

ALLEGATO C)

Sommario

Schede Obiettivo LEPS ASST	2
1. TRANSITIONAL CARE – DIMISSIONI/AMMISSIONI PROTETTE.....	2
2. TRANSITIONAL CARE – INCREMENTO SAD	4
3. VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E PROGETTO PERSONALIZZATO	6
4. PUNTI UNICI DI ACCESSO (PUA) INTEGRATI E UVM: INCREMENTO OPERATORI SOCIALI9	
5. SCHEDE LEPS Prevenzione dell’allontanamento familiare (Programma PIPPI)	11

Schede Obiettivo LEPS ASST

1. TRANSITIONAL CARE – DIMISSIONI/AMMISSIONI PROTETTE

Criticità o razionale del progetto	<i>Uno degli aspetti più critici, connessi con l'erogazione di un'assistenza sicura e di alta qualità, è rappresentato dal coordinamento e integrazione tra differenti strutture, tra varie unità operative e tra i diversi professionisti anche di una stessa organizzazione. In considerazione della complessità, multidisciplinarietà e multidimensionalità che contraddistingue la dimissione di un paziente fragile, si ritiene necessario definire un processo in grado di agevolare l'integrazione tra servizi e professionisti coinvolti, facilitando il percorso di continuità assistenziale della persona e della sua famiglia.</i>							
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI 1 prevenzione	LI 2 materno-infantile	LI 3 minori-adolescenti	LI 4 autonomia	LI 5 fragilità	LI 6 grave emarginazione	LI 7 PUA e UVM
	AT 1 Valutazione					X	X	X
	AT 2 Continuità dell'assistenza tra setting di cura	X				X		
	AT 3 Cure domiciliari					X	X	
	AT 4 Percorsi di integrazione con le cure primarie							X
	AT 5 Prevenzione e promozione della salute							
	AT 6 Telemedicina							
	AT 7 PIC cronici e fragili							
Destinatari specifici dell'intervento (target)	<i>Il target di riferimento è rappresentato da persone anziane non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità o persone infra sessantacinquenni ad essi assimilabili, residenti sul territorio nazionale senza fissa dimora afferenti al territorio, non supportate da una rete formale o informale adeguata, costante e continuata, per i quali gli interventi sono volti a sostenere il rientro e la permanenza a domicilio a seguito di ricovero ospedaliero o dimissione da una struttura riabilitativa o servizio accreditato.</i>							
Descrizione del servizio / progetto	<i>Le condizioni di non autosufficienza e/o di fragilità necessitano di interventi domiciliari e/o di dimissioni protette potenziati e ampliati. La risposta a tali bisogni deve essere flessibile, tempestiva e coordinata con altri servizi correlati. Il potenziamento passa attraverso un aumento della copertura, un maggiore raccordo con i servizi sociosanitari e ospedalieri e la istituzionalizzazione dei percorsi di presa in carico e di modelli innovativi. Occorre aggiornare i protocolli/procedure per le dimissioni protette, alla luce del ruolo assunto dalle COT, con tutti gli attori coinvolti: ASST, ATS e gli ETS, definendo Scopo, Destinatari, Azioni, Attori,</i>							

	<p><i>Tempi Responsabilità.</i></p> <p><i>Gli obiettivi del progetto "Transitional Care" possono essere così sintetizzati:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>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;</i> - <i>Contribuire a ridurre il numero dei ricoveri reiterati presso i presidi ospedalieri;</i> - <i>Aumentare il grado di appropriatezza e personalizzazione delle prestazioni;</i> - <i>Favorire il decongestionamento dei Pronto Soccorso;</i> - <i>Promuovere un modello organizzativo gestionale omogeneo e continuativo nei diversi ambiti territoriali del distretto per la gestione integrata e coordinata degli interventi;</i> - <i>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;</i> - <i>Uniformare i criteri di valutazione e accesso agli interventi/opportunità.</i> <p><i>Il LEPS delle Dimissioni protette richiede la necessaria integrazione con il Livello essenziale dell'assistenza sanitaria (LEA) delle Cure domiciliari.</i></p>	
Ambito territoriale di realizzazione	<i>Tutti i Distretti dell'ASST Valle Olona.</i>	
Attori/Enti coinvolti	<i>ASST, Cure Primarie, Ambiti Territoriali Sociali, Enti del Terzo Settore.</i>	
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	<i>Medici Specialisti, Medici del Distretto, IFeC, Assistenti Sociali.</i>	
Progettualità presente nel Piano di Zona e nel PPT	<ul style="list-style-type: none"> • Si PdZ • Si PPT 	
Anno Avvio / Anno Fine	<i>2025-2027</i>	
Indicatore e risultato atteso	<p><i>Si recepiscono integralmente gli indicatori individuati con la DGR 2167/2024 per ciò che concerne i LEPS: Servizi Sociali per le dimissioni protette e Incremento SAD.</i></p> <p><i>Indicatori Dimissioni protette</i></p> <p><u>Indicatore 1:</u> Aggiornamento protocollo/procedura per le dimissioni protette definito per assicurare la Transitional Care con la ASST di riferimento, ATS e gli ETS</p> <p>Anno 2025: Definizione protocollo unitario con aggiornamento e condivisione protocollo esistenti in sede di Cabina di Regia della ASST, costituita nei modi previsti dalla normativa vigente con la partecipazione, oltre che della ATS, dell'Ambito territoriale/Comuni, degli ETS e tutti i soggetti interessati</p> <p>Anno 2026: Monitoraggio applicazione del protocollo procedura</p> <p><u>Indicatore 2:</u> Numero utenti con bisogno di attivare servizi sociali territoriali che hanno beneficiato del servizio di dimissioni protette/Numero utenti con bisogno di attivare servizi sociali territoriali che hanno espresso il bisogno del servizio</p> <p>Anno 2026: ≥ 50%</p> <p>Anno 2027: ≥ 75%</p> <p><u>Indicatore 3:</u> Riduzione tempo medio di attesa della dimissione per il ritorno a domicilio</p> <p>Anno 2026: Tempo medio di attesa anno 2026 < Tempo medio di attesa anno 2025</p> <p>Anno 2027: Tempo medio di attesa anno 2027 < Tempo medio di attesa anno 2026</p> <p><u>Indicatore 4:</u> Riduzione tempo medio di attesa della dimissione per il ritorno in struttura residenziale</p> <p>Anno 2026: Tempo medio di attesa anno 2026 < Tempo medio di attesa anno 2025</p> <p>Anno 2027: Tempo medio di attesa anno 2027 < Tempo medio di attesa anno 2026</p> <p><u>Indicatore 5:</u> Incremento numero incontri formativi per caregiver familiari e/o assistenti familiari per</p>	

	<p>sostenere l'autonomia residua e il miglioramento dei livelli di qualità di vita delle persone fragili a domicilio</p> <p>Anno 2026: N incontri formativi per caregiver familiari e/o assistenti familiari svolti nel 2026 > N incontri formativi per caregiver familiari e/o assistenti familiari svolti nel 2025</p> <p>Anno 2027: N incontri formativi per caregiver familiari e/o assistenti familiari svolti nel 2027 > N incontri formativi per caregiver familiari e/o assistenti familiari svolti nel 2026</p> <p><u>Indicatore 6</u>: Incremento numero dimissioni protette gestite attraverso l'integrazione informativa e informatizzata tra ambito sanitario e cartella sociale informatizzata</p> <p>Anno 2026: N. dimissioni protette gestite attraverso l'integrazione informativa anno 2026 > N. dimissioni protette gestite attraverso l'integrazione informativa anno 2025</p> <p>Anno 2027: N. dimissioni protette gestite attraverso l'integrazione informativa anno 2027 > N. dimissioni protette gestite attraverso l'integrazione informativa anno 2026</p>	
--	--	--

2. TRANSITIONAL CARE – INCREMENTO SAD

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

	fragili						
Destinatari specifici dell'intervento (target)	<p><i>Il target di riferimento è rappresentato da persone anziane non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità o persone infra sessantacinquenni ad essi assimilabili, residenti sul territorio nazionale senza fissa dimora afferenti al territorio, non supportate da una rete formale o informale adeguata, costante e continuata, per i quali gli interventi sono volti a sostenere il rientro e la permanenza a domicilio.</i></p>						
Descrizione del servizio / progetto	<p><i>Le condizioni di non autosufficienza e/o di fragilità necessitano di interventi domiciliari e/o di dimissioni protette potenziati e ampliati. La risposta a tali bisogni deve essere flessibile, tempestiva e coordinata con altri servizi correlati.</i></p> <p><i>Il potenziamento passa attraverso un aumento della copertura, un maggiore raccordo con i servizi sociosanitari e ospedalieri e la istituzionalizzazione dei percorsi di presa in carico e di modelli innovativi. Occorre aggiornare i protocolli/procedure per le dimissioni protette, alla luce del ruolo assunto dalle COT, con tutti gli attori coinvolti: ASST, ATS e gli ETS, definendo Scopo, Destinatari, Azioni, Attori, Tempi Responsabilità.</i></p> <p><i>Gli obiettivi del progetto "Transitional Care" possono essere così sintetizzati:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>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;</i> - <i>Contribuire a ridurre il numero dei ricoveri reiterati presso i presidi ospedalieri;</i> - <i>Aumentare il grado di appropriatezza e personalizzazione delle prestazioni;</i> - <i>Favorire il decongestionamento dei Pronto Soccorso;</i> - <i>Promuovere un modello organizzativo gestionale omogeneo e continuativo nei diversi ambiti territoriali del distretto per la gestione integrata e coordinata degli interventi;</i> - <i>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;</i> - <i>Uniformare i criteri di valutazione e accesso agli interventi/opportunità.</i> <p><i>Il LEPS delle Dimissioni protette richiede la necessaria integrazione con il Livello essenziale dell'assistenza sanitaria (LEA) delle Cure domiciliari.</i></p>						
Ambito territoriale di realizzazione	Tutti i Distretti dell'ASST Valle Olona.						
Attori/Enti coinvolti	ASST, Cure Primarie, Ambiti Territoriali Sociali, Enti del Terzo Settore.						
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	Medici Specialisti, Medici del Distretto, IFeC, Assistenti Sociali.						
Progettualità presente nel Piano di Zona e nel PPT	<ul style="list-style-type: none"> ● Si PdZ ● Si PPT 						
Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027						
Indicatore e risultato atteso	<p><i>Si recepiscono integralmente gli indicatori individuati con la DGR 2167/2024 per ciò che concerne il LEPS Incremento SAD.</i></p> <p><i>Indicatori SAD</i></p> <p>Indicatore 1: Numero Progetti individualizzati SAD per anziani non autosufficienti ad alto bisogno assistenziale con piano individualizzato unico integrato con ambito sanitario/N Progetti individualizzati SAD per anziani non autosufficienti ad alto bisogno assistenziale</p> <p>Anno 2025: ≥ 50%</p>						

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

3. VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E PROGETTO PERSONALIZZATO

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

	Telemedicina							
	AT 7 PIC cronici e fragili							
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Nuclei con bisogni complessi beneficiari di misura ADI, con particolare attenzione a persone con problematiche connesse ai disturbi mentali, a dipendenze patologiche in carico ai servizi specialistici.							
Descrizione del servizio / progetto	Consolidamento e attuazione dei protocolli sottoscritti e vigenti tra ASST e Ambiti territoriali e nello specifico attivazione delle equipe multidisciplinari integrate tra Ambiti ed ASST su casi specifici che necessitano di una valutazione multidimensionale al fine della definizione di un patto per l'inclusione sociale e della presa in carico dei beneficiari, condividendo modalità operative (ex art. 2 accordo vigente)							
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	<i>Tutti i Distretti dell'ASST Valle Olona., Ambito di Sesto Calende e Ambito di Tradate.</i>							
Attori/Enti coinvolti	<i>ASST, Ambiti Territoriali Sociali, CPI, ETS, Volontariato e Associazionismo.</i>							
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Medici Psichiatri Psicologi, Infermieri Educatori Professionali Terapisti della riabilitazione Psichiatrica (TERP) Assistenti Sociali PLS MMG							
Progettualità presente nel Piano di Zona e nel PPT	<ul style="list-style-type: none"> • Si PdZ • Si PPT 							
Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027							
Indicatore e risultato atteso	<p>Indicatore: incremento numero EEMM attivate (pari al numero di incontri verbalizzati)</p> <p>2025 Incremento numero EEMM attivate >= 1</p> <p>2026 n. EEMM attivate anno 2026 > di EEMM attivate anno 2025</p> <p>2027 n. EEMM attivate anno 2027 > di EEMM attivate anno 2026</p> <p>Indicatore: numero incontri formativi svolti/numero incontri formativi previsti</p> <p>2025 >= 50%</p> <p>2026 >= 75%</p>							

	<p>2027 100%</p> <p>Indicatore: numero tipologie professionali che compongono le EEMM/numero tipologie professionali presenti nell'organizzazione, gestione ed erogazione dei servizi</p> <p>2025 >= 50%</p> <p>2026 >= 75%</p> <p>2027 100%</p>	
--	---	--

4. PUNTI UNICI DI ACCESSO (PUA) INTEGRATI E UVM: INCREMENTO OPERATORI SOCIALI

Criticità o razionale del progetto	<i>Garantire la costituzione di sistemi di servizi integrati negli ambiti territoriali secondo il quadro complesso dei bisogni espressi dagli individui e dalle comunità sviluppando il modello organizzativo del Punto Unico di Accesso (PUA).</i>							
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI 1 prevenzione	LI 2 materno-infantile	LI 3 minori-adolescenti	LI 4 autonomia	LI 5 fragilità	LI 6 grave emarginazione	LI 7 PUA e UVM
	AT 1 Valutazione	X	X	X	X	X	X	X
	AT 2 Continuità dell'assistenza tra setting di cura							
	AT 3 Cure domiciliari							
	AT 4 Percorsi di integrazione con le cure primarie							
	AT 5 Prevenzione e promozione della salute							
	AT 6 Telemedicina							
	AT 7 PIC cronici e fragili							
Destinatari specifici dell'intervento (target)	<i>I destinatari del servizio sono tutti i cittadini con bisogni sanitari, sociosanitari e sociali, prioritariamente le persone in condizioni di non autosufficienza o in condizione di grave disabilità e fragilità.</i>							

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

	<p>Anno 2026: ≥ 75%</p> <p>Anno 2027: 100%</p> <p><u>Indicatore: Incremento numero strumenti unitari di Distretto per la valutazione Multidimensionale condivisi tra ambito territoriale sociale e ambito sanitario</u></p> <p>Anno 2025: n. strumenti di valutazione unitari condivisi ≥ 1</p> <p>Anno 2026: n. strumenti di valutazione unitari condivisi anno 2026 > n. strumenti di valutazione unitari condivisi anno 2025</p> <p>Anno 2027: n. strumenti di valutazione unitari condivisi anno 2027 > n. strumenti di valutazione unitari condivisi anno 2026.</p> <p><u>Indicatore: Incremento numero persone in condizioni complesse prese in carico dalle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)</u></p> <p>Anno 2025: T0.</p> <p>Anno 2026: n. persone in condizioni complesse prese in carico dalle UVM anno 2026 > n. persone e/o nuclei familiari in condizioni complesse prese in carico dalle UVM anno 2025.</p> <p>Anno 2027: n. persone in condizioni complesse prese in carico dalle UVM anno 2027 > n. persone e/o nuclei familiari in condizioni complesse prese in carico dalle UVM anno 2026</p>	
--	--	--

5. SCHEDA LEPS Prevenzione dell'allontanamento familiare (Programma PIPPI)

Criticità o razionale del progetto	<p><i>Per la realizzazione di questo LEPS occorrerà prestare attenzione ai processi di presa in carico integrata ed alle connessioni tra i diversi enti, professionisti e realtà del terzo settore o della comunità educante, che a diverso titolo e con diversi focus sono chiamati a realizzare pratiche preventive degli effetti della vulnerabilità sullo sviluppo dei bambini. Sviluppare protocolli e accordi operativi che favoriscano la collaborazione e l'integrazione di funzioni e competenze.</i></p> <p><i>Condividere linguaggi e metodo di lavoro tra servizi sociali, sociosanitari e scuola.</i></p>							
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI 1 prevenzione	LI 2 materno-infantile	LI 3 minori-adolescenti	LI 4 autonomia	LI 5 fragilità	LI 6 grave emarginazione	LI 7 PUA e UVM
	AT 1 Valutazione	X	X	X		X		
	AT 2 Continuità dell'assistenza tra setting di cura							
	AT 3 Cure domiciliari							
	AT 4 Percorsi di integrazione con le cure	X	X	X		X		

	primarie							
	AT 5 Prevenzione e promozione della salute	X	X	X		X		
	AT 6 Telemedicina							
	AT 7 PIC cronici e fragili							
Destinatari specifici dell'intervento (target)	<p><i>I target di P.I.P.P.I. è costituito dalla negligenza familiare e quindi dalla povertà psico-socioeducativa ed economica, perciò il target, orientativamente, non comprende situazioni di abuso o gravi forme di maltrattamento, quindi comprende:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>bambini/e da 0 a 11 anni e dalle figure parentali di riferimento, con particolare attenzione alle famiglie con bambini in età 0-3 anni;</i> <i>bambini per il cui sviluppo si sono create condizioni considerate come pregiudizievoli e "preoccupanti"</i> <i>bambini che si trovano nelle condizioni precedenti, le cui famiglie sono anche beneficiarie del Reddito di Cittadinanza o di altri contributi economici, in particolare se nella fascia di età 0-3 anni;</i> <i>famiglie per le quali è in corso un progetto di collocamento dei figli all'esterno della famiglia, con le quali i servizi individuano le condizioni per avviare un programma di riunificazione familiare stabile al fine di favorire il rientro del bambino in famiglia (queste famiglie possono costituire mediamente il 20% delle famiglie incluse in ogni ATS);</i> <i>famiglie con figli da 11 a 14 anni (queste famiglie possono costituire mediamente il 20% delle famiglie incluse in ogni ATS).</i> 							
Descrizione del servizio / progetto	<p><i>Il programma PIPPI, mira a innovare e uniformare le pratiche di intervento per le famiglie in situazioni di vulnerabilità, al fine di prevenire il rischio di maltrattamento e l'allontanamento dei bambini. Si propone di coordinare in modo coerente i vari ambiti di intervento, considerando attentamente i bisogni dei bambini e integrando le prospettive di genitori e bambini stessi per sviluppare un'analisi e risposte adeguate e sensibili.</i></p> <p><i>PIPPI utilizza un metodo validato dall'Università di Padova, adottando un approccio olistico ed ecosistemico che considera la famiglia nella loro vita quotidiana. Questo modello opera in un contesto di servizi integrati, valorizzando ogni persona come fine a sé stessa e mirato al benessere complessivo delle famiglie, tenendo conto delle relazioni e delle dinamiche che influenzano le loro esistenze. La finalità è dunque garantire a ogni bambino un ambiente stabile e protettivo per prevenire disuguaglianze sociali, dispersione scolastica e separazioni inadeguate dalla famiglia. Questo richiede l'implementazione di azioni preventive che supportino non solo il bambino, ma anche l'intero nucleo familiare in difficoltà. Tali azioni promuovono una genitorialità positiva e responsabile, contribuendo a soddisfare i bisogni evolutivi dei bambini in modo integrato.</i></p> <p><i>I 5 Ambiti dell'ASST Valle Olona si pongono come obiettivo condiviso e sovrazonale la realizzazione di un accordo di rete con ASST per la realizzazione del LEPS cui seguirà la definizione di protocolli operativi.</i></p>							
Ambito territoriale di realizzazione	Tutti i Distretti dell'ASST Valle Olona e gli ambiti di Sesto Calende e Tradate							
Attori/Enti coinvolti	ASST, Cure Primarie, Ambiti Territoriali Sociali, Enti del Terzo Settore, ATS Insubria, Tribunale per i Minorenni e Tribunale per la Famiglia, Ufficio scolastico territoriale, CTI (centro Territoriale inclusione) e Scuole							
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	La composizione dell'équipe si determina in funzione dei bisogni. I professionisti dell'area sanitaria che a seconda dei casi possono essere coinvolti sono il PLS ed i medici specialisti (pediatra, neuropsichiatra infantile) e psicologi.							
Progettualità presente nel Piano di Zona e nel PPT	<ul style="list-style-type: none"> • Si PdZ • Si PPT 							

Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027	
Indicatore e risultato atteso	<p><i>Indicatore: Definizione Accordo di rete e protocolli ASST/Ambiti e relative procedure tra servizi</i> <i>Anno 2025 – Stesura dell'Accordo e protocolli ASST/Ambiti e relative procedure tra servizi</i> <i>Anno 2026 – Approvazione e Attivazione Accordo protocolli/procedure – applicazione del protocollo almeno sul 40% dei casi</i> <i>Anno 2027 – monitoraggio – implementazione con almeno il 50% dei casi</i></p> <p><i>Indicatore: Incremento numero nuclei famigliari presi in carico in ottica preventiva, anche ulteriori rispetto a PIPPI</i> <i>Anno 2026 – n. famiglie prese in carico 2026 maggiore di n. famiglie 2025</i> <i>Anno 2027 – n. famiglie prese in carico 2027 maggiore di n. famiglie 2026</i></p> <p><i>Indicatore: Incremento tipologia di soggetti coinvolti nell'Ambito dei Gruppi Territoriali</i> <i>Anno 2026 – n. enti coinvolti 2026 maggiore di n. enti coinvolti 2025</i> <i>Anno 2027 – n. enti coinvolti 2027 maggiore di n. enti coinvolti 2026</i></p>	