilizzo dei mezzi pubblici per qualunque spostamento e per il raggiungimento del luogo di vacanza (treni, autobus, pullman, ecc.). L'ente gestore li definisce "soggiorni in autogestione" ponendo l'accento sulla sperimentazione della propria autonomia organizzativa e decisionale.
- I beneficiari per i quali il Dopo di Noi ha rappresentato un'opportunità di accesso ai servizi diurni come prima forma di distacco dalla famiglia (a Sesto una persona presso lo SFA La Ferrovia di Monza) hanno partecipato alle attività diurne già strutturate dal centro: artistiche, espressive, di comunicazione, cucina, pet therapy. L'obiettivo prioritario è stato supportare la persona nel percorso di apertura a contesti diversi da quello familiare sia in termini relazionali che esperenziali. Altrettanto importante è risultato il lavoro sulle abilità personali di base ed il sollievo al compito di cura dei familiari.
- Per i beneficiari che hanno svolto weekend o giornate di sollievo presso strutture residenziali accreditate (RSD), le persone sono state inserite nelle attività quotidiane già previste dalla struttura: laboratorio della mattina, pranzo ed attività ad esso legate, relax, laboratorio del pomeriggio, merenda e uscita pomeridiana sul territorio, cena (per 1 caso).
- Per i beneficiari che hanno usufruito anche del voucher di consulenza e sostegno alle relazioni familiari, l'ente gestore ha strutturato momenti di confronto e supporto con uno psicologo che affiancasse la famiglia nel percorso di separazione e distacco, rielaborando quanto il familiare disabile stava svolgendo parallelamente fuori di casa.

A conclusione delle attività realizzate i 42 progetti attivi sono stati valutati congiuntamente dal case-manager, dal referente dell'ente gestore incaricato di realizzare gli interventi e da un rappresentante dall'Ambito/Comune come illustrato nel paragrafo successivo.

3. LA PROSECUZIONE DELLE PROGETTUALITÀ ALLA LUCE DELLA DGR 3404/2020

La valutazione dei progetti ha tenuto conto degli elementi evidenziati nel Piano operativo regionale approvato con la Delibera 3404/2020 ed in particolare – anche nei percorsi di accompagnamento - l'obiettivo dell'autonomia abitativa da conseguire a breve/medio termine e comunque in un tempo definibile e prefigurabile. Con la DGR 3404/2020, infatti, Regione Lombardia ha esplicitato tre finalità:

- consolidare i risultati positivi generati nel primo biennio dalla Legge 112/2016 sul territorio Lombardo;
- sostenere ulteriormente gli elementi di innovazione necessari per migliorare progressivamente l'applicazione della Legge;
- conseguire a breve/medio termine l'obiettivo dell'autonomia abitativa.

Questi elementi hanno guidato l'analisi delle progettualità avviate nel primo biennio al fine di individuare i percorsi da sostenere con la terza annualità. I criteri che hanno orientato la valutazione sono stati i seguenti: 1) Il raggiungimento o meno degli obiettivi previsti nel progetto individuale redatto a supporto del percorso; 2) L'obiettivo dell'autonomia abitativa compatibile con le soluzioni individuate dal DM all'art. 3, c. 4. e percorribile a breve/medio/ termine e comunque in un tempo definibile e prefigurabile; 3) L'adesione e la continuità al percorso durante il periodo di sperimentazione da parte della persona e della famiglia.

La valutazione ha prodotto tre differenti esiti:

1. La conclusione del percorso nel caso in cui l'utente non abbia riportato una valutazione positiva in nessuna delle 3 aree sopra evidenziate.
2. La prosecuzione del percorso con interventi definiti "a bassa intensità" nel caso in cui l'utente abbia riportato una valutazione positiva in almeno 1 delle 3 aree sopra evidenziate.
 - approfondire ulteriormente le reali possibilità di sviluppo del progetto alla luce del presupposto che l'autonomia abitativa debba essere raggiunta in tempo definito e determinato e compatibile con le soluzioni individuate dal DM all'art. 3, c. 4.
 - accompagnare la persona e la famiglia alla conclusione del percorso anche individuando altri e diversi strumenti di sostegno.
 - individuare possibili risorse della famiglia e della persona non emerse nel primo periodo che possano consentire una riprogettazione dell'intervento e facilitare la sostenibilità dello stesso.
3. La prosecuzione del percorso con interventi definiti ad "alta intensità" nel caso in cui l'utente abbia riportato una valutazione positiva in almeno 2 delle 3 aree sopra evidenziate. In questo caso la terza annualità è diretta a lavorare maggiormente sull'obiettivo dell'autonomia abitativa e per questa ragione tutti i progetti dovranno prevedere la frequenza per periodi ben definiti ed estesi in appartamenti/alloggio palestra.

La differenziazione dei progetti in continuità in “alta” e “bassa intensità” è derivata alla valutazione del grado di minore o maggiore aderenza del progetto individuale agli obiettivi del nuovo Piano Operativo Regionale. Le due tipologie di percorso hanno, di conseguenza, previsto l’assegnazione di due budget differenziati in ragione delle differenti attività in essi previste.

Per i percorsi a bassa intensità, che hanno potuto ancora prevedere attività quali vacanze o altre esperienze di distacco temporaneo dalla famiglia in continuità con quanto già svolto nel precedente biennio, è stato assegnato un budget annuale pari a 1.500,00 euro.

Per i percorsi ad alta intensità, invece, che dovevano necessariamente prevedere dei periodi di soggiorno in appartamenti/alloggi palestra dove venisse fortemente stimolata l’area dell’autonomia abitativa e le abilità ad essa connesse, è stato assegnato un budget annuale pari a 3.500,00 euro.

In termini numerici il percorso valutativo ha prodotto il seguente esito:

- gli utenti che hanno concluso il percorso nel 2020 sono in totale 7: 6 residenti a Cologno e 1 residente a Sesto;
- gli utenti che hanno proseguito il percorso a bassa intensità sono in totale 14: 7 residenti a Cologno e 7 residenti a Sesto;
- gli utenti che hanno proseguito il percorso ad alta intensità sono in totale 21: 15 residenti a Cologno e 6 residenti a Sesto.

TOTALE PROGETTI CHE ACCEDONO ALLA TERZA ANNUALITÀ: 35

Per proseguire il percorso, l’interessato non ha dovuto presentare una nuova domanda all’Ambito territoriale, ma è stato necessario che, in relazione a quanto sopra descritto, il progetto venisse ridefinito e aggiornato dal case-manager, dal referente dell’ente gestore incaricato di realizzare gli interventi e da un rappresentante dall’Ambito/Comune, oltre che dalla persona disabile e/o dalla sua famiglia.

4. IL SECONDO BANDO IN ATTUAZIONE DELLA LEGGE 112/2016

Con Deliberazione n. 3404 del 20/07/2020 Regione Lombardia ha pubblicato le linee strategiche per lo sviluppo della seconda biennalità. Le risorse stanziate sono finalizzate, da un lato, a consentire la prosecuzione dei progetti in corso (come specificato nel precedente paragrafo) e, dall’altro, a pubblicare un bando per consentire l’avvio di nuovi percorsi. Il nuovo bando è stato pubblicato nel mese di novembre 2020 e sono pervenute 12 istanze come di seguito ripartite:

- 3 domande per “Pronto Intervento/Ricovero di sollievo” tutte inoltrate da cittadini residenti a Sesto San Giovanni;
- 9 domande per “Accompagnamento all’autonomia” di cui 4 di cittadini residenti a Sesto San Giovanni e 5 a Cologno.

Come evidente, il numero di domande presentate è risultato sensibilmente inferiore rispetto al precedente Bando, principalmente a causa della situazione pandemica determinata dal Covid-19. Al termine della valutazione sono state accolte 9 domande, in quanto 3 non erano in possesso dei requisiti di accesso. Delle 9 domande 3 hanno richiesto l’attivazione dei ricoveri di sollievo.

Il quadro epidemiologico ha fortemente condizionato sia la prosecuzione delle progettualità del precedente biennio sia l'avvio di quelle nuove. La stessa riattivazione dei progetti, dopo la sospensione per l'emergenza sanitaria, è stata molto complessa: gli enti gestori, infatti, hanno comunicato partenze scaglionate. La DGR n. 3404 indica in modo molto preciso le fasi e gli attori coinvolti nella valutazione, riconoscendo alla stessa una valenza determinante. Il processo si sviluppa attraverso diversi passaggi:

1. Valutazione di accesso alle misure a cura dell'Ambito territoriale: si tratta di una prima verifica necessaria per accertare il possesso dei requisiti formali di accesso alle misure.
2. Valutazione Multidimensionale in setting pluriprofessionale: l'équipe multidisciplinare comprende le figure sanitarie dell'ASST, l'assistente sociale comunale e/o dell'Ambito territoriale e (laddove presenti) le figure professionali dei servizi di riferimento. È importante che la valutazione faccia emergere la presenza o meno di un'idea progettuale di emancipazione rispetto alla propria condizione, servizi di riferimento attivi a sostegno della persona, valutazione del quadro complessivo dei sostegni economici attivi a supporto della persona. Un'attenzione particolare deve essere dedicata all'analisi e all'individuazione dei fattori propedeutici alla costruzione del progetto individuale. Si ribadisce, inoltre, che la valutazione non attiene esclusivamente alla fase di avvio, ma accompagna l'intero percorso; il monitoraggio dei risultati in itinere consente di verificare l'impatto delle attività ed i cambiamenti generati. Centrale, in tal senso, è il ruolo del Case manager - figura di coordinamento del progetto di vita - che grazie ad una conoscenza approfondita dell'utente può supportarlo lungo il percorso anche riformulando e rimodulando, se necessario, gli obiettivi di autonomia. Si tratta di cogliere se il percorso sta promuovendo le condizioni per un reale cambiamento di vita e se tali cambiamenti migliorano il benessere della persona e risultano sostenibili in una logica di medio – lungo periodo.

L'Ambito di Sesto San Giovanni, in accordo con ASST Nord Milano ha strutturato un'équipe di lavoro stabile - ad integrazione delle risorse messe in campo per altre misure rivolte alla popolazione fragile - che vede la partecipazione di figure sanitarie in forze agli Uffici Fragilità e Servizio Disabilità Adulta Complessa, presidi di Sesto San Giovanni, le figure professionali dei Servizi sociali comunali di riferimento (Assistenti Sociali e Psicologi) e la Responsabile dell'Ufficio di Piano. È, inoltre, previsto l'intervento del case manager e/o del referente dell'organizzazione presso la quale la persona sta svolgendo il suo progetto.

La valutazione multidimensionale, partendo dall'analisi delle diverse aree del funzionamento della persona con disabilità, della sua condizione familiare, abitativa e ambientale, oltre che delle sue aspettative e dei suoi bisogni di emancipazione dal contesto familiare e/o dai servizi residenziali, ha avuto il compito di:

- cogliere in estrema sintesi tali dimensioni e collocarle all'interno di una prospettiva di adultità e di emancipazione dai genitori e/o dai servizi residenziali;
- individuare, all'interno di questa prospettiva del "diventare adulti", i bisogni di supporto decisivi per sostenere l'autodeterminazione, l'occupazione attiva, la partecipazione sociale, la tutela dei diritti, lo sviluppo personale e il benessere materiale, quali fattori decisivi per

- migliorare il benessere e la qualità della vita delle persone;
- identificare i fattori contestuali che, rispetto alla trasformazione del percorso di vita, rappresentano una barriera oppure costituiscono elementi facilitatori per avviare un percorso di emancipazione dal nucleo familiare originario o dai servizi residenziali.

Le attività svolte e gli interventi finanziati possono essere riassunti nelle categorie seguenti:

- le progettualità di "Accompagnamento all'autonomia" hanno puntato maggiormente su esperienze volte all'autonomia abitativa e all'implementazione delle abilità ad essa legate. Questo aspetto ha quindi influenzato la scelta dell'ente gestore da parte dei nuovi beneficiari e dei case manager che si sono orientati a cooperative o associazioni che avessero la reale possibilità di offrire sperimentazioni abitative in appartamenti protetti o similari. È degna di nota l'esperienza di una beneficiaria del primo bando che, a fronte dell'evento drammatico della perdita dell'unico genitore convivente e grazie al supporto dell'ente gestore, ha rinnovato la propria casa rendendola un luogo di coabitazione con altri compagni frequentanti il suo servizio diurno e anch'essi coinvolti nei progetti del Dopo di noi. La sperimentazione prevede che, nella casa dove vive la persona disabile, ruotino a turno diversi compagni, scelti dalla "padrona di casa" sulla base del legame affettivo esistente, che passano con lei il weekend grazie al supporto di un operatore della cooperativa. L'organizzazione prevede che i ragazzi ricevano il pasto direttamente a domicilio e organizzino la quotidianità di convivenza con sempre minor intervento esterno; i "coinquilini", infatti, hanno iniziato a sperimentare nel mese di ottobre 2021 anche alcune notti da soli.
- Un'altra esperienza che ha preso il suo avvio a seguito di quanto già svolto nel primo biennio riguarda un altro gruppo di ragazzi, afferenti sempre alla stessa Cooperativa che li accoglie di giorno, che hanno iniziato a sperimentarsi nel contesto di una Casa per studenti in cui le persone rientrano dopo la giornata svolta in cooperativa, cenano, passano la notte e da cui ripartono la mattina. La Casa per studenti prevede che, oltre alle camere per gli ospiti, gli spazi della cucina e del salotto sia in comune con gli altri occupanti.
- Un'ulteriore esperienza svolta da una cittadina del Comune di Sesto San Giovanni, non frequentante servizi educativi diurni, è stata incentrata sull'implementazione di abilità e competenze rivolte ai compiti quotidiani del vivere domestico; tale esperienza si è realizzata sia all'interno dell'abitazione della persona che all'esterno, ma nell'ottica dell'apertura verso l'esterno e alla sperimentazione in contesti diversi da quello familiare.
- Per i beneficiari che hanno usufruito anche del voucher di consulenza e sostegno alle relazioni familiari, gli enti gestori hanno strutturato momenti di confronto e supporto con uno psicologo che affiancasse la famiglia nel percorso di separazione e distacco.

Per la realizzazione delle attività sopra descritte (finanziamento dei 9 progetti Bando 2020 e finanziamento dei 35 progetti in continuità per la terza annualità) l'Ambito ha potuto contare sulle risorse assegnate con DGR 2141/2019, che ammontano ad euro 107.889,08, e con DGR 3250/2020 (euro 119.219,78). Rispetto

alla cifra disponibile l'Ambito ha impegnato una spesa complessiva di euro 132.035 come di seguito schematizzato.

Con Determinazione Dirigenziale 844/2022 sono state finanziate le prosecuzioni (seconda annualità) dei progetti avviati con il secondo bando per un importo pari a euro 23.100,00.

5. IL TERZO BANDO IN ATTUAZIONE ALLA LEGGE 112/2016

Con la DGR 4749/21 Regione Lombardia ha approvato il nuovo programma operativo regionale. Oltre alla conferma dei percorsi, delle sperimentazioni e degli interventi già indicati nelle deliberazioni delle annualità precedenti, nell'area progettuale dell'Accompagnamento all'autonomia, tra i percorsi finanziabili tramite il voucher, vengono introdotte "esperienze di tirocinio socializzante in ambiente lavorativo/occupazionale finalizzate a sostenere possibili percorsi di inserimento lavorativo". La novità più rilevante introdotta, a nostro avviso, è la possibilità di pubblicare il bando senza scadenza, a sportello con l'unico vincolo della disponibilità di risorse economiche.

In ottemperanza con quanto indicato da Regione Lombardia, nel mese di dicembre 2021, l'Ambito di Sesto San Giovanni ha pubblicato un nuovo Bando senza scadenza. L'accesso al bando prevede:

- attivazione di nuove progettazioni nell'area dell'Accompagnamento all'autonomia;
- richiesta di accesso alla quarta annualità del fondo per gli utenti che hanno completato con buon esito la terza annualità di progettazione ed esaurito il budget loro assegnato;
- attivazione di interventi di emergenza/sollievo;
- richieste di interventi di tipo strutturale.

La decisione di finanziare la quarta annualità - seppur subordinandone l'accesso alla presentazione di una nuova domanda - deriva sostanzialmente da due considerazioni:

- i progetti gestionali realizzati negli Alloggi palestra hanno subito, a causa dell'emergenza sanitaria, un andamento a singhiozzo. Ci sono stati lunghi periodi di inattività con conseguenze anche importanti sugli obiettivi di autonomia e diversi utenti hanno dovuto "allenarsi" nuovamente con soggiorni brevi prima di riprendere i percorsi programmati;
- Al momento della pubblicazione del Bando, l'Ambito disponeva di un budget residuo elevato sulle annualità 2019 e 2020.

Con DGR 4749/21 vengono assegnati all'Ambito territoriale di Sesto San Giovanni Regione Lombardia: €135.888,24 alla realizzazione dei percorsi previsti dalla Legge 112.

Alla data del 30 maggio 2022 sono pervenute 25 domande di cui: 14 relative a nuovi utenti e 11 relative ad utenti già in carico candidati alla quarta annualità.

Tutte le istanze sono state prima valutate dall'equipe dell'Ambito per la verifica dei requisiti di accesso e poi discusse in UVM nelle sedute del 1° aprile, 11 aprile, 21 aprile, 2 maggio, 19 maggio e 30 maggio 2022. Nella prima seduta sono state condivise le modalità di accesso al fondo e alcuni criteri di valutazione utili a

graduare il budget di progetto in relazione agli obiettivi di autonomia.

Le 14 domande dei nuovi utenti sono state tutte accolte e, come indicato dalla DGR n. 3404, le progettazioni sono biennali; 1 dei nuovi utenti ha rinunciato alla progettazione poco prima dell'avvio e 1 progetto è stato finanziato successivamente. Complessivamente - per i 12 nuovi utenti si è impegnata la cifra complessiva di €40.067,00 (di cui € 28.316,86 a valere sul Fondo 2019 DGR 3250/2020 e €11.750,14 a valere sul Fondo 2020 DGR 4749/21). Le 11 domande relative alla quarta annualità sono state tutte accolte e il contributo richiesto ammonta ad euro 43.729,00.

Nel periodo dal 1° giugno al 31 dicembre 2022 sono state approvate, valutate in UVM e finanziate le seguenti progettazioni: 1 progetto di IV annualità; 5 progetti di IV annualità; 1 nuovo progetto.

Alla fine del 2022 sono pervenute, oltre alle domande sopra menzionate, 15 istanze di cui: 13 relative alla prosecuzione della IV annualità; 2 da parte di nuovi utenti.

Le suddette domande, alla quale si aggiungono altri 4 progetti in IV annualità ammessi in deroga dalla commissione di valutazione, sono state valutate nei mesi di marzo - aprile - maggio e sono state finanziate con Determinazione Dirigenziale del mese di agosto 2023.

A conclusione del presente paragrafo risulta importante condividere alcune considerazioni in merito alle progettazioni realizzate e alle attività intraprese:

- La decisione di finanziare la quarta annualità dei progetti - seppur subordinandone l'accesso alla presentazione di una nuova domanda e all'esaurimento delle risorse relative alla terza annualità - ha consentito alle persone residenti temporaneamente presso CASA CATERINA (appartamento messo a disposizione da una famiglia) di sviluppare le competenze necessarie a realizzare un vero e proprio percorso di vita autonomo. Presso l'appartamento, che per dimensioni può ospitare stabilmente 3 persone, si realizzerà un Gruppo Appartamento con ente gestore.
- L'esperienza di CASA CATERINA ha positivamente influenzato tutto il gruppo di persone che sta sviluppando le progettazioni con "Spazio Aperto"; un'altra famiglia ha deciso di mettere a disposizione un appartamento che può ospitare fino a 4 residenti. Nell'autunno del 2023 sono stati effettuati i lavori di ristrutturazione e sono partite le prime settimane di convivenza; la nuova realtà si chiama CASA DORA.
- Il numero complessivo di nuove domande è in aumento rispetto alle annualità precedenti.

6. LE NOVITÀ INTRODOTTE DALLA DGR 6218/2022

Con DGR 6218 del 04/04/2022 Regione Lombardia approva il Piano Regionale Dopo di Noi programma operativo regionale per la realizzazione degli interventi a favore di persone con necessità di sostegno intensivo, come definita dall'art. 3 comma 3 della l 104/1992, prive del sostegno familiare - risorse annualità 2021. Il documento si pone in continuità rispetto ad alcuni elementi che vengono però focalizzati con particolare attenzione e che si ritiene utile di seguito richiamare:

- Nel Progetto sono evidenziate le risorse necessarie, nel tempo, alla realizzazione delle diverse fasi, per le dimensioni di vita della persona, per il raggiungimento degli obiettivi declinati per ogni singola fase. Le risorse sono da intendersi nella più ampia accezione: risorse economiche, in termini di prestazioni e servizi da mobilitare, di natura privata afferenti alla comunità, del privato in genere, della famiglia d'origine (budget di progetto).
- Il Progetto individuale deve avere una durata temporale di almeno di 2 anni ed essere rivisto alla luce delle condizioni della persona e del contesto che si sono modificate. I momenti di verifica sono organizzati con il responsabile del caso (Case manager).
- La Delibera meglio precisa ed esplicita alcuni elementi relativi alle caratteristiche degli "alloggi palestra" che devono necessariamente essere realizzati in contesti di civile abitazione e non potranno essere svolti all'interno delle sedi dei servizi diurni accreditati o a contratto o sperimentali.
- All'interno del Progetto Individuale devono essere definite le funzioni ed i compiti per il governo del progetto attraverso l'individuazione di un case manager specificandone compiti e funzioni anche in relazione ad altre figure eventualmente necessarie (support manager, clinical manager) ed in relazione al coordinamento complessivo del progetto Individuale con il sistema di interventi e servizi di cui l'interessato beneficia. Ai fini dell'assolvimento dei compiti assegnati dovrà essere riservata a tale funzione una quota di tempo dedicata (indicativamente identificata in almeno 60-70 ore annue per ciascun progetto) per seguire tutto l'iter procedurale necessario alla costruzione ed all'avvio del progetto individuale nonché il lavoro di monitoraggio e di valutazione degli interventi anche mediante visite e sopralluoghi nei diversi contesti di vita attivati.

Come anticipato, la Delibera 6218/22 contiene alcuni significativi elementi di novità e discontinuità, molti dei quali di non facile conciliazione e applicazione con i progetti attualmente in corso.

- Di particolare complessità è l'inserimento di "requisiti minimi essenziali" definiti in modo preciso e standardizzato per la progettazione e realizzazione dei percorsi oltre il primo biennio. Tali elementi sono di indubbia utilità per l'orientamento delle nuove progettazioni (avviate nel 2022) e per la conclusione dopo la quarta annualità. Risultano di più difficile applicazione in particolare per gli utenti che sono oggi a conclusione della terza annualità.
- I sostegni complessivamente previsti nell'ambito dell'accompagnamento all'autonomia non possono eccedere il limite massimo di € 5.400,00 annuali (€ 4.800,00 + € 600,00). Il percorso per l'autonomia ha una durata temporale di norma di due anni, fatte salve situazioni più complesse che possono essere valutate dall'equipe multidimensionale, al fine di rivedere gli obiettivi del Progetto Individuale che possano giustificare una prosecuzione del percorso per un ulteriore anno e non oltre il quarto anno. In caso di proroga oltre il primo biennio è necessario che i Progetti Individuali garantiscano i seguenti elementi:
 - nel terzo anno è necessario porsi i seguenti obiettivi che devono essere perseguiti nella costruzione del progetto personalizzato

- nell'arco dei dodici mesi della terza annualità: a. individuazione della sede abitativa per l'avvio della coabitazione; b. individuazione dei possibili/potenziali co-residenti; c. costruzione del budget complessivo di coabitazione;
- nel quarto anno deve essere previsto il passaggio di abitazione ed attività di sostegno dall'alloggio palestra alla sede abitativa con conseguente formalizzazione dell'avvio di una delle soluzioni abitative previste dalla deliberazione entro i 12 mesi della quarta e ultima annualità.
 - Nel caso di progetti di vita che realizzino l'emancipazione dai genitori e/o dai servizi residenziali mediante l'avvio di coabitazioni, l'assegnazione delle risorse di ogni annualità dovrà avvenire senza interruzioni di continuità, tenuto conto dell'esito del monitoraggio effettuato dai servizi sociali competenti, anche attraverso visite e relazioni periodiche a cura del case manager, e previa rimodulazione del Progetto Individuale.

Con Decreto 5501 del 26/4/22 Regione Lombardia ha assegnato all'Ambito di Sesto San Giovanni l'importo complessivo di euro 151.224,00; tale importo è stato poi rettificato e ridotto a € 121.416,00 nel mese di febbraio del 2023 con comunicazione del Direttore Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità - U.O Disabilità, Volontariato, Inclusione e Innovazione Sociale, Roberto Daffonchio.

In ottemperanza a quanto indicato nella DGR 6218/2022, l'Ambito di Sesto San Giovanni nel dicembre 2022 ha pubblicato il nuovo bando, pur disponendo ancora di risorse residue a valere sulle annualità precedenti. Nel mese di agosto 2023 sono state finanziate le seguenti attività:

- 17 progetti relativi alla prosecuzione della IV annualità come anticipato a pag. 5 e 6.
- 4 progetti di accompagnamento all'autonomia presentati da nuovi utenti per un valore complessivo di euro 11.056,00.
- 1 domanda di ricovero di sollievo per il periodo estivo.
- dei 17 progetti in IV annualità 7 progetti hanno ricevuto un ulteriore finanziamento in attesa di evolvere, entro l'anno 2023, in progetti di residenzialità. Nel mese di ottobre verranno ultimati i lavori di ristrutturazione degli appartamenti destinati a questa finalità. La prosecuzione dei percorsi ha un costo complessivo di euro 35.350,00.
- 8 seconde annualità relative a progetti di accompagnamento all'autonomia del Bando 2021 per un valore complessivo di 26.602,17.

Si è inoltre proceduto ad autorizzare il riavvio di 2 progetti di sollievo, già iniziati nell'annualità 21-22, ma interrotti dall'Ente gestore per motivi organizzativi.

I progetti sono stati discussi ed approvati dall'UVM dell'Ambito territoriale nelle sedute del 10/3/23, 16/3/23, 10/5/23, 31/5/23. La valutazione ha riguardato sia gli obiettivi di autonomia e le attività ad essi correlati sia l'adeguatezza dei costi espressi nei preventivi di spesa presentati dagli enti gestori.

7. LA DGR 275/2023 TRA INNOVAZIONE E CONSOLIDAMENTO

Il programma operativo approvato nel 2023, che definisce il cambiamento di prospettiva del Dopo di Noi in un contesto di trasformazione generale delle politiche del welfare, persegue i seguenti obiettivi:

- Consolidare prioritariamente le esperienze di coabitazione avviate attraverso una dotazione prioritaria di assegnazione delle risorse secondo il numero dei progetti territoriali di coabitazione avviati e che hanno realizzato l'obiettivo di servizio di una coabitazione stabile;
- Pervenire ad una progressiva infrastrutturazione del Fondo Unico Disabilità anche in coerenza con i seguenti cambiamenti introdotti dalla normativa nazionale:
 - a) Legge Delega n. 227/2021, in particolare rispetto ai temi della valutazione multidimensionale e del Progetto Individuale Personalizzato e Partecipato;
 - b) PNRR con riferimento alla Linea di Investimento 1.2. Percorsi di Autonomia che investe sulla coabitazione per prevenire l'istituzionalizzazione;
 - c) Piano Triennale della non autosufficienza che include gli interventi a sostegno della coabitazione previsti dalla Legge 112/2016 tra gli obiettivi di servizio da perseguire per la definizione dei nuovi LEPS (Livelli Essenziali delle prestazioni sociali).
- Migliorare i criteri di assegnazione e utilizzo delle risorse del Fondo Dopo di Noi. Le quote predefinite e differenziate previste tra gli strumenti da riconoscere alla co-abitazione - buoni, voucher e contributi – lasciano il passo all'introduzione di un tetto massimo di importo univoco a valere sulle risorse Dopo di Noi. L'entità economica diventa così personalizzabile e coerente con gli effettivi bisogni di sostegno emersi in sede di UVM e consente di utilizzare un ventaglio di risorse da ricomporre, attraverso la loro interoperabilità.
- Avviare l'utilizzo delle risorse residue ancora non spese a beneficio di progetti per persone ad altissima intensità di sostegno.
- Accelerare l'affermazione della coabitazione come proposta integrativa e aggiuntiva ai servizi residenziali.

La Delibera approfondisce alcuni elementi con particolare attenzione:

- Il provvedimento conferma il **modello di valutazione multidimensionale** per cogliere i bisogni e le aspettative della persona disabile grave nelle diverse dimensioni di vita (es. educazione/istruzione, inserimento lavorativo, vita sociale, ecc.), identificando i fattori contestuali che, rispetto alla condizione di disabilità della persona, rappresentano un ostacolo oppure sono facilitatori in quanto favoriscono, sostengono e valorizzano l'autonomia della persona disabile. La valutazione multidimensionale, che è un passo successivo alla verifica dei requisiti di accesso alla misura, è effettuata in maniera integrata tra équipe pluriprofessionali delle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali e assistenti sociali dei Comuni, avendo cura di:
 - a) analizzare, attraverso l'utilizzo di scale validate, a partire da ADL e IADL, le diverse dimensioni del funzionamento della persona con disabilità in relazione ai principali aspetti della qualità della vita con particolare riferimento alle seguenti aree: cura della propria persona, inclusa la gestione di interventi terapeutici; mobilità; comunicazione ed altre attività

cognitive; attività strumentali e relazionali della vita quotidiana;
b) rilevare la condizione familiare, abitativa e ambientale con particolare, attenzione alle dinamiche affettive e dei vissuti del contesto familiare, al contesto socio relazionale della persona con disabilità, alle motivazioni e alle attese sia personali sia del contesto familiare.

La valutazione assume in tal senso una funzione propedeutica all'elaborazione del Progetto Individuale.

- **Il Progetto Individuale**, come evidenziato nel provvedimento, rappresenta lo strumento cardine per avviare il percorso di emancipazione della persona con disabilità adulta dalla famiglia di origine e/o dalla condizione di vita presso servizi residenziali, in un'ottica di deistituzionalizzazione. In questi termini il Progetto Individuale, parte integrante di quanto stabilito dall'art.14 della Legge 328/2000, assume la valenza di Progetto di Vita nella misura in cui riesce a determinare un cambiamento della prospettiva esistenziale della persona, attraverso la sua emancipazione. Esso, pertanto, identificherà gli obiettivi generali finalizzati a realizzare in un tempo definibile il distacco e l'emancipazione, nonché gli obiettivi specifici per il miglioramento della qualità della vita dell'interessato, i sostegni attivabili, le risorse economiche necessarie per garantire la sua sostenibilità, definendo uno specifico Budget di Progetto Individuale e di gruppo (nel caso di progetti di vita che si realizzano all'interno di percorsi di co-abitazione).
- Particolare attenzione viene dedicata al ruolo del **Case manager**, che deve essere individuato per ogni utente beneficiario; ha compiti di governo e di coordinamento del progetto complessivo, nonché per la ricomposizione delle risorse in un'ottica di fondo unico. In una prospettiva di governance, il case manager diventa una figura chiave per garantire la qualità degli interventi: è "colui che tira le fila", tessendo una rete con professionisti e strutture, opera a stretto contatto con tutta l'équipe di riferimento e con tutti gli attori, ivi compresa la famiglia.
- La Delibera introduce per la prima volta la figura del **Support manager della residenza** dell'abitare in autonomia che il garante dell'attuazione "quotidiana" del progetto e dell'utilizzo coerente del relativo budget di progetto. È il primo referente per le persone che vivono a casa. È indicato dalle stesse persone con disabilità ed è inserito nel singolo Progetto Individuale, previa verifica della sua idoneità. Il Support manager è responsabile della pianificazione e coordinamento delle attività del nucleo abitativo, avviando i diversi interventi in una logica di efficientamento della spesa e appropriatezza dei sostegni. Promuove altresì la "partecipazione attiva" e l'integrazione di tutti gli interlocutori già coinvolti e/o coinvolgibili sul territorio in favore della persona nell'ottica di evitare la sovrapposizione e/o duplicazione di interventi. Si raccorda costantemente con il case manager referente della singola persona per garantire la coerenza della progettualità con le risorse complessivamente attivabili a livello comunitario, ma sempre tenuto conto dei bisogni del singolo co-residente e delle relative risorse individuate nel suo budget di progetto.
- Vengono confermate le **priorità di accesso** già individuate nei precedenti atti.

Rispetto ai precedenti Piani operativi regionali, la Delibera offre una diversa articolazione degli interventi finanziabili con il Programma Dopo di Noi, introducendo interessanti elementi di novità frutto del monitoraggio delle esperienze maturate a livello territoriale. Di particolare interesse è la declinazione

degli interventi rientranti nella sfera dell'Accompagnamento all'autonomia e le fasi in cui viene strutturato il percorso.

ACCOMPAGNAMENTO ALL'AUTONOMIA: In quest'area progettuale rientra un insieme di azioni, a forte rilevanza educativa, tesa a promuovere l'autodeterminazione e la consapevolezza necessarie per sostenere la scelta di avviare un percorso graduale di distacco e separazione dai genitori e/o dai servizi residenziali, per intraprendere un percorso di vita adulta indipendente. Tale percorso di accompagnamento all'autonomia non può che strutturarsi come processo graduale costruito per fasi successive che interessano la persona con disabilità ed il suo contesto di vita e si ritiene compiuto allorché si concretizzerà in una delle diverse forme di “vivere in autonomia”. Esso si sostanzia attraverso due strumenti:

- 1) VOUCHER ACCOMPAGNAMENTO PER L'AUTONOMIA: È un voucher pro capite per promuovere percorsi finalizzati all'emancipazione dal contesto familiare (o alla de-istituzionalizzazione). In concreto il voucher è utilizzato per: acquisire autodeterminazione, consapevolezza di sé e consolidare il proprio benessere emozionale; acquisire/riacquisire una percezione di sé come persona adulta per emanciparsi dalla famiglia e/o dal servizio residenziale; rivalutare le proprie abitudini rispetto alla partecipazione sociale con particolare riferimento alle opportunità di occupazione; interventi sui fattori ambientali che possano essere facilitatori per la buona attuazione del Progetto Individuale.
- 2) VOUCHER DURANTE NOI: È un voucher annuale propedeutico all'attivazione e/o mantenimento del percorso di emancipazione, finalizzato ad assicurare specifiche attività di sostegno al contesto familiare (genitori/caregiver/altri familiari) per: consulenza/informazione sui bisogni e le aspettative della persona con disabilità; sostegno alle relazioni familiari sia attraverso interventi alla singola famiglia, sia attraverso attività di mutuo aiuto; sostegno/accompagnamento alla scelta di una vita autonoma del proprio figlio (distacco/uscita dal nucleo di origine). Tale voucher può essere erogato singolarmente una sola volta e successivamente può essere attivato solo ad integrazione del voucher per l'accompagnamento all'autonomia.

Il percorso di accompagnamento si **sviluppa in più fasi** e prevede l'incremento delle risorse in proporzione all'intensità degli interventi:

- Prima fase o fase di avvio della durata massima di 2 anni: prevede l'erogazione di un voucher per l'autonomia che può essere incrementato con il voucher durante noi per l'accompagnamento familiare. Il Budget complessivo della prima fase è pari a € 3.500,00 incrementato del voucher durante noi di € 600,00. Questa fase non è ripetibile.
- Seconda fase o fase intermedia, eventualmente prorogabile per una seconda edizione: prevede l'erogazione di un voucher per l'autonomia sino a € 3.500,00 che può essere incrementato con il voucher Durante noi fino a € 600,00 per l'accompagnamento familiare. Per l'accesso a questa fase è fondamentale far sperimentare ai co-residenti più distacchi temporanei e per più giornate consecutive, in un contesto di civile abitazione.
- Terza fase o fase conclusiva, eventualmente prorogabile per una seconda edizione: prevede l'erogazione di un voucher annuale sino a € 4.800,00 che può essere incrementato con il voucher Durante noi fino a € 800,00 per l'accompagnamento familiare. In questa fase deve essere

previsto il passaggio di abitazione ed attività di sostegno da un alloggio palestra generico ad una sede abitativa individuata, per la conseguente formalizzazione dell'avvio di una delle forme residenziali previste dalle Legge 112.

In termini di efficacia dei percorsi, le esperienze avvengono prioritariamente in giorni di routine e non solo nei week end, affinché le stesse corrispondano realmente al "tempo di vita e non di vacanza" e siano vissute nella propria quotidianità. Rilevante in questo senso anche il collegamento con la programmazione dei Servizi diurni per facilitare la pianificazione della giornata fra attività presso il centro e la sperimentazione dell'abitare in autonomia.

SUPPORTO ALLA RESIDENZIALITÀ: Gli interventi in quest'area sono indirizzati a sostenere le persone con necessità di sostegno intensivo prive del sostegno familiare, oppure coinvolte in percorsi di de-istituzionalizzazione, presso le forme di residenzialità previste dal DM all'art. 3, c. 4 (Gruppi appartamento e soluzioni di Cohousing/ Housing). Relativamente a questa area di intervento, la DGR 275 si pone in sostanziale continuità con i precedenti provvedimenti, ma introduce alcune importanti precisazioni:

- 1) Il budget del progetto complessivo di residenzialità è costruito tenendo conto di tutte le risorse derivanti dal Fondo Dopo di Noi e dalle risorse (almeno il 30%) messe a disposizione dal Comune, dalla persona e liberamente dalla famiglia. Le risorse di altre misure regionali, nazionali e/o comunitarie (a titolo esemplificativo e non esaustivo FNA, FSE-plus, PNRR, ...) concorrono alla costruzione del budget a sostegno del progetto individuale per interventi diversi da quelli finanziati con le risorse del Dopo di Noi.
- 2) Per le soluzioni quali Gruppi appartamento e Soluzioni di Cohousing/Housing vengono specificati alcuni requisiti di funzionamento.

Requisiti generali:

- capacità ricettiva non superiore a 5 posti letto (incluso eventualmente 1 p.l. di pronto intervento/sollievo);
- in caso di ricettività più alta, in ogni caso non superiore a 10 posti letto (inclusi eventualmente 2 p.l. per pronto intervento/sollievo), deve esserci un'articolazione in moduli non superiori a 5 p.l.;

Requisiti strutturali:

- sono quelli minimi previsti dalle norme per le case di civile abitazione;
- sono rispettate le misure di sicurezza e di prevenzione dei rischi;
- sono garantiti i requisiti per l'accessibilità e la mobilità interna;
- è promosso l'utilizzo di nuove tecnologie per migliorare l'autonomia delle persone disabili, in particolare di tipo domotico, assistivo, di ambient assisted living e di connettività sociale;
- gli spazi sono organizzati in maniera tale da riprodurre le condizioni abitative e relazionali della casa familiare (ad es. la persona disabile può utilizzare oggetti e mobili propri), garantendo spazi adeguati alla quotidianità e il tempo libero;
- gli spazi sono organizzati a tutela della riservatezza: le camere da letto sono preferibilmente singole.

Le residenzialità nella formula dei Gruppi appartamento gestiti da Ente gestore e delle soluzioni di Housing/Co-Housing, non sono Unità di Offerta standardizzate e devono funzionare ai sensi dell'art. 13, comma 1, lettera b) della L.R. n. 3/2008.

- 3) I sostegni si diversificano per tipologia di residenzialità e presenza o meno del

supporto di un ente gestore:

- Voucher: Gruppo appartamento o Comunità alloggio "temporanea" con Ente gestore quale contributo ai costi relativi alle prestazioni di assistenza tutelare e socioeducativa, nonché ai servizi generali assicurati dall'Ente gestore della residenza.
- Contributo: Gruppo appartamento per almeno 2 persone con disabilità che si autogestiscono, viene erogato alle persone disabili gravi che vivono in residenzialità.
- Buono: per persone che vivono in soluzioni di Cohousing/ Housing, viene erogato in un contesto dove non esiste un Ente gestore, ma una sviluppata rete di assistenza anche di tipo volontaristica.

L'entità del contributo calcolata sulla base delle spese sostenute per remunerare il/gli assistenti personali regolarmente assunti e servizi relativi ad assistenza tutelare/educativa o di natura sociale assicurati da terzi (escluso i costi relativi alla frequenza dei servizi diurni).

4) È definito un tetto massimo di spesa univoco per tutte e tre le tipologie di coabitazione a carico del Fondo DDN che, al netto di altre misure compatibili, è pari a 12.000,00 €/annui (corrispondente a 1.000,00 €/mese). Per le persone che presentano un quadro di natura clinica ad elevata intensità di sostegno, il contributo annuale è elevato fino a €14.400,00 (corrispondente a € 1.200,00/mese).

RICOVERI DI PRONTO INTERVENTO/SOLLIEVO: il sostegno qui previsto può essere attivato in caso di situazioni di emergenza (ad es. decesso o ricovero ospedaliero del caregiver familiare, ecc.) che possono fortemente pregiudicare il supporto necessario alla persona con necessità di sostegno intensivo per una vita dignitosa al proprio domicilio e non si possa efficacemente provvedere con servizi di assistenza domiciliare per consentire il suo permanere nel suo contesto di vita. In caso di sollievo (es. raspiti care, burn out caregiver, ecc.), il ricovero è attivabile solo in situazioni non programmate né programmabili. È previsto un contributo giornaliero pro capite fino ad € 100,00 per sostenere il costo della retta assistenziale - in caso di ricovero temporaneo e fino ad un massimo di n. 60 giorni - commisurato al reddito familiare e comunque per un importo non superiore all'80% del costo del ricovero. Non sono ritenute ammissibili le istanze di sollievo temporaneo programmate, i soggiorni di vacanza e tutte le proposte temporanee a fini puramente educativi e ricreativi.

INTERVENTI INFRASTRUTTURALI: Questa linea di intervento si pone in continuità con i precedenti provvedimenti e prevede:

- sostegni per adeguamenti dell'ambiente domestico: gli immobili/unità abitative oggetto degli interventi non possono essere distolti dalla destinazione per cui è stato presentato il progetto né alienati per un periodo di almeno 5 anni dalla data di assegnazione del contributo. Il contributo non è erogabile alla singola persona per il proprio appartamento, eccezion fatta se essa lo mette a disposizione per condividerlo con altre persone (residenzialità autogestita). Contributo fino ad un massimo di € 20.000,00 per unità immobiliare, non superiore al 70% del costo dell'intervento.
- Sostegno del canone di locazione/spese condominiali/utenze: questo intervento è finalizzato a sostenere le persone disabili gravi prive del sostegno familiare, fermo restando quanto sopra definito in termini di

destinatari e priorità di accesso, per contribuire agli oneri della locazione/spese condominiali/utenze (acqua, luce, gas). È previsto un contributo mensile fino a € 500,00 per unità abitativa a sostegno del canone di locazione/utenze, comunque non superiore all'80% dei costi complessivi.

Con Decreto N. 8499 del 07/06/2023 Regione Lombardia ha assegnato all'Ambito di Sesto San Giovanni l'importo complessivo di euro 237.224,00; tale importo è stato poi rettificato e ridotto a € 109.491,00 con comunicazione del 4 luglio 2023 del Direttore Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità - U.O Disabilità, Volontariato, Inclusione e Innovazione Sociale, Roberto Daffonchio.

L'importo assegnato in via definitiva per l'annualità 2023 risulta significativamente inferiore rispetto agli stanziamenti precedenti. La ragione di tale riduzione sta nella scelta di Regione Lombardia di utilizzare, per la divisione delle risorse agli Ambiti territoriali, i seguenti criteri: una quota è assegnata sulla base della popolazione residente di età compresa tra i 18/64 anni nei Comuni dell'Ambito una seconda quota, ben più rilevante, è assegnata sulla base del numero di progetti di Residenzialità attivi al 31.12.2022.

Tale decisione ha penalizzato fortemente i territori, come il nostro, in cui non fossero ancora presenti progetti di residenzialità.

In ottemperanza a quanto indicato nella DGR 275/2023, l'Ambito di Sesto San Giovanni il 31 dicembre 2023 ha pubblicato il nuovo bando.

8. ELEMENTI DI CONFRONTO TRA I PIANI OPERATIVI REGIONALI

La lettura comparata dei Piani Operativi Regionali del 2022 e del 2023 ha mostrato alcuni elementi di discontinuità che si ritiene utile evidenziare:

- Risorse economiche assegnate all'Ambito di Sesto San Giovanni: nel 2022 Regione Lombardia aveva assegnato all'Ambito un totale di 151.224,00€, nel 2023 invece un totale di 109.491,00€; i criteri previsti per l'assegnazione delle risorse hanno penalizzato i territori che ancora non avevano sviluppato forme di residenzialità stabile.
- Età dei destinatari: la DGR del 2022 sancisce che i destinatari debbano aver compiuto 18 anni, mentre nel 2023 il requisito diventa "di norma maggiorenni", estendendo potenzialmente l'accesso alla Misura anche ai minorenni.
- Interventi di tipo gestionale: in tale area, nella fattispecie degli interventi di Accompagnamento all'autonomia, nella DGR 2023 viene più fortemente evidenziato il ruolo attivo dei Servizi residenziali diurni (CDD, CSE, SFA...) nel percorso di sostegno della persona verso il pieno sviluppo del PI, di emancipazione e di crescita, equiparandone l'importanza a quella della famiglia e del contesto di vita comunitario. Tale rilevanza deriverebbe dal fatto che la DGR sancisce la necessità che le esperienze di vita autonoma vengano svolte non più solo nei weekend, ma prioritariamente nei giorni di routine affinché le stesse corrispondano realmente al "tempo di vita e non di vacanza" e siano vissute nella propria quotidianità; il collegamento con la programmazione dei Servizi diurni diventa quindi fondamentale per facilitare la pianificazione della giornata fra attività presso i centri e la sperimentazione dell'abitare in autonomia.
- Voucher Accompagnamento all'Autonomia: nel 2023 la DGR riporta chiaramente che esso non può finanziare esclusivamente soggiorni di vacanza che devono quindi essere ricompresi in una progettualità più

ampia di autonomia e sperimentazione. Nella precedente DGR invece il voucher poteva finanziare anche le sole vacanze.

- Durata, sviluppo e Budget del percorso di accompagnamento all'autonomia: nella DGR 2022 il percorso aveva durata temporale di 2 anni, prorogabile per un terzo e quarto anno nel caso in cui venisse individuata una nuova sede abitativa, i relativi co-residenti e vi fosse il passaggio alla residenzialità entro 24 mesi (12+12). Nella DGR 2023 il percorso si sviluppa in 3 fasi ben delineate, come evidenziato nel paragrafo precedente, ed il budget viene quindi differenziato in base alla fase del progetto, incrementato e proporzionato all'intensità degli interventi. Con questa importante modifica il legislatore regionale prende atto della necessità di prevedere tempi più lunghi, rispetto a quelli previsti negli anni passati, per il raggiungimento degli obiettivi di emancipazione dal contesto familiare.
- Supporto alla residenzialità: nella DGR 275/23 l'entità dei sostegni non è più differenziata in base alla tipologia di coabitazione ma è definito un tetto massimo di spesa univoco per tutte e tre le tipologie che, al netto di altre misure compatibili, è pari a 12.000,00 € annui (corrispondente a 1.000,00 €/mese). Nel caso di persone con elevata intensità di sostegno (le sole persone con disabilità motoria grave con un importante carico assistenziale e che necessitino di maggiori supporti), il contributo annuale è elevato fino a 14.400 € annui (corrispondenti a 1.200,00 €/mese).
- Interventi di permanenza temporanea in soluzione abitativa extra-familiare - ricoveri di pronto intervento/sollievo: diversamente da quella del 2022, nella DGR del 275/23 viene chiaramente riportato che non sono ritenute ammissibili le istanze di sollievo temporaneo programmate, i soggiorni di vacanza e tutte le proposte temporanee a fini puramente educativi e ricreativi.
- Interventi strutturali: le risorse che nel 2022 potevano essere destinate solo alle spese di adeguamento della fruibilità dell'ambiente domestico ed ai costi di locazione e spese condominiali, nella DGR del 2023 possono essere finalizzate anche al sostegno dei costi delle utenze (acqua, luce e gas). In quest'ultimo caso l'entità del contributo viene innalzata da 300€ a 500€. Anche rispetto ai contributi per le spese condominiali, esso passa da 1500€ a 200€ per unità abitativa e, diversamente dalla DGR del 2022, può essere richiesto anche in caso di Gruppo appartamento con ente gestore.
- Il Support Manager: accanto alla figura del Case Manager, già presente in tutte le DGR precedenti, nel 2023 viene introdotto il Support Manager della residenzialità.

La Delibera 2912 del 05/08/2024 "L. N. 112/2016 - Piano Regionale Dopo di Noi. Programma operativo regionale per la realizzazione degli interventi a favore di persone con disabilità grave, come definita dall'art. 3 comma 3 della Lg. 104/1992, prive del sostegno familiare" si pone in sostanziale continuità con il Piano Operativo del 2023. Di seguito vengono richiamati alcuni degli elementi che lo caratterizzano:

- Conferma e sottolinea ulteriormente il cambio di prospettiva da "dopo di noi", non più vissuto come soluzione inevitabile e d'urgenza, al "durante noi": i percorsi residenziali sono finalizzati a sostenere l'emancipazione salvaguardando i legami familiari ed amicali delle persone coinvolte. Le forme abitative devono quindi garantire modelli aperti che favoriscono il mantenimento delle relazioni con i propri congiunti ed affini secondo le

scelte delle persone stesse. In questo senso nelle residenze abitative dovrà essere salvaguardata la possibilità di accesso dei familiari/conoscenti secondo le scelte individuali ed il rispetto della convivenza. Inoltre, le persone con disabilità adulte che vivono con i loro genitori, considerando l'importanza di costruire il distacco e l'emancipazione dei figli quando essi sono ancora in vita, si prevede la possibilità che i percorsi di coabitazione possano essere realizzati anche in appartamenti attigui, autonomi e separati da quelli dei genitori per i quali però non potranno essere utilizzate le risorse del DDN.

- Colloca le risorse a livello regionale secondo il seguente riparto, anch'esso in sostanziale continuità con la precedente annualità:
 - il 46% è finalizzato a garantire la continuità alle residenzialità già attive sulla base dei dati del flusso DDN al 31.03.2024,
 - il 20% è la quota di risorse destinate per l'attivazione di nuove progettualità sulla base della popolazione residente 18-64 anni da utilizzare per:
 - il 40% al sostegno di percorsi dell'autonomia;
 - il 50% al sostegno della residenzialità, ivi compresi gli interventi infrastrutturali;
 - il 10% per il pronto intervento/sollievo;
 - il 34% delle risorse sono destinate a garantire la continuità dei percorsi di accompagnamento già attivi.
- È comunque demandata agli ambiti la facoltà di modificare tali percentuali in ragione degli interventi del Piano di attuazione dell'Ambito.
- Aumenta l'entità dei contributi previsti:
 - per i sostegni di gruppi appartamento e soluzioni di co-housing (voucher, contributo e buono) il valore massimo viene innalzato a 14.400€/annui (corrispondente a 1.200€/mese) a carico del Fondo e comunque secondo quanto definito dall'UVM nel Progetto individuale;
 - per i sostegni relativi agli adeguamenti per la fruibilità dell'ambiente domestico, il contributo erogabile è fino ad un importo massimo di € 50.000 per unità immobiliare. Tali immobili inoltre non potranno essere distolti dalla destinazione né alienati per un numero maggiore di anni, fissato in 10. Qualora fosse necessario effettuare ulteriori interventi, è possibile richiedere un ulteriore contributo di 20.000€, ed il tetto massimo erogabile viene quindi aumentato a 70.000€ per unità immobiliare.
- Conferma il modello di monitoraggio approvato con decreto n. 924/2021 - e aggiornato con DD n. 14754/2023 - con il quale si è proceduto alla nomina di un Gruppo di Monitoraggio Tecnico al quale compete il monitoraggio complessivo sul Programma Operativo Regionale Dopo di Noi attraverso una analisi qual/quantitativa degli interventi attuati in applicazione della Legge 112/2016.
- Ribadisce gli obiettivi indicati nella DGR 275/2023 ovvero: 1) Consolidare prioritariamente le esperienze di co-abitazione avviate fino ad oggi sul territorio regionale attraverso una dotazione prioritaria di assegnazione delle risorse secondo il numero dei progetti territoriali di co-abitazione avviati e che hanno realizzato l'obiettivo di servizio di una co-abitazione stabile e 2) Pervenire ad una progressiva infrastrutturazione del Fondo Unico Disabilità anche in coerenza con la scelta di introdurre un tetto massimo di importo univoco a valere sulle risorse Dopo di Noi, in grado di concorrere alla costruzione del Budget di Progetto insieme alle risorse

della persona e della famiglia, degli enti locali e di tutte le altre misure regionali, nazionali e comunitarie in tal senso compatibili. Questo passaggio si ritiene possa impattare positivamente sia sul miglioramento della sostenibilità dei progetti di vita in co-abitazione sia sulla valorizzazione del budget di progetto come strumento di ricomposizione delle risorse nella prospettiva del Fondo Unico. L'entità economica diventa così personalizzabile e coerente con gli effettivi bisogni di sostegno emersi in sede di UVM e consente di utilizzare un ventaglio di risorse da ricomporre, attraverso la loro interoperabilità.

- Prevede l'aggiornamento della terminologia resa più aderente al Decreto Legislativo n. 62 del 3 maggio 2024 recentemente approvato.
- Ribadisce le fasi del processo valutativo, il ruolo dell'UVM e il progetto individuale quale strumento cardine per avviare il percorso di emancipazione della persona con disabilità adulta dalla famiglia di origine e/o dalla condizione di vita presso servizi residenziali, in un'ottica di de-istituzionalizzazione. Il progetto individuale rappresenta lo strumento cardine per avviare un percorso di emancipazione della persona con disabilità adulta dalla famiglia di origine e/o dalla condizione di vita presso servizi residenziali, in ottica di de-istituzionalizzazione.

In questi termini il Progetto individuale si orienta al Progetto di Vita – così come definito dalla L.R. n. 25/2022 e dal D. Lgs n. 62/2024 – finalizzato a determinare un cambiamento della prospettiva esistenziale della persona, attraverso la sua emancipazione.

Con Decreto n. 16163 del 28/10/2024 della Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità vengono assegnati all'Ambito di Sesto San Giovanni 154.834,00 euro di cui 32.174,00 vincolati sulle nuove attivazioni.

L'importo assegnato risulta significativamente inferiore rispetto alle attese e alle necessità. La ragione di tale riduzione sta nella decisione di Regione Lombardia di utilizzare, per la divisione delle risorse agli Ambiti territoriali, i seguenti criteri: una quota molto rilevante è assegnata sulla base del numero di progetti di Residenzialità attivi al 31.12.2023, una seconda quota sulla base della popolazione residente di età compresa tra i 18/64 anni nei Comuni dell'Ambito, e infine una terza quota è assegnata sulla base dei progetti di autonomia attivi alla fine del 2023. Come ben si comprenderà leggendo il successivo paragrafo, i 9 progetti di residenzialità attivi sul territorio dell'Ambito sono stati avviati tra la primavera e l'estate del 2024 e pertanto non risultano in tale rilevazione.

9. LA NASCITA DELLE NUOVE SOLUZIONI ABITATIVE

Come anticipato in premessa, per il territorio dell'Ambito, il 2024 segna l'anno della svolta. Nascono 3 nuove soluzioni abitative: due gruppi appartamento con ente gestore ed un gruppo appartamento autogestito.

L'avvio dei primi due, Casa Caterina sul territorio sestese e Casa Dora su quello di Cologno Monzese, è stato possibile grazie alla messa a disposizione di appartamenti di proprietà di uno degli occupanti e/o dei loro familiari che hanno scelto di destinare il loro bene ad un vivere comune, proiettato verso l'autonomia del proprio congiunto.

Il terzo, Casa Lombardia, è invece un appartamento Aler, assegnato a due sorelle gemelle rimaste orfane che in casa vengono supportate da un'assistente familiare.

In tutti e tre i casi, le persone coinvolte frequentano un contesto educativo diurno; per Casa Caterina e Casa Dora l'ente gestore del gruppo appartamento è lo stesso che gestisce le attività laboratoriali diurne.

Ecco le loro storie ed i loro racconti.

CASA CATERINA a Sesto San Giovanni:

La sperimentazione inizia quando, a causa il decesso del padre, M. si trova da sola nell'abitazione della famiglia. La madre era già deceduta anni prima e l'unica sorella vive per conto proprio con la sua famiglia. Quest'ultima decide quindi di destinare la propria percentuale di proprietà della casa, oltre a quella di M., alla sperimentazione di un alloggio palestra per persone con disabilità.

Ecco, quindi, che M. accoglie il suo fidanzato e, a turno per alcuni giorni alla settimana, altri compagni del Centro diurno che frequenta già da diversi anni, in primis una ragazza con cui ha un legame affettivo significativo.

Negli anni, soprattutto grazie all'instancabile lavoro svolto dalla Cooperativa che li accoglie nelle attività occupazionali diurne e che diventa l'ente gestore della nuova esperienza domiciliare, la "palestra" si trasforma in "Casa Caterina" e diventa la casa di M., F. e K.

Il nome "Caterina" è quello della mamma di M.

I ragazzi vivono con molto entusiasmo questa esperienza e raccontano che, anche grazie all'aiuto del Support Manager, hanno cominciato ad organizzare la "loro nuova vita" dividendo i compiti della quotidianità: fare la spesa, fare le prove del telesoccorso, andare al mercato, preparare il caffè e controllare i farmaci.

Nella gestione della casa sono supportati da tre differenti figure: un'ASA che una volta la settimana li supporta nell'igiene personale; un'operatrice che si occupa delle pulizie, aiutata dai residenti che comunque hanno il compito di tenere tutto in ordine; un'educatrice è presente tutti i giorni fino alle 21.00.

Gli ospiti frequentano tutti lo stesso centro diurno e, per diversificare le loro relazioni sociali, sono inseriti in gruppi e attività differenti così "la sera abbiamo sempre qualche cosa di nuovo da raccontarci".

La convivenza ha avuto successo grazie ad alcuni elementi qualificanti:

- la forte motivazione delle persone coinvolte e il desiderio di emancipazione dalla famiglia di origine. Questo elemento è in alcuni casi accompagnato dal senso di colpa nei confronti dei genitori ma "anche io ho diritto a farmi la mia vita".
- Il Support Manager è stato un motore insostituibile che ha da subito creduto nelle persone e nel percorso, seppur complesso.
- Le persone si conoscono già da anni, sono legate da un profondo affetto reciproco e hanno avuto esperienze precedenti di vita comune (vacanze in ostello, alloggio palestra ecc.)
- Durante tutto il percorso, inoltre, gli inquilini hanno dimostrato una grande capacità di adattamento alle nuove condizioni di vita, anche quando l'appartamento era in fase di allestimento, ed una grande sensibilità gli uni verso gli altri, venendosi incontro e riconoscendo i bisogni e le fragilità altrui, anche in una logica di mutuo aiuto.

Nella sala da pranzo hanno appeso un quadro contenente le regole per una felice convivenza:

Se lo apri...chiudilo;
Se lo usi...rimettilo a posto;
Se lo sporchi...puliscilo;
Se lo bagni...asciugalo;
Se sbagli...chiedi scusa;
Se parti o torni...saluta;
Se qualcuno è triste...fagli un sorriso.

La valutazione dell'esperienza è stata descritta con frasi quali "di questa casa mi piace tutto", "sono felice e non mi annoio".

CASA DORA a Cologno Monzese:

L'appartamento, di proprietà della famiglia di I., viene messo a sua disposizione affinché possa sperimentarvi la co-abitazione con altri compagni, frequentanti la sua stessa realtà occupazionale diurna.

La Cooperativa, la medesima che ha seguito e curato il percorso di costituzione di Casa Caterina, si rende disponibile a prendersi cura anche di questa nuova realtà.

L'appartamento di grandi dimensioni diventa quindi prima un alloggio palestra e poi si trasforma in Casa Dora; al suo interno, oltre ad I., si trasferiscono altre 3 persone S., V. e F.

Il nome "Dora" è quello della nonna di I. La gestione della quotidianità è molto simile a quella di casa Caterina, sono quindi presenti sia l'educatore, per alcune ore al giorno, sia l'operatrice che si occupa del governo della casa. In merito all'igiene personale ad oggi non è necessario l'intervento di alcun professionista. Gli elementi che sono stati sottolineati in modo positivo sono:

- Una maggiore autonomia e gestione della propria libertà. La sensazione di essere "finalmente diventati adulti".
- Un contesto più stimolante rispetto alla casa di origine anche perché lo spazio si presta – viste le dimensioni – ad ospitare cene e serate con gli amici.
- Ogni persona ha i suoi compiti: chi è addetto a controllare i rifornimenti – in particolare di latte per la colazione – chi a fare la spesa, chi a mettere in ordine.
- Sono state individuate delle regole di vita comune, tutti si sforzano e si supportano per rispettarle anche ricordandosene l'uno con l'altro ("non si mangia sul divano e neanche a letto!!!").

CASA LOMBARDIA a Cologno Monzese:

Le storia delle due sorelle gemelle C. ed E. è connotata da un evento traumatico a causa del quale sono rimaste orfane e prive di altri supporti familiari.

Affidate in Amministrazione di sostegno ad un Avvocato nominato dal Tribunale e grazie al sostegno dei Servizi Sociali comunali, viene loro assegnato un alloggio Aler che l'ente pubblico mette a disposizione per il co-housing: esso si trasforma quindi in Casa Lombardia, un gruppo appartamento autogestito.

La loro quotidianità, scandita dalla frequenza dei CDD del Comune di Cologno Monzese, viene supportata al domicilio da un'assistente familiare.

Alle due sorelle, a breve dovrebbe aggiungersi una terza persona che risulti compatibile con le caratteristiche ed i bisogni di C. ed E. e pronta ad una nuova esperienza abitativa in autonomia.

POSSIBILE EVOLUZIONE DELL'ALLOGGIO PALESTRA DI VIA CARDUCCI A COLOGNO MONZESE

L'appartamento, messo a disposizione dal Comune di Cologno Monzese, è stato da sempre utilizzato come alloggio palestra per le persone con disabilità frequentanti i CDD di Cologno Monzese.

In virtù della necessità di farne evolvere la destinazione d'uso verso un vero e proprio gruppo appartamento e affinché esso possa rispondere agli standard di legge, devono essere svolti alcuni lavori di abbattimento delle barriere architettoniche presenti all'ingresso del condominio.

Gli interventi, recentemente approvati dall'Assemblea di condominio, dovrebbero essere svolti in un orizzonte vicino.

Anche questo appartamento potrà quindi accogliere 3 persone in un nuovo gruppo appartamento, probabilmente con ente gestore.

L'analisi del piano finanziario presentato dagli Enti gestori evidenzia dei costi piuttosto elevati; la presenza di operatori qualificati in diversi momenti della giornata incide in modo considerevole ma è soprattutto la gestione dell'appartamento ad influire in modo significativo sul budget pur in assenza di spese per il canone di locazione - come anticipato i tre appartamenti sono messi a disposizioni dalle famiglie e da Aler. In mancanza di un patrimonio immobiliare ad uso gratuito, o a tariffe estremamente agevolate, in un contesto come quello di Sesto San Giovanni e Cologno Monzese con affitti sul libero mercato molto elevati, la costituzione di gruppi appartamento risulta pressoché impraticabile.

Indicativamente la spesa annuale per unità abitativa a carico del Fondo DDN varia dai 28.000 ai 35.500, il costo varia in relazione al numero di residenti e al loro livello di autonomia.

A completamento di quanto descritto in questa sede si ritiene opportuno evidenziare che, al fianco delle soluzioni abitative stabili che interessano 9 utenti sono attivi, al 31 ottobre 2024, 23 percorsi di supporto all'autonomia di cui:

- 7 progetti prima annualità supporto all'autonomia;
- 7 progetti seconda annualità supporto all'autonomia;
- 1 progetti terza annualità supporto all'autonomia;
- 8 progetti quinta annualità supporto all'autonomia.

10. LA CONNESSIONE TRA IL PROGRAMMA DOPO DI NOI E I LEPS

Come precedentemente evidenziato, e sulla scorta della normativa nazionale, la DGR 275/2023 indica il Piano Triennale della non autosufficienza tra gli strumenti per pervenire ad una progressiva infrastrutturazione del Fondo Unico Disabilità; tale indicazione è ribadita nella DGR 2912/2024. Il Piano Triennale include gli interventi a sostegno della co-abitazione, previsti dalla Legge 112/2016, tra gli obiettivi di servizio da perseguire per la definizione dei nuovi LEPS.

È poi con il Decreto Legislativo 62/2024 che i LEPS divengono lo strumento principe per garantire la qualità della presa in carico, individuando uno standard minimo per tutte le Regioni. Al Capo III "Valutazione multidimensionale e progetto di vita individuale personalizzato e partecipato" il Decreto definisce le caratteristiche del progetto aggiornando il contenuto dell'articolo 18 della Legge 328/2000. Il Progetto di vita come richiamato agli Artt. 18, 19 e 22 è:

- diretto a realizzare gli obiettivi della persona con disabilità per migliorare le condizioni personali e di salute nei diversi ambiti di vita, facilitandone

l'inclusione sociale e la partecipazione su base di uguaglianza con gli altri. Il progetto individua, per qualità, quantità ed intensità, gli strumenti, le risorse, gli interventi, i benefici, le prestazioni, i servizi e gli accomodamenti ragionevoli, volti anche ad eliminare e a prevenire le barriere e ad attivare i supporti necessari per l'inclusione e la partecipazione della persona nei diversi ambiti, compresi quelli scolastici, della formazione superiore, abitativi, lavorativi e sociali. Nel progetto di vita sono, altresì, comprese le misure previste a legislazione vigente per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale, nonché gli eventuali sostegni erogabili in favore del nucleo familiare. La persona con disabilità è titolare del progetto di vita e ne richiede l'attivazione, concorre a determinarne i contenuti, esercita le prerogative volte ad apportarvi le modifiche e le integrazioni, secondo i propri desideri, le proprie aspettative e le proprie scelte. La persona con disabilità può essere supportata da una persona che faciliti l'espressione delle sue scelte e l'acquisizione della piena comprensione delle misure e dei sostegni attivabili con il progetto di vita;

- sostenibile nel tempo ovvero garantire continuità degli strumenti, delle risorse, degli interventi, dei benefici, delle prestazioni, dei servizi e degli accomodamenti ragionevoli, sempre nel rispetto della autodeterminazione del beneficiario;
- assicura il coordinamento tra i piani di intervento previsti per ogni singolo contesto di vita e dei relativi obiettivi. L'integrazione sociosanitaria è conseguita in sede di valutazione multidimensionale attraverso la valutazione del profilo di funzionamento, l'analisi dei bisogni e delle preferenze e la definizione congiunta degli interventi da attivare.

Come indicato all'Art. 23 la persona con disabilità o chi la rappresenta, può avanzare l'istanza per la predisposizione del progetto di vita in forma libera e in qualsiasi momento. L'istanza può essere raccolta anche per il tramite del comune di residenza o di uno dei punti unici di accesso (PUA) del territorio, individuati dagli enti locali o dalle regioni. L'avvio del procedimento è comunicato al richiedente da parte del responsabile entro quindici giorni dalla presentazione dell'istanza. La comunicazione dell'avvio contiene l'indicazione dei seguenti elementi: a) la data di presentazione dell'istanza; b) l'indicazione della trasmissione del certificato della condizione di disabilità e del deposito della documentazione; c) l'indicazione che la persona con disabilità può farsi assistere da qualcuno che lo supporta; d) la data entro cui termina il procedimento per la redazione del progetto di vita.

Il ruolo della valutazione multidimensionale è esplicitato con chiarezza: l'Unità di Valutazione Multidimensionale elabora il progetto di vita a seguito della valutazione, secondo la volontà della persona con disabilità e nel rispetto dei suoi diritti civili e sociali. Sono componenti dell'unità di valutazione multidimensionale: a) la persona con disabilità; b) l'esercente la responsabilità genitoriale in caso di minore, il tutore o l'amministratore di sostegno, se dotato di poteri; c) la persona di cui all'articolo 22, se nominato dall'interessato; d) un assistente sociale, un educatore o un altro operatore dei servizi sociali territoriali; e) uno o più professionisti sanitari designati dalla azienda sanitaria o dal distretto sanitario col compito di garantire l'integrazione sociosanitaria; f) un rappresentante dell'istituzione scolastica nei casi di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 66; g) ove necessario, un rappresentante dei servizi per l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità.

Il procedimento di valutazione è svolto sulla base di un metodo multidisciplinare

ed è fondato sull'approccio bio-psico-sociale, tenendo conto delle indicazioni dell'ICF e dell'ICD e si articola in quattro fasi:

- a) nel rispetto dell'esito della valutazione di base, rileva gli obiettivi della persona secondo i suoi desideri e le sue aspettative e definisce il profilo di funzionamento, anche in termini di capacità e performance dell'ICF, nei differenti ambiti di vita liberamente scelti;
- b) individua le barriere e i facilitatori negli ambiti di cui alla lettera a) e le competenze adattive;
- c) formula le valutazioni inerenti al profilo di salute fisica, mentale, intellettuale e sensoriale, ai bisogni della persona e ai domini della qualità di vita, in relazione alle priorità della persona con disabilità;
- d) definisce gli obiettivi da realizzare con il progetto di vita, partendo dal censimento di eventuali piani specifici di sostegno già attivati e dai loro obiettivi.

Sulla base degli esiti della valutazione multidimensionale, i soggetti che hanno preso parte al procedimento predispongono il progetto di vita che individua i sostegni, il budget di progetto egli accomodamenti ragionevoli al fine di garantire l'effettivo godimento dei diritti e delle libertà fondamentali.

Nel caso in cui la persona con disabilità, o chi la rappresenta, abbia presentato una proposta di progetto di vita, l'unità di valutazione multidimensionale ne verifica l'adeguatezza e l'appropriatezza e, contestualmente, definisce il budget di progetto. Il progetto di vita con il relativo budget, redatto in formato accessibile per la persona con disabilità, è predisposto dall'unità di valutazione multidimensionale unitamente ai responsabili dei vari servizi e interventi, anche informali, previsti e da attivare nell'ambito del progetto.

In considerazione del fatto che il presente capitolo è incentrato sul tema dell'autonomia abitativa e sulla promozione di soluzioni residenziali condivise si ritiene opportuno richiamare, oltre agli articoli relativi al Progetto di Vita e alla valutazione multidimensionale, l'Art. 20 del D.lgs. 62 "Libertà di scelta sul luogo di abitazione e continuità dei sostegni" al comma 1 si precisa infatti che il progetto di vita tende a favorire la libertà della persona con disabilità di scegliere dove vivere e con chi vivere, individuando appropriate soluzioni abitative e, ove richiesto, garantendo il diritto alla domiciliarità delle cure e dei sostegni socio-assistenziali, salvo il caso dell'impossibilità di assicurare l'intensità, in termini di appropriatezza, degli interventi o la qualità specialistica necessaria.

Preme in questa sede evidenziare, anche nel tentativo di sistematizzare una materia estremamente complessa come l'attuazione dei LEPS, che la legge 234/2021 art. 1 Comma 170 indica "In sede di prima applicazione sono definiti i seguenti LEPS, individuati come prioritari nell'ambito del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, approvato dalla Rete della protezione e dell'inclusione sociale ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo n. 147 del 2017, nella seduta del 28 luglio 2021:

- a) pronto intervento sociale;
- b) supervisione del personale dei servizi sociali;
- c) servizi sociali per le dimissioni protette;
- d) prevenzione dell'allontanamento familiare;
- e) servizi per la residenza fittizia;
- f) progetti per il Dopo di noi e per la vita indipendente.

11. GLI OBIETTIVI PER IL TRIENNIO

A seguito degli elementi di valutazione emersi negli anni ed evidenziati in questa trattazione vengono individuati due obiettivi di lavoro futuri, il primo chiama in causa direttamente le Amministrazioni comunali, gli enti gestori coinvolti nelle progettazioni e ASST.

CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI PERCORSI DI RESIDENZIALITÀ

Le azioni programmate sono le seguenti:

1. Supportare le convivenze e sperimentarne di nuove: attualmente le persone che risiedono in residenzialità sono 9 suddivise in tre appartamenti. Entro la fine del 2027 l'obiettivo è di arrivare a 12 residenti stabili suddivisi in quattro alloggi.
2. Aumentare la disponibilità di appartamenti sul territorio dell'Ambito da dedicare alle progettazioni del Dopo di Noi. Il Comune di Sesto San Giovanni sta sviluppando una progettualità a valere sul PNRR M5-C2-1.2 "Percorsi di autonomia persone con disabilità" che prevede lavori di ristrutturazione e adeguamento di due appartamenti che, entro il 2025, andranno ad integrare l'offerta territoriale. Il Comune di Cologno intende ristrutturare, nel prossimo triennio, una palazzina di proprietà in via Pergolesi per realizzare un edificio residenziale di edilizia sociale. Al piano terra è prevista una parte dedicata a spazio comune polifunzionale quale luogo di aggregazione e di connessione tra gli abitanti del condominio, uno spazio dedicato al custode sociale e due appartamenti da destinare ai percorsi di vita autonoma di persone disabili.
3. Costruire una comunità di pratica. La realizzazione dei progetti del Dopo di Noi, come ampiamente descritto, è un percorso complesso. In particolare, la sperimentazione delle nuove forme di residenzialità con le differenti articolazioni organizzative richiede competenze nuove e una notevole capacità di gestire il cambiamento. Considerato il fatto che i gruppi appartamento sul territorio sono di recente costituzione e che nella stabilizzazione degli stessi potrebbero verificarsi problematiche inedite si ritiene opportuno costituire un gruppo di lavoro/comunità di pratica con i gestori del Terzo Settore con l'obiettivo di mettere in comune idee e prospettive progettuali condividere le criticità e le soluzioni in un processo di reciproco empowerment. Questa azione era già presente nella scorsa programmazione ma non è stata realizzata, prevalentemente per mancanza di tempo, e viene pertanto riproposta. Periodicamente saranno realizzati incontri estesi alle realtà impegnate sul territorio dell'Ambito di Cinisello Balsamo così da allargare il perimetro della discussione e del confronto.
4. Supportare, tramite l'Agenzia della Vita indipendente, le persone con disabilità che decidono di progettare e intraprendere un percorso di autonomia abitativa. Nel 2025 è prevista, anche grazie alla partecipazione al bando di Regione Lombardia l'implementazione dell'Agenzia, oggi presente nell'Ambito di Cinisello, anche su Sesto. Questa azione era già presente nella scorsa programmazione ma non è stata realizzata, prevalentemente per mancanza di tempo, e viene pertanto riproposta anche alla luce delle nuove normative. Tale iniziativa si dovrà connettere

con le attività con la progettazione e attuazione del PUA - Punto unico di accesso Come evidenziato nell'Accordo di programma.

Le risorse per la continuazione dei progetti di autonomia abitativa, ad oggi, sono da ricercare nel Fondo Dopo di Noi erogato agli Ambiti da Regione Lombardia e nel cofinanziamento di famiglie e Comune. Il costo annuale stimato per i soli progetti in residenzialità ad oggi attivi ammonta ad euro 113.700; entro la fine del triennio tale quota arriverà a 151.600.

L'obiettivo del consolidamento e potenziamento dei percorsi di residenzialità non era presente nella passata programmazione in quanto le sperimentazioni allora in corso erano tutte riferite ad alloggi palestra e a percorsi per l'autonomia. Al raggiungimento dello stesso concorrono, seppur con ruoli e funzioni differenti, le Amministrazioni Comunali, il Privato Sociale gestore degli appartamenti - e più in generale coinvolto in progetti di residenzialità sviluppati anche in territori limitrofi - e ASST per quanto riguarda il monitoraggio dei progetti di vita, la condivisione di buone prassi e l'integrazione con il PUA.

IMPLEMENTAZIONE DEI LEPS VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E PROGETTO INDIVIDUALIZZATO

Come già evidenziato nel precedente capitolo, la valutazione multidimensionale viene ricompresa tra i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali.

Anche nell'ultimo provvedimento di approvazione del Programma Operativo regionale Dopo di Noi, DGR 2912/2024 è stata confermata la centralità del modello di valutazione dimensionale come elemento propedeutico e indispensabile alla redazione del progetto individualizzato.

Il processo di lavoro, già sperimentato sul territorio, andrà adeguato e migliorato tenendo conto delle indicazioni contenute nei LEPS e nella Legge 62/2024.

Inoltre, il ruolo dell'UVM tenderà ad aumentare negli anni anche a fronte della stabilizzazione delle tre esperienze di co-housing presenti sul territorio dell'Ambito e alla conseguente necessità di supportarne la portabilità economica tramite le risorse del DDN, la valutazione dimensionale diventerà lo strumento principale di analisi delle nuove domande.

Questa funzione, in particolare, risulterà evidente nel caso diventasse necessario stilare una lista d'attesa a seguito dell'esaurimento delle risorse disponibili, andando ad individuare i criteri e ad applicare le indicazioni presenti nel Piano Operativo Regionale come, ad esempio, i cluster di età come criteri di priorità.

In sintesi, sono previste le seguenti azioni:

- adeguamento del processo di lavoro dell'UVM alle indicazioni contenute nei LEPS e nella Legge 62/2024 ed in particolare:
 - monitoraggio dei progetti e del loro sviluppo per tutto il percorso;
 - applicazione degli strumenti di valutazione previsti dalla norma dell'ICF e dell'ICD;
 - analisi ed eventuale applicazione degli strumenti di lavoro prodotti al termine del percorso formativo sulla valutazione di impatto gestito da ATS Milano - Città Metropolitana;
 - garantire la partecipazione della componente sanitaria in tutte le sedute e il coinvolgimento di tutti i servizi coinvolti sul caso.

IL SUPPORTO ALLA DOMICILIARITÀ E LA PROGRESSIVA ATTUAZIONE DEI LEPS

1. IL SUPPORTO ALLA DOMICILIARITÀ UNA STRATEGIA CONSOLIDATA

La DGR n. XI/4563/2021 "Approvazione delle linee di indirizzo per la programmazione sociale territoriale per il triennio 2021-2023" individuava tra le macroaree prioritarie su cui orientare la programmazione zonale il supporto alla domiciliarità inteso come un sistema di servizi e interventi specifici e personalizzati, anche di supporto ai caregiver familiari impegnati quotidianamente nell'assistenza, in grado di favorire il mantenimento della persona non autosufficiente e con disabilità di ogni età e condizione nel proprio contesto di vita. Un sostegno inteso come assistenza personale che si inserisce in un quadro più generale di valutazione multidimensionale del bisogno e di progettazione personalizzata. La Delibera invitava alla sperimentazione di modelli organizzativi impernati sulla flessibilità e tempestività della risposta, ampliando la tipologia di supporti forniti all'utenza e allargando il servizio ad altri soggetti tradizionalmente non interessati da questo tipo di intervento: cruciale pertanto programmare e sperimentare modelli di azione focalizzati attorno ad una maggiore integrazione tra interventi diversi e una forte personalizzazione legata alle necessità del singolo e della famiglia, costruendo così risposte effettivamente differenziate e personalizzate.

Le risorse che - storicamente - concorrono al mantenimento della persona nel proprio contesto di vita sono:

MISURA A FAVORE DELLE PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA FINANZIATA CON IL FONDO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA (MISURA B1): la Misura è finalizzata a garantire la permanenza al domicilio e nel proprio contesto di vita delle persone con disabilità gravissima e si concretizza nell'erogazione di un Buono concesso a titolo di riconoscimento dell'assistenza fornita da parte del caregiver familiare e/o del personale di assistenza regolarmente impiegato e non costituisce un intervento di sostegno al reddito in sostituzione di altri interventi mirati o sostitutivi di prestazioni di natura diversa garantite nell'area sociale. La valutazione multidimensionale del bisogno rileva il profilo funzionale, le caratteristiche del contesto socio ambientale, i bisogni e le risorse ed è propedeutica alla definizione del Progetto Individuale. La valutazione per l'accesso alla misura B1 è in capo alla ASST, titolare della presa in carico del cittadino con fragilità, con patologie croniche e vulnerabilità. Gli strumenti attivabili per sostenere la persona con gravissima disabilità e garantire la sua permanenza al domicilio e nel proprio contesto di vita sono: contributo economico mensile (buono a quota fissa o buono a quota variabile) oppure voucher sociosanitario mensile (VCH minori - VCH adulti/anziani - VCH alto profilo). Il buono a quota fissa può essere integrato con un ulteriore buono a dimensione fissa o variabile riconosciuto a titolo di rimborso delle spese del personale di assistenza regolarmente impiegato. È inoltre prevista una quota integrativa per il progetto di vita indipendente.

MISURA A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE O COMUNQUE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA (MISURA B2) FINANZIATA CON IL FONDO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA: si concretizza in interventi di sostegno e supporto alla persona e alla sua famiglia per garantire la piena permanenza della persona fragile al proprio domicilio e nel suo contesto di vita. Questa linea di azione è attuata dagli Ambiti territoriali, previa valutazione e predisposizione del progetto individuale, con l'indicazione di obiettivi specifici. Per bisogni sociosanitari la valutazione è effettuata dagli Ambiti in raccordo con l'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale competente. Questa Misura non costituisce un intervento di sostegno al reddito. L'accesso, che avviene tramite bando, è subordinato alla presa in carico da parte del Servizio Sociale, alla stesura del Piano di assistenza individualizzato (PAI) valutato con modalità integrata con ASST e alla valutazione della condizione economica e reddituale del nucleo e/o della persona (ISEE) conforme al D.P.C.M. n. 159/2013.

BONUS ASSISTENTI FAMILIARI: introdotto con DGR n. 4597/19 e modificato con Delibera n. 3927/2020 è finalizzato a garantire alle famiglie maggiormente vulnerabili con presenza di componenti fragili, la possibilità di accedere alle prestazioni di assistenti familiari qualificati e con forme contrattuali e condizioni lavorative in linea con la normativa di settore. Destinatari del contributo economico (massimo 2.400 euro) sono i datori di lavoro che sottoscrivono il contratto dell'assistente familiare, siano essi la persona assistita o altro componente di famiglia. L'assistente familiare deve essere iscritto nel Registro Territoriale avendo le caratteristiche di cui all'art. 7 della L.R. 15/2015. Possono, pertanto, iscriversi ai Registri territoriali degli assistenti familiari le persone maggiorenne, in assenza di condanne penali o procedimenti penali pendenti, e in possesso alternativamente di:

- titoli di studio o di formazione in campo assistenziale o sociosanitario riconosciuti nell'Unione europea;
- attestati di competenza;
- esperienze specifiche di assistenza familiare di almeno dodici mesi, certificate da regolare contratto di lavoro;
- avere conoscenza di economia domestica e della lingua italiana;
- essere in possesso di regolare permesso di soggiorno, se extra UE.

SERVIZI COMUNALI DI SUPPORTO ALLA DOMICILARITÀ: le Amministrazioni Comunali supportano il mantenimento delle persone fragili e in condizione di non autosufficienza al proprio domicilio attivando l'erogazione dei seguenti servizi:

- Servizio SAD che prevede prestazione di cura della persona quali igiene e pulizia personale - bagno assistito o doccia, aiuto per alzarsi dal letto e nella vestizione; aiuto per la corretta deambulazione e movimentazione degli arti, aiuto nell'assunzione di alimenti e bevande, prestazioni di assistenza di tipo igienico di semplice attuazione e prestazioni di cura dell'ambiente domestico.
- Consegna Pasti caldi al domicilio.
- Telesoccorso.
- Servizio di Trasporto Sociale.
- Sportello Assistenza Familiare, attivo sul territorio dell'Ambito di Sesto San Giovanni da diversi anni, si configura come un servizio di consulenza gratuito che offre informazioni e orientamento sul lavoro di cura e promuove iniziative di formazione rivolte a tutti coloro che accudiscono a domicilio persone in difficoltà. Aiuta, inoltre, le famiglie con anziani o

disabili a trovare l'assistente familiare di cui hanno bisogno. Lo sportello, istituito ai sensi della Legge Regionale n. 15/15 e delle Delibera di Giunta Regionale n. 5694 del 3.10.2016 e Delibera n. 3927 del 30.11.2020, è finanziato con risorse comunali e cofinanziato da Regione Lombardia.

A completamento della ricognizione delle risorse pubbliche, si aggiungono due importanti Misure a regia sanitaria:

- ADI: Assistenza Domiciliare Integrata (oggi CU-DOM) consiste in un insieme di trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con l'intento di stabilizzarne il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana. L'ADI viene effettuata a domicilio e per il richiedente non ha nessun costo perché le spese vengono sostenute dal Servizio Sanitario Nazionale. Si tratta di un sostegno che, in base alle necessità effettive, può coprire alcuni giorni della settimana, oppure funzionare 7 giorni su 7. La richiesta di presa in carico è una procedura che si attiva con una ricetta del Medico di Medicina Generale (MMG).
- RSA APERTA: La Misura si caratterizza per l'offerta di interventi di natura prioritariamente sociosanitaria, finalizzati a supportare la permanenza al domicilio di persone affette da demenza certificata o di anziani non autosufficienti di età pari o superiore a 75 anni. Attraverso interventi qualificati, intende sostenere il mantenimento delle capacità residue delle persone beneficiarie e rallentare, ove possibile, il decadimento delle diverse funzioni, evitando e/o ritardando il ricorso al ricovero definitivo in struttura residenziale. La misura offre inoltre un sostegno al caregiver nell'espletamento delle attività di assistenza assicurate dallo stesso, attraverso interventi mirati che possono essere integrati con la fruizione da parte dell'assistito di prestazioni erogate dall'ADI ordinaria (tutti i profili assistenziali e prestazionali) e di riabilitazione in regime domiciliare o ambulatoriale, evitando tuttavia duplicazioni e/o sovrapposizioni.

Sono, inoltre, diversi gli attori del territorio della rete territoriale che concorrono a supportare il mantenimento della persona non autosufficiente al domicilio attraverso molteplici iniziative quali:

- Consegnare spesa e farmaci
- Compagnia e sostegno emotivo
- Supporto e monitoraggio telefonico
- Presidio sociale
- Accompagnamento a visite mediche/terapie
- Intrattenimento e attività di animazione.

Gli indirizzi regionali degli ultimi anni si sono concentrati su due direttive principali:

- la presa in carico globale della persona;
- la differenziazione delle risposte in relazione ai bisogni della persona e della famiglia.

Il sistema è fortemente orientato a perseguire l'obiettivo del mantenimento della persona nel suo contesto abituale di vita e della sua inclusione sociale, realizzando percorsi capaci di articolare risposte di sostegno alla domiciliarità nelle sue diverse formule. In coerenza con le indicazioni regionali, il Piano di Zona e l'Accordo di Programma per la sua attuazione, hanno individuato e perseguito

nel triennio 2021-2023 i seguenti obiettivi di programmazione.

- Implementazione del modello di valutazioni multidimensionale integrate come elemento fondante del percorso di presa in carico;
- aumentare il livello di integrazione degli interventi in ambito sociale e sanitario garantendo la continuità assistenziale del paziente nel passaggio da un setting di cura ad un altro;
- supportare l'accesso alle informazioni da parte dell'utenza fragile;
- supportare la permanenza al domicilio attraverso la gestione di tutte le misure regionali rivolte alla persona fragile con tale finalità.

Alcuni degli elementi che hanno trovato riconoscimento nella Legge 234/2021, con l'individuazione dei LEPS riferiti al sistema della Domiciliarità, e nel Piano per le Non Autosufficienza 2022-2024, erano già presenti nel modello Lombardo e costituiscono un oggetto di lavoro consolidato sia per gli Ambiti territoriali sia per le ASST e, per tale motivo, si è ritenuto utile richiamarli in questa sede.

2. I LEPS DEFINITI CON LA LEGGE 234/2021 E IL PIANO NAZIONALE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI 2021-2023

La legge 234/2021 definisce come LEPS i servizi socioassistenziali volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza delle persone anziane non autosufficienti.

La norma all'art.1) Comma 159, recita: I livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) sono costituiti dagli interventi, dai servizi, dalle attività e dalle prestazioni integrate che la Repubblica assicura, sulla base di quanto previsto dall'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione e in coerenza con i principi e i criteri indicati agli articoli 1 e 2 della legge 8 novembre 2000, n. 328, con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale per garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità.

Al Comma 162 vengono indicati i servizi socioassistenziali volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza delle persone anziane non autosufficienti nelle seguenti aree, comprese le nuove forme di coabitazione solidale:

a) assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, quale servizio rivolto a persone anziane non autosufficienti o a persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione, che richiedono supporto nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo anche ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria; soluzioni abitative, anche in coerenza con la programmazione degli interventi del PNRR, mediante ricorso a nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane, rafforzamento degli interventi delle reti di prossimità intergenerazionale e tra persone anziane, adattamenti dell'abitazione alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio, compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza.

b) servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie, quali: il pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne, gestito da personale qualificato; un servizio di sostituzione temporanea

degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità; l'attivazione e l'organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore anche mediante gli strumenti di programmazione e progettazione partecipata secondo quanto previsto dal codice del Terzo settore, di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, nonché sulla base delle esperienze di prevenzione, di solidarietà intergenerazionale e di volontariato locali.

c) servizi sociali di supporto per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie, quali la messa a disposizione di strumenti qualificati per favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari, in collaborazione con i Centri per l'impiego del territorio, e l'assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di adempimenti.

Al Comma 163 viene indicato che "il Servizio sanitario nazionale e gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso Punti Unici di Accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate «Case della Comunità». Presso i PUA operano equipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS. Tali equipe integrate - nel rispetto di quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 per la valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale delle persone - assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM). Sulla base degli esiti della valutazione, con il coinvolgimento della persona e della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno, l'equipe integrata procede alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Il PAI individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione. La programmazione degli interventi e la presa in carico si avvalgono del raccordo informativo, anche telematico, con l'INPS.

Conclude l'affondo sul sistema di supporto al domicilio il Comma 164: gli ATS garantiscono l'offerta dei servizi e degli interventi di cui alle aree individuate al comma 162. L'offerta può essere integrata da contributi, diversi dall'indennità di accompagnamento di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale delle persone anziane non autosufficienti e il supporto ai familiari che partecipano all'assistenza. Tali contributi sono utilizzabili esclusivamente per remunerare il lavoro di cura svolto da operatori titolari di rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionali di settore di cui all'articolo 51 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81, o per l'acquisto di servizi forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale. Infine, la legge richiama al Comma 170 i LEPS già individuati nel 2021.

In sede di prima applicazione sono definiti i seguenti LEPS, individuati come prioritari nell'ambito del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023:

- a) pronto intervento sociale;
- b) supervisione del personale dei servizi sociali;
- c) servizi sociali per le dimissioni protette;

- d) prevenzione dell'allontanamento familiare;
- e) servizi per la residenza fittizia;
- f) progetti per il Dopo di noi e per la vita indipendente.

Il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 definisce la "dimissione protetta" è una dimissione da un contesto sanitario che prevede una continuità di assistenza e cure attraverso un programma concordato tra il medico curante, i servizi sociali territoriali dell'Azienda sanitaria di appartenenza e dell'Ente locale. Il paziente può così tornare a casa o essere ricoverato in strutture qualificate pur restando in carico al Servizio Sanitario Nazionale e "seguito" da un'adeguata assistenza sanitaria per un periodo di tempo e, ove necessario, poi preso in carico dai servizi sociali. In sintesi, è un insieme di azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente dall'ambiente ospedaliero o similare ad un ambiente di cura di tipo familiare, al fine di garantire la continuità assistenziale e promuovere percorsi di aiuto a sostegno della salute e del benessere della persona tramite interventi coordinati tra sanitario e sociale. Tale tipo di approccio multidisciplinare di pianificazione della dimissione, sviluppato prima che il paziente sia dimesso, migliora la qualità della vita, l'integrazione fra ospedale e territorio e tra i professionisti sociosanitari coinvolti nel processo di assistenza e cura, oltre a ridurre il rischio di riammissione istituzionalizzata nei pazienti anziani, disabili e fragili.

La scheda tecnica riportata nella sezione 2.7.3 del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 definisce il servizio con riferimento ai contenuti minimali che devono essere assicurati in ogni Ambito e alle modalità del suo espletamento, compreso il caso in cui persone che potrebbero usufruire delle dimissioni protette si ritrovano nelle condizioni di non avere un domicilio. Nella scheda "LEPS Dimissioni protette" gli interventi vengono categorizzate diversamente a seconda delle specificità del target:

- Dimissioni protette per utenza che può fare riferimento ad un domicilio.
- Dimissioni protette per persone che non dispongono di un'abitazione.

La scheda precisa, inoltre, che presso ciascun presidio ospedaliero è costituita una unità di valutazione – variamente denominata a livello regionale¹ – composta da personale sociosanitario finalizzato alla valutazione dell'eleggibilità delle dimissioni protette. Al fine di integrare il servizio di dimissioni protette con i percorsi sanitari, socio-sanitari e sociali è necessario che il presidio ospedaliero segnali, anche attraverso il Piano individuale di assistenza integrata o piano di intervento sociosanitario personalizzato, le situazioni di fragilità a tale unità di valutazione al fine di garantire, anche, il raccordo con il medico di medicina generale, il Distretto sanitario ed il servizio sociale, in armonia con la vigente regolamentazione a livello regionale.

Va ricordato che il DPCM 12.1.2017 all'art. 22 prevede che il Servizio sanitario nazionale garantisca alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. Le cure e l'assistenza domiciliari, come risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla

¹ In Lombardia è definita COT – Centrale Operativa territoriale

famiglia, secondo quanto previsto dal DPCM 14.2.2001 – “Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria”.

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, 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. L'accesso al sostegno a domicilio è subordinato alla valutazione multidimensionale del grado di vulnerabilità che valuta le quattro dimensioni (sanitaria, cognitiva, funzionale e sociale).

Il DPCM 12.1.2017 contenente i nuovi LEA sanitari, al richiamato art. 22 declina le funzioni e i livelli di assistenza domiciliare: “L'azienda sanitaria locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio. Il bisogno clinico, funzionale e sociale è accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentano la presa in carico della persona e la definizione del Progetto di assistenza individuale (PAI) sociosanitario integrato, relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari, articolato in differenti livelli in base al profilo di gravità. Pertanto, può essere individuato quale LEPS in ambito sociale quello per il quale al paziente in dimissione protetta devono essere assicurate, con spesa a carico del Comune per l'intervento del servizio sociale territoriale, oltre alle prestazioni già garantite quale LEA sanitario dal DPCM 12.1.2017 di cui all'art. 22, commi 4 e 5 le prestazioni sociali ad esse integrative e le prestazioni di assistenza “tutelare” temporanea a domicilio.

A partire dall'assegnazione del Fondo Nazionale Politiche Sociali 2021 esercizio 2022 (attribuito agli Ambiti territoriali con DGR 6573/2022) una quota di risorse è vincolata al finanziamento del LEPS "Dimissioni protette". Per l'Ambito di Sesto San Giovanni le risorse finalizzate all'attuazione del LEPS ammontano a circa 20.000 euro all'anno.

3. IL PIANO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA 2022-2024

Il Piano per la Non Autosufficienza 2022-2024 si sviluppa come ulteriore evoluzione della precedente programmazione, scaturita dalla L. 33/2017 e dal D.Lgs. 147/2017, basata sull'avvio dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali in materia di non autosufficienza e grave disabilità. La prospettiva costituzionale della progressiva attuazione dei LEPS guida l'intera azione di pianificazione del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali.

Nel periodo della pandemia il legislatore è intervenuto attraverso alcuni provvedimenti che anticipano la filosofia tracciata all'interno del PNRR dalle Missioni 5 e 6 relative all'integrazione tra sociale e sanitario. Nello specifico, il PNNA 2022-2024 ritrova alcuni riferimenti decisivi nelle due riforme legate alla Missione M5C2, riferite alla disabilità e alla non autosufficienza, anticipate dai commi 159-171 della legge di bilancio 234/2021, in vista della transizione dalla programmazione precedente a quella che vedrà la messa a regime di sistemi effettivamente integrati sociale e sanitario.

L'impianto attuativo del PNNA 2022-2024 individua gli obiettivi specifici, i programmi operativi, gli strumenti e le risorse del triennio di programmazione nazionale. La matrice di programmazione si sviluppa nel rapporto tra tre programmi operativi e due gruppi di beneficiari.

I tre programmi operativi riguardano:

- LEPS di erogazione riferiti ai contenuti del comma 162 lettere a, b, c e del comma 164 della legge di bilancio 234/2021.
- LEPS di processo riferito ai contenuti del comma 163 della legge di bilancio 234/2021.
- Azioni di rafforzamento riferite ai contenuti del comma 166 della legge di bilancio 234/2021.

I due gruppi di destinatari sono individuati nelle:

- Persone Non Autosufficienti
- Persone con Disabilità grave

I LEPS di erogazione e di processo sono realizzati nei limiti delle risorse del Fondo nazionale per la non autosufficienza, fermo restando quanto previsto dall'articolo 23 del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147.

3.1. LEPS DI EROGAZIONE		
LEPS	CONTENUTI	MODALITÀ
Assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari Comma 162 Lettera a) Legge di Bilancio 234/2021	<ul style="list-style-type: none"> - Supporto nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana. - Prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico - socioeducativo. - Integrazione di interventi di natura sociosanitaria. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> - Nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane. - Rafforzamento degli interventi delle reti di prossimità intergenerazionale e tra persone anziane. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> - Adattamenti dell'abitazione alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio. - Servizi di telesoccorso e tele assistenza. 	<ul style="list-style-type: none"> - Accesso unitario - Prima valutazione e Valutazione Multidimensionale - Piano Assistenziale Individualizzato
Servizi sociali di sollievo Comma 162 Lettera b) Legge di Bilancio 234/2021	<ul style="list-style-type: none"> - Pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne, gestito da personale qualificato. - Centri diurni e semiresidenziali. - Servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità. <hr/> <p>Attivazione e organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore</p>	<hr/> <p>Strumenti di programmazione e progettazione partecipata, nonché sulla base delle esperienze di prevenzione, di solidarietà intergenerazionale e di volontariato locali.</p>
Servizi sociali di supporto Comma 162 Lettera c) Legge di Bilancio 234/2021	<ul style="list-style-type: none"> - Messa a disposizione di strumenti qualificati orientati a favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari, in collaborazione con i Centri per l'impiego del territorio. - Assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di adempimenti. 	
Contributi Comma 164 Legge di Bilancio 234/2021	Sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale.	<ul style="list-style-type: none"> - Remunerazione del lavoro di cura svolto da operatori titolari di rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionali. - Acquisto di servizi forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale.

3.2. LEPS DI PROCESSO		
LEPS	CONTENUTI	MODALITÀ
Percorso assistenziale integrato Comma 163 della legge di bilancio 234/2021	<p>Il Percorso assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti o in condizione di grave disabilità è costituito dalle macrofasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • accesso • prima valutazione • valutazione multidimensionale • elaborazione del piano assistenziale personalizzato (PAI) • monitoraggio degli esiti di salute. <p>Le macrofasi costituiscono un insieme unitario e indivisibile di endo-procedimenti, tutti ugualmente indispensabili per garantire la piena esigibilità del LEPS di processo.</p>	<p>PUA - Punto Unico Di accesso</p>
	<p>È organizzato in cooperazione tra il sistema dei servizi dell'ATS e il complesso delle dotazioni del Distretto sanitario, anche in relazione con le azioni e le riforme recate dal PNRR M5C2 e M6C1. A questo scopo il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, le seguenti funzioni:</p> <p>1) L'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate 'Case della comunità' e negli altri presidi ritenuti pertinenti e adeguati dalla programmazione locale.</p> <p>2) Presso i PUA operano équipe integrate che assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) della capacità bio-psico-sociale dell'individuo.</p> <p>3) Sulla base della valutazione dell'UVM, l'équipe integrata procede alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno.</p>	<p>UVM - Unità di Valutazione Multidimensionale</p> <p>PAI</p> <p>Le équipe sono rafforzate mediante l'utilizzo delle risorse destinate al reclutamento del personale aggiuntivo con professionalità sociale a valere su FNA "Personale PUA".</p>
AZIONI DI RAFFORZAMENTO		
Azioni di Supporto Comma 166 della legge di bilancio 234/2021	<p>Rafforzamento della dotazione organica degli ATS.</p> <p>Azioni di sviluppo del sistema dei servizi che prevedono attività svolte direttamente dalla competente struttura del MLPS (Definizione di strumenti e modelli di supporto agli interventi; Definizione di obiettivi di convergenza per gli strumenti già attivi di valutazione; Definizione delle azioni positive verso la progressiva costruzione di Budget dedicati)</p>	

Il Piano per la Non Autosufficienza 2022-2024, nel suo impianto, si fonda su un criterio di universalità e di prossimità alle persone e alle comunità territoriali e si configura come un importante vettore del processo di transizione alimentato dalle spinte riformatrici in corso. Allo stesso tempo è stato predisposto, per favorire con la necessaria progressività, il consolidamento dei LEPS su tutto il territorio nazionale e il percorso di integrazione tra i sistemi sociale e sanitario.

4. IL PIANO OPERATIVO REGIONALE APPROVATO CON DGR 2033/24 E LE RICADUTE A LIVELLO TERRITORIALE

Regione Lombardia, con l'approvazione del Piano Operativo Regionale, supporta la progressiva attuazione dei LEPS declinando la spinta riformatrice a livello territoriale secondo le seguenti direttive fondamentali:

- supportare l'implementazione dei LEPS di Processo definendone le caratteristiche e le modalità operative;
- sostenere la costituzione di sistemi di servizi integrati negli Ambiti territoriali secondo il quadro complesso dei bisogni espressi dagli individui e dalla comunità per sviluppare e consolidare il Percorso Assistenziale Integrato;
- favorire il passaggio graduale dei trasferimenti monetari all'erogazione di servizi diretti o indiretti.

4.1 ACCESSO, VALUTAZIONE E PROGETTAZIONE INDIVIDUALIZZATA

Il Piano richiama i contenuti della 234 evidenziando che il Percorso assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti o in condizione di grave disabilità è costituito dalle macrofasi:

- accesso
- prima valutazione
- valutazione multidimensionale
- elaborazione del piano assistenziale personalizzato (PAI)
- monitoraggio degli esiti di salute.

Questo approccio è funzionale ad una presa in carico globale e complessiva capace di accogliere e rilevare i bisogni e i desideri delle persone e di integrare tutte le risposte di diversa natura - sociale, sociosanitaria e sanitaria - e richiama gli operatori al lavoro di rete e all'integrazione. Data la varietà e la complessità del sistema d'offerta, è necessario individuare strategie di coordinamento e raccordo, modalità operative e percorsi orientati ad una forte integrazione delle competenze e delle misure.

Come anticipato, la DGR 2033/24 disegna con accuratezza la road map per l'implementazione dei LEPS di processo: relativamente al PUA l'Allegato a) Piano attuativo di Regione Lombardia per la Non Autosufficienza 2022–2024 specifica che:

- si pone naturalmente quale primo luogo di ascolto del cittadino e di accoglienza sociale e sociosanitaria: è la porta di accesso alla rete dei servizi e delle risorse territoriali;
- rappresenta la modalità organizzativa dei servizi di accoglienza e orientamento tra Comune/Ambito e Distretto/ASST;
- è finalizzato ad avviare percorsi di risposta appropriati ai bisogni della persona, superando la settorializzazione degli interventi e favorendo

l'accesso integrato ai servizi in una visione di comunità;

- è uno dei luoghi dell'integrazione sociosanitaria, professionale e gestionale e richiede un forte raccordo tra le diverse componenti sanitarie e sociali;
- vi operano Infermieri di Famiglia e di Comunità (IFeC), Assistenti Sociali ed eventuale personale amministrativo di supporto;
- l'accesso al PUA può avvenire spontaneamente da parte della persona o dei suoi familiari oppure su indicazione di MMG, IFeC, UCA, specialisti ospedalieri o servizi di dimissioni protette, Pronto Soccorso, assistenti sociali dei Comuni, Associazioni di Volontariato, Terzo Settore. Più in generale, la persona può essere "inviata" al PUA da qualsiasi nodo della rete sanitaria, sociosanitaria o sociale, laddove si presenti una situazione che richieda un approccio integrato di presa in carico.

Dopo l'accoglienza, gli operatori effettuano una prima analisi del bisogno, anche attraverso strumenti valutativi di rapida applicazione (es. scheda triage); l'esito è l'individuazione della necessità di una informazione, di un bisogno semplice o di un bisogno complesso. In caso di bisogno semplice, il cittadino viene accompagnato nell'attivazione del servizio necessario a rispondere al bisogno emerso (es. ADI, SAD). Nel caso di bisogno complesso, il cittadino viene inviato ad una ulteriore fase di valutazione multidimensionale, che coinvolge, oltre agli operatori del PUA, alla persona e alla sua famiglia, al MMG, agli operatori sociali dei Comuni/Uffici di Piano anche altri attori da individuare in base ai bisogni manifestati all'accesso al PUA. La valutazione multidimensionale (VMD) porta alla definizione di un percorso di presa in carico individuale, dove viene fatta sintesi dei bisogni emersi, vengono definiti gli obiettivi da raggiungere e le tipologie di servizi da attivare.

Il PUA ha sede operativa all'interno della Casa di Comunità (CdC) al fine di garantire una diffusa e idonea informazione ai cittadini che comprenda l'ubicazione, le funzioni, gli orari e le modalità di accesso, mentre la programmazione delle sedi dove si svolge la valutazione multidimensionale viene demandata alle singole ASST per garantire una adeguata capillarità dell'offerta; presso i PUA operano equipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS.

Si precisa che per supportare l'integrazione, la norma prevede - a partire dal 2024 - l'assegnazione di risorse agli Ambiti Territoriali/Comuni per l'assunzione a tempo indeterminato di unità di personale sociale da dedicare alla funzione. È previsto il finanziamento, ad oggi, di un'Assistente Sociale per ogni PUA presente sul territorio dell'Ambito con un contributo, a carico del Fondo per le Non Autosufficienze, di 40.000,00 euro ad assunzione. Le risorse consentiranno all'Ambito di Sesto San Giovanni l'assunzione di due nuove Assistenti Sociali, una per la CDC di Cologno Monzese e una per la CDC di Sesto San Giovanni.

La Valutazione Multidimensionale assume un ruolo strategico nella qualificazione del sistema di offerta e viene considerata lo strumento d'elezione per garantire una presa in carico realmente integrata e personalizzata sul bisogno. Il setting multiprofessionale viene indicato quale luogo ideale per programmare e monitorare il sistema di risposte a prescindere dalla situazione che ha determinato il bisogno. Tutte le misure di supporto alla non autosufficienza, che presentano bisogni complessi e necessitano di risposte articolate, prevedono l'attivazione di tale strumento (Accesso alla Misura B1 e B2; Dimissioni protette;

progetti di Vita Indipendente e Dopo di noi ecc.).

La presa in carico assume un ruolo indispensabile per superare le frammentazioni delle risposte e la scomposizione dei percorsi di cura in favore di un approccio che veda la persona nella sua globalità, nel rispetto della specifica fase della vita e in una logica di integrazione dei servizi. Tale percorso è orientato dalla valutazione che, secondo i principi di appropriatezza, di continuità assistenziale, di proattività della presa in carico e di "personalizzazione" dei progetti, ha una funzione propedeutica all'elaborazione del Progetto Individuale.

Nell'ambito della disabilità la Valutazione deve tener conto dei presupposti del modello di classificazione ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento), valutando la condizione di disabilità non solo in base alle caratteristiche dell'individuo, ma anche in relazione ai limiti, alle risorse del suo ambiente di vita e alla sfera dei desideri e delle aspettative personali in relazione al miglioramento della qualità di vita. Nella valutazione multidimensionale si rileva:

- la condizione di disabilità, tramite l'acquisizione della certificazione specialistica e delle scale di valutazione;
- i bisogni sanitari (valutazione clinica e funzionale);
- i bisogni sociali (valutazione sociale: condizione familiare, abitativa e ambientale);
- le risorse e le aspettative della persona con disabilità e del suo ambiente di vita.

Il Progetto Individuale, definito in esito alla valutazione, si articola nei diversi ambiti e dimensioni di vita, cui fanno riferimento i macro-bisogni e le aspettative della persona con disabilità/non autosufficienza e della sua famiglia:

- Salute: interventi sanitari, sociosanitari e sociali;
- Istruzione/Formazione;
- Occupazione;
- Mobilità;
- Casa;
- Socialità (interazioni/relazioni interpersonali, vita sociale, civile e di comunità);
- Altro

Esso è la cornice entro la quale si collocano tutti gli interventi con la definizione delle risorse complessivamente necessarie (**Budget di progetto**) per ricomporre gli interventi e promuovere la presa in carico integrata.

Il Progetto Individuale, parte integrante di quanto stabilito dall'art.14 della Legge 328/2000, assume la valenza di Progetto di Vita.

Ai sensi dell'art. 14 della L. 328/2000, il Comune predisponde di intesa con ASST e con la persona interessata/famiglia il progetto individuale. Alla stesura del PI concorrono tutti i soggetti della rete dei servizi coinvolti o attivabili su specifica progettazione individuale. La rete territoriale, in un'ottica di condivisione del PI, diviene insieme al Comune corresponsabile della sua attuazione. Nella medesima direzione è stata definita la L.R. 25/22 "Politiche di welfare sociale regionale per il riconoscimento del diritto alla vita indipendente e all'inclusione sociale di tutte le persone con disabilità".

Regione Lombardia ha nel tempo orientato le programmazioni e gli interventi a favore delle persone con disabilità/non autosufficienza e delle loro famiglie, verso un percorso di presa in carico integrato costituito dalle fasi previste nel LEPS. Negli anni si è condiviso un "set di strumenti", spesso esito del confronto con le Aziende

sanitarie e gli Ambiti, affinché il percorso di presa in carico integrato (LEPS di processo) possa essere la modalità di lavoro più capillarmente omogenea e attuata nell'operatività quotidiana dei servizi. Questo lavoro prosegue e si amplierà con il coinvolgimento del settore della sanità partendo dagli strumenti già in uso.

4.2. IL SISTEMA DEI SERVIZI E IL SUPPORTO ECONOMICO

La DGR 2033/24 in merito agli strumenti erogativi finalizzati a favorire e a supportare la permanenza al domicilio richiama i contenuti del comma 162 lettere a, b, c e del comma 164 della legge di bilancio 234/2021 precisando che:

- Gli interventi di cui al punto a) sono erogati anche attraverso ulteriori misure a favore della domiciliarità complementari e ad integrazione del FNA.
- Gli interventi di cui al punto b) sono tra gli strumenti previsti nella linea Misura B1 (rivolta ai gravissimi) e Misura B2 (rivolta ai gravi) che si traducono anche in contributi a favore della persona con disabilità e non autosufficienza per l'acquisto di prestazioni tutelari a supporto del lavoro di cura del caregiver e dei voucher per il sollievo domiciliare.

Come già evidenziato nei precedenti Programmi regionali, gli specifici interventi si inseriscono nel contesto complessivo delle politiche regionali a favore delle persone in condizione di non autosufficienza e con disabilità e delle loro famiglie che in Lombardia è molto ricco ed articolato, nonché fortemente orientato a mantenere il più possibile la persona nel contesto di vita scelto e a supportare la famiglia nell'azione quotidiana di assistenza.

La Delibera conferma, a carico del Fondo per la Non Autosufficienza, la declinazione dei servizi a favore delle persone con alto bisogno assistenziale - di seguito richiamati - in continuità con lo scorso anno arricchendone la dotazione finanziaria complessiva.

- Voucher sociosanitario B1 adulti per il miglioramento della qualità di vita loro e delle loro famiglie. Si tratta ad esempio di interventi per il mantenimento del benessere psicofisico, anche con prestazioni di natura tutelare per mirate necessità di rafforzamento, non di sostituzione, delle prestazioni di assistenza domiciliare (CDOM, SAD); per il sostegno della famiglia con interventi di sollievo e di supporto alle relazioni familiari; gestione dei comportamenti-problema; intervento di durata temporanea di training al caregiver per la gestione delle attività di cura (ad esempio gestione relazioni, comunicazione, gestione assistenza alimentare, ecc.) come previsto da progetto.
- Voucher sociosanitario B1 minori per promuovere il miglioramento della qualità della vita dei minori e delle loro famiglie. A titolo esemplificativo si ricorda il rafforzamento ADI per l'inclusione scolastica a favore degli studenti frequentanti fino alla scuola secondaria di secondo grado; interventi di orientamento, training e sostegno alla famiglia nella gestione della persona; interventi di supporto alle autonomie e alle attività della vita quotidiana a favore della persona.
- Voucher ad alto profilo a favore delle persone con disabilità gravissima che presentano bisogni di particolare intensità in quanto dipendenti da tecnologia assistiva.
- Voucher ASD a favore delle persone con gravissima disabilità

comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5. Prevede percorsi abilitativi e riabilitativi, di supporto e sostegno ai contesti di vita e di orientamento/supporto/formazione alla famiglia.

In merito invece alla gamma dei Servizi di assistenza diretta a carico degli Ambiti territoriali, la Delibera - prendendo spunto dalla 432 - dettaglia la tipologia di attività da implementare, nella consapevolezza che l'obiettivo di strutturare tutti gli interventi declinati dalla norma e previsti dal Livello Essenziale, richiederà tempo e sarà attuabile solo attraverso un graduale ammodernamento dei servizi domiciliari esistenti.

Gli interventi suddetti, finanziati a valere sul Fondo non Autosufficienza ai quali si accede tramite bando, si sostanziano in:

a) prestazioni di respiro dall'assistenza (interventi di sollievo) che favoriscono la sostituzione del lavoro di cura del caregiver familiare:

1. prestazione socioassistenziale e tutelare a domicilio;
2. ricovero temporaneo in struttura residenziale;
3. prestazione socioeducativa/educativa a favore della persona con disabilità/non autosufficienza in contesti socializzanti (fuori dal domicilio), anche tramite sviluppo di progettualità, finalizzato al "sollievo";

b) percorsi di sostegno psicologico (individuale o gruppo) rivolti al caregiver familiare;

c) interventi di formazione/addestramento per rinforzare il lavoro di cura e la gestione dell'assistenza a favore del proprio familiare con disabilità/non autosufficiente. Tali interventi sono erogabili anche in presenza di personale di assistenza.

L'Ambito di Sesto San Giovanni ha stabilito di fornire gli interventi sopra elencati attraverso il sistema dell'accreditamento. Le attività sono rivolte sia a persone anziane non autosufficienti, sia a minori e adulti disabili. La Delibera prevede, inoltre, che gli Ambiti si facciano carico dell'implementazione dei servizi sociali integrativi anche per i destinatari della Misura B1.

Per favorire il passaggio graduale dai trasferimenti monetari all'erogazione di servizi diretti o indiretti, il Piano regionale indica per la:

- Misura B2: viene ridotto il contributo erogato al caregiver a supporto della funzione di cura a 100,00 euro mese.
- Misura B1: viene ridotto, anche se in misura contenuta, il contributo erogato al caregiver a supporto della funzione di cura.
- Misura B1 e Misura B2: restano invece invariate le quote destinate al finanziamento del lavoro privato di cura, attraverso l'assunzione di personale qualificato.
- Misura B1 e Misura B2: è previsto un incremento della quota servizi, a compensazione della riduzione del contributo economico, fissato al 10% rispetto allo scorso anno.

5. LE DIFFICOLTÀ ATTUATIVE

A completamento di quanto descritto, e prima di dettagliare gli obiettivi per il triennio 2025-2027, si ritiene utile evidenziare alcune criticità che potrebbero rappresentare un ostacolo nel percorso di attuazione sia dei LEPS di processo sia

di quelli di erogazione ma anche rappresentare degli stimoli sui quali concentrare gli sforzi.

Negli ultimi anni si è assistito ad un costante aumento – sul territorio dell'Ambito - di persone non autosufficienti, con patologie croniche gravemente invalidanti con una conseguente crescita del carico di cura sia delle famiglie sia dei servizi. Tale tendenza è confermata anche dai dati sociodemografici che testimoniano un costante aumento della popolazione anziana nel nostro territorio e delle persone over 65 che abitano da sole; inoltre, il territorio è caratterizzato da elevati livelli di cronicità². Il sempre crescente numero di persone con bisogni assistenziali complessi ci fa interrogare sulla reale applicabilità del modello di lavoro definito dai LEPS e sull'effettiva possibilità di gestire il processo di accesso/valutazione e presa in carico così come auspicato dalla normativa.

Il legislatore nazionale ha impostato un sistema che certamente facilita l'accesso ai servizi (PUA) e qualifica i processi della presa in carico (UVM e PAI) ma non rinforza economicamente – almeno fino ad ora - il sistema delle risposte. Ad oggi, infatti, le risorse del Fondo per le non autosufficienze non hanno registrato incrementi significativi e anche l'attuazione del LEPS delle Dimissioni protette è finanziato con risorse già nelle disponibilità degli Ambiti (FNPS). L'assunzione di nuovo personale per gli Ambiti/Comuni da destinare esclusivamente all'aera della non Autosufficienza e da ingaggiare nel PUA viene finanziato in modo strutturale ma sempre con risorse del Fondo per le non Autosufficienza.

Anche la strutturazione del PUA in tutte le sue funzioni è un processo complesso in quanto si tratta di integrare differenti competenze professionali ma anche, e soprattutto, personale proveniente da istituzioni differenti.

Di non facile gestione è anche la questione relativa ai servizi classificati come "Interventi sociali integrativi": secondo quanto disposto dalla DGR 2033/24 gli stessi devono essere garantiti dagli Ambiti sia ai destinatari della Misura B2 che ai destinatari della Misura B1.

È la prima volta che la gestione di interventi rivolti a persone "gravissime" viene demandata agli Ambiti: l'utenza – con compromissione sanitaria molto elevata - è da sempre in carico esclusivamente alle ASST secondo una logica di senso e di rispetto delle specifiche competenze istituzionali e professionali.

Il consolidamento dei LEPS, obiettivo principale del prossimo triennio di programmazione, avviene in un momento storico caratterizzato da un forte aumento del bisogno di sostegno espresso dalla popolazione fragile e da una forte pressione sui servizi. Se da un lato la volontà del legislatore di strutturare maggiormente il sistema di risposte è evidente, almeno negli atti di programmazione, dall'altro l'utenza è in costante aumento: sarà complesso governare il cambiamento di un sistema di servizi in forte sovraccarico. Le risorse oggi previste per il rinforzo del sistema della domiciliarità "inseguono" un target che nei prossimi anni sarà in continua crescita.

² Dati contenuti nel PPT elaborato dalla Direzione Sociosanitaria di ASST Nord Milano. La popolazione residente nell'area di competenza di ASST Nord Milano è composta da 266.300 persone di cui 106.780 sono affetti da una patologia cronica. Nello specifico 45.528 sono pazienti con una sola malattia cronica e 58.256 ne hanno più di una.

L'osservatorio dei Servizi Sociali evidenzia:

- aumento delle richieste di accesso alla Misura B2, le risorse a disposizione consentono in media di soddisfare circa i 2/3 delle domande;
- difficoltà da parte delle famiglie ad accettare il progressivo passaggio dei trasferimenti monetari a supporto della funzione di cura all'erogazione di servizi diretti o indiretti;
- aumentano delle richieste di assistenza domiciliare, anche con funzione educativa, in tutte le fasce di età;
- difficoltà di accesso alle informazioni, e di conseguenza alle prestazioni, in particolare da parte di persone sole, con problemi di deambulazione, con limitati strumenti culturali e senza riferimenti familiari e amicali di supporto;
- difficoltà a garantire dimissioni protette tra Aziende Ospedaliere e territori, i pazienti dimessi nella maggior parte dei casi necessitano di interventi sia socioassistenziali sia sanitari;
- carenza di strutture intermedie per la gestione del post acuzie;
- aumento del numero di utenti fragili in carico ai Servizi Sociali che necessitano di una presa in carico anche sanitaria;
- aumento del numero di pazienti in carico al Servizio Fragilità di ASST che necessitano di momenti di progettazione individualizzata e condivisa con i Servizi Sociali comunali;
- difficoltà da parte dei Servizi Domiciliari a rispondere ai bisogni di un'utenza sempre più complessa, con comorbilità e che manifesta problemi comportamentali di non facile gestione;
- scarsa disponibilità di personale qualificato da ingaggiare nei servizi di Assistenza Domiciliare e di supporto al domicilio;
- aumento della cronicità e delle disabilità, aumento delle famiglie mononucleari e mono reddito, assenza della rete familiare, riduzione della capacità economica. Tutti questi elementi contribuiscono ad una generale destabilizzazione della famiglia, che si trova sempre meno in grado di fronteggiare da sola ai bisogni di cura dei propri membri, con un conseguente aumento della domanda di servizi sociali e sanitari.

Infine, l'orientamento ormai consolidato - e perseguito da tutti i livelli di governo - volto a favorire il mantenimento della persona nel proprio contesto di vita non è sempre praticabile. Infatti, risulta importante, in questa sede, evidenziare che oltre al crescente bisogno di supporto alla domiciliarità aumenta anche la richiesta di accesso alle RSA. In particolare, a fronte di condizioni di salute molto precarie che richiedono interventi di natura sanitaria, o quando persistono gravi problematiche comportamentali, e in assenza di una rete di supporto parentale, l'inserimento in struttura resta ancora l'unica soluzione attuabile. La gestione di un paziente al domicilio, anche in presenza di un'assistente familiare convivente, richiede comunque una regia da parte di un caregiver (tenuta dei rapporti con il medico di base e con eventuali specialisti, disbrigo di pratiche, eventuale presenza nei momenti di riposo della badante, gestione della casa ecc.). Per le persone sole e senza risorse la permanenza al domicilio può essere una soluzione non attuabile. Ricordiamo, infine, che dalla lettura del profilo sociodemografico del territorio emerge un costante aumento del numero di anziani soli e una altrettanto costante riduzione del numero di componenti dei nuclei familiari.

È abbastanza facile presumere che le richieste di accesso in struttura aumenteranno nei prossimi anni e conseguentemente aumenterà anche la richiesta di supporto economico per il pagamento delle rette.

6. GLI OBIETTIVI PER IL TRIENNIO

POTENZIAMENTO DEL RUOLO DELL'UVM E DELLA PROGETTAZIONE INDIVIDUALIZZATA

Per il triennio di programmazione 2025-2027 si individuano, congiuntamente con ASST, le seguenti azioni finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo:

- creazione di un tavolo di lavoro tra Ambito, Comuni e ASST, mirato all'elaborazione di un protocollo d'intesa per la definizione del processo in merito a: specifiche responsabilità, modalità operative, procedure di coordinamento e monitoraggio della casistica. L'obiettivo è garantire l'attivazione dell'UVM secondo una modalità e una tempistica adeguata.
- Modellizzazione del percorso di lavoro in esito al Protocollo di intesa.
- Consolidamento dell'organizzazione delle UVM già in essere e integrazione delle risorse sociali assegnate al PUA.
- Promozione di attività formative congiunte – focus group e/o gruppi di miglioramento - con ASST e Ambiti per la rivisitazione degli strumenti di lavoro e per la condivisione di progetti attivi nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria (es: PNRR, misure regionali, etc.) anche in considerazione dell'elevato turnover degli operatori.
- Integrazione del Protocollo UVM con il Protocollo dimissioni protette.
- Incremento del numero di UVM del 10%.

Per l'area della disabilità, il processo di lavoro già sperimentato sul territorio andrà adeguato e migliorato tenendo conto delle indicazioni contenute nei LEPS e nella Legge 62/2024 e pertanto prevede attività specifiche quali:

- analisi ed eventuale applicazione degli strumenti di lavoro elaborati al termine del percorso formativo sulla valutazione di impatto gestito da ATS Milano - Città Metropolitana;
- applicazione degli strumenti di valutazione previsti dalla norma dell'ICF e dell'ICD.

Sulla base degli esiti della valutazione, con il coinvolgimento della persona in condizioni di non autosufficienza e della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno, l'équipe integrata procede alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno.

L'investimento nel triennio si struttura su due direttive:

- 1) incrementare il numero di progetti integrati a supporto della domiciliarità (+10%)
- 2) consolidare le coprogettazioni attive fra Ambito e ASST, con il coinvolgimento degli ETS nei percorsi di sostegno della domiciliarità e della vita inclusiva.

L'Ambito di Sesto San Giovanni ha deliberato in data 10 ottobre 2024 la partecipazione all'Avviso pubblico finalizzato all'acquisizione delle manifestazioni di interesse per le azioni di incremento della capacità degli ATS di rispondere alle esigenze dei cittadini, garantendo adeguati servizi sociali alla persona e alla famiglia, in un'ottica di integrazione con i vari livelli di governo e del rispetto del principio di sussidiarietà - triennio 2025-2027. La richiesta di potenziamento prevede l'inserimento di tre figure amministrative e di una psicologa dedica che sarà coinvolta nei processi di lavoro in modo tale da garantire il setting multiprofessionale.

IMPLEMENTAZIONE DEL PUA PRESSO LE CASE DI COMUNITÀ'

L'obiettivo principale del PUA è di facilitare l'accesso ai cittadini evitando sovrapposizioni e duplicazioni e di accompagnarli nella gestione del proprio bisogno garantendo un'adeguata integrazione nella risposta. Per tale ragione è il luogo di connessione e raccordo con il Segretariato Sociale e con la rete aziendale interna ed esterna ad ASST.

Per supportare l'integrazione la norma prevede a partire dal 2024 l'assegnazione di risorse agli Ambiti Territoriali/Comuni per l'assunzione a tempo indeterminato di unità di personale sociale da dedicare alla funzione. È previsto il finanziamento, ad oggi, di un'Assistente Sociale per ogni PUA presente sul territorio dell'Ambito con un contributo, a carico del Fondo per le Non Autosufficienze, di 40.000,00 euro ad assunzione. Le risorse consentiranno all'Ambito di Sesto San Giovanni l'assunzione di due nuove risorse, una per la CDC di Cologno Monzese e una per la CDC di Sesto San Giovanni. L'Assistente Sociale avrà un ruolo determinante in quanto fungerà:

- da "cerniera" rispetto ai sistemi sociale e sanitario;
- da filtro rispetto ai bisogni sociali;
- da regolatore nell'accesso ai servizi secondo quanto definito nei regolamenti comunali e in considerazione delle risorse disponibili.

Si individuano le seguenti azioni preliminari che si svolgeranno a partire dal 2025:

1. analisi organizzativa degli attuali sistemi di accesso, sia di primo sia di secondo livello.
2. quantificazione del monte ore settimanale dedicato front office in affiancamento al personale già operante.
3. definizione della modalità di partecipazione all'UVM e quantificazione del monte ore.
4. individuazione delle caratteristiche di ingaggio sulla casistica.
5. partecipazione a momenti formativi ad hoc sulle misure e sui progetti attivi progetti attivi nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria (es: PNRR, misure regionali, etc.).
6. definizioni di strumenti di lavoro a supporto dei processi di integrazione, partendo dall'analisi di quelli già in uso.

Nel triennio si intende inoltre:

- Condividere il modello organizzativo con la rete territoriale anche per individuare possibili sinergie.
- Valorizzare la funzione del PUA non solo come luogo di orientamento e accesso ai Servizi Sociali e Sanitari ma anche quale spazio di informazione e divulgazione delle opportunità di tipo preventivo promozionale. A tal fine si intende strutturare una contenitore informativo con particolare riferimento all'invecchiamento attivo, in collaborazione con l'Ambito, i Comuni e la rete territoriale.
- Definire modalità di connessione e collaborazione con la costituenda Agenzia della vita indipendente.

GARANTIRE LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE NEL PASSAGGIO DA UN SETTING DI CURA AD UN ALTRO CON DIMISSIONI PROTETTE

Nel percorso delle dimissioni protette è elemento qualificante che la valutazione del bisogno e la presa in carico del paziente avvenga in modo congiunto fra i seguenti attori: ASST Nord Milano Polo Ospedaliero, ASST Nord Milano Presidio Territoriale, con le sue articolazioni – Servizio Fragilità, Poliambulatori, Protesica - Servizio Sociale dei Comuni di residenza, Medici di Medicina Generale e Pediatri di famiglia, Enti erogatori accreditati e del Terzo Settore. L'impegno è quello di organizzare servizi e percorsi sanitari e sociosanitari nell'ottica di una presa in carico complessiva e continuativa.

Obiettivo prioritario – come indicato dalla norma - è garantire la valutazione per l'accesso alle prestazioni di supporto al domicilio in setting multiprofessionale declinando attraverso il PAI le modalità di risposta al bisogno.

Si intende implementare il livello di integrazione sociosanitaria attraverso le seguenti azioni:

- Attivare un confronto sulle procedure di funzionamento dalla COT - Centrale Operativa Territoriale;
- Condividere il modello organizzativo in tutte le articolazioni territoriali con specifici gruppi di miglioramento dedicati ai professionisti delle Case della Comunità e della rete territoriale;
- Istituire un tavolo di lavoro tra Ambiti, Servizi Sociali Comunali e ASST, finalizzato:
 - alla stesura di un Protocollo operativo per le dimissioni protette;
 - al monitoraggio e alla valutazione del protocollo stesso nell'ottica di garantire processi di qualità in ottemperanza a quanto definito nei LEA e nei LEPS;
 - alla costruzione di strumenti condivisi per il monitoraggio della casistica/paziente rientrato al domicilio;
 - ad individuare modalità di connessione con il Pronto Intervento Sociale (che sarà attivato dall'Ambito nel 2026);
 - a monitorare l'evoluzione del fenomeno nel triennio.

POTENZIAMENTO SERVIZI DOMICILIARI

Nel prossimo triennio saranno realizzate le seguenti azioni per rinforzare e qualificare il sistema di risposte e renderlo maggiormente aderente alla normativa sui LEPS:

1. supportare l'espletamento delle pratiche burocratiche attraverso convenzioni/accordi con i Centri CAF per i cittadini fragili in carico ai Servizi Sociali e/o in protezione giuridica;
2. potenziare il ruolo dello Sportello di Assistenza familiare per la messa a disposizione di strumenti qualificati orientati a favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari;
3. consolidare il sistema di accreditamento dei servizi domiciliari per anziani e persone disabili al fine di garantire risposte personalizzate, tempestive e diversificate anche prevedendo la sperimentazione di attività innovative;
4. strutturare in modo maggiore l'erogazione servizi integrativi finanziati con il FNA: prestazioni domiciliari di tipo socioassistenziale per le persone anziane non autosufficienti e prestazioni domiciliari di tipo educativo/tutelare per le persone con disabilità, per favorire la sostituzione del lavoro di cura del caregiver familiare, in un'ottica di

- sollievo al caregiver;
5. garantire la valutazione per l'accesso alle prestazioni di supporto al domicilio in setting multiprofessionale.

Come indicato nel PPT l'investimento sui servizi domiciliari interessa anche ASST. L'attuale riordino delle Cure Domiciliari (C-DOM) avviene in un contesto di profonda evoluzione normativa della sanità nazionale e regionale. In questo nuovo scenario, ASST Nord Milano, delinea le linee programmatiche di sviluppo di questa area tematica seguendo la logica di attivazione degli interventi nella seguente modalità:

- "Ordinarsi" sulla progressiva definizione di un modello stratificato di lettura del bisogno delle persone che vivono nel Distretto di riferimento;
- Fondarsi, con riferimento alle condizioni di cronicità e fragilità, alla valutazione multidimensionale del bisogno della persona nel suo contesto di vita, in allineamento a quanto previsto dal DM 77/2022;
- Garantire la migliore integrazione nella risposta al bisogno della persona nell'accompagnamento/attivazione della rete dei servizi con l'obiettivo di rilevare le condizioni del bisogno attraverso l'approccio multiprofessionale.

SUPPORTO ALLA FAMIGLIA E AL RUOLO DEL CAREGIVER

Il supporto alla famiglia e al ruolo del caregiver è un elemento centrale evidenziato nella normativa nazionale, regionale e nelle misure ad esse connesse. Le strategie di sostegno, che mirano a supportare sia gli aspetti psicologici relazionali sia quelli gestionali e organizzativi, si differenziano in funzione del bisogno e alle caratteristiche dell'assistito: persona anziana non autosufficiente o persona con disabilità. L'obiettivo pertanto prevede sia azioni comuni ad entrambi i target sia specifiche.

Prendersi cura di una persona anziana può essere un'esperienza molto intensa e complessa ed è per tanto necessario:

- individuare, nell'ambito dei percorsi di presa in carico della persona anziana, strategie di supporto al ruolo del caregiver, anche attraverso l'accesso alle misure disponibili;
- supportare la nascita di spazi di ascolto dove esprimere le proprie frustrazioni, la sensazione di sentirsi impotente, ricevere un consiglio e un conforto può già essere un aiuto prezioso;
- supportare la famiglia nella transizione digitale dei servizi (esempio richiesta SPID Sistema Pubblico di Identità Digitale) attraverso il ruolo del "facilitatore digitale";
- supportare le famiglie coinvolte nella gestione di anziani con patologie particolarmente invalidanti dal punto di vista cognitivo (Demenza senile, Alzheimer ecc.) anche attraverso la promozione di gruppi di mutuo aiuto e la valorizzazione degli interventi messi in atto dalle associazioni di volontariato a dalla rete territoriale.

Gli interventi di supporto e sostegno alla famiglia sono un elemento indispensabile per garantire un adeguata presa in carico della persona con disabilità; l'intero nucleo – genitori, fratelli, sorelle, nonni - è coinvolto nella gestione del carico di cura, la condivisione con i familiari degli obiettivi terapeutici e riabilitativi aumenta il livello di compliance e migliora la qualità degli interventi. Si individuano le seguenti azioni prioritarie:

- promuovere percorsi di sostegno alla funzione genitoriale e di supporto alle relazioni familiari anche all'interno di specifiche progettazioni (Esempio: Dopo di Noi, Progetto IN&AUT – Inclusione Autismo ecc.);

- mantenere l'attuale livello di copertura dei servizi semi-residenziali, e dei Servizi al domicilio anche nell'ottica di offrire sollievo e supporto alle famiglie;
- offrire consulenza e orientamento ai genitori nella gestione del passaggio alla vita adulta, anche in collaborazione con il CVI;
- favorire l'emergere e il consolidarsi di esperienze di volontariato volte ad affiancare la persona con disabilità nell'espletamento di pratiche burocratiche, ma anche nella fruizione di attività legate al tempo libero, alleggerendo in tal modo il carico di cura e restituendo tempo ed energie alla cura dei rapporti relazionali familiari.

Di seguito le azioni previste avvantaggio di entrambi i target:

- strutturare in modo maggiore e migliore l'erogazione servizi integrativi finanziati con il FNA che nello specifico prevedono:
 - percorsi di sostegno psicologico (individuale o gruppo) rivolti al caregiver familiare
 - interventi di formazione per rinforzare il lavoro di cura e la gestione dell'assistenza a favore del proprio familiare.
- Supportare lo "Sportello Caregiver", promosso da ASST Nord Milano, che offre un servizio di informazione e formazione volto a intercettare i bisogni di assistenza delle famiglie nella gestione delle problematiche legate alla fragilità. È possibile usufruire del servizio utilizzando una delle due opzioni:
 - partecipazione a incontri condotti ogni primo martedì del mese da un'équipe multidisciplinare composta da una psicologa e da un'assistente sociale;
 - consulto telefonico chiamando la Centrale Operativa Territoriale (COT).

SECONDA SEZIONE

POLITICHE PER MINORI, ADOLESCENTI, GIOVANI E RESPONSABILITÀ FAMILIARI

Le politiche per i minori, adolescenti, giovani e responsabilità familiari rivestono un ruolo centrale nell'azione delle Amministrazioni Comunali sia in termini di risorse economiche sia di personale. Considerata la vastità del tema si è deciso - pur nella consapevolezza di non offrire un quadro completamente esaustivo - di circoscrivere, evidenziare e approfondire le attività che vengono promosse e sostenute a livello di Ambito e riferite ad alcuni specifici target.

1. IL SISTEMA INTEGRATO DI EDUCAZIONE E ISTRUZIONE 0-6 ANNI

1.1. IL PERCORSO LEGISLATIVO: GLI OBIETTIVI E GLI STRUMENTI

Nel corso del triennio di programmazione 2021-2023, Regione Lombardia ha promosso un'importante iniziativa finalizzata all'attuazione del Decreto Legislativo n. 65 del 13 aprile 2017 "Istituzione del sistema integrato di educazione e di istruzione dalla nascita sino a sei anni": la promozione dei Coordinamenti Pedagogici Territoriali per l'attuazione del sistema integrato di educazione e istruzione 0-6 anni.

Il Decreto 65 prevede:

- l'istituzione di un sistema integrato di educazione e di istruzione per i bambini in età compresa dalla nascita fino ai sei anni, costituito dai servizi educativi per la prima infanzia (nidi e micronidi, sezioni primavera e servizi integrativi) e dalle scuole dell'infanzia statali e paritarie;
- l'adozione del Piano di azione nazionale pluriennale - di durata triennale - che definisce la destinazione delle risorse finanziarie disponibili per il consolidamento, l'ampliamento e la qualificazione del sistema integrato di educazione e istruzione, sostenendo gli interventi degli Enti Locali nella gestione dei servizi educativi per l'infanzia e delle scuole dell'infanzia;
- l'istituzione del "Fondo nazionale per il sistema integrato di educazione e istruzione" per la promozione del già menzionato sistema integrato di educazione e di istruzione e per la progressiva attuazione del citato Piano di azione pluriennale.

Il Fondo nazionale finanzia:

- interventi di nuove costruzioni, ristrutturazione edilizia, restauro e risanamento conservativo, riqualificazione funzionale ed estetica, messa in sicurezza meccanica e in caso di incendio, risparmio energetico e fruibilità di stabili di proprietà delle Amministrazioni pubbliche;
- il finanziamento di spese di gestione, in quota parte, dei servizi educativi per l'infanzia e delle scuole dell'infanzia, in considerazione dei loro costi e della loro qualificazione, anche al fine di consolidare e ampliare la rete dei servizi educativi per l'infanzia e stabilizzare e potenziare gradualmente le sezioni primavera;
- interventi di formazione continua in servizio del personale educativo e

docente, in coerenza con quanto previsto dal Piano nazionale di formazione di cui alla Legge n.107 del 2015 e la promozione dei coordinamenti pedagogici territoriali.

Nell'ambito del percorso di attuazione del Piano di azione nazionale per il quinquennio 2021/2025 e della qualificazione dell'offerta dei servizi educativi per la prima infanzia e delle scuole dell'infanzia, Regione Lombardia, con DGR n. 6397 del 23/05/2022 ha approvato le linee guida regionali per la realizzazione dei Coordinamenti pedagogici territoriali, snodi strategici del nuovo Sistema integrato di educazione e istruzione 0-6 anni, istituito con il decreto legislativo n. 65 del 13/04/2017.

Nel dettaglio la Delibera prevede la costituzione di due organismi con ruoli e funzioni differenti: il Coordinamento Pedagogico Territoriale (d'ora in poi CPT) e il Comitato Locale 0/6.

I CPT si realizzano a livello di Ambito territoriale dei Comuni presenti nel territorio del Piano di Zona e riuniscono i coordinatori dei servizi educativi per l'infanzia e delle scuole dell'infanzia esistenti sul proprio territorio e svolgono un ruolo fondamentale nell'espansione e qualificazione del sistema zero-sei.

Lo scopo è di sviluppare una progettualità pedagogica coerente per tutto il segmento 0/6 a partire da una riflessione centrata sui bisogni del territorio. A tale fine fornisce il proprio contributo alla rilevazione dei bisogni educativi dei bambini e delle famiglie e all'individuazione delle priorità di intervento e delle necessità formative degli operatori. Nello specifico il CPT deve:

- Agevolare una progettualità coerente, insistendo sulla costruzione di percorsi di continuità verticale, tra servizi educativi e scuole dell'infanzia, anche con attenzione alla costituzione di Poli per l'infanzia, e tra scuole dell'infanzia e primo ciclo dell'istruzione, nonché percorsi di continuità orizzontale, tra servizi educativi e scuole di diversa tipologia e gestione e tra servizi, scuole e territorio.
- Organizzare scambi e gemellaggi in questa prospettiva tra servizi educativi e scuole dell'infanzia, pubbliche e private.
- Elaborare una riflessione pedagogica centrata sul territorio che cerchi di rappresentare le condizioni di vita e i diritti all'educazione e di cittadinanza di tutti i bambini, anche di coloro che non frequentano alcun servizio educativo o scuola dell'infanzia, con il coinvolgimento delle famiglie non utenti di servizi.
- Individuare le diverse esigenze e i cambiamenti sociali, demografici e urbanistici anche per proporre progetti per l'estensione e diversificazione dell'offerta educativa sul proprio territorio di competenza, sviluppando altresì azioni di monitoraggio, valutazione e audit.
- Fornire il proprio contributo tecnico, anche propositivo, nella definizione delle priorità di interventi che confluiscano nei Piani di Zona concertati tra gli attori locali.
- Progettare iniziative di formazione per il personale, proponendo un'offerta formativa coerente e sostenendo la crescita di un senso di appartenenza al gruppo di lavoro e all'istituzione educativa. Va ricordato, inoltre, il coinvolgimento del CPT nell'organizzazione dei tirocini formativi nelle strutture dei corsi delle Lauree in Scienze dell'educazione indirizzo specifico e in Scienze della formazione primaria, come previsto dal D.M. 378/2018.

Il Comitato locale zero-sei anni è un organismo di rappresentanza territoriale

istituito a livello di Ambito creato per coadiuvare e agevolare l'operatività dei CPT, in considerazione della complessità organizzativa e dell'elevato numero di servizi educativi e di scuole dell'infanzia¹. Il suo supporto operativo rispetto agli obiettivi di lavoro individuati dal CPT si traduce principalmente nel redigere il programma annuale degli interventi pedagogici e formativi e supportare il Coordinamento nel monitoraggio delle azioni realizzate. Nello specifico, come organismo deputato alla governance territoriale del sistema, svolge le seguenti funzioni:

- riceve ed esamina le proposte dal CPT sulle attività e iniziative da realizzare in ambito pedagogico e formativo;
- redige il programma annuale degli interventi pedagogici e formativi approvati dal CPT da realizzare con l'impiego delle risorse del Fondo nazionale per il sistema integrato di educazione e istruzione di cui all'art. 12 d.lgs. 65/2017, stanziate presso il Comune capofila e di eventuali risorse aggiuntive regionali e comunali;
- sottopone al Comune capofila le azioni e gli interventi previsti dal programma per l'adozione degli atti e dei provvedimenti attuativi, coerentemente con le determinazioni del CPT;
- svolge funzioni di raccordo con enti locali, provincie, Regione e ATS/ASST;
- informa e coinvolge per quanto di interesse gli stakeholder e le rappresentanze sociali territoriali delle azioni promosse;
- supporta il CPT nel monitoraggio delle azioni realizzate.

Il Comitato Locale zero-sei anni è composto da: il Presidente del Comitato locale zero-sei anni che coincide con il Presidente CPT; 3 rappresentanti dei Comuni designati dall'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito territoriale di cui uno in rappresentanza del Comune capofila; 4 rappresentanti dei servizi educativi e delle scuole dell'infanzia, uno per ciascuna delle seguenti tipologie: servizi educativi per la prima infanzia pubblici, servizi educativi per la prima infanzia privati, scuole d'infanzia statali e scuole d'infanzia paritarie; 4 rappresentanti dei genitori/associazioni di genitori, uno per ciascuna delle seguenti tipologie: servizi educativi per la prima infanzia pubblici, servizi educativi per la prima infanzia privati, scuole d'infanzia statali e scuole d'infanzia paritarie. Detta rappresentanza svolge funzione consultiva, inoltre, può avvalersi di altre figure di esperti in base alle esigenze espresse dal territorio.

1.2. IL PERCORSO A LIVELLO LOCALE: LE ATTIVITÀ SVOLTE E GLI OBIETTIVI RAGGIUNTI

Il Coordinamento Pedagogico Territoriale dell'Ambito di Sesto San Giovanni nasce su mandato dell'Assemblea dei Sindaci del 11 ottobre 2022 e si è insediato il 26 ottobre 2022. Nella prima seduta sono stati eletti i rappresentanti del Comitato Locale 0/6, tra i Soggetti e le organizzazioni dei due Comuni dell'Ambito individuando come previsto:

- 1 rappresentante 0/3 anni tra i 9 Nidi e Servizi Pubblici per la prima infanzia;
- 1 rappresentante 0/3 anni tra i 6 Nidi e Servizi Privati per la prima infanzia;
- 1 rappresentante 3/6 anni tra le 11 Scuole per l'Infanzia Pubbliche;
- 1 rappresentante 3/6 anni tra le 8 Scuole per l'Infanzia Private.

¹ Nell'Ambito di Sesto san Giovanni sono presenti: 10 Asili Nido Pubblici o Accreditati; 14 Servizi 0/3 privati; 11 scuole dell'Infanzia Pubbliche; 9 Scuole dell'Infanzia private.

Di seguito le principali attività realizzate e gli obiettivi raggiunti in questi primi due anni di lavoro:

- costituzione di un gruppo lavoro permanente, che si incontra con cadenze regolari e vede un livello di partecipazione stabile ed elevato;
- individuazione di una segreteria organizzativa dedicata al supporto delle attività;
- confronto e approfondimento su due temi chiave:
 - la continuità educativa nella fascia 0/6, attraverso la reciproca conoscenza e condivisione delle esperienze;
 - la costruzione di una metodologia condivisa per rilevazione dei fabbisogni formativi degli operatori dei servizi 0/6, che ha in seguito facilitato una progettazione congiunta dei percorsi;
- analisi della figura del Coordinatore Pedagogico, il cui profilo non è mai stato formalmente definito in termini compiti e funzioni, ma che ha un ruolo strategico in quanto:
 - in accordo e su delega del Dirigente esercita una funzione di stimolo e tenuta della riflessione pedagogica all'interno dei gruppi di lavoro;
 - è referente rispetto all'analisi dei bisogni formativi, che per quanto riguarda le scuole tiene conto anche dell'offerta del singolo Istituto;
 - stimola e accompagna iniziative di continuità verticale tra i servizi educativi e le scuole e orizzontale con le altre agenzie del territorio;
 - consente la circolazione delle informazioni, nella propria organizzazione, in merito alle proposte avanzate dal Coordinamento e dal Comitato.
 - promuove un modello di intervento centrato sullo scambio di buone pratiche all'interno dei contesti di confronto interistituzionale.
- A seguito delle riflessioni condivise negli incontri, anche a partire dalle difficoltà organizzative presenti nei differenti contesti educativi e scolastici, il CPT ha prodotto una comunicazione - indirizzata a tutti i dirigenti scolastici del territorio - per sensibilizzarli sul tema e per promuovere la figura del Coordinatore Pedagogico anche nell'ottica di favorire la definizione di modelli organizzativi coerenti tra di loro. Il documento fornisce alcune indicazioni utili e alcuni stimoli che si ritiene opportuno richiamare:
 - la figura deve essere formalmente incaricata con nomina, quindi riconosciuta e riconoscibile, da parte dei colleghi, all'interno dell'istituto;
 - l'incarico deve prevedere una continuità nel tempo anche per garantirne la stabilità;
 - il monte ore deve essere adeguato e riconosciuto in quanto il ruolo prevede la partecipazione a diverse attività: presenzia agli incontri degli organismi sopra descritti, collabora con il Presidente del Coordinamento e del Comitato al raggiungimento degli obiettivi di lavoro, raccoglie il fabbisogno formativo dei colleghi, è il riferimento logistico/organizzativo per le adesioni ai percorsi proposti, garantisce il collegamento tra la propria organizzazione e il CPT;
 - devono essere previsti, per questa figura, degli spazi all'interno dei collegi e degli incontri in modo da garantire la circolarità delle informazioni e lo stimolo alla riflessione all'interno dei gruppi di lavoro e a tal fine sarebbe importante sperimentare modalità veloci di comunicazione, per esempio con strumenti informatici, soprattutto laddove la stessa figura deve rappresentare più gruppi di lavoro.

Infine, a partire dall'anno scolastico 2021-2022 la rilevazione dei fabbisogni formativi e la programmazione dei percorsi viene condotta a livello di Ambito territoriale. La realizzazione dei singoli percorsi è in parte gestita a livello comunale

e in parte a livello di Ambito.

I percorsi congiunti si sono concentrati sulle seguenti tematiche: "Arte come didattica", "Conoscere l'Autismo", "Il paradigma della qualità della vita e i disturbi del comportamento", "Costruire alleanze educative con le famiglie" "Il progetto educativo individualizzato: uno strumento di lavoro".

Nei due territori la proposta formativa per ogni anno educativo approfondisce il lavoro iniziato l'anno precedente e intende rispondere alle esigenze formative emerse in base all'indagine.

Sul territorio di Sesto San Giovanni l'offerta aperta a educatrici e insegnanti (0/6) verte sul tema dell'educazione scientifica con i bambini, sulla riflessione circa le tematiche del corpo e del movimento, oltre che sul tema dell'autismo. Per i Servizi dedicati ai più piccoli (0-3) il percorso di base si è incentrato su "Lo sviluppo socio-emozionale tra traiettorie evolutive e segnali di disagio" affiancato da un approfondimento con caratteristiche di supervisione formativa. Ci sono infine percorsi rivolti in maniera specifica ai gruppi di lavoro composti dai collettivi dei nidi comunali e accreditati sulle tematiche del benessere, con una proposta che si focalizza sulla Teoria delle Loose Parts, arte effimera e curiosity approach.

Per quanto riguarda il territorio di Cologno Monzese la tematica della corporeità e del movimento è affrontata declinando il focus sulla dimensione dell'espressività teatrale, musicale e corporea attraverso il contributo, già ampiamente sperimentato in ambito prescolare, del metodo TCM (Teatro Corpo e Movimento) che ha come sua prerogativa quella di stimolare le relazioni all'interno del gruppo e l'integrazione di ogni singolo con le sue personali potenzialità.

La formazione congiunta ha dedicato dei momenti di confronto tra i coordinatori dei due territori al fine di sviluppare modalità educative omogenee su specifiche aree del lavoro: oltre alle riflessioni sul raccordo e continuità 0-6 e sul ruolo del coordinatore pedagogico, si è lavorato sulle modalità di costruzione dei Progetti Educativi Individualizzati per i bambini con disabilità e con bisogni educativi specifici.

I percorsi formativi programmati in modo congiunto hanno visto coinvolti nei due comuni circa 360 tra educatrici e insegnanti per l'anno educativo 2022-2023 e circa 400 per il successivo 2023-2024.

Nel settembre del 2024, in vista della redazione del nuovo Piano di Zona, si sono svolti tre focus group al quale hanno partecipato 23 operatori del CPT al fine di indagare, grazie al punto di vista dei servizi educativi e per l'infanzia, i bisogni dei bambini e delle famiglie del territorio.

1.3. IL COORDINAMENTO PEDAGOGICO TERRITORIALE: UN OSSERVATORIO SUI BISOGNI DI BAMBINI E FAMIGLIE

Come precedentemente anticipato il CPT ha, tra gli altri, il compito di fornire il proprio contributo tecnico alla definizione delle priorità di intervento che confluiscano nei Piani di Zona. I saperi, le esperienze e competenze degli educatori e degli insegnati rappresentano un importante patrimonio conoscitivo e sono una preziosa risorsa per il territorio. Gli elementi che emergono dalla lettura delle criticità e dei bisogni sono utili a:

- alimentare la discussione e il confronto metodologico all'interno del Coordinamento;

- essere uno spunto di riflessione e di riferimento per le progettazioni in ambito preventivo e promozionale dedicate ai bambini zero-sei, che i diversi soggetti possono promuovere sul territorio. Gli interventi che si fondono su una solida base conoscitiva hanno una maggiore possibilità di generare esiti positivi;
- orientare le proposte formative rivolte a educatori ed insegnati. Su alcuni bisogni non è possibile intervenire rimuovendone la causa, ma è possibile imparare a riconoscerli, gestirli e cercare gli strumenti adeguati con cui affrontare le criticità.

Premesso che le riflessioni sotto riportate si inseriscono nel più ampio contesto di analisi relativa ai cambiamenti sociodemografici in atto sui nostri territori, il confronto con educatori ed insegnati strutturato in focus group ha evidenziato le seguenti tematiche:

- Si assiste ad un indebolimento delle reti di supporto familiare, in particolare si riduce il numero di riferimenti stabili per i genitori, che non trovano garanzie di continuità nella cura dei loro figli. Diminuisce ad esempio il numero di nonni disponibili a gestire quotidianamente i nipoti, in molti casi si tratta di persone ancora attive nel modo del lavoro, in altri al contrario i nonni non sono più in grado di accudire i bambini piccoli proprio in relazione al carico che tale accudimento comporta.
- Si associa in parte a questo tema il bisogno che i genitori esplicitano di essere rassicurati nelle scelte educative che adottano con i propri figli: mancando il confronto con altre figure di fiducia, capita che l'adulto si riscopra insicuro e più in generale si trovi nel timore di non sapere come comportarsi di fronte ad alcune situazioni. Molti genitori riportano di fare fatica nell'esercizio delle loro funzioni, in particolare per quanto riguarda quella normativa (trasmettere regole, loro significato e importanza di rispettarle) e quella regolativa (permettere al bambino di interiorizzare i propri stati emotivi, i propri tempi e la capacità di reagire nei diversi contesti con comportamenti adeguati).
- Un'altra criticità emersa e correlata alle precedenti è legata alla crescente difficoltà di conciliazione lavoro-famiglia, in più occasioni espressa dai genitori come poco tempo di cui dispongono e che devono distribuire tra vari adempimenti. Nella scelta del Servizio l'offerta educativa della struttura specifica (nido, scuola dell'infanzia) sembra passare in secondo piano in favore degli aspetti organizzativi che meglio vanno incontro alle esigenze dei genitori nelle strategie di gestione della routine quotidiana; lo stesso accompagnamento dei bambini presso le strutture educative avviene spesso in modo veloce, frenetico, con conseguenti sentimenti di inadeguatezza e sensi di colpa.
- Le nuove tecnologie influiscono nella vita di genitori e bambini in modo molto significativo, soprattutto se paragonato al passato. Molti genitori ritengono che i dispositivi elettronici siano uno strumento di apprendimento, lasciando pertanto che i loro figli trascorrano (gran) parte del loro tempo in compagnia di tablet e telefonini. Porre l'accento sulla potenzialità formativa di tali dispositivi rinforza tuttavia la discrepanza evolutiva sia nell'area delle autonomie sia nel raggiungimento e conquista da parte dei più piccoli di competenze prosociali: molti bambini, infatti, sono in grado di svolgere attività complesse in relazione all'età reale ma non altre, che al

contrario sono attese (ad esempio, sanno contare ma non mangiare da soli). I bambini risultano agli occhi degli educatori meno consapevoli del proprio corpo e meno competenti nei movimenti rispetto agli anni passati, tendono a rivolgersi con più frequenza all'adulto per richieste non concretamente collegate ad un reale bisogno, ma a una più generica richiesta di attenzioni; appare minore la capacità di sopportare le frustrazioni e dimostrano di avere poca tolleranza allo stress e alle regole.

- Le famiglie, rispetto al passato, hanno molte più occasioni di accedere ad informazioni e notizie relative all'educazione dei figli. Soprattutto per il tramite delle nuove tecnologie è molto facile trovare degli spazi virtuali di incontro e confronto tra genitori (canali tematici dedicati, forum di mamme e papà, chat e gruppi) dove raccogliere informazioni e consigli sulla gestione dei propri bambini. Ciò da un lato rappresenta un'opportunità soprattutto in un momento storico in cui i legami sociali sono sempre più rarefatti, dall'altro può costituire un problema rispetto alla qualità dei contenuti veicolati in questi contesti informali.
- Tra le principali risorse che i nostri bambini manifestano c'è in primo luogo un forte spirito di adattamento, appaiono poco contrariati di fronte ai cambiamenti. Inoltre, sanno passare da un'occasione, mediata dall'adulto, allo svolgimento di un'attività strutturata. Si riporta nell'osservazione una crescente capacità empatica tra pari, spesso si muovono autonomamente in supporto ai bambini in difficoltà, dimostrano desiderio di inclusione e accoglienza (ad esempio nella relazione con i compagni disabili). Hanno infine maggior capacità di non portarsi rancore.

1.4. OBIETTIVO PER IL TRIENNIO

L'obiettivo per il prossimo triennio è il consolidamento del sistema integrato di educazione e istruzione 0-6. Le azioni programmate sono le seguenti:

1. Aumentare il numero di percorsi formativi congiunti, organizzati e gestiti a livello di Ambito territoriale e le occasioni di approfondimento sul tema della cultura dell'infanzia.
2. Strutturare un Osservatorio permanente sui bisogni dei bambini e delle famiglie;
3. Supportare a livello territoriale le iniziative di promozione della salute promosse da ASST riferite al target 0-6 e aumentare il livello di integrazione con i Consultori Familiari.
4. Individuare modalità di coinvolgimento dei genitori come previsto dalla normativa: nel Comitato 0-6 è infatti prevista, a titolo consultivo, la presenza di una rappresentanza dei genitori. Nel corso della prossima triennalità si individueranno strumenti idonei a garantire tale contributo.
5. Implementare uno spazio web dove valorizzare le attività svolte da CPT.

Il target di riferimento sono, in primis, gli operatori coinvolti nelle attività del Coordinamento e Comitato e in generale tutti gli operatori 0/6 che lavorano negli Asili nido e scuole dell'infanzia dei territori di Sesto e Cologno.

Le risorse economiche per la realizzazione delle azioni formative rivolte agli operatori dei servizi vengono individuate nel "Fondo nazionale per il sistema integrato di educazione e istruzione" e ammonta indicativamente a 40.000 euro annui. La collaborazione con ASST si sostanzierà nelle seguenti direzioni:

- supporto del CPT alla diffusione delle attività di promozione della salute

rivolte al target;

- sostegno alla realizzazione di progetti e interventi proposti da ASST che hanno una ricaduta sul target 0/6 e famiglie (es. Progetto "Le Parole per Crescere");
- individuazione di modalità di collaborazione con i Consultori familiari sul tema delle competenze genitoriali;
- partecipazione all'Osservatorio sui bisogni.

L'obiettivo non è in continuità con la precedente programmazione.

2. IL SISTEMA DI PROTEZIONE DEI MINORI

2.1. LE CRITICITA' E I BISOGNI

Se gli operatori della fascia 0/6 hanno - attraverso il CPT - evidenziato delle criticità e dei bisogni espressi dai bambini e dalle famiglie, i Servizi sociali territoriali offrono una interessante lettura sulle diverse espressioni del disagio minorile. Di seguito le tematiche individuate a livello locale e le criticità rilevate:

- Il numero dei procedimenti penali a carico di minori è in crescita rispetto agli anni precedenti. Un ulteriore dato indicativo di malessere non precocemente intercettato dalle famiglie e, in generale, dalle istituzioni è relativo alle denunce per reati commessi da minori di quattordici anni non imputabili. Anche la natura dei reati commessi è sempre più caratterizzata da violenza, scarsissima empatia nei confronti dell'altro, utilizzo improprio dei social media, bulimia e aggressività sessuale, suona come un forte campanello di allarme.
- Molte segnalazioni sono state curate dalle Forze dell'Ordine e dagli Ospedali, soggetti questi che tendenzialmente si trovano a dover intervenire rispetto a situazioni urgenti che necessitano di provvedimenti talvolta immediati dell'Autorità Giudiziaria. Si pensi, a titolo esemplificativo, agli interventi per gravi maltrattamenti familiari con violenza diretta o assistita a danno di minori o per violenze sessuali intrafamiliari. Negli ospedali aumentano gli ingressi d'urgenza di minori che manifestano gravi problemi - spesso legati all'ambiente familiare - che esternano con gesti autolesivi (tentati suicidi, tagli autoinflitti, importanti disordini alimentari, consumo di alcol e di sostanze stupefacenti), attacchi d'ansia, agitazione motoria, crisi pantoclastiche.
- In aumento anche gli atti di bullismo che hanno come effetto quello di isolare chi ne è preso di mira, ridicolizzarlo, emarginarlo, minandone la tenuta psicologica, la qualità della vita, la possibilità di sviluppare relazioni sociali e il percorso educativo. Avviene con atteggiamenti e atti offensivi², è un'aggressività agita per acquisire potere e visibilità all'interno del gruppo: il bullo individua una vittima più debole e si fa forte di questo squilibrio per affermarsi di fronte agli altri. Nel bullismo gli attori sono ben definiti e sono

² La letteratura identifica attraverso 3 caratteristiche (Istat, 2019). In primo luogo, devono essere intenzionali, ovvero deve essere presente la volontà di colpire la vittima da parte del bullo. La seconda caratteristica, drammatica, è la persistenza di questi comportamenti nel tempo: i soprusi non sono quasi mai un fatto isolato, ma segnano la vita di chi li subisce per mesi, con effetti duraturi sull'autostima delle vittime. In terzo luogo, il rapporto tra aggressore e parte offesa è sempre sbilanciato a sfavore di quest'ultimo, configurandosi come ruoli inamovibili all'interno di una "relazione" asimmetrica. Il fenomeno si manifesta spesso in presenza di testimoni, di un gruppo reale o virtuale, piccolo o grande.

rappresentati dal bullo, dai gregari, dalla vittima e dagli osservatori. Spesso le azioni prevaricatrici si sviluppano tra persone della stessa scuola o della stessa compagnia, tra soggetti che si conoscono. Gli episodi si verificano prevalentemente in classe, a scuola, nei gruppi sportivi o altri luoghi e avvengono in tempi precisi: nella pausa di ricreazione, nel tragitto da casa a scuola, negli spogliatoi del centro sportivo. Il "Cyber bullismo" può essere considerato una particolare forma di bullismo commesso tramite l'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, come telefoni cellulari, Internet, tablet.

- Crescono i casi di violenza intrafamiliare anche in presenza di minori.
- La dispersione scolastica è un fenomeno in aumento: i giovani lasciano la scuola, o la frequentano in modo irregolare, anche per motivi socioeconomici. Si tratta di un fenomeno complesso e sfaccettato, con cause ed effetti anche lontani nel tempo e difficilmente misurabili nella loro interezza: la dispersione può avvenire a diversi stadi del percorso scolastico e può consistere nell'abbandono, nell'uscita precoce dal sistema formativo, nell'assenteismo, nella frequenza passiva o nell'accumulo di lacune che possono inficiare le prospettive di crescita culturale e professionale. Povertà materiale e povertà educativa tendono a rinforzarsi reciprocamente: i bambini che appartengono a famiglie svantaggiate spesso conseguono peggiori risultati a scuola e hanno meno opportunità di partecipare ad attività culturali e ricreative. Nelle situazioni di dispersione scolastica si raccoglie sempre più il bisogno di stimoli educativi, di nutrimento motivazionale, di strategie di apprendimento, di orientamento e riorientamento dei percorsi intrapresi e risultati fallimentari. Le difficoltà di apprendimento sono predittive all'abbandono scolastico: la conoscenza è la chiave per scelte consapevoli. Questo passa soprattutto dalle conoscenze e competenze che i giovani acquisiscono nel proprio percorso educativo, dalla capacità di leggere con spirito critico un testo, agli apprendimenti nelle scienze e in matematica, dalla padronanza nelle lingue straniere a quella nell'utilizzo delle nuove tecnologie. In una società che richiede sempre più competenze è fondamentale che il sistema educativo sia in grado di garantire a tutti – a prescindere dall'origine – questo tipo di strumenti cognitivi. Molti dei problemi che minano il futuro dei più giovani hanno la loro radice nella mancanza di questi strumenti. Non a caso, molto spesso i fenomeni legati alla dispersione scolastica (abbandoni, bocciature, assenze, ritardi, sfiducia verso la possibilità di riuscire nel percorso di studi) sono correlati ai livelli di apprendimento. Il contesto scolastico, quale ambito di vita prevalente per i ragazzi, è quello nel quale maggiormente il disagio si esplicita e concretizza. I bisogni evidenziati sono:
 - rinforzo di competenze trasversali (life skills) che migliorano i processi di apprendimento e aiutano il successo scolastico e formativo;
 - richiesta di supporto espressa da parte di genitori e insegnanti per sostenere la motivazione scolastica dei ragazzi;
 - bisogno di ascolto e sostegno da parte degli studenti nei momenti di crisi;
 - sostegno per conseguire il successo scolastico;
 - richiesta di spazi pomeridiani protetti per svolgere i compiti.
- In questi ultimi anni abbiamo assistito ad un aumento delle problematiche legate al sistema scolastico. La scuola sembra essere sempre più caratterizzata da esigenze complesse e da richieste di intervento immediato che coinvolgono alunni, genitori, insegnanti e servizi sociali. La scuola è la principale agenzia educativa dopo la famiglia, in cui bambini e adolescenti

trascorrono quasi i due terzi della giornata: questo aspetto la rende una delle dimensioni di vita più significative in termini di formazione e di crescita individuale, affettiva e relazionale. Nel percorso di crescita le difficoltà evolutive possono diventare occasioni di trasformazione e di sviluppo positive solo se contornate da un ambiente attento a cogliere tali criticità e proteso a sostenerne i bisogni. All'interno del contesto scuola i dirigenti e i docenti sono quotidianamente chiamati a farsi carico delle difficoltà su un duplice piano, dovendo rispondere sia alla responsabilità formativa e didattica degli alunni, sia alla delicata e complessa mediazione con le famiglie. Ne consegue un aumento del carico di lavoro che può gravare sulla qualità dell'insegnamento e di conseguenza dell'apprendimento e più in generale sul livello di benessere della scuola e dei suoi protagonisti. Questo implica possedere delle competenze nella conduzione dei rapporti interpersonali e di gruppo, con l'obiettivo di promuovere negli alunni un atteggiamento positivo verso le relazioni e l'apprendimento; implica la capacità di coinvolgere, motivare e promuovere l'interesse degli alunni, riconoscere lo stile cognitivo e relazionale di ognuno e adottare le strategie più adeguate; significa saper gestire i conflitti, anche quando sfocano nella problematica del bullismo.

- L'assenza sul territorio di soggetti in grado di percepire con tempestività il disagio dei minori e delle loro famiglie e quindi di attivarsi efficacemente con interventi di sostegno correttivi e preventivi rischia quindi di portare il proliferare di procedure giudiziarie drastiche e certamente stressanti, per le famiglie e soprattutto per i minori con una ricaduta significativa sul Servizio Sociale che deve attivare in urgenza interventi di protezione. La fascia adolescenziale segnala il bisogno di una maggiore offerta di servizi specialistici, apprezzata in altri territori ed esperienze, in ordine ad alcune aree di intervento quali:
 - Problematiche evolutive legate al percorso di crescita;
 - Difficoltà relative al rapporto con il sé e il proprio corpo;
 - Benessere e prevenzione di disturbi legati alla sfera ginecologica;
 - Disagio e/o criticità nelle relazioni affettive tra pari e con la famiglia;
 - Trattamento dei disturbi da stress post traumatico;
 - Presa in carico psicosociale di adolescenti in gravidanza;
 - Interventi di prevenzione e incontri sul tema del benessere in adolescenza, affettività, sessualità e malattie sessualmente trasmesse.Tali problematiche potrebbero essere affrontate con gli strumenti della consultazione psicologica/psicoterapie brevi e a medio termine con adolescenti e/o genitori.
- Gestione, all'interno dei Servizi Sociali, dei cambiamenti introdotti dalla Riforma Cartabia, entrata in vigore nel 2022, che ha portato importanti novità nel sistema di giustizia italiano, tra cui alcune modifiche rilevanti nel settore della tutela dei minori. Ecco le principali novità:
 - Giustizia più veloce e specializzata: La riforma ha istituito il Tribunale per le persone, per i minorenni e per le famiglie", unificando le competenze precedentemente distribuite tra tribunale ordinario e tribunale minorile. Questa unificazione mira a garantire una risposta più rapida ed efficace alle controversie familiari e sui minori, riducendo i tempi e assicurando una maggiore specializzazione.
 - Tutela dei minori nei procedimenti: Sono state introdotte misure per tutelare i diritti dei minori nei procedimenti giudiziari, con un'attenzione particolare alla loro partecipazione e ascolto. I giudici hanno l'obbligo di ascoltare i minori di età superiore ai 12 anni, o anche di età inferiore se capaci di discernimento, nelle

cause che li riguardano.

- Mediatori familiari: È stato dato più spazio alla mediazione familiare, promuovendo la risoluzione dei conflitti fuori dai tribunali. L'idea è quella di ridurre il contenzioso e promuovere soluzioni consensuali che rispettino il benessere dei minori.
- Tutela e affidamento: la riforma introduce criteri più stringenti per quanto riguarda l'affidamento dei minori in caso di separazione o divorzio dei genitori. Viene rafforzato il principio della bigenitorialità, cercando di garantire che il minore mantenga un rapporto equilibrato con entrambi i genitori, salvo casi eccezionali.
- Collaborazione tra enti: la riforma mira a migliorare la collaborazione tra il sistema giudiziario e i servizi sociali, psicologi e altre figure specializzate nel supporto ai minori e alle famiglie, garantendo interventi più coordinati e mirati.

A conclusione del presente paragrafo si riportano i dati forniti dai Servizi Sociali comunali relativa all'utenza in carico all'area minori e famiglie e agli utenti inseriti in comunità:

	Comune di Sesto	Comune di Cologno
Minori in carico 2021	619	546
Minori in comunità 2021	141	40
Spesa per inserimento in comunità 2021	2.761.671,84	277.654,06
Minori in carico 2022	620	412
Minori in comunità 2022	182	62
Spesa per inserimento in comunità 2022	3.339.894,75	451.916,43
Minori in carico 2023	619	523
Minori in comunità 2023	194	43
Spesa per inserimento in comunità 2023	3.595.502,00	714.045,99

2.2. GLI STRUMENTI DI LAVORO PER MIGLIORARE L'EFFICACIA DEGLI INTERVENTI: IL PROGRAMMA P.I.P.P.I. E LE LINEE GUIDA SULL'AFFIDO FAMILIARE

Al fianco delle criticità e dei bisogni si ritiene utile, in questa sede, evidenziare le opportunità e gli strumenti di supporto alla presa in carico dei minori e delle famiglie.

Nell'ottica del lavoro di prevenzione e sostegno a favore delle famiglie vulnerabili, è stato sperimentato in diversi contesti territoriali a partire dal 2011, il programma P.I.P.P.I. (Programma di Intervento Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione). Il programma persegue la finalità di contrastare l'esclusione sociale dei minori e delle loro famiglie, favorendo azioni di promozione del benessere mediante accompagnamento multidimensionale, al fine di limitare le condizioni di disuguaglianza provocate dalla vulnerabilità e dalla negligenza familiare, che rischiano di segnare negativamente lo sviluppo dei bambini a livello sociale e scolastico. Il Programma P.I.P.P.I. è il risultato di una collaborazione tra il Ministero del lavoro e delle politiche sociali e il Laboratorio di Ricerca e Intervento in Educazione Familiare dell'Università di Padova, con la partecipazione dei servizi sociali e di protezione e tutela minori nello specifico, così come di diversi soggetti del privato sociale, di alcune scuole e di alcune Aziende delle Regioni e degli Ambiti territoriali italiani che hanno aderito alla sperimentazione.

Nel Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021 – 2023 – che come descritto nel Capitolo 1 è il primo atto programmatico che individua e declina i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali - Prevenzione allontanamento familiare – Programma P.I.P.P.I. viene individuato quale LEPS riferito all'area minori e famiglie.

Il metodo del programma è stato messo a sistema e diffuso grazie all'approvazione in Conferenza Unificata, nel dicembre 2017, delle Linee di indirizzo nazionali per l'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità. A partire dal 2019 viene attuato sull'intero territorio nazionale grazie alle risorse del FNPS che ne garantiscono la messa a sistema. L'evoluzione naturale per il cd. Modello P.I.P.P.I., ovvero l'insieme delle azioni e degli interventi declinati nelle Linee di indirizzo citate, è la definizione di un LEPS finalizzato a rispondere al bisogno di ogni bambino di crescere in un ambiente stabile, sicuro, protettivo e "nutriente", contrastando attivamente l'insorgere di situazioni che favoriscono le disuguaglianze sociali, la dispersione scolastica, le separazioni inappropriate dei bambini dalla famiglia di origine, tramite l'individuazione delle idonee azioni, di carattere preventivo che hanno come finalità l'accompagnamento non del solo bambino, ma dell'intero nucleo familiare in situazione di vulnerabilità, in quanto consentono l'esercizio di una genitorialità positiva e responsabile e la costruzione di una risposta sociale ai bisogni evolutivi dei bambini nel loro insieme.

Il target del Programma sono le famiglie in situazione di vulnerabilità che comprendono genitori con figli conviventi o meno, in età 0-17 anni, con particolare focus sulla fascia 0-6, che siano ancora titolari della responsabilità genitoriale, anche limitata, che sperimentano debole capacità nel costruire e/o mantenere l'insieme delle condizioni (interne ed esterne) che consente un esercizio positivo e autonomo delle funzioni genitoriali. La vulnerabilità è infatti una situazione socialmente determinata da cui può emergere la negligenza parentale o trascuratezza, di forma e intensità diverse, la quale indica la carente capacità di risposta ai bisogni evolutivi dei figli da parte delle figure genitoriali.

Il programma individua due elementi che, più che altri, garantiscono la qualità e l'efficacia dell'intervento: la valutazione in setting multiprofessionale e la definizione di un percorso individualizzato, personalizzato e partecipato. L'équipe multidisciplinare responsabile del percorso di accompagnamento/ presa in carico della famiglia, per tutta la sua durata, assicura i seguenti elementi chiave:

- realizzare, con la partecipazione dei genitori, del bambino e di tutti gli attori coinvolti, l'analisi dei bisogni del bambino;
- costruire il Progetto Quadro comprensivo delle azioni in maniera coerente con suddetta analisi - realizzare le azioni progettate attraverso specifici dispositivi di intervento nei tempi definiti - valutare il livello di raggiungimento dei risultati attesi in una prospettiva sia rendicontativa (capace di rendere visibile l'agire dei servizi all'esterno) sia trasformativa (capace di innovare e migliorare le pratiche sia dei servizi che delle famiglie).

All'interno dell'équipe i diversi professionisti:

- integrano i loro punti di vista per analizzare in forma completa e approfondita i bisogni e le potenzialità del bambino e per progettare in maniera condivisa gli interventi che possano rispondervi in maniera pertinente, in base alle competenze e agli strumenti del proprio specifico bagaglio professionale;
- dedicano attenzione alla costruzione delle condizioni e delle opportunità che possano favorire la reale possibilità dei genitori e dei bambini, anche se piccoli, di essere attivamente partecipi nei processi valutativi e decisionali che li riguardano;

- verificano, attraverso l'analisi dei risultati, se l'intervento ha ottenuto i risultati desiderati e lavorano alla comprensione dei fattori relazionali, metodologici e organizzativi che hanno permesso il raggiungimento di tali risultati

La composizione dell'équipe si determina in funzione dei bisogni del bambino, secondo un criterio "a geometria variabile", per cui si prevede un gruppo costante di professionisti (équipe di base), che individua tra i propri componenti un responsabile del percorso con la famiglia, e da una serie di professionisti e di altre figure che si possono aggiungere di volta in volta e a seconda della situazione (équipe allargata). La composizione dell'équipe di base prevede la presenza di: i componenti della famiglia (bambino e figure genitoriali); l'assistente sociale; educatore professionale; psicologo.

Un'altra significativa azione volta a migliorare l'efficacia dei percorsi di protezione dei minori è l'aggiornamento delle Linee Guida sull'Affido Familiare promosso dal Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali; diversi i soggetti coinvolti nella redazione del documento: la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per le politiche della famiglia, il Coordinamento nazionale dei servizi affido, la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, ANCI, UPI, Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza. Il documento è stato approvato in conferenza Stato-Regioni nel marzo 2024 e avrà significative ricadute anche a livello territoriale.

Le Linee di Indirizzo sull'Affido Familiare sono state sviluppate per aggiornare le precedenti direttive del 2012, adeguandosi alle evoluzioni legislative e sociali degli ultimi anni. Questi nuovi orientamenti rappresentano un passo significativo per migliorare la tutela e il benessere dei minori all'interno del sistema di affidamento familiare e dell'accoglienza nei servizi residenziali. Di seguito una panoramica dei punti principali:

1. Maggiore l'attenzione al rientro in famiglia: uno degli obiettivi primari delle nuove linee di indirizzo è il reinserimento del minorenne nella famiglia d'origine, quando possibile e sicuro. Questo si allinea con il principio sancito dalla Legge n. 184 del 1983 ("Diritto del minore a una famiglia"), che stabilisce che il bambino ha diritto a crescere nella propria famiglia. Le nuove direttive puntano a rafforzare gli strumenti di sostegno alla famiglia d'origine, utilizzando percorsi personalizzati per aiutare il bambino a tornare nel suo ambiente familiare. Viene anche promossa una partecipazione attiva del minorenne, con strumenti di ascolto adattati all'età per sostenerlo nel processo di riunificazione.
2. Appropriatezza e continuità affettiva: le linee di indirizzo sottolineano l'importanza di assicurare che l'accoglienza sia appropriata e rispetti le esigenze del minorenne, in termini di durata e tipologia. Questo aspetto è cruciale per mantenere la continuità delle relazioni affettive e garantire la stabilità del bambino. Si richiama l'importanza dell'art. 403 del Codice civile (modificato dalla Riforma Cartabia del 2022), che regola le misure urgenti di protezione dei minori. Questo approccio garantisce che la soluzione scelta sia sempre nel miglior interesse del bambino, tutelando la sua sicurezza emotiva e relazionale.
3. Estensione dell'affidamento oltre i 18 anni: una delle novità più significative è l'estensione dell'affidamento fino ai 25 anni in casi specifici, come per completare l'istruzione universitaria o professionale. Questo ampliamento è pensato per sostenere i giovani nel raggiungimento dell'autonomia in modo

graduale e sicuro. Tale disposizione si lega alla Legge 173 del 2015 sulla continuità affettiva, che permette ai giovani di mantenere i legami con la famiglia affidataria anche dopo la maggiore età, evitando che l'affidamento si interrompa bruscamente.

4. Accoglienza straordinaria per minorenni in fuga: sono previste forme di accoglienza straordinaria per minorenni che fuggono da zone di conflitto o emergenze, come il caso dei rifugiati dall'Ucraina. Questa forma di accoglienza risponde alle esigenze specifiche di minori migranti non accompagnati, spesso vittime di traumi e bisognosi di supporto psicologico e materiale.
5. Tutela per disabili e migranti non accompagnati: particolare attenzione è riservata ai minorenni con disabilità, per i quali vengono previsti progetti di accoglienza che coinvolgono le strutture sociosanitarie e riabilitative del territorio. Anche i minorenni migranti non accompagnati trovano protezione attraverso l'attivazione di progetti che coinvolgono tutor volontari e famiglie affidatarie.
6. Rinforzo delle reti sociali e del progetto educativo individuale: le nuove linee promuovono il lavoro in rete tra i servizi sociali, il sistema sanitario e le comunità locali per evitare sovrapposizioni o frammentazioni, e per garantire un approccio unificato che metta il bambino al centro. Il progetto educativo individuale, che segue il minore anche dopo il compimento dei 18 anni, è un altro elemento chiave. Questo progetto può essere esteso fino ai 25 anni per supportare il completamento di studi e percorsi formativi, facilitando un'integrazione graduale nella società.
7. Affido per orfani di crimini domestici: viene introdotto il progetto di affidamento familiare specifico per gli orfani vittime di crimini domestici, assicurando loro un'accoglienza protetta e l'accompagnamento verso un percorso di ricostruzione.

In coerenza con il quadro critico sopra rappresentato e con i cambiamenti evidenziati si individuano in seguenti gli obiettivi di lavoro per il nuovo triennio. Come anticipato la chiave scelta è di evidenziare e approfondire le attività che vengono promosse e sostenute a livello di Ambito territoriale, in connessione con i LEPS, che prevedono percorsi riferiti a specifici target e in connessione con ASST e ATS.

2.3. GLI OBIETTIVI PER IL PROSSIMO TRIENNIO

PREVENZIONE DELL'ALLONTANAMENTO FAMILIARE

A partire dal 2023 il personale dei Servizi dell'area minori ed in particolare, le équipe multidisciplinari, è impegnato - e lo sarà fino al mese di marzo del 2026 - in un'intensa attività di Supervisione finanziata a valere sulle risorse del PNRR che vede tra i vari aggetti di lavoro anche gli interventi finalizzati a prevenire l'allontanamento familiare. Due sono gli oggetti di lavori che, tra gli altri, orientano la riflessione:

- Come realizzare un percorso di accompagnamento volto a garantire a ogni bambino una valutazione appropriata e di qualità della sua situazione familiare, con la relativa progettazione di un piano d'azione unitario, partecipato, sostenibile e multidimensionale e in un tempo congruo, definiti congiuntamente in équipe multidisciplinare con la famiglia.
- Come e con quali strumenti prevenire situazioni di trascuratezza e trascuratezza grave, maltrattamento e abuso, tramite azioni progettuali di

promozione della genitorialità positiva come di azione tempestiva in caso di rilevazione di esse e quindi di protezione e tutela dei bambini Promozione del Welfare di comunità e mutuo aiuto facilitando percorsi di prossimità e reciprocità familiare (es. Centri per la Famiglia e Reti di famiglie affidatarie).

A completamento del percorso sopra descritto l'Ambito avvierà le azioni necessarie per l'attuazione del programma P.I.P.P.I. sul territorio dell'Ambito. Le risorse necessarie alla realizzazione del Programma saranno individuate nel FNPS. L'obiettivo è di nuova introduzione e non è in continuità con il precedente triennio di programmazione. Non è previsto un diretto coinvolgimento di ASST nelle azioni.

GARANTIRE UN PERCORSO DI PRESA IN CARICO INTEGRATA NEI CASI DI MINORI E NUCLEI FAMILIARI SOTTOPOSTI A PROVVEDIMENTO DELL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA.

Nel triennio 2021-2023 L'Ambito Territoriale di Sesto San Giovanni, i Comuni di Cinisello Balsamo, Bresso e Cormano hanno sottoscritto con ASST Nord Milano un Atto di intesa per l'integrazione sociosanitaria delle prestazioni per l'area della tutela minori e il relativo protocollo operativo.

La presa in carico dei minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria prevede la definizione e realizzazione di percorsi integrati e sinergici a partire dagli specifici mandati istituzionali.

Come si evince dalla lettura degli esiti del monitoraggio degli obiettivi della passata triennalità, a fronte dei miglioramenti nei processi organizzativi finalizzati all'integrazione sociosanitaria permane, e si è acutizzato, il problema delle liste di attesa, in particolare per quanto riguarda la neuropsichiatria infantile.

Per il triennio di programmazione 2025-2027 si intende proseguire il lavoro in 4 differenti direzioni:

- Monitoraggio dell'Atto di intesa alla luce dell'applicazione Legge Cartabia.
- Monitoraggio delle liste d'attesa finalizzato a contenere i tempi e produzione di relativa reportistica.
- Riattivazione del Tavolo di rete mensile dedicato alla valutazione multidimensionale di minori complessi sia "in entrata" dunque appena segnalati o con aggiornamenti specifici sia "in uscita" prima cioè di relazionare all'Autorità Giudiziaria su quanto emerso dalle valutazioni effettuate.
- Confronto metodologico congiunto sulle ricadute nei percorsi di presa in carico delle Linee di Indirizzo sull'Affido Familiare 2024.

L'azioni prevedono il coinvolgimento del Personale di ASST, Ambito e Comuni. Gli indicatori di risultato sono 1) Eventuali modifiche introdotte dell'Atto di intesa; 2) Analisi dei tempi di attesa; 3) Incontri tavolo di rete mensile e numero casi discussi; 4) Costituzione di un sottogruppo di lavoro congiunto/gruppo di miglioramento sulle Linee guida.

L'obiettivo si pone in continuità con la precedente programmazione.

MIGLIORARE IL SISTEMA DI RISPOSTE VOLTE A PROMUOVERE LA SALUTE E IL BENESSERE DEI MINORI E ADOLESCENTI ATTRAVERSO L'ATTIVAZIONE DI TUTTE LE RISORSE PRESENTI SUL TERRITORIO

È necessario – per rispondere almeno in parte ai complessi bisogni espressi da questa fascia di popolazione – utilizzare e mettere a sistema tutte le risorse disponibili ampliandone la portata. Le azioni programmate sono le seguenti:

- Promuovere l'utilizzo sul territorio del Voucher adolescenti (DGR X/7602 dl 20/12/2017 - aggiornamento DGR 14834 del 30.11.2020). Misura regionale cofinanziata dal FSE volta al contrasto del disagio giovanile e al supporto delle famiglie;
- Individuare ambiti strutturati di collaborazione con gli attori della rete territoriale che promuovono e gestiscono progetti e percorsi rivolti ai preadolescenti e adolescenti con particolare attenzione al tema della prevenzione e promozione;
- Supportare nelle scuole del territorio l'adesione alle attività promosse da ATS Città metropolitana dell'ambito della promozione del benessere con particolare riferimento alle seguenti iniziative:
 - Contrasto al bullismo e cyberbullismo: prosecuzione del progetto regionale Bullout in attuazione in attuazione della L.R. 1/2017 "Disciplina degli interventi regionali in materia di prevenzione e contrasto al fenomeno del bullismo e cyberbullismo";
 - Sostegno all'apprendimento e allo sviluppo di competenze trasversali a partire dalla realizzazione dei programmi, scientificamente validati, "Life Skills Training Lombardia" e "Unplugged Lombardia";
 - Estendere l'esperienza del Progetto Innovativo "S.O.S Scuola" promosso da ASST Nord Milano ad un maggior numero di scuole. Il progetto prevede il supporto e la formazione degli insegnanti sul riconoscimento precoce delle problematiche e le modalità per affrontarle, sulla gestione proattiva della classe, l'insegnamento interattivo, l'apprendimento cooperativo, l'uso del problem solving, la comunicazione efficace.

L'obiettivo si pone in continuità con la precedente programmazione, in considerazione del quadro di criticità emerso a livello territoriale si ritiene utile riproporlo anche per il nuovo triennio di programmazione.

3. LE POLITICHE PER LA FAMIGLIA

Senza soluzione di continuità con le politiche per i minori e adolescenti si pongono le politiche per la Famiglia. Come per i precedenti paragrafi verranno evidenziate le tematiche trattate a livello di Ambito territoriale e non di singolo Comune.

3.1. FOCUS DI ATTENZIONE INDIVIDUATI DAL PROGRAMMATORE REGIONALE

Come indicato nelle Linee di indirizzo per la programmazione 2025-2027 approvate con DGR 2167/24, si conferma la centralità delle politiche a supporto del benessere della famiglia e dei suoi componenti. Permangono alcune criticità già rilevate con la precedente programmazione ed in particolare:

- dinamica demografica negativa;
- isolamento nella gestione delle responsabilità genitoriali;
- crescita della quota di compartecipazione delle famiglie alla spesa per l'accesso ai servizi all'infanzia;
- povertà educativa in particolare dei minori appartenenti a nuclei familiari fragili;
- aumento dei carichi di cura/assistenza e iniqua distribuzione delle responsabilità tra i genitori;
- diseguaglianze tra uomini e donne nella vita economica e sociale.

Particolare attenzione deve essere dedicata alle famiglie fragili in situazione di vulnerabilità, che comprendono genitori con figli minori conviventi che siano

ancora titolari della responsabilità genitoriale, anche limitata. La maggiore criticità per questi nuclei familiari pertiene il manifestarsi di difficoltà nel garantire e/o mantenere l'insieme delle condizioni che permette l'esercizio autonomo delle funzioni genitoriali. Tali contesti di vulnerabilità sono tendenzialmente multidimensionali, caratterizzati spesso da situazioni socialmente complesse in cui si presentano diverse forme di povertà ed esclusione (culturale, materiale, sociale e sanitaria) da cui possono scaturire negligenza parentale e trascuratezza. In quest'ottica un aspetto dirimente è quello di riuscire ad agire in anticipo su queste condizioni di fragilità, applicando un approccio preventivo anziché riparativo.

Gli interventi – preventivi e non – devono avere carattere fortemente interdisciplinare ed essere orientati alla promozione di capacità educative e organizzative dei genitori al fine di garantire al minore le risposte ai bisogni di crescita, tutela della salute mentale e fisica e adeguata protezione, continuità e stabilità del suo percorso di crescita. In tal senso si richiamano le reti attive sui territori relative al contrasto al disagio dei minori (DGR n. XI/7499 del 15/12/2022) e la metodologia del Programma P.I.P.P.I. nello svolgimento degli interventi e la necessità di creare sinergie efficaci.

Si evidenzia, inoltre, il significativo ruolo delle a livello regionale delle 27 reti antiviolenza presenti sul territorio e la necessità che la loro azione sia sempre più coordinata e integrata alla programmazione territoriale al fine di costruire interventi efficaci per le donne e i loro figli anche alla luce della complessità della casistica. Nella logica dell'integrazione e della necessità di armonizzazione degli interventi è stato dato mandato alle ATS di costruire una Rete di indirizzo che garantisce il raccordo tra i diversi livelli di programmazione. Le ATS, inoltre, provvederanno a favorire la condivisione degli interventi tra gli strumenti di programmazione nell'ambito delle Cabine di Regia ATS/Ambiti.

L'area del contrasto alla violenza richiede, inoltre, interventi per rafforzare le politiche riparative di sostegno (Case rifugio, sostegno economico, uscita dalla condizione di violenza per donne e minori, ecc.) per risolvere le criticità inerenti all'effettiva integrazione con altri percorsi di intervento (ad esempio la presa in carico dei minori anche nell'ottica dell'attuazione del nuovo articolo 403 c.c.) e favorire un maggiore coordinamento tra tutti gli attori della rete interessati (tribunale, servizi sociali, servizi specialistici) che alle volte faticano a trovare una ricomposizione unitaria degli interventi.

Si riconferma il tema pressante della conciliazione e gestione dei tempi e quindi della condivisione dei carichi familiari. Il richiamo è alla complessa posizione delle donne rispetto all'impegno nel mercato del lavoro, alla realizzazione di effettive pari opportunità, alle modalità di intreccio tra famiglia e mondo del lavoro e al ruolo di caregiver familiare. In un contesto sociale in cui l'onere della cura pesa ancora in modo ineguale ed eccessivo sulla componente femminile rispetto a quella maschile (indipendentemente dalla condizione lavorativa dei partner), la contrazione dell'occupazione può rivelarsi non solo il prodotto di lungo periodo della crisi ma anche una conseguenza della difficoltà nel conciliare tempo del lavoro e di cura (dei figli, degli anziani, dei disabili, ecc.).

Si sottolinea la necessità di progettare e integrare gli interventi con l'azione territoriale dei Centri per la Famiglia, al fine di raccordare e coordinare le attività di affiancamento dedicati ai nuclei familiari e di supporto alla famiglia in tutto il suo ciclo di vita. Tale coordinamento appare essenziale al fine di non disperdere in diversi rivoli gli interventi dedicati alle famiglie rispetto informazione, orientamento e accompagnamento verso i servizi e quelli dedicati alle attività di aggregazione,

socializzazione e coprogettazione con le famiglie. I Centri, infatti, sono luoghi in cui i diversi attori convergono per costruire insieme interventi volti a promuovere il benessere e lo sviluppo della famiglia, a sostenere la genitorialità, in particolare, a fronte degli eventi critici inaspettati che colpiscono le famiglie.

Sono luoghi aperti al territorio, gestiti e progettati con le reti del Terzo settore, al fine di potenziarne la capacità di intercettare i diversi bisogni e offrire una risposta flessibile e articolata erogando servizi dedicati al sostegno e alla genitorialità, gruppi di auto-mutuo aiuto, banche del tempo e interventi di supporto alla conciliazione famiglia lavoro, al sostegno allo studio, agli sportelli informativi, di orientamento e di consulenza, alle opportunità ludiche e di socializzazione. I Centri per la famiglia svolgono un'importante azione di informazione, orientamento, ascolto e decodifica dei bisogni delle famiglie.

L'azione si rivolge alle famiglie nella loro universalità, non necessariamente caratterizzate da fragilità, con la finalità di valorizzarne le competenze, promuoverne il protagonismo e il confronto fra pari quale importante risorsa per acquisire e implementare le risorse necessarie allo svolgimento del ruolo genitoriale-educativo e di caregiver familiare. Inoltre, gli interventi sono rivolti anche ai minori offrendo spazi di socializzazione, di ascolto (anche tempestivo), di aiuto compiti e ludici. I Centri, inoltre:

- rappresentano uno spazio sociale per le famiglie, dove si stimola la partecipazione e la cittadinanza attiva, e un luogo dove si rafforzano i legami e le reti sociali;
- permettono di uscire da un approccio meramente assistenziale nei confronti delle famiglie, come destinatari passivi degli interventi e di fare innovazione sociale;
- svolgono una funzione preventiva in termini sociali e promozionale;
- garantiscono, nel rispetto dell'autonomia gestionale e organizzativa, l'integrazione con i servizi già offerti secondo una logica di filiera e di complementarità.

Nell'ambito dei Centri, anche in raccordo con i Consultori familiari, si potranno sviluppare percorsi di accompagnamento dedicati al binomio mamma-bambino, al fine di favorire il benessere reciproco e una corretta crescita sia per il bambino sia per la mamma nel suo nuovo ruolo e carico di impegno familiare.

Una particolare attenzione va posta sulla consulenza psico-pedagogica gruppi per genitori o per adolescenti, sostegno psicologico per bambini e adolescenti, che concretizzano nelle attività degli sportelli dedicati. Lo stesso concerne la delicata fase dei primi anni di vita, costruendo percorsi di accompagnamento dedicati al binomio mamma-bambino, al fine di favorire il benessere reciproco e una corretta crescita sia per il bambino sia per la mamma nel suo nuovo ruolo e carico di impegno familiare. È essenziale che tutte queste attività siano integrate con le azioni, i servizi e gli strumenti già presenti sul territorio.

Il sostegno alla genitorialità è un percorso che porta alla "crescita" dei genitori stessi, che, con l'aiuto di professionisti o frequentando contesti capacitanti, imparano ad affrontare e risolvere al meglio le problematiche che i figli vivono durante il loro sviluppo o che subentrano in particolari momenti di passaggio.

Anche a livello locale gli operatori dei Servizi rilevano le seguenti criticità che evidenziano la necessità di investire sulle competenze genitoriali e sulle relazioni familiari:

- cresce il senso di inadeguatezze dei genitori in relazione ai propri compiti educativi e di cura, anche a causa dei profondi mutamenti sociali avvenuti

- negli ultimi anni;
- aumentano le difficoltà di gestione delle relazioni familiari in conseguenza a rotture e separazioni del nucleo;
- ridotta possibilità da parte delle famiglie - a causa dell'atrofizzazione delle reti sociali - di fare riferimento a relazioni positive con le quali condividere le responsabilità connesse ai compiti di cura e educazione dei propri figli;
- scarsa capacità dei nuclei familiari di fronteggiare i momenti di crisi;
- aumento della conflittualità intra-familiare associata a comportamenti aggressivi e violenti;
- aumento del numero di famiglie monoparentali, portatrici di bisogni complessi;
- bisogno diffuso degli adulti di supporto, confronto, formazione, orientamento e aiuto nella gestione delle relazioni familiari nelle diverse fasi evolutive (capacità di resilienza);
- necessità di supporto per l'orientamento e la conoscenza delle risorse territoriali.

3.2. LE RISORSE TERRITORIALI: IL “CENTRO VENUS” E “LA ROSA DEI VENTI”

In merito alle tematiche evidenziate nella DGR 2167/24 e sopra richiamate si ritiene opportuno evidenziare le risorse territoriali, sostenute con regionali, operative a livello di Ambito.

A partire dal 2016 è attivo il Centro Ve.Nu.S, VErsò NUove Strade, è il centro antiviolenza sovrambito dei comuni di Cinisello Balsamo, Bresso, Sesto San Giovanni, Cormano, Cusano Milanino e Cologno Monzese, dedicato a donne sole con o senza figli minori, vittime di violenza e maltrattamenti. Presso l’Ospedale Bassini si trova la sede centrale, ma sono presenti anche due sportelli territoriali uno a Sesto, presso la casa delle Associazioni, e l’altro a Cologno Monzese in via Turati. È inoltre garantito un presidio telefonico h24.

L’equipe del Centro, composta da sole donne, comprende assistenti sociali, psicologhe, avvocate, volontarie e mediatici linguistiche e culturali.

A supporto dell’attività del Centro vi è una vasta, formalizzata e diversificata rete di enti, associazioni, realtà cooperative, istituzioni, ingaggiate a diverso livello dai comuni di riferimento quali strumenti di supporto alle azioni di contrasto alla violenza di genere, sia in termini riparativi, che promozionali e culturali.

In questa sede ci preme richiamare alcuni passaggi particolarmente significativi tratti dalla relazione di monitoraggio del Centro Venus del periodo gennaio/giugno 2024 che offrono uno spaccato significativo di questo drammatico fenomeno.

Nei primi sei mesi di attività del 2024 si riscontra un notevole incremento nell'affluenza. Ad oggi sono 100 le donne che hanno fatto accesso al CAV, in modalità telefonica o direttamente in presenza, mentre nello stesso periodo del 2023 tra Lo Sportello Donna e Ve.Nu.S. erano state in totale 67. Di seguito riportati solo i dati delle donne, 84 in totale, che si sono rivolte al CAV in presenza, in quanto gli accessi telefonici sono rimasti delle generiche richieste di informazioni.

- Delle 84 donne che si sono rivolte al Centro Antiviolenza 62 sono state prese in carico dalle professioniste. Le altre hanno effettuato solo primi colloqui o sono state inviate presso altri servizi più idonei alle loro necessità.
- Il 34,5% delle donne che si rivolgono al CAV sono residenti a Cinisello, il secondo comune di residenza è quello di Sesto San Giovanni. Si riscontra un raddoppio degli accessi sul Comune di Cologno Monzese.

- L'65,5% delle donne accolte è di origine italiana. La nazione di provenienza più frequente per quanto riguarda le donne straniere è il Perù, con il 10,7% dei casi.
- Il 39% delle donne accede al CAV tramite i soggetti appartenenti alla rete antiviolenza e il 12% tramite il numero nazionale 1522. Il 20% accede spontaneamente, mentre il 10,7% riceve il nostro contatto grazie ad una rete informale.
- Le donne accolte dal CAV si distribuiscono maggiormente nelle decadi tra i 31 e i 40 anni e i 41 e i 50 anni, entrambe corrispondenti al 28,5% dei casi. Nei primi sei mesi del 2024 è stata presa in carico solo una ragazza minore, vittima di violenza assistita.
- Nell'85,7% dei casi le donne si sono rivolte al CAV in quanto hanno subito violenza all'interno di una relazione romantica. Nello specifico nel 54,8% delle situazioni la relazione era ancora in atto, mentre nel 31% era terminata.
- Nel 78,6% dei casi erano madri. Si rileva una presenza importante di figli minori, pari al 68,2% delle situazioni arrivate al servizio.
- Il 53,6% delle donne che si sono rivolte al CAV ha un livello di istruzione medio – alto (laurea e diploma), mentre il 27,4% ha un diploma di scuola media inferiore. Questo dato sostiene la trasversalità del fenomeno della violenza all'interno delle diverse classi sociali.
- Il 65,5% delle donne ha un'occupazione, tramite regolare contratto o in nero. Si rileva come però spesso abbiano degli impieghi part-time o con dei bassi stipendi, non permettendo loro di potersi davvero emancipare.
- Per quanto la violenza sia un fenomeno multi-componenziale si è provato a dividere in cluster le tipologie di violenza riscontrate. La forma presente nell'87% dei casi è quella psicologica, che spesso precede l'emersione delle altre modalità. Vi è anche una presenza significativa di violenza fisica, pari al 67,6% delle situazioni.
- Il 60,7% delle donne che hanno fatto accesso al CAV non ha sporto denuncia, mentre solo il 27,3% l'aveva sporta.
- Il 15,5% delle donne che si sono rivolte al CAV ha una fragilità psichica.

A partire dal mese di settembre 2024 è operativo sul territorio dell'Ambito il Centro per Famiglia "La rosa dei venti" finanziato dalla D.G.R. XII/1507/2023 decreto N. 4612/2024. La titolarità del Centro è della Cooperativa Sociale la Grande Casa all'interno di un partenariato che comprende le associazioni Educatori Senza Frontiere, Marco e Beatrice Volontè, Oikos e Fondazione Generiamo. Le attività promosse dal Centro sono:

- Ascolto e orientamento territoriale. Il Centro si propone di svolgere una funzione di informatore e facilitatore di accesso alle risorse, guida e orientamento, attivatore di opportunità. A tal fine è strutturato un sistema centrale di raccolta e diffusione di informazioni rispetto alle opportunità offerte alle famiglie dai diversi servizi e realtà territoriali sistematizzandole e rendendole fruibili.
- Consulenza pedagogica e interventi interdisciplinari integrativi. Il Centro offre brevi percorsi di consulenza pedagogica, circa tre incontri, rivolti ai genitori per far riemergere competenze e potenzialità sopite e individuare nuove strategie di relazione familiare. È possibile, in base al bisogno, integrare tali percorsi con un'attività educativa o un breve percorso di sostegno psicologico per gli adulti o gli adolescenti. È prevista la presenza di un mediatore linguistico e culturale che possa facilitare la comunicazione l'accesso anche a famiglie con una limitata conoscenza della lingua italiana appunto l'accesso da parte delle famiglie avviene

attraverso contatto telefonico diretto.

- Laboratori genitori-figli. Percorsi artistico, espressivi, musicali finalizzati al rinforzo dei legami familiari e all'incremento delle competenze genitoriali che rafforzino il benessere all'interno del sistema familiare.
- Gruppi di confronto genitori e bambini secondo la metodologia del programma P.I.P.P.I: percorsi paralleli che possono offrire ai nuclei coinvolti uno spazio sicuro per condividere esperienze e riflessioni, con momenti conviviali e aggregativi.
- Attivazione di spazi genitori figli e "Tea room" di confronto tra genitori; due spazi pomeridiani continuativi per genitori e figli da zero a sei anni e momenti di formazione e confronto tra adulti.
- Un percorso laboratoriale per preadolescenti e adolescenti che costituirà un luogo protetto dove i ragazzi potranno mettere al centro se stessi, i propri limiti e le proprie risorse creando nuove visioni possibili di rilettura dei momenti di crisi e acquisire e rinforzare le proprie competenze vita in diversi ambiti.
- Percorsi rivolti a adolescenti e adulti su potenzialità e rischi delle nuove tecnologie. Attività di prevenzione alla violenza online cyberbullismo sull'utilizzo dell'intelligenza artificiale e fenomeni quali le dipendenze da tecnologia e social network.
- Laboratorio artistico emozionale rivolto a giovani donne attraverso il quale sarà possibile affrontare tematiche connesse alla consapevolezza delle proprie emozioni in relazione all'altro e alla propria capacità di autodeterminazione come fattori protettivi al rischio di violenze domestiche.
- Momenti di sensibilizzazione sulla prossimità e le reti familiari: occasioni conviviali mirate a costruire legami e attivare direttamente le famiglie sul territorio.

Questa nuova risorsa si aggiunge al "Centro per la Famiglia Onlus" già da anni attivo sul territorio di Sesto San Giovanni. Il Centro è un'organizzazione non lucrativa di ispirazione cattolica di utilità sociale al servizio della famiglia.

È un luogo di ascolto, di accoglienza e di concreto aiuto nelle situazioni critiche del ciclo di vita familiare mediante percorsi di consulenza, sostegno psicologico, orientamento pedagogico e terapia. Vengono svolte molteplici attività tra cui:

- attività formative e preventive a favore delle famiglie e della coppia
- iniziative di sensibilizzazione a tematiche familiari
- attività in piccolo gruppo su tematiche e problematiche familiari specifiche (genitorialità, affettività, relazioni di coppia).

3.3. GLI OBIETTIVI PER IL PROSSIMO TRIENNIO

CONTRASTO ALLA VIOLENZA DI GENERE

Il Centro Ve.Nu.S rappresenta un'importante risorsa per il nostro territorio e pertanto le attività saranno sostenute anche per nella triennalità 2025-2027, anche a fronte di un bisogno crescente. Come evidenziato nello schema di monitoraggio degli obiettivi del passato triennio (Capitolo 1 – Allegato 1) la fase di gestione dell'emergenza e di messa in sicurezza di donne e minori è ben strutturata. Più complesso il tema del reinserimento sociale delle donne vittime di violenza, sul quale è necessario un investimento di sistema. Si individuale le seguenti azioni per consolidare e potenziare l'attività.

- Garantire la continuità delle progettualità in corso promosse dai 6 Comuni

- in coerenza con secondo le indicazioni regionali;
- Assicurare dei momenti di raccordo stabile all'interno delle singole reti, tra coordinatori di rete e ATS;
- Implementazione dei raccordi e funzionamenti delle reti per la prevenzione e contrasto alla violenza di genere;
- Consolidamento dei rapporti con la rete territoriale;
- Integrazione delle azioni del Centro con la progettazione e attivazione del Pronto intervento Sociale (PIS).

Le risorse economiche per finanziare il Centro Ve.Nu.S sono finanziate dai bilanci Comunali.

IMPLEMENTAZIONE DEL CENTRO PER LA FAMIGLIA DI AMBITO "LA ROSA DEI VENTI" PER IL SUPPORTO ALLA GENITORIALITA' E ALLE RELAZIONI FAMILIARI

Il Centro nasce, come anticipato, a settembre del 2024 e nonostante il limitato numero di mesi di attività vanta già di una significativa rete di collaborazioni. Si individuale le seguenti azioni per consolidare e potenziare l'attività.

- Stabilizzare la risorsa territoriale attraverso la partecipazione ai bandi regionali annuali;
- Aumentare il livello di integrazione del Centro con le altre risorse territoriali ed in particolare con:
 - I Servizi Sociali dei Comuni di Sesto San Giovanni e Cologno Monzese;
 - I Consultori familiari di Sesto e Cologno;
 - Il Comitato Pedagogico Territoriale partecipando ai lavori dell'Osservatorio permanente sui bisogni dei bambini e delle famiglie 0/6;
 - Il "Centro per la Famiglia Onlus" di Sesto San Giovanni al fine evitare sovrapposizioni e ottimizzare le risorse;
 - ASST per il supporto e la diffusione delle attività di promozione della salute rivolta minori e famiglie.
- Implementare le azioni rivolte al rinforzo delle relazioni familiari, ampliando il target di riferimento.

L'obiettivo non è in continuità con il precedente triennio di programmazione. Prevede il diretto coinvolgimento di ASST nelle azioni.

4. LE POLITICHE GIOVANILI: ATTIVITA' E OBIETTIVI

Come indicato nelle Linee di indirizzo per la programmazione 2025-2027 approvate con DGR 2167/24, si conferma la centralità delle politiche giovanili.

Permangono alcune criticità già rappresentate nella scorsa triennalità e si rileva l'importanza di intervenire per contrastare e prevenire l'emarginazione sociale dei giovani, che può essere un precursore di gravi conseguenze quali malessere psichico, devianza e dipendenza.

Al contempo, è prioritario sviluppare nei giovani l'autonomia decisionale e lo sviluppo di nuove competenze, anche facendo leva su sinergie territoriali emergenti (cittadinanza attiva) e sul potenziamento dei rapporti fra scuola e territorio, per favorire il sentimento di appartenenza alla comunità e l'inclusione sociale, in ottica di rinforzo al processo di presa di coscienza da parte dei giovani del proprio valore e delle proprie potenzialità.

In questo senso, nei territori si stanno potenziando a livello locale e di Ambito, i servizi Informagiovani quali luoghi di relazione, spazi di incontro e servizi territoriali

dedicati ai giovani che forniscono informazioni, orientamento e supporto su varie tematiche importanti per il target giovanile, garantendo pari opportunità ai giovani di accedere a servizi gestiti con professionalità e qualità indipendentemente dal territorio in cui accedono al servizio.

I giovani dai 15 ai 34 anni possono trovare nei servizi personale qualificato per:

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

Nella seduta dell'11 settembre 2023 l'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito delibera l'adesione al "Sistema coordinato servizi Informagiovani", approvando lo schema di accordo proposto da ANCI. Il Sistema ha sede presso ANCI Lombardia, che ne assume la direzione.

L'Accordo disciplina la gestione in forma associata del Sistema Coordinato Regionale dei Servizi Informagiovani, identificati come soggetti qualificati per l'erogazione di servizi e attività destinati ai giovani lombardi, in modo particolare per l'orientamento scolastico e professionale, per la messa a sistema delle politiche regionali "per" e "con" i giovani e per la promozione della partecipazione e del protagonismo dei giovani, in attuazione della Legge Regionale 31 marzo 2022, n. 11. Il Sistema Coordinato con il concorso e la reciproca interazione e collaborazione degli organismi partecipanti persegue le seguenti finalità:

- Progetta iniziative a favore dei servizi Informagiovani (d'ora in poi "IG") collegati in rete;
- Supporta azioni di allestimento e riqualificazione degli IG e avvio di nuovi sportelli territoriali;
- Supporta le attività degli Hub di Ambito, in modo particolare per quanto riguarda le funzioni relative all'orientamento scolastico e professionale e le azioni di accompagnamento nelle fasi di transizioni da scuola a scuola, da scuola a lavoro e da lavoro a lavoro e le attività di contrasto alla dispersione scolastica, l'ingaggio dei giovani e il protagonismo giovanile;
- Supporta azioni di sistema per la creazione di reti territoriali, con particolare attenzione alle progettualità di Ambito e di Interambito, in raccordo con i Piani di Zona, con particolare attenzione all'utenza fragile (NEET, precari, ecc.);
- Promuove azioni di comunicazione rivolte ai diversi target di riferimento, attraverso l'utilizzo di canali e strumenti di ingaggio efficaci per il dialogo con i giovani;
- Offre servizi consulenziali e di coaching agli operatori, con particolare riferimento alle competenze inerenti all'orientamento formativo e professionale, oltre che comunicative;
- Promuove interventi formativi rivolti agli operatori degli IG e delle rispettive reti per il riallineamento e potenziamento delle competenze professionali;
- Attiva il monitoraggio dei servizi, la raccolta dei dati e presidia il rispetto degli standard quali/quantitativi dei medesimi, secondo i criteri stabiliti da Regione Lombardia;
- Predispone il Piano annuale della programmazione delle attività;
- Gestisce il patrimonio informativo comune anche attraverso l'utilizzo della

piattaforma "Talent Hub" quale strumento di raccordo, comunicazione e messa in rete;

- Supporta le attività del Forum regionale dei giovani, previsto dall'art. 5 della LR n. 4/2022;
- Garantisce il monitoraggio e la rendicontazione delle attività svolte per il raggiungimento degli obiettivi previsti dalla LR n 4/2022 e dal presente Accordo.

Negli ultimi anni e, in attuazione della Legge Regionale n. 4/2022 "La Lombardia è dei giovani" sono stati finanziati numerosi progetti con il Fondo Nazionale politiche giovanili e con risorse regionali autonome che hanno stimolato la nascita di progettualità specificatamente rivolte ai giovani o finalizzate all'inclusione e l'aggregazione sociale, con impatti positivi sui territori, nella logica di integrazione di rete tra soggetti diversi e coinvolgendo tante realtà differenti (es. associazioni giovanili). I Comuni di Sesto e di Cologno hanno fino ad oggi gestito le politiche giovanili a livello singolo e non associato, con l'unica eccezione dell'adesione "Sistema coordinato servizi Informagiovani". Senza la pretesa di essere di essere esaustivi richiamano si richiama di seguito due iniziative promosse a livello comunale:

A Sesto San Giovanni, all'interno dell'Informagiovani, è attivo Punto Zero nato dalla collaborazione tra il Comune e l'associazione Sestonetwok. Punto Zero è uno spazio creato e gestito da un gruppo di ragazzi e ragazze per trascorrere del tempo insieme organizzando attività ed eventi di interesse giovanile:

- dj set
- call for artist
- stand-up comedy
- serate a tema

Collabora attivamente con l'Informagiovani alla realizzazione di progetti il cui slogan è "Arte, cultura e socialità"

La programmazione è visibile alla pagina Instagram@PUNTO_ZERO_JG

A Cologno Monzese, nell'aprile del 2024, è nata la Consulta dei giovani, un organismo consultivo per coinvolgere attivamente i cittadini under30 nelle politiche locali. Vuole da un lato essere uno strumento per ridurre il gap tra istituzioni e giovani cittadini, dall'altro fornire uno spazio non solo fisico, dove discutere, fare proposte, sentirsi liberi e esprimere la propria opinione. La consulto è nata ufficialmente dopo approvazione del consiglio comunale, un segnale di forte impegno da parte dell'Amministrazione.

La nuova consulto sarà un organismo snello: una struttura con un'assemblea formata da colognesi dai 15 ai 29 anni, poi un direttivo che eleggerà il suo presidente e, infine, commissioni tematiche per toccare varie materie concrete, come gli eventi formativi, educativi e di intrattenimento. La consulto non sarà solo un organismo consultivo, ma lavorerà a stretto contatto con l'amministrazione anche per la realizzazione di azioni e interventi rivolti a questa fascia di popolazione.

Per il prossimo triennio di programmazione l'Ambito Territoriale si impegna a:

- confermare la propria adesione al Sistema Coordinato Regionale dei Servizi Informagiovani partecipando alle iniziative proposte.
- aumentare il livello di integrazione tra i Comuni dell'Ambito Territoriale al fine di individuare possibili piste di lavoro comuni.

POLITICHE PER L'INCLUSIONE

In questa sezione si richiamano alcune tematiche, non comprese nelle precedenti aree di intervento, che completano la prospettiva sia in termini di bisogni sia di risposte e rappresentano degli elementi cruciali ai fini dell'inclusione sociale.

1. PROMOZIONE DELL'INCLUSIONE SCOLASTICA DEI MINORI CON DISABILITA'

L'inclusione scolastica rappresenta uno degli obiettivi prioritari delle politiche di supporto alla disabilità ed è un tema di notevole complessità sia per l'elevato numero di attori coinvolti sia per il bisogno che, da alcuni anni, è in continuo aumento. Ad oggi, tali politiche vengono gestite e organizzate a livello di singolo Comune e l'Ambito territoriale non ha un coinvolgimento gestionale diretto. Si è comunque deciso di evidenziare la tematica nel Piano di Zona proprio per la sua l'importanza e la rilevanza.

Le criticità sono altrettanto articolate e vengono di seguito evidenziate:

- aumento della richiesta di supporto educativo a favore degli alunni disabili a carico degli Enti Locali in ogni ordine e grado di scuola:
 - nel Comune di Sesto San Giovanni le ore assegnate per il supporto educativo sono aumentate del 68% dall'anno scolastico 2018/2019 all'anno scolastico 2023/24; i beneficiari sono aumentati del 77%. La domanda di supporto si concentra prevalentemente alla scuola primaria.
 - nel Comune di Cologno Monzese le ore assegnate per il supporto educativo sono aumentate del 38% dall'anno scolastico 2018/2019 all'anno scolastico 2023/24; i beneficiari sono aumentati del 44,44%.
- disomogeneità nelle modalità di costruzione dei PEI da parte degli Istituti Scolastici e sottoutilizzo dello stesso quale strumento di integrazione tra il progetto didattico e il progetto di vita;
- aumento del numero di minori stranieri con disabilità e maggiore difficoltà a costruire un'interlocuzione con la famiglia;
- elevato turn over e assegnazione, ad anno scolastico avviato, del personale di sostegno;
- limiti e difficoltà degli attuali modelli organizzativi nel rispondere adeguatamente alle esigenze poste dall'inserimento scolastico degli alunni con disabilità grave;
- aumento del numero di alunni che presentano "Bisogni educativi speciali" (BES) e dei minori con disturbi specifici dell'apprendimento (DSA);
- carenza di percorsi individuali di orientamento scolastico in merito alle offerte formative del territorio nel passaggio da un ordine all'altro, in particolare alle scuole superiori;
- presenza di un numero significativo di minori con patologie molto gravi che necessitano di elevati livelli di assistenza e di interventi sociali e sanitari.

Azioni:

- analizzare e monitorare – nell'ambito del Tavolo Fragilità istituito con l'Accordo di programma che vede la partecipazione di ASST nelle sue diverse articolazioni aziendali e gli Ambiti di Sesto e Cinisello - i percorsi di inclusione scolastica dei minori con disabilità con particolare riferimento a:

- 1) condivisione e riflessione su criticità e sviluppi in merito alle certificazioni e percorsi inclusivi. 2) Monitoraggio della casistica relativamente ad incidenza e prevalenza 3) Confronto tra i dati locali e quelli di ATS Città Metropolitana.
- Sostenere i progetti di supporto educativo mirati a favorire la piena inclusione scolastica dei minori con disabilità.
 - Favorire lo scambio e il confronto tra le diverse esperienze, realizzate nei contesti scolastici, maturate nell'ambito dell'inclusione dei minori disabili.

Per supportare i percorsi di inclusione, in particolare delle persone che vivono nello spettro autistico, l'Ambito di Sesto San Giovanni ha partecipato all'Avviso pubblico per l'individuazione di partner per la co-progettazione con il terzo Settore ai fini della partecipazione alla manifestazione di interesse per l'avvio di progetti di cui al Fondo per l'inclusione delle persone con disabilità - Legge 21 maggio 2021 n. 69 in attuazione in attuazione alla DGR N. XI/7504/2022, con il progetto intitolato "IN-AUT (Inclusione-Autismo)" in partnership con Fondazione La Pelucca e Associazione di Promozione sociale LEM.

Le attività sono focalizzate sulle seguenti linee di intervento e coinvolgono complessivamente una quarantina di destinatari:

LINEA C) progetti volti a prestare assistenza agli Enti locali, anche associati tra loro, per sostenere l'attività scolastica delle persone con disturbi dello spettro autistico nell'ambito del progetto terapeutico individualizzato e del PEI.

- L'intervento mira a rinforzare le competenze trasversali con particolare riferimento a: comunicare e comprendere messaggi di diverso genere; collaborare e partecipare; agire in modo autonomo e responsabile; sapersi inserire in modo attivo e consapevole nella vita sociale e far valere al suo interno i propri diritti e bisogni riconoscendo al contempo quelli altrui, le opportunità, i limiti, le regole, le responsabilità.
- Attraverso esperienze ludiche, ricreative e di gioco è possibile sperimentare ed incrementare le competenze trasversali in contesto extrascolastico. Gli obiettivi individuali sono integrati e coordinati con gli obiettivi individuati previsti nei PEI. I laboratori sono tre tipologie:
 - Laboratorio ludico-ricreativo;
 - Laboratorio artistico-multimediale;
 - Laboratorio attività sportiva, in collaborazione con squadra di BaskIN.

È, infine, prevista un'attività di supporto psicologico - fruibile anche da remoto - a favore delle famiglie dei bambini frequentanti le attività.

LINEA B) percorsi di assistenza alla socializzazione dedicati ai minori e all'età di transizione fino ai 21 anni, anche tramite voucher. Attività proposte:

- Organizzare uno spazio Ludoteca all'interno della quale proporre giochi da tavolo. Attraverso il gioco assistito e coordinato da pedagogisti esperti si intende attivare le capacità di relazione e organizzazione, l'accettazione delle regole, l'ascolto dell'altro e la proposizione positiva delle proprie peculiarità.
- Family Coaching: un intervento a supporto delle famiglie di giovani autistici, teso a migliorare le relazioni e la qualità della vita familiare.
- Sperimentare il coinvolgimento di alcuni ragazzi in attività di volontariato.
- Realizzare un'azione di carattere formativo e informativo sulla tematica dell'Autismo livello 1 e sulle buone prassi nel supporto a persone autistiche adolescenti e adulte dedicato a educatori e insegnati.

LINEA E) Progetti che si rivolgono al terzo settore per favorire attività sociali (sport, tempo ricreativo, mostre) volti a favorire l'inclusione. Attività proposte:

- Laboratorio Aspiecafé si intende offrire alle persone autistiche l'opportunità di uscire dalla solitudine e costruire nuovi legami sociali, mediante attività di aggregazione legate a nuclei di interesse o laboratori, mantenendo l'apertura verso il territorio e con le realtà associative.
- Laboratorio Abilità sociali: Il laboratorio, coordinato da psicologo esperto, da educatore pedagogista e da volontari esperti, è pensato principalmente per supportare le persone autistiche nel percorso di acquisizione di consapevolezza dei propri limiti ma anche dei propri punti di forza e vuole suggerire ai partecipanti modalità efficaci per connettersi al resto del mondo, nel rispetto delle peculiarità di ognuno, modalità efficaci per comunicare meglio i propri pensieri e i propri sentimenti e comprendere sentimenti, stati d'animo, pensieri e bisogni degli altri, familiari, amici, colleghi di scuola, adulti di riferimento.

Il progetto, che coinvolge entrambi i comuni dell'Ambito, è stato finanziato per un valore complessivo di € 118.767,00.

2. SUPPORTO ALLA COSTRUZIONE DI UN PROGETTO DI VITA INDIVIDUALIZZATO

Legge Regionale 25/22 è focalizzata sul riconoscimento del diritto alla vita indipendente e all'inclusione sociale delle persone con disabilità. Approvata nel dicembre 2022, la legge mira a promuovere progetti di vita personalizzati che rispettino le esigenze individuali delle persone e sostengano la loro autonomia. I punti principali:

- Progetto di vita individuale: ogni persona con disabilità ha diritto a un progetto di vita su misura, basato su una valutazione multidimensionale dei bisogni, elaborato con il coinvolgimento della famiglia, delle istituzioni e dei servizi sociosanitari.
- Budget di progetto: questo budget viene definito in collaborazione con la persona e il Centro per la Vita Indipendente (CVI) per sostenere il progetto di vita, usando fondi pubblici e privati. Le risorse comprendono servizi sociosanitari, supporti educativi e contributi per l'inclusione lavorativa.
- Centri per la Vita Indipendente (CVI): la legge ha previsto la creazione di almeno 33 CVI per fornire supporto alle persone con disabilità nell'ambito abitativo e per promuovere progetti di deistituzionalizzazione, facilitando l'accesso a servizi di sostegno per una vita autonoma.

La Legge Regionale rinforza a livello normativo quanto previsto dall'articolo 14 della legge n. 328/2000 secondo la quale il progetto personalizzato è costruito sulla base della valutazione dei profili di funzionamento della persona e delle sue autonomie all'interno di tutti gli ambiti sociali e tenendo in considerazione sia le abilità e capacità della persona, nonché le sue aspettative/motivazioni. Il progetto rappresenta inoltre un'opportunità per superare la frammentazione degli interventi e di rimettere al centro la persona; in quest'ottica è necessario superare la logica prestazionale e adottare un approccio maggiormente olistico.

Nuovo impulso alla progettazione individualizzata viene dal Decreto Legislativo 62/2024, grazie al processo di identificazione dei LEPS come meglio descritto al capitolo dedicato al Dopo di Noi. Al Capo III "Valutazione multidimensionale e progetto di vita individuale personalizzato e partecipato" il Decreto definisce le

caratteristiche del progetto aggiornando il contenuto dell'articolo 18 della Legge 328/2000.

Per supportare la costruzione del Progetto di vita si intende realizzare le seguenti azioni:

- promuovere la possibilità per la persona con disabilità di richiedere su apposita istanza dell'interessato la stesura del progetto di vita personalizzato, mettendo in rete tutti i luoghi in cui la normativa prevede sia possibile formalizzare la propria richiesta;
- Adeguare il processo di lavoro dell'UVM alle indicazioni contenute nei LEPS e nella Legge 62/2024 ed in particolare:
 - monitorare i progetti e il loro sviluppo per tutto il percorso;
 - applicare gli strumenti di valutazione previsti dalla norma dell'ICF e dell'ICD;
 - analizzare, ed eventualmente applicare, gli strumenti di lavoro prodotti al termine del percorso formativo sulla valutazione di impatto gestito da ATS Milano - Città Metropolitana;
 - garantire la partecipazione della componente sanitaria in tutte le sedute e il coinvolgimento di tutti i servizi coinvolti sul caso.
- Prevedere occasioni di aggiornamento e formazione specifica rivolti agli operatori del personale ASST, Ambito e Comuni e la condivisione e sperimentazione di prassi comuni su Progetto di Vita e Budget di Salute.
- Estendere l'esperienza del Centro per la Vita Indipendente anche al territorio dell'Ambito di Sesto per offrire alle persone con disabilità un supporto alla progettazione personalizzate. Nel 2025 è previsto - anche grazie alla partecipazione all'avviso pubblico per la manifestazione di interesse per l'individuazione dei Centri per la Vita Indipendente legge regionale n.25/2022, DGR XII/984/2023 e decreto del 11/06/2024 finalizzato all'approvazione dei progetti "Centro per la Vita Indipendente" - l'avvio del servizio, oggi presente nell'Ambito di Cinisello, anche su Sesto. Questa azione era già presente nella scorsa programmazione ma non è stata realizzata ma solo progettata e viene pertanto riproposta anche alla luce delle nuove normative. Tale iniziativa si dovrà connettere con le attività con la progettazione e attuazione del PUA - Punto unico di accesso, come evidenziato nell'Accordo di programma. L'attivazione del Centro per la Vita Indipendente sul territorio dell'Ambito avverrà con risorse a valere sul FNPS.
- Intensificare la collaborazione con il "Nucleo operativo disabilità adulta" NODA che svolge azioni di tipo consulenziale e di presa in carico della persona disabile rispetto a problematiche sanitarie con particolare attenzione al passaggio dall'età evolutiva all'età adulta e con il Servizio Disabilità Adulta Complessa ASST Nord Milano – P.O. Sesto San Giovanni.

Gli indicatori sono:

N. progetti di vita sottoscritti nel 2025

N. progetti di vita sottoscritti nel 2026

N. progetti di vita sottoscritti nel 2027

Risultato atteso: incremento del 10% ogni anno

Numero consulenze effettuate dal Centro per la vita indipendente (sia a persone con disabilità che ai Servizi Sociali Comunali).

Modellizzazione del processo di lavoro.

3. CONTRASTO ALL'ISOLAMENTO SOCIALE E PROMOZIONE DELL'INVECCHIAMENTO ATTIVO

Come richiamato nelle linee di indirizzo per la nuova programmazione, l'invecchiamento della popolazione è un dato consolidato che richiede una costante revisione e ammodernamento degli interventi a favore della popolazione anziana. Si tratta, inoltre, di investire su nuove politiche per l'invecchiamento e la longevità tenendo conto dei bisogni - diversificati in relazione alle diverse fasi della vita oltre i 65 anni - e delle potenzialità associate al progresso della medicina e dello stato di salute della popolazione.

Con l'approvazione del D.Lgs. n. 29/2024, recante disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33 vengono promosse la dignità e l'autonomia, l'inclusione sociale, l'invecchiamento attivo e la prevenzione della fragilità della popolazione anziana. Dal punto di vista formale questo è il primo provvedimento organico sul tema e mira a "superare l'approccio assistenzialista in favore di una visione proattiva dell'anzianità quale risorsa per la famiglia e la comunità e a promuovere un approccio attivo e partecipativo nella famiglia e nella comunità, sostenendo interventi per l'invecchiamento attivo ed una positiva interazione tra le generazioni".

Con la DGR 2168/2024 Regione Lombardia ha definito le sue linee strategiche che identificano come obiettivo primario la costruzione di una rete di sistema condizione essenziale per realizzare le "comunità per la longevità", fondate sulla valorizzazione dell'anziano nel contesto familiare e sulla promozione del suo protagonismo, scommettendo su interventi intergenerazionali. In questo senso le linee individuano negli anziani a rischio di vulnerabilità i destinatari principali degli interventi. Le aree d'azione prioritarie sono tre:

- socializzazione e inclusione sociale, con iniziative volte a contrastare isolamento sociale e solitudine dell'anziano, mantenendo e favorendo legami sociali anche attraverso sostegno e/o sviluppo di spazi dedicati (caffè e sport "sociali", spazi pubblici di svago e gioco "multigenerazionali", quartieri solidali, ...);
- autonomia e benessere, con interventi finalizzati a promuovere l'autonomia della persona sotto il profilo della salute, contrastando processi di decadimento psico-fisico con misure mirate anche di natura individuale - interventi domiciliari di tipo socioeducativo, telefonia e custodia sociale, aiuto intergenerazionale, competenze circa nuove tecnologie;
- partecipazione e cittadinanza attiva, con previsione di attività che vedono gli anziani protagonisti in azioni di natura civica e solidaristica, sia rivolte ad altri anziani che a cittadini di altre età, nei settori dell'istruzione, della cultura, della manutenzione e della custodia beni naturali.

Ad oggi la tematica dell'invecchiamento attivo sul territorio dell'Ambito è trattata a livello di singolo Comune e si concentra prevalentemente su due assi:

1. attività sociali e culturali che si svolgono in prevalenza presso i Centri Anziani e l'Università della terza Età.
2. Promozione dell'attività fisica e sport con gruppi di cammino, yoga, corsi di ginnastica dolce.

Per il prossimo triennio si lavorerà nelle seguenti direzioni:

- supportare l'alfabetizzazione informatica attraverso la figura del facilitatore

- per il corretto uso dei dispositivi digitali;
- valorizzare, nell'ambito degli interventi al domicilio, le iniziative volte a contrastare l'isolamento (consegna alimenti e medicine, compagnia, monitoraggio telefonico, presidio nel periodo estivo ecc.);
- promuovere stili di vita sani e occasioni di aggregazione attraverso iniziative di educazione alimentare e la costituzione di gruppi di cammino e di ginnastica antalgica all'interno di micro-realtà territoriali di quartiere e/o condominiali;
- attivare incontri per la promozione di stili di vita sani sui temi dell'alimentazione corretta, del movimento, della sicurezza domestica e sull'uso adeguato di farmaci in collaborazione con ASST Nord Milano;
- presidiare la popolazione anziana durante il periodo estivo in quanto particolarmente esposta alle ondate di calore in collaborazione con ASST e la rete territoriale.

Indicatori di realizzazione:

- 1) progetti realizzati sul tema del contrasto all'isolamento;
- 2) Attività realizzate nell'ambito dell'Emergenza Caldo;
- 3) Iniziative realizzate sul tema dell'educazione alla salute;
- 4) Gruppi di cammino attivati.

POLITICHE PER LA SALUTE MENTALE

1. I DATI DI CONTESTO

Il tema della salute mentale e della presa in carico delle persone con problemi psichiatrici è un argomento prioritario e sfidante; l'integrazione tra i servizi sociosanitari, i servizi sociali di base e il privato sociale è strategica ed essenziale per rispondere ai complessi e molteplici bisogni dell'utenza.

I dati e le informazioni statistiche che seguono sono riferiti agli utenti trattati dai servizi psichiatrici territoriali e hanno l'obiettivo di offrire un quadro sulla salute mentale nel territorio dell'Ambito di Sesto San Giovanni. I dati sulle diagnosi si riferiscono pertanto alla casistica diagnosticata in seguito all'accesso ai servizi; ne consegue che il dato epidemiologico risulta essere un indicatore indiretto e filtrato sulle reali condizioni di salute mentale nel territorio, poiché non sono registrate le informazioni relative ai cittadini che non si presentano ai Servizi UOC Psichiatria e presentano condizioni ascrivibili al disagio psichico. Sulla base delle stime prodotte da studi epidemiologici nazionali e internazionali è ragionevole ritenere che i dati di incidenza trattata, prodotti a livello territoriale, siano pertanto una sottostima della condizione reale.

A prescindere da ciò i dati relativi agli utenti trattati sono comunque molto significativi sia per comprendere le caratteristiche sia per offrire uno strumento conoscitivo per i diversi soggetti istituzionali responsabili della definizione ed attuazione delle politiche sociali e sanitarie del settore psichiatrico, per gli operatori, i malati e le loro famiglie. I dati di prevalenza di seguito descritti e analizzati si riferiscono quindi alla casistica diagnosticata presso i CPS di Sesto San Giovanni e Cologno Monzese, limitatamente ai cittadini residenti ai quali è stata diagnosticata una patologia psichiatrica.

Per favorire una lettura comparata dei dati è utile richiamare la fotografia effettuata nel 2020 quando gli utenti trattati erano 1522:

Classi di età	numero di persone trattate	% Schizofrenia e sindromi deliranti	% Disturbi dell'umore	% Sindromi nevrotiche	% Disturbi di personalità	% Altra diagnosi
15-24	164	2,4%	1,2%	13,4%	6,7%	76,2%
25-34	165	14,5%	9,1%	23,0%	13,9%	38,8%
35-44	216	17,1%	9,7%	25,5%	15,3%	31,5%
45-54	388	25,3%	14,7%	19,3%	17,3%	22,9%
55-64	311	21,5%	17,1%	23,2%	16,7%	20,9%
65+	278	19,1%	21,9%	22,7%	7,6%	28,8%
Totale	1.522	18,6%	13,9%	21,4%	13,6%	32,2%

Ad ottobre 2024, secondo i dati forniti dal CPS, le persone trattate sono 2067 così suddivise per fasce di età e per diagnosi:

Classi di età	numero di persone trattate	% Schizofrenia e sindromi deliranti	% Disturbi dell'umore	% Sindromi nevrotiche	% Disturbi di personalità	% Altra diagnosi
15/24	255	5,10	9,41	32,16	21,57	31,76
25/34	259	13,13	12,74	34,36	17,76	22,01
35/44	251	27,09	16,73	28,69	15,94	11,55
45/54	467	30,84	12,63	31,05	11,99	13,49
55/64	425	22,35	21,18	33,88	13,65	8,94
65+	411	21,41	26,76	29,68	5,84	16,30
Totale	2068	21,38%	17,32%	31,64%	13,50%	16,21%

I dati indicano che, nel 2024, il numero maggiore di casi osservati sia compreso nei raggruppamenti diagnostici delle sindromi nevrotiche e della schizofrenia/sindromi deliranti. Per le sue caratteristiche questa ultima categoria rappresenta, dal punto di vista clinico, l'utenza che richiede il maggior numero di interventi e di intensità di cura e assistenza, oltre che tempi notevolmente più lunghi per il raggiungimento di risultati positivi anche parziali. Anche le sindromi nevrotiche presentano, oggi, tratti di maggiore gravità rispetto al passato.

Rispetto alla distribuzione delle patologie per fasce di età, espresse in termini percentuali, non si evidenziano scostamenti significativi rispetto al 2020.

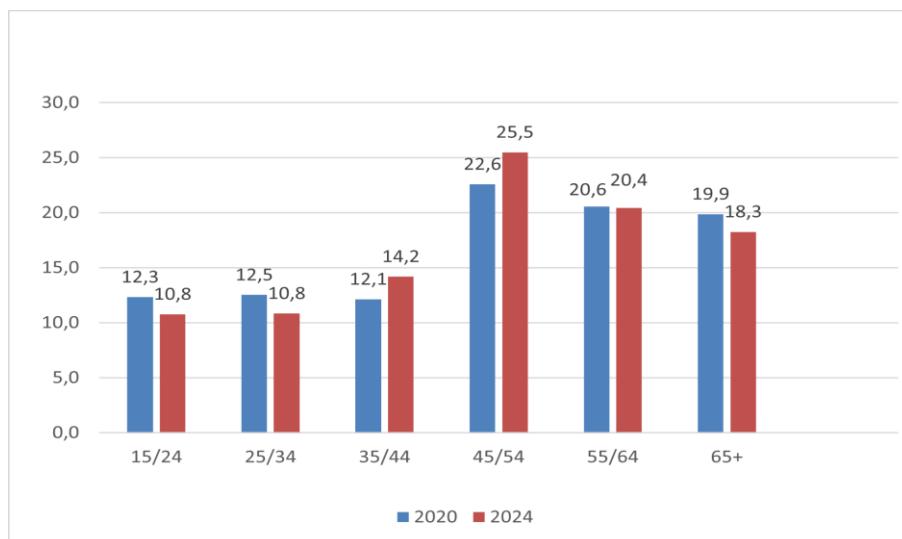


Grafico 1. Pazienti in carico nel 2020 e nel 2024 al CPS suddivisi per fasce di età.

Come si evince anche dall'indagine sul disagio psichico nell'Agenzia di Tutela della Salute di Milano (ATS-MI) a cura UOC Unità di Epidemiologia il fenomeno della sofferenza psichica è pervasivo, colpisce ogni fascia di età, sesso, posizione sociale e ha ricadute importanti non solo sulla persona che la sperimenta ma anche sulla sua famiglia e sulla società, determinando con frequenza una significativa disabilità. D'altro canto, la malattia mentale quando viene trattata è soggetta a guarigione o a cospicui miglioramenti e una efficiente organizzazione dei servizi territoriali garantisce un migliore accesso alle cure e percorsi di trattamento efficaci.

Oltre alla lettura dei dati risulta utile riportare alcune criticità e riflessioni di natura più qualitativa:

- I Servizi Sociali segnalano l'aumento delle seguenti problematiche: anziani con anomalie del comportamento, demenze senili, disabili con comorbilità, ritardi mentali. Questa fascia di utenza, in mancanza di altre soluzioni e risposte, viene dirottata verso i servizi psichiatrici, in particolare verso l'SPDC (Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) rappresenta che, come noto, è il luogo contenitivo della crisi per una prima risposta all'acuzie).
- I dati sulle caratteristiche dei percettori delle misure nazionali di supporto al reddito (RDC prima e ADI) elaborati dagli operatori del Servizio indicano la presenza di un numero significativo di persone che presenta comportamenti maladattivi che necessiterebbero di una valutazione clinica.
- Aumenta l'accesso ai servizi della UOC Psichiatria da parte di persone di origine straniera con problemi di uso e abuso di sostanze.
- Rispetto a 10 anni fa, il quadro complessivo degli utenti in carico al CPS presenta profili maggiore gravità.
- Aumentano le violenze intra-familiari perpetrate a carico di persone anziane da parte dei figli, spesso conviventi, che presentano comportamenti anomali anche di rilevanza clinica. Tali nuclei familiari sono, nella maggior parte dei casi, sconosciuti ai Servizi Sociali e vengono segnalati dalla Questura, dalla Polizia di Stato, dalla Polizia Locale o dai vicini di casa.
- Aumenta il numero di persone affette da accumulo compulsivo. Anche in questo caso sono persone non in carico ai Servizi che vengono segnalate all'Amministrazione Comunale, nella maggior parte dei casi, dagli Amministratori di condominio o dai vicini di casa spesso infastiditi ed esasperati dai problemi di igiene connessi alla patologia (cattivo odore, accumuli di oggetti negli spazi comuni, ecc.). Questi cittadini necessiterebbero - oltre che a un intervento di tipo sociale - anche di una presa in carico sanitaria.
- Complessivamente l'offerta di prestazioni sanitarie specialistiche risulta sottodimensionata rispetto al bisogno di cura espresso dai nuclei in carico ai Servizi Sociali comunali.
- Difficoltà di collaborazione nella gestione delle procedure di certificazione della condizione di fragilità per l'accesso all'Assegno di Inclusione per i pazienti in carico al CPS;
- Aumentano – in coerenza con il quadro sociodemografico del territorio – del numero di persone over 65 inserite nelle strutture residenziali per pazienti psichiatrici, sia ad alto sia a basso livello di protezione, per i quali è necessario individuare soluzioni alternative anche tenendo conto che il rientro al domicilio è, nella maggior parte dei casi, non praticabile. Le RSA non sono al contempo attrezzate per accogliere pazienti con patologia psichiatrica.

2. POTENZIARE LA COLLABORAZIONE NELL'AMBITO DEI PERCORSI DI CURA DEI PAZIENTI PSICHIATRICI

Le Amministrazioni Comunali di Sesto e Cologno e l'ASST Nord Milano – nel rispetto delle reciproche e specifiche competenze – collaborano alla gestione della casistica in modo integrato connettendo risorse economiche, umane e progettuali. Azioni programmate:

- Rinnovo per il triennio 2025-2027 della "Convenzione tra l'Ambito Territoriale di Sesto San Giovanni e l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Nord Milano per la gestione del Fondo Sociale a favore dei pazienti psichiatrici". Oggetto della Convenzione è la definizione dei rapporti giuridici ed economici derivanti dall'erogazione del Fondo Sociale a favore dei pazienti in carico alle UOC. Il Fondo viene quantificato annualmente dall'Assemblea dei Sindaci in relazione all'importo del Fondo Nazionale Politiche Sociali assegnato all'Ambito territoriale di Sesto San Giovanni. Lo stanziamento deliberato per le attività relative all'anno 2025 è pari a 30.000,00 euro. La finalità della Convenzione è la promozione dell'inclusione sociale del paziente psichiatrico nella comunità attraverso percorsi di presa in carico che favoriscono l'integrazione, coniugando differenti livelli di intervento in relazione ai bisogni dell'utente e della sua famiglia.
- Messa in atto dei protocolli e identificazione chiara delle responsabilità e delle azioni sociali e sanitarie da attuare per la presa in carico dei pazienti oggi riconducibili all'"area grigia";
- Mantenimento, ove già presenti, e implementazione dei Tavoli di gestione condivisa della casistica con la partecipazione dei Servizi Sociali comunali, i Servizi per la salute mentale e degli uffici di protezione giuridica.
- Promozione sul territorio di momenti di informazione, formazione e sensibilizzazione alla cittadinanza sui temi della salute mentale.

Le suddette azioni prevedono tutte il coinvolgimento di ASST Nord Milano come evidenziato anche nell'Accordo di programma.

3. PROMUOVERE L'INCLUSIONE DEL PAZIENTE PSICHiatrico Nella COMUNITÀ

Gli assi di intervento di seguito indicati si riferiscono alle azioni promosse con le risorse del Fondo Sociale Psichiatria erogato tramite la convenzione. Le azioni pertanto non sono da considerarsi in alcun modo esaustive e rappresentative del sistema di risposte nel suo complesso.

- Tirocinio riabilitativo risocializzante TRR (ai sensi della Delibera Regionale 20.03.2012 n. 3153 – All. A al D.d.u.o del 27.11.2012 n. 20956). L'integrazione sociale dei cittadini in difficoltà a causa di problemi di salute mentale è perseguitibile, anche, attraverso interventi riabilitativi in contesto lavorativo protetto. Tali interventi sono finalizzati a verificare la possibilità di attivare e/o recuperare le abilità (sociali e non) utili all'acquisizione dei livelli di autonomia esercitabili tipicamente nei contesti di lavoro. I progetti riabilitativi individualizzati contengono i termini essenziali del tirocinio e sono condivisi e sottoscritti da tutti gli attori coinvolti.
- Interventi educativi sul territorio: gli interventi educativi rappresentano un valido strumento di sostegno per l'inclusione sociale e l'acquisizione di gradi di autonomia e di competenze utili alla gestione della vita quotidiana.
- Erogazione di contributi mirati al finanziamento di piccole spese urgenti e necessarie coerenti con gli obiettivi della presa in carico. Tali interventi economici hanno l'obiettivo di contribuire al mantenimento e/o rafforzamento dei livelli di autonomia dei beneficiari, unitamente agli altri interventi definiti nel Piano terapeutico.

L'obiettivo è in continuità in precedente triennio di programmazione.

Risorse: Personale ASST, Ambito e Comuni.

Indicatori di valutazione: 1. Numero di utenti coinvolti nelle attività previste nella convenzione; 2. Tipologia di interventi attivati.

POLITICHE ABITATIVE

1. LE POLITICHE ABITATIVE E I PIANI DI ZONA

Con l'approvazione delle Legge 16/2016 "Disciplina Regionale dei Servizi Abitativi" Regione Lombardia ha introdotto importanti cambiamenti che hanno impattato e impattano sulla programmazione Zonale.

Il provvedimento regionale costituisce un riferimento unico e completo per la normativa regionale in tema di edilizia residenziale pubblica e housing sociale, che sostituisce il previgente Testo unico delle leggi regionali in materia di edilizia residenziale pubblica, di cui alla L.r. 27/2009.

La Legge individua misure per sostenere l'accesso all'abitazione delle categorie sociali che incontrano difficoltà nel libero mercato e per definire le modalità per la costruzione dell'offerta abitativa in modo da fornire una adeguata risposta alla domanda. L'offerta è prioritariamente costruita sulla base del pieno utilizzo del patrimonio esistente, piuttosto che con la previsione di nuove unità abitative.

La norma apporta alcuni elementi innovativi alle leggi previgenti, definendo la struttura dell'intero sistema regionale dei servizi abitativi, mediante l'individuazione e la disciplina di specifiche categorie, consistenti in: servizi abitativi pubblici (SAP), inerenti per la realizzazione e la gestione dell'edilizia residenziale pubblica; servizi abitativi sociali (SAS), relativi all'offerta e alla gestione degli alloggi sociali; azioni per sostenere l'accesso e il mantenimento dell'abitazione, consistenti nelle misure finalizzate al sostegno della domanda.

L'attuazione delle misure relative a ciascuna delle categorie disciplinate nel provvedimento è supportata da una previsione di stanziamento di risorse finanziarie per i prossimi tre anni. Con riferimento ai servizi abitativi pubblici e sociali, la norma disciplina anche i ruoli e le competenze delle ALER locali, dei Comuni e dei privati che vogliono intervenire nella gestione delle unità abitative dei servizi abitativi pubblici e sociali.

La legge riduce il costo della locazione sociale, in quanto stabilisce una soglia economica massima in base al reddito del nucleo familiare che comprende non solo il canone di locazione, ma anche le spese per i servizi comuni.

Si attua un modello d'intervento caratterizzato dalla programmazione della gestione dell'emergenza abitativa, attraverso l'analisi dell'offerta abitativa e la messa a disposizione di un quantitativo annuale di alloggi sociali (10%) da assegnare con provvedimento motivato d'urgenza da parte dei Comuni comunicato alla Regione e dall'assegnazione temporanea degli alloggi per un tempo sufficiente (12 mesi) affinché il nucleo familiare trovi la sistemazione più idonea alle proprie necessità.

Vengono indicate le azioni per sostenere l'accesso ed il mantenimento dell'abitazione riguardano il mercato abitativo privato e i servizi abitativi sociali e comprendono le forme di aiuto ai nuclei familiari in condizioni di morosità incolpevole e le azioni volte a favorire la proprietà dell'alloggio nel comune in cui il richiedente ha la residenza anagrafica.

Nel 2021 sono state approvate le Leggi Regionali 7/2021 "Legge di semplificazione 2021" e 8/2021 "Prima legge di revisione normativa ordinamentale 2021" con l'obiettivo di rivedere la L.R. 16/2016, nel rispetto dell'impianto complessivo, al fine di accelerare le assegnazioni e aumentare le tutele, soprattutto in questo momento di difficoltà economica.

È il Regolamento n. 4 approvato il 4/8/2017 "Disciplina della programmazione dell'offerta abitativa pubblica e sociale e dell'accesso e della permanenza nei servizi abitativi pubblici" ad introdurre elementi di notevole impatto per la programmazione zonale. All'articolo 2) si legge:

1. La programmazione dell'offerta abitativa pubblica e sociale è la modalità attraverso la quale si realizza il sistema regionale dei servizi abitativi di cui all'articolo 1 della L.R. 16/2016. L'Ambito territoriale di riferimento della programmazione coincide con l'Ambito territoriale del Piano di Zona di cui all'articolo 18 della Legge Regionale 12 marzo 2008, n. 3 (Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale).

2. Gli strumenti della programmazione dell'offerta abitativa pubblica e sociale di competenza dei Comuni sono:

- a) il Piano triennale dell'offerta dei servizi abitativi pubblici e sociali;
- b) il Piano annuale dell'offerta dei servizi abitativi pubblici e sociali.

Il Piano triennale dell'offerta dei servizi abitativi pubblici e sociali persegue l'obiettivo prioritario dell'integrazione delle politiche abitative con le politiche territoriali e di rigenerazione urbana, le politiche sociali, le politiche dell'istruzione e del lavoro dei Comuni appartenenti all'ambito territoriale di riferimento. A tal fine, il piano si integra con le politiche territoriali previste dai piani di governo del territorio (PGT) dei Comuni appartenenti all'ambito e, in particolare, con le disposizioni contenute nei documenti di piano e nei piani dei servizi, nonché con il corrispondente Piano di Zona in relazione alle politiche sociali.

Il Piano triennale:

- definisce il quadro conoscitivo del territorio ricompreso nell'ambito territoriale di riferimento, attraverso un'analisi sistematica dei suoi caratteri, funzionale alla predisposizione di strategie adeguate alle esigenze ed alle diverse realtà e al rapido evolversi delle dinamiche territoriali;
- definisce il quadro ricognitivo e programmatico dell'offerta abitativa, sulla base dell'indagine sul sistema socioeconomico e demografico della popolazione anche attraverso l'analisi delle dinamiche e caratteristiche della popolazione, delle forme di organizzazione sociale, delle specificità culturali e tradizionali, degli stili di vita della popolazione, del sistema dei servizi, delle criticità, delle potenzialità del territorio e delle opportunità che si intendono sviluppare;
- determina il fabbisogno abitativo primario da soddisfare;
- definisce la consistenza del patrimonio immobiliare destinato ai servizi abitativi pubblici e sociali, rilevato attraverso l'anagrafe regionale del patrimonio, e quantifica le unità abitative destinate ai servizi abitativi pubblici e sociali prevedibilmente disponibili nel triennio di riferimento, considerando il normale avvicendamento dei nuclei familiari e la prevista conclusione dei lavori riguardanti le unità abitative ricomprese in piani e programmi di nuova edificazione, ristrutturazione, recupero o riqualificazione;
- individua le strategie e gli obiettivi di sviluppo dell'offerta dei servizi abitativi pubblici e sociali;
- definisce le linee d'azione per il contenimento del disagio abitativo e per il contrasto dell'emergenza abitativa, ai sensi dell'articolo 23, comma 13, della L.R. 16/2016;
- definisce le linee d'azione per sostenere l'accesso e il mantenimento

dell'abitazione.

In base all'art. 3, co. 3, del Regolamento Regionale n. 4/2017, è stabilito che: "Al fine della predisposizione del Piano triennale dell'offerta dei servizi abitativi pubblici e sociali, l'Assemblea dei sindaci designa un Comune capofila individuato tra i Comuni dell'ambito territoriale di riferimento. Il piano triennale è approvato, su proposta del Comune capofila, sentita l'Aler territorialmente competente, dalla suddetta assemblea dei sindaci entro il 31 dicembre" e, in base all'art. 28, co. 12 bis – comma che è stato aggiunto dall'art. 19, co. 1, lett. g), del r.r. 8 marzo 2019, n. 3, e poi recentemente modificato dall'art. 14, co. 1, lett. c), del Regolamento Regionale 6 ottobre 2021, n. 6 – è stabilito che: "La disposizione di cui all'articolo 3, relativa all'approvazione del piano triennale dell'offerta dei servizi abitativi pubblici e sociali, si applica a decorrere dall'anno 2022". Ne consegue che il termine per l'adozione del piano triennale è stato posticipato al 31 dicembre dell'anno 2022.

Il Piano annuale dell'offerta dei servizi abitativi pubblici e sociali è lo strumento deputato all'aggiornamento e all'attuazione del piano triennale. Annualmente il Comune capofila avvia, la cognizione delle unità abitative destinate ai servizi abitativi pubblici e sociali che si prevede di assegnare nel corso dell'anno successivo. La cognizione è effettuata attraverso la piattaforma informatica regionale che costituisce lo strumento per la gestione delle procedure di assegnazione delle unità abitative destinate ai servizi abitativi pubblici.

Il Regolamento Regionale n. 6 approvato il 6/10/21 apporta alcune importanti modifiche alla Legge 16/16 e al Regolamento n. 4/2017 che si ritiene utile evidenziare in questa sede:

- Nel Piano annuale si introduce la previsione che, nel determinare gli alloggi destinati a SAT, gli stessi possono essere utilizzati anche per i contratti già stipulati ai sensi dell'articolo 15 del r.r. 1/2004 (assegnazioni in deroga ai requisiti o situazioni di irregolarità amministrativa) nonché dell'articolo 34 comma 8 della l.r. 27/2009 («occupanti» fragili con progetto accompagnamento sociale).
- A seguito della sentenza della Corte costituzionale n. 44/2020 è eliminato il requisito dei cinque anni di residenza o lavoro in Lombardia per presentare domanda;
- Obbligo per il richiedente di indicare nella domanda almeno un'unità abitativa adeguata qualora disponibile, pena l'impossibilità di presentare la domanda stessa;
- il carattere non più vincolante delle preferenze espresse dai richiedenti
- È soppresso l'obbligo per i comuni capofila di pubblicare il primo avviso entro il 28 febbraio di ogni anno.

2. IL PIANO ANNUALE DELL'OFFERTA ABITATIVA

In data 26 giugno 2024 l'Assemblea dei Sindaci, come ogni anno, ha approvato il Documento di programmazione relativo all'anno 2024, per l'assegnazione di unità abitative destinate ai servizi abitativi pubblici disponibili nell'Ambito territoriale di Sesto San Giovanni e Cologno Monzese, localizzate negli stessi territori comunali e rispettivamente di proprietà del Comune di Sesto San Giovanni, del Comune di Cologno Monzese, di Aler Milano (U.O.G. di Sesto San Giovanni).

Il Piano annuale, come previsto dall'art 4, co. 3, del Regolamento regionale deve contenere i dati relativi alla consistenza aggiornata del patrimonio immobiliare destinato ai servizi abitativi pubblici e sociali rilevato attraverso l'anagrafe

regionale del patrimonio e, da tali consistenze, individua:

- le unità abitative destinate rispettivamente ai servizi abitativi pubblici e ai servizi abitativi sociali prevedibilmente assegnabili nell'anno, con particolare riferimento alle unità abitative destinate ai servizi pubblici e sociali che si rendono disponibili nel corso dell'anno per effetto del normale avvicendamento dei nuclei familiari;
- le unità abitative non assegnabili per carenze manutentive;
- le unità abitative destinate rispettivamente ai servizi abitativi pubblici e ai servizi abitativi sociali che si rendono disponibili nel corso dell'anno in quanto previste in piani e programmi di nuova edificazione, ristrutturazione, recupero o riqualificazione attuativi del piano regionale dei servizi abitativi di cui all'art.2, co. 3, della l.r. n. 16/2016.

Di seguito le tabelle riassuntive dei dati sopraindicati:

PATRIMONIO COMUNALE AL 31/12/2023 - COMUNE DI SESTO SAN GIOVANNI				
N. ALLOGGI DESTINATI AI SERVIZI ABITATIVI PUBBLICI E SOCIALI	TOTALE N. 932		SAP	SAT
			926	6
N. ALLOGGI DESTINATI A SAP CHE SI PREVEDE DI ASSEGNARE NEL CORSO DELL'ANNO 2022 PER EFFETTO DEL NORMALE AVVICENDAMENTO DEI NUCLEI FAMILIARI	NUMERO U.I. COMPLESSIVO DISPONIBILI 2024	U.I. LIBERE TURN OVER (*)	U.I. DISPONIBILI PER NUOVE COSTRUZIONI, RISTRUTTURAZIONE RECUPERO, RIQUALIFICAZIONE	U.I. IN CARENZA MANUTENTIVA ASSEGNAZIONI NELLO STATO DI FATTO
			40	20
N. ALLOGGI DESTINATI A SAS CHE SI PREVEDE DI ASSEGNARE NEL CORSO DELL'ANNO 2022	0	0	0	0

PATRIMONIO COMUNALE AL 31/12/2023 - COMUNE DI COLOGNO MONZESE				
N. ALLOGGI DESTINATI AI SERVIZI ABITATIVI PUBBLICI E SOCIALI	TOTALE N. 183		SAP	SAS 8
			169	SAT 6
N. ALLOGGI DESTINATI A SAP CHE SI PREVEDE DI ASSEGNARE NEL CORSO DELL'ANNO 2022 PER EFFETTO DEL NORMALE AVVICENDAMENTO DEI NUCLEI FAMILIARI	NUMERO U.I. COMPLESSIVO DISPONIBILI 2024	U.I. LIBERE E TURN OVER (*)	U.I. DISPONIBILI PER NUOVE COSTRUZIONI, RISTRUTTURAZIONE, RECUPERO, RIQUALIFICAZIONE	U.I. IN CARENZA MANUTENTIVA ASSEGNAZIONI NELLO STATO DI FATTO
			14	3
N. ALLOGGI DESTINATI A SAS CHE SI PREVEDE DI ASSEGNARE NEL CORSO DELL'ANNO 2022	0	0	0	0

PATRIMONIO ALER AL 31/12/2023 NEL COMUNE DI SESTO SAN GIOVANNI				
N. ALLOGGI DESTINATI AI SERVIZI ABITATIVI PUBBLICI E SOCIALI	TOTALE N. 1.447		SAP	SAS
			1403	44
N. ALLOGGI DESTINATI A SAP CHE SI PREVEDE DI ASSEGNARE NEL CORSO DELL'ANNO 2022 PER EFFETTO DEL NORMALE	NUMERO U.I. COMPLESSIVI DISPONIBILI	U.I. LIBERE E TURN OVER (*)	U.I. DISPONIBILI PER NUOVE COSTRUZIONI, RISTRUTTURAZIONE,	U.I. IN CARENZA MANUTENTIVA ASSEGNAZIONI NELLO STATO DI

AVVICENDAMENTO DEI NUCLEI FAMILIARI	2024		RECUPERO, RIQUALIFICAZIONE	FATTO
	37	23	8	6
N. ALLOGGI DESTINATI A SAS CHE SI PREVEDE DI ASSEGNAME NEL CORSO DELL'ANNO 2022	0	0	0	0

PATRIMONIO ALER AL 31/12/2023 NEL COMUNE DI COLOGNO MONZESE				
N. ALLOGGI DESTINATI AI SERVIZI ABITATIVI PUBBLICI E SOCIALI	TOTALE N. 480		SAP	SAS
			458	22
N. ALLOGGI DESTINATI A SAP CHE SI PREVEDE DI ASSEGNAME NEL CORSO DELL'ANNO 2022 PER EFFETTO DEL NORMALE AVVICENDAMENTO DEI NUCLEI FAMILIARI	NUMERO U.I. COMPLESSIVO DISPONIBILI 2024	U.I. LIBERE E TURNOVER (*)	U.I. DISPONIBILI PER NUOVE COSTRUZIONI,, RISTRUTTURAZIONE, RECUPERO, RIQUALIFICAZIONE	U.I. IN CARENZA MANUTENTIVA ASSEGNAVILI NELLO STATO DI FATTO
N. ALLOGGI DESTINATI A SAS CHE SI PREVEDE DI ASSEGNAME NEL CORSO DELL'ANNO 2022	19	10	1	8
	0	0	0	0

(*) Tale dato è ricavato sulla base del normale avvicendamento dei nuclei familiari con riferimento al triennio 2012/2023

Il Piano annuale indica le Unità abitative destinate a servizi abitativi pubblici (SAP) assegnate nel corso dell'anno 2023 attraverso le procedure ordinarie:

- 6 di proprietà del Comune di Sesto San Giovanni;
- 4 di proprietà del Comune di Cologno Monzese;
- 13 di ALER Sesto San Giovanni;
- 6 di ALER Comune di Cologno Monzese.

Non si segnalano ad oggi ricorsi amministrativi avverso i provvedimenti emessi e notificati, che hanno disposto la cancellazione dalle graduatorie, per accertata insussistenza dei requisiti di partecipazione, ovvero il riposizionamento in graduatoria, a seguito degli accertamenti effettuati in ordine alle condizioni dichiarate in domanda dai cittadini richiedenti. L'esito dei procedimenti effettuati, in applicazione della dialettica procedimentale stabilita dalla legge n. 241/1990, con emissione di avvii del procedimento, così come delle richieste di integrazione, notificati attraverso l'ufficio messi del Comune e l'acquisizione dei riscontri documentali al protocollo generale dell'Ente, restituisce, nell'insieme, una difficoltà generalizzata, da parte dei cittadini richiedenti, a riconoscere le condizioni familiari e abitative possedute rispetto alle fattispecie individuate dagli avvisi pubblici in applicazione degli schemi emessi da Regione Lombardia.

Tale situazione, combinata all'obbligo di scorimento delle graduatorie in ordine decrescente di ISBAR e nel rispetto degli alloggi rispettivamente scelti dai richiedenti si è fin qui tradotta negativamente sui tempi di scorimento delle graduatorie. Si considera, su tale aspetto, di assoluta rilevanza la novità regolamentare recentemente introdotta da Regione Lombardia e che viene trattata in questo documento, nel successivo paragrafo dedicato alle nuove disposizioni regionali. Nell'anno 2021, in tutto l'Ambito, non sono state conferite da soggetti privati unità abitative da destinare ai servizi abitativi pubblici e sociali di cui all'art. 4, co. 3, lett. b), n. 4 del regolamento regionale n. 4 / 2017.

Con riguardo alla possibilità di conferimento di unità abitative da parte di soggetti privati prevista dall'art. 4, comma 3, lett. b), n. 4, del Regolamento regionale n. 4/2017 e s.m.i., si attesta che per l'anno 2023 e per l'anno 2024 non sono state rese disponibili unità immobiliari destinate ai servizi abitativi pubblici e sociali.

Per i nuclei familiari in condizioni di indigenza viene confermata la soglia di percentuale del 20 per cento ex lege delle unità abitative disponibili anche per l'anno 2024 per entrambi i comuni.

La soglia percentuale riservata ai nuclei familiari in stato di indigenza per entrambi i comuni dell'Ambito è pari al 20%.

Per l'anno 2024, il Comune di Sesto San Giovanni ha determinato la categoria di particolare e motivata rilevanza sociale di cui all'art. 4, comma 3, della lettera d), del Regolamento regionale n. 4/2017 e s.m.i..

Il Piano annuale prevede inoltre di pianificare le unità abitative inserite nel primo bando dell'anno 2024. Le unità immobiliari destinate sono complessivamente **43** così distribuite: Comune di Sesto San Giovanni n.15, Comune di Cologno Monzese n. 4; Aler in Sesto San Giovanni n.15; Aler in Cologno Monzese n.9.

Il Piano annuale, come indicato all'art. n. 23, co. 13, della Legge Regionale 16/2016 e s.m.i., al fine di contenere il disagio abitativo di particolari categorie sociali in situazione di grave emergenza abitativa, destina una quota, nella misura massima del 10% delle unità abitative disponibili ai **Servizi Abitativi transitori**³.

L'art. 22 del Regolamento regionale n. 4/2017 e s.m.i., disciplina la mobilità degli assegnatari delle unità abitative situate nell'Ambito territoriale del Piano di Zona di riferimento. La norma dispone in materia di mobilità, nei casi dalla stessa prescritti, prevedendo:

- l'individuazione di criteri, condizioni e modalità per l'evasione delle istanze presentate dagli assegnatari aventi diritto;
- la mobilità dai servizi abitativi sociali ai servizi abitativi pubblici.

I cambi alloggiativi disposti rispettivamente dagli Enti proprietari nell'anno 2023 sono stati i seguenti.

4 Comune di Sesto San Giovanni;

3 Comune di Cologno Monzese;

6 ALER Sesto San Giovanni;

2 ALER Comune di Cologno Monzese.

³ Il Comune di Sesto San Giovanni ha approvato con Deliberazione del Consiglio Comunale n. 3 del 22 febbraio 2022 il Regolamento dei Servizi Abitativi Transitori che, ha previsto di procedere con un approccio sperimentale, nell'ottica di misurare l'efficacia dello strumento e delle azioni tecnico-amministrative, conferendo, in prima applicazione, una dotazione annuale di alloggi per il Servizi Abitativi Transitori indicativamente nell'ordine del 10% degli alloggi messi a bando, nello stesso periodo, per i Servizi Abitativi Pubblici e quindi con una previsione complessiva di assegnazioni, per l'anno 2022, di 6 (sei) alloggi.

3. LE MISURE REGIONALI DI SUPPORTO ALL'ABITARE

L'azione di investitura da parte di Regione Lombardia dei Piani di Zona quale luogo di connessione tra le politiche abitative e sociali non si è limitata al solo intervento legislativo. A partire dal 2017, infatti, sono diverse le misure di supporto all'abitare che individuano nell'Ufficio di Piano il soggetto attuatore. In vero i Comuni di Sesto e Cologno - in coerenza con la propria struttura organizzativa e con la propria dotazione di servizi - hanno stabilito di mantenere il focus della gestione delle politiche abitative a livello comunale, riservando all'Ufficio di Piano un ruolo di coordinamento, facilitazione e supporto.

Negli anni 2017-2018- 2019 sono stati assegnati all'Ambito – con DGR n. 6465/2017, n. 606/2018 e 2065/2019 - euro 268.704 finalizzati a sostenere le seguenti Misure:

MISURA 1: Reperire nuovi alloggi nel mercato privato da destinare alle emergenze abitative. Attività previste: affitto diretto e/o intermediato di alloggi temporanei da parte del Comune capofila del Piano di Zona, per gli inquilini residenti in Lombardia, sfrattati o in emergenza abitativa, in attesa di una soluzione stabile. È possibile sostenere le spese per il mantenimento degli alloggi e per programmi di accompagnamento dei soggetti inseriti in tali alloggi.

MISURA 2: Sostenere famiglie con morosità incolpevole ridotta, che non abbiano uno sfratto in corso, in locazione sul libero mercato o in alloggi in godimento o in alloggi definiti Servizi Abitativi Sociali, ai sensi della L. R. 16/2016, art.1 c.6. Attività previste: erogazione di un contributo al proprietario (massimo 2.500 euro anno), a condizione che si impegni a non effettuare lo sfratto per morosità per almeno 12 mesi, a partire dalla data della domanda di contributo, e sia disponibile a non aumentare il canone di locazione per 12 mesi.

MISURA 3: Sostenere temporaneamente nuclei familiari che hanno l'alloggio di proprietà "all'asta", a seguito di pignoramento per mancato pagamento delle rate di mutuo. Attività previste: erogazione di un contributo (massimo 5.000 euro) a favore del nucleo familiare per individuare un alloggio in locazione, anche a libero mercato, per soddisfare le esigenze abitative. Il contributo è volto a coprire le spese per la caparra e le prime mensilità di canone.

MISURA 4: Sostenere nuclei familiari, in locazione sul libero mercato o in alloggi in godimento o in alloggi definiti Servizi Abitativi Sociali (ai sensi della L. R. 16/2016, art.1 c.6) il cui reddito provenga esclusivamente da pensione, in grave disagio economico, o in condizione di particolare vulnerabilità, ove la spesa per la locazione con continuità rappresenta un onere eccessivo (a titolo esemplificativo, il requisito si verifica laddove la spesa per il canone sia superiore al 30% del reddito, ma potrà essere più puntualmente definito nei provvedimenti dei singoli enti, secondo criteri rispondenti a situazioni territoriali specifiche). Attività previste: erogazione di un contributo (massimo di 1.500 euro) al proprietario (anche in più tranches), a scompenso dei canoni di locazione futuri, a fronte di un impegno a non aumentare il canone per 12 mesi o a rinnovare il contratto alle stesse condizioni se in scadenza.

MISURA 5: Incrementare il numero di alloggi in locazione a canone concordato o comunque inferiore al mercato, tramite un contributo ai proprietari, per la sistemazione e messa a disposizione di alloggi sfitti. Attività previste: erogazione di un contributo (massimo di 4.000 euro) a fondo perduto al proprietario, a scompenso di spese per la realizzazione di interventi di sistemazione, manutenzione e messa a norma dell'alloggio sfitto, previa sottoscrizione di un accordo tra le parti, in modo da favorire la mobilità locativa di nuclei familiari in difficoltà sul libero mercato.

A seguito della pubblicazione delle Delibere di Giunta regionale che assegnano e finalizzano le risorse, l'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito approva l'adesione, suddivide le quote tra i due comuni e stabilisce quale delle sopra descritte misure finanziarie e in che quantità. È infatti facoltà degli Ambiti/Comuni stabilire se utilizzare il finanziamento per tutte le misure o solo per alcune, sulla base degli specifici bisogni territoriali. L'attivazione delle suddette avviene attraverso la pubblicazione di Avvisi Pubblici.

In Consequenza dell'emergenza sanitaria, e in considerazione della crisi economica da essa generata, Regione Lombardia ha stabilito di destinare le risorse a misure di sostegno al mantenimento dell'alloggio in locazione anche a seguito di difficoltà economiche derivanti dall'emergenza sanitaria attraverso l'attuazione di una **MISURA UNICA**. Le caratteristiche della Misura sono:

Obiettivo: Sostenere nuclei familiari in locazione sul libero mercato (compreso canone concordato) o in alloggi in godimento o in alloggi definiti Servizi Abitativi Sociali (ai sensi della L.r. 16/2016, art.1 comma.6) in disagio economico, o in condizione di particolare vulnerabilità.

Attività previste: erogazione di un contributo al proprietario (anche in più tranches) per sostenere il pagamento di canoni di locazione non versati o da versare.

Massimale di contributo: fino a 4 mensilità di canone e comunque non oltre €1.500,00 a contratto.

Destinatari: I nuclei familiari supportati devono possedere i seguenti requisiti: non essere sottoposti a procedure di rilascio dell'abitazione; non essere proprietari di alloggio adeguato in Regione Lombardia; avere un ISEE max fino a € 26.000,00; avere la residenza in un alloggio in locazione, con regolare contratto di affitto registrato, da almeno 6 mesi alla data di presentazione della domanda.

L'accesso avviene tramite avvisi pubblici.

Annualità	DGR di Assegnazione	Risorse assegnate
2020	n. 3008/2020, n. 3222/2020, n. 3664/2020	euro 490.574,00
2021	n. 4678/2021 n. 5324/2021	euro 489.173,00
2022	n. 6491/2022 n. 6970/2022	euro 614.824,00
2023	n. 1001/2023	euro 42.546,00

4. LE ESPERIENZE DI COHOUSING AVViate SUL TERRITORIO DELL'AMBITO

Come anticipato al Capitolo III – Prima sezione – “Politiche per la povertà” dal mese di ottobre 2023 sono state avviate, grazie alle risorse del PON Inclusione, le prime due esperienze di cohousing realizzate con differenti modalità nei due Comuni.

Il Comune di Sesto, che ha predisposto un progetto di accoglienza temporanea con scadenza trimestrale rinnovabile, ha messo a disposizione un grande appartamento a piano rialzato con balcone completamente arredato e ristrutturato con una cucina, una sala da pranzo da condividere, tre stanze e due bagni per accogliere un massimo di tre uomini soli. L'inserimento ha previsto la definizione di un progetto di inclusione personalizzato – supportato da personale socioeducativo – e la sottoscrizione di un contratto/accordo contenente le regole di convivenza.

Il Comune di Cologno Monzese ha gestito l'accoglienza con contratto biennale SAT rinnovabile e obbligo di adesione agli interventi educativi; l'ampio appartamento con due stanze due bagni e una cucina condivisa ha accolto per alcuni mesi due nuclei fragili per i quali la convivenza si è dimostrata abbastanza problematica nonostante il forte intervento educativo a supporto.

Queste due prime esperienze di coabitazione, che hanno rappresentato a tutti gli effetti una sperimentazione per il territorio, sono state di complessa gestione ma hanno anche evidenziato diversi punti di forza. Il lavoro di affiancamento educativo - molto utile anche per sedare alcuni conflitti tra conviventi – è stato un elemento determinante nella buona riuscita dei percorsi, così come la definizione dell'accordo di convivenza che individua regole e raccomandazioni a cui tutti si devono attenere: è condizione imprescindibile per definire i confini entro i quali è possibile agire gli interventi educativi e gestire tempi e modalità di permanenza.

Nell'estate del 2024 – sul territorio di Sesto – sono stati destinati al cohousing altri due appartamenti: uno dedicato a mamme e bambini e l'altro a persone anziane (uomini). L'obiettivo è quello di consolidare tali esperienze e di verificarne la riproducibilità.

AZIONI TRASVERSALI

1. LEPS: SUPERVISIONE DEI SERVIZI SOCIALI

Il Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 - come anticipato al “Capitolo 1 – La nuova programmazione e l’attuazione dei LEPS” – individua, tra i Livelli Essenziali delle Prestazioni, la Supervisione degli operatori sociali.

La riflessione sull’importanza della supervisione nell’azione professionale e sulle competenze dell’assistente sociale, ed in generale degli operatori sociali, è largamente presente in letteratura. Si caratterizza come processo di supporto alla globalità dell’intervento, come accompagnamento di un processo di pensiero, di rivisitazione dell’azione professionale ed è strumento per sostenere e promuovere l’operatività complessa degli operatori. È uno spazio e un tempo dove ritrovare, attraverso la riflessione guidata e il confronto di gruppo, una distanza equilibrata dall’azione, per analizzare con lucidità affettiva sia la dimensione emotiva, sia la dimensione metodologica dell’intervento per ricollocarla in una prospettiva corretta, con spirito critico e di ricerca.

L’oggetto del processo di supervisione professionale è fortemente connesso alla qualità tecnica degli interventi; l’obiettivo primario è il miglioramento delle prassi di lavoro.

La relazione di supervisione ha come fondamento un rapporto empatico, di stima e di fiducia, si connota come sostegno e non giudizio ed è costruita sulla riservatezza su quanto emerge dal confronto all’interno del setting. L’attività consiste nell’analisi delle pratiche professionali messe in atto dagli assistenti sociali e in generale dagli operatori sociali; il gruppo attiva una riflessione sul piano metodologico, valoriale, deontologico e relazionale. L’approfondimento svolto è orientato a esplicitare i processi di pensiero soggiacenti alle scelte operate e alle azioni attivate e ad evidenziare problemi e alternative d’intervento.

Il presupposto dal quale iniziare un processo formativo attraverso la supervisione è l’individuazione delle “pratiche professionali messe in atto” che riconquistano senso e significato professionale, individuale e collettivo per contrastare, innanzitutto, forme di burocratizzazione dell’intervento professionale. Il fenomeno è ben conosciuto nei servizi: si manifesta con la ripetizione di azioni finalizzate al rispetto formale di pratiche burocratiche, frutto di conoscenze non più idonee all’analisi della complessa realtà sociale proposta dai fruitori dei servizi. La supervisione ha lo scopo di aiutare il supervisionato ad assumere al meglio le funzioni esercitate nei confronti delle persone e dell’organizzazione, a sostenere un esame critico della propria attività, nella consapevolezza della pluralità dei metodi e dei percorsi possibili per la risoluzione dei problemi.

L’obiettivo generale è la garanzia di un Servizio sociale di qualità attraverso la messa a disposizione degli operatori di una strumenti che ne garantiscano il benessere e ne preservino l’equilibrio. Nello specifico gli obiettivi sono:

- Rafforzamento della identità professionale individuale;
- Elaborazione dei vissuti emotivi degli assistenti sociali e in generale degli operatori sociali;
- Ristrutturazione degli strumenti relazionali e comunicativi;

- Ridimensionamento della tendenza al fare e alla concretezza dei bisogni, sostenendo l'acquisizione o il consolidamento di competenze riflessive e autoriflessive;
- Sostegno al desiderio e al bisogno di prospettive, nella direzione della valorizzazione delle competenze, anche di programmazione, della professione;
- Dare spazio, attraverso l'esperienza di gruppo, alla riflessione condivisa;
- Valorizzazione, attraverso la possibilità di raccontarsi, delle strategie adottate, delle buone pratiche messe in atto, delle capacità di problem solving utilizzate;
- Orientamento dell'attività alla raccolta di dati e di stimoli, anche come base per future iniziative di sistematizzazione delle conoscenze e delle esperienze e ricerca.

Per lo svolgimento del compito complesso che gli è affidato, è necessario che il supervisore possieda alcune caratteristiche fondamentali in relazione anche al gruppo dei supervisionati. In generale il supervisore, che può essere esterno all'organizzazione, deve:

- appartenere alla stessa professione del gruppo di supervisionati in modo da favorire il rafforzamento dell'identità professionale degli operatori in percorsi di riflessione sull'azione professionale;
- aver seguito percorsi formativi per diventare formatore e supervisore;
- possedere una capacità pedagogica e una attitudine formativa
- aver approfondito i fondamenti teorici, metodologici ed etico-deontologici della professione e, in generale, del servizio sociale.

Il supervisore di un gruppo composto da assistenti sociali deve essere in possesso del titolo di studio richiesto per l'iscrizione all'Albo degli Assistenti Sociali, essere regolarmente iscritto all'Albo degli Assistenti sociali, essere in possesso di tutti i requisiti di legge per l'esercizio della professione, con particolare riferimento agli adempimenti previsti dal D.P.R. 137/2012, aver maturato una comprovata esperienza nel lavoro sociale ed un'adeguata esperienza nella supervisione di assistenti sociali. Il supervisore può essere esterno all'organizzazione.

La supervisione di tipo organizzativo rivolta alle équipe interprofessionali può essere condotta da ciascuna delle categorie professionali presenti nell'équipe purché esterno ed in possesso dei previsti requisiti e di adeguata formazione ed esperienza. Il supervisore deve essere individuato per la competenza sulla tematica/ambito di intervento specifici e in possesso dei previsti requisiti e di adeguata formazione ed esperienza.

L'azione del supervisore è vincolata al segreto professionale ed al rispetto del Codice deontologico della professione di appartenenza. Il supervisore è tenuto a rendere una relazione finale ai committenti in cui indica, laddove presenti ed in accordo con il gruppo, criticità o problematiche rilevate.

Il livello essenziale deve articolarsi in:

- un obbligo per l'ente datore di lavoro di fornire, direttamente o per il tramite dell'Ambito, la supervisione per l'assistente sociale e per l'operatore sociale che svolge le funzioni di servizio sociale professionale.
- un diritto-dovere di supervisione professionale per il professionista che svolge le funzioni di servizio sociale professionale di competenza

dell'Ambito sia in gestione diretta che in gestione esternalizzata. La supervisione costituisce uno spazio che produce apprendimento non solo di soluzioni per l'oggetto di discussione, ma anche di un metodo riflessivo che il professionista potrà riutilizzare in autonomia o in gruppi autogestiti di colleghi. In questo senso è un intervento che risponde alla logica della continuità, perché deve accompagnare nel tempo il professionista.

La supervisione monoprofessionale può svilupparsi come attività individuale e/o di gruppo e/o per area di lavoro (es. area minori, area adulti, ecc.). Essa può svolgersi sia in presenza, che con modalità telematica a distanza, in particolare con riferimento ad aree territoriali nelle quali la presenza di operatori sociali è meno concentrata. Nella supervisione in gruppo monoprofessionale, questo dovrà essere composto da un numero indicativo massimo di 15 di operatori sociali supervisionati. Gli incontri di supervisione non possono avere una durata inferiore alle 2 ore.

Il Livello essenziale fissa un monte ore minimo che ogni anno deve essere garantito in primis alle Assistenti Sociali e più in generale a tutto il personale del Servizio Sociale.

1	SUPERVISIONE MONOPROFESSIONALE DI GRUPPO DEGLI ASSISTENTI SOCIALI	16 ORE ANNO
2	SUPERVISIONE MONOPROFESSIONALE INDIVIDUALE DEGLI ASSISTENTI SOCIALI*	15 ORE ANNO
3	SUPERVISIONE DI EQUIPE MULTIPROFESSIONALE	6 ORE ANNO

*15 ore per gruppo di lavoro

Al finanziamento dell'attività, nella prospettiva del suo riconoscimento come LEPS, concorrono 42 milioni a valere sull'orizzonte del PNRR, specificamente previsti nell'ambito di una delle azioni finanziate a valere sul progetto dell'area M5C2 Investimento 1.1: Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti - Sub investimento 1.1.4 Rafforzamento dei servizi sociali e prevenzione del fenomeno del burn-out degli operatori sociali.

L'Ambito di Sesto San Giovanni ha ottenuto un finanziamento di euro 210.000,00 per la realizzazione delle attività di Supervisione, sviluppate secondo la logica prevista dai LEPS ovvero:

- Supervisione Monoprofessionale di gruppo degli Assistenti Sociali (monte ore complessivo stimato 600 ore);
- Supervisione Monoprofessionale individuale degli Assistenti Sociali (monte ore complessivo stimato 800 ore);
- Supervisione di equipe Multiprofessionale (monte ore complessivo stimato 600 ore).

In considerazione:

- dell'elevato numero di personale coinvolto – complessivamente i destinatari convolti nelle attività sono circa 45;
- delle differenze organizzative presenti nei due Comuni;
- del coinvolgimento anche del personale in appalto impiegato nel Servizio Sociale;
- dei limiti numerici fissati dalla norma rispetto alla dimensione dei gruppi di lavoro - massimo 15 partecipanti

sono state attivati dieci gruppi di supervisione suddivisi sia per provenienza territoriale sia per area di competenza.

Servizio Minori e famiglia Comune Sesto San Giovanni

- **1** gruppo monoprofessionale Assistenti Sociali;
- **2** gruppi multiprofessionali che includono anche il personale educativo e gli Psicologi;

Servizio Disabili e Anziani Comune Sesto San Giovanni:

- **1** gruppo monoprofessionale Assistenti Sociali – progettazione individuale e vita indipendente per le persone con disabilità;
- **1** gruppo monoprofessionale Assistenti Sociali – Area Adulti, Anziani e Salute mentale;
- **1** gruppo multiprofessionali che include anche il personale educativo e gli Psicologi - Area Adulti, Disabili, Anziani e Salute mentale;

Servizio Sociale Cologno:

- **1** gruppo monoprofessionale AS;
- **1** gruppo multiprofessionali che include anche il personale educativo e gli Psicologi;

Servizio Assegna di Inclusione (gestito in forma associata)

- **1** gruppo monoprofessionale AS;
- **1** gruppo multiprofessionali che include anche il personale educativo e gli Psicologi.

Il progetto si concluderà a marzo del 2026, la prosecuzione delle attività – anche se in forma ridotta – sarà finanziata a valere sul FNPS.

2. ADEGUAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI DEI COMUNI

La precedente programmazione, fortemente influenzata dalla pandemia e dall'utilizzo intensivo degli strumenti digitali per sopperire alle limitazioni imposta da lock down e misure di isolamento, aveva posto l'accento sul ruolo della digitalizzazione nel campo delle politiche socioassistenziali. I primi interventi progettati dagli Ambiti hanno toccato diversi aspetti cruciali – interoperabilità dei dati, formazione del personale, digitalizzazione degli accessi e dei servizi, interventi di alfabetizzazione dell'utenza – ma diverse difficoltà hanno, di fatto, ostacolato o limitato la realizzazione di queste azioni.

In questa triennalità, in relazione alla definizione e messa a sistema dei LEPS, si ritiene prioritario che gli Ambiti rinnovino il loro impegno per la sistematizzazione dei percorsi e dei processi di digitalizzazione. In particolare, gli interventi di digitalizzazione devono essere considerati strutturalmente trasversali a tutte le aree e gli indirizzi di lavoro.

Si precisa che a partire dal 2019 le risorse del Fondo Povertà possono essere impiegate, fino ad un massimo del 2% del totale delle risorse assegnate, per un eventuale adeguamento dei sistemi informativi dei Comuni, singoli o associati, ai fini della interoperabilità con la piattaforma per il coordinamento dei Comuni. Si precisa che sono finanziabili i costi per l'adeguamento dei sistemi informativi dei Comuni funzionali all'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, di cui all'art 4, comma 13, del DL 4/2019.

Ad oggi l'adeguamento dei sistemi informativi è stato gestito a livello di singolo Comune.

Il Comune di Sesto San Giovanni ha avviato nel 2024 un tavolo di coprogettazione con il personale tecnico, amministrativo e con gli informatici del Settore ICT per definire il percorso di lavoro finalizzato all'adozione della Cartella Sociale Informatizzata, in coerenza con le indicazioni contenute nelle "Linee Guida della Cartella Sociale Informatizzata Manuale degli indicatori" approvate con DGR 2457/2019.

L'analisi organizzativa preliminare si è conclusa dopo l'estate. In questo momento, in una serie di incontri, la società incaricata della fornitura del software sta accompagnando il personale nella fase di start-up.

L'inserimento di questo nuovo strumento ha reso necessario un rinnovamento delle postazioni di lavoro in quanto i personal computer in dotazione non potevano supportare adeguatamente il programma – tale ammodernamento è avvenuto grazie alle risorse del Fondo Povertà.

L'investimento per l'acquisto della Cartella Sociale e dei relativi servizi di assistenza è sostenuto con risorse del bilancio comunale e, in parte, con il FNPS. L'utilizzo della Cartella sarà a regime nel 2025 e particolare attenzione sarà data ai processi di integrazione sociosanitaria, anche se l'interoperabilità delle banche dati resta un nodo critico.

Il Comune di Cologno Monzese ha avviato, già a partire dal 2020, un profondo rinnovamento delle apparecchiature informatiche in uso al personale sociale tecnico e amministrativo – il che ha creato una condizione favorevole allo sviluppo del progetto della Cartella Sociale Informatizzata. Tali investimenti sono avvenuti a carico del bilancio comunale.

La prima fase di applicazione della Cartella ha riguardato il Segretariato Sociale; dopo sei mesi di sperimentazione la registrazione della domanda di accesso è andata a regime.

La seconda fase di lavoro ha previsto il caricamento e l'implementazione dei dati relativi agli utenti in carico. Per l'area della tutela minori si è deciso di importare anche lo "storico" delle cartelle, il che ha comportato un grosso investimento in termini di tempo e risorse.

I fondi del PNRR hanno consentito, inoltre, di transitare sul cloud tutte le informazioni inserite, garantendo così una migliore e maggiore tutela nella conservazione del dato. Nel 2024 si è conclusa, inoltre, la fase di caricamento dei dati amministrativi ed economici relativi alle prestazioni erogate; a breve partirà la fase di interoperabilità con la banca dati del Settore economico finanziario.

Dopo oltre tre anni di lavoro preme sottolineare che il processo di implementazione della Cartella Sociale è senza dubbio una grande opportunità ma anche un rilevante carico di lavoro per gli operatori.

In merito invece all'acuirsi del rischio di esclusione provocato dalla difficoltà e impossibilità di accedere a strumenti digitali e/o nella scarsa alfabetizzazione:

- a Cologno Monzese è stato attivato lo sportello "Casa Digitale", un servizio di facilitazione tecnologica e di accompagnamento nel raggiungimento di un adeguato livello di autonomia nell'utilizzo dei principali strumenti online e dei servizi in rete offerti dalla Pubblica.
- a Sesto è da poco partito il progetto "Punto digitale facile". Nelle 3 Biblioteche cittadine sono presenti due facilitatori digitali. Sono figure professionali, formate da Regione Lombardia, che hanno l'obiettivo di aiutare, accompagnare e guidare le persone nell'acquisizione delle competenze informatiche necessarie per diventare autonome nell'uso quotidiano degli strumenti digitali. Offrono servizi di facilitazione individuali e formazione rivolta a gruppi.

Si individuano di seguito i seguenti ambiti di miglioramento sui quali si lavorerà nel prossimo triennio:

- implementare i percorsi di digitalizzazione dei servizi, con particolare attenzione per quelli a forte integrazione sociosanitarie;
- investire in processi di alfabetizzazione digitale per contrastare povertà e l'esclusione digitale (contrastando alla povertà educativa e all'isolamento degli anziani);
- rafforzare l'utilizzo della Cartella Sociale Informatizzata per l'intero processo di lavoro (accesso/orientamento → valutazione del bisogno → progetto individualizzato → erogazione degli interventi → valutazione finale/conclusione).

CAPITOLO IV

SEZIONE DATI

La valorizzazione della conoscenza, quale strumento indispensabile per orientare e sostenere le scelte strategiche del welfare locale, è un elemento cardine sul quale si fonda la programmazione zonale. Il Piano di Zona, proprio per questa ragione, si configura come luogo privilegiato di costruzione di saperi e competenze e di messa in comune di informazioni. I dati riportati nelle pagine seguenti sono a disposizione di tutte le organizzazioni interessate, per meglio contestualizzare le proprie attività e i propri progetti, ad approfondire le caratteristiche della nostra popolazione o di una parte di essa.

Si è proceduto ad un'analisi preliminare dei fenomeni specifici prevalenti sul territorio relativi alle aree di intervento indicate nel capitolo III "Gli obiettivi della programmazione". Isolando questi fenomeni è stato poi possibile individuare il set di dati da raccogliere e valutare perché ritenuti significativi nel disegnare lo stato attuale della popolazione nelle sue principali caratteristiche, nonché la condizione sociale riferita a specifiche fasce di popolazione.

Il capitolo si compone di due sezioni: la prima dedicata alle dinamiche demografiche riferite all'intera popolazione, la seconda analizza la presenza della popolazione di origine straniera regolarmente soggiornante sul territorio dell'Ambito. Tutte le aree indagate comprendono confronti temporali relativi al 2021 e, in taluni casi, anche al triennio precedente.

La popolazione è stata analizzata evidenziando le variazioni determinate dal saldo naturale e migratorio e sono stati evidenziati gli indicatori strutturali quali: tasso di natalità e mortalità, indice di vecchia e di dipendenza.

Particolare attenzione è stata dedicata alla stratificazione della popolazione per fasce di età e alla composizione dei nuclei familiari; entrambi gli elementi condizionano in modo rilevante la programmazione delle politiche sociali ed educative. Per quanto riguarda la popolazione straniera si è deciso di approfondire i dati relativi ai paesi di provenienza, al genere e alle fasce di età.

I dati demografici provengono, nella maggior parte dei casi, dalle Anagrafi dei Comuni di Sesto San Giovanni, Cologno Monzese e dalla sezione demografica del sito di ISTAT e sono stati analizzati e commentati dall'Ufficio di Piano.

1. PROFILO SOCIO DEMOGRAFICO DEL TERRITORIO

Al 01/01/2024 la popolazione residente sul territorio dell'Ambito è di 125.608 abitanti, di cui 60.715 maschi (48,3%) e 64.893 femmine (51,7%), con una diminuzione di 1.803 abitanti rispetto al 01/01/2021¹. Il 62,5% dei residenti vive a Sesto, il restante 37,5% a Cologno. Nell'ultimo triennio non si registrano significative variazioni sulla distribuzione di popolazione tra i due comuni, né per quanto concerne la distribuzione per genere.

Luogo	Residenti	Superficie Km ²	Densità abitativa
Sesto San Giovanni	78.565	11,7	6714
Cologno Monzese	47.043	8,5	5534
Ambito	125.608	20,2	6218

Tabella 1 - Densità abitativa a livello comunale e di Ambito al 01/01/2024 – Fonte: Demoistat

La densità di popolazione sul territorio dell'Ambito risulta inferiore al dato della città di Milano e leggermente superiore a quello del territorio dell'Ambito di Cinisello Balsamo nonché significativamente superiore al dato provinciale, regionale e nazionale. Rispetto al 2021, quando la densità abitativa nel nostro Ambito era pari 6.301, si registrare una leggera diminuzione.

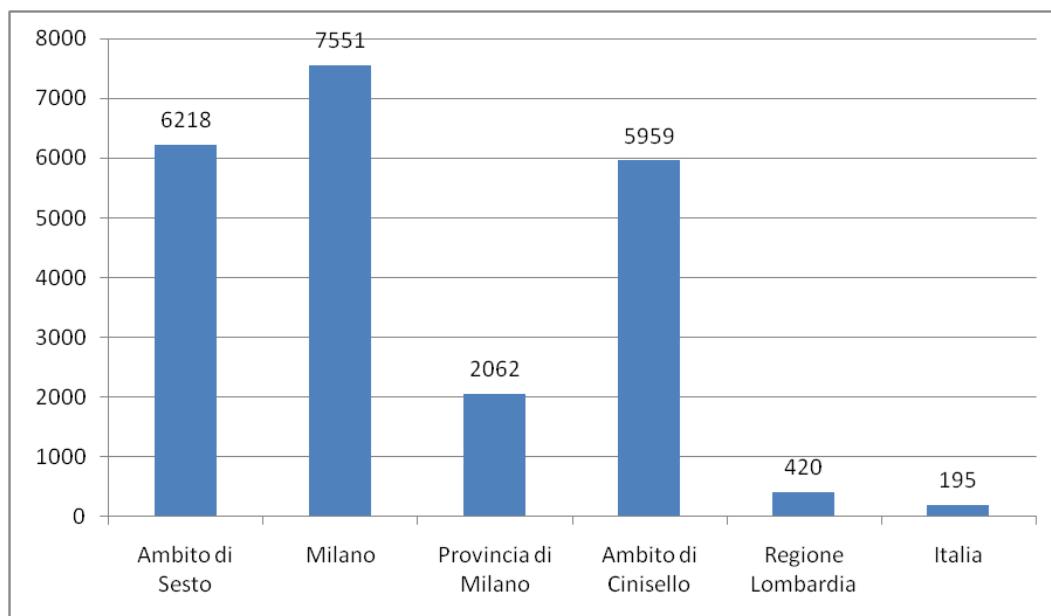


Grafico 1 – Densità abitativa dell'Ambito in rapporto ai dati della città di Milano, della Provincia di Milano, dell'Ambito di Cinisello, della Lombardia e dell'Italia al 01/01/2024 – Fonte: Demoistat

Nei comuni facenti parte di ASST Nord Milano risiedono 266.300 abitanti, di cui circa 140.692 nei Comuni di Cinisello Balsamo (74.946), Bresso (26.248), Cormano (20.586) e Cusano Milanino (18.912). Rispetto alla precedente triennalità l'Ambito di Cinisello aumenta complessivamente la sua popolazione di 2281 abitanti.

¹ Tutti i dati relativi al 2021 riportati in questa sezione sono disponibili nel Piano di Zona 2021–23.

I due Ambiti hanno caratteristiche sociodemografiche omogenee, entrambi sono caratterizzati da un'elevata presenza di anziani e di nuclei unipersonali e da una conspicua presenza di cittadini stranieri (circa il 18% dei residenti).

I Comuni sono considerati ad Alta Tensione Abitativa, in quanto presentano una serie di fattori e condizioni che determinano uno stato di disagio abitativo, tra i quali:

- elevato canone di locazione nel libero mercato;
- esigua disponibilità del patrimonio di Edilizia Residenziale Pubblica rispetto alle richieste provenienti dai residenti o lavoratori aventi i requisiti;
- presenza di bisogni espressi da altre categorie di cittadini non ritenuti in emergenza abitativa (lavoratori precari, giovani, famiglie di nuova formazione, famiglie con numerosi figli a carico, nuclei coinvolti da separazioni o divorzi).

Tale condizione di disagio si manifesta nonostante il forte investimento fatto nei decenni passati che ha prodotto, rispetto ad altre aree della Provincia di Milano, un ingente patrimonio di Edilizia Residenziale Pubblica (ERP e ALER), in particolare nei tre Comuni più grandi.

Ad inizio 2024 a Sesto San Giovanni la popolazione residente è di 78.565 abitanti, suddivisa in 37.902 maschi (48,2%) e 40.663 femmine (51,8%).

Nel decennio 2011-2024² il numero di abitanti ha visto un aumento di 2.133 unità; dopo il significativo incremento registrato nel 2013, e una relativa stabilizzazione negli anni successivi, a partire dal 2021 la popolazione ha visto una lenta ma costante diminuzione.

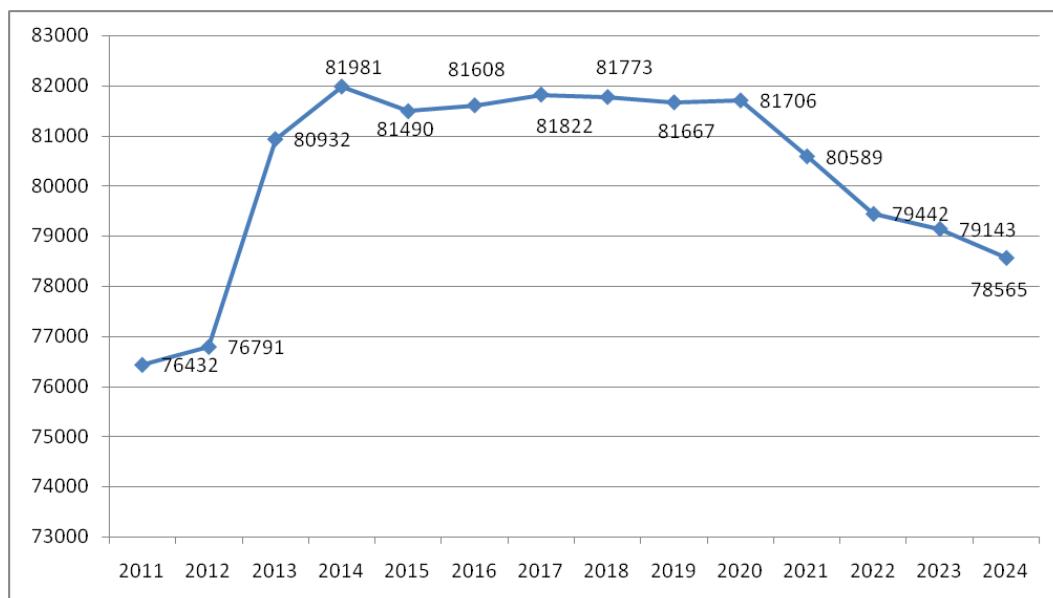


Grafico 2 – Popolazione residente a Sesto San Giovanni dal 2011 al 2024 – Fonte: Demoistat

Alla stessa data, a Cologno Monzese, gli abitanti sono 47.043 suddivisi in 22.813 maschi (48,5%) e 24.230 femmine (51,5%).

² I dati relativi agli anni 2011 e 2012, per entrambi i territori comunali, sono stati influenzati dal ritardo con cui alcuni cittadini hanno risposto al questionario per il Censimento 2011.

Nel periodo 2011-2024 la popolazione residente è cresciuta di 1.355 unità con un significativo aumento dal 2012 al 2013 (+1.296).

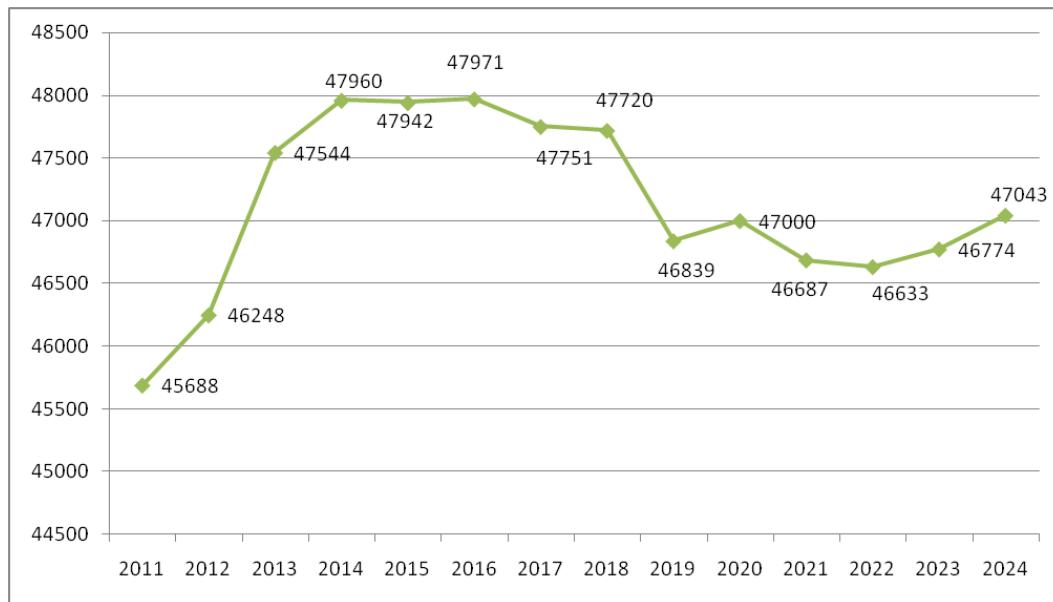


Grafico 3 – Popolazione residente a Cologno Monzese dal 2011 al 2024 – Fonte: Demoistat

Le variazioni demografiche di un territorio sono determinate dal saldo naturale e dal saldo migratorio:

- il saldo naturale è la differenza tra il numero di nascite e il numero di decessi nella popolazione di riferimento in un dato periodo;
- il saldo migratorio è la differenza tra il numero degli iscritti e il numero dei cancellati dai registri anagrafici per trasferimento di residenza in un dato periodo.

Il saldo naturale dell'Ambito, nel periodo 2013-2023, risulta quasi sempre negativo, ad eccezione del 2013. Particolarmente elevato il numero di decessi registrati nel 2020, presumibilmente a causa dalla pandemia da Covid-19 con conseguenze negative sul saldo naturale. Il 2020 è stato l'anno peggiore di tutto il periodo considerato: poche nascite e tanti decessi.

Anno	Nascite	Morti	Saldo Naturale	Iscritti	Cancellati	Saldo Migratorio
2013	1.139	1.132	7	6.462	5.185	1.277
2014	1.187	1.198	-11	5.372	4.405	967
2015	1.078	1.279	-201	4.788	4.440	348
2016	1.081	1.137	-56	4.844	4.794	50
2017	1.093	1.193	-100	4.851	4.831	-20
2018	1.026	1.222	-196	4.441	4.663	-222
2019	994	1.303	-309	5.264	4.885	379
2020	858	1.766	-908	4.085	4.607	-522
2021	911	1.372	-461	4463	4831	-360
2022	870	1.397	-527	4764	4693	71
2023	956	1.342	-386	5028	5042	-14

Tabella 2 - Saldo naturale e saldo migratorio di Ambito dal 2013 al 2023 – Fonte: Demoistat

I tassi di mortalità sono abbastanza in linea con la media nazionale, ma leggermente superiori, il che può essere influenzato dall'elevata presenza di popolazione anziana; entrambi i comuni infatti mostrano un indice di vecchiaia superiore alla media nazionale. Questo richiede l'implementazione di politiche per l'invecchiamento attivo, la prevenzione delle malattie croniche e il potenziamento degli interventi di supporto al domicilio.

Ulteriori informazioni sulla situazione demografica del nostro territorio possono essere desunte dalla suddivisione della popolazione per fasce (quinquennali) d'età. Il grafico 4, con i suoi istogrammi orizzontali, evidenzia una diversa distribuzione dei residenti per fasce d'età in base al genere: quello maschile presenta una base più ampia, mentre il genere femminile presenta una parte centrale e superiore più consistente. Nascono più maschi, ma le donne hanno aspettativa di vita maggiore - anche se il processo di convergenza della sopravvivenza maschile a quella femminile si manifesta anche nel nostro Ambito. Fino alla fascia d'età 45-49 anni, complessivamente il genere maschile è più numeroso in ogni fascia d'età (ad eccezione della fascia 30-34 dove il genere femminile prevale seppur di pochissimo +17).

A partire dalla fascia 50-54 anni, le donne risultano più numerose.

Più nel dettaglio, nel 2024, la fascia di popolazione più numerosa è quella tra i 55-59, seguita dalla 50/54, al terzo posto troviamo la fascia 45-49. Nel 2021 le fasce d'età più consistenti sono nell'ordine: la 45-49, la 50-54 anni seguite dalla fascia d'età 40-44 anni. Rispetto alla fine del 2007, quando le fasce più consistenti erano quelle comprese fra i 30 e i 44 anni, la popolazione residente sul nostro territorio denota una sempre più marcata tendenza a replicare una delle principali caratteristiche dei grandi centri urbani: la loro elevata velocità di invecchiamento.

Suddividendo la popolazione residente nel nostro Ambito per le tre tipiche macrofasce d'età, si deduce che la fascia 0-14 anni vede una prevalenza, anche se non marcata, del genere maschile, quella "centrale" 15-64 anni risulta praticamente suddivisa in modo equo tra i due generi, mentre la parte di cittadini anziani è costituita soprattutto da donne.

L'età media della popolazione dell'Ambito è di 46,4 anni, a Sesto è di 46,7 anni mentre a Cologno di 45,7 anni.

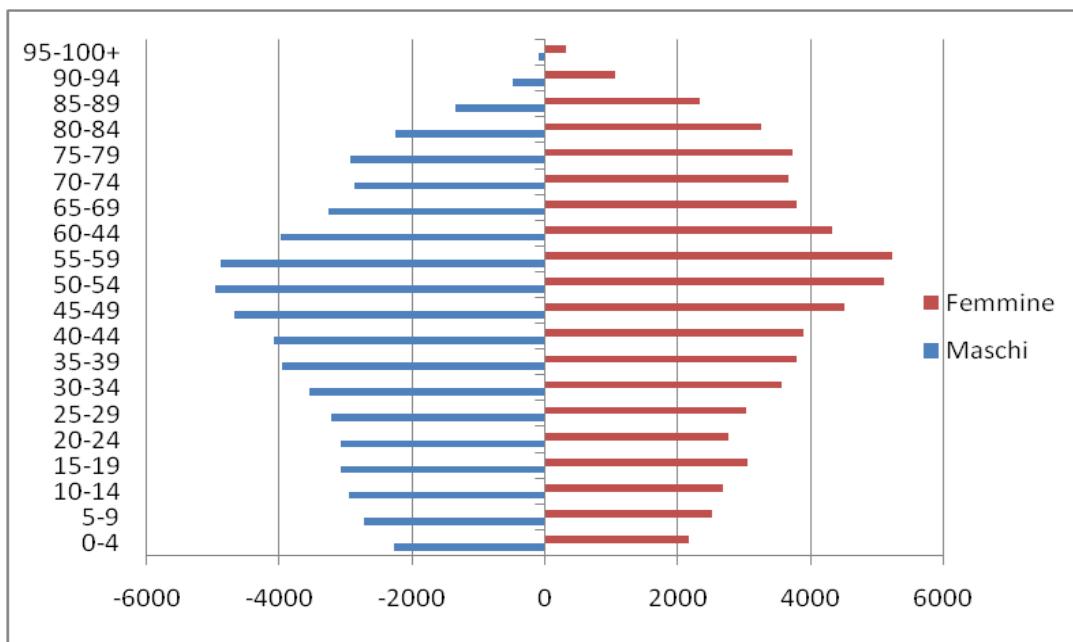


Grafico 4 - Piramide delle fasce d'età della popolazione residente sul territorio dell'Ambito al 01/01/2024 – Fonte: Demoistat

Fascia d'età 0-14 anni:

I giovanissimi residenti nell'Ambito sono 15.348 unità (12,21% del totale), di cui 7.977 maschi (52%) e 7.371 femmine (48%). Rispetto al 2021 si registra un decremento di 1.055 unità. La fascia d'età più numerosa è la 10-14 anni (5.644 unità). A livello comunale (Tabella 3)³ a Sesto la fascia 0-14 anni si compone di 9369 unità (di cui 4881 maschi e 4482 femmine) e rappresenta il 11,9% della popolazione residente; rispetto alla fine del 2021 si registra un decremento di 823 unità. La fascia d'età più numerosa è la 10-14 anni.

A Cologno la fascia 0-14 anni ammonta a 5.985 unità (di cui 3096 maschi e 2889 femmine) e rappresenta il 12,7% della popolazione residente; rispetto alla fine del 2021, anche qui, il dato fa rilevare un decremento di 226 unità.
Come a Sesto, la fascia d'età più consistente è la 10-14 anni.

Fascia d'età	Sesto San Giovanni				Cologno Monzese			
	M	F	Totale	%	M	F	Totale	%
0 - 4	1404	1278	2682	3,4	877	891	1768	3,7
5 - 9	1648	1547	3195	4,0	1085	974	2059	4,3
10 - 14	1829	1657	3486	4,4	1134	1024	2158	4,5
0 - 14	4881	4482	9369		3096	2889	5985	
Total popolazione	47.043	40.663	78.565	11,9	22.813	24.230	47.043	12,7

Tabella 3 - Popolazione 0-14 anni residente a Sesto San Giovanni e a Cologno Monzese al 01/01/2024 – Fonte: Demoistat

³ Le percentuali inserite nelle tabelle 3, 4 e 5, riferite alle singole fasce d'età, sono calcolate sul totale della popolazione residente.

Fascia d'età 15-64 anni

Questa fetta di popolazione del nostro Ambito è composta da 78.841 abitanti (62,7% del totale), di cui 39.500 maschi (50,1%) e 39.341 femmine (49,9%). Rispetto al 2021 si registra un decremento di 909 unità. La fascia d'età più numerosa è la 55-59 anni.

A livello comunale (Tabella 4) a Sesto la fascia 15-64 anni è di 49.266 unità (di cui 24.678 maschi e 24.588 femmine) e rappresenta il 62,7% della popolazione residente. Le fasce d'età più numerose sono la 55-59 e la 50-54. Nel 2021 le fasce d'età più corpose erano la 45-49 e 50-54.

A Cologno la fascia 15-64 anni è di 29.575 unità (14.822 maschi e 14.753 femmine) e rappresenta il 62,8% dei residenti. Come a Sesto, le fasce d'età più cospicue sono la 50-54 e la 55-59 anni.

Fascia d'età	Sesto San Giovanni				Cologno Monzese			
	M	F	Totale	%	M	F	Totale	%
15 - 19	1972	1876	3848	4,8	1105	1972	2289	4,8
20 - 24	1901	1699	3600	4,5	1173	1901	2240	4,7
25 - 29	1934	1866	3800	4,8	1292	1934	2460	5,2
30 - 34	2188	2202	4390	5,5	1363	2188	2729	5,8
35 - 39	2457	2366	4823	6,1	1495	2457	2923	6,2
40 - 44	2522	2389	4911	6,2	1574	2522	3087	6,5
45 - 49	2899	2888	5787	7,3	1787	2899	3427	7,2
50 - 54	3146	3244	6390	8,1	1816	3146	3697	7,8
55 - 59	3146	3324	6470	8,2	1744	3146	3654	7,7
60 - 64	2513	2734	5247	6,6	1473	2513	3069	6,5
15 - 64	24678	24588	49266		14822	14753	29575	
Totale popolazione	47.043	40.663	78.565		62,6	22.813	24.230	47.043
								62,8

Tabella 4 - Popolazione 15-64 anni residente a Sesto San Giovanni e a Cologno Monzese al 01/01/2024 – Fonte: Demoistat

Questa fascia di popolazione ha un ruolo fondamentale nella struttura sociodemografica di un territorio in quanto costituisce la parte “attiva” della società quella parte che – in termini sociologici – provvede al sostentamento delle fasce inattive. In tal senso il fenomeno della disoccupazione giovanile⁴ risulta ancora preoccupante anche se in misura minore rispetto al resto del paese. Alla fine del 2022, a Milano, il tasso di disoccupazione giovanile (15-34 anni) è di 7,7 per i maschi e 11 per le femmine, mentre in Italia è del 13 per i maschi e 16,4 per le femmine.

La popolazione anziana:

La popolazione con almeno 65 anni d'età, residente nel nostro Ambito, è di 31.419 unità (25,01% del totale) suddivisa in 13.238 maschi (42,1%) e 18.181 femmine (57,9%).

Rispetto al 2021 i cittadini anziani sono aumentati di 296 unità, con un incremento più considerevole per il genere femminile.

⁴Fonte www.demo.istat.it

Le fasce d'età più numerose sono la 65-69 anni (7.067 unità) e la 75-79 anni (6.663 unità) che compongono, insieme, il 43,9% di tutti gli anziani residenti nel nostro Ambito.

Gli anziani ultraottantenni sono 11.134 e formano l'8,8% della popolazione di Ambito. Questo ultimo dato appare ancora più significativo se confrontato con quello riferito alla fine del 2014, quando gli ultraottantenni formavano "solo" il 6,7% dei residenti.

I dati di seguito riportati evidenziano una più cospicua presenza di cittadini anziani a Sesto: nel Comune capofila sono 19.936 e rappresentano il 25,37% della popolazione residente, di cui 8.343 maschi (41,8%) e 11.593 femmine (58,2%). Rispetto al 2021 gli ultra 65enni sono aumentati, seppur di pochissimo (+35).

A Cologno gli ultrasessantacinquenni sono 11.483 (il 24,4% dei residenti), di cui 4.895 maschi (42,9%) e 6.588 femmine (57,1%) e rispetto alla fine del 2021 sono aumentati di 261 unità.

A livello comunale (Tabella 5) a Sesto le fasce d'età più numerose sono la 65-69 e la 75-79 anni che, sommate tra loro, rappresentano il 10,9% della popolazione sestese. Gli anziani con almeno 80 anni sono 7.414 pari al 9,4% dei residenti.

A Cologno le fasce d'età più consistenti sono la 65-69 anni e la 70-74 anni che, sommate tra loro, rappresentano l'11,32% dei residenti. Gli anziani con almeno 80 anni sono 3.720.

Rispetto al 2021, a Sesto si è verificato un incremento delle fasce d'età 56-67 e 90-94, ed un calo delle fasce 70-74. A Cologno si registra un incremento delle fasce d'età 65-69 e 70-74 ed un calo delle fasce 75-79.

Un dato significativo aiuta a comprendere quanto le due città stiano invecchiando: a fronte di un 25,37% attuale, nel 2021 gli anziani rappresentavano il 24,7% della popolazione e alla fine del 2010 erano il 23,3%. Anche a Cologno si è registrato un aumento della popolazione anziana: nel 2024 gli anziani rappresentano il 24,4% della popolazione, nel 2021 erano il 23,9%.

Fascia d'età	Sesto San Giovanni				Cologno Monzese			
	M	F	Totale	%	M	F	Totale	%
65 – 69	2071	2321	4392	5,5	1200	1475	2675	5,6
70 – 74	1701	2203	3904	4,9	1178	1473	2651	5,6
75 – 79	1855	2371	4226	5,3	1073	1364	2437	5,1
80 – 84	1417	2186	3603	4,5	828	1079	1907	4
85 – 89	922	1574	2496	2	425	757	1182	2,5
90 – 94	318	725	1043	1,3	165	339	504	1
95 – 100 e +	59	213	272	0,3	26	101	127	0,2
65 - 100 e +	8343	11593	19936		4895	6588	11483	
Total popolazione	47.043	40.663	78.565		25,37			24,4

Tabella 5 - Popolazione anziana residente a Sesto San Giovanni e a Cologno Monzese al 01/01/2024 – Fonte: Demoistat

La componente femminile risulta maggioritaria in ogni fascia d'età e via via più crescente all'aumentare dell'età stessa. A Sesto essa rappresenta il 41,8%, a Cologno il 46,7%.

È prevedibile che nei prossimi decenni ci si debba attendere un ulteriore aumento del carico assistenziale relativo alle classi di età più anziane.

L'aumento dell'aspettativa di vita e del concomitante incremento delle patologie croniche e degenerative, associate alla riduzione dei livelli di autonomia, fanno assumere una valenza sempre maggiore alle cure domiciliari.

L'analisi della popolazione per fasce di età evidenzia in modo molto rilevante l'invecchiamento complessivo della popolazione; un lasso di tempo di soli tre anni solitamente è un intervallo troppo breve per evidenziare scostamenti sugli andamenti demografici. In questo caso invece il fenomeno è talmente accelerato, oltre ad essere oramai un nostro tratto distintivo, che è possibile rilevare variazioni significative anche nel breve periodo.

La distribuzione della popolazione residente in entrambi i comuni in base alle tre macro-fasce d'età adottate è rappresentata nel grafico 5.

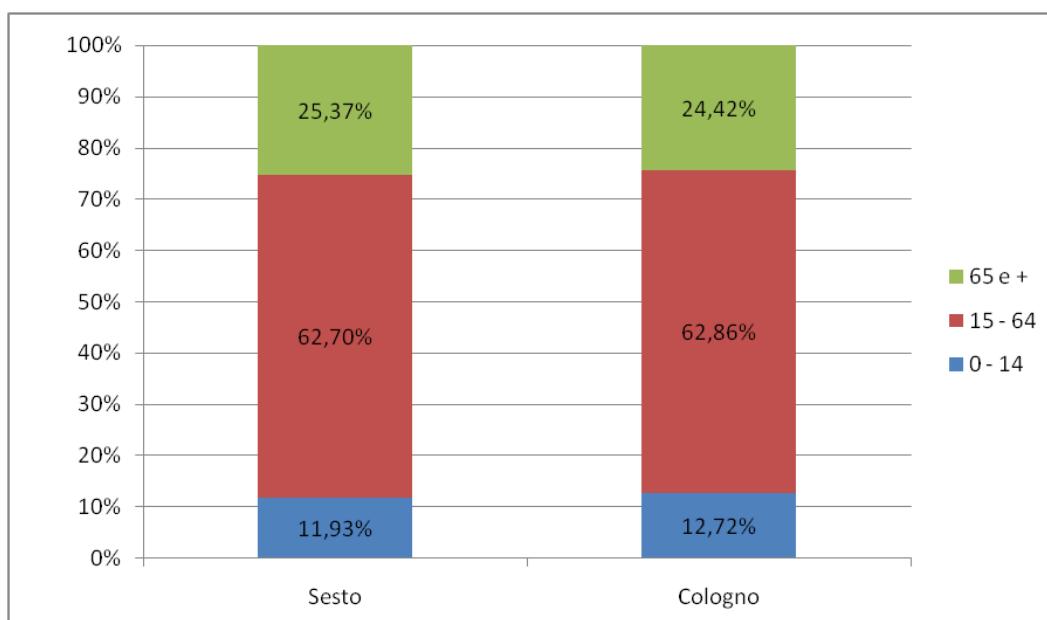


Grafico 5 - Popolazione suddivisa per macro-fasce d'età residente a Sesto San Giovanni e a Cologno Monzese al 01/01/2024 – Fonte: Demoistat

In conclusione, l'analisi della popolazione suddivisa per fasce d'età residente nei due Comuni dell'Ambito permette di affermare, rispetto alla fine del 2021, all'interno dell'Ambito vi è stato un decremento delle fasce d'età 0-14 anni e 15-64 e un aumento di cittadini anziani (over 65).

Indicatori strutturali della popolazione:

I costanti e profondi cambiamenti sociodemografici in atto nel nostro territorio da alcuni anni possono essere evidenziati attraverso l'utilizzo di strumenti statistici, quali indici e tassi. Il continuo incremento della popolazione anziana e le scelte riproduttive adottate dai cittadini in età fertile (soprattutto dei cittadini italiani) spingono verso l'utilizzo dei seguenti strumenti:

- Indice di natalità - rappresenta il numero medio di nascite in un anno ogni mille abitanti;
- Indice di mortalità - rappresenta il numero di decessi in un anno ogni mille abitanti;
- indice di vecchiaia - rapporto tra la popolazione anziana e quella in età 0-14 anni;
- indice di dipendenza strutturale - rapporto tra la popolazione in età non attiva e in età attiva;

La tabella 6 evidenzia l'indice di natalità e di mortalità nei territori di Sesto San Giovanni e Cologno Monzese nel periodo 2003 -2023, secondo un intervallo di 5 anni:

Anno	Luogo	Indice di natalità	Indice di mortalità
2003	Sesto San Giovanni	9,5	7,5
	Cologno Monzese	8,0	7,8
2008	Sesto San Giovanni	8,9	8,9
	Cologno Monzese	10	8,4
2013	Sesto San Giovanni	9	9,5
	Cologno Monzese	9	8,2
2018	Sesto San Giovanni	7,7	9,8
	Cologno Monzese	8,4	8,9
2023	Sesto San Giovanni	6,9	11,4
	Cologno Monzese	7,2	10,5

Tabella 6 - Indice di natalità e mortalità nei Comuni di Sesto San Giovanni e Cologno Monzese nel periodo 2003-2023 - Fonte: ISTAT

I dati rappresentati nella tabella 6 evidenziano, nel lasso di tempo analizzato, una diminuzione complessiva delle nascite e un aumento generale dei deceduti. Tutti gli indicatori sottolineano lo scarso ricambio generazionale e il complessivo invecchiamento della popolazione.

L'analisi statistica dei mutamenti sociodemografici in atto può proseguire prendendo in considerazione gli indici riportati in tabella 7.

L'indice di vecchiaia rappresenta un indicatore dinamico che stima il grado di invecchiamento della popolazione: valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di soggetti anziani rispetto ai giovanissimi.

L'indice di dipendenza strutturale esprime il carico socioeconomico teorico della popolazione in età attiva: valori superiori al 50% indicano una situazione di squilibrio generazionale. Un indice di dipendenza strutturale di Ambito del 60% significa che la popolazione non attiva (quella compresa tra 0-14 anni e gli anziani) è più della metà di quella attiva (compresa tra i 15 e i 64 anni). Considerando che tra la popolazione attiva non tutti svolgono attività lavorative (studio, disoccupazione, casalinghe, ecc.), questa percentuale è da considerarsi abbastanza elevata.

Anno	Luogo	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza strutturale
2003	Sesto San Giovanni	179,8	47,4
	Cologno Monzese	119,5	40,6
2013	Sesto San Giovanni	192,8	61,8
	Cologno Monzese	159,6	53,9
2023	Sesto San Giovanni	205,8	59,3
	Cologno Monzese	186,4	59,7

Tabella 7 – Indici di vecchiaia e di dipendenza strutturale nei Comuni di Sesto San Giovanni e Cologno Monzese nel periodo 2003-2023 - Fonte: ISTAT

Le strutture socio-familiari:

La popolazione residente nei due Comuni del nostro Ambito, suddivisa per stato civile, è rappresentata in tabella 9. Le trasformazioni in atto nel nostro tessuto sociale si manifestano anche rispetto alle strutture familiari.

I dati relativi agli anni 2014, 2017, 2020 e 24 evidenziano la riduzione della forbice tra coniugati e celibi/nubili e l'aumento dei divorziati. Considerando che i separati legalmente sono considerati comunque coniugati, si comprende bene come il dato relativo a questi ultimi risulti di fatto sovrastimato.

Comune	Stato civile	% 2014	% 2017	% 2020	% 2023
Sesto San Giovanni	Coniugati	45,6	44,7	43,2	42
	Celibi/Nubili	43,9	44,5	45,8	46,4
	Vedovi	7,7	7,6	7,5	7,6
	Divorziati	2,8	3,2	3,5	3,8
Cologno Monzese	Coniugati	47,8	47	47,5	45,1
	Celibi/Nubili	42,6	43	41,9	43,5
	Vedovi	7,2	7,3	7,2	7,5
	Divorziati	2,4	2,7	3,4	3,5

Tabella 8 - Popolazione residente a Sesto San Giovanni e a Cologno Monzese suddivisa in percentuale per stato civile alla fine degli anni 2014, 2017, 2020 e 2023– Fonte: Demoistat

Le famiglie⁵ presenti sul territorio dell'Ambito sono 61.784, di cui 40.156 a Sesto (65%) e 21.628 a Cologno (35%). Il numero di componenti il nucleo familiare è mediamente di 2 a Sesto e 2,17 a Cologno.

Nell'Ambito prevale la famiglia composta da una sola persona (26.280 il 43%), a seguire quella composta da due persone (17.205, il 27,7%), che insieme formano più del 70% delle famiglie residenti. Confrontando il dato con il 2021 preme sottolineare che i nuclei composti da una sola persona in pochi anni fassano dal 40,6 al 43%.

A Sesto le famiglie unipersonali sono le più numerose (18.248, il 45,44% delle famiglie); assieme ai nuclei composti da due persone (10.882 il 27%) si raggiunge il 72%. Allo stesso modo a Cologno i nuclei unipersonali sono 8.032 e rappresentano la maggioranza delle famiglie, come per Sesto negli ultimi quattro anni si assiste ad un leggero incremento delle persone che vivono da sole che passano dal 34,5% al 37,13%; seguono le famiglie con due componenti (6.252, il 28,91%); accorpate raggiungono il 66,04% del totale. Se si considerano le famiglie composte da almeno tre componenti, vi è una maggiore concentrazione di casi a Cologno (17,06%), che a Sesto (14,33%). Da notare come la concentrazione di famiglie unipersonali a Sesto sia significativamente maggiore rispetto a Cologno, al netto della differenza di popolazione residente.

⁵ Secondo la definizione dell'ISTAT, la famiglia è un insieme di persone legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela o da vincoli affettivi, coabitanti o aventi dimora abituale nello stesso luogo.

Componenti	Sesto San Giovanni		Cologno Monzese		Ambito	
	Famiglie	% su totale	Famiglie	% su totale	Famiglie	% su totale
1	18.248	45,44	8.032	37,14	26.280	42,54
2	10.882	27,02	6.252	28,91	17.134	27,73
3	5.716	14,33	3.690	17,06	9.406	15,22
4	3.915	9,74	2.602	12,03	6.517	10,55
5	994	2,47	734	3,39	1.728	2,80
6 e +	401	1	318	1,47	719	1,16
Totale	40.156	100	21.628	100	61.784	100

Tabella 9 – Nuclei familiari per numero di componenti a Sesto San Giovanni e a Cologno Monzese al 01/01/2024 – Fonte: Anagrafi Comunali

Risulta in questa sede opportuno evidenziare che a Sesto, in soli 3 anni, i nuclei mono personali sono passati da 17.425 a 18.248; a dicembre del 2020 rappresentavano il 43,9% del totale, oggi rappresentano il 45,44.

L'aumento dei nuclei unipersonali riscontrato in entrambi i Comuni si caratterizza come un importante fenomeno sociale di lungo periodo ed è sintomo di un territorio socialmente frammentato.

L'isolamento sociale rappresenta - in particolare per la popolazione anziana - un fattore di rischio che concorre a generare condizioni di fragilità e vulnerabilità, sia dal punto di vista sociale sia sanitario.

Per meglio analizzare tale fenomeno i nuclei unipersonali sono stati suddivisi in fasce d'età decennali (Grafico 6). La linea del grafico di colore blu, riferita ai nuclei residenti a Sesto, evidenzia l'esistenza di tre picchi in corrispondenza delle fasce d'età 51-60, 81-90 e 41-50 anni).

Nello specifico, nel comune capofila la fascia d'età 51-60 risulta la più numerosa, seguita dalla fascia 81-90 anni. A Cologno, invece, la fascia d'età 31-40 anni risulta la più numerosa, seguita dalla fascia 51-60 anni.

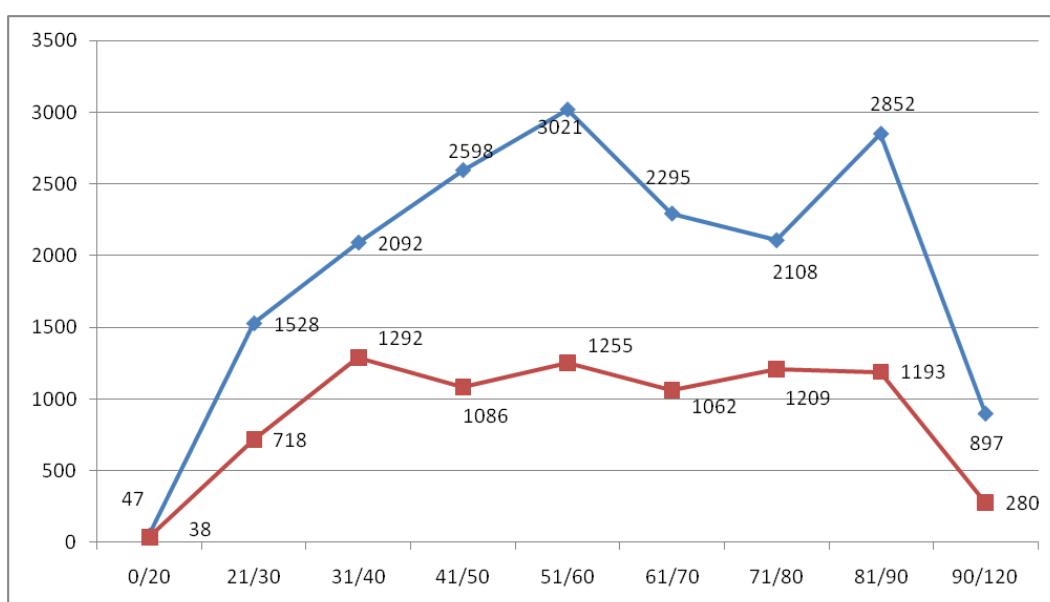


Grafico 6 – Famiglie unipersonali suddivise per fasce d'età decennali a Sesto San Giovanni e a Cologno Monzese al 31/12/2024 – Fonte: Anagrafi Comunali

Il dato più preoccupante è certamente rappresentato dall'elevata concentrazione di perone che vivono sole e che hanno più di 70 anni, a Sesto sono ben 5.857 mentre a Cologno Sono 2.682.

In sintesi, la "nuova" famiglia, frutto di profondi mutamenti socioculturali, possiede almeno una di queste caratteristiche: persone sole, monogenitori non vedovi, coppia non coniugata/ricostituita, con sempre meno figli e da anziani. Sesto San Giovanni e Cologno Monzese, come molte aree urbane, affrontano sfide legate alla densità abitativa elevata, una popolazione in rapido invecchiamento e una crescente frammentazione delle strutture familiari.

2. LA POPOLAZIONE STRANIERA RESIDENTE

I cittadini stranieri⁶ residenti nell'Ambito al 01 gennaio 2024 sono 20.891⁷, di cui 12.701 a Sesto (60,8%) e 8.190 a Cologno (39,2%). Rispetto al totale della popolazione gli stranieri rappresentano il 16,6% nell'Ambito, il 16,16% a Sesto e il 17,4% a Cologno. Rispetto al 1° gennaio del 2021 gli stranieri nel Comune capofila sono diminuiti di 910 unità mentre a Cologno sono aumentati, anche se solo di poche unità (+31).

Come si evince dalla lettura del grafico 7⁸, dopo un periodo di costante aumento registrato fino al 2014, la presenza di stranieri residenti negli ultimi anni si è stabilizzata.

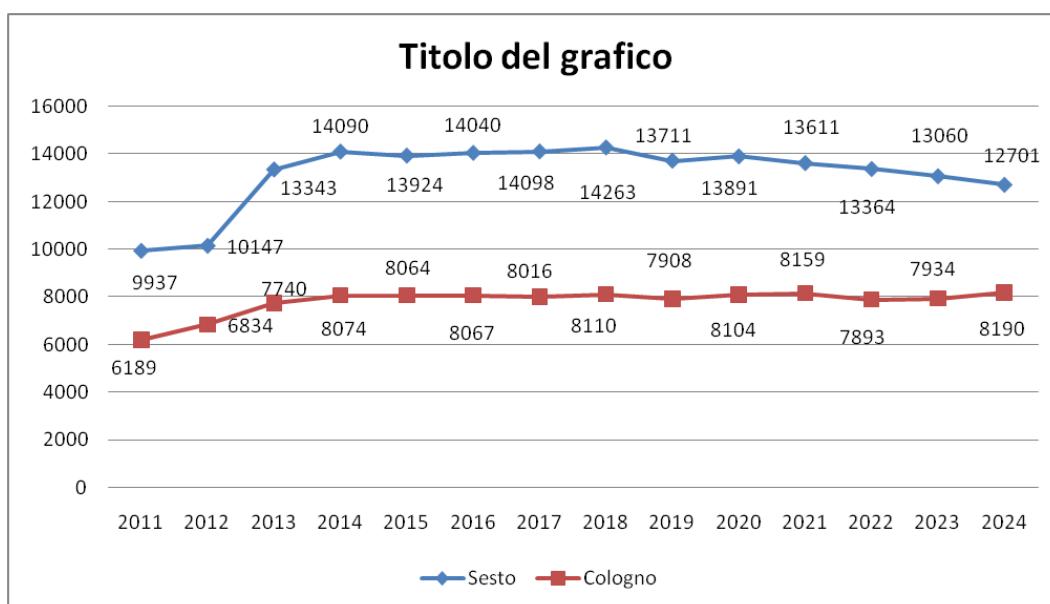


Grafico 7 – Andamento della presenza dei cittadini stranieri residenti a Sesto San Giovanni e a Cologno Monzese dal 2011 al 2024 – Fonte: Demoistat

I Paesi di provenienza

La popolazione straniera residente al 1° gennaio 2024 è stata suddivisa per nazionalità⁹: considerato l'elevato numero, per una maggiore chiarezza espositiva si analizzano le prime cinque. A livello di Ambito la nazionalità più numerosa è quella egiziana, seguita da quelle rumena.

Le principali nazionalità residenti a Sesto, come rappresentato nel grafico 8, sono l'egiziana (3000), la rumena (1540), la filippina (1311), la peruviana (1145) e la cinese (998) che, sommate tra loro, rappresentano il 63 % degli stranieri residenti.

⁶ Persone, nate in Italia o all'estero, di cittadinanza straniera o apolide.

⁷ Il dato si riferisce esclusivamente agli stranieri in possesso di regolare documento di soggiorno iscritti all'Anagrafe. Accanto a questi, una quota di stranieri è costituita da coloro che, pur in regola con i documenti, non sono iscritti (o non ancora iscritti). Ulteriori presenze sono costituite dagli irregolari.

⁸ I dati riferiti agli anni 2011 e 2012 sono influenzati dalla mancata risposta al Censimento 2011.

⁹ I Paesi inclusi in questa suddivisione sono considerati a forte pressione migratoria (Pfpm).

Rispetto alla fine del 2014, le nazionalità egiziana e rumena mantengono i primi due posti mentre la filippina ha superato la peruviana e la cinese ha preso il posto dell'ecuadoregna al quinto posto. Sempre confrontando i dati con la fine del 2014, le modifiche nella graduatoria sopra citata sono dipese non tanto da un aumento significativo di alcune nazionalità quanto da una diminuzione nella presenza di altre.

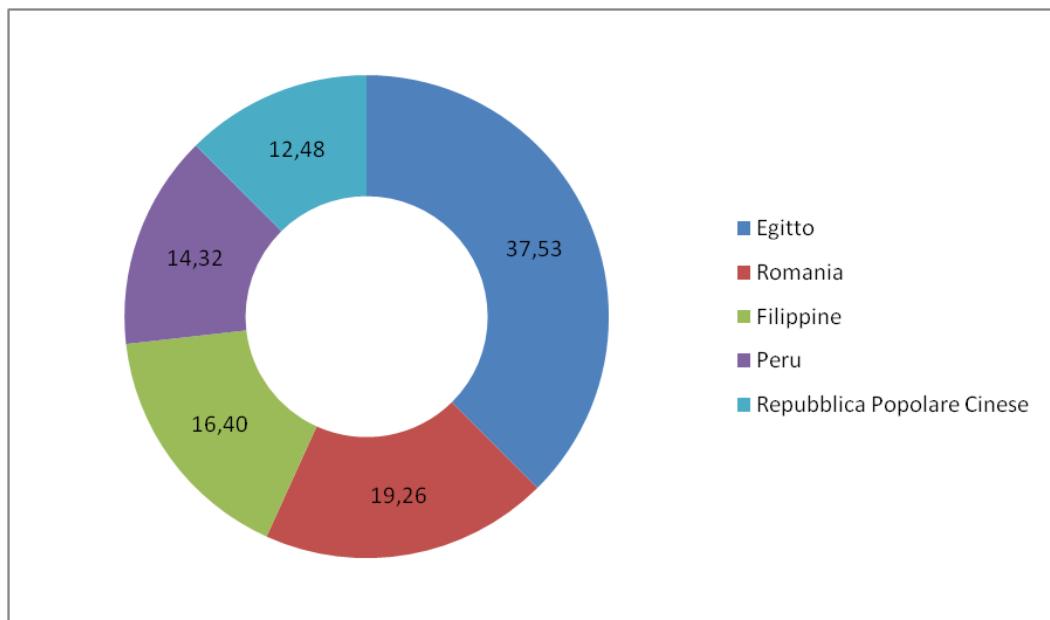


Grafico 8 – Le prime cinque nazionalità più numerose residenti a Sesto San Giovanni al 01/01/2024 – Fonte: Demoistat

Le principali nazionalità residenti a Cologno - come si evince dal grafico 9 - sono la rumena (1.421), l'egiziana (1.220), la peruviana (1.134), l'albanese (630) e la Repubblica popolare cinese (476). Rispetto al triennio precedente ci sono stati alcuni cambiamenti: nel 2021 le prime 5 nazionalità erano nell'ordine: Romania, Perù, Egitto, Albania ed Ecuador.

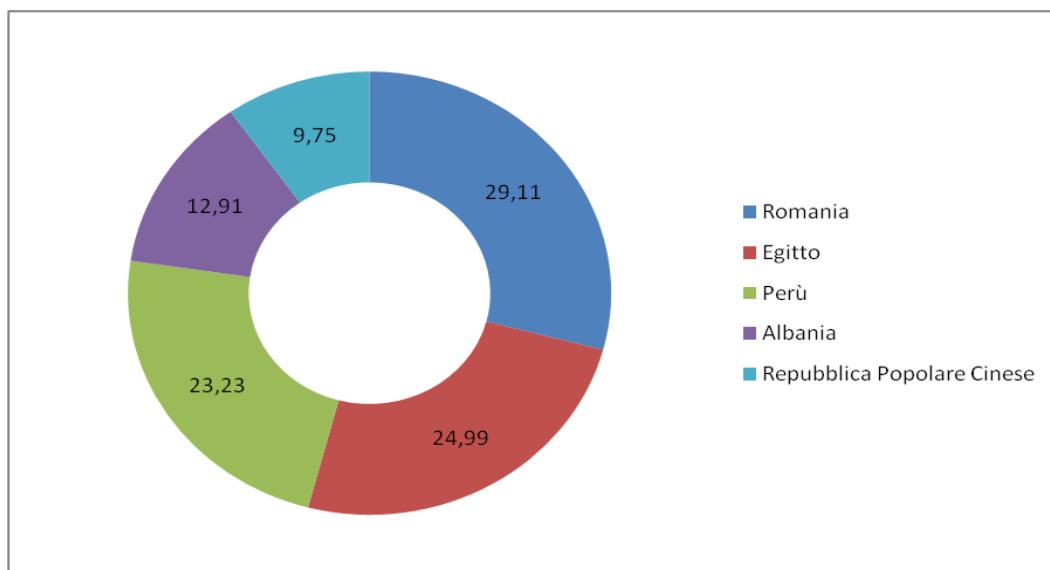


Grafico 9 – Le prime cinque nazionalità più numerose residenti a Cologno Monzese al 01/01/2024 – Fonte: Demoistat

A livello di genere (Tabella 10), sul totale della popolazione di Ambito, la componente femminile risulta leggermente maggioritaria. Rispetto alla precedente triennalità non si registrano variazioni significative.

Luogo	Totale	Maschi	%	Femmine	%
Sesto San Giovanni	12701	6149	48,4	6552	51,6
Cologno Monzese	8190	4001	49,9	4189	51,1
Ambito	20891	10115	48,6	10714	51,4

Tabella 10 – Cittadini stranieri suddivisi per genere residenti a Sesto San Giovanni e a Cologno Monzese al 01/01/2024 - Fonte: Demoistat

La suddivisione per genere dei cittadini, appartenenti alle principali nazionalità presenti, fa emergere una decisa diversificazione in base alle caratteristiche geo etniche. È possibile osservare che a Sesto (Grafico 10), la presenza di maschi provenienti dall'Egitto risulta superiore alla componente femminile, mentre per le altre quattro comunità più numerose le donne sono la maggioranza, soprattutto peruviane e rumene. Rispetto al 2014, quando la suddivisione di genere era sostanzialmente in equilibrio, si segnala l'aumento delle donne nella comunità rumena.

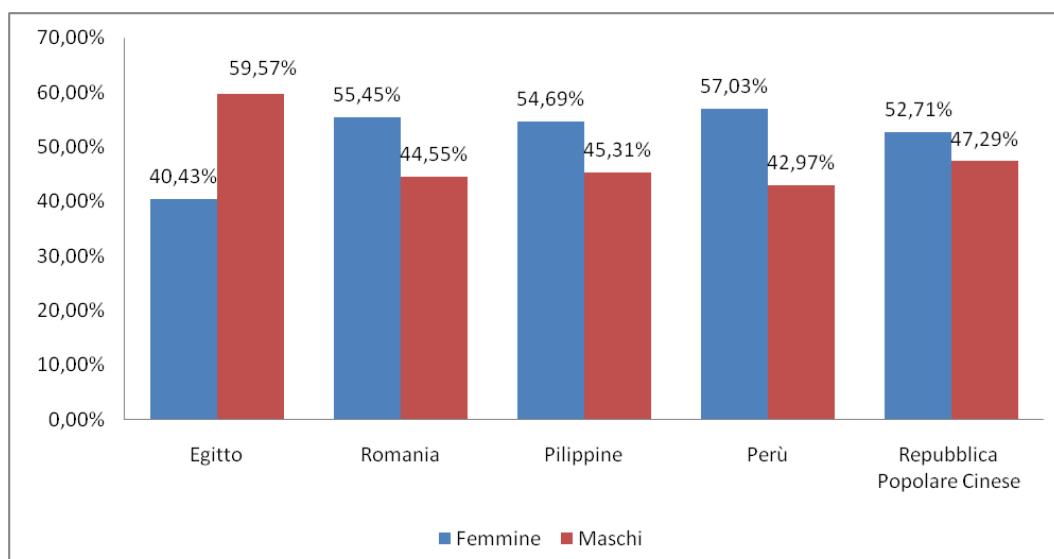


Grafico 10 - Suddivisione percentuale per genere delle nazionalità maggiormente rappresentative sul territorio di Sesto San Giovanni al 01/01/2024 – Fonte: Demoistat

A Cologno (Grafico 11), le comunità rumena e peruviana fanno registrare una prevalenza femminile maggioritaria seppur in modo contenuto, l'Egitto si conferma paese ad immigrazione decisamente maschile mentre la comunità albanese evidenzia una sostanziale omogeneità di genere. In confronto alla fine del 2014 non si segnalano differenze sostanziali per quanto concerne il rapporto di genere all'interno delle cinque comunità più presenti sul territorio comunale.

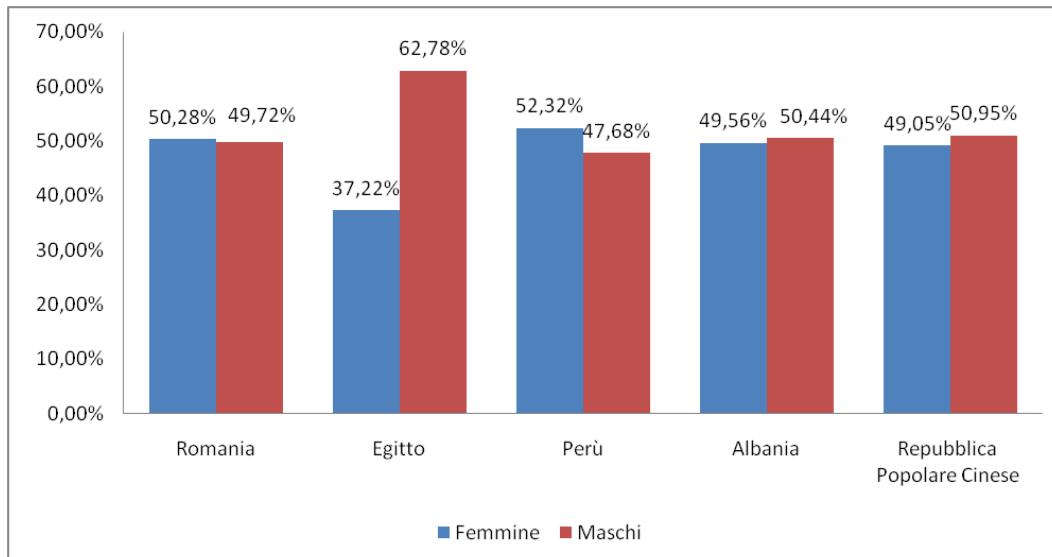


Grafico 11 - Suddivisione percentuale per genere delle nazionalità maggiormente rappresentative sul territorio di Cologno Monzese al 01/01/2024 – Fonte: Demoistat

Popolazione per fasce d'età:

La suddivisione della popolazione straniera nelle quinquennali fasce d'età consente di analizzare nel dettaglio le caratteristiche e la composizione di questa quota di residenti. Nelle seguenti tabelle si riportano in dettaglio i dati delle classi di età 0/14 e 15/64 ovvero quelle che vedono la maggiore partecipazione di cittadini stranieri rapportate alla popolazione italiana.

Il confronto tra la suddivisione dei cittadini italiani e stranieri nelle differenti fasce di età, fa emergere quanto di seguito.

Gli stranieri fino ai 14 anni (Tabella 11) rappresentano a Sesto il 26,3% della popolazione 0-14 anni e a Cologno il 26,4%. Rispetto al 2021 quanto rappresentano, a Sesto, il 27,8% della popolazione 0-14, e a Cologno il 28% si assiste ad un calo significativo. A Cologno in particolare la riduzione è del 1,6%.

Fascia d'età	Sesto San Giovanni				Cologno Monzese			
	Italiani	Stranieri	Totale	% Stranieri	Italiani	Stranieri	Totale	% Stranieri
0-14	6.892	2.471	9.363	26,3	4.399	1.586	5.985	26,4

Tabella 11 - Popolazione 0-14 anni suddivisa in italiani e stranieri residente a Sesto San Giovanni e a Cologno Monzese al 01/01/2024 – Fonte: Demoistat

Questo dato sembra confermare la tendenza, rilevata anche a livello nazionale, della minor propensione della popolazione straniera a fare figli. Esattamente come le italiane, anche le donne straniere hanno iniziato a diventare mamma più tardi e con meno frequenza rispetto al passato. E se all'inizio la causa è stata attribuita a ragioni contingenti, oggi i dati confermano una tendenza che va consolidandosi, tanto che i tassi di natalità della popolazione straniera vanno progressivamente allineandosi verso il basso a quelli italiani¹⁰

¹⁰ "Straniere in Italia, la scelta di fare meno figli e in età sempre più tarda" - Il Sole 24 ore 12 maggio 2024

La fascia d'età 15-64 anni di stranieri, a Sesto, rappresenta il 19,7% del totale di questa parte di popolazione, a Cologno il 21%.

Fascia d'età	Sesto San Giovanni				Cologno Monzese			
	Italiani	Stranieri	Totale	% Stranieri	Italiani	Stranieri	Totale	% Stranieri
15-64	39.558	9.708	49.266	19,7%	23.352	6.223	29.575	21%

Tabella 12 - Popolazione 15-64 anni suddivisa in italiani e stranieri residente a Sesto San Giovanni e a Cologno Monzese al 01/01/2024 – Fonte: Demoistat

In sintesi, nel Comune capofila, rispetto all'insieme della popolazione residente, risulta più consistente la popolazione straniera giovanissima, lo stesso vale anche per il Comune di Cologno.

LEPS Prioritario	MACRO AREA (Piani di Zona)	OBIETTIVO DI SISTEMA	AREA TEMATICA (Piano dello Sviluppo del Polo Territoriale)	IMPEGNO RECIPROCO			INDICATORI
				ATS	ASST	AMBITO SESTO	
L1. Valutazione multidimensionale e progetto personalizzato	Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva	AT1: Valutazione Multidimensionale		Tavoli di coordinamento sulla salute mentale; Messa a disposizione di dati epidemiologici; Attivazione di interventi ed azioni di promozione e prevenzione; Governance e gestione del Piano per favorire l'inecciamiento attivo attraverso percorsi di coprogettazione con Ambiti ASST ed EIS.	In continuità con il triennio precedente, si segnala l'aumento degli utenti beneficiari dell'ex RDC (Reddito di Cittadinanza), oggi ADI (Assegno di Inclusione) che necessitano di percorsi integrati tra i servizi sociali e i servizi sanitari. La condizione di svantaggio che maggiormente impinge nell'integrazione con i servizi sociali comunitari è quella identificata nelle persone con disturbi mentali, con dipendenze patologiche e con disabilità fisica, psichica e sensoriale. I beneficiari ADI, a causa della loro fragilità sociosanitaria ed economica, tendono a trascurare gli aspetti di cura e di prevenzione, pertanto individuare delle strategie di coinvolgimento e adesione in attività di promozione della salute, potrà essere un impegno da perseguire. Nel prossimo triennio si identificano queste azioni come impegni finalizzati a rispondere al contrasto alla povertà, all'emarginazione sociale e alla promozione dell'inclusione attiva: 1) Aumentare il livello di integrazione tra e i Servizi della Salute Mentale e il Servizio ADI comunale 2) Individuare strategie di coinvolgimento in attività di promozione della salute 3) Aderire alla richiesta di partecipazione al Tavolo di Lavoro permanente sulle Povertà, istituito dall'Ambito nel 2022, in riferimento al punto 1	1) Tutti gli utenti in carico al Servizio Ex RDC, oggi ADI, avviano il loro percorso di presa in carico attraverso l'equipe del Servizio in setting multiprofessionale; alla definizione del PBI partecipano tutte le figure professionali compreso il referente PUC (se il beneficiario è tenuto all'obbligo). Per ogni utente sono garantiti gli interventi di inclusione sociale (supporto educativo, supporto alle relazioni familiari, ecc.) modulati sulle esigenze della persona e del nucleo. Il servizio ha oggi in carico 650 utenti circa. Come indicato nel precedente Piano di Zona aumentano gli utenti che necessitano di percorsi integrati con i servizi sanitari. Questa tendenza si è accentuata in particolare dopo l'introduzione dell'ADI che individua nei beneficiari del contributo economico persone in condizioni di fragilità. Nel triennio è necessario implementare la collaborazione con ASST - anche in questa area di intervento - ed in particolare con i servizi della salute mentale anche in riferimento alla certificazione di fragilità. 2) Individuare con ASST delle strategie per coinvolgere gli utenti in carico al Servizio in attività di promozione della salute e di adesione agli screening: 3) L'Ambito, a partire dal 2022, ha istituito un Tavolo di lavoro permanente sulle povertà. Il Tavolo si è dato le seguenti prospettive di lavoro per il prossimo triennio: • Allargare la rete delle organizzazioni aderenti anche includendo ASST; • favorire le integrazioni progettuali; • mettere a regime dell'osservatorio dei bisogni con approfondimento di tematiche specifiche quali il tema della povertà sanitaria; • coinvolgere le realtà che partecipano al tavolo nella co-progettazione del Pronto Intervento Sociale; • aumentare il livello di integrazione tra le risorse territoriali e il servizio ADI anche attraverso una attività di supervisione sulla casistica più complessa; • prosecuzione progettazioni condivise sulla grave marginalità.	1) Elaborazione procedura condivisa per la certificazione della fragilità; 2) Incremento del 10% dei percorsi integrati a favore dei beneficiari ADI; 3) I incontro per annualità per programmare l'accompagnamento degli utenti agli screening e alle attività di promozione della salute.
				Monitoraggio dello sviluppo dei progetti Dopo di Noi	Negli anni si è sviluppata e mantenuta una organizzazione delle UVM in integrazione sociosanitaria distinta secondo finalità e titolarità delle azioni. Tale organizzazione, sebbene strutturata, non è mai stata formalizzata e adeguata alla normativa vigente e alle coprogettazioni in implementazione. Per il triennio di programmazione 2025-2027 si intende collaborare nelle seguenti azioni: 1) creazione di un Tavolo di lavoro tra ASST e gli Ambiti , volto all'elaborazione di un Protocollo d'intesa , finalizzato a definire responsabilità, modalità operative e coordinamento/monitoraggio della valutazione multidimensionale integrata ASST/Ambito. 2) Strutturazione di un modello consequente al protocollo di intesa , rispetto a competenze e specificità degli operatori coinvolti e alle tematiche trattate. 3) Integrazione del Protocollo UVM con il Protocollo Dimissioni Protette . Per l'area della disabilità, ed in particolare per le progettazioni del DOPO DI NOI, si manifesta l'impegno di adeguare il processo di lavoro, già avviato nella precedente triennalità alle indicazioni contenute nel LEPS e alla Legge 62/2024. A fronte delle esperienze di co-housing presenti sugli Ambiti, in coprogettazione, si intende implementare la valutazione multidimensionale come strumento di analisi delle nuove domande, e al monitoraggio dei progetti e del loro sviluppo per tutto il percorso. Inoltre, sarà necessaria l'applicazione degli strumenti di valutazione previsti dalla norma dell'ICF e dell'ICD	Negli anni si è sviluppata e mantenuta una organizzazione delle UVM in integrazione sociosanitaria distinta secondo finalità e titolarità delle azioni. Tale organizzazione, sebbene strutturata, non è mai stata formalizzata e adeguata alla normativa vigente e alle coprogettazioni in implementazione. Per il triennio di programmazione 2025-2027 si intende collaborare nelle seguenti azioni: 1) Creazione di un Tavolo di lavoro tra Ambiti e ASST, volto all'elaborazione di un protocollo d'intesa, finalizzato a definire responsabilità, modalità operative e coordinamento/monitoraggio della valutazione multidimensionale integrata ASST/Ambito. 2) Consolidamento dell'organizzazione delle UVM già in essere e integrazione delle risorse e sociali assegnate al PUA. 3) Strutturazione di un modello conseguente al protocollo di intesa, rispetto a competenze e specificità degli operatori coinvolti e alle tematiche trattate. 4) Integrazione del Protocollo UVM con il Protocollo dimissioni protette. Per l'area della disabilità, ed in particolare per le progettazioni del DOPO DI NOI, si ritiene necessario evidenziare che il processo di lavoro, già sperimentato sul territorio, andrà adeguato e migliorato tenendo conto delle indicazioni contenute nel LEPS e nella Legge 62/2024. Inoltre, il ruolo dell'UVM tenderà ad aumentare negli anni anche a fronte della stabilizzazione delle esperienze di co-housing presenti sul territorio dell'Ambito e alla conseguente necessità di supportare la portabilità economica tramite le risorse del DDN. La valutazione dimensionale diventerà lo strumento principale di analisi delle nuove domande. In sintesi, sono previste le seguenti azioni: • adeguamento del processo di lavoro dell'UVM alle indicazioni contenute nel LEPS e nella Legge 62/2024 ed in particolare; • analisi ed eventuale applicazione degli strumenti di lavoro prodotti al termine del percorso formativo sulla valutazione di impatto gestito da ATS Milano - Città Metropolitana; • monitoraggio dei progetti e del loro sviluppo per tutto il percorso; • applicazione degli strumenti di valutazione previsti dalla norma dell'ICF e dell'ICD; • garantire una partecipazione della componente sanitaria in tutte le sedute con il coinvolgimento di tutti i servizi coinvolti sul caso.	- Elaborazione di un protocollo UVM - Incremento delle UVM (+15%)
	Interventi a favore delle persone con disabilità e anziani non autosufficienti	3. 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	AT4: Percorsi di integrazione a livello territoriale con la rete delle cure primarie	Partecipazione allo sviluppo dell'Agenzia per la Vita Indipendente	In riferimento alla necessità di potenziare i rapporti di cooperazione con tutti gli attori territoriali di interesse, in grado di dare continuità e struttura alle collaborazioni, attraverso accordi anche formali gli impegni nella prossima triennalità sono i seguenti: 1) Implementazione di un modello di integrazione sociosanitario secondo la strutturazione di UVM finalizzate alla presa in carico del soggetto fragile, rispetto alla stesura di progetti integrati a supporto della domiciliarietà 2) Consolidamento delle co-progettazioni attive fra ASST e gli Ambiti , con il coinvolgimento degli ETS nei percorsi di sostegno della domiciliarietà e della vita inclusiva 3) Implementazione del CVI (Centro Vita Indipendente) da avviare con l'Ambito di Sesto, nella co-progettazione già avviata nell'Ambito di Cinisello. Elaborazione di un Protocollo d'intesa tra ASST e Ambiti in riferimento alla Legge Regionale 25/2022, sull'AVI. In merito ai progetti del DOPO DI NOI si indicano le seguenti azioni specifiche volte al consolidamento dei progetti di residenzialità: a) Supportare le convenienze in essere e sperimentare di nuove attitudini per le persone che risiedono in residenzialità sono 9 suddivise in tre appartamenti. Entro la fine del 2027 l'obiettivo è di arrivare a 12 residenti stabili suddivisi in quattro alloggi. b) Aumentare la disponibilità di appartamenti sul territorio dell'Ambito da dedicare alle progettazioni del Dopo di Noi. Il Comune di Sesto San Giovanni sta sviluppando una progettualità a valere sul PNRR M5-C2-1.2 "Percorsi di autonomia persone con disabilità" che prevede lavori di ristrutturazione e adeguamento di due appartamenti che, entro il 2025, andranno ad integrare l'offerta territoriale. Il Comune di Cologno intende ristrutturare, nel prossimo triennio, una palazzina di proprietà in via Pergolesi per realizzare un edificio residenziale di edilizia sociale. Al piano terra è prevista una parte dedicata a spazio comune polifunzionale quale luogo di aggregazione e di connessione fra gli abitanti del condominio, uno spazio dedicato al custode sociale e due appartamenti da destinare ai percorsi di vita autonoma di persone disabili. c) Costruire una comunità di pratica con i gestori del Terzo Settore con l'obiettivo di mettere in comune idee e prospettive progettuali condividere le criticità e le soluzioni in un processo di reciproco empowerment. Questa azione era già presente nella scorsa programmazione ma non è stata realizzata, prevalentemente per mancanza di tempo, e viene pertanto riproposta. Periodicamente saranno realizzati incontri estesi alle realtà impegnate sul territorio dell'Ambito di Cinisello Balsamo così da allargare il perimetro della discussione e del confronto. d) Supportare, tramite il CVI, le persone con disabilità che decidono di progettare e intraprendere un percorso di autonomia abitativa. Nel 2025 è prevista, anche grazie alla partecipazione al bando di Regione Lombardia l'implementazione dell'Agenzia, oggi presente nell'Ambito di Cinisello, anche su Sesto. Questa azione era già presente nella scorsa programmazione ma non è stata realizzata, prevalentemente per mancanza di tempo, e viene pertanto riproposta anche alla luce delle nuove normative. Tale iniziativa si dovrà connettere con le attività con la progettazione e attuazione del PUA.	In riferimento alla necessità di potenziare i rapporti di cooperazione con tutti gli attori territoriali di interesse in grado di dare continuità e struttura alle collaborazioni, attraverso accordi anche formali, gli impegni nella prossima triennalità sono i seguenti: 1) Implementazione di un modello di integrazione sociosanitario secondo la strutturazione di UVM finalizzate alla presa in carico del soggetto fragile rispetto alla stesura di progetti integrati a supporto della domiciliarietà 2) Consolidamento delle coprogettazioni attive fra Ambito e ASST, con il coinvolgimento degli ETS nei percorsi di sostegno della domiciliarietà e della vita inclusiva. 3) Implementazione del CVI (Centro Vita Indipendente) da avviare con l'Ambito di Sesto, nella co-progettazione già attivata nell'Ambito di Cinisello. Elaborazione di un Protocollo d'intesa tra ASST e Ambiti in riferimento alla Legge Regionale 25/2022, sull'AVI. In merito ai progetti del DOPO DI NOI si indicano le seguenti azioni specifiche volte al consolidamento dei progetti di residenzialità: a) Supportare le convenienze in essere e sperimentare di nuove attitudini per le persone che risiedono in residenzialità sono 9 suddivise in tre appartamenti. Entro la fine del 2027 l'obiettivo è di arrivare a 12 residenti stabili suddivisi in quattro alloggi. b) Aumentare la disponibilità di appartamenti sul territorio dell'Ambito da dedicare alle progettazioni del Dopo di Noi. Il Comune di Sesto San Giovanni sta sviluppando una progettualità a valere sul PNRR M5-C2-1.2 "Percorsi di autonomia persone con disabilità" che prevede lavori di ristrutturazione e adeguamento di due appartamenti che, entro il 2025, andranno ad integrare l'offerta territoriale. Il Comune di Cologno intende ristrutturare, nel prossimo triennio, una palazzina di proprietà in via Pergolesi per realizzare un edificio residenziale di edilizia sociale. Al piano terra è prevista una parte dedicata a spazio comune polifunzionale quale luogo di aggregazione e di connessione fra gli abitanti del condominio, uno spazio dedicato al custode sociale e due appartamenti da destinare ai percorsi di vita autonoma di persone disabili. c) Costruire una comunità di pratica con i gestori del Terzo Settore con l'obiettivo di mettere in comune idee e prospettive progettuali condividere le criticità e le soluzioni in un processo di reciproco empowerment. Questa azione era già presente nella scorsa programmazione ma non è stata realizzata, prevalentemente per mancanza di tempo, e viene pertanto riproposta. Periodicamente saranno realizzati incontri estesi alle realtà impegnate sul territorio dell'Ambito di Cinisello Balsamo così da allargare il perimetro della discussione e del confronto. d) Supportare, tramite il CVI, le persone con disabilità che decidono di progettare e intraprendere un percorso di autonomia abitativa. Nel 2025 è prevista, anche grazie alla partecipazione al bando di Regione Lombardia l'implementazione dell'Agenzia, oggi presente nell'Ambito di Cinisello, anche su Sesto. Questa azione era già presente nella scorsa programmazione ma non è stata realizzata, prevalentemente per mancanza di tempo, e viene pertanto riproposta anche alla luce delle nuove normative. Tale iniziativa si dovrà connettere con le attività con la progettazione e attuazione del PUA.	1) Elaborazione di un protocollo d'intesa CVI fra Ambiti e ASST 2) N. di incontri promossi sul progetto di vita; 3) Incremento delle coprogettazioni con gli ETS; 4) N. di realtà coinvolte nella rete - incremento almeno 1 per anno dal 2025 a 2027; 5) Costituzione della Comunità di Pratica.
				AT7: Presa in carico dei cronici e fragili	In riferimento alla presa in carico dei cronici e fragili, nella prossima triennalità si definiscono tali azioni: 1) Istituzione di un Tavolo Fragilità permanente , finalizzato alla: - creazione del protocollo d'intesa UVM - definizione di responsabilità e ruoli dei servizi sociosanitari con declinazione di modalità di integrazione e attivazione (DAMA, NODA, servizi d'ambito come sportelli assistenti familiari, Ufficio protezione giuridica, AVI, etc.) - promozione di focus group/GdM interistituzionali finalizzati alla formazione e condivisione dei progetti attivi in integrazione sociosanitaria (es: PNRR, misure regionali, etc.); - promozione dell'inclusione scolastica minori con disabilità: condivisione e riflessione su criticità e sviluppi nel merito alle certificazioni e percorsi inclusivi	In riferimento alla presa in carico dei cronici e fragili nella prossima triennalità si definiscono la seguente azione prioritaria: 1) Istituzione di un Tavolo Fragilità permanente finalizzato alla: - creazione del protocollo d'intesa UVM - definizione di responsabilità e ruoli dei servizi sociosanitari con declinazione di modalità di integrazione e attivazione (DAMA, NODA, servizi d'ambito come sportelli assistenti familiari, Ufficio protezione giuridica, AVI, etc.) - promozione di focus group/GdM interistituzionali finalizzati alla formazione e condivisione dei progetti attivi in integrazione sociosanitaria (es: PNRR, misure regionali, etc.); - analizzare e monitorare i percorsi di inclusione scolastica dei minori con disabilità con particolare riferimento a: 1) condivisione e riflessione su criticità e sviluppi nel merito alle certificazioni e percorsi inclusivi. 2) Monitoraggio della casistica relativamente ad incidenza e prevalenza, confronto fra i dati locali ASST NORD Milano e quelli di ATS Città Metropolitana.	1) Elaborazione di un protocollo d'intesa UVM 2) n. di tavoli fragilità: 2 nel 2025 3) Attivazione focus group/GdM inter istituzionali

LEPS Prioritario	MACRO AREA (Piani di Zona)	OBETTIVO DI SISTEMA	AREA TEMATICA (Piano dello Sviluppo del Polo Territoriale)	IMPEGNO RECIPROCO			INDICATORI				
				ATS	ASST	AMBITO DI SESTO					
L2 Prevenzione allontanamento familiare	Interventi per minori	AT5: Prevenzione e promozione della salute					<p>Consolidamento del sistema integrato di educazione e istruzione 0-6 (CPI) attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) La strutturazione di un osservatorio permanente sui bisogni dei bambini e delle famiglie 2) Supportare a livello territoriale le iniziative di promozione della salute promosse da ASST riferite ai target 0-6 e aumentare il livello di integrazione con i Consultori Familiari. La collaborazione con ASST si sostanzierà nelle seguenti direzioni: <ul style="list-style-type: none"> • supporto del Comitato alla diffusione delle attività di promozione della salute rivolte ai target; • collaborazione alla realizzazione di progetti e interventi proposti da ASST che hanno una ricaduta sul target 0/6 e famiglie (es. Progetto "Le Parole per Crescere"); • individuazione di modalità di collaborazione con i Consultori familiari sul tema delle competenze genitoriali; • partecipazione all'osservatorio sui bisogni. <p>È necessario – per rispondere almeno in parte ai complessi bisogni degli adolescenti – utilizzare e mettere a sistema tutte le risorse disponibili ampliandone la portata.</p> <p>Le azioni programmate sono le seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Promuovere l'utilizzo sul territorio del Voucher adolescenti (DGR X/7602 di 20/12/2017 - aggiornamento DGR 14834 del 30.11.2020). – Individuare ambiti strutturati di collaborazione con gli attori della rete territoriale che promuovono e gestiscono progetti e percorsi rivolti ai preadolescenti e adolescenti con particolare attenzione al tema della prevenzione e promozione. – Supportare nelle scuole l'adesione alle attività promosse da ATS Milano - Città metropolitana e ASST Nord Milano nell'ambito della promozione del benessere con particolare riferimento alle seguenti iniziative: <ul style="list-style-type: none"> • Contrasto al bullismo e cyberbullismo: prosecuzione del progetto regionale Bullout in attuazione in attuazione della LR. 1/2017 "Disciplina degli interventi regionali in materia di prevenzione e contrasto al fenomeno del bullismo e cyberbullismo"; • Sostegno all'apprendimento e allo sviluppo di competenze trasversali a partire dalla realizzazione dei programmi, scientificamente validati, "Life Skills Training Lombardia" e "Unplugged Lombardia"; • Il Progetto Innovativo "S.O.S Scuola" promosso da ASST Nord Milano che prevede il supporto e la formazione degli insegnanti sul riconoscimento precoce delle problematiche e le modalità per affrontarle, sulla gestione proattiva della classe, l'insegnamento interattivo, l'apprendimento cooperativo, l'uso del problem solving, la comunicazione efficace. 				
		AT1: Valutazione Multidimensionale e progettazione individualizzata				<p>Sul fronte della promozione della salute, ASST si impegna a realizzare tutti i programmi nei quali ha dichiarato una propria adesione. In particolare, nell'area materno infantile e in quella dei minori-adolescenti i programmi sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Il programma unplugged per il servizio SERD (formazione operatori e avvio programma nelle scuole). È un programma di prevenzione sull'uso di sostanze rivolto all'ambito scolastico e basato sul modello dell'influenza sociale. 2) Sul bullismo e cyber bullismo esiste un gruppo di lavoro aziendale oltre al più ristretto team emergenza che interviene su situazioni segnalate dalle scuole. È stato implementato un modello organizzativo che garantirà valutazioni e presie in carico mirate. 3) È aderito al progetto "Extra Team" che finanzierà un consolidamento del team emergenza attraverso l'acquisizione di una nuova risorsa, oltre alle azioni sul territorio e la collaborazione con le scuole. 4) Aderiamo al TEAS (Team di Emergenza di Ambito Scolastico). <p>Nella prossima triennalità si implementerà la collaborazione con gli sportelli psicologici scolastici particolarmente strategici in termini di prima porta di ingresso del disagio giovanile.</p> <p>I percorsi CAN (corsi di accompagnamento alla nascita) sono sviluppati sia sul territorio presso le sedi consulitarie sia in Ospedale, presso il Presidio Ospedaliero di Sesto. Sono spazi di ascolto e preparazione non solo al parto ma soprattutto alla genitorialità, spesso vissuta per la prima volta. Veranno assicurati non solo prima della nascita ma anche nel corso del primo anno di vita del nascituro per accompagnare e monitorare lo sviluppo delle nuove famiglie.</p> <p>L'Home Visiting accresce i percorsi dedicati alle partorienti garantendo un Percorso-Nascita in sicurezza, ovvero l'assistenza da parte di un'Ostetrica del reparto che segue la donna al domicilio nel post-parto.</p>					
	Interventi per la famiglia	AT4: Percorsi di integrazione a livello territoriale con la rete delle cure primarie				<p>Sull'area della tutela minori sono attivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) un Tavolo interistituzionale tra ASST e Comuni: presiede al monitoraggio del protocollo di rete in essere (Delib. n. 109 del 7.2.23), specifico sulla tutela minori 2) un Tavolo tecnico aziendale: definisce e adegua le prassi operative alla luce della normativa vigente <p>I due tavoli assicurano la realizzazione di tutti i processi inerenti alla valutazione e alla presa in carico dei casi segnalati dall'Autorità Giudiziaria</p>	<p>Nel triennio 2021-2023 L'Ambito Territoriale di Sesto San Giovanni, i Comuni di Cinisello Balsamo, Bresso e Cormano hanno soffocritto con ASST Nord Milano un Atto di intesa per l'integrazione sociosanitaria delle prestazioni per l'area della tutela minori e il relativo protocollo operativo. Per il triennio di programmazione 2025-2027 si intende proseguire il lavoro in 4 differenti direzioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoraggio dell'Atto di intesa alla luce dell'applicazione Legge Cartabia. • Monitoraggio sulle liste d'attesa finalizzato al contenimento dei tempi e produzione di relativa reportistica. • Mantenimento del Tavolo di rete mensile dedicato alla valutazione multidimensionale di minori complessi sia "in entrata" dunque appena segnalati o con aggiornamenti specifici sia "in uscita" prima cioè di relazionare all'Autorità Giudiziaria su quanto emerso dalle valutazioni effettuate. • Confronto metodologico congiunto sulle ricadute nei percorsi di presa in carico delle Linee di Indirizzo sull'Affido Familiare 2024 e Linee di indirizzo per l'accoglienza nei servizi residenziali elaborate dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali. 				
		AT5: Prevenzione e promozione della salute				<p>Contrasto alla Violenza di genere: Il Centro Ve.Nu.S rappresenta un'importante risorsa per il nostro territorio e pertanto le attività saranno sostenute anche per nella triennalità 2025-2027, anche a fronte di un bisogno crescente. Si individuano le seguenti azioni per consolidare e potenziare l'attività.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantire la continuità delle progettualità in corso promosse dai 6 Comuni in coerenza le indicazioni regionali; • Assicurare dei momenti di raccordo stabile all'interno delle singole reti, tra coordinatori di rete e ATS; <ul style="list-style-type: none"> • Implementazione dei raccordi e funzionamenti delle reti per la prevenzione e contrasto alla violenza di genere; • Consolidamento dei rapporti con la rete territoriale; • Integrazione delle azioni del Centro con la progettazione e attivazione del Pronto intervento Sociale (PIS). 	<p>Contrasto alla Violenza di genere: Il Centro Ve.Nu.S rappresenta un'importante risorsa per il nostro territorio e pertanto le attività saranno sostenute anche per nella triennalità 2025-2027, anche a fronte di un bisogno crescente. Si individuano le seguenti azioni per consolidare e potenziare l'attività.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantire la continuità delle progettualità in corso promosse dai 6 Comuni con secondo le indicazioni regionali; • Assicurare dei momenti di raccordo stabile all'interno delle singole reti, tra coordinatori di rete e ATS; <ul style="list-style-type: none"> • Implementare raccordi e funzionamenti delle reti per la prevenzione e contrasto alla violenza di genere; • Consolidamento dei rapporti con la rete territoriale; • Integrazione delle azioni del Centro con la progettazione e attivazione del Pronto intervento Sociale (PIS). 				
		AT7: Presa in carico dei cronici e fragili	Governance e Implementazione Centri per la Famiglia	Piano vaccinale		Collaborazione alle campagne informative a supporto delle attività promosse da ASST	Numero di eventi vaccinali condivisi con enti locali/eventi vaccinali organizzati da ASST >90%				
							CENTRI PER LA FAMIGLIA: 1) Monitoraggio accessi; 2) Monitoraggio integrazioni progettuali; 3) Incremento nodi della rete.				

LEPS Prioritario	MACRO AREA (Piani di Zona)	OBIETTIVO DI SISTEMA	AREA TEMATICA (Piano dello Sviluppo del Polo Territoriale)	IMPEGNO RECIPROCO		AMBITO DI SESTO	INDICATORI
				ATS	ASST		
L3. Servizi sociali per le dimissioni protette	D: Domiciliarità	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. 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.	A1: Continuità dell'assistenza nei setting assistenziali A1: Cure domiciliari A1: Valutazione Multidimensionale A1: Percorsi di integrazione a livello territoriale con la rete delle cure primarie A1: Prevenzione e promozione della salute A1: Presa in carico dei cronici e fragili A1: Valutazione Multidimensionale A1: Percorsi di integrazione a livello territoriale con la rete delle cure primarie A1: Presa in carico dei cronici e fragili	Realizzazione e partecipazione ad eventi formativi per la costruzione di un modello metodologico relativo ai PUA all'interno delle case di comunità e procedure di funzionamento-integrazione con COT. Governance e gestione del Piano per favorire l'invecchiamento attivo attraverso percorsi di coprogettazione e coprogettazione con Ambiti, ASST ed ETS. Come evidenziato nella sezione "A1Z" la normativa sulle dimissioni protette evidenzia che le stesse siano precedute da una valutazione in setting multiprofessionale e che l'intervento venga declinato all'interno del PAI. Il tavolo di lavoro indicato al punto A1Z dovrà mettere al centro dell'analisi organizzativa sia la prassi valutativa sia la definizione del PAI. Collaborare e supportare le iniziative legate all'invecchiamento attivo promosse da ASST e dal Distretto a partire dalle seguenti azioni: 1) campagna di informazione rivolta alla prevenzione primaria (campagne vaccinale, screening...); 2) azioni di sensibilizzazione sul territorio in sinergia tra Ambiti, ASST e ETS su tematiche specifiche (es: salute mentale, Alzheimer, benessere e movimento, etc.). 3) Implementazione gruppi cammino	<p>La Centrale Operativa Territoriale (COT) è individuata all'interno del DM 77/2022 come "un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccorda tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza". La continuità dell'assistenza nei vari setting assistenziali aggiunge, al tradizionale concetto di cura, quello della presenza in carico del paziente ai diversi livelli della rete assistenziale tra territorio-territorio, ospedale-territorio, territorio-territorio, garantendo la continuità dell'assistenza nei setting assistenziali. ASST ha identificato e intende implementare progressivamente la dimensione funzionale ed organizzativa della COT quale "cabina di regia" della gestione delle transizioni.</p> <p>La garanzia della continuità dell'assistenza nei setting assistenziali, ASST ha identificato e intende implementare progressivamente la dimensione funzionale ed organizzativa della COT quale "cabina di regia" della gestione delle transizioni.</p> <p>Il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 definisce la "dimissione protetta" è una dimissione da un contesto sanitario che prevede uno continuità di assistenza e cure attraverso un programma concordato tra il medico curante, i servizi sociali territoriali dell'Azienda sanitaria di appartenenza e dell'Ente locale. Il paziente può così tornare a casa o essere ricoverato in strutture qualificate pur restando in carico al Servizio Sanitario Nazionale e "seguito" da un'adeguata assistenza sanitaria per un periodo di tempo e, ove necessario, poi preso in carico dai servizi sociali. In sintesi, è un insieme di azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente dall'ambiente ospedaliero o simile ad un ambiente di cura di tipo familiare, al fine di garantire la continua assistenza e promuovere percorsi di aiuto a sostegno della salute e del benessere della persona tramite interventi coordinati tra sanitario e sociale. Tale tipo di approccio multidisciplinare di pianificazione della dimissione, sviluppati prima che il paziente sia dimesso, migliora la qualità della vita, l'integrazione fra ospedale e territorio e tra i professionisti sociosanitari coinvolti nel processo di assistenza e cura. L'obiettivo è quello di garantire una continua assistenza e cura, con continuità di cure e fragilità. DM 12/2017 contiene contenuti nuovi LEA territoriali, al richiamarsi art. 22, declina le funzioni e i livelli di assistenza territoriali. Lo stesso articolo definisce la continuità di assistenza e il rispetto della dimensione territorio-territorio, ospedale-territorio, territorio-territorio. Il bisogno sanitario locale assicura la continuità fra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio. Il bisogno clinico, funzionale e sociale è accettato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentono la definizione del Progetto di assistenza individuale (PAI) sociosanitario integrato, relazione al bisogno di salute dell'assistito e al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari, articolato in differenti livelli in base al profilo di gravità.</p> <p>A partire dall'esogenesazione del Fondo Nazionale Politiche Sociali 2021 esercizio 2022 (attribuito agli Ambiti territoriali con DGR 6573/2022) una quota delle risorse è vincolata al finanziamento del LEPS (munito a circa 20.000 euro all'anno).</p> <p>L'impegno è quello di organizzare servizi e percorsi sanitari e sociosanitari nell'ottica della presa in carico complessiva e continuativa della persona con particolare riferimento alle condizioni di fragilità. Lo trasversalità dei processi e la ricommissione degli stessi in ottica multidisciplinare e multiprofessionale rappresenta il puro fondamentale su cui l'ASST si basa per la definizione del PAI.</p> <p>Nel prossimo triennio si intende instaurare un modello operativo di seguito declinato:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Confronto sulle procedure di funzionamento della COT 2) Creazione di un Tavolo di lavoro fra ASST, Ambiti e Servizi Sociali Comunali, finalizzato alla stesura di un Protocollo operativo per le dimissioni protette 3) Integrazione del Protocollo dimissioni protette con il Protocollo UVM 4) Costruzione di strumenti condivisi per il monitoraggio della casistica/paziente rientrato a domicilio 5) Modalità di collegamento tra i servizi sanitari e il Pronto Intervento Sociale <p>Il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 definisce la "dimissione protetta" è una dimissione da un contesto sanitario che prevede uno continuità di assistenza e cure attraverso un programma concordato tra il medico curante, i servizi sociali territoriali dell'Azienda sanitaria di appartenenza e dell'Ente locale. Il paziente può così tornare a casa o essere ricoverato in strutture qualificate pur restando in carico al Servizio Sanitario Nazionale e "seguito" da un'adeguata assistenza sanitaria per un periodo di tempo e, ove necessario, poi preso in carico dai servizi sociali. In sintesi, è un insieme di azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente dall'ambiente ospedaliero o simile ad un ambiente di cura di tipo familiare, al fine di garantire la continua assistenza e promuovere percorsi di aiuto a sostegno della salute e del benessere della persona tramite interventi coordinati tra sanitario e sociale. Tale tipo di approccio multidisciplinare di pianificazione della dimissione, sviluppati prima che il paziente sia dimesso, migliora la qualità della vita, l'integrazione fra ospedale e territorio e tra i professionisti sociosanitari coinvolti nel processo di assistenza e cura. Lo stesso articolo definisce la continuità di assistenza e il rispetto della dimensione territorio-territorio, ospedale-territorio, territorio-territorio. Il bisogno sanitario locale assicura la continuità fra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio. Il bisogno clinico, funzionale e sociale è accettato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentono la definizione del Progetto di assistenza individuale (PAI) sociosanitario integrato, relazione al bisogno di salute dell'assistito e al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari, articolato in differenti livelli in base al profilo di gravità.</p> <p>A partire dall'esogenesazione del Fondo Nazionale Politiche Sociali 2021 esercizio 2022 (attribuito agli Ambiti territoriali con DGR 6573/2022) una quota delle risorse è vincolata al finanziamento del LEPS (munito a circa 20.000 euro all'anno).</p> <p>L'impegno è quello di organizzare servizi e percorsi sanitari e sociosanitari nell'ottica della presa in carico complessiva e continuativa della persona con particolare riferimento alle condizioni di fragilità. Lo trasversalità dei processi e la ricommissione degli stessi in ottica multidisciplinare e multiprofessionale rappresenta il puro fondamentale su cui l'ASST si basa per la definizione del PAI.</p> <p>Nel prossimo triennio si intende instaurare un modello operativo di seguito declinato:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Confronto sulle procedure di funzionamento della COT - Centrale Operativa Territoriale. 2) Creazione di un tavolo di lavoro fra Ambiti, Servizi Sociali Comunali e ASST, finalizzato alla stesura di un Protocollo operativo per le dimissioni protette. 3) Integrazione del Protocollo dimissioni protette con il Protocollo UVM. 4) Costruzione di strumenti condivisi per il monitoraggio della casistica/paziente rientrato a domicilio. 5) Modalità di collegamento con il Pronto Intervento Sociale (che sarà attivato dall'Ambito nel 2026). 	<p>Il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 definisce la "dimissione protetta" è una dimissione da un contesto sanitario che prevede uno continuità di assistenza e cure attraverso un programma concordato tra il medico curante, i servizi sociali territoriali dell'Azienda sanitaria di appartenenza e dell'Ente locale. Il paziente può così tornare a casa o essere ricoverato in strutture qualificate pur restando in carico al Servizio Sanitario Nazionale e "seguito" da un'adeguata assistenza sanitaria per un periodo di tempo e, ove necessario, poi preso in carico dai servizi sociali. In sintesi, è un insieme di azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente dall'ambiente ospedaliero o simile ad un ambiente di cura di tipo familiare, al fine di garantire la continua assistenza e promuovere percorsi di aiuto a sostegno della salute e del benessere della persona tramite interventi coordinati tra sanitario e sociale. Tale tipo di approccio multidisciplinare di pianificazione della dimissione, sviluppati prima che il paziente sia dimesso, migliora la qualità della vita, l'integrazione fra ospedale e territorio e tra i professionisti sociosanitari coinvolti nel processo di assistenza e cura. Lo stesso articolo definisce la continuità di assistenza e il rispetto della dimensione territorio-territorio, ospedale-territorio, territorio-territorio. Il bisogno sanitario locale assicura la continuità fra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio. Il bisogno clinico, funzionale e sociale è accettato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentono la definizione del Progetto di assistenza individuale (PAI) sociosanitario integrato, relazione al bisogno di salute dell'assistito e al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari, articolato in differenti livelli in base al profilo di gravità.</p> <p>A partire dall'esogenesazione del Fondo Nazionale Politiche Sociali 2021 esercizio 2022 (attribuito agli Ambiti territoriali con DGR 6573/2022) una quota delle risorse è vincolata al finanziamento del LEPS (munito a circa 20.000 euro all'anno).</p> <p>L'impegno è quello di organizzare servizi e percorsi sanitari e sociosanitari nell'ottica della presa in carico complessiva e continuativa della persona con particolare riferimento alle condizioni di fragilità. Lo trasversalità dei processi e la ricommissione degli stessi in ottica multidisciplinare e multiprofessionale rappresenta il puro fondamentale su cui l'ASST si basa per la definizione del PAI.</p> <p>Nel prossimo triennio si intende instaurare un modello operativo di seguito declinato:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Confronto sulle procedure di funzionamento della COT - Centrale Operativa Territoriale. 2) Creazione di un tavolo di lavoro fra Ambiti, Servizi Sociali Comunali e ASST, finalizzato alla stesura di un Protocollo operativo per le dimissioni protette. 3) Integrazione del Protocollo dimissioni protette con il Protocollo UVM. 4) Costruzione di strumenti condivisi per il monitoraggio della casistica/paziente rientrato a domicilio. 5) Modalità di collegamento con il Pronto Intervento Sociale (che sarà attivato dall'Ambito nel 2026). 	<p>Le Amministrazioni Comunali, oltre a gestire la Misura B2, supportano il mantenimento delle persone fragili e in condizione di non autosufficienti al proprio domicilio cittadino l'erogazione dei seguenti servizi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servizio SAD che prevede prestazione di cura della persona quali igiene e pulizia personale - bagno assistito o doccia, aiuto per abiti dal letto e nella vestizione; aiuto per la corretta deambulazione e movimentazione degli arti, aiuto per la preparazione di alimenti e bevande, prestazioni di assistenza di tipo igienico di semplice attuazione e prestazioni di cura del ambiente domestico. • Consiglio Pasti caldi al domicilio. • Telesoccorso. • Servizio di Trasporto Sociale. • Sportello Assistenza Familiare, attivo sul territorio dell'Ambito di Sesto San Giovanni da diversi anni, si configura come un servizio di consulenza gratuito che offre informazioni e orientamento sul lavoro di cura e promuove iniziative di formazione rivolte a tutti coloro che accudiscono a domicilio persone in difficoltà. Aiuta, inoltre, le famiglie con anziani o disabili a trovare l'assistente familiare di cui hanno bisogno. Lo sportello, istituito ai sensi della Legge Regionale n. 15/15. <p>Nel prossimo triennio saranno realizzate le seguenti azioni per rinforzare il sistema di risposte e renderlo maggiormente aderente alle normative sul LEPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) supportare l'espletamento delle pratiche burocratiche attraverso convenzioni/accordi con i Centri CAF; 2) potenziare il ruolo dello Sportello di assistenza familiare per la messa a disposizione di strumenti qualificati orientati a favorire la crescita e lo sviluppo dell'offerta di lavoro degli assistenti familiari. 3) Consolidare il sistema di accreditamento dei servizi domiciliari per anziani e disabili a fine di garantire risposte personalizzate, tempestive e diverse. <p>Si intende, inoltre, implementare il livello di integrazione socio sanitaria perseguiendo queste azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • garantire la valutazione per l'accesso alle prestazioni di supporto al domicilio in setting multiprofessionale, con il coinvolgimento delle EVM distrettuali multidisciplinari degli Assistanti Sociali delle case della Comunità, con MMG/Medico di ASST e i servizi sociali comunali. 2) Condividere il modello organizzativo in tutte le articolazioni territoriali con specifici gruppi di miglioramento dedicati ai professionisti delle Case della Comunità e della rete territoriale 3) Implementare il modello organizzativo in tema di dimissioni protette con l'integrazione della Centrale Operativa Territoriale <p>Come evidenziato nella sezione "A1Z" la normativa sulle dimissioni protette evidenzia che le stesse siano precedute da una valutazione in setting multiprofessionale e che l'intervento venga declinato all'interno del PAI. Il Tavolo di lavoro indicato al punto A1Z dovrà mettere al centro dell'analisi organizzativa sia la prassi valutativa sia la definizione del PAI.</p> <p>Collaborare e supportare le iniziative legate all'invecchiamento attivo promosse da ASST e dal Distretto a partire dalle seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) campagna di informazione rivolta alla prevenzione primaria (campagne vaccinale, screening...); 2) azioni di sensibilizzazione sul territorio in sinergia tra Ambiti, ASST e ETS su tematiche specifiche (es: salute mentale, Alzheimer, benessere e movimento, etc.). 3) Implementazione gruppi cammino <p>Collaborare e supportare le iniziative legate all'invecchiamento attivo promosse da ASST e dal Distretto a partire dalle seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) campagna di informazione rivolta alla prevenzione primaria (campagne vaccinale, screening...); 2) azioni di sensibilizzazione sul territorio in sinergia tra Ambiti, ASST e ETS su tematiche specifiche (es: salute mentale, Alzheimer, benessere e movimento, etc.). 3) Implementazione gruppi cammino <p>In questi anni si è sviluppato e mantenuto una organizzazione delle UVM in integrazione sociosanitaria distinta secondo finalità e tipicità delle azioni. Tale organizzazione, sebbene strutturata, non è mai stata formalizzata e adeguata alla normativa vigente e alle coprogettazioni in implementazione.</p> <p>Per il triennio di programmazione 2025-2027 si intende collaborare nelle seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) creazione di un Tavolo di lavoro tra ASST e gli Ambiti, volto all'elaborazione di un Protocollo d'intesa, finalizzato a definire responsabilità, modalità operative e coordinamento/monitoraggio della valutazione multidimensionale integrata ASST/Ambito. 2) Strutturazione di un modello conseguente al protocollo di intesa, rispetto a competenze e specificità degli operatori coinvolti e alle tematiche trattate, anche in riferimento all'integrazione delle risorse sociali di Ambito assegnate al PUA. 3) Integrazione del Protocollo UVM con il Protocollo Dimissioni Protette. <p>Per l'area della disabilità, ed in particolare per le progettazioni del DOPO DI NOI, si manifesta l'impegno di coinvolgere gli operatori territoriali, già avviate nelle diverse aziende sociali, alle indicazioni contenute nel EPS e alla Legge 42/2024. A fronte delle esperienze di co-housing presenti sugli Ambiti, in co-progettazione, si intende implementare la valutazione multidimensionale come strumento di analisi delle nuove domande, e al monitoraggio dei progetti e del loro sviluppo per tutto il percorso. Inoltre, sarà necessaria l'applicazione degli strumenti di valutazione previsti dalla norma dell'ICF e dell'ICD.</p> <p>In questi anni si è sviluppato e mantenuto una organizzazione delle UVM in integrazione sociosanitaria distinta secondo finalità e tipicità delle azioni. Tale organizzazione, sebbene strutturata, non è mai stata formalizzata e adeguata alla normativa vigente e alle coprogettazioni in implementazione.</p> <p>Per il triennio di programmazione 2025-2027 si intende collaborare nelle seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) creazione di un Tavolo di lavoro tra ASST e gli Ambiti, volto all'elaborazione di un Protocollo d'intesa, finalizzato a definire responsabilità, modalità operative e coordinamento/monitoraggio della valutazione multidimensionale integrata ASST/Ambito. 2) Strutturazione di un modello conseguente al protocollo di intesa, rispetto a competenze e specificità degli operatori coinvolti e alle tematiche trattate, anche in riferimento all'integrazione delle risorse sociali di Ambito assegnate al PUA. 3) Integrazione del Protocollo UVM con il Protocollo Dimissioni Protette. <p>Per l'area della disabilità, ed in particolare per le progettazioni del DOPO DI NOI, si manifesta l'impegno di adeguare il PUA 2025-2027 alle nuove finalità e specificità di valutazione e monitoraggio, in riferimento alle norme 42/2024. A fronte delle esperienze di co-housing presenti sugli Ambiti, in co-progettazione, si intende implementare la valutazione multidimensionale come strumento di analisi delle nuove domande, e al monitoraggio dei progetti e del loro sviluppo per tutto il percorso. Inoltre, sarà necessaria l'applicazione degli strumenti di valutazione previsti dalla norma dell'ICF e dell'ICD.</p> <p>In riferimento alla necessità di potenziare i rapporti di cooperazione con tutti gli attori territoriali di interesse in grado di dare continuità e struttura alle collaborazioni, attraverso accordi anche formal, gli impegni nella prossima triennalità sono i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Implementazione di un modello di integrazione sociosanitario secondo la strutturazione di UVM finalizzate alla presa in carico del soggetto fragile rispetto alla stesura di progetti integrati a supporto della domiciliarità 2) Consolidamento delle coprogettazioni attive fra ASST e gli Ambiti, con il coinvolgimento degli ETS nei percorsi di sostegno della domiciliarità e della vita inclusiva. <p>In riferimento alla presa in carico dei cronici e fragili, nella prossima triennalità si definiscono tali obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Istituzione di un Tavolo Fragilità permanente, finalizzato alla: - creazione del protocollo d'intesa UVM; - definizione di responsabilità e ruoli dei servizi sociosanitari con declinazione di modalità di integrazione e attivazione (DAMA, NODA, servizi d'ambito come sportello assistenti familiari, Ufficio protezione giuridica, AVI, etc.); - focus group/GdM inter istituzionali finalizzati alla formazione e condivisione dei progetti attivi in integrazione sociosanitaria (es: PNRR, misure regionali, etc.); - monitorare i percorsi d'inclusione scolastica dei minori con disabilità con particolare riferimento a: 1) condivisione e riflessione su criticità e sviluppi nel merito alle certificazioni e percorsi inclusivi. 2) Monitoraggio della casistica relativamente ad incidenza e prevalenza, confronto tra i dati locali ASST NORD Milano e quelli di ATS Città Metropolitana. <p>In riferimento alla presa in carico dei cronici e fragili, nella prossima triennalità si definiscono tali obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Istituzione di un Tavolo fragilità permanente, finalizzato alla: - creazione del protocollo d'intesa UVM; - definizione di responsabilità e ruoli dei servizi sociosanitari con declinazione di modalità di integrazione e attivazione (DAMA, NODA, servizi d'ambito come sportello assistenti familiari, Ufficio protezione giuridica, AVI, etc.); - focus group/GdM inter istituzionali finalizzati alla formazione e condivisione dei progetti attivi in integrazione sociosanitaria (es: PNRR, misure regionali, etc.); - monitorare i percorsi d'inclusione scolastica dei minori con disabilità con particolare riferimento a: 1) condivisione e riflessione su criticità e sviluppi nel merito alle certificazioni e percorsi inclusivi. 2) Monitoraggio della casistica relativamente ad incidenza e prevalenza, confronto tra i dati locali ASST NORD Milano e quelli di ATS Città Metropolitana.

LEPS Prioritario	MACRO AREA (Piani di Zona)	OBBIETTIVO DI SISTEMA (Piano dello Sviluppo del Polo Territoriale)	AREA TEMATICA (Piano dello Sviluppo del Polo Territoriale)	IMPEGNO RECIPROCO (alcuni esempi)		AMBITO DI SESTO	INDICATORI	
				ATS	ASST			
L4 PUA Punto Unico di Accesso	E: Anziani	<p>1. Realizzazione insieme ad ASST e ATS di obiettivi in coprogrammazione e co-progettazione con gli ETs al fine di rafforzare la Valutazione multidimensionale e l'efficacia delle equipe integrate.</p> <p>2. Definire protocollo/procedura operativa di distretto per il funzionamento delle equipe integrate tra ambito territoriale sociale e ambito sanitario per la valutazione multidimensionale.</p> <p>3. Assicurare la partecipazione della figura dell'assistente sociale comunitario o di Ambito all'interno del Punto Unico di Accesso (PUA) delle Case di Comunità.</p>	AT1: Valutazione Multidimensionale	Realizzazione e partecipazione ad eventi formativi per la costruzione di un modello metodologico relativo al PUA all'interno delle Case di Comunità e procedure di funzionamento-integrazione con la COT	<p>La progettualità per il prossimo triennio prevede un'evoluzione nell'ottica di trasformare il PUA in un "luogo" di raccordo con gli Uffici del Segretariato Sociale comunale e di tutta la rete intra ed extra aziendale.</p> <p>La pluralità di figure che potranno accogliere nella progettualità l'utenza riguarderà non più solo IfeC bensì anche assistenti sociali ed amministrativi di ASST nonché assistenti sociali dei Comuni, nelle more delle risorse finanziarie che Regione assegnerà agli Ambiti.</p> <p>Lo scopo del processo è quello di evitare duplicazioni e sovrapposizioni nelle risposte al cittadino, e in tal senso l'integrazione dell'AS d'Ambito si pone come raccordo nel processo di valutazione tra i servizi, finalizzando le peculiarità socio sanitarie del PUA a quelle sociali del Segretariato.</p> <p>Si definiscono, congiuntamente con ASST nel primo trimestre del 2025, modalità integrate al fine di assicurare interconnessioni ad hoc dei servizi sociali, sociosanitari e sanitarie che vedranno la partecipazione degli assistenti sociali degli Ambiti al PUA, UVM e la loro presenza nelle CdC nell'ottica di un processo dinamico ed interdisciplinare attraverso il quale viene identificato e valutato l'entità del bisogno fisico, psichico, funzionale, ambientale del cittadino.</p>	<p>Lo scopo del PUA è quello di evitare duplicazioni e sovrapposizioni nelle risposte al cittadino, e in tal senso l'integrazione dell'AS d'Ambito si pone come raccordo nel processo di valutazione tra i servizi, finalizzando le peculiarità socio sanitarie del PUA a quelle sociali del Segretariato.</p> <p>La progettualità per il prossimo triennio prevede un'evoluzione nell'ottica di trasformare il PUA in un "luogo" di raccordo con gli Uffici del Segretariato Sociale comunale e di tutta la rete intra ed extra aziendale.</p> <p>Si definiscono, congiuntamente con ASST nel primo trimestre del 2025, modalità integrate al fine di assicurare interconnessioni ad hoc dei servizi sociali, sociosanitari e sanitarie che vedranno la partecipazione degli assistenti sociali degli Ambiti al PUA, UVM e la loro presenza nelle CdC nell'ottica di un processo dinamico ed interdisciplinare attraverso il quale viene identificato e valutato l'entità del bisogno fisico, psichico, funzionale, ambientale del cittadino.</p>	<p>I) inserimento AS Ambito nel PUA: N. di UVM +10% per anno</p>	
			AT4: Percorsi di integrazione a livello territoriale con la rete delle cure primarie	Governance e gestione del Piano per favorire l'invecchiamento attivo attraverso percorsi di coprogrammazione e coprogettazione con Ambiti,ASST ed ETs.				
			AT5: Prevenzione e promozione della salute	Governance e gestione del Piano per favorire l'invecchiamento attivo attraverso percorsi di coprogrammazione e coprogettazione con Ambiti,ASST ed ETs.	Strutturare all'interno del PUA una contenitore informativo e divulgativo sulle attività di prevenzione e promozione della salute con particolare riferimento all'invecchiamento attivo, in collaborazione con l'Ambito, i Comuni e la rete territoriale.	<p>Valorizzare la funzione informativa del PUA non solo come porta di orientamento e accesso ai Servizi Sociali e Sanitari ma anche ma anche quale luogo di divulgazione delle opportunità di tipo preventivo/promozionale. A tal fine si intende strutturare una contenitore informativo con particolare riferimento all'invecchiamento attivo, in collaborazione con l'Ambito, i Comuni e la rete territoriale.</p>	<p>I) spazio divulgativo/informativo 2) mappatura delle offerte del territorio</p>	
			AT7: Presa in carico dei cronici e fragili	Realizzazione e partecipazione ad eventi formativi per la costruzione di un modello metodologico relativo al PUA all'interno delle Case di Comunità e procedure di funzionamento-integrazione con la COT	<p>Si intendono avviare azioni preliminari e necessarie all'inserimento dell'AS di Ambito:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) analisi organizzativa degli attuali sistemi di accesso, sia di prima sia di secondo livello; 2) quantificazione del monte ore settimanali dedicato al PUA (front office) 3) definizione del numero di posti disponibili per la partecipazione all'UVM <p>Nel prossimo triennio l'impegno sarà quello di definire il ruolo dell'AS di Ambito, integrandone la figura all'interno di equipe già strutturate.</p> <p>L'Assistente Sociale avrà un ruolo determinante in quanto fungerà:</p> <ul style="list-style-type: none"> • da "cerniera" rispetto ai sistemi sociali e sanitario; • da filtro rispetto ai bisogni sociali; • da regolatore nell'accesso ai servizi secondo quanto definito nei regolamenti comunali e in considerazione delle risorse disponibili. 	<p>Si intendono avviare azioni preliminari e necessarie all'inserimento dell'AS di Ambito:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) analisi organizzativa degli attuali sistemi di accesso, sia di prima sia di secondo livello; 2) quantificazione del monte ore settimanali dedicato al PUA (front office) 3) definizione del numero di posti disponibili per la partecipazione all'UVM <p>Nel prossimo triennio l'impegno sarà quello di definire il ruolo dell'AS di Ambito, integrandone la figura all'interno di equipe già strutturate.</p> <p>L'Assistente Sociale avrà un ruolo determinante in quanto fungerà:</p> <ul style="list-style-type: none"> • da "cerniera" rispetto ai sistemi sociali e sanitario; • da filtro rispetto ai bisogni sociali; • da regolatore nell'accesso ai servizi secondo quanto definito nei regolamenti comunali e in considerazione delle risorse disponibili. 	<p>I) inserimento AS Ambito nel PUA: N. di UVM +10% per anno</p>	
			AT1: Valutazione Multidimensionale		L'implementazione dell'CVI nell'Ambito supporta la presa in carico delle persone con disabilità, che decidono di progettare e intraprendere un percorso di autonomia abitativa. Nel prossimo triennio si ritiene necessario costruire modalità di connessione tra CVI e PUA, in riferimento alla Legge regionale 25/2022, nella stesura dei progetti di vita.	<p>L'Ambito intende supportare, tramite il Centro della Vita Indipendente, le persone con disabilità che decidono di progettare e intraprendere un percorso di autonomia abitativa. Nel 2025 è previsto, anche grazie alla partecipazione al binomio di Regione Lombardia e l'implementazione dell'Agenzia, oggi presente nell'Ambito di Cittiglio, anche su Sesto. Questa azione era già presente nella scorsa programmazione ma non è stata realizzata, prevalentemente per mancanza di tempo, e viene pertanto riproposta anche alla luce delle nuove normative. Costruire modalità di connessione tra CVI e PUA.</p>	<p>I) Elaborazione di un protocollo d'intesa CVI tra Ambiti e ASST 2) N. di incontri promossi sul progetto di vita 3) Incremento delle coprogettazioni con gli ETs: 4) N. di realtà coinvolte nella rete – incremento almeno 1 per anno dal 2025 al 2027-</p>	
	J. Interventi a favore delle persone con disabilità		AT1: Valutazione Multidimensionale					
			AT1: Valutazione Multidimensionale		-			
	K. Interventi di sistema per il potenziamento dell'Ufficio di piano e il rafforzamento della gestione associata					L'Ambito di Sesto San Giovanni ha deliberato in data 10 ottobre 2024 la partecipazione all'avviso pubblico finalizzato all'acquisizione delle manifestazioni di interesse per le azioni di incremento della capacità degli ATs di rispondere alle esigenze dei cittadini, garantendo adeguati servizi sociali alla persona e alla famiglia, in un'ottica di integrazione con i vari livelli di governo e del rispetto del principio di sussidiarietà - triennio 2025-2027. La richiesta di potenziamento dell'Ufficio di Piano prevede l'inserimento di tre figure amministrative e di una psicologa che sarà inserita nei processi di lavoro in modo tale da garantire il setting multiprofessionale per tutte le tipologie di utenza.	<p>Esteso avviso pubblico e integrazione del personale assegnato</p>	

LEPS Prioritario	MACRO AREA (Piani di Zona)	OBIETTIVO DI SISTEMA	AREA TEMATICA (Piano dello Sviluppo del Polo Territoriale)	IMPEGNO RECIPROCO (alcuni esempi)		AMBITO DI SESTO	INDICATORI	
				AT5	ASST			
L5: Incremento SAD	E: Anziani	1. Potenziare il Servizio di Assistenza Domiciliare in termini quantitativi e qualitativi. 2. Assistenza sociale integrata con i servizi sociosanitari.	AT2: Continuità dell'assistenza nei setting assistenziali	Governance e gestione del Piano per favorire l'invecchiamento attivo attraverso percorsi di coprogrammazione e coprogettazione con Ambiti ASST ed ETS.	Secondo la rimodulazione delle risorse destinate ai beneficiari della Misura 81 e 82, come da DGR n. XII/2023/2024 – n. XII/2423/2024, sarà necessario integrare e raccordarsi con i servizi sociali comuni per la valutazione dei servizi integrativi sociali , in connessione con gli interventi già attivi per i beneficiari in carico.	Erogazione servizi integrativi tramite FNA Misura 82 e Misura 81: prestazioni domiciliari di tipo socioassistenziale per le persone anziane non autosufficienti e prestazioni domiciliari di tipo educativo/tutelare per le persone con disabilità grave e gravissima, per favorire la sostituzione del lavoro di cura del caregiver familiare, in un'officina di sollevo al caregiver. I beneficiari sono persone anziane non autosufficienti e prevedono nei dettaglio: a) prestazioni di respiro d'olt'assistenza (interventi di sollevo) che favoriscono la sostituzione del lavoro di cura del caregiver familiare: 1. prestazione socioassistenziale e tutelare a domicilio; 2. ricovero temporaneo in struttura residenziale; 3. prestazione socioeducativa/educativa a favore della persona con disabilità/non autosufficienza in contesti socializzanti (fuori dal domicilio), anche tramite sviluppo di progettualità, finalizzato al "sollevo"; b) percorsi di sostegno psicologico (individuo o gruppo) rivolti al caregiver familiare; c) interventi di formazione/aggiornamento per rafforzare il lavoro di cura e la gestione dell'assistenza a favore del caregiver per persone disabili/non autosufficienti. Tali interventi servono a supportare il ruolo di caregiver di persone fragili;	Proseguire la sperimentazione del progetto IN&AUT (Fondo per l'inclusione delle persone con disabilità - legge 21/2021, n. 69 - DGR N. XI/7504/2022), volto a sostenere percorsi di inclusione sociale, promozione del benessere e integrazione, delle persone con disabilità con disturbo dello spettro autistico, minori e adulti e delle loro famiglie. Proseguirà la collaborazione con l'Ambito del progetto Emergenza Caldo : Creazione anagrafe unica persone fragili condivisa tra Ambiti e ASST. Proseguirà il percorso avviato nella precedente triennalità relativo al Progetto Caregiver in coprogettazione con gli Ambiti, ASST e ETS.	I) N. UVM Progetto In & AUT 2) Progetto Emergenza Caldo 3) Prosecuzione Progetto Caregiver
			AT3: Cure domiciliari		L'attuale riordino delle Cure Domiciliari (C-DOM), è attuato in un contesto di profonda evoluzione normativa della sanità territoriale nazionale e regionale. In questo nuovo scenario, ASST Nord Milano, definisce le linee programmatiche di sviluppo di questa area tematica seguendo la logica di attivazione degli interventi nella seguente modalità evolutiva: - "Ordinarsi" sulla progressiva definizione di un modello stratificato di lettura del bisogno delle persone che vivono nel Distretto di riferimento. - Fondarsi con riferimento alle condizioni di cronicità e fragilità, alla valutazione multidimensionale del bisogno della persona nel suo contesto di vita, in affinamento a quanto stabilito dalla DGR 21/2021 n. 69. - Garantire la realizzazione in integrazione nella risposta di bisogno della persona nell'accompagnamento/attivazione della rete dei servizi con l'obiettivo di rilevare le condizioni del bisogno attraverso l'approccio multiprofessionale. Ciò in quanto le persone compromesse nell'autonomia, presentano problemi e bisogni correlati di diversa tipologia che richiedono spesso l'attivazione di più servizi e il coinvolgimento di vari attori del sistema	Le Amministrazioni Comunali, oltre a gestire la Misura 82, supportano il mantenimento delle persone fragili e in condizioni di non autosufficienza al proprio domicilio attivando l'erogazione dei seguenti servizi: • Servizio SAD che prende in carico la gestione di cure della persona quali igiene e cura personale - dono offerto di cure e di per abiti da letto e nella vestibilità, aiuto per la corretta deambulazione e movimentazione degli arti, aiuto nell'assunzione di alimenti e bevande, prestazioni di assistenza di tipo igienico di semplice attuazione e prestazioni di cura dell'ambiente domestico: • Consegnare Pasti caldi al domicilio. • Telegorosso. • Servizio di Trasporto Sociale. • Sportello Assistenza Familiare, istituito ai sensi della Legge Regionale n. 15/15 e attivo sul territorio dell'Ambito di Sesto San Giovanni da diversi anni, si configura come un servizio di consulenza gratuito che offre informazioni e orientamento sul lavoro di cura e promuove iniziative di formazione rivolte a tutti coloro che accusano a domicilio persone in difficoltà. Aiuta, inoltre, le famiglie con anziani o disabili a trovare l'assistente familiare di cui hanno bisogno.	I) N. UVM pazienti C-Dom e SAD : incremento 10 % anno	
			AT4: Percorsi di integrazione a livello territoriale con la rete delle cure primarie		Nel prossimo triennio saranno realizzate le seguenti azioni per rinforzare il sistema di risposte e renderlo maggiormente aderente alla normativa sui LEPS: 1) supportare il ruolo dello Sportello di Assistenza familiare per la messa a disposizione di strumenti qualificati a favore dell'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari; 2) potenziare il ruolo dello Sportello di Assistenza familiare per la messa a disposizione di strumenti qualificati a favore dell'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari; 3) Consolidare il sistema di accreditamento dei servizi domiciliari per anziani e disabili al fine di garantire risposte personalizzate, tempestive e diversificate anche prevedendo la sperimentazione di attività innovative; 4) garantire la valutazione per l'accesso alle prestazioni di supporto al domicilio in setting multiprofessionale.			
			AT1: Valutazione Multidimensionale		I) Creazione di un tavolo di lavoro tra Ambiti e ASST, finalizzato all'elaborazione di un protocollo d'intesa, finalizzato a definire responsabilità, modalità operative e coordinamento/monitoraggio della valutazione multidimensionale integrata ASST/Ambito. 2) Consolidare i percorsi condivisi per l'integrazione socioassistenziale e UVM al fine di predisporre progetti individualizzati idonei e sostenibili.	Creazione di un tavolo di lavoro tra Ambiti e ASST, finalizzato all'elaborazione di un protocollo d'intesa, finalizzato a definire responsabilità, modalità operative e coordinamento/monitoraggio della valutazione multidimensionale integrata ASST/Ambito. Consolidare i percorsi condivisi per l'integrazione socioassistenziale e UVM al fine di predisporre progetti individualizzati idonei e sostenibili.	I) Elaborazione di un protocollo d'intesa UVM 2) n. di tavoli fragilità: 2 nel 2025 3) Attivazione focus group	
			AT4: Percorsi di integrazione a livello territoriale con la rete delle cure primarie	Governance e gestione del Piano per favorire l'invecchiamento attivo attraverso percorsi di coprogrammazione e coprogettazione con Ambiti ASST ed ETS	Nel corso del Triennio 2025-2027, si prevedono le seguenti progettualità suddivise nelle macroaree di riferimento: - Area Sviluppo Assistenziale e Presa in Carico: - Identificazione precoce dei Pazienti da avviare al percorso di Cure Domiciliari con l'implementazione della presa in carico dei pazienti fragili, cronici e con età > 65 anni secondo quanto stabilito nel PNRR Missione 6 Componente 1 "casa come primo luogo di cura" - Implementazione dello linea progettuale di Risk Management aziendale rivolta all'Area Territoriale "cure sicure in una casa sicura" con identificazione e analisi precoce degli elementi di prevenzione atti a ridurre le cadute, i danni da derivanti da potenziali assunzioni di farmaci e l'utilizzo inappropriato di apparecchiature elettromedicali in contesto domestico al fine di ridurre gli accessi in Pronto Soccorso. Attuazione delle azioni correttive identificate e analisi dei risultati - Implementazione del percorso di presa in carico al domicilio del Paziente effetto da anemia cronica con bisogno trasfusionale e relativa costruzione di specifici percorsi operativi	Supporto alla realizzazione delle seguenti attività progettuali: 1) Identificazione precoce dei Pazienti da avviare al percorso di Cure Domiciliari con l'implementazione della presa in carico dei pazienti fragili, cronici e con età > 65 anni secondo quanto stabilito nel PNRR Missione 6 Componente 1 "casa come primo luogo di cura"; 2) Risk Management rivolta all'Area Territoriale "cure sicure in una casa sicura" con identificazione e analisi precoce degli elementi di prevenzione atti a ridurre le cadute, i danni da derivanti da potenziali assunzioni di farmaci e l'utilizzo inappropriato di apparecchiature elettromedicali in contesto domestico al fine di ridurre gli accessi in Pronto Soccorso. Attuazione delle azioni correttive identificate e analisi dei risultati.	n. pazienti coinvolti;	
			AT5: Prevenzione e promozione della salute	Promozione dei programmi regionali in ambito scolastico, nella comunità e nei luoghi di lavoro.	Collaborare e supportare le iniziative legate all'invecchiamento attivo promosse da ASST e dal Distretto a partire dalle seguenti azioni: 1) Promozione e diffusione coretti stili di vita 2) campagna di informazione rivolta alla prevenzione primaria (campagne vaccinale, screening...); 3) azioni di sensibilizzazione sul territorio in sinergia tra Ambiti, ASST e ETS su tematiche specifiche (es: salute mentale, Alzheimer, benessere e movimento, etc.); 4) Implementazione gruppi cammino.	Collaborare e supportare le iniziative legate all'invecchiamento attivo promosse da ASST e dal Distretto a partire dalle seguenti azioni: 1) sicuri in movimento: le tecniche paracadute per over 65 e incontri informativi nelle CdC; 2) campagna di informazione rivolta alla prevenzione primaria (campagne vaccinale, screening...); 3) azioni di sensibilizzazione sul territorio in sinergia tra Ambiti, ASST e ETS su tematiche specifiche (es: salute mentale, Alzheimer, benessere e movimento, etc.); 4) Implementazione gruppi cammino.	I) N. eventi di sensibilizzazione 2) Avvio Gruppi di Cammino	
			AT7: Presa in carico dei cronici e fragili			Progressivo adeguamento degli attuali servizi agli standar definiti dai LEPS		
			AT1: Valutazione Multidimensionale		I) Creazione di un tavolo di lavoro tra Ambiti e ASST, finalizzato all'elaborazione di un protocollo d'intesa, finalizzato a definire responsabilità, modalità operative e coordinamento/monitoraggio della valutazione multidimensionale integrata ASST/Ambito. 2) Consolidare i percorsi condivisi per l'integrazione socioassistenziale e UVM al fine di predisporre progetti individualizzati idonei e sostenibili. 3) Consolidamento dell'AVI nella modalità già attuale, con elaborazione di un protocollo d'intesa tra Ambito e ASST, in riferimento alla Legge regionale 25/2022, nella stesura dei progetti di vita.	Creazione di un tavolo di lavoro tra Ambiti e ASST, finalizzato all'elaborazione di un protocollo d'intesa, finalizzato a definire responsabilità, modalità operative e coordinamento/monitoraggio della valutazione multidimensionale integrata ASST/Ambito. Consolidare i percorsi condivisi per l'integrazione socioassistenziale e UVM al fine di predisporre progetti individualizzati idonei e sostenibili. Consolidamento dell'AVI nella modalità già attuale, con elaborazione di un protocollo d'intesa tra Ambito e ASST, in riferimento alla Legge regionale 25/2022, nella stesura dei progetti di vita.	I) Elaborazione di un protocollo d'intesa AVI tra Ambiti e ASST 2) N. di incontri promossi sul progetto di vita 3) Incremento delle coprogettazioni con gli ETS; 4) N. di realtà coinvolte nella rete - incremento almeno 1 per anno dal 2025 a 2027-	
			AT4: Percorsi di integrazione a livello territoriale con la rete delle cure primarie					
			AT7: Presa in carico dei cronici e fragili					

	MACRO AREA (Piani di Zona)	OBBIETTIVO	AREA TEMATICA (Piano dello Sviluppo del Polo Territoriale)	IMPEGNO RECIPROCO (alcuni esempi)			AMBITO DI SESTO	INDICATORI
				ATS	ASST	AMBITO DI SESTO		
ALTRI OBIETTIVI DI INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	Politiche per la salute mentale	POTENZIARE LA COLLABORAZIONE NELL'AMBITO DEI PERCORSI DI CURA DEI PAZIENTI PSICHiatrici				<ul style="list-style-type: none"> • Rinnovo per il triennio 2025-2027 "Convenzione tra l'Ambito Territoriale di Sesto San Giovanni e l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Nord Milano per la gestione del Fondo Sociale a favore dei pazienti psichiatrici". Oggetto della Convenzione è la definizione dei rapporti giuridici ed economici derivanti dall'erogazione del Fondo Sociale a favore dei pazienti in carico alle UOC. Il Fondo viene quantificato annualmente dall'Assemblea dei Sindaci in relazione all'importo del Fondo Nazionale Politiche Sociali assegnato all'Ambito territoriale di Sesto San Giovanni. Lo stanziamento deliberato per le attività relative all'anno 2025 è pari a 30.000,00 euro. • Messa in atto dei protocolli e identificazione chiara delle responsabilità e delle azioni sociali e sanitarie da attuare per la presa in carico dei pazienti oggi riconducibili all'"area grigia". • Mantenimento, ove già presenti, e implementazione dei Tavoli di gestione condivisa della casistica con la partecipazione dei Servizi Sociali comunitari, i Servizi per la salute mentale e degli uffici di protezione giuridica. 	Indicatori di valutazione: 1. Sottoscrizione entro il primo trimestre del 2025 della Convenzione. 2. Numero tavoli intermedi attivati 3. n. casi discussi; iniziative realizzate	
		PROMUOVERE L'INCLUSIONE DEL PAZIENTE PSICHiatrico Nella COMUNITÀ				<p>Gli assi di intervento di seguito indicati si intrecciano alle azioni promosse con le risorse del Fondo Sociale Psichiatria erogato tramite la convenzione. Le azioni sono volte a supportare l'inclusione del paziente psichiatrico nella comunità:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tirocinio riabilitativo risocializzante TRR (ai sensi della Delibera Regionale 20.03.2012 n. 3153 – All. A al D.d.u.o del 27.11.2012 n. 20956). L'integrazione sociale dei cittadini in difficoltà a causa di problemi di salute mentale è perseguitabile, anche, attraverso interventi riabilitativi contesto lavorativo protetto. Tali interventi sono finalizzati a verificare la possibilità di attivare e/o recuperare le abilità (sociali e non) utili all'acquisizione dei livelli di autonomia esercitabili tipicamente nei contesti di lavoro. I progetti riabilitativi individuazionali contengono i termini essenziali del tirocinio e sono condivisi e sottoscritti da tutti gli attori coinvolti. • Interventi educativi sul territorio: gli interventi educativi rappresentano un valido strumento di sostegno per l'inclusione sociale e l'acquisizione di gradi di autonomia e di competenze utili alla gestione della vita quotidiana. • Erogazione di contributi mirati al finanziamento di piccole spese urgenti e necessarie coerenti con gli obiettivi della presa in carico. Tali interventi economici hanno l'obiettivo di contribuire al mantenimento e/o rafforzamento dei livelli di autonomia dei beneficiari, unitamente agli altri interventi definiti nel Piano terapeutico. 	Indicators di valutazione: 1. Numero di utenti coinvolti nelle attività previste nella convenzione; 2. Tipologia di interventi attivati.	
			AT1: Valutazione Multidimensionale			Messa in atto dei protocolli e identificazione chiara delle responsabilità e delle azioni sociali e sanitarie da attuare per la presa in carico dei pazienti oggi riconducibili all'"area grigia"; definizione di strumenti di valutazione e di presaincarico.		
			AT4: Percorsi di integrazione a livello territoriale con la rete delle cure primarie					
			AT7: Presa in carico dei cronici e fragili					