

Progetto
“Integrazione tra Sociale e Sanitario
nelle Case della Comunità in Lombardia”

Laboratorio Tematico 5: Coprogettazione di iniziative locali orientate a: promozione della salute comunitaria, informazione ai cittadini, salute e benessere dei giovani

RAPPORTO CONCLUSIVO

Redazione a cura di:

Antonella Albrighoni, Barbara D’Avanzo, Paola Duregon, Antonella Fiacchi, Maria Modena, Carla Piersanti, Eleonora Quarenghi, Elisabetta Rota, Sara Santagostino, Angelamaria Sibilano a nome dei partecipanti al Laboratorio

Milano, 31 Marzo 2026



Progetto Collaborativo

ANCI Lombardia – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, Milano



Indice

1. Elementi a supporto della funzione di coprogettazione che la Casa della Comunità deve svolgere secondo il DM 77
2. Effettivi spazi utilizzabili nella Casa della Comunità
3. Che cosa intendiamo per coprogettazione
4. Indicazioni per fare della Casa della Comunità luogo e motore di co-progettazione
5. Rilevanza delle esperienze di coprogettazione nell'area: aree di azione, obiettivi, protagonisti, risultati e ostacoli.

1. Elementi a supporto della funzione di co-progettazione secondo il DM 77/2022

Il contesto normativo entro il quale possiamo inquadrare l'attuale propensione alla co-progettazione come strumento per la messa a terra di servizi e progetti rivolti ai servizi alla persona (presa in carico, accompagnamento, tempo libero, etc.) nello scenario della sussidiarietà, è il seguente:

- Dlgs. N.267/2000 art. 3
- L. 328/00 art. 1
- Costituzione art.118 (Riforma)

Il Codice del Terzo Settore ha disciplinato i rapporti fra le Istituzioni pubbliche – Comuni, Piani di Zona, ASST, ATS – ed Enti del Terzo Settore (ETS); all'art.55 del DLgs. N. 117/2017 viene definito che le Pubbliche Amministrazioni nell'esercizio delle proprie funzioni di programmazione e organizzazione dei servizi e degli interventi all'interno delle comunità possono garantire "il coinvolgimento attivo degli ETS, attraverso forme di coprogrammazione e coprogettazione...la programmazione è finalizzata all'individuazione dei bisogni da soddisfare, degli interventi necessari, delle modalità di realizzazione degli stessi e delle risorse disponibili". La coprogrammazione pertanto riconosce agli ETS la piena partecipazione alla definizione delle politiche della comunità locale della quale gli stessi sono "osservatori" e rilevatori di bisogni, fragilità, risorse etc."

L'avvio della coprogettazione può avvenire o da parte delle Istituzioni per la realizzazione di progetti, interventi specifici oppure su stimolo degli ETS "come esito naturale del percorso di coprogrammazione" (ad esempio, i Centri per la Famiglia hanno come capofila un ETS e i soggetti pubblici sono partners).

La natura della co-progettazione è decisamente caratterizzata da una forte collaborazione fra i partners e non si riferisce più solo a "progetti sperimentali e innovativi" - vedi i Centri per la Famiglia – ma a tutti i settori di interesse generale indicati dal Codice del Terzo Settore.

Successivamente, il DM n. 72/2021, attraverso le Linee Guida attuative del rapporto tra Amministrazioni Pubbliche ed ETS, stabilisce la distinzione fra l'instaurazione di rapporti "collaborativi" e l'affidamento di appalti e concessioni di servizi, consentendo, nelle situazioni in cui siano possibili entrambi, che la Amministrazione Pubblica decida come procedere. Sempre nel Decreto Ministeriale viene ribadito l'aspetto della collaborazione che deve caratterizzarsi per "la convergenza di obiettivi e sull'aggregazione di risorse pubbliche e private per la programmazione e progettazione, in comune, di servizi e interventi diretti a elevare i **livelli di cittadinanza attiva, di coesione e protezione sociale, secondo una sfera relazionale che si colloca al di là del mero scambio utilitaristico.**"

La coprogettazione prevede necessariamente questi elementi:

- **Risorse economiche di tutti i partners**
- **Co-responsabilità nella realizzazione dei progetti**
- **Valutazione dei progetti**
- **Convenzione che impegna tutti i partners**
- **Carattere innovativo degli interventi**
- **Contaminazione fra enti che si scambiano competenze e buone prassi**
- **Valorizzazione di tutte le persone coinvolte (operatori e volontari)**

Il Decreto Ministeriale 77/2022 definisce il modello organizzativo e funzionale della sanità territoriale, indicando la Casa della Comunità come luogo privilegiato di integrazione sociale e sanitaria e di partecipazione attiva della comunità.

Gli elementi che supportano la funzione di coprogettazione sono:

- **Multidisciplinarietà:** la presenza di équipe multiprofessionali (medici di assistenza primaria, infermieri di famiglia e comunità, assistenti sociali, psicologi, operatori del terzo settore, specialisti attivabili a seconda della valutazione del singolo caso) consente di integrare diversi saperi in una logica di presa in carico unitaria e di promozione della salute e della prevenzione primaria collettiva.
- **Centralità della comunità:** la Casa della Comunità non è solo un luogo di erogazione di prestazioni, ma un nodo di coordinamento dei servizi territoriali, chiamato a coinvolgere cittadini, associazioni, volontariato. Questa rete potrebbe, tra le altre cose, supportare l'accoglienza e l'orientamento all'interno della Casa della Comunità.
- **Strumenti di governance:** il DM 77/2022 prevede funzioni di raccordo con i Comuni, le ATS/ASST, i Distretti e gli enti locali per una programmazione condivisa. I Distretti Socio-Sanitari attivano e svolgono periodici incontri degli Organismi Consultivi Distrettuali, a cui partecipano attivamente diversi attori della rete (referenti delle Aggregazioni Funzionali Territoriali dei medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta, Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, Responsabile e Referenti Ufficio di Piano e rappresentanti delle associazioni di volontariato).
- **Funzione di prevenzione e promozione della salute:** la Casa della Comunità è pensata per anticipare i bisogni, ridurre le disuguaglianze nell'accesso alle cure e attivare percorsi partecipati.
- **I Tavoli tematici di area** composti da istituzioni pubbliche (comuni, scuole, casa di comunità) e da soggetti del terzo settore e dell'associazionismo hanno la funzione di condividere bisogni, informazioni e strumenti e dai tavoli possono nascere veri e propri gruppi e reti di coprogettazione per specifici interventi.

Questi elementi creano le condizioni per la coprogettazione di interventi sociali e sanitari tra istituzioni, enti del Terzo Settore e cittadini, in continuità con quanto previsto dal Codice del Terzo settore (D.lgs. 117/2017).

2. Effettivi spazi utilizzabili nella Casa di Comunità

Il DM 77 non indica in dettaglio le caratteristiche fisiche delle Casa della Comunità, ma prevede che siano luoghi aperti, accessibili e polifunzionali, con aree dedicate anche a momenti non strettamente clinici.

Gli spazi che possono sostenere la coprogettazione sono:

- **Aree comuni e sale riunioni:** destinate a tavoli di lavoro partecipativi, assemblee cittadine, incontri di programmazione e formazione. Questi spazi diventano luogo per attività laboratoriali, informative o di prevenzione.
- **Spazi di accoglienza e orientamento:** punti di ascolto dei cittadini che possono diventare luoghi di raccolta dei bisogni.
- **Gazebo diffusi** come punti di informazione, divulgazione e conoscenza reciproca tra Casa della Comunità e cittadini. Essi rappresentano anche uno strumento utilizzabile in modo estemporaneo.

3. Che cosa intendiamo per coprogettazione

Per coprogettazione intendiamo un metodo di collaborazione tra istituzioni pubbliche e Terzo Settore che, alla luce del Codice del Terzo Settore (D.lgs. 117/2017 – Legge Orlando), non si configura come un appalto o una concessione, bensì come un processo condiviso per definire, programmare e realizzare interventi di interesse generale.

La Corte Costituzionale, qualificando l'istituto della coprogettazione, l'ha definita come modello che «non si basa sulla corresponsione di prezzi e corrispettivi dalla parte pubblica a quella privata, ma sulla convergenza di obiettivi e sull'aggregazione di risorse pubbliche e private per la programmazione e la progettazione, in comune, di servizi e interventi diretti ad elevare i livelli di cittadinanza attiva, di coesione e protezione sociale, secondo una sfera relazionale che si colloca al di là del mero scambio utilitaristico» (sentenza n. 131 del 2020). Scegliere di impiegare questi strumenti significa tenere conto delle diverse complessità e culture organizzative.

Per coprogettazione va anche intesa l'organizzazione di iniziative volte al coinvolgimento dei cittadini e della comunità nella progettazione dei servizi, al fine di garantire risposte ai bisogni e alle preferenze delle persone. Le iniziative sono volte al coinvolgimento degli assistiti, dei familiari/caregiver e delle loro associazioni rappresentative nella progettazione dei percorsi di cura. La collaborazione congiunta di questi attori può generare soluzioni appropriate e innovative in risposta ai bisogni dei cittadini e della comunità.

La coprogettazione nelle Case della Comunità si riferisce a un approccio collaborativo nella progettazione e nello sviluppo di spazi comuni, servizi e attività e implica il coinvolgimento attivo di più parti interessate, quali cittadini, professionisti (architetti, designer, assistenti sociali, psicologi, educatori, ecc.), stakeholder locali (associazioni, imprese locali, ecc.).

Obiettivo della coprogettazione è creare spazi e servizi che rispondano effettivamente alle esigenze e ai desideri degli utenti finali, migliorandone la qualità della vita e il senso di comunità.

La coprogettazione può includere attività come workshop e laboratori di progettazione partecipata, interviste e sondaggi con gli utenti, sviluppo di buone pratiche e soluzioni innovative, più efficaci e sostenibili, poiché si basano sulla conoscenza diretta delle esigenze degli utenti.

I principi che sostengono la coprogettazione sono:

- il coordinamento, che implica un contatto regolare tra gli operatori;
- la collaborazione, che significa ripartizione dei compiti;
- la cooperazione, che significa aderire allo stesso progetto e lavorare tutti insieme per un obiettivo comune.

4. Indicazioni per fare della Casa della Comunità luogo e motore di coprogettazione

Per rafforzare la funzione della Casa della Comunità come motore di coprogettazione, è necessario affrontare i seguenti punti:

- **Che cosa manca oggi**
 - un sistema stabile di raccolta e analisi dei bisogni (osservatori territoriali, strumenti di ascolto strutturati);
 - metodologie condivise di valutazione dell'impatto;
 - momenti di formazione congiunta per operatori sanitari, sociali e realtà del Terzo Settore;
 - l'individuazione di figure che svolgano con regolarità attività di coordinamento e che agevolino i vari attori coinvolti a portare avanti il progetto a cui hanno aderito in coerenza con i principi che lo ha ispirato;
 - momenti di confronto e di reciproca conoscenza che aiutino i vari professionisti a definire insieme sia le rispettive cornici di intervento sia le prassi condivise con le quali interfacciarsi e svolgere un efficace lavoro di équipe.

- **Che cosa devono portare gli attori**
 - Terzo Settore: competenze operative, innovazione, prossimità ai cittadini;
 - Enti Filantropici: risorse economiche, vision, modelli esterni;
 - Associazioni: reti di volontariato, radicamento sul territorio, capacità di intercettare i bisogni informali;
 - Cittadini: esperienze dirette, disponibilità a partecipare a percorsi di ascolto, coprogettazione e valutazione;
 - Istituzioni: rilevare presso i Punti Unici di Accesso delle Case della Comunità i bisogni semplici e complessi dei cittadini, con valutazione da parte di figure professionali sanitarie e sociali. I cittadini devono essere indirizzati al PUA, sede in cui portare i propri bisogni di salute per poter attivare i servizi necessari. I PUA delle Case della Comunità saranno integrati con assistenti sociali di ambito per lavorare in modo sempre più integrato con i comuni.
- **Identificazione dei bisogni del territorio**
 - con il coinvolgimento comuni, ambiti territoriali, ATS e ASST, reti associative e cittadini;
 - attraverso focus group, laboratori partecipativi, questionari di comunità, osservatori permanenti.
- **Suggerimenti di lavoro partecipato**
 - attivare tavoli di coprogettazione tematici nelle Case della Comunità;
 - introdurre figure di facilitatori per garantire equilibrio tra gli attori;
 - prevedere piani di lavoro condivisi con obiettivi e indicatori di risultato;
 - sviluppare rendicontazione trasparente e comunicazione costante con la comunità.

È sempre più necessario trovare dei momenti di confronto e spazi di condivisione che coinvolgano tutti i livelli e che, non solo siano attivi in fase di coprogrammazione e coprogettazione, ma che accompagnino tutti i soggetti coinvolti nel percorso complessivo attraverso un monitoraggio costante e dedicato.

CRITICITÀ: l'interazione fra i partners può non essere equilibrata a causa del timore della perdita del proprio specifico ruolo, di veder ridotta l'autonomia di azione e il riconoscimento del contributo di ciascuno, di essere "manovrati" da chi coordina. Occorre sviluppare una maggiore fiducia reciproca tra attori del pubblico (anche tra gli operatori appartenenti a servizi diversi) e del privato: il pubblico non annulla il privato e il privato riconosce strategie, capacità e strumenti del pubblico.

Collaborare è difficile, è faticoso, è oneroso: aprire un tavolo che faccia la coprogettazione in maniera agevole e produttiva richiede energie positive da parti di tutti e laddove gli attori sono tre o quattro è assolutamente necessario governare il processo e avere una figura esterna che aiuti a governarlo.

IPOTESI DI CORREZIONE DELLE CRITICITÀ: prevedere la presenza del *facilitatore indipendente o di operatori esperti in strategie collaborative e di relazione*. Queste figure accompagnano i partecipanti a valutare ipotesi di lavoro, le alternative possibili e tenere la barra sulla finalità e il risultato finale del progetto.

Compiti del facilitatore:

- rispetto delle regole da parte del gruppo di lavoro
- favorire un clima di lavoro accogliente e rispettoso
- garantire il non giudizio e il rispetto delle proposte di ognuno

- definire i tempi futuri per il cambiamento sociale prefigurato
- incoraggiare le persone ad esporre il proprio personale punto di vista
- evitare le sovrapposizioni fra i partecipanti
- mantenere attenzione, ascolto reciproco
- favorire l'utilizzo di un linguaggio alla portata di tutti
- utilizzare la tecnica della riformulazione (mutuata dal counseling), anche con testi scritti.

Sostanzialmente – come avviene anche nei gruppi di auto-mutuo aiuto – il facilitatore ha il compito di “generare e sostenere uno spazio dialogico in cui potersi incontrare e ragionare insieme su preoccupazioni condivise e facilitare la comunicazione e la riflessività tra le persone interessate e motivate a farvi fronte per il bene della propria comunità”¹.

4. Rilevanza delle esperienze di co-progettazione: aree di azione, obiettivi, protagonisti, risultati e ostacoli.

4a. Nell'area metropolitana di Milano le esperienze di CuraMI&ProteggiMI mostrano la rilevanza della co-progettazione in diversi ambiti:

- **Aree di azione:** prevenzione sanitaria, sostegno psicosociale, accompagnamento delle famiglie vulnerabili, protezione delle persone fragili.
- **Obiettivi:** costruire percorsi di presa in carico personalizzati, avvicinare i servizi ai cittadini, rafforzare la comunità come rete di protezione, sviluppare una cultura di salute partecipata.
- **Protagonisti:** Case di Comunità, enti del Terzo settore, associazioni di volontariato, fondazioni, operatori sanitari e sociali, cittadini attivi.
- **Risultati:**
 - creazione di punti di prossimità che integrano **cura, protezione e prevenzione;**
 - maggiore accessibilità ai servizi grazie alla presenza territoriale delle CdC;
 - rafforzamento delle alleanze tra istituzioni e Terzo settore;
 - emersione di bisogni latenti (es. solitudine, vulnerabilità economica, fragilità psicologica);
 - è la “città che cura se' stessa” in una logica che supera quella assistenzialistica perché, attraverso la rete di organizzazioni del terzo settore, enti filantropici, aziende, costruisce una vera e propria Alleanza che mette a disposizione risorse economiche (fondi filantropici, progetti finanziati), competenze, strumentazione e spazi.
 - L'obiettivo è quello dell'innovazione e del raggiungimento di obiettivi di benessere in ottica, certamente, di sostenibilità e non-spreco di risorse, ma anche senza il quotidiano assillo della copertura di costi.
- **Ostacoli:**
 - difficoltà di coordinamento tra attori con tempi e linguaggi diversi;

¹ Landi, C. (2017). *La tecnica dei Dialoghi sul futuro in un progetto di mediazione sociale. Proiettarsi nel futuro per progettare il presente*. Lavoro Sociale, 17, suppl. 6, 93–103.

- rigidità amministrative che rallentano i processi innovativi;
- mancanza di risorse economiche strutturali;
- rischio che la partecipazione dei cittadini rimanga limitata a momenti episodici.

4b. Progetto “ReteDem.Ab: fare rete per la persona con demenza nell’Abbiatense”

Si riporta di seguito un’esperienza di co-progettazione attivata in ASST Ovest Milanese. Il progetto nasce con l’obiettivo di potenziare la capacità del territorio di rispondere in modo efficace e coordinato ai bisogni delle persone affette da demenza e dei loro familiari.

I beneficiari diretti saranno gli anziani residenti nei 14 comuni del Distretto Abbiatense.

L’iniziativa prevede il rafforzamento della rete esistente di servizi, l’attivazione di nuovi interventi e la promozione di attività di sensibilizzazione, prevenzione e counseling.

Il progetto, inserito nell’ambito del bando Welfare in Aging 2024, è attuato con il contributo di Fondazione Cariplo e vede la compartecipazione della Fondazione Golgi Cenci, come ente capofila del progetto a cui si unisce la collaborazione dell’Istituto Golgi di Abbiategrasso e dell’ASST Ovest Milanese Distretto Abbiatense.

Obiettivi del progetto

Costituzione e consolidamento della rete territoriale

Verrà realizzata una rete integrata tra enti, servizi e associazioni locali, mediante:

- Mappatura dei servizi e delle risorse esistenti
- Progettazione partecipata con utenti e operatori tramite interviste e focus group
- Attivazione di un tavolo di lavoro permanente per il monitoraggio e l’aggiornamento delle azioni
- Creazione di un portale informativo accessibile al pubblico e agli operatori
- Redazione di un report sui bisogni rilevati nella fase di ascolto territoriale

Rafforzamento e innovazione dei servizi

Attraverso percorsi di formazione condivisa per gli operatori e nuove attività assistenziali. Il progetto prevede:

- Formazione multidisciplinare su tematiche relative alla demenza
- Apertura di uno sportello di consulenza e orientamento presso l’ASST
- Potenziamento dell’assistenza domiciliare integrata
- Attivazione, presso l’Istituto Geriatrico Golgi, di nuovi servizi ambulatoriali (case manager, supporto psicologico per caregiver, teleriabilitazione cognitiva)
- Implementazione di un servizio di screening precoce e prevenzione accessibile alla popolazione anziana

Sensibilizzazione della cittadinanza

Saranno promosse campagne informative per migliorare la conoscenza della demenza, stimolare la prevenzione e ridurre lo stigma sociale che spesso accompagna la malattia.

Grazie a queste azioni, si prevede un accesso più tempestivo ai servizi diagnostici (riducendo l’attuale ritardo di circa due anni), un miglioramento qualitativo e quantitativo della risposta socio-sanitaria e una maggiore inclusione delle persone con demenza. Il coinvolgimento diretto di enti pubblici e istituzionali garantisce la sostenibilità e la continuità del progetto nel tempo.

Risultati e ostacoli

Siamo in corso di attivazione delle esperienze di co-progettazione e vedremo in seguito i risultati. Gli ostacoli sono rappresentati dalla disponibilità delle risorse economiche non sempre sufficienti a garantire alla realizzazione dei progetti e la loro continuità.

4c. IL PIANO INVECCHIAMENTO ATTIVO DI ATS MILANO: CO-PROGETTAZIONE

Regione Lombardia con la D.G.R. N. XII/2168 del 15/04/2024 e successivo Decreto DG Famiglia n. 8782 del 10/06/2024, ha definito le Linee Guida finalizzate a promuovere l'invecchiamento attivo attraverso la costruzione co-progettata e co-partecipata di un Piano di Azione Territoriale a regia ATS, che, attraverso il lavoro di rete e integrando le competenze di tutti gli attori privilegiati che a vario titolo costituiscono l'offerta territoriale dedicata agli over 65, mirano a:

sperimentare modelli di servizi avanzati e innovativi capaci di costruire una visione di sviluppo delle politiche dell'invecchiamento attivo nel quadro di un patto di scambio tra anziani e giovani (patto transgenerazionale);

definire una filiera di interventi che sviluppi processi di inclusione sociale e di benessere sino alla promozione di azioni di cittadinanza attiva della popolazione anziana, in una logica di welfare di iniziativa;

promuovere il raccordo e l'integrazione tra il sanitario, sociosanitario e sociale;

valorizzare la dimensione territoriale di azione, in modo da capitalizzare il patrimonio di esperienze e le risorse presenti sui territori all'interno di una cornice di sistema definita e condivisa a livello regionale nelle sue premesse e priorità;

garantire esperienze idonee/ percorsi per prevenire il decadimento fisico e mentale e al contempo sviluppare forme di solidarietà (per es.: anziani attivi che si occupano di anziani fragili). Si considera pertanto l'invecchiamento non solo in termini di bisogno ma soprattutto in termini di risorsa (invecchiamento fecondo e generativo);

ridurre i costi economici e umani e prevenire l'assistenza istituzionalizzata, creando ambienti inclusivi e opportunità per gli anziani e costruendo una società dove ogni età abbia valore, dignità e senso di appartenenza.

Con Deliberazione ATS n. 238 del 19 marzo 2025 è stato adottato il Piano di Azione Territoriale biennale di ATS Milano città Metropolitana "ANCHISE" per la realizzazione di interventi per la valorizzazione e la promozione dell'invecchiamento attivo ai sensi della D.G.R. n. XII/2168/2024.

Il Piano si compone di sei progetti, afferenti al territorio del comune di Milano e ai territori afferenti alle 5 ASST extra cittadine: (Melegnano Martesana, Nord Milano, Rhodense, Ovest Milanese e Lodi) e coinvolge 70 Enti del Terzo settore e 10 Enti Pubblici. Il piano è stato condiviso con tutti i 17 Uffici di Piano e con il Collegio dei Sindaci di ATS.

Le azioni sviluppate nei progetti afferiscono alle aree:

della socializzazione e dell'inclusione sociale

dell'autonomia e del benessere

della partecipazione e della cittadinanza attiva

ortoterapia riabilitativa

Tutte le attività sono ad accesso libero e gratuito e sono rivolte a persone di età maggiore o uguale a 65 anni, che siano in grado di partecipare attivamente alla vita sociale, ma anche alle persone anziane in condizione di vulnerabilità o a rischio di vulnerabilità e isolamento sociale, con lo scopo di sostenere il ruolo della terza età come fase attiva e non passiva della vita della persona e della comunità.

4d. CENTRO DI CULTURA SOCIO SANITARIA (CCSS) E ASSOCIAZIONE DI COUNSELING ARKA DI MILANO. L'ESPERIENZA DI PIEVE EMANUELE

PUNTO DI ASCOLTO: un servizio che svolgiamo nello spazio assegnatoci tramite bando presso l'ala Liberi professionisti del CCSS. Un ciclo di 10 colloqui di counseling rivolto a persone che vivono momenti di difficoltà, incertezza e cambiamento. Il percorso che offriamo allena alla consapevolezza e favorisce il benessere interiore, agevola la crescita personale e migliora la relazione con sé e con gli altri. Tale servizio si svolge in sinergia con le altre professioni alle quali è possibile fare un invio (come nel caso delle psicologhe) oppure, nel caso emergano altri bisogni, orientare verso gli altri specialisti presenti nel Centro.

- Risultati: alcune persone che si rivolgono al nostro servizio, oltre a migliorare la loro situazione contingente grazie al percorso che offriamo, accolgono altri bisogni legati alla loro salute o a quella di loro familiari/conoscenti e, talvolta, si rivolgono ad altri professionisti del Centro oppure si interessano e partecipano ad altre attività svolte nel Centro.
- Ostacoli: sono ancora pochi i professionisti del Centro che inviano i loro assistiti presso il nostro Punto di Ascolto e ci sembra che, in generale, questo approccio di collaborazione sinergica abbia ancora spazi di miglioramento.

LABORATORI: su proposta del Dr Gandini (Medico di base e principale promotore del CCSS) e in collaborazione con la Fisioterapista del Centro, siamo state coinvolte e abbiamo co-realizzato 2 edizioni del "Laboratorio di consapevolezza corporea" con piccoli gruppi di cittadini interessati a prendersi cura di sé e a prevenire patologie o stati di malessere partendo dai segnali del corpo.

- Risultati: generalmente, le persone che partecipano al Laboratorio riconoscono il valore delle buone pratiche acquisite e individuano la necessità di continuare a coltivarle ancora mettendosi in rete anche nella Comunità di riferimento.
- Ostacoli: spesso, sebbene ogni iniziativa presso il CCSS venga proposta a tariffe agevolate, emerge la scarsa propensione delle persone portatrici di bisogni ad investire economicamente in attività che le aiutino a soddisfarli.

INCONTRI CON MEDICI-INFERMIERI-VOLONTARI DEL CCSS: in collaborazione con la Fisioterapista del CCSS e in accordo con il Dr Gandini, abbiamo organizzato 3 incontri gratuiti intitolati "Del tempo per Me" con il duplice obiettivo di

- Fornire informazioni sul "Laboratorio di Consapevolezza corporea" e, in parte, sperimentarlo in modo che sia più facile ed efficace raccontarlo e proporlo ai pazienti o ad altri soggetti.
 - Donare (nella logica della *cura circolare* che vogliamo promuovere nel CCSS) un'opportunità in cui poter staccare dai propri impegni e dalla frenesia della quotidianità e poter vivere un tempo di maggiore qualità.
- Risultati: abbiamo intercettato alcuni bisogni che gli operatori del Centro hanno in comune e che si riferiscono soprattutto allo stress nella gestione del tempo, alla percezione di solitudine soprattutto dei Medici di base, alle difficoltà relazionali con i pazienti/utenti e alla poca dimestichezza di contattare le proprie emozioni e il proprio mondo interiore.
 - Ostacoli: si innesca un circuito chiuso difficile da scardinare per cui gli operatori del centro hanno poca disponibilità di tempo per aderire ad iniziative che li aiutino ad accogliere il bisogno di recuperare uno spazio e un tempo per loro stessi, per prendersi cura dei loro bisogni oltre che di quelli dei loro pazienti/utenti.

PARTECIPAZIONE AD APPUNTAMENTI PER I CITTADINI: all'interno di una serie di appuntamenti promossi dal Comitato amici del CCSS e con il patrocinio dell'amministrazione comunale, abbiamo preso parte ad alcune di queste iniziative che si sono realizzate in collaborazione con altri Professionisti del Centro.

A seguito della nostra attività di esplorazione del Territorio per intercettarne i bisogni

- Risultati: Gli appuntamenti con la cittadinanza sono ancora in corso.
- Ostacoli: abbiamo riscontrato qualche difficoltà di coordinamento tra i soggetti coinvolti.

INCONTRI FORMATIVI CON ADOLESCENTI PER L'AVVIO DEI CENTRI ESTIVI ORATORIALI: abbiamo intercettato il bisogno del Parroco di nuova nomina di Pieve che si occupa della gestione degli animatori adolescenti del centro estivo e abbiamo progettato 2 incontri il cui obiettivo era la costruzione del gruppo animatori e del suo clima.

- Risultati: tra i ragazzi adolescenti si sono create delle dinamiche nutrienti (di conoscenza, affidamento, inclusione, divertimento) che poi sono state portate avanti dal Don dell'Oratorio come risorse per gestire il gruppo.
- Ostacoli: non abbiamo riscontrato particolari ostacoli.

4e. L'esperienza di Risorsa Sociale (e di tutti gli Ambiti territoriali della provincia di Bergamo) all'interno della casa di comunità vede l'attivazione già dal 2022 dell'Equipe Integrata Caregiver. Un'equipe composta da AS di Ambito e Ifec di CdC, negli spazi della casa di Comunità con l'obiettivo specifico di incontro e ascolto del caregiver e di presa in carico integrata.

Le Équipe Caregiver, attivate presso le Case di Comunità, sono basate sull'idea di "sostenere chi sostiene", cioè di prendersi cura dei caregiver familiari affinché, opportunamente ascoltati, accompagnati, sostenuti e connessi alla rete dei servizi, possano continuare ad assolvere il proprio compito di cura dei parenti e delle persone in condizioni di fragilità, favorendo così il mantenimento della domiciliarità della persona assistita e il benessere del caregiver.

Nel triennio 2025-2027, il progetto punta a consolidare e strutturare stabilmente il supporto ai caregiver, rafforzando l'integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali, introducendo modelli di intervento stratificati e strumenti digitali innovativi, e promuovendo un welfare comunitario inclusivo per rispondere in modo sempre più efficace ai bisogni dei caregiver e delle famiglie.

Caratteristiche peculiari delle Équipe Caregiver sono:

- la prossimità alle famiglie e alle comunità;
- la proattività degli interventi;
- il focus sul caregiver e sulla rete sociale a supporto;
- una logica multiprofessionale in raccordo diretto con i Servizi Sociali, Sociosanitari e Sanitari, Medici di Assistenza Primaria, Assistenti Sociali, Infermieri di Famiglia e Comunità, Enti Accreditati, Terzo Settore, Volontariato;
- la condivisione dei dati singoli o aggregati fra gli Attori coinvolti.

In quest'ottica le Équipe Caregiver si pongono come un'attività delle Case di Comunità, in stretta integrazione con il Punto Unico d'Accesso, le Équipe di Valutazione Multidimensionale e altri servizi a livello di Distretti e Ambiti Territoriali Sociali

4g. IL PUA E I PAD

L'Ambito di Treviglio e gli altri ambiti afferenti alla stessa Asst stanno lavorando in stretta sinergia con ASST per la co-progettazione di un modello integrato di PUA.

Il Punto Unico di Accesso (PUA) all'interno delle Case di Comunità, come definito dal DM 77/2022, è un servizio che facilita l'accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, garantendo un'interfaccia tra i servizi territoriali e quelli più specialistici.

Insieme si sta lavorando per la definizione e approvazione di linee operative condivise di funzionamento, di valutazione multidimensionale integrata, di percorsi di presa in carico, di sviluppo dei PAD (punti di accesso decentrati) e di strategie per una maggiore prossimità.

Per supportare le attività di co-progettazione si lavora su più livelli e attraverso formazioni ed incontri specifici tra responsabili e referenti e tra operatori.

4h. ASST PAVIA

Metodologia innovativa in fase di sperimentazione fra i seguenti partners: ASST Pavia Distretto Lomellina/ Casa di Comunità di Vigevano e Reparto di neonatologia Ospedale di Vigevano – Pediatra di libera scelta - Servizio Vaccinazioni ASST Pavia - Comune di Vigevano – Biblioteca dei Ragazzi – Centro Studi Creativamente APS (ETS); Famiglie e bambini/e.

“Progetto Storie in culla” - Sostenere lo sviluppo della lettura attraverso il lavoro di rete per un welfare socioculturale e per un welfare familiare multi-attore e multisetoriale; attivato ad ottobre 2025; una parte del progetto è dedicata all' implementazione della tecnica del photovoice: facilitare il “cambiamento socio-culturale attraverso la lettura condivisa”: con l'uso delle fotografie. Come diceva Adriano Olivetti “è che sono i piccoli cambiamenti a generare un grande cambiamento... L'idea è quella che con i libri si possa cambiare la vita delle persone...”

Il filo conduttore viene tratto dal testo di Chiara Faggiolani - “Il problema del tempo umano” - Le biblioteche di Adriano Olivetti: storia di un'idea rivoluzionaria – Edizioni di Comunità 2024

“Storicamente, le fotografie utilizzate nei progetti di ricerca rappresentano la prospettiva del ricercatore, o dell'osservatore. Invece, i ricercatori che utilizzano il photovoice concentrano l'attenzione sull'esperienza di vita dei partecipanti, e mettono le macchine fotografiche nelle loro mani, azione che modifica la natura essenziale della ricerca stessa, rendendola più vicina alle esperienze e prospettive dei partecipanti” (Latz, 2017)

Il photovoice è una metodologia di ricerca-azione partecipata in cui le persone utilizzano la fotografia per rappresentare il loro territorio e le loro esperienze ed esprimere pensieri a riguardo. Una revisione della letteratura del 2009 di Catalani et al. sull'utilizzo del photovoice nell'ambito della promozione della salute, ha evidenziato come questa sia una metodologia utile per:

- incrementare il coinvolgimento di una comunità
- comprendere in maniera più accurata i bisogni della popolazione coinvolta
- accrescere l'empowerment dell'individuo

Fase 1 – Preparazione

- Definizione del tema (es. la lettura in famiglia, i benefici della lettura, la crisi della lettura ai tempi dei social, i padri leggono con i loro bambini? leggere insieme in uno spazio di un tempo riconquistato da dedicare alla curiosità, allo sviluppo cognitivo ed emozionale, etc.) degli obiettivi e della comunità di riferimento
- Preparazione del materiale e degli strumenti di monitoraggio e valutazione

Fase 2 – Formazione con le famiglie

- Azione fotografica, discussione in gruppo delle fotografie
- Contestualizzazione e codifica delle fotografie, elaborazione delle proposte

Fase 3 – Comunicazione e presentazione dei risultati alla comunità

- Realizzazione dell'azione sociale
- Valutazione dell'impatto del progetto

4i. Esperienze di coprogettazione ATS Milano

Il Piano Operativo Locale GAP si colloca all'interno della cornice programmatica e metodologica del Piano Integrato Locale di Promozione della Salute – PIL della ATS di Milano, elaborato e aggiornato annualmente in coerenza con gli indirizzi regionali.

Coinvolge attivamente le ASST, il Privato Accreditato, gli EELL e gli Enti del Terzo Settore presenti sul territorio aventi finalità di prevenzione e contrasto al Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA), che concorrono in particolare a potenziare le opportunità di Diagnosi precoce, Cura e Riabilitazione a livello territoriale in linea con l'assetto organizzativo previsto dalla l.r. 23/2015 e successiva l.r. 22/2021e dai LEA 2017), garantendo l'integrazione e la continuità fra i programmi di prevenzione rivolti alle comunità e gli interventi di presa in carico della persona nel proprio contesto di vita, anche attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati tra ospedale e territorio e/o la realizzazione di moduli sperimentali residenziali.

Delibera 156 del 09.02.23 - Avviso pubblico per manifestazione di interesse per la co-progettazione e attuazione di azioni finalizzate all'aumento di conoscenze e competenze finalizzate a sostenere processi di health literacy nei diversi target e attività di prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico (gap) nei setting luoghi di lavoro, scuole, comunità locali, nonché di azioni integrate per promuovere la capacity building dei decisori, le reti locali e la diffusione di buone pratiche. Nell'ambito del procedimento di co-progettazione avviatosi, ATS Milano, per il tramite della SC Promozione della Salute, in collazione con la SC Programmazione sociosanitaria Sociale Integrata e la SC Servizio Regionale Supporto Piani e Programmi di Promozione della Salute, svolge il ruolo di:

- gestione del processo di co-progettazione e delle risorse economiche assegnate con DDGW 9591/22;
- coordinamento e regia dell'attuazione dei progetti e degli interventi definiti in esito al processo con l'indicazione del/i soggetto/i che hanno assunto la funzione di Ente capofila e responsabile della loro realizzazione;
- coordinamento delle azioni di valutazione dei risultati e di impatto de progetto.

Sul versante tecnico-operativo, la visione strategica alla base Piano Locale GAP è orientata su un duplice fronte:

- sviluppare e rafforzare, in linea con quanto previsto nel Piano Regionale GAP, specifici programmi e filoni di intervento, con particolare attenzione ai setting di comunità;

- integrare la tematica GAP (con attenzione specifica al versante preventivo) in tutte le linee di intervento già programmate e sviluppate nel PIL dell’Agenzia, con particolare riguardo a quelle che possono permettere di raggiungere: 1) ampi segmenti di popolazione e/o 2) target specifici.

Coordinatori

Barbara D’Avanzo, Sara Santagostino

Partecipanti al Laboratorio

Antonella Albrighi, Maria Benvenuti, Clara Camerin, Sara Corallo, Paola Duregon, Tiziana Fanucchi, Antonella Fiacchi, Sara Gallo, Maria Modena, Paola Martinelli, Gianni Montinaro, Carla Piersanti, Eleonora Quarenghi, Silvia Riboldi, Elisabetta Rota, Angelamaria Sibilano, Marina Tunic.