

**AMBITO 4**

ATS MILANO CITTÀ METROPOLITANA

BELLINZAGO LOMBARDO, BUSSERO, CAMBIAGO, CARUGATE, CASSINA DE' PECCHI,
CERNUSCO SUL NAVIGLIO, GESSATE, GORGONZOLA, PESSANO CON BORNAGO

DOCUMENTO PROGETTUALE DI MASSIMA (DP)

Istruttoria pubblica finalizzata all'individuazione di un soggetto del Terzo Settore per la coprogettazione e successiva co-gestione di un sistema integrato di domiciliarità sul territorio dell'Ambito Sociale Territoriale n. 4 – ATS Milano Città Metropolitana di Cernusco sul Naviglio – Comune Capofila Gorgonzola

PREMESSA

L'Ambito Sociale Territoriale n.4 promuove un percorso di amministrazione condivisa finalizzato alla coprogettazione di un Sistema Integrato della Domiciliarità, capace di rispondere in maniera innovativa, flessibile e integrata ai bisogni delle persone anziane, delle persone non autosufficienti e, più in generale, delle persone in condizioni di fragilità sociale e sociosanitaria.

L'Ambito è interessato da profondi cambiamenti demografici, sociali e sociosanitari che impongono una revisione delle modalità di programmazione e organizzazione degli interventi a sostegno della domiciliarità. L'incremento della popolazione anziana, l'aumento delle situazioni di non autosufficienza, la crescente presenza di persone affette da patologie croniche e degenerative, l'aumento delle fragilità sociali e relazionali e la progressiva riduzione della capacità di cura delle reti familiari richiedono l'adozione di modelli di intervento maggiormente integrati, flessibili e orientati alla personalizzazione dei percorsi.

Le presenti premesse sono parte integrante del Piano di Zona 2025-2027, approvato dall'Assemblea dei Sindaci di Ambito nella sua seduta del 04.12.2024, esito di un percorso di programmazione partecipata che ha coinvolto attivamente, in fase di coprogrammazione, gli Enti del Terzo Settore e gli attori del territorio nell'analisi dei bisogni, delle risorse e nella definizione degli interventi. Il Piano di Zona 2025-2027 riconosce la domiciliarità quale asse strategico delle politiche di welfare locale, individuando la necessità di rafforzare la capacità del territorio di sostenere la permanenza delle persone fragili al proprio domicilio e di sviluppare un sistema integrato di interventi e servizi.

Il percorso di co-programmazione attivato nel 2024 dall'Ambito ha consentito di condividere una lettura congiunta dei bisogni emergenti nell'area della non autosufficienza ridefinendo le politiche per la non autosufficienza del territorio, con particolare riferimento a:

- frequente mononuclearizzazione delle famiglie composte da soggetti fragili che non possiedono riferimenti di cura e caregiver familiari;
- orientamento ed informazione per i caregiver, offrendo luoghi ed interlocutori dove poter esprimere le esigenze e necessità del proprio familiare;
- supporto e sostegno per i caregiver offrendo opportunità di portare le proprie esigenze connesse al ruolo.

In tale contesto è emerso inoltre che i servizi comunali, ormai da anni, si sono spostati da una logica assistenzialista ad una logica di interventi a valenza preventiva per i soggetti dotati di un discreto livello di autosufficienza o solo temporaneamente in condizioni di non autonomia totale o parziale. Ciò promuove un allargamento della platea dei destinatari, includendo adulti fragili, cittadini con problematiche psichiche e psichiatriche, cittadini in condizione di povertà e vulnerabilità, cittadini la cui fragilità non risulta conclamata.

Il percorso programmatico è giunto ad individuare il concetto di cura quale principio guida che dovrebbe sovra ordinare lo sguardo sulla fragilità, arrivando a considerare la cura in ottica comunitaria, superando la logica prestazionale. A partire da questa analisi condivisa, il percorso di co-programmazione ha orientato la definizione di obiettivi volti a intercettare e prevenire l'aggravamento delle forme di fragilità non conclamate, rafforzare gli interventi domiciliari e ricomporre l'offerta del territorio secondo una prospettiva di sistema che coniughi risorse, interventi e progetti sia pubblici sia del privato sociale.

**AMBITO 4**

ATS MILANO CITTÀ METROPOLITANA

BELLINZAGO LOMBARDO, BUSSERO, CAMBIAGO, CARUGATE, CASSINA DE' PECCHI,
CERNUSCO SUL NAVIGLIO, GESSATE, GORGONZOLA, PESSANO CON BORNAGO

Il Piano di Zona ha definito come principale obiettivo nell'area della non autosufficienza la promozione di un sistema della domiciliarità che integri la logica delle sole prestazioni con la valorizzazione della rete dei servizi tra casa e territorio intesi come un unico contesto di cura, relazione e inclusione. Il lavoro di comunità diventa il metodo e il modello che orienta la costruzione del sistema.

Il processo di coprogrammazione è proseguito nel 2025 e 2026 e ha evidenziato la necessità di superare una visione frammentata degli interventi e di sviluppare un sistema integrato capace di ricomporre le diverse misure e i differenti servizi rivolti alle persone anziane, non autosufficienti e fragili.

Tra le principali criticità emerse si evidenziano:

- la prevalenza di un approccio prestazionale;
- la parcellizzazione delle risposte e degli strumenti di intervento;
- la frammentazione dei percorsi di integrazione sociosanitaria;
- l'assenza di un sistema stabile di governance della domiciliarità;
- I limiti del sistema pubblico nel rispondere alla complessità dei bisogni e nel garantire il benessere delle persone fragili.

Parallelamente, sono emersi bisogni forti di:

- prossimità nella vita quotidiana;
- accompagnamento e mobilità;
- socialità e inclusione;
- valorizzare il ruolo della comunità e del Terzo Settore.

La complessità delle situazioni richiede la costruzione di un sistema capace di integrare interventi sociali, sociosanitari e comunitari, valorizzando le risorse presenti sul territorio e promuovendo la corresponsabilità tra istituzioni pubbliche, Terzo Settore, famiglie e comunità locali. L'Ambito ritiene pertanto necessario promuovere un'evoluzione del sistema della domiciliarità, superando una logica esclusivamente prestazionale e orientandosi verso un modello di welfare di prossimità fondato sulla presa in carico integrata, sulla prevenzione dell'aggravamento delle fragilità e sulla permanenza della persona nel proprio contesto di vita.

In questo quadro, la presente coprogettazione, ai sensi dell'art. 55, commi 2 e 3 del D.Lgs. 117/2017, rappresenta lo sviluppo attuativo delle linee emerse, individuando nel sistema di domiciliarità una delle leve strategiche di cui si dota l'Ambito per rispondere ai bisogni delle persone in condizioni di fragilità e non autosufficienza. La co-progettazione rappresenta lo strumento più idoneo per costruire, insieme agli Enti del Terzo Settore, un Sistema Integrato della Domiciliarità, capace di sviluppare risposte innovative e sostenibili, ricomporre le risorse disponibili e favorire l'integrazione tra politiche sociali, sociosanitarie e di comunità. La scelta della presente istruttoria pubblica trova inoltre fondamento nella volontà dell'Ambito di promuovere processi di amministrazione condivisa, valorizzando il ruolo degli Enti del Terzo Settore quali soggetti attivi nella lettura dei bisogni, nella progettazione degli interventi e nella costruzione di reti territoriali di sostegno alle persone fragili e alle loro famiglie.

QUADRO NORMATIVO

La presente coprogettazione trova fondamento nei principi costituzionali di sussidiarietà, cooperazione e solidarietà, nonché nella normativa nazionale e regionale che disciplina gli strumenti dell'amministrazione condivisa. Costituiscono riferimenti essenziali l'art. 118 c.4 della Costituzione, il d.lgs. 117/2017 "Codice del Terzo Settore" che all'art. 55 disciplina gli istituti della coprogrammazione e coprogettazione e il DM 72/2021 recante *Linee guida sul rapporto tra Pubbliche Amministrazioni ed Enti del Terzo Settore*.

**AMBITO 4**

ATS MILANO CITTÀ METROPOLITANA

BELLINZAGO LOMBARDO, BUSSERO, CAMBIAGO, CARUGATE, CASSINA DE' PECCHI,
CERNUSCO SUL NAVIGLIO, GESSATE, GORGONZOLA, PESSANO CON BORNAGO

La presente coprogettazione si colloca in un contesto di profonda evoluzione delle politiche sociali e sociosanitarie, che orienta i territori verso modelli integrati di presa in carico, capaci di valorizzare le risorse della comunità e la collaborazione tra istituzioni e Terzo Settore.

L'azione si colloca nel processo di riforma delineato dal DM 77/2022, che ridefinisce il modello organizzativo dell'assistenza sanitaria territoriale. Tale riforma attribuisce particolare rilevanza all'integrazione tra servizi sociali, sociosanitari e sanitari quale presupposto indispensabile per garantire la continuità assistenziale, la presa in carico multidimensionale della persona e la personalizzazione degli interventi; in questo contesto assume un ruolo strategico il Punto Unico di Accesso (PUA), individuato come porta di ingresso integrata ai servizi territoriali e luogo privilegiato di orientamento, valutazione e accompagnamento dei cittadini verso le risposte più appropriate ai propri bisogni. La presente coprogettazione si configura altresì all'interno dei processi di riforma rivolti alle persone anziane e alle persone con disabilità. In particolare, per quanto riguarda la popolazione anziana, si richiama la legge delega 33/2023 con successivo d.lgs. 29/2024, il cui percorso attuativo non è ancora stato avviato; per quanto riguarda le persone con disabilità si richiama la legge delega 227/2021 con successivo d.lgs. 62/2024, il cui percorso attuativo nell'Ambito 4 è iniziato nel 2026.

Dal punto di vista programmatico, assumono particolare rilevanza il Piano Nazionale per la Non Autosufficienza (PNNA) 2025-2027 e il Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze (FNA) 2025-2027 di Regione Lombardia, che individuano priorità e indirizzi per il rafforzamento degli interventi rivolti alle persone anziane non autosufficienti e alle persone con disabilità; tali strumenti pongono un forte accento sullo sviluppo dei servizi territoriali, dell'assistenza domiciliare, dei percorsi di sostegno ai caregiver e dell'integrazione tra il sistema sociale e quello sanitario. Nelle more della definizione degli strumenti programmatici specificamente dedicati alla popolazione anziana, tali documenti rappresentano il principale quadro di riferimento per la programmazione degli interventi. Coerentemente con tali indirizzi, l'Ambito ha aderito alla Misura sollievo – Azione K.2 per il rafforzamento dei servizi sociali territoriali per la disabilità finanziata attraverso risorse europee (PR FSE + 2021-2027). L'ambito sta predisponendo la partecipazione alla Manifestazione di Interesse indetta da Regione Lombardia.

A livello locale, il quadro programmatico di riferimento è costituito dal Piano di Zona dell'Ambito 2025-2027 e dal Piano di sviluppo del Polo Territoriale (PPT) dell'ASST Melegnano Martesana 2025-2027, che individuano obiettivi convergenti e integrati nell'ambito della presa in carico delle persone fragili. Tra le priorità condivise si evidenziano il rafforzamento dei percorsi di dimissioni protette, la promozione dell'invecchiamento attivo, lo sviluppo della valutazione multidimensionale e la costruzione di un modello integrato di Punto Unico di Accesso (PUA), al fine di garantire risposte più efficaci, unitarie e personalizzate ai bisogni della popolazione.

La rilevanza strategica dei servizi oggetto della presente procedura è ulteriormente rafforzata dal loro riconoscimento quali Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS); in tale ambito rientrano l'assistenza domiciliare e il servizio delle dimissioni protette, individuati dalla programmazione nazionale come strumenti essenziali per assicurare la continuità assistenziale, sostenere la permanenza al domicilio delle persone fragili e promuovere l'integrazione tra sistema sociale e sanitario. L'accesso, valutazione multidimensionale, definizione del PAI e titolarità della presa in carico restano alla PA (servizio sociale, EVM, PUA), che vi impiega risorse proprie; l'ETS co-costruisce il PAI e co-realizza gli interventi.

QUADRO DELLE RISORSE

A fronte della complessità normativa e programmatica sopra richiamata, il sistema delle risorse a sostegno della presente coprogettazione si caratterizza per una pluralità di fonti di finanziamento e misure integrate. Tale strutturazione comporta una gestione amministrativa e organizzativa particolarmente complessa, poiché le diverse fonti di finanziamento sono caratterizzate da requisiti,

**AMBITO 4**

ATS MILANO CITTÀ METROPOLITANA

BELLINZAGO LOMBARDO, BUSSERO, CAMBIAGO, CARUGATE, CASSINA DE' PECCHI,
CERNUSCO SUL NAVIGLIO, GESSATE, GORGONZOLA, PESSANO CON BORNAGO

procedure e modalità di rendicontazione differenziate. Tuttavia, la possibilità di integrare tali risorse all'interno di un unico modello organizzativo consente di sviluppare un sistema unitario e coordinato di interventi e servizi, capace di rispondere in modo più efficace ai bisogni della cittadinanza.

Tra le principali risorse disponibili rientra il Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze (FNA) - Misura Servizi Anziani, che contribuisce al finanziamento della presente coprogettazione attraverso il potenziamento degli interventi di assistenza domiciliare. La misura è orientata in particolare al supporto della permanenza al domicilio della persona anziana e alla realizzazione di interventi di sostegno e sollievo a favore dei caregiver familiari.

A tale finanziamento si affianca la Misura Sollievo K2, rivolta alle persone con disabilità nella fascia d'età 0-70 anni, per la quale l'Ambito intende partecipare al relativo avviso pubblico in forma singola. Le linee di intervento previste dalla misura risultano pienamente coerenti con il modello di intervento domiciliare promosso dalla presente coprogettazione e ne rappresentano un importante elemento di integrazione. Nello specifico, l'Ambito prevede di utilizzare tali risorse per finanziare interventi di sollievo e supporto alla persona nel proprio contesto di vita, servizi di trasporto con accompagnamento e azioni di sostegno ai caregiver, contribuendo al rafforzamento della rete territoriale degli interventi a favore della domiciliarità. La Misura Sollievo K2 opera, inoltre, in modo complementare rispetto alla Misura Servizi Disabili, finanziata mediante il FNA.

Un ulteriore elemento del sistema di finanziamento è rappresentato dal Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS) – LEPS Dimissioni Protette, che sostiene interventi domiciliari successivi alla dimissione ospedaliera per un periodo massimo di 30 giorni. Attualmente l'Ambito dispone di un elenco di enti accreditati per l'erogazione degli interventi previsti dalla misura, con validità fino al 31.12.2026, il cui utilizzo cesserà con l'avvio della presente coprogettazione. In relazione a tale misura, l'Ambito ha sottoscritto un protocollo operativo condiviso con gli altri Ambiti territoriali, ASST Melegnano Martesana e gli ospedali del territorio finalizzato a garantire modalità uniformi di accesso, presa in carico e attivazione degli interventi, mediante l'utilizzo di una modulistica comune e procedure coordinate; tale accordo verrà rinnovato nel 2027 e potrebbe pertanto subire variazioni.

A queste risorse si aggiungono infine i fondi comunali, che contribuiscono a rafforzare il sistema degli interventi e a garantire una maggiore continuità e personalizzazione delle risposte rivolte ai cittadini.

ANALISI DEL CONTESTO TERRITORIALE

L'Ambito Sociale Territoriale n. 4 – ATS Milano Città Metropolitana, con Comune capofila Gorgonzola, è composto da 9 Comuni (Bellinzago Lombardo, Bussero, Cambiago, Carugate, Cassina de Pecchi, Cernusco sul Naviglio, Gessate, Gorgonzola, Pessano con Bornago).

Il territorio dell'Ambito si estende su una superficie di 69,7 km² e presenta una densità abitativa pari a 1.831 abitanti per km², valore inferiore a quello della Provincia di Milano ma significativamente superiore alla media regionale.

Le caratteristiche demografiche e le nuove fragilità sociali

Al 2024 la popolazione residente ammonta a 122.928 abitanti, di cui 62.889 donne e 60.219 uomini, distribuiti in 53.328 nuclei familiari, con una media di 2,31 componenti per famiglia.

L'analisi dell'andamento demografico evidenzia una crescita della popolazione sostanzialmente costante nel triennio 2022-2024, accompagnata tuttavia da profonde trasformazioni nella struttura della popolazione e dei nuclei familiari. Pur registrandosi un incremento del numero complessivo di residenti, si osserva un progressivo rallentamento della crescita naturale, determinato dalla riduzione della natalità e dal costante aumento della popolazione anziana.

L'indice di vecchiaia è pari a 168,2 e l'indice di dipendenza degli anziani raggiunge il 35,3%, evidenziando una crescente pressione della popolazione non attiva sulla popolazione in età lavorativa.



L'aumento dell'aspettativa di vita, associato alla crescente incidenza di patologie croniche e degenerative, comporta un progressivo incremento delle situazioni di fragilità e non autosufficienza, con conseguente crescita della domanda di interventi domiciliari integrati e di percorsi di presa in carico multidimensionale. Il Piano di Zona evidenzia inoltre la progressiva presenza di persone anziane di origine straniera, una componente che presenta bisogni specifici e differenziati; particolarmente significativo è il dato relativo alla popolazione straniera over 65, quasi raddoppiata in pochi anni, passando da 261 a 492 persone. Tale evoluzione è destinata a incidere in maniera crescente sulla domanda di servizi domiciliari e di interventi di accompagnamento, richiedendo risposte sempre più personalizzate e culturalmente appropriate.

In questo scenario, la permanenza al domicilio rappresenta, per la maggior parte delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie, l'obiettivo prioritario dei percorsi di assistenza e uno dei principali pilastri delle politiche di welfare territoriale. Diventa pertanto sempre più rilevante la capacità del sistema locale di garantire interventi di sostegno efficaci e integrati, in grado di favorire la permanenza della persona nel proprio contesto di vita e di assicurare adeguati livelli di assistenza domiciliare.

Parallelamente, l'evoluzione delle strutture familiari contribuisce a ridefinire i bisogni di cura e di supporto. L'analisi demografica mette in evidenza la presenza di nuclei familiari di dimensioni contenute, con una media di 2,31 componenti per famiglia, dato che riflette le trasformazioni sociali e familiari che interessano il territorio; si registra infatti un aumento delle persone sole, delle situazioni di vedovanza e separazione, nonché una generale fragilizzazione delle reti informali di aiuto.

Tali fenomeni incidono direttamente sulla capacità di cura delle famiglie e determinano un crescente ricorso ai servizi territoriali di supporto alla domiciliarità, con un conseguente aumento della domanda di servizi sociali, sociosanitari e sanitari territoriali.

I cambiamenti demografici e sociali determinano una crescente centralità del ruolo dei caregiver familiari, i quali rappresentano la principale risorsa di cura e assistenza per le persone anziane e fragili. L'aumento delle condizioni di non autosufficienza, unitamente alla riduzione della capacità di supporto delle reti parentali, espone tuttavia i caregiver a un significativo carico assistenziale, con conseguenti rischi di isolamento, affaticamento e impoverimento sociale.

In questo contesto, la costruzione del nuovo Sistema della Domiciliarità si fonda su un approccio integrato capace di rispondere ai bisogni delle persone fragili, ma anche di sostenere chi quotidianamente se ne prende cura. In questa prospettiva, sarà necessario sviluppare interventi strutturati di informazione, orientamento, accompagnamento e supporto ai caregiver familiari, riconoscendone il ruolo essenziale nel garantire la permanenza al domicilio e nel promuovere percorsi di assistenza sostenibili e di qualità.

Il contesto associativo e comunitario

L'Ambito territoriale è caratterizzato dalla presenza di un tessuto associativo diffuso e articolato, composto da enti del Terzo Settore, associazioni di volontariato e realtà comunitarie radicate nei differenti contesti locali. Tali soggetti rappresentano una risorsa significativa per la promozione della partecipazione, dell'inclusione sociale e del sostegno alle persone e alle famiglie.

Nel territorio sono presenti esperienze che favoriscono la costruzione di relazioni di prossimità, la collaborazione tra organizzazioni e il coinvolgimento attivo della cittadinanza, contribuendo a contrastare fenomeni di isolamento e fragilità sociale. Parallelamente, il sistema locale dei servizi dispone di una consolidata esperienza nell'ambito della domiciliarità e dell'assistenza alle persone fragili.

Pur in presenza di risorse e progettualità significative, il territorio si presenta eterogeneo per caratteristiche, livelli di integrazione e modalità di collaborazione tra enti pubblici, Terzo Settore e comunità locali. Emergono pertanto opportunità di sviluppo volte a rafforzare le connessioni tra i diversi attori territoriali e a valorizzare in modo più integrato le risorse formali e informali presenti nelle comunità.



In tale quadro, la coprogettazione si pone come strumento per promuovere modelli innovativi di collaborazione e per favorire la costruzione di risposte capaci di valorizzare le risorse territoriali, sostenere la permanenza delle persone nel proprio contesto di vita e rafforzare le reti comunitarie a supporto della domiciliarità e del benessere delle persone.

Il sistema dei servizi per la domiciliarità

L'Ambito Sociale Territoriale n. 4 dispone di un sistema consolidato di interventi a sostegno della domiciliarità, articolato attraverso il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) e il servizio di trasporto sociale. Tali servizi rappresentano un elemento essenziale della rete di welfare territoriale e contribuiscono a sostenere la permanenza delle persone fragili nel proprio contesto di vita, favorendone l'autonomia e l'accesso alle opportunità di cura e partecipazione.

L'attuale sistema di accreditamento del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) coinvolge otto Comuni dell'Ambito e si avvale della collaborazione di quattro Enti accreditati ed è in scadenza al 31 dicembre 2026. Fa eccezione il Comune di Gorgonzola, che ha sviluppato un modello di gestione del servizio attraverso un percorso di coprogettazione con un Ente del Terzo Settore.

Gli elementi che seguono descrivono l'assetto attuale a fini conoscitivi; non costituiscono standard vincolanti. Le modalità con cui garantire tempestività, continuità e prossimità saranno oggetto di analisi e valutazione nel Tavolo di Coprogettazione.

Nell'attuale accreditamento è garantita la reperibilità telefonica quotidiana del personale di coordinamento, educativo e assistenziale nella fascia oraria compresa tra le ore 7.00 e le ore 20.00, assicurando risposte tempestive alle richieste degli utenti, delle famiglie e dei Servizi Sociali comunali. All'interno dell'organizzazione è inoltre individuata una figura di coordinamento con funzioni di supervisione operativa, monitoraggio degli interventi e raccordo con la rete dei servizi territoriali. L'attività viene svolta secondo procedure condivise e protocolli operativi consolidati che disciplinano le modalità di presa in carico, di erogazione degli interventi e di gestione delle situazioni complesse, garantendo uniformità di comportamento e qualità professionale degli operatori. Il servizio è organizzato in modo da assicurare la copertura degli interventi sia nei giorni feriali sia nei giorni festivi, nella fascia oraria compresa tra le ore 7.00 e le ore 20.00, garantendo continuità assistenziale e flessibilità nella risposta ai bisogni delle persone assistite. Particolare attenzione è dedicata alla tempestività degli interventi: il coordinatore effettua ordinariamente il primo contatto e la visita domiciliare entro due giorni lavorativi dalla segnalazione o dall'invio da parte del Servizio Sociale competente, mentre l'attivazione degli interventi avviene normalmente entro 48 ore dalla definizione del progetto individuale o del Piano Assistenziale Individualizzato, compatibilmente con le specifiche esigenze della persona e con le indicazioni condivise con il servizio inviante. L'eventuale compartecipazione dei cittadini è gestita direttamente dal Comune di residenza secondo proprio Regolamento Comunale. Nulla viene corrisposto all'Ambito.

I cittadini seguiti dal Servizio SAD nel precedente triennio sono i seguenti:

	2024	2025	2026_gen_apr
Utenti continuativi	76	73	57
Utenti occasionali	25	39	10
Ore	12386	11562,92	4114
>70	67	72	47
<70	35	38	23
Minorenni	3	1	0

L'Ambito gestisce il servizio di trasporto sociale attraverso un sistema di accreditamento territoriale, anch'esso in scadenza al 31 dicembre 2026. Analogamente a quanto avviene per il Servizio di

**AMBITO 4**

ATS MILANO CITTÀ METROPOLITANA

BELLINZAGO LOMBARDO, BUSSERO, CAMBIAGO, CARUGATE, CASSINA DE' PECCHI,
CERNUSCO SUL NAVIGLIO, GESSATE, GORGONZOLA, PESSANO CON BORNAGO

Assistenza Domiciliare, l'accreditamento è definito a livello di Ambito, mentre la titolarità delle risorse economiche e l'attivazione degli interventi rimangono in capo ai singoli Comuni, che dispongono di propri stanziamenti e definiscono autonomamente le modalità di utilizzo delle risorse destinate al servizio. La gestione delle richieste e la programmazione degli interventi avvengono in costante raccordo con i Comuni dell'Ambito e con i servizi territoriali coinvolti, al fine di garantire appropriatezza degli interventi, ottimizzazione delle risorse impiegate e continuità nella risposta ai bisogni delle persone accompagnate.

Il trasporto sociale accreditato resta escluso. Rientrano nella coprogettazione i soli interventi di accompagnamento e facilitazione, finanziabili dalla Misura Sollievo K2, per i quali verrà attivato un coordinamento operativo con il Servizio di Trasporto di Abito in caso di cittadini seguiti da entrambi gli interventi.

L'attuale modello organizzativo adottato dall'Ambito con i diversi Servizi ed interventi attivati, ha consentito di raggiungere un buon equilibrio tra domanda e offerta di servizi e rappresenta una risposta consolidata ai bisogni di mobilità delle persone fragili.

Permane tuttavia un'area di bisogno non adeguatamente presidiata, rappresentata dalle situazioni in cui la persona necessita non soltanto del trasporto, ma anche di un accompagnamento e di un affiancamento durante l'espletamento di attività di vita quotidiana, quali visite mediche, commissioni o attività di socializzazione.

Nel tempo, il sistema ha garantito risposte diffuse ai bisogni della popolazione e ha consentito lo sviluppo di competenze, esperienze e modalità operative differenziate nei diversi territori dell'Ambito. Parallelamente, l'evoluzione del quadro demografico e sociale evidenzia la crescente complessità dei bisogni delle persone e delle famiglie, che richiedono approcci maggiormente integrati e capaci di connettere interventi assistenziali, relazioni di prossimità, risorse comunitarie e opportunità di inclusione sociale.

Accanto ai bisogni tradizionalmente presidiati dai servizi domiciliari, emergono infatti esigenze riconducibili all'accompagnamento della persona nei percorsi di vita quotidiana, nell'accesso alle opportunità del territorio e nella partecipazione alla vita sociale e comunitaria. Tali bisogni richiedono una riflessione sull'evoluzione del sistema locale dei servizi e sulle possibili modalità di integrazione tra interventi professionali, reti territoriali e risorse della comunità.

Il sistema territoriale della domiciliarità comprende inoltre servizi e interventi a supporto dei caregiver familiari, percorsi di integrazione sociosanitaria per la continuità assistenziale, strumenti di protezione giuridica delle persone fragili e misure dedicate alla non autosufficienza. Si tratta di risorse che, pur caratterizzate da differenti assetti organizzativi e livelli di sviluppo, concorrono a sostenere i progetti di vita delle persone e delle loro famiglie e rappresentano elementi strategici per la costruzione di un sistema integrato della domiciliarità, sempre più orientato alla personalizzazione degli interventi, alla continuità delle risposte e alla valorizzazione delle risorse territoriali e comunitarie.

In questo contesto, la coprogettazione costituisce l'opportunità per promuovere il rafforzamento del sistema della domiciliarità dell'Ambito, valorizzando le esperienze esistenti e sviluppando modelli innovativi orientati alla centralità della persona, alla qualità della vita e all'integrazione delle risorse territoriali.

**AMBITO 4**

ATS MILANO CITTÀ METROPOLITANA

BELLINZAGO LOMBARDO, BUSSERO, CAMBIAGO, CARUGATE, CASSINA DE' PECCHI,
CERNUSCO SUL NAVIGLIO, GESSATE, GORGONZOLA, PESSANO CON BORNAGO

SISTEMA DI GOVERNANCE

La complessità del sistema della domiciliarità richiede un modello di governance stabile, partecipato e multilivello, capace di garantire un governo unitario dei servizi di Ambito, assicurando al contempo la necessaria prossimità ai territori e l'integrazione con la rete dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari. La coprogettazione rappresenta l'occasione per consolidare un modello organizzativo fondato sulla corresponsabilità tra Ambito Territoriale Sociale ed Ente/i del Terzo Settore partner, valorizzando le competenze dei diversi attori coinvolti e promuovendo una gestione condivisa orientata al miglioramento continuo della qualità degli interventi.

L'obiettivo è quello di coniugare una regia unitaria di Ambito con una forte capacità di lettura dei bisogni locali, garantendo omogeneità di accesso ai servizi, uniformità metodologica, flessibilità organizzativa e personalizzazione degli interventi. A tal fine il sistema si articola su tre livelli di governance, tra loro strettamente interconnessi.

Livello direttivo – Cabina di Regia: costituisce l'organismo di governo strategico del sistema della domiciliarità. Ha il compito di definire gli indirizzi generali della coprogettazione, monitorarne l'attuazione, valutare i risultati conseguiti e orientare lo sviluppo del sistema in coerenza con gli obiettivi del Piano di Zona e con la programmazione territoriale. La Cabina di Regia è composta dal Responsabile dell'Ufficio di Piano, dal Coordinatore area Non Autosufficienza dell'UdP, dai rappresentanti dell'Ente/degli Enti del Terzo Settore partner. In relazione agli argomenti trattati potranno essere invitati altri soggetti istituzionali o referenti del sistema sociosanitario. L'organismo assicura il raccordo con il Tavolo Tecnico dell'Ambito e con l'Assemblea dei Sindaci, favorendo la condivisione delle scelte strategiche, la diffusione dei risultati e il costante allineamento con gli obiettivi della programmazione territoriale. Gli incontri hanno cadenza almeno quadrimestrale e sono oggetto di verbalizzazione.

Livello di coordinamento tecnico-gestionale: Il Coordinamento tecnico-gestionale rappresenta il livello di governo operativo del sistema. Ha la funzione di tradurre gli indirizzi della Cabina di Regia nelle attività gestionali quotidiane, garantendo il coordinamento unitario dei servizi, l'omogeneità delle procedure, il monitoraggio delle attività e il presidio della qualità degli interventi. Costituisce inoltre il luogo di confronto stabile tra Ambito, Comuni ed Ente partner, favorendo la condivisione delle criticità emergenti, l'individuazione di soluzioni organizzative comuni, lo sviluppo di strumenti operativi condivisi e l'implementazione di prassi uniformi sull'intero territorio. Il Coordinamento è composto dai referenti dell'Ufficio di Piano, dai coordinatori dell'Ente partner e dagli Assistenti Sociali dei Comuni dell'Ambito o loro referenti per i servizi domiciliari. Gli incontri sono programmati con cadenza tendenzialmente bimestrale.

Livello territoriale di coordinamento e presa in carico

A livello comunale è attivato un sistema di coordinamento territoriale finalizzato a garantire l'integrazione tra il Sistema della Domiciliarità di Ambito, i servizi comunali, i servizi sociosanitari e sanitari e le risorse formali e informali presenti nella comunità locale. Tale livello rappresenta il luogo di raccordo operativo per il monitoraggio dei bisogni del territorio, la programmazione e l'ottimizzazione delle risorse disponibili, la promozione delle collaborazioni territoriali e la costruzione di risposte integrate a sostegno delle persone e delle famiglie.

Nell'ambito di questa funzione, vengono inoltre realizzati momenti di valutazione e confronto multiprofessionale dedicati alla definizione, al monitoraggio e all'eventuale rimodulazione dei progetti personalizzati, assicurando l'integrazione tra interventi sociali, sociosanitari e sanitari e promuovendo una presa in carico globale della persona.

Il livello territoriale coinvolge, in relazione alle esigenze del territorio e alle caratteristiche delle situazioni trattate, i servizi sociali comunali, l'Ente partner, gli operatori coinvolti nei progetti individuali, i servizi sanitari e sociosanitari competenti, gli enti del Terzo Settore, le reti di volontariato e, ove opportuno, la persona beneficiaria e la sua famiglia. Le modalità organizzative e la frequenza degli incontri sono definite in relazione ai bisogni del territorio e alla complessità delle situazioni oggetto di presa in carico..



Integrazione socio-sanitaria. La governance opera in raccordo con il sistema socio-sanitario territoriale (ASST, PUA – Punti Unici di Accesso); è prevista la definizione di **protocolli operativi condivisi** con gli enti sanitari per la presa in carico integrata dei beneficiari con bisogni socio-sanitari. Le Equipe di valutazione Multidimensionali rappresentano lo snodo territoriale principale per l'analisi delle esigenze del cittadino e la definizione del progetto individualizzato, attraverso la partecipazione attiva del cittadino stesso. Le DGR che definiscono le regole di funzionamento sia del Fondo non Autosufficienza sia della Misura Solievo K2 confermano le EVM quale luogo integrato di valutazione progettazione.

Inoltre, tutti gli organismi di governo concorrono alla rilevazione costante delle esigenze di miglioramento del Servizio; è assicurata l'azione sinergica di coordinamento del Tavolo con le altre forme di governance attive sul territorio dell'Ambito su bisogni analoghi o collegati, in particolare con il Tavolo Tecnico.

TARGET DI PROGETTO

Il Sistema si rivolge ai cittadini adulti fragili e/o disabili e/o anziani residenti nell'Ambito Territoriale Sociale 4.

Oltre ai cittadini sopra richiamati, saranno destinatari del nuovo Sistema anche le reti familiari, con particolare attenzione ai caregiver, e la comunità entro cui il cittadino vive e crea relazioni sociali. Inoltre, si prevede un allargamento della platea dei destinatari, includendo adulti fragili, cittadini con problematiche psichiche e psichiatriche, cittadini la cui fragilità non risulta conclamata.

Poiché il sistema integrato di domiciliarità di Ambito si pone l'obiettivo di ricomporre le risorse organizzative, professionali ed economiche sia delle misure attivate ai sensi della DGR 6320/2026 per cittadini anziani e la Misura Solievo K2 per i cittadini con disabilità, il target di riferimento di ciascuna fonte è definito dai requisiti di accesso previsti dalle relative regole: persone anziane non autosufficienti per le misure FNA ex DGR 6320/2026; persone con disabilità 0-70 anni per la Misura Solievo K2; persone dimesse da reparto ospedaliero, subacuti, riabilitativo e da ospedali di comunità di per il LEPS Dimissioni protette. Le risorse comunali sostengono il sistema nel suo complesso.

FINALITÀ

Il Sistema della Domiciliarità si configura come un insieme integrato di interventi, servizi e opportunità finalizzati a sostenere la permanenza della persona nel proprio contesto di vita, promuovendone il benessere e la partecipazione sociale.

Il Sistema si connota per le seguenti caratteristiche e modalità operative:

- Si pone in una logica complementare e non sostitutiva della solidarietà familiare, ne rinforza il significato, sostenendo le capacità e le autonomie presenti;
- Riconosce la persona e la sua famiglia come interlocutori privilegiati nella definizione, realizzazione e valutazione del progetto personalizzato;
- garantisce la personalizzazione degli interventi, per consentire soluzioni diversificate e calibrate sulle peculiari caratteristiche di ciascun individuo, valutando anche le difficoltà della famiglia a sostenere il carico assistenziale;
- Promuove l'integrazione tra servizi sociali, sanitari e sociosanitari nonché il coinvolgimento delle diverse figure professionali e delle risorse territoriali, al fine di assicurare una presa in carico appropriata e continuativa;
- Favorisce l'attivazione delle reti formali e informali della comunità locale, valorizzando le opportunità di prossimità e di supporto territoriale.

Il Sistema ispira le sue attività e l'intera sua modalità di gestione ai seguenti principi:

- Rispetto della persona e della libertà nelle scelte di vita;
- Centralità della persona e rispetto della sua dignità, autodeterminazione e libertà di scelta;
- Tutela della riservatezza;
- Professionalità e qualità del servizio;

**AMBITO 4**

ATS MILANO CITTÀ METROPOLITANA

BELLINZAGO LOMBARDO, BUSSETO, CAMBIAGO, CARUGATE, CASSINA DE' PECCHI,
CERNUSCO SUL NAVIGLIO, GESSATE, GORGONZOLA, PESSANO CON BORNAGO

- Flessibilità nella risposta ai bisogni individuali della persona;
- Chiarezza e trasparenza nella comunicazione con gli interlocutori;
- Partecipazione dei destinatari al progetto di intervento ed alla sua valutazione;
- Integrazione istituzionale e collaborazione tra i soggetti della rete territoriale;

La finalità generale del Sistema di Domiciliarità è favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita e di relazione, prevenendo o ritardando processi di istituzionalizzazione, sostenendo le funzioni di cura delle famiglie e promuovendo percorsi di autonomia, inclusione e partecipazione sociale.

La presente è una procedura di **coprogettazione ex art. 55, c. 3, CTS**: non costituisce appalto né concessione. Le risorse riconosciute all'ETS hanno natura di **contributo a rimborso ex art. 12 L. 241/1990** e non di corrispettivo.

L'eventuale apporto di **risorse proprie dell'ETS** (beni, volontariato, competenze) costituisce **compartecipazione facoltativa**, valorizzata in sede di valutazione per la sua qualità e pertinenza e non per la sua entità economica; non costituisce cofinanziamento obbligatorio.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Il progetto si articola in 3 macro-obiettivi.

A – CURA DELLA PERSONA E PROMOZIONE DEL BENESSERE, finalizzati al mantenimento della migliore qualità della vita possibile, attraverso la valorizzazione delle capacità individuali, delle relazioni e delle risorse disponibili nel contesto di vita della persona.

Obiettivi specifici:

1. Promuovere il mantenimento e il potenziamento delle capacità personali, sostenendo l'autonomia della persona nella cura di sé, della propria salute e nello svolgimento delle attività della vita quotidiana.
2. Favorire la permanenza della persona nel proprio contesto di vita, attraverso il rafforzamento delle condizioni abitative, relazionali e ambientali che contribuiscono al benessere, alla sicurezza e alla qualità della vita.
3. Sostenere la persona e la sua rete familiare nei percorsi di cura, valorizzando le risorse individuali e familiari, promuovendo processi di empowerment, corresponsabilità e attivazione delle opportunità presenti nel territorio.
4. Rafforzare la partecipazione sociale e l'inclusione nella comunità, ampliando le opportunità di relazione, cittadinanza attiva e accesso alle reti di prossimità, con particolare attenzione alla prevenzione e al contrasto dell'isolamento e dell'emarginazione sociale connessi alle condizioni di fragilità e non autosufficienza.

B – SUPPORTO ED EMPOWERING AL CARE GIVER ED ALLE FAMIGLIE finalizzato a sostenere, valorizzare e rafforzare il ruolo delle persone che prestano attività di cura, promuovendone il benessere, le competenze e la sostenibilità dell'impegno assistenziale nel tempo.

Obiettivi specifici:

1. Riconoscere e valorizzare il ruolo del caregiver quale risorsa fondamentale nei percorsi di cura e di sostegno alla domiciliarità.
2. Favorire il coinvolgimento attivo dei caregiver nella definizione, realizzazione e monitoraggio dei progetti individualizzati, promuovendo processi di corresponsabilità e coprogettazione degli interventi.
3. Rafforzare le competenze dei caregiver nella gestione delle attività di cura e nell'accesso alle opportunità e alle risorse disponibili sul territorio.
4. Promuovere il benessere e la qualità della vita dei caregiver, prevenendo situazioni di affaticamento, sovraccarico assistenziale e isolamento sociale.
5. Sostenere i caregiver nelle scelte che riguardano il proprio percorso di vita, favorendo la conciliazione tra responsabilità di cura, relazioni familiari, lavoro, partecipazione sociale e benessere personale.

**AMBITO 4**

ATS MILANO CITTÀ METROPOLITANA

BELLINZAGO LOMBARDO, BUSSERO, CAMBIAGO, CARUGATE, CASSINA DE' PECCHI,
CERNUSCO SUL NAVIGLIO, GESSATE, GORGONZOLA, PESSANO CON BORNAGO

6. Valorizzare le risorse e le capacità presenti nei nuclei familiari, sostenendo processi di empowerment e attivazione delle reti informali e comunitarie.
7. Favorire la costruzione di reti di supporto tra caregiver, servizi e comunità locale, rafforzando le opportunità di confronto, mutuo aiuto e partecipazione.

C – MACRO-OBIETTIVO: SVILUPPO DI AZIONI DI COMUNITÀ E STRUTTURAZIONE GOVERNANCE CENTRALIZZATA finalizzato a rafforzare la capacità della comunità locale di prendersi cura delle persone più fragili attraverso l'attivazione delle risorse territoriali, la costruzione di reti collaborative e la promozione di forme diffuse di partecipazione, inclusione e responsabilità condivisa.

Obiettivi specifici:

1. Promuovere la partecipazione attiva dei cittadini e delle comunità locali nella costruzione di risposte ai bisogni delle persone fragili, valorizzando le risorse di prossimità e le forme di solidarietà informale.
2. Rafforzare la collaborazione tra Pubblica Amministrazione, servizi sociosanitari, Terzo Settore e comunità locale, promuovendo forme stabili di confronto, coprogettazione e corresponsabilità.
3. Promuovere la messa in rete delle risorse e delle competenze presenti sul territorio, al fine di sviluppare risposte innovative, flessibili e sostenibili ai bisogni emergenti della popolazione.
4. Generare valore sociale e coesione comunitaria, riconoscendo il contributo attivo delle persone, delle famiglie e delle organizzazioni territoriali nella costruzione del benessere collettivo.

AZIONI E ATTIVITÀ

Riferimento Macro-obiettivo A:

- Interventi domiciliari con tempistiche personalizzate variabili in base all'obiettivo progettuale la cui articolazione oraria e le modalità di continuità degli interventi sono definite al Tavolo di co-progettazione;
- Interventi domiciliari e territoriali volti a titolo esemplificativo e nel rispetto delle tipologie ammesse dai Fondi: supporto nella cura e nell'igiene personale, affiancamento nella gestione delle attività quotidiane e domestiche essenziali, monitoraggio delle condizioni di benessere della persona e segnalazione di eventuali bisogni emergenti ai servizi competenti, interventi finalizzati al mantenimento delle capacità residue e alla prevenzione della perdita di autonomia, interventi finalizzati al potenziamento delle competenze personali utili alla permanenza al domicilio.
- Interventi di accompagnamento e facilitazione sul territorio, individuali o in piccolo gruppo, intesi come facilitazione alla partecipazione delle attività sul territorio (a titolo esemplificativo: accompagnamento a iniziative, attività e opportunità presenti sul territorio, mantenimento e rafforzamento delle relazioni familiari, amicali e di vicinato, attivazione di opportunità di socializzazione coerenti con interessi e capacità della persona, Interventi finalizzati alla riduzione dell'isolamento e al rafforzamento del senso di appartenenza alla comunità) o allo svolgimento di compiti per l'autonomia (a titolo esemplificativo: commissioni, farmacia, accompagnamento all'utilizzo autonomo dei servizi e delle risorse del territorio);
- Costruzione e gestione del Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI), elaborato in modo partecipato con la persona, la famiglia e i servizi competenti, quale strumento di definizione degli obiettivi, degli interventi e degli esiti attesi con possibilità di ri-definizione;
- Valutazione periodica degli interventi tramite incontri di monitoraggio e relazioni annuali;
- Interventi di raccordo e integrazione con la rete dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari, inclusa la collaborazione con ASST e gli altri soggetti territoriali coinvolti nel progetto individuale;

**AMBITO 4**

ATS MILANO CITTÀ METROPOLITANA

BELLINZAGO LOMBARDO, BUSSERO, CAMBIAGO, CARUGATE, CASSINA DE' PECCHI,
CERNUSCO SUL NAVIGLIO, GESSATE, GORGONZOLA, PESSANO CON BORNAGO

- Promozione di modalità operative omogenee su tutto il territorio dell'Ambito, garantendo equità di accesso, qualità degli interventi e coerenza nell'attuazione del modello di domiciliarità.

Risultati attesi: La persona è sostenuta nella realizzazione del proprio progetto di vita attraverso interventi personalizzati finalizzati al mantenimento o al miglioramento dell'autonomia personale, della qualità della vita e del benessere complessivo, favorendo la permanenza nel proprio contesto di vita, il rafforzamento delle reti familiari e comunitarie, la partecipazione sociale e l'accesso alle risorse del territorio. Gli interventi promuovono una presa in carico integrata e coordinata tra i diversi soggetti coinvolti, valorizzando le capacità della persona, prevenendo condizioni di isolamento, emarginazione e aggravamento della fragilità e garantendo risposte omogenee, appropriate ed eque sull'intero territorio dell'Ambito.

Riferimento Macro-obiettivo B:

- Attività di informazione, orientamento e accompagnamento nell'accesso ai servizi, alle opportunità territoriali e alle misure di sostegno disponibili.
- Coinvolgimento attivo dei caregiver nella definizione, attuazione e monitoraggio dei progetti individualizzati.
- Percorsi di formazione e sviluppo delle competenze assistenziali, relazionali e organizzative legate al ruolo di cura;
- Percorsi di formazione e addestramento rivolti ai caregiver, finalizzati al rafforzamento delle competenze pratiche, assistenziali e relazionali necessarie nella gestione delle attività di cura e di supporto alla domiciliarità;
- Interventi di sostegno al benessere del caregiver, finalizzati alla prevenzione del sovraccarico assistenziale e dell'isolamento sociale, anche attraverso opportunità di sollievo.
- Attivazione di gruppi di confronto, auto mutuo aiuto e occasioni di supporto reciproco tra caregiver e familiari.
- Valorizzazione delle risorse familiari e promozione dell'attivazione delle reti informali e di prossimità.
- Sviluppo di collaborazioni con servizi, enti del Terzo Settore e comunità locale per rafforzare le reti di sostegno a favore delle persone fragili e dei loro caregiver.

Risultati attesi: I caregiver e i nuclei familiari rafforzano la propria capacità di sostenere i percorsi di cura e di domiciliarità attraverso un maggiore accesso alle informazioni, alle opportunità territoriali e alle reti di supporto, sviluppando competenze assistenziali, relazionali e organizzative funzionali alla gestione dei bisogni della persona fragile. Attraverso il coinvolgimento attivo si promuove un progressivo empowerment dei caregiver e delle famiglie, riducendo il rischio di sovraccarico assistenziale e isolamento sociale e rafforzando la sostenibilità del ruolo di cura nel tempo. Contestualmente, il consolidamento della collaborazione tra famiglie, servizi, Terzo Settore e comunità locale contribuisce alla costruzione di un sistema integrato di sostegno capace di rispondere in modo efficace, partecipato e continuativo ai bisogni delle persone fragili e non autosufficienti.

Riferimento Macro-obiettivo C:

- formazione e accompagnamento al sistema di governance territoriale;
- mappatura e aggiornamento delle reti formali e informali in condivisione con il servizio sociale professionale e l'Ufficio di Piano, anche ai fini della diffusione delle informazioni alla cittadinanza attraverso i canali dell'Ambito.
- promozione di modelli operativi condivisi di integrazione socio-sanitaria e semplificazione dei percorsi di accesso per i beneficiari tramite la valorizzazione e integrazione dei PUA (punti unici di accesso);

**AMBITO 4**

ATS MILANO CITTÀ METROPOLITANA

BELLINZAGO LOMBARDO, BUSSERO, CAMBIAGO, CARUGATE, CASSINA DE' PECCHI,
CERNUSCO SUL NAVIGLIO, GESSATE, GORGONZOLA, PESSANO CON BORNAGO

- promozione di esperienze di cittadinanza attiva e volontariato, anche con il coinvolgimento diretto dei beneficiari;
- sostenere processi di attivazione e auto-organizzazione della comunità, incentivando iniziative collaborative orientate al benessere collettivo e alla coesione.
- valorizzare i luoghi della comunità come spazi di relazione, incontro e attivazione sociale, favorendo la costruzione di legami significativi e di opportunità di cittadinanza attiva.
- sviluppare contesti e opportunità di inclusione sociale, contrastando l'isolamento e promuovendo la partecipazione delle persone fragili alla vita della comunità.
- favorire l'integrazione tra interventi professionali e risorse comunitarie, valorizzando il contributo complementare delle reti sociali e di prossimità nei percorsi di sostegno alla domiciliarità.

Risultati attesi: La comunità territoriale rafforza la propria capacità di promuovere benessere, inclusione e sostegno alle persone fragili attraverso la costruzione di un sistema integrato di governance, fondato sulla collaborazione stabile tra Ambito territoriale, Comuni, servizi sociali e sociosanitari, Terzo Settore, volontariato e reti di prossimità. Contestualmente, la promozione della partecipazione civica, del volontariato, delle reti comunitarie e delle opportunità di cittadinanza attiva contribuisce a sviluppare contesti inclusivi e solidali, capaci di contrastare l'isolamento sociale, valorizzare il protagonismo delle persone e delle famiglie e generare forme diffuse di corresponsabilità nella costruzione del benessere collettivo. La progressiva integrazione tra interventi professionali e risorse comunitarie consente di consolidare un modello territoriale omogeneo, sostenibile e orientato alla domiciliarità, in grado di rispondere in modo flessibile ed efficace ai bisogni emergenti della popolazione.

Per il raggiungimento degli obiettivi della presente coprogettazione risulta di fondamentale importanza concorrere e favorire la co-costruzione di un metodo di lavoro omogeneo tra i Comuni dell'Ambito.