

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

L’attività volta a garantire le dimissioni protette è individuata fra le azioni prioritarie da attivare in tutti gli Ambiti, nell’ottica del suo riconoscimento come LEPS. Essa verrà finanziata con rilevanti risorse a valere sul PNRR e si prefigura, al di là dell’orizzonte temporale di utilizzo del PNRR, un finanziamento a valere sul FNPS e sul FNA. La scheda tecnica riportata nella sezione 2.7.3 definisce il servizio con riferimento ai contenuti minimali che devono essere assicurati in ogni ambito e alle modalità del suo espletamento, compreso il caso in cui persone che potrebbero usufruire delle dimissioni protette si ritrovano nelle condizioni di non avere un domicilio.

2.3.1.4 Potenziamento professioni sociali

Nella sezione 1.4.2 del capitolo 1 si è individuata fra le priorità ai fini del rafforzamento dei servizi sociali territoriali l’aumento del numero degli assistenti sociali. La sezione 3.3.1 all’interno del Piano povertà (infra capitolo 3) affronta tale priorità, anche in ragione dell’individuazione, ai sensi del comma 797 dell’art. 1 della L. 178/2020 del Fondo povertà quale risorsa per il finanziamento degli incentivi per le assunzioni di assistenti sociali a tempo indeterminato da parte dei servizi pubblici e per il conseguimento del relativo LEPS.

Come richiamato nella stessa sezione 1.4.2, però, il servizio sociale professionale, per quanto fondamentale, non esaurisce l’insieme delle professionalità necessarie all’espletamento dei servizi sociali. Varie altre professionalità sono necessarie, particolarmente in un approccio che vuole fondarsi sulla valutazione delle persone secondo un approccio multidisciplinare.

Da questo punto di vista il Piano sociale ventila il rafforzamento dell’utilizzo di tali professionalità secondo un percorso già sperimentato con gli assistenti sociali, che prevede in primo luogo il rafforzamento della loro presenza e l’eventuale rafforzamento dei servizi pubblici attraverso l’estensione a tali figure delle possibilità assunzionali e tempo determinato e indeterminato.

In tal senso, la Commissione fabbisogni standard ha già previsto la possibilità per i Comuni di utilizzare le risorse aggiuntive del Fondo di solidarietà comunale destinate al rafforzamento dei servizi sociali anche a tal fine, mentre verrà confermata la possibilità di utilizzare anche a tal fine, oltre che le risorse del Fondo nazionale, anche le risorse degli altri fondi destinati al sociale, a partire dal Fondo povertà (vedi, in proposito, la sezione 1.4.3 del capitolo 1) e la programmazione dei fondi comunitari.

2.3.2 Ambito delle persone di minore età

Per quanto riguarda le politiche volte alle persone di minore età, deve richiamarsi preliminarmente il lavoro di concertazione svolto in seno al Ministero del lavoro e delle politiche sociali che, negli scorsi anni, ha coinvolto tutti gli attori nelle politiche di tutela del diritto di bambini

e ragazzi ad una famiglia, non solo i diversi livelli di governo territoriale ma anche l'area del Terzo Settore e della società civile e che ha portato alla redazione condivisa di documenti di indirizzo dapprima in tema di affidamento familiare, successivamente in tema di accoglienza in strutture residenziali e, infine, sull'intervento con bambini e famiglie in situazioni di vulnerabilità, tutti oggetto di accordo in sede di Conferenza Unificata (rispettivamente, del 25.10.2012, del 14.12.2017 e del 21.12.2017).

Tali linee di indirizzo sono qui integralmente richiamate e costituiscono il principale riferimento per l'attuazione delle politiche per l'infanzia e l'adolescenza a valere sulle risorse del FNPS.

Inoltre, si sottolinea che gli interventi di cui al presente Piano sono da considerarsi del tutto in linea sia con le azioni del Piano nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, approvato dall'Osservatorio nazionale per l'infanzia nel giugno 2021, ed in fase di approvazione definitiva, che con le indicazioni prioritarie definite in sede di Garanzia Infanzia, approvata dal Consiglio dei Ministri dell'Unione Europea il 14.6.2021 (di cui infra).

2.3.2.1 LEPS Prevenzione allontanamento familiare - P.I.P.P.I.

Nell'ottica del lavoro di prevenzione e sostegno a favore delle famiglie cosiddette vulnerabili, è stato sperimentato, già a partire dal 2011, il programma P.I.P.P.I. (Programma di Intervento Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione). Il programma persegue, fra l'altro, la finalità di contrastare l'esclusione sociale dei minorenni e delle loro famiglie, favorendo azioni di promozione del loro benessere mediante accompagnamento multidimensionale, al fine di limitare le condizioni di disuguaglianza provocate dalla vulnerabilità e dalla negligenza familiare, che rischiano di segnare negativamente lo sviluppo dei bambini a livello sociale e scolastico. Il Programma P.I.P.P.I. è il risultato di una collaborazione tra il Ministero del lavoro e delle politiche sociali e il Laboratorio di Ricerca e Intervento in Educazione Familiare dell'Università di Padova, con la partecipazione dei servizi sociali e di protezione e tutela minori nello specifico, così come di diversi soggetti del privato sociale, di alcune scuole e di alcune ASL che gestiscono i servizi sanitari delle Città, delle Regioni e degli Ambiti territoriali italiani che hanno aderito alla sperimentazione.

Iniziato nel 2011 con la partecipazione di 10 città riservatarie secondo la L. 285/1997, si sono susseguite fino ad oggi nove implementazioni: l'anno 2020 vede il corso della ottava (P.I.P.P.I. 8, biennio 2019/21) e l'avvio della nona (P.I.P.P.I. 9, biennio 2020/22) edizione. In totale, nelle prime otto implementazioni sono stati coinvolti circa 4.000 bambini e più di 200 ambiti territoriali (secondo la definizione della L. 328/2000) in 19 Regioni italiane e due Province autonome.

Il metodo e le logiche del programma sono state messe a sistema e diffuse grazie all'approvazione in Conferenza Unificata, nel dicembre 2017, delle Linee di indirizzo nazionali per l'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità. A partire dal 2019 viene attuato sull'intero territorio nazionale grazie alle risorse del FNPS che ne garantiscono la messa a sistema.

L'evoluzione naturale per il cd. Modello P.I.P.P.I., ovvero l'insieme delle azioni e degli interventi declinati nelle Linee di indirizzo citate, è la definizione di un LEPS finalizzato a rispondere al bisogno di ogni bambino di crescere in un ambiente stabile, sicuro, protettivo e "nutriente", contrastando attivamente l'insorgere di situazioni che favoriscono le disuguaglianze sociali, la dispersione scolastica, le separazioni inappropriate dei bambini dalla famiglia di origine, tramite l'individuazione delle idonee azioni, di carattere preventivo che hanno come finalità l'accompagnamento non del solo bambino, ma dell'intero nucleo familiare in situazione di vulnerabilità, in quanto consentono l'esercizio di una genitorialità positiva e responsabile e la costruzione di una risposta sociale ai bisogni evolutivi dei bambini nel loro insieme.

Nell'ottica del riconoscimento delle attività del modello P.I.P.P.I. come LEPS, la sperimentazione verrà estesa virtualmente a tutti gli ambiti territoriali a valere sulle risorse del PNRR

e, successivamente, a valere sulle risorse del PON Inclusionione. La scheda tecnica riportata nella sezione 2.7.4 riassume i termini del modello.

2.3.2.2 *Intervento Promozione rapporti scuola territorio - Get Up*

Il progetto Get Up – progetto sperimentale promosso dal Ministero del lavoro e delle politiche Sociali e alcuni dei principali capoluoghi di provincia in collaborazione con il Ministero dell’istruzione – pone al centro gli adolescenti ed è finalizzato a sviluppare la partecipazione attiva dei ragazzi, il protagonismo, la promozione della loro autonomia, l’utilità sociale e civile del loro agire.

Get Up nasce in seguito all’emergere di un’esigenza comune di sviluppare una riflessione sul tema delle politiche, dei servizi e dei progetti rivolti agli adolescenti, un target d’età di cui le politiche pubbliche hanno teso a occuparsi con meno organicità ed efficacia rispetto a quanto non sia avvenuto, ad esempio, per infanzia e prima infanzia. L’idea progettuale parte anche dalla constatazione della difficoltà spesso riscontrata riguardo all’elaborazione in maniera autonoma di idee progettuali da parte dei ragazzi, il cui coinvolgimento appare confinato all’espressione di pareri, ma poco alla scelta di strategie e azioni.

I ragazzi e le ragazze coinvolti in Get Up sono i veri protagonisti dei progetti locali perché le linee guida del progetto prevedono che a loro venga lasciata autonomia decisionale sulle modalità e sul tipo di progetto da condurre. I progetti locali si pongono l’obiettivo di permettere ai partecipanti di avvicinarsi alle problematiche della propria comunità, di studiarle, di attivarsi in prima persona e cimentarsi nell’elaborazione di risposte e soluzioni attraverso l’attuazione di interventi diretti. La scuola è il fulcro della sperimentazione in quanto luogo fondamentale di crescita e formazione dei ragazzi; questa viene investita del compito di facilitare lo sviluppo delle competenze trasversali e di cittadinanza e viene individuata come un luogo da cui partire per aprirsi al territorio e rispondere a bisogni specifici. Il progetto incoraggia le scuole coinvolte a stabilire una forte connessione con la comunità locale per arricchire le risorse scolastiche di conoscenza e di esperienza con quelle che possono essere offerte da altri attori chiave. La rete fra diversi soggetti del territorio (amministrazione cittadina, scuola, cooperative sociali e associazioni di promozione sociale/volontariato) è stata quindi considerata cruciale nella sperimentazione quale ausilio per la promozione di processi di autonomia da parte delle ragazze e dei ragazzi.

L’intero impianto metodologico richiede un cambiamento di prospettiva da parte degli adulti invitati a guardare agli adolescenti come attori del progresso della comunità, una prospettiva che ha rappresentato anche una sfida per la relazione educativa fra insegnanti e alunni. Infatti, se GET UP agli adolescenti richiede impegno e responsabilità, agli adulti e alle istituzioni sollecita un cambiamento forse ancora maggiore, ovvero di mettersi a fianco dei ragazzi e delle ragazze e al servizio di questa sfida per promuoverla, riconoscerla, renderla possibile e compatibile nelle organizzazioni coinvolte, accompagnandola nel percorso, valorizzandone gli esiti e facendone strumento di ripensamento delle modalità di funzionamento e di ingaggio degli adolescenti all’interno delle organizzazioni stesse. In questo senso è, ed è stata, utile anche un’altra dimensione del progetto, ovvero, quella istituzionale attraverso la possibilità di interlocuzione con le istituzioni; in effetti, dai primi riscontri, tanto maggiore è stata la presenza, anche formale, dell’istituzione, tanto maggiore è stata nei ragazzi la percezione di valere e di sentirsi riconosciuti. Quindi il progetto ha inteso spingere le amministrazioni cittadine verso un più ampio coinvolgimento dei ragazzi del proprio territorio attraverso la coprogettazione degli interventi anche in organismi strutturati di *governance* del progetto, quali i Tavoli locali.

La sperimentazione Get Up è stata finora attivata in un numero limitato di città all’interno delle quali sono stati selezionati un numero limitato di istituti scolastici coinvolti. I risultati della sperimentazione e l’evidenza che il progetto sia particolarmente efficace proprio nella promozione dell’inclusione sociale e della resilienza sul territorio, fanno ritenere maturi i tempi per un

sostanziale allargamento del progetto, che verrà finanziato attraverso il PON Inclusion e il relativo programma nazionale complementare POC Inclusion, sulla base di adesione volontaria delle realtà scolastiche, che saranno accompagnate nel percorso dall'Assistenza tecnica. La scheda tecnica riportata nella sezione 2.7.5 riassume i termini del modello.

2.3.2.3 *Sostegno ai care leavers*

La responsabilità di supporto economico e residenziale da parte del servizio pubblico nei confronti dei ragazzi che vivono fuori dalla propria famiglia di origine cessa al compimento del 18° anno di età, un momento che coincide spesso con l'obbligo della dimissione dalla struttura residenziale o la fine del progetto di tutela presso la famiglia affidataria. Dopo il diciottesimo anno di età l'unica opportunità aggiuntiva di assistenza è rappresentata dall'applicazione del cosiddetto "proseguo amministrativo" ossia del procedimento che discende dall'art. 25 e seguenti del Regio Decreto 1404 del 1934, che consente al Tribunale per i minorenni di prolungare il progetto di accoglienza e sostegno fino al compimento del 21° anno di età.

Il tema dell'accompagnamento delle ragazze e dei ragazzi verso percorsi di autonomia è divenuto sempre più pressante nel corso degli ultimi anni. È cresciuta l'attenzione agli interventi e alle pratiche di supporto ai giovani in uscita da progetti di accoglienza, con particolare attenzione all'individuazione dei processi che consentono di promuovere esiti positivi. Il raggiungimento della maggiore età non può, infatti, corrispondere all'improvvisa scomparsa del sistema di tutela e protezione che, per anni, ha aiutato un bambino o una bambina a crescere in contesti alternativi ad una famiglia di origine nella quale spesso non è possibile il rientro poiché le condizioni di rischio o vulnerabilità non sono di fatto cambiate.

Tale esigenza è chiaramente delineata anche nel dettato delle *Linee di indirizzo per l'accoglienza nei servizi residenziali per minorenni* e le *Linee di indirizzo per l'affidamento familiare* che richiamano all'esigenza di modulare con attenzione gli obiettivi e i contenuti del Progetto quadro e del progetto educativo individualizzato in relazione all'età del minorenne e alla possibile necessità di sostenerlo tempestivamente nella costruzione del suo percorso di autonomia.

Da tali premesse prende spunto l'avvio del programma sperimentale di interventi, in via sperimentale, in favore di coloro che, al compimento della maggiore età, vivano fuori dalla famiglia di origine sulla base di un provvedimento dell'autorità giudiziaria finanziato con le risorse del Fondo ad hoc istituito dall'art. 1, co. 250, della L. 205 del 2017, che predispone una riserva di 5 milioni di euro a valere sulla Quota servizi del Fondo Povertà per un triennio, prorogata dalla legge di bilancio per il 2021 per un altro triennio (cfr. sezione 3.3.4 nel capitolo 3 infra).

Proseguire sull'implementazione delle azioni di accompagnamento all'autonomia dei cd. *care leavers*, soprattutto al fine di consentire l'inclusione in circuiti di "vantaggio", capaci di assicurare una vita libera e dignitosa, si pone come priorità del presente Piano, anche al fine di valutare l'uscita dalla sperimentazione e la messa a regime del modello di accompagnamento. La scheda tecnica riportata nella sezione 2.7.6 riassume i termini dell'intervento sulle persone *care leavers*.

2.3.2.4 *Garanzia infanzia*

La Raccomandazione del Consiglio dell'Unione Europea del 14.6.2021, varata a seguito della Risoluzione del Parlamento Europeo del 2015, ha istituito una Garanzia europea per l'infanzia al fine di prevenire e combattere l'esclusione sociale garantendo ai bambini ed adolescenti a rischio di povertà o di esclusione sociale l'accesso effettivo a un'alimentazione sana e a un alloggio adeguata e l'accesso effettivo e gratuito all'educazione e cura della prima infanzia, all'istruzione (comprese le attività scolastiche), a un pasto sano per ogni giorno di scuola e all'assistenza sanitaria, con particolare attenzione anche alla dimensione di genere e a forme di svantaggio specifiche – quali i minori senza fissa dimora o in situazioni di grave deprivazione abitativa, i minori con disabilità, i

minori provenienti da un contesto migratorio, i minori appartenenti a minoranze razziali o etniche (in particolare Rom), i minori che si trovano in strutture di assistenza (in particolare istituzionale) alternativa; i minori in situazioni familiari precarie.

In sede comunitaria è anche stata prevista una riserva sull'ammontare complessivo della programmazione FSE+ (il 5%) destinata a finanziare le progettualità associate alla garanzia infanzia.

In allegato (sezione 2.7.7) si rende disponibile una scheda dettagliata sullo stato dell'arte della misura, che si pone come trasversale rispetto sia alle programmazioni e ai finanziamenti europei sia a quelli di livello nazionale e subnazionale.

2.4 Una programmazione integrata

Il FNPS costituisce solo una delle fonti di finanziamento nazionale del sistema dei servizi sociali territoriali, sia con riferimento alla presenza di altri fondi nazionali che al concorso delle risorse provenienti dai fondi comunitari.

Con riferimento agli altri fondi nazionali, al di là della specifica programmazione delle risorse del FNPS e della "specializzazione" dei fondi nazionali a finanziamento dei servizi territoriali, va considerata quale priorità imprescindibile l'adozione di un approccio il più possibile integrato nella programmazione dei servizi territoriali. In effetti, la disciplina dei singoli interventi assume sempre di più la necessità dell'integrazione – si pensi ai servizi di contrasto alla povertà e alla necessità di costituire equipe multidisciplinari a fronte di bisogni complessi ai sensi del D.Lgs. 147/2017, ma anche alle previsioni in attuazione del cd. "dopo di noi" o alle sperimentazioni in materia di vita indipendente o agli indirizzi per la costituzione dei comitati tecnici in materia di collocamento mirato. Con particolare riferimento all'integrazione col Fondo povertà, poi, va richiamato come ai sensi del D.Lgs. 147/2017 e del DL 4/2019 tutti i servizi associati alla presa in carico dei beneficiari del Rdc, compresi quelli di accesso o il pronto intervento sociale vadano a migliorare l'organizzazione generale dei servizi sociali, senza contare che la norma sugli incentivi all'assunzione di assistenti sociali contenuta nella L. 178/2020 concerne il generale rafforzamento dei servizi sociali senza imporre specifici vincoli. Con riferimento al Fondo per le non autosufficienze, si richiama in particolare il fatto che tutta la materia socio-sanitaria (in particolare azioni quali quelle considerate in questa sede relative ai PUA, alle dimissioni protette, alla valutazione multidimensionale) potranno vedere un concorso anche nell'ambito della nuova programmazione del Piano per le non autosufficienze. Vanno infine segnalate anche in questa sede le risorse aggiuntive, pure stanziare dalla L. 178/2020, specificamente destinate al rafforzamento dei servizi sociali territoriali nell'ambito del Fondo di solidarietà comunale.

Con riferimento ai fondi comunitari, nel triennio di programmazione si uniscono le code della programmazione comunitaria 2014-2020 al primo triennio della nuova programmazione 2021-2027. Conseguentemente, alle risorse dei piani regionali si aggiungono le residue risorse del PON Inclusione 2014-2020, del FEAD e del nuovo PON Inclusione 2021-2027 inserito nel nuovo FSE+ che ricomprende anche il programma FEAD. Va in particolare segnalato come gli interventi per le persone di minore età troveranno significativo finanziamento attraverso il vincolo tematico inserito nell'FSE+, che impone l'impiego almeno del 5% del totale del FSE+ ai fini delle azioni associate all'iniziativa comunitaria della "garanzia infanzia", concentrazione tematica minima che verrà per la massima parte garantita dai programmi operativi delle amministrazioni centrali.

Risorse significative destinate alle priorità indicate nella sezione precedente arriveranno anche dal PNRR in particolare da 3 azioni finanziate a valere sul progetto dell'area M5C2

Investimento 1.1: Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti, integrate da risorse del Fondo nazionale politiche sociali⁵:

- supervisione del personale dei servizi sociali, cui sono destinati, nell'ottica di programmazione del PNRR, 42 milioni di euro;
- dimissioni protette per quanto attiene specificamente alle prestazioni a carico dei servizi sociali territoriali, cui sono destinati, nell'ottica di programmazione del PNRR, 66 milioni di euro;
- interventi per la prevenzione dell'allontanamento familiare (P.I.P.P.I.) cui sono destinati, nell'ottica di programmazione del PNRR, 84,5 milioni di euro.

La tabella 2.1 riassume, per ciascuna delle aree prioritarie di intervento individuate nella sezione precedente le diverse fonti di finanziamento individuate indicativamente a valere sui fondi nazionali e sui fondi comunitari.

milioni di euro	2021		2022		2023		dal 2024	
	FNPS (2)	altre risorse (1)	FNPS (2)	altre risorse (1)	FNPS (2)	altre risorse (1)	FNPS (2)	altre risorse (1)
a) Azioni di sistema e altri interventi	192,962839		192,962839		192,962839		192,962839	
di cui:								
supervisione personale servizi sociali	11	14 PNRR	11	14 PNRR	11	14 PNRR	25	
dimissioni protette (solo interventi integrativi sociali)	10	22 PNNR, FNA	10	22 PNNR, FNA	10	22 PNNR, FNA	20	FNA
altro (comprese professioni sociali, PUA, valutazione multidimensionale, altre azioni di sistema,...)	172,962839	FNA	172,962839	FNA	172,962839	FNA	147,962839	FNA
b) Interventi per le persone di minore età	192,962839		192,962839		192,962839		192,962839	
di cui:								
Prevenzione dell'allontanamento familiare PIPPI	4	28,1 PNNR	4	28,2 PNNR	4	28,2 PNNR	15	PON Inclusione
Promozione rapporti scuola territorio (Get Up)		POC, PON Inclusione		POC, PON Inclusione		POC, PON Inclusione		POC, PON Inclusione
Garanzia infanzia	188,962839	Pon Inclusione	188,962839	Pon Inclusione	188,962839	Pon Inclusione	177,962839	Pon Inclusione
Altri interventi per le persone di minore età		POC, Pon Inclusione		POC, Pon Inclusione		POC, Pon Inclusione		POC, Pon Inclusione
Care leavers (in fondo povertà)								
c) Somme attribuite al Ministero del lavoro e delle politiche sociali, per la copertura degli oneri di funzionamento e delle assistenze tecniche finalizzati al raggiungimento degli obiettivi istituzionali	5		5		5		5	
Totale	390,925678		390,925678		390,925678		390,925678	
Note								
(1) Le altre risorse sono indicative, facendo riferimento, in un'ottica di integrazione, alle specifiche programmazioni degli altri fondi. Eventuali risorse aggiuntive provenienti dalle risorse europee potranno liberare risorse del Fondo povertà, che dovranno essere utilizzate dagli ambiti comunque coerentemente con l'allocazione per macrointervento. Ugualmente, laddove l'ambito persegue quelli che vengono individuati come livelli essenziali con altre risorse proprie, le risorse del fondo povertà potranno essere utilizzate per attività rientranti nel macrointervento.								
(2) Le prospettive dal 2024 sono oltre l'orizzonte di programmazione triennale e da intendersi, dunque, come meramente indicative.								

2.5 Gli ambiti di utilizzo del Fondo nazionale politiche sociali

La tabella 2.2 riassume gli impieghi del FNPS nell'orizzonte triennale di programmazione conseguenti al presente Piano, destinati alle Regioni e al Ministero del lavoro e delle politiche sociali per la copertura degli oneri di funzionamento e delle assistenze finalizzati al raggiungimento degli obiettivi istituzionali.

Si conferma la previsione, già concordata in sede di decreto di riparto del FNPS per l'anno 2020, di destinare il 50% delle risorse regionali agli interventi per le persone di minore età, delle quali si confermano 5 milioni destinate al programma P.I.P.P.I., che verrà, come detto, integrato, nell'ottica del riconoscimento come LEPS, dai fondi PNRR.

⁵ Nella Tabella 2.1 l'orizzonte di spesa del PNRR viene in questa sede convenzionalmente indicato sul triennio 2021-2024, con riferimento al fatto che la previsione di durata di ciascun progetto è triennale, non al periodo di effettiva implementazione.

Nell'ambito del rimanente 50%, una quota di 10 milioni sarà destinata a finanziare la supervisione del personale, mentre altri 10 milioni finanzieranno le dimissioni protette. Come detto, tali finanziamenti sono integrativi a quelli che verranno riconosciuti ai territori a valere sul PNRR.

Tabella 2.2 - Utilizzo del Fondo nazionale politiche sociali FNPS 2021 - 2023				
<i>milioni di euro</i>		2021	2022	2023
a) Azioni di sistema e altri interventi		192,962839	192,962839	192,962839
<i>di cui:</i>	<i>supervisione personale servizi sociali</i>	<i>10</i>	<i>10</i>	<i>10</i>
	<i>dimissioni protette (solo interventi integrativi sociali)</i>	<i>10</i>	<i>10</i>	<i>10</i>
	<i>altro (comprese professioni sociali, PUA, valutazione multidimensionale, altre azioni di sistema,...)</i>	<i>172,96284</i>	<i>172,96284</i>	<i>172,96284</i>
b) Interventi per le persone di minore età		192,962839	192,962839	192,962839
<i>di cui:</i>	<i>Prevenzione dell'allontanamento familiare PIPPI</i>	<i>4</i>	<i>4</i>	<i>4</i>
	<i>Promozione rapporti scuola territorio Get Up, Garanzia infanzia a altri interventi per le persone di minore età</i>	<i>188,962839</i>	<i>188,962839</i>	<i>188,962839</i>
	<i>Care leavers (in fondo povertà)</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
c) Somme attribuite al Ministero del lavoro e delle politiche sociali, per la copertura degli oneri di funzionamento e delle assistenze tecniche finalizzati al raggiungimento degli obiettivi istituzionali		5	5	5
Totale (2)		390,925678	390,925678	390,925678
<i>Note</i>				
<i>(1) A norma di legge può essere determinata puntualmente solo la quota del primo anno di ogni triennio, mentre le altre vanno quantificate nell'ammontare massimo pari a 180 milioni. In caso di quantificazione inferiore alla massima, le risorse residue saranno utilizzate ai fini degli altri servizi inseriti nella categoria Rdc.</i>				
<i>(2) Sarebbero 622 ma 3 milioni risultano al momento congelati dal MEF in quanto accantonati per iniziativa legislativa in corso di approvazione per il rafforzamento dei servizi diretti ai care leavers.</i>				

A decorrere dal 2013, sulla base di una proposta del Coordinamento delle Regioni, la programmazione a livello regionale delle risorse del Fondo avviene sulla base di macrolivelli e aree di utenza (vedi tabella di seguito). Tale struttura a matrice ha prioritariamente una funzione di delimitazione di "campo" – definitoria cioè del sistema degli interventi e dei servizi sociali – finalizzata anche alla successiva definizione di obiettivi di servizio. Si tratta, in particolare, di servizi di accesso e presa in carico, domiciliari, territoriali, residenziali e di sostegno al reddito e all'autonomia, rivolti alle aree dell'infanzia e dell'adolescenza (e più in generale delle responsabilità familiari), della disabilità e della non autosufficienza e della povertà ed esclusione sociale, con esclusione dei servizi di asili nido e dei servizi integrativi per la prima infanzia, che hanno recentemente trovato definitiva collocazione nel "sistema integrato di educazione e istruzione dalla nascita ai sei anni", ai sensi del D.Lgs. 65 del 2017, con proprie forme di finanziamento. Ciò non di meno, al di là della collocazione amministrativa, il sistema dei servizi socioeducativi per la prima infanzia è cruciale anche per l'organizzazione e gli esiti delle politiche sociali per l'infanzia, per cui andrà prevista una programmazione il più possibile integrata a livello territoriale.

Si ritiene, pertanto, che debba restare valido l'impianto del precedente Piano e, in particolare, il riferimento alla matrice di macrolivelli e aree di intervento su cui dal 2013 le Regioni programmano le risorse del Fondo (tabella 2.3), fatto salve le integrazioni che verranno apportate in relazione alle azioni individuate come prioritarie e ai LEPS individuati.

Tabella 2.3 - Ripartizione delle risorse tra macroattività*								
Macroattività		Area 1		Area 2		Area 3		Area 4
		Famiglia e minori	Anziani autosufficienti	Disabili	Anziani non autosufficienti	Povertà	Disagio adulti, dipendenze, salute mentale	Multitutenza
A.	Accesso, valutazione e progettazione							
B.	Misure per il sostegno e l'inclusione sociale							
C.	Interventi per favorire la domiciliarità							
D.	Centri servizi, diurni e semi-residenziali							
E.	Strutture comunitarie e residenziali							
F.	Azioni di sistema							

* Per la definizione puntuale degli interventi e servizi riferibili alle macroattività, si veda il decreto attuativo del sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali, di cui all'articolo 24, comma 8, del decreto legislativo n. 147 del 2017.

Con riferimento ai servizi per l'infanzia e l'adolescenza, l'articolazione del sistema degli interventi e dei servizi precedentemente esposta per macrolivelli e obiettivi di servizio è già declinata in termini di interventi per l'infanzia e l'adolescenza. A parte l'accesso e la presa in carico, con le caratteristiche di trasversalità tra aree di utenza già evidenziate, anche gli interventi per bambini e ragazzi hanno l'articolazione classica tra servizi domiciliari, servizi territoriali, servizi residenziali e sostegno economico. Fermo restando il riferimento alle linee di indirizzo già richiamate nella sezione 2.3.2 di questo capitolo in tema di affidamento familiare, di accoglienza in strutture residenziali e sull'intervento con bambini e famiglie in situazioni di vulnerabilità, e assunto che i servizi per l'accesso e la presa in carico abbiano le medesime caratteristiche descritte nel Piano Povertà, richiamando i principi e gli interventi declinati dalla L. 285/97, che resta comunque un punto di riferimento essenziale per l'articolazione e le finalità dei servizi, oltre che per l'utilizzo delle risorse, i sostegni all'infanzia e all'adolescenza da rafforzare o attivare a valere sulle risorse del FNPS, in aggiunta a quelli specificamente indicati nella predetta sezione 2.3.2, possono essere meglio specificati come nella tabella 2.4.

Tabella 2.4 - Sostegni all'infanzia e all'adolescenza - aree prioritarie (1)	
1. Interventi di sostegno al contesto familiare in cui vivono bambini e ragazzi	a) sostegno socio-educativo domiciliare
	b) sostegno alla genitorialità e servizio di mediazione familiare
	c) specifici sostegni in presenza di un bambino o una bambina nei primi mille giorni di vita
	d) attivazione sostegni innovativi (percorsi gruppal, famiglie/personone di appoggio, ecc.)
2. Interventi di sostegno ai contesti quotidiani di vita dei bambini e dei ragazzi	a) Nella scuola: interventi co-progettati e co-gestiti con gli insegnanti sia di gruppo, sia in équipe multidisciplinare per singoli alunni/studenti in condizioni di difficoltà/rischio
	b) Nel territorio: sostegni e servizi socio-educativi territoriali
3. Sistema di intervento per minorenni fuori dalla famiglia di origine	
<i>(1) Aggiuntivi rispetto agli specifici interventi individuati come prioritari.</i>	

2.6 Flussi informativi, rendicontazione e indicatori

Con riferimento agli indicatori e ai relativi criteri di riparto del FNPS tra le Regioni essi sono rimasti immutati sin dalla sua istituzione. Gli unici cambiamenti hanno riguardato le quote delle Province autonome di Trento e Bolzano, che a decorrere dal 2010 non concorrono più “alla ripartizione di fondi speciali istituiti per garantire livelli minimi di prestazioni in modo uniforme su tutto il territorio nazionale”, rendendosi successivamente necessaria una redistribuzione delle loro quote alle altre regioni. La storicizzazione dei criteri di riparto del FNPS è stata una scelta quasi obbligata, visto che non vi erano le condizioni per una definizione di un orizzonte comune degli interventi finanziati. L’eterogeneità della spesa sociale territoriale è andata riflettendosi anche nei diversi utilizzi del Fondo per aree di utenza e per tipologia di prestazioni. In tale situazione non è semplice individuare criteri comuni per individuare il fabbisogno di ciascun territorio. In tal senso, pur essendo avviato il percorso verso definizione dei LEPS, si ritiene che i criteri di riparto (tabella 2.5) debbano essere in principio confermati.

Relativamente all’erogazione delle risorse del FNPS, si conferma il meccanismo di:

- comunicazione al Ministero del lavoro e delle politiche sociali entro sessanta giorni dall’emanazione del decreto di riparto dell’atto di programmazione predisposto dalle Regioni, nel rispetto dei modelli organizzativi regionali e di confronto con le autonomie locali, sugli impieghi delle risorse complessivamente loro destinate, in coerenza con il Piano sociale nazionale;
- rendicontazione sugli utilizzi delle risorse ripartite ai sensi del Decreto interministeriale di riparto e secondo la percentuale di almeno il 75% su base regionale come previsto dall’art. 89 commi 1 e 2 del DL 34 del 19/05/2020, convertito in legge 17 luglio 2020, n. 77⁶.

⁶ Si ricorda che a decorrere dal 2021 l’erogazione è condizionata alla rendicontazione, nella specifica sezione del Sistema informativo dell’offerta dei servizi sociali, da parte degli Ambiti territoriali dell’effettivo utilizzo di almeno il 75%, su base regionale, delle risorse trasferite, fatta salva la facoltà della regione di curare direttamente la raccolta delle informazioni e alimentare direttamente il SIOSS per conto degli ambiti ai sensi dell’art. 8 del Decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali del 22.8.2019.

Tabella 2.5 - Percentuali di riparto regionale	
Regioni	Quota regionale di riparto (%)
Abruzzo	2,49
Basilicata	1,25
Calabria	4,18
Campania	10,15
Emilia Romagna	7,2
Friuli Venezia Giulia	2,23
Lazio	8,75
Liguria	3,07
Lombardia	14,39
Marche	2,69
Molise	0,81
Piemonte	7,3
Puglia	7,1
Sardegna	3,01
Sicilia	9,35
Toscana	6,67
Umbria	1,67
Valle d'Aosta	0,29
Veneto	7,4
TOTALE	100

Il Sistema informativo

A partire da maggio 2020 è stato messo a disposizione delle Regioni un applicativo, il registro degli Ambiti, con il quale i referenti regionali abilitati all'accesso aggiornano la composizione degli Ambiti territoriali sociali. L'informazione viene acquisita dall'ulteriore applicativo che è stato successivamente messo a disposizione delle Regioni e degli Ambiti per l'aggiornamento annuale delle informazioni individuate dal Decreto del Ministro del lavoro 22 agosto 2019, n. 103, attuativo del sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali (SIOSS). Il SIOSS rappresenta la componente più innovativa del Sistema informativo unitario dei servizi sociali, interamente gestita dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali e composta da due distinte banche dati: la banca dati dei servizi attivati e la banca dati delle professioni e degli operatori sociali. La banca dati dei servizi attivati è a sua volta articolata in: – anagrafe degli ambiti territoriali; modalità di esercizio della funzione socio-assistenziale e relative forme di attuazione; – sistema degli interventi e dei servizi sociali offerti; – moduli di approfondimento sulle caratteristiche dei servizi attivati per tipologia di intervento. In sede di prima applicazione, sono stati avviati i seguenti moduli:

- segretariato sociale;
- servizio sociale professionale;
- affidamento familiare;
- servizi residenziali per minorenni.

Inoltre, saranno a breve messi a disposizione degli ambiti specifici moduli per il monitoraggio dell'utilizzo delle risorse dei Fondi nazionali per il finanziamento del sistema degli interventi e dei servizi sociali, i cui contenuti informativi sono individuati nei Piani di cui all'art. 21, co. 6, del D.Lgs. 147 del 2017, ovvero nei rispettivi decreti di riparto.

La Banca dati delle professioni e degli operatori sociali è articolata in specifici profili professionali per ognuno dei quali si rilevano informazioni anagrafiche (genere e classe d'età), nonché informazioni relative alle tipologie di rapporto di lavoro e al monte ore settimanale. Tali informazioni sono aggregate a livello di ambito territoriale e riferite a tutti gli enti che nel territorio di competenza, indipendentemente dall'esercizio in forma singola o associata, sono titolari della funzione socio-assistenziale. Ulteriori informazioni di dettaglio sul lavoro professionale impiegato negli specifici interventi e servizi sono rilevate nei citati moduli di approfondimento.

Le problematiche che hanno limitato il popolamento delle banche dati del SIUSS gestite da INPS evidenziate nel paragrafo 1.7 sono particolarmente evidenti nel caso della banca dati delle valutazioni e progettazioni personalizzate. Difatti, la sperimentazione condotta sui moduli SINA e SINBA ha evidenziato le difficoltà degli enti nel reperire le molteplici e dettagliate informazioni richieste dai tracciati, nonché la carenza di risorse umane da destinare alla specifica attività di implementazione del Sistema, riguardante dati sensibili trattati esclusivamente dai servizi sociali. In un'ottica di ottimizzazione di tempo e risorse, è emersa l'esigenza, con particolare riferimento al SINA, di una più ampia cooperazione tra sistemi informativi e banche dati, allo scopo di evitare che una stessa informazione venga rilevata e inserita più volte in sistemi diversi. Inoltre, è da tener presente che mentre le informazioni inserite nel SINA sul soggetto preso in carico si collegano alle informazioni sulla prestazione allo stesso erogata, ciò non avviene per il SINBA, a seguito dei limiti posti dal Garante per la protezione dei dati personali in adempimento alle norme in materia di privacy, riguardando minori presi in carico dai servizi sociali, rispetto ai quali è necessario garantire la non identificabilità delle informazioni. Il meccanismo volto a garantire la non identificabilità dei minori presi in carico, ha determinato la mancanza di un qualsivoglia collegamento tra soggetto minorente beneficiario e prestazioni sociali effettivamente erogate allo stesso depotenziando fortemente la Banca dati di uno dei suoi contenuti informativi centrali.

2.7 Allegato: Schede tecniche

2.7.1 Scheda intervento: Punti unici di accesso

Denominazione dell'intervento: Punto Unico di Accesso PUA

Descrizione sintetica

Il Punto Unico di Accesso PUA si colloca nell'ambito del "welfare d'accesso" di Comunità, area alla quale nei diversi contesti locali sono associati diversi servizi in vario modo definiti come segretariato sociale, sportello sociale, porta unica di accesso, di cui il PUA si pone come servizio ad uno stadio più evoluto. Il PUA si pone come modello organizzativo finalizzato al benessere della persona, rispondendo ai bisogni dell'individuo quale LEPS.

Nell'acronimo PUA il termine "unico" non assume il significato di "esclusivo", ma di "unitario". Il PUA deve essere inteso non solo come luogo fisico ma anche come modalità organizzativa, come approccio multiprofessionale e integrato ai problemi del cittadino e di interfaccia con la rete dei servizi: servizi in rete presso i quali il cittadino può rivolgersi indifferentemente, nei quali viene effettuato il primo accesso alle prestazioni integrate dei diversi Servizi.

Il PUA è il luogo dell'accoglienza sociale e sociosanitaria: porta di accesso alla rete dei servizi e delle risorse territoriali e modalità organizzativa dei servizi di accoglienza e orientamento tra Comune/ATS e Distretto ASL, istituita per garantire pari opportunità d'accesso alle informazioni e ai servizi sociali e sociosanitari, a coloro che ne abbiano necessità. È finalizzato, pertanto, ad avviare percorsi di risposta appropriati ai bisogni della persona, superando la settorializzazione degli interventi e favorendo l'accesso integrato ai servizi, in particolare per coloro che richiedono interventi di natura sociale e/o sociosanitaria.

Sebbene a livello nazionale lo sviluppo dei PUA sia stato assicurato in modo prioritario nell'ambito dei servizi socio-sanitari rivolti alla non autosufficienza e alla disabilità, sempre di più negli ultimi anni i PUA estendono la propria competenza anche all'ambito dei Servizi rivolti all'inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità.

Obiettivi

- Promuovere, agevolare e semplificare il primo accesso ai servizi sociali e socio-sanitari, favorendo l'integrazione dei servizi sociali con quelli sanitari, in un'ottica di integrazione (o valorizzandola, ove già esistente). La caratterizzazione sociale di sportelli informativi e di orientamento va intesa come ampliamento delle informazioni non solo alla materia sociale ma alle opportunità inclusive e di partecipazione che la comunità locale esprime.
- Orientare le persone e le famiglie sui diritti alle prestazioni sociali e socio-sanitarie in una logica di continuità assistenziale e sulle modalità di accesso.
- Garantire un accesso unitario, superando la differenziazione dei diversi punti d'accesso, anche valorizzando l'apporto delle nuove tecnologie e degli obiettivi di digitalizzazione e interoperabilità dei diversi sistemi informatici.
- Assicurare e rafforzare l'integrazione tra il sistema dei servizi sociali e il sistema socio-sanitario del lavoro e della formazione assicurando sia il livello dell'accesso che la successiva presa in carico multidisciplinare, integrata anche con le reti della comunità locale. Assicurare l'integrazione diretta con altri servizi rivolti all'inclusione sociale, quali servizi per il lavoro e la formazione ed altre risorse di comunità.
- Promuovere la semplificazione e l'uniformità delle procedure, l'unicità del trattamento dei dati e la garanzia della presa in carico "globale" della persona da parte dei Comuni/ATS e

delle Aziende Sanitarie, con particolare attenzione ai servizi di supporto alla domiciliarità dell'assistenza.

Destinatari

Destinatari del PUA sono le singole persone e le famiglie residenti o temporaneamente presenti sul territorio che esprimono un bisogno sociale o sociosanitario, specialmente se in condizione di fragilità e vulnerabilità sociale e/o sanitaria.

Il PUA accoglie ogni istanza a prescindere dalla documentazione che certifica lo stato di bisogno, anche temporaneo, per uno snellimento delle procedure connesse.

Il PUA diventa il fulcro di competenze istituzionali con un ruolo attivo nel sistema integrato dei servizi alla persona anche valorizzando il ruolo del Terzo settore nella coprogettazione e ideazione di interventi e servizi.

Funzioni svolte

Per fornire risposte integrate complete e appropriate ai bisogni delle persone è fondamentale che la lettura del bisogno sia multidimensionale e la presa in carico multidisciplinare, ove opportuno.

Il PUA svolge le seguenti funzioni:

- attività di informazione e orientamento ai cittadini sui diritti, sui servizi e gli interventi del sistema locale sociale e sociosanitario (integrati anche con i servizi del lavoro e della formazione) e sulle opportunità inclusive e di partecipazione che la comunità locale esprime;
- accoglienza ed ascolto;
- raccolta della segnalazione, orientamento e gestione della domanda;
- decodifica della domanda ed analisi dei bisogni espressi e non espressi;
- attivazione degli altri referenti territoriali della rete formale dell'utente per eventuali approfondimenti della richiesta a garanzia di risposta da parte di un sistema integrato;
- prima valutazione dei casi;
- risoluzione dei casi semplici;
- avvio della segnalazione per la presa in carico delle situazioni complesse tramite l'attivazione dell'équipe multidisciplinare integrata ed integrazione con i servizi della rete territoriale;
- supporto nella definizione di un progetto personalizzato con l'individuazione degli interventi di supporto da attivare anche attraverso strumenti quali ad esempio il budget di salute;
- monitoraggio delle situazioni di fragilità sociale, socio-sanitaria e sanitaria, con l'obiettivo di poter creare percorsi preventivi e di diagnosi precoce rispetto all'insorgere della situazione problematica o dello stato di bisogno;
- attivazione di canali comunicativi con i MMG (medici di medicina generale) e i PLS (pediatra di libera scelta) per facilitare interventi integrati tra i servizi territoriali sociosanitari;
- promozione di reti formali e informali della comunità al fine di mantenere relazioni e collaborazioni sinergiche con gli attori sociali del territorio per la conoscenza dei problemi della comunità e delle risorse attivabili;
- raccolta dei dati e delle informazioni utili all'orientamento della programmazione dell'offerta dei servizi;
- aggiornamento della mappatura dei servizi e delle risorse sociali e socio-sanitarie disponibili nel territorio comunale (strutture, servizi e interventi);
- monitoraggio e valutazione di esito dei processi avviati.

Modalità operative e di accesso

Le funzioni del PUA sono articolate su tre livelli:

- Front office;
- Back office di I livello.
- Back office di II livello.

Front office

È possibile rivolgersi al PUA in modo diretto (personalmente negli orari di apertura al pubblico), oppure attraverso altri mezzi di comunicazione (telefono, mail o PEC), indirizzando la richiesta di accesso al front office del PUA. Il PUA prende in esame anche le segnalazioni e le richieste di intervento in favore di soggetti fragili, presentate da MMG/PLS, AA.GG., associazioni di volontariato, parrocchie e/o altri soggetti istituzionali o meno.

Back office I livello

Ogni richiesta accolta presso il PUA si conclude con una valutazione e con la proposta di relativo percorso. Nel caso di richieste “semplici”, direttamente risolvibili, al PUA compete l’orientamento e/o l’invio ai servizi individuati al riguardo. Per le situazioni “complesse” che non richiedono una presa in carico integrata, o l’attivazione di servizi integrati, ma che sono riconducibili a uno specifico ambito di pertinenza, il PUA provvede ad avviare il percorso di presa in carico, attivando direttamente i servizi necessari.

Back office II livello

Le problematiche ritenute dal PUA più articolate e complesse, invece, saranno riesaminate nel back office di II livello dai Responsabili Tecnici del PUA, rappresentanti dei diversi Enti coinvolti nella valutazione. Per le situazioni sociosanitarie complesse, che necessitano di percorsi fortemente integrati di presa in carico, i Responsabili tecnici provvederanno a comunicare alle rispettive Direzioni l’attivazione della equipe integrata multidisciplinare, individuandone le figure professionali necessarie, secondo quanto regolato da protocolli/accordi appositamente sottoscritti e vincolanti tra le parti.

Come già previsto per le fattispecie individuate dalle norme vigenti con riferimento ai beneficiari del Reddito di cittadinanza, la costituzione di equipe integrate multidisciplinari in presenza di situazioni sociosanitarie complesse (in particolare nei casi di maltrattamento/violenza, barbonismo domestico e marginalità estrema, persone o nuclei in condizione di elevata fragilità o multiproblematicità, persone non autosufficienti, persone con disabilità) costituisce obiettivo di servizio in vista della definizione di un LEPS da garantire su tutto il territorio nazionale.

Professionalità coinvolte

Ciascun ambito territoriale provvede a dotarsi di un *front office* organizzato in modalità base o modalità avanzata, con personale adeguatamente formato ed aggiornato, anche in ragione del fatto che il PUA deve orientare gli utenti verso servizi e procedure facenti riferimento a diversi ambiti ed Enti (servizi sociali, ASL, centri per l’impiego, centri di orientamento al lavoro, ecc.).

Il front office in modalità base deve prevedere la presenza di personale amministrativo formato appositamente per “filtrare” le istanze e i bisogni manifestati dalle persone, eventualmente supportati dalla presenza di un mediatore linguistico e/o culturale, laddove necessario o opportuno l’organizzazione del servizio.

Il front office in modalità avanzata deve prevedere, oltre al personale amministrativo (ed eventualmente al mediatore linguistico/culturale), la presenza di figure professionali quali assistenti sociali, eventualmente integrati con figure sanitarie, al fine di consentire una prima e celere valutazione del bisogno espresso o inespresso ma cogente.

Laddove l’Ambito territoriale possa organizzare unicamente il front office in modalità “base”, provvederà comunque a disciplinare organizzativamente il passaggio delle situazioni al back office

di secondo livello per le situazioni che necessitino di una valutazione tecnico-specialistica e/o dell'attivazione di una équipe integrata multidisciplinare.

L'équipe multiprofessionale è auspicabile che sia costituita dalle seguenti figure professionali: medici, infermieri, assistenti sociali, educatori, operatori sociosanitari/istruttori socioassistenziali, Amministrativi. Possono essere previste anche le figure dei mediatori linguistico-culturali.

Le Linee guida, gli accordi di programma e i protocolli di collaborazione tra Enti devono prevedere in modo specifico le risorse di personale sociale e sanitario assegnato a ciascun PUA.

Modalità attuative

Ogni territorio deve disporre di PUA sufficientemente pubblicizzati e facilmente raggiungibili, anche con modalità telematiche, al fine di facilitare i cittadini nell'accessibilità e nella fruibilità del servizio.

Le funzioni di *front office* e *back office* devono poter contare di strumentazione adeguata e di locali con spazi per il lavoro di équipe, stanza/e per i colloqui riservati, linea telefonica, collegamento internet e wi-fi, mail specifica, sistema informativo dedicato/pagina web dedicata/piattaforma di servizi on line e postazioni di lavoro munite di pc in numero adeguato al personale ivi impegnato.

Il PUA è realizzato e gestito congiuntamente dall'Ambito territoriale e dalle Aziende Sanitarie, ovvero dall'Ambito territoriale che concorda mediante protocolli o accordi modalità operative e di presa in carico con le Aziende Sanitarie per assicurare una responsabilità condivisa nella presa in carico successiva.

Il PUA è l'evoluzione dell'organizzazione di servizi di accoglienza (sportello sociale, segretariato sociale) già organizzati in ciascun ambito territoriale consentendo, in tal modo, l'accesso unificato a tutte le prestazioni socioassistenziali e sociosanitarie. A tal fine è opportuno che ciascun Ente individui dei Responsabili Tecnici del PUA che, insieme, possano:

- adottare, in sinergia, i provvedimenti necessari a garantire la qualità e la continuità del servizio, il conseguimento nei tempi stabiliti degli obiettivi specifici programmati, la risoluzione di eventuali problemi di natura tecnica, organizzativa e gestionale;
- valutare le richieste di attivazione dell'Unità di valutazione multidimensionale/equipe integrate multidisciplinari in presenza di situazioni complesse.
- Per favorire l'adeguato funzionamento dei PUA è necessario:
- individuare in ogni servizio una figura di raccordo con il PUA, formalmente nominata, per favorire lo scambio di informazioni e i contatti tra servizi;
- realizzare annualmente attività di formazione/aggiornamento di tutto il personale impegnato nel PUA, con particolare riguardo alla mappatura dei servizi territoriali, alle modalità di accesso e presa in carico da parte dei servizi territoriali di II livello e alla modulistica in uso agli stessi;
- ampliare e ottimizzare i percorsi integrati, attivabili dal PUA previa formalizzazione di procedure operative specifiche, modulistica condivisa e formazione al riguardo, al fine di garantire risposte più adeguate, complete ed efficaci ai bisogni delle persone;
- attuare idonea attività d'informazione e sensibilizzazione, sulle funzioni del PUA, rivolta agli operatori dei servizi sociali, sanitari, sociosanitari territoriali ed educativi, del Terzo settore e di altre istituzioni pubbliche e private;
- realizzare idonea attività di informazione, destinata all'utenza, sulle funzioni e l'ubicazione dei PUA, le modalità di contatto e accesso, i percorsi e i servizi attivabili tramite il PUA;
- individuare congiuntamente e adottare indicatori e strumenti di valutazione per il monitoraggio delle attività del PUA, la rilevazione della soddisfazione degli utenti e lo studio dei bisogni del territorio;

- garantire la supervisione professionale degli operatori impegnati nel PUA;
- promuovere l'utilizzo di un sistema informativo unico che permetta una presa in carico globale del cittadino, evitando la frammentazione e la duplicazione di azioni e interventi;
- disporre di un unico sistema informativo e/o di sistemi informativi in grado di dialogare o di essere interoperabili e che favoriscano l'implementazione di una banca dati sulle risorse sociali e socio-sanitarie disponibili nel territorio comunale.

Risorse

Alla definizione delle risorse di personale e finanziarie, individuate attraverso Protocolli di intesa e/o operativi a livello locale o altri strumenti devono concorrere sia il comparto sanitario e sia quello sociale, eventualmente con la compartecipazione della Quota servizi del Fondo povertà per il finanziamento del cd. Segretariato Sociale e delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali.

Costi per il cittadino

Il Servizio è gratuito.

2.7.2 Scheda LEPS Supervisione del personale dei servizi sociali

Denominazione del servizio LEPS:

Supervisione per gli operatori sociali.

Descrizione sintetica del servizio

La riflessione sull'importanza della supervisione nell'azione professionale e sulle competenze dell'assistente sociale ed in generale degli operatori sociali è largamente presente in letteratura sia in riferimento alla sua collocazione strategica nel sistema dei servizi, sia per le potenzialità che può esprimere in esso coerentemente con i livelli di responsabilità attribuiti.

La supervisione professionale si caratterizza come processo di supporto alla globalità dell'intervento professionale dell'operatore sociale, come accompagnamento di un processo di pensiero, di rivisitazione dell'azione professionale ed è strumento per sostenere e promuovere l'operatività complessa, coinvolgente, difficile degli operatori. È un sistema di pensiero-meta sull'azione professionale, uno spazio e un tempo dove ritrovare, attraverso la riflessione guidata e il confronto di gruppo, una distanza equilibrata dall'azione, per analizzare con lucidità affettiva sia la dimensione emotiva, sia la dimensione metodologica dell'intervento per ricollocarla in una dimensione corretta, con spirito critico e di ricerca.

L'oggetto del processo di supervisione professionale è fortemente connesso alla qualità tecnica degli interventi. Dal punto di vista professionale, con riferimento agli aspetti metodologici, valoriali, relazionali, deontologici ecc., l'obiettivo primario si identifica con il miglioramento della qualità delle prassi degli assistenti sociali e in generale degli operatori sociali.

In tale processo sono da prendere in considerazione anche elementi relativi al piano amministrativo delle procedure, nonché elementi propri del rapporto fra assistenti sociali/operatori sociali ed Ente, con il comune obiettivo finale di individuare le criticità emergenti e i possibili miglioramenti della qualità complessiva – professionale e amministrativa – del servizio reso a favore delle persone.

La relazione di supervisione ha come fondamento un rapporto empatico, di stima e di fiducia, si connota come sostegno e non giudizio ed è costruita sulla riservatezza su quanto emerge dal confronto all'interno del *setting*.

L'attività di supervisione consiste nell'analisi delle pratiche professionali messe in atto dagli assistenti sociali e in generale dagli operatori sociali. Il gruppo attiva una riflessione orientata prevalentemente al procedimento professionale sul piano metodologico, valoriale, deontologico e relazionale. L'approfondimento svolto è orientato a esplicitare i processi di pensiero soggiacenti alle scelte operate e alle azioni attivate e ad evidenziare problemi e alternative d'intervento.

Il presupposto dal quale iniziare un processo formativo attraverso la supervisione è l'individuazione delle "pratiche professionali messe in atto" che riconquistano senso e significato professionale, individuale e collettivo per contrastare, innanzitutto, forme di burocratizzazione dell'intervento professionale. Il fenomeno è ben conosciuto nei servizi; si manifesta con la ripetizione di azioni finalizzate al rispetto formale di pratiche burocratiche, frutto di conoscenze non più idonee all'analisi della complessa realtà sociale proposta dai fruitori dei servizi.

La supervisione ha lo scopo di aiutare il supervisionato ad assumere al meglio le funzioni esercitate nei confronti delle persone e dell'organizzazione, a sostenere un esame critico della propria attività, nella consapevolezza della pluralità dei metodi e dei percorsi possibili per la risoluzione dei problemi.

La supervisione non è:

- Controllo tecnico-amministrativo che ha per oggetto la regolarità del procedimento sul piano amministrativo in termini di requisiti di forma, di contenuto e di tempi di espletamento, in relazione a quanto prescritto dalle norme di legge e dai regolamenti. Il controllo tecnico-amministrativo si connota prevalentemente per la sua dimensione valutativa e di giudizio ed è compito precipuo delle organizzazioni e delle direzioni.
- Supervisione psicologica: la supervisione professionale di servizio sociale non prende in considerazione la dimensione psicologica individuale e le dinamiche relazionali tra i partecipanti perché non coerenti con il focus sulle prassi operative.

In sintesi, la supervisione professionale si configura come un peculiare profilo di confronto che riguarda la rielaborazione delle dinamiche relazionali e dei vissuti degli operatori sociali, attraverso un percorso di gruppo. Si tratta di un percorso di riflessione costruttiva rispetto alle difficoltà, alle fatiche e ai problemi, sia nell'ambito delle relazioni con le persone beneficiarie degli interventi professionali, sia con riferimento al contesto generale, all'organizzazione e al gruppo di lavoro.

Obiettivi

L'obiettivo generale è la garanzia di un servizio sociale di qualità attraverso la messa a disposizione degli operatori di una strumenti che ne garantiscano il benessere e ne preservino l'equilibrio.

Nello specifico gli obiettivi sono:

- Rafforzamento della identità professionale individuale;
- Elaborazione dei vissuti emotivi degli assistenti sociali e in generale degli operatori sociali;
- Ristrutturazione degli strumenti relazionali e comunicativi;
- Ridimensionamento della tendenza al fare e alla concretezza dei bisogni, sostenendo l'acquisizione o il consolidamento di competenze riflessive e autoriflessive;
- Sostegno al desiderio e al bisogno di prospettive, nella direzione della valorizzazione delle competenze, anche di programmazione, della professione;
- Dare spazio, attraverso l'esperienza di gruppo, alla riflessione condivisa;

- Valorizzazione, attraverso la possibilità di raccontarsi, delle strategie adottate, delle buone pratiche messe in atto, delle capacità di *problem solving* utilizzate;
- Orientamento dell'attività alla raccolta di dati e di stimoli, anche come base per future iniziative di sistematizzazione delle conoscenze e delle esperienze e ricerca.

Destinatari

- Assistenti sociali impiegati nei servizi sociali dell'Ambito territoriale.
- Altre figure professionali presenti nei servizi sociali territoriali (psicologi, educatori professionali, pedagogisti, educatori pedagogici, ecc.).

Funzioni

Compito fondamentale della supervisione è sostenere l'operatore sociale nell'elaborazione teorica, nel collegamento teoria-prassi, nell'identità professionale, nella rielaborazione dell'esperienza professionale, nella capacità di lavorare in gruppo, nella capacità di controllare i propri sentimenti per fare un uso di sé finalizzato alla professione, sul piano organizzativo-istituzionale, ovvero nella capacità di incidere sulle decisioni e di negoziare con l'organizzazione di appartenenza, sul piano tecnico-metodologico.

Professionalità coinvolte

Per lo svolgimento del compito complesso che gli è affidato, è necessario che il supervisore possieda alcune caratteristiche fondamentali in relazione anche al gruppo dei cd. Supervisionati.

In generale:

- Il supervisore deve essere appartenente alla stessa professione del gruppo di supervisionati in modo da favorire il rafforzamento dell'identità professionale degli operatori in percorsi di riflessione sull'azione professionale.
- Deve aver seguito percorsi formativi per diventare formatore e supervisore.
- Il supervisore deve possedere una capacità pedagogica e una attitudine formativa.
- Il supervisore deve aver approfondito i fondamenti teorici, metodologici ed etico-deontologici della professione e, in generale, del servizio sociale.
- Il supervisore stesso ha l'obbligo di percorsi specifici di formazione e supervisione.
- il supervisore può essere esterno all'organizzazione.

Supervisione di un gruppo composto da assistenti sociali:

Il supervisore di un gruppo composto da assistenti sociali deve essere in possesso del titolo di studio richiesto per l'iscrizione all'Albo degli Assistenti Sociali, essere regolarmente iscritto all'Albo degli Assistenti sociali, essere in possesso di tutti i requisiti di legge per l'esercizio della professione, con particolare riferimento agli adempimenti previsti dal D.P.R. 137/2012, aver maturato una comprovata esperienza nel lavoro sociale ed un'adeguata esperienza nella supervisione di assistenti sociali. Il supervisore può essere esterno all'organizzazione. La supervisione di tipo organizzativo rivolta alle équipes interprofessionali può essere condotta anche da altri professionisti in possesso di adeguata formazione ed esperienza.

Supervisione di un gruppo composto da educatori professionali o psicologi o altre figure professionali:

Possono essere organizzati anche, in aggiunta al livello minimo di ore di supervisione professionale e non in sostituzione, incontri di supervisione organizzativa. Il supervisore di un gruppo composto solamente da una di queste tipologie di professioni deve essere in possesso del

titolo di studio richiesto per l'iscrizione agli Ordini di rispettiva appartenenza, laddove previsti, e in tal caso esservi regolarmente iscritto, essere in possesso di tutti i requisiti di legge per l'esercizio della professione, con particolare riferimento agli adempimenti previsti dal DPR 137/2012, aver maturato una comprovata esperienza nel lavoro sociale ed un'adeguata esperienza nella supervisione della categoria di operatori sociali di appartenenza.

La supervisione di tipo organizzativo rivolta alle équipes interprofessionali può essere condotta da ciascuna delle categorie professionali presenti nell'équipe purché esterno ed in possesso dei previsti requisiti e di adeguata formazione ed esperienza. Il supervisore deve essere individuato per la competenza sulla tematica/ambito di intervento specifici e in possesso dei previsti requisiti e di adeguata formazione ed esperienza.

L'azione del supervisore è vincolata al segreto professionale ed al rispetto del Codice deontologico della professione di appartenenza. Il supervisore è tenuto a rendere una relazione finale ai committenti in cui indica, laddove presenti ed in accordo con il gruppo, criticità o problematiche rilevate. Il supervisore, nell'ambito della propria proposta progettuale, solitamente propone occasioni di supervisione individuale di almeno un'ora, qualora si rilevassero l'esigenza di un confronto su aspetti specifici o situazioni di problematicità.

Modalità operative

Il livello essenziale deve articolarsi in:

- Un obbligo per l'ente datore di lavoro di fornire, direttamente o per il tramite dell'ambito la supervisione per l'assistente sociale e per l'operatore sociale che svolge le funzioni di servizio sociale professionale di competenza dell'Ambito. Laddove a livello di Ambito ci sia un numero esiguo di operatori cui garantire la supervisione, la funzione può essere organizzata in forma associata con altro Ambito territoriale.
- Un diritto-dovere di supervisione professionale per il professionista che svolge le funzioni di servizio sociale professionale di competenza dell'Ambito sia in gestione diretta che in gestione esternalizzata.

La supervisione costituisce uno spazio che produce apprendimento non solo di soluzioni per l'oggetto di discussione, ma anche di un metodo riflessivo che il professionista potrà riutilizzare in autonomia o in gruppi autogestiti di colleghi. In questo senso la supervisione è un intervento che risponde alla logica della continuità, perché deve accompagnare nel tempo il professionista. Al tempo stesso richiede dei tempi di latenza perché il professionista metta in pratica quanto appreso in autonomia.

La supervisione intesa con le finalità sopra descritte, potrebbe anche puntare sulla messa a punto e la cura di tecniche e strumenti professionali innovativi di sostegno all'operatività. Potrebbe, inoltre, fornire una strumentazione per l'automonitoraggio dell'intervento professionale complessivo, migliorando anche l'azione organizzativa.

Si ritiene che possa essere utile individuare incontri di supervisione programmati ciclicamente. Un livello minimo o base potrebbe prevedere percorsi di gruppo indicativamente di 16 ore annue a cui affiancare momenti anche individuali o di supervisione in équipe.

In considerazione della composizione numerica degli assistenti sociali e degli operatori sociali presenti nei servizi sociali territoriali e/o dell'organizzazione dei servizi sociali, il percorso di supervisione professionale può essere organizzato sia dal singolo Comune, che dall'Ambito territoriale, sia in forma associata tra Ambiti.

La supervisione costituisce un diritto-dovere per il professionista sociale.

Essa può essere organizzata anche per target particolari (es. neoassunti, assistenti sociali coordinatori, ecc.).

La supervisione monoprofessionale può svilupparsi come attività individuale e/o di gruppo e/o per area di lavoro (es. area minori, area adulti, ecc.).

Essa può svolgersi sia in presenza, che con modalità telematica a distanza, in particolare con riferimento ad aree territoriali nelle quali la presenza di operatori sociali è meno concentrata.

Nella supervisione in gruppo monoprofessionale, questo dovrà essere composto da un numero indicativo massimo di 15 di operatori sociali supervisionati.

Gli incontri di supervisione non possono avere una durata inferiore alle 2 ore.

Il percorso di supervisione deve garantire continuità nel tempo ed un numero adeguato di incontri, la cui cadenza solitamente è mensile, ma può essere anche bimestrale come quindicinale.

In presenza di équipe multiprofessionali il percorso di supervisione potrà comprendere incontri di supervisione organizzativa, in aggiunta al livello minimo di ore di supervisione professionale e non in sostituzione, in cui saranno presenti oltre gli assistenti sociali anche le altre figure professionali presenti nel servizio (psicologi, educatori professionali, ecc.), al fine di lavorare sulle modalità di funzionamento dell'équipe.

L'attività di supervisione professionale può dare diritto al riconoscimento dei crediti ai fini dell'obbligo formativo, laddove previsto nei Regolamenti professionali di ciascuna professione coinvolta (assistenti sociali, psicologi, educatori professionali, ecc.).

Risorse

Per definire un'ipotesi di quantificazione economica di un livello essenziale di supervisione è necessario considerare che gli attuali percorsi strutturati vedono un costo orario minimo che oscilla tra i 100 ed i 120 euro/ora e un impegno orario annuo per gruppo indicativamente di circa 16 ore di attività e 15 ore complessive dedicate alla supervisione individuale.

Laddove non fosse necessario procedere ad utilizzare tutte le ore di supervisione individuale l'Ente potrà redistribuire le ore per utilizzarle per la supervisione di gruppo o per la supervisione organizzativa dell'équipe.

La supervisione di cui sopra può essere affiancata anche da un'attività di supervisione organizzativa dell'équipe, indicativamente per 6 ore aggiuntive annue.

Il costo annuo indicativo massimo per ciascun gruppo di supervisione (per un max di 15 operatori sociali) è di 4.750 euro comprensiva delle 6 ore di supervisione di equipe e di una quota forfettaria fissa per l'organizzazione e gli adempimenti connessi a carico del supervisore di circa il 7% per ogni percorso (310 €).

Tipologia di supervisione	Ore	Costo in €	Quota forfettaria per costi indistinti 7% in € (a titolo esemplificativo. Essa va calcolato sul totale delle ore effettivamente prestate)	Totale in €
Di gruppo	16	1920	134,40	2054,40
Individuale	15	1800	126	1926
Di équipe	6	720	50,4	770,4
Totale	37	4440	310	4750

Al finanziamento dell'attività, nella prospettiva del suo riconoscimento come LEPS, concorrono 42 milioni a valere sull'orizzonte del PNRR, specificamente previsti nell'ambito di una delle azioni finanziate a valere sul progetto dell'area M5C2 Investimento 1.1: Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti, integrate ove necessario da risorse del Fondo nazionale politiche sociali.

2.7.3 Scheda LEPS Dimissioni protette

Vengono distinte due tipologie di servizio, la prima rivolta all'utenza che può fare riferimento ad un domicilio e quindi "tornare a casa", la seconda rivolta all'utenza che non ha questa possibilità.

Denominazione: Dimissioni protette per utenza che può fare riferimento ad un domicilio.

Descrizione sintetica:

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

Va ricordato che il DPCM 12.1.2017 all'art. 22 prevede che il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. Le cure e l'assistenza domiciliari, come risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, secondo quanto previsto dal DPCM 14.2.2001 – "Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria".

Obiettivi:

- promuovere l'assistenza delle persone fragili e con perdita progressiva di autonomia, attraverso l'intercettazione precoce del bisogno e della iniziale fragilità garantendone la presa in carico sociosanitaria;
- contribuire a ridurre il numero dei ricoveri reiterati presso i presidi ospedalieri;
- aumentare il grado di appropriatezza e personalizzazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie;
- assicurare la continuità dell'assistenziale tutelare;
- favorire il decongestionamento dei Pronto Soccorso liberando risorse economiche, professionali e strumentali che possono essere utilizzate per la risposta al bisogno assistenziale delle persone fragili, contribuendo a rendere più efficiente ed efficace la spesa sanitaria a partire da quella ospedaliera;
- garantire un modello organizzativo gestionale omogeneo, unitario e continuativo nei

diversi ambiti territoriali per la gestione integrata e coordinata degli interventi a favore delle persone non autonome che permetta la permanenza più a lungo possibile presso il proprio domicilio;

- sostenere l'autonomia residua e il miglioramento dei livelli di qualità di vita, incrementando la consapevolezza e la responsabilità delle figure di riferimento della persona fragile, superando la logica assistenziale;
- uniformare i criteri di valutazione e accesso agli interventi/opportunità a favore delle persone fragili, creando anche nuove sinergie tra il pubblico, il Terzo Settore e il privato sociale volte a sviluppare strategie innovative per implementare e diversificare la rete dei servizi;
- rafforzare la coesione e l'inclusione sociale delle persone fragili e anziane nella vita della comunità di appartenenza.

Destinatari

Il target di riferimento è rappresentato da persone anziane non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità o persone infra sessantacinquenni ad essi assimilabili, residenti sul territorio nazionale, non supportate da una rete formale o informale adeguata, costante e continuata, per i quali gli interventi sono volti a sostenere il rientro e la permanenza a domicilio a seguito di ricovero ospedaliero o dimissione da una struttura riabilitativa o servizio accreditato.

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

Ciascun territorio regionale definisce i parametri minimi per l'accesso al servizio.

Funzioni svolte

Il DPCM 12.1.2017, contenente i nuovi LEA sanitari, al richiamato art. 22 declina le funzioni e i livelli di assistenza domiciliare:

“L'azienda sanitaria locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio.

Il bisogno clinico, funzionale e sociale è accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentano la presa in carico della persona e la definizione del 'Progetto di assistenza individuale' (PAI) sociosanitario integrato, fatto salvo quanto previsto dalle regioni e dalle province autonome in merito al comma 3, lettera a).

In relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari, si articolano nei seguenti livelli:

a) cure domiciliari di livello base: costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo; le cure domiciliari di livello base, attivate con le modalità previste dalle regioni e dalle province autonome, sono caratterizzate da un 'Coefficiente di intensità assistenziale' (CIA ⁽²⁾) inferiore a 0,14;

b) cure domiciliari integrate (ADI) di I livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale. Le cure domiciliari di primo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la 'presa in carico' della persona e la definizione di un 'Progetto di assistenza individuale' (PAI) ovvero di un 'Progetto riabilitativo individuale' (PRI) che definisce i

bisogni riabilitativi della persona, e sono attivate con le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia;

c) cure domiciliari integrate (ADI) di II livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50, in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale. Le cure domiciliari di secondo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la 'presa in carico' della persona e la definizione di un 'Progetto di assistenza individuale' (PAI) ovvero di un 'Progetto riabilitativo individuale' (PRI), e sono attivate con le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia;

d) cure domiciliari integrate (ADI) di III livello: costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al *care giver*. Le cure domiciliari ad elevata intensità sono attivate con le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico della persona e la definizione di un 'Progetto di assistenza individuale' (PAI). Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia.

Le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona. Le suddette prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale, erogate secondo i modelli assistenziali disciplinati dalle regioni e dalle province autonome, sono interamente a carico del Servizio sanitario nazionale per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per una quota pari al 50 per cento nei giorni successivi. Inoltre, le cure domiciliari sono integrate sempre da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale".

Pertanto, può essere individuato quale LEPS in ambito sociale quello per il quale al paziente in dimissione protetta devono essere assicurate, con spesa a carico del Comune per l'intervento del servizio sociale territoriale, oltre alle prestazioni già garantite quale LEA sanitario dal DPCM 12.1.2017 di cui all'art. 22, commi 4 e 5 le prestazioni sociali ad esse integrative e le prestazioni di assistenza "tutelare" temporanea a domicilio.

Modalità operative e di accesso:

Presso ciascun presidio ospedaliero è costituita una unità di valutazione – variamente denominata a livello regionale – composto da personale sociosanitario finalizzato alla valutazione dell'eleggibilità delle dimissioni protette. Al fine di integrare il servizio di dimissioni protette con i percorsi sanitari, socio-sanitari e sociali è necessario che il presidio ospedaliero segnali, anche attraverso il Piano individuale di assistenza integrata o piano di intervento sociosanitario personalizzato, le situazioni di fragilità a tale unità di valutazione al fine di garantire, anche, il

raccordo con il medico di medicina generale, il Distretto sanitario ed il servizio sociale, in armonia con la vigente regolamentazione a livello regionale.

In base alla valutazione il fabbisogno dell'assistenza familiare può essere ricompreso in una prestazione che va da un servizio non inferiore alle 6 ore giornaliere ad un servizio in continuità h 24, ove le condizioni alloggiative lo consentono.

Sulla base del Progetto, che definisce tempi e modalità delle prestazioni erogate e rivedibile mensilmente o almeno trimestralmente, possono essere fornite, in forma singola o integrata, all'utente le seguenti prestazioni di assistenza:

- Assistenza domiciliare: Interventi di supporto alla persona nella gestione della vita quotidiana e/o con esigenza di tutela, al fine di garantire il recupero/mantenimento dell'autosufficienza residua, per consentire la permanenza al domicilio il più a lungo possibile e ritardando un eventuale ricorso alla istituzionalizzazione, attraverso un sostegno diretto nell'ambiente domestico e nel rapporto con l'esterno. Costituiscono pertanto ambiti di intervento la cura e igiene della persona, prestazioni igienico-sanitarie di semplice attuazione, la cura e l'igiene ambientale, il disbrigo pratiche, l'accompagnamento a visite, la spesa e la preparazione dei pasti, l'aiuto nella vita di relazione, ecc.
- Telesoccorso: Installazione di un terminale sul telefono di casa, che mette in collegamento la persona 24 ore su 24 con una centrale operativa in grado di attivare un intervento immediato in situazioni di necessità. È necessario che il gestore metta a disposizione personale presente 24 ore su 24 presso la sede della centrale operativa, in grado sia di ricevere le telefonate ed attivare gli 3 opportuni interventi sia di effettuare telefonate "monitoraggio" ai soggetti in carico.
- Pasti a domicilio: Servizio di consegna pasti espletato direttamente presso l'abitazione dell'anziano. Il fornitore provvede direttamente al confezionamento e alla consegna a domicilio di pasti.

Professionalità coinvolte

Per la dimissione protetta è necessario definire una serie di interventi terapeutico – assistenziali (progetto assistenziale personalizzato) al fine di garantire la continuità assistenziale. La definizione del Progetto si realizza con l'intervento integrato dei professionisti dell'Ospedale, del Territorio, del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta e dei Servizi sociali comunali. Sono, inoltre, coinvolti, le figure professionali di Operatore socio-assistenziale (OSA) e di Operatore socio-sanitario (OSS).

Va evidenziata l'importanza fondamentale del Servizio sociale territoriale, che di fatto garantisce la continuità assistenziale con il proprio contributo professionale e ponendosi come riferimento per le famiglie e le strutture ospedaliere e private accreditate e l'ASL.

Risorse

Al finanziamento dell'attività, nella prospettiva del suo riconoscimento come LEPS, concorrono 66 milioni a valere sull'orizzonte del PNRR, specificamente previsti nell'ambito di una delle azioni finanziate a valere sul progetto dell'area M5C2 Investimento 1.1: Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti, integrate dalle risorse proprie e, ove necessario, da risorse del Fondo nazionale politiche sociali in concorso con le risorse del Fondo nazionale per le non autosufficienze e del Fondo nazionale sanitario.

Costi per il cittadino:

Il Servizio è gratuito.

Denominazione

Dimissioni protette per persone che non dispongono di un'abitazione.

Descrizione sintetica

Intese quali insieme di azioni che assicurano e facilitano il passaggio organizzato da un *setting* di cura ad un altro, al fine di garantire la continuità assistenziale, le dimissioni protette risultano essere di importanza fondamentale nei percorsi di cura delle persone in condizione di grave marginalità e senza dimora.

L'impossibilità di garantire *setting* di cura in assenza di domicilio impone che vengano individuate procedure specifiche riservate per questa fascia di popolazione caratterizzata da una particolare complessità legata al sovrapporsi di fragilità dovuta a emarginazione sociale, assenza di abitazione, e problemi di salute psicofisica.

Le dimissioni non programmate dopo un accesso al Pronto Soccorso o dopo un ricovero, spesso rischiano di vanificare il complesso lavoro effettuato dalle équipes di strada di "ricerca della *compliance*" da parte di soggetti bisognosi di cure ma che rifiutano il ricorso ai servizi sanitari ed ospedalieri.

Al fine di assicurare la continuità assistenziale postospedaliera sono state sviluppate diverse esperienze, spesso confluite in protocolli di collaborazione tra Servizi sanitari ospedalieri e territoriali, Servizi sociali ed Enti del Terzo settore. In particolare si fa riferimento ad esperienze sviluppate in alcune realtà nazionali.

In alcune di tali esperienze emerge un significativo coinvolgimento della componente di tipo solidaristico e di volontariato, seppure con contributi e sostegni comunali, mentre appare più residuale il coinvolgimento dei servizi sanitari nel loro complesso.

Occorre evidenziare comunque che l'individuazione di procedure e modalità specifiche non devono essere definite in chiave stigmatizzante e non pregiudicano la possibilità, qualora percorribile e ritenuta appropriata dai percorsi di valutazione, di accesso a diversi percorsi di cura, accoglienza e riabilitazione rivolte a tutta la popolazione (ad esempio istituti di riabilitazione extraospedalieri (IDR), strutture riabilitative di psichiatria, ricovero in hospice extraospedaliero, ecc.).

Target di utenza / destinatari

Persone senza dimora, o in condizione di precarietà abitativa, residenti o temporaneamente presenti sul territorio nazionale, che, a seguito di episodi acuti, accessi al pronto soccorso o ricoveri ospedalieri, necessitano di un periodo di convalescenza e di stabilizzazione delle proprie condizioni di salute.

Obiettivi generali

Migliorare la qualità di vita delle persone in condizione di povertà urbana estrema, promuovendo un approccio multidisciplinare di pianificazione della dimissione e delle continuità delle cure; ridurre non solo il periodo di ricovero ospedaliero, ma anche i ricoveri impropri, nonché la riacutizzazione delle patologie e il conseguente ricorso a nuovi accessi alla rete ospedaliera. E infine, di favorire l'integrazione tra i sistemi sanitario e sociale, incentivando la presa in carico nel sistema sociosanitario di persone che, normalmente, sfuggono ai canali ordinari di accoglienza.

Gli obiettivi specifici, in quanto applicabili, ricalcano quelli definiti nella scheda per il target generale.

Servizi ed interventi attivabili

Sul territorio nazionale, pertanto, dovrebbe essere garantito un livello essenziale delle prestazioni sociali che preveda l'attivazione di uno o più strumenti, già presenti sui territori, in maniera anche integrata, di seguito elencati:

- presidio interno alla struttura ospedaliera;
- riserva di posti in alcune strutture di accoglienza che preveda la permanenza fino al termine del periodo di convalescenza;
- intervento socio-sanitario presso il luogo di temporanea accoglienza (casa di ospitalità, struttura di accoglienza, comunità, alloggi di autonomia in convivenza).

All'interno di questi spazi di accoglienza devono essere offerti, a carico dell'Ente locale:

- presidio nell'arco delle 24 ore con l'apertura durante tutto l'anno;
- vitto, alloggio e lavanderia;
- oneri relativi alle utenze ed alla pulizia dei locali;
- sostegno nella cura ed eventuale riacquisizione dell'igiene personale;
- gestione della convivenza;
- monitoraggio dei comportamenti individuali e sostegno nella gestione di corrette modalità di relazione;
- individuazione di strutture adeguate alla persona al termine del periodo di convalescenza;
- presa in carico e attivazione di percorsi individualizzati di accompagnamento sociale in rete con i servizi territoriali;
- Resta a carico delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale l'offerta delle seguenti prestazioni:
 - visite mediche programmate o/e specialistiche (DSM, SERT, ecc.);
 - visite infermieristiche;
 - gestione e fornitura di farmaci.

Risorse

Come nel caso delle Dimissioni protette per utenza che può fare riferimento ad un domicilio.

Costi per il cittadino

Il Servizio è gratuito

2.7.4 Scheda LEPS Prevenzione allontanamento familiare - P.I.P.P.I.

Riferimenti normativi

L. 149/2001, *Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184*, recante “Disciplina dell’adozione e dell’affidamento dei minori”, nonché al titolo VIII del libro primo del Codice civile, che all’art. 2 recita: “Le condizioni di indigenza dei genitori o del genitore esercente la potestà genitoriale non possono essere di ostacolo all’esercizio del diritto del minore alla propria famiglia. A tal fine a favore della famiglia sono disposti interventi di sostegno e di aiuto” e prosegue all’art. 3: “Lo Stato, le regioni e gli enti locali, nell’ambito delle proprie competenze, sostengono, con idonei interventi, nel rispetto della loro autonomia e nei limiti delle risorse finanziarie disponibili, i nuclei familiari a rischio, al fine di prevenire l’abbandono e di consentire al minore di essere educato nell’ambito della propria famiglia (...)”

L. 285/1997, *Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l’infanzia e l’adolescenza*, che, all’art. 4, promuove “le azioni di sostegno al minore ed ai componenti della famiglia al fine di realizzare un’efficace azione di prevenzione delle situazioni di crisi e di rischio psico-sociale anche mediante il potenziamento di servizi di rete per interventi domiciliari, diurni, educativi territoriali, di sostegno alla frequenza scolastica e per quelli di pronto intervento”

L. 328/2000, *Valorizzazione e sostegno delle responsabilità familiari*, che, all’art. 22, esplicita che sono erogabili sotto forma di beni e servizi “gli interventi di sostegno per i minori in situazione di disagio tramite il sostegno al nucleo familiare di origine”, in quanto interventi che costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali;

le Linee di Indirizzo per l’Intervento con i bambini e le famiglie in situazione di vulnerabilità (MLPS, 2017)

i dati raccolti nel corso dell’implementazione del Programma P.I.P.P.I. fra il 2011 e il 2020 e sull’analisi della letteratura nazionale e internazionale

la Rec – Council of Europe, 19/2006 sulla genitorialità positiva.

la Rec – Council of Europe 112/2013 sull’importanza di rompere il circolo dello svantaggio sociale per garantire a tutti i bambini una buona partenza nella vita.

la Convenzione internazionale dei diritti dei bambini (ONU, 1989), ratificata dall’Italia con la L. 27 maggio 1991 n. 176, che all’art.9 afferma il diritto di ogni bambino a vivere con la propria famiglia e a mantenere i legami familiari e all’art. 20 afferma che: “Ogni fanciullo il quale è temporaneamente o definitivamente privato del suo ambiente familiare oppure che non può essere lasciato in tale ambiente nel suo proprio interesse, ha diritto ad una protezione e ad aiuti speciali dello Stato. Gli Stati parti prevedono per questo fanciullo una protezione sostitutiva in conformità con la loro legislazione nazionale”.

la Carta dei diritti fondamentali dell’Unione europea che si occupa all’art. 24 delle garanzie a tutela dei minori stabilendo che “ogni bambino ha diritto di intrattenere regolarmente relazioni personali e contatti diretti con i due genitori, salvo quando ciò sia contrario al suo interesse”.

la raccomandazione dell’ONU Guidelines for the Alternative Care of Children (2009), collegata alle indicazioni per una giustizia *child friendly* (European Commission, 2011), che fa riferimento alla necessità di attuare questo diritto anche in situazioni di vulnerabilità familiare, invitando gli Stati a sostenere ogni sforzo volto a preservare i legami tra i bambini e le loro famiglie curando i processi di mantenimento dei legami significativi per il bambino e i processi di riunificazione familiare.

la EU ChidRight Strategy 2021-2024 che comprende, fra l’altro la *Child Guarantee* e identifica come azione chiave “A collective effort aimed at supporting the development and strengthening of integrated child protection systems, which will encourage all relevant authorities and services to better work together in a system that puts the child at the centre”.

La definizione di un livello essenziale delle prestazioni è finalizzato a rispondere al bisogno di ogni bambino di crescere in un ambiente stabile, sicuro, protettivo e “nutriente”, contrastando attivamente l’insorgere di situazioni che favoriscono le disuguaglianze sociali, la dispersione scolastica, le separazioni inappropriate dei bambini dalla famiglia di origine, tramite l’individuazione delle *idonee azioni*, di carattere preventivo che hanno come finalità l’accompagnamento non del solo bambino, ma dell’intero nucleo familiare in situazione di vulnerabilità, in quanto consentono l’esercizio di una genitorialità positiva e responsabile e la costruzione di una risposta sociale ai bisogni evolutivi dei bambini nel loro insieme.

Tale livello essenziale intende inoltre garantire:

- equità di trattamento e pari attuazione dei diritti a bambini e famiglie che vivono in contesti territoriali diversi, pur in un quadro complessivo che valorizza le specificità regionali e la costruzione situata di risposte e approcci innovativi;
- superamento della frammentazione, delle mancanze di integrazione e cooperazione tra i diversi attori titolari degli interventi, delle rotture nei percorsi di presa in carico e quindi miglioramento della *governance* complessiva affinché siano garantite azioni realizzate in una logica non settoriale, ma trasversale e unitaria;
- effettiva prevenzione delle situazioni di trascuratezza e trascuratezza grave, maltrattamento e abuso, tramite azioni progettuali di promozione della genitorialità positiva come di azione tempestiva in caso di rilevazione di esse e quindi di protezione e tutela dei bambini.

Soggetti (target)

Le famiglie in situazione di vulnerabilità comprendono genitori con figli conviventi o meno, in età 0-17 anni, con particolare focus sulla fascia 0-6, che siano ancora titolari della responsabilità genitoriale, anche limitata, che sperimentano debole capacità nel costruire e/o mantenere l'insieme delle condizioni (interne e esterne) che consente un esercizio positivo e autonomo delle funzioni genitoriali. La vulnerabilità è infatti una situazione socialmente determinata da cui può emergere la negligenza parentale o trascuratezza, di forma e intensità diverse la quale indica la carente capacità di risposta ai bisogni evolutivi dei figli da parte delle figure genitoriali.

Le avversità che questi genitori sperimentano più frequentemente e che rendono necessaria l'introduzione nel loro contesto di vita di dispositivi di valutazione e accompagnamento alla funzione genitoriale sono annoverabili fra le seguenti: la povertà educativa (intesa come mancato accesso a risorse e servizi educativi per i figli e per i genitori), culturale (mancata o debole scolarizzazione incluso il non raggiungimento dell'obbligo scolastico, analfabetismo funzionale, difficoltà linguistiche, ecc.), materiale (status socioeconomico basso, mancato o debole accesso al mondo del lavoro e/o perdita del lavoro, con relativa assenza o debolezza e instabilità di salario, abitazioni precarie e/o insalubri, in zone particolarmente svantaggiate), sociale (mancato accesso a reti sociali formali e informali di supporto, in particolare per nuclei famigliari provenienti dalla migrazione) e sanitaria (condizioni perduranti di malattia fisica o mentale e/o disabilità di alcuni componenti del nucleo familiare, con i conseguenti carichi assistenziali e l'aggravamento dei compiti di cura): tali tipologie di povertà possono essere transgenerazionali e possono aver causato traumi nell'infanzia di questi genitori che possono spesso condurre a monogenitorialità, crisi di coppia con conseguenti violenze coniugali e eventuali transizioni dovute a separazioni e divorzi particolarmente conflittuali, adozioni particolarmente complesse, utilizzo non regolato di alcool e sostanze psicoattive, ecc.

Le *idonee azioni* da garantire sono:

- la realizzazione di un percorso di accompagnamento volto a garantire a ogni bambino una valutazione appropriata e di qualità della sua situazione familiare, con la relativa progettazione di un piano d'azione unitario, partecipato, sostenibile e multidimensionale e in un tempo congruo, definiti congiuntamente in équipe multidisciplinare con la famiglia.

L'équipe multidisciplinare responsabile del percorso di accompagnamento/ presa in carico della famiglia, per tutta la sua durata, assicura i seguenti elementi chiave:

- realizzare, con la partecipazione dei genitori, del bambino e di tutti gli attori coinvolti, l'analisi dei bisogni del bambino

- costruire il Progetto Quadro comprensivo delle azioni in maniera coerente con suddetta analisi
- realizzare le azioni progettate attraverso specifici dispositivi di intervento nei tempi definiti
- valutare il livello di raggiungimento dei risultati attesi in una prospettiva sia rendicontativa (capace di rendere visibile l'agire dei servizi all'esterno) sia trasformativa (capace di innovare e migliorare le pratiche sia dei servizi che delle famiglie).

All'interno dell'équipe i diversi professionisti:

- integrano i loro punti di vista per analizzare in forma completa e approfondita i bisogni e le potenzialità del bambino e per progettare in maniera condivisa gli interventi che possano rispondervi in maniera pertinente, in base alle competenze e agli strumenti del proprio specifico bagaglio professionale;
- dedicano attenzione alla costruzione delle condizioni e delle opportunità che possano favorire la reale possibilità dei genitori e dei bambini, anche se piccoli, di essere attivamente partecipi nei processi valutativi e decisionali che li riguardano
- verificano, attraverso l'analisi dei risultati, se l'intervento ha ottenuto i risultati desiderati e lavorano alla comprensione dei fattori relazionali, metodologici e organizzativi che hanno permesso il raggiungimento di tali risultati

La composizione dell'équipe si determina in funzione dei bisogni del bambino, secondo un criterio "a geometria variabile", per cui si prevede un gruppo costante di professionisti (équipe di base), che individua tra i propri componenti un responsabile del percorso con la famiglia, e da una serie di professionisti e di altre figure che si possono aggiungere di volta in volta e a seconda della situazione (équipe allargata).

La composizione dell'équipe di base prevede la presenza di:

- i componenti della famiglia (bambino e figure genitoriali);
- assistente sociale;
- educatore professionale;
- psicologo.

Laddove necessario, l'équipe allargata è arricchita dalla presenza di ulteriori componenti:

- professionisti dell'area sanitaria (*in primis* pediatra) e psicoterapeutica /psichiatrica/neuropsichiatrica che lavorano stabilmente con il bambino (psicologo, neuropsichiatra infantile se ha in cura il bambino e/o ne valuta periodicamente le competenze, ad esempio, per la certificazione di disabilità o di DSA ecc.);
- educatore/i dei nidi o insegnante/i della scuola frequentata dal bambino;
- eventuali altri professionisti che lavorano stabilmente con il bambino e/o con le sue figure genitoriali (operatore di riferimento del Centro diurno, professionisti dell'area della disabilità, nel caso di disabilità del bambino o di un componente della famiglia, curante del Ser.D. o del servizio di salute mentale per adulti, il medico di famiglia ecc.);
- persone (professionisti e non) appartenenti alla comunità di riferimento della famiglia (area del volontariato e dell'associazionismo sportivo, culturale, educativo, ricreativo ecc.).

Secondo la prospettiva multidisciplinare, i professionisti di area psicologica /neuropsichiatrica/psichiatrica e altri specialisti della terapia e riabilitazione, eventualmente coinvolti sulla base di bisogni specifici di tale natura di bambini e/o genitori, sono componenti dell'équipe in tutte le fasi del percorso di accompagnamento del bambino e della sua famiglia. Essi sono corresponsabili della costruzione e della valutazione del Progetto Quadro. Le attività svolte

nell'area psicologica/neuropsichiatrica/psichiatrica o da parte di altri servizi specialistici concorrono, in coerenza con le altre azioni programmate, al conseguimento degli obiettivi condivisi nel Progetto Quadro.

I dispositivi d'intervento costituiscono l'insieme delle azioni con le quali realizzare il Progetto Quadro condiviso nell'équipe multidisciplinare.

Un repertorio coordinato di dispositivi a favore del bambino e dei suoi genitori, finalizzato alla realizzazione del progetto condiviso e realizzato in un arco di tempo definito e in maniera intensiva, produce maggiori esiti positivi sul benessere dell'intero nucleo familiare rispetto ad un insieme di interventi frammentati e distribuiti in un periodo indefinito, non pianificato nella progettazione e non sottoposto a valutazioni periodiche.

I dispositivi sono da intendersi come un insieme articolato di interventi attraverso i quali si mette a disposizione un accompagnamento globale e intensivo alla famiglia, finalizzato alla sua emancipazione dall'aiuto istituzionale e alla riattivazione delle sue risorse interne ed esterne, in modo che la famiglia stessa possa gradualmente anche mettere a disposizione di altre famiglie l'esperienza realizzata nel percorso di accompagnamento.

Alcuni dispositivi d'intervento sono di tipo istituzionale, altri invece riguardano le azioni che consentono di valorizzare le risorse ricreative, culturali, sportive, artistiche, spirituali ecc. presenti in un territorio.

Si tratta di interventi interdisciplinari orientati alla prevenzione e alla promozione di capacità educative e organizzative delle figure parentali e eventuali altri *caregivers* e alla costruzione di ambienti sociali a misura di bambino e famiglia, entro un contesto plurale capace di garantire al bambino risposte ai bisogni di crescita, tutela della salute mentale e fisica e adeguata protezione, continuità e stabilità del suo percorso di crescita.

Sono garantiti dispositivi a favore sia dei bambini che delle figure genitoriali; sia di gruppo che individuali; sia di natura formale che informale e che insistono sulle dimensioni psicologiche, sociali, scolastiche, educative e di sostegno alle condizioni di vita.

Tali dispositivi sono:

- *il servizio di Educativa Domiciliare e/o Territoriale*, altrimenti definito di Educativa Familiare: è il dispositivo attraverso il quale gli educatori professionali, con specifica formazione socio-pedagogica, secondo quanto previsto dalle normative vigenti, sono presenti con regolarità nel contesto di vita della famiglia, nella sua casa e nel suo ambiente di vita, per valorizzare le risorse che là si manifestano e per accompagnare il processo di costruzione di risposte positive (competenze e strategie) ai bisogni evolutivi del bambino da parte delle figure genitoriali in maniera progressivamente più autonoma
- *la vicinanza solidale* rappresenta una forma di solidarietà tra famiglie che ha come finalità quella di sostenere un nucleo familiare attraverso la solidarietà di un altro nucleo o di singole persone in una logica di affiancamento e di condivisione delle risorse e delle opportunità. Si colloca all'interno del *continuum* delle diverse forme di accoglienza familiare, scegliendo intenzionalmente di valorizzare l'ambiente di vita della famiglia e del bambino, piuttosto che collocare il bambino temporaneamente o per alcune ore della giornata in un'altra famiglia. Si privilegia la dimensione informale dell'intervento e la creazione e/o potenziamento di reti sociali che potranno continuare ad essere presenti nella vita della famiglia anche dopo la chiusura dell'intervento istituzionale e in cui anche la famiglia che ha fruito dell'intervento potrà mettere a disposizione le risorse maturate grazie ad esso
- *i gruppi con i genitori e i gruppi con i bambini*: la finalità dell'attività in gruppo, grazie alla risorsa rappresentata dal contesto collettivo, è quella di rafforzare e ampliare le abilità relazionali e sociali dei partecipanti e in particolare le capacità dei genitori di rispondere positivamente ai bisogni evolutivi dei figli, secondo quanto è stato condiviso nel Progetto

Quadro. Sono invitati all'attività genitori e bambini seguiti dai servizi, sia in iniziative a loro specificamente dedicate, sia all'interno di azioni rivolte a tutte le famiglie promosse nella comunità territoriale in luoghi facilmente accessibili e non stigmatizzanti (incontri in nidi, scuole, Centri per le Famiglie, ludoteche, biblioteche ecc.)

- *il partenariato con i servizi educativi e la scuola*: promuovere lo sviluppo dei bambini e delle loro famiglie in una prospettiva di equità e giustizia sociale richiede una proficua collaborazione fra insegnanti, educatori e professionisti dei servizi sociali e socio-sanitari. È necessario promuovere occasioni di confronto e formazione sugli approcci, le metodologie e gli strumenti che scuola, servizi educativi e socio-sanitari hanno elaborato per valutare e progettare i propri interventi al fine di co-costruire un unico Progetto Quadro per ogni bambino. Questo dispositivo prevede il coinvolgimento della scuola e dei servizi educativi 0-6 anni dalle fasi che precedono l'avvio del percorso di accompagnamento. Il dispositivo adotta una prospettiva inclusiva e si articola in azioni che vedono il coinvolgimento del bambino, della classe e dell'intera comunità educativa o scolastica
- *il sostegno economico* che i Comuni erogano alle famiglie, in particolare attraverso la misura del Reddito di cittadinanza, rappresenta una forma di contrasto alla povertà e alla deprivazione economica, abitativa, lavorativa, educativa in cui si trovano numerose famiglie in situazione di vulnerabilità. Esso va garantito all'interno del Progetto quadro di cui sopra, nella prospettiva dei Patti di inclusione sociale di cui al D.Lgs. 147/2017.

2.7.5 Scheda intervento Promozione rapporti scuola territorio - Get Up

Riferimenti normativi

Legge 27 maggio 1991, n. 176, Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo, fatta a New York il 20 novembre 1989 Per quanto riguarda la Convenzione Onu, ci sono 42 articoli tutti dedicati ai bambini e agli adolescenti, quattro sono i **principi fondamentali** della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza che rilevano per la programmazione sociale nazionale e decentrata :a) **Non discriminazione** (art. 2): i diritti sanciti dalla Convenzione devono essere garantiti a tutti i minori, senza distinzione di razza, sesso, lingua, religione, opinione del bambino/adolescente o dei genitori. b) **Superiore interesse** (art. 3): in ogni legge, provvedimento, iniziativa pubblica o privata e in ogni situazione problematica, l'interesse del bambino/adolescente deve avere la priorità. c) **Diritto alla vita, alla sopravvivenza e allo sviluppo** del bambino (art. 6): gli Stati devono impegnare il massimo delle risorse disponibili per tutelare la vita e il sano sviluppo dei bambini, anche tramite la cooperazione tra Stati. d) **Ascolto delle opinioni del minore** (art. 12): prevede il diritto dei bambini a essere ascoltati in tutti i processi decisionali che li riguardano, e il corrispondente dovere, per gli adulti, di tenerne in adeguata considerazione le opinioni. Inoltre, in relazione alla promozione delle iniziative tra territorio e agenzie educative formali e informali si richiama in particolare l'art. 31 che promuove azioni volte a riconoscere ai bambini e ragazzi "il diritto al riposo ed al tempo libero, di dedicarsi al gioco e ad attività ricreative proprie della sua età e di partecipare liberamente alla vita culturale ed artistica" favorendo "il diritto del fanciullo di partecipare pienamente alla vita culturale ed artistica ed incoraggiano l'organizzazione, in condizioni di uguaglianza, di mezzi appropriati di divertimento e di attività ricreative, artistiche e culturali" quali fattori di inclusione e superamento delle disuguaglianze.

L. 285/1997, *Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza*, che, agli artt. 6 e 7, promuove "Art. 6. (Servizi ricreativi ed educativi per il tempo libero) servizi volti a promuovere e a valorizzare la partecipazione dei minori a livello propositivo, decisionale e gestionale in esperienze aggregative, nonché occasioni di riflessione su temi rilevanti per la convivenza civile e lo sviluppo delle capacità di socializzazione e di inserimento nella scuola, nella vita aggregativa e familiare" e Art. 7 (Azioni positive per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza) "a) interventi che facilitano l'uso del tempo e degli spazi urbani e naturali, rimuovono ostacoli nella mobilità, ampliano la fruizione di beni e servizi ambientali, culturali, sociali e sportivi; b) misure orientate alla promozione della conoscenza dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza presso tutta la cittadinanza ed in particolare nei confronti degli addetti a servizi di pubblica utilità; c) misure volte a promuovere la partecipazione dei bambini e degli adolescenti alla vita della comunità locale, anche amministrativa".

Legge 8 novembre 2000, n. 328, Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, che disegna un quadro normativo organico per la realizzazione di un sistema integrato di servizi sociali, che comprende

anche tutti gli interventi in favore delle persone minori di età, che all'art. 22. (Definizione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) al comma 2 individua tra i livelli essenziali delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi, anche "c) interventi di sostegno per i minori in situazioni di disagio tramite il sostegno al nucleo familiare di origine e l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare e per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza;" e al comma 4 tra le prestazioni da erogare "d) strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali;"

Legge n.148 del 25 maggio 2000: "Ratifica ed esecuzione della Convenzione n. 182 relativa alla proibizione delle forme peggiori di lavoro minorile e all'azione immediata per la loro eliminazione, nonché della Raccomandazione n. 190 sullo stesso argomento, adottate dalla Conferenza generale dell'Organizzazione internazionale del lavoro durante la sua ottantasettesima sessione tenutasi a Ginevra il 17 giugno 1999", che all'art. 7 richiede l'adozione di provvedimenti efficaci al fine di impedire che i minori siano coinvolti nelle forme peggiori di lavoro, garantire la loro riabilitazione e il loro reinserimento sociale, l'accesso all'istruzione, alla formazione professionale, a individuare i minori esposti a rischi particolari ed entrare in contatto diretto con loro, ponendo attenzione alla situazione particolare delle bambine e delle adolescenti.

Raccomandazione del Parlamento e del Consiglio d'Europa 18 dicembre 2006 sulle "Competenze chiave per l'apprendimento permanente", che ha posto le basi per un generale rinnovamento dei curricoli scolastici. Anche gli ordinamenti curricolari del nostro Paese ormai hanno accolto questa tendenza prevedendo competenze disciplinari, competenze sociali e trasversali per ogni ordine e grado di scuola. L'approccio didattico per competenze vuole rispondere a un nuovo bisogno formativo delle ragazze e dei ragazzi che vuol dire fornire ai giovani risorse culturali, sociali e strumentali con cui potranno affrontare positivamente le necessità che si troveranno davanti. L'approccio per competenze guarda alla scuola come uno degli ambiti privilegiati di esperienza, ma richiede anche la capacità di stabilire una forte connessione con la società, con la comunità locale per arricchire la sua offerta con le risorse di conoscenza e di esperienza che possono essere offerte da altri attori chiave.

Raccomandazione del Consiglio del 20 dicembre 2012 sulla convalida degli apprendimenti non formali e informale che intende valorizzare conoscenze, abilità e competenze che le i soggetti possono avere acquisito attraverso l'apprendimento non formale e informale, una forma di apprendimento che può svolgere un ruolo importante nel migliorare l'occupabilità nonché nell'accrescere la motivazione per l'apprendimento permanente.

la **Raccomandazione della Commissione, del 20 febbraio 2013**, Investire nell'infanzia per spezzare il circolo vizioso dello svantaggio sociale, nella quale si sottolinea che la prevenzione si realizza in modo efficace quando si concretizza attraverso strategie integrate che promuovano "occasioni per i minori di partecipare alla vita sociale e di esercitare i loro diritti, per consentire loro di realizzare pienamente il loro potenziale e aumentare la loro capacità di resistenza alle avversità", e si sollecita a "Riconoscere la capacità dei minori di agire sul proprio benessere e di superare le situazioni difficili (resistenza alle avversità), in particolare dando loro occasioni di partecipare ad attività di apprendimento informale al di fuori della famiglia e degli orari scolastici" attraverso l'integrazione tra le varie istituzioni e *agencies*".

Le indicazioni del "Nomenclatore degli interventi e servizi sociali" che nell'Area degli Interventi e servizi educativo-assistenziali individua gli interventi di Sostegno socio-educativo scolastico e Sostegno socio-educativo territoriale, collegati a strutture quali i Centri di aggregazione sociali e i Centri diurni di protezione sociale, nei quali promuovere l'inclusione e coordinare attività ludico-ricreative, sociali, educative, culturali e sportive, per un corretto utilizzo del tempo libero.

La **legge 107/2015**, attraverso la previsione di piani di studio "opzionali" e il deciso ampliamento delle attività di alternanza scuola-lavoro spinge la scuola verso percorsi sempre più adeguati, adattabili e cantierabili, a riscoperta e potenziamento anche delle vocazioni e valenze, territoriali e non, delle singole realtà economiche italiane.

Tenuto conto degli obiettivi della NEW SKILLS AGENDA FOR EUROPE lanciata dalla Commissione Europea a fine 2016, che pone l'accento sulla necessità di investire sullo sviluppo di competenze-chiave che integrino la strategia di apprendimento permanente di ogni Stato UE, per garantire l'equità sociale, mettendo in pratica il primo principio del pilastro europeo dei diritti sociali: accesso all'istruzione, alla formazione e all'apprendimento permanente per tutti, ovunque nell'UE, nonché per costruire la resilienza per reagire alle crisi, sulla base delle lezioni apprese durante la pandemia Covid-19. Tra le competenze trasversali da promuovere si individua anche il "senso di iniziativa e di imprenditorialità", definito come la "capacità di una persona di tradurre le idee in azione" da promuovere grazie alla combinazione tra percorsi di innovazione sociale, formazione e integrazione scuola e *agencies* di sviluppo.

Legge 20 agosto 2019, n. 92, Introduzione dell'insegnamento scolastico dell'educazione civica. Che all' Art. 8 "Scuola e territorio" promuove "esperienze extra-scolastiche, a partire dalla costituzione di reti anche di durata pluriennale con altri soggetti istituzionali, con il mondo del volontariato e del Terzo settore, con particolare riguardo a quelli impegnati nella promozione della cittadinanza attiva. [...] 2. I comuni possono promuovere ulteriori iniziative in collaborazione con le scuole, con particolare riguardo alla conoscenza del funzionamento delle amministrazioni locali e dei loro organi, alla conoscenza storica del territorio e alla fruizione stabile di spazi verdi e spazi culturali."

La strategia dell'UE per la gioventù costituisce il quadro di riferimento per la collaborazione a livello europeo sulle politiche condotte a favore dei giovani nel periodo 2019-2027. Si fonda sulla risoluzione del Consiglio del 26 novembre 2018. La collaborazione a livello dell'UE sfrutterà al massimo le potenzialità offerte dalle politiche per i giovani. Promuove la partecipazione dei giovani alla vita democratica, ne sostiene l'impegno sociale e civico e punta a garantire che tutti i giovani dispongano delle risorse necessarie per prendere parte alla società in cui vivono. La Strategia dell'UE per la gioventù si concentra su tre assi d'intervento centrali tra cui promuove un'attuazione trasversale coordinata: Mobilitare (mirare a una significativa partecipazione civica, economica, sociale, culturale e politica dei giovani), Collegare (per condividere le migliori pratiche e proseguire il lavoro su sistemi efficaci per la convalida e il riconoscimento delle abilità e delle competenze acquisite attraverso l'apprendimento non formale e informale, comprese le attività di solidarietà e di volontariato), Responsabilizzare (cioè incoraggiare i giovani a farsi carico della propria vita).

La Raccomandazione del Consiglio UE del 30 ottobre 2020 relativa a un ponte verso il lavoro, che rafforza la garanzia per i giovani e sostituisce la Raccomandazione del Consiglio del 22 aprile 2013 sull'istituzione di una garanzia per i giovani, nella quale si sollecita a rafforzare i sistemi di allarme precoce e le capacità di monitoraggio per individuare coloro che rischiano di diventare NEET, contribuendo nel contempo a prevenire l'abbandono dell'istruzione e della formazione (attraverso, ad esempio, un orientamento professionale nelle scuole, percorsi di apprendimento più flessibili e un apprendimento maggiormente basato sul lavoro), in collaborazione con il settore dell'istruzione, i genitori o i tutori legali, e le comunità locali e con la partecipazione dei servizi per i giovani e dei servizi sociali, sanitari e per l'impiego; nonché a *Sensibilizzare e comunicare in maniera adottando* canali di informazione e meccanismi di coinvolgimento moderni, adatti ai giovani e di carattere locale per attività di sensibilizzazione, con la partecipazione dei giovani, degli animatori socioeducativi, delle organizzazioni giovanili locali, delle famiglie e delle associazioni dei genitori.

La Carta dei diritti fondamentali dell'Europa Unione all'art. 24 della Carta menziona specificamente i diritti dei bambini, ma è importante ricordare che la Carta si applica ai bambini nella sua interezza, in quanto sono gli stessi esseri umani.

La Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle Regioni, Strategia dell'UE 2021-2024 sui diritti dei minori (COM(2021) 142 final) che contribuisce inoltre a realizzare il pilastro europeo dei diritti sociali e "riflette i diritti e il ruolo dei minori nella nostra società: i minori sono fonte di ispirazione e sono in prima linea nel sensibilizzare l'opinione pubblica sui cambiamenti climatici, sulla discriminazione e sull'ingiustizia. Non sono soltanto i cittadini e i leader di oggi, ma anche i leader di domani". Tutti i minori hanno il diritto di sviluppare le proprie competenze e i propri talenti principali, a partire dalla prima infanzia e durante tutto il loro percorso scolastico nonché durante la formazione professionale, anche in contesti di apprendimento non formale.

La Garanzia europea per l'infanzia (Child Guarantee), che integra la nuova Strategia della UE sui diritti dei minori invoca misure specifiche per i minori a rischio di povertà o di esclusione sociale. Tale proposta raccomanda agli Stati membri di garantire l'accesso a servizi chiave di qualità per i minori in stato di disagio: servizi di educazione e cura della prima infanzia, istruzione (comprese le attività scolastiche), assistenza sanitaria, alimentazione e alloggio.

Considerate le summenzionate premesse, si rende necessaria di un obiettivo tendenziale verso la definizione di un livello essenziale delle prestazioni finalizzato a rispondere ai bisogni di ascolto, partecipazione e inclusione sociale espressi da adolescenti e giovani nella loro faticosa transizione verso un'età adulta che a seguito della pandemia da Covid-19 si delinea sempre più complessa e densa di sfide. La pandemia ha colpito fortemente il benessere complessivo dei ragazzi e delle ragazze, tra i quali è stato registrato un aumento di ansia, stress e solitudine. Molti di loro non hanno potuto partecipare ad attività sportive, ricreative, artistiche e culturali essenziali per il loro sviluppo e il loro benessere.

Le esigenze cui dare risposta si declinano in alcuni punti cardine: lasciare autonomia decisionale ai ragazzi su cosa fare, ma soprattutto su come farlo; favorire lo sviluppo di nuove competenze da parte dei ragazzi e delle ragazze; creare sinergie nel territorio e promuovere la cittadinanza attiva; potenziare la partnership tra scuola e territorio come fattore di promozione dei diritti, di inclusione sociale e contributo a contrastare il rischio di fallimento e abbandono scolastico.

È evidente la necessità di ripensare i modelli d'intervento rivolti ad adolescenti alla luce dei mutamenti socioculturali, degli effetti di lungo periodo della crisi economica prodotta dalla

pandemia e dell'interesse a rilanciare politiche sociali in favore di questo target d'età anche in un'ottica preventiva.

La cornice normativa di riferimento sopra esposta indirizza alla promozione di interventi che si incardinano tra scuola e territorio, tra i due poli, infatti, è possibile dare vita ad un'ampia gamma di interventi che facciano perno su l'una o l'altra componente, attraverso servizi e interventi finalizzati alla sperimentazione di forme di auto-gestione e autonomia.

Entro questo contesto le idonee azioni da individuare mirano ai seguenti obiettivi:

- sviluppare maggiori potenzialità connesse all'*empowerment* e alla resilienza
- integrare l'intervento educativo in un contesto compiutamente socioeducativo orientato alla valorizzazione dell'ascolto, della flessibilità, della costruzione di alleanze e della promozione del protagonismo dei singoli e delle reti;
- valorizzare le possibili contaminazioni sul versante interdisciplinare, interprofessionale, inter-organizzativo e inter-istituzionale;
- favorire una comunanza di intenti fra tutti i protagonisti dell'educazione formale e non formale.

Le *idonee azioni* quindi possono svilupparsi in una tensione che vede l'esperienza educativa soprattutto in relazione all'esperienza scolastica e alle esperienze strutturate che nel territorio sono presenti, come, per esempio, le circoscrizioni, le associazioni, gli oratori; oppure soprattutto in relazione all'esperienza del territorio in un tempo extrascolastico.

I dispositivi d'intervento costituiscono l'insieme delle azioni con le quali realizzare gli obiettivi individuati e si distinguono in relazione alla loro natura trasversale o specifica. Si individuano due dispositivi-quadro:

- il patto socioeducativo locale per l'inclusione e la promozione dei diritti sociali delle nuove generazioni rappresenta uno strumento di programmazione e progettazione condivisa nel quale mettere in relazione le agenzie educative formali e non formali, i servizi e gli *stakeholders*.
- il gruppo di azione territoriale, che ha funzioni di accompagnamento alla realizzazione delle attività progettuali condivisione e verifica delle criticità e delle risorse. GAT saranno composti da referenti delle amministrazioni locali, rappresentanti dei docenti attivi nelle scuole coinvolte sul territorio, dei centri territoriali, rappresentanti delle ragazze e ragazzi impegnati nei progetti locali, facilitatore/i locale/i, rappresentanti dell'USR, dell'USP, del Terzo settore e del mondo cooperativo ed eventuali altri attori locali a supporto delle esperienze. I GAT sono strumenti attuativi del patto educativo locale.

I dispositivi esperienziali si distinguono invece a seconda che prendano avvio dalla scuola o dal territorio.

Nella scuola si sviluppano progetti che intersecano il territorio attraverso azioni di promozione culturale, rigenerazione urbana, cittadinanza solidale, inclusione sociale e prevenzione dell'abbandono scolastico attraverso la mobilitazione di insegnanti, studenti e studentesse che, grazie al supporto di figure di educatori nel ruolo di animatori/facilitatori realizzano esperienze innovative. L'idea progettuale parte dalla constatazione della difficoltà spesso riscontrata riguardo all'elaborazione in maniera autonoma di idee progettuali da parte dei ragazzi, il cui coinvolgimento appare confinato all'espressione di pareri, ma poco alla scelta di strategie e azioni. In una società sempre più composta da adulti e attraversata da crisi individuali e sociali e da una maggiore vulnerabilità dei contesti familiari e comunitari, il mondo degli adulti appare in difficoltà a rapportarsi con i cittadini in crescita, in particolare con gli adolescenti. I progetti devono valorizzare

il contesto scolastico come luogo ideativo di progetti che mirino a coinvolgere i territori e il tessuto locale in una prospettiva di utilità sociale e di rafforzamento del legame di cittadinanza.

Su questo versante le azioni idonee è opportuno che

- si fondino sul protagonismo effettivo dei ragazzi a partire dalla fase di progettazione e durante tutte le fasi dello sviluppo progettuale, con particolare attenzione ad assicurare la partecipazione attiva di ragazze e ragazzi disabili o in situazione di difficoltà (BES);
- utilizzino un approccio di tipo esperienziale, ad esempio con la promozione di servizi, attività, anche di tipo laboratoriale, gestiti dagli stessi ragazzi e orientati su propri interessi e attitudini;
- inseriscano le attività progettuali all'interno dei programmi di alternanza scuola –lavoro o comunque garantiscano la certificazione delle competenze acquisite;
- prevedano figure educative che abbiano prevalentemente funzioni di supporto e facilitazione nello sviluppo delle attività organizzate dai ragazzi e col ruolo di facilitare l'interconnessione e il dialogo tra loro, le istituzioni e la realtà locale;
- coinvolgano la comunità locale, creando reti di collaborazione delineandosi, quindi, come "progetti di comunità", stabilendo connessioni tra i ragazzi e le risorse del territorio (imprese locali e artigianali, scuola, attività commerciali legate al divertimento ecc.);
- favoriscano la partecipazione della comunità dei giovani, prevedano iniziative di educazione di strada, organizzazione di eventi, uso di canali di comunicazione innovativi (social, web ecc.);
- prevedano la redazione di un piano di sviluppo e di sostenibilità del progetto, anche dal punto di vista economico, nella prospettiva di una sua futura prosecuzione.

Le esperienze di autogestione e autonomia possono prodursi attraverso la costituzione di cooperative scolastiche o progetti di *service learning*, attuate dagli studenti e dalle studentesse che, attraverso un'organizzazione che li responsabilizzi anche sotto l'aspetto gestionale e organizzativo, potranno realizzare attività che abbiano una ricaduta sulla comunità locale.

Cooperative scolastiche e *service learning* si individuano quindi come due dispositivi coerenti per progettualità verso l'autonomia che partano dalla scuola.

La cooperativa scolastica è un'organizzazione del tutto simile a una "normale" cooperativa è dunque un luogo di sperimentazione di forme di democrazia, autogestione, collaborazione e solidarietà. Ogni CS dovrà avere uno Statuto e una struttura di *governance* interna strutturata su tre organi: Presidente (eletto dal Consiglio di amministrazione), Consiglio di amministrazione e Assemblea dei soci. Le ragazze e i ragazzi saranno aiutati nella stesura dello Statuto e accompagnati a esercitare le funzioni di governo e i processi decisionali attraverso gli organi statutari.

L'accompagnamento dovrà essere assicurato da insegnanti interni al contesto scolastico e da una o più figure di facilitatori dei processi di autonomia. Gli adulti dovranno rispettare l'autonomia progettuale degli adolescenti, proponendosi come figura di supporto in grado di favorire la realizzazione dell'idea progettuale anche attraverso una funzione di ponte verso altre istituzioni locali rilevanti ai fini dell'attuazione delle attività dei ragazzi.

Il *service learning* è una metodologia di insegnamento che combina lo studio, che avviene all'interno della scuola, con l'impegno in favore della comunità locale. Affinché si possa parlare effettivamente di SL occorre che questo legame non sia casuale o sporadico, ma che lo studio sia effettivamente finalizzato a dare un contributo alla soluzione di un problema reale della comunità locale. Il *service learning* è un'attività che consente agli studenti e alle studentesse di acquisire conoscenze e

competenze impegnandosi attivamente in una attività che affronta e cerca di risolvere un problema reale della comunità. Le attività di *service learning* dovranno essere un'opportunità per sperimentare pratiche di autonomia, collaborazione, rispetto e partecipazione, esse potranno essere sviluppate anche in accordo con centri aggregativi territoriali.

Infine, per quanto riguarda il versante scuola altro dispositivo idoneo indispensabile sono le risorse da destinare a ciascun progetto, affinché la promozione dell'autonomia possa essere esercizio concreto di scelta, processi di *problem solving* e assunzione di responsabilità gestionale.

Queste modalità di dare espressione alle politiche sociali rivolte agli adolescenti, segmento sociale spesso meno centrale negli interventi nazionali e locali, deve rispondere ad alcuni requisiti di qualità metodologica e progettuale che rispondono con coerenza al paradigma dell'autonomia e dell'inclusione sociale attiva:

- Partecipazione. I progetti dovranno vedere il coinvolgimento diretto dei ragazzi e delle ragazze in tutte le fasi dell'intervento, anche nelle fasi di valutazione partecipata con i beneficiari.
- Esperienza I progetti dovranno essere esperienze concrete e non simulazioni di impegno e dovranno favorire lo sviluppo e la maturazione di competenze trasversali che possano essere spendibili in un futuro formativo e professionale delle ragazze e dei ragazzi. Le esperienze, in relazione ai progetti locali, intendono facilitare incontri e rapporti tra gli adolescenti e referenti istituzionali, occasioni di formazione alla cittadinanza e di consolidamento del legame cittadino-amministrazioni pubbliche.
- Autonomia I gruppi di ragazze e ragazzi dovranno aver garantita una reale autonomia di ideazione e di realizzazione in attuazione del criterio "chiavi e soldi" da gestire con responsabilità condivisa e autodeterminazione.
- Utilità sociale. La definizione degli obiettivi dei progetti locali dovrà essere un'opportunità educativa, con processo che coinvolga i gruppi di ragazzi e ragazze a cui il progetto si rivolge e le amministrazioni locali, nell'ottica di sancire un impegno comune che deve prendere forma nel patto socioeducativo locale per dare risposta a particolari bisogni (ad esempio, riqualificazione di spazi urbani, valorizzazione delle risorse del territorio, contrasto alla dispersione scolastica, ecc.).
- Sperimentalità. I progetti locali non dovranno essere la riedizione passiva di esperienze passate, queste potranno rappresentare pratiche interessanti da suggerire come termine di confronto o base di partenza, tuttavia lo snodo cruciale sarà quello di valorizzare il capitale ideativo e innovativo dei ragazzi e delle ragazze che saranno coinvolti.
- Sostenibilità delle attività. Il progetto intende essere un'occasione di ampliamento stabile dell'offerta di opportunità socioeducative locali, è quindi importante che le scuole e le amministrazioni locali individuino dei meccanismi utili a dare stabilità dall'esperienza. Gli elementi che rendono l'azione sostenibile, riproducibile ed estendibile, sono la metodologia partecipativa e la formazione. Questi fattori permetteranno a tutti gli attori di utilizzare le conoscenze acquisite, la capacità di autogestione e di iniziativa per promuovere nuove iniziative.

Quando l'azione si sviluppa soprattutto in relazione all'esperienza del territorio in un tempo extrascolastico, dispositivi idonei sono, come indicato nel "Nomenclatore degli interventi e servizi sociali" Sostegno socioeducativo scolastico e Sostegno socioeducativo territoriale, collegati a strutture quali i Centri di aggregazione sociali e i Centri diurni di protezione sociale, nei quali

promuovere l'inclusione e coordinare attività ludico-ricreative, sociali, educative, culturali e sportive, per un corretto utilizzo del tempo libero.

Sono strutture variamente denominate ricomprese nella tipologia di servizi territoriali, si caratterizzano per essere molto visibili e inseriti nel territorio, nel quale svolgono anche attività di animazione di strada. Si configurano, quindi, come servizio aperto e dinamico, con un alto grado di flessibilità e adattamento, prendendo a prestito anche luoghi della città "altri" rispetto alla propria sede centrale. Questi servizi, rispetto alla fascia degli adolescenti rispondono alle esigenze di ragazze e di ragazzi che necessitano di un sostegno socioeducativo e sono caratterizzati da una pluralità di interventi basati su funzioni quali l'ascolto, il sostegno alla crescita, l'accompagnamento, l'orientamento.

Il servizio offre un sistema di opportunità di aggregazione all'interno di un contesto organizzativo caratterizzato da due approcci di uguale importanza: quello animativo e quello educativo. Da un lato, infatti, agisce come centro di tipo promozionale, attivo, orientato all'aggregazione tra coetanei e alla socializzazione culturale e, dall'altro, contribuisce al loro percorso formativo, all'apprendimento di competenze e abilità sociali.

In via prioritaria i destinatari sono minori appartenenti a famiglie in situazioni di difficoltà socioeconomica, esposti alla carenza di cure parentali, a rischio di esclusione sociale.

L'accesso può avvenire su indicazione dell'équipe del servizio, su segnalazione dei centri di servizi sociali territoriali, delle scuole del territorio, dei servizi sociosanitari dei distretti, delle diverse realtà operanti nel territorio.

Nel percorso di crescita dei ragazzi la possibilità di incontrare adulti in grado di promuovere relazioni significative, oltre a sostenere e accompagnare i loro processi di sviluppo individuale, rappresenta una grande opportunità e può fare la differenza nella loro storia.

Questi servizi propongono:

- possibilità di aggregazione finalizzata alla prevenzione primaria e secondaria di situazioni di disagio, attraverso esperienze di socializzazione tra ragazzi e di identificazione con figure adulte significative oltre a quelle già conosciute nel contesto scolastico;
- occasioni d'incontro e di socializzazione, percorsi educativi e di promozione sociale e culturale;
- occasioni per una positiva utilizzazione del tempo libero;
- attività per lo sviluppo di capacità creative e di modalità di espressione per la realizzazione di un nuovo ambiente di vita.

I dispositivi di questo tipo di servizio sono:

- il progetto educativo individualizzato per i ragazzi e le ragazze inserite a seguito di segnalazione da parte del servizio sociale. Il progetto viene concordato con i centri di servizio sociale territoriale e al suo interno sono precisati gli obiettivi, le strategie per raggiungerli, i tempi di attuazione, le fasi e i criteri di verifica, i compiti delle diverse figure professionali, le collaborazioni e gli apporti interistituzionali.
- il progetto educativo di gruppo, la programmazione rivolta al gruppo deve essere coerente con gli obiettivi del servizio e con gli obiettivi specifici prevalenti nei progetti individualizzati al fine di proporre attività mirate sia a sviluppare competenze o abilità specifiche, sia a far incontrare i ragazzi affinché si costruiscano tra loro dei legami, per realizzare un'esperienza di gruppo capace di integrare i singoli, di permettere ai ragazzi di imparare a stare con gli altri, di apprendere l'accoglienza delle diversità, di sperimentare la condivisione delle decisioni.

Le dimensioni sulle quali agiscono i dispositivi sono:

- La dimensione educativa di gruppo. Questa dimensione è curata sia attraverso la relazione tra ragazzo/a e figura educativa di riferimento, sia nell'ambito della relazione con il gruppo dei pari, mediante la strutturazione di uno spazio-tempo dedicato a offrire ai ragazzi e alle ragazze la possibilità di stare in gruppo con altri coetanei.
- La dimensione educativa individuale. Nella sua qualità di contesto educativo privilegiato per ragazzi e ragazze in condizione e/o a rischio di isolamento o di esclusione da contesti educativi convenzionali, il laboratorio opera predisponendo un piano educativo individuale e assicura agli stessi una frequenza di almeno 12 ore settimanali.
- La dimensione educativa nella relazione con le famiglie. È di particolare importanza creare uno spazio d'incontro con le famiglie perché possano collaborare e trovare sostegno alla propria azione educativa. Il rapporto con le famiglie, da un lato, rappresenta una chiave di lettura per capire e conoscere meglio i ragazzi, dall'altro, permette di elaborare proposte mirate e di collaborare insieme nell'intervento socioeducativo per un confronto sulle attività proposte.
- La dimensione educativa nell'animazione territoriale: abitare la strada. Il servizio sviluppa "lavoro di strada" finalizzato alla prevenzione del disagio, attraverso la promozione del benessere delle comunità locali e una specifica attenzione ai soggetti più esposti al rischio di intraprendere carriere devianti, il lavoro di strada agisce anche nell'ottica della riduzione del danno nei confronti di gruppi o singoli già inseriti in contesti di forte marginalità e devianza.
- Nella forma di laboratorio di educativa territoriale, questo è un servizio che si esprime sulle dimensioni dell'informalità, del gruppo di ragazzi, del lavorare in modo "leggero" (più di tipo animativo), della naturalità delle relazioni. Intreccia in modo del tutto particolare dimensione educativa e animativa dell'intervento sociale. È orientato verso l'autonomia e il cambiamento dei ragazzi, a partire da una forte vicinanza con il territorio, da un'elevata flessibilità e in ragione della possibilità anche di accesso libero e spontaneo.

Soggetti target

- ragazze e ragazzi dai 14 ai 18 anni delle scuole secondarie di II grado e dei centri di formazione professionale
- ragazze e ragazzi dai 14 ai 18 anni appartenenti a gruppi extrascolastici già istituiti (esempio centri aggregazione comunali)

Quando l'azione parte dalla scuola, essa si rivolge a tutta la popolazione giovanile come intervento di promozione del benessere preventivo rispetto a rischi di abbandono scolastico, esclusione sociale, aggravamento di specifiche vulnerabilità sociali.

Quando l'azione si impernia sul servizio territoriale, il target è costituito prevalentemente da ragazzi e ragazze in qualche modo già inseriti all'interno di percorsi di sostegno sociale e scolastico, ma non necessariamente solo loro.

Considerando che, prima della pandemia di Covid-19, i minori avevano già una più alta probabilità, rispetto agli adulti, di vivere in condizioni di estrema povertà e che, come conseguenza della pandemia, si stima che il numero di bambini che vivono al di sotto della soglia di povertà sia destinati a salire come già indicato dai primi dati del 2020 sulla povertà dai quali si ricava che la presenza di figli minori espone maggiormente le famiglie alle conseguenze della crisi, con un'incidenza di povertà assoluta che passa dal 9,2% all'11,6%, dopo il miglioramento registrato nel 2019. La stima preliminare per il 2020 dell'Istat vede l'incidenza di povertà tra gli individui con meno di 18 anni sale di oltre due punti percentuali (da 11,4% a 13,6%, il valore più alto dal 2005) per un totale di bambini e ragazzi poveri che, nel 2020, raggiunge 1 milione e 346mila, 209mila in più rispetto all'anno precedente. L'attuale pandemia ha acuito ulteriormente le disuguaglianze, e ha