



UFFICIO DI PIANO

Alta Valtellina

**PIANO DI ZONA
AMBITO TERRITORIALE ALTA VALTELLINA
2025 – 2027**

**Sistema integrato
degli interventi e dei servizi sociali**

Approvato Assemblea dei Sindaci del 23.12.2024

	Pag
Indice	2
Premessa	3
1. Esiti della programmazione zonale 2021-2023	4
2. Il contesto locale	15
3. Analisi dei soggetti e delle reti presenti sul territorio	31
4. La governance del sistema	52
5. Analisi dei bisogni	59
6. Obiettivi	78
7. Sistema di valutazione	97
Allegati:	
a. Estratto: “La condizione di adolescenti e giovani e il sistema di intervento dei servizi CAG-Animazione territoriale.” Report di sintesi e indicazioni per la programmazione futura.	99
b. Estratto: “Il gioco e l’azzardo nell’ambiente digitale.” Report di ricerca	102
c. Tabella comparata policies	105

PREMESSA

Il triennio di Programmazione 2021-2023, a cui si è aggiunto l'anno di proroga, è stato caratterizzato da eventi (strascichi della pandemia, guerra in Ucraina, assegnazione di alcune gare olimpiche 2026 all'Alta Valtellina) e da atti normativi che hanno prodotto e continueranno a determinare negli anni a venire significative sollecitazioni alla comunità sociale, oltre che al sistema dei servizi sociali e socio sanitari.

Per quanto attiene al sistema di Welfare risultano rilevanti:

- L'adozione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza che ha consentito agli Enti Locali e agli uffici di piano di progettare e sviluppare interventi innovativi in diverse aree del welfare territoriale, quali housing, domiciliarità, anziani, disabilità, minori e famiglia, tenuto conto anche di progettualità già in essere;
- Il percorso di attuazione della L.R. 22/2021 "Modifiche al Titolo I e al Titolo VII delle L.R. 33/2009 (Testo unico delle leggi regionali in materia sanitaria) e delle disposizioni del Decreto del Ministro della Salute 23 maggio 2022 n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale", che tra l'altro ha previsto l'apertura di Case e Ospedali di Comunità.
- L'applicazione dei Nuovi Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS), relativi all'attivazione del pronto intervento sociale, alla supervisione del personale dei servizi sociali, alle dimissioni protette, alla prevenzione dell'allontanamento familiare attraverso il progetto PIPPI, ai servizi per la residenza fittizia, ai progetti di vita a favore delle persone con disabilità.
- Il passaggio dal Reddito di Cittadinanza all' Assegno di Inclusione (ADI) e ai Servizi Formazione e Lavoro (SFL), che segna il superamento di una misura universalistica a favore di una misura selettiva che riduce gli aventi diritto. La nuova misura ha infatti escluso la platea degli adulti fragili e soli che nel territorio dell'Alta Valtellina hanno beneficiato del Reddito di Cittadinanza e che necessiterebbero comunque di una progettazione personalizzata di sostegno.

Dal punto di vista delle risorse economiche perdura la frammentazione delle linee di finanziamento del sistema dei servizi socio assistenziali, fatto questo che genera difficoltà nella loro ricomposizione e nella messa a sistema attraverso il processo programmatico locale.

Le Linee di Indirizzo per la Programmazione Sociale Territoriale per Il Triennio 2025-2027, approvate da Regione Lombardia con DGR 2167/2024, evidenziano i seguenti punti d'attenzione:

- L'orientamento del processo di programmazione a policy integrate e trasversali, con il coinvolgimento sinergico di ATS, ASST e Terzo Settore.
- Il potenziamento dell'integrazione socio sanitaria, quale oggetto di lavoro della programmazione dell'Ambito d'intesa con la programmazione di ATS e di ASST, con particolare attenzione alla funzione che la L.R. 22/2021 attribuisce al Distretto.
- Le disposizioni previste dal Piano Nazionale degli interventi e servizi sociali 2021-2023 e dalla legge di bilancio (Legge 234/2021) che hanno definito i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS).
- Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.
- Il consolidamento degli esiti scaturiti dai progetti oggetto di premialità regionale nella programmazione 2021-2023.
- Il consolidamento della gestione associata del sistema dei servizi e degli interventi sociali, oltre che il potenziamento della struttura dell'Ufficio di Piano.

Nei prossimi capitoli saranno analizzati gli esiti della programmazione 2021-2023 e obiettivi del prossimo triennio 2025/2027 alla luce degli orientamenti regionali e degli esiti del percorso di accompagnamento degli Uffici di Piano della Provincia di Sondrio, della Direzione Socio Sanitari di ASST Valtellina e Alto Lario e di ATS della Montagna alla programmazione unitaria dei Piani di Zona 2025/2027, integrata con la programmazione di ASST Valtellina e Alto Lario, a cura dell'Istituto per la Ricerca Sociale (IRS), finanziato dall'Amministrazione Provinciale di Sondrio.

1. ESITI DELLA PROGRAMMAZIONE ZONALE 2021-2023

Le Linee di indirizzo regionali per la programmazione sociale territoriale per il triennio 2021-2023 (DGR n. 4563/2021) proponevano agli Ambiti di perseguire e consolidare un modello di policies che fosse:

- 1) trasversale tra aree di bisogno;
- 2) integrato a livello sovra zonale;
- 3) orientato a processi di integrazione sociosanitaria.

Nella fase di attuazione della programmazione 2021-2023 indicazioni normative nazionali, accompagnate da finanziamenti nazionali ed europei hanno dato impulso allo sviluppo di interventi, che hanno integrato e/o si sono aggiunti e/o sovrapposti a quelli in fase di realizzazione, e hanno determinato un significativo aggravio di carichi di lavoro, oltre che un rilevante impulso all'attività dell'ufficio di piano e degli attori del territorio.

Gli obiettivi del Piano di Zona 2021/2023 sono stati quindi in parte realizzati, in parte superati dalla realizzazione di nuove progettualità, in parte perseguiti con una diversa scansione temporale.

Di seguito si presentano schematicamente gli esiti della programmazione zonale 2021-2023.

A. OBIETTIVI DELL'AMBITO

1. AREA VULNERABILITÀ SOCIALE (Aree policy: A, B, C)

OBIETTIVO 2021-2023	Entro dicembre 2023 l'ufficio di piano: <ol style="list-style-type: none">a. Promuove un percorso di co-programmazione volto a implementare un sistema di raccolta di dati e di analisi del fenomeno "vulnerabilità sociale" in Alta Valtellina, a superare la programmazione per tipologia d'utenza a favore dell'intreccio delle diverse policy (contrasto alla povertà, promozione di strategie dell'abitare e di inclusione a favore di famiglie e persone vulnerabili).b. Promuove un percorso di co-progettazione volto a promuovere forme di risposta a filiera flessibili e integrate (contrasto alla povertà, azioni per l'abitare, interventi per l'inclusione), quale strategia di fronteggiamento della complessità e della multifattorialità dei bisogni, oltre che di emersione del bisogno e della domanda di sostegno da parte di chi percepisce il sistema dell'offerta "stigmatizzante" e/o non si accosta ai servizi per senso di pudore.
ESITI GRADO DI REALIZZAZIONE: 35%	Azioni realizzate: Nel marzo 2023 l'Assemblea dei Sindaci ha adottato il Piano Triennale dell'offerta dei Servizi Abitativi Pubblici e Sociali 2023 – 2025, la cui redazione è avvenuta con il supporto tecnico-scientifico di "KCity rigenerazione urbana srl", il coinvolgimento degli amministratori locali, oltre che del Terzo Settore. I percorsi di co-programmazione non sono stati attivati. È attiva Criticità rilevate: Le azioni pianificate dal piano triennale per le politiche abitative non sono state attuate: il patrimonio immobiliare pubblico è molto esiguo, la partecipazione a bandi PNRR per accedere a finanziamenti pubblici non ha avuto esiti positivi; ad oggi il Terzo Settore non ha dichiarato la disponibilità a farsi carico dell'agenzia per l'abitare; l'attribuzione di alcune gare olimpiche all'Alta Valtellina ha reso prioritario per gli amministratori locali il reperimento e l'adattamento di alloggi, anche in capo ai Comuni, per gli staff che saranno in loco per le olimpiadi. L'esiguità delle risorse interne dell'ufficio di piano non ha consentito l'attivazione dei percorsi di co-programmazione. Valutazione fruitori: Non rilevata. Cambiamento prodotto:

	<p>L'adozione del piano triennale ha consentito la sensibilizzazione degli amministratori locali al tema dell'abitare; è stata avviata una prima interlocuzione con alcuni attori del territorio interessati (associazioni di categoria, centro d'ascolto Caritas, sindacati).</p> <p>Gestione risorse: Non rilevata</p>
--	---

OBIETTIVO/I DA RIPROPORRE NELLA PROGRAMMAZIONE 2025-2027	<input checked="" type="checkbox"/>	sì:	INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	<input type="checkbox"/>	sì	IN CONTINUTÀ 2018-2020	<input checked="" type="checkbox"/>	sì
	<input type="checkbox"/>	no		<input checked="" type="checkbox"/>	no		<input type="checkbox"/>	no

È attivo l'accordo di collaborazione dell'Ufficio di Piano con il Centro d'ascolto Caritas di Bormio.

2. AREA ANZIANI, NON AUTOSUFFICIENZA E CRONICITÀ (Aree policy: D, E)

OBIETTIVO 2021-2023	<p>Entro dicembre 2023:</p> <p>a. la valutazione multidimensionale è effettuata sul 80% dei casi complessi, quale premessa alla definizione dei progetti individualizzati;</p> <p>b. almeno il 70% dei servizi a supporto della domiciliarità e della tutela dell'anziano raggiungono l'organizzazione a filiera e riescono a modulare il grado di supporto al variare del grado di non autosufficienza, ponendo particolare attenzione allo sviluppo di azioni di prossimità e al superamento della frammentazione degli interventi;</p> <p>c. la rete dei servizi promuove almeno 3 azioni di qualificazione e di sostegno a favore dei caregiver;</p> <p>d. il territorio dell'ambito dispone di un progetto di sperimentazione di co-housing in cui sono coinvolti anziani e/o persone in condizione di fragilità socio sanitaria.</p>
ESITI GRADO DI REALIZZAZIONE: 60%	<p>Azioni realizzate:</p> <p>a. La valutazione multidimensionale è adottata per la gestione dei casi complessi; vede coinvolte le assistenti sociali del servizio sociale di base, l'équipe integrata del servizio fragilità di ASST (assistente sociale, infermiere, geriatra se previsto), talvolta il medico di medicina generale e le direzioni delle unità d'offerta diurne e residenziali.</p> <p>b. L'assistente sociale del servizio sociale di base nella sua funzione di case manager tendenzialmente riesce a modulare l'intensità di cura ai bisogni della persona; restano alcune criticità determinate dalla frammentazione dei servizi a supporto della domiciliarità.</p> <p>c. Nel periodo considerato è stato attivato un solo ciclo di incontri a sostegno dei caregiver in collaborazione con il Centro per la Famiglia di Bormio, che ha visto coinvolte n. 10 persone.</p> <p>d. Il progetto di cohousing non è stato attivato, perchè non sono state attivate le relative azioni previste dal piano triennale per le politiche abitative. Criticità</p> <p>Criticità rilevate: Il grado di connessione-integrazione della rete degli interventi richiede di essere strutturata e resa maggiormente flessibile nelle risposte.</p> <p>Valutazione fruitori: Le famiglie hanno valutato positivamente gli interventi.</p> <p>Cambiamento prodotto: L'ufficio di piano ha attivato la coprogettazione dei servizi per la domiciliarità per il triennio 2024-2027.</p> <p>Gestione risorse: Non rilevata.</p>

OBIETTIVO/I DA RIPROPORRE NELLA PROGRAMMAZIONE 2025-2027	<input checked="" type="checkbox"/>	sì:	INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	<input type="checkbox"/>	sì	IN CONTINUTÀ 2018-2020	<input checked="" type="checkbox"/>	sì
	<input type="checkbox"/>	no		<input checked="" type="checkbox"/>	no		<input type="checkbox"/>	no

L'ufficio di piano ha presentato il progetto sulla linea 1.1.2-Autonomia degli anziani non autosufficienti scaturito da una specifica coprogettazione con Enti del Terzo Settore a valere sull'Avviso 1/2022 PNRR; il progetto è stato ammesso e non finanziato.

Allo scadere del contratto di gestione del Servizio di Assistenza Domiciliare (estate 2024) è stata promossa una nuova coprogettazione per la messa a sistema dei servizi e degli interventi a supporto della domiciliarità di competenza dell'ufficio di piano, il servizio di assistenza domiciliare e i servizi di assistenza diretta ex L. 234/2021 art. 1 comma 162 a) e b) nei comuni di Bormio, Livigno, Sondalo, Valdidentro, Valdisotto e Valfurva.

Tale progetto mira a:

- a. Mettere a sistema, sperimentare e implementare un modello di gestione integrata dei servizi e degli interventi a supporto della domiciliarità, oltre che di razionalizzazione delle risposte al bisogno, tenuto conto dei cambiamenti sociali in corso.
- b. Connettere e ricomporre le risorse per la domiciliarità.
- c. Ritardare e contenere l'istituzionalizzazione delle persone non autosufficienti.
- d. Sostenere la persona non autosufficiente, le sue reti familiari e sociali nella permanenza presso il proprio domicilio.
- e. Contenere l'ospedalizzazione dell'anziano.
- f. Potenziare l'efficacia degli interventi domiciliari anche con il supporto dell'intelligenza artificiale e della domotica.
- g. Contenere i costi dell'assistenza.

La coprogettazione è stata coordinata dall'Ufficio di Piano, con la partecipazione dell'ufficio di piano, della cooperativa sociale Stella Alpina e della Fondazione in Partecipazione Villa Sorriso.

3. DIGITALIZZAZIONE DEI SERVIZI (Area policy: F)

OBIETTIVO 2021-2023	<p>Entro dicembre 2023 l'ufficio di piano:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Garantisce l'accesso digitale ad almeno il 65% delle prestazioni erogate dal servizio sociale di base e contestualmente garantisce la relazione "diretta" ai fruitori dei servizi, quale garanzia del valore dell'interrelazione tra le persone. b. Avvia almeno un'azione finalizzata ad aumentare il grado di interoperabilità tra i sistemi informatici dei soggetti del sistema dei servizi dell'Ambito. c. Avvia almeno due azioni finalizzate a promuovere il coinvolgimento di giovani e di organizzazioni del territorio volte a favorire il supporto digitale a persone che non dispongono di sufficienti conoscenze per accedere a servizi informatizzati. d. Avvia almeno un'azione volta ad aumentare il grado di condivisione dei dati in possesso dell'ambito e dei soggetti che intercettano bisogni e risorse del territorio utili a programmare e valutare gli interventi e i servizi alla persona.
----------------------------	---

ESITI GRADO DI REALIZZAZIONE: 35%	<p>Azioni realizzate:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Il cittadino può accedere digitalmente ai bandi, trasmettere documenti e comunicare con gli operatori attraverso la posta elettronica e l'applicazione w.a.. b. L'ufficio di piano si sta accingendo all'adozione di nuove funzionalità della cartella sociale informatizzata con l'intento di facilitarne l'accesso agli operatori dei servizi domiciliari. Le comunicazioni al Tribunale per i Minorenni vengono gestite con strumenti che garantiscono l'interoperabilità tra i sistemi informatici. c. I fruitori del Centro di Aggregazione hanno realizzato un'iniziativa di alfabetizzazione informatica rivolta agli anziani. d. L'ufficio di piano non dispone ancora di una banca dati sull'utenza e quindi non è ancora in grado di fornire report significativi ad uso pubblico. <p>Criticità rilevate: L'ufficio di piano non dispone di personale da dedicare allo sviluppo della digitalizzazione dei processi di lavoro e del sistema della conoscenza.</p> <p>Valutazione fruitori: Non rilevata.</p> <p>Cambiamento prodotto: È stata avviata l'interlocuzione con la software house per ampliare le funzioni della cartella sociale informatizzata così da adeguarla agli standard regionali e ampliarne le funzioni e il possibile utilizzo.</p> <p>Gestione risorse: Spese gestione cartella informatizzata.</p>
--	--

OBIETTIVO/I DA RIPROPORRE NELLA PROGRAMMAZIONE 2025-2027	<input checked="" type="checkbox"/>	sì:	INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	<input type="checkbox"/>	sì	IN CONTINUTÀ 2018-2020	<input checked="" type="checkbox"/>	sì
	<input type="checkbox"/>	no		<input type="checkbox"/>	no		<input type="checkbox"/>	no

4. AREA MINORI E FAMIGLIA (Aree policy: G, I)

OBIETTIVO 2021-2023	<p>OBIETTIVI (area policy G) Entro dicembre 2023:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Le politiche giovanili sono espressione di percorsi di co-programmazione e di co-progettazione tenendo conto delle indicazioni per la programmazione delle azioni di politica giovanile elementi emerse dal progetto di ricerca-azione territoriale "La condizione di adolescenti e giovani e il sistema di intervento dei servizi CAG-Animazione territoriale". b. I centri di aggregazione iniziano a promuovere azioni di prevenzione selettiva e indicata a favore di adolescenti e giovani che sono a rischio di sviluppare comportamenti d'abuso o devianti. c. I servizi, le istituzioni e le organizzazioni che hanno valenza educativa iniziano a raccordare le azioni. <p>OBIETTIVI (area policy I) Entro dicembre 2023 l'ufficio di piano:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. promuove misure ed interventi di sostegno alla genitorialità e al positivo evolversi del ciclo di vita dei bambini e dei ragazzi (almeno due nuove azioni);
----------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> b. promuove azioni e servizi a supporto della conciliazione famiglia-lavoro in collaborazione con organizzazioni del territorio (almeno due nuove azioni); c. persegue costantemente la qualificazione degli interventi di protezione dei minori, delle azioni e dei servizi di supporto educativo alle famiglie; d. sviluppa un approccio metodologico maggiormente orientato alla dimensione partecipata e territoriale delle politiche e degli interventi a favore delle famiglie, fondato su azioni di rete per costruire/ricostruire legami e connessioni, dare spazio a progettualità condivise con i singoli, le famiglie, la cittadinanza, la comunità locale e gli altri enti/soggetti del territorio, orientato dall'assunto che la tutela e la protezione dei bambini non è compito esclusivo e specifico delle Istituzioni, ma rappresenta una responsabilità collettiva, socialmente condivisa; e. adotta strategie che consentano di individuare precocemente famiglie vulnerabili i cui figli sono esposti al ciclo dello svantaggio, al fine di porre in essere misure di contrasto a percorsi di esclusione e di impoverimento; f. promuove lo sviluppo di reti di solidarietà familiare e di vicinato; g. supporta gli adulti stranieri nell'acquisizione di competenze linguistiche in collaborazione con organizzazioni del territorio (almeno una nuova azione); h. contribuisce a rafforzare l'azione della rete interistituzionale anti violenza provinciale attraverso la promozione di azioni di sensibilizzazione alla problematica, il raccordo degli attori che entrano in contatto e realizzano interventi in tale area (almeno una nuova azione) e il sostegno per i percorsi di fuoriuscita dalla violenza a favore delle donne.
<p>ESITI</p> <p>GRADO DI REALIZZAZIONE: area policy G 100% area policy I 100%</p>	<p>Azioni realizzate:</p> <p>(area policy G)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Il progetto di gestione dei centri di aggregazione giovanile è stato oggetto di coprogettazione. b. il progetto educativo dei centri di aggregazione giovanile è orientato dal modello teorico che fa riferimento alle Life Skill. c. Nell'ambito del progetto di attivazione del Centro per la Famiglia è stato previsto un percorso formativo, che ha consentito l'attivazione del gruppo di lavoro "Comunità Educante d'Ambito" con la finalità di raccordare gli interventi a valenza educativa in capo alle istituzioni e alle organizzazioni presenti sul territorio. <p>(area policy I)</p> <ul style="list-style-type: none"> a.e b. Il ciclo di incontri è stato realizzato nel solo comune di Livigno, d'intesa con Comunità educante di Livigno. c., d., e., f.: è stata garantita la supervisione all'équipe, oltre che la partecipazione al programma P.I.P.P.I.. L'équipe ha fatto proprio l'approccio al lavoro di rete e le Linee di indirizzo nazionali per l'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità. g. È proseguita la partecipazione alla Rete anti violenza provinciale, oltre che la collaborazione con il centro anti violenza quando richiesta. g. È proseguita la collaborazione con il Centro d'ascolto di Bormio, che coinvolgendo volontari, garantisce corsi di italiano a persone straniere.

	<p>Criticità rilevate:</p> <p>area policy G I centri di aggregazione solo in parte sono un riferimento per bambini e ragazzi in età scolare, non lo sono per gli adolescenti, che pure richiedono spazi e adulti di riferimento. Il grado di connessione-integrazione delle istituzioni e delle organizzazioni richiede di essere strutturato.</p> <p>area policy I Il turnover del personale ha richiesto un significativo investimento per l'accompagnamento e l'inclusione nell'équipe. La promozione della vicinanza solidale incontra significative resistenze nella comunità locale. La complessità delle situazioni familiari, laddove i minori presentano difficoltà comportamentali genera difficoltà di gestione da parte degli insegnanti, con ricadute sul gruppo classe e sulle dinamiche relazionali scuola-famiglia-sistema dei servizi.</p> <p>Valutazione fruitori:</p> <p>area policy G Le famiglie hanno valutato positivamente gli interventi dei centri di aggregazione.</p> <p>area policy I non rilevata.</p> <p>Cambiamento prodotto:</p> <p>area policy G Le cooperative che gestiscono i centri di aggregazione hanno iniziato a condividere esperienze, metodologie, competenze; è stata avviata la connessione tra attori del territorio.</p> <p>area policy I L'équipe è sempre più impegnata a operare nella logica di "sistema", oltre che a qualificare i propri interventi.</p> <p>Gestione risorse:</p> <p>area policy G Il finanziamento è stato speso quasi interamente.</p> <p>area policy I Le risorse spese risultano commisurate agli interventi attivati.</p>
--	--

OBIETTIVO/I DA RIPROPORRE NELLA PROGRAMMAZIONE 2025-2027	<input checked="" type="checkbox"/>	sì:	INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	<input type="checkbox"/>	sì	IN CONTINUTÀ 2018-2020	<input checked="" type="checkbox"/>	sì
	<input type="checkbox"/>	no		<input checked="" type="checkbox"/>	no		<input type="checkbox"/>	no

L'ufficio di Piano:

- è partner di ASST per l'implementazione del Centro per la Famiglia;
- sta partecipando al programma P.I.P.P.I. 12;
- ha adottato l'accordo di collaborazione con l'Istituto di Istruzione Superiore "Alberti" di Bormio per la cogestione di progetti a favore degli studenti nell'ambito dei PCTO, delle attività del centro di aggregazione;

5. AREA DISABILITÀ (Area policy: J)

OBIETTIVO 2021-2023	<p>Entro dicembre 2023:</p> <p>a. L'ufficio di piano attiva rispettivamente un percorso di co-progettazione e di co-programmazione volto a strutturare un sistema integrato di</p>
----------------------------	--

	<p>misure ed interventi a favore delle persone con disabilità e le loro famiglie nelle diverse fasi e aree di vita (scolastica, occupazionale-lavorativa, relazionale, abitativa) con particolare attenzione alla valutazione multidisciplinare e all'integrazione degli interventi socio sanitari con quelli di natura socio assistenziale, educativa e aggregativa.</p> <p>b. L'ufficio di piano adotta il piano individuale (progetto di vita) quale metodo di definizione dei percorsi di vita della persona con disabilità su almeno il 70% degli utenti in carico al servizio sociale di base.</p> <p>c. Il sistema dei servizi dell'area disabilità dell'ambito promuove almeno due azioni che coinvolgano e supportino i genitori nella gestione soprattutto delle "fasi di snodo" del progetto di vita dei figli con disabilità.</p>
<p>ESITI</p> <p>GRADO DI REALIZZAZIONE: 80%</p>	<p>Azioni realizzate:</p> <p>a. L'ufficio di piano, all'interno del progetto finanziato con i fondi PNRR, con i partner coinvolti dalla coprogettazione, ha promosso la condivisione e la stesura di linee guida per la definizione dei progetti di vita delle persone con disabilità, con particolare attenzione alla valutazione multidisciplinare;</p> <p>b. l'ufficio di piano ha garantito la definizione di percorsi di vita della persona con disabilità tra le persone in carico; ad oggi solo il 30% delle famiglie ha chiesto la definizione del progetto di vita.</p> <p>c. Nell'ambito del progetto "Socializziamo" alcuni genitori sono stati coinvolti per l'attivazione di esperienze di autonomia abitativa di giovani con disabilità.</p> <p>Criticità rilevate:</p> <p>Il grado di connessione-integrazione delle cooperative richiede di essere strutturato.</p> <p>Alcune famiglie continuano a focalizzare l'attenzione sulle prestazioni del sistema dei servizi, anziché sul progetto individualizzato.</p> <p>Valutazione fruitori:</p> <p>Le famiglie hanno valutato positivamente gli interventi.</p> <p>Cambiamento prodotto:</p> <p>Alcune famiglie hanno chiesto la realizzazione del progetto di vita. Le cooperative attive sul territorio hanno iniziato a condividere esperienze, metodologie, competenze; è stata avviata la connessione tra attori del territorio con l'intento di rafforzare il sistema dei servizi per la disabilità.</p> <p>Gestione risorse:</p> <p>Il finanziamento a disposizione dell'area è stato speso solo in parte.</p>

OBIETTIVO/I DA RIPROPORRE NELLA PROGRAMMAZIONE 2025-2027	<input checked="" type="checkbox"/>	sì:	INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	<input type="checkbox"/>	sì	IN CONTINUTÀ 2018-2020	<input checked="" type="checkbox"/>	sì
	<input type="checkbox"/>	no		<input checked="" type="checkbox"/>	no		<input type="checkbox"/>	no

L'ufficio di piano sta realizzando il progetto "1.2: Percorsi di autonomia per persone con disabilità" a valere sui fondi PNRR nell'ambito di un percorso di coprogettazione con il Terzo Settore attivo sul territorio (Consorzio Sol.Co., cooperative sociali Stella Alpina, L'Impronta e San Michele, associazione Caritas).

A conclusione del progetto "IntegAzione" oggetto della premialità legata al piano di zona 2021-2023 l'Assemblea dei Sindaci ha adottato il Vademecum per la gestione del servizio assistenza per l'autonomia e la comunicazione personale nei comuni che hanno delegato la gestione all'Ufficio di Piano (Bormio, Valdidentro, Valdisotto e Valfurva).

6. Il fenomeno del gioco d'azzardo problematico.

OBIETTIVO 2021-2023	<p>Entro dicembre 2023 l'ufficio di piano</p> <p>a. Dà continuità alle azioni di contrasto al fenomeno dell'azzardo promosse ex DGR 1114/ e DGR 2609/2019, anche attraverso la diffusione della carta dei valori e del marchio TicheOFF, oltre che con programmi di prevenzione ambientale che raccordino il contrasto al gioco d'azzardo con azioni volte a promuovere la salute e con policy che impattano sulla salute in senso lato.</p> <p>b. Implementa azioni di contrasto al gioco d'azzardo online secondo gli orientamenti emersi dalla ricerca "Il gioco e l'azzardo nell'ambiente digitale" (Allegato b) realizzata nell'ambito del progetto ex DGR 2609/2019, di cui la comunità montana Alta Valtellina è capofila.</p>
ESITI GRADO DI REALIZZAZIONE: 0%	<p>Azioni realizzate: Nel corso del triennio l'azione non è stata implementata: il bando pubblicato da ATS non ha previsto lo sviluppo progettuale atteso dall'Ambito.</p> <p>Criticità rilevate: /</p> <p>Valutazione fruitori: /</p> <p>Cambiamento prodotto: /</p> <p>Gestione risorse: /</p>

OBIETTIVO/I DA RIPROPORRE NELLA PROGRAMMAZIONE 2025-2027	<input type="checkbox"/>	sì:	INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	<input type="checkbox"/>	sì	IN CONTINUTÀ 2018-2020	<input checked="" type="checkbox"/>	sì
	<input checked="" type="checkbox"/>	no		<input type="checkbox"/>	no		<input type="checkbox"/>	no

B. OBIETTIVI DISTRETTUALI PER L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA E SOCIOASSISTENZIALE

OBIETTIVI 2021-2023	<p>Per il triennio 2021-2023, si individuano le seguenti finalità e i relativi obiettivi specifici:</p> <p>A) Miglioramento del rapporto tra Ospedale e Territorio per la gestione integrata di persone fragili da parte dei servizi sanitari, sociosanitari e socio assistenziali:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aggiornamento e revisione congiunta tra ASST e UDP della bozza di protocollo sulle dimissioni protette elaborata dal gruppo di lavoro nel 2018/2019. Tale aggiornamento risulta particolarmente rilevante sia alla luce delle nuove condizioni insorte a seguito della pandemia, sia al nuovo assetto dei servizi sociosanitari territoriali che verrà definito da Regione Lombardia; particolare attenzione dovrà essere rivolta al raccordo tra gli interventi dell'area fragilità in capo all'ASST, ai Medici di Medicina Generale, ai servizi sociali di base dell'Ufficio di Piano ed agli Enti Erogatori. ▪ Definizione di modalità di collaborazione tra ASST e UDP che rendano la Casa di Comunità il contesto in cui superare la frammentazione degli interventi nella logica di un approccio unitario alla salute. Nella Casa di Comunità, prevista in ogni ambito territoriale, si intende
----------------------------	--

realizzare il punto unico d'accesso per l'utenza fragile finalizzato ad orientare il cittadino in modo efficace ed unitario, a realizzare la valutazione integrata e multidimensionale dei bisogni e a definire il programma integrato di assistenza e cura (raccordo tra SAD e ADI, misure regionali a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili, trasporto sociale, telesoccorso, pasti a domicilio, assistenti familiari).

B) Estensione della valutazione multidimensionale integrata tra ASST e UDP a tutta l'area della fragilità con particolare riferimento agli interventi complessi:

- Adozione su tutto il territorio dell'ATS della Montagna del protocollo operativo per la valutazione multidimensionale;
- Sperimentazione di forme integrate di cogestione degli interventi complessi a seguito della valutazione multidimensionale.

C) Sperimentazione delle linee guida per l'attuazione del Progetto di vita per le persone con disabilità:

- Approvazione delle linee guida da parte di tutti gli enti coinvolti (UDP, ASST e ATS Montagna) e adozione dei relativi impegni;
- Formazione e accompagnamento degli operatori (ASST, UDP, ETS) per l'applicazione delle linee guida;
- Definizione del target campione con cui avviare la sperimentazione;
- Definizione e sperimentazione delle modalità attuative per la presa in carico integrata.

D) Riconoscimento del disagio psichico in adolescenza ed età giovanile come specifica area di attenzione per il territorio dell'ASST Valtellina e Alto Lario:

- Prosecuzione dell'attività già avviata dal gruppo di lavoro interdisciplinare finalizzato alla comprensione del fenomeno e alla definizione di ipotesi di intervento;
- Definizione di modalità condivise per la gestione delle emergenze (es. ricovero in Ospedale e supporto educativo/assistenziale, gestione allontanamento dal nucleo familiare con e senza decreto dell'A.G.);
- Individuazione a livello di ambito territoriale delle possibili azioni preventive che possono coinvolgere diversi attori (istituzioni scolastiche, UDP, ASST, ATS, Terzo Settore e Amministrazioni Comunali);
- Sperimentazione di interventi innovativi e integrati a favore di adolescenti e giovani che manifestano sintomi precoci di disagio psico-relazionale.

E) Prosecuzione della gestione integrata del Servizio Tutela Minori in capo agli uffici di piano:

- Applicazione costante e aggiornamento delle linee guida per l'integrazione tra Uffici di Piano e Servizi specialistici dell'ASST, con particolare attenzione al coinvolgimento anche dell'unità operativa di pediatria e neonatologia;
- Ricerca di una maggiore uniformità, su tutto il territorio dell'ASST Valtellina e Alto Lario, delle modalità di erogazione delle prestazioni sociosanitarie delegate ai servizi tutela gestiti dagli UDP;

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantenimento della corretta gestione dei flussi di dati tra UDP e ASST e analisi condivisa dei dati relativi alle prestazioni e desunti dal Report provinciale per il miglioramento degli interventi; ▪ Analisi di un modello unico distrettuale per la gestione del servizio adozioni.
ESITI	<p>Azioni realizzate:</p> <p>A. Il percorso per addivenire all'adozione del protocollo per dimissioni protette è stato interrotto a causa dell'avvicendamento del direttore socio sanitario di ASST, oltre che dalla complessità correlata all'implementazione della L.R. 22/2021.</p> <p>La definizione di modalità di collaborazione tra ASST e UDP che rendano la Casa di Comunità il contesto in cui superare la frammentazione degli interventi nella logica di un approccio unitario alla salute, in particolare l'attivazione Punto Unico d'Accesso (PUA), è stata oggetto di una specifica azione progettuale correlata all'implementazione del Centro per la Famiglia; la "Guida operativa" che orienta l'attività del PUA cogestito da Ufficio di Piano e Distretto Alta Valle ASST, è stata adottata da entrambi gli Enti con atto formale.</p> <p>B. la "Guida operativa" che orienta l'attività del PUA cogestito da Ufficio di Piano e Distretto Alta Valle ASST specifica anche le modalità di realizzazione della valutazione multidimensionale integrata tra ASST e UDP per tutta l'area della fragilità con particolare riferimento agli interventi complessi.</p> <p>C. L'implementazione del progetto 1.2 - Percorsi di autonomia per persone con disabilità a valere sull'Avviso 1/2022 PNRR ha consentito l'adozione della Guida che orienta la progettazione e la gestione dei progetti di vita delle persone con disabilità.</p> <p>D. L'azione ha visto il parziale coinvolgimento dell'ufficio di piano di Bormio.</p> <p>E. Le linee guida continuano a essere un valido strumento per la gestione di casi complessi; richiedono ancora l'integrazione relativa alla collaborazione con il pronto soccorso e l'unità di neonatologia-pediatria di ASST.</p>

C. IL COORDINAMENTO DEGLI UFFICI DI PIANO

Nell'ultimo triennio sono emerse difficoltà nel trovare forme omogenee di implementazione degli interventi e a definire priorità programmatiche condivise tra gli uffici di piano della Provincia di Sondrio e dell'Alto Lario. Il "movimento straordinario" sollecitato e determinato in gran parte da eventi e indirizzi sovraordinati (atti normativi, attuazione PNRR, consolidamento fonti di finanziamento) sembra aver innescato un processo di differenziazione di ciascun Ambito, che ha orientato poi lo sguardo prevalentemente entro i confini del proprio territorio, tralasciando lo sviluppo di servizi e progetti inter e sovra Ambito. La concentrazione di risorse, impegni e vincoli sull'attività sociale del singolo ufficio di piano ha purtroppo ridotto gli spazi di confronto e programmazione congiunta tra gli uffici stessi, senza favorire la condivisione delle esperienze e del know how via via sviluppati da ciascuno.

SINTESI

L'attuazione della programmazione 2021-2023 ha tenuto conto del modello di policies indicato dalle linee guida regionali.

Alcuni atti normativi successivi all'adozione del piano di zona hanno rafforzato strategie e azioni di integrazione, anche innovative, tra le politiche, tra gli strumenti metodologici-operativi e tra i soggetti incaricati di darne attuazione.

La limitata dotazione organica dell'ufficio di piano, l'attivazione degli operatori su più aree di lavoro, il numero esiguo di organizzazioni di Terzo Settore attive sul territorio sembrano favorire, oltre che sollecitare, l'adozione dei seguenti orientamenti, tesi all'ottimizzazione e alla gestione condivisa di risorse limitate, oltre che al contenimento della frammentazione degli interventi e dei processi di lavoro:

- Privilegiare la focalizzazione su processi organizzativi ed erogativi che ricomprendono più aree di lavoro e di bisogno (es. valutazione multidimensionale e multidisciplinare, pianificazione e realizzazione del progetto di vita-progetto individualizzato, servizi per l'abitare).
- Ricomporre e ridistribuire le risorse a partire dal progetto individualizzato e dagli obiettivi di implementazione delle risposte ai bisogni, superando l'approccio per unità d'offerta troppo parcellizzato e costoso.
- Assumere la prospettiva del "servizio diffuso", con l'intento di rendere capillari e al contempo integrate le funzioni attribuite ai servizi che costituiscono la rete dell'offerta.
- Riconoscere e valorizzare come attore strategico il Terzo Settore presente in Alta Valtellina e in Provincia di Sondrio, preso atto dello sviluppo della capacità di coprogettazione e di attivazione nel corso del triennio.

La programmazione del triennio 2025-2027 dovrà tener conto di tali orientamenti.

2. IL CONTESTO LOCALE.

Di seguito vengono riportati alcuni dati demografici e socio economici ritenuti significativi in relazione agli obiettivi della programmazione zonale.

2.1 L'ambito territoriale di Bormio.

È caratterizzato dalla conformazione montana e si compone di sei Comuni: Bormio, Livigno, Sondalo, Valdidentro, Valfurva e Valdisotto.

I tempi di percorrenza delle tratte che collegano l'Alta Valle con il capoluogo di provincia e di regione continuano a essere una criticità, che si riflette anche sull'accesso ai servizi sanitari e socio sanitari, non presenti sul territorio.

2.2. L'evoluzione demografica.

L'Ambito territoriale di Bormio, alla rilevazione del 01.01.2023, risulta composto da 24.917 abitanti (-97 rispetto ai 25.014 dell'anno precedente); il Comune con la popolazione più numerosa è Livigno, con 6.970 abitanti, quello con il numero di abitanti minore è Valfurva con 2.490. La popolazione dell'Ambito risulta in lieve diminuzione rispetto gli anni precedenti.

<u>Comune</u>	<u>2001 censimento</u>	<u>2011 censimento</u>	<u>2019 censimento</u>	<u>01 gennaio 2023</u>	<u>% residenti Ambito</u>
<u>Bormio</u>	<u>4.096</u>	<u>4.036</u>	<u>4.148</u>	<u>3.966</u>	<u>15,91%</u>
<u>Livigno</u>	<u>5.069</u>	<u>5.976</u>	<u>6.757</u>	<u>6.790</u>	<u>27,26%</u>
<u>Sondalo</u>	<u>4.499</u>	<u>4.237</u>	<u>4.027</u>	<u>3.913</u>	<u>15,8%</u>
<u>Valdidentro</u>	<u>3.908</u>	<u>4.045</u>	<u>4.166</u>	<u>4.173</u>	<u>16,74%</u>
<u>Valdisotto</u>	<u>3.217</u>	<u>3.533</u>	<u>3.621</u>	<u>3.585</u>	<u>14,39%</u>
<u>Valfurva</u>	<u>2.742</u>	<u>2.703</u>	<u>2.542</u>	<u>2.490</u>	<u>9,9%</u>
<u>Totale Ambito</u>	<u>23.531</u>	<u>24.530</u>	<u>25.261</u>	<u>24.917</u>	<u>100%</u>

Tabella 1: POPOLAZIONE RESIDENTE NEI COMUNI DELL'AMBITO DI BORMIO DAL 2001 AL 2023

Tabella 2: BILANCIO DEMOGRAFICO DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE NEI COMUNI DELL'AMBITO DI BORMIO.

	ANNO	POP. AL 01.01	NATI	MORTI	SALDO NATURALE	SALDO MIGRATORIO	NUMERO FAMIGLIE ANAGRAFICHE	POP. AL 1.1
BORMIO	2020	4135	21	72	-51	-4	1831	4080
	2021	4080	29	60	-31	-59	1796	3990
	2022	3990	16	44	-28	+4	1798	3966
LIVIGNO	2020	6745	85	33	+52	-23	2483	6774
	2021	6774	99	32	+67	-30	2505	6811
	2022	6811	61	30	+31	-52	2515	6790
SONDALO	2020	4029	26	55	-29	-2	1855	3998
	2021	3998	17	70	-53	-15	1850	3930
	2022	3930	27	64	-37	+20	1845	3913

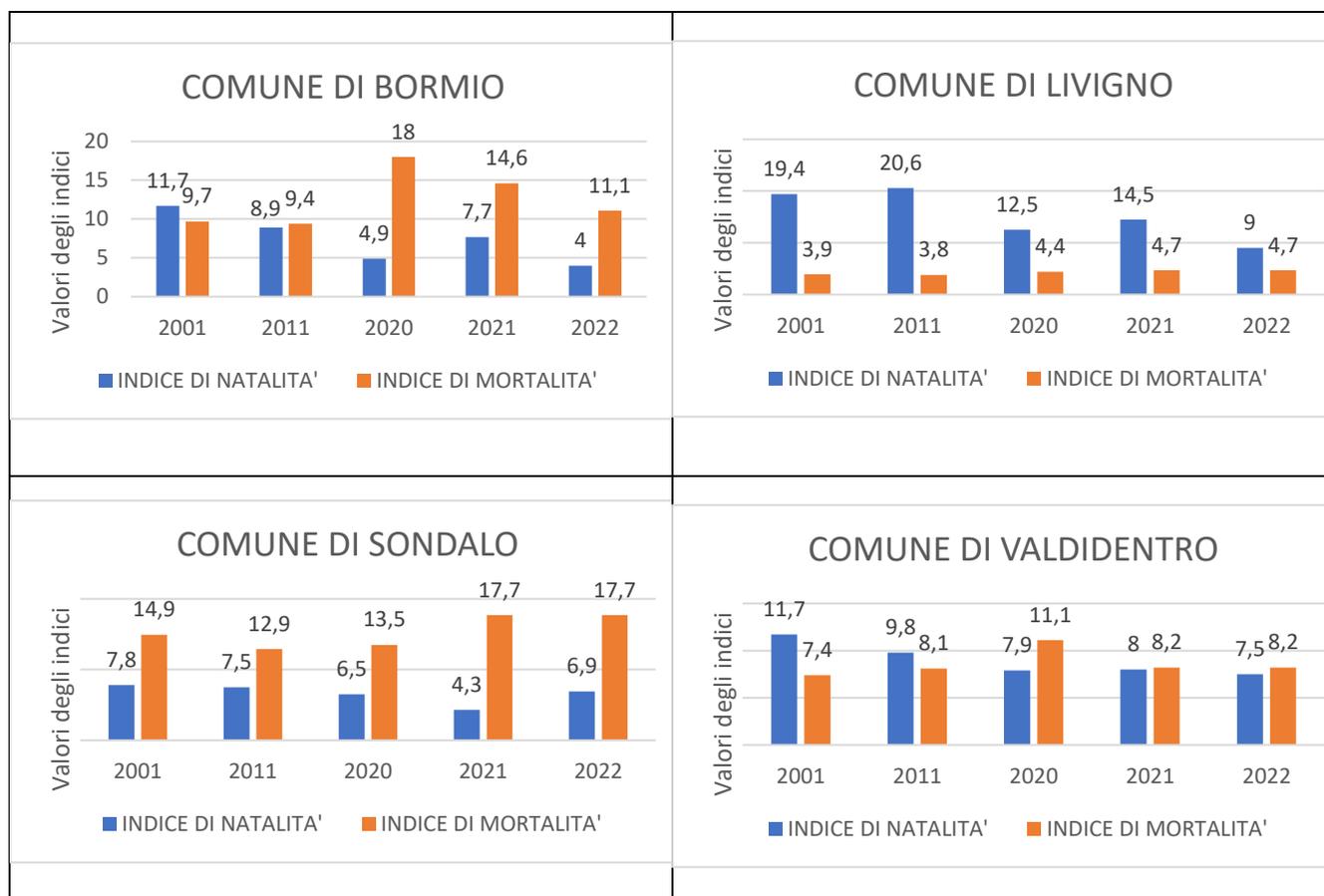
VALIDIDENTRO	2020	4164	33	46	-13	+10	1753	4161
	2021	4161	33	34	-1	-26	1758	4134
	2022	4134	31	40	-9	+48	1778	4173
VALDISOTTO	2020	3610	23	40	-17	+22	1464	3615
	2021	3615	25	38	-13	-8	1469	3594
	2022	3594	27	33	-6	-3	1493	3585
VALFURVA	2020	2547	11	35	-24	-3	1066	2520
	2021	2520	20	24	-4	-18	1069	2498
	2022	2498	15	18	-3	-5	1073	2490
AMBITO	2020	25230	199	281	-82	0	10452	25.148
	2021	25148	223	258	-35	-156	10447	21.357
	2022	24957	177	229	-52	+12	10502	24.917

Fonte: Rielaborazione dei dati reperiti da www.tuttitalia.istat.it

2.2.1. Gli indicatori demografici

Per analizzare meglio e in maniera più funzionale l'andamento e le variazioni esistenti all'interno della popolazione di un certo territorio la scienza della demografia ha individuato degli indici statistici riconosciuti sia a livello nazionale sia internazionale.

INDICE DI NATALITÀ E DI MORTALITÀ



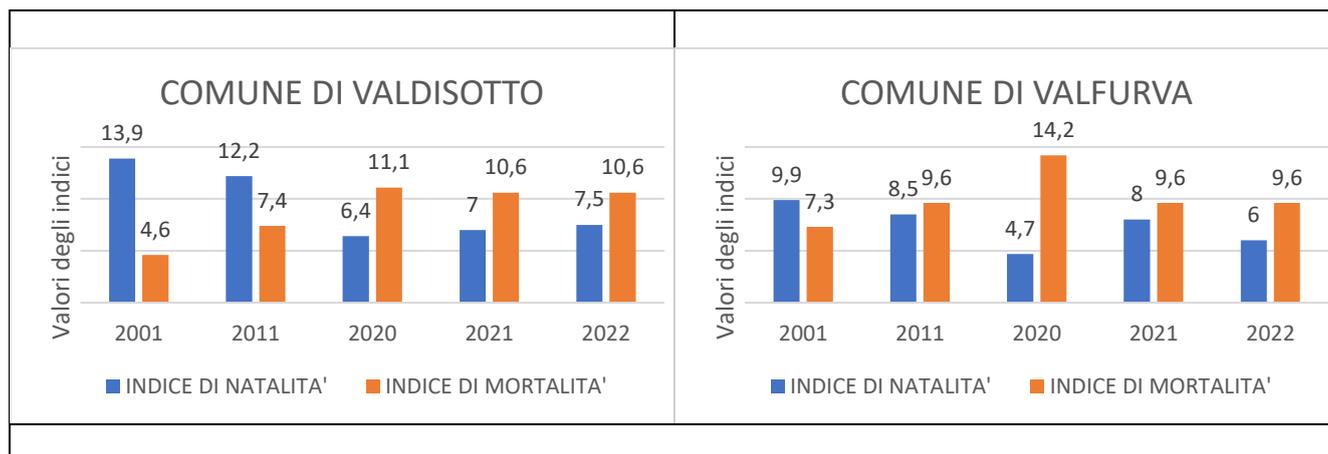


Tabella 3: POPOLAZIONE RESIDENTE NELL'AMBITO TERRITORIALE DI BORMIO PER CLASSI D'ETÀ ALLA DATA 01.01.2023

CLASSI D'ETA'	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-90	90+
BORMIO	302	372	412	401	461	643	563	443	301	68
LIVIGNO	804	855	976	1008	1030	1068	626	270	140	13
SONDALO	256	322	382	395	477	704	571	418	313	75
VALDIDENTRO	390	447	464	501	522	662	575	362	197	53
VALDISOTTO	284	421	426	361	439	590	450	310	170	34
VALFURVA	179	212	246	241	308	449	436	248	128	43
TOTALE	2215	2629	2906	2907	3237	4116	3221	2051	1249	286

Fonte: Elaborazione dei dati reperiti da www.tuttitalia.it

Come si nota dalla tabella sopra riportata, la fascia di età più popolosa resta quella che va dai 50 ai 59 anni che consta al 1° gennaio 2023 di 4116 individui residenti (al 1° gennaio 2017 erano 3968).

Si nota, inoltre una presenza molto bassa di persone con più di 90 anni, poco più di una persona su mille (0,19%), di coloro che risiedono nel comune di Livigno, considerando che in media, nel resto dell'ambito distrettuale, la media delle persone in quella fascia di età si aggira attorno al 1,51% e, quindi, quasi 15 persone su mille. Osservando sempre la situazione di Livigno, si nota chiaramente che dopo l'età pensionabile il numero di residenti cala bruscamente.

RESIDENTI AL 01.01.2023 SUDDIVISI IN FASCE D'ETÀ

ETA'	0-18 anni	18-64 anni	65-79 anni	Età ≥ 80anni	TOTALE
BORMIO	674	2.210	713	369	3.966
LIVIGNO	1.659	4.458	520	153	6.790
SONDALO	578	2.260	687	388	3.913
VALDIDENTRO	837	2.487	599	250	4.173
VALDISOTTO	705	2.175	501	204	3.585
VALFURVA	391	1.481	447	171	2.490
TOTALE	4.844	15.071	3467	1535	24.917

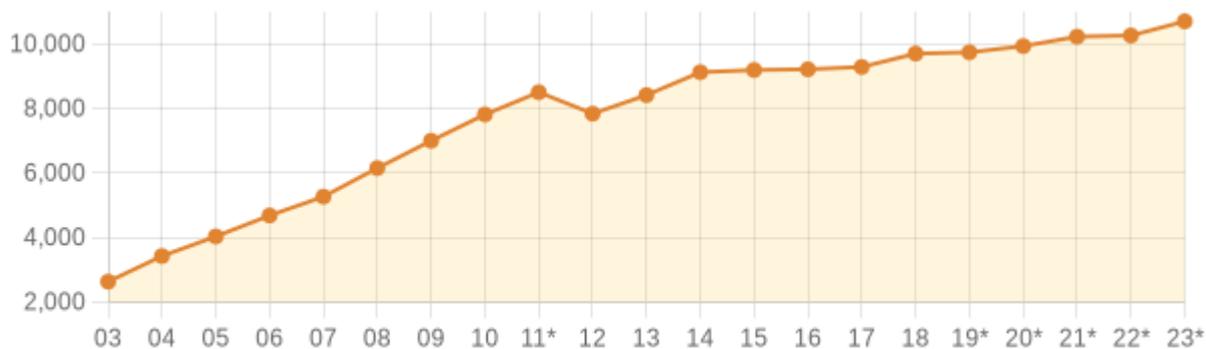
CLASSI D'ETA'	0-2	3-5	6-10	11-13	14-18	TOT.
BORMIO	71	89	214	110	190	674
LIVIGNO	233	238	501	215	472	1659
SONDALO	74	71	170	98	165	578
VALDIDENTRO	92	124	277	153	191	837
VALDISOTTO	74	83	208	139	201	705
VALFURVA	47	57	117	60	110	391
TOTALE	591	662	1487	775	1329	4.844

La popolazione dei minorenni risulta essere di 4.844 persone, cioè il 18.95%. In particolare, 591 minori hanno un'età inferiore ai tre anni, 662 sono hanno l'età per frequentare la scuola dell'infanzia, 1487 i bambini che frequentano la primaria, 775 la secondaria di primo grado e, infine, coloro che, residenti nell'Ambito di Bormio dovrebbero frequentare gli istituti superiori sono 1329.

POPOLAZIONE STRANIERA

	Bormio	Livigno	Sondalo	Valdidentro	Valdisotto	Valfurva	Totale
Popolazione straniera al 1° gennaio 2022	204	633	137	112	134	30	1250
Nati	0	3	3	1	3	0	10
Morti	0	0	0	1	1	0	2
Iscritti	19	58	36	30	10	3	156
Cancellati	24	62	31	5	18	5	145
Saldo naturale	0	+3	+3	0	+2	0	+8
Saldo migratorio	-5	-4	+5	+25	-8	-2	-19
Popolazione straniera al 1° gennaio 2023	199	632	145	137	128	28	1.269
Percentuali rispetto agli autoctoni	5.02%	9.31%	3.71%	3.28%	3.57%	1.12%	5%

La popolazione straniera residente in provincia di Sondrio al 1° gennaio 2023 è composta da 10.704 stranieri (i dati ISTAT tengono conto dei risultati del Censimento permanente della popolazione e sono considerati cittadini stranieri le persone di cittadinanza non italiana aventi dimora abituale in Italia) e rappresentano il **6,0%** della popolazione residente con il seguente andamento.



Andamento della popolazione con cittadinanza straniera

PROVINCIA DI SONDRIO - Dati ISTAT al 1° gennaio di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento

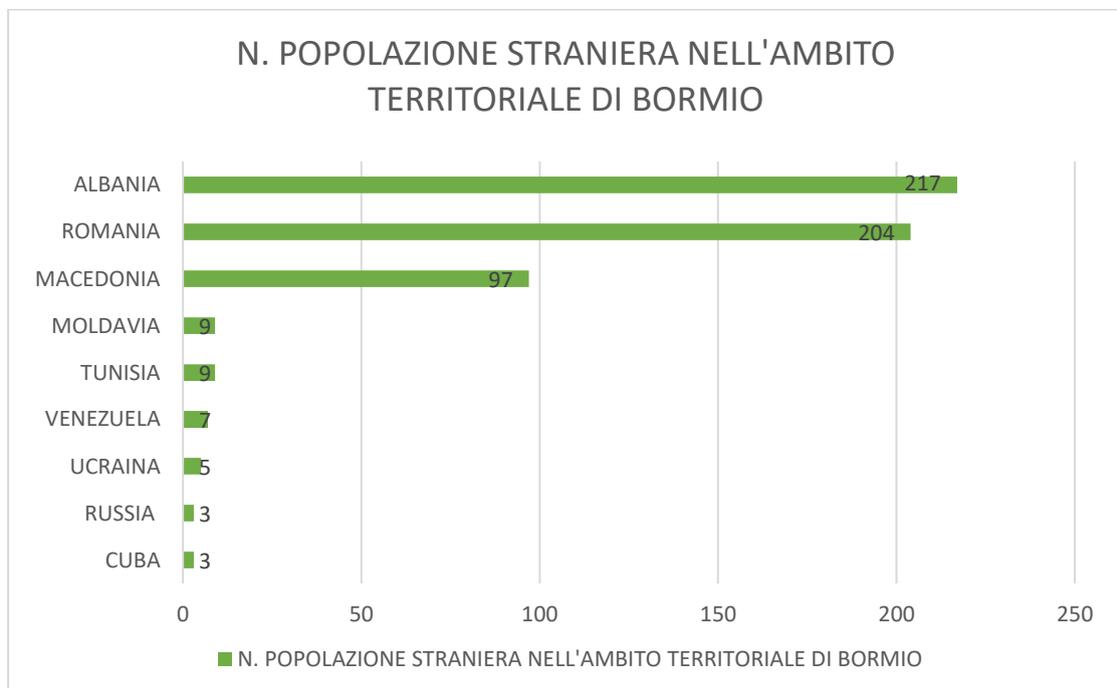
La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dal Marocco con il 16,8% di tutti gli stranieri presenti sul territorio provinciale, seguita dalla Romania (14,9%) e dall'Ucraina (6,4%).

Va ricordato che è rilevante il problema delle persone straniere (adulti e minori) che vivono o hanno concluso il periodo di accoglienza nei centri dedicati (persone che hanno ottenuto lo status di rifugiato o che sono migranti irregolari) che presentano condizioni di grande fragilità (lavoro precario, assenza di un alloggio stabile o adeguato, limitate competenze linguistiche, assenza di reti di supporto, difficoltà connesse ai gravi traumi subiti).

Nella Comunità Montana Alta Valtellina, invece, il tasso degli stranieri residente rispetto la popolazione totale è del 5,09%. Tra i Paesi di provenienza con più cittadini sul territorio vi sono: l'Albania con 217 persone (17,1% degli stranieri), la Romania con 204 (16%) e la Macedonia con 97 (7,6%).

	2001	2011	2021	2022	2023	COMUNITA' PREVALENTI 2023																		
BORMIO	49	136	275	204	199	ALBANIA 25,13% <table border="1"> <tr><td>N°</td><td>M</td><td>F</td></tr> <tr><td>50</td><td>29</td><td>21</td></tr> </table> ROMANIA 15,58% <table border="1"> <tr><td>N°</td><td>M</td><td>F</td></tr> <tr><td>31</td><td>9</td><td>22</td></tr> </table> MOLDAVIA 6,03% <table border="1"> <tr><td>N°</td><td>M</td><td>F</td></tr> <tr><td>12</td><td>2</td><td>10</td></tr> </table>	N°	M	F	50	29	21	N°	M	F	31	9	22	N°	M	F	12	2	10
N°	M	F																						
50	29	21																						
N°	M	F																						
31	9	22																						
N°	M	F																						
12	2	10																						
LIVIGNO	187	556	752	633	632	ALBANIA 17,6% <table border="1"> <tr><td>N°</td><td>M</td><td>F</td></tr> <tr><td>111</td><td>64</td><td>47</td></tr> </table> MACEDONIA 15,3% <table border="1"> <tr><td>N°</td><td>M</td><td>F</td></tr> <tr><td>97</td><td>48</td><td>49</td></tr> </table> ROMANIA 11,6% <table border="1"> <tr><td>N°</td><td>M</td><td>F</td></tr> <tr><td>73</td><td>24</td><td>49</td></tr> </table>	N°	M	F	111	64	47	N°	M	F	97	48	49	N°	M	F	73	24	49
N°	M	F																						
111	64	47																						
N°	M	F																						
97	48	49																						
N°	M	F																						
73	24	49																						
SONDALO	25	91	136	137	145	ROMANIA 32,8% <table border="1"> <tr><td>N°</td><td>M</td><td>F</td></tr> <tr><td>45</td><td>14</td><td>31</td></tr> </table> MOLDAVIA 10,9% <table border="1"> <tr><td>N°</td><td>M</td><td>F</td></tr> <tr><td>15</td><td>4</td><td>11</td></tr> </table> TUNISIA 6,6% <table border="1"> <tr><td>N°</td><td>M</td><td>F</td></tr> <tr><td>9</td><td>5</td><td>4</td></tr> </table>	N°	M	F	45	14	31	N°	M	F	15	4	11	N°	M	F	9	5	4
N°	M	F																						
45	14	31																						
N°	M	F																						
15	4	11																						
N°	M	F																						
9	5	4																						
VALDIDENTRO	18	61	108	112	137	ALBANIA 18,2% <table border="1"> <tr><td>N°</td><td>M</td><td>F</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	N°	M	F															
N°	M	F																						

						<table border="1"> <tr><td>25</td><td>14</td><td>11</td></tr> <tr><td colspan="3">ROMANIA 17,5%</td></tr> <tr><td>N°</td><td>M</td><td>F</td></tr> <tr><td>24</td><td>8</td><td>16</td></tr> <tr><td colspan="3">VENEZUELA 5,1%</td></tr> <tr><td>N°</td><td>M</td><td>F</td></tr> <tr><td>7</td><td>4</td><td>3</td></tr> </table>	25	14	11	ROMANIA 17,5%			N°	M	F	24	8	16	VENEZUELA 5,1%			N°	M	F	7	4	3						
25	14	11																															
ROMANIA 17,5%																																	
N°	M	F																															
24	8	16																															
VENEZUELA 5,1%																																	
N°	M	F																															
7	4	3																															
VALDISOTTO	24	75	135	134	128	<table border="1"> <tr><td colspan="3">ALBANIA 24,2%</td></tr> <tr><td>N°</td><td>M</td><td>F</td></tr> <tr><td>31</td><td>15</td><td>16</td></tr> <tr><td colspan="3">ROMANIA 24,2%</td></tr> <tr><td>N°</td><td>M</td><td>F</td></tr> <tr><td>31</td><td>12</td><td>19</td></tr> <tr><td colspan="3">MOLDAVIA 9,4%</td></tr> <tr><td>N°</td><td>M</td><td>F</td></tr> <tr><td>12</td><td>4</td><td>8</td></tr> </table>	ALBANIA 24,2%			N°	M	F	31	15	16	ROMANIA 24,2%			N°	M	F	31	12	19	MOLDAVIA 9,4%			N°	M	F	12	4	8
ALBANIA 24,2%																																	
N°	M	F																															
31	15	16																															
ROMANIA 24,2%																																	
N°	M	F																															
31	12	19																															
MOLDAVIA 9,4%																																	
N°	M	F																															
12	4	8																															
VALFURVA	16	50	49	30	28	<table border="1"> <tr><td colspan="3">UCRAINA 17,9%</td></tr> <tr><td>N°</td><td>M</td><td>F</td></tr> <tr><td>5</td><td>0</td><td>5</td></tr> <tr><td colspan="3">RUSSIA 10,7%</td></tr> <tr><td>N°</td><td>M</td><td>F</td></tr> <tr><td>3</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td colspan="3">CUBA 10,7%</td></tr> <tr><td>N°</td><td>M</td><td>F</td></tr> <tr><td>3</td><td>1</td><td>2</td></tr> </table>	UCRAINA 17,9%			N°	M	F	5	0	5	RUSSIA 10,7%			N°	M	F	3	1	2	CUBA 10,7%			N°	M	F	3	1	2
UCRAINA 17,9%																																	
N°	M	F																															
5	0	5																															
RUSSIA 10,7%																																	
N°	M	F																															
3	1	2																															
CUBA 10,7%																																	
N°	M	F																															
3	1	2																															
TOTALE	319	969	1455	1250	1269	ALBANESE = 217 PERSONE ROMENA = 204 PERSONE MACEDONE = 97 PERSONE																											



TASSO DI INVECCHIAMENTO

Il tasso di invecchiamento¹ in provincia nel 2022 è pari al 25,29%, in regione al 23,49%.

I comuni di Livigno e Sondalo si confermano come i punti estremi dell'intervallo di variazione dei valori dell'indice: il primo si conferma il comune con minor tasso di invecchiamento, anche se in poco più di 20 anni si assiste ad un incremento di 3,89 punti percentuali, mentre Sondalo raggiunge un valore pari a tre volte quello di Livigno.

Tasso di invecchiamento			
	2001	2011	2023
Bormio	16,45%	19,12%	27,28%
Livigno	6,02%	6,58%	9,91%
Sondalo	20,23%	22,14%	27,47%
Valdidentro	15,94%	16,88%	20,34%
Valdisotto	14,84%	13,26%	19,66%
Valfurva	15,41%	18,07%	24,81%

Elaborazione dei dati di www.tuttitalia.it

Tabella 9: ANDAMENTO DEL TASSO DI INVECCHIAMENTO 2001, 2011 E 2021.

		INDICE VECCHIAIA ² (Media provinciale 202)	INDICE DIPENDENZA STRUTTURALE	INDICE RICAMBIO DELLA POPOLAZ. ATTIVA ³	INDICE DI STRUTTURA DELLA POPOLAZ. ATTIVA ⁴ (Media provinciale 146,5)	INDICE CARICO DI FIGLI PER DONNA FECONDA ⁵
BORMIO	2018	187,2	61,1	138,1	136,9	21,5
	2020	199,9	60,4	146,6	136,1	19,2
	2023	223,6	65,3	154,2	139,3	18,5

¹ Il tasso di invecchiamento è calcolato come rapporto tra la popolazione residente di +65 anni e la popolazione complessiva. Misura l'incidenza degli anziani sul totale della popolazione.

² Indice di vecchiaia: Indicatore sintetico del grado di invecchiamento della popolazione; si ottiene rapportando l'ammontare della popolazione anziana di 65 anni e oltre alla popolazione di età inferiore a 15 anni.

³ Indice di ricambio della popolazione attiva: Rappresenta il rapporto percentuale tra la fascia di popolazione che sta per andare in pensione (60-64 anni) e quella che sta per entrare nel mondo del lavoro (15-19 anni). La popolazione attiva è tanto più giovane quanto più l'indicatore è minore di 100. Ad esempio, a Sondalo nel 2018 l'indice di ricambio è 151,1 ciò significa che la popolazione in età lavorativa è molto anziana.

⁴ Indice di struttura della popolazione attiva: Rappresenta il grado di invecchiamento della popolazione in età lavorativa. È il rapporto percentuale tra la parte di popolazione in età lavorativa più anziana (40-64 anni) e quella più giovane (15-39 anni).

⁵ Carico di figli per donna feconda: È il rapporto percentuale tra il numero dei bambini fino a 4 anni ed il numero di donne in età feconda (15-49 anni). Stima il carico dei figli in età prescolare per le mamme lavoratrici.

LIVIGNO	2018	40,8	40,2	62,6	97,1	26,7
	2020	44,4	39,1	75,1	97,7	24,8
	2023	54,3	39,2	89,7	103	24,2
SONDALO	2018	239,1	58,4	151,1	150,3	16,5
	2020	257,5	58,5	148,9	153,7	16,0
	2023	259	61,5	185,3	157,8	18,3
VALDIDENTRO	2018	120,3	51,7	105,3	121,9	24,2
	2020	125,7	54,0	151,7	130,2	23,8
	2023	133,7	55,2	167,3	130,4	21
VALDISOTTO	2018	116,1	53,1	87,6	129,5	20,9
	2020	131,5	51,3	117,2	135,6	18,9
	2023	141,9	50,4	124,5	139,5	16,1
VAFURVA	2018	174,5	49,2	178,6	168,2	19,4
	2020	200,4	51,7	183,7	164,7	18,1
	2023	220,7	56,4	213,5	166,2	18,5

Fonte: Elaborazione dei dati di www.tuttitalia.it

Risulta particolarmente significativo che a Bormio, Sondalo e Valfurva ci sono più di due persone con età superiore a 65 anni per ogni bambino/ragazzo di età inferiore a 15 anni.

2.3. Elementi socio economici.

Il sistema economico-produttivo si fonda sulle attività turistiche, artigianali, commerciali e solo in parte su quelle industriali; a Sondalo e Valdisotto sono presenti gli stabilimenti di due multinazionali.

Il comune di Livigno costituisce una "sorta di azienda" che offre molteplici opportunità di lavoro: le attività commerciali, ricettive e della ristorazione, gli impianti di risalita occupano personale locale, della zona, oltre che straniero; è significativo anche l'indotto generato in particolare sul sistema produttivo provinciale (aziende artigiane e aziende di servizi in particolare).

L'Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità ha prodotto due Quaderni nel 2023 e nel 2024 che offrono una base dati di estremo interesse per una prima analisi delle condizioni socioeconomiche della provincia di Sondrio. L'Osservatorio è una delle azioni del progetto ProPositivi ed è stato promosso dalla Fondazione ProValtellina. Il progetto è finanziato con il contributo della Fondazione Cariplo, della Fondazione Peppino Vismara e del Fondo di Beneficenza di Intesa Sanpaolo. Le attività dell'Osservatorio sono coordinate dalle ricercatrici e dai ricercatori di Codici, istituto di ricerca di Milano.

Di seguito viene riportato uno stralcio dei dati e delle note che appaiono più rilevanti per la programmazione sociale qui sviluppata.

Il confronto dei redditi medi tra gli Ambiti, il livello provinciale, il livello regionale e quello nazionale mostra le specificità della Provincia di Sondrio e delle sue dinamiche.

REDDITI MEDI 2021	
ITALIA	22.520,12 €
LOMBARDIA	26.605,27 €
SONDRIO Provincia	21.396,03 €
BORMIO Ambito	19.064,49 €

CHIAVENNA Ambito	18.008,72 €
MORBEGNO Ambito	20.797,23 €
SONDRIO Ambito	22.237,69 €
TIRANO Ambito	19.990,86 €

Redditi medi. Anno 2021	
ITALIA	22.520,12 €
LOMBARDIA	26.605,27 €
SONDRIO Provincia	21.396,03 €
BORMIO Ambito	19.064,49 €
BORMIO*	21.669,69 €
LIVIGNO*	18.714,20 €
SONDALO	19.440,55 €
VALDIDENTRO*	18.324,76 €
VALDISOTTO	18.921,10 €
VALFURVA	16.543,01 €
Elaborazione Osservatorio provinciale su dati MEF	

In generale, sia nell'analisi del reddito medio che nella distribuzione per fasce di reddito (tabella seguente) la Provincia di Sondrio tende ad avvicinarsi più al modello nazionale che non a quello regionale: i redditi medi per fascia di reddito sono sempre significativamente più bassi del livello regionale, compresi i redditi della fascia più alta.

Redditi medi per fascia di reddito, in euro. Anno 2021			
	da 0 a 10.000	da 10.000 a 15.000	oltre 120.000
ITALIA	4.566,85 €	12.479,99 €	224.330,46 €
LOMBARDIA	4.562,11 €	12.557,19 €	247.504,99 €
SONDRIO Provincia	4.332,17 €	12.566,86 €	192.688,04 €
BORMIO Ambito	4.318,41 €	12.553,25 €	197.046,08 €
CHIAVENNA Ambito	3.958,79 €	12.516,51 €	186.958,15 €
MORBEGNO Ambito	4.477,84 €	12.589,90 €	203.081,02 €
SONDRIO Ambito	4.449,70 €	12.580,92 €	191.262,04 €
TIRANO Ambito	4.333,86 €	12.554,95 €	182.095,35 €
Elaborazione Osservatorio provinciale su dati MEF			

Redditi medi per tipo di reddito. Anno 2021								
	ITALIA	LOMBARDIA	SONDRIO Provincia	BORMIO Ambito	CHIAVENNA Ambito	MORBEGNO Ambito	SONDRIO Ambito	TIRANO Ambito
Reddito da fabbricati	1.308,21 €	1.216,68 €	1.214,20 €	2.133,96 €	972,70 €	1.009,07 €	1.112,64 €	1.219,18 €
Reddito da lavoro dipendente e assimilato	21.497,45 €	25.841,96 €	20.475,33 €	17.535,54 €	18.308,39 €	21.581,17 €	22.036,95 €	20.166,81 €
Reddito da pensione	18.989,49 €	20.625,70 €	17.345,22 €	17.259,93 €	15.888,04 €	17.009,51 €	18.587,48 €	16.515,11 €
Reddito da lavoro autonomo	60.600,47 €	71.837,52 €	61.814,97 €	60.629,51 €	61.349,01 €	57.001,10 €	64.377,15 €	63.664,49 €

Reddito di spettanza dell'imprenditore in contabilità ordinaria	47.845,52 €	63.764,75 €	42.176,47 €	36.743,56 €	49.235,22 €	37.224,66 €	47.479,02 €	45.807,41 €
Reddito di spettanza dell'imprenditore in contabilità semplificata	21.694,01 €	27.222,86 €	22.535,99 €	19.447,81 €	22.336,47 €	22.516,21 €	24.620,97 €	22.640,01 €
Reddito da partecipazione	19.476,71 €	24.979,77 €	19.287,89 €	14.647,75 €	18.965,47 €	21.728,17 €	21.176,16 €	19.783,53 €
Elaborazione Osservatorio provinciale su dati MEF								

I redditi medi in Provincia di Sondrio sono più bassi di quelli medi calcolati a livello regionale e a livello nazionale. L'analisi dei redditi per fonte di reddito (redditi da pensione, da lavoro dipendente e assimilato e da lavoro autonomo) mostra chiaramente la rilevanza della popolazione anziana nella Provincia di Sondrio, con una percentuale di redditi da pensione più alta del livello regionale e di quello nazionale. La fotografia che ne emerge è coerente con i profili anagrafici della popolazione. Va sottolineato tuttavia che in Provincia di Sondrio la popolazione anziana può contare su condizioni economiche più agiate che in altre zone del paese, anche in virtù della grande diffusione della proprietà della propria abitazione.

Se la disuguaglianza nella distribuzione dei redditi in Provincia di Sondrio ha misure di riferimento più basse del livello nazionale e di quello regionale, soprattutto per effetto del più basso valore dei redditi medi, l'analisi delle povertà e delle vulnerabilità mostra come una fascia di popolazione sempre più consistente affronti con sempre maggiori difficoltà le spese necessarie per garantire i beni primari (alimentazione, salute, casa).

In particolare, sul tema della salute di seguito si riportano le conclusioni del secondo Quaderno dedicato alla povertà sanitaria in Provincia di Sondrio a cura dell'Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità.

“... La scelta di questo approfondimento è stata fatta sulla base di due considerazioni.

La prima è che l'attività dell'Osservatorio è orientata a sostenere gli interventi e le misure a livello locale, a partire dal progetto ProPositivi. Illuminare il tema della povertà sanitaria mette a disposizione le evidenze necessarie a progettare su una dimensione oggi meno presente negli interventi degli enti pubblici e del terzo settore valtellinese.

La seconda, fortemente collegata alla prima, è che il tema della povertà sanitaria è naturalmente un luogo di rafforzamento dell'integrazione tra le componenti sociali e quelle sanitarie del welfare locale.

Il fenomeno della povertà sanitaria riguarda quella fascia della popolazione che non può accedere, per motivi economici, alle prestazioni e ai servizi sanitari necessari per soddisfare i propri bisogni di cure mediche. Il Servizio sanitario nazionale dispone di un'impostazione marcatamente universalistica, ma, facendo ricadere una parte della spesa sanitaria sulle persone attraverso l'out of pocket, contribuisce ad escludere le persone e le famiglie economicamente più deboli. L'out of pocket riguarda eminentemente quattro tipi di spese:

- le spese relative ai ticket regionali (dove i criteri tesi a definire l'entità della spesa sono altamente frammentati e variabili tra regioni) che possono riguardare sia i costi associati alla dimensione farmaceutica, sia quelli legate alle prestazioni specialistiche ambulatoriali;
- i costi relativi all'acquisto di farmaci non rimborsati dal Servizio sanitario e perciò interamente a carico del paziente;
- le spese per l'acquisto presso esercenti autorizzati di prodotti per la cura e il benessere che non rientrano nell'ambito farmaceutico, come l'acquisto di articoli sanitari e attrezzature ortopediche;
- le prestazioni sanitarie parzialmente o totalmente escluse dai Livelli Essenziali di Assistenza e perciò non coperte (o solo sotto certe condizioni) dal sistema sanitario. Tra queste figurano tutte le forme di medicina classificate come non convenzionali e pertanto non riconosciute dal Ssn (totalmente escluse), le cure odontoiatriche (parzialmente escluse) e gli interventi di chirurgia estetica (totalmente esclusi).

La povertà sanitaria viene generalmente affrontata attraverso tre strategie:

- la rinuncia alle cure (differendo il più possibile gli interventi e astenendosi dall'acquistare i farmaci, soprattutto quelli relativi a patologie i cui sintomi sono meno debilitanti), secondariamente;
- la ricerca di medici o centri più economici;
- la stipulazione di prestiti finanziari per coprire le spese mediche.

Tra queste, la prima, oltre ad essere la più tragica, è quella a cui le famiglie in maggiore difficoltà sono costrette a fare ricorso”.

“... In particolare, le famiglie con carichi di cura legate alla presenza di persone con meno di 3 anni o di persone con disabilità hanno una probabilità maggiore di fare fatica ad arrivare alla fine del mese. Le persone che hanno dovuto mettere in atto comportamenti associabili alla povertà sanitaria hanno soprattutto limitato le spese allo stretto necessario.

...

I dati mostrano chiaramente come le persone che, per le loro condizioni economiche, fanno fatica ad arrivare alla fine del mese hanno una probabilità molto maggiore di avere comportamenti che possiamo considerare indicatori di povertà sanitaria.

La disegualianza di possibilità è particolarmente forte per le visite specialistiche e per le analisi cliniche e gli esami diagnostici, con una differenza altissima di probabilità di dover rinunciare alla spesa. Due voci di spesa che, soprattutto per il progressivo ritrarsi della sanità pubblica (tanto dal punto di vista della copertura della spesa, quanto dal punto di vista della copertura territoriale della domanda di cura), aprono scenari critici sul rapporto tra livelli di reddito e diritto alla salute.

Altre differenze significative per quanto riguarda la rinuncia alla spesa sono relative a due tipi di spesa normalmente non coperti dal Servizio sanitario nazionale: le spese per il dentista e i servizi di igiene dentale e le spese per l'acquisto di occhiali e di lenti.

...

Un aspetto importante da sottolineare è che anche alcune delle persone che arrivano con facilità alla fine del mese sono costrette a comportamenti che sono indicatori di povertà sanitaria. Le risorse economiche necessarie alla quotidianità, per alcune persone, non sono tali da garantire di riuscire a fronteggiare le spese per la salute propria e della propria famiglia. Quando la capacità di risparmio è ridotta e le spese della quotidianità sono sostanzialmente incompressibili le persone hanno poche strategie per fare fronte a spese impreviste, come spesso sono le spese sanitarie: l'indebitamento e il ricorso al credito (che non abbiamo indagato in questa ricerca), rinunciare alla spesa o limitarla allo stretto necessario, cercare soluzioni economicamente più sostenibili, chiedere aiuto.

...

Le persone che si sono rivolte a medici o a centri medici più economici, così come le persone che hanno ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione sono percentualmente una piccola minoranza anche tra le persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese. Questi due comportamenti, pur essendo indicatori di una situazione di vulnerabilità a cui riferirsi come povertà sanitaria, sono anche due comportamenti che potrebbero compensare comportamenti che rappresentano un danno per i diritti alla salute, al benessere e alla qualità della vita delle persone.

Entrambi, però, sono comportamenti fortemente vincolati alle opportunità, ovvero all'esistenza di centri medici più economici e di enti o associazioni che intervengono a sostegno delle spese e alla loro capacità di copertura della domanda. Allo stesso modo sono comportamenti legati alla qualità delle relazioni sociali e dell'accesso alle informazioni da parte delle persone che potrebbero avere bisogno di un sostegno alla propria capacità di spesa.

...

Avere la cittadinanza non italiana implica per tutte le voci di spesa avere una maggiore propensione ad avere comportamenti che stiamo considerando indicatori di povertà sanitaria. La differenza nelle probabilità relative aumenta soprattutto per i comportamenti di rinuncia alla spesa e per avere ricevuto aiuto da qualche ente o da qualche associazione.”

Dalla lettura dei dati emerge come la presenza di una qualche vulnerabilità all'interno del nucleo familiare aumenti la propensione ad avere comportamenti che indicano una condizione di povertà sanitaria, per quanto in modo minore rispetto alle condizioni economiche.

Per un approfondimento si possono scaricare i documenti dal sito:

<https://www.codiciricerche.it/it/progetti/osservatorio-provinciale-per-il-contrasto-alle-poverta>

2.4. La spesa sociale dei comuni e della gestione associata.

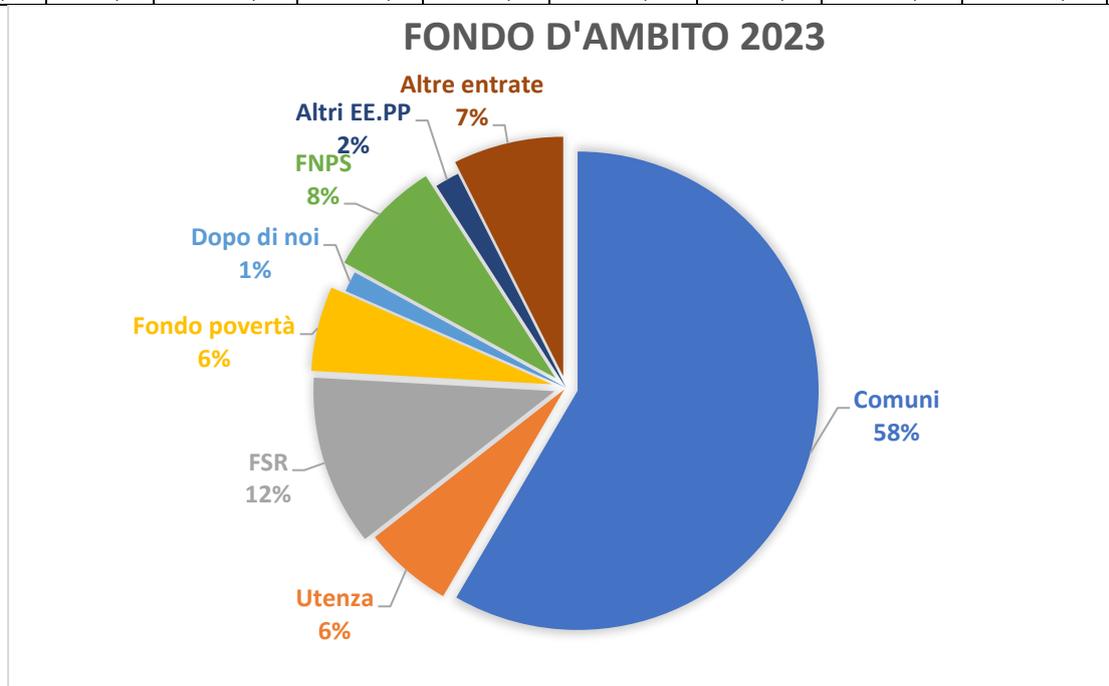
La quota pro capite annua in capo ai Comuni per la gestione associata dei servizi socio assistenziali fissata in € 29,00 fino al 2020, è stata aumentata a € 30,00 nel 2021 e dal 2022 è di € 36,00 a fronte dell'aumento delle funzioni e dei servizi che l'ufficio di piano della comunità montana gestisce in forma associata (servizio assistenza domiciliare e servizio assistenza all'autonomia per 4 dei 6 Comuni dell'Ambito) .

2.4.1 Il fondo d'Ambito

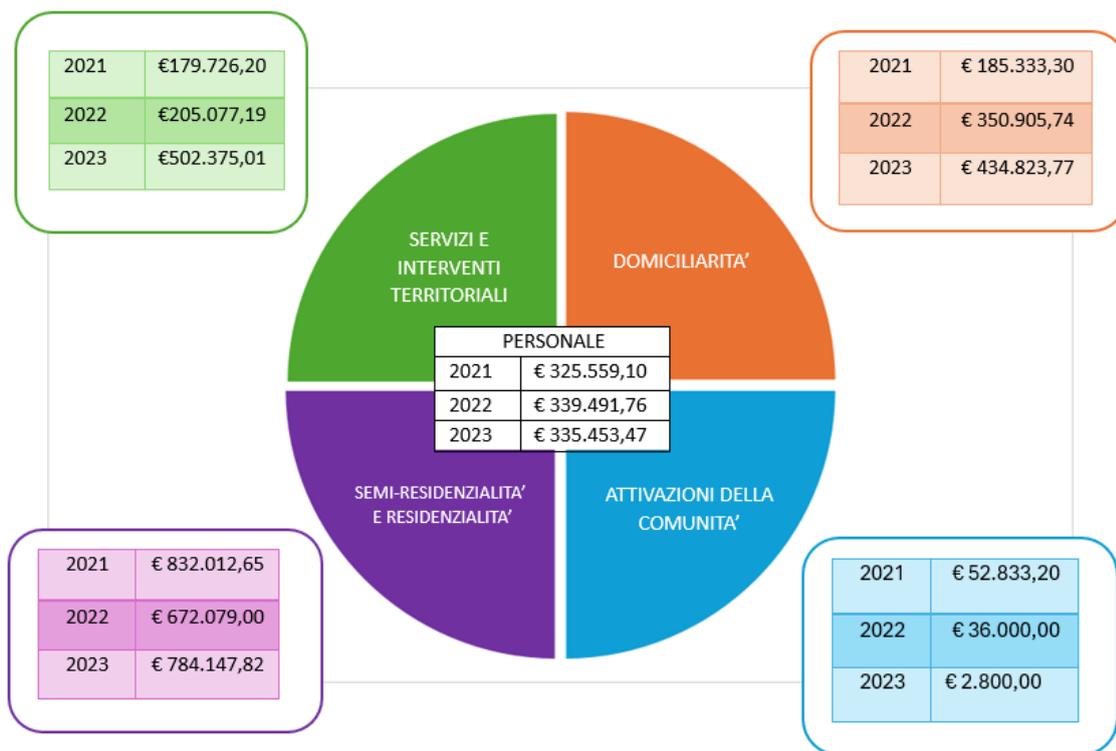
2023									
Comuni	Utenza	FSR	FNPS	Fondo povertà	Dopo di noi	FNA	Altri EE.PP	Altre entrate	TOTALE
€1.080.018,66	€111.133,64	€212.663,28	€147.349,38	€105.797,15	€25.448,00	€94.766,57	€30.297,00	€136.838,61	€1.944.312,29

2022									
Comuni	Utenza	FSR	FNPS	Fondo povertà	Dopo di noi	FNA	Altri EE.PP	Altre entrate	TOTALE
€982.325,20	€92.123,33	€209.237,22	€145.741,11	€98.841,69	€31.695,00	€75.977,88	€35.560,00	€223.151,47	€1.894.652,90

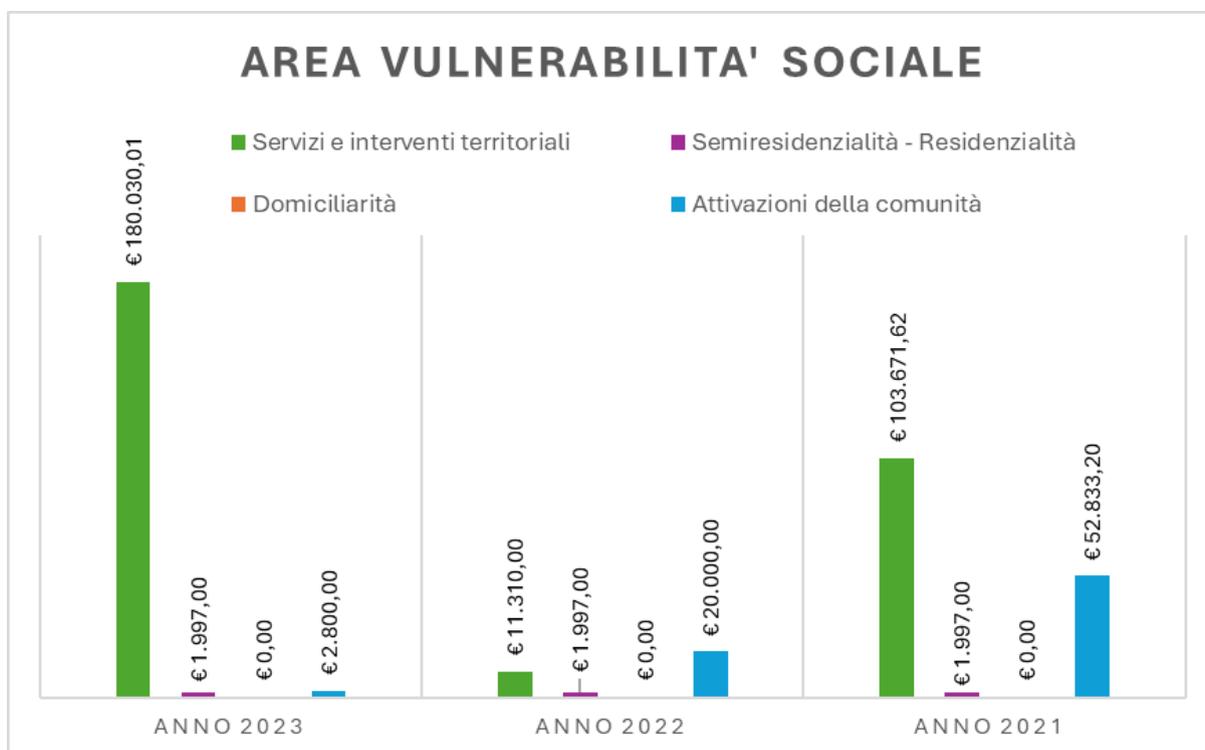
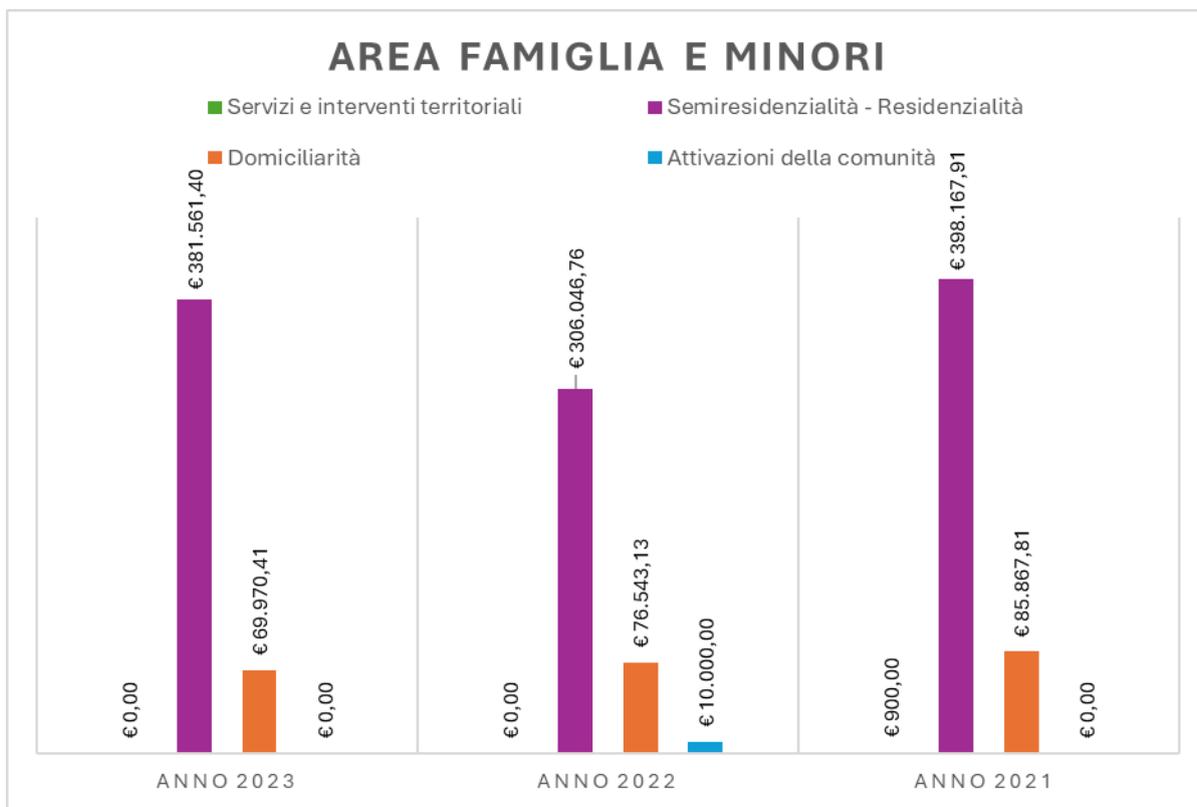
2021									
Comuni	Utenza	FSR	FNPS	Fondo povertà	Dopo di noi	FNA	Altri EE.PP	Altre entrate	TOTALE
€778.258,52	€1.401,20	€218.608,37	€142.181,36	€86.961,15	€46.958,93	€91.376,43	€12.480,00	€100.772,53	€1.417.708,49



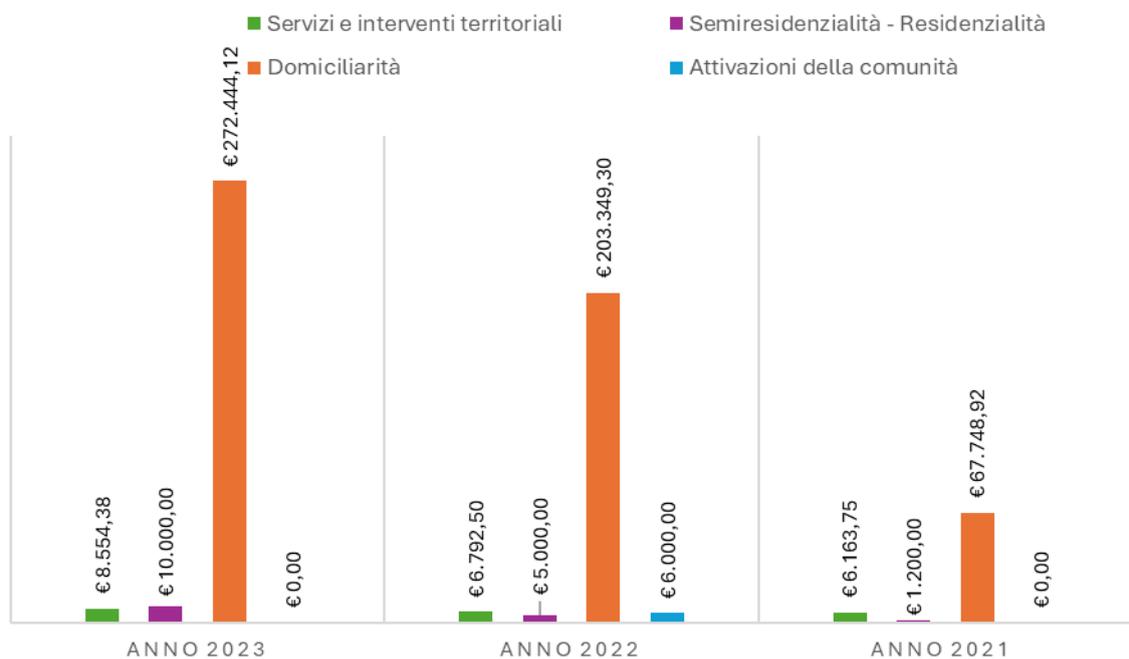
2.4.2 La spesa



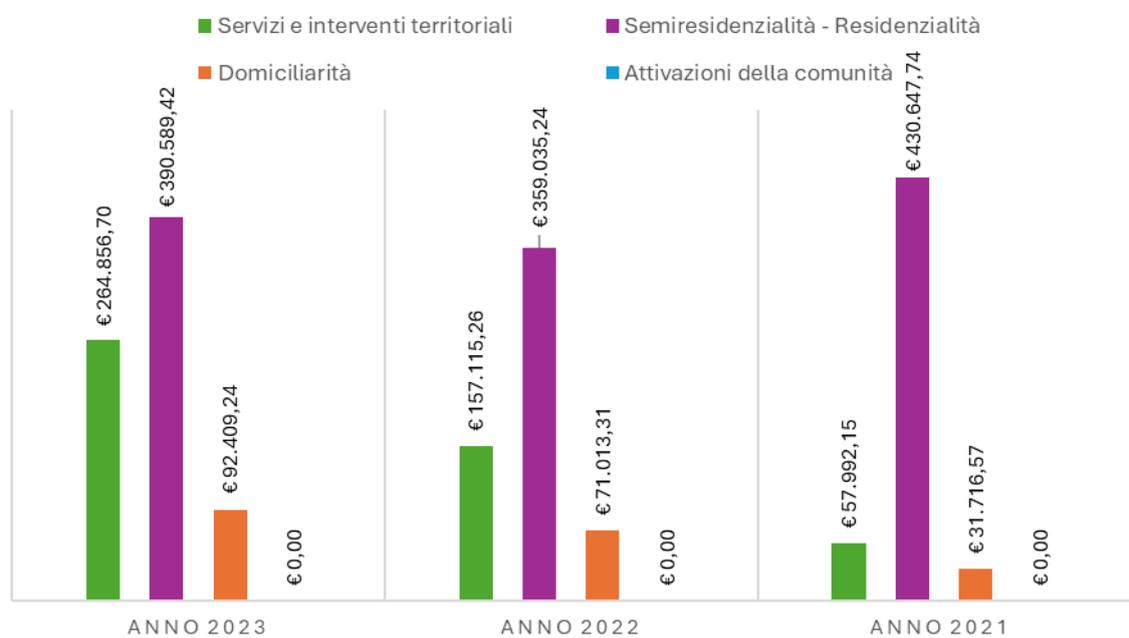
2.4.3. La spesa per aree



AREA ANZIANI E NON AUTOSUFFICIENZA

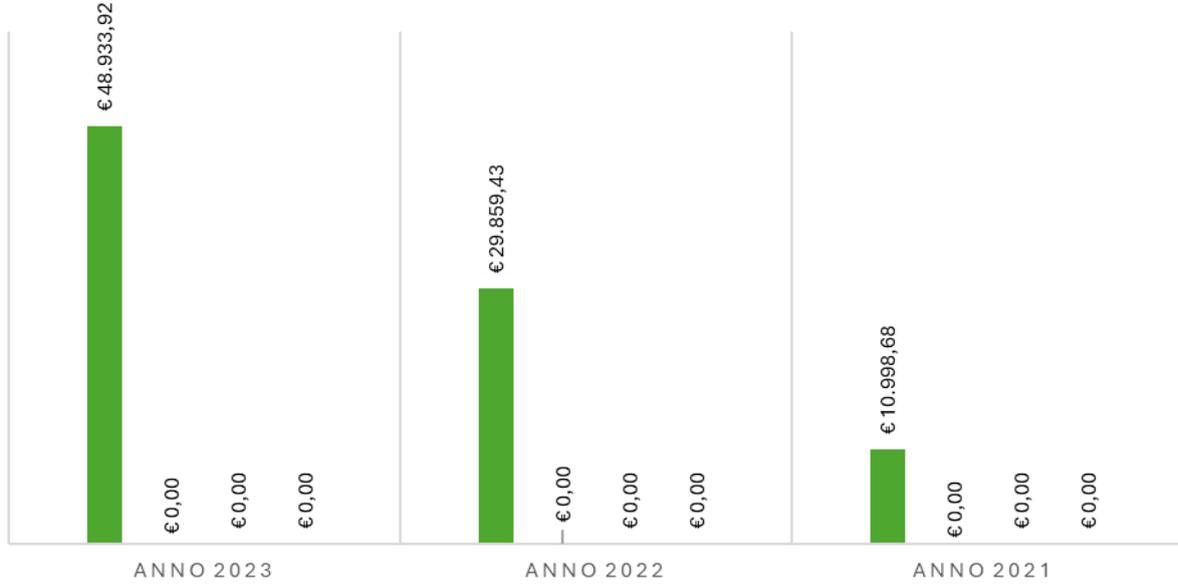


AREA PERSONE CON DISABILITÀ



SERVIZI TRASVERSALI

- Servizi e interventi territoriali
- Semiresidenzialità - Residenzialità
- Domiciliarità
- Attivazioni della comunità



3. ANALISI DEI SOGGETTI E DELLE RETI PRESENTI SUL TERRITORIO

Di seguito si presenta il sistema dell'offerta dell'ambito territoriale di Bormio, costituito da servizi, interventi e azioni progettuali di natura territoriale, domiciliare, semi residenziale e residenziale, oltre che espressione dell'attivazione della comunità locale. Gli erogatori sono quindi gli enti pubblici, quali Comunità Montana Alta Valtellina, Azienda socio sanitaria Territoriale, Comuni, gli enti del Terzo Settore, cioè cooperative sociali e associazioni, oltre che organizzazioni di volontariato e realtà religiose.

Nell'ambito territoriale dell'Alta Valtellina, su delega⁶ dei Comuni di Bormio, Livigno, Sondalo, Valdidentro, Valdisotto e Valfurva, l'Ufficio di Piano della Comunità Montana svolge le seguenti attività:

- pianificazione e programmazione sociale;
- gestione del Piano di Zona, del servizio sociale di base e del servizio tutela minori;
- accreditamento delle strutture e servizi socio assistenziali;
- promozione e attuazione per quanto di competenza dell'integrazione socio-sanitaria.

Il servizio sociale di base si occupa di: cittadini disabili, anziani, adulti e famiglie in condizione di vulnerabilità sociale e relazionale. È un servizio territoriale di primo livello, fornisce informazioni, rileva le problematiche sociali, attiva percorsi per il soddisfacimento dei bisogni, mira alla promozione di progetti e di interventi socio-assistenziali con l'intento di offrire al cittadino opportunità per affrontare con dignità situazioni di difficoltà personale, sociale, educativa ed economica.

Gli interventi si sviluppano con il coinvolgimento diretto dei destinatari e delle loro reti di riferimento, attraverso la definizione di progetti di aiuto e sostegno il più possibile condivisi e partecipati, che partano dal riconoscimento e dalla valorizzazione delle risorse presenti nel sistema relazionale dell'interessato.

Il Servizio lavora anche per costruire-ricostruire-partecipare a legami e forme di connessione con gli altri attori del territorio.

Il servizio tutela opera a favore di famiglie con minori sottoposti a provvedimento dell'autorità giudiziaria (Tribunale per i Minorenni, Tribunale Ordinario e Corte d'Appello); su mandato della stessa svolge attività di valutazione, diagnosi, sostegno e monitoraggio nei confronti dei minori e degli adulti di riferimento. Nella definizione e realizzazione dei progetti di intervento, oltre all'utente e alla sua famiglia, possono essere coinvolti singoli soggetti o realtà istituzionali, del pubblico e del privato sociale, a seconda della problematica espressa dal nucleo familiare.

L'organico dell'ufficio di piano, del servizio sociale e tutela minori è composto da:

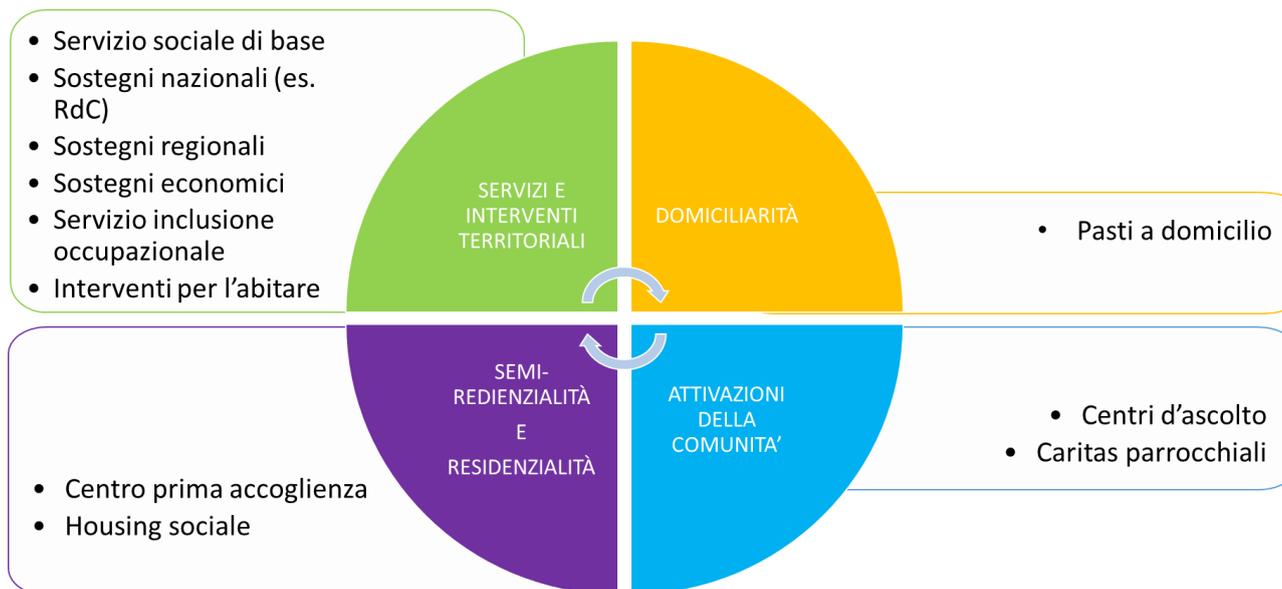
- un responsabile che si occupa della parte gestionale e programmatica, coordina gli operatori (servizio sociale di base e tutela minori), svolge in parte la funzione di assistente sociale;
- cinque assistenti sociali (quattro a tempo pieno, una part time);
- tre psicologi part time, di cui una psicoterapeuta, che si occupano dei casi di tutela minori (con contratto di collaborazione esterna) nell'ambito del progetto sperimentale attivato d'intesa con l'ASST Valtellina Alto Lario;
- un amministrativo che si occupa della predisposizione degli atti gestionali e programmatori, dell'assolvimento del debito informativo e del front office.

Agli operatori vengono assicurati interventi di formazione-aggiornamento e di supervisione.

La sede dei servizi è a Bormio. L'apertura dello sportello di segretariato sociale professionale a Sondalo è garantita una giornata alla settimana; l'assistente sociale referente per il Comune di Livigno è presente mediamente due giorni alla settimana al Punto Famiglia di Livigno.

⁶ Delibera Assemblea n. 8 del 15.3.2021 "Assunzione delega per la gestione associata dei Servizi Sociali per L'attuazione del piano di zona nell'ambito territoriale di Bormio, ai Sensi dell'art. 18 della L.R. 3/2008. Periodo 1 Gennaio 2021 – 31 Dicembre 2025".

3.1 AREA VULNERABILITÀ SOCIALE (Aree policy: A, B, C)



3.1.1 SERVIZI E INTERVENTI TERRITORIALI

3.1.1.1 La casistica del servizio sociale di base

Utenza *	Adulti in difficoltà
Anno 2021	48
Anno 2022	43
Anno 2023	32

*Si intendono i fascicoli, quindi i nuclei familiari, non il numero di utenti

3.1.1.2 Sostegni nazionali e regionali

Il reddito e la pensione di cittadinanza costituiscono una forma di integrazione del reddito, che, in Alta Valle ha fin qui interessato un numero relativamente esiguo di persone-nuclei, per lo più in condizione di vulnerabilità da parecchi anni, anche per comportamenti d'abuso o importanti disturbi psichici.

Il servizio sociale di base è impegnato ad accompagnare le persone a cui viene riconosciuto il diritto alla misura in progetti individualizzati finalizzati a fronteggiare le cause del proprio disagio socio economico.

Adulti in difficoltà (Domande RdC accolte)	Bormio	Livigno	Sondalo	Valdidentro	Valdisotto	Valfurva	Totale
Anno 2021	2	2	7	1	2	1	15
Anno 2022			12				12
Anno 2023	2	2	10	3	0		17
Anno 2024	6	4	13	2	3	4	32

3.1.1.3 Sostegno economico a persone e famiglie vulnerabili.

I Comuni dell’Ambito, limitatamente alle disponibilità di bilancio, su proposta del servizio sociale dell’Ufficio di Piano possono erogare contributi a persone o famiglie in situazione di grave difficoltà, anche con la formula dell’esonero dal pagamento di tributi comunali, dell’assegnazione di buoni spesa, del prestito sull’onore.

3.1.1.4 Servizio di inclusione occupazionale

L’Ufficio di piano di Bormio, per favorire l’integrazione sociale di persone in carico ai servizi sociali, si avvale dello strumento del Tirocinio di Inclusione Sociale (TIS). Il TIS si attua mediante l’attivazione di un’esperienza presso un contesto ospitante, ha lo scopo di promuovere una migliore qualità della vita per le persone coinvolte, offrendo loro una concreta possibilità di ampliare la propria rete relazionale, di riempire le proprie giornate con esperienze significative, di rafforzare il senso di adeguatezza, di utilità e di autostima.

Il percorso, costruito sulle esigenze specifiche di ogni singola persona, si sviluppa con tempi, modalità e obiettivi condivisi e sostenibili, definiti in un progetto di inserimento.

Un referente specifico (tutor) attiva, monitora in itinere e verifica gli esiti degli interventi proposti in stretta collaborazione con gli operatori sociali. La presenza del tutor dedicato sta consentendo l’individuazione di un numero maggiore di contesti in cui promuovere l’attivazione di tirocini.

L’affidamento del servizio di tutoring a al Polo di Formazione Valtellina, Ente di formazione accreditato da Regione Lombardia sia per i servizi di Formazione sia per i servizi al Lavoro, risponde all’obiettivo di offrire percorsi di inclusione individualizzati e finalizzati all’ingresso - rientro nel mondo del lavoro di persone che beneficiano del reddito di cittadinanza e/o in condizione di vulnerabilità per persone con disabilità, disagio psichico, con comportamenti d’abuso, disoccupati di lunga data, giovani in difficoltà.

L’attivazione dello strumento coinvolge persone adulte di tutte le fasce d’età. Risulta evidente che la pandemia ha contratto il numero di esperienze.

Utenza	Psichiatria		Disabili		Dipendenze		Emarginazione	
		Di cui nuove attivazioni		Di cui nuove attivazioni		Di cui nuove attivazioni		Di cui nuove attivazioni
Anno 2018	8	2	24	4	1		1	1
Anno 2019	6	0	26	2	2	1	3	3
Anno 2020	6	0	17	1	2	0	1	0
Anno 2021	9	4	15	3	2	0	0	0

3.1.1.5 Interventi per l’abitare

L’ambito ha adottato il piano annuale dell’offerta dei servizi abitativi, la cui gestione è delegata al Comune di Sondalo.

Il territorio dell’Alta Valtellina non dispone dell’accordo territoriale per contratti di locazione a canone concordato.

3.1.2 SERVIZI DOMICILIARI

3.1.2.1 Servizio pasti a domicilio (presentazione al punto 4.2.2.5)

3.1.3 SERVIZI SEMI RESIDENZIALI E RESIDENZIALI

3.1.3.1 Centro prima accoglienza di Sondrio

La gestione è affidata alla Parrocchia di Sondrio a partire dal 2015; il centro, aperto dal tardo pomeriggio alla mattina successiva, accoglie persone di sesso maschile per brevi periodi, prorogabili fino a un massimo di 6 mesi nel caso in cui il progetto individualizzato concordato con il servizio inviante ne ravvisi l'opportunità-necessità.

	Ospiti	Italiani	Stranieri	Richieste
Anno 2018	38	5	33	64
Anno 2019	40	16	24	97
Anno 2020	15	3	12	51
Anno 2021	27	4	23	55
Anno 2022	30	6	24	71
Anno 2023	20	9	11	59

Nell'ultimo triennio non sono state accolte persone domiciliate in Alta Valle segnalate dal servizio sociale.

Il servizio risulta poco utilizzato dall'Ambito sia perché sono limitate le situazioni di senza fissa dimora note ai servizi, sia perché la sede è piuttosto dislocata rispetto al territorio.

3.1.3.2 Housing sociale

È un servizio di accoglienza abitativa rivolto a persone in condizioni di disagio; costituisce un tassello del percorso di inclusione sociale e mira alla promozione dell'autonomia.

Ad oggi il territorio dell'Alta Valle è privo di questa unità d'offerta; le persone che necessitano di tale opportunità gravitano sulle strutture presenti nel tiranese.

3.1.4 ATTIVAZIONI DELLA COMUNITÀ

3.1.4.1 Centri d'ascolto (CDA) e Caritas parrocchiali

Il centro d'ascolto è il centro (ufficio) promosso dalla Caritas diocesana e gestito da volontari che si rendono disponibili ad accogliere e ascoltare le persone. Non vengono offerti "servizi" specifici, ma si aiutano le persone ad acquisire la propria indipendenza, si orientano verso altre realtà presso cui ricevere una risposta pertinente e adeguata; accanto all'incontro con le persone il centro d'ascolto è impegnato a promuovere la cultura della condivisione, della solidarietà, dell'amore fraterno nel contesto comunitario.

anno	n. utenti	n. colloqui	n. pacchi viveri	Buoni spesa	n. pacchi vestiario	Aiuto economico		
						Centro di ascolto	Ufficio di Piano	Fondo solidarietà famiglia e lavoro
2021	81	149	69	-----	29	€ 7.814,46	€ 12.568,72	€ 42.700,00
2022	25	67	45	5	12	€ 1.366,45	€ 6.328,44	-----
2023	42	110	32	13	18	€ 5.128,00	€ 14.451,04	-----

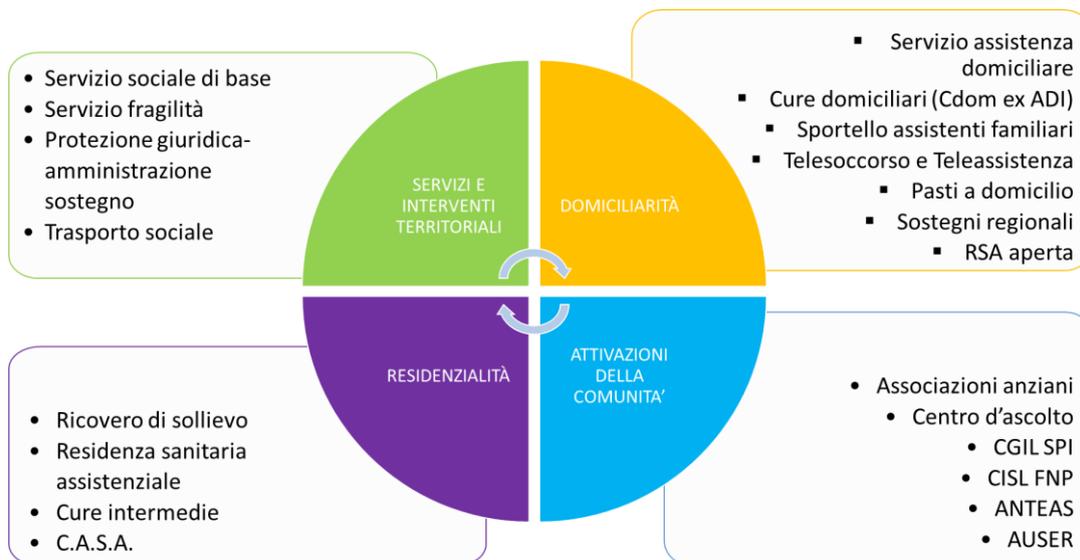
Le Caritas parrocchiali si fanno carico di offrire aiuti e sostegni relazionali ed economici, in particolare attraverso la distribuzione di pacchi viveri.

Sul territorio dell'Ambito il centro d'ascolto di riferimento è quello di Bormio; dal dicembre 2021 anche a Livigno è attivo il centro d'ascolto parrocchiale

Dal 2020 l'ufficio di piano e il centro d'ascolto di Bormio hanno formalizzato un accordo di collaborazione per rispondere ai bisogni delle persone in difficoltà attraverso l'attivazione di interventi tesi a promuovere il superamento di momentanee condizioni di bisogno e a fronteggiare gravi situazioni di povertà. Gli interventi si collocano all'interno di un percorso di attivazione/sostegno del beneficiario; vi si ricorre solo qualora non sia possibile o risulti inopportuno l'utilizzo di altre tipologie di intervento socio assistenziale.

Tale sperimentazione sta consentendo un raccordo strutturato tra interventi in capo al servizio sociale di base e sostegni attivati da organizzazioni di volontariato.

3.2. AREA ANZIANI E NON AUTOSUFFICIENZA (Aree policy: D, E)



3.2.1 SERVIZI E INTERVENTI TERRITORIALI

3.2.1.1 La casistica del servizio sociale di base.

Utenza *	Anziani
Anno 2021	74
Anno 2022	91
Anno 2023	89

*Si intendono i fascicoli, quindi i nuclei familiari, non il numero di utenti

3.2.1.2 Servizio fragilità dell'ASST

È il servizio dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale che contribuisce ad attivare e coordinare gli interventi socio-sanitari e sociali in ambito domiciliare a favore delle persone fragili, in particolare degli anziani (dimissioni protette).

3.2.1.3 Protezione giuridica-Amministratore di sostegno

È una persona che, su incarico del Giudice Tutelare, rappresenta giuridicamente e cura gli interessi personali (in particolare relativamente a scelte di cura e di vita) di chi, per disabilità intellettiva, disagio psichico, patologie degenerative e invalidanti, dipendenza da sostanze o da gioco ha difficoltà a curare i propri interessi e la propria salute.

3.2.2 SERVIZI DOMICILIARI

3.2.2.1 Servizio assistenza domiciliare

È un servizio garantito dai Comuni fino al 31.12.2021; dal 1.1.2022 è gestito in forma associata dall'ufficio di piano attraverso cooperative sociali, previa valutazione dell'assistente sociale del servizio sociale di base;

prevede la compartecipazione al costo del servizio a seconda delle condizioni economiche (ISEE) dell'anziano. Alcune persone, rilevati gli importi della compartecipazione, rinunciano ad usufruire delle prestazioni richieste. Il cittadino interessato può chiedere l'erogazione del servizio direttamente alla singola cooperativa; in tal caso stabilisce una relazione diretta con l'erogatore e si assume tutto il costo del servizio.

Utenza *	Anno 2022	Anno 2023
Bormio	12	13
Livigno	6	6
Sondalo	8	8
Valdidentro	11	16
Valdisotto	7	9
Valfurva	4	5

*Si intendono i fascicoli, quindi i nuclei familiari, non il numero di utenti.

3.2.2.2 Servizio cure domiciliari

3.2.2.3 Sportello assistenti familiari

Per le assistenti familiari lo sportello non rappresenta un punto di riferimento significativo e ad esso vengono preferite le reti informali (anche con supposti aspetti devianti che rasentano il caporalato), ovvero il passaparola."

Dal gennaio 2021 lo sportello e il registro sono gestiti dall'ufficio di piano. I patronati presenti sul territorio rilevano che il matching tra assistente familiare e famiglie avviene per lo più attraverso il passaparola; risultano in aumento il numero di contratti di lavoro regolarmente stipulati.

3.2.2.4 Telesoccorso e teleassistenza

Destinatari del Telesoccorso sono i cittadini anziani, o disabili, appartenenti a nuclei familiari mono o bicomponenti, che per la presenza di particolari patologie, per l'età avanzata e/o per il fatto di vivere da soli, sono a rischio sanitario.

Mediamente il servizio raggiunge tra i 10 e i 15 anziani.

3.2.2.5 Servizio pasti a domicilio

Il servizio prevede la consegna a domicilio di un pasto giornaliero con la supervisione di un esperto in alimentazione. Registra una graduale e costante diffusione.

Nel comune di Sondalo è assicurato dalla Fondazione Siccardi, ente gestore della locale RSA, e coinvolge n. 20 utenti/die; la cooperativa Forme, che gestisce la RSA Baita Serena, serve i comuni di Bormio, Valdisotto e Valfurva e raggiunge n. 40 utenti/die esclusa la domenica. La Fondazione Villa del Sorriso offre il servizio a circa 40 cittadini di Bormio, Valdisotto e Valdidentro.

3.2.2.6 Sostegni regionali

I buoni sociali a supporto della domiciliarità sono volti ad aumentare la possibilità della persona fragile di permanere al proprio domicilio e nel suo contesto di vita.

UTENTI BUONO B1 ANNO 2023				
AMBITO	Minori	Adulti	Anziani	Totale
Bormio	7	4	3	14

Chiavenna	9	7	2	18
Dongo	6	5	4	15
Morbegno	25	18	14	57
Sondrio	22	18	18	58
Tirano	14	10	14	38
Valcamonica	25	27	67	119
Totale	108	89	122	319

FNA 2022 B2 (ESERCIZIO 2023)										
AMBITO	Buono Sociale						Voucher Sociale			N. TOTALE PRESE IN CARICO FNA 2022 (esercizio 2023)
	n. Anziani	n. Adulti	n. Minori	personale di assistenza			n. Anziani	n. Adulti	n. Minori	
				n. Anziani	n. Adulti	n. Minori				
Dongo	3	4	0	7	0	0	1	2	6	23
Bormio	8	4	1	1	2	0	0	0	0	16
Tirano	7	14	0	4	0	0	0	0	5	30
Morbegno	11	12	9	6	1	0	4	3	15	61
Sondrio	5	10	10	9	0	0	1	3	24	62
Chiavenna	7	1	1	3	0	0	0	0	6	18
Vallecamonica	36	48	18	6	1	0	0	0	9	118
TOTALE	77	93	39	36	4	0	6	8	65	328

3.2.2.7 RSA aperta

È rivolta a persone affette da Demenza o ad Anziani non autosufficienti di età uguale o superiore a 75 anni. Prevede interventi di carattere sociosanitario che vengono effettuati sia presso il domicilio della persona che presso le Residenze Sanitarie Assistenziali. Gli interventi, attuati da personale qualificato, sono finalizzati a favorire il mantenimento delle capacità residue evitando e/o ritardando il ricorso al ricovero in una struttura. Ad oggi sul territorio dell'Alta Valle è assicurata dalla RSA Baita Serena. Tale intervento può essere integrato da altri supporti domiciliari.

3.2.3 SERVIZI SEMI RESIDENZIALI E RESIDENZIALI

3.2.3.1. Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

STRUTTURA	Comune di ubicazione	P.L. autorizzati	P.L. accreditati	P.L. a contratto
VILLA DEL SORRISO ONLUS	BORMIO	72	72	72

BELLAVISTA	SONDALO	48	48	48
BAITA SERENA	VALFURVA	43	40	40

3.2.3.2. Comunità alloggio sociale per anziani C.A.S.A. gestita dalla Cooperativa sociale Forme c/o Baita Serena a Valfurva

È una soluzione abitativa per garantire tutela e protezione a persone anziane, di età uguale o superiore a 65 anni, fragili e vulnerabili socialmente, autosufficienti, o con una parziale compromissione nelle attività strumentali della vita quotidiana e/o nella vita di relazione.

La struttura ha 12 posti letto.

3.2.4 ATTIVAZIONI DELLA COMUNITÀ

3.2.4.1 Associazione anziani

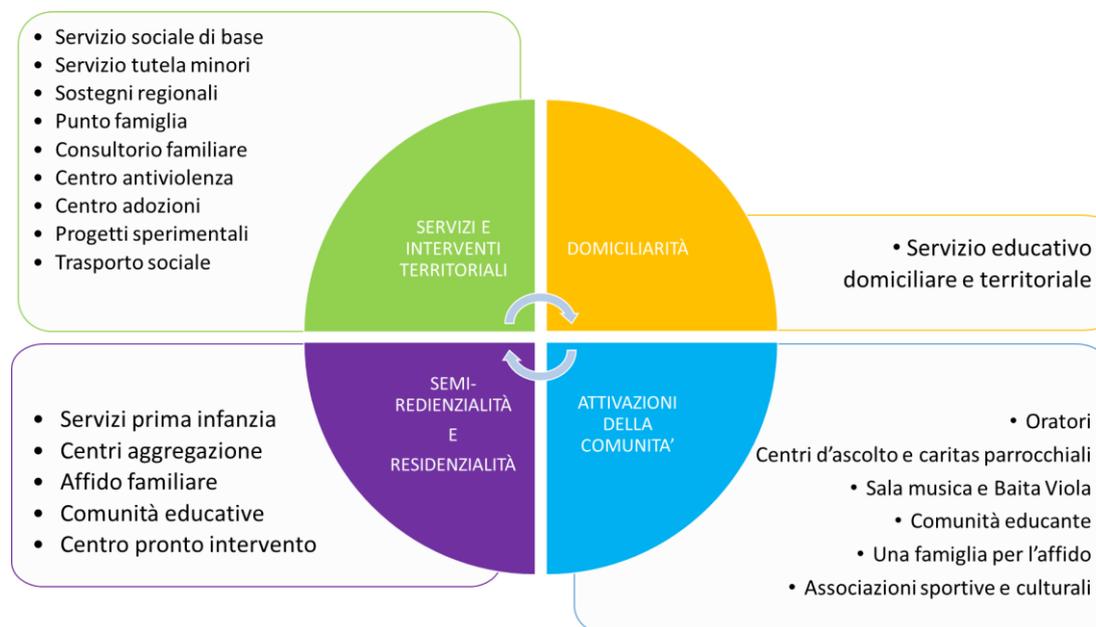
È l'organizzazione che promuove l'aggregazione degli anziani nei diversi Comuni dell'Alta Valle; presso le sedi locali vengono organizzate attività d'intrattenimento, di svago, d'informazione su varie tematiche; l'associazione si fa promotrice anche di gite fuori porta. Alcuni membri dell'associazione si rendono disponibili a far visita ad anziani impossibilitati a uscire dalla propria abitazione.

3.2.4.2 Centro d'ascolto: presentazione nella sezione 4.1.4.1

3.2.4.3 Associazioni AUSER e ANTES

Sono associazioni di pensionati connesse al sindacato pensionati (CGIL SPI e CISL FNP). Partecipano al tavolo anziani istituito presso l'ufficio di piano, assicurano la presenza di volontari per il servizio di trasporto a valenza sociale.

3.3 AREA MINORI E FAMIGLIA (Aree policy: I, G, D)



3.3.1 SERVIZI E INTERVENTI TERRITORIALI

3.3.1.1 La casistica del servizio sociale di base e del servizio tutela.

Utenza *	Famiglie con minori	Tutela minori	Penale	Totale
Anno 2021	54	64	1	119
Anno 2022	35	68	4	107
Anno 2023	34	58	6	98

*Si intendono i fascicoli, quindi i nuclei familiari, non il numero di utenti.

Nel 2023 sul totale dei minori in carico 5 risultavano collocati fuori dal proprio nucleo familiare d'origine, di cui 1 in affidamento familiare, 4 in comunità.

Nel 2019, nel 2021 e nel 2023 l'ufficio di piano ha preso parte al programma ministeriale P.I.P.P.I..

3.3.1.2 Sostegni regionali.

L'ufficio di piano dà attuazione ai sostegni regionali, con le modalità previste dalle misure approvate dalla Giunta Regionale.

3.3.1.3 Punto famiglia

È un servizio sperimentale promosso dal Comune di Livigno in collaborazione con ASST e Ufficio di Piano; avviato a maggio 2017, confluito nella Casa di Comunità di Livigno (PUA); si configura come un punto di ascolto di primo livello che garantisce orientamento e accompagnamento ai servizi presenti sul territorio, oltre che l'eventuale presa in carico di persone singole e/o di nuclei familiari per "trattamenti brevi"; persegue l'obiettivo dell'integrazione sul campo dei servizi socio assistenziali, di alcune prestazioni socio sanitarie in capo all'ASST e delle azioni promosse dai diversi soggetti che sono parte della rete "Comunità educante".

Gradualmente il Punto Famiglia sta diventando il punto di riferimento della popolazione di Livigno per bisogni psico socio assistenziali.

3.3.1.4 Centro per la Famiglia e Consultorio familiare dell'ASST Valtellina e Alto Lario

Si occupano di sostenere la persona e la famiglia, con particolare riferimento alle problematiche relazionali e genitoriali, all'educazione e allo sviluppo di una responsabile sessualità, alla procreazione consapevole, alla prevenzione dell'interruzione della gravidanza.

All'interno del Consultorio Familiare è attivo anche il Consultorio Adolescenti, rivolto nello specifico a questa fascia d'età.

Gli interventi del consultorio sono di natura socio sanitaria (consulenze spazio mamma, pap test, consulenze psicosociali); il servizio promuove anche interventi di promozione della salute (percorsi nascita, educazione alla sessualità).

3.3.1.5 Centro Antiviolenza

Nell'ambito delle azioni promosse dalla rete antiviolenza provinciale⁷ sono state definite le "Linee guida per il coordinamento degli interventi in favore delle donne vittime di violenza"⁸; dall'aprile 2017 a Sondrio è stato attivato il centro antiviolenza "Il coraggio di Frida", coadiuvato anche da uno sportello decentrato a Chiavenna, a disposizione dell'utenza provinciale; assicura accoglienza, assistenza psicologica, assistenza legale, mediazione linguistica culturale, orientamento all'autonomia lavorativa.

Il centro è gestito dall'associazione di promozione sociale "Il coraggio di Frida".

3.3.1.6 Centro adozioni in capo all'ASST Valtellina Alto Lario

Ha sede presso il consultorio di Sondrio, ci operano psicologi e un'assistente sociale dell'ASST.

Il Centro si occupa di:

- offrire consulenza e sostegno alle coppie interessate all'adozione,
- svolgere indagine psico – sociale, su mandato del Tribunale per i Minorenni, sulle coppie che hanno dichiarato la propria disponibilità all'adozione,
- curare i rapporti con gli Enti Autorizzati per le Adozioni Internazionali,
- vigilare, su mandato del Tribunale per i Minorenni, sull'inserimento dei minori nella famiglia adottiva,
- organizzare gruppi di sostegno per le famiglie adottive successivamente all'inserimento,
- offrire consulenza e sostegno ai nuclei adottivi che ne fanno richiesta.

3.3.1.7 "Apprendimento in Movimento" promosso dalla cooperativa L'Impronta a Livigno e a Valdidentro

È un laboratorio educativo per il potenziamento delle abilità di lettura, scrittura e calcolo. Interviene su difficoltà a carico dei processi cognitivi, organizzativi e coordinativi cioè su una serie di difficoltà che provocano una disorganizzata esecuzione di azioni e di movimenti volontari, pur in assenza di impedimenti organici o di deficit sensoriali.

Nei bambini con difficoltà scolastiche si denotano, spesso, difficoltà a carico di fluidità, equilibrio, coordinamento, sequenze motorie e grafo-motorie, manipolazione, percezione, disorganizzazione motoria, impaccio motorio e difficoltà spazio-temporali.

È su tali difficoltà che si interviene in maniera mirata e personalizzata, con programmi educativi individuali.

3.3.2 SERVIZI DOMICILIARI

3.3.2.1 Servizio educativo domiciliare e territoriale

⁷ Le azioni progettuali finanziate dalla Regione Lombardia da subito hanno visto l'adesione dell'Ufficio di piano di Bormio, hanno avuto inizio nel 2014 e hanno portato, tra l'altro, alla definizione e sottoscrizione del "Protocollo d'intesa interistituzionale per la promozione di strategie condivise finalizzate alla prevenzione e al contrasto del fenomeno della violenza nei confronti delle donne". Attualmente è in fase riprogettazione il progetto, che attraverso il finanziamento regionale e il cofinanziamento degli uffici di piano, garantisce sostenibilità ai costi previsti dall'operato della Rete interistituzionale antiviolenza, di cui è capofila il Comune di Sondrio.

⁸ Giugno 2017.

È un sostegno alle funzioni educative familiari offerto alle famiglie in modo individuale, per particolari momenti di problematicità familiare e all'interno di un progetto socio – educativo atto a sostenere i diritti del minore e le responsabilità genitoriali.

Gli interventi sono diretti anche ai minori inclusi nel Programma P.I.P.P.I. o sottoposti a provvedimento dell'autorità giudiziaria. I dati sotto riportati comprendono anche gli interventi: "incontri protetti"⁹.

La gestione del servizio è affidata in convenzione alla Cooperativa Sociale Stella Alpina fino al 30.06.2025.

Risulta evidente l'impatto della pandemia oltre che la difficoltà della cooperativa di reperire personale qualificato per garantire la continuità degli interventi a favore dei minori.

Anno	Totale beneficiari (n. minori)	Di cui disabili
2021	20	1
2022	27	7
2023	24	7

3.3.3 SERVIZI SEMI RESIDENZIALI E RESIDENZIALI

Le unità d'offerta presenti sul territorio dell'ATS della Montagna sono le seguenti:

Unità di offerta	Dongo	Bormio	Chiavenna	Morbegno	Sondrio	Tirano	Valcamonica	Tot
Asili nido	3	3	3	11	8	2	14	44
Micronido	0	0	0	1	2	1	5	9
Centri prima infanzia	1	1	0	0	0	0	0	2
Nidi famiglia	0	0	0	0	4	0	4	8
CAG	0	4	0	0	0	0	0	4
Comunità familiari	1	0	0	0	0	0	0	1
Comunità educative	0	0	0	3	0	0	4	7
Alloggi autonomia	0	0	0	3	0	0	3	6
Centri ricreativi diurni per minori	0	1	0	3	5	0	23	32
Centro diurno sperimentale	0	0	0	0	0	0	1	1
Tot	5	9	3	21	19	3	54	114

3.3.3.1 Servizi per la prima infanzia

Nel 70% dei comuni della provincia di Sondrio non ci sono nidi.

Nell'Ambito di Bormio sono presenti 4 servizi per la prima infanzia.

Gli Asili Nido sono 3: a Livigno è in capo alla Parrocchia, a Bormio è comunale e gestito in convenzione dalla Cooperativa S. Stella Alpina; anche a Sondalo il servizio è comunale ed è gestito dalla Cooperativa Stella Alpina secondo la formula della co-progettazione.

Il Centro Prima Infanzia "Pollicino" di Livigno è un servizio della Cooperativa L'Impronta.

I servizi per l'infanzia di Livigno registrano una significativa lista d'attesa, che risulta non sanabile.

⁹ Gli incontri protetti vengono attivati su indicazione dell'Autorità Giudiziaria, il minore incontra i genitori o altri familiari esclusivamente alla presenza di un educatore.

Nell’Ambito l’indice di copertura del bisogno potenziale intorno al 22% ancora abbastanza lontano dall’indice europeo che fissava entro il 2010 l’obiettivo del 33%.

3.3.3.2 Centri di aggregazione e progetti di animativa territoriale

In Alta Valle sono attivi 4 Centri di Aggregazione Giovanile (Bormio, Livigno, Sondalo e Valdisotto), e due Progetti di Animativa Territoriale (Valdidentro e Valfurva).

La gestione del centro di Livigno è in capo al Comune, quella degli altri servizi è di competenza della Comunità Montana su delega dei Comuni; entrambi gli enti hanno esternalizzato la gestione, rispettivamente alla cooperativa L’Impronta e alla cooperativa Stella Alpina.

Promuovono anche attività per gli adulti.

Mediamente i ragazzi che frequentano i centri sono così distribuiti:

CAG	
Bormio	20
Sondalo	62
Valdisotto	103
Livigno	306

3.3.3.3 Affidato Familiare

Il Servizio Affidi ha il compito di selezionare e formare le famiglie intenzionate a sperimentarsi nell’affido e di sostenere le famiglie affidatarie (gruppi di famiglie).

Dal 2012 gli uffici di piano hanno affidato la gestione del servizio alla cooperativa sociale Ippogrifo, che, a seguito di un processo di fusione, da ottobre u.s. è confluita nella cooperativa sociale Forme.

La Cooperativa ha attivato anche l’affido professionale con l’intento di offrire l’accoglienza familiare a minori con particolari difficoltà. La sperimentazione non è ancora consolidata.

Il contributo mensile alle famiglie affidatarie è definito dal Regolamento per l’accesso agli interventi ed ai servizi sociali e per la compartecipazione degli utenti a costi dei Servizi Sociali approvato dall’assemblea dei sindaci il 15 aprile 2021. L’affido professionale prevede una contribuzione maggiorata e da concordarsi in funzione delle esigenze del minore.

3.3.3.4 L’inserimento di minori in comunità educativa

Il ricorso all’inserimento in comunità dei minori con provvedimento dell’Autorità Giudiziaria in Comunità negli anni è stato contenuto, nonostante l’aumento dei casi seguiti dal servizio tutela minori.

Il numero limitato degli inserimenti non può essere considerato espressione di una linea di tendenza dell’andamento dei casi.

Nel corso del 2021 è aumentato in modo significativo rispetto alla tendenza dell’ambito il numero dei minori collocati in comunità, per lo più insieme alle madri.

Anno	n. minori in comunità
2021	7 + 2 madri
2022	8 + 3 madri
2023	4 + 1 madre

3.3.4 ATTIVAZIONI DELLA COMUNITÀ

3.3.4.1 Oratori parrocchiali e attività estive (Grest)

Le parrocchie della zona organizzano attività a carattere ricreativo - socializzante per bambini e ragazzi. In alcuni contesti si realizzano la programmazione integrata e la cogestione di iniziative con i centri di aggregazione e i progetti di animativa territoriale.

3.3.4.2 Centri d'ascolto e Caritas parrocchiali (presentazione al punto 4.1.4.1)

3.3.4.3 Centro di educazione ambientale Baita Viola

Da alcuni anni la Cooperativa S. Stella Alpina gestisce il centro che è ubicato ad Arnoga nel Comune di Valdidentro. Il Centro promuove l'educazione ambientale e alla sostenibilità, attraverso campi di educazione ambientale, corsi formazione, soggiorni in autogestione, iniziative pubbliche. È utilizzato per lo più da gruppi parrocchiali e sportivi, da insegnanti, operatori e ragazzi per iniziative formative.

3.3.4.4 Comunità educante

È un'esperienza di welfare comunitario che a Livigno vede coinvolti Comune, Ufficio di Piano, Istituto Comprensivo Scolastico, Parrocchia - Associazione NOI, Centro di Aggregazione Giovanile, Cooperativa Sociale L'Impronta Sporting Club e Polizia Locale.

È in fase di attivazione anche a Bormio.

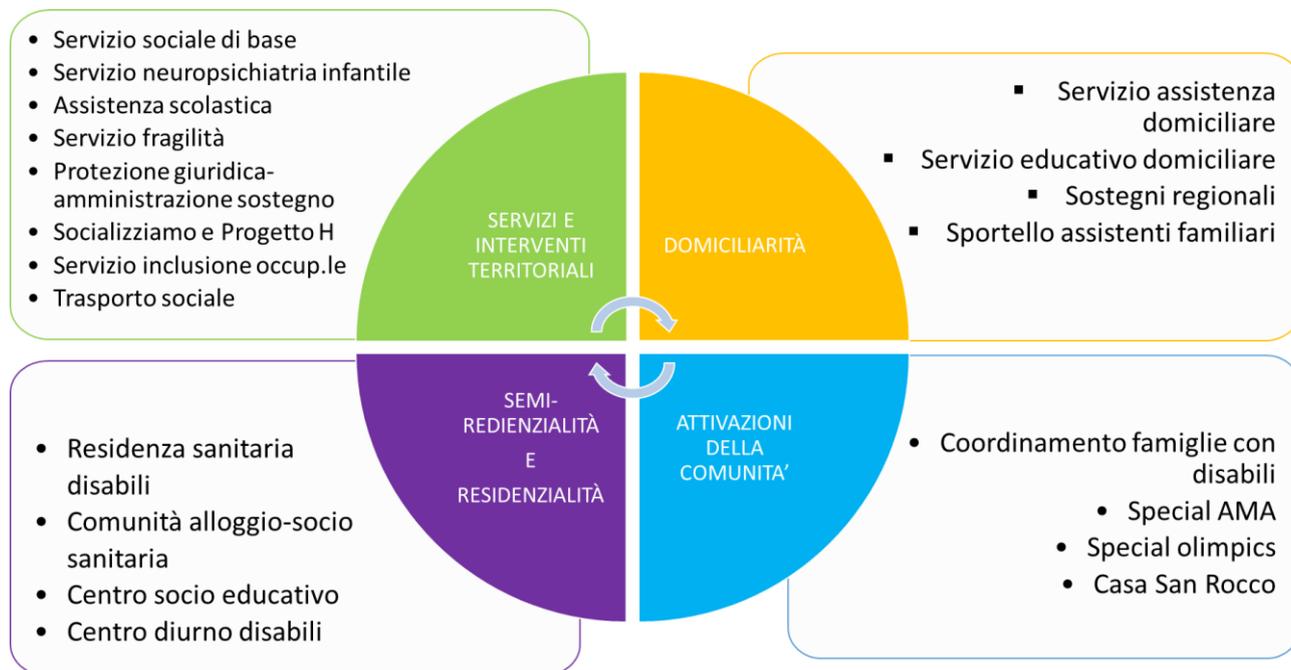
Si propone di promuovere, attraverso azioni congiunte in via prioritaria, e attraverso le specifiche attività di ogni partner, i seguenti obiettivi educativi:

- favorire lo sviluppo globale della personalità di bambini e ragazzi, sostenendoli nella loro crescita personale;
- incoraggiare l'apertura della programmazione delle singole attività, dei suoi fini, dei suoi strumenti, ad una logica di integrazione e valorizzazione delle risorse del territorio;
- promuovere e valorizzare le iniziative educative e formative dei singoli partner, osservatori privilegiati della realtà dei preadolescenti e adolescenti, per favorire programmi congiunti di prevenzione del disagio.

3.3.4.5 Una famiglia per l'affido

È l'associazione delle famiglie aperte all'esperienza dell'affido; promuove momenti di condivisione e di confronto delle esperienze tra le famiglie affidatarie, oltre che azioni di sensibilizzazione ai temi dell'accoglienza.

3.4. AREA DISABILI (Aree policy: J)



3.4.1 SERVIZI E INTERVENTI TERRITORIALI

3.4.1.1 La casistica del servizio sociale di base.

Utenza *	Disabili
Anno 2021	89
Anno 2022	115
Anno 2023	113

*Si intendono i fascicoli, quindi i nuclei familiari, non il numero di utenti.

Il numero di persone seguite risulta in aumento, perché il servizio è orientato a promuovere la presa in carico dei giovani disabili per i quali l'ufficio di piano ha avviato la gestione del servizio di assistenza scolastica all'autonomia e alla comunicazione, oltre che il rafforzamento della collaborazione con la neuropsichiatria infantile.

3.4.1.2 La casistica del servizio di neuropsichiatria

Svolge attività diagnostica, terapeutico e riabilitativa per un'utenza da 0 a 18 anni, nell'ambito di patologie neurologiche, neuropsicologiche, psicologiche e psichiatriche. L'attività del Servizio si svolge attraverso una stretta integrazione di figure professionali quali neuropsichiatra infantile, psicologo, fisioterapista, logopedista e psicomotricista.

Il servizio è presente a Bormio e una volta alla settimana a Livigno.

Le consulenze del neuropsichiatra in loco sono assicurate mediamente una volta alla settimana.

3.4.1.3 Assistenza scolastica all'autonomia e comunicazione

È un intervento in capo ai Comuni e delegato all'ufficio di piano dall'anno scolastico 2021-2022 dai Comuni di Bormio e Valfurva, dal settembre 2022 da Valdidentro e Valdisotto.

Si cita questo intervento perché, pur essendo materia afferente al diritto allo studio, si intreccia con altri sostegni a favore degli alunni con attestazione di svantaggio e riveste una significativa rilevanza per la loro inclusione sociale.

Il servizio viene garantito attraverso cooperative sociali, gli assistenti all'autonomia e comunicazione incaricati operano presso gli istituti scolastici a supporto di alunni certificati, collaborando con gli insegnanti curricolari e di sostegno.

3.4.1.4 L' Assistenza scolastica di minori disabili sensoriali, intervento di competenza dell'ATS, viene gestita a livello d'Ambito attraverso erogatori scelti dalla famiglia.

Negli ultimi anni scolastici è stato seguito 1 minore.

3.4.1.5 Servizio fragilità: presentazione paragrafo 4.2.1.2

3.4.1.6 Protezione giuridica-Amministratore di sostegno: presentazione paragrafo 4.2.1.3

3.4.1.7 Progetti per promuovere l'aggregazione di persone con disabilità

“Socializziamo”. Il progetto ha preso il via da una domanda delle famiglie di questi giovani arrivata al Servizio Sociale nell'estate 2014. Attiva dal dicembre 2014, l'esperienza, che si sviluppa in gruppo, mira al mantenimento e allo sviluppo delle competenze di giovani disabili si configura come uno spazio di incontro, crescita e socializzazione. Prevede il coinvolgimento dei genitori nella definizione delle azioni progettuali. È gestito dalla cooperativa Stella Alpina e coinvolge 12 giovani disabili residenti nei Comuni dell'Alta Valle eccetto Livigno.

“Progetto H”. È un'esperienza di aggregazione rivolta a bambini e minori 18 anni, nata dall'attivazione del gruppo di genitori AMA, si sostiene con attività di fundraising e propone:

- Attività specifiche sui bisogni e autonomie del minore
- Condivisione con le famiglie
- Attività con il coinvolgimento di altri enti del territorio (parrocchia, gruppi, privati)

È gestita dalla cooperativa L'Impronta e coinvolge una decina di bambini-ragazzi disabili residenti nel Comune di Livigno.

3.4.2 SERVIZI DOMICILIARI

3.4.2.1 Servizio assistenza domiciliare e servizio educativo domiciliare e territoriale

Utenza	Bormio	Livigno	Sondalo	Valdidentro	Valdisotto	Valfurva
Anno 2021- sad ai comuni	0	2 (sedt)	1 (sedt)	2 (sedt)	0	3 (sedt)
Anno 2022	6 (sad)	2 (sad) 1 (sedt)	1 (sad) 1 (sedt)	2 (sad) 4 (sedt)	3 (sad) 1 (sedt)	2 (sad) 3 (sedt)
Anno 2023	6 (sad)	2 (sad) 2 (sedt)	1 (sad) 1 (sedt)	2 (sad) 4 (sedt)	3 (sad) 1 (sedt)	4 (sad) 3 (sedt)

3.4.1.2 Sostegni regionali

I buoni sociali, in ottemperanza alle indicazioni regionali, sono un contributo economico per interventi di sostegno e di supporto alla persona e alla sua famiglia volti ad aumentare la possibilità della persona fragile di permanere al proprio domicilio e nel suo contesto di vita.

Per quanto attiene i Beneficiari della MISURA B1 si rimanda al paragrafo 4.2.1.3

Beneficiari Misura B2	Disabili
Mediamente, considerati i fondi assegnati dalla Regione il n. di anziani beneficiari	Tra i 4 e i 6/anno

3.2.2.3 SPORTELLO ASSISTENTI FAMILIARI: presentazione paragrafo 4.2.2.3

3.4.3 SERVIZI SEMI RESIDENZIALI E RESIDENZIALI

Per quanto attiene l'inserimento delle persone con disabilità nelle unità d'offerta sociali e socio sanitarie la competenza economica dell'Ufficio di Piano attiene l'integrazione delle rette. È escluso l'onere relativo al CDD di Livigno, che è interamente sostenuto dal Comune di Livigno.

Nella fase di ammissione il servizio sociale di base assicura la valutazione sociale, quella socio sanitaria è in capo al gestore della struttura.

Il grado di saturazione dei posti nelle strutture diurne e residenziali è pressoché invariato negli anni.

Utenza	CSE	CDD Valfurva\ Tirano	CSS	RDS	CA
Anno 2021	8	19	10	2	2
Anno 2022	11	19+1	8	4	3
Anno 2023	10	16+1	9	5	2

3.4.4 ATTIVAZIONI DELLA COMUNITÀ

4.4.4.1 Il C.F.D. (Coordinamento Famiglie con disabili) garantisce la collaborazione con la Cooperativa San Michele che gestisce il CSE e la CSS. Costituisce un punto di riferimento per le famiglie con disabili, oltre che il raccordo con ANFFAS e LEDHA.

3.4.4.2 Special AMA

È un gruppo di auto mutuo aiuto di genitori di bambini e ragazzi disabili, presente a Livigno; è impegnato anche nella sensibilizzazione della comunità ai temi della disabilità, oltre che ad attività di fundraising.

3.4.4.3 Special olimpics

È un'organizzazione sportiva che promuove la pratica dello sport da parte di disabili, oltre che lo loro integrazione in gruppi sportivi.

Vede la partecipazione di numerosi volontari in occasione di eventi. Contribuisce alla sensibilizzazione della comunità ai temi della disabilità, oltre che ad attività di fundraising.

3.4.4.4 Casa S. Rocco. Da alcuni anni la Parrocchia di Livigno gestisce con l'ausilio di volontari un'offerta diurna, presso propri locali, in stretta collaborazione con il CDD. Ospita infatti prevalentemente alcuni utenti (tra 4 e 7) al termine della frequenza al Centro sino a dopo cena e per alcuni pomeriggi nei periodi di chiusura del Centro. Gestita esclusivamente da volontari questa offerta consente supporto assistenziale alle famiglie e garantisce momenti e spazi di socializzazione.

3.4.4.5 Centro autismo. Il Centro di Valutazione e Consulenza Psicoeducativa per minori con autismo è situato dal 2010 in una frazione di Sondrio. Gestito dalla cooperativa Grandangolo, offre interventi di supporto a

bambini e ragazzi con disturbi pervasivi dello sviluppo e dello spettro autistico e alle loro famiglie residenti in tutta la provincia.

3.5. INTERVENTI TRASVERSALI A PIÙ AREE

3.5.1. Trasporto sociale

Il servizio è rivolto a persone anziane, o disabili, o in situazioni di particolare necessità che non dispongono di mezzi propri, o che hanno bisogno di spostarsi in carrozzina, o che non risultano in grado di servirsi dei mezzi pubblici per raggiungere strutture ospedaliere, uffici e sedi di pubblici servizi.

Il servizio è a pagamento; i costi sono calmierati per la valenza sociale dell'intervento.

In particolari situazioni l'accesso al servizio è gratuito o a costo ridotto, a seguito della valutazione del bisogno da parte dell'assistente sociale del Servizio Sociale di base dell'ufficio di piano.

Il trasporto viene assicurato anche a persone che si sottopongono a trattamenti di radioterapia a Sondrio. Tale servizio è gratuito.

I trasporti sono effettuati da volontari, le auto sociali sono di proprietà della cooperativa Stella Alpina e delle associazioni AUSER e ANTEAS.

3.6. INTERVENTI PER IL DISAGIO ADULTO

I servizi deputati al fronteggiamento del disagio adulto sono in capo all'ASST. Erogano prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria; gli operatori che lavorano in questi servizi sono: medici, psicologi, infermieri professionali, assistenti sociali ed educatori.

Sono:

- a. Ser.D.. Si occupa di prevenire l'uso di sostanze illecite, l'abuso di sostanze lecite, nonché forme comportamentali di dipendenza e favorire il reinserimento sociale delle persone con problemi di dipendenza.
- b. C.P.S.. É il presidio socio-sanitario territoriale in cui si realizza la presa in carico delle persone che hanno problemi di salute mentale. Opera integrando con le agenzie sociali e sanitarie del territorio in relazione ai bisogni socio-sanitari inerenti alla salute mentale. É la sede dove vengono formulati i programmi terapeutici-riabilitativi e di risocializzazione della singola persona.
- c. Tempo Zero. Il Servizio si occupa della presa in carico dei giovani a rischio o all'esordio di un disturbo psicotico. Tempo Zero nel corso degli anni ha preso in carico pazienti nella fascia d'età tra i 14 e i 18 anni con vari disturbi mentali all'esordio e pazienti maggiorenni di età sino ai 30 anni, con un'insorgenza del disturbo valutata non superiore ai due anni.

3.7 RETI TERRITORIALI E PROGETTUALITÀ REALIZZATE D'INTESA CON ALTRI ENTI E ORGANIZZAZIONI¹⁰

AREA MINORI E FAMIGLIA

“Su quest’area di intervento convergono numerose reti e progettualità, che possono essere raggruppate per macro-categorie.

Le reti multiattore che coinvolgono oltre ai servizi sociali e socio-sanitari anche altri attori pubblici e privati del territorio. Fra queste sono di particolare rilievo:

- il **Progetto PIPPI**, "Programma di Intervento Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione" promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali in collaborazione con l'Università degli studi di Padova, che oltre a coinvolgere l'Ufficio di Piano e tutti i servizi specialistici dell'ASST (SERD, CPS, NPIA), vede la connessione con enti del Terzo settore e istituti scolastici;
- la **rete provinciale antiviolenza di Sondrio**, che vede coinvolti tutti gli Uffici di piano e i servizi specialistici dell'ASST della provincia, la Provincia stessa e i Comuni, la Questura, la Prefettura, i Carabinieri, la Polizia locale, l'Ufficio scolastico provinciale, enti del Terzo settore del territorio, in particolare i gestori dei Centri antiviolenza, e altre associazioni di categoria, fra cui l'Ordine dei farmacisti e l'Ordine degli avvocati.

Le reti stabili fra servizi sociali, socio-sanitari e sanitari. Fra queste rientrano in particolare due reti che hanno estensione su tutto il territorio dell'ASST:

- la rete per la **Tutela minori**, che prevede un protocollo fra gli Uffici di Piano e tutti i servizi specialistici dell'ASST per la presa in carico congiunta delle famiglie per le quali è stato emesso un provvedimento dell'Autorità Giudiziaria;
- la rete di **sostegno ai minori fuori dai percorsi di tutela**, che prevede la collaborazione tra i servizi sociali e i servizi socio-sanitari (in particolare la NPIA, ma non solo) per la presa in carico di minori che non rientrano in percorsi di tutela.
- la **Rete Integrata Materno Infantile (RIMI)**, estesa in tutto il territorio dell'ASST Valtellina Alto Lario, che mette in connessione i Consultori con le unità ospedaliere di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria e con tutti i servizi specialistici dell'ASST per la presa in carico integrata delle puerpere e la promozione della continuità assistenziale dei Consultori pre e post parto.

I progetti educativi rivolti ai minori e alle loro famiglie:

- il progetto **Nati per leggere**, promosso dall'ATS della Montagna con la collaborazione dell'ASST, della Provincia di Sondrio, delle biblioteche comunali, degli Istituti scolastici e dell'Associazione pediatri, per la promozione delle competenze genitoriali e della pratica della lettura in famiglia fin dalla nascita;
- Nel Comune di Livigno la rete legata alla **Comunità educante**, che mira a raccordare gli interventi e a promuovere azioni di promozione di stili di vita sani e visione educativa condivisa attraverso la collaborazione tra l'assessorato servizi alla persona del Comune, il Centro di Aggregazione Giovanile, gli insegnanti dei servizi per l'infanzia, della primaria e della secondaria, la parrocchia e l'Ufficio di Piano.

Progetti o percorsi di inclusione sociale rivolti ad adolescenti e giovani a rischio di esclusione. Anche in questo caso si tratta di progetti di livello provinciale o distrettuale:

- il progetto **Fuori luogo**, che attiva percorsi di inclusione sociale a favore di minori e giovani autori di reato, in attesa di udienza o in messa alla prova, e coinvolge oltre alla provincia di Sondrio anche quella di Lecco, con la partecipazione dei rispettivi Uffici di Piano e di alcuni enti del Terzo settore partner del progetto;
- L'istituto Alberti e l'ufficio di piano dal 2021 hanno siglato un accordo che prevede l'impegno a collaborare per l'implementazione del raccordo tra il percorso scolastico e quello extra e post scolastico

¹⁰ Si cita, per il nostro territorio, la recente ricerca condotta per l'ATS dall'Istituto di Ricerca Sociale di Milano (IRS) alla quale hanno partecipato tutti gli uffici di piano del territorio. Il report presenta gli esiti dell'attività di mappatura realizzata nell'ambito del progetto di "Ricerca e mappatura per la formazione e informazione della rete dei consultori". (pagg. 38-50).

degli studenti con disabilità; si prevede inoltre la collaborazione della comunità montana per la realizzazione di percorsi di Percorsi per le Competenze Trasversali e l'Orientamento presso i propri uffici.

FRAGILITÀ E ANZIANI

Esistono buone collaborazioni fra servizi sociali e socio-sanitari nella realizzazione delle valutazioni congiunte per l'attivazione delle misure B1, B2 e CDom.

Negli anni quella della disabilità è l'area in cui si è praticato un rilevante un lavoro di consolidamento e sviluppo delle collaborazioni tra l'Ufficio di Piano e gli enti del terzo settore, tra servizio sociale, neuropsichiatria infantile e servizio fragilità dell'ASST. Un'area di lavoro in cui è necessario assumere e praticare una visione di rete e definire ruoli e funzioni dei vari soggetti all'interno delle reti che si sviluppano intorno agli strumenti e alle opportunità. Significativi sono i percorsi che hanno consentito l'adozione del progetto di vita, l'implementazione del progetto a valere sui fondi PNRR, la collaborazione con le scuole l'assistenza agli alunni con disabilità, l'avvio di esperienze dell'abitare.

SALUTE MENTALE

Nell'ambito della salute mentale esistono dei protocolli di collaborazione fra la Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e i servizi sociali per:

- La valutazione e presa in carico precoce dell'esordio psicopatologico in età adolescenziale (psicopatologia dell'età evolutiva G47);
- La valutazione e la presa in carico di minori con disturbi del neurosviluppo in particolare dello spettro autistico, del linguaggio e dell'apprendimento (disordini del neurosviluppo in età evolutiva G46);
- Percorso integrato di presa in carico delle persone con interventi in atto nell'ambito delle misure DGR XI/3239/12 e DGR 10/392/13, già richiamato nell'area disabilità, in particolare per la presa in carico di minori con disturbi dello spettro autistico, che vede coinvolto anche il Centro Autismo.

L'area del disagio adulto risulta ancora un ambito in cui non sono strutturate reti di collaborazione e di intervento.

POVERTÀ

Su quest'area insistono primariamente le reti e le collaborazioni territoriali che si sono sviluppate in relazione all'implementazione del Reddito di Cittadinanza, spesso integrandosi con reti e progettualità che intervengono in particolare sul sostegno abitativo e alimentare, in particolare:

- La rete di fronteggiamento delle vulnerabilità che vede la stretta collaborazione dei Servizi Sociali con il Centro d'ascolto della Caritas e con altri soggetti del territorio.
- Rientrano in quest'area i percorsi di inclusione attiva che si rivolgono più in generale ad adulti o giovani con disagio psichico, economico, isolamento sociale, ex detenuti.

4. LA GOVERNANCE DEL SISTEMA

La governance è il sistema delle regole e delle procedure cui gli organi politici e tecnici fanno riferimento per definire e orientare strategie e linee operative attraverso le quali dare attuazione ai principi costituzionali che sanciscono il diritto dei cittadini di essere sostenuti nel pieno sviluppo personale e nella partecipazione all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.

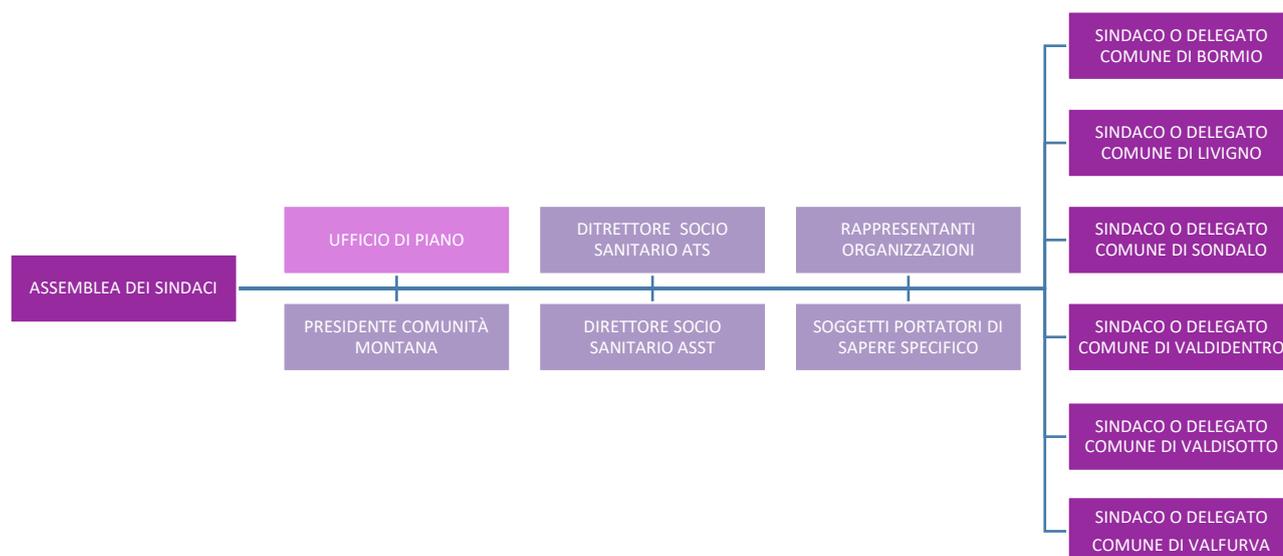
L'adozione del Piano di Zona per il triennio 2025-2027 si inserisce in una fase di consolidamento del cambiamento del sistema di welfare regionale determinata dall'entrata in vigore della L.r. 22/2021, relativa all'evoluzione del Servizio Sociosanitario Lombardo, la quale ha modificato gli assetti del welfare lombardo, il quadro organizzativo e quello delle relazioni istituzionali.

4.1 LA GOVERNANCE DEL SISTEMA SOCIO ASSISTENZIALE

I Comuni dell'ambito di Bormio fin dall'entrata in vigore della L. 328/2000 hanno scelto la gestione associata dei servizi sociali e dal 2004 hanno delegato alla Comunità Montana Alta Valtellina, individuata quale Ente capofila, la gestione del Piano di Zona, del servizio sociale di base e del servizio tutela minori dell'ambito territoriale di Bormio (L.R. 3/2008 artt. 13, 18 e 19).

Il modello di governance qui descritto è definito dalla normativa nazionale e regionale vigente fondata sul principio di sussidiarietà e si fonda su una struttura consolidata:

- Livello di indirizzo: Assemblea dei sindaci dell'ambito sociale
- Livello di programmazione e gestione tecnico amministrativa: ente capofila e ufficio di piano
- Livello di co-programmazione e co-progettazione: Terzo Settore e le organizzazioni espressione della comunità sociale.



4.1.1 LIVELLO DI INDIRIZZO: L'ASSEMBLEA DEI SINDACI DELL'AMBITO TERRITORIALE

È l'organismo politico che approva e governa l'attuazione del piano di zona dell'Ambito territoriale (L. 8 novembre 2000 n. 328 art. 6, D.Lgs 18 agosto 2000, n. 267 e smi, D.G.R. n. 8551/2008, L.R. 12 marzo 2008 n. 3 artt. 13 e 18).

È costituita dai sindaci dell'Ambito o dagli assessori/consiglieri comunali formalmente delegati e, senza diritto di voto, dal Presidente della Comunità Montana o suo delegato, dal Direttore Sociosanitario dell'A.T.S. o suo delegato, dal Direttore Sociosanitario dell'ASST o suo delegato.

Possono essere invitati, senza diritto di voto, anche altri rappresentanti istituzionali, al fine di supportare il processo decisionale proprio dell'Assemblea in relazione a specifiche programmazioni di interesse locale.

Nell'eventualità di dimissioni del Sindaco, e quindi di scioglimento del Consiglio Comunale, la rappresentanza del Comune, fino all'elezione del nuovo sindaco, è esercitata dal Commissario straordinario (o suo delegato).

Le competenze, le modalità organizzative e di funzionamento sono precisate nel regolamento adottato dall'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito Territoriale dell'Alta Valtellina, il cui testo è allegato al Piano di Zona 2009/2011.

Le principali funzioni attribuite all'Assemblea per il governo delle attività previste dal Piano di Zona sono:

- Approvazione del Piano di Zona;
- Verifica annuale dello stato di raggiungimento degli obiettivi di Piano;
- Aggiornamento delle priorità annuali, coerentemente con la programmazione triennale e le risorse disponibili;
- Definizione degli indirizzi strategici delle politiche di ambito e del sistema integrato dei servizi sociali dell'ambito territoriale dell'Alta Valtellina;
- Definizione degli elementi di indirizzo per la regolazione dei rapporti economici con e tra i comuni;
- Approvazione annuale dei piani economico-finanziari di preventivo e dei rendiconti di consuntivo;
- Approvazione dei dati relativi alle rendicontazioni richieste dalla Regione Lombardia per la trasmissione all'ATS ai fini dell'assolvimento dei debiti informativi;
- Approvazione di eventuali regolamenti per la realizzazione dei servizi in gestione associata;
- Definizione delle modalità istituzionali e delle forme di organizzazione gestionali più adatte all'organizzazione dell'ambito territoriale e della rete dei servizi sociali.
- Definizione della regolamentazione dei servizi sociali, dei criteri di accesso, delle tariffe dei servizi e delle relative contribuzioni.
- Supporto all'Assemblea dei Sindaci del Distretto ASST nello svolgimento delle funzioni, portando all'attenzione peculiarità territoriali da considerare all'interno del quadro complessivo di integrazione.

Le decisioni dell'Assemblea sono assunte:

- A maggioranza qualificata dei 2/3 dei sindaci del mandamento per quanto riguarda l'approvazione del Piano di Zona, delle sue modifiche e/o variazioni.
- A maggioranza dei voti dei sindaci presenti, in ragione dei voti espressi secondo le quote da ciascun rappresentante, per quanto riguarda i restanti argomenti.

Le quote di rappresentanza di ciascun sindaco sono pari al peso attribuito, in funzione del numero di residenti del proprio Comune al 31 dicembre dell'anno precedente alla data dell'Assemblea.

Per l'anno 2025 secondo lo schema di seguito riportato:

	Bormio	Livigno	Sondalo	Valdidentro	Valdisotto	Valfurva	Totale
Popolazione	3.966	6.790	3.913	4.173	3.585	2.490	24.917
Peso attribuito	0,16	0,27	0,16	0,17	0,14	0,10	1

Il peso è stato calcolato rapportando il numero degli abitanti per comune al 1/1/20123 al numero di abitanti complessivo dell'Ambito. La tabella andrà aggiornata di anno in anno sulla base delle variazioni demografiche.

4.1.2 LIVELLO DI PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DEL PIANO DI ZONA

L'Ente gestore, nello specifico la Comunità Montana Alta Valtellina, ha l'onere di dare esecuzione alle indicazioni del presente Piano di Zona e si configura quindi come Ente strumentale dei Comuni associati dell'ambito territoriale.

Il piano di zona, approvato dall'Assemblea dei Sindaci, è attuato mediante la sottoscrizione di un Accordo di Programma da parte dei Comuni dell'Ambito, dell'ATS della Montagna e dell'ASST Valtellina e Alto Lario. Gli organismi rappresentativi del Terzo Settore e tutti gli attori territoriali, interessati e/o individuati dall'Ambito che hanno partecipato alla elaborazione del Piano di Zona, aderiscono, su richiesta, all'Accordo di Programma.

In particolare all'Ente gestore competono l'organizzazione e la gestione delle strutture tecnico amministrative di programmazione e la gestione di quanto definito dal presente Piano, dall'accordo di programma e dalle decisioni dell'Assemblea dei Sindaci (4.1.1).

L'Ufficio di Piano, in capo alla Comunità Montana, è la struttura tecnico amministrativa che assicura il coordinamento degli interventi e l'istruttoria degli atti di esecuzione del piano (L.R. 3/2008 art. 18).

L'Ufficio di Piano di Bormio, attualmente composto da un responsabile e un amministrativo, svolge la funzione di programmazione, di gestione degli interventi e delle attività previste nel Piano di zona e adottate dall'Assemblea dei Sindaci; svolge altresì la funzione di supporto tecnico e di coordinamento dei soggetti che concorrono alla realizzazione del Piano di zona.

Le funzioni dell'Ufficio di Piano di Zona si possono sintetizzare in:

- Gestione dei processi di programmazione del Piano;
- Gestione del bilancio secondo gli indirizzi dell'Assemblea dei Sindaci;
- Attività di supporto amministrativo e di segreteria all'Assemblea dei Sindaci;
- Gestione del sistema integrato degli interventi e dei servizi, con particolare attenzione alle attività a gestione associata, anche con la predisposizione degli atti e della documentazione di supporto (accordi di programma, protocolli, convenzioni, modulistica);
- Aggiornamento e approfondimento dei dati relativi alla domanda e all'offerta;
- Raccolta di informazioni sui servizi e sulle attività sociali attuate anche autonomamente dai comuni dell'Ambito, da soggetti privati attivi sul territorio;
- Attivazione di gruppi tematici di programmazione e approfondimento delle diverse aree di intervento;
- Promozione e sviluppo delle reti locali, messa in rete di interventi e di progetti sperimentali; anche attraverso l'attivazione di partnership o forme di co-programmazione e di co-progettazione con altri attori del territorio;
- Monitoraggio delle attività previste nel presente Piano di Zona e valutazione dei risultati oltre che dell'impatto delle azioni programmate e pianificate;
- Organizzazione e coordinamento del servizio sociale di base e servizio tutela minori.
- Predisposizione di regolamenti interni e delle procedure per l'erogazione delle prestazioni e dei servizi socio assistenziali;
- Coordinamento e controllo dei soggetti accreditati che concorrono alla realizzazione del Piano.
- Predisposizione delle rendicontazioni-flussi di dati per ATS, Regione Lombardia e Comuni;
- Supporto alla progettazione e alla gestione delle attività sociali dei comuni dell'ambito, anche in relazione ad attività non ricomprese nella gestione associata;
- Cura della connessione con le funzioni attribuite a ATS e ASST, anche attraverso la partecipazione alle cabine di regia, per il mantenimento e l'implementazione dell'integrazione tra l'area socio assistenziale e quella sociosanitaria.

La convenzione in essere tra Comunità Montana e i sei Comuni dell'ambito per la gestione dell'Ufficio di Piano e dei servizi sociali ha durata fino al 31.12.2025.

4.1.3 LIVELLO DI CO-PROGRAMMAZIONE E CO-PROGETTAZIONE: IL TERZO SETTORE E LE ORGANIZZAZIONI ESPRESSIONE DELLA COMUNITÀ SOCIALE

Il percorso di coinvolgimento della comunità locale nelle sue diverse espressioni in funzione della definizione del piano di zona ha previsto la riattivazione di gruppi di lavoro per aree tematiche costituiti anche da organizzazioni di Terzo Settore attive nell'ambito di Bormio.

Hanno riguardato le aree anziani, disabilità, minori e famiglia; sono stati coordinati dal responsabile dell'ufficio di piano, hanno visto anche la presenza di rappresentanti dell'Assemblea dei sindaci dell'Ambito territoriale.

Fermi restando gli obiettivi individuati per ciascuna area d'interesse, si ritiene che tali gruppi nel corso del prossimo triennio possano strutturarsi come laboratori che, anche a partire da percorsi formalizzati di co-programmazione e co-progettazione:

- sviluppano specifici contributi programmatici e indicazioni tecnico operative condivise per l'intervento, con particolare attenzione all'evoluzione dei bisogni e alla ricerca di strategie innovative per il loro soddisfacimento;
- fanno crescere l'aggregazione e l'integrazione del sistema dell'offerta attraverso la sperimentazione di forme di raccordo tra gli attori della rete;
- sviluppano strategie di attivazione e di connessione tra i diversi portatori di interesse, anche con l'intento di incentivare processi di razionalizzazione della spesa.

4.2 GLI ORGANISMI DI RAPPRESENTANZA DEI SINDACI per lo sviluppo di politiche di welfare territoriale integrate.

Di seguito si illustra anche il sistema di governance socio-sanitaria finalizzato a garantire l'integrazione tra le funzioni attribuite ad ATS della Montagna, ad ASST Valtellina e Alto Lario e quelle in capo ai Comuni per lo sviluppo di politiche di welfare territoriale condivise.

I sindaci, infatti, sebbene con funzioni diverse rispetto all'ambito socio assistenziale, sono coinvolti nella definizione delle politiche socio sanitarie, oltre che nella connessione tra la sfera sociale, quella socio sanitaria e sanitaria. (D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502, L.r. 33/2009 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità" come modificata dalla L.r. 22/2021, DGR6762/2022).

Di seguito la presentazione delle funzioni di ciascun organismo di rappresentanza.

A livello di ATS	Collegio dei sindaci	<p>Composizione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 sindaco eletto per ogni Conferenza dei sindaci • di diritto, i Presidenti delle Conferenze dei sindaci <p>Competenze:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formula proposte e pareri a supporto di ATS per garantire integrazione sociale e socio-sanitaria • Monitora lo sviluppo omogeneo delle reti territoriali a livello di ATS • Partecipa alla Cabina di regia • Fornisce pareri su finalizzazione e distribuzione risorse • Esprime pareri sull'implementazione dell'offerta dei servizi di prossimità
------------------	----------------------	---

A livello di ASST	Conferenza dei sindaci	Composizione: <ul style="list-style-type: none"> • sindaci dei Comuni compresi nel territorio dell'ASST
		Competenze: <ul style="list-style-type: none"> • Proposte sull'organizzazione del sistema d'offerta socio-sanitario e socio-assistenziale e parere sulle Linee guida per l'integrazione socio-sanitaria • Partecipa alla definizione dei Piani socio-sanitari territoriali • Partecipa alla verifica dello stato di attuazione dei progetti di competenza ASST • Dà parere obbligatorio sul Piano di sviluppo del Polo territoriale • Dà parere su finalizzazione e distribuzione delle risorse finanziarie • Favorisce la costituzione tra Comuni di enti o soggetti aventi personalità giuridica • Individua sindaci o delegati per la composizione del Collegio dei sindaci
	Consiglio di rappresentanza	Composizione: <ul style="list-style-type: none"> • Presidente e Vice Presidente della Conferenza dei sindaci • 3 membri eletti della Conferenza Competenze: <ul style="list-style-type: none"> • Supporta la Conferenza per lo svolgimento delle sue funzioni
A livello di Distretto ASST	Assemblea dei sindaci di Distretto	Composizione: <ul style="list-style-type: none"> • sindaci dei Comuni compresi nel territorio del Distretto ASST Competenze: <ul style="list-style-type: none"> • Verifica applicazione della programmazione territoriale e dei progetti in area sanitaria e socio-sanitaria • Contribuisce ai processi di integrazione tra attività socio-sanitarie e sociali • Formula proposte per la Conferenza sulle linee di indirizzo di programmazione dei servizi e di integrazione con la programmazione zonale • Contribuisce a definire modalità di coordinamento tra Ufficio di Piano e ASST per le analisi del bisogno e l'individuazione di eventuali progettazioni

(Tab. elaborata da Ghetti Valentina)

4.3 L'INTEGRAZIONE DEL SISTEMA SOCIO ASSISTENZIALE CON QUELLO SOCIO SANITARIO E SANITARIO

4.3.1 L'INTEGRAZIONE TRA UFFICIO DI PIANO, ATS E ASST

La realizzazione di un sistema integrato dell'offerta sanitaria e sociosanitaria in raccordo con il sistema dei servizi sociali di competenza dei Comuni costituisce uno degli obiettivi condivisi dalla Direzione Sociosanitaria di ATS, di ASST e dagli Uffici di Piano.

Il mutamento dei bisogni, la loro complessità, le esigenze organizzative e di sostenibilità economica del sistema richiedono sempre più capacità di promuovere alleanze e di ripensare al modello di welfare e degli interventi ad esso connessi

È evidente che solo i processi d'integrazione tra le funzioni attribuite ad ATS, ad ASST e ai Comuni possono garantire la continuità dei servizi di cura e la presa in carico dei bisogni dei cittadini, evitando inutili duplicazioni delle risposte e discontinuità del processo di cura.

La Regione Lombardia ha individuato nella cabina di regia l'organismo tecnico operativo in cui attivare il processo di integrazione socio sanitaria, con l'obiettivo non solo di favorire una presa in carico integrata della persona fragile e dei suoi familiari, ma anche di sviluppare un'apertura al territorio sempre più orientata a superare la collaborazione professionale a favore di una maggior integrazione istituzionale e di risorse.

<p>Cabina di regia ATS (L.R. 33/2009, DGR 6762/2022 e DGR 7758/2022)</p>	<p>Attivata presso il Dipartimento PIPSS dell'ATS è coordinata dal Direttore Socio Sanitario; appartengono al nucleo permanente, oltre al Direttore Socio Sanitario ATS, i responsabili degli Uffici di Piano e delle Aziende Sociali/Consortili, i Direttori Sociosanitari e Direttori di Distretto delle ASST della Valcamonica e ASST della Valtellina e Alto Lario, il Collegio dei Sindaci dell'ATS della Montagna.</p> <p>Può essere integrata dai rappresentanti dei gestori delle Unità d'Offerta/servizi interessati alle tematiche trattate, oltre che dell'associazionismo locale, da rappresentanti di Enti Pubblici o Privati o Associazioni, laddove i temi trattati siano rilevanti per gli stessi oppure abbiano un impatto significativo sulle comunità e i territori afferenti, individuati dal Direttore Sociosanitario dell'ATS.</p> <p>La Cabina di Regia può essere altresì organizzata in commissioni e tavoli di lavoro per lo sviluppo di tematiche specifiche.</p> <p>Alle riunioni della Cabina di Regia partecipa altresì un operatore amministrativo del Dipartimento PIPSS con funzioni di verbalizzante.</p>	<p>La Cabina di Regia ha funzioni di tipo consultivo, conoscitivo, informativo, di co-programmazione e valutazione con particolare riguardo a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - analisi e valutazione dei fabbisogni e individuazione delle risorse disponibili; - definizione di indicazioni omogenee per la programmazione sociale territoriale con individuazione dei criteri generali e priorità di attuazione; - promozione di strumenti di monitoraggio relativi alla spesa sociale e sanitaria; - promozione e sostegno del lavoro di rete fra i diversi attori del territorio, compresi associazioni di categoria, enti del terzo settore e dell'associazionismo; - individuazione e monitoraggio di modelli di intervento per lo sviluppo di un approccio integrato in ordine alla valutazione e alla presa in carico dei bisogni da realizzarsi anche attraverso l'integrazione di risorse e strumenti.
<p>Cabina di regia ASST (L.R. 33/2009, DGR 6762/2022 e DGR 7758/2022)</p>	<p>La composizione è determinata con provvedimento del direttore generale dell'ASST secondo linee guida stabilite dalla Giunta regionale.</p>	<p>La Cabina di regia compito di dare attuazione all'integrazione sanitaria, sociosanitaria e sociale, nello specifico:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) definire le modalità di accesso e presa in carico, in particolare per persone in condizione di cronicità e di fragilità; b) determinare le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali territoriali

		<p>e domiciliari in base a livelli di intensità di cura in una logica di integrazione delle funzioni e delle risorse;</p> <p>c) 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 monitorando le attività di tutta l'organizzazione distrettuale volta a garantire l'uniformità nell'accesso ai servizi e nell'erogazione degli interventi;</p> <p>d) provvedere alla stesura del PPT, ai sensi della l.r. n. 22/2021, art. 7, c. 17 ter, nonché al suo monitoraggio annuale e a collaborare alla stesura dei Piani di Zona degli Ambiti territoriali.</p>
--	--	---

4.4 SISTEMA DI GOVERNANCE E PROGRAMMAZIONE 2025-2027

Alla luce dei cambiamenti che i recenti atti normativi (D.Lgs. 117/2017, Decreto del Ministro del Lavoro e delle politiche sociali n. 72 del 31 marzo 2021, L.R. 22/2021) hanno apportato al Sistema di Governance del sistema dei servizi sociali e socio sanitari, oltre che delle Linee di indirizzo per la programmazione sociale ex DGR 2167/2024, risulta prioritario quanto segue:

- Implementare le esperienze di co-progettazione avviate nel triennio 2021-2023 relative alla gestione associata dei centri di aggregazione, dei servizi alla domiciliarità, dei progetti di vita, con particolare attenzione ai servizi per l'abitare, a favore delle persone con disabilità;
- Avviare percorsi di approfondimento teorico e tecnico del modello di relazione con il Terzo Settore orientato al principio di "Amministrazione condivisa";
- Rafforzare la dotazione di personale in capo all'Ufficio di Piano per fronteggiare i compiti di programmazione e gestione attribuiti alla struttura;
- Valutare la fattibilità che servizi ancora in capo ai Comuni possano confluire nella gestione associata dell'Ufficio di Piano;
- Individuare strumenti e modalità per dar corso, dopo la programmazione congiunta dei Piani di zona e del Piano di Sviluppo Territoriale, a percorsi di reale integrazione socio sanitaria a partire dagli obiettivi condivisi nei documenti programmatori nelle aree della non autosufficienza, della disabilità, della famiglia.

5. ANALISI DEI BISOGNI¹¹

ANALISI DEI BISOGNI E DELLE QUESTIONI SOCIALI EMERGENTI

La programmazione locale si sviluppa a partire dall'analisi integrata dei bisogni sociali territoriali, espressi e sommersi, e dei fattori di rischio emergenti rilevati attraverso percorsi di condivisione di conoscenze, competenze ed esperienze tra la pluralità dei soggetti (aziende sanitarie, comuni, associazioni, cooperative sociali, fondazioni, sindacati) attivi nella comunità locale di riferimento.

L'analisi dei bisogni nell'Ambito territoriale di Bormio ha evidenziato le seguenti aree di interesse:

5.1.AREA VULNERABILITÀ SOCIALE (Aree policies: A, B, H)

5.1.A Le situazioni di povertà

La crisi economica che ha caratterizzato l'attuale decennio, aggravata dalla pandemia Sars-Cov-2, ha acuito le disuguaglianze sociali in termini di reddito, di accesso al mondo del lavoro, di mantenimento dell'occupazione, di fruizione di opportunità educative e relazionali.

È aumentata l'incidenza di persone a rischio di povertà, di quanti vivono in famiglie gravemente deprivate, così come quella di chi vive in famiglie a bassa intensità lavorativa.

Il rapporto ISTAT relativo al 2023 evidenzia che:

- la stima preliminare dell'incidenza di povertà assoluta in Italia è pari all'8,5 per cento tra le famiglie (8,3 per cento nel 2022) e al 9,8 per cento tra gli individui (9,7 per cento nel 2022). Seppure in un quadro di sostanziale stabilità rispetto all'anno precedente, si raggiungono livelli mai toccati in precedenza, per un totale di 2 milioni 235 mila famiglie e di 5 milioni 752 mila individui in povertà.
- 1,3 milioni di minorenni sono in condizioni di povertà assoluta, con un'incidenza del 14%. Valori più elevati della media nazionale si registrano anche per i 18-34enni e i 35-44enni (11,9% e 11,8%, rispettivamente). Migliore la situazione per le fasce più anziane: 5,4% per i 65-74enni, 7,0% per gli individui con 75 anni e più.
- L'incidenza della povertà relativa riguarda il 10,6% delle famiglie, pari a 2,8 milioni, è stabile rispetto al 2022
- Il reddito da lavoro ha visto affievolirsi la sua capacità di proteggere individui e famiglie dal disagio economico. Nei 10 anni, l'incidenza di povertà individuale tra gli occupati ha avuto un incremento di 2,7 punti percentuali, passando dal 4,9% nel 2014, al 5,3% nel 2019 fino al 7,6% nel 2023.

A livello d'Ambito non si hanno a disposizione dati significativi sulle condizioni di povertà della popolazione dell'Ambito; a partire dal 2020 si osservano alcuni elementi che risultano significativi:

- Le misure legate al Reddito di cittadinanza prima e all'Assegno d'Inclusione hanno avuto sul nostro territorio un impatto disomogeneo e per certi versi del tutto irrilevante.
- Il numero di beneficiari di tali misure è percentualmente molto più basso di altri territori della provincia; si ipotizza che ciò sia dovuto alla significativa capacità della famiglia estesa di arginare il disagio, oltre che alla difficoltà anche culturalmente radicata di far emergere il fenomeno e di favorire l'accesso ai servizi, oltre che alle buone opportunità occupazionali offerte dal territorio.
- Le opportunità occupazionali offerte del territorio e il significativo grado di controllo esercitato dalle comunità sembrano fattori che, almeno per ora, contribuiscono a contenere la presenza di giovani neet.
- A partire dalla crisi pandemica si rileva che, soprattutto tra quelle residenti a Livigno, un numero di famiglie straniere di origine balcanica, non precisamente quantificato, è rientrato nel paese d'origine. Altre famiglie si sono trasferite in centri deversi della Valtellina. Stesso "movimento" ha riguardato anche persone singole o coppie senza figli di origine italiana, che, sperimentata la difficoltà a fronteggiare i costi dell'affitto, hanno fatto ritorno nelle regioni d'origine, o si sono trasferite in altre località. Questi fenomeni hanno creato difficoltà al sistema imprenditoriale del settore turistico e artigianale che ora sono alle prese con la carenza di personale, anche perché un numero significativo di

¹¹ L'analisi di seguito declinata tiene conto di quanto emerso nei gruppi di consultazione promossi dall'ufficio di piano tra ottobre e novembre u.s., della documentazione del servizio, dei dati forniti da ATS e delle priorità emerse dal percorso di accompagnamento alla programmazione a cura dell'IRS.

persone autoctone ha trovato lavoro in Svizzera, dove gli stipendi sono di gran lunga più remunerativi di quelli locali.

5.1.B L'abitare

La questione abitativa negli ultimi anni ha assunto una nuova centralità.

Bormio, Valfurva e soprattutto Livigno non dispongono di alloggi destinati a servizio abitativo pubblico e sociale. Alcuni alloggi ALER a Sondalo e Valdisotto sono sfitti, perché non adeguati ai bisogni espressi dai potenziali inquilini.

L'Ambito non dispone di strutture di housing temporaneo e dell'agenzia per l'abitare.

In Alta Valle i costi degli immobili in vendita e gli importi dei canoni di locazione sono condizionati dalla vocazione turistica della zona (superano di gran lunga il 30% del reddito mensile, attestandosi anche intorno all'80% per una famiglia con figli).

Il piano triennale dell'offerta dei servizi abitativi pubblici e sociali 2023 – 2025 ha evidenziato che i dati relativi alla domanda intercettata dai servizi esistenti indicano bisogni abitativi non omogenei nei diversi comuni e in generale in aumento; tendono a collocarsi nell'area della "difficoltà" e del "disagio lieve" e, di conseguenza, faticano a trovare risposta nei tradizionali Servizi Abitativi Pubblici.

Oltre alla domanda "emersa", sembra essere cruciale l'indagine su quella "sommersa".

La domanda abitativa locale riguarda infatti non solamente soggetti deboli e marginali, ma anche ampie fasce della popolazione, per le quali il bisogno abitativo dipende da numerosi e tra loro diversi fattori di difficoltà, riferiti non solo ai costi della locazione (e dunque, alla capacità di spesa delle famiglie), ma anche alla quantità dell'offerta di alloggi, alla competizione con altri usi (es. turistico), al radicamento territoriale della famiglia che esprime il bisogno, fatto questo che limita la mobilità interna all'Ambito; tali elementi rendono più complesso il meccanismo di *matching* domanda-offerta.

Di seguito si riportano la mappa e le tipologie di persone che in Alta Valtellina costituiscono la "fascia grigia", cioè quanti, pure in difficoltà nel reperire o mantenere una soluzione abitativa sul libero mercato, non hanno i requisiti per l'accesso ai servizi abitativi pubblici (SAP).

- 2 ANZIANI AUTOSUFFICIENTI
- 3 PERSONE CON DISABILITÀ E FAMIGLIE
- 4 PERSONALE PUBBLICO
- 5 LAVORATORI STRANIERI
- 6 LAVORATORI STAGIONALI
- 7 LAVORATORI PENDOLARI
- 8 DONNE SOLE CON BAMBINO
- 9 NUOVE FAMIGLIE DEL TERRITORIO
- 10 GIOVANI SINGLE
- 11 STUDENTI DEL TERRITORIO E NON

Anziani autosufficienti con profili di fragilità e loro caregiver.

Anziani ancora autosufficienti per i quali sarebbero sufficienti forme leggere di assistenza non riconducibili a servizi socio-sanitari residenziali e a soluzioni ospedaliere; all'interno di questo ambito viene citato anche il target delle assistenti familiari (badanti) che forniscono un servizio di cura per la popolazione locale e allo stesso tempo esprimono una domanda abitativa fragile.

Persone con disabilità e familiari anziani. Soggetti disabili e loro familiari che necessiterebbero di un'offerta abitativa assistita e sostenuta da servizi ad hoc, nell'ottica della facilitazione della vita quotidiana e dell'autonomia (prospettiva "Durante / Dopo di noi").

Lavoratori stagionali. Persone impegnate nelle aziende private in ambito ristorativo, alberghiero, termale, spesso in situazioni di disagio abitativo (alloggi non a norma, coabitazione, sistemazioni improprie negli alberghi, ecc.).

Lavoratori pendolari. Persone impiegate in Alta Valle (soprattutto a Livigno) costrette a spostamenti quotidiani impegnativi, perché il mercato non consente di far coincidere luogo di lavoro e di vita.

Personale pubblico. Lavoratori nei servizi pubblici essenziali (medici, paramedici, insegnanti, ...) dalla cui permanenza nel territorio dipende la qualità del sistema di welfare vallivo.

Lavoratori stranieri. Persone impiegate nell'economia locale, solitamente con nuclei familiari numerosi e volontà di insediarsi sul territorio in modo stabile, radicato e continuativo, ma con una debole capacità di spesa per l'abitazione.

Donne sole con bambini. Nuclei composti da una madre sola e uno o più figli minorenni, in difficoltà economica e/o sociale, talvolta vittime di violenza, e con il bisogno di un sostegno primariamente abitativo.

Nuove famiglie del territorio. Giovani coppie di residenti all'inizio del percorso di convivenza e nelle fasi embrionali del percorso di costituzione del nucleo familiare, che si scontrano con prezzi inaccessibili e soluzioni tipologiche inadeguate.

Giovani single. Giovani single tra i 18 e i 30 anni, spinti a prolungare la permanenza con i genitori e a rimandare l'autonomia abitativa a causa dell'inaccessibilità del mercato immobiliare.

Studenti. Gli studenti, sia quelli residenti sul territorio per cui è difficoltosa l'opzione del pendolarismo verso Bormio (ove sono collocate le scuole superiori), sia quelli provenienti da fuori, potenzialmente attratti dall'offerta formativa specializzata ("sport e montagna").

L'inclusione attiva delle persone in condizione di svantaggio e di disagio è un'istanza trasversale a tutte le aree di bisogno.

In Alta Valle la percezione diffusa, di fatto sostenuta anche dai numeri dei fruitori dei servizi, è che siano molto limitate le situazioni di grave emarginazione ed isolamento. Le famiglie, le comunità, soprattutto parrocchiali, tendono ad assumersi il carico relazionale generato da diverse forme di disagio, solo in parte sostenute dalla rete dei servizi socio sanitari. Diventano invece espulsive quando il disagio manifestato da giovani e adulti confligge con il sistema valoriale dominante o minaccia gli equilibri socio relazionali consolidati (grave disagio psichico, comportamenti d'abuso, comportamenti che violano l'ordinamento giuridico, assenza di dimora).

Tali dinamiche, fino a oggi, non hanno favorito l'attivazione di esperienze "formali" di inclusione sociale di persone con un significativo grado di problematicità. Sul territorio non sono quindi attive esperienze strutturate di inclusione attiva, fatta eccezione per alcuni progetti di respiro provinciale.

Il mercato del lavoro a livello di Ambito è fortemente caratterizzato dal fenomeno della stagionalità (edilizia e turismo); le imprese locali, in gran parte a gestione familiare e di piccole dimensioni, sono per la maggior parte artigianali, commerciali e turistiche.

Le aziende di servizi occupano lavoratori specializzati tendenzialmente del luogo.

Le cooperative sociali del territorio offrono spazi occupazionali nel settore delle pulizie e della cura del verde, non gestiscono significativi segmenti produttivi sganciati dalle commesse dell'ente pubblico. Per tale ragione risulta abbastanza saturato il numero di posti di lavoro che possono offrire per nuove assunzioni.

Diventa sempre più critica la possibilità di accesso al lavoro per le persone in situazione di vulnerabilità o di fragilità conclamata.

Per quanto riguarda l'osservatorio, sia pur parziale, degli utenti che si rivolgono al servizio sociale, si segnala negli ultimi anni un aumento delle richieste di contributo economico e/o esonero tributi comunali ed un aumento degli sfratti, realizzati anche senza adire le vie legali, con forme di pressione psicologica sugli inquilini. Anche il Centro di Ascolto e di Aiuto Caritas Valtellina superiore segnala un incremento di colloqui per singolo utente. Tra i bisogni rilevati il lavoro è al primo posto.

Gli elementi rilevati, oltre che il confronto con esperienze e chiavi di lettura dei fenomeni maturate in altri contesti, evidenziano la necessità di approcciare il contrasto alla povertà e alla vulnerabilità, le politiche abitative, i processi di inclusione con sguardi e modalità rinnovati; in particolare per il prossimo triennio risulta fondamentale:

- Implementare un sistema di raccolta di dati e di analisi del fenomeno con il contributo integrato dei molteplici osservatori.
- Prevedere intrecci tra le diverse policies, verso il superamento della programmazione per tipologia d'utenza.
- Ricercare forme d'intervento flessibili e integrate con la pluralità degli attori "all'opera" nelle comunità sociali, oltre che forme di risposta a filiera, quale strategia di fronteggiamento della complessità e multifattorialità dei bisogni.
- Promuovere la stabilizzazione delle reti e la riattivazione della comunità, anche attraverso strumenti che favoriscono la costruzione del welfare comunitario.
- Favorire l'emersione del bisogno e della domanda di sostegno da parte di chi percepisce il sistema dell'offerta "stigmatizzante" e/o non si accosta ai servizi per senso di pudore.
- Avviare il percorso, possibilmente d'intesa con gli uffici di piano della Provincia di Sondrio e dell'Alto Lario, per l'attivazione del pronto intervento sociale.
- Dare attuazione al piano triennale dell'offerta dei servizi abitativi pubblici e sociali 2023 – 2025.

5.2. AREA ANZIANI, NON AUTOSUFFICIENZA E CRONICITÀ (Aree policies: D, E)

L'invecchiamento progressivo della popolazione con le problematiche correlate alla non autosufficienza e alla cronicità, la diminuzione dei potenziali caregiver in ambito familiare, la frammentazione della risposta dei servizi delineano un quadro di significativa criticità.

Gli anziani e le persone fragili a causa delle condizioni di salute e/o di disabilità, sia a livello regionale che locale, sembrano essere quelle in maggiore sofferenza per i seguenti motivi:

- distanza tra i bisogni sempre più differenziati, la numerosità degli utenti e l'intensità di cura delle risposte fornite;
- difficoltosa integrazione tra percorsi sanitari, sociosanitari e sociali e onere della ricomposizione lasciato in capo alle famiglie;
- progressivo aumento dei costi per l'assistenza e la residenzialità, quale fattore co-determinante la tendenza all'impoverimento;
- vincoli determinati dalle peculiarità del territorio (dislocazione delle frazioni, distanza dagli ospedali, struttura della rete dei servizi di trasporto);
- progressivo aumento del numero di persone anziane e/o in condizione di non autosufficienza senza rete familiare e supporto relazionale;
- progressivo aumento del numero di persone affette da malattie neurodegenerative, per le quali i servizi "classici", tra cui la RSA, costituiscono una risposta solo in parte efficace e adeguata;
- progressivo aumento del numero di persone affette da decadimento cognitivo-demenze per le quali il territorio non offre servizi mirati;

È evidente infatti che l'aumento della popolazione anziana e del numero di persone in condizioni di fragilità per ragioni di salute, economiche e socio relazionali, collegato ad una propensione ancora presente a mantenere la persona fragile nella propria abitazione e nelle vicinanze della rete familiare, determina la crescente domanda di servizi domiciliari anche a favore di persone con significative limitazioni (diversi gradi di non autosufficienza, decadimento psichico, barriere architettoniche, isolamento relazionale, assenza di reti sociali).

Gli investimenti della Regione sulla domiciliarità sociosanitaria (CDom) e su interventi sperimentali come la residenzialità leggera, oltre che lo sforzo dei comuni per sostenere il SAD, non sembrano tenere il passo con l'intensità e la pluralità dei bisogni. Del resto l'azione dei caregiver familiari, talvolta assenti, o degli assistenti familiari, numericamente limitati, necessita qualificazione e sostegno per aumentarne la capacità di fronteggiare la complessità connessa alla non autosufficienza e alla cronicità.

Risulta pertanto necessario potenziare lo sforzo congiunto di ASST, dell'ufficio di piano, dei medici di medicina generale, degli erogatori di servizi sanitari-sociosanitari e sociali per la ricomposizione degli interventi, la ricerca di nuove soluzioni organizzative e lo sviluppo di interventi innovativi supportati anche da strumenti di intelligenza artificiale, pena, tra l'altro, il ricorso inappropriato alle strutture residenziali o a forme di assistenza domiciliare scarsamente qualificate.

Si rileva inoltre che:

- Le diverse unità d'offerta dell'Alta Valle tendono a privilegiare l'attenzione verso l'utenza e la gestione del servizio; riconoscono l'opportunità di sviluppare e potenziare forme di connessione tra di esse per favorire la messa in rete di esperienze, competenze, aree d'intervento a favore dell'utenza, oltre che individuare la possibile implementazione di servizi innovativi.
- La conoscenza diretta della maggior parte delle persone anziane da parte del vicinato e delle associazioni anziani radicate sul territorio consente di affermare che anche in Alta Valle ci sono anziani che vivono in condizione di disagio e di solitudine relazionale, senza chiedere-ricevere sostegno.
- Sono in aumento le situazioni per le quali si rende necessaria l'attivazione dell'amministratore di sostegno (assenza di familiari di riferimento, alta conflittualità tra familiari).

Appare prioritario:

- Implementare il progetto scaturito dal percorso di co-progettazione (estate 2024) per la messa a sistema, sperimentare e implementare un modello di gestione integrata dei servizi e degli interventi a supporto della domiciliarità (accesso alla rete facilitato dal punto unico di accesso, presa in carico differenziata e plurale), oltre che di razionalizzazione delle risposte al bisogno, tenuto conto dei cambiamenti sociali in corso.
- Connettere e ricomporre le risorse per la domiciliarità.
- Rafforzare i servizi a supporto della domiciliarità e della tutela dell'anziano, ponendo particolare attenzione allo sviluppo di azioni di prossimità, al superamento della frammentazione degli interventi,

oltre che al rafforzamento della filiera degli interventi, perché possa essere modulato il grado di supporto al variare del grado di non autosufficienza.

- Potenziare la valutazione multidimensionale quale premessa alla definizione dei progetti individualizzati, soprattutto relativi ai casi complessi.
- Potenziare l'efficacia degli interventi domiciliari anche con il supporto dell'intelligenza artificiale e della domotica.
- Promuovere forme di qualificazione e di sostegno a favore dei caregiver.
- Promuovere la sperimentazione di esperienze di co-housing.

5.3. AREA MINORI E FAMIGLIA (Aree policies: G, I)

5.3.G Giovani e benessere socio relazionale.

La pandemia ha impattato in modo significativo sui ragazzi e sui giovani; non si hanno dati locali specifici sul fenomeno, ma, soprattutto gli educatori dei centri di aggregazione e gli insegnanti rilevano tra i ragazzi:

- Aumento della tendenza alla chiusura e al ripiegamento su di sé.
- Aumento di episodi in cui viene manifestata ansia, difficoltà nella gestione della frustrazione, oltre che nell'espressione di sé.
- Aumento della difficoltà a "reggere" la pressione del giudizio e delle aspettative degli adulti nei loro confronti.
- Aumento della percezione delle fragilità relazionali degli adulti con funzioni educative e genitoriali.
- Aumento dell'aggregazione in gruppi informali all'interno dei quali avviene il consumo di sostanze lecite e illecite; alcuni gruppi assumono anche la forma di mini gang con tratti devianti. Per tale ragione alcuni studenti vengono espulsi dai convitti di Bolzano e Sondrio, dove frequentano la scuola secondaria di secondo grado, e alcuni vengono segnalati al servizio sociale ai sensi del DPR 448/1988.
- Significativo afflusso degli studenti allo sportello di consulenza psicologica presso l'istituto Alberti, fatto questo che sembrerebbe confermare il bisogno dei ragazzi di essere sostenuti nel loro percorso evolutivo.

Alla luce delle osservazioni degli educatori, degli insegnanti e di quanto rilevato dagli operatori del servizio sociale, anche a seguito dell'attivazione del gruppo di lavoro "Comunità Educante", si ritiene che:

- Gli elementi emersi dal progetto di ricerca-azione territoriale "La condizione di adolescenti e giovani e il sistema di intervento dei servizi CAG-Animazione territoriale" continuano a essere valide indicazioni per la programmazione delle azioni di politica giovanile (Allegato a).
- Appare opportuno promuovere azioni che rafforzino le life skill dei ragazzi, di prevenzione selettiva e indicata a favore di adolescenti e giovani che sono a rischio di sviluppare comportamenti d'abuso o devianti, con l'intento di incrementare i fattori protettivi e diminuirne la vulnerabilità.
- La complessità dei processi educativi e la pluralità di soggetti che concorrono alla loro realizzazione richiedono lo sforzo di raccordare gli orientamenti e le azioni (comunità educante) rivolte ai ragazzi e ai giovani, favorendo anche il coinvolgimento-protagonismo dei giovani stessi.
- La prospettiva in cui attivare azioni di promozione del benessere socio relazionale dei ragazzi e dei giovani e della comunità in senso lato possa fare riferimento al modello di seguito presentato:



5.3.1a Compiti di cura ed educativi della famiglia

Il modificarsi dello stile educativo familiare, l'introduzione dei nuovi mezzi di comunicazione, l'ampliarsi delle offerte a valenza educativa, l'incremento degli stimoli, la differenziazione e l'aumento dei contesti aggregativi costituiscono significative opportunità per la crescita dei bambini e dei ragazzi; contestualmente rendono necessario che gli adulti rivedano contenuti e approccio educativo. Gli adulti non possono più fare esclusivamente riferimento all'esperienza delle passate generazioni, ma sono sollecitati a costruire e adattare il proprio modello genitoriale a partire dall'esperienza in fieri e alla luce dei cambiamenti sociali in atto, riconoscendo peraltro anche le proprie "fatiche" personali (disorientamento rispetto al futuro, disagio relazionale, incertezza economico-professionale, malessere psichico).

Anche in Alta Valle si osservano il venir meno del modello educativo "unico" fondato anche sulla struttura familiare tradizionale, la trasformazione delle reti sociali e dei legami, l'aumento delle separazioni coniugali e delle "famiglie patchwork", l'aumento di comportamenti-atteggiamenti violenti all'interno delle famiglie, l'esposizione al rischio che le istanze dettate dai ritmi lavorativi prevalgano sulle esigenze personali e familiari, la necessità di supporti per la conciliazione dei tempi vita-lavoro.

In particolare si rileva:

- La pluralità di offerte ai bambini e ai ragazzi per il tempo libero solo in parte è gestita in modo coordinato, per cui rischia di implementare la frammentazione dell'offerta educativa e aggregativa e di aumentare il carico di cura dei genitori, impegnati soprattutto nell'accompagnamento e negli spostamenti dei figli da una sede all'altra delle attività; si evidenzia inoltre il rischio del venir meno della possibilità-capacità dei bambini di gestire il "tempo libero da" attività strutturate a cura degli adulti.
- Alcune famiglie, soprattutto se straniere o in condizione di vulnerabilità, sono esposte al rischio di esclusione dalle reti informali, quali ad esempio le reti di vicinato; i bambini che appartengono a nuclei con queste caratteristiche solo in minima parte usufruiscono delle offerte del territorio, soprattutto di natura sportiva, perché non sostenibili sotto il profilo economico ed organizzativo da parte dei genitori.
- Le famiglie che non sono supportate da reti familiari esprimono bisogni di conciliazione vita-lavoro, oltre che l'impossibilità di fronteggiare gli effetti di eventi imprevedibili-imprevisti.
- Alcune famiglie manifestano scarsa fiducia-legittimazione del sistema scolastico-educativo che intercetta i propri figli; fatto questo che rende difficoltosa la gestione delle eventuali criticità espresse dai bambini e l'attivazione di percorsi di coping integrati e fondati sulla corresponsabilità.
- Il sistema educativo e scolastico è esposto al rischio di patologizzare la "fatica di crescere" e dunque a sminuire la potenzialità insita nell'atto educativo.
- Le ridotte competenze linguistiche delle famiglie straniere sono un ostacolo al percorso di inclusione sociale.
- Molti genitori considerano il confronto su tematiche educative un necessario supporto alla propria esperienza e richiedono l'offerta di opportunità in tale direzione.

- Alcuni genitori hanno iniziato a rendersi protagonisti di azioni per i figli e per sé nell'ottica dell'auto promozione e in senso lato del welfare generativo.

5.3.Ib Minori in situazione di trascuratezza-pregiudizio e famiglie in condizione di vulnerabilità:

I casi di tutela minori in carico al servizio (minori con provvedimento dell'Autorità Giudiziaria) sono in aumento¹². Negli anni si osserva la diminuzione di casi connotati da trascuratezza e l'aumento di situazioni caratterizzate da maltrattamento fisico, psicologico, abuso sessuale, violenza assistita, soprattutto per l'elevata conflittualità familiare o per la manifesta difficoltà della coppia genitoriale a sostenere la relazione educativa e a contenere l'esposizione dei figli a eventi traumatici sfavorevoli.

In particolare si rileva:

- Molti studi dimostrano che i bambini che crescono in ambienti deprivati dal punto di vista economico, culturale ed educativo dimostrano nel tempo maggiori difficoltà di comportamento, apprendimento e integrazione sociale, più probabilità di fallimenti scolastici, di debole inclusione nel mondo del lavoro: la povertà psico-sociale e educativa può essere cioè un forte predittore di disuguaglianze sociali e povertà economica.

Da queste evidenze è emersa una nuova consapevolezza circa le responsabilità che le politiche hanno nel realizzare il grande potenziale insito nell'intervento di promozione del migliore sviluppo di tutti i bambini privilegiando le azioni di accompagnamento alla genitorialità, in particolare nelle situazioni di vulnerabilità¹³. Costruire ambienti familiari, educativo-scolastici e sociali ricchi di affetti, relazioni e stimoli sul piano socio-emotivo e cognitivo contribuisce in maniera determinante alla qualità dello sviluppo infantile e della società nel suo insieme.

- La povertà e il disagio economico delle famiglie, in particolare se sono presenti dei figli, portano spesso ad un isolamento e ad un impoverimento delle relazioni, limitando le possibilità di accesso dei minori a opportunità formative, culturali, sportive, ricreative e di socializzazione. Anche l'impoverimento relazionale e la mancanza di reti familiari e di mutuo-aiuto da un lato, la mancanza/residualità di servizi e l'isolamento territoriale dall'altro possono amplificare la condizione di disagio economico.
- Iniziano a essere rilevanti le situazioni di adolescenti, che mettono in atto comportamenti autolesivi, devianti, aggressivi (bullismo), utilizzano sostanze psicoattive in età giovanissima.
- Iniziano a essere presenti anche in Alta Valle famiglie straniere, anche dentro il sistema di accoglienza dei richiedenti asilo, che domandano interventi di tipo familiare e che sollecitano gli operatori ad acquisire competenze per comprendere i codici culturali che caratterizzano le diverse culture di appartenenza.

Le difficoltà linguistiche costituiscono un ostacolo al processo di inclusione e di condivisione del percorso di crescita dei bambini con i soggetti che compongono il sistema educativo (insegnanti, genitori di altri bambini, rete dei servizi socio sanitari).

- Cresce l'isolamento delle famiglie e si rilevano sempre più diffusamente difficoltà degli adulti a fronteggiare la complessità del processo di crescita dei figli.

In relazione alle aree 5.3.Ia e 5.3.Ib si considera pertanto prioritario:

- Promuovere misure ed interventi di sostegno alla genitorialità e al positivo evolversi del ciclo di vita dei bambini e dei ragazzi.
- Promuovere azioni e servizi a supporto della conciliazione famiglia-lavoro.

¹² Vedasi capitolo 3.

¹³ La vulnerabilità viene descritta come la condizione di particolare fragilità che può riguardare ogni famiglia in specifiche fasi del suo ciclo di vita e che è caratterizzata dalla mancata o debole capacità di costruire e/o mantenere l'insieme delle condizioni (interne e esterne) utili all'esercizio positivo e autonomo delle funzioni genitoriali. Si esplica come carente capacità di risposta ai bisogni evolutivi dei figli da parte delle figure genitoriali, con particolare riferimento ai bisogni di salute, educazione, sviluppo psico-emozionale, nutrimento, protezione, ambiente di vita sicuro, ossia l'eventuale l'omissione delle necessarie misure di sorveglianza, accudimento, educazione e protezione dei bambini.

- Perseguire costantemente la qualificazione degli interventi di protezione dei minori, delle azioni e dei servizi di supporto educativo alle famiglie, lo sviluppo dell'accoglienza familiare e diffusa quali risposte di prossimità ai bisogni dei minori appartenenti a nuclei in difficoltà.
- Sviluppare un approccio metodologico maggiormente orientato alla dimensione partecipata e territoriale delle politiche e degli interventi a favore delle famiglie, fondato su azioni di rete per costruire/ricostruire legami e connessioni, dare spazio a progettualità condivise con i singoli, le famiglie, la cittadinanza, la comunità locale e gli altri enti/soggetti del territorio, orientato dall'assunto che la tutela e la protezione dei bambini non è compito esclusivo e specifico delle Istituzioni, ma rappresenta una responsabilità collettiva, socialmente condivisa.
- Adottare strategie che consentano di individuare precocemente famiglie vulnerabili i cui figli sono esposti al ciclo dello svantaggio, al fine di porre in essere misure di contrasto a percorsi di esclusione e di impoverimento.
- Promuovere lo sviluppo di reti di solidarietà familiare e di vicinato.
- Supportare gli adulti stranieri nell'acquisizione di competenze linguistiche.
- Implementare lo sviluppo integrato della rete dei servizi, secondo una logica di articolazione di una filiera di servizi, individuando ruoli e funzioni specifiche per ogni servizio o Unità di Offerta, anche in relazione alle specificità del contesto territoriale, così da evitare sovrapposizioni e garantire una rosa di interventi capaci di rispondere alla complessità dei bisogni e della domanda dei cittadini (Consultori, Centri per la Famiglia, Case di Comunità, interventi domiciliari, etc).
- Curare la revisione e l'aggiornamento delle prassi di collaborazione tra servizi sociali e socio-sanitari e in relazione al Servizio Affidi, attivo a livello provinciale.
- Consolidare le prassi di collaborazione nella Tutela dei Minori definite dalle Linee Guida sovra distrettuali, prevedendo l'aggiornamento, con particolare riferimento alle modifiche introdotte dalla Riforma Cartabia, in particolare rispetto all'articolo 403 del Codice Civile, anche con il coinvolgimento attivo dei servizi sanitari e socio-sanitari.

5.3.Ic Problematiche specifiche

Tra i fenomeni ascrivibili alle problematiche familiari si evidenzia quello della violenza di genere. Si tratta di una problematica che interessa numerose persone e che rimane ancora per lo più sommersa, oltre che scarsamente intercettata dalla rete dei servizi.

Appare necessario:

- Rafforzare l'azione della rete interistituzionale antiviolenza provinciale attraverso la promozione di azioni di sensibilizzazione alla problematica e il raccordo degli attori che entrano in contatto e realizzano interventi in tale area.
- Garantire interventi di sostegno per i percorsi di fuoriuscita dalla violenza a favore delle donne.

5.4. AREA DISABILITÀ (Area policy: J)

Il riconoscimento del progetto individuale quale strumento con cui accompagnare il percorso di vita della persona con disabilità per le famiglie e il sistema dei servizi costituisce lo stimolo a procedere con metodo e per obiettivi di sviluppo con l'intento di dare attuazione ai diritti previsti dal sistema normativo vigente.

Le persone con disabilità nell'arco di vita accedono a una pluralità di servizi; tendenzialmente i bisogni vengono ricondotti a unità d'offerta che il sistema dei servizi socio sanitari ha strutturato da anni e che, ciò nonostante, può essere ulteriormente implementato (cfr. azioni "Dopo di noi", progetto "1.2: Percorsi di autonomia per persone con disabilità" a valere sui fondi PNRR), differenziato e raccordato. Si iscrive in tale processo la delega all'ufficio di piano da parte di 4 comuni dell'Ambito della gestione dell'assistenza all'autonomia dei disabili, oltre che l'accordo dell'ufficio di piano con l'istituto Alberti per il raccordo tra dei percorsi di percorsi per le competenze trasversali e per l'orientamento con lo sviluppo del progetto individuale post diploma a favore delle persone con disabilità.

Gli alunni con certificazione sono costantemente in aumento. Da più parti è stato evidenziato il rischio di alimentare una visione e un approccio patologizzante alla condizione degli alunni, in particolare stranieri, con un eccesso di diagnosi "improprie".

Oltre al dato numerico va segnalato il fatto che i disturbi del comportamento costituiscono una delle nuove emergenze sanitarie e socio-relazionali e che i più deboli come le persone con disabilità, sono i più a rischio. I disturbi del comportamento, della condotta e del controllo degli impulsi, nelle forme più rilevanti, diventano spesso il primo fattore di esclusione sociale e di richiesta di interventi specialistici e/o di istituzionalizzazione.

Si rileva inoltre che:

- Le diverse unità d'offerta tendono a privilegiare l'attenzione verso l'utenza e la gestione del servizio e solo in parte riconoscono l'opportunità di sviluppare e potenziare forme di connessione tra di esse per favorire la messa in rete di esperienze, competenze, aree d'intervento a favore dell'utenza.
- Le famiglie nelle diverse fasi del percorso di vita del familiare con disabilità chiedono l'intervento dei servizi; talvolta mostrano resistenze a rimodulare aspettative, modalità di relazione, grado di coinvolgimento nella progettualità che coinvolge i figli.
- Alcune famiglie con minori-giovani con disabilità e le stesse persone con disabilità stanno sperimentando diverse forme di attivazione-partecipazione allo sviluppo di azioni progettuali che riguardano i loro figli-se stessi.
- Alcuni interventi rivolti a persone con disabilità prevedono il coinvolgimento della comunità.
- Le famiglie con persone disabili che presentano un quadro che richiede un significativo carico assistenziale formulano richieste di interventi di sollievo e/o di residenzialità.
- L'individuazione del progetto di vita come lo strumento di ricomposizione delle progettualità che riguardano la persona con disabilità rende necessario il coinvolgimento della famiglia, la connessione tra i servizi socio assistenziali, socio sanitari e le unità d'offerta anche attraverso l'adozione e l'applicazione di protocolli che ne regolamentino l'attuazione.
- È limitata la capacità di presa in carico per situazioni di bisogno da parte della neuropsichiatria infantile ASST (logopedia, psicomotricità, etc).
- Le famiglie con bambini/e con disabilità spesso mostrano specifiche difficoltà connesse all'accettazione e all'avvio della valutazione e dei trattamenti.

Si rende pertanto prioritario:

- Rafforzare il processo di connessione tra le unità d'offerta presenti nell'Ambito, favorito dalla sperimentazione in essere a valere sulle risorse PNRR.
- Consolidare la strutturazione di un sistema integrato di misure ed interventi a favore delle persone con disabilità e le loro famiglie nelle diverse fasi e aree di vita (scolastica, occupazionale-lavorativa, relazionale, abitativa) che garantisce la presa in carico integrata (accesso, valutazione multidimensionale e multiprofessionale, definizione del progetto di vita).
- Adottare il piano individuale (progetto di vita) quale metodo di definizione dei percorsi di vita della persona con disabilità.
- Implementare azioni che coinvolgano e supportino i genitori nella gestione soprattutto nella fase della diagnosi e in quelle successive "di snodo" del progetto di vita dei figli con disabilità, con particolare attenzione alla valutazione multidisciplinare e all'integrazione degli interventi socio sanitari con quelli di natura socio assistenziale ed educativo-aggregativa.

5.5 INTERVENTI DI SISTEMA PER IL POTENZIAMENTO DELL'UFFICIO DI PIANO E IL RAFFORZAMENTO DELLA GESTIONE ASSOCIATA (Aree policies: K, F)

5.5. K Potenziamento dell'ufficio di piano e il rafforzamento della gestione associata

A livello nazionale e regionale da alcuni anni vengono garantite forme di sostegno all'incremento della capacità degli Ambiti 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 nel rispetto del principio di sussidiarietà,

attraverso il potenziamento della struttura degli Uffici di Piano, mediante il consolidamento della dotazione di personale chiamato a programmare e gestire misure sempre più complesse, trasversali e che coinvolgono una molteplicità di attori territoriali.

Nel triennio precedente è stata garantito il LEPS relativo alla supervisione professionale degli assistenti sociali. La supervisione proseguirà nel triennio e faciliterà l'erogazione di servizi di qualità, la prevenzione del burn out e il rafforzamento delle competenze proprie del servizio sociale.

Appare quindi prioritario:

- Adottare una strategia che permetta di rinforzare in termini di competenze e di numerosità dell'organico le strutture dell'ufficio di piano per fronteggiare la complessità degli adempimenti in capo ad esso.
- Rafforzare il servizio sociale professionale con nuove assunzioni di personale per rispettare il LEPS e per garantire l'implementazione dei Punti Unici d'Accesso di Bormio e di Livigno.
- Rafforzare la gestione associata, considerato un intervento prioritario per la nuova programmazione, connesso anche al raggiungimento dei LEPS, attraverso il lavoro di concertazione volto a definire procedure e modelli sovracomunali per la gestione dei servizi alla domiciliarità, a sostegno delle persone con disabilità (assistenza all'autonomia, programmi per l'abitare, inclusione socio occupazionale), a contrasto della povertà, a supporto della genitorialità e del benessere familiare.

5.5 F Digitalizzazione dei servizi

La comunità montana Alta Valtellina per 5 dei 6 comuni dell'Ambito gestisce il servizio informativo sovracomunale, che si occupa della gestione associata degli ambienti server hosted, terminal e virtual, dei client, degli applicativi, delle banche dati e dei documenti informatici, della protezione delle reti e dell'accesso alla connettività internet, oltre a un primo supporto su problematiche di vario tipo legate al mondo dell'informatica. Comunità Montana e Camera di Commercio di Sondrio hanno siglato un accordo di collaborazione per l'attivazione di due sportelli decentrati (a Bormio e a Livigno) per il rilascio dei dispositivi di firma digitale rilasciati da Infocamere.

L'ufficio di piano beneficia del supporto del servizio informativo, che, tra l'altro, ha favorito l'implementazione della cartella sociale informatizzata.

Resta ancora piuttosto segmentata, oltre che lacunosa, la raccolta e la gestione dei dati utili a implementare il sistema della conoscenza, l'analisi dei bisogni, i flussi informativi sia all'interno dell'ufficio di piano che in relazione ad altri enti pubblici e di Terzo Settore.

Appare quindi prioritario:

- Implementare e rinnovare la cartella sociale informatizzata, estendendone l'accesso anche a operatori del Terzo Settore.
- Aumentare le capacità e le opportunità di accesso digitale ai servizi e alle prestazioni da parte dei cittadini.
- Aumentare la fruibilità dei dati in possesso dell'ambito e dei soggetti che intercettano bisogni e risorse del territorio utili a programmare e valutare gli interventi e i servizi alla persona.
- Aumentare il grado di interoperabilità tra i sistemi informatici dei soggetti del sistema dei servizi.

5.6 Il fenomeno del gioco d'azzardo problematico.

Il gioco d'azzardo è sempre più diffuso tra la popolazione e produce ricadute sociali notevoli con effetti disgreganti sia sulla comunità che sulle famiglie in termini di debiti di gioco, impoverimento delle persone, vulnerabilità di fasce sociali deboli, nonché maggiore esposizione al rischio di irretimento nell'usura; l'azzardo costituisce inoltre un ambito esposto all'infiltrazione mafiosa.

Il fenomeno è in espansione¹⁴.

¹⁴ Glossario

Per "Raccolta" si intende l'ammontare complessivo delle puntate effettuate dalla collettività dei giocatori. La "Spesa" corrisponde alle perdite dei giocatori ed è data dalla differenza tra "Raccolta" e "Vincite". Corrisponde inoltre al "Ricavo". Le tabelle di seguito presentate sono tratte dal Libro Blu dell'Agenzia delle dogane e dei monopoli - Anno 2022 della filiera (al lordo delle somme destinate all'Erario). L' "Erario" costituisce l'ammontare totale dell'imposizione fiscale e del differenziale residuale tra Raccolta, Aggi e Vincite dei giochi che entra nelle casse pubbliche.

Il volume di denaro giocato in Italia nel 2022 è aumentato del 22%, attestandosi sul valore di 136 miliardi di euro, ritoccando ulteriormente il valore del 2021 pari a 111 miliardi di euro.

La Raccolta pro capite – calcolata sulla popolazione maggiorenne residente in Italia censita dall’ISTAT nel 2022 – è pari a circa € 2.730. Aumentano anche la spesa (20,35 miliardi: + 31,5%) e gli incassi erariali (11,21 miliardi: + 33%).

Anno	Raccolta	Vincite	Spesa	Erario
2020	88.254,88	75.302,52	12.952,32	7.236,31
2021	111.179,74	95.700,35	15.472,23	8.408,76
2022	136.072,58	115.709,21	20.355,27	11.217,59

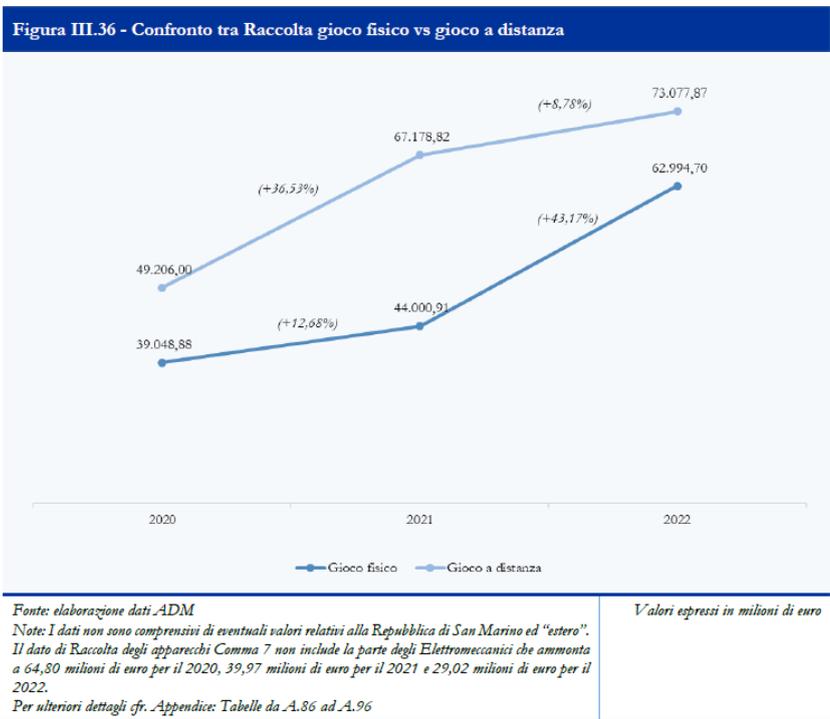
Fonte: elaborazione dati ADM *Valori espressi in milioni di euro*

Di seguito la tabella dei volumi di Raccolta e Spesa, suddivisi per regione (valori espressi in milioni di euro). Il dato si riferisce alla sola rete fisica, escludendo il comparto del gioco online. Il totale della Raccolta su rete fisica è stato pari a 63 miliardi di euro (+ 43% rispetto al 2021).

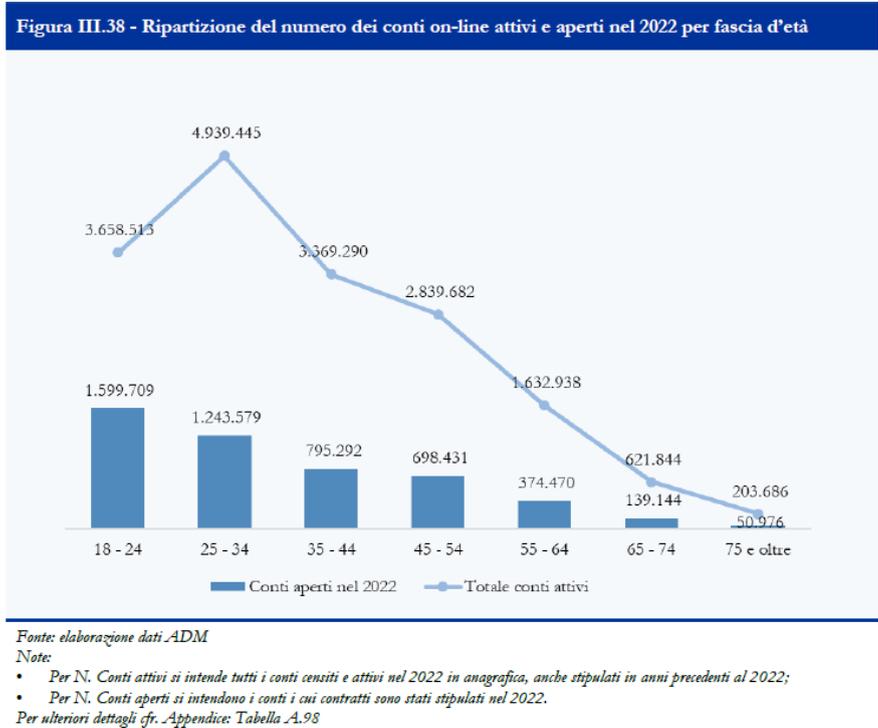
Regione	Raccolta			Vincite			Spesa		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022
Abruzzo	1.078,87	1.231,49	1.657,39	796,97	906,60	1.231,39	281,90	324,89	425,99
Basilicata	296,34	339,78	458,18	246,83	247,88	332,68	49,51	91,90	125,49
Calabria	1.046,86	1.203,94	1.623,40	757,38	867,16	1.192,19	289,49	336,78	431,20
Campania	4.346,23	4.680,98	7.014,49	3.201,22	3.415,21	5.199,81	1.145,02	1.265,77	1.814,68
Emilia-Romagna	3.054,94	3.372,31	4.889,07	2.251,05	2.464,02	3.622,06	803,88	908,30	1.267,01
Friuli-Venezia Giulia	722,55	800,73	1.136,08	521,90	578,94	824,24	200,66	221,79	311,85
Lazio	3.898,10	4.411,92	6.240,59	2.863,41	3.218,19	4.628,04	1.034,68	1.193,73	1.612,55
Liguria	944,06	1.037,36	1.507,39	751,80	748,16	1.110,11	192,26	289,21	397,28
Lombardia	7.198,49	8.558,68	12.138,27	5.286,87	6.248,79	8.961,12	1.911,62	2.309,89	3.177,15
Marche	1.019,45	1.097,46	1.555,83	748,54	956,92	1.144,20	270,90	140,55	411,63
Molise	200,58	223,21	302,99	144,97	160,97	218,83	55,60	62,24	84,16
Piemonte	2.417,76	2.754,54	4.125,58	1.797,35	2.036,70	3.093,79	620,41	717,84	1.031,79
Puglia	2.684,44	2.982,43	4.118,71	1.942,08	2.149,48	3.018,72	742,36	832,95	1.099,99
Sardegna	926,81	1.043,96	1.373,53	700,59	724,21	949,23	226,22	319,75	424,30
Sicilia	2.731,29	2.988,80	4.184,02	1.971,24	2.165,29	3.039,99	760,05	823,51	1.144,02
Toscana	2.353,36	2.573,73	3.947,36	1.739,11	1.892,14	2.937,68	614,25	681,59	1.009,68
Trentino-Alto Adige	565,57	600,70	907,01	424,80	449,61	698,62	140,77	151,09	208,39
Umbria	553,79	629,27	847,21	404,57	463,22	629,80	149,22	166,04	217,41
Valle d'Aosta	50,67	53,71	66,89	36,55	38,59	47,90	14,11	15,11	18,99
Veneto	2.958,73	3.415,90	4.900,73	2.180,90	2.515,13	3.638,12	777,82	900,77	1.262,61
Totale	39.048,88	44.000,91	62.994,70	28.768,14	32.247,22	46.518,54	10.280,73	11.753,70	16.476,17

Fonte: elaborazione dati ADM *Valori espressi in milioni di euro*

Nel 2022 la Raccolta online ha toccato quota 73 miliardi di euro (+9% rispetto al 2021). Ad incidere maggiormente sono i cd. Giochi di carte e giochi di sorte a quota fissa, oltre il 70% della raccolta telematica.¹⁵



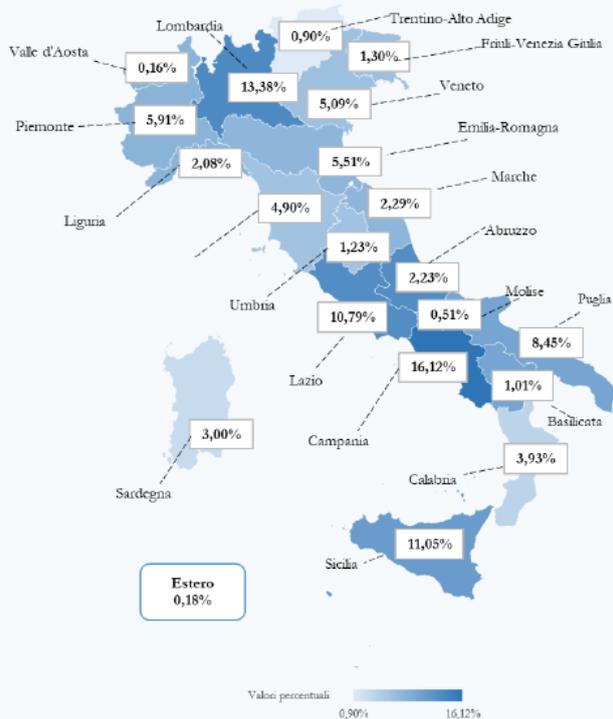
III. Acclse e Monopoli



III. Acclse e Monopoli

¹⁵ Vedi Allegato b.

Figura III.39 - Ripartizione dei conti on-line aperti nel 2022 per Regione di residenza dell'utente



Fonte: elaborazione dati ADM

Note: La numerosità dei conti è affetta da ridondanza laddove il giocatore abbia comunicato nel corso dell'anno uno o più cambi di residenza. Per ulteriori dettagli cfr. Appendice: Tabella A.99

Tabella III.35 - Rete di vendita per il settore apparecchi da intrattenimento

Ufficio dei Monopoli	AWP		VLT		Comma 7
	N. esercizi con AWP	N. AWP	N. sale VLT	N. VLT	N. Apparecchi Comma 7
Abruzzo	1.512	7.057	141	1.547	4.270
Calabria	1.888	10.094	144	1.097	4.783
Campania	5.223	28.650	529	4.847	9.100
Emilia-Romagna	4.026	21.831	273	4.730	12.461
Friuli-Venezia Giulia	1.087	5.354	80	1.023	1.719
Lazio	4.473	22.645	447	5.625	6.660
Liguria	1.665	7.153	96	1.369	2.048
Lombardia	8.568	42.818	688	10.620	7.094
Marche	1.465	6.537	99	1.052	2.180
Piemonte e Valle d'Aosta	2.525	14.319	428	5.087	4.007
Puglia, Basilicata e Molise	4.671	23.408	402	3.579	9.108
Sardegna	2.188	9.129	42	488	4.987
Sicilia	3.241	13.117	252	2.077	8.686
Toscana	3.219	16.336	296	4.046	5.856
Trentino-Alto Adige	223	1.787	68	971	1.334
Umbria	884	3.838	72	867	550
Veneto	4.311	22.179	395	5.676	7.410
Totale	51.169	256.252	4.452	54.701	92.253

Fonte: elaborazione dati ADM

Valori riferiti all'anno 2022

Note:

- Per N. Esercizi con AWP si fa riferimento a Esercizi contenenti apparecchi attivi;
- Per N. AWP si fa riferimento al numero di AWP attivi sul territorio;
- Per N. Sale VLT si fa riferimento al numero di sale collaudate contenenti apparecchi VLT;
- Per N. VLT si fa riferimento a VLT presenti all'interno di sale collaudate;
- Per N. Apparecchi Comma 7 si fa riferimento al numero di apparecchi Comma 7 presenti in esercizio e in luoghi di detenzione.

Per ulteriori dettagli cfr. Appendice: Tabella A.100

(Dal Piano Locale per il Gioco d’Azzardo Patologico – ATS Montagna – 15 dicembre 2024)

Gli ultimi aggiornamenti derivanti dall’Evento Regionale GAP “Tutti in gioco” del 10 dicembre 2024 svoltosi a Palazzo Pirelli Milano, hanno visto il contributo di vari esperti del settore.

SITUAZIONE IN ITALIA ULTIMI 12 MESI

Tra gli adulti:

27.5% hanno praticato gioco d'azzardo
 14.1% hanno praticato qualsiasi gioco d'azzardo rischioso
 3.1% hanno praticato gioco d'azzardo problematico

Tra gli adolescenti:

38.6% ha giocato d'azzardo
 5.9% hanno praticato qualsiasi gioco d'azzardo rischioso
 3.5% hanno praticato gioco d'azzardo problematico

Dott.ssa Daria Ukhova, University of Glasgow

Il contributo del Dott. Marcello Esposito (Scuola di Economia e Management, Università Carlo Cattaneo LIUC), pone una riflessione della situazione post Covid sulle modalità di gioco, online e fisico. Infatti, anche se il trend (a favore del gioco online) era visibilmente in crescita già prima del 2020, i lock-down imprimono un’accelerazione che nessuno aveva previsto e l’accelerazione si accompagna ad una rottura degli equilibri che assume carattere strutturale. Come accaduto con in ambito lavorativo, con lo «smart-working», o nel commercio, con l’ «e-commerce», la fine della crisi pandemica non determina il ritorno agli equilibri pre-2020: il gioco online rafforza la posizione dominante, nonostante le riaperture consentano un lento recupero del gioco «fisico». Inoltre, le preferenze dei consumatori si modificano anche nel gioco fisico. Si intuisce un divario generazionale sempre più marcato nelle preferenze tra le diverse tipologie di gioco.

	Somme Giocate (mln)			
	Fisico	Telematico	Totale	% Telem./Tot.
2019	€ 13,824	€ 4,690	€ 18,514	25.3%
2023	€ 12,435	€ 10,488	€ 22,922	45.8%
Diff.	-10.0%	123.6%	23.8%	20.4%

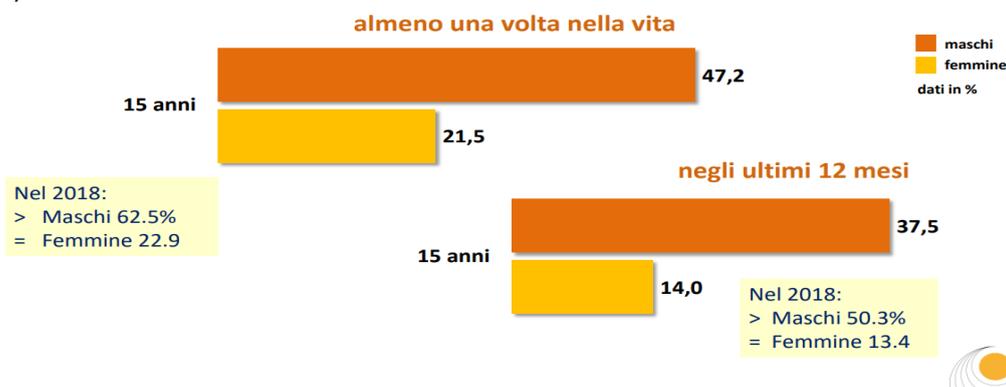
	Erario (mln)			Erario / Giocato		
	Fisico	Telematico	Totale	Fisico	Telematico	Totale
2019	€ 1,939	€ 60	€ 2,000	14.0%	1.3%	10.80%
2023	€ 1,858	€ 156	€ 2,014	14.9%	1.5%	8.79%
Diff.	-4.2%	158.6%	0.7%	0.9%	0.2%	-2.0%

LE PREFERENZE DEI CONSUMATORI: 5 REGIONI PIU' POPOLOSE

Rank	ITALIA	CAMPANIA	LAZIO	LOMBARDIA	SICILIA	VENETO
1	Giochi di Abilità (43.84%)	Giochi di Abilità (46.92%)	Giochi di Abilità (44.62%)	Giochi di Abilità (35.85%)	Giochi di Abilità (57.74%)	Giochi di Abilità (31.83%)
2	Scomm. Sport Q.F. (12.37%)	Scomm. Sport Q.F. (18.28%)	Scomm. Sport Q.F. (13.20%)	VLT (16.58%)	Scomm. Sport Q.F. (11.90%)	VLT (21.12%)
3	AWP (11.57%)	AWP (8.89%)	VLT (10.12%)	AWP (15.28%)	AWP (6.48%)	AWP (17.10%)
4	VLT (11.40%)	VLT (5.90%)	Lotterie Istantanee (9.37%)	Scomm. Sport Q.F. (10.30%)	Lotto (6.29%)	Lotterie Istantanee (10.36%)
5	Lotterie Istantanee (8.04%)	Lotto (5.77%)	AWP (9.05%)	Lotterie Istantanee (9.66%)	Lotterie Istantanee (5.31%)	Scomm. Sport Q.F. (9.09%)
6	Lotto (5.41%)	Scommesse Virtuali (4.92%)	Lotto (4.90%)	Lotto (5.40%)	VLT (3.89%)	Lotto (4.84%)
7	Scommesse Virtuali (2.69%)	Lotterie Istantanee (4.76%)	Betting Exchange (2.74%)	Superenalotto (2.05%)	Scommesse Virtuali (3.51%)	Scommesse Virtuali (1.56%)
8	Betting Exchange (1.48%)	Betting Exchange (1.49%)	Scommesse Virtuali (2.38%)	Scommesse Virtuali (1.96%)	Bingo (2.14%)	Superenalotto (1.44%)
9	Superenalotto (1.32%)	Bingo (1.40%)	Bingo (1.41%)	Betting Exchange (1.04%)	Betting Exchange (1.26%)	Betting Exchange (1.16%)
10	Bingo (1.16%)	Superenalotto (0.94%)	Superenalotto (1.33%)	Bingo (0.95%)	Superenalotto (0.87%)	Bingo (0.97%)
11	Scomm. Ippiche Ag. (0.41%)	Scomm. Ippiche Ag. (0.50%)	Scomm. Ippiche Ag. (0.50%)	Scomm. Ippiche Ag. (0.51%)	Scomm. Ippiche Ag. (0.40%)	Scomm. Ippiche Ag. (0.18%)

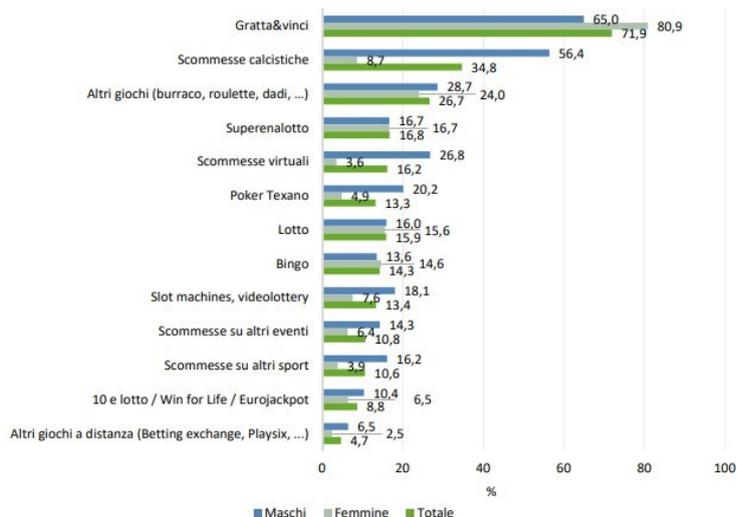
Guardando alla ricomposizione delle preferenze dei consumatori nei confronti dell'online, non è difficile prevedere che il canale fisico si ridurrà a quelle (pochissime) forme di gioco dove la digitalizzazione non funziona (ad es. il Gratta&Vinci) e alle fasce di popolazione più anziane e disagiate. Questo porrà degli enormi problemi non solo all'Erario e al tessuto economico dei territori, ma anche al Sistema Sanitario (Fonte Dott. Esposito).

L'indagine HBCS 2022 ha indagato la percentuale di ragazzi quindicenni che hanno provato a scommettere o a giocare denaro nella loro vita. L'esperienza del gioco d'azzardo evidenzia una differenza di genere in quanto è un'abitudine più frequente nei maschi; va evidenziato però che, rispetto alla rilevazione precedente del 2018, il ricorso al gioco d'azzardo è sensibilmente diminuito tra i maschi, mentre è stabile tra le femmine (vedi grafico sotto riportato).



Lo studio ESPAD Italia 2021 ha permesso di evidenziare la tipologia di gioco preferita dagli adolescenti italiani di età compresa tra i 15 e i 19 anni di età.

I Gratta&Vinci risultano essere il gioco più popolare fra gli studenti giocatori (71.9%) e in particolare fra le studentesse (80.9%). Seguono le scommesse calcistiche, come il Totocalcio e il Totogol (34.8%), e altri giochi d'azzardo come i dadi e le roulette (26.7%); in questo caso i giochi risultano particolarmente comuni fra i ragazzi. Inoltre, le differenze di genere più marcate si osservano per le scommesse virtuali (M=26.8%; F=3.6%) e per il Poker Texano (M=20.2%; F=4.9%), entrambi largamente preferiti dagli studenti di genere maschile.



ESPAD@Italia - Anno 2021

I dati relativi al “giocato” nei comuni dell’Ambito si riferiscono al 2019, perché i dati disaggregati non sono stati accessibili.

Comune	Abitanti 2019	Giocato 2019			Perso 2019		
		AWP Giocato	VLT Giocato	Totale Giocato	AWP Perso	VLT Perso	Totale Perso
Bormio	4.160	1.811.572,76	5.923.710,64	9.362.074,47	563.674,97	784.809,43	1.988.959,13
Livigno	6.757	5.260.319,46	8.315.377,85	16.660.739,74	1.621.090,53	1.063.385,24	3.663.002,81
Sondalo	4.027	4.378.397,99	0,00	6.178.176,23	1.365.601,41	0,00	1.784.078,90
Valdidentro	4.166	1.598.175,42	0,00	2.609.649,73	501.525,58	0,00	769.729,74
Valdisotto	3.621	1.229.242,45	0,00	1.375.007,51	383.266,75	0,00	429.175,89
Valfurva	2.542	610.438,93	0,00	1.298.401,44	184.694,93	0,00	415.756,96
Totale Ambito	25.273	14.888.147,01	14.239.088,49	37.484.049,12	4.619.854,17	1.848.194,67	9.050.703,43
PROVINCIA SO	180.425	103.007.445,06	112.132.803,83	286.330.691,44	32.033.869,31	14.803.224,44	67.559.592,27

Anno 2019: giocato per abitante Ambito di Bormio € 1.483,16; giocato media per abitante in Italia € 1.239,00



Dati elaborati da Cooperativa Lotta contro emarginazione (2021)

Si considera prioritario:

- Riprendere le azioni di contrasto al fenomeno dell'azzardo promosse ex DGR 1114/ e DGR 2609/2019, anche attraverso la diffusione della carta dei valori e del marchio TicheOFF, oltre che con programmi di prevenzione ambientale che raccordino il contrasto al gioco d'azzardo con azioni volte a promuovere la salute e con policy che impattano sulla salute in senso lato.
- Implementare azioni di contrasto al gioco d'azzardo online secondo gli orientamenti emersi dalla ricerca "Il gioco e l'azzardo nell'ambiente digitale" (Allegato b) realizzata nell'ambito del progetto ex DGR 2609/2019, di cui la Comunità Montana Alta Valtellina è stata capofila.

6. OBIETTIVI

6.1 Obiettivi della programmazione 2025-2027

A partire dai bisogni analizzati nel capitolo precedente gli obiettivi della programmazione triennale sono schematizzati secondo il modello riadattato proposto da Regione Lombardia.

6.1.1 AREA VULNERABILITÀ SOCIALE (Aree policy: A, B, H)

TITOLO INTERVENTO: Contrasto alla povertà e alla vulnerabilità

OBIETTIVI

Entro dicembre 2027 l'ufficio di piano:

- Promuove un percorso di co-programmazione volto a implementare un sistema di raccolta di dati e di analisi del fenomeno "vulnerabilità sociale" in Alta Valtellina, a superare la programmazione per tipologia d'utenza a favore dell'intreccio delle diverse policy (contrasto alla povertà, promozione di strategie dell'abitare e di inclusione a favore di famiglie e persone vulnerabili).
- Promuove un percorso di co-progettazione volto a promuovere forme di risposta a filiera flessibili e integrate (contrasto alla povertà, azioni per l'abitare, interventi per l'inclusione), quale strategia di fronteggiamento della complessità e della multifattorialità dei bisogni, oltre che di emersione del bisogno e della domanda di sostegno da parte di chi percepisce il sistema dell'offerta "stigmatizzante" e/o non si accosta ai servizi per senso di pudore.
- Promuove uno studio di fattibilità per l'attivazione del pronto intervento sociale.
- Dà impulso alle politiche abitative previste dal Piano Triennale dell'offerta dei servizi abitativi pubblici e sociali 2023 – 2025.

DESTINATARI

Target indiretto: organizzazioni, enti, associazioni presenti sul territorio che svolgono una attività a valore inclusivo.

Target diretto: famiglie e persone fragili, vulnerabili, in condizione di povertà, con particolare attenzione ai minori e alle donne vittime di violenza.

BISOGNI RILEVATI (INPUT)

Aumento conoscenza del fenomeno.

Rafforzamento del coordinamento delle risorse attive sul territorio.

Aumento accesso e fruizione da parte dei cittadini delle opportunità offerte dal territorio.

Aumento capacità di individuazione precoce del bisogno e di presa in carico multidimensionale delle persone in condizione di vulnerabilità-povertà.

Aumento capacità di risposta del sistema ai bisogni abitativi e di messa in protezione "immediata".

RISULTATI (OUTPUT)

L'ambito è dotato di efficaci strumenti di rilevazione dei dati e dei bisogni, oltre che di una filiera di interventi a favore di persone e famiglie in condizione di vulnerabilità e di povertà.

L'ambito garantisce il LEPS "pronto intervento sociale".

IMPATTI (OUTCOME)

La vulnerabilità sociale è un fenomeno riconosciuto, sufficientemente conosciuto e oggetto di attenzione da parte della comunità sociale dell'Ambito.

INTERVENTO-SERVIZIO	<input type="checkbox"/>	Già attivo-presente
	<input type="checkbox"/>	Sostanzialmente rivisto-aggiornato-integrato
	<input checked="" type="checkbox"/>	Nuovo:

		<ul style="list-style-type: none"> - (a.) sistema di raccolta di dati e di analisi del fenomeno "vulnerabilità sociale" - (b.) forme di risposta a filiera flessibili e integrate - (c.) pronto intervento sociale - (d.) servizi per l'abitare e tavoli tematici per l'abitare
--	--	---

PUNTI CHIAVE INTERVENTO

Allargamento-strutturazione-rafforzamento rete, contrasto all'esclusione
--

AZIONI (modalità organizzative, operative, erogative)

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> a. Attivazione procedimento co-programmazione. b. Attivazione procedimento co-progettazione. c. Attivazione studio di fattibilità. d. Attuazione azioni piano triennale per l'abitare (cap. 10 - Le azioni strategiche per il triennio 2023-25) |
|--|

RISORSE ECONOMICHE

Risorse fondo povertà Fondi emergenza abitativa Fondi per progettazioni innovative
--

PERSONALE DEDICATO (chi, con quali funzioni)

Personale dell'ufficio di piano (attivatori e referenti dei processi+erogatore interventi), dei servizi sociosanitari (co-attore+erogatore interventi), degli enti erogatori dei servizi (co-attore+erogatore interventi), volontari delle organizzazioni di Terzo Settore (co-attore+erogatore interventi).
--

OBIETTIVO/I <input checked="" type="checkbox"/> sì: lb TRASVERSALE/I- INTEGRATO/I <input type="checkbox"/> no ALTRE POLICIES	INTEGRAZIONE <input checked="" type="checkbox"/> sì (gestione emergenze) SOCIO <input type="checkbox"/> no SANITARIA	IN <input checked="" type="checkbox"/> sì CONTINUTÀ 2021-2023 <input type="checkbox"/> no	
COINVOLGIMENTO <input checked="" type="checkbox"/> sì ALTRI ATTORI RETE <input type="checkbox"/> no	<input checked="" type="checkbox"/>	Ambito Sondrio (da verificare)	
	<input checked="" type="checkbox"/>	ASST	
	<input checked="" type="checkbox"/>	Centro d'ascolto Bormio, cooperative sociali	

6.1.2. AREA ANZIANI, NON AUTOSUFFICIENZA E CRONICITÀ (Aree policy: D, E)

TITOLO INTERVENTO: La domiciliarità

OBIETTIVI

Entro dicembre 2027:

- a. La valutazione multidimensionale è effettuata sul 80% dei casi complessi, quale premessa alla definizione dei progetti individualizzati.
- b. Almeno il 70% dei servizi a supporto della domiciliarità e della tutela dell'anziano raggiungono l'organizzazione a filiera e riescono a modulare il grado di supporto al variare del grado di non autosufficienza, ponendo particolare attenzione allo sviluppo di azioni di prossimità e al superamento della frammentazione degli interventi.
- c. La rete dei servizi promuove almeno 3 azioni di qualificazione e di sostegno a favore dei caregiver;
- d. Il territorio dell'ambito dispone almeno di un progetto di sperimentazione di co-housing in cui sono coinvolti anziani e/o persone in condizione di fragilità socio sanitaria.

DESTINATARI

Anziani, disabili e adulti in condizione di fragilità socio sanitaria con rete familiare e sociale ridotta o assente.
Caregiver.

BISOGNI RILEVATI (INPUT)

Permanenza a domicilio della persona fragile con supporti differenziati a seconda dei bisogni.
Qualificazione e sostegno del caregiver.
Messa a sistema della filiera degli interventi a supporto della domiciliarità per il superamento della frammentazione e la ricomposizione delle risorse.

RISULTATI (OUTPUT)

- a. Applicazione Guida PUA Punto Unico di Accesso Alta Valtellina -Sistema Integrato Socio Sanitario (Guida Operativa - ver 0 - maggio 2024, approvata con Deliberazione Giunta Esecutiva n. 88/2024).
- b. Graduale riduzione della frammentarietà degli interventi domiciliari, attivazione di un punto unico d'accesso ai servizi domiciliari, diminuzione del carico in capo alla famiglia di raccordare gli interventi a favore del familiare anziano e/o fragile. (cfr. Progetto esito coprogettazione – Deliberazione Giunta Esecutiva 89/2024)
- c. Aumento della capacità di cura e di fronteggiamento della complessità.
- d. Il territorio avvia una prima sperimentazione di cohousing.

IMPATTI (OUTCOME)

Le persone anziane e in condizione di fragilità socio sanitaria godono di interventi multidisciplinari integrati.
È aumentata la capacità del territorio di sostenere la domiciliarità e di ritardare il ricorso all'istituzionalizzazione dell'anziano e della persona in condizione di fragilità socio sanitaria.
La popolazione anziana ha maggiori possibilità di usufruire di cure a domicilio.
Il territorio dell'Alta Valle dispone di forme diversificate e integrate di cure-sostegno a domicilio.

INTERVENTO-SERVIZIO	<input checked="" type="checkbox"/>	Già attivo-presente: a. Guida PUA - Deliberazione Giunta Esecutiva 88/2024 b. Progetto esito coprogettazione – Deliberazione Giunta Esecutiva 89/2024 c. Progetto Centro per la Famiglia ex DGR 5955/2022
	<input type="checkbox"/>	Sostanzialmente rivisto-aggiornato-integrato

	<input checked="" type="checkbox"/>	Nuovo: - (d.) Co-housing
--	-------------------------------------	-----------------------------

PUNTI CHIAVE INTERVENTO

Allargamento-strutturazione-rafforzamento rete, tempestività-efficacia-personalizzazione della risposta, supporto alla domiciliarità, contrasto all'isolamento

AZIONI (modalità organizzative, operative, erogative)

- a. Applicazione Guida PUA
- b. cfr Progetto esito coprogettazione
- c. Attivazione di percorsi formativi per caregiver, attivazione di gruppi di sostegno-confronto tra caregiver.
- d. Individuazione di almeno un'unità abitativa da adibirsi al co-housing.

RISORSE ECONOMICHE

FNPS, FSR e Fondi Comuni
FNA, Fondo Caregiver
Fondi Regionali per misure specifiche

PERSONALE DEDICATO (chi, con quali funzioni)

Personale dell'ufficio di piano (attivatori e referenti dei processi+erogatore interventi), dei servizi sociosanitari (co-attore+erogatore interventi), degli enti erogatori dei servizi (co-attore+erogatore interventi), volontari delle organizzazioni di Terzo Settore (co-attore+erogatore interventi).

Personale delle organizzazioni

OBIETTIVO/I TRASVERSALE/I-INTEGRATO/I ALTRE POLICIES <input checked="" type="checkbox"/> sì: lb <input type="checkbox"/> no	INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA <input checked="" type="checkbox"/> sì (valutazione multidimensionale e multidisciplinare, progetto individualizzato, CDom) <input type="checkbox"/> no	IN CONTINUTÀ 2021-2023 <input checked="" type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

6.1.3. AREA MINORI E FAMIGLIA (Aree policy: G, I)

TITOLO INTERVENTO: BAMBINI, RAGAZZI, GENITORI E FAMIGLIA AL CENTRO

OBIETTIVI (area policy G)

Entro dicembre 2027:

- a. Le politiche giovanili sono espressione di percorsi di co-programmazione e di co-progettazione tenendo conto delle indicazioni per la programmazione delle azioni di politica giovanile emersi dal progetto di ricerca-azione territoriale "La condizione di adolescenti e giovani e il sistema di intervento dei servizi CAG-Animazione territoriale".
- b. I centri di aggregazione promuovono azioni che rafforzano le life skill, azioni di prevenzione selettiva e indicata a favore di adolescenti e giovani che sono a rischio di sviluppare comportamenti d'abuso o devianti.
- c. I servizi, le istituzioni e le organizzazioni che hanno valenza educativa iniziano a raccordare le azioni e a tener conto delle strategie condivise all'interno del gruppo "Comunità Educante".

DESTINATARI

Ragazzi e giovani, adulti con funzioni educative.

BISOGNI RILEVATI (INPUT)

Cfr. report di ricerca "La condizione di adolescenti e giovani e il sistema di intervento dei servizi CAG-Animazione territoriale" (Allegato a).

RISULTATI (OUTPUT)

Aumento connessione interventi nell'area giovanile.
Aumento del grado di condivisione dell'approccio ai processi educativi da parte degli adulti con funzioni promozionali ed educative.

IMPATTI (OUTCOME)

La comunità riconosce la propria valenza "educante" verso ragazzi e giovani.
I ragazzi e i giovani vivono in un contesto che promuove la loro capacità generativa e facilita il loro percorso evolutivo.
Il sistema degli interventi dell'area giovanile sviluppa attenzione ai giovani a rischio di esclusione e di devianza.

INTERVENTO-SERVIZIO	<input checked="" type="checkbox"/>	Già attivo-presente: a. Esiti ricerca riferimento, integrato da ulteriori elementi, per la co-progettazione centri di aggregazione b. Riferimento al modello promozionale c. Comunità Educante da implementare
	<input type="checkbox"/>	Sostanzialmente rivisto-aggiornato-integrato
	<input checked="" type="checkbox"/>	Nuovo: - (b.) interventi di prevenzione selettiva e indicata - (c.) condivisione strategie da parte del gruppo "Comunità Educante"

PUNTI CHIAVE INTERVENTO

Allargamento-strutturazione-rafforzamento rete, prevenzione-contrasto al disagio giovanile

AZIONI (modalità organizzative, operative, erogative)

Attivazione procedimento co-programmazione ed eventuale co-progettazione per la definizione delle politiche giovanili d'Ambito.
Implementazione percorso per la costituzione di un gruppo costituito da rappresentanti delle agenzie educative che si pensa "comunità educante".

RISORSE ECONOMICHE

FNPS, FSR e Fondi Comuni
Fondi Regionali per misure specifiche

PERSONALE DEDICATO (chi, con quali funzioni)

Personale dell'ufficio di piano (attivatori e referenti dei processi+erogatore interventi), dei servizi sociosanitari per la famiglia (co-attore+erogatore interventi), degli enti erogatori dei servizi (co-attore+erogatore interventi), volontari (erogatore interventi), insegnanti (erogatore interventi).

OBIETTIVO/I TRASVERSALE/I-INTEGRATO/I ALTRE POLICIES	<input checked="" type="checkbox"/> sì: lb <input type="checkbox"/> no	INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	<input checked="" type="checkbox"/> sì (servizi per la famiglia) <input type="checkbox"/> no	IN CONTINUTÀ 2021-2023	<input checked="" type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
COINVOLGIMENTO ALTRI ATTORI RETE	<input checked="" type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/>	Ambiti	<input checked="" type="checkbox"/>	ASST
		<input checked="" type="checkbox"/>	Cooperative sociali, istituti scolastici, associazioni		

OBIETTIVI (area policy I)

Entro dicembre 2027 l'ufficio di piano:

- Contribuisce a promuovere misure ed interventi di sostegno alla genitorialità e al positivo evolversi del ciclo di vita dei bambini e dei ragazzi (almeno due nuove azioni).
- Contribuisce a promuovere azioni e servizi a supporto della conciliazione famiglia-lavoro in collaborazione con organizzazioni del territorio (almeno due nuove azioni).
- Persegue costantemente la qualificazione degli interventi di protezione dei minori, delle azioni e dei servizi di supporto educativo alle famiglie.
- Consolida un approccio metodologico maggiormente orientato alla dimensione partecipata e territoriale delle politiche e degli interventi a favore delle famiglie, fondato su azioni di rete per costruire/ricostruire legami e connessioni, dare spazio a progettualità condivise con i singoli, le famiglie, la cittadinanza, la comunità locale e gli altri enti/soggetti del territorio, orientato dall'assunto che la tutela e la protezione dei bambini non è compito esclusivo e specifico delle Istituzioni, ma rappresenta una responsabilità collettiva, socialmente condivisa.
- Implementa strategie che consentano di individuare precocemente famiglie vulnerabili i cui figli sono esposti al ciclo dello svantaggio, al fine di porre in essere misure di contrasto a percorsi di esclusione e di impoverimento.
- Promuove lo sviluppo di reti di solidarietà familiare e di vicinato;
- Promuove forme di supporto agli adulti stranieri nell'acquisizione di competenze linguistiche in collaborazione con organizzazioni del territorio (almeno una nuova azione).
- Contribuisce a rafforzare l'azione della rete interistituzionale anti violenza provinciale attraverso la promozione di azioni di sensibilizzazione alla problematica, il raccordo degli attori che entrano in contatto e realizzano interventi in tale area (almeno una nuova azione) e il sostegno per i percorsi di fuoriuscita dalla violenza a favore delle donne.

DESTINATARI

Minori, genitori e famiglie.

BISOGNI RILEVATI (INPUT)

Aumento complessità della crisi familiare.
Scarsità di reti a supporto delle famiglie.
Difficoltà di conciliazione dei tempi vita-lavoro.

RISULTATI (OUTPUT)

Diminuzione disagio intrafamiliare.
Rafforzamento delle reti sociali attive.
Aumento delle azioni di conciliazione vita-lavoro.

IMPATTI (OUTCOME)

Il sistema dei servizi e la comunità sociale nel suo insieme aumentano la capacità di sostenere gli adulti con funzioni educative, le famiglie vulnerabili e/o sottoposte a provvedimenti dell'autorità giudiziaria. La comunità sociale riconosce la propria responsabilità nel sostegno alle famiglie e agisce forme di solidarietà familiare.

INTERVENTO-SERVIZIO	<input type="checkbox"/>	Già attivo-presente - (c) cfr. supervisione ob. 6.1.5 - (d-e-f) Programma P.I.P.P.I. e Linee Nazionali - (h) Rete antiviolenza provinciale
	<input type="checkbox"/>	Sostanzialmente rivisto-aggiornato-integrato - a. Da riprogrammare all'interno del gruppo "Comunità Educante - (g) Da riprogrammare con Centro d'Ascolto
	<input checked="" type="checkbox"/>	Nuovo: - (b.) interventi di conciliazione vita-lavoro (es. trasporti dei bambini-ragazzi per partecipazione ad attività sportive-culturali) - (c.) pronto intervento sociale

PUNTI CHIAVE INTERVENTO

Allargamento-strutturazione-rafforzamento rete, contrasto alla violenza domestica, conciliazione tempi vita-lavoro, sostegno familiare

AZIONI DI PROCESSO (modalità organizzative, operative, erogative)

Mantenimento della supervisione.
Partecipazione al programma P.I.P.P.I. – Implementazione Linee guida nazionali.
Consolidamento sperimentazione gestione integrata tutela ASST-Uffici di piano.
Implementazione gruppo di lavoro "Comunità Educante"
Partecipazione Rete Antiviolenza

RISORSE ECONOMICHE

FNPS, FSR e Fondi Comuni
Fondi Regionali per misure specifiche

PERSONALE DEDICATO (chi, con quali funzioni)

Personale dell'ufficio di piano (attivatori e referenti dei processi+erogatore interventi), dei servizi sociosanitari per la famiglia (co-attore+erogatore interventi), degli enti erogatori dei servizi (co-attore+erogatore interventi), volontari (erogatore interventi), insegnanti (erogatore interventi).

OBIETTIVO/I TRASVERSALE/I- INTEGRATO/I ALTRE POLICIES <input checked="" type="checkbox"/> sì: A, B <input type="checkbox"/> no	INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA <input checked="" type="checkbox"/> sì (servizi per la famiglia) <input type="checkbox"/> no	IN CONTINUTÀ 2021-2023 <input checked="" type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
COINVOLGIMENTO ALTRI ATTORI RETE <input checked="" type="checkbox"/> sì	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Ambito Sondrio ASST Centro d'ascolto Bormio, cooperative sociali, associazioni

6.1.4. AREA DISABILITÀ (Area policy: J)

TITOLO INTERVENTO: VERSO IL PROGETTO DI VITA

OBIETTIVI

Entro dicembre 2027:

- a. L'ufficio di piano implementa rispettivamente un percorso di co-progettazione e di co-programmazione volto a strutturare un sistema integrato di misure ed interventi a favore delle persone con disabilità e le loro famiglie nelle diverse fasi e aree di vita (scolastica, occupazionale-lavorativa, relazionale, abitativa) con particolare attenzione alla valutazione multidimensionale e multidisciplinare, alla definizione del progetto di vita e all'integrazione degli interventi socio sanitari con quelli di natura socio assistenziale, educativa e aggregativa.
- b. L'ufficio di piano adotta il piano individuale (progetto di vita) quale metodo di definizione dei percorsi di vita della persona con disabilità su almeno il 70% degli utenti in carico al servizio sociale di base.
- c. Il sistema dei servizi dell'area disabilità dell'ambito promuove almeno due azioni che coinvolgano e supportino i genitori nella gestione soprattutto delle "fasi di snodo" del progetto di vita dei figli con disabilità.

DESTINATARI

Persone con disabilità, in particolare la fascia tra i 18 e i 35 anni, famiglie.

BISOGNI RILEVATI (INPUT)

Accompagnamento nelle diverse fasi di vita delle persone con disabilità e delle loro famiglie.

RISULTATI (OUTPUT)

L'ambito implementa il progetto a valere sui fondi PNRR e con un percorso di co-programmazione e di co-progettazione consolida la messa a sistema di servizi nell'area della disabilità.

Applicazione Guida operativa Progetto di vita scaturita dal percorso PNRR.

Le famiglie sono coinvolte e partecipi dei percorsi individualizzati dei figli con disabilità.

IMPATTI (OUTCOME)

L'ambito dispone di un sistema integrato, articolato e flessibile di servizi e interventi a favore di persone con disabilità.

Il piano individualizzato è riconosciuto come strumento che accompagna il percorso di vita della persona con disabilità.

INTERVENTO-SERVIZIO	<input checked="" type="checkbox"/>	Già attivo-presente - (a. e b.) cfr. progetto PNRR
	<input type="checkbox"/>	Sostanzialmente rivisto-aggiornato-integrato
	<input checked="" type="checkbox"/>	Nuovo: - (c.) percorsi di sostegno ai familiari per il Dopo di-con Noi

PUNTI CHIAVE INTERVENTO

Allargamento-strutturazione-rafforzamento rete, filiera integrata, contrasto all'isolamento, coinvolgimento famiglie

AZIONI (modalità organizzative, operative, erogative)

Attivazione procedimento co-programmazione.

Ri-Attivazione procedimento co-progettazione.

Applicazione Guida operativa Progetto di vita.

Coinvolgimento attivo dei genitori nella definizione del progetto di vita, con particolare attenzione alla promozione del "Dopo con noi".

RISORSE ECONOMICHE

Risorse dei Comuni
 FNPS
 FNA
 PNRR
 Voucher Reddito di Autonomia
 Dopo di noi
 Compartecipazione degli utenti

PERSONALE DEDICATO (chi, con quali funzioni)

Personale dell'ufficio di piano (attivatori e referenti dei processi+erogatore interventi), dei servizi sociosanitari per la famiglia (co-attore+erogatore interventi), degli enti erogatori dei servizi (co-attore+erogatore interventi), tutor servizio inclusione, volontari (erogatore interventi).

OBIETTIVO/I TRASVERSALE/I-INTEGRATO/I ALTRE POLICIES	<input checked="" type="checkbox"/> sì: H <input type="checkbox"/> no	INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	<input checked="" type="checkbox"/> sì (UONPIA, Fragilità) <input type="checkbox"/> no	IN CONTINUTÀ 2021-2023	<input checked="" type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
COINVOLGIMENTO ALTRI ATTORI RETE	<input checked="" type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ASST	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input checked="" type="checkbox"/>		Cooperative sociali, Associazioni, Istituti scolastici, imprenditori	

6.1.5 INTERVENTI DI SISTEMA PER IL POTENZIAMENTO DELL'UFFICIO DI PIANO E IL RAFFORZAMENTO DELLA GESTIONE ASSOCIATA (AREE POLICIES: K, F)

TITOLO INTERVENTO: INTERVENTI DI SISTEMA

OBIETTIVI (Area policy: F)

Entro dicembre 2027 l'ufficio di piano:

- Garantisce l'accesso digitale ad almeno il 65% delle prestazioni erogate dal servizio sociale di base e contestualmente garantisce la relazione "diretta" ai fruitori dei servizi, quale garanzia del valore dell'interrelazione tra le persone.
- Avvia almeno un'azione finalizzata ad aumentare il grado di interoperabilità tra i sistemi informatici dei soggetti del sistema dei servizi dell'Ambito.
- Aumenta il grado di fruibilità dei dati in possesso dell'ambito e dei soggetti che intercettano bisogni e risorse del territorio utili a programmare e valutare gli interventi e i servizi alla persona.

DESTINATARI

Cittadini residenti nell'Ambito.
Enti gestori unità d'offerta sociali.
Comuni dell'ambito.

BISOGNI RILEVATI (INPUT)

Scarso accesso digitale alle prestazioni della pubblica amministrazione da parte dei cittadini.
La dispersione dei dati di conoscenza dei bisogni e dei fenomeni sociali che riguardano l'ambito.

RISULTATI (OUTPUT)

Il sito dell'ente garantisce l'accesso digitale alle prestazioni del servizio sociale.
La dispersione dei dati viene ridotta attraverso l'attivazione di percorsi di raccolta informatizzati e condivisi tra i soggetti che erogano servizi e prestazioni.
Aumenta il numero di cittadini con competenze digitali.

IMPATTI (OUTCOME)

Entro il 2027 i cittadini hanno a disposizione un maggior numero di servizi digitalizzati;
Aumenta la qualità dei dati relativi ai servizi e alle prestazioni dei servizi socio assistenziali.

INTERVENTO-SERVIZIO	<input type="checkbox"/>	Già attivo-presente
	<input type="checkbox"/>	Sostanzialmente rivisto-aggiornato-integrato
	<input checked="" type="checkbox"/>	Nuovo: - (a) Accesso digitale alle prestazioni - (b) Interoperabilità - (c.) Qualificazione dati

PUNTI CHIAVE INTERVENTO

Digitalizzazione accesso e servizio

AZIONI DI PROCESSO (modalità organizzative, operative, erogative)

Potenziamento del sito e dell'accesso civico.
Aumento competenze digitali del personale

RISORSE ECONOMICHE

Quota FNPS

PERSONALE DEDICATO

Personale della Comunità montana.

OBIETTIVO/I TRASVERSALE/I- INTEGRATO/I ALTRE POLICIES	<input type="checkbox"/> sì <input checked="" type="checkbox"/> no	INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	IN CONTINUTÀ 2021-2023	<input checked="" type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
COINVOLGIMENTO ALTRI ATTORI RETE	<input checked="" type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>	ASST		
		<input checked="" type="checkbox"/>	Cooperative sociali, Enti erogatori		

OBIETTIVI (Area policy: k)

Entro dicembre 2027 l'ufficio di piano, compatibilmente con i vincoli di bilancio e i limiti assunzionali:

- Rinforza il proprio organico in termini di competenze e di numerosità per fronteggiare la complessità degli adempimenti.
- Rafforza l'organico del servizio sociale per dare attuazione al relativo LEPS.
- Adotta strategie per rafforzare la gestione associata dei servizi alla domiciliarità, a sostegno delle persone con disabilità, a contrasto della povertà, a supporto della genitorialità e del benessere familiare.

DESTINATARI

Personale dell'ufficio
Comuni dell'ambito.

BISOGNI RILEVATI (INPUT)

Sovraccarico degli operatori
Aumento efficacia interventi

RISULTATI (OUTPUT)

L'ufficio di piano gestisce con sistematicità e qualità gli adempimenti

IMPATTI (OUTCOME)

Entro il 2027 l'ufficio di piano dispone di una solida struttura organizzativa efficace ed efficiente.

INTERVENTO-SERVIZIO	<input type="checkbox"/>	Già attivo-presente - (c.) I servizi gestiti in forma associata possono essere ulteriormente rafforzati
	<input type="checkbox"/>	Sostanzialmente rivisto-aggiornato-integrato
	<input checked="" type="checkbox"/>	Nuovo: - (a. e b.) Rafforzamento

PUNTI CHIAVE INTERVENTO

Rafforzamento gestione

AZIONI DI PROCESSO (modalità organizzative, operative, erogative)

Nuove assunzioni
Adozione di linee guida per la gestione dei servizi

RISORSE ECONOMICHE

FNPS Fondo Povertà

PERSONALE DEDICATO

Personale della Comunità Montana.

OBIETTIVO/I TRASVERSALE/I- INTEGRATO/I ALTRE POLICIES	<input checked="" type="checkbox"/> sì: tutte <input type="checkbox"/> no	INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	<input type="checkbox"/> sì (UONPIA, Fragilità) <input type="checkbox"/> no	IN CONTINUTÀ 2021-2023	<input checked="" type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
COINVOLGIMENTO ALTRI ATTORI RETE	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	ASST		
		<input type="checkbox"/>	Cooperative sociali, Associazioni, Istituti scolastici, imprenditori		

6.1.6 IL FENOMENO DEL GIOCO D'AZZARDO PROBLEMATICO.

TITOLO INTERVENTO: TicheOFF

OBIETTIVI

Entro dicembre 2027 l'ufficio di piano:

- a. Valuta la possibilità di dare continuità alle azioni di contrasto al fenomeno dell'azzardo promosse ex DGR 1114/ e DGR 2609/2019, anche attraverso la diffusione della carta dei valori e del marchio TicheOFF, oltre che con programmi di prevenzione ambientale che raccordino il contrasto al gioco d'azzardo con azioni volte a promuovere la salute e con policy che impattano sulla salute in senso lato.
- b. Contribuisce a implementare azioni di contrasto al gioco d'azzardo online secondo gli orientamenti emersi dalla ricerca "Il gioco e l'azzardo nell'ambiente digitale" (Allegato b) realizzata nell'ambito del progetto ex DGR 2609/2019, di cui la Comunità Montana Alta Valtellina è stata capofila.

DESTINATARI

Cittadini dell'ambito.

BISOGNI RILEVATI (INPUT)

Contrastare la diffusione delle problematiche connesse al gioco d'azzardo.

RISULTATI (OUTPUT)

Diffusione della carta dei valori e del marchio TicheOFF.
Implementazione azioni di contrasto al gioco d'azzardo patologico.
Sviluppo di azioni di prevenzione ambientale.

IMPATTI (OUTCOME)

Aumento della consapevolezza della comunità sociale dei rischi connessi al gioco d'azzardo patologico.

INTERVENTO-SERVIZIO	<input type="checkbox"/>	Già attivo-presente
	<input type="checkbox"/>	Sostanzialmente rivisto-aggiornato-integrato
	<input checked="" type="checkbox"/>	Nuovo: - (a.) Ripresa progetti avviati negli anni scorsi - (b.) Nuova progettazione

PUNTI CHIAVE INTERVENTO

Allargamento-strutturazione-rafforzamento rete, contrasto all'azzardo

AZIONI (modalità organizzative, operative, erogative)

Costituzione gruppo di lavoro interistituzionale sul gioco d'azzardo patologico.

RISORSE ECONOMICHE

Finanziamenti regionali per il contrasto al gioco d'azzardo patologico.

PERSONALE DEDICATO (chi, con quali funzioni)

Personale dell'ufficio di piano (attivatori e referenti dei processi+erogatore interventi), dei servizi sociosanitari per le dipendenze (co-attore+erogatore interventi), degli enti erogatori dei servizi (co-attore+erogatore interventi).

OBIETTIVO/I TRASVERSALE/I- INTEGRATO/I ALTRE POLICIES	<input type="checkbox"/> sì: <input checked="" type="checkbox"/> no	INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	<input checked="" type="checkbox"/> sì (gestione emergenze) <input type="checkbox"/> no	IN CONTINUTÀ 2021-2023	<input checked="" type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
COINVOLGIMENTO ALTRI ATTORI RETE	<input checked="" type="checkbox"/> sì	<input checked="" type="checkbox"/>	Ambito Sondrio (da verificare)		
		<input checked="" type="checkbox"/>	ASST		
		<input checked="" type="checkbox"/>	Centro d'ascolto Bormio, cooperative sociali		

6.2 Obiettivi distrettuali di integrazione socio sanitaria

Gli obiettivi di interesse per l'Ambito di Bormio e di seguito presentati sono espressione del citato percorso di accompagnamento degli Uffici di Piano della Provincia di Sondrio, della Direzione Socio Sanitari di ASST Valtellina e Alto Lario e di ATS della Montagna alla programmazione unitaria dei Piani di Zona 2025/2027, integrata con la programmazione di ASST Valtellina e Alto Lario, a cura dell'Istituto per la Ricerca Sociale (IRS), finanziato dall'Amministrazione Provinciale di Sondrio.

6.2.1 DIMISSIONI PROTETTE

OBIETTIVO	<p>Evoluzione e miglioramento del rapporto tra ospedale e territorio, al fine di garantire la continuità dell'assistenza nel passaggio tra i due setting di cura e quindi le dimissioni/ammissioni protette di persone fragili e/o non autosufficienti, anche attraverso la definizione di un Protocollo integrato.</p> <p>Non è prevista l'attivazione di nuovi servizi quanto piuttosto il miglioramento qualitativo di servizi già esistenti ma poco integrati tra comparto sociale e sanitario</p>
BISOGNO A CUI RISPONDE L'OBIETTIVO	<p>Necessità di un rafforzamento del raccordo tra Ospedale e territorio al fine di evitare ricoveri impropri e/o il prolungamento inappropriato dei ricoveri, oltre che favorire il rientro a domicilio.</p> <p>Questo bisogno era già emerso nella precedente triennalità ma la relativa programmazione ha permesso di raggiungere risultati parziali</p>
CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE	<p>L'intervento è in continuità con la programmazione precedente (2021-2023)</p>
CONTINUITÀ CON I PROGETTI PREMIALI 2021-2023	
AZIONI PROGRAMMATE	<ul style="list-style-type: none"> • Attivazione di un gruppo di lavoro integrato sulle dimissioni/ammissioni protette • Revisione del Protocollo sulle dimissioni protette già elaborato nel 2018/2019 • Stesura ed approvazione di un nuovo protocollo integrato sulle dimissioni/ammissioni entro il 2025 • Attuazione del nuovo Protocollo integrato • Monitoraggio dell'implementazione del nuovo Protocollo integrato
TARGET	<p>Personale fragili e/o non autosufficienti ricoverate/che necessitano ricovero in ospedale</p>
INTEGRAZIONE CON ALTRE AREE DI POLICY	<p>L'intervento è trasversale alle seguenti aree di policy: anziani, domiciliarità, interventi a favore di persone con disabilità</p>
PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Tempestività della risposta • Nuovi strumenti di governance • Integrazione con gli interventi domiciliari a carattere sociosanitario • Rafforzamento degli strumenti di long term care • Autonomia e domiciliarità • Personalizzazione dei servizi • Accesso ai servizi • Ruolo delle famiglie e del caregiver • Allargamento della rete e coprogrammazione

COINVOLGIMENTO DI ASST	È previsto il coinvolgimento di ASST in tutte le fasi di lavoro, da quelle di analisi del bisogno e programmazione dell'intervento a quelle di realizzazione, che comprendono: stesura, attuazione e monitoraggio del nuovo Protocollo
COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI	Tutti gli Ambiti partecipano in tutte le fasi di lavoro, da quelle di analisi del bisogno e programmazione dell'intervento a quelle di realizzazione, che comprendono: stesura, attuazione e monitoraggio del nuovo Protocollo
CO-PROGRAMMAZIONE, CO-PROGETTAZIONE, COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE	Si tratta di un tema non ancora affrontato da parte degli Ambiti. La revisione della bozza di Protocollo sulle dimissioni protette (2018) potrebbe rappresentare l'occasione per prevedere un coinvolgimento del terzo settore in quest'ambito.
COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE	È auspicabile il coinvolgimento dell'Ospedale di Gravedona, privato accreditato, e anche delle strutture residenziali del territorio presso le quali le persone dimesse dall'Ospedale possono "trasferirsi" oppure "transitare" per un periodo di tempo in vista del rientro al domicilio

6.2.2. SVILUPPO DEL SISTEMA DI RISPOSTE INTEGRATE AL DISAGIO PSICOLOGICO DEGLI ADOLESCENTI

OBIETTIVO	<p>Sviluppare una funzione di regia complessiva sovra-ambito e sovra-distrettuale riguardo alle misure e agli interventi finalizzati a promuovere il benessere psicologico degli adolescenti, ai fini di intervenire in modo coordinato, integrato e valorizzando le specifiche competenze dei servizi specialistici socio sanitari, dei servizi sociali e degli enti attivi sul tema a livello territoriale.</p> <p>I risultati attesi sono relativi a una maggiore efficacia nella capacità di prevenire il disagio psicologico degli adolescenti e promuovere forme di benessere; intercettare precocemente situazioni di disagio e malessere e accompagnare i ragazzi e le famiglie nei percorsi di diagnosi e cura, e alla incrementale definizione di un sistema di risposte omogeneo a livello sovra territoriale, superando le attuali difficoltà nella costruzione di una lettura continuativa e complessiva del fenomeno e la frammentazione degli interventi tra i diversi settori e territori.</p>
BISOGNO A CUI RISPONDE L'OBIETTIVO	<p>L'incremento e la diffusione di forme di disagio psicologico e malessere degli adolescenti, rispetto a cui famiglie, scuole ed altre agenzie educative spesso non riescono ad agire forme adeguate di prevenzione, riconoscimento e orientamento precoce verso forme adeguate di supporto. I bisogni si collocano a diversi livelli:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bisogni legati alla promozione del benessere psicologico, connessi alla socializzazione e all'aggregazione, alla promozione di stili di vita sani; - bisogni connessi all'intercettazione precoce delle situazioni di disagio, e all'orientamento verso servizi e risposte appropriate, garantendo un accesso ai servizi non solo in fase acuta e all'emersione di una forma di disagio psicologico conclamato; - bisogni connessi all'accompagnamento di ragazzi e famiglie nei percorsi di cura, secondo un approccio sociale, socio-sanitario ed educativo.
CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE	L'intervento è in continuità con la programmazione precedente (2021-2023) che aveva individuato in particolare l'obiettivo di gestione delle emergenze, poi scarsamente perseguito.

AZIONI PROGRAMMATE ¹	<p>Azioni a livello di sistema:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sviluppo di una funzione di regia complessiva sovra-ambito e sovra-distrettuale, con funzioni di: <ul style="list-style-type: none"> ○ analisi e lettura continuativa del fenomeno; ○ ricomposizione delle misure e degli interventi e dei progetti, anche declinati a livello territoriale, in un disegno strategico coerente; ○ monitoraggio e valutazione, attraverso i dati, degli interventi realizzati e delle capacità di risposta del sistema dei servizi, e individuazione di strategie migliorative. <p>Azioni a livello territoriale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interventi rivolti ai ragazzi e alle ragazze, in collaborazione con le scuole secondarie di secondo grado, con il coinvolgimento degli sportelli di ascolto scolastici e/o degli psicologi scolastici, realizzati congiuntamente da servizi sociali e socio-sanitari, finalizzati alla promozione del benessere, alla sensibilizzazione sul tema del benessere psicologico e all'intercettazione di situazioni di disagio; • Interventi rivolti alle famiglie, e realizzati congiuntamente da servizi sociali e socio-sanitari, finalizzati a sensibilizzare sul tema, fornire strumenti di riconoscimento, identificazione e gestione delle forme di disagio psicologico in adolescenza, e a promuovere la conoscenza del sistema dei servizi; • Interventi congiunti rivolti ai ragazzi e alle ragazze in fase di trattamento e cura, attraverso prese in carico congiunte, con particolare attenzione alle fasi di post-ricovero ospedaliero a seguito di fasi acute, in particolare nei casi in cui al disagio psicologico del ragazzo/a si accompagnano forme di vulnerabilità familiare e fragilità genitoriale. • Interventi rivolti a scuole e famiglie per mettere a tema gli invii ai servizi per la valutazione dei Disturbi dell'apprendimento in età scolare, e articolare percorsi di accompagnamento delle famiglie, • Interventi rivolti agli adulti che ricoprono funzioni educative e/o che realizzano attività a favore dei ragazzi e delle ragazze (sport, cultura e musica, scuola, aggregazione etc) per rafforzare le competenze educative degli adulti al fine di costruire contesti di vita quanto più possibile inclusivi, e le capacità di riconoscimento e gestione delle problematiche legate al disagio psicologico in adolescenza, secondo una prospettiva di sviluppo di una comunità educante.
TARGET	Ragazzi e ragazze in età adolescenziale e preadolescenziale (indicativamente fascia 11/21 anni)
INTEGRAZIONE CON ALTRE AREE DI POLICY	L'intervento è trasversale alle politiche sociali, sanitarie, educative, dell'istruzione, dello sport e della cultura.

¹ A partire dagli elementi emersi nel corso degli incontri, si articola qui una rosa di azioni coerenti con le criticità rilevate rispetto al sistema di risposte attualmente in atto e con alcune proposte presentate dai partecipanti, che sono da ritenersi non come azioni validate dal gruppo di lavoro, ma quali suggerimenti e spunti per la definizione di interventi integrati a livello territoriale.

PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Revisione/potenziamento del sistema di governance degli interventi • Allargamento della rete e coprogrammazione con gli enti del terzo settore • Collaborazioni operative tra servizi sociali e servizi specialistici, tanto nella realizzazione di forme congiunte di presa in carico, quanto nella realizzazione di interventi territoriali rivolti a scuole, famiglie e ragazzi, finalizzati alla sensibilizzazione, alla prevenzione e alla facilitazione dell'accesso ai servizi in fase precoce.
COINVOLGIMENTO DI ASST	L'intervento è dedicato specificamente a promuovere interventi di risposta ai bisogni individuati attraverso la collaborazione e l'integrazione tra Ambiti territoriali e ASST, tanto a livello di programmazione e collaborazione interistituzionali, quanto a livello operativo.
COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI	Tutti gli Ambiti riconoscono la necessità di intervenire nella riarticolazione del sistema di lettura del bisogno e definizione delle linee strategiche, al fine di raggiungere una maggiore efficacia di intervento.
CO-PROGRAMMAZIONE, CO-PROGETTAZIONE, COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE E DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE	<p>Il coinvolgimento degli enti del terzo settore e di altri attori della rete territoriale risulta cruciale tanto secondo una prospettiva di co-programmazione, per mettere a sistema lettura dei bisogni e ricomposizione degli interventi, quanto a livello co-progettuale per la realizzazione congiunta degli interventi rivolti a ragazzi, famiglie, insegnanti e adulti significativi.</p> <p>Il terzo settore costituisce, inoltre, un attore indispensabile per intercettare specifiche forme di sostegno a progettualità innovative e sperimentali che derivano da finanziamenti 'privati di Fondazioni di origine bancaria o di altri enti. Risulta quindi essenziale, secondo la logica di ricomposizione prefigurata, un forte coinvolgimento di tutti i soggetti interessati.</p>

6.2.3 PROSECUZIONE DELLA GESTIONE INTEGRATA DEL SERVIZIO TUTELA MINORI IN CAPO AGLI UFFICI DI PIANO

Si prevedono le seguenti azioni:

- Applicazione costante e aggiornamento delle linee guida per l'integrazione tra Uffici di Piano e Servizi specialistici dell'ASST, con particolare attenzione al coinvolgimento anche dell'unità operativa di pediatria e neonatologia;
- Ricerca di una maggiore uniformità, su tutto il territorio dell'ASST Valtellina e Alto Lario, delle modalità di erogazione delle prestazioni sociosanitarie delegate ai servizi tutela gestiti dagli UDP;
- Mantenimento della corretta gestione dei flussi di dati tra UDP e ASST e analisi condivisa dei dati relativi alle prestazioni e desunti dal Report provinciale per il miglioramento degli interventi.

6.2.4 SVILUPPO CO-GESTIONE PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)

L'implementazione del PUA costituisce un obiettivo di integrazione socio sanitaria trasversale a più policies; le strategie di sviluppo sono presentate nelle schede relative agli obiettivi 6.1.2 e 6.1.4.

6.2.5 IMPLEMENTAZIONE DELLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E MULTIDISCIPLINARE

L'implementazione della valutazione multidisciplinare e multidimensionale costituisce un obiettivo di integrazione socio sanitaria trasversale a più policies; le strategie di sviluppo sono presentate nelle schede relative agli obiettivi 6.1.2 e 6.1.4.

7. SISTEMA DI VALUTAZIONE

La valutazione del Piano di Zona 2021-2023 è stata condotta in momenti e in contesti diversi con il coinvolgimento della pluralità dei soggetti che sono parte della rete dei servizi plurimi: gli operatori del servizio sociale di base e del servizio tutela minori, l'Assemblea dei Sindaci, la Cabina di regia, i gruppi di lavoro tematici, gli incontri di coordinamento dei responsabili degli uffici di piano, le organizzazioni del Terzo Settore, gli enti accreditati e i gestori delle unità d'offerta.

Sono stati analizzati i documenti di servizio e le relazioni predisposte dagli enti gestori dei servizi.

La fase di programmazione del Piano di Zona 2025-2027 ha consentito di ripensare alle politiche sociali sviluppando il confronto con l'Assemblea dei sindaci; significativo è stato il percorso di valutazione e di programmazione condotto dall'IRS con il coinvolgimento dei responsabili degli uffici di piano, dei rappresentanti del Terzo Settore, dei funzionari ATS della Montagna e dei direttori di ASST Valtellina e Alto Lario.

Il processo di programmazione non si esaurisce con l'approvazione del piano, ma implica la costante azione di monitoraggio e la valutazione in itinere dei risultati raggiunti e dei processi in fieri, nell'ottica del miglioramento continuo.

Il percorso di valutazione del piano di zona si articolerà in tre fasi:

- 1) La definizione degli "oggetti di analisi": priorità e obiettivi su cui focalizzare l'analisi.
- 2) L'identificazione degli indicatori utili a conoscere il grado di realizzazione degli obiettivi.
- 3) La rilevazione e la valutazione dei dati: costruire la memoria del lavoro svolto, evidenziare i risultati raggiunti, interpretare l'evoluzione dei fenomeni e dei bisogni sociali, offrendo un supporto ai decisori politici.

La terza fase si articolerà:

- a. Nel monitoraggio e nella valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Il sistema di monitoraggio e valutazione del piano di zona può essere alimentato mediante l'utilizzo di tecniche e strumenti quali/quantitativi, secondo un approccio che si richiama esplicitamente alla metodologia della ricerca sociale.

A titolo esemplificativo, possono essere utilizzati;

- dati epidemiologici dell'ATS della Montagna;
- prospetti riepilogativi delle risorse impiegate, dai Comuni e dall' Ufficio di Piano e, per la parte di integrazione sociosanitaria, dall' ASST e dall'ATS;
- schede di valutazione sugli esiti della programmazione del triennio;
- documenti prodotti dai tavoli tematici;
- tracce per la conduzione di focus group sulle problematiche a livello territoriale;
- panel di indicatori quali/quantitativi sugli obiettivi considerati prioritari;
- estrazioni di flussi dati dalla cartella sociale informatizzata;
- strumenti di dialogo con l'utenza dei servizi e con la cittadinanza, per vagliare la qualità e l'impatto degli interventi attivati dal piano di zona.

È fondamentale che strumenti e indicatori, in quanto parti essenziali del disegno di monitoraggio e valutazione, vengano definiti e condivisi attraverso un attivo confronto con diversi attori e portatori di interesse in un'ottica di co-costruzione.

Si prevede poi di attivare almeno due verifiche intermedie per monitorare lo stato di conseguimento dei valori attesi ed eventualmente attivare misure di auto-correzione, se i valori conseguiti presentassero scostamenti significativi.

- b. Nella valutazione dell'impatto delle politiche attuate sul contesto territoriale.

La valutazione di impatto si concretizzerà come la "ricerca degli effetti a lungo termine, positivi o negativi, primari e secondari, previsti e imprevisi, prodotti direttamente o indirettamente dall'intervento" (OCSE, 2002). Tenderà ad approfondire, cercando di fornirne una quantificazione, il raggiungimento degli obiettivi generali.

Sul piano metodologico la valutazione di impatto verrà effettuata con l'adozione di due tipologie di approcci, statistico e costruttivista-partecipativo (Stame, 2001). Sul versante statistico si perverrà all'affinamento del paniere di indicatori di outcome e all'identificazione di valori attesi per ciascun indicatore (es. misura capacità dell'intervento di promuovere il protagonismo giovanile, intercettare precocemente forme di disagio, attivare reti territoriali con i soggetti della comunità educante, incrementare le infrastrutture educative nei 6 Comuni coinvolti e la loro fruizione da parte dei minori). Per ciascuno degli indicatori individuati si identificheranno i valori attesi che si ipotizza di conseguire al termine del triennio.

Se l'impiego degli indicatori di outcome consentirà di disporre di un quadro quantitativo di sintesi dell'impatto del progetto, l'approfondimento qualitativo degli effetti potrà essere effettuato mediante l'utilizzo di metodologie di natura prevalentemente costruttivista, in grado di far luce e approfondire i cambiamenti osservati, a partire dalla raccolta delle testimonianze degli stakeholder dei progetti. Ben risponde a questa necessità la tecnica Most Significant Change technique (MSC - Davies & Dart, 2005) che si basa sul principio che le narrazioni (scritte e orali) prodotte dai soggetti che vivono il territorio in cui il progetto è inserito rappresentano una risorsa importante per l'identificazione dei cambiamenti apportati dall'intervento e apprezzare l'evoluzione che ne è derivata.

Si prevede dunque che operatori, insegnanti, famiglie e amministratori possano essere coinvolti in interviste individuali e di gruppo. Le evidenze che emergeranno dalla verifica degli indicatori di outcome e dall'applicazione della MSC confluiranno in un report di valutazione, utile a nuove progettazioni.

Le sintesi di questi diversi livelli di valutazione saranno poi oggetto del confronto con il coordinamento provinciale dei responsabili degli uffici di piano, con l'Assemblea dei Sindaci, con ATS e ASST e con gli attori del sistema dei servizi.

Allegato a: Estratto



PROGETTO DI RICERCA-AZIONE TERRITORIALE

LA CONDIZIONE DI ADOLESCENTI E GIOVANI E IL SISTEMA DI INTERVENTO DEI SERVIZI C.A.G.- ANIMAZIONE TERRITORIALE



REPORT DI SINTESI E INDICAZIONI PER LA PROGRAMMAZIONE FUTURA



Bormio (SO) 15 Novembre 2018

INDICAZIONI PER LA PROSSIMA PROGRAMMAZIONE

Sulla base dei punti sopra descritti ci paiono emergere una serie di considerazioni utili ad orientare la prossima programmazione sociale, culturale e educativa del sistema servizi CAG CENTRI DI AGGREGAZIONE GIOVANILE e dai PROGETTI DI ANIMAZIONE TERRITORIALE (strategie, approcci, metodologie, programmi, iniziative).

1. **Proseguire, consolidare e valorizzare programmi ed attività sociali e educative che valorizzano un rapporto armonico con l'ambiente dell'Alta Valle**, dal punto di vista naturalistico, storico e culturale
2. **Proseguire, consolidare e valorizzare programmi ed attività sociali e educative orientate allo sviluppo della creatività e dell'espressività** individuale e di gruppo
3. **Proseguire, consolidare e rafforzare programmi ed attività educative finalizzate a sostenere la motivazione all'apprendimento e la percezione di autoefficacia** rispetto all'esperienza scolastica e formativa
4. **Incentivare, favorire e sostenere esperienze di educazione motoria** orientate alla scoperta di sé, della propria corporeità e di un rapporto sano ed equilibrato con gli altri
5. **Promuovere iniziative di educazione allo sport non agonistico**, in particolare di discipline meno diffuse e praticate, riscoprendo i valori di una competizione sana e positiva non necessariamente orientata alla performance vittoriosa, educando alla **capacità di rielaborazione del senso del limite e della sconfitta**
6. **Promuovere percorsi ed attività educative orientate all'acquisizione e allo sviluppo delle Life Skill**, come ingredienti fondamentali di una crescita sana ed equilibrata e fattori di protezione in relazione a comportamenti a rischio
7. **Ideare e realizzare percorsi e programmi educativi orientati alla promozione della salute e alla prevenzione di uso e abuso di alcol e sostanze psicoattive** nella fascia di età preadolescenziale e adolescenziale in coerenza con la letteratura scientifica *evidence based*.
8. **Favorire percorsi esperienziali mirati a sviluppare intelligenza emotiva** in relazione ai rapporti con sé e con i coetanei, con particolare riferimento alle dinamiche tipiche del gruppo dei pari
9. **Favorire contesti relazionali e forme di ascolto attente e sensibili in grado di cogliere, far emergere ed esprimere in modo costruttivo forme di disagio e/o malessere** nascoste e/o dissimulate, evitando i rischi della chiusura, del giudizio e della stigmatizzazione
10. **Promuovere percorsi ed attività finalizzati a sviluppare competenze di autodifesa digitale efficaci nel prevenire, contrastare e ridurre l'impatto negativo dei rischi connessi all'uso (e/o**

abuso) delle tecnologie della comunicazione (quali ad esempio cyberbullismo, sexting o altri fenomeni emergenti)

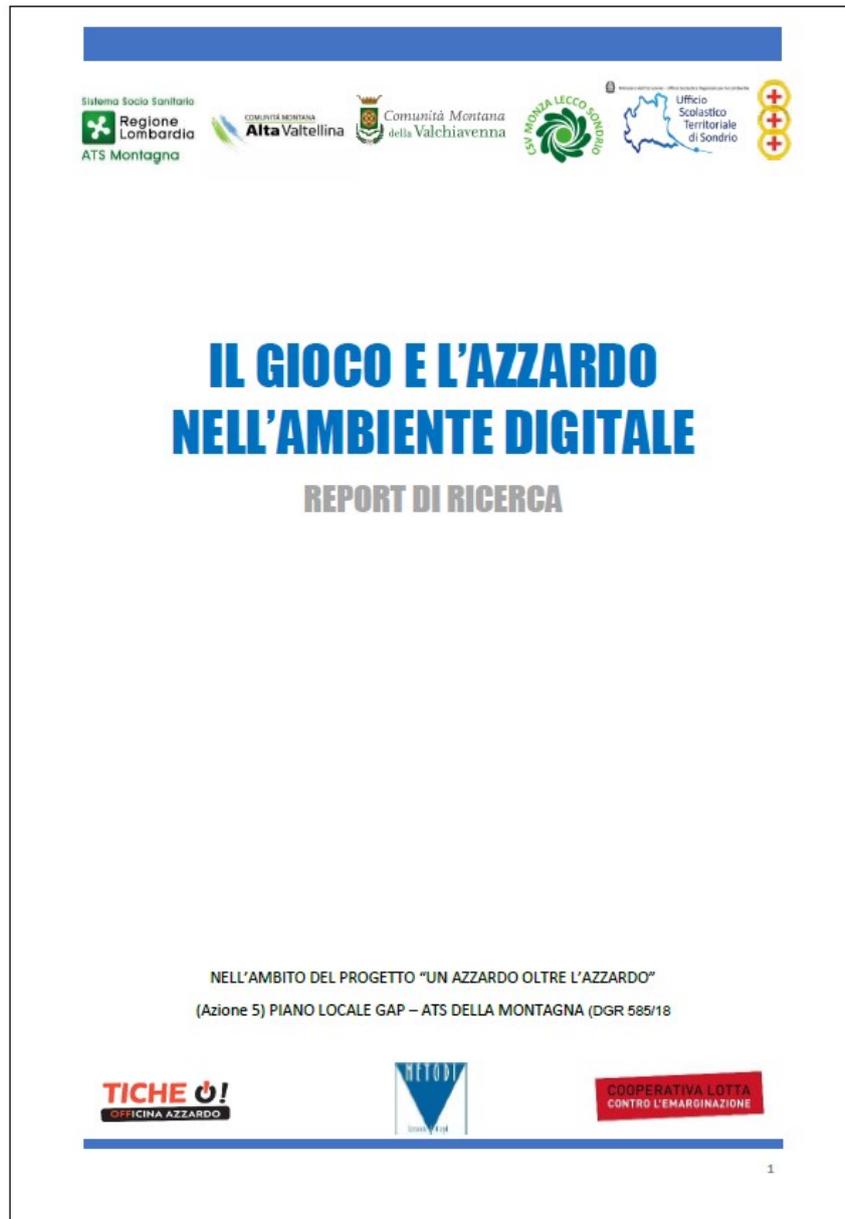
11. **Favorire lo scambio e la collaborazione fra istituzioni e organizzazioni locali a vario titolo impegnati in servizi, programmi e progetti di carattere educativo** per la popolazione di età preadolescenziale e adolescenziale attraverso la realizzazione di modalità di lavoro in rete realistiche, funzionali e sostenibili

12. **Proseguire, consolidare e valorizzare il coinvolgimento attivo e responsabile degli adulti** nella gestione delle attività rivolte ai ragazzi, sia nella forma di gruppi organizzati (per esempio “Comitato Genitori CAG”) che nella forma del volontariato singolo

13. **Contribuire a sviluppare le competenze educative del mondo adulto** (genitori, volontari, allenatori, etc.) collaborando alla realizzazione di specifiche iniziative di informazione e formazione e con la promozione di **occasioni di incontro, conoscenza e confronto fra pari** basi sulla rielaborazione dell’esperienze e delle pratiche concrete di vita quotidiana

14. **Aumentare le competenze di un gruppo di soggetti adulti della comunità nel gestire eventuali episodi di autolesionismo giovanile e o di suicidio** (o tentato suicidio) in coerenza con le indicazioni provenienti dalla letteratura di settore; con particolare attenzione agli impatti emotivi di questi fenomeni nei gruppi dei pari, nelle reti familiari e nelle dinamiche di comunità (elaborazione del lutto)

Allegato b: Estratto:



LA FASE CONCLUSIVA: IL GRUPPO DI DISCUSSIONE Dall'elaborazione collettiva alle ipotesi operative

In seguito alla somministrazione, trascrizione e analisi delle interviste, è stato realizzato un gruppo di discussione delle evidenze raccolte con un panel di cinque operatrici e operatori dei servizi per la produzione di alcune indicazioni operative per orientare la prevenzione del fenomeno del gioco d'azzardo online. Dall'elaborazione di quanto emerso nella discussione sono state delineate le seguenti sei ipotesi operative:

- ***Risistemizzare la questione della sensibilizzazione e della consapevolezza nelle strategie di prevenzione***

Un aspetto che colpisce di molte interviste è che spesso giocatori sembrano avere buoni livelli di consapevolezza rispetto a certe dinamiche coinvolte nel gioco d'azzardo e nel gioco online e,

nonostante questo, continuano a giocare o hanno continuato a giocare in passato. Bisognerebbe individuare gli aspetti specifici del fenomeno su cui è importante accrescere consapevolezza (ad esempio, il pensiero magico) perché il gioco d'azzardo possa realmente risultare meno attrattivo.

- ***Prestare attenzione ai paradossi delle limitazioni del gioco fisico: il rischio di nomadismo territoriale e di migrazione online***

Il nomadismo territoriale è qualcosa di già esistente e riferito lucidamente da alcuni intervistati: visto che nei comuni gli orari di limitazione dell'apertura delle sale gioco o dell'utilizzo delle slot machines sono differenti, si assiste allo spostamento dei giocatori da un Comune all'altro per poter giocare senza sosta. Se queste limitazioni del gioco fisico arrivassero a produrre una migrazione di massa al gioco d'azzardo online, potrebbe rivelarsi un problema, in quanto, come si è visto, quest'ultimo è un fenomeno privato e difficilmente intercettabile e intercettato dai servizi.

- ***Sperimentare forme di limitazione nell'ambiente digitale: una sorta di "prevenzione ecologica"***

È chiaro che il mondo del gioco d'azzardo online non si presta alle stesse forme di controllo e limitazione possibili per il gioco fisico. Ci si chiede quindi come agire una prevenzione "ecologica" in un ambiente così diverso. Sono nate alcune ipotesi: un esempio di queste forme di limitazione potrebbe essere una campagna "Wi-Fi no Gamble" nei luoghi pubblici e negli esercizi commerciali o anche nelle reti dei privati che desiderano aderire: le pagine di accesso al gioco online sono bloccate dalle reti Wi-Fi di chi aderisce e nella pagina di blocco si trovano alcune informazioni (sensibilizzazione e/o informazioni sui servizi a cui rivolgersi in caso di bisogno di aiuto). È vero che i giocatori potrebbero comunque accedere alle pagine bloccate usando il loro traffico dati del cellulare, ma si tratterebbe di un escamotage per diffondere una maggiore conoscenza del fenomeno del gioco d'azzardo online. Questo potrebbe a sua volta rendere esercenti e dipendenti pubblici più attenti e abili nell'osservazione di questo fenomeno così poco appariscente.

Un secondo esempio potrebbe essere quello di un'applicazione per smartphones che viene installata sul dispositivo per limitare il tempo passato sulla piattaforma di gioco. Grazie all'App, dopo un tempo stabilito impiegato sulla piattaforma di gioco dovrebbero comparire alcuni stimoli alternativi o "compiti distraenti" con lo scopo di interrompere il flusso di gioco detto "flow" (ad esempio: scommetto, se vinco gioco ancora investendo quanto guadagnato con soddisfazione, se perdo gioco ancora con rabbia per recuperare quanto perdo... senza alcuna interruzione).

- ***Diversificare le strategie preventive tenendo conto delle culture generazionali rispetto al digitale***

Sicuramente è necessario fare attenzione ai giovani e al piacere e alla "presunta sicurezza" con cui si muovono nel mondo online in virtù della familiarità che hanno con esso. È verosimile che invece più spesso le persone adulte si pongano nel mondo digitale con un atteggiamento timoroso. Nonostante questo, non è da sottovalutare quanto entrambe le categorie siano soggette all'attrazione esercitata dal mondo digitale (di gioco e non), associato sempre più a grafiche accattivanti e alla piacevolezza, alla comodità e alla facilità di accesso. Oltre al fatto che, come si è visto, stiamo assistendo a una sempre maggiore *ludicizzazione* e "gamblizzazione" del mondo quotidiano, le quali giocano un ruolo forte nella familiarizzazione con le dinamiche del gioco d'azzardo. Sembra dunque importante tenere conto, nelle strategie di prevenzione, dei diversi target generazionali e dei loro differenti atteggiamenti nei confronti del mondo online.

- ***Abbassare l'età del target dei programmi di prevenzione puntando su strategie di "autodifesa digitale"***

Poiché il mondo di internet e delle tecnologie è diventato ormai parte della nostra quotidianità e anche di noi stessi – quasi una nostra estensione – potrebbe rivelarsi utile promuovere un ragionamento critico rispetto ai dispositivi fin da una giovanissima età. Questo permetterebbe di sviluppare un'attitudine attiva contrastante automatismi comportamentali che riducono la possibilità di scelta. Prendendo spunto da un lavoro svolto dal pedagogista Davide Fant e il collettivo

CIRCE57, si presentano di seguito alcune delle strategie di autodifesa digitale che potrebbero essere operativamente utili nella prevenzione del gioco d'azzardo online:

- *Bianco e nero*: togliere i colori dallo schermo (impostazione di base presente nel telefono) fa perdere al dispositivo digitale gran parte della sua attrattività. Se si pensa a quanto le piattaforme di gioco siano accattivanti da un punto di vista grafico e quanto in queste i colori dei giochi esercitino un forte potere attrattivo si può ipotizzare che giocare in bianco e nero possa stimolare meno potentemente e, così, possa tenere più lontane le problematiche di dipendenza.
- *Analisi di interfaccia*: sviluppare consapevolezza rispetto alle dinamiche triggerate da programmi e applicazioni costruiti appositamente per fare leva su certi comportamenti e atteggiamenti umani può agire in senso fortemente protettivo.

- ***Contrastare il gioco d'azzardo (passivo) con strategie pedagogiche che includano il gioco creativo (attivo)***

Non correre il rischio di demonizzare il gioco e il gioco online come categoria assoluta, perché ne esistono di diversi tipi. Quando si parla di continuità tra *gaming* e *gambling* si fa infatti riferimento ad una specifica tipologia di gioco, in genere passivizzante, in cui si infiltrano idee di punteggi e guadagni e offerte economiche per cui diviene possibile pagare per acquistare strumenti per diventare più forti, superare livelli, comprare pacchetti "sorpresa" (vedi Loot Boxes⁵⁸) che avvicinano sempre più al mondo dell'azzardo. Si intuisce quanto non si tratti tanto della dimensione del "giocare" quanto piuttosto della perdita di un'idea di gioco come costruzione creativa di qualcosa e, in quanto tale, espressione di sé. Sembra importante, allora, promuovere l'utilizzo di giochi attivi e creativi e includere il tema nella formazione degli educatori e degli insegnanti perché possano discernere e stimolare bambini e bambine, ragazze e ragazzi nella giusta direzione.

Allegato c: Tabella comparata policies

	Area policy dalle linee guida	Macro aree inserite nel Piano di Zona dell'Ambito Alta Valtellina
A	Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva	1. Area vulnerabilità: policies A, B, H
B	Politiche abitative	
D	Domiciliarità	2. Area anziani, non autosufficienza e cronicità: policies D, E
E	Anziani	
F	Digitalizzazione dei servizi	
G	Politiche giovanili e minori	3. Area minori e famiglia: policies: G, I
H	Interventi connessi alle politiche per il lavoro	
I	Interventi per la famiglia	
J	Interventi a favore di persone con disabilità	4. Area disabilità: policy J
K	Interventi di sistema per il potenziamento dell'Ufficio di Piano e il rafforzamento della gestione associata	5. Interventi di sistema per il potenziamento dell'ufficio di piano e il rafforzamento della gestione associata: policies K, F

