

Ambito Territoriale Bergamo

Bergamo | Gorle | Orio al Serio
Ponteranica | Sorisole | Torre Boldone

PIANO DI ZONA 2025-2027

SOMMARIO

PREMESSA	5
1. GOVERNANCE DEL PIANO DI ZONA	6
1.1 L'ARCHITETTURA DEGLI STRUMENTI DI GOVERNANCE	7
1.2 UFFICIO DI PIANO	8
1.2.1 Staff dell'Ufficio di Piano	9
1.2.2 Ufficio di Piano allargato	9
1.2.3 Coordinamento Tecnico Servizi Sociali	10
1.3 I TAVOLI DI AREA	11
1.4 POLI TERRITORIALI AREA MINORI E FAMIGLIE	14
2. ESITI DELLA PROGRAMMAZIONE ZONALE 2021 – 2023	16
2.1 RISULTATI RAGGIUNTI NEL TRIENNIO 2021-2023	16
2.1.1 Area Minori e Famiglie	16
2.1.2 Area Inclusione Sociale	17
2.1.3 Area Salute Mentale	19
2.1.4 Area Disabilità	22
2.1.5 Area Anziani	23
2.1.5 Obiettivi premiali	27
3. ANALISI DEL CONTESTO	32
3.1 DATI DI CONTESTO E QUADRO DELLA CONOSCENZA	32
3.1.1 Popolazione e indici demografici	32
3.1.2 Popolazione straniera	39
3.2 ANALISI DELLA SPESA SOCIALE	42
3.2.1 Risorse impiegate nel settore sociale	42
3.2.2 Utenza dei servizi	45
3.2.3 Spesa pro-capite	49
3.3 SPESA PER LA GESTIONE ASSOCIATA	50
3.4 ANALISI SOCIO-ECONOMICA DELL'AMBITO	52
4. ANALISI DEI SOGGETTI E DELLE RETI PRESENTI SUL TERRITORIO	53
4.1 RETE DI OFFERTA SANITARIA, SOCIO-SANITARIA E SOCIO-ASSISTENZIALE	53
4.2 I SOGGETTI E I NETWORK ATTIVI SUL TERRITORIO	54
4.3 LE RISORSE DEL TERRITORIO EVIDENZIATE NEI TAVOLI DI CO-PROGRAMMAZIONE	55
Tavolo Disabilità e Fragilità – le risorse del territorio	55
Tavolo Minori, Famiglie e Giovani – le risorse del territorio	56
Tavolo Inclusione Sociale e Povertà – le risorse del territorio	56
Tavolo Anziani – le risorse del territorio	57
5. ANALISI DEI BISOGNI	59
5.1 IL CONTRIBUTO DEGLI STAKEHOLDER ALL'ANALISI DEI BISOGNI	59
5.1.1 Nota metodologica	59
5.1.2 I risultati del questionario preliminare dei Referenti dei Comuni	59
5.1.3 I risultati del questionario preliminare dei componenti dei Tavoli tematici	63
5.2 I RISULTATI DEI TAVOLI DI CO-PROGRAMMAZIONE	66
5.2.1 Tavolo Minori e Famiglie	66
5.2.2 Tavolo Disabilità	68
5.2.3 Tavolo Salute Mentale	69
5.2.4 Tavolo Inclusione Sociale	70
5.3 ILLUSTRAZIONE DELLE MOTIVAZIONI ALLA BASE DELLA SCELTA RIGUARDO ALLE AREE INDIVIDUATE PER LA PROGRAMMAZIONE	72
6. INDIVIDUAZIONE DEGLI OBIETTIVI DELLA PROGRAMMAZIONE 2025-2027	73
6.1 OBIETTIVI TRASVERSALI	73
6.1.1 Obiettivo 1 – Promuovere una Governance territoriale integrata	74

6.1.2 Obiettivo 2 – Promuovere l’inclusione culturale e l’accesso ai servizi attraverso la mediazione interculturale	78
6.1.3 Obiettivo 3 – Promuovere attività di prevenzione al contrasto al gioco d’azzardo patologico	82
6.2 OBIETTIVI AREA ANZIANI	87
6.2.1 Obiettivo 1 – Residenzialità Inclusiva: risposte ai bisogni degli anziani	88
6.2.2 Obiettivo 2 – Potenziare e integrare i servizi territoriali a sostegno della domiciliarità, garantendo un approccio multidimensionale per migliorare la qualità di vita delle persone fragili	93
6.2.3 Obiettivo 3 – Promuovere l’integrazione territoriale e l’innovazione per il sostegno alla comunità e all’autonomia degli anziani	101
6.3 OBIETTIVI AREA MINORI, FAMIGLIE E GIOVANI	109
6.3.1 Obiettivo 1 – Rafforzare il ruolo educativo degli adulti	111
6.3.2 Obiettivo 2 – Promuovere il benessere giovanile e favorire la partecipazione attiva sul territorio.....	116
6.4 OBIETTIVI AREA INCLUSIONE SOCIALE	122
6.4.1 Obiettivo 1 – Riconfigurare l’abitare del domani	123
6.4.2 Obiettivo 2 – Potenziamento della rete per l’inclusione lavorativa	126
6.5 OBIETTIVI AREA DISABILITÀ E FRAGILITÀ.....	131
6.5.1 Obiettivo 1 – Promuovere percorsi integrati per l’inclusione e l’autonomia delle persone con disabilità, dalla scuola alla vita adulta	131
6.5.2 Obiettivo 2 – Potenziamento dell’azione “Durante Noi” al fine di garantire alle persone con disabilità un futuro autonomo e la libertà di scelta sul luogo di abitazione	138
6.5.3 Obiettivo 3 – Riduzione della discriminazione basata sul pregiudizio nei confronti della persona con disagio mentale	141
7. OBIETTIVI DI INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA	147
7.1 IL PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)	148
7.2 L’ÉQUIPE DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE	150
7.3 IL LIVELLO TERRITORIALE	152
8. PRESENTAZIONE DI AZIONI E PROGETTI DELL’AMBITO ATTIVI NEL TRIENNIO 2025-2027	155
8.1 AREA ADULTI E INCLUSIONE ATTIVA.....	155
8.1.1 Progetto “INtegra”	155
8.1.2 Progetto “Comunità Attive”	156
8.1.3 Progetti per la riduzione della recidiva e la promozione dell’inclusione delle persone detenute	159
8.1.4 Progetto “Gioco di Squadra 4”	161
8.2 AREA FAMIGLIE.....	162
8.2.1 Progetto “C(‘)ENTRO ANCH’IO”	162
8.2.2 Progetto “Essere Mamme”	164
8.2.3 Protocollo d’Intesa 2024-2026 per la Prevenzione e il Contrasto dalla Violenza contro le Donne.....	167
8.2.4 Punto di Primo Intervento Sociale in Pronto Soccorso	169
8.3 AREA GIOVANI.....	170
8.3.1 Progetto “EduchiAMOCi”	170
8.3.2 Progetto “DigEducati”	172
8.3.3 Progetto “Bergamo per Giovani – Proposte per Ambito 1 (2025)”	173
8.4 AREA DISABILITÀ	174
8.4.1 Centro per la Vita Indipendente Bergamo	174
8.5 AREA ANZIANI	177
8.5.1 Progetto “Bergamo Longevitas”	177
8.6 AREA INTEGRAZIONE	178
8.6.1 Progetto “RE.FORM.: Reti e Formazione per l’Integrazione e l’Inclusione”	178
8.6.2 Progetto “Conoscersi per Integrarsi – 2° Edizione”	180
8.7 GIOCO D’AZZARDO PATOLOGICO (GAP) NELL’AMBITO DI BERGAMO	181
8.8 LE PROGETTUALITÀ A VALERE SULLA MISURA 5.2.1 DEL PNRR	184
8.8.1 Linea 1.1.4 - Programma P.I.P.P.I.	184
8.8.2 Linea 1.1.2 – Autonomia degli anziani non autosufficienti	184
8.8.3 Linea 1.1.3 – Rafforzamento delle dimissioni protette e dei servizi per la domiciliarità	186
8.8.4 Linea 1.1.4 – Rafforzare i Servizi Sociali e migliorare il benessere degli operatori	187

8.8.5 Linea 1.2 – Percorsi di autonomia per persone con disabilità	188
8.8.6 Linea 1.3.1 – Housing First	189
8.8.7 Linea 1.3.2 – Stazioni di posta.....	189
9. DEFINIZIONE DI UN SISTEMA PER IL MONITORAGGIO E LA VALUTAZIONE DELLE POLITICHE E DELLE AZIONI PER IL TRIENNIO 2025-2027	190
9.1 IMPIANTO METODOLOGICO.....	190
9.2 APPROCCIO METODOLOGICO	190
9.3 TECNICHE DI VALUTAZIONE.....	191
9.4 RISORSE UMANE E STRUMENTALI PER LA RACCOLTA DATI.....	191
9.5 CRONOPROGRAMMA	191
10. ALLEGATI	193
10.1 ALLEGATO 1 – SCHEDE OBIETTIVO PPT.....	193
10.2 PROLOGO PROVINCIALE E DISTRETTUALE DEI PIANI DI ZONA 2025-2027	201

PREMESSA

Il **Piano di Zona 2025-2027** nasce da un ampio percorso di collaborazione e confronto con i diversi attori del territorio, tra cui rappresentanti di **ATS, ASST, Diocesi, Terzo Settore, associazionismo locale, sindacati e istituti scolastici**, oltre che con le **assistenti sociali** e i **responsabili dei Comuni** appartenenti all'Ambito di Bergamo. Questo lavoro partecipato ha permesso di delineare una **mappatura accurata dei bisogni emergenti** della cittadinanza, individuare le **risorse disponibili** e progettare, in modo condiviso, delle prospettive di intervento future.

Dall'analisi delle esigenze territoriali emergono **bisogni complessi e stratificati**: la popolazione sta attraversando un processo di invecchiamento significativo, accompagnato da profondi cambiamenti nella struttura e nei ruoli familiari. Questi fattori richiedono alle istituzioni un impegno proattivo nella promozione di una **cultura di prossimità, solidarietà e responsabilità diffusa**. Solo attraverso una comunità consapevole e coesa sarà possibile prendersi cura delle fragilità individuali e, contemporaneamente, investire nel **benessere collettivo**. In questo contesto, la presenza di figure chiave come gli **operatori di comunità** rappresenta uno strumento fondamentale per favorire la costruzione di **relazioni sociali di supporto** e il rafforzamento del tessuto comunitario.

Parallelamente, risulta essenziale intensificare la **sensibilizzazione all'interno dei diversi contesti di vita quotidiana** – come le scuole, i luoghi di lavoro e gli spazi di aggregazione – su temi cruciali quali la **salute mentale**, la **disabilità**, la **demenza** e le diverse forme di **fragilità sociale**. Soltanto attraverso una maggiore conoscenza e comprensione di tali fenomeni sarà possibile promuovere una cittadinanza **piena ed inclusiva**, capace di rispondere in maniera efficace ai bisogni emergenti.

Un'attenzione particolare deve essere rivolta a due temi centrali: la **casa** e il **lavoro**, ambiti in cui le fragilità si manifestano con particolare evidenza. Per affrontare queste sfide, risulta indispensabile costruire e rafforzare una **sinergia operativa** tra **istituzioni pubbliche, settore privato e organizzazioni del Terzo Settore**, promuovendo interventi integrati e sostenibili che possano dare risposte concrete alle difficoltà delle persone più vulnerabili.

Infine, il **raccordo tra la programmazione sociale territoriale** (Piani di Zona) e quella **sociosanitaria** (Piani di Sviluppo del Polo Territoriale - PPT) dovrà garantire una **presa in carico reale della persona**, adottando un approccio **multidimensionale** e integrato che consideri la salute nella sua **accezione più ampia**. Questo significa intervenire non solo sugli aspetti sanitari, ma anche su quelli sociali, relazionali, abitativi ed economici, promuovendo interventi mirati al miglioramento complessivo della **qualità della vita** dei cittadini. In questo quadro complesso ma sfidante, il **Piano di Zona 2025-2027** intende essere uno strumento concreto per guidare il territorio verso un modello di **welfare inclusivo, sostenibile e innovativo**, capace di rispondere alle esigenze di oggi e di anticipare quelle di domani.

1. GOVERNANCE DEL PIANO DI ZONA

Il Piano sociale di zona si configura come uno strumento atto a garantire processi di **programmazione condivisa e di individuazione delle priorità di intervento** attraverso la formulazione di obiettivi, risorse, tempi e strumenti in grado di generare una rete di protezione sociale ovvero condizioni di equità per l'accesso ai servizi e processi inclusivi delle fasce più vulnerabili. In particolare, la L.328/2000 a proposito della fase della programmazione sociale afferma (art.3) che i soggetti preposti, con particolare riferimento ai comuni, provvedono alla programmazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali secondo i seguenti principi:

- coordinamento ed integrazione con gli interventi sanitari e con gli altri settori dell'istruzione e del lavoro;
- concertazione e cooperazione tra i diversi livelli istituzionali.

L'osservanza di questi principi rappresenta una strada obbligata dato che la partecipazione attiva ed ordinata di tutti i soggetti interessati alla costruzione della rete integrata degli interventi e dei servizi sociosanitari non è possibile senza nuove forme di esercizio di governo locale da parte dei comuni non basate su una inesistente gerarchia ma sul comune interesse a collaborare nella realizzazione di una rete unitaria e coordinata di servizi.

Nel campo sociale ed in particolare della pianificazione sociale di zona e del suo governo locale il termine *governance* appare come il più appropriato per rappresentare questo processo tenendo conto che sono coinvolti una pluralità di soggetti pubblici e privati che non è possibile, (oltre ad essere inopportuno), governare in modo gerarchico (dall'alto verso il basso). Per *governance* si intende un sistema di esercizio del governo del territorio in cui le decisioni sono il frutto **condiviso di processi di consultazione e di concertazione** attraverso il coordinamento e il coinvolgimento dei vari enti e soggetti dando vita a dinamiche di governo in rete. La *governance* nei sistemi di welfare significa sostanzialmente metodologia negoziale finalizzata ad un processo condiviso di costruzione collettiva delle politiche sociali.

Obiettivo del nuovo Piano è **rafforzare il modello della gestione associata** aumentando il livello di **omogeneità degli interventi** e **l'uniformità nel governo delle politiche sociali territoriali**. Un modello condiviso di gestione associata è indispensabile per facilitare il percorso di costruzione e adozione dei LEPS, dato che questi ultimi vedono il livello di Ambito come spazio d'elezione per la loro programmazione e realizzazione.

La precedente programmazione zonale 2021-2023, prorogata al 2024, si inseriva in un nuovo quadro normativo regionale di riforma del welfare varato dalla l.r. n. 23/2015 (Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo) che non solo ha ridefinito l'assetto organizzativo della sanità modificando il testo della L.R. 33/2009 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità), ma ha introdotto anche riforme significative e sostanziali alla l.r. 3/2008 afferente al governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario.

Il quadro normativo delineato si è ulteriormente modificato con la L.R. 14 dicembre 2021 n. 22 con la quale sono stati previsti importanti interventi, tra cui il miglioramento e integrazione del sistema sociosanitario. Una novità significativa è la riorganizzazione della Conferenza dei Sindaci composta dai sindaci dei comuni compresi nel territorio dell'ASST, la quale individua i Sindaci o loro delegati che compongono il Collegio dei Sindaci deputato alla formulazione di proposte e all'espressione di pareri alle ATS sugli ambiti di integrazione sociosanitaria e sociale. Altra novità riguarda la previsione di redazione di un Piano di sviluppo del polo territoriale (PPT) con specifica e analitica declinazione e dettaglio su base distrettuale, che costituirà un importante raccordo con la programmazione sociale di zona.

1.1 L'Architettura degli strumenti di governance

Gli organi di governance delle politiche sociali territoriali rappresentano un **sistema complesso** ma fondamentale per rispondere in modo efficace e coordinato ai bisogni della comunità. La loro organizzazione garantisce che ogni livello, dal tecnico al politico, contribuisca alla pianificazione e gestione dei servizi sociali in un'ottica di **integrazione, partecipazione e sostenibilità**. Interagiscono secondo un modello integrato e partecipativo. La Conferenza dei Sindaci definisce gli indirizzi strategici e l'Ufficio di Piano supporta la pianificazione tecnica e l'attuazione degli interventi.

Il funzionamento della Conferenza dei Sindaci, del Consiglio di rappresentanza, dell'Assemblea di distretto, dell'Assemblea dei sindaci dei piani di zona e del Collegio dei Sindaci, è disciplinato con deliberazione della Giunta regionale n. XI/6762 del 25 luglio 2022.

La **Conferenza dei Sindaci** è un organismo fondamentale per il coordinamento delle politiche territoriali il cui scopo ultimo è facilitare la cooperazione tra Comuni per garantire servizi efficienti e rispondere ai bisogni della collettività. È composta dai **Sindaci dei Comuni** compresi nel territorio delle Aziende Socio-Sanitarie territoriali – ASST e si avvale del **Consiglio di rappresentanza dei Sindaci**, un organo ristretto composto da sindaci che agiscono come rappresentanti di tutti i Comuni del territorio. I suoi membri vengono scelti dalla Conferenza dei Sindaci e agiscono con il mandato di rappresentare gli interessi del territorio.

A garanzia di politiche e servizi rispondenti ai bisogni della popolazione locale, l'**Assemblea dei Sindaci del Distretto** presiede la governance delle politiche sociali e sanitarie a livello locale. Attraverso la pianificazione condivisa, il coordinamento intercomunale e l'integrazione dei servizi, l'Assemblea garantisce che le risorse siano utilizzate in modo efficiente e che i servizi rispondano effettivamente ai bisogni della popolazione, migliorando la qualità della vita dei cittadini. Nel nostro territorio, le Assemblee dei Sindaci del Distretto sono composte dai rappresentanti dei Comuni ricompresi nel territorio dei Distretti in cui è suddivisa l'ATS di Bergamo.

Ai sensi dell'art. 18, comma, 11 bis, della L.3/2008 l'Ambito territoriale di riferimento per il Piano di zona costituisce, di norma, la dimensione territoriale ottimale per lo svolgimento in forma associata da parte dei comuni, delle funzioni in materia di servizi sociali.

L'**Assemblea dei Sindaci** dell'Ambito Territoriale di Bergamo è composta dai **Sindaci dei Comuni di Bergamo, Gorle, Orio al Serio, Ponteranica, Sorisole e Torre Boldone**. Ad essa restano ferme le competenze derivante dalla L.328/00, L.r. 3/2008, L.r. 33/2009, articolo 7 bis, comma 6), in merito alla definizione del piano economico-finanziario, al riparto delle risorse provenienti dalle diverse fonti di finanziamento ed alla definizione dei servizi in ambito sociale programmati e gestiti in forma associata e di competenza delle autonomie locali, nonché quelle disposte dai provvedimenti regionali.

L'Assemblea opera al fine di garantire una programmazione coordinata a livello di Ambito distrettuale, gestita nel rispetto della nuova programmazione zonale all'interno dei Piani di Zona, in integrazione con il sistema sanitario, come previsto dalla L.R. 23/2015 e novellata con la L.R. 22/2021 e sociosanitario nonché con le politiche del lavoro, della formazione professionale, dell'istruzione, dell'educazione e della casa.

Può formulare pareri e proposte alla Conferenza dei Sindaci di distretto riguardo alla definizione della programmazione dei servizi e fornisce ausilio alla stessa permettendo di declinare i servizi a seconda delle peculiarità territoriali, in modo tale da potenziare la capacità di produrre servizi flessibili parametrati sulle diverse esigenze territoriali.

L'Assemblea dei Sindaci è allargata alla partecipazione dei rappresentanti designati dagli enti sottoscrittori dell'Accordo di programma, senza diritto di voto. Svolge le proprie funzioni avvalendosi del supporto tecnico ed esecutivo dell'Ufficio di Piano.

Il Piano di Zona, approvato dall'Assemblea dei Sindaci (DGR n. XI/6762 del 25/07/2022), è attuato mediante la sottoscrizione di un **Accordo di Programma** da parte di tutti i **Comuni dell'Ambito**, dall'**ATS** e dall'**ASST** territorialmente competenti (l.r. n. 3/2008). Gli organismi rappresentativi del **Terzo Settore** – e tutti gli attori territoriali interessati e/o individuati dall'Ambito – che hanno partecipato alla elaborazione del Piano di Zona aderiscono, su richiesta, all'Accordo di Programma.

1.2 Ufficio di Piano

L'**Ufficio di Piano** è una struttura tecnico-operativa incaricata della **pianificazione, gestione e attuazione delle politiche sociali territoriali**. Elabora il **Piano di Zona**, strumento fondamentale di programmazione degli interventi e dei servizi sociali ed ha la funzione di **coordinare le attività** tra Comuni, enti locali, ASST e soggetti del Terzo Settore fornendo **supporto tecnico e operativo** agli altri organi di governance, primo fra tutti l'Assemblea dei Sindaci.

Gli indirizzi legislativi nazionali e regionali convertono sulla **centralità crescente e significativa degli Ambiti territoriali** nella programmazione e nella realizzazione del welfare locale. È pertanto impellente procedere ad un **rafforzamento degli Ambiti** territoriali che già oggi, e prevedibilmente ancora di più nel futuro prossimo, saranno chiamati a svolgere funzioni complesse che implicheranno un ulteriore aggravio in termini di obiettivi e carico di lavoro. Risulta a tale fine significativo e strategico procedere al **potenziamento della struttura tecnica degli Uffici di Piano**, consolidando la dotazione di personale chiamato a programmare e gestire misure sempre più complesse, trasversali e che coinvolgono una molteplicità di attori territoriali. Tale potenziamento dovrà riguardare sia l'incremento del personale dedicato sia la definizione e la messa a sistema di percorsi specifici di formazione e aggiornamento.

Quale organismo di supporto alla programmazione, l'Ufficio di Piano è responsabile delle **funzioni tecniche, amministrative e della valutazione degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi del Piano di zona**, attraverso:

- il coordinamento della partecipazione dei soggetti sottoscrittori all'Accordo di programma;
- la programmazione, pianificazione e valutazione degli interventi;
- la predisposizione di piani operativi relativi alle misure di intervento sociale (Fondo Nazionale Politiche Sociali, Fondo Sociale Regionale, Fondo Non Autosufficienza, Dopo di Noi, Vita Indipendente, Violenza di genere, Fondo Povertà, etc.);
- la predisposizione e gestione del piano economico e finanziario;
- l'amministrazione delle risorse complessivamente assegnate dalle predette fonti di finanziamento, dalle eventuali quote di compartecipazione dei Comuni e da eventuali altri soggetti e dalle risorse nazionali di inclusione sociale e risorse dedicate alla povertà e marginalità (Fondo povertà, risorse a valere sul fondo FSE+ del PN Inclusione e Lotta alla povertà 2021-2027);
- la correttezza degli adempimenti dei debiti informativi regionali;
- la rendicontazione dei finanziamenti regionali e nazionali.

L'Ufficio di Piano è composto dal Responsabile e da personale con specifiche competenze tecnico-amministrative.

1.2.1 Staff dell'Ufficio di Piano

L'ufficio Staff è una struttura tecnico-operativa composta un'équipe qualificata per garantire una **governance condivisa e multidisciplinare** a supporto delle azioni di programmazione. A superamento della suddivisione tematica dei tavoli di area, l'obiettivo è di fare sintesi sui bisogni in essere ed emergenti per innovare le modalità di governance dell'Ufficio di Piano anche attraverso l'individuazione di modalità operative atte a reperire finanziamenti per ampliare le risorse attuali, intese in senso lato (economiche, tecniche, etc.), la definizione delle prassi di presa in carico ed ottimizzare dell'utilizzo delle risorse in uso in un'ottica generativa di servizi. È composto dal **Responsabile dell'Ufficio di Piano, personale amministrativo e tecnici con competenze specifiche di aree**, ovvero i **Coordinatori dei Tavoli tematici**. La metodologia partecipativa nella pianificazione e realizzazione degli interventi consente di rispondere meglio ai bisogni del territorio, adottando soluzioni innovative e condivise. Scopo ultimo è l'ampliamento della platea dei beneficiari, con l'intento di estendere i servizi a un numero maggiore di persone ed ingaggiare politiche attive volte alla prevenzione ed alla riduzione delle spese sociali in capo ai Comuni, riducendo i residui finanziari legati alle misure non utilizzate, ottimizzando l'uso delle risorse disponibili a garanzia di un utilizzo dei fondi efficiente e tempestivo, evitando sprechi e assicurando che ogni investimento abbia un impatto concreto sulla comunità.

L'équipe si propone di:

- potenziare la capacità di coprogrammazione e coprogettazione;
- implementare nuovi strumenti di governance per interventi sulle nuove fragilità emergenti con particolare attenzione alla prevenzione della medicalizzazione e istituzionalizzazione, migliorando la qualità della vita e la loro integrazione sociale;
- implementare approcci ed interventi innovativi per la gestione delle risorse in capo al sociale;
- Promuovere azioni orientate alla prevenzione distinguendo le attività orientate prevalentemente alla cura, al trattamento e all'assistenza, competenze che sono affidate ad altri soggetti della rete dei servizi territoriali per cui ci sono ormai prassi condivise e funzionanti.
- creare un sistema integrato e flessibile capace di rispondere in modo adeguato ai bisogni emergenti della società.

1.2.2 Ufficio di Piano allargato

Viene coordinato e convocato dal Responsabile dell'ufficio di piano al fine di approfondire le tematiche attinenti alla realizzazione dei contenuti del piano di zona, il monitoraggio dei progetti in atto e per garantire a tutti i comuni l'informazione tempestiva sulle fasi di realizzazione del piano. È composto dal **Responsabile Ufficio di Piano e dai Responsabili dei Servizi Sociali di ciascuno dei Comuni dell'Ambito** (o un loro delegato);

In base ai temi in trattazione, e su invito del Responsabile UDP, possono partecipare agli incontri dell'Ufficio di Piano Allargato: i coordinatori d'area, i referenti ASST, esponenti delle organizzazioni del Terzo Settore che hanno sottoscritto il Piano di Zona.

L'Ufficio di Piano Allargato si riunisce di norma mensilmente a calendario possibilmente definito, **prima delle sedute dell'Assemblea dei Sindaci**.

Degli incontri dell'Ufficio di Piano allargato vengono rilevate le presenze e viene redatto sintetico verbale di sintesi. Il verbale viene trasmesso via posta elettronica a tutti i componenti dell'Ufficio di Piano Allargato.

Compiti dell'Ufficio di Piano Allargato:

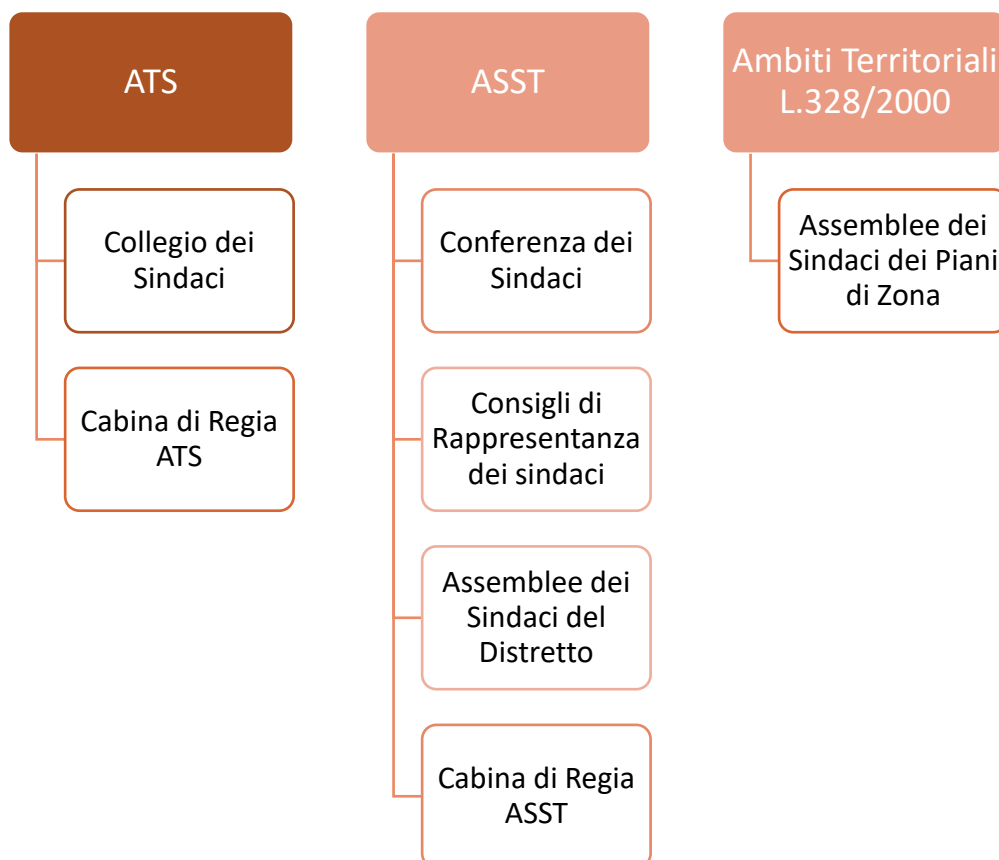
- Definire e verificare le modalità operative per l'attuazione dell'Accordo di Programma;
- Presiedere alla piena realizzazione delle azioni e delle iniziative previste del Piano di Zona;
- Supporta l'Assemblea in tutte le fasi del processo programmatico;
- diventa luogo di confronto rispetto alle forme di gestione locali, possibili criticità, scambio delle soluzioni adottate e adozione di regole/prassi comuni, rispondenti a un criterio di uniformità nelle regole di accesso ai servizi;
- provvede al controllo e alla verifica tecnica dell'andamento dei progetti/interventi.

1.2.3 Coordinamento Tecnico Servizi Sociali

Viene convocato dal Responsabile dell'ufficio di piano e coordinato da un'Assistente sociale appartenente all'Ufficio di Piano. Svolge l'importante funzione di **connessione e coordinamento tra gli operatori comunali dei servizi**, che in relazione agli obiettivi zionali si estrinseca con le seguenti attività:

- collabora con l'ufficio di piano portando competenze tecnico specialistiche nell'elaborazione di nuovi servizi ed interventi;
- propone l'analisi coordinata di argomenti di interesse generale al fine di condividere buone prassi e modalità operative;
- elabora e propone ipotesi migliorative e innovative dei servizi già in essere;
- è il luogo di raccordo tecnico-operativo delle misure, delle progettualità attivate e attivabili all'interno dell'Ambito territoriale e della realizzazione degli obiettivi previsti nel Piano di Zona;
- rappresenta la ricomposizione dei servizi sociali dei comuni in termini di esperienza e conoscenza del bisogno;
- è luogo di confronto rispetto alle forme di gestione locali, possibili criticità, scambio delle soluzioni adottate e adozione di regole/prassi comuni, rispondenti a un criterio di uniformità nelle regole di accesso ai servizi;
- rappresenta un luogo di verifica e sviluppo a livello locale delle reti di unità di offerta sociale.

Figura 1 – Schema organismi L.R. 22/2021 (DGR 6762/2022)



1.3 I Tavoli di Area

Definizione e compiti

I **Tavoli di Area** sono gli strumenti operativi del **processo partecipato per la programmazione e gestione integrata dei servizi sociali**. Favoriscono la collaborazione con gli attori del territorio e sono composti da rappresentanti degli Enti pubblici, del Terzo settore e del volontariato, che garantiscono una partecipazione diffusa e competente.

Nell'ambito dell'attività di programmazione e di attuazione del Piano di zona, i Tavoli di lavoro hanno la funzione:

- analisi e rilevazione dei bisogni del territorio;
- definire gli obiettivi strategici ed operativi anche attraverso lo sviluppo progettualità mirate per tematiche condivise e la proposta di soluzioni innovative formulando proposte all'Ufficio di Piano;
- promuovono la coprogrammazione e la coprogettazione tra i diversi attori facilitando la comunicazione, il confronto e l'integrare le diverse esperienze;
- elaborazione e monitoraggio degli interventi del Piano di Zona.

I Tavoli sono coordinati da un **Coordinatore/Facilitatore**, con competenze specifiche ed esperto nella realizzazione di progettualità sociali solitamente individuato tra Referenti dei Comuni, Referenti del Terzo settore o professionisti con comprovata esperienza. Tale figura ha il compito di facilitare il dialogo tra i

partecipanti, garantire che i lavori siano in linea con gli obiettivi del Piano di Zona e monitorare e raccogliere i risultati dell'attività del tavolo.

I Tavoli vengono convocati con cadenza almeno trimestrale, in modo da produrre una effettiva condivisione ed una efficace lettura integrata del bisogno, potenziando il dialogo istituzionale e contribuendo a superare la frammentarietà degli interventi. I tavoli vengono convocati dall'Ufficio di Piano d'intesa con il Coordinatore di ogni singolo Tavolo tematico.

Ai Tavoli di lavoro è richiesta la collaborazione volta alla programmazione e realizzazione delle attività previste nel Piano di zona, ed in particolare, anche attraverso:

- la produzione di documentazione e report dell'analisi dei bisogni nonché di proposte progettuali condivise
- la creazione di forme di collaborazione orizzontali ovvero ampliare la struttura della rete ed i rapporti trasversali e di integrazione sociosanitaria;
- la proposta di soluzioni innovative, strategiche e generative per la realizzazione di progettualità o interventi sperimentali e innovativi
- la definizione di obiettivi e contributi utili alla costruzione del Piano di Zona;
- fornire input per aggiornamenti periodici del Piano di Zona tenendo conto delle nuove esigenze emerse;

I tavoli sono organizzati per **aree specifiche** che rispecchiano i bisogni della popolazione e le priorità strategiche del territorio. Nell'Ambito saranno sostenuti tavoli legati alle tradizionali aree di intervento:

- Tavolo Minori, Famiglie e Giovani
- Tavolo Contrasto alla Povertà/Inclusione
- Tavolo Anziani
- Tavolo Disabilità e Fragilità

In linea con le più recenti indicazioni nazionali e regionali in tema di welfare, a superamento di interventi meramente settoriali, l'ambito di Bergamo intende sperimentare la costituzione di un **tavolo trasversale ed integrato** che persegua la lettura ed analisi dei bisogni emergenti nonché la programmazione di policy adeguate. Sarà costituito un sotto-tavolo del Tavolo Minori, Famiglie e Giovani, denominato *“Tavolo Giovani e Benessere: prevenzione, salute mentale e comunità”* con focus sui giovani come destinatari principali, promuovendo il loro benessere psicologico, emotivo e sociale ma anche la prevenzione, ovvero l'importanza di adottare politiche preventive per anticipare e ridurre situazioni di disagio con riferimento specifico alla promozione della salute mentale ed alla valorizzazione della convivenza civile e di un ambiente sociale sano e collaborativo.

Si mantiene a livello di Ambito il **Tavolo di lavoro sulle Politiche Abitative** in attuazione della Legge Regionale 8 luglio 2016 n. 16 “Disciplina regionale dei servizi abitativi” ed il successivo Regolamento Regionale 4 agosto 2017 n. 4., Preso atto che il nuovo sistema sarà coordinato ed implementato su scala sovracomunale, con riferimento al livello di Ambito (Piani di Zona), ai sensi dell'art. 6 della L.R. n. 16/2016.

Composizione e rappresentanza dei Tavoli tematici di Area

Per una composizione equilibrata e sufficientemente ampia, tale da garantire una funzionalità adeguata, i Tavoli di lavoro indicativamente devono essere composti dalle seguenti figure:

- referenti dei Comuni;
- rappresentante degli Istituti comprensivi (per quanto riguarda tavoli di area che prevedono l'intervento della scuola);
- referente dell'ATS con competenze specifiche per l'area tematica di interesse;
- referente dell'ASST con competenze specifiche per l'area tematica di interesse;
- referente della Provincia;
- rappresentanti del Terzo settore nelle sue diverse componenti: Cooperazione sociale; Volontariato e dell'Associazionismo;
- un rappresentante delle Parrocchie, degli oratori o delle associazioni riconosciute dalla Diocesi;
- rappresentanti Enti di Patronato, Fondazioni, OO.SS.

Per quanto concerne la partecipazione dei soggetti del Terzo Settore deve essere privilegiata la provenienza dal territorio di tutti i Comuni dell'Ambito.

La partecipazione ai Tavoli presuppone la costituzione di una forma di aggregazione della rappresentanza, articolata secondo le categorie di classificazione delle formazioni sociali declinate nell'art. 1 L. 328/00. Per ciascuna formazione sociale è possibile indicare un massimo di due rappresentanti delegati al singolo Tavolo di lavoro.

Requisiti per partecipare ai Tavoli tematici

Il Terzo Settore, attraverso le rappresentanze organizzate per aree ex art. 1 L. 328/00, devono fare formale richiesta di partecipazione al Tavolo di lavoro, dichiarando di possedere i seguenti requisiti:

- competenza ed esperienza documentata nel settore di intervento relativo al Tavolo/i al quale intende partecipare;
- conoscenza del contesto locale dell'Ambito territoriale 1 - Bergamo e presenza attiva in almeno uno dei Comuni, diverso dal capoluogo;
- sede legale o operativa in uno dei Comuni dell'Ambito;
- disponibilità a concorrere con risorse proprie alla realizzazione e attuazione del Piano di zona;
- livello associativo di riferimento (per le organizzazioni che sono dotate di specifici organismi di coordinamento e rappresentanza) al fine di evitare sovrapposizioni di livelli di presenza.

Gli Enti pubblici rappresentati si impegnano a collaborare ed offrire contributi alle progettualità sviluppate nei Tavoli di lavoro.

Il Terzo settore presente ai Tavoli si impegna a garantire la presenza continuativa e attiva dei propri rappresentanti, sostenendone la partecipazione e preoccupandosi di garantire con regolarità forme di diffusione e coinvolgimento delle realtà di cui assumono la rappresentanza.

Modalità di partecipazione

Gli Enti Pubblici comunicano la partecipazione ai Tavoli tematici con richiesta formale all'Ufficio di Piano e al Presidente dell'Assemblea dei Sindaci da parte del legale rappresentante dell'Ente.

L'ufficio di piano può definire attraverso avvisi ad evidenza pubblica la modalità di partecipazione dei soggetti privati (ETS, OO.SS, parrocchie ASD...) ai Tavoli. Gli Enti per i quali è prevista una rappresentanza condivisa comunicano la partecipazione tramite l'Ente di riferimento sovra territoriale.

Tutti gli Enti presenti ai Tavoli devono comunicare eventuali variazioni delle modalità di partecipazione e presenza dei loro rappresentanti, impegnandosi a sostituire i tecnici assenti.

L'Ufficio di Piano, in seguito all'istruttoria per l'esame delle richieste pervenute, comunica all'Assemblea dei Sindaci la composizione delle rappresentanze nei Tavoli tematici.

L'Assemblea dei Sindaci può procedere ad un'ulteriore regolazione della presenza delle rappresentanze ai Tavoli, se necessaria all'efficace organizzazione del lavoro, attraverso ulteriori livelli di selezione, in considerazione della rappresentatività degli Enti, della loro specificità e significatività in relazione al tema di lavoro, della presenza di livelli di aggregazione della rappresentanza, della diffusione e presenza nel territorio e dell'equilibrio nella composizione dei tavoli di lavoro.

1.4 Poli Territoriali Area Minori e Famiglie

L'Ambito di Bergamo comprende il territorio della città e dei Comuni di Gorle, Orio al Serio, Ponteranica, Sorisole e Torre Boldone. In considerazione delle caratteristiche geografiche, demografiche e sociali dei singoli territori sono stati istituiti **4 poli territoriali**: 3 poli presenti nei quartieri della città e 1 polo dedicato agli altri Comuni dell'Ambito situato presso la sede del Municipio di Ponteranica.

Ogni polo è composto da **professionalità diverse** (assistenti sociali, psicologi, educatori professionali) in grado di svolgere un lavoro multidisciplinare, integrando le specifiche competenze professionali e le varie esperienze lavorative.

Infatti, ai poli territoriali è affidato il compito di **costruire progetti complessi, qualificati e personalizzati**, attraverso:

- la lettura e l'analisi condivisa delle situazioni e delle richieste del territorio e dei servizi;
- l'attivazione delle reti territoriali e la collaborazione tra servizi e comunità;
- la predisposizione di progetti e interventi efficaci e in coerenza con le richieste del territorio e dei servizi;
- l'erogazione di servizi sociali a livello territoriale.

Il servizio di **Segretariato Sociale** è stato potenziato dal 2021 al 2023 con il passaggio da un unico punto di accesso centralizzato nel Comune di Bergamo a **sette punti di accesso decentrati in quartieri strategici dell'Ente Capofila**, oltre ai punti di accesso negli altri Comuni dell'Ambito che sono stati mantenuti/potenziati. La stessa équipe multidisciplinare del segretariato sociale ha gestito anche la presa in carico dei beneficiari della misura RDC e, nel 2024, dell'ADI in tutti i Comuni dell'Ambito.

Il servizio ha valorizzato la **multidisciplinarietà** delle **équipes territoriali**, composte da un'assistente sociale, un educatore professionale (tutor educativo) e, per il Comune di Bergamo, un operatore di sportello con

competenze su informazione e orientamento al cittadino. Il servizio ha un coordinatore delle équipes per Bergamo e uno per le équipes dei Comuni dell'Ambito, oltre a due figure che si occupano degli aspetti amministrativi della gestione dell'ADI e dei PUC.

2. ESITI DELLA PROGRAMMAZIONE ZONALE 2021 – 2023

2.1 Risultati raggiunti nel triennio 2021-2023

Nei paragrafi che seguono si offre una panoramica del grado di attuazione del precedente Piano di Zona, richiamando gli obiettivi posti nella passata triennalità e mettendo in luce le opportunità di mantenimento e sviluppo. L'analisi è condotta a partire dallo schema delle Linee Guida 2025/2027, andando a valutare, per ciascun Tavolo di Area, i principali esiti delle azioni.

2.1.1 Area Minori e Famiglie

Gli obiettivi per l'Area Minori e Famiglie per il triennio 2021-2023 si concentravano sulla creazione di un sistema integrato e omogeneo per il supporto ai minori e alle loro famiglie. Le azioni erano finalizzate a promuovere il benessere infantile e adolescenziale attraverso iniziative di prevenzione e sostegno, la connessione tra i servizi territoriali e l'attivazione di percorsi di orientamento e ascolto per i giovani. Gli esiti evidenziano il rafforzamento della rete di stakeholder coinvolti, come istituzioni scolastiche, enti sanitari e sociali, e un significativo miglioramento nella capacità di intercettare e rispondere ai bisogni delle famiglie. In particolare, le attività hanno contribuito a contrastare la dispersione scolastica e il ritiro sociale, oltre a consolidare luoghi di confronto per azioni integrate.

Tabella 1 – Esiti obiettivi dell'Area Minori e Famiglie

Obiettivi strategici	Stakeholders	Risultati raggiunti	Risorse impiegate	Grado di raggiungimento dell'obiettivo %
Integrazione sociosanitaria: consultori e pediatri	ASST Papa Giovanni XXIII – ATS ed ETS	Condivisione di buone prassi ai fini dell'omogeneità degli interventi. Coinvolgimento delle famiglie neo-genitoriali e delle puerpere.	Risorse professionali (ambito e Comune e enti territoriali e terzo settore) Fondi FNPS	100%
Connessione con il territorio: mediatori territoriali scuole infanzia	ASST Papa Giovanni XXIII – ATS ed ETS, IC scolastici, Provincia, Ordini professionali, Garante Infanzia, Questura, CAV	Migliorata e rafforzata la connessione tra i servizi territoriali a livello di Ambito, ove trovano ricomposizione nel Tavolo Minori e Famiglie al fine di recepire la realtà e i bisogni in modo integrato	Risorse professionali (ambito e Comune e enti territoriali e terzo settore) Fondi FNPS Fondi FAMI	100%

Prevenzione per favorire il benessere	ASST Papa Giovanni XXIII – ATS ed ETS, IC scolastici, Provincia, Ordini professionali, Garante Infanzia, Questura, CAV	Implementate le attività di ascolto, orientamento e supporto nelle scelte scolastiche e lavorative di pre-adolescenti, adolescenti e giovani. Aderenza a interventi a favore della riduzione della dispersione scolastica e della prevenzione al ritiro sociale.	Risorse professionali (ambito e Comune e enti territoriali e terzo settore) Fondi FNPS	100%
Condivisione e creazione di luoghi di regia per condivisione e ricomposizione delle azioni	ASST Papa Giovanni XXIII – ATS ed ETS, IC scolastici, Provincia, Ordini professionali, Garante Infanzia, Questura, CAV	Consolidamento delle relazioni tra gli stakeholders e tra i servizi specialistici all'interno del Tavolo Minori e Famiglie e dei sottogruppi del medesimo	Risorse professionali (ambito e Comune e enti territoriali e terzo settore) Fondi FNPS	100%

2.1.2 Area Inclusione Sociale

Per l'Area Inclusione Sociale gli obiettivi del triennio 2021-2023 miravano a strutturare una governance stabile che coordinasse gli interventi per contrastare la povertà e la marginalità. Gli obiettivi includevano la realizzazione di un sistema di accesso di prossimità, il potenziamento delle politiche attive per il lavoro e la costituzione di alleanze territoriali per rispondere ai nuovi bisogni emergenti. Gli esiti indicano progressi nell'implementazione di progetti dedicati alla grave marginalità e alla povertà, pur evidenziando alcune criticità legate alla complessità delle azioni in un contesto socioeconomico mutevole. Tra i risultati rilevanti vi sono l'avvio di un Polo Unico per la marginalità e protocolli operativi condivisi con i servizi comunali, insieme alla creazione di un osservatorio permanente per il monitoraggio delle condizioni di disagio.

Tabella 2 – Esiti obiettivi dell'Area Inclusione Sociale

Obiettivi strategici	Stakeholders	Risultati raggiunti	Risorse impiegate	Grado di raggiungimento dell'obiettivo %

Dalla rete a sistema: strutturare una governance stabile	ETS, Caritas diocesana, Opera Bonomelli, Mense Cittadini, Tribunale, Istituti Comprensivi, Procura, Associazionismo, Servizi comunali.	Implementazione sistema grave marginalità e bassa soglia, implementazione progettualità a valere sui fondi PON e Fead (PON Inclusione 14-20) e React-EU. Protocolli con enti e servizi comunali per l'attivazione di progetti utili alla collettività	Risorse professionali (ambito e Comune e enti territoriali e terzo settore) Fondi: FNPS PON e Fead Inclusione 14-20 React EU Fondo Povertà	100%
Accesso di prossimità	ETS, Caritas diocesana, Opera Bonomelli, Mense Cittadini	Avviata programmazione per la realizzazione del Polo Unico grave marginalità individuando le linee operative da implementare nel prossimo triennio Criticità: complessità delle azioni in un quadro socioeconomico mutato che richiedono una tempistica maggiore	Risorse professionali (ambito e Comune e enti territoriali e terzo settore) Fondi: Fondo Povertà FNPS	50%
Non solo Reddito: sistema lavoro all'interno del mutato quadro delle politiche attive sul lavoro	Centri per l'impiego, ETS, Provincia	Costituzione del Tavolo Sistema Lavoro con enti accreditati e operatori dei CPI provinciali e avvio della concertazione dell'accordo provinciale per il sistema lavoro nel	Risorse professionali (ambito e Comune e enti territoriali e terzo settore) Fondi FNPS, Fondo Povertà	90%

		<p>nuovo sistema lavoro.</p> <p>Criticità: il mutato quadro delle politiche attive del lavoro risulta funzionale modificare le strategie operative degli interventi</p>		
<p>Povertà: costituzione di un osservatorio permanente di un'alleanza comune ai nuovi bisogni emergenti</p>	<p>ETS, Caritas diocesana, Opera Bonomelli, Mense Cittadini.</p>	<p>Realizzato un protocollo di intesa tra il Comune di Bergamo e Caritas diocesana per lo scambio di informazioni sulle reciproche risorse ed iniziative e per la gestione condivisa di nuclei familiari in condizione di disagio socioeconomico.</p> <p>Promozione di iniziative locali di attività di utilità sociale.</p> <p>Criticità: difficoltà nell'utilizzo di dati comparabili e interconnessione degli stessi tra diversi enti territoriali.</p>	<p>Risorse professionali (ambito e Comune e enti territoriali e terzo settore)</p> <p>Fondi FNPS, Fondo Povertà, PON Inclusion e Fead.</p>	<p>50%</p>

2.1.3 Area Salute Mentale

Gli obiettivi del triennio 2021-2023 dell'Area Salute Mentale si focalizzavano sul miglioramento della qualità della vita per le persone con problematiche psicologiche attraverso percorsi di autonomia, supporto alla domiciliarità e iniziative di sensibilizzazione. Particolare attenzione è stata rivolta all'integrazione tra servizi

sociosanitari e Terzo Settore, nonché alla prevenzione nei giovani e adolescenti. Gli esiti mostrano un ampliamento della rete territoriale, con l'attivazione di progetti innovativi e azioni di sistema che hanno promosso approcci condivisi. Tuttavia, alcune difficoltà sono emerse nell'aderenza progettuale dovuta alla complessità dei bisogni. L'area ha comunque ottenuto significativi risultati nella diffusione di una maggiore consapevolezza sulla salute mentale e nella continuità della cura.

Tabella 3 – Esiti obiettivi dell'Area Salute Mentale

Obiettivi strategici	Stakeholders	Risultati raggiunti	Risorse impiegate	Grado di raggiungimento dell'obiettivo %
Supporti progetti di autonomia: residenzialità e politica dell'abitare, lavoro e prevenzione	ETS, ASST Papa Giovanni XXIII, Opera Bonomelli	<p>È stato fatto un lavoro di governance che ha promosso la partecipazione attiva delle realtà territoriali alla programmazione per lo sviluppo di progetti a favore della vita indipendente ed ha portato all'accreditamento degli Enti gestori in modo da ampliare la platea dei beneficiari delle Misure in capo all'Ambito.</p> <p>Criticità: rilevata una difficoltà di aderenza progettuale dovuta alla natura del bisogno complesso</p>	<p>Risorse professionali (ambito e Comune e enti territoriali e terzo settore)</p> <p>Fondi: FNPS</p> <p>Pro.vi</p>	50%
Percorsi dinamici di prossimità: servizi di supporto alla domiciliarità, continuità della cura, progettualità condivise	Associazione Piccoli Passi Per, ETS, ASST Papa Giovanni XXIII	In continuità con le annualità precedenti si sono sostenuti progetti di supporto sistematico alle famiglie e per l'inclusione	<p>Risorse professionali (ambito e Comune e enti territoriali e terzo settore)</p> <p>Fondi: FNPS</p>	80%

		<p>sociale. Parallelamente si è allargata la partecipazione di ETS al Tavolo di Area.</p>		
<p>Integrazione e formazione tra i servizi territoriali e terzo settore. Integrare percorsi di interventi domiciliari.</p>	<p>ASST Papa Giovanni XXIII, Associazione Piccoli Passi Per, ETS, Provincia</p>	<p>Mappatura dell'esistente in termini di offerta/servizi, dei bisogni dell'utenza e operatori;</p> <p>Azioni di sistema che hanno promosso approcci condivisi verso un'integrazione di prassi sociosanitarie nel rispetto delle specifiche competenze di ogni istituzione.</p>	<p>Risorse professionali (ambito e Comune e enti territoriali e terzo settore)</p> <p>Fondi FNPS, PNRR</p>	<p>50%</p>
<p>Prevenzione e sensibilizzazione: percorsi di sensibilizzazione giovani e adolescenti e percorsi di formazione sulla salute mentale</p>	<p>ASST Papa Giovanni XXIII, Associazione Piccoli Passi Per, ETS, Provincia</p>	<p>Si sono attivati interventi e di prevenzione ed iniziative di sensibilizzazione sulla salute mentale; sono state incrementate le risorse per sostenere i progetti di diffusione e sensibilizzazione; è stata allargata la rete territoriale per la realizzazione di eventi di sensibilizzazione e la partecipazione ad iniziative territoriali.</p>	<p>Risorse professionali (ambito e Comune e enti territoriali e terzo settore)</p> <p>Fondi FNPS,</p>	<p>90%</p>

2.1.4 Area Disabilità

Le iniziative nell'Area Disabilità nel triennio 2021-2023 erano orientate alla personalizzazione dei servizi, al potenziamento della rete territoriale e al supporto alle famiglie. Gli obiettivi includevano la creazione di strumenti condivisi per rilevare i bisogni delle persone con disabilità e l'avvio di progetti innovativi per promuovere l'inclusione sociale. Gli esiti riportano la produzione di un manifesto dei bisogni e la sperimentazione di azioni focalizzate sul miglioramento dell'offerta territoriale. Particolare rilevanza è stata data all'empowerment delle famiglie e alla creazione di una comunità inclusiva, con il rafforzamento delle relazioni tra enti, associazioni e istituzioni. Le iniziative hanno favorito la partecipazione attiva e l'avvio di percorsi di formazione e sensibilizzazione.

Tabella 4 – Esiti obiettivi dell'Area Disabilità

Obiettivi strategici	Stakeholders	Risultati raggiunti	Risorse impiegate	Grado di raggiungimento dell'obiettivo %
Personalizzazione dei servizi e delle risposte: sperimentazioni in una logica di budget, rilevazione dei servizi, formazione	ASST Papa Giovanni XXIII-ATS, Associazioni territoriali, Diocesi, ETS, Sindacati, Ufficio Scolastico	Produzione di un documento "Sintesi dei Bisogni" quale manifesto condiviso in cui è stata fatta un'analisi dei bisogni, servizi e possibili proposte operative da declinare sul territorio. E' stato sviluppato un progetto con focus sulle realtà oratoriali territoriali volto al potenziamento della rete e di azioni a favore dell'inclusione sociale.	Risorse professionali (ambito e Comune ed enti territoriali e terzo settore) Fondi: FNPS Pro.vi. Dopo di Noi	50%
Rafforzamento delle famiglie, mappatura associazioni territoriali, attivazione percorsi di	Associazioni territoriali, Diocesi, ETS,	Sono state condivise esperienze e modalità operative che hanno ampliato il dialogo e sostenuto processi di	Risorse professionali (ambito e Comune e enti territoriali e terzo settore) Fondi: FNPS	70%

formazione e sensibilizzazione		governance condivise nonché la creazione di spazi di riflessione funzionali alla creazione della rete per i CVI	Pro.vi	
Empowerment delle persone e delle famiglie: accompagnamento delle famiglie nel percorso di presa in carico (medie e superiori) e attività di formazione	Associazioni territoriali, ETS, ASST, Istituti scolastici	Allargamento della partecipazione delle rappresentanze del tavolo a favore di una maggiore compliance sociosanitaria. Coordinamento con i servizi Territoriali di presa in carico.	Risorse professionali (ambito e Comune e enti territoriali e terzo settore) Fondi FNPS	70%
Comunità Inclusiva: sviluppo di buone prassi e integrazione tra servizi	Associazioni territoriali, ETS, ASST, Istituti scolastici	Attivazione di un sistema operativo funzionale alla condivisione iniziative di innovazione sociale e forme di aggregazione familiare nonché la diffusione e partecipazione di eventi di formativi e di sensibilizzazione, favorendo l'aggregazione e dell'offerta e la creazione di una rete sostenibile, partecipata e generativa.	Risorse professionali (ambito e Comune e enti territoriali e terzo settore) Fondi FNPS	90%

2.1.5 Area Anziani

Per l'Area Anziani gli obiettivi del triennio 2021-2023 si ponevano di promuovere il benessere della popolazione anziana attraverso percorsi per l'invecchiamento attivo, il potenziamento della domiciliarità e l'adozione di tecnologie assistive. Tra le principali iniziative si annoverano la digitalizzazione degli anziani, il

supporto ai caregiver e lo sviluppo di reti di prossimità per combattere l'isolamento. Gli esiti mostrano una significativa partecipazione agli eventi organizzati, come corsi di formazione e laboratori di sensibilizzazione, e un'adesione crescente al progetto "Dementia Friendly Community". Questi interventi hanno permesso di costruire una rete più solida e inclusiva, con un impatto positivo sulla qualità della vita degli anziani e delle loro famiglie.

Tabella 5 – Esiti obiettivi dell'Area Anziani

Obiettivi strategici	Stakeholders	Risultati raggiunti	Risorse impiegate	Grado di raggiungimento dell'obiettivo %
Promozione di iniziative e percorsi per l'invecchiamento attivo	Operatori sociali, ETS, volontari, persone anziane	Realizzati percorsi a sostegno alla digitalizzazione delle persone anziane e individuati spazi ad hoc all'interno di alcuni CTE per il sostegno degli anziani all'uso di smartphone/tablet .	Risorse professionali (ambito e Comune e enti territoriali e terzo settore) Fondi: FNPS	100%
	Operatori sociali, ETS, volontari, persone anziane	Realizzati numerosi eventi a sostegno dell'invecchiamento attivo grazie alla collaborazione con i Centri per Tutte le Età	Risorse professionali (ambito e Comune e enti territoriali e terzo settore) Fondi: FNPS	
	Operatori sociali, ETS, volontari, persone anziane, sindacati, associazioni di categoria	Promosso del Laboratorio della domiciliarità come luogo di confronto e collaborazione tra cittadinanza amministrazione sui temi legati al sostegno alla domiciliarità.	Risorse professionali (ambito e Comune e enti territoriali e terzo settore) Fondi: Comune	

Prevenzione: reti di prossimità, percorso di DFC, formazione operatori	Operatori sociali, ETS, volontari, persone anziane	<p>Potenziato il sostegno a diverse esperienze di valorizzazione delle reti di prossimità</p> <p>Avviato il percorso per l'adesione alla rete "Dementia Friendly Community" e, conseguentemente, e per l'avvio del progetto sperimentale "Bergamo Città Amica delle Persone con Demenza"</p>	<p>Risorse professionali (ambito e Comune e enti territoriali e terzo settore)</p> <p>Fondi: FNPS</p> <p>Fondi Comunali</p>	50%
Integrazione (piattaforme dedicate) Obiettivo non raggiunto per chiusura progettuale	Operatori sociali, ETS, Università	<p>Progetto "hOLD-on: invecchiamento rigener-attivo" a valere sul FIS (Fondo per l'Innovazione Sociale): realizzata la fase II relativa alla sperimentazione del progetto, secondo quanto previsto dal bando ministeriale. La selezione per la fase III del progetto non è stata attivata dal Ministero</p>	<p>Risorse professionali (Comune) e risorse provenienti dal Fondo per l'innovazione sociale (partecipazione a bando)</p>	75%

	<p>ATS Bergamo, ASST Papa Giovanni XXIII, Ambiti Valle Imagna, Villa d'Almè e Valle Brembana, ETS</p>	<p>Partecipazione al progetto «Caregiver Bergamo – Accanto a chi si prende cura» promosso da ATS Bergamo per offrire un supporto pratico e mirato ai caregiver. Il progetto prevede l'integrazione socio-sanitaria attraverso l'istituzione di nuclei operativi multidimensionali composti da Assistenti sociali e Infermieri di famiglia e Comunità</p>	<p>Risorse professionali (ambito e Comune e enti territoriali e terzo settore)</p> <p>Fondi FNPS e risorse a valere sul progetto Caregiver di ATS</p>	
<p>Sostegno tecnologie assistive, sostegno al caregiver sportello ascolto</p>	<p>ETS, Impresa erogatrice, persone anziane</p> <p>ATS Bergamo, ASST Papa Giovanni XXIII, Ambiti Valle Imagna, Villa d'Almè e Valle Brembana, ETS</p>	<p>Implementati servizi domiciliari dedicati alle persone anziane grazie all'impiego di strumenti di domotica, e ai progetti LISA (Telecare) e ArgentoVivo.</p> <p>Implementato il progetto «Caregiver Bergamo – Accanto a chi si prende cura» promosso da ATS Bergamo per offrire un supporto pratico e mirato ai caregiver</p>	<p>Risorse professionali (ambito e Comune e enti territoriali e terzo settore)</p> <p>Fondi FNPS e risorse a vaere sul progetto Caregiver di ATS</p> <p>Risorse professionali (Ambito e Comune)</p>	<p>75%</p>

2.1.5 Obiettivi premiali

Di seguito si presentano gli esiti degli obiettivi premiali previsti per la programmazione 2021-2023.

Tabella 6 – Esiti obiettivi premiali

Obiettivi Premiale	Stakeholders	Risultati raggiunti	Risorse impiegate	Grado di raggiungimento dell'obiettivo %
Network integrato per la fragilità: presa in carico integrata alle persone con fragilità e caregiver	ATS Bergamo, ASST Papa Giovanni XXIII, Ambiti Valle Imagna Villa d'Almè e Valle Brembana, ETS.	<p>Costituzione del Gruppo Provinciale con l'obiettivo di delineare e costruire il network territoriale di presa in carico integrata di caregiver attraverso la costituzione di nuclei operativi a livello di singolo Ambito Territoriale e incontri operativi periodo dicembre 2022 – gennaio 2023 di definizione di linee operative comuni.</p> <p>Partecipazione dell'AS e personale individuato dall'Ente Capofila dell'Ambito Territoriale di Bergamo alla Formazione (ottobre 2022 – novembre 2022) e nel 2023</p>	<p>Risorse professionali (ambito e Comune e enti territoriali e terzo settore)</p> <p>Fondi: FNPS</p> <p>Risorse a valere progetto caregiver di ATS</p>	100%

		Estrapolazione dal sistema informatizzato comunale e condivisione dei dati a seguito della sottoscrizione dell'accordo di contitolarità del trattamento dati. N. segnalazioni 124		
Outdoors: percorsi di intercettazione precoce. Favorire l'intercettazione precoce e la presa in carico multidisciplinare e integrata della popolazione giovanile con problematiche inerenti ai comportamenti di addiction (alcool, stupefacenti e GAP)	ATS Bergamo, ASST Papa Giovanni XXIII, Cooperativa Piccolo Principe, Ambiti Valle Imagna Villa d'Almè e Ambito Valle Brembana, Ufficio scolastico provinciale, UNIBG	Incremento in tutti e tre gli Ambiti di conoscenza reciproca e collaborazioni tra servizi, tramite: Realizzazione di una mappatura delle opportunità e risorse territoriali, sintetizzata in un report che descrive: <ul style="list-style-type: none"> - Interventi scolastici attivi; - Aziende della rete WHP - Servizi specialistic i e di base - Gruppi AMA - Progetti di riduzione dei rischi Nell'Ambito di Bergamo sono state approfondite le risorse presenti nelle comunità di	Risorse professionali (ambito e Comune e enti territoriali e terzo settore) Fondi: FNPS Fondi a valere sul progetto GAP	100%

		<p>due quartieri specifici.</p> <p>Un risultato non previsto ma raggiunto, riguarda la progettazione di avvio da gennaio 2024 di uno Sportello di Ascolto per il gioco d'azzardo nell'ambito di Bergamo, cogestito da Cooperativa Il Piccolo Principe, GA, Associazione Insieme, ACAT.</p> <p>Integrazione con le progettualità relative al GAP</p> <p>Realizzazione di incontri e avvio di laboratori con due comunità etniche. Sono tuttavia state avviati incontri, in collaborazione con l'Università di Bergamo, per individuare le comunità etniche con cui potrebbe essere realizzato un approfondimento, e con i referenti delle comunità ai fini dell'inizio della realizzazione della ricerca sui comportamenti devianti</p> <p>Sono stati inoltre effettuati:</p>		
--	--	--	--	--

		<p>-Percorso di formazione rivolto a custodi sociali nell'Ambito di Bergamo</p> <p>-Percorso rivolto a operatori e volontari dei centri ascolto in Val Brembana</p> <p>Incontri con gli amministratori degli Ambiti distrettuali sul tema sensibilizzazione</p> <p>Mappatura dei bisogni e indagine popolazione giovanile straniera.</p>		
<p>Remember: aver cura.</p> <p>Promuovere all'interno del Distretto una rete di iniziative in favore delle famiglie caregiver a persone affette da demenza attraverso uno sviluppo empatico fondato sulla relazione</p>	<p>ASST Papa Giovanni XXIII, Associazione Ambiti distrettuali, Cafè Alzheimer, Bergamo Sanità, ETS</p>	<p>Sono stati avviati incontri periodici tra i tre Ambiti e con ASST per la definizione delle attività per singolo Ambito</p> <p>Le attività sono state promosse all'interno:</p> <p>dei caffè sociali, Cafè Alzheimer, della Casa di Comunità</p> <p>Si sono realizzati incontri con persone affette da demenza in contesti specifici all'interno di RSA presenti negli Ambiti per</p>	<p>Risorse professionali (ambito e Comune e enti territoriali e terzo settore)</p> <p>Fondi: FNPS</p>	<p>100%</p>

		<p>Bergamo terapia non farmacologica presso la RSA Caprotti Zavaritt di Gorle.</p> <p>8 caffè sociali già presenti e 2 nuove aperture. Un caffè sociale Ha smesso di operare nel corso del 2022 per cui è stato riproporzionato il contributo a questa voce di spesa. Capillare informativa ai MMG, supporto al Festival Demenza, stampa e redazione della guida per la demenza, pubblicazione siti di Ambito e dei Comuni</p> <p>Diffusione di volantini presso uffici comunali/casa della Comunità/Ospedali/cliniche.</p>		
--	--	---	--	--

3. ANALISI DEL CONTESTO

3.1 Dati di contesto e quadro della conoscenza

L'Ambito 1 raggruppa un territorio che include la Città di Bergamo e i Comuni di Gorle, Orio al Serio, Ponteranica, Sorisole, Torre Boldone.

3.1.1 Popolazione e indici demografici

L'Ambito territoriale 1 di Bergamo è composto dal Comune capoluogo e dai Comuni di Gorle, Orio al Serio, Ponteranica, Sorisole, Torre Boldone.

La popolazione complessiva è di **152.977** abitanti¹ e rappresenta il 13,8% dell'intera Provincia di Bergamo.

La popolazione dell'Ambito ha registrato una crescita significativa fino al 2020, con un incremento del 2,7%, raggiungendo un totale di 153.646 abitanti. Tuttavia, nel biennio 2021-2022 si è osservato un rapido declino, in coincidenza con l'inizio della pandemia di Covid-19. A partire dal 2023, la tendenza demografica è tornata positiva, portando nel 2024 a un aumento complessivo del +2,25% rispetto ai valori rilevati nel 2012.

Analizzando la distribuzione della crescita demografica nei comuni che compongono l'Ambito, si evidenzia un andamento non uniforme. La città di Bergamo concentra la maggior parte della popolazione e ha registrato un incremento costante dal 2012, un lieve calo nel 2021 e un nuovo aumento nel 2024, pari al +3% rispetto al 2012. Anche i comuni di Torre Boldone (+4,12%) e Gorle (+1,1%) hanno mostrato una lieve crescita nel periodo considerato, mentre nel resto dell'Ambito si rileva una tendenza negativa (Tab. 7).

Tabella 7 - Andamento della distribuzione della popolazione residente per l'Ambito 1 con dettaglio dei comuni appartenenti dal 2012 al 2024 (Fonte: ISTAT)

Anno	Ambito	Bergamo	Sorisole	Torre Boldone	Ponteranica	Gorle	Orio al Serio
2012	149.603	117.014	9.138	8.390	6.827	6.490	1.744
2013	150.086	117.245	9.190	8.485	6.838	6.567	1.761
2014	150.409	117.423	9.178	8.630	6.816	6.613	1.749
2015	150.542	117.526	9.134	8.705	6.823	6.567	1.787
2016	150.828	117.938	9.031	8.697	6.797	6.603	1.762

¹ Popolazione totale residente al 1° gennaio 2024 (Fonte: ISTAT)

2017	151.858	119.019	8.973	8.719	6.850	6.542	1.755
2018	152.444	119.648	9.021	8.709	6.811	6.535	1.720
2019	153.406	120.569	9.097	8.721	6.780	6.514	1.725
2020	153.646	120.783	9.074	8.774	6.773	6.547	1.695
2021	152.684	119.993	9.012	8.631	6.750	6.546	1.752
2022	151.919	119.476	8.901	8.620	6.682	6.573	1.667
2023	152.319	119.809	8.872	8.713	6.690	6.585	1.650
2024	152.977	120.504	8.843	8.736	6.693	6.564	1.637

Figura 2 - Andamento della popolazione residente dell'Ambito 2012 -2024 (Fonte: ISTAT)

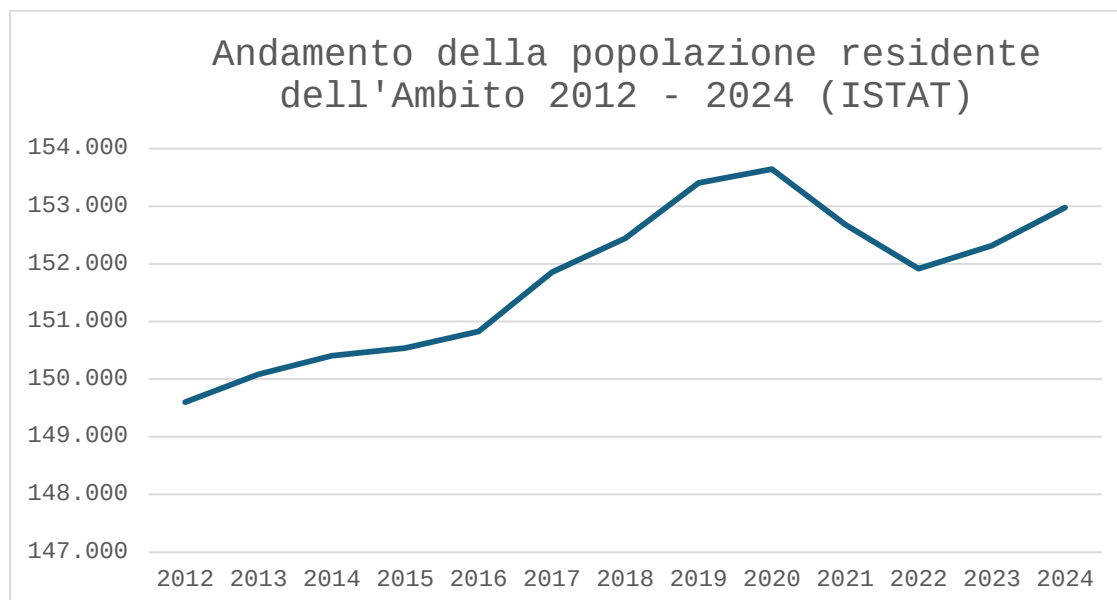


Tabella 8 - Distribuzione della popolazione per fasce d'età al 1° gennaio 2023 (Fonte: ISTAT)

	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e più
Italia	12,4%	63,5%	24%

Lombardia	12,8%	63,9%	23,3%
Bergamo Provincia	13,3%	64,5%	21,8%
Ambito	12%	63%	25%
Bergamo	11,7%	63,3%	25%
Gorle	13,6%	65,6%	20,8%
Orio al Serio	12,6%	66%	21,4%
Ponteranica	11,5%	61,8%	26,7%
Sorisole	12,1%	64,5%	23,4%
Torre Boldone	12,8%	61,8%	25,4%

La distribuzione per fasce d'età consente di inquadrare meglio la popolazione dell'ambito e dei Comuni presenti. I dati risultano essere in linea con quelli a livello provinciale, regionale e nazionale, con alcune specificità locali. Il dato che colpisce maggiormente riguarda la percentuale di anziani (65 anni e più), che nel territorio rappresenta il 25%, una quota superiore rispetto alla media provinciale (21,8%) e regionale (23,3%). In particolare, la percentuale di over 65 è più alta nei Comuni di Ponteranica (26,7%) e Torre Boldone (25,4%), evidenziando una popolazione mediamente più anziana. Interessante osservare anche la distribuzione dei minori all'interno dell'ambito, i Comuni più giovani, con una percentuale maggiore di popolazione nella fascia d'età 0-14 sono Gorle e Torre Boldone, seguiti da Orio al Serio. La fascia d'età 15-64 anni, che rappresenta la popolazione attiva, si concentra maggiormente nei Comuni di Gorle (65,6%) e Orio al Serio (66%), con valori superiori alla media dell'Ambito (63%) e della Provincia di Bergamo (64,5%). Questi dati evidenziano come alcuni Comuni siano più orientati verso una popolazione giovane e in età lavorativa, mentre altri mostrano una maggiore incidenza della popolazione anziana, richiedendo politiche e interventi mirati per rispondere alle specifiche esigenze di ogni territorio (Tab. 8).

Figura 3 - Distribuzione della popolazione per fasce d'età (Fonte: ISTAT)

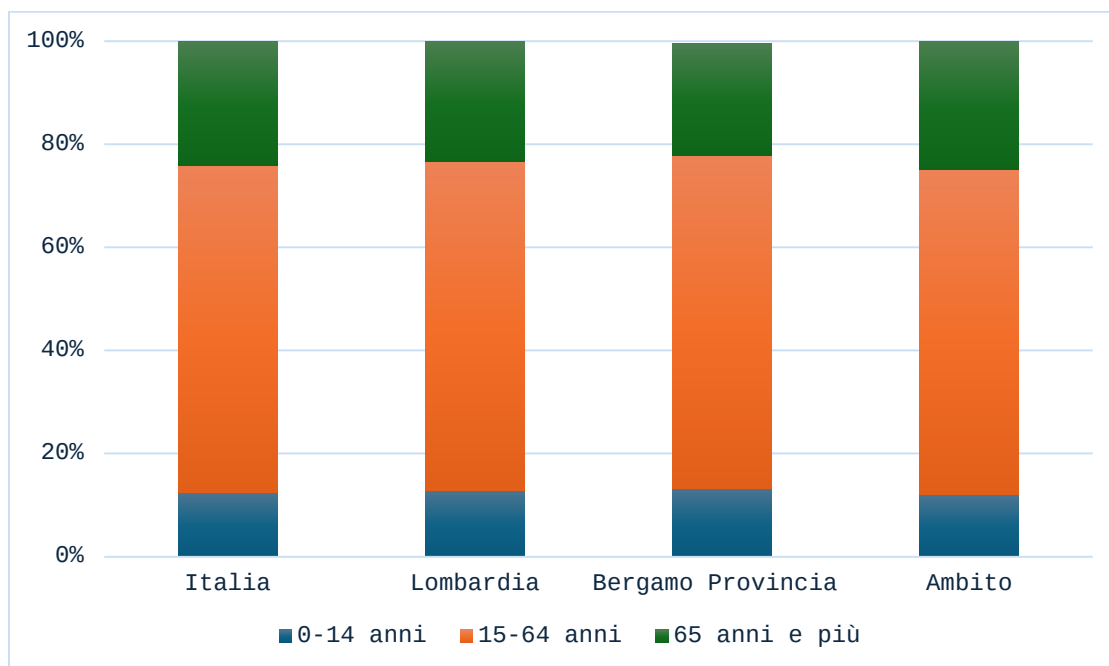


Tabella 9 - Indicatori demografici per il periodo 2022 - confronto Ambito di Bergamo, ATS Bergamo, Lombardia e Italia (Fonte: ISTAT)

	Ambito di Bergamo	ATS Bergamo	Lombardia	Italia
Tasso natalità (per mille abitanti)	6,22	6,77	6,78	6,67
Tasso mortalità (per mille abitanti)	10,25	10,54	11,25	12,12
Tasso crescita naturale (per mille abitanti)	-4,03	-3,77	-4,47	-5,45
Saldo migratorio totale (per mille abitanti)	4,23	6,76	7,30	4,42
Tasso di crescita totale (per mille abitanti)	0,20	2,99	2,83	-1,03
Indice di vecchiaia (valori percentuali) – al 31 dicembre 2022	186,33	159,86	177,11	187,61
Indice di dipendenza strutturale (valori percentuali) – 31 dicembre 2022	56,91	55,05	56,88	57,46
Indice di dipendenza degli anziani (valori percentuali) – 31 dicembre 2022	36,97	33,87	36,36	37,48
Popolazione al 31 dicembre 2022	152.319	1.106.303	9.976.509	58.997.201

Il territorio dell'Ambito di Bergamo evidenzia un saldo naturale negativo, con un tasso di crescita naturale pari a -4,03 per mille abitanti, un valore comunque meno negativo rispetto alla media nazionale (-5,45). Tale dato si inserisce in un più generale processo di contrazione demografica, legato al calo delle nascite e all'aumento della mortalità in un contesto di progressivo invecchiamento della popolazione. Questa tendenza, come a livello nazionale, si riflette nella diminuzione della base giovane della popolazione e nel conseguente aumento dell'indice di dipendenza strutturale. Parallelamente, il saldo migratorio totale positivo (+4,23 per mille abitanti) consente di compensare in parte le perdite naturali, risultando determinante per il mantenimento della popolazione. Tuttavia, il contributo migratorio risulta inferiore rispetto alla media regionale e dell'ATS Bergamo, evidenziando una dinamica migratoria meno incisiva nel territorio dell'ambito rispetto ad altre aree. L'indice di vecchiaia, che nell'Ambito di Bergamo si attesta al 186,33%, descrive chiaramente l'invecchiamento demografico, in linea con il più ampio fenomeno osservato in Italia. Questo dato, vicino al valore nazionale (187,61%), riflette l'aumento della speranza di vita e comporta un'accresciuta necessità di servizi sociosanitari specifici per la popolazione anziana. Tali cambiamenti demografici richiedono

politiche mirate e un'attenzione crescente ai bisogni emergenti delle famiglie, in particolare per garantire un adeguato supporto alle fasce di popolazione più vulnerabili.

Figura 4 - Indici demografici a confronto relativi all'anno 2022 (Fonte: ISTAT)

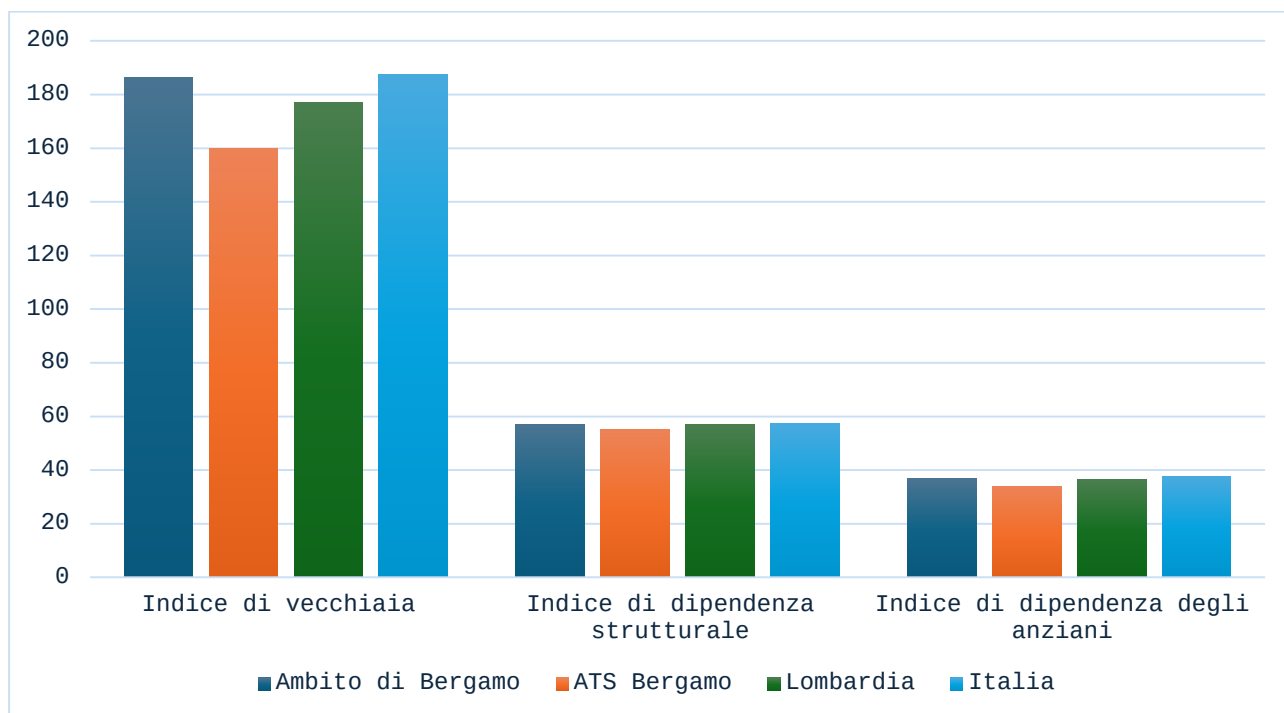
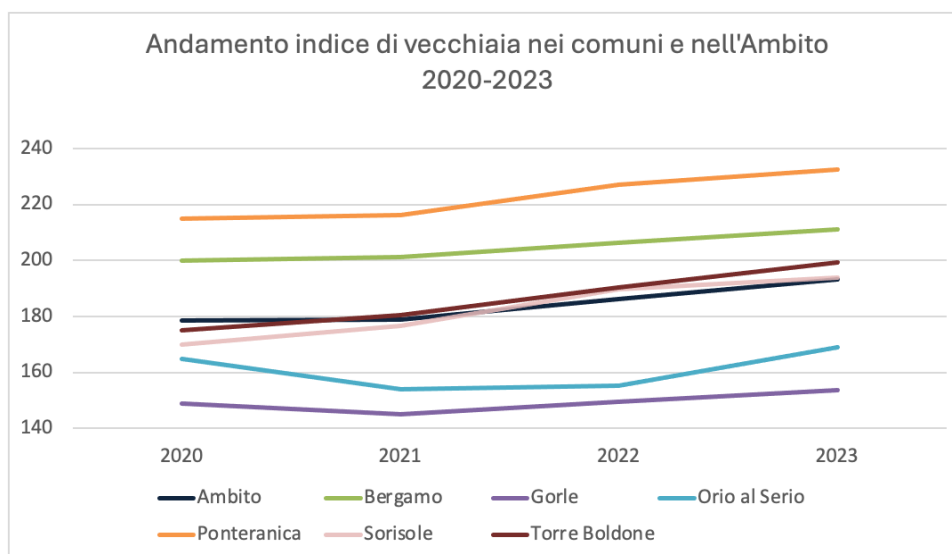


Tabella 10 - Indici demografici a confronto nei comuni dell'Ambito relativi all'anno 2023

	Bergamo	Gorle	Orio al Serio	Ponteranica	Sorisole	Torre Boldone
Tasso natalità (per mille abitanti)	6,63	6,08	6,08	5,08	5,76	5,04
Tasso mortalità (per mille abitanti)	11,55	7,30	12,78	12,40	8,58	-2,87
Tasso di crescita naturale (per mille abitanti)	- 4,92	-1,22	- 6,69	- 7,32	- 2,82	7,91
Saldo migratorio totale (per mille abitanti)	8,26	- 4,41	- 3,04	6,28	- 3,95	- 8,14
Tasso di crescita totale (per mille abitanti)	3,35	- 5,63	- 9,74	- 1,05	- 6,77	- 0,23

Indice di vecchiaia (valori percentuali)	211,29	153,70	168,90	232,64	194,02	199,37
Indice di dipendenza strutturale (valori percentuali)	57,96	52,36	51,65	61,91	55,02	61,92
Indice di dipendenza degli anziani (valori percentuali)	39,34	31,72	32,44	43,30	36,31	41,24
Popolazione al 31 dicembre 2023	120 504	6 564	1 637	6 693	8 843	8 736

Figura 5 - Andamento dell'indice di vecchiaia nei comuni e nell'Ambito anni 2020-2023 (Fonte: ISTAT)



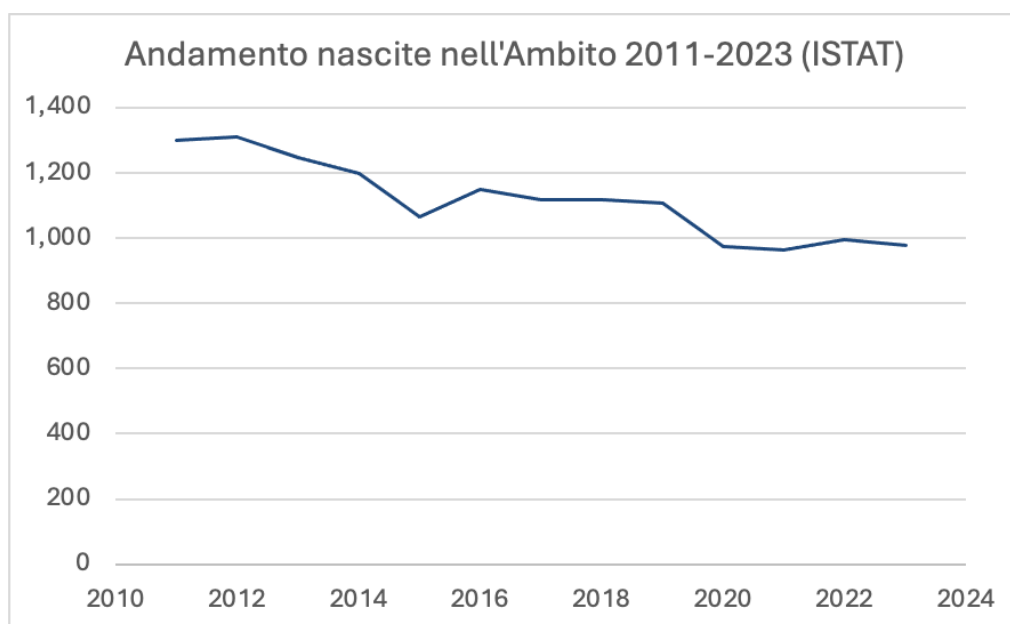
I dati ISTAT rilevano un aumento dell'indice di vecchiaia nell'Ambito, che è passato da una media di 179% nel 2020 a 193% nel 2023, con una crescita di ben 14 p.p. Il comune con l'indice di vecchiaia più alto rimane Ponteranica che è passato da circa il 215% al 233%, mentre Gorle si conferma il comune con l'indice più basso, che è tuttavia cresciuto dal 149% al 154%.

Tabella 11 - Nascite a confronto nei comuni dell'Ambito anni 2011-2023 (Fonte: ISTAT)

NASCITE	Ambito	Bergamo	Sorisole	Torre Boldone	Ponteranica	Gorle	Orio al Serio
2011	1 300	997	95	71	51	66	20

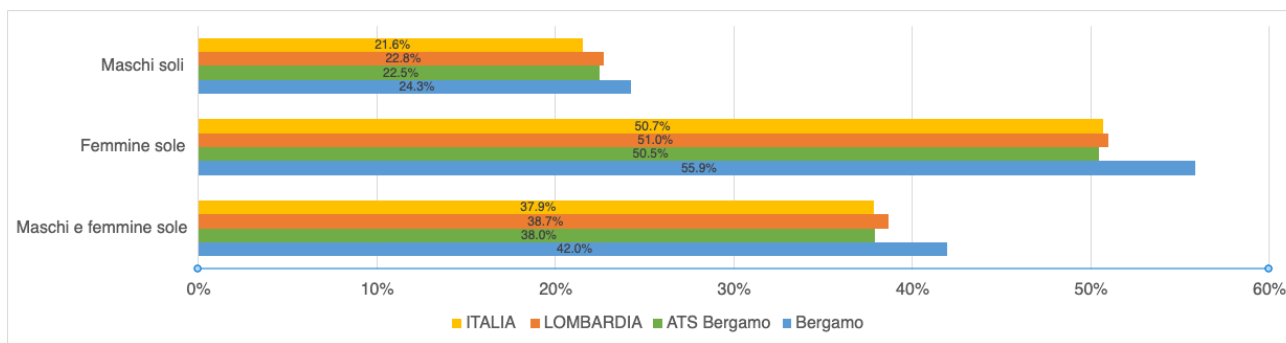
2012	1 308	1015	75	71	52	76	19
2013	1 247	958	92	73	49	53	22
2014	1 198	927	74	72	39	64	22
2015	1 064	820	75	72	41	46	10
2016	1 149	887	78	81	44	48	11
2017	1 117	872	57	77	48	53	10
2018	1 118	922	55	54	40	33	14
2019	1 107	893	53	70	36	41	14
2020	975	761	61	57	42	42	12
2021	962	777	43	52	37	41	12
2022	994	786	59	69	30	41	9
2023	976	797	51	44	34	40	10

Figura 6 - Andamento delle nascite nell'Ambito anni 2011-2023 (Fonte: ISTAT)



I dati ISTAT mostrano un andamento decrescente nelle nascite. I nati vivi passano da 1300 nel 2011 a 976 nel 2023, con una perdita di 324 unità. La tendenza negativa riguarda tutti i comuni dell'Ambito (Tab. 11). Insieme ai dati sull'indice di vecchiaia, questo trend conferma il generale invecchiamento della popolazione.

Figura 7 - Percentuale anziani soli su rispettiva popolazione relativa all'anno 2023 (Fonte: ISTAT)



Nel 2023 nell'Ambito di Bergamo gli uomini soli (divorziati, vedovi o celibi) rappresentano il 24.3% della popolazione anziana maschile, mentre le donne sole (divorziate, vedove o nubili) rappresentano il 55.9% della popolazione anziana femminile. Gli anziani soli rappresentano in totale il 42% della popolazione anziana. Tale valore è leggermente superiore rispetto alle medie nazionali e regionali del 38 e 39%.

3.1.2 Popolazione straniera

Il fenomeno migratorio mostra in generale un andamento positivo nel tempo. È tuttavia possibile rilevare una notevole differenza, soprattutto in anni recenti, tra Bergamo, il capoluogo di provincia, dove gli stranieri rappresentano il 16% della popolazione, e i centri più piccoli, ad esempio Sorisole o Ponteranica, dove la percentuale di popolazione straniera corrisponde a circa il 6% della popolazione totale.

Figura 8 - Andamento percentuale popolazione straniera su popolazione totale negli anni 2002-2024 (Fonte: ISTAT)

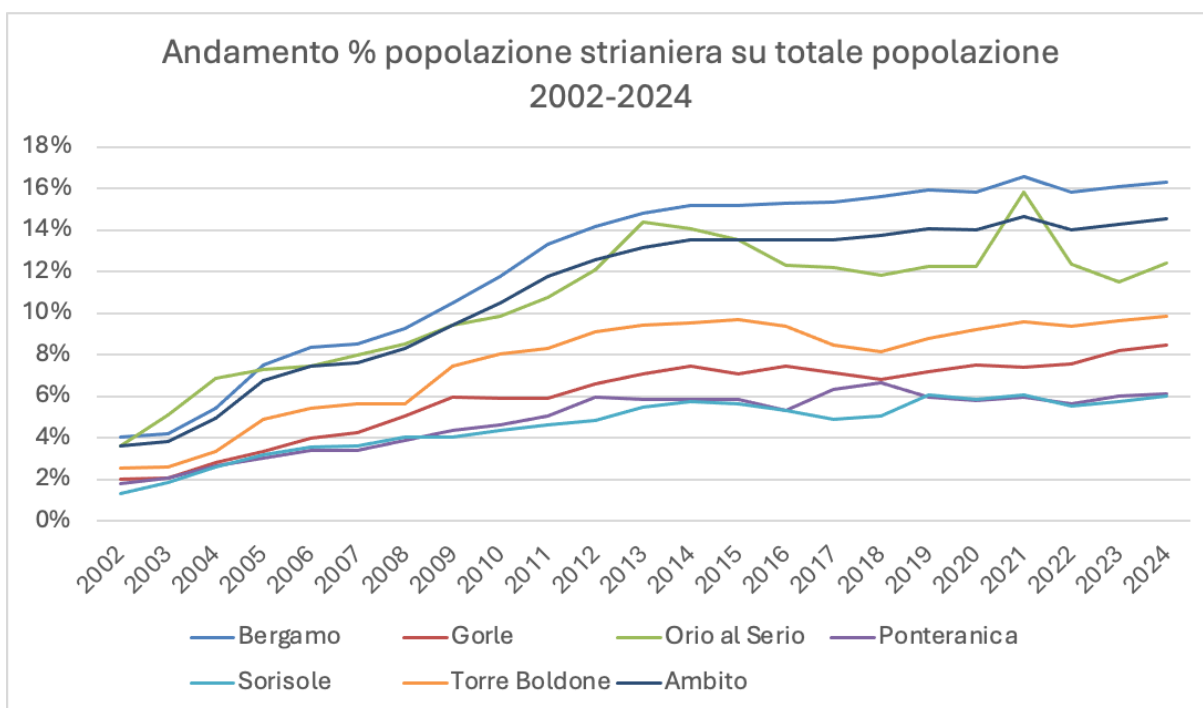
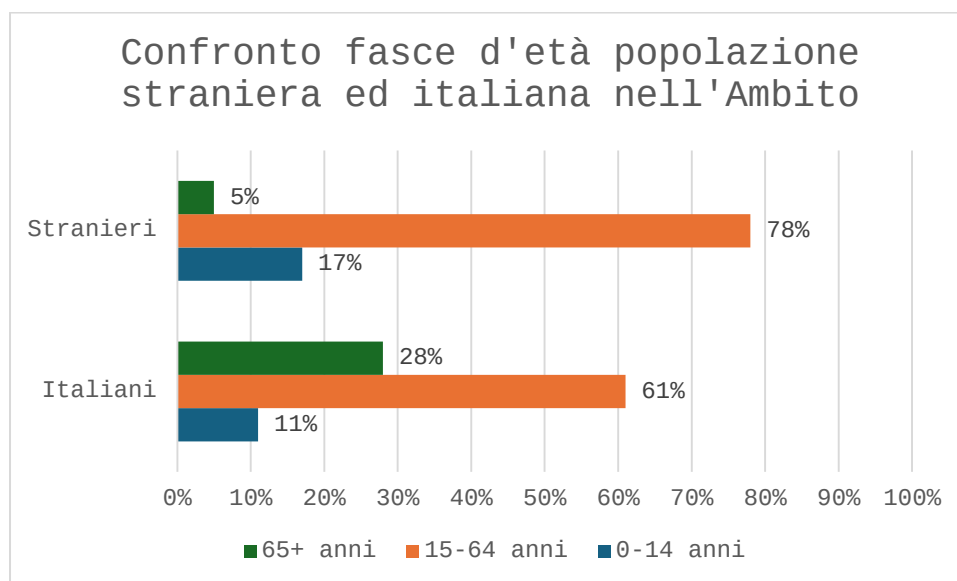
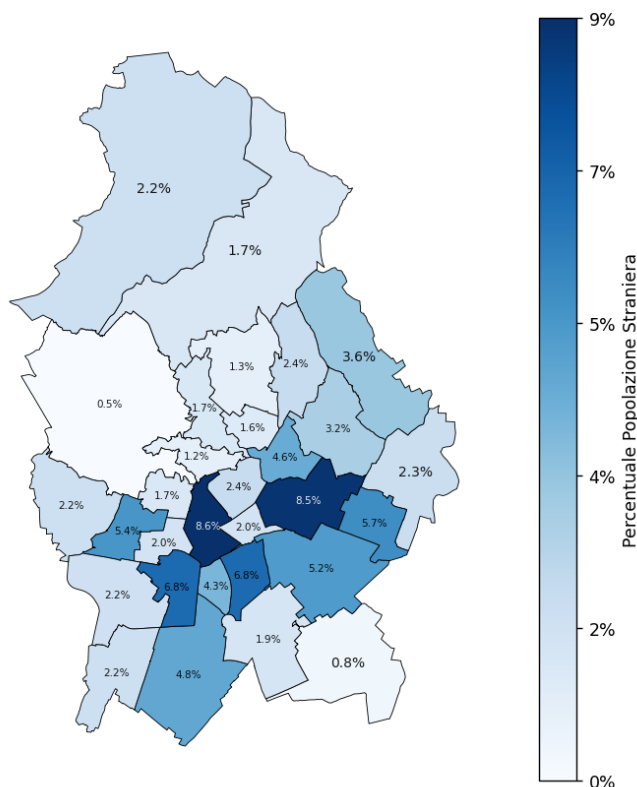


Figura 9 - Confronto fasce d'età tra popolazione straniera ed italiana nell'Ambito relativo all'anno 2023 (Fonte: ISTAT)



Analizzando le fasce d'età a cui appartengono la popolazione straniera e quella italiana, è possibile notare come la popolazione straniera sia notevolmente più giovane: il 78% appartiene alla fascia 15-64, il 17% alla fascia 0-14 e solamente il 5% alla fascia 65-100 e oltre. La popolazione italiana, invece, è costituita per il 61% da individui appartenenti alla fascia 15-64, l'11% alla fascia 0-14 ed il 28% alla fascia 65-100 e oltre. Il fatto che la maggioranza della popolazione straniera sia concentrata nella fascia attiva della popolazione (15-64) è in linea con l'idea che una delle principali cause dei flussi migratori sia la ricerca di opportunità lavorative.

Figura 10 - Distribuzione popolazione straniera nei Comuni e quartieri dell'Ambito aggiornati al 2023 (FONTE: Open Data del Comune di Bergamo disponibili al seguente link <https://www.dati.lombardia.it/comune-berga>)



*Nota: Elenco dei Comuni e dei Quartieri dell'Ambito mostrati nella cartina - Boccaleone, Borgo palazzo - alle valli, Campagnola, Carnovali, Celadina, Centro (Papa Giovanni xxiii), Centro (Pignolo), Centro (S.Alessandro), Città Alta, Colli, Colognola, Conca fiorita, **Gorle**, Grumello, Longuelo, Loreto, Malpensata, Monterosso, **Orio al Serio**, **Ponteranica**, Redona, S.Caterina, S.Lucia, S.Paolo, S.Tommaso, **Sorisole**, **Torre Boldone**, Valtesse (S.Colombano), Valverde - Valtesse (S.Antonio) e Villaggio sposi.*

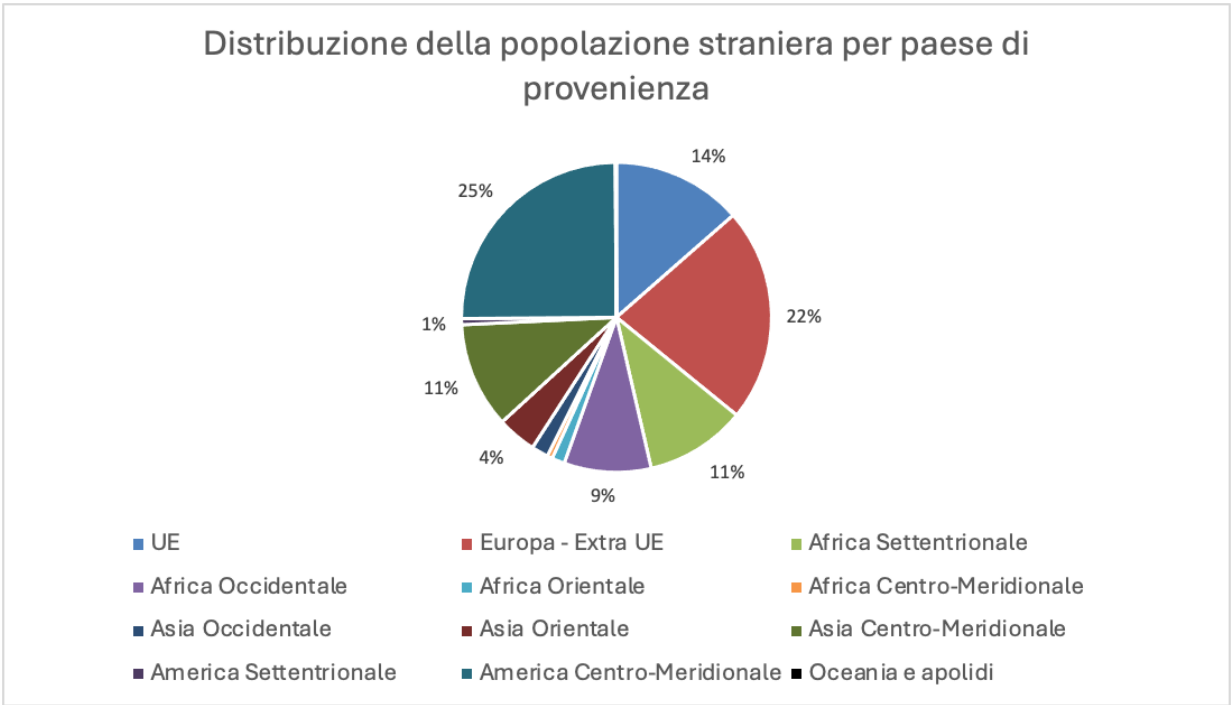
La fotografia che ci offrono i dati mostrati in *Fig.9* aggiornati al 2023 mostra una variazione nella distribuzione percentuale della popolazione straniera nei diversi quartieri e comuni dell'Ambito. Come primo dato fondamentale si può notare una presenza di stranieri nell'Ambito di 23.109 persone residenti in prevalenza (20.629) nel comune di Bergamo. Andando ad analizzare più nel dettaglio quartieri del Comune di Bergamo emerge che il quartiere con la percentuale più alta di popolazione straniera è il Centro (S. Alessandro), che registra un'incidenza dell'8,6%, seguito da Borgo Palazzo - Alle Valli con l'8,5%. Quartieri come Malpensata e S. Tommaso mostrano percentuali elevate del 6,8%, mentre Celadina raggiunge il 5,7% seguita da Loreto con il 5,4%. D'altra parte, i quartieri e i comuni con una minore presenza di popolazione straniera includono Colli, che mostra la percentuale più bassa dello 0,5%, seguito da Orio al Serio con lo 0,8%. Valori bassi si registrano anche in Valtesse (S. Colombano), con il 1,3% e in Città Alta, che raggiunge l'1,2%.

Questi dati evidenziano una chiara concentrazione della popolazione straniera nei quartieri centrali e maggiormente urbanizzati, come Centro (S. Alessandro), Borgo Palazzo e Malpensata, mentre le aree periferiche o meno densamente popolate continuano a registrare percentuali molto bassa.

Inoltre, la composizione della popolazione straniera è variegata, ma è possibile notare dalla *Fig.10* sottostante che vi sono nazionalità con presenze molto più forti di altre. La maggior parte degli immigrati, circa il 36%, proviene dal continente europeo (Paesi UE ed extra-UE). Il 25% proviene dall'America Centro-Meridionale, con una maggiore immigrazione dalla Bolivia, dal Brasile e dal Perù. Il 21% proviene dall'Africa, ed in particolar

modo dall’Africa Settentrionale (11%) ed Occidentale (9%). Il 17% proviene dal continente asiatico, di cui l’11% dall’Asia centro-meridionale. Le restanti quote provengono dall’America Settentrionale e dall’Oceania.

Figura 11 - Distribuzione della popolazione straniera presente nell’Ambito nell’anno 2023 per paese di provenienza (Fonte: ISTAT)



3.2 Analisi della spesa sociale

3.2.1 Risorse impiegate nel settore sociale

Nell’Ambito di Bergamo, nel 2022, le risorse complessivamente destinate al settore sociale, in gestione singola, ammontano a €37.379.157,00. Il 70,7% di questi fondi è stato erogato dai Comuni, una percentuale in linea con i Comuni appartenenti alla ASST Papa Giovanni XXIII e leggermente inferiore a quella garantita ai Comuni della Regione Lombardia. Il secondo contributo più rilevante proviene dall’utenza, che copre il 20,4% dei finanziamenti, superando in questo caso rispettivamente i livelli regionali dei comuni e dei comuni appartenenti alla ASST. I contributi da parte di altri enti pubblici rappresentano il 6,3% del totale. Il restante è garantito per il 2,1% dal Fondo Sociale Regionale, per lo 0,3% da altre tipologie di entrata e per lo 0,2% dal Fondo per il Sistema educativo 0-6 anni.

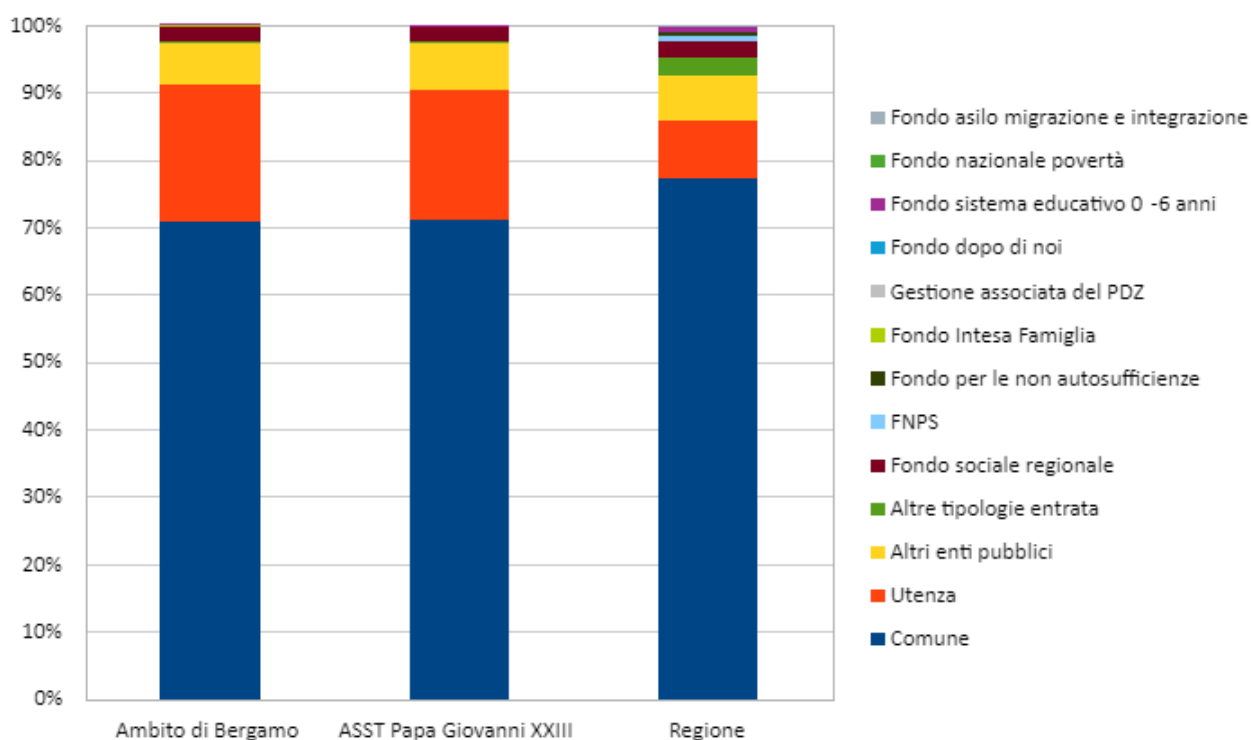
Tabella 12 - Provenienza entrate 2022 (gestione singola)

Anno 2022	Ambito di ASST Papa Regione Bergamo Giovanni XXIII		
Comune	70,7%	70,9%	77,3%
Utenza	20,4%	19,3%	8,5%
Altri enti pubblici	6,3%	7,0%	6,7%
Altre tipologie entrata	0,3%	0,3%	2,5%
Fondo sociale regionale	2,1%	2,1%	2,5%

FNPS	0,0%	0,1%	0,9%
Fondo per le non autosufficienze	0,0%	0,0%	0,4%
Fondo Intesa Famiglia	0,0%	0,0%	0,0%
Gestione associata del PDZ	0,0%	0,0%	0,0%
Fondo dopo di noi	0,0%	0,0%	0,1%
Fondo sistema educativo 0-6 anni	0,2%	0,2%	0,8%
Fondo nazionale povertà	0,0%	0,0%	0,1%
Fondo asilo migrazione e integrazione	0,0%	0,0%	0,2%

Fonte: dati provenienti dai Comuni dell'Ambito

Figura 12 - Provenienza entrate 2022 (gestione singola)



Fonte: dati provenienti dai Comuni dell'Ambito

La spesa più rilevante per il settore sociale è sostenuta dai comuni, con un totale di €26.424.553,00, e copre tutte le aree di intervento, a differenza degli altri canali di finanziamento che si concentrano solo su specifiche aree. Agli utenti è richiesta una compartecipazione per tutte le aree tranne l'area immigrazione e l'area salute mentale, per un totale di €7.629.710,00. Le spese sostenute da altri enti pubblici sono pari a €2.342.935,00 e coprono l'area minori e famiglie, disabilità, anziani, immigrazione ed emarginazione-povertà. Vi sono poi altre tipologie di entrata che coprono una spesa pari a €111.536,00 inerente all'area minori e famiglie e disabilità. Infine, le spese per minori e famiglie sono finanziate anche dal Fondo per il Sistema educativo 0-6 anni con una quota pari a €68.343,00.

Di seguito, invece, verrà presentata l'elaborazione dei dati delle risorse impiegate nel settore sociale nel 2022 in gestione complessiva.

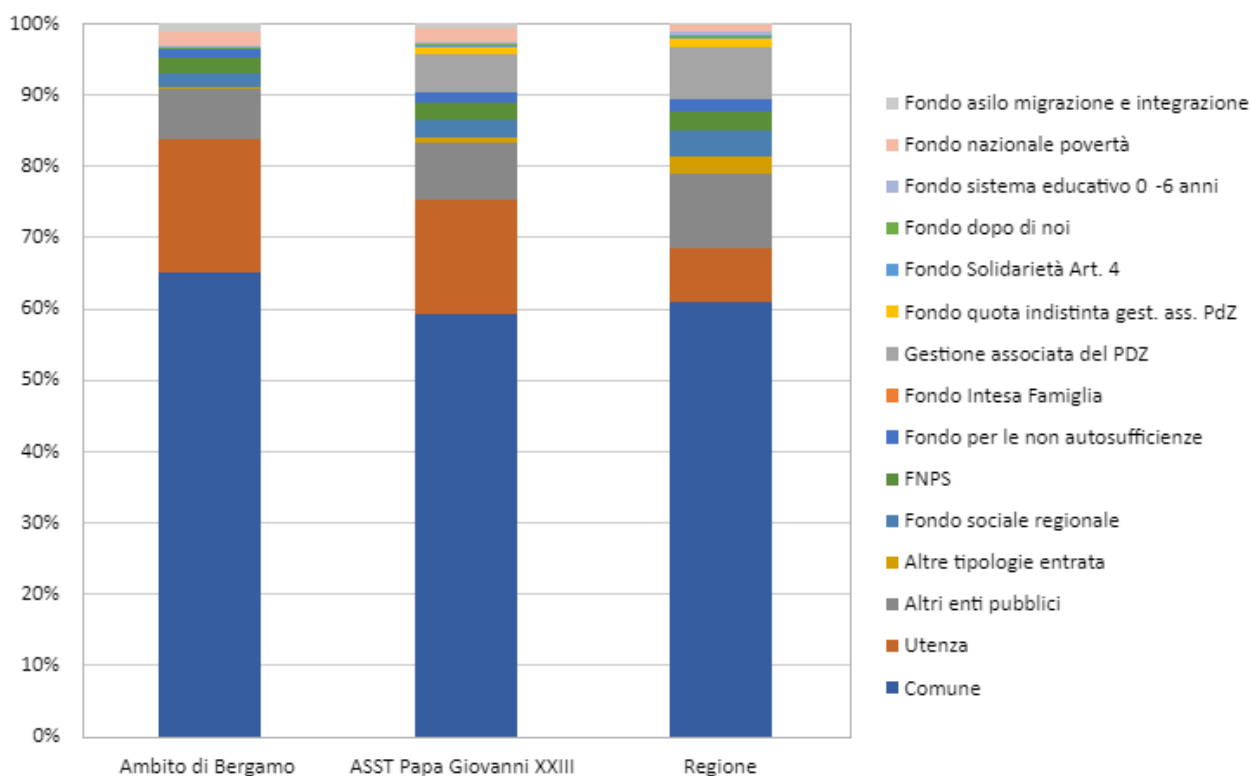
Nell'Ambito di Bergamo, nel 2022, le risorse complessivamente destinate al settore sociale, in gestione complessiva, ammontano a €40.668.817,00. Il 64,97% di questi fondi è stato erogato dai Comuni, una percentuale leggermente più alta rispetto ai Comuni appartenenti alla ASST Papa Giovanni XXIII e ai Comuni della Regione Lombardia. Il secondo contributo più rilevante proviene dall'utenza, che copre il 18,76% dei finanziamenti, superando in questo caso rispettivamente i livelli regionali dei comuni e dei comuni appartenenti alla ASST. I contributi da parte di altri enti pubblici rappresentano il 7% del totale.

Tabella 13 - Provenienza entrate 2022 (gestione complessiva)

Anno 2022	Ambito di Bergamo	ASST Papa Giovanni XXIII	Regione
Comune	64.97%	59.08%	60.78%
Utenza	18.76%	16.13%	7.62%
Altri enti pubblici	7.01%	7.89%	10.48%
Altre tipologie entrata	0.27%	0.78%	2.33%
Fondo sociale regionale	1.95%	2.58%	3.62%
FNPS	2.03%	2.36%	2.77%
Fondo per le non autosufficienze	1.23%	1.51%	1.67%
Fondo Intesa Famiglia	0.02%	0.02%	0.02%
Gestione associata del PDZ	0.00%	5.31%	7.24%
Fondo quota indistinta gest. ass. PdZ	0.00%	0.80%	1.18%
Fondo Solidarietà Art. 4	0.00%	0.22%	0.18%
Fondo dopo di noi	0.35%	0.43%	0.27%
Fondo sistema educativo 0-6 anni	0.17%	0.18%	0.48%
Fondo nazionale povertà	2.02%	1.82%	1.04%
Fondo asilo migrazione e integrazione	1.20%	0.89%	0.32%

Fonte: dati provenienti dai Comuni dell'Ambito

Figura 13 - Provenienza entrate 2022 (gestione complessiva)

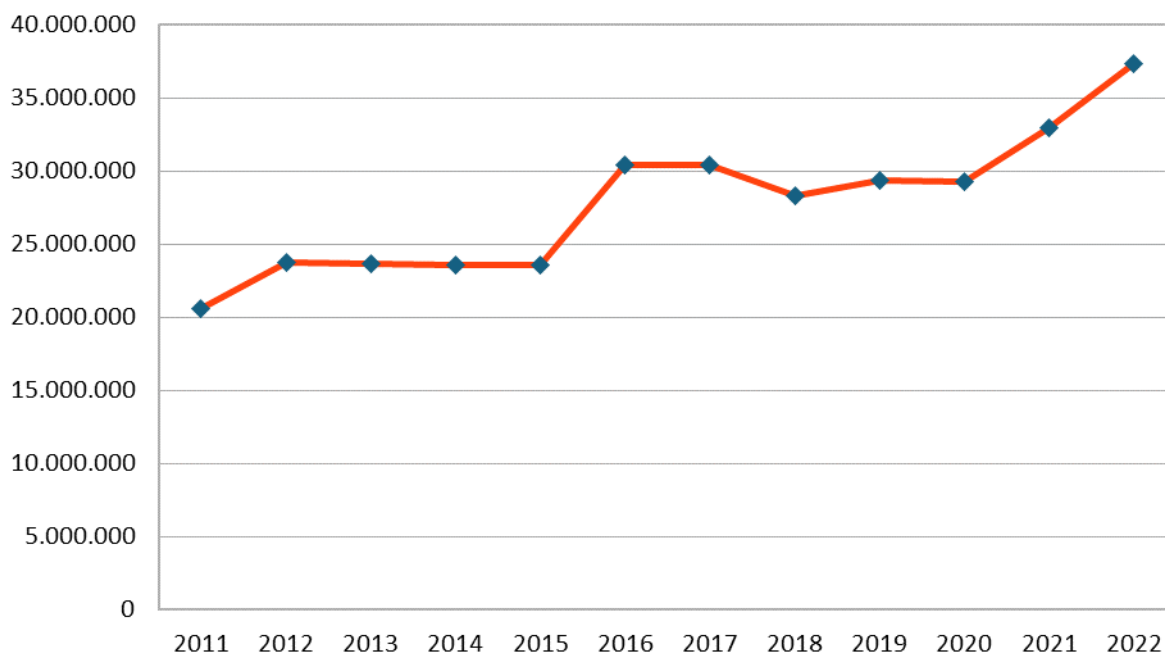


Fonte: dati provenienti dai Comuni dell'Ambito

3.2.2 Utenza dei servizi

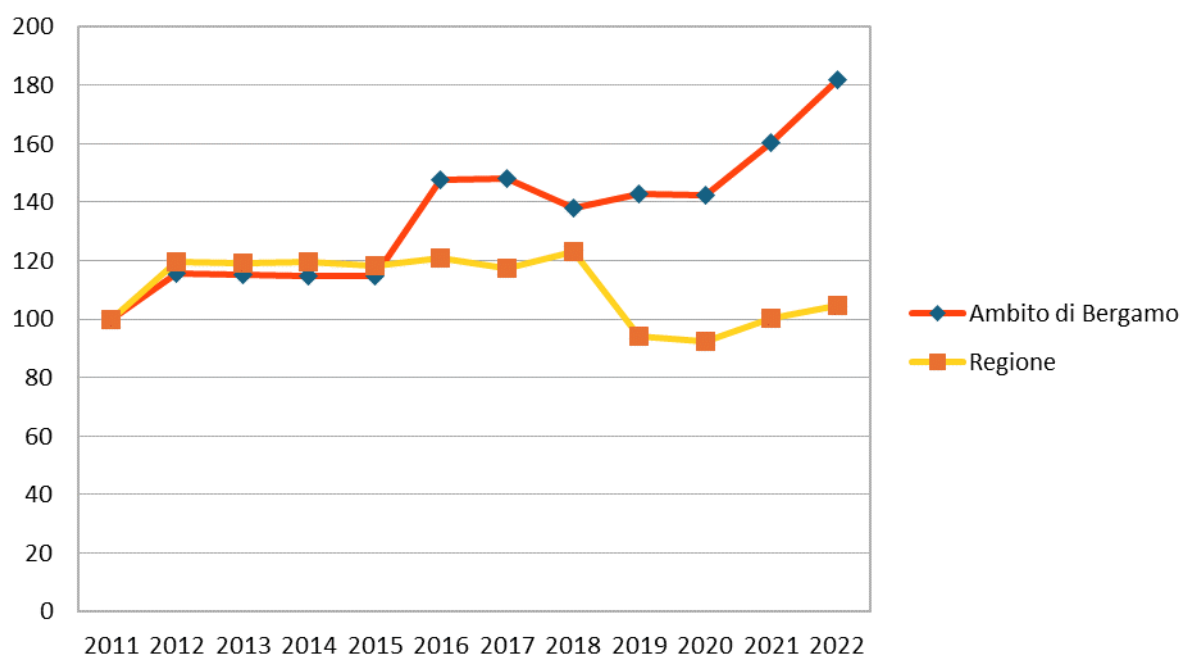
A fine 2022, la spesa sociale dell'Ambito di Bergamo ha raggiunto un totale di €37.363.160,00. Negli ultimi due anni, dopo una flessione registrata nel 2020, si è assistito a un incremento significativo, che ha portato la spesa sociale ai livelli massimi storici per il distretto. Nel grafico Fig. 13 viene messo a confronto l'andamento della spesa sociale dei comuni appartenenti all'Ambito di Bergamo rispetto a tutti i comuni appartenenti a Regione Lombardia, considerando il livello di spesa del 2011 come base 100. Dal 2011 al 2015, entrambe le curve di spesa mostrano una crescita percentuale simile, fino a divergere nel 2016. Da quel momento, si osserva un aumento proporzionale della spesa nell'Ambito di Bergamo, che, a partire dal 2016, supera in proporzione la spesa sociale dei comuni della Regione Lombardia.

Figura 14 - Spesa sociale annua in Euro negli anni nei comuni nell'Ambito di Bergamo



Fonte: Elaborazioni Ufficio di Piano su dati Regione

Figura 15 - Confronto spesa sociale annua con base=100 tra comuni dell'Ambito di Bergamo e i comuni appartenenti a Regione Lombardia



Fonte: Elaborazioni Ufficio di Piano su dati Regione

Nel 2022, quasi la metà delle spese sostenute dai Comuni dell'Ambito è stata destinata all'area Minori e Famiglia, con un importo complessivo di €17.200.478,00, che rappresenta il 46,04% della spesa sociale totale. Questo investimento risulta sensibilmente superiore a quello di tutti i comuni dell'ASST Papa Giovanni XXIII e

di tutti i comuni della Regione Lombardia, che destinano a quest'area rispettivamente il 40,82% e il 34,37% delle loro risorse sociali. Gli utenti in quest'ambito sono 6.276, con un costo medio per utente di €2.741.

L'area Disabilità ha assorbito il 17,51% della spesa complessiva, per un totale di €6.543.533,00 e 1200 utenti, con un costo medio per utente di €5.453. La spesa per la disabilità nel distretto è aumentata rispetto agli anni precedenti, ma resta comunque inferiore alla quota di tutti i comuni appartenenti a Regione Lombardia e a tutti i comuni dell'ASST Papa Giovanni XXIII, rispettivamente pari al 25,09% e al 20,32%.

Per la compartecipazione sociosanitaria, il distretto ha sostenuto una spesa di €4.528.539,00, pari al 12,12% della spesa totale, con un costo medio di €18.791,00 per ciascuno dei 241 utenti. I servizi sociali professionali hanno richiesto €4.117.009,00, rappresentando il 11,02% del budget totale, mentre l'area Anziani ha impegnato €2.940.480,00 (7,87% del totale), con 2103 utenti e un costo per utente di €1.398,00.

Nell'area dell'immigrazione sono stati spesi €1.206.455,00 per sostenere 904 utenti, con una spesa media di €1.335 per utente. Nell'ambito dell'emarginazione e della povertà, sono stati spesi €816.604,00 per sostenere 16.422 utenti, con una spesa media di €50 per utente. Infine, l'area delle dipendenze ha comportato un esborso di €10.062,00 per 1 utente (spesa media di €2.798,20). Non sono stati spesi fondi per la salute mentale.

In generale, l'Ambito di Bergamo spende una quota maggiore, rispetto a tutti i comuni compresi nella ASST Papa Giovanni XXII, per Minori e Famiglia, mentre è più o meno in linea con tutte le altre aree.

Tabella 14 - Rapporto tra spesa sociale settore e spesa sociale totale 2022 (gestione singola)

2022	Ambito di Bergamo	Comuni dell'ASST Papa Giovanni XXIII	Comuni di Regione Lombardia
Minori-Famiglia	46,04%	40,82%	34,37%
Disabili	17,51%	20,32%	25,09%
Compartecipazione-servizi sociosanitari integrati	12,12%	12,17%	13,69%
SVZ sociale professionale	11,02%	12,08%	12,91%
Anziani	7,87%	9,23%	7,17%
Immigrazione	3,23%	2,68%	1,95%
Emarginazione-povertà	2,19%	2,65%	4,58%
Dipendenze	0,03%	0,02%	0,06%
Salute mentale	0,00%	0,03%	0,17%

Fonte: Elaborazioni Ufficio di Piano su dati Regione 2022

Tabella 15 - Analisi utenze Ambito di Bergamo 2022

2022	spesa area	spesa %	numero utenti	spesa media per utente in euro
Minori-Famiglia	17.200.478,00	46,04%	6276	2.741
Disabili	6.543.533,00	17,51%	1200	5.453
Compartecipazione-servizi sociosanitari integrati	4.528.539,00	12,12%	241	18.791
SVZ sociale professionale	4.117.009,00	11,02%	0	/
Anziani	2.940.480,00	7,87%	2103	1.398
Immigrazione	1.206.455,00	3,23%	904	1.335
Emarginazione-povertà	816.604,00	2,19%	16422	50
Dipendenze	10.062,00	0,03%	1	10.062
Salute mentale	0,00	0,00%	0	0

Fonte: Elaborazioni Ufficio di Piano su dati Regione 2022

Per quanto riguarda, invece, la spesa della gestione complessiva, nel 2022, l'Ambito di Bergamo ha destinato il 44,31% delle proprie risorse sociali all'area Minori e Famiglia, un investimento nettamente superiore rispetto alla media degli Ambiti dell'ASST Papa Giovanni XXIII (37,51%) e della media di Regione Lombardia (35,69%). Diversa è la situazione per l'area Disabili, a cui è stato destinato il 17,25% della spesa complessiva, un dato inferiore rispetto agli Ambiti del territorio dell'ASST Papa Giovanni XXIII (22,24%) e alla media regionale (22,90%), nonostante comunque si registri un aumento della spesa per questa area negli ultimi anni. Per quanto riguarda la compartecipazione ai servizi sociosanitari integrati, l'Ambito ha investito l'11,19% della propria spesa, risultando in linea con gli Ambiti dell'ASST Papa Giovanni XXIII (10,74%) ma leggermente inferiore rispetto alla media regionale (13,12%). L'area dei Servizi Sociali Professionali ha assorbito il 10,37% del budget totale, mentre per l'area Anziani, l'Ambito di Bergamo ha dedicato l'8,14% della spesa, un valore intermedio rispetto alla media degli Ambiti dell'ASST Papa Giovanni XXIII (9,35%) e superiore alla quota regionale (7,18%). L'area dell'Emarginazione e Povertà ha ricevuto il 4,39% delle risorse, inferiore sia alla media degli Ambiti del territorio dell'ASST Papa Giovanni XXIII (5,08%) sia alla media di Regione Lombardia (7,03%). Diversamente, l'Immigrazione ha rappresentato il 4,18% della spesa complessiva, una quota superiore rispetto agli Ambiti di ASST Papa Giovanni XXIII (3,13%) e alla media regionale (2,33%). Infine, le aree della Salute Mentale e delle Dipendenze hanno assorbito una percentuale marginale del budget totale, con rispettivamente 0,10% e 0,08%.

Tabella 16 - Rapporto tra spesa sociale settore e spesa sociale totale 2022 (gestione complessiva)

2022	Bergamo	ASST Papa Giovanni XXIII	Regione
Minori-Famiglia	44.31%	37.51%	35.69%
Disabili	17.25%	22.24%	22.90%
Compartecipazione-servizi sociosanitari integrati	11.19%	10.74%	13.12%

SVZ sociale professionale	10.37%	11.75%	11.21%
Anziani	8.14%	9.35%	7.18%
Emarginazione-povertà	4.39%	5.08%	7.03%
Immigrazione	4.18%	3.13%	2.33%
Salute mentale	0.10%	0.15%	0.42%
Dipendenze	0.08%	0.06%	0.12%

Fonte: Elaborazioni Ufficio di Piano su dati Regione 2022

3.2.3 Spesa pro-capite

In questa sezione viene evidenziato l'andamento della Spesa sociale pro-capite tra il 2019 e il 2022 considerando tre diversi livelli: i comuni appartenenti all'Ambito di Bergamo, tutti i comuni compresi nell'ASST Papa Giovanni XXIII, e i comuni appartenenti all'intera Regione Lombardia.

L'Ambito di Bergamo presenta una tendenza positiva e in crescita, dove la spesa pro-capite è aumentata in modo significativo dal 2019 al 2022, passando da 191,22€ a 245,94€ (+28,6%). L'aumento appare costante negli anni, con un'accelerazione evidente tra il 2021 e il 2022 (+14,1%).

Allargando il campo di analisi e considerando i comuni compresi nell'intera ASST Papa Giovanni XXIII si può notare che la spesa pro-capite è cresciuta più moderatamente rispetto ai comuni appartenenti all'Ambito di Bergamo, da 150,55€ nel 2019 a 185,40€ nel 2022 (+23,1%). L'incremento è progressivo negli anni, ma si può notare una crescita meno accentuata nel 2020.

Infine, considerando l'andamento dei comuni dell'intera Regione Lombardia, la crescita della spesa pro-capite è più contenuta, da 104,23€ nel 2019 a 116,44€ nel 2022 (+11,7%). Rispetto ai livelli locali, la variazione è inferiore, risultando in un incremento più contenuto.

Da questo confronto si può evincere che i Livelli locali (comuni appartenenti all'Ambito di Bergamo e all'ASST Papa Giovanni XXIII) mostrano una spesa più elevata rispetto alla media regionale, con una differenza significativa nel 2022 (245,94€ nell'Ambito di Bergamo vs. 116,44€ dei comuni di Regione Lombardia). Inoltre, l'Ambito di Bergamo emerge come il contesto con il maggior aumento percentuale, probabilmente per rispondere a bisogni più complessi e specifici della comunità locale.

Tabella 17 - Spesa pro-capite in euro divisa per i comuni dell'Ambito, della ASST Papa Giovanni XXIII e dell'intera Regione

Spesa pro-capite	2019	2020	2021	2022
Ambito di Bergamo	191,22	190,26	215,54	245,94
Comuni dell'ASST Papa Giovanni XXIII	150,55	148,40	168,54	185,40
Comuni di Regione Lombardia	104,23	102,10	111,29	116,44

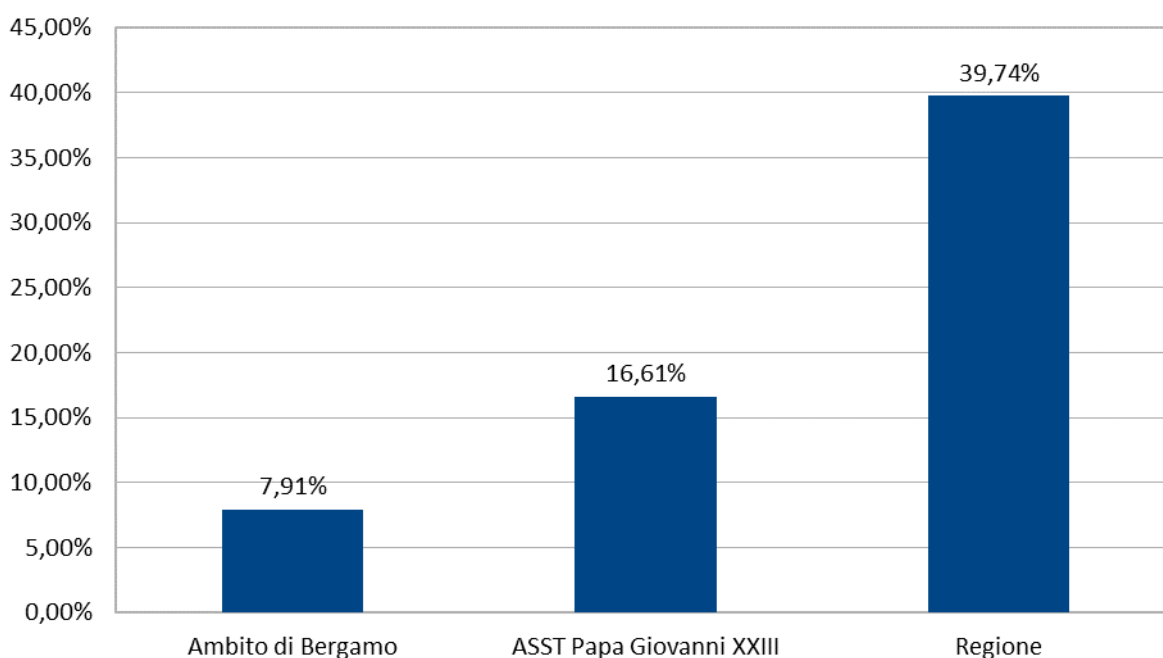
Fonte: Elaborazioni Ufficio di Piano su dati Regione Lombardia 2019, 2020, 2021 e 2022

3.3 Spesa per la gestione associata

La gestione associata costituisce un elemento cruciale per garantire un'erogazione efficiente e sostenibile dei servizi nei contesti territoriali. Essa implica una collaborazione sistematica tra enti per ottimizzare risorse e competenze, migliorando la qualità e l'accesso ai servizi pubblici. I dati analizzati nel presente studio si concentrano sull'Ambito di Bergamo, confrontando le sue performance con quelle della Regione Lombardia e dell'ASST Papa Giovanni XXIII. L'analisi si focalizza su due aspetti principali: la spesa complessiva e l'incidenza della gestione associata nel triennio 2020-2022.

L'analisi dei dati presentati nel grafico della Figura 14 mostra il posizionamento dell'Ambito di Bergamo rispetto alla media degli Ambiti Territoriali lombardi e degli Ambiti nel territorio dell'ASST Papa Giovanni XXIII, evidenziando significative differenze nella spesa destinata alla gestione associata. L'Ambito di Bergamo si discosta dalla media regionale, e questa variazione può essere interpretata come il risultato di una serie di fattori, tra cui la diversità dei servizi offerti, le esigenze specifiche del territorio e le caratteristiche demografiche locali, come la densità abitativa e la distribuzione geografica, molto diverse tra i vari Comuni.

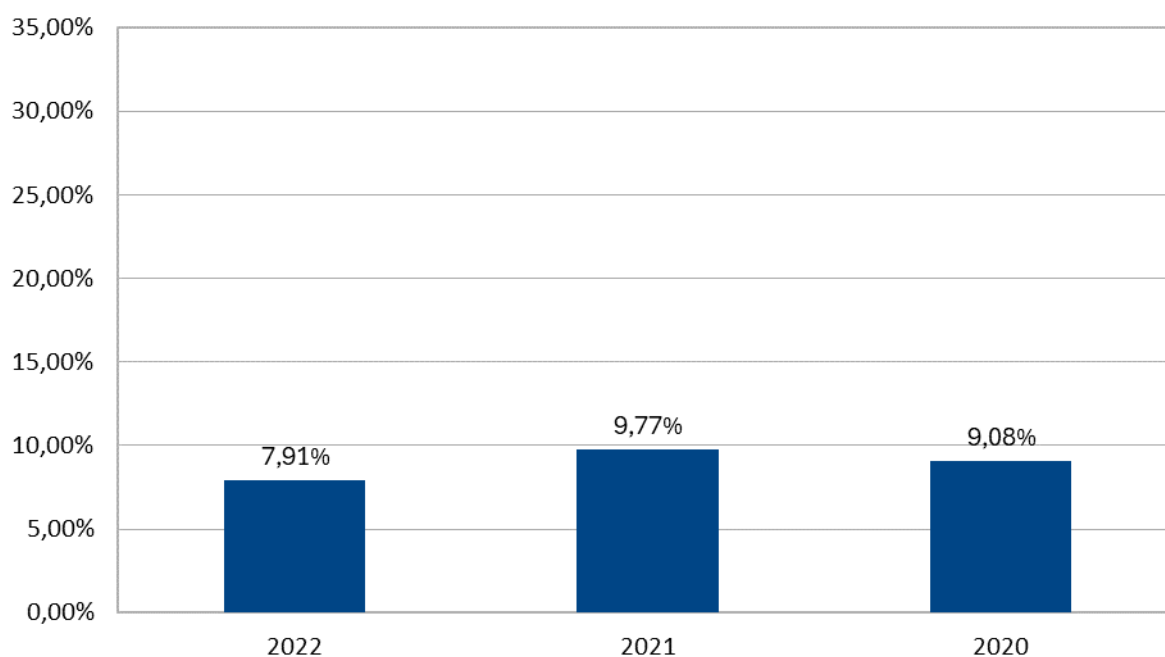
Figura 16 - Gestione associata – confronto tra Ambito di Bergamo, Ambiti del territorio di ASST Papa Giovanni XXIII e media regionale



Fonte: Elaborazioni Ufficio di Piano su dati Regione 2022

L'analisi dell'incidenza della gestione associata, come rappresentata nella Figura 15, evidenzia variazioni significative durante il triennio 2020-2022. Nel 2021 si osserva un incremento, probabilmente attribuibile a un rafforzamento delle collaborazioni interistituzionali, incentivato anche dalla necessità di affrontare le sfide straordinarie imposte dalla pandemia di COVID-19. Questo aumento suggerisce che, in risposta alla crisi sanitaria, gli enti locali abbiano optato per una maggiore integrazione e condivisione dei servizi per ottimizzare risorse e capacità operative. Tuttavia, nel 2022 si registra un ritorno a livelli di incidenza più vicini a quelli pre-pandemia, indicando un progressivo adattamento alla normalità operativa e una possibile riduzione della pressione sui servizi associati.

Figura 17 - Incidenza della gestione associata dell'Ambito di Bergamo nel 2020, 2021 e 2022



Fonte: Elaborazioni Ufficio di Piano su dati Regione 2020, 2021 e 2022

Il confronto con gli Ambiti dell'ASST Papa Giovanni XXIII e con la media regionale offre spunti interessanti per riflettere sull'andamento e sulle prospettive della gestione associata nell'Ambito di Bergamo. La collaborazione tra enti costituisce un elemento centrale per ottimizzare le risorse disponibili e migliorare la qualità dei servizi. Il posizionamento dell'Ambito di Bergamo rispetto agli altri parametri analizzati evidenzia margini di approfondimento e possibili aree di intervento.

L'adozione di strumenti di monitoraggio e valutazione potrebbe favorire una maggiore comprensione dell'efficacia delle politiche implementate, supportando eventuali decisioni future. Parallelamente, il rafforzamento delle competenze specifiche del personale coinvolto nella gestione associata rappresenta un'opportunità per consolidare i risultati già raggiunti. L'obiettivo rimane quello di migliorare l'accessibilità e la qualità dei servizi offerti, mantenendo un equilibrio tra sostenibilità economica ed efficacia operativa.

3.4 Analisi socio-economica dell'Ambito

I dati resi disponibili dal Ministero dell'Economia e delle Finanze per l'anno 2022 rilevano in Italia un reddito medio pro capite di € **23.065**².

L'Ambito territoriale si posiziona leggermente al di sopra della media nazionale con un reddito medio di € 23.243, ma con significative differenze al suo interno. Spicca tra tutti Gorle che risulta essere il comune più ricco, seguito da Bergamo e Ponteranica mentre all'opposto Orio al Serio è il comune con il reddito inferiore, di poco più alto il reddito medio di Sorisole e quello di Torre Boldone (*Tab. 16*).

Tabella 18 – Distribuzione reddito per Comuni e confronto con Ambito (percentuale)

COMUNE	0-10	10-15	15-26	26-55	55-75	75-120	Oltre 120
BERGAMO	21,79	10,10	26,98	29,17	4,66	4,20	3,10
GORLE	18,58	8,15	27,37	31,73	5,34	5,41	3,43
ORIO AL SERIO	21,30	11,51	34,53	27,96	2,66	1,64	0,39
PONTERANICA	19,91	10,66	31,64	29,18	3,66	2,69	2,26
SORISOLE	19,70	11,70	34,64	28,69	2,59	1,84	0,84
TORRE BOLDONE	21,28	10,51	30,86	29,43	3,24	2,84	1,84
AMBITO	21,42	10,18	27,96	29,25	4,41	3,94	2,84

Fonte: Rielaborazione dati MEF a.i. 2022

I dati evidenziano come il primo scaglione di reddito incida in maniera profonda sulla composizione del reddito dell'Ambito: di fatto più del 21% della popolazione dichiara un reddito inferiore a 10.000 euro, percentuale che sale ad oltre il 31% se si osserva la macro-fascia di reddito al di sotto dei 15.000 euro. Dallo spaccato dei dati risulta che solo Gorle (comune con il reddito pro capite maggiore dell'Ambito) abbia una percentuale di redditi inferiore al 30% nella prima fascia, mentre tutti gli altri Comuni si aggirano intorno al 30%.

All'opposto la fascia di reddito oltre i 55.000.00 che si attesta per l'Ambito all'11,2%% raggiunge il 14,2% a Gorle e scende a poco meno del 5% a Orio al Serio.

La fascia centrale di reddito contiene il 57,2% della popolazione dell'Ambito che riflette anche la percentuale dei singoli comuni le cui percentuali sono comprese tra il 56% e il 63%.

² Rielaborazione di Synergia dei dati resi disponibili dal MEF ([Dipartimento delle Finanze - Statistiche sulle dichiarazioni](#))

4. ANALISI DEI SOGGETTI E DELLE RETI PRESENTI SUL TERRITORIO

4.1 Rete di offerta sanitaria, sociosanitaria e socio-assistenziale

In questo paragrafo riportiamo una panoramica dell'offerta di servizi socio-sanitari e socio-assistenziali attivi all'interno dell'Ambito di Bergamo. La Tabella 3.1 fornisce una ricostruzione delle strutture socio- sanitarie e socio-assistenziali, a livello di Ambito, per tipologia e posti accreditati. Tra le varie tipologie di struttura, quella in cui si riscontra un maggior numero di posti accreditati sono gli asili nido, con 1.064 posti disponibili e i micro-nido con 60 posti disponibili. Un ulteriore dato importante è quello delle RSA con cui si contano in totale 1.263 posti disponibili.

Tabella 19 - Strutture socio-sanitarie per tipologia e posti accreditati

Ambito di Bergamo	Numero enti	Numero posti
RSA	9	1.263
RSD	2	35
CDI	2	66
CDD	3	83
CSS	2	20
ASILO NIDO	33	1.064
MICRO NIDO	5	60
NIDO FAMIGLIA	5	25

Fonte: Open Data Regione Lombardia, 2024

Nel complesso, le Unità di Offerta Sociali nel territorio sono 217, raggruppate come indicato nella tabella sottostante.

Tabella 20 – Enti gestori delle Unità di Offerta Sociali nel territorio dell'Ambito di Bergamo (aggiornato al 2024)

	Ente pubblico	Ente privato	Ente ecclesiastico	Totale
ALLOGGIO PER AUTONOMIA	/	1	7	8
ASILO NIDO	14	17	2	33
ASSISTENZA DOMICILIARE MINORI	1	/	/	1
CENTRO DI AGGREGAZIONE GIOVANILE	1	/	/	1
CENTRO PRIMA INFANZIA	/	1	1	2
CENTRO RICREATIVO DIURNO PER MINORI	6	40	87	133

CENTRO SOCIO EDUCATIVO	1	1	/	2
COMUNITÀ ALLOGGIO DISABILI	/	2	/	2
COMUNITÀ EDUCATIVA	/	1	/	1
MICRO NIDO	1	4	/	5
NIDO FAMIGLIA	/	5	/	5
SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE	5	/	/	5
SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE DISABILI	3	/	/	3
SERVIZIO DI FORMAZIONE AUTONOMIA	2	/	1	3
SERVIZIO EDUCATIVO DIURNO	/	1	1	2

Fonte: rielaborazione dati AFAM (2024)

4.2 I soggetti e i network attivi sul territorio

Nel territorio di Bergamo sono presenti varie iniziative ed attività intraprese dalla società civile, come le Cooperative Sociali, le Associazioni di Solidarietà Familiare, le Associazioni di Promozione Sociale, le Unità di offerta Sociale, le Organizzazioni di Volontariato e le Fondazioni. In base alle informazioni disponibili sul sistema Open Data della Regione Lombardia, risultano ad oggi iscritte nei registri regionali, con riferimento al territorio di Bergamo, 70 cooperative sociali, 23 associazioni di solidarietà familiare, 80 associazioni di promozione sociale, 114 organizzazioni di volontariato e 57 fondazioni.

Tabella 21 - Numero di organizzazioni riconducibili alle categorie descritte con sede nei comuni dell'Ambito di Bergamo censite sul sistema open data della Regione Lombardia

Totale	
Cooperative Sociali	70
Associazioni Solidarietà Familiare	23
Associazioni di Promozione Sociale	80
Organizzazioni di volontariato	114
Fondazioni	57

Fonte: Open Data Lombardia, 2024.

Gli enti del Terzo Settore, operanti sul territorio, offrono servizi di assistenza di vario tipo ad anziani e disabili; altre si focalizzano invece su servizi per tossicodipendenti, alcolodipendenti e pazienti con bisogni legati alla psichiatria.

Infine, alcune afferiscono all'area educativa. Con riferimento alle Associazioni di Promozione Sociale, nel territorio di Bergamo vengono prevalentemente offerti servizi di natura sociale/civile, seguiti da servizi culturali e ambientali, inoltre nel territorio sono presenti anche servizi di sport e tempo libero.

Infine, all'interno del territorio sono attive diverse sperimentazioni di progetti di Housing Sociale per diverse tipologie di utenza, alcuni di questi gestiti in collaborazione con il mondo del Terzo Settore.

4.3 Le risorse del territorio evidenziate nei tavoli di co-programmazione

Durante il mese di novembre del 2024, in vista della redazione del Documento di Piano dell'Ambito di Bergamo, si sono tenuti i tavoli tematici di co-programmazione, con la partecipazione di referenti pubblici dell'Ufficio di Piano e dei Comuni ed enti privati del Terzo Settore, ASST, ATS, scuole e parrocchie, come meglio verrà specificato nel prossimo capitolo. Durante la realizzazione di tali tavoli, finalizzati principalmente all'analisi dei bisogni del territorio, nonché alla sistematizzazione degli obiettivi del Piano di Zona, sono state evidenziate anche le risorse di cui il territorio può beneficiare per la realizzazione di tali obiettivi.

Ne riportiamo di seguito l'elenco, con il riferimento del tavolo in cui tali risorse sono state discusse:

Tavolo Disabilità e Fragilità – le risorse del territorio

A) Salute Mentale

- Progetto CAREGIVER;
- Progetto Un caffè per 2;
- Progetto ESCO – Percorsi di autonomia per la Salute Mentale;
- Risorse derivanti dalle Fondazioni, come per esempio Fondazione Cariplo e Fondazione Comunità Bergamasca)
- Bandi Comunali;
- Il PNRR;
- Lo stesso territorio che riesce a dare una prima risposta più immediata al bisogno;
- infermieri di comunità per la gestione delle terapie e il monitoraggio a casa;
- il Terzo Settore in generale è molto presente;
- il Teatro;
- corsi ESP (Esperti in Supporto tra pari);

B) Disabilità

- Diverse Progettualità sperimentali portate avanti dai diversi comuni;

- Educatore di plesso e di comunità (sguardo che vada oltre il tempo scuola sul territorio);
- Il Terzo Settore in generale è molto attivo sul territorio;
- Bandi derivanti dalle Fondazioni, come Fondazione Cariplo;
- Ruolo dell'Ambito rispetto a opportunità legate al comparto sociosanitario
- PNRR e i bandi europei;
- La famiglia stessa;
- Progetto CAREGIVER
- Progetto di Ambito sull' Amministratore di Sostegno in Tribunale

Tavolo Minori, Famiglie e Giovani – le risorse del territorio

- Tavolo d'ambito che coinvolge diversi enti e professionalità per garantire una risposta integrata ai bisogni del target;
- Molte progettualità implementate dalle associazioni nel territorio;
- Rete di servizi molto forte: ha permesso di costruire tante conoscenze e di diffondere diverse informazioni;
- Coinvolgimento della comunità: collaborazione e dialogo con società sportive, oratori;
- Il Terzo Settore e l'associazionismo in generale sono molto presenti sul territorio;
- Corsi di lingua italiana, durante i quali è possibile cogliere i bisogni delle persone che li seguono, consentendo un primo aggancio ai servizi;
- Intergenerazionalità all'interno del lavoro con i nuclei (minori, genitori e nonni)

Tavolo Inclusione Sociale e Povertà – le risorse del territorio

- Misure di assistenza economica statali, come per esempio l'attuale Assegno di Inclusione (ADI);
- Il Volontariato;
- Misure di sostegno per le difficoltà abitative;
- Ampio potenziale immobiliare;
- Collaborazione tra servizi pubblici e privati e l'Ambito;
- Il Terzo Settore in generale capace di rispondere attivamente ai bisogni del territorio;
- Solidarietà a livello di quartieri, comuni e territori.

Tavolo Anziani – le risorse del territorio

Per il Tavolo Anziani le risorse sono state raccolte da una riflessione congiunta tra le Assistenti Sociali dei Comuni dell'Ambito e da documenti e report forniti dagli enti del territorio, nonché dai dati raccolti grazie al Laboratorio sulla Domiciliarità del Comune di Bergamo, in quanto, attualmente, il Tavolo non è attivo e quindi non è stato possibile svolgere la co-programmazione

- Rete degli sportelli di assistenza alle Assistenti Familiari e Registro Badanti attivato ai sensi della L.R. 15/15. Numero 6 realtà (ACLI, CISL, CGIL, UIL, Abitare Le Età, SOS Famiglia onlus) autorizzate a gestire lo sportello sul territorio dell'Ambito.
- Progetto Will: progetto innovativo che coinvolge alcune città capoluogo e che dal 2021 ha prodotto una coprogrammazione per l'elaborazione delle linee guida per lo sviluppo e miglioramento dei servizi domiciliari.
- FIS Hold On – invecchiamento attivo: è stata finanziata la 2^a annualità nella quale si attiveranno azioni sperimentali per ricomporre l'incontro domanda / offerta sia in luoghi fisici sia attraverso piattaforme digitali dedicate.
- Coinvolgimento dei CTE per attività di promozione dell'invecchiamento attivo, anche all'interno dell'appalto per la gestione associata dei servizi della domiciliarità (Custodia sociale) e delle tecnologie assistive.
- Consegna pasti a domicilio
- Centro Anziani (Ponteranica) pomeriggi ludici e Caffè Alzheimer
- Associazione ARCA per il trasporto sociale e il Gruppo settimanale di cammino (Gorle)
- Associazione Anziani APS per la gestione del centro sociale (Gorle)
- Associazionismo territoriale di supporto alla popolazione anziana
- Custodi sociali ed educatori di Comunità (appalto SAD)
- CTE (Centri per Tutte le Età)
- Progetto LISA (composto da un contact center con funzione di orientamento e informazione di carattere generale sui servizi in essere rivolti agli anziani, e di promozione attiva rispetto a progetti di interesse generale per la popolazione anziana e da un call center che gestisce contatti telefonici periodici e flessibili con cittadine/i fragili)
- APP ARGENTIVIVO (App che segnala ai destinatari iniziative culturali e ricreative di potenziale interesse.
- Centri ricreativi estivi e invernali
- Volontari digitali
- Associazioni di trasporto
- Pasti a domicilio (tramite convenzioni con associazioni o convenzioni)
- Laboratorio e Caffè sociali
- Caffè Alzheimer

- Reti di Prossimità e associazioni/ parrocchie/ centri ascolto Caritas
- Sportelli Assistenza familiare (L.r. 15/2015)
- Progetto CAREGIVER (ATS)
- Risorse provenienti da fondi nazionali (FNPS, FNA), fondi regionali (legge 15/2015 a sostegno dell'assistenza familiare), fondi derivanti dalla partecipazione a bandi, fondi derivanti da linee PNRR (linee di intervento 1.1.2 (Autonomia degli anziani non autosufficienti) e 1.1.3 (Rafforzamento dei servizi sociali domiciliari))
- IFEC (Infermieri di Famiglia e di Comunità)
- Laboratorio della Domiciliarità

5. ANALISI DEI BISOGNI

5.1 Il contributo degli stakeholder all'analisi dei bisogni

5.1.1 Nota metodologica

L'analisi dei bisogni condotta tra ottobre e novembre del 2024 ha avuto un duplice obiettivo: conoscenza e azione. Per quanto riguarda la conoscenza, si sono volute tratteggiare e approfondire quanto più possibile le dimensioni di bisogno presentate dalle persone che vivono la comunità e il territorio; dal punto di vista dell'azione, l'obiettivo dell'analisi dei bisogni è stato quello di rendere tali riflessioni funzionali alla definizione degli obiettivi strategici per la nuova programmazione dei servizi.

Dal punto di vista metodologico, è stato svolto un percorso di sistematizzazione delle conoscenze, delle esperienze e delle valutazioni maturate sul territorio da parte di referenti pubblici (Ufficio di Piano e responsabili di servizio dei Comuni dell'Ambito del Bergamo) e di enti privati (Enti del Terzo settore, Sindacati, Scuole, Servizi Specialistici, CPI, etc.).

Nella logica dell'azione, tale processo ha rappresentato una fase preliminare e strettamente connessa alla co-programmazione degli obiettivi strategici.

Il percorso infatti ha previsto innanzitutto la predisposizione di due questionari online sui bisogni; il primo rivolto ai Referenti dei Comuni, il secondo ai componenti dei tavoli tematici d'Ambito.

Il questionario per i componenti dei tavoli ha raccolto i contributi di 32 stakeholder del territorio, quello per i referenti 8 risposte, le quali hanno contribuito a dare un'idea delle dimensioni e delle sfere di bisogno attuali e, ragionando in prospettiva futura, dei prossimi tre anni.

I risultati del questionario sono stati arricchiti e completati dagli stakeholder che hanno partecipato alle sessioni dei tavoli di co-programmazione che si sono svolte il 5 e il 5 novembre 2024.

Nei due paragrafi seguenti si riportano i risultati dei questionari e dei lavori partecipati nei tavoli.

5.1.2 I risultati del questionario preliminare dei Referenti dei Comuni

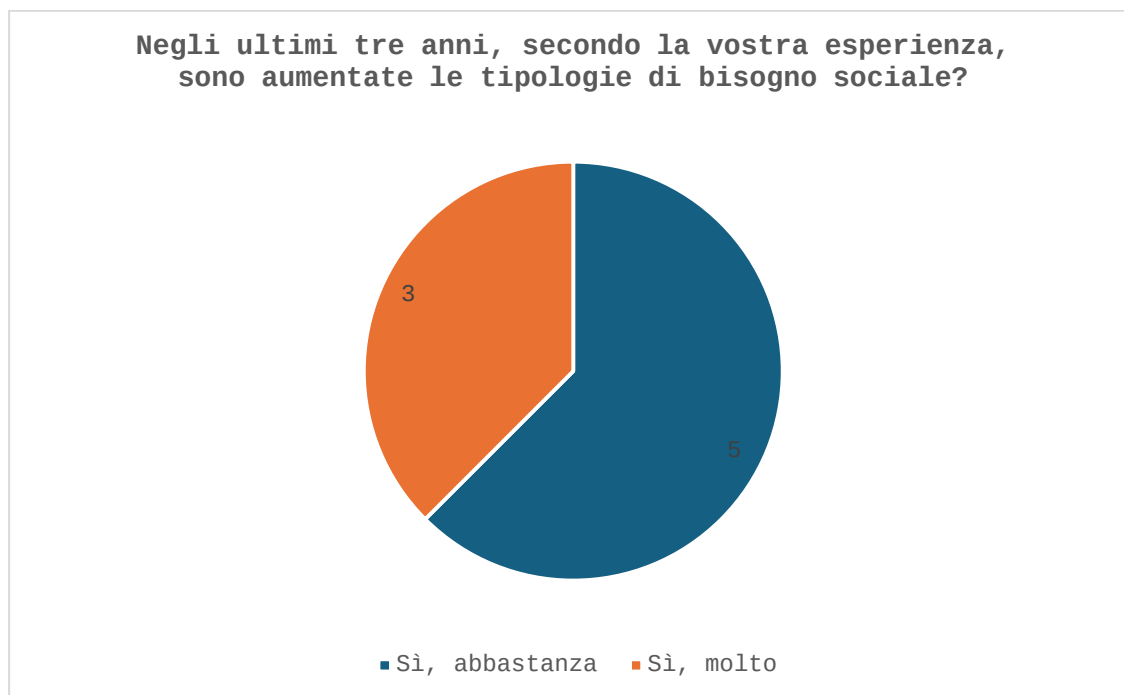
L'analisi delle risposte alle prime domande del questionario restituisce una prima immagine sui bisogni. Secondo la totalità dei rispondenti, negli ultimi tre anni il volume di persone in condizione di bisogno sociale non è diminuito: per l'87,5% è nel complesso aumentato; per il restante 12,5% è rimasto nel complesso abbastanza stabile (grafico XX).

Figura 18 - Risposte alla domanda "Negli ultimi tre anni il volume di persone in condizione di bisogno sociale, nella vostra esperienza, indicativamente è:"



Secondo i rispondenti sono aumentate anche le tipologie di bisogno sociale, come si evince dalla figura seguente.

Figura 19 - Risposte alla domanda "Negli ultimi tre anni, secondo la vostra esperienza, sono aumentate le tipologie di bisogno sociale?"



Dimensioni di bisogno

Le domande successive a riposta aperta proponevano delle riflessioni sulle dimensioni di bisogno del territorio.

Dalle risposte ai questionari emergono i seguenti temi:

Minori e Giovani

- Aumento del disagio tra minori e giovani: incremento dei casi di ritiro sociale, autolesionismo, disturbi del comportamento e aggressività.
- Problematiche di salute mentale nei giovani: necessità di interventi preventivi e di sostegno.
- Prevenzione degli effetti negativi della digitalizzazione per minori e famiglie.
- Sviluppo di una rete di accoglienza per studenti certificati, senza ridurre le risorse dedicate.

Anziani

- Sviluppo di percorsi di integrazione sociosanitaria: dimissioni protette e domiciliarità integrata.
- Prevenzione dell'isolamento sociale attraverso monitoraggio e percorsi di volontaria giurisdizione.
- Incremento della tutela e protezione per anziani non autosufficienti.
- Invecchiamento dei caregiver: necessità di sostegno per affrontare l'aumento delle richieste socio-assistenziali e sanitarie.
- Fragilità economica e sociale degli anziani, con particolare attenzione alla marginalità.

Disabilità

- Aumento delle richieste per giovani disabili in uscita dal percorso scolastico.
- Crescita della complessità dei bisogni: autismo, diagnosi miste, disabilità acquisita.
- Personalizzazione dei progetti di supporto e interventi per le persone con disabilità.
- Incremento dei posti disponibili nelle UDO (Unità diurne e residenziali).
- Sviluppo di un servizio territoriale per incentivare l'istituto dell'amministrazione di sostegno.
- Supporto alle famiglie fragili (separazioni, problemi economici, conflittualità).

Politiche Abitative

- Contrastare il caro affitti e sostenere il mantenimento dell'alloggio in locazione o proprietà.
- Rispondere all'aumento dell'emergenza abitativa, soprattutto in situazioni di sfratto o morosità.
- Supportare cittadini extracomunitari nell'accesso agevolato ai servizi e negli iter burocratici.

Inclusione Sociale e Povertà

- Prevenire lo scivolamento verso la povertà, con particolare attenzione a quella educativa, sanitaria, culturale e lavorativa.
- Incrementare le opportunità di inclusione lavorativa o percorsi propedeutici al lavoro attraverso servizi di supporto.
- Contrasto alla povertà lavorativa (working poor) e alla marginalità grave per adulti con problemi di salute mentale o dipendenze.

Governance e Pianificazione

- **Ridefinizione delle modalità di erogazione dei servizi:** Promuovere un approccio olistico che valorizzi le risorse della comunità e del territorio, superando la frammentazione e la segmentazione nell'erogazione.
- **Gestione associata:** Valutare la possibilità di istituire un ente terzo per la gestione dei fondi e degli interventi di Ambito, superando inefficienze legate a lentezza operativa, vincoli burocratici e sovrapposizioni tra servizi comunali e di Ambito.
- **Cabina di regia tecnica:** Istituire e formalizzare una cabina di regia (Ufficio di Piano ampliato ai Responsabili) per il coordinamento degli interventi.
- **Piano operativo annuale:** Definire un piano operativo del PDZ che consenta ai Comuni di inserire i propri interventi nella programmazione zonale.
- **Regolamentazione sovracomunale:** Adozione di uno schema condiviso di regolamento in materia di servizi sociali ed educativi, con politiche tariffarie uniformi.
- **Integrazione sociosanitaria:** Rafforzare la collaborazione con i servizi ASST, in particolare per IFeC, dimissioni protette e servizi di salute mentale.

Digitalizzazione e Innovazione

- **Digitalizzazione dei servizi sociali:** Favorire l'interconnessione tra le cartelle sociali informatizzate dei Comuni dell'Ambito.
- **Implementazione di software condivisi:** Per la gestione della casistica e dei servizi, agevolando la centralizzazione delle procedure.
- **Monitoraggio e analisi dei dati:** Creare un sistema di raccolta sistematica dei dati sui servizi e interventi, favorendo il monitoraggio e la valutazione degli esiti.
- **Welfare generativo:** Sviluppare un sistema di welfare non solo prestazionale ma orientato a valutare l'impatto sociale, connettendo risorse pubbliche e private in una logica universalistica.

Servizi e Infrastrutture

- **Amministrazione di sostegno:** Istituire un servizio territoriale dedicato, per sostenere i comuni e i cittadini.
- **Sportello badanti:** Potenziare lo sportello per rispondere efficacemente alle esigenze delle famiglie e dei servizi.
- **Assistenza scolastica:** Elaborare linee guida condivise per l'assistenza agli alunni con disabilità.
- **Accreditamento delle UDO:** Sviluppare un sistema di accreditamento/convenzionamento gestito a livello di Ambito per semplificare le procedure nei diversi comuni.

Politiche Sociali e Preventive

- **Politiche preventive e promozionali:** Orientare gli interventi verso il conseguimento di risultati sociali concreti, sviluppando formule innovative di aggregazione domanda-offerta, anche attraverso piattaforme digitali.
- **Inclusione comunitaria:** Sviluppare processi partecipativi con particolare attenzione alle persone con background migratorio.

- **Supporto alla disabilità:** Integrare e ottimizzare le risorse per rispondere alle crescenti esigenze delle persone con disabilità, in un quadro di risorse limitate.
- **Sostegno ai minori:** Creare una rete coordinata per accogliere le richieste di aiuto, supportando la vita dei bambini anche al di fuori del contesto scolastico.

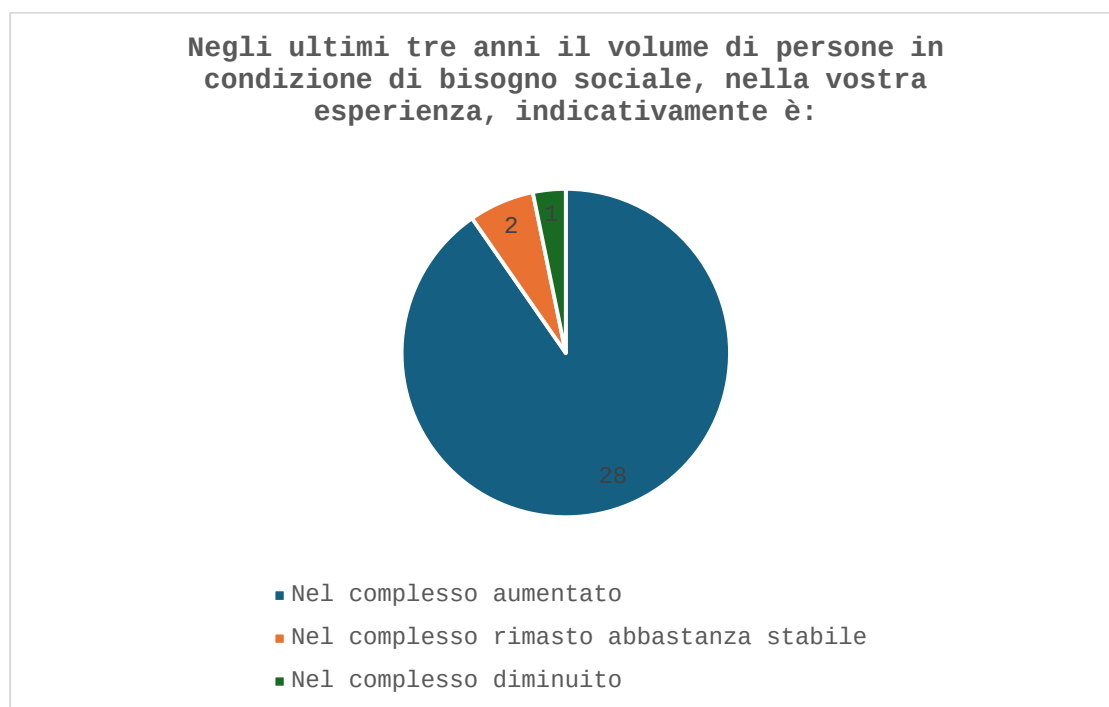
Raccomandazioni Generali

- Creazione di una rete integrata tra tutti gli attori coinvolti (servizi sociali, sanitari, educativi, volontariato).
- Mantenimento delle risorse economiche dedicate ai servizi essenziali per le categorie fragili.
- Monitoraggio e adattamento costante dei servizi per rispondere ai bisogni emergenti con strumenti adeguati.

5.1.3 I risultati del questionario preliminare dei componenti dei Tavoli tematici

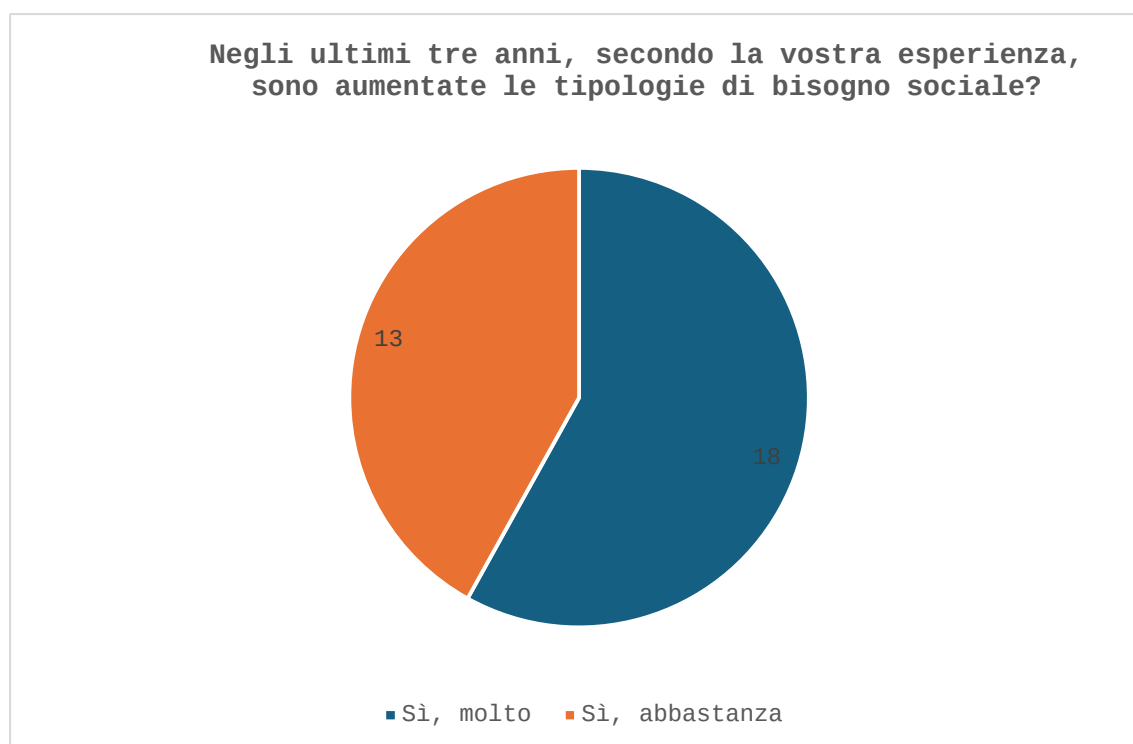
L'analisi delle risposte alle prime domande del questionario restituisce una prima immagine sui bisogni. Secondo la totalità dei rispondenti, negli ultimi tre anni il volume di persone in condizione di bisogno sociale non è diminuito: per il 90,3% è nel complesso aumentato; per il 6,5% è rimasto nel complesso abbastanza stabile, mentre solo per 3,2% è nel complesso diminuito (grafico XX).

Figura 20 - Risposte alla domanda "Negli ultimi tre anni il volume di persone in condizione di bisogno sociale, nella vostra esperienza, indicativamente è:"



Secondo i rispondenti sono aumentate anche le tipologie di bisogno sociale, come si evince dal grafico seguente.

Figura 21 - Risposte alla domanda “Negli ultimi tre anni, secondo la vostra esperienza, sono aumentate le tipologie di bisogno sociale?”



Dimensioni di bisogno

Le domande successive a risposta aperta proponevano delle riflessioni sulle dimensioni di bisogno del territorio.

Dalle risposte ai questionari emergono i seguenti temi:

Abitativa

- **Emergenza abitativa:** Affrontare il crescente disagio abitativo con interventi mirati, come residenzialità leggera, housing sociale e incremento di posti in alloggi pubblici. Sostenere nuclei familiari in precarietà economica, migranti e persone senza reddito sufficiente.
- **Politiche abitative sistemiche:** Costruire un approccio organico e strutturato alle politiche abitative, con il coinvolgimento di tutti gli attori territoriali e strumenti di mediazione interculturale per favorire l'inclusione di persone migranti e seconde generazioni.
- **Autonomia abitativa:** Favorire il reinserimento nella rete territoriale e l'autonomia di persone fragili, incluse quelle uscite da percorsi terapeutici o penali.

Inclusione Sociale e Lavorativa

- **Inserimento lavorativo:** Maggiori incentivi per tirocini, stage e formazione retribuita per giovani adulti con fragilità psichica e persone vulnerabili. Creazione di percorsi personalizzati per promuovere l'autonomia lavorativa e sociale.
- **Percorsi di inclusione:** Progetti specifici per persone con doppia diagnosi o coinvolte in procedimenti penali, con un focus su integrazione sociale e rieducazione.

- **Welfare di comunità:** Coinvolgere attori territoriali (terzo settore, associazioni, privati) per ampliare le risorse e costruire percorsi inclusivi, rafforzando il protagonismo delle comunità locali.
- **Fragilità economica:** Implementare interventi economici mirati a sostenere persone e famiglie in difficoltà, favorendo una maggiore flessibilità nella gestione delle risorse.

Integrazione sociosanitaria

- **Integrazione sociosanitaria:** Rafforzare la collaborazione tra servizi sociali e sanitari, con particolare attenzione ai percorsi DAMA, PUA, UVM e alle Case di Comunità. Promuovere la presa in carico integrata per persone con bisogni complessi.
- **Potenziamento dei servizi territoriali:** Consolidare e rendere più accessibili i servizi esistenti per farli diventare punti di riferimento stabili, evitando modifiche eccessive che ne compromettano l'efficacia.
- **Prevenzione e prossimità:** Sviluppare strategie preventive, con un approccio di prossimità al territorio per intercettare bisogni emergenti.
- **Équipe multidisciplinari:** Istituire gruppi di lavoro strutturati e specializzati per una gestione integrata e flessibile dei bisogni.

Famiglie e Minori

- **Disagio giovanile:** Aumento dei casi di disagio psichico tra i giovani, inclusi disturbi alimentari, isolamento sociale e difficoltà familiari. Necessità di interventi mirati a prevenire e sostenere.
- **Povertà educativa:** Contrastare le situazioni di povertà educativa legate a fragilità economiche, sociali e abitative, con particolare attenzione ai minori.
- **Sostegno alla genitorialità:** Implementare progetti di accompagnamento per genitori, rafforzando le reti tra famiglie e intercettando situazioni di fragilità non ancora raggiunte dai servizi.
- **Tutela dei minori:** Garantire una pronta disponibilità di posti in comunità per minori attraverso convenzioni tra comuni. Sviluppare interventi per minori a rischio isolamento sociale nel tempo extrascolastico.
- **Violenza di genere:** Affrontare in modo specifico la violenza maschile contro le donne e i suoi impatti sui minori.

Disabilità

- **Carenze nei servizi:** Incrementare le valutazioni multidimensionali e sviluppare progettualità personalizzate per persone con disabilità. Rafforzare la presa in carico sanitaria per i casi complessi.
- **Inclusione e autonomia:** Promuovere percorsi di autonomia per persone con disabilità, coinvolgendo le comunità locali per migliorare il riconoscimento e la valorizzazione sociale.
- **Progetti di vita:** Sostenere persone con doppia diagnosi o disabilità gravi, con un focus su percorsi di vita inclusivi e partecipativi.
- **Supporto ai caregiver:** Rispondere al crescente sovraccarico delle famiglie caregiver, garantendo supporto economico e sociale.

Anziani

- **Solitudine e fragilità:** Interventi per persone anziane sole o senza caregiver, con attenzione alla prevenzione dell'isolamento sociale e alla qualità della vita.

- **Invecchiamento della popolazione:** Rispondere alla crescente domanda di assistenza, promuovendo interventi preventivi e integrati, con un focus sulle malattie degenerative e croniche.
- **Nuove forme di sostegno:** Sviluppare soluzioni innovative per supportare l'autonomia degli anziani, attraverso progetti di prossimità e reti comunitarie.

Governance e Pianificazione

- **Gestione associata:** Rafforzare la gestione condivisa tra comuni e Ambiti, superando inefficienze e frammentazioni. Promuovere un approccio sussidiario e una pianificazione strategica coordinata.
- **Pianificazione del Piano di Zona:** Definire linee guida integrate per il Piano di Zona, con focus su raccordo strutturato tra Ambiti, ATS e Case di Comunità. Garantire un monitoraggio costante dei bisogni e degli esiti degli interventi.
- **Protagonismo degli attori locali:** Coinvolgere attivamente tutti gli attori del territorio (servizi pubblici, terzo settore, privati) per promuovere il welfare di comunità.
- **Mappatura e analisi dei bisogni:** Proseguire il lavoro dei tavoli di settore per analizzare i bisogni reali, mettere in rete strategie e ottimizzare l'uso delle risorse.

5.2 I risultati dei tavoli di co-programmazione

I risultati del questionario preliminare sono stati presentati e discussi con gli stakeholder aderenti al percorso di co-programmazione per il nuovo Piano di Zona durante la prima sessione dei tavoli. La discussione all'interno dei tavoli è stata caratterizzata da un primo momento di raccolta di ulteriori contributi relativi ai bisogni, al fine di arricchire e completare il quadro, e da un secondo momento di approfondimento di quel quadro attraverso testimonianze ed esperienze dei partecipanti.

Si riporta, per ciascuno dei quattro tavoli, l'elenco completo dei bisogni emergenti.

5.2.1 Tavolo Minori e Famiglie

Negli ultimi anni si è riscontrato un significativo incremento della complessità e della diversificazione dei bisogni dei minori. Tali necessità si presentano come stratificate, riflettendo non solo le difficoltà delle famiglie di origine, ma anche esperienze individuali e influenze del contesto sociale. Questa interdipendenza rende arduo isolare esigenze specifiche, richiedendo un approccio globale e integrato. Si rileva, inoltre, un aumento dei minori che vivono in condizioni di inadeguato supporto familiare o sociale.

Anche le persone in condizioni di vulnerabilità mostrano una crescita delle richieste di assistenza, specialmente in ambiti come l'inserimento lavorativo, in particolare per le fasce giovanili. Tali problematiche si sommano a questioni abitative, spesso connesse a una limitata autonomia, che amplificano ulteriormente la condizione di fragilità.

Le risposte a queste situazioni devono evolversi per adattarsi alla mutevole complessità dei bisogni. Sebbene le Linee del Piano di Zona regionale tendano a classificare le esigenze in categorie separate, è indispensabile promuovere un approccio integrato che ricomponga le diverse necessità in un quadro unitario. Diventa prioritario allocare risorse in aree non ancora coperte da interventi esistenti, rafforzando i servizi carenti e favorendo una migliore sinergia tra le risorse già disponibili.

Molti bisogni emergono senza una piena consapevolezza da parte degli utenti, rendendo imprescindibile un intervento preventivo che possa raggiungere una parte significativa della popolazione, stimata tra il 30% e il 40%. Resta comunque difficile intercettare una "zona grigia" di necessità latenti. In questo contesto, è

fondamentale potenziare la capacità degli operatori di connettere le famiglie con i servizi, accompagnandole nei percorsi di accesso, nelle transizioni tra differenti strutture di sostegno e sostenendole nelle attese. Tale compito richiede un adeguato aggiornamento professionale e un adattamento agli attuali modelli di intervento.

Particolare attenzione è richiesta nell'ambito della gravidanza, dove i bisogni risultano stratificati e influenzati dalla multiculturalità e dagli ostacoli specifici che le famiglie si trovano ad affrontare. Anche per le donne vittime di violenza è necessario un approccio articolato, garantito da una rete di servizi integrati, per rispondere a problematiche complesse e in crescita.

La fragilità familiare, spesso determinata da solitudine, stili di vita disgregati e povertà educativa, costituisce un'ulteriore sfida. Tale condizione incide profondamente sulle difficoltà dei minori, rendendo indispensabile un sostegno mirato per potenziare le competenze genitoriali. Ciò appare particolarmente rilevante per la fascia 0-6 anni, in cui il supporto alla genitorialità, soprattutto per le donne straniere e le famiglie difficili da raggiungere, assume un ruolo strategico.

Per quanto riguarda gli adolescenti, risulta prioritario intervenire attraverso azioni preventive e inclusive, riducendo il divario tra le loro esigenze percepite e le risposte offerte dai professionisti. Il coinvolgimento diretto di questa fascia d'età nei processi decisionali rappresenta una risorsa fondamentale per una migliore comprensione delle loro necessità. Le problematiche educative, emerse con maggiore evidenza dopo la pandemia, sono spesso legate al rapporto conflittuale con la comunità educante, che include non solo i genitori, ma anche il sistema scolastico. Diventa necessario rafforzare il ruolo educativo degli adulti attraverso interventi mirati.

La mediazione culturale, spesso limitata a interventi episodici, richiede una maggiore continuità. Il mediatore culturale dovrebbe essere integrato nelle équipe di lavoro, offrendo un supporto trasversale per i nuclei familiari con background migratorio, andando oltre la semplice traduzione per includere una formazione approfondita sulle diverse culture.

Un aspetto cruciale riguarda la gestione dei tempi e delle risorse. È indispensabile rispettare i ritmi delle persone, evitando di imporre cambiamenti non conformi ai loro percorsi. Allo stesso tempo, è fondamentale garantire momenti di formazione e confronto per gli operatori, favorendo la condivisione di strumenti e un linguaggio comune, per allineare le prospettive tra bisogni percepiti e reali.

In termini di governance, le modalità di finanziamento e gestione dei progetti devono essere ripensate per superare la frammentazione e garantire un'organicità nell'assistenza. Inoltre, è essenziale sviluppare strategie comunicative efficaci per raggiungere anche quella parte della popolazione meno incline a interagire con i servizi, sfruttando media, eventi e iniziative mirate. È altrettanto importante migliorare il coordinamento tra i tavoli tematici e gli ambiti di intervento, prevenendo sovrapposizioni e promuovendo una circolazione sistematica delle informazioni.

Il coinvolgimento della comunità sportiva rappresenta un'opportunità strategica per intercettare le persone più distanti dai servizi, mentre la creazione di spazi di aggregazione favorisce il consolidamento di reti sociali e lo scambio di esperienze. Anche i piccoli comuni, spesso trascurati, devono essere inclusi nei processi decisionali per valorizzare le risorse locali e rispondere alle specificità territoriali.

Infine, un'efficace raccolta e gestione dei dati rappresenta un tema cruciale. Attualmente, le informazioni raccolte dai diversi attori non vengono adeguatamente capitalizzate. È necessario definire metodi condivisi e interoperabili che consentano di integrare le basi dati esistenti, garantendo al contempo il rispetto della privacy. Il monitoraggio e l'analisi dei dati dovrebbero essere inseriti come elementi centrali nella pianificazione strategica dei Piani di Zona.

5.2.2 Tavolo Disabilità

Nel corso dei lavori, il tavolo di confronto ha identificato e analizzato i principali bisogni emergenti, suddividendoli in quattro macro-categorie per garantire una trattazione organica e mirata: **Periodo Neonatale**, **Integrazione con il Sistema Scolastico**, **Età Adulta** e **Dopo di Noi**. Questa suddivisione ha permesso di affrontare le specificità di ciascun ambito, evidenziando le necessità prioritarie, le criticità sistemiche e le proposte operative per rispondere in modo efficace e coordinato alle esigenze dei diversi target coinvolti.

Periodo Neonatale

Le famiglie con neonati si trovano spesso prive di un adeguato supporto pubblico e sono costrette a ricorrere a servizi privati per ricevere assistenza. Questa situazione evidenzia la necessità di un sostegno accessibile e tempestivo da parte dei servizi territoriali, così da affrontare in modo efficace le esigenze dei primi mesi di vita del bambino.

Integrazione con il Sistema Scolastico

L'assistenza educativa, sempre più insostenibile per i Comuni, richiede lo sviluppo di nuovi modelli di collaborazione con le scuole, sia per la gestione scolastica che per le attività extra-scolastiche. Occorre inoltre rivedere l'organizzazione dell'assistenza ai minori con disabilità, introducendo criteri di assegnazione delle risorse più flessibili ed equi per far fronte all'aumento delle certificazioni e alla carenza di personale qualificato.

Una visione globale è necessaria per affrontare i bisogni dei minori, considerando non solo l'ambito educativo ma anche la loro vita futura. È altresì importante supportare le famiglie durante il passaggio alle scuole superiori, momento in cui spesso prevalgono sentimenti di solitudine e incertezza.

Inclusività e Risorse per le Famiglie

Le famiglie che gestiscono la disabilità necessitano di un supporto continuativo e mirato per affrontare sfide spesso gravose, aggravate dall'inadeguata preparazione degli istituti scolastici nel rispondere a bisogni complessi. È indispensabile definire linee guida condivise e uniformi tra gli ambiti territoriali, favorendo la creazione di classi inclusive che valorizzino la diversità e il contributo di ciascuno studente.

Transizione e Vita Adulta

Il passaggio dall'infanzia all'età adulta per le persone con disabilità è reso difficoltoso dalla discontinuità nei servizi. È necessario potenziare le strutture che garantiscano una transizione armoniosa, sviluppando un "capitale sociale" che favorisca l'integrazione nella comunità e promuova un'autonomia crescente. La scuola, inoltre, dovrebbe partecipare attivamente ai tavoli di lavoro sulla disabilità, contribuendo alla costruzione di percorsi più inclusivi e coerenti.

Età Adulta

Per le persone con disabilità, è imprescindibile un "Progetto di Vita" che includa opportunità di inserimento lavorativo, soluzioni abitative appropriate e percorsi di espressione personale. Attualmente, le risorse economiche e progettuali sono insufficienti, rendendo necessaria una riorganizzazione integrata per rispondere ai bisogni concreti. Inoltre, è fondamentale garantire l'accesso a cure specialistiche, come il percorso DAMA (Disabled Advanced Medical Assistance), e a programmi dedicati alla neurodiversità.

“Dopo di Noi”

Il tema del “Dopo di Noi” richiede una pianificazione accurata e il coinvolgimento delle famiglie in percorsi di accettazione e preparazione. È essenziale sviluppare soluzioni che assicurino continuità assistenziale e supporto a lungo termine, garantendo dignità e serenità alle persone con disabilità una volta venuto meno il sostegno dei caregiver.

Gestione e Integrazione dei Servizi

La gestione dei servizi per la disabilità richiede una migliore integrazione tra le diverse fasce d'età e tipologie di bisogno, coordinando le risorse disponibili (come i fondi B1, B2 e nazionali) e coinvolgendo enti del terzo settore, servizi sanitari e amministrazioni locali. Un sistema frammentato e un turnover elevato di personale nei Comuni compromettono la qualità degli interventi; pertanto, è necessario incrementare le risorse umane e promuovere la formazione continua degli operatori.

Un'efficace governance deve incentivare la sussidiarietà e coinvolgere tutti gli attori del territorio, compresa la politica, per una pianificazione strategica e condivisa. È inoltre fondamentale valorizzare il ruolo degli assistenti sociali, garantendo loro una formazione adeguata e una stabilità professionale.

Innovazione e Inclusione

Sperimentare l'utilizzo di équipe multidisciplinari per favorire l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità può rappresentare un passo significativo. Queste équipe dovrebbero integrare competenze di assistenti sociali, educatori, scuole e orientatori per identificare percorsi di inclusione personalizzati, coinvolgendo i giovani fin dalla scuola superiore.

Infine, l'integrazione tra servizi sociosanitari e piani terapeutici personalizzati deve essere potenziata, superando approcci standardizzati e offrendo risposte mirate ai bisogni individuali. Un investimento in formazione specifica e nel coordinamento delle risorse locali contribuirà a costruire un sistema più efficiente e inclusivo per le persone con disabilità.

5.2.3 Tavolo Salute Mentale

Negli ultimi anni, le sfide legate alla **presa in carico** delle persone in condizioni di fragilità sono diventate sempre più complesse. In particolare, si riscontrano significative difficoltà nella gestione di traumi e psicosi nei casi trattati, soprattutto per gli adulti con patologie croniche, che incontrano ostacoli nell'inserimento sociale a causa della carenza di strutture adeguate. È frequente il fenomeno delle persone che, fin dalla giovane età, vengono spostate da una struttura all'altra senza trovare una collocazione stabile, arrivando a essere considerate “indimissibili” nell'anzianità. Inoltre, la gestione dei casi si complica ulteriormente con il crescente aumento delle diagnosi complesse, come quelle di doppia diagnosi.

Servizi

Il sistema dei servizi presenta criticità rilevanti che influiscono negativamente sulla qualità dell'assistenza. Tra queste, si evidenzia la frequenza dei cambi di personale, che spesso avvengono con una comunicazione insufficiente verso la persona o la famiglia in carico. Ad esempio, situazioni delicate come il cambio di psichiatra vengono comunicate tramite una semplice telefonata o lettera, senza un'adeguata preparazione, causando disagio soprattutto in persone vulnerabili come i bambini autistici.

La mancanza di una rete di supporto efficace aggrava ulteriormente la situazione. Strutture insufficienti, servizi non tempestivi e obsoleti, e una scarsa flessibilità nei progetti sono problemi ricorrenti. A ciò si aggiungono le barriere linguistiche e le difficoltà di comunicazione tra i servizi sociali e sanitari, che ostacolano

la continuità e l'integrazione degli interventi. La collaborazione limitata tra i servizi, spesso dovuta a normative stringenti sulla privacy, e la carenza di scambio di informazioni interne rendono difficile il coordinamento e l'efficacia delle azioni intraprese.

Sul piano economico, i servizi soffrono di precarietà e bassa remunerazione per il personale, con un'offerta poco competitiva che disincentiva l'ingresso di figure qualificate. Progetti preconfezionati, non allineati ai bisogni reali, e l'assenza di continuità per i progetti finanziati (ad esempio quelli legati al PNRR) mettono a rischio la sostenibilità futura dei servizi stessi. Inoltre, la scarsità di servizi psicologici accessibili a tutti e i lunghi tempi di attesa per ottenere risposte rappresentano ulteriori limiti da affrontare.

Minori e Giovani

Tra i giovani, emergono nuove forme di isolamento e disagio. L'abbandono scolastico, spesso legato a sentimenti di inadeguatezza e difficoltà nell'ambiente scolastico, è in aumento, così come i problemi legati all'utilizzo dei social media, che diventano sempre più spesso un veicolo per problematiche sociali e personali. In questo contesto, le risorse disponibili per i giovani appaiono insufficienti, e vi è una chiara necessità di implementare interventi preventivi per affrontare le lacune istituzionali in questo ambito. Particolare attenzione va dedicata ai minori ospitati in comunità, che vivono situazioni di vita altamente compromesse.

Aree Specifiche

- **Lavoro:** È fondamentale migliorare l'accesso e la qualità delle opportunità lavorative per i giovani, promuovendo iniziative che favoriscano l'inserimento professionale in modo sostenibile.
- **Abitazione:** L'autonomia residenziale risulta fortemente compromessa. Nonostante le risorse esistenti, la mancanza di collaborazione tra enti impedisce un loro utilizzo efficace.
- **Caregiver:** I caregiver, che svolgono un ruolo cruciale nell'assistenza, richiedono un riconoscimento adeguato e maggiore supporto nei programmi di assistenza.

Lotta allo Stigma

Uno dei temi più urgenti è la necessità di contrastare lo stigma personale, familiare e sociale legato alle condizioni di fragilità, con un focus particolare sul benessere mentale, da intendersi in una dimensione più ampia rispetto alla sola psichiatria. Migliorare la percezione di sé delle persone fragili e valorizzare le loro risorse sono passi essenziali per favorire una piena inclusione. Tuttavia, il contesto familiare può rappresentare un ostacolo quando non si riconoscono le potenzialità dell'individuo, sottovalutandone capacità e risorse.

5.2.4 Tavolo Inclusione Sociale

Povertà

La povertà rappresenta un problema sempre più radicato e multidimensionale, caratterizzato da fenomeni come il reddito insufficiente per coprire le spese essenziali, in particolare quelle abitative, e da situazioni di disagio sociale profondo, come le famiglie che vivono in povertà da tre o quattro generazioni. Queste ultime sono frequentemente assistite da organizzazioni come Caritas, Centri per l'Impiego e Servizi per le Dipendenze (SerD), senza però riuscire a spezzare la "trappola della povertà".

A ciò si aggiungono nuove forme di povertà che si manifestano in modi diversi e complessi, contribuendo a una grave emarginazione sociale. Due gruppi specifici meritano particolare attenzione:

- **Anziani:** un incremento significativo della popolazione anziana in condizioni di povertà non solo economica, ma anche relazionale, caratterizzata da solitudine e isolamento sociale.
- **Famiglie monogenitoriali:** un aumento delle famiglie con un solo genitore, spesso in difficoltà economiche, che faticano a garantire un livello di vita dignitoso.

Lavoro

L'ambito lavorativo riflette molte delle difficoltà legate alla povertà e all'inclusione sociale. Vi è una crescente complessità nel rispondere ai bisogni multidimensionali delle persone, che includono aspetti lavorativi, sociali, linguistici, assistenziali e legati alla cura familiare. La mancanza di servizi di supporto per i caregiver, ad esempio, impedisce a molte persone di accedere al mercato del lavoro. Altri ostacoli includono:

- Problemi di trasporto per raggiungere aziende situate in zone periferiche.
- La crescita del fenomeno dei "lavoratori poveri", che percepiscono redditi al di sotto della soglia di povertà, nonostante siano occupati.
- Tirocini che non conducono a impieghi stabili.
- Difficoltà lavorative per persone in età avanzata e giovani disoccupati.
- Barriere di accesso al lavoro anche per la fascia media della popolazione.

Le aziende, inoltre, mostrano una necessità crescente di politiche che favoriscano la reintegrazione dei lavoratori e iniziative di educazione finanziaria per promuovere una maggiore autonomia economica.

Servizi – Trasversale

I servizi socioassistenziali soffrono di una mancanza di sinergia, con frequenti scarichi di responsabilità nella presa in carico delle persone. Questo problema è aggravato dall'assenza di una visione condivisa e di una gestione integrata tra i vari enti. In particolare:

- Mancano servizi di supporto adeguati per i caregiver.
- È insufficiente l'analisi dei valori culturali e delle diversità, con conseguenti frustrazioni dovute a interventi fallimentari.
- Si registra un numero sempre più elevato di richieste per prestazioni sociali, che mettono sotto pressione i servizi già esistenti.
- La partecipazione politica ai tavoli di discussione è spesso assente, limitando la capacità di elaborare strategie comuni e sostenibili.

Casa

La problematica abitativa è tra le più urgenti, caratterizzata da una crescente inaccessibilità al mercato immobiliare, sia per l'acquisto che per l'affitto. Le principali criticità includono:

- Difficoltà di accesso agli alloggi, anche in locazione, per giovani e famiglie vulnerabili.
- Esclusione dei giovani migranti richiedenti asilo dal mercato degli affitti.
- Mancanza di soluzioni abitative per persone senza dimora, con particolare riferimento alla grave marginalità maschile.
- Le politiche abitative, spesso gestite dagli enti locali, soffrono di una mancanza di risorse economiche e competenze adeguate.

- Il mercato immobiliare si dimostra inadatto alle esigenze sociali, aggravando la situazione di disagio abitativo.

Anche in questo ambito emerge la necessità di promuovere iniziative di educazione finanziaria per garantire una maggiore consapevolezza e autonomia nella gestione delle risorse economiche.

Salute Mentale

L'aumento dei casi legati alla salute mentale è un fenomeno sempre più evidente, che richiede interventi mirati e una maggiore attenzione da parte del sistema sanitario e dei servizi sociali. Questo trend riflette una crescente fragilità nella popolazione, spesso associata a problematiche economiche, abitative e lavorative, che richiedono un approccio integrato per affrontare la complessità dei bisogni.

5.3 Illustrazione delle motivazioni alla base della scelta riguardo alle aree individuate per la programmazione

Il Piano di Zona rappresenta anzitutto uno strumento di messa a sistema e riorganizzazione dell'offerta complessiva del sistema degli interventi e servizi sociali, realizzato attraverso un percorso di governance che avvia processi concertati di trasformazione territoriale e individua una visione di futuro del territorio condivisa.

Sono state pertanto sottoposte al percorso di programmazione partecipata con gli stakeholder, le aree di policy sulle quali sono attivi i Tavoli tematici dall'Ambito: è stata fatta una lettura integrata dei bisogni e delle risorse, nonché la creazione di consenso attorno a visioni strategiche per poter indirizzare energie potenziali ancora non evidenziate verso obiettivi di sviluppo condivisi.

Le sollecitazioni emerse dai tavoli di progettazione partecipata sono state assunte nel processo di pianificazione attraverso una rimodulazione che ha visto la definizione puntuale degli obiettivi, l'identificazione delle azioni, l'analisi dei costi operativi, la verifica di fattibilità, sostenibilità e pertinenza in rapporto ai compiti istituzionali attribuiti al governo della gestione associata, nonché al giudizio di coerenza tra proposte assunte nel piano e sistema di offerta garantito con finanziamenti a regime e con finanziamenti dedicati a valere, ad esempio su leggi di settore.

Alle tematiche condivise nel percorso di programmazione partecipata sono state poi integrate le aree di policy relative all'area anziani, il cui tavolo tematico non è attualmente attivo, nonché l'area trasversale, strettamente connessa all'espletamento del mandato istituzionale normativamente attribuito. Inoltre, sebbene nel triennio precedente la co-programmazione sia stata sviluppata attraverso due tavoli distinti per l'area Disabilità e l'area Salute Mentale, in questo nuovo triennio la scelta politica è quella di unificare i due tavoli in un unico Tavolo denominato Disabilità e Fragilità, con l'obiettivo di migliorare l'integrazione delle risposte ai bisogni e ottimizzare le risorse.

La scelta definitiva delle aree di programmazione è stata infine l'esito di un vaglio di coerenza interna tra analisi dei problemi, proposte e strategie individuate, sistema d'offerta preesistente, soluzioni relative a meccanismi di coordinamento intra e interistituzionali, coerenza tra budget disponibile e risorse prevedibili per l'implementazione di quanto previsto.

6. INDIVIDUAZIONE DEGLI OBIETTIVI DELLA PROGRAMMAZIONE 2025-2027

La nuova programmazione si colloca in un contesto segnato da cambiamenti significativi che, nel corso del precedente triennio, hanno trasformato il panorama della governance locale, dei bisogni e dei rischi sociali, ai quali il welfare territoriale è chiamato a rispondere. L'esperienza della pandemia ha rappresentato un'occasione cruciale per sperimentare nuovi modelli di intervento, alcuni dei quali hanno dimostrato la loro efficacia grazie alla stretta collaborazione tra Enti Pubblici e Privati. Questi attori, superando le proprie specificità, hanno unito le forze per affrontare l'emergenza, dimostrando il valore di un approccio cooperativo.

La programmazione per il triennio 2025-2027 dovrà consolidare questo modello integrato e trasversale, basato su una forte sinergia tra Ambiti Territoriali, ASST e Terzo Settore. Questo processo dovrà tener conto delle innovazioni introdotte dalla Riforma Sociosanitaria (L.R. 22/2021), che ha ridefinito il ruolo delle ASST, attribuendo al Distretto Sociosanitario una funzione strategica nella gestione, nel coordinamento e nell'organizzazione della rete dei servizi territoriali e delle politiche sociali di competenza degli Ambiti e dei Comuni.

Gli obiettivi e le priorità per il triennio 2025-2027 dovranno essere strettamente coordinati con i Piani di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT) gestiti dalle ASST, attraverso un dialogo continuo tra le Cabine di Regia e i nuovi Distretti. Un aspetto centrale per la ridefinizione dei modelli di servizio è il riferimento alle disposizioni nazionali, in particolare al Piano Nazionale degli Interventi e Servizi Sociali 2021-2023 e alla Legge di Bilancio 2022 (Legge n. 234/2021), che hanno introdotto i primi Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS), fondamentali per la nuova programmazione degli Ambiti.

Gli obiettivi individuati derivano da un processo di concertazione che ha coinvolto il territorio attraverso incontri con le istituzioni locali e i Tavoli Tematici con il Terzo Settore, durante i quali sono state condivise e definite le priorità di intervento. Gli obiettivi verranno presentati suddivisi per le varie Aree tematiche attive nell'Ambito Territoriale.

6.1 Obiettivi trasversali

L'analisi dei bisogni effettuata per le diverse aree tematiche ha evidenziato alcuni bisogni comuni a tutte le aree di policy incluse nel nuovo Piano di Zona.

Di conseguenza, sono stati identificati tre bisogni trasversali fondamentali da sviluppare.

Rispetto al primo obiettivo, "**Promuovere una Governance territoriale integrata**", si osserva che la collaborazione tra i Comuni dell'Ambito e i Tavoli tematici manifesta una fragilità significativa, che si riflette in generale in tutte le aree tematiche. Questa debolezza nelle dinamiche cooperative tra le entità coinvolte necessita di un intervento mirato per rafforzare e ottimizzare la governance territoriale, con il fine ultimo di facilitare una gestione dei servizi più efficace e integrata.

Il secondo obiettivo, "**Promuovere l'inclusione culturale e l'accesso ai servizi attraverso la mediazione interculturale**", mette in luce la carenza di mediatori interculturali stabili nei servizi. Questo deficit si riflette nelle difficoltà di accesso ai servizi da parte delle persone di origine straniera e nella limitata capacità degli operatori di offrire supporto adeguato a causa delle barriere linguistiche e culturali. Si punta pertanto a integrare figure di mediatore culturale all'interno dei servizi, per facilitare l'interazione e migliorare l'accesso ai servizi per i cittadini di origine straniera.

L'ultimo obiettivo "Promuovere attività di prevenzione al contrasto del gioco d'azzardo patologico" evidenzia una problematica sociale sempre più rilevante nella società odierna: quella del gioco d'azzardo patologico. La carenza di consapevolezza circa i rischi del gioco d'azzardo e la presenza di contesti poco protettivi favoriscono lo sviluppo di comportamenti patologici, con conseguenze che si riflettono sia a livello individuale (difficoltà economiche, isolamento sociale) sia a livello familiare e comunitario. Per tali motivi, si ritiene necessario potenziare gli interventi di prevenzione in materia, aumentando la capacità della comunità di implementare fattori protettivi nei confronti del GAP.

6.1.1 Obiettivo 1 – Promuovere una Governance territoriale integrata

TITOLO INTERVENTO			Promuovere una Governance territoriale integrata
QUALI RAGGIUNGERE	OBIETTIVI	VUOLE	<p>L'obiettivo mira a rafforzare la governance territoriale attraverso una pianificazione partecipata e inclusiva che valorizzi ogni Comune dell'Ambito e favorisca il rafforzamento e la collaborazione tra tavoli tematici e tra Ambiti Territoriali.</p> <p>Si intende, da un lato, intensificare la partecipazione e la collaborazione tra i Comuni dell'Ambito e, dall'altro, continuare a potenziare i Tavoli Tematici d'Ambito per migliorare la gestione dei servizi e dei casi.</p>
AZIONI PROGRAMMATE			<p>Al fine di conseguire gli obiettivi si programmano le seguenti azioni:</p> <p><u>Azione 1</u>: rafforzare la partecipazione e la collaborazione tra i Comuni dell'Ambito per promuovere una governance inclusiva, lo scambio di buone pratiche e prassi per la gestione dei servizi;</p> <p><u>Azione 2</u>: continuare a potenziare i Tavoli Tematici d'Ambito, garantendo anche lo sviluppo di una collaborazione tra tavoli per una migliore gestione dei servizi e dei casi.</p> <p><u>Azione 3</u>: avviare una riflessione d'Ambito sull'incrementare l'equità nell'accesso alle prestazioni sociali sul territorio dell'Ambito;</p> <p><u>Azione 4</u>: potenziamento delle risorse per l'Ufficio di Piano e digitalizzazione informativa.</p>
TARGET			<p>I destinatari diretti dell'intervento sono l'ATS, i Comuni e gli ETS che partecipano ai Tavoli tematici.</p> <p>I destinatari indiretti dell'intervento sono tutta la comunità in generale, perché godrà dell'effetto di una maggiore ricchezza sociale e relazionale all'interno del territorio.</p>
RISORSE PREVENTIVATE	ECONOMICHE		Risorse a valere sull'FNPS Programma Nazionale Inclusione 2021/2027
RISORSE DEDICATE	DI	PERSONALE	Personale interno dei servizi e coordinatori dei Tavoli, personale dei servizi comunali e ASST

L'OBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	Sì, l'obiettivo rappresenta un'azione di sistema trasversale a tutte le diverse aree di policy.
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	Punti chiave trasversali a tutte le aree di policy: <ul style="list-style-type: none"> ○ Rafforzamento delle reti sociali; ○ Nuovi strumenti di governance; ○ Revisione/potenziamento degli strumenti di governance dell'Ambito
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	Sì
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	Sì nelle attività di raccordo con gli obiettivi comuni PdZ e PPT
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	NO
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	No, è un nuovo obiettivo trasversale.
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Servizio sostanzialmente rivisto/aggiornato
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	NO
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	Sì, il presente obiettivo è frutto di un percorso di co-programmazione con gli operatori e attori della rete territoriale che hanno aderito
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGETTATO CON IL TERZO SETTORE?	NO
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	NO

QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	<p>Il bisogno ai quali questo obiettivo intende rispondere sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La necessità di costruire relazioni efficaci tra i Comuni dell'Ambito; • La necessità di migliorare la collaborazione tra i tavoli tematici dell'Ambito; • Il bisogno di sviluppare modalità di azione condivise tra Servizi per la gestione dei servizi e dei casi.
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÒ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	Bisogno consolidato
L'OBIETTIVO È DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	L'obiettivo è sia di tipo promozionale/preventivo che riparativo
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)	SI, si vorrebbe definire una modalità di partecipazione e governance rappresentativa della comunità territoriale
L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	No
QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	<p>Azione 1: rafforzare la partecipazione e la collaborazione tra i Comuni dell'Ambito per promuovere una governance inclusiva, lo scambio di buone pratiche e prassi per la gestione dei servizi</p> <p>INDICATORI</p> <p>1.1 numeri incontri svolti tra i Comuni;</p> <p>1.2 numero di enti comunali che hanno partecipato agli incontri;</p> <p>Azione 2: continuare a potenziare i Tavoli Tematici d'Ambito, garantendo anche lo sviluppo di una collaborazione tra tavoli per una migliore gestione dei servizi e dei casi</p> <p>INDICATORI</p> <p>2.1 numero e tipologia di Tavoli Tematici d'Ambito definiti;</p>

	<p>2.2 numero di incontri svolti per ciascun Tavolo;</p> <p>2.3 numero di enti e operatori coinvolti che partecipano agli incontri</p> <p>Azione 3: avviare una riflessione d'Ambito sull'incrementare l'equità nell'accesso alle prestazioni sociali sul territorio dell'Ambito</p> <p>INDICATORI</p> <p>3.1 numero di incontri svolti per la tematica;</p> <p>3.2 numero e tipologia di enti coinvolti;</p> <p>3.3 numero e tipologia di operatori coinvolti;</p> <p>Azione 4: potenziamento risorse Ufficio di piano e digitalizzazione informativa;</p> <p>4.1 n. risorse inserite nell'Ufficio di piano</p> <p>4.2 miglioramento del sistema di interscambio di informazioni</p>
QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?	<p><u>Incontro Comuni:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Almeno 30 incontri per la governance tecnica tra Comuni per lo scambio di buone prassi; • Almeno l'80% degli operatori coinvolti partecipano agli incontri; • Report finale in cui si riportano le buone prassi identificate <p><u>Tavoli tematici:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Struttura della nuova composizione dei tavoli: Tavolo Anziani, Tavolo Minori, Famiglia e Giovani; Tavolo Disabilità e fragilità; Tavolo Inclusione sociale e povertà • Almeno 6 incontri totali tra i 4 tavoli creati all'anno; • Almeno l'80% degli operatori coinvolti partecipano agli incontri <p><u>Riflessione Ambito:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Studio delle politiche tariffarie dei sei comuni (con la finalità di valutare un possibile percorso di convergenza); • Creazione di Linee guida sulla gestione dei servizi e l'accesso alle prestazioni sociali agevolate;

	Potenziamento Ufficio di Piano <ul style="list-style-type: none"> • Ampliamento delle risorse umane • Attivazione di strumenti di sistemi di interscambio informativo
QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?	<ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento della collaborazione tra i comuni; • Potenziamento dei Tavoli tematici d'Ambito; • Aumento di Linee guida applicate efficacemente; • Miglioramento della gestione dei servizi

6.1.2 Obiettivo 2 – Promuovere l'inclusione culturale e l'accesso ai servizi attraverso la mediazione interculturale

TITOLO INTERVENTO	Promuovere l'inclusione culturale e l'accesso ai servizi attraverso la mediazione interculturale
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	<p>L'obiettivo mira a potenziare le competenze interculturali degli operatori dei servizi e favorire l'integrazione dei mediatori interculturali nelle équipe territoriali.</p> <p>L'obiettivo intende migliorare l'accessibilità ai servizi per i cittadini di origine straniera, facilitando la comprensione culturale e linguistica e supportando le persone nella gestione della quotidianità e delle relazioni con le istituzioni. Tale intervento mira a ridurre le barriere culturali, aumentare la fruibilità dei servizi e promuovere un dialogo inclusivo tra cittadini e operatori.</p>
AZIONI PROGRAMMATE	<p>Al fine di conseguire l'obiettivo si programmano le seguenti azioni:</p> <p><u>Azione 1</u>: integrare i mediatori interculturali nei servizi sociali e sociosanitari in forma stabile;</p> <p><u>Azione 2</u>: supporto alle persone di origine straniera nell'orientamento e nell'accesso ai servizi amministrativi, sociali e sociosanitari</p> <p><u>Azione 3</u>: predisporre percorsi di formazione interculturale per gli operatori, per migliorare la comprensione delle dinamiche interculturali e dei bisogni delle diverse comunità;</p>
TARGET	<p>I destinatari diretti dell'intervento includono sia la popolazione di origine straniera sia gli operatori dei servizi e delle istituzioni impegnati a lavorare con queste comunità. Un'attenzione particolare sarà prevista alla figura della donna di origine straniera, che spesso ha più difficoltà di accedere a corsi di lingua a causa dei carichi di cura.</p>
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	<p>Risorse a valere sui fondi FAMI (Capacity building e Fami Conoscere per integrarsi 2° edizione) e Fondo Povertà, Avviso Inlav.</p>
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	<p>Personale interno e referenti dei servizi, personale del Terzo settore.</p>

L'OBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	Sì, l'obiettivo è comune a tutte le aree di policy e mira a fornire un supporto più ampio alle persone di origine straniera, comprese categorie specifiche come minori e famiglie, anziani, persone con disabilità, e individui che incontrano difficoltà legate all'alloggio o al lavoro.
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Contrasto all'isolamento e emarginazione sociale; • Rafforzamento delle reti sociali; • Facilitare l'accesso alle opportunità di benessere e partecipazione attiva
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	NO
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	NO
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	NO
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	È un nuovo obiettivo trasversale del Piano di Zona.
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Servizio sostanzialmente rivisto/aggiornato
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	NO
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	Sì, il presente obiettivo è frutto di un percorso di co-programmazione con gli operatori e attori della rete territoriale che hanno aderito
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	Associazioni di volontariato, CPIA
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	<p>I bisogni ai quali questo obiettivo intende rispondere sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Difficoltà di accesso ai servizi per i cittadini di origine straniera; • Difficoltà da parte degli operatori alla comprensione delle dinamiche interculturali;

	<ul style="list-style-type: none"> • Presenza di barriere linguistiche e culturali; • Mancanza di mediatori culturali all'interno delle équipes multidisciplinari.
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÓ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	Bisogno consolidato
L'OBIETTIVO É DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	L'obiettivo è sia di tipo promozionale/preventivo che riparativo.
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)	Sì, il presente obiettivo intende integrare i mediatori interculturali all'interno delle équipes multidisciplinari, così da garantire un maggior supporto alla persona che accede al servizio.
L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	No
QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	<p><u>Azione 1</u>: integrare i mediatori interculturali nelle équipes multidisciplinari per facilitare la comunicazione tra cittadini stranieri e operatori</p> <p>INDICATORI</p> <p>1.1 numero di casi individuati che hanno necessità di questa integrazione;</p> <p>1.2 numero di casi per i quali è stata integrata la figura del mediatore interculturale;</p> <p>1.3 numero di équipes multidisciplinari in cui è necessaria la figura del mediatore interculturale;</p> <p>1.4 numero di équipes multidisciplinari in cui è presente il mediatore interculturale;</p> <p>1.5 numero di incontri svolti dalle équipes multidisciplinari con la figura del mediatore interculturale.</p> <p><u>Azione 2</u>: supporto alle persone di origine straniera nell'orientamento e nell'accesso ai servizi amministrativi, sociali e sociosanitari</p> <p>INDICATORI</p>

	<p>2.1 numero persone di origine straniera che hanno necessità di orientamento;</p> <p>2.2 numero di persone di origine straniera che hanno necessità di supporto nell'accesso ai servizi amministrativi, sociali e socio-sanitari;</p> <p>2.3 numero di persone di origine straniera che ricevono orientamento;</p> <p>2.4 numero di persone di origine straniera che ricevono supporto nell'accesso ai servizi amministrativi, sociali e socio-sanitari;</p> <p>2.5 numero di enti coinvolti nell'orientamento;</p> <p>2.6 numero di enti coinvolti nel supporto all'accesso ai servizi.</p> <p><u>Azione 3</u>: predisporre percorsi di formazione interculturale per gli operatori, per migliorare la comprensione delle dinamiche interculturali e dei bisogni delle diverse comunità</p> <p>INDICATORI</p> <p>3.1 numero di incontri di formazione interculturale effettuati;</p> <p>3.2 numero di operatori coinvolti;</p> <p>3.3 tipologia di operatore coinvolto;</p>
QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?	<p><u>Integrazione mediatori interculturali:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Numero di servizi sociali e socio-sanitari in cui è stata inserita la figura del mediatore culturale <p><u>Supporto orientamento ai servizi territoriali:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Almeno 50 persone/nuclei familiari hanno ricevuto supporto tramite l'orientamento; • Almeno 50 persone/nuclei familiari hanno ricevuto supporto nell'accesso ai servizi, sociali e territoriali. <p><u>Formazione:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Organizzazione di almeno 9 incontri di formazione interculturale destinati agli operatori nella triennalità; • Almeno 60 operatori partecipano agli incontri di formazione interculturale
QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?	<ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento della presa in carico;

	<ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento della qualità di risposta ai bisogni da parte dei servizi; • Miglioramento della conoscenza delle dinamiche interculturali da parte degli operatori; • Miglioramento del supporto alle persone di origine straniera.
--	--

6.1.3 Obiettivo 3 – Promuovere attività di prevenzione al contrasto al gioco d’azzardo patologico

TITOLO INTERVENTO	Promuovere attività di prevenzione al contrasto al gioco d’azzardo patologico
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	L’intervento si pone come obiettivo quello di aumentare la capacità della comunità locale di implementare i fattori protettivi rispetto allo sviluppo del Gioco d’azzardo patologico tramite il coinvolgimento dei soggetti di rete presenti nei due quartieri (assistenti sociali, infermieri, oratori, parrocchie, case di comunità, associazioni di volontariato, centri sportivi e ricreativi ecc.)
AZIONI PROGRAMMATE	<p>Al fine di conseguire l’obiettivo si programmano le seguenti azioni:</p> <p><u>Azione 1:</u> mantenimento lettura bimestrale dei dati estratti dall’applicativo SMART e loro interpretazione</p> <p><u>Azione 2:</u> mantenimento e rilancio degli sportelli di prossimità</p> <p><u>Azione 3:</u> sviluppare attività di sensibilizzazione e formazione all’interno delle scuole, dei luoghi di lavoro e dei luoghi frequentati dalle persone anziane</p> <p><u>Azione 4:</u> stesura di un documento condiviso tra i Comuni che declini la strategia di contrasto al gioco d’azzardo</p> <p><u>Azione 5:</u> promozione del codice etico</p> <p><u>Azione 6:</u> intensificare le iniziative formative a favore delle polizie locali</p>
TARGET	Il target di riferimento sono le persone in condizione di fragilità o vulnerabilità a causa di una situazione socio-economica sfavorevole o di specifici bisogni legati alla disabilità, alla salute mentale e alle dipendenze.
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	Piano GAP risorse a valere sul finanziamento ATS
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	Personale interno afferente ai servizi e personale del Terzo settore
L’OBIETTIVO E’ TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	Sì, l’obiettivo è comune a tutte le aree di policy e mira a fornire un supporto più ampio alle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità, comprese categorie specifiche come minori e famiglie, anziani

INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Contrasto all'isolamento; • Rafforzamento delle reti sociali • Vulnerabilità multidimensionale;
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	No
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	L'obiettivo prevede il coinvolgimento dell'ASST nella valutazione di casi complessi ad integrazione sociosanitaria.
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	No
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	Sì, con gli obiettivi premiali, progetto Outdoor
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Servizio sostanzialmente aggiornato
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	Si con il progetto Outdoor
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	Sì, il presente obiettivo è frutto di un percorso costruzione con con gli operatori e attori della rete territoriale pubblica e privata che hanno aderito
NEL CASO IN CUI L'INTERVENTO NON PREVEDA PROCESSI DI CO-PROGETTAZIONE E/O CO-PROGRAMMAZIONE FORMALIZZATI, SPECIFICARE LE MODALITA' DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE (se pertinente)	
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	L'obiettivo prevede il coinvolgimento degli enti del Terzo settore e degli enti istituzionali.
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	<ul style="list-style-type: none"> • Difficoltà da parte degli operatori a fronteggiare casi con bisogni multidimensionali; • Difficoltà nelle prese in carico integrate da parte dei servizi; • Difficoltà nello sviluppo di relazioni collaborative tra i servizi;

	<ul style="list-style-type: none"> • Presenza di sempre più casi con bisogni multidimensionali.
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÓ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	Bisogno consolidato
L'OBIETTIVO É DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	L'obiettivo è sia di tipo promozionale/preventivo che riparativo.
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)	No
L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	No
QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	<p><u>Azione 1</u>: Lettura dati applicativo Smart.</p> <p>1.1 analisi del fenomeno a livello territoriale</p> <p>1.2 numero e tipologia di enti coinvolti per questa azione;</p> <p><u>Azione 2</u>: Mantenere lo sportello di prossimità</p> <p>2.1 numero di accessi e richieste agli sportelli;</p> <p>2.2 tipologia di servizi che vengono coinvolti;</p> <p><u>Azione 3</u>: sviluppare attività di sensibilizzazione all'interno delle scuole e dei luoghi di lavoro</p> <p>INDICATORI:</p> <p>3.1 numero di eventi di sensibilizzazione effettuali;</p> <p>3.2 numero e tipologia di operatori coinvolti;</p> <p>3.3 numero di incontri effettuati da parte della rete;</p> <p>3.4 numero di scuole coinvolte.</p> <p><u>Azione 4</u>: stesura di un documento condiviso tra i Comuni che declini la strategia di contrasto al gioco d'azzardo</p>

	<p>4.1 realizzazione del documento e approvazione in assemblea dei sindaci</p> <p><u>Azione 5</u>: promozione del codice etico</p> <p>5.1 numero di esercizi pubblici incontrati</p> <p><u>Azione 6</u>: intensificare le iniziative formative a favore delle polizie locali</p> <p>6.1 numero di iniziative formative realizzate</p> <p>6.2 numero partecipanti alle iniziative formative</p>
QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?	<p>Azione 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maggiore conoscenza del fenomeno del Gioco d'azzardo e migliorata lettura dei dati <p>Azione 2: Mantenere lo sportello di prossimità</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentato numero di persone che si rivolgono allo sportello <p>Azione 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sviluppare attività di sensibilizzazione all'interno delle scuole e dei luoghi di lavoro • Aumentato numero di persone che conoscono il fenomeno e i rischi associati, soprattutto nelle fasce di popolazione maggiormente a rischio <p>Azione 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> • stesura di un documento condiviso tra i Comuni che declini la strategia di contrasto al gioco d'azzardo • Realizzato un documento di strategia condiviso a livello di Ambito <p>Azione 5:</p> <ul style="list-style-type: none"> • promozione del codice etico • Aumentata diffusione del codice etico nei luoghi sensibili <p>Azione 6:</p> <ul style="list-style-type: none"> • intensificare le iniziative formative a favore delle polizie locali

	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentato livello di consapevolezza e maggiori strumenti acquisiti per riconoscere e affrontare il problema
QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?	<ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento della capacità di lettura del bisogno; • Miglioramento della collaborazione tra gli Enti coinvolti • Miglioramento della qualità di risposta ai bisogni da parte dei servizi • Maggiore diffusione del fenomeno e dei relativi strumenti a contrasto

6.2 Obiettivi Area Anziani

Analisi del contesto³

Gli ultimi decenni hanno visto un costante aumento della popolazione anziana, destinata a raggiungere livelli significativi nei prossimi vent'anni. In particolare, in comuni come Gorle e Sorisole, si prevede che entro il 2043 la percentuale di anziani supererà abbondantemente il 30% della popolazione totale. Questo dato non solo evidenzia un progressivo invecchiamento della popolazione, ma richiama anche la necessità di adeguare le politiche sociali e i servizi per rispondere a questa trasformazione.

Parallelamente, si assiste a un fenomeno di riduzione della dimensione media delle famiglie. Nel 2022, il numero medio di componenti per famiglia si è attestato a 2,06, un valore che testimonia una profonda evoluzione nei modelli di convivenza e nei legami familiari tradizionali. L'incremento delle famiglie monocomposte, che rappresentano il 45% del totale, e delle coppie senza figli riflette una crescente individualizzazione delle scelte di vita. Inoltre, la percentuale di famiglie composte da due soli membri è salita al 26%, segno di una società in cui i nuclei familiari si frammentano, rendendo sempre meno frequente la presenza di famiglie numerose.

Un ulteriore elemento critico è rappresentato dalle condizioni economiche degli anziani. L'analisi dei redditi ISEE nella popolazione residente mostra una significativa percentuale di anziani soli con un reddito al di sotto della soglia di povertà. Questa vulnerabilità economica è particolarmente marcata tra le donne, che costituiscono il 72% delle persone con pensioni di vecchiaia inferiori ai 1.000 euro. Questi dati evidenziano una doppia fragilità, economica e sociale, che colpisce soprattutto le donne anziane, spesso prive di reti di supporto.

Un'altra problematica risiede nella distribuzione delle risorse destinate agli anziani. I bilanci comunali mostrano una disparità evidente nella spesa assistenziale e negli investimenti destinati a questa fascia di popolazione. Questa mancanza di uniformità nelle politiche locali sottolinea la necessità di una visione condivisa e di interventi omogenei tra i vari comuni dell'Ambito.

Tabella 22 - Evoluzione della Struttura Familiare

Anno	Numero Medio Componenti per Famiglia	% Famiglie Monocomposte	% Coppie Senza Figli
2000	2,40	33%	18%
2010	2,20	38%	22%
2022	2,06	45%	26%

Questa analisi mostra come il tessuto sociale e demografico dell'Ambito di Bergamo si stia trasformando in modo significativo, evidenziando nuove sfide per le politiche pubbliche e i servizi alla persona. Risulta fondamentale affrontare questi cambiamenti con interventi strutturati e mirati, capaci di sostenere la popolazione anziana e di rafforzare le reti di supporto, sia formali che informali, nel territorio.

³ Dati ricavati dal Contributo all'Ambito Territoriale Sociale di Bergamo per la redazione del Piano Sociale di Ambito 2025-2027 area ANZIANI – Laboratorio Domiciliarità

Tavolo tematico

Per il nuovo triennio, uno degli obiettivi principali è il ripristino del tavolo tematico dell'Area Anziani, sospeso nel periodo 2021-2023. Questo strumento di lavoro rappresenta un elemento cruciale per avviare un processo strutturato di mappatura dei bisogni della popolazione anziana, per definire risposte efficaci e per migliorare l'organizzazione dei servizi. Il tavolo sarà inoltre essenziale per implementare nuovi progetti e per favorire il coinvolgimento della rete territoriale, promuovendo un approccio partecipativo e integrato alle politiche per gli anziani.

6.2.1 Obiettivo 1 – Residenzialità Inclusiva: risposte ai bisogni degli anziani

TITOLO INTERVENTO	Residenzialità Inclusiva: risposte ai bisogni degli anziani
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	<p>L'obiettivo complessivo mira a rafforzare e diversificare le risposte residenziali per gli anziani, con particolare attenzione alle esigenze di coloro che si trovano in condizioni di non autosufficienza, fragilità o disagio abitativo. In primo luogo, si punta al potenziamento delle risposte per la non autosufficienza, attraverso l'ampliamento delle strutture e delle risorse destinate all'assistenza sociosanitaria per anziani con bisogni complessi.</p> <p>In secondo luogo, si intende ampliare e diversificare l'offerta residenziale all'interno del territorio, introducendo soluzioni intermedie che rispondano ai diversi livelli di autonomia residua. Tali interventi mirano a ritardare l'istituzionalizzazione precoce o impropria e a intercettare le necessità delle persone con fragilità o parziale autonomia, con un'ottica preventiva e di promozione dell'autonomia.</p> <p>Infine, il piano prevede lo sviluppo di soluzioni diversificate di accoglienza e collocamento per rispondere al crescente disagio abitativo che interessa gli anziani. Si tratta di interventi che includono soluzioni abitative temporanee o permanenti, modelli di housing flessibili e misure economiche per il contenimento della morosità. Questi interventi tengono conto delle caratteristiche specifiche della popolazione anziana e mirano a garantire risposte rapide ed efficaci alle emergenze abitative, favorendo la stabilità e la sicurezza abitativa.</p>
AZIONI PROGRAMMATE	<p><u>Azione 1:</u> Stipulare convenzioni con le RSA soprattutto per l'area psicogeriatrica e nucleo protetto (demenze)</p> <p><u>Azione 2:</u> promuovere lo sviluppo di soluzioni abitative per anziani, come appartamenti protetti e progetti di housing per ritardare/evitare l'istituzionalizzazione impropria e intercettare le persone con fragilità, in ottica di preservazione delle autonomie residue.</p> <p><u>Azione 3:</u> promuovere lo sviluppo di soluzioni abitative (anche temporanee) per accoglienza e in tempi brevi e/o nell'urgenza e misure economiche di sostegno e contenimento della morosità, forme di mediazione e accompagnamento alla consapevolezza finanziaria per anziani in situazione di grave fragilità.</p>

TARGET	<p>Il target di questo obiettivo è rappresentato principalmente da anziani in condizioni di non autosufficienza, fragilità o disagio abitativo, includendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anziani non autosufficienti che necessitano di assistenza sociosanitaria complessa in strutture specializzate. • Anziani con fragilità o parziale autonomia, che possono beneficiare di soluzioni residenziali intermedie volte a ritardare o evitare l'istituzionalizzazione precoce. • Anziani in situazioni di emergenza abitativa (es. sfratti, senza dimora) o con difficoltà economiche, per i quali sono necessarie soluzioni abitative temporanee, permanenti o flessibili. <p>Questo target include anche chi necessita di misure economiche per il contenimento della morosità e di interventi che garantiscano la sicurezza abitativa.</p>
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	Risorse a valere sulla progettualità provinciale (bando invecchiamento attivo circa 50.000 euro), risorse a valere su FNPS;
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	<p>Personale interno e trasversale dei servizi</p> <p>Governance: Personale dell'Ambito territoriale di Bergamo con particolare riferimento agli operatori sociali e al personale amministrativo; Referenti degli Enti del Terzo Settore con cui avviare processi di co-programmazione e co-progettazione; Referenti di ATS e ASST e delle strutture residenziali individuate (RSA, appartamenti protetti, housing...)</p> <p>Realizzazione delle azioni: Operatori Sociali dell'Ambito territoriale, personale socio-educativo e socio-assistenziale del Terzo Settore; personale afferente ad ATS, ASST e strutture residenziali individuate.</p>
L'OBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	Sì, è trasversale all'area di policy dell'inclusione sociale, dell'abitare e della domiciliarità.
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Rafforzamento degli strumenti di long term care • Autonomia e domiciliarità • Personalizzazione dei servizi • Accesso ai servizi • Ruolo delle famiglie e del caregiver • Rafforzamento delle reti sociali • Contrasto all'isolamento • Allargamento della rete e coprogrammazione • Nuova utenza rispetto al passato

	<ul style="list-style-type: none"> • Nuovi strumenti di governance
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	Sì come partner nelle progettualità presenti sul territorio a livello provinciale
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	Sì, sia per le azioni di governance, sia per la realizzazione delle azioni. Coinvolgimento nei casi complessi del servizio PUA/EVM
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	NO
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	È un nuovo Obiettivo del Piano di Zona.
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Servizio sostanzialmente rivisto/aggiornato
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	NO
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	No, l'intervento è stato programmato con le Assistenti Sociali dei Comuni dell'Ambito Territoriale.
NEL CASO IN CUI L'INTERVENTO NON PREVEDA PROCESSI DI CO-PROGETTAZIONE E/O CO-PROGRAMMAZIONE FORMALIZZATI, SPECIFICARE LE MODALITÀ DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE (se pertinente)	Eventuali procedure di bandi di gara, manifestazioni di interesse e/o affidamento diretto
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	Sì, ASST, Terzo Settore, privato per mettere a disposizione appartamenti o soluzioni abitative ad hoc o servizi funzionali alle soluzioni abitative (fornitura di pasti, servizi di trasporto, assistenza, domotica...).
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	<p>I bisogni ai quali questo obiettivo intende rispondere sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bisogno di incrementare i posti letto e i reparti specializzati in RSA per rispondere all'elevato bisogno di assistenza sociosanitaria di grandi anziani non autosufficienti, con particolare attenzione alle demenze e alle patologie psichiatriche. • Necessità di ridurre le liste di attesa per l'accesso alle strutture residenziali sociosanitarie.

	<ul style="list-style-type: none"> • Bisogno di sviluppare soluzioni di residenzialità intermedia (appartamenti protetti, housing) per anziani in condizioni di fragilità con parziale autonomia, per evitare l'istituzionalizzazione precoce o impropria e garantire un'alternativa alla permanenza al domicilio. • Necessità di creare risorse territoriali che rispondano alla crescente "zona grigia" di anziani fragili, attualmente non adeguatamente supportata. • Bisogno di introdurre soluzioni rapide e personalizzate per affrontare l'emergenza abitativa tra gli anziani (sfratti, senza dimora), includendo supporto socioassistenziale e sociosanitario. • Necessità di misure di prevenzione e gestione della morosità attraverso sostegno economico e accompagnamento alla consapevolezza finanziaria.
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÓ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	Bisogno consolidato, con sempre maggiore incidenza.
L'OBIETTIVO É DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	L'obiettivo è sia di tipo promozionale/preventivo che riparativo.
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE?	<p>Sì, relativi soprattutto alla presa in carico della "zona grigia" di persone che non sono ancora adatte ad un inserimento in RSA, però allo stesso tempo non sono più in grado di gestirsi in autonomia.</p> <p>Si prevede l'adozione di soluzioni intermedie e personalizzate che tengano conto della necessità di diversificare i bisogni sempre più complessi.</p>
L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	Sì, le soluzioni abitative intermedie potranno essere dotate di strumenti domotici per facilitare la permanenza e la vita dell'anziano.
QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	<p>Azione 1: Stipulare convenzioni con le RSA soprattutto per l'area psicogeriatrica e nucleo protetto (demenze)</p> <p><u>Indicatori</u></p> <p>1.1 Numero di RSA coinvolte nelle convenzioni</p> <p>1.2 Numero di convenzioni stipulate specificamente per l'area psicogeriatrica e nucleo protetto</p> <p>1.3 Numero di posti messi a disposizione dalle RSA annualmente</p>

	<p><u>Azione 2:</u> promuovere lo sviluppo di soluzioni abitative per anziani, come appartamenti protetti e progetti di housing per ritardare/evitare l'istituzionalizzazione impropria e intercettare le persone con fragilità, in ottica di preservazione delle autonomie residue.</p> <p><u>Indicatori</u></p> <p>2.1 Numero di appartamenti protetti e/o progetti di housing attivati</p> <p>2.2 Percentuale di occupazione degli appartamenti protetti rispetto alla capacità disponibile</p> <p>2.3 Numero di anziani che sarebbero stati inseriti impropriamente in RSA (annuale)</p> <p><u>Azione 3:</u> promuovere lo sviluppo di soluzioni abitative (anche temporanee) per accoglienza e in tempi brevi e/o nell'urgenza e misure economiche di sostegno e contenimento della morosità, forme di mediazione e accompagnamento alla consapevolezza finanziaria per anziani in situazione di grave fragilità.</p> <p><u>Indicatori</u></p> <p>3.1 Numero di soluzioni abitative temporanee attivate per l'accoglienza rapida</p> <p>3.2 Numero di beneficiari accolti nelle soluzioni abitative temporanee</p> <p>3.3 Numero di enti e organizzazioni (pubbliche e private) coinvolte</p> <p>3.4 Numero di interventi economici di sostegno e programmi di mediazione finanziaria avviati;</p> <p>3.5 Numero di beneficiari degli interventi economici e dei programmi di mediazione finanziaria.</p>
QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?	<p><u>Azione 1:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Riduzione del 20% delle liste di attesa relative agli utenti in carico ai servizi sociali dell'Ambito di Bergamo per l'ingresso nelle RSA nell'area psicogeriatrica nel triennio; • Incremento del 30% del numero di pazienti assistiti nei nuclei protetti per le demenze <p><u>Azione 2:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Riduzione del 10% del numero di anziani che accedono prematuramente alle RSA; • Incremento del 70% del numero di anziani inseriti nel programma che mantengono uno stato di autonomia parziale

	<p>grazie alle soluzioni abitative (appartamenti protetti e housing) per almeno 3/5 anni</p> <p><u>Azione 3:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Raccolta di buone prassi finalizzate all'accoglienza delle persone anziane in emergenza abitativa; • Riduzione degli sfratti esecutivi del 30% grazie alle misure di sostegno nel triennio per le persone anziane in carico ai servizi sociali • Aumento del 30% del numero di posti per le soluzioni di emergenza abitativa dedicati ad hoc alle persone anziane.
QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?	<ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento della qualità di vita degli anziani non autosufficienti e delle loro famiglie (misurato attraverso sondaggi o valutazioni di benessere o valutazione dell'AS che ha in carico il nucleo/anziano); • Ritardo nell'istituzionalizzazione, aumentando la permanenza degli anziani in contesti abitativi intermedi rispetto al domicilio; • Diminuzione della percentuale di anziani senza fissa dimora o a rischio di perdere la propria casa o in condizioni abitative precarie nel territorio di riferimento.

6.2.2 Obiettivo 2 – Potenziare e integrare i servizi territoriali a sostegno della domiciliarità, garantendo un approccio multidimensionale per migliorare la qualità di vita delle persone fragili

TITOLO INTERVENTO	Potenziare e integrare i servizi territoriali a sostegno della domiciliarità, garantendo un approccio multidimensionale per migliorare la qualità di vita delle persone fragili
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	<p>L'obiettivo prevede diverse azioni volte a rafforzare l'assistenza domiciliare sia in termini quantitativi che qualitativi. Si punta a diversificare e integrare l'offerta, introducendo soluzioni innovative che rispondano ai bisogni complessi e mutevoli del territorio. Un aspetto centrale è il miglioramento della sinergia tra i servizi e gli attori del settore pubblico, privato e del privato sociale, promuovendo una maggiore collaborazione e coordinamento operativo per un uso più efficace ed efficiente delle risorse.</p> <p>Particolare attenzione è rivolta alla continuità delle risorse derivanti dal PNRR, con riferimento alle dimissioni protette, e al rafforzamento delle misure regionali a sostegno dell'assistenza familiare (L. 15/2015). La domiciliarità sarà ulteriormente supportata attraverso</p>

	<p>l'implementazione di tecnologie innovative, favorendo l'autonomia e il benessere delle persone assistite. Si prevede, inoltre, l'introduzione e il consolidamento di un sistema di valutazione dei servizi basato su criteri qualitativi e quantitativi, per garantire una costante verifica dell'efficacia degli interventi.</p>
AZIONI PROGRAMMATE	<p>L'obiettivo è molto complesso e di grande rilevanza. Per questo motivo, verranno di seguito elencate le principali azioni, a loro volta suddivise in sotto-azioni:</p> <p><u>Azione 1:</u> Potenziamento dei servizi di assistenza domiciliare e supporto alla domiciliarità</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adeguare e potenziare le risorse del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD), con particolare attenzione alla gestione delle urgenze e al ripristino di condizioni igienico-ambientali adeguate. • Garantire e rafforzare il servizio di trasporto sociale per esigenze sanitarie e attività ricreative/socializzanti, prevedendo meccanismi di partecipazione economica e coinvolgendo il volontariato. • Ampliare i servizi integrativi del SAD, come pasti a domicilio, custodia sociale e utilizzo di dispositivi di domotica. <p><u>Azione 2:</u> Creazione e diffusione di buone prassi per una domiciliarità integrata</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definire buone prassi condivise tra operatori di diversi servizi (SAD, trasporto, custodia sociale, educatori di comunità). • Promuovere e rafforzare il confronto operativo tra operatori sociali, sanitari e specialistici, con il coinvolgimento di medici di medicina generale (MMG), IFEC e servizi territoriali. • Partecipare a reti nazionali e internazionali per condividere buone pratiche in tema di invecchiamento attivo. <p><u>Azione 3:</u> Rafforzamento della presa in carico multidimensionale delle dimissioni protette</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ampliare e consolidare i protocolli operativi tra ASST e Ambiti per una gestione integrata delle dimissioni protette. • Garantire la continuità delle risorse provenienti da progetti finanziati dal PNRR, integrando i servizi già esistenti con soluzioni innovative. <p><u>Azione 4:</u> Collaborazione con il privato sociale e il volontariato per il supporto alla domiciliarità</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Favorire il confronto con le realtà del privato sociale, promuovendo progetti innovativi (es. badante/colf di condominio, servizi di pulizia abitativa). • Rafforzare il coinvolgimento del volontariato in attività di supporto alla domiciliarità, come consegna della spesa, farmaci, e attività di compagnia. • Coinvolgere esercizi commerciali (negozi di prossimità) per facilitare l'accesso ai servizi da parte delle persone anziane (es. consegne a domicilio, agevolazioni economiche). <p><u>Azione 5: Supporto all'assistenza familiare</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Promuovere la misura regionale a sostegno dell'assistenza familiare (legge 15/2015) • Promuovere accordi con agenzie per l'assunzione di badanti sul territorio. • Allargare la platea degli utenti degli sportelli badanti, favorendo l'iscrizione al registro degli assistenti familiari e offrendo informazioni e orientamento. <p><u>Azione 6: Innovazione tecnologica a sostegno della domiciliarità</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementare l'utilizzo di dispositivi tecnologici (domotica, teleassistenza) per favorire la sicurezza e l'autonomia delle persone anziane. • Favorire l'alfabetizzazione tecnologica degli anziani per l'accesso a servizi da remoto (es. acquisto di farmaci, ricette, applicazioni per stimolazione fisica e cognitiva). • Coinvolgere volontari per accompagnare le persone anziane nell'utilizzo delle tecnologie. <p><u>Azione 7: Valutazione della qualità dei servizi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Impostare un sistema di valutazione della qualità dei servizi erogati, sia con criteri qualitativi che quantitativi. • Monitorare il grado di soddisfazione dei fruitori per migliorare costantemente l'efficacia degli interventi.
TARGET	<p>Persone anziane e/o non autosufficienti che necessitano di supporto domiciliare.</p> <p>Caregiver familiari coinvolti nell'assistenza di persone fragili.</p> <p>Operatori socio-sanitari e professionisti del settore, per rafforzare la collaborazione e l'efficienza dei servizi.</p>

	Attori del privato sociale e del volontariato , coinvolti nella rete territoriale di supporto.
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	Risorse a valere su FNPS stimate per appalto SAD in euro 95.000. Risorse messe a disposizione dal PNRR circa 150.000 euro per l'implementazione del servizio di dimissioni protette; risorse a valere sul bonus Assistenti familiari e sportello badanti.
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	<p>Personale interno e referenti aree e servizi</p> <p>Governance: Personale dell'Ambito territoriale di Bergamo con particolare riferimento agli operatori sociali e al personale amministrativo; Referenti degli Enti del Terzo Settore con cui avviare processi di co-programmazione e co-progettazione; Referenti di ATS e ASST (con particolare riferimento agli Infermieri di Famiglia e Comunità, ai Medici di Medicina Generale e ai referenti delle dimissioni protette ospedaliere).</p> <p>Realizzazione delle azioni: Operatori Sociali dell'Ambito territoriale, personale socioeducativo e socio-assistenziale del Terzo Settore; personale afferente ad ATS, ASST.</p>
L'OBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	Sì, l'obiettivo è trasversale con l'area della disabilità e dell'inclusione sociale.
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Flessibilità • Tempestività della risposta • Allargamento del servizio a nuovi soggetti • Ampliamento dei supporti forniti all'utenza • Aumento delle ore di copertura del servizio • Allargamento della rete e coprogrammazione • Nuova utenza rispetto al passato • Nuovi strumenti di governance • Integrazione con gli interventi domiciliari a carattere sociosanitario
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	Sì
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	Sì, per l'avvio di collaborazioni sul territorio con MMG, IFEC, PUA, Ospedali di Comunità e strutture sanitarie con la finalità di rafforzare la rete dei servizi sociosanitari a favore della popolazione anziana.

L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	NO
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	È un nuovo obiettivo del Piano di Zona
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Servizio sostanzialmente rivisto/aggiornato
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	NO
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	No, il presente obiettivo è frutto di un percorso programmazione tra le Assistenti Sociali dei Comuni dell'Ambito.
NEL CASO IN CUI L'INTERVENTO NON PREVEDA PROCESSI DI CO-PROGETTAZIONE E/O CO-PROGRAMMAZIONE FORMALIZZATI, SPECIFICARE LE MODALITA' DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE (se pertinente)	Eventuali procedure di bandi di gara, manifestazioni di interesse e/o affidamento diretto
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	Sì, privato e privato sociale con la finalità di ampliare e diversificare l'offerta dei servizi a favore delle persone anziane e di favorirne l'accessibilità (trasporti, servizi al domicilio, accessibilità facilitata, prezzi calmierati...).
QUESTO INTERVENTO A QUALE BISOGNO/I RISPONDE?	Sarà inoltre fondamentale la figura dello psicologo delle cure primarie.
	A fronte di un incremento della popolazione anziana, si ravvisa la necessità di potenziare i servizi a favore della domiciliarità, con l'obiettivo di garantire l'autodeterminazione della persona e di favorire il mantenimento delle autonomie, nell'ottica di sostenere la permanenza della persona anziana nel proprio contesto di vita ("ageing in place").
	L'investimento nei servizi alla domiciliarità consente di andare nella direzione di riconoscere il ruolo ed il valore dei caregiver e di offrire loro un efficace sostegno, personalizzando le risposte di supporto al singolo.
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÓ ESSERE	Il bisogno rilevato era già stato affrontato nella precedente triennalità; tuttavia, risulta necessario offrire delle risposte sempre più diversificate

DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	Le integrate in ragione dell'emergere di situazioni sempre più complesse e numerose a causa del progressivo invecchiamento della popolazione.
L'OBIETTIVO È DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	L'obiettivo prevede azioni sia di carattere promozionale/preventivo sia di carattere riparativo.
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E DI COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE?	L'obiettivo prevede un sempre maggiore coinvolgimento degli attori del territorio (privato, privato sociale, ETS) per sviluppare azioni di welfare e di comunità con la finalità di rafforzare le reti sociali del territorio e di fornire alla popolazione anziana soluzioni innovative
L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	Sì, l'obiettivo mira ad incrementare lo sviluppo di sistemi di domotica in supporto alle persone anziane.
QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	<p>Azione 1: Potenziamento dei servizi di assistenza domiciliare e supporto alla domiciliarità</p> <p><u>Indicatori</u></p> <p>1.1 Numero di risorse aggiuntive destinate al SAD e ampliamento della platea dei fruitori dei servizi</p> <p>1.2 Numero di servizi di trasporto sociale attivati o rafforzati.</p> <p>1.3 Numero di servizi integrativi (pasti, domotica, custodia sociale) introdotti o potenziati.</p> <p>1.4</p> <p>Azione 2: Creazione e diffusione di buone prassi per una domiciliarità integrata</p> <p><u>Indicatori</u></p> <p>2.1 Numero di buone prassi definite e condivise tra operatori.</p> <p>2.2 Numero di incontri e sessioni formative per operatori sociali e sanitari.</p> <p>2.3 Numero di partecipazioni a reti nazionali o internazionali.</p> <p>Azione 3: Rafforzamento della presa in carico multidimensionale delle dimissioni protette</p> <p><u>Indicatori</u></p> <p>3.1 Numero di protocolli operativi ampliati tra ASST e Ambiti.</p>

	<p>3.2 Numero di persone prese in carico attraverso i nuovi protocolli.</p> <p>3.3 Numero di servizi a integrazione SAD attivati</p> <p>Azione 4: Collaborazione con il privato sociale e il volontariato per il supporto alla domiciliarità</p> <p><u>Indicatori:</u></p> <p>4.1 Numero di incontri organizzati con realtà del privato sociale e volontariato</p> <p>4.2 Numero di progetti innovativi avviati (es. badante/colf di condominio)</p> <p>4.3 Numero di volontari coinvolti in azioni di supporto alla domiciliarità</p> <p>Azione 5: Supporto all'assistenza familiare</p> <p><u>Indicatori:</u></p> <p>5.1 Numero di accordi stipulati con agenzie per l'assunzione di badanti.</p> <p>5.2 Numero di sportelli badanti attivi e di utenti accolti.</p> <p>5.3 Numero di richieste di iscrizione al registro degli assistenti familiari.</p> <p>Azione 6: Innovazione tecnologica a sostegno della domiciliarità</p> <p><u>Indicatori:</u></p> <p>6.1 Numero di dispositivi tecnologici distribuiti (domotica, teleassistenza).</p> <p>6.2 Numero di volontari coinvolti in attività di supporto tecnologico.</p> <p>6.3 Numero di corsi o iniziative di alfabetizzazione digitale per anziani.</p> <p>Azione 7: Valutazione della qualità dei servizi</p> <p><u>Indicatori:</u></p> <p>7.1 Numero di strumenti di valutazione implementati (qualitativi e quantitativi).</p> <p>7.2 Numero di rilevazioni condotte sulla qualità dei servizi.</p> <p>7.3 Numero di utenti coinvolti nelle valutazioni.</p>
--	--

<p>QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?</p>	<p>Potenziamento dei servizi di assistenza domiciliare e supporto alla <u>domiciliarità</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Riduzione del 15% del tempo medio di attivazione dei servizi SAD in situazioni di emergenza nel triennio. • Incremento del 20% del numero di anziani raggiunti dai servizi integrativi nel triennio. <p><u>Creazione e diffusione di buone prassi per una domiciliarità integrata</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Stesura di un documento di buone prassi condiviso con gli operatori dei Comuni dell'Ambito. • Realizzazione di almeno 6 sessioni formative per gli operatori nel triennio. • Almeno l'80% degli operatori adottano le buone prassi definite. • Partecipazione ad almeno 1 rete nazionale o internazionale nel triennio. <p><u>Rafforzamento della presa in carico multidimensionale delle dimissioni protette</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Stesura di almeno 1 protocollo operativo tra ASST e Ambiti. • Riduzione del tempo medio di attivazione dei servizi per le dimissioni protette. • Incremento del 15% del numero di pazienti che accedono ai servizi integrati post-dimissione. <p><u>Collaborazione con il privato sociale e il volontariato per il supporto alla domiciliarità</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione di almeno 9 incontri con realtà del privato sociale e del volontariato nel triennio; • Avvio di almeno 3 progetti innovativi per il supporto alla domiciliarità nella triennalità; • Aumento del 20% del numero di anziani beneficiari grazie ai servizi innovativi. <p><u>Supporto all'assistenza familiare</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Stipula di almeno 2 accordi con agenzie per l'assunzione delle badanti.
---	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento del 30% del numero di badanti assunte regolarmente rispetto al triennio precedente, tra gli utenti in carico • Attivazione di almeno 5 sportelli badanti nel territorio dell'Ambito.
	<u>Innovazione tecnologica a sostegno della domiciliarità</u> <ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione di almeno 5 corsi o iniziative di alfabetizzazione digitale per anziani nel triennio; • Almeno il 60% degli anziani partecipanti dopo il corso utilizzano la tecnologia per il benessere e l'autonomia.
	<u>Valutazione della qualità dei servizi</u> <ul style="list-style-type: none"> • Stesura di uno strumento condiviso tra Comuni dell'Ambito per la valutazione della qualità dei servizi; • Incremento del grado di soddisfazione degli utenti rilevato periodicamente dal 2025 al 2027.
QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?	<ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento della qualità di vita degli anziani assistiti • Migliore utilizzo delle risorse territoriali, con un aumento dell'efficienza nella risposta ai bisogni. • Miglioramento della continuità assistenziale e riduzione dei ricoveri ripetuti • Maggiore autonomia e inclusione sociale degli anziani nel territorio • Aumento della permanenza degli anziani nel proprio domicilio in condizioni di sicurezza e autonomia • Miglioramento complessivo della percezione dei servizi domiciliari da parte della comunità.

6.2.3 Obiettivo 3 – Promuovere l'integrazione territoriale e l'innovazione per il sostegno alla comunità e all'autonomia degli anziani

TITOLO INTERVENTO	Promuovere l'integrazione territoriale e l'innovazione per il sostegno alla comunità e all'autonomia degli anziani
-------------------	---

<p>QUALI OBIETTIVI RAGGIUNGERE</p>	<p>VUOLE</p> <p>L'obiettivo si propone di rafforzare le reti territoriali e favorire l'integrazione tra il pubblico, il privato e il privato sociale per rispondere in maniera efficace e condivisa ai bisogni della popolazione anziana. Attraverso la collaborazione con associazioni, esercizi commerciali, il volontariato formale e informale, e il Terzo Settore, si punta a costruire una comunità solidale e attiva, capace di valorizzare le risorse esistenti e rispondere ai bisogni emergenti.</p> <p>Un aspetto chiave è l'utilizzo di strumenti tecnologici per facilitare le attività quotidiane degli anziani, rafforzando la loro autonomia e promuovendo il benessere personale. L'obiettivo è rendere la tecnologia un alleato per migliorare la qualità della vita, attraverso soluzioni innovative che possano supportare la sicurezza, la socializzazione e l'accesso a servizi essenziali.</p> <p>Parallelamente, si intende promuovere l'ingaggio di anziani attivi, appartenenti alla fascia "Silver Age", come volontari a sostegno della comunità. Questo approccio mira a valorizzare il loro patrimonio di esperienze e relazioni, favorendo il loro ruolo attivo nella società e potenziando il capitale sociale e relazionale della comunità.</p> <p>Attraverso queste azioni integrate, si punta a costruire un sistema di supporto territoriale inclusivo e innovativo, che favorisca la partecipazione attiva degli anziani e il rafforzamento delle loro autonomie.</p>
<p>AZIONI PROGRAMMATE</p>	<p><u>Azione 1:</u> Valorizzazione e coordinamento delle risorse territoriali per il benessere degli anziani</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sostenere e valorizzare le attività dei Centri Territoriali per l'Anziano (CTE) e delle associazioni che operano a beneficio delle persone anziane. • Promuovere la conoscenza delle attività dei CTE e delle associazioni sul territorio, utilizzando anche strumenti tecnologici per favorire la partecipazione degli anziani in un'ottica di prevenzione. • Favorire una maggiore collaborazione tra i CTE e le associazioni presenti sul territorio per creare sinergie, facilitare lo scambio di informazioni e ottimizzare l'uso delle risorse. <p><u>Azione 2:</u> Promozione dell'uso delle tecnologie e del volontariato tra gli anziani attivi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attivare percorsi di sensibilizzazione, formazione e accompagnamento all'utilizzo di strumenti tecnologici (es. smartphone, tablet, dispositivi di domotica) per favorire l'autonomia e il benessere degli anziani. • Promuovere il coinvolgimento degli anziani della "Silver Age" in contesti specifici (es. parrocchie), anche attraverso canali

	informali, per sostenere attività di volontariato a favore della comunità e per avviare iniziative socializzanti con una funzione preventiva.
TARGET	<p>Persone anziane (over 65):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coloro che possono beneficiare delle attività promosse dai Centri Territoriali per l'Anziano (CTE) e dalle associazioni per favorire il benessere, la socializzazione e la prevenzione di situazioni di isolamento o fragilità. • Anziani attivi ("Silver Age") interessati a impegnarsi in attività di volontariato e socializzazione a supporto della comunità. <p>Associazioni e Centri Territoriali per l'Anziano (CTE):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entità coinvolte nell'erogazione di servizi e attività rivolte agli anziani, che necessitano di supporto per migliorare la loro offerta, collaborare tra loro e ottimizzare le risorse. <p>Caregiver e famiglie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indirettamente, attraverso il miglioramento del benessere degli anziani e la riduzione del loro carico assistenziale. <p>Comunità territoriale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Per incentivare una rete solidale e intergenerazionale che favorisca il coinvolgimento degli anziani in attività sociali e tecnologiche.
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	Risorse FNPS e risorse derivanti dalla partecipazione a bandi pubblicati ad hoc.
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	<p>Governance: Personale dell'Ambito territoriale di Bergamo con particolare riferimento agli operatori sociali e al personale amministrativo; Referenti degli Enti del Terzo Settore con cui avviare processi di co-programmazione e co-progettazione; Referenti di ATS e ASST (con particolare riferimento agli Infermieri di Famiglia e Comunità, ai Medici di Medicina Generale soprattutto con riferimento ad azioni di sensibilizzazione sui corretti stili di vita)</p> <p>Realizzazione delle azioni: Operatori Sociali dell'Ambito territoriale, personale socio-educativo del Terzo Settore; personale afferente ad ATS, ASST per le azioni riferite alla prevenzione.</p>
L'OBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	Sì, l'obiettivo è trasversale all'area della digitalizzazione dei servizi.

INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Rafforzamento delle reti sociali • Contrasto all'isolamento • Allargamento della rete e coprogrammazione • Nuova utenza rispetto al passato • Digitalizzazione dell'accesso • Digitalizzazione del servizio • Interventi per l'inclusione e l'alfabetizzazione digitale <ul style="list-style-type: none"> • Azioni di sensibilizzazione e promozione della salute • Percorsi di invecchiamento attivo in collaborazione con la rete dei CTE
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI SI/ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI SI/ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	Sì con riferimento alle azioni di carattere preventivo e di promozione della salute
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	NO
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	È un nuovo Obiettivo del Piano di Zona.
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Servizio sostanzialmente rivisto/aggiornato
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/ONO RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	NO
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	No, il presente obiettivo è frutto di un percorso di programmazione tra le Assistenti Sociali dei Comuni dell'Ambito Territoriale.

NEL CASO IN CUI L'INTERVENTO NON PREVEDA PROCESSI DI CO-PROGETTAZIONE E/O CO-PROGRAMMAZIONE FORMALIZZATI, SPECIFICARE LE MODALITA' DI COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE (se pertinente)	Eventuali procedure di bandi di gara, manifestazioni di interesse e/o affidamento diretto.
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	Sì, privato e privato sociale con la finalità di realizzare azioni di prevenzione e promozione dell'invecchiamento attivo nell'ottica di valorizzare le risorse dei Silver Age.
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	A fronte di un incremento della popolazione anziana, si ravvisa la necessità di agire sempre più in termini preventivi per intercettare il bisogno in fase di esordio, intervenendo prima che la situazione diventi troppo complessa e per evitare il rischio di isolamento sociale, fortemente legato a un più rapido decadimento fisico e cognitivo.
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÓ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	Bisogno consolidato.
L'OBIETTIVO É DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	L'obiettivo è principalmente di tipo preventivo/promozionale.
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO DI COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE?	Sì, l'obiettivo presenta modelli innovativi di presa in carico e risposta ai bisogni, promuovendo la collaborazione tra pubblico, privato e privato sociale. Integra l'uso di tecnologie digitali per facilitare l'autonomia degli anziani e valorizza il volontariato degli over 65 ("Silver Age") come risorsa attiva per la comunità. Inoltre, favorisce la sinergia tra Centri Territoriali per l'Anziano, associazioni e altri attori del territorio, creando una rete di supporto capace di rispondere in modo efficace e personalizzato ai bisogni emergenti.
L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	Sì, l'obiettivo presenta aspetti rilevanti inerenti alla digitalizzazione, sia a livello organizzativo che erogativo. Promuove l'uso di strumenti tecnologici per migliorare la comunicazione, il coordinamento tra i servizi e la partecipazione degli anziani. Inoltre, favorisce l'autonomia attraverso percorsi di formazione e l'adozione di dispositivi digitali, rendendo più accessibili attività sociali, gestionali e servizi quotidiani.
QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	Azione 1: Valorizzazione e coordinamento delle risorse territoriali per il benessere degli anziani

	<p><u>Indicatori:</u></p> <p>1.1 Numero di CTE e associazioni coinvolte nelle attività di valorizzazione.</p> <p>1.2 Numero di incontri o eventi organizzati per promuovere le attività dei CTE e delle associazioni.</p> <p>1.3 Numero di collaborazioni formalizzate tra i CTE e le associazioni del territorio.</p> <p>Azione 2: Promozione dell'uso delle tecnologie e del volontariato tra gli anziani attivi</p> <p><u>Indicatori:</u></p> <p>2.1 Numero di percorsi di formazione e sensibilizzazione all'uso delle tecnologie avviati.</p> <p>2.2 Numero di dispositivi tecnologici distribuiti o resi accessibili agli anziani.</p> <p>2.3 Numero di incontri o campagne di ingaggio per il coinvolgimento di volontari tra gli anziani attivi.</p>
QUALI RISULTATI RAGGIUNGERE?	<p>VUOLE</p> <p>Valorizzazione e coordinamento delle risorse territoriali per il benessere degli anziani</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione di almeno 6 incontri nel triennio per promuovere le attività dei CTE e delle associazioni; • Formalizzazione di almeno 5 collaborazioni tra i CTE e le associazioni del territorio nel triennio; • Incremento del 30% del numero di anziani che partecipano alle attività promosse dai CTE e dalle associazioni. <p>Promozione dell'uso delle tecnologie e del volontariato tra gli anziani attivi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione di almeno 6 percorsi di formazione e sensibilizzazione nel triennio; • Almeno il 70% degli anziani che ha partecipato all'incontro dichiara un aumento delle competenze digitali; • Incremento del 30% del numero di volontari over 65 coinvolti in attività di supporto alla comunità.

<p>QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Riduzione del senso di isolamento sociale tra gli anziani • Miglioramento dell'autonomia e della qualità della vita degli anziani.
---	---



6.3 Obiettivi Area Minori, Famiglie e Giovani

Analisi del contesto⁴

Nel 2022, la Provincia di Bergamo contava una popolazione residente di 1.106.303 persone, distribuita in 478.067 famiglie. Il numero medio di componenti per famiglia ha subito una costante diminuzione nel corso degli anni, passando da 3,41 nel 1971 a 2,30 nel 2022. Questo fenomeno riflette un cambiamento significativo nella composizione familiare, che vede un aumento delle famiglie unipersonali e una riduzione delle famiglie numerose.

Le famiglie unipersonali rappresentano oggi il 34,24% del totale, con un incremento marcato rispetto al 2001, quando costituivano il 24,20%. Anche le famiglie con due componenti hanno visto una crescita, arrivando al 28,24% nel 2022. Al contrario, le famiglie con cinque o più componenti hanno registrato un calo significativo, rappresentando solo il 5,15% del totale.

Tabella 23 - Famiglie per Numero di Componenti – Provincia di Bergamo (2022)

Numero Componenti	2001 (%)	2011 (%)	2022 (%)
1	24,20%	29,51%	34,24%
2	27,20%	27,50%	28,24%
3	23,60%	20,76%	17,97%
4	19,50%	16,83%	14,41%
5 e più	5,50%	5,40%	5,15%

Fonte: elaborazione dati ISTAT del Dipartimento Welfare CISL di Bergamo (2022)

Dal punto di vista territoriale, gli Ambiti Territoriali Sociali della provincia mostrano una distribuzione eterogenea della popolazione e delle famiglie. Ad esempio, l'ATS di Bergamo conta 152.319 abitanti distribuiti in 72.957 famiglie, mentre l'ATS di Dalmine presenta una popolazione di 146.368 abitanti e 61.548 famiglie. Nell'ATS di Seriate, la popolazione residente è di 78.042 con 33.134 famiglie. La dimensione media dei nuclei familiari varia leggermente tra gli ambiti, ma si attesta comunque intorno ai due componenti per famiglia.

Tabella 24 - Popolazione Residente e Famiglie per Ambito Territoriale (2022)

Ambito	Popolazione Residente	Numero Famiglie	Componenti Medi
Bergamo	152.319	72.957	2,06
Dalmine	146.368	61.548	2,37
Seriate	78.042	33.134	2,35
Provincia	1.106.303	478.067	2,30

Fonte: elaborazione dati ISTAT del Dipartimento Welfare CISL di Bergamo (2022)

Anche gli indicatori demografici mostrano cambiamenti rilevanti. Il tasso di natalità è diminuito significativamente, passando da 11,0‰ nel 2004 a 6,6‰ nel 2023. Parallelamente, il tasso di fecondità è sceso a 1,24 figli per donna, mentre l'età media al parto è aumentata, arrivando a 32,4 anni nel 2023.

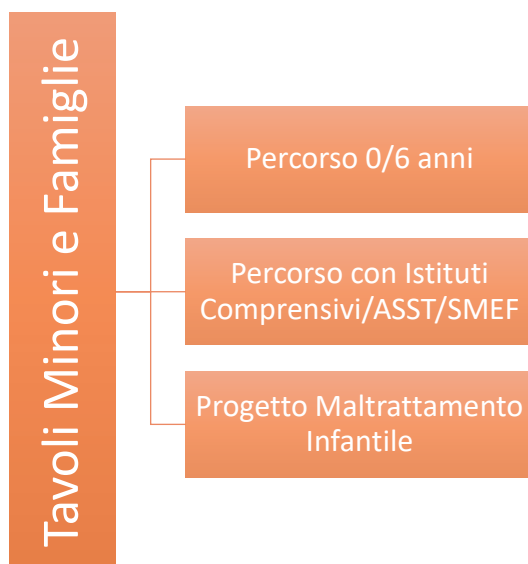
⁴ Dati elaborati dal Dipartimento Welfare Cisl di Bergamo sulla base di informazioni ISTAT. L'analisi copre gli ambiti territoriali sociali e include dettagli sulla composizione familiare, le tendenze demografiche e i principali indicatori sociali relativi al 2022.

La Provincia di Bergamo sta vivendo un evidente **processo di frammentazione familiare**, una tendenza che riflette le profonde trasformazioni sociali e demografiche degli ultimi decenni. Le famiglie unipersonali, spesso costituite da giovani adulti o anziani che vivono da soli, sono in forte aumento, segno di una crescente individualizzazione della società e di cambiamenti nei modelli di vita e convivenza. Al contempo, le famiglie numerose, un tempo simbolo della tradizione e della coesione sociale, stanno progressivamente scomparendo, penalizzate da fattori economici, abitativi e culturali che rendono sempre più difficile il loro mantenimento.

Questo cambiamento demografico solleva interrogativi fondamentali sulla necessità di **rivedere le politiche sociali in un'ottica più inclusiva e adattiva**. Le istituzioni devono rispondere alle nuove esigenze delle famiglie, implementando misure che tengano conto della crescente diversificazione delle strutture familiari. Ad esempio, è cruciale fornire supporto alle famiglie unipersonali, che possono trovarsi in situazioni di vulnerabilità economica o sociale, e promuovere politiche che incentivino la formazione di famiglie numerose, offrendo sostegni concreti come agevolazioni fiscali, accesso alla casa e servizi per l'infanzia. Inoltre, è necessario sviluppare una visione lungimirante che consenta di prevedere e affrontare le sfide future, come l'invecchiamento della popolazione e il calo della natalità, rafforzando il tessuto sociale e garantendo una maggiore equità tra le generazioni.

Tavolo tematico

Il Tavolo Minori e Famiglie è un organismo multidisciplinare che coinvolge diversi attori del territorio. Tra i suoi membri figurano il Comune di Bergamo, il Garante dell'Infanzia, l'ASST Papa Giovanni XXIII (in particolare i servizi di Psicologia Clinica, Neuropsichiatria Infantile e il Consultorio), gli Istituti Comprensivi, Confcooperative, il CESVI, l'Istituto Palazzolo, la Fondazione Angelo Custode, il Patronato San Vincenzo, le Parrocchie, i Pediatri, la Questura e la Provincia. Il Tavolo si occupa principalmente di leggere e analizzare i bisogni emergenti nel territorio, promuovendo l'integrazione tra gli enti locali per ottimizzare le risposte offerte. Il Tavolo si riunisce con cadenza trimestrale. Inoltre, per affrontare tematiche specifiche in modo più approfondito, sono stati istituiti sottogruppi di lavoro dedicati:



A partire dal 2025, il Tavolo cambierà denominazione in "**Minori, Famiglie e Giovani**", ampliando il proprio raggio d'azione per includere le politiche giovanili dell'Ambito. In particolare, all'interno di questo Tavolo principale, verrà istituito un sotto-tavolo dedicato ai giovani, denominato "Tavolo Giovani e Benessere: prevenzione, salute mentale e comunità", con un focus specifico sul benessere giovanile.

Questo cambiamento rappresenta una sfida significativa, con l'obiettivo di coinvolgere attivamente sia gli enti locali sia i giovani stessi nella costruzione di percorsi condivisi e innovativi.

6.3.1 Obiettivo 1 – Rafforzare il ruolo educativo degli adulti

TITOLO INTERVENTO	Rafforzare il ruolo educativo degli adulti
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	L'obiettivo mira a promuovere un contesto comunitario in cui il ruolo educativo degli adulti diventi una risorsa condivisa per sostenere la crescita dei minori in ottica preventiva. Non solo i genitori, ma tutti gli adulti che interagiscono con i bambini e ragazzi (insegnanti, educatori e altri membri della comunità) giocano un ruolo cruciale nell'educazione e nello sviluppo dei più giovani. Si intende, quindi, valorizzare e potenziare il ruolo educativo degli adulti fornendo loro strumenti e conoscenze per affrontare le sfide del processo di crescita, rafforzando così la loro capacità di sostenere e guidare i minori verso una crescita equilibrata e positiva. Inoltre, l'obiettivo prevede di identificare e coinvolgere famiglie del territorio come risorse attive, creando una rete di sostegno tra famiglie che possano condividere esperienze e fornire supporto reciproco.
AZIONI PROGRAMMATE	<p>Per l'attuazione dell'obiettivo si prevede di:</p> <p><u>Azione 1:</u> Coordinarsi tra servizi per lo sviluppo e l'implementazione di attività di supporto ai genitori e ai minori (scuole, servizi di prima infanzia, Centro per la Famiglia, CPT, consultori familiari, pediatri di libera scelta, Informa Giovani).</p> <p><u>Azione 2:</u> rafforzare il ruolo educativo degli adulti, promuovere consapevolezza e competenze genitoriali per una crescita positiva dei minori.</p> <p><u>Azione 3:</u> promuovere la creazione di una rete di prossimità tra famiglie che favorisca il sostegno reciproco e la collaborazione sul territorio, valorizzando una prossimità inclusiva e solidale, in particolare verso le famiglie in condizioni di fragilità. Questa rete può rappresentare un ponte tra la comunità e i servizi istituzionali, contribuendo a intercettare quel 40% di famiglie che attualmente non accedono ai servizi, facilitando così l'inclusione e il supporto anche per le realtà più difficili da raggiungere.</p> <p><u>Azione 4:</u> Rafforzare la rete/sistema di protezione infantile attraverso il coordinamento tra servizi territoriali, la formazione specifica degli operatori e l'implementazione di prassi condivisi per prevenire e contrastare efficacemente il maltrattamento e l'abuso sui minori.</p>
TARGET	<p>Il target di questo obiettivo include:</p> <p>1. Genitori e Famiglie:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Genitori di minori, con particolare attenzione a quelli in situazioni di fragilità o con difficoltà nell'accesso ai servizi.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Famiglie del territorio, per favorire il sostegno reciproco e la condivisione di esperienze. <p>2. Adulti della Comunità Educante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Insegnanti, educatori, allenatori, catechisti e altri adulti che svolgono un ruolo educativo e interagiscono direttamente con bambini e ragazzi. ○ Membri della comunità che possono contribuire a creare un contesto di supporto e inclusione per i minori. <p>3. Operatori e Servizi Territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Professionisti dei servizi socioeducativi e sanitari (es. Centri per la Famiglia, consultori familiari, operatori dei servizi delle Politiche Giovanili). ○ Enti e associazioni locali coinvolti nella promozione di iniziative di supporto alla genitorialità e all'educazione. ○ Forze dell'ordine, professionisti dell'ambito legale. <p>4. Minori e Adolescenti (Beneficiari Indiretti):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Bambini e ragazzi che beneficeranno di un contesto educativo più inclusivo e supportivo, sia a livello familiare che comunitario. <p>Questo target è ampio e trasversale, coinvolgendo tutte le figure chiave del processo educativo e relazionale, per garantire un impatto duraturo e una crescita armoniosa dei minori.</p>
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	Risorse a valere su: Bando Centro per la Famiglia, Bando SPRINT, Risorse PNRR, FNPS
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	Personale dei servizi comunali, referenti dell'Ambito, ETS e referenti sociosanitari
L'OBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	Sì, è trasversale a tutte le altre aree di policy (inclusione sociale, disabilità e salute mentale).
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Sostegno secondo le specificità del contesto familiare • Invertire alcuni trend che minacciano la coesione sociale del territorio • Conciliazione vita-tempi • Tutela minori • Allargamento della rete e coprogrammazione • Presenza di nuovi soggetti a rischio/nuova utenza rispetto al passato • Nuovi strumenti di governance

	<ul style="list-style-type: none"> • Contrasto all'isolamento • Rafforzamento delle reti sociali • Vulnerabilità multidimensionale • Presenza di nuovi soggetti a rischio/nuova utenza rispetto al passato • Famiglie numerose • Famiglie monoreddito
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	SI nel momento della valutazione del bisogno e nella programmazione dell'intervento
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	SI, ASST sarà coinvolta nella realizzazione di tutte le attività, in quanto ad alta integrazione sociosanitaria.
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	NO
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	È un nuovo obiettivo del Piano di Zona.
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Servizio sostanzialmente rivisto/aggiornato
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	NO
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	Sì, il presente obiettivo è frutto di un percorso di co-programmazione con gli operatori e attori della rete territoriale che hanno aderito
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	SI Prevede il coinvolgimento di genitori e associazioni di genitori, associazioni sportive, parrocchie, forze dell'ordine e professionisti dell'ambito legale.
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	<p>I bisogni ai quali questo obiettivo intende rispondere sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Necessità di rafforzare le competenze genitoriali per affrontare le sfide educative legate alla crescita dei figli. - Bisogno di supporto specifico per le famiglie in condizioni di fragilità, in particolare per quelle con difficoltà di accesso ai servizi.

	<ul style="list-style-type: none"> - Necessità di programmi educativi e formativi per migliorare la capacità dei genitori di trasmettere valori, sostenere i figli nei passaggi critici della crescita e affrontare problematiche come la povertà educativa. - Necessità di intercettare famiglie in difficoltà, anche quelle non consapevoli dei propri bisogni, tramite iniziative preventive e mirate. - Favorire la sensibilizzazione dei genitori sull'importanza del loro ruolo educativo e su come affrontare i conflitti relazionali con i figli. - Tempi di risposta più adeguati e accompagnamento nelle interazioni con i servizi, per evitare frammentazioni nel supporto ricevuto.
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÓ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	Bisogno consolidato.
L'OBIETTIVO É DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	L'obiettivo è sia di tipo promozionale/preventivo che di tipo riparativo.
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)	Sì, l'obiettivo mira a creare un modello di welfare comunitario responsabilizzando la comunità e la cittadinanza.
L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	No
QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	<p>Azione 1: Coordinarsi tra servizi per lo sviluppo e l'implementazione di attività di supporto ai genitori e ai minori</p> <p><u>Indicatori</u></p> <p>1.1 Numero di incontri di coordinamento organizzati tra i diversi servizi</p> <p>1.2 Numero di incontri dei sottogruppi 0-6, maltrattamento e scuole</p> <p>1.3 Numero di servizi territoriali che partecipano alla rete di coordinamento.</p>

	<p>Azione 2: Rafforzare il ruolo educativo degli adulti, promuovendo consapevolezza e competenze genitoriali</p> <p><u>Indicatori</u></p> <p>2.1 Numero di incontri formativi e informativi realizzati per genitori e adulti della comunità educante.</p> <p>2.2 Numero di partecipanti agli incontri formativi (genitori, insegnanti, educatori).</p> <p>2.3 Percentuale di partecipanti che completano il percorso formativo.</p> <p>2.4 Numero di materiali didattici/informativi distribuiti ai partecipanti (manuali, guide, strumenti educativi).</p> <p>Azione 3: Promuovere la creazione di una rete di prossimità tra famiglie</p> <p><u>Indicatori</u></p> <p>3.1 Numero di famiglie coinvolte nella rete di prossimità.</p> <p>3.2 Numero di incontri o attività organizzate per la rete di famiglie (es. gruppi di auto-aiuto, eventi di sensibilizzazione).</p> <p>3.3 Numero di segnalazioni/interventi di sostegno attivati tramite la rete di prossimità.</p> <p>Azione 4: Rafforzare la rete/sistema di protezione infantile attraverso il coordinamento tra servizi territoriali, la formazione specifica degli operatori e l'implementazione di prassi condivisi per prevenire e contrastare efficacemente il maltrattamento e l'abuso sui minori.</p> <p>4.1 Numero di incontri del sottogruppo</p> <p>4.2 Numero di formazioni che si prevede di fare sulla tematica</p> <p>4.3 Numero operatori coinvolti</p>
<p>QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?</p>	<p><u>Attività di supporto ai genitori e ai minori</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione di almeno 9 incontri di coordinamento nel triennio per la riflessione e la condivisione dei bisogni per la generazione di potenziali risposte; • Realizzazione di 12 incontri per ciascuno dei 3 sottogruppi del tavolo minori nel triennio; <p><u>Rafforzare il ruolo educativo degli adulti</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione di almeno 30 incontri formativi e informativi per genitori e adulti della comunità educante nel triennio da parte

	<p>dei membri delle istituzioni e organizzazioni che partecipano agli incontri di coordinamento;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Almeno l'80% di genitori e adulti della comunità educante dichiara un aumento della consapevolezza e delle competenze educative (misurato tramite questionari di autovalutazione post-formazione). • Creazione di una dispensa con il materiale didattico <p><u>Promuovere la creazione di una rete di prossimità tra famiglie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione di 9 incontri per la rete di famiglie nel triennio; • Almeno l'80% delle famiglie coinvolte nella rete segnalano un miglioramento del supporto ricevuto (misurato tramite interviste/questionari). <p><u>Rafforzare la rete di protezione infantile</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione di almeno 9 incontri formativi rivolti agli operatori; • Incremento del 15% delle iniziative svolte dalla rete per la protezione infantile.
QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?	<ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento del benessere e delle competenze educative dei genitori e degli adulti coinvolti. • Maggiore armonia e resilienza nei nuclei familiari, con una crescita equilibrata e positiva per i minori. • Costruzione di una rete solidale e inclusiva, capace di intercettare e rispondere ai bisogni delle famiglie più fragili. • Maggiore efficienza e integrazione delle risposte, con una migliore capacità di raggiungere la "zona grigia" delle famiglie non servite.

6.3.2 Obiettivo 2 – Promuovere il benessere giovanile e favorire la partecipazione attiva sul territorio

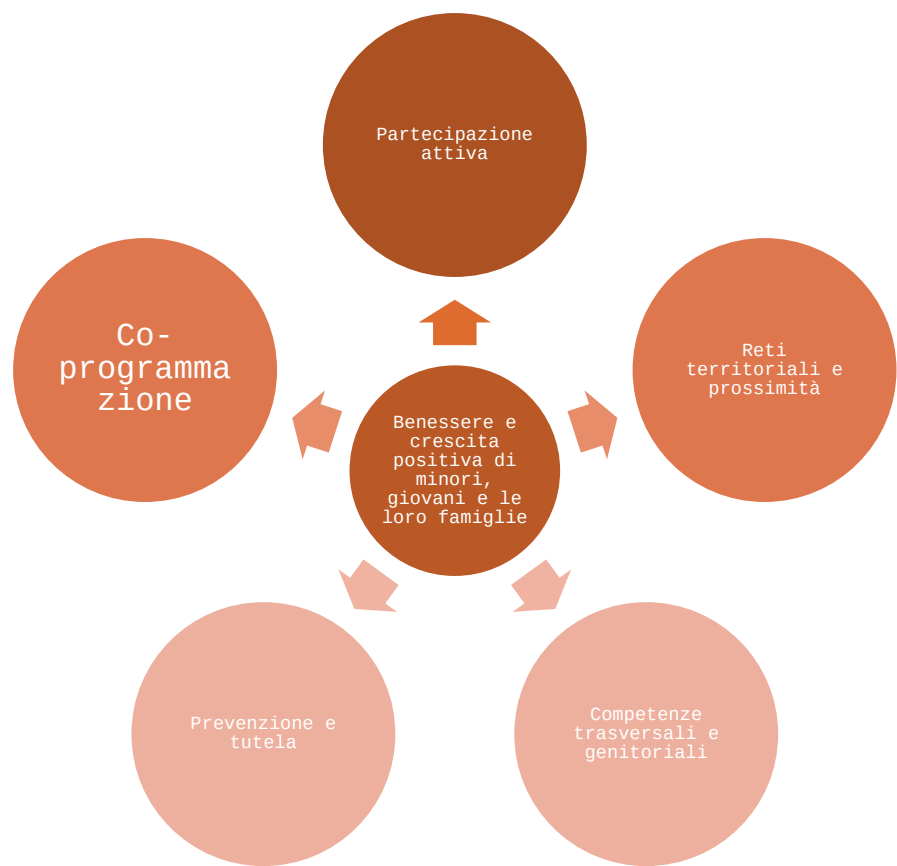
TITOLO INTERVENTO	Promuovere il benessere giovanile e favorire la partecipazione attiva sul territorio
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	<p>L'obiettivo si prefigge di favorire il benessere degli adolescenti, politiche attive e iniziative formative per i giovani, basate sull'orientamento alla scelta consapevole e sulla partecipazione attiva, al fine di favorire l'acquisizione di competenze trasversali e la costruzione di progetti di vita in una società in trasformazione.</p> <p>L'obiettivo mira a dare voce ai giovani, rendendoli parte attiva del</p>

	proprio percorso di crescita e di costruzione del territorio in cui vivono. All'interno dei territori dei Comuni dell'Ambito sono già attivi servizi e interventi rivolti ai giovani, l'obiettivo è quello di renderli coerenti e in dialogo tra loro a livello di ambito.
AZIONI PROGRAMMATE	<p>Al fine di conseguire l'obiettivo si programmano le seguenti azioni:</p> <p><u>Azione 1</u>: implementare sinergie con le scuole secondarie di secondo grado e altre Istituzioni educative, inserendole nella rete di enti e istituzioni che si occupano di giovani;</p> <p><u>Azione 2</u>: sviluppare una rete tra Comuni dell'Ambito per lo scambio di buone prassi sulla gestione dei servizi e progetti per i giovani sul territorio;</p> <p><u>Azione 3</u>: organizzare workshop e laboratori per lo sviluppo di competenze trasversali (comunicazione, problem solving, leadership), nonché percorsi di mentoring e orientamento personalizzati, in linea con il progetto Bergamo per Giovani e altri progetti attivi nell'Ambito;</p> <p><u>Azione 4</u>: attivare tavoli di lavoro e co-progettazione con i giovani.</p>
TARGET	Giovani dai 14 ai 34 anni residenti nel territorio dell'Ambito
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	FNPS
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	Personale interno e trasversale ai servizi e personale professionale esterno
L'OBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	Sì, l'obiettivo è trasversale all'area di policy dell'Inclusione sociale e della Disabilità e Salute mentale.
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	<p>I punti chiave dell'intervento sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contrasto e prevenzione della povertà educativa • Contrasto e prevenzione della dispersione scolastica • Rafforzamento delle reti sociali • Prevenzione e contenimento del disagio sociale e del suo impatto sulla salute • Allargamento della rete e coprogrammazione
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	SI
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	SI, ASST sarà presente all'interno dei tavoli di lavoro per l'organizzazione di iniziative e attività.

L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	No
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	È un nuovo Obiettivo del Piano di Zona.
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Servizio sostanzialmente rivisto/aggiornato
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	No
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	Sì, il presente obiettivo è frutto di un percorso di co-programmazione con gli operatori e attori della rete territoriale che hanno aderito
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	Sì Associazioni giovanili, scuole e istituzioni educative, associazioni sportive, parrocchie, oratori
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	<p>I bisogni ai quali questo obiettivo intende rispondere sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Necessità di supporto nelle transizioni scuola-scuola, scuola-lavoro e verso l'autonomia. • Bisogno di percorsi di orientamento personalizzati che favoriscano la consapevolezza di sé e delle proprie competenze. • Necessità di incrementare le opportunità formative e di cittadinanza attiva per sviluppare competenze trasversali; • Necessità di coinvolgere direttamente i giovani nelle decisioni e nelle progettualità per garantire risposte adeguate ai loro bisogni reali; • Necessità di interventi preventivi per intercettare il disagio giovanile prima che si trasformi in problematiche maggiori; • Rafforzare i percorsi di inserimento lavorativo con focus su soft skills e opportunità concrete.
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÓ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	BISOGNO CONSOLIDATO

L'OBIETTIVO È DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	L'obiettivo è sia di tipo promozionale/preventivo che riparativo.
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)	Sì, l'obiettivo vuole allargare la rete del territorio che si occupa di servizi e progetti per i giovani, in modo da favorire la partecipazione attiva dei ragazzi nella vita cittadina e nei processi decisionali.
L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	Sì, all'interno dell'azione 3 per la realizzazione di eventi, incontri e workshop.
QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	<p>Azione 1: creare sinergie con le scuole secondarie di secondo grado e altre Istituzioni educative, inserendole nella rete di enti e istituzioni che si occupano di giovani;</p> <p><u>Indicatori</u></p> <p>1.1 Numero scuole secondarie di secondo grado inserite nella rete</p> <p>1.2 Numero incontri della rete per annualità</p> <p>1.3 Numero di collaborazioni attivate con scuole, enti locali, associazioni e aziende del territorio</p> <p>Azione 2: sviluppare una rete tra Comuni dell'Ambito per lo scambio di buone prassi sulla gestione dei servizi e progetti per i giovani sul territorio;</p> <p>2.1 Numero incontri svolti tra Comuni</p> <p>2.2 Numero nuovi progetti implementati a livello di Ambito</p> <p>Azione 3: organizzare workshop e laboratori per lo sviluppo di competenze trasversali (comunicazione, problem solving, leadership), nonché percorsi di mentoring e orientamento personalizzati, in linea con il progetto Bergamo per Giovani e altri progetti attivi nell'Ambito;</p> <p>3.1 Numero di progetti attivati per ciascuna area delle politiche giovanili (Info-orientamento, Partecipazione, Linguaggi e Territorialità)</p> <p>3.2 Numero di partecipanti ai laboratori e agli incontri informativi</p> <p>Azione 4: attivare tavoli di lavoro e co-progettazione con i giovani.</p> <p>4.1 Numero di giovani coinvolti nei tavoli di lavoro</p> <p>4.2 Numero di enti coinvolti nei tavoli di lavoro</p>

	4.3 Numero di idee progettuali sviluppate
QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?	<p><u>Allargamento della rete e scambio di buone prassi tra Comuni</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Stesura di linee guida sullo sviluppo e l'implementazione delle politiche giovanili nel territorio, per uniformare e diffondere servizi e interventi, coinvolgendo tutti gli attori della rete <p><u>Interventi per le competenze trasversali:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Partecipazione di almeno 100 giovani alle iniziative organizzate nel territorio; • Almeno il 70% dei giovani riporta miglioramenti nelle competenze trasversali acquisite. <p><u>Tavoli con i giovani</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Attivare tavolo con partecipazione di rappresentanti di associazioni di giovani • Sviluppo e attuazione di almeno un'idea progettuale nel triennio.
QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento del senso di auto-efficacia percepita dai giovani; • Incremento della partecipazione attiva dei giovani alla vita di comunità, anche attraverso la partecipazione stabile al tavolo; • Incremento del livello occupazionale e formativo tra i giovani.



6.4 Obiettivi Area Inclusione Sociale

Analisi del contesto

L'analisi del contesto relativa ai **bisogni** nell'ambito dell'**inclusione sociale** ha messo in evidenza un interesse crescente verso la tematica della **povertà**. Nel corso dell'**analisi** è emerso con chiarezza come la **povertà** sia strettamente connessa sia alla questione **abitativa** sia a quella **lavorativa**, due dimensioni che si influenzano reciprocamente e che rivestono un ruolo centrale nella comprensione e nell'affrontare il fenomeno. Questo legame ha permesso di approfondire in modo specifico le problematiche legate all'**accesso alla casa** e al **lavoro**, individuando aspetti cruciali su cui concentrare le **azioni** e le **politiche di intervento**.

Nel contesto attuale, la questione **abitativa** in **Italia** si conferma una delle problematiche più pressanti e complesse. La difficoltà nel mantenere o accedere a un'**abitazione** non colpisce più solamente i ceti sociali a **basso reddito**, ma si è estesa significativamente, interessando ora anche quella che viene definita la **fascia grigia**. Quest'ultima comprende individui e famiglie che, nonostante dispongano di un **reddito** nominale superiore alla soglia di **povertà**, si trovano in una situazione di **vulnerabilità** a causa dell'elevato **costo della vita** e degli **alloggi**, che erode la loro capacità economica fino a renderli incapaci di garantirsi un **alloggio sicuro e stabile**.

In questo panorama già critico, emergono ulteriori **sfide** per specifiche categorie demografiche, come le **persone straniere** e le **mamme single**, che incontrano ostacoli ancora maggiori nell'accesso all'**abitazione**. Le barriere **linguistiche**, **culturali** e **burocratiche** complicano significativamente la possibilità per gli **stranieri** di integrarsi nel **mercato immobiliare**, mentre le **mamme single** si trovano spesso a gestire la doppia pressione di un unico **reddito** e l'esigenza di trovare soluzioni **abitative** adatte e accessibili per sé e i propri figli.

Una ricerca del 2023 condotta dall'Università di Bergamo per la Caritas diocesana rileva specificità nella situazione abitativa della provincia di Bergamo. Qui, il numero di persone Senza Fissa Dimora (SFD) accolte dalle strutture di accoglienza ha raggiunto i **750 individui**. La composizione demografica di Bergamo definisce che gli uomini costituiscono l'89% del totale delle persone senza fissa dimora nella provincia, con una netta predominanza per i cittadini stranieri, che rappresentano il 76% delle persone SFD.

Utilizzando il criterio definito dall'ISTAT, secondo il quale una persona è considerata Senza Fissa Dimora (SFD) se ha usufruito di un dormitorio per almeno una settimana all'anno, si osserva che nelle strutture di accoglienza della provincia di Bergamo, il 40% degli ospiti SFD ha trascorso meno di una settimana in tali strutture durante l'anno. Al contrario, il 60% degli ospiti ha avuto bisogno di alloggiare per periodi più prolungati. Riguardo alla componente femminile, che rappresenta il 10% delle persone SFD nella provincia, si nota una prevalenza di straniere, che costituiscono il 58% delle donne SFD, mentre le italiane rappresentano il 42% restante.

Il contesto **lavorativo** attuale presenta segnali di **miglioramento** rispetto agli anni precedenti, con dati che mostrano una crescita dell'**occupazione** e una progressiva riduzione dei tassi di **disoccupazione** e **inattività** in molte aree del Paese. Tuttavia, questi progressi non devono distogliere l'attenzione dalle **criticità** ancora presenti. Nonostante l'incremento delle persone **occupate**, rimangono preoccupanti le percentuali di chi, pur essendo in **età lavorativa**, è escluso dal **mercato del lavoro**.

Le dinamiche che interessano specifiche categorie, come i **giovani**, le **donne** e altre fasce **vulnerabili** della popolazione, evidenziano come permangano **disuguaglianze strutturali** e difficoltà di **accesso al lavoro**. Inoltre, il fenomeno dei **NEET** e le disparità di genere nel **tasso di occupazione** continuano a rappresentare un segnale di allarme, indicando una partecipazione non equamente distribuita e, in molti casi, insufficiente.

Nel 2022, le forze di lavoro in provincia di Bergamo, secondo la nuova serie statistica aggiornata agli ultimi cinque anni, ammontano a **506mila persone attive**, includendo sia gli occupati sia coloro in cerca di occupazione. Rapportando questo dato alla popolazione residente di età compresa tra i 15 e i 64 anni, il tasso di attività raggiunge il 70%, il valore più alto registrato dal 2018. Questo dato si avvicina

progressivamente alla media della Lombardia (71,7%) e si posiziona a metà strada tra la media nazionale (65,5%) e quella europea (74,5%).

La partecipazione al mercato del lavoro mostra un incremento rispetto agli anni precedenti, sia per gli uomini, con un tasso di attività pari al 78,9%, sia per le donne, il cui tasso di attività raggiunge il 60,7%, rimanendo però inferiore alla media regionale e a quella dell'Unione Europea.

Nel corso del 2022, l'occupazione in provincia di Bergamo è cresciuta a un ritmo superiore rispetto alla media nazionale e regionale, portando il numero totale degli occupati a 489mila, un livello superiore a quello pre-pandemia. Il tasso di occupazione è salito al 67,6%, con un incremento di due punti percentuali rispetto al 2021.

Questi dati evidenziano un contesto dinamico e in crescita, ma con persistenti disparità di genere nel mercato del lavoro. Nel 2022, il differenziale tra i tassi di occupazione femminile e maschile nella provincia di Bergamo si attesta a -19,2 punti percentuali, evidenziando una disparità maggiore rispetto alla media nazionale e lombarda. In media, si registrano 17mila persone disoccupate, con un tasso di disoccupazione pari al 3,4%, uno dei più bassi in Italia.

Tavolo tematico

Il Tavolo Inclusione Sociale si occupa di affrontare tematiche centrali legate alla povertà, all'esclusione sociale e alla marginalità, con un'attenzione particolare a dimensioni specifiche come l'abitare e il lavoro, strettamente connesse al fenomeno della povertà.

L'obiettivo principale del Tavolo è quello di creare un'opportunità di confronto e sinergia tra i diversi attori sociali coinvolti, favorendo un dialogo costruttivo e collaborativo tra istituzioni, settore privato e terzo settore. Questo approccio integrato mira a rispondere in modo più efficace e mirato ai bisogni della popolazione, promuovendo al contempo l'elaborazione di soluzioni innovative per affrontare le problematiche legate all'abitare e al lavoro, con l'obiettivo ultimo di contribuire alla riduzione della povertà e all'inclusione sociale.

6.4.1 Obiettivo 1 – Riconfigurare l'abitare del domani

TITOLO INTERVENTO	Riconfigurare l'abitare del domani
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	Il presente obiettivo si prefigge di promuovere e salvaguardare il diritto all'abitare per individui e famiglie che si trovano in condizioni di fragilità, marginalità o grave esclusione dal mercato abitativo. Centrali sono gli sforzi volti a elaborare strategie multidimensionale che rispondano efficacemente alle problematiche legate all'accessibilità abitativa.
AZIONI PROGRAMMATE	Al fine di conseguire l'obiettivo si programmano le seguenti azioni: <u>Azione 1</u> : mappare le esperienze già in atto per valorizzare le buone pratiche <u>Azione 2</u> : sviluppare un dialogo costruttivo e collaborativo tra gli attori istituzionali, il settore privato e il terzo settore, per arrivare alla condivisione di un modello provinciale di intervento sul tema dell'emergenza abitativa <u>Azione 3</u> : valorizzazione dell'Agenzia dell'Abitare affinché possa consolidare la funzione di orientamento e accompagnamento per persone/nuclei familiari in stato di bisogno abitativo e possa svolgere anche funzione consulenziale sul tema dell'abitare per i tecnici, i responsabili e gli assessori referenti per i Comuni dell'Ambito. <u>Azione 4</u> : Consolidamento e/o sviluppo di progettualità innovative sul tema dell'accesso all'alloggio e del mantenimento dell'abitazione (Housing First, collaborazione con portierati sociali, presa in carico sociale dei nuovi assegnatari indigenti dei SAP e SAT – L.R. 16/2016).

TARGET	I destinatari di questo obiettivo includono la popolazione in fragilità alloggiativa e le istituzioni o enti impegnati nella gestione delle politiche sociali e abitative.
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	Risorse a valere sull'FNPS o eventuali fondi regionali in via di definizione, eventuali altri fondi che si renderanno disponibili nel triennio, PNRR
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	Personale interno e trasversale ai servizi
L'OBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	Sì, l'obiettivo rappresenta un'azione di sistema che interseca trasversalmente tutte le aree di policy, considerando che la tematica abitativa influisce su un numero crescente di persone.
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	<ul style="list-style-type: none"> Allargamento della rete di sostegno all'abitare e coprogettazione di interventi trasversali per rispondere ai bisogni emergenti (aumento della popolazione in povertà abitativa, emergenza abitativa di persone con problematiche multifattoriali); Sostegno al mantenimento dell'alloggio e alla qualità dell'abitare
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	NO
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	NO per diversi interventi SI per il possibile accordo provinciale
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	Sì, l'obiettivo è in continuità perché nel PdZ precedente erano presenti specificità sulla questione abitativa.
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Servizi già in essere, ma sostanzialmente aggiornati rispetto alle esigenze attuali
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	SI
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	Sì, il presente obiettivo è frutto di un percorso di co-programmazione con gli operatori e attori della rete territoriale che hanno aderito ai Tavoli di Ambito
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	Sindacati (proprietari/inquilini) Caritas Portierati sociali
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	<ul style="list-style-type: none"> Difficoltà nel sostenere i costi della locazione e delle utenze per persone/nuclei con redditi medio-bassi; Allargamento della platea di persone in disagio/emergenza abitativa; Aumento delle persone in situazione di sfratto esecutivo per morosità/finita locazione/pignoramento;

IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÓ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	Il bisogno abitativo era già stato attenzionato nel precedente PDZ, ma nel contesto attuale si è ampliato e ha assunto caratteristiche di complessità e di emergenza
L'OBIETTIVO É DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	L'obiettivo è sia di tipo promozionale/preventivo che riparativo
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)	Attuazione della presa in carico sociale per nuovi assegnatari indigenti di alloggi SAP e per assegnatari SAT
L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	No
QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	<p><u>Azione 1:</u> mappare le esperienze già in atto per valorizzare le buone pratiche</p> <p>INDICATORI</p> <p>1.1 numero di esperienze individuate e condivise;</p> <p><u>Azione 2:</u></p> <p>INDICATORI</p> <p>2.1 numero di incontri svolti tra i vari attori;</p> <p>2.2. numero e tipologia di enti che partecipano agli incontri;</p> <p>2.3 numero di accordi presi tra le parti;</p> <p><u>Azione 3:</u></p> <p>INDICATORI</p> <p>3.1 numero di persone a cui è stato prestato orientamento;</p> <p>3.2 numero di persone a cui è stato fornito accompagnamento</p> <p>3.3 numero di incontri di consulenza con operatori comunali</p> <p><u>Azione 4:</u></p> <p>4.1 numero di persone/nuclei in emergenza alloggiativa</p> <p>4.2 numero di persone/nuclei collocati in strutture per emergenza abitativa</p> <p>4.3 numero persone inserite in appartamenti di housing first</p> <p>4.4 numero di persone prese in carico da servizi sociali per il mantenimento dell'alloggio SAP/SAT</p>
QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?	<p><u>Mappare le buone prassi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Relazione contenente la Mappa delle buone prassi <p><u>Dialogo tra gli attori</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Avvio del Tavolo provinciale tecnico e sociale; • Almeno 9 incontri svolti tra i vari attori (istituzionali, settore privato e terzo settore); • Almeno 1 modello provinciale sottoscritto tra le parti <p><u>Agenzia dell'abitare</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Almeno 200 persone a cui è stato prestato orientamento e/o accompagnamento; • Almeno 10 consulenze a tecnici/assessori comunali

QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?	<ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento della collaborazione tra gli Enti coinvolti; • Miglioramento della qualità di risposta ai bisogni da parte dei servizi; • Aumento del numero delle risposte uniformi e congrue al bisogno abitativo sul territorio provinciale; • Aumento del numero di persone che riescono ad accedere e mantenere un'abitazione.
--	--

6.4.2 Obiettivo 2 – Potenziamento della rete per l'inclusione lavorativa

TITOLO INTERVENTO	Potenziamento della rete per l'inclusione lavorativa
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	<p>L'obiettivo principale è il consolidamento e lo sviluppo di una rete integrata tra ATS, Provincia (CPI), ETS e enti accreditati alla formazione e lavoro per strutturare un "sistema lavoro" funzionale ed efficiente a supporto delle persone che presentano difficoltà ad accedere o reinserirsi nel mondo del lavoro. Per poter finalizzare l'obiettivo, Ambito e Provincia stanno lavorando alla costruzione di un protocollo operativo che permetta il coordinamento di tutti gli attori della rete e delle principali azioni di accompagnamento al lavoro, con particolare attenzione ai target maggiormente fragili (disabilità, svantaggio, giovani, donne, beneficiari ADI) con creazione di percorsi personalizzati propedeutici al lavoro (formazione, TIS, Servizio di Ambito per l'accompagnamento al lavoro). Infine, con il modello PUA InLav, verrà avviato un intervento innovativo per la prevenzione e il contrasto dello sfruttamento lavorativo, del lavoro sommerso e/o irregolare e delle forme di caporalato, che inevitabilmente coinvolgono i soggetti più fragili e vulnerabili, in particolare i cittadini migranti di Paesi Terzi.</p>
AZIONI PROGRAMMATE	<p><u>Azione 1</u>: rafforzamento e consolidamento di una rete integrata tra enti pubblici e privati;</p> <p><u>Azione 2</u>: Sostegno alle persone nel percorso di inserimento lavorativo, in particolare ai soggetti che presentano maggiori fragilità, offrendo percorsi personalizzati attraverso la creazione di un servizio di Ambito dedicato a persone con bisogni complessi (ex-SIL);</p> <p><u>Azione 3</u>: promozione di occasioni di confronto tra aziende e istituzioni per facilitare un efficace matching tra domanda e offerta di lavoro.</p>
TARGET	<p>I destinatari sono tutte le persone che incontrano difficoltà nell'accesso/reinserimento nel mondo del lavoro, con focus specifici su target particolarmente fragili.</p> <p>Tra i destinatari vi sono anche gli Enti che andranno a sviluppare la rete territoriale e quelli con cui questa rete entrerà in contatto per poter promuovere un sostegno integrato all'accesso al lavoro</p>
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	FNPS, Fondo Povertà, Fondi Regionali
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	Personale interno e personale esterno

L'OBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	Sì, l'obiettivo rappresenta un'azione di sistema trasversale a tutte le diverse aree di policy. Le progettualità che verranno sviluppate saranno riconducibili a una o più aree integrate.
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Allargamento della rete di inclusione lavorativa e coprogrammazione degli interventi; • Percorsi personalizzati di propedeutica al lavoro e tirocini di inclusione per i soggetti che presentano maggiori fragilità o bisogni complessi;
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	NO
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	NO
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	No, questo è un nuovo obiettivo di policy
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	<p>Servizio di accompagnamento ai soggetti fragili, sostanzialmente rivisto/aggiornato</p> <p>Nuovo servizio per il contrasto al lavoro irregolare</p>
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	No
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	Sì, il presente obiettivo è frutto di un percorso di co-programmazione con gli operatori e attori della rete territoriale che hanno aderito
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	Sì, la Provincia (Centri per l'Impiego), gli Enti accreditati ai servizi per il lavoro, l'Università, i sindacati.
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	<ul style="list-style-type: none"> • Maggior integrazione di interventi tra tutti gli attori della rete • Difficoltà di accesso/reinserimento nel mondo del lavoro per molte persone; • Aumento di tipologie di soggetti fragili che necessitano di percorsi personalizzati e integrati di accompagnamento al lavoro • Maggior dialogo tra aziende, servizi di inserimento lavorativo e istituzioni

IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÁ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÓ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	SI, bisogno consolidato, con aggiunta sul focus sul contrasto al lavoro irregolare
L'OBIETTIVO É DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	L'obiettivo è sia di tipo promozionale/preventivo che riparativo.
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)	No
L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	No
QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	<p><u>Azione 1:</u></p> <p>INDICATORI</p> <p>1.1 numero e tipologia di enti che fanno parte della rete integrata</p> <p>1.2 numero e tipologia di operatori coinvolti;</p> <p>1.3 numero di incontri effettuati da parte della rete;</p> <p>1.4 numero di protocolli stipulati.</p> <p><u>Azione 2:</u></p> <p>INDICATORI</p> <p>2.1 numero di persone intercettate che hanno necessità di orientamento e accompagnamento;</p> <p>2.2 numero di persone che ricevono orientamento e accompagnamento;</p> <p>2.3 numero di enti coinvolti nelle attività di orientamento e accompagnamento.</p> <p><u>Azione 3:</u></p> <p>INDICATORI</p> <p>3.1 numeri di incontri svolti tra aziende, servizi di inserimento lavorativo e istituzioni;</p>

	3.2 tipologie di istituzioni, servizi di inserimento lavorativo e aziende che hanno partecipato agli incontri;
QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?	<p><u>Rete tra servizi:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Stesura e sottoscrizione di 1 Protocollo per la presa in carico integrata tra servizi (Provincia- AMBITO) <p><u>Supporto orientamento e accompagnamento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Almeno 60 persone hanno ricevuto orientamento e/o accompagnamento personalizzato; • Almeno 15 persone hanno raggiunto un inserimento lavorativo; • Almeno l'80% delle persone che hanno ricevuto supporto esprimono giudizio positivo rispetto al supporto ricevuto <p><u>Confronto azienda/istituzioni:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • almeno 6 incontri organizzati tra aziende, servizi di inserimento lavorativo e istituzioni;
QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?	<ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento della collaborazione tra gli Enti coinvolti • Aumento di protocolli operativi applicati efficacemente • Miglioramento della qualità di risposta ai bisogni dei più fragili da parte dei servizi; • Incremento dell'inserimento lavorativo



6.5 Obiettivi Area Disabilità e Fragilità

Analisi del contesto

L'analisi dei bisogni per l'Area Disabilità e Fragilità ha evidenziato diverse criticità e opportunità di miglioramento. In particolare, per la **disabilità**, il sistema attuale soffre di **frammentazione nelle offerte territoriali** e di una **gestione complessa dei percorsi di presa in carico**. La necessità di un approccio tempestivo e personalizzato è emersa come prioritaria, con il **Progetto Individuale** che si configura come strumento chiave per rispondere alle emergenze in modo mirato e flessibile. Tuttavia, permangono **difficoltà nel coordinamento tra i vari attori**, con gli assistenti sociali sovraccaricati e una regia tecnica ancora poco strutturata. Particolare attenzione è stata posta sulla necessità di ampliare il coinvolgimento delle associazioni, delle realtà produttive e delle comunità locali, per favorire percorsi di inclusione socio-lavorativa. Le **Case della Comunità** sono state identificate come luoghi strategici per promuovere l'integrazione tra le dimensioni sociali e sanitarie, mentre i **Centri per la Vita Autonoma (CVI)** rappresentano una risorsa fondamentale per sostenere la transizione verso l'età adulta, con progetti personalizzati e innovativi mirati all'autonomia e all'inclusione.

Per la **salute mentale**, l'analisi ha rilevato la necessità di migliorare i supporti per **progetti di autonomia**, sviluppare **percorsi dinamici di prossimità** e rafforzare la **collaborazione tra i diversi attori sociosanitari**. La figura del **case manager** è stata indicata come elemento essenziale per garantire una presa in carico integrata, mentre il potenziamento della formazione continua degli operatori rimane una priorità per assicurare competenze adeguate. Un aspetto cruciale riguarda la prevenzione e la sensibilizzazione, con un focus particolare sui giovani, spesso trascurati dalle azioni esistenti. Si propone un **approccio più coordinato e multidisciplinare**, che coinvolga diverse aree di intervento per promuovere una cultura del benessere mentale e prevenire il disagio psichico. Inoltre, la sistematizzazione delle prassi assistenziali e l'introduzione di servizi innovativi, come il SAD psichiatrico e le dimissioni protette, potrebbero migliorare significativamente il supporto offerto alle persone con fragilità psichica.

Tavolo tematico

Una delle principali innovazioni previste per il Piano di Zona 2025-2027 è l'unificazione dei tavoli tematici delle aree disabilità e salute mentale in un unico organismo denominato Tavolo Disabilità e Fragilità. Questa scelta nasce dalla consapevolezza che molte delle sfide affrontate dalle due aree sono interconnesse e richiedono risposte integrate e coordinate. L'unione dei tavoli mira a ottimizzare le risorse, migliorare la comunicazione tra gli attori coinvolti e promuovere un approccio più omogeneo alla programmazione e gestione degli interventi.

Il Tavolo Disabilità e Fragilità rappresenta un'opportunità per creare sinergie tra i diversi ambiti di intervento, favorendo una maggiore collaborazione tra istituzioni, associazioni e comunità locali. L'obiettivo è sviluppare progetti che possano rispondere in modo più completo e inclusivo ai bisogni emergenti, superando la frammentazione e potenziando il lavoro di rete. Questa riorganizzazione riflette un cambio di paradigma, in cui le fragilità sono affrontate in modo trasversale, valorizzando le esperienze già maturate e integrandole in un quadro operativo più ampio e coeso. Con questa nuova struttura, si punta a migliorare l'efficacia degli interventi, garantendo al contempo una maggiore equità e accessibilità per tutti i cittadini dell'Ambito Territoriale.

6.5.1 Obiettivo 1 – Promuovere percorsi integrati per l'inclusione e l'autonomia delle persone con disabilità, dalla scuola alla vita adulta

TITOLO INTERVENTO	Promuovere percorsi integrati per l'inclusione e l'autonomia delle persone con disabilità, dalla scuola alla vita adulta
-------------------	--

QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	L'obiettivo mira a sostenere le persone con disabilità nel percorso scolastico, nella transizione alla vita adulta e nella realizzazione di progetti di vita personalizzati, in conformità con il D. Lgs. 62/2024. L'obiettivo è quello di creare un modello di intervento integrato e coordinato che garantisca continuità, inclusione e autonomia, intervenendo su aspetti educativi, lavorativi e sociosanitari per rispondere ai bisogni specifici e complessi di ogni individuo.
AZIONI PROGRAMMATE	<p><u>Azione 1</u>: Sperimentare percorsi educativi e lavorativi inclusivi su base provinciale, con il coinvolgimento dell'Ufficio Scolastico e dei servizi territoriali.</p> <p>Ragazzi in età scolastica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sperimentare un nuovo modello di assistenza scolastica attraverso l'introduzione della figura dell'educatore di plesso e di comunità. ○ Definire delle linee operative dell'Ambito per l'implementazione dell'assistenza educativa scolastica in collaborazione con gli Istituti Comprensivi e Superiori del territorio; ○ Attivare percorsi di orientamento scolastico e professionale personalizzati, in collaborazione con l'Ufficio Scolastico e i servizi territoriali; ○ Promuovere tirocini formativi e stage inclusivi per facilitare l'ingresso nel mondo del lavoro. <p>Giovani/adulti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Creare opportunità di riqualificazione professionale per favorire il reinserimento lavorativo delle persone con disabilità, forme di partecipazione alla vita di comunità; ○ Incentivare programmi di formazione continua per lo sviluppo delle competenze, anche attraverso strumenti digitali. ○ Favorire la scelta di vita autonoma e indipendente attraverso la realizzazione del progetto di vita individuale sostenibile nel tempo e con continuità di sostegno; <p><u>Azione 2</u>: Supportare l'adozione di decisioni, la manifestazione dei desideri, le aspettative e le scelte della persona con disabilità assicurando una figura di supporto e un coordinamento professionale tra i piani di intervento sociali e sociosanitari previsti per ogni singolo contesto di vita.</p> <p><u>Azione 3</u>: Avviare la sperimentazione di progetti di vita personalizzati nel triennio, coinvolgendo oltre alla persona, anche famiglie, operatori e servizi sociosanitari, alla luce del nuovo provvedimento ministeriale D.Lgs. 62/2024.</p>

	<p><u>Azione 4</u>: Promuovere la diffusione di una comunità di pratiche e il coordinamento tecnico tra Comuni per ottimizzare l'implementazione dei servizi educativi e sociosanitari.</p> <p><u>Azione 5</u>: Avviare una riflessione su come garantire la sostenibilità dei progetti individuali dopo la fine delle risorse statali.</p>
TARGET	Persone con disabilità, in particolare minori e giovani adulti in transizione verso l'età adulta.
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	<p>Risorse del Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza (FNA) assegnate dalla Regione</p> <p>Fondi dei Comuni</p> <p>Fondi del settore privato sociale</p> <p>Risorse della persona e delle famiglie</p>
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	Personale interno e trasversale dei servizi sociali e sociosanitari presenti sul territorio dell'Ambito; personale degli Enti del Terzo Settore; volontari delle Associazioni della Comunità
L'OBIETTIVO È TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	Sì, l'obiettivo è trasversale con tutte le aree di policy: Minori e famiglie, Inclusione Sociale e Salute Mentale.
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Adozione del modello di assistenza scolastica basato sull'introduzione della figura dell'educatore di plesso e di comunità Identificazione delle esigenze dei più fragili e vulnerabili all'interno della comunità per consentire la definizione di strategie di intervento diversificate e personalizzate • Attuazione di co-programmazioni finalizzate alla definizione di progettualità innovative e sostenibili • Introduzione di nuovi strumenti di governance del Welfare di Comunità • Contrasto all'isolamento e alla marginalità sociale • Rafforzamento delle reti sociali formali e informali
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	Sì, l'obiettivo prevede il coinvolgimento di ASST di competenza territoriale nell'analisi del bisogno, nella programmazione e nella valutazione d'impatto.
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	L'obiettivo è un elemento di integrazione sociosanitaria e di ricomposizione della rete degli interventi e dei servizi attraverso l'apertura del Centro di vita indipendente.

L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	Sì, Centro di Vita Indipendente dovrebbe fare riferimento ad almeno due Ambiti.
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	Sì.
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Servizio sostanzialmente rivisto/aggiornato
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	NO
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	Sì, il presente obiettivo è frutto di un percorso di co-programmazione con gli operatori e attori della rete territoriale che hanno aderito
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	Associazioni delle famiglie, Diocesi di Bergamo, Fondazioni, associazioni sportive.
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	<p>I bisogni ai quali questo obiettivo intende rispondere sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bisogno di collaborazione e integrazione con le scuole, per sviluppare modelli di assistenza educativa sostenibili e garantire un'accoglienza adeguata per i bisogni complessi. • Necessità di criteri flessibili e sostenibili per l'assegnazione delle risorse educative, affrontando carenze di personale e sovrapposizioni di ruoli. • Bisogno di supporto nella transizione scolastica e verso la vita adulta, con percorsi strutturati per accompagnare studenti e famiglie nei momenti critici. • Necessità di progettare percorsi di vita personalizzati, che promuovano autonomia, inclusione lavorativa e sociale, e accesso a soluzioni abitative adeguate. • Bisogno di garantire accesso a servizi sociosanitari avanzati e percorsi personalizzati, come il DAMA, per rispondere a bisogni sanitari complessi. • Bisogno di un coordinamento centrale e integrato tra enti e servizi, per evitare frammentazione, ottimizzare risorse e garantire continuità degli interventi. • Necessità di sperimentare équipe multidisciplinari, per migliorare i percorsi di inserimento lavorativo e sociale, partendo dalla scuola e sviluppandosi nella vita adulta.

IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÁ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÓ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÁ?	Bisogno consolidato
L'OBIETTIVO É DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	L'obiettivo è soprattutto di tipo promozionale/preventivo, ma prevede azioni riparative specifiche.
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)	Sì, in quanto si vuole procedere verso una rimodellazione della presa in carico e della formulazione del progetto di vita basata sul D.Lgs. 62/2024.
L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	No
QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	<p>Azione 1: Sperimentare percorsi educativi e lavorativi inclusivi su base provinciale, con il coinvolgimento dell'Ufficio Scolastico e dei servizi territoriali.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sperimentare un nuovo modello di assistenza scolastica attraverso l'introduzione della figura dell'educatore di plesso e di comunità. ○ Definire delle linee operative dell'Ambito per l'implementazione dell'assistenza educativa scolastica in collaborazione con gli Istituti Comprensivi e Superiori del territorio; ○ Attivare percorsi di orientamento scolastico e professionale personalizzati, in collaborazione con l'Ufficio Scolastico e i servizi territoriali; ○ Promuovere tirocini formativi e stage inclusivi per facilitare l'ingresso nel mondo del lavoro. <p><u>Indicatori:</u></p> <p>1.1 Numero di incontri tra servizi sociali e scuole del territorio</p> <p>1.2 Numero di operatori partecipanti agli incontri</p> <p>1.3 Numero di scuole e aziende coinvolte nel progetto</p> <p>1.4 Numero di tirocini inclusivi/stage avviati</p> <p>1.5 Numero di percorsi di orientamento scolastico e professionale</p>

	<p>1.6 Numero persone coinvolte nelle opportunità di riqualificazione professionale</p> <p>1.7 Numero di percorsi di riqualificazione e formazione professionale</p> <p>Azione 2: Supportare l'adozione di decisioni, la manifestazione dei desideri, le aspettative e le scelte della persona con disabilità assicurando una figura di supporto e un coordinamento professionale tra i piani di intervento sociali e sociosanitari previsti per ogni singolo contesto di vita.</p> <p><u>Indicatori</u></p> <p>2.1 Numero figure di supporto operativo di progetto</p> <p>2.2 Numero di incontri di coordinamento realizzati</p> <p>Azione 3: Avviare la sperimentazione di progetti di vita personalizzati nel triennio, coinvolgendo oltre alla persona, anche famiglie, operatori e servizi sociosanitari, alla luce del nuovo provvedimento ministeriale D.Lgs. 62/2024.</p> <p><u>Indicatori</u></p> <p>3.1 Numero di accesso al Centro di vita indipendente</p> <p>3.2 Numero di progetti di vita avviati e supportati grazie all'accesso delle persone al Centro di Vita indipendente</p> <p>3.3 Tempo medio per l'elaborazione di un progetto di vita indipendente</p> <p>Azione 4: Promuovere la diffusione di una comunità di pratiche e il coordinamento tecnico tra Comuni per ottimizzare l'implementazione dei servizi educativi e sociosanitari.</p> <p><u>Indicatori</u></p> <p>4.1 Numero buone pratiche raccolte e condivise</p> <p>4.2 Numero di linee operative/protocolli d'intervento adottati</p> <p>4.3 Numero di incontri tra operatori dei servizi, beneficiario e la sua famiglia</p> <p>4.4 Frequenza degli incontri intercomunali organizzati</p> <p>Azione 5: Avviare una riflessione su come garantire la sostenibilità dei progetti individuali dopo la fine delle risorse statali.</p>
--	--

	<p><u>Indicatori:</u></p> <p>5.1 Numero di incontri svolti per riflettere sulla sostenibilità dei progetti</p> <p>5.2 Individuazione di nuove fonti di finanziamento degli interventi</p>
QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?	<p><u>Sperimentare percorsi educativi e lavorativi inclusivi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Creazione di un nuovo modello di assistenza educativa scolastica • Realizzazione di almeno n. 10 percorsi di orientamento scolastico e professionale; • Almeno il 10% dei tirocini vengono trasformati in contratti di lavoro; • L'80% dei partecipanti ai percorsi è soddisfatto del percorso; • Realizzazione di almeno 10 percorsi di riqualificazione e formazione professionale; <p><u>Supportare l'adozione di decisioni, la manifestazione dei desideri, le aspettative e le scelte della persona con disabilità assicurando una figura di supporto e un coordinamento professionale tra i piani di intervento sociali e sociosanitari previsti per ogni singolo contesto di vita</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Redazione di un documento di Linee guida condivise tra gli operatori dei Comuni dell'Ambito. <p><u>Avviare la sperimentazione di progetti di vita personalizzati</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Avvio delle attività del Centro di Vita Indipendente nel territorio dell'Ambito; • Adozione di modelli di valutazione sociosanitaria integrati e di un template per la realizzazione progetto di vita <p><u>Promuovere lo scambio di buone pratiche</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Redazione di linee guida condivise tra i Comuni dell'Ambito; • Almeno l'80% degli operatori è stato formato sulle buone pratiche entro la fine del triennio. <p><u>Riflessione sulla sostenibilità dei progetti di vita</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione di almeno 10 incontri; • Stesura di un documento conclusivo.

QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento del tasso di occupazione, soprattutto tra i giovani con disabilità. • Maggiore autonomia e inclusione sociale dei beneficiari.

6.5.2 Obiettivo 2 – Potenziamento dell'azione “Durante Noi” al fine di garantire alle persone con disabilità un futuro autonomo e la libertà di scelta sul luogo di abitazione

TITOLO INTERVENTO	Potenziamento dell'azione “Durante Noi” al fine di garantire alle persone con disabilità un futuro autonomo e la libertà di scelta sul luogo di abitazione
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	<p>Il cambiamento culturale sviluppato con le azioni di sistema del Dopo di noi è stato utile per la programmazione della L.112/16. L'esperienza maturata in questi anni nell'Ambito sociale territoriale di Bergamo ha rilevato un cambio di prospettiva: dal Dopo di Noi, vissuto come soluzione inevitabile quasi d'urgenza, al “dopo aver abitato con noi” in cui emerge il valore dell'autodeterminazione del vivere in autonomia.</p> <p>Il progetto mira rafforzare gli interventi del “Durante Noi” anticipando la presa in carico integrata delle persone con disabilità garantendo un reale sostegno alla loro partecipazione nella vita della Comunità, inclusa la libertà di scelta del proprio domicilio. L'obiettivo è costruire percorsi personalizzati che favoriscano autonomia abitativa, inclusione sociale e la continuità assistenziale per le persone con disabilità.</p>
AZIONI PROGRAMMATE	<p><u>Azione 1:</u> Pianificare percorsi personalizzati per il Dopo di Noi</p> <p><u>Azione 2:</u> Sperimentare nuovi modelli di autonomia abitativa e integrazione sociale</p> <p><u>Azione 3:</u> Creare reti di mutuo aiuto e solidarietà tra persone e famiglie</p>
TARGET	Il target dell'obiettivo include persone con disabilità, prioritariamente giovani adulti e adulti, che necessitano di un accompagnamento verso l'autonomia abitativa e sociale, insieme alle loro famiglie. Inoltre, il target comprende enti e istituzioni locali, servizi sociosanitari, organizzazioni del terzo settore e associazioni di volontariato, coinvolti nella progettazione e realizzazione di interventi integrati per il “Dopo di Noi”.
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	<p>Risorse del Fondo “Dopo di noi” Legge n. 112/2016 assegnate dalla Regione all'Ambito sociale territoriale</p> <p>Fondi dei Comuni</p> <p>Fondi del settore privato sociale</p> <p>Risorse delle persone e delle loro famiglie</p>
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	Personale interno e trasversale dei servizi sociali e sociosanitari presenti sul territorio dell'Ambito; personale degli Enti del Terzo Settore; volontari delle Associazioni della Comunità

L'OBIETTIVO È TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	Sì, l'obiettivo è integrato anche con tutte le aree di policy.
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Scelta della persona con disabilità • Sostegno della famiglia, in particolar modo del caregiver familiare • Potenziamento dell'integrazione della rete sociosanitaria nel percorso di scelta di vita autonoma • Allargamento dell'offerta delle soluzioni abitative (co-housing, housing sociale, ecc.). • Potenziamento della filiera dei servizi sociali e sociosanitari e co-programmazione degli interventi del "Durante Noi" • Adozione di nuovi strumenti di governance • Riduzione del rischio di marginalizzazione e isolamento della persona con disabilità • Rafforzamento del Welfare di Comunità
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	Sì, l'obiettivo prevede il coinvolgimento di ASST di competenza territoriale nell'analisi del bisogno, nella programmazione e nella valutazione d'impatto.
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	Sì, l'obiettivo è a forte integrazione sociosanitaria. È previsto il coinvolgimento di ASST di competenza territoriale attraverso il procedimento di valutazione multidimensionale effettuata in maniera integrata in sede di UVM con l'équipe multiprofessionali.
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	NO
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	SI
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Servizio aggiornato
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	NO
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	Sì, il presente obiettivo è frutto di un percorso di co-programmazione con gli operatori e attori della rete territoriale che hanno aderito
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI	Enti del Terzo Settore accreditati, associazioni delle famiglie

DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	<p>I bisogni ai quali questo obiettivo intende rispondere sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantire alle persone con disabilità la libertà di scelta di vita autonoma e sul luogo di abitazione • Bisogno di pianificare la continuità di assistenza e supporto per le persone con disabilità, garantendo loro un futuro sereno e dignitoso quando i genitori o caregiver non saranno più in grado di occuparsene. • Offrire di soluzioni abitative adeguate e supporti sostenibili nel “Dopo di Noi”. • Bisogno di sostegno psicologico e informativo per le famiglie, per aiutarle ad accettare e pianificare il passaggio verso il “Dopo di Noi”. • Necessità di accompagnare le famiglie nella preparazione emotiva e logistica per affrontare questo momento critico in modo consapevole e strutturato.
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÓ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	Bisogno consolidato
L’OBIETTIVO É DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	L’obiettivo è sia di tipo promozionale/preventivo che riparativo.
L’OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)	SI
L’OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	SI
QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	<p>Azione 1: Pianificare percorsi personalizzati per il Dopo di Noi</p> <p><u>Indicatori</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Numero di percorsi pianificati 2. Numero di incontri con le famiglie e i servizi

	<p>Azione 2: Sperimentare modelli di inclusione abitativa e autonomia sociale</p> <p>2.1 Numero di nuovi progetti abitativi avviati</p> <p>2.2 Numero di persone coinvolte nei percorsi di autonomia abitativa e sociale</p> <p>Azione 3: Creare reti di mutuo aiuto e solidarietà tra famiglie</p> <p>3.1 Numero di iniziative di mutuo aiuto avviate</p> <p>3.2 Numero di famiglie coinvolte nelle reti di solidarietà</p>
QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?	<p><u>Pianificare percorsi personalizzati per il Dopo di Noi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Avvio di almeno n. 10 nuovi percorsi personalizzati per il Dopo di Noi; <p><u>Sperimentare modelli di inclusione abitativa</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sperimentazione di almeno n. 3 iniziative di inclusione abitativa (Housing e co-housing) <p><u>Creare reti di mutuo aiuto e solidarietà tra famiglie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione di almeno n. 3 iniziative di mutuo aiuto nel triennio; • Almeno l'70% delle persone coinvolte partecipa attivamente; • Almeno l'70% delle persone coinvolte dichiara di percepire un grado di autonomia maggiore alla fine del triennio.
QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento della capacità delle persone con disabilità di vivere in autonomia attraverso soluzioni abitative e percorsi personalizzati. • Riduzione del carico assistenziale sulle famiglie, grazie a una pianificazione anticipata durante il "Durante Noi". • Maggiore integrazione tra servizi e utilizzo efficace delle risorse disponibili, evitando duplicazioni e frammentazioni. • Aumento dell'inclusione sociale e della partecipazione attiva nella comunità da parte delle persone con disabilità.

6.5.3 Obiettivo 3 – Riduzione della discriminazione basata sul pregiudizio nei confronti della persona con disagio mentale

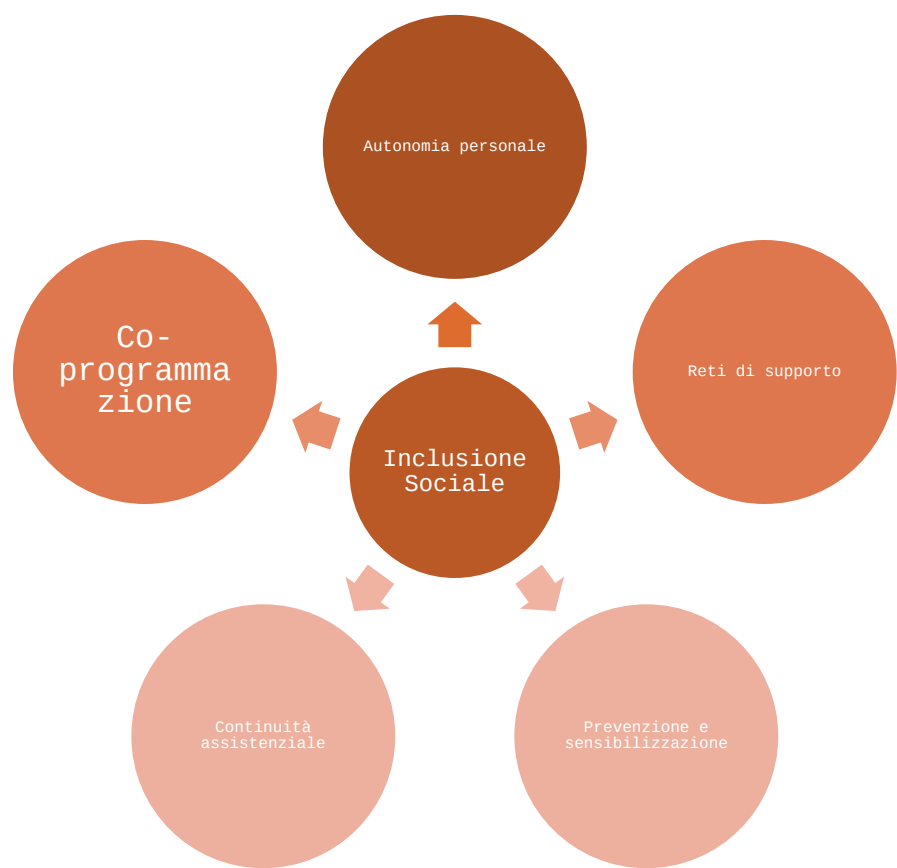
TITOLO INTERVENTO	Riduzione della discriminazione basata sul pregiudizio nei confronti della persona con un disagio mentale.
QUALI OBIETTIVI VUOLE RAGGIUNGERE	Questo obiettivo mira a contrastare il pregiudizio nei confronti delle persone affette dal disagio psichico e vuole

	<p>promuovere una cultura basata sull'inclusione sociale di persone con disturbi mentali. Si propone di avvicinare la comunità alla tematica della salute mentale, modificando percezioni e atteggiamenti pregiudizievoli. L'obiettivo è quello di sensibilizzare la comunità in generale, prioritariamente dai più giovani agli adulti, sulla tematica della salute mentale.</p>
AZIONI PROGRAMMATE	<p>Al fine di conseguire gli obiettivi si programmano le seguenti azioni:</p> <p><u>Azione 1</u>: sviluppare attività di sensibilizzazione destinate a scuole e alla comunità in generale, per aumentare la conoscenza e la comprensione dei bisogni relativi la salute mentale (demenza, salute mentale, dipendenze)</p> <p><u>Azione 2</u>: promuovere formazioni per gli operatori sociosanitari su come comunicare efficacemente alla comunità la tematica dei bisogni relativi alla salute mentale, su come migliorare l'accoglienza nei confronti delle persone in carico e promuovere pratiche non stigmatizzanti;</p> <p><u>Azione 3</u>: facilitare incontri dove le persone con bisogni relativi alla salute mentale possano condividere le loro esperienze direttamente con il pubblico, contribuendo a ridurre la distanza con la comunità in generale.</p>
TARGET	<p>I destinatari includono la comunità in generale, gli operatori sociosanitari e le persone con bisogni specifici legati alla salute mentale</p>
RISORSE ECONOMICHE PREVENTIVATE	<p>Risorse a valere sull'FNPS e risorse da bandi ad hoc</p>
RISORSE DI PERSONALE DEDICATE	<p>Personale interno dell'Ambito Territoriale, personale dei servizi sociali comunali e del Terzo settore</p>
L'OBIETTIVO E' TRASVERSALE ED INTEGRATO CON ALTRE AREE DI POLICY?	<p>Sì, l'obiettivo rappresenta un'azione di sistema trasversale a tutte le diverse aree di policy.</p>
INDICARE I PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Contrasto all'isolamento e marginalizzazione sociale; • Presenza di nuovi soggetti a rischio/nuova utenza rispetto al passato; • Prevenzione e contenimento dello svantaggio sociale e del suo impatto sulla qualità della vita indipendente;
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST	<p>Sì</p>

NELL'ANALISI DEL BISOGNO E NELLA PROGRAMMAZIONE?	
PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ASST NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E AZIONI CONGIUNTE AMBITO-ASST?	Sì raccordo con i servizi Territoriali specialistici (CPS)
L'INTERVENTO È REALIZZATO IN COOPERAZIONE CON ALTRI AMBITI?	NO
È IN CONTINUITÀ CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE (2021-2023)?	Sì, l'obiettivo è in continuità con l'obiettivo dell'Area Salute mentale del precedente PdZ.
L'OBIETTIVO PREVEDE LA DEFINIZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO?	Servizio sostanzialmente rivisto/aggiornato
L'OBIETTIVO È IN CONTINUITÀ E/O RAPPRESENTA IL POTENZIAMENTO DI UN PROGETTO PREMIALE DELLA PROGRAMMAZIONE 2021-2023?	L'obiettivo in parte è in continuità con il progetto premiale "Remember" della programmazione 2021/2023
L'INTERVENTO È FORMALMENTE CO-PROGRAMMATO CON IL TERZO SETTORE?	Sì, il presente obiettivo è frutto di un percorso di co-programmazione con gli operatori e attori della rete territoriale che hanno aderito
L'INTERVENTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ATTORI DELLA RETE TERRITORIALE? (oltre ad ASST e ETS)	L'obiettivo prevede il coinvolgimento degli enti del Terzo settore e delle strutture sociosanitarie, associazioni di volontariato
QUESTO INTERVENTO A QUALE/I BISOGNO/I RISPONDE?	<ul style="list-style-type: none"> • Mancanza di conoscenza da parte della comunità sulle tematiche relative la salute mentale; • Difficoltà nell'inserimento sociale, lavorativo, abitativo di persone con bisogni relativi la salute mentale; • Esclusione e marginalizzazione di persone con bisogni relativi la salute mentale;
IL BISOGNO RILEVATO ERA GIÀ STATO AFFRONTATO NELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE O PUÒ ESSERE DEFINITO COME UN NUOVO BISOGNO EMERSO	Bisogno consolidato e trasversale a diverse aree di intervento

NELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ?	
L'OBIETTIVO È DI TIPO PROMOZIONALE/PREVENTIVO O RIPARATIVO?	L'obiettivo è sia di tipo promozionale/preventivo che riparativo
L'OBIETTIVO PRESENTA MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO, DI RISPOSTA AL BISOGNO E COOPERAZIONE CON ALTRI ATTORI DELLA RETE)	No
L'OBIETTIVO PRESENTA DEGLI ASPETTI INERENTI ALLA DIGITALIZZAZIONE? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	No
QUALI MODALITÀ ORGANIZZATIVE, OPERATIVE E DI EROGAZIONE SONO ADOTTATE?	<p><u>Azione 1</u>: sviluppare attività di sensibilizzazione destinate a scuole, luoghi di lavoro e alla comunità in generale, per aumentare la conoscenza e la comprensione dei bisogni relativi la salute mentale (demenza, salute mentale, dipendenze)</p> <p>INDICATORI</p> <p>1.1 numero attività di sensibilizzazione effettuate;</p> <p>1.2 numero e tipologia di persone che partecipano alle attività di sensibilizzazione;</p> <p>1.3 numero e tipologia di operatori che partecipano alle attività di sensibilizzazione</p> <p><u>Azione 2</u>: promuovere formazioni per gli operatori socio-sanitari su come comunicare efficacemente alla comunità la tematica dei bisogni relativi alla salute mentale, su come migliorare l'accoglienza nei confronti delle persone in carico e promuovere pratiche relazionali positive;</p> <p>INDICATORI</p> <p>2.1 numero di formazioni effettuate;</p> <p>2.2 numero e tipologia di operatori che hanno partecipato alle formazioni;</p> <p><u>Azione 3</u>: facilitare incontri dove le persone con bisogni relativi alla salute mentale possano condividere le loro esperienze direttamente con la comunità, contribuendo a ridurre la distanza con la comunità in generale.</p>

	<p>INDICATORI</p> <p>3.1 numero di incontri di condivisione esperienze effettuate;</p> <p>3.2 numero e tipologia di persone che hanno partecipato agli incontri</p>
QUALI RISULTATI VUOLE RAGGIUNGERE?	<p><u>Attività di sensibilizzazione</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Almeno 2 attività di sensibilizzazione (1 nella scuola, 1 comunità in generale) • Almeno 6 incontri per ogni attività (6 incontri a scuola, 6 incontri per la comunità in generale) • Almeno 100 persone partecipano alle campagne (tra studenti e comunità in generale) <p><u>Formazione per gli operatori</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Almeno 6 incontri di formazione per gli operatori sociosanitari; • Almeno 20 operatori sociali e sociosanitari che partecipano alla formazione; • Produzione di 1 dispensa formativa/vademecum <p><u>Incontri di condivisione:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Almeno 3 incontri di condivisione di esperienze personali; • Almeno 60 persone totali che partecipanti alle attività di condivisione
QUALE IMPATTO DOVREBBE AVERE L'INTERVENTO?	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento delle conoscenze e della sensibilizzazione rispetto alla tematica della salute mentale degli operatori sociosanitari; • Aumento della sensibilizzazione rispetto alla tematica della salute mentale da parte degli studenti; • Aumento delle conoscenze rispetto alla tematica della salute mentale da parte della comunità in generale;



7. OBIETTIVI DI INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

Gli indirizzi per la programmazione territoriale, declinati all'interno delle normative nazionali prima e regionali poi, delineano, nell'area della non autosufficienza e della disabilità, **percorsi assistenziali e di presa in carico sempre più integrati tra il sistema sanitario e quello sociale**.

L'obiettivo primario, così come definito nel Piano Nazionale Non Autosufficienza 2022-24 e dalla legge nazionale 234/2021 (legge di bilancio 2022) art. 1 comma 162, è quello di *“garantire la permanenza della persona non autosufficiente al proprio domicilio, qualora questo sia appropriato in relazione ai bisogni e ai desideri della persona, assicurando i servizi in forma integrata ed unitaria”*.

Come recita il Piano Nazionale Non Autosufficienza 2022-2024 questa funzione *“costituisce la fase iniziale del percorso assistenziale integrato, in cui sono garantiti i servizi per l'orientamento al complesso dei servizi territoriali e i servizi di accesso al percorso integrato con la rilevazione dei primi riferimenti anagrafici. La funzione di accesso viene realizzata da un sistema unitario che articola i punti fisici e unici di accesso rispetto ai presidi territoriali ritenuti adeguati dalla programmazione regionale e locale, con attenzione alle nuove strutture operative recate dalle Missioni 5 e 6 del PNRR”*.

L'individuazione di diversi LEPS (di erogazione e di processo) in ambito sociale e la presenza di alcuni LEA (individuati con DPCM 12/01/2017) definiscono livelli essenziali costituiti da interventi, servizi, attività e prestazioni integrate che lo Stato assicura con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale per garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità. La realizzazione dei LEPS è pertanto obbligatoria per tutti gli Ambiti.

Le normative regionali e nazionali, tra cui la DGR 1669/23 e 2023/24 e il Piano operativo FNA 2022-24, sottolineano l'importanza di processi ben definiti tra Aziende sanitarie e Ambiti territoriali sociali per assicurare una presa in carico integrata delle persone non autosufficienti. Questo approccio è volto a gestire globalmente i bisogni sanitari, sociali e sociosanitari, facilitando il lavoro di rete e l'integrazione tra i vari operatori. L'integrazione richiesta è rafforzata ulteriormente dalle misure del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) nei moduli M5C2 e M6C1, che chiedono un coordinamento e una cooperazione migliorati per garantire l'efficacia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e dei Livelli Essenziali di Prestazioni Sanitarie (LEPS). Questo processo richiede strategie di coordinamento dettagliate per rispondere efficacemente alle diverse esigenze del sistema di offerta.

Tabella 25 - Principale normativa di riferimento

Nazionale	<ul style="list-style-type: none">- PNNRR Missioni 5 e 6 e DM 77/22- Legge 234/21- Piano Nazionale Non Autosufficienza 2022-24- Piano Nazionale interventi e servizi sociali 2021-23- Legge 62/2024 “Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato”
-----------	---

Regionale	<ul style="list-style-type: none"> - DGR 6760/2022 Approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'applicazione del decreto 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale" - DGR 2089/24 Approvazione delle linee di indirizzo per i piani di sviluppo del Polo Territoriale delle ASST (PPT) - DGR 2167/24 Approvazione delle linee di indirizzo per la programmazione sociale territoriale per il triennio 2025-27 - DD.GG.RR 1669/23 e 2033/2024 Programma operativo regionale FNA triennio 2022-24 - DGR 1518/2023 e Deliberazione N. XII/395 del Consiglio regionale Lombardia "Piano socio sanitario regionale 2023-27"
-----------	---

Per conformarsi alle normative vigenti, sarà necessario implementare un sistema di integrazione dei servizi socio-sanitari che preveda:

- la stipulazione di accordi interistituzionali per garantire il Livello Essenziale delle Prestazioni nel processo assistenziale integrato;
- la creazione di un sistema locale che risponda ai bisogni di salute con percorsi assistenziali integrati, garantendo continuità tra cura e sostegno.
- l'organizzazione delle risorse e dei servizi secondo modalità e standard definiti;
- lo sviluppo di strumenti informativi per il dialogo operativo e per il monitoraggio e la valutazione del sistema.

7.1 Il Punto Unico di Accesso (PUA)

L'accesso ai servizi "costituisce la fase iniziale del percorso assistenziale integrato, in cui sono garantiti i servizi per l'orientamento al complesso dei servizi territoriali e i servizi di accesso al percorso integrato con la rilevazione dei primi riferimenti anagrafici. La funzione di accesso viene realizzata da un sistema unitario che articola i punti fisici e unici di accesso rispetto ai presidi territoriali ritenuti adeguati dalla programmazione regionale e locale, con attenzione alle nuove strutture operative recate dalle Missioni 5 e 6 del PNRR".

L'accesso in questa lettura di integrazione dei servizi sociosanitari, si esplica e si attua attraverso la realizzazione dei **Punti Unici di Accesso** e la successiva valutazione (a seconda della complessità della presa in carico), attraverso la **valutazione multidimensionale**. L'articolo 1 comma 163 della legge di Bilancio 234/21 dispone che *"il Servizio sanitario nazionale e gli Ambiti Territoriali Sociali garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, prioritariamente alle persone in condizioni di non autosufficienza, l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate «Case della comunità».*

Il Punto Unico di Accesso rappresenta, quindi, il **modello organizzativo di accesso unitario e universalistico ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari**, finalizzato ad avviare, superando la settorializzazione degli

interventi, percorsi di risposta appropriati alla complessità delle esigenze di tutela della salute della persona, rivolti in particolare a coloro che presentano bisogni che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale. Si configura, pertanto, come primo contatto a disposizione del cittadino, finalizzato ad attuare pari opportunità d'accesso alle informazioni e ai servizi da parte di coloro che ne abbiano necessità.

Il Piano Nazionale degli interventi e servizi sociali 2021-23 individua per il PUA i seguenti **obiettivi**:

- **promuovere, agevolare e semplificare il primo accesso ai servizi sociali e sociosanitari**, 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 sociosanitarie 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 sociosanitario 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/Ambiti Territoriali e delle Aziende Sanitarie, con particolare attenzione ai servizi di supporto alla domiciliarità dell'assistenza.

La funzione fondamentale del PUA è quella di **intercettare il bisogno**, consentendo alle persone l'accesso appropriato ai servizi, esse possono rientrare sotto due principali categorie:

1. **Accoglienza, informazione e orientamento**;
2. **Accompagnamento**, che può essere definito come un percorso personalizzato di aiuto, sostegno e orientamento rivolto a cittadini/utenti in condizioni di particolare disagio.

Più specificatamente il PUA:

- garantisce tutte le **informazioni sui servizi sociali e sociosanitari** e sulle modalità per accedervi;
- garantisce ed agevola l'**accesso unitario ai servizi sociali e sociosanitari**, attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti (accompagnamento);
- garantisce la **valutazione multidimensionale delle persone non autosufficienti**, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita;

- garantisce, a seguito della valutazione, la definizione, a cura dell'Unità Valutativa Multidimensionale (UVM), del **progetto di assistenza individuale integrata (PAI)**, contenente l'indicazione degli interventi necessari, modulati secondo l'intensità del bisogno.

La collocazione dei PUA punti unici di accesso (PUA) hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate **Case di comunità**, come previsto dalla DGR 6760/22 di Regione Lombardia.

7.2 L'équipe di valutazione multidimensionale

L'ambito territoriale sociale e il distretto sanitario costituiscono l'**équipe integrata**, composta da personale qualificato e in numero adeguato, per garantire un percorso assistenziale integrato efficace e tempestivo. Questa équipe si occupa delle funzioni del **Punto Unico di Accesso (PUA)**, delle **Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)**, e della redazione del **Progetto di Assistenza Individuale Integrata (PAI)**, che prevede interventi modulati in base all'intensità dei bisogni. Assicura anche la gestione di tutti i processi amministrativi, tecnici e contabili necessari, in conformità con il Piano Nazionale non autosufficienze 2022-24 e la legge 234/21.

Il decreto 62/24 stabilisce che la valutazione multidimensionale si sviluppa in **quattro fasi**:

1. Valutazione degli **obiettivi personali e definizione del profilo di funzionamento** basato sul modello ICF, rispettando i desideri e le aspettative della persona.
2. Identificazione delle **barriere** e dei **facilitatori** negli ambiti di vita rilevanti per il progetto e per le competenze adattive dell'individuo.
3. Valutazione comprensiva del **profilo di salute fisica, mentale, intellettuale e sensoriale** della persona, oltre ai bisogni e ai domini della qualità di vita, in base alle priorità espresse.
4. Definizione degli **obiettivi specifici del progetto di vita**.

L'**Equipe di Valutazione Multidimensionale (EVM)** inizia censendo eventuali piani specifici di sostegno già in atto, inclusi quelli di ambito sanitario. Questa équipe elabora poi, il progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato per le persone con disabilità, avviando un processo di co-progettazione che considera le condizioni di vita, interessi, bisogni, e preferenze del beneficiario, come stabilito dalla legge regionale Lombardia 25/22.

Parallelamente, le équipe integrate, seguendo le direttive del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017 e altre normative pertinenti, garantiscono la funzionalità delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM). Queste unità valutano i bisogni clinici, funzionali e sociali delle persone, con l'obiettivo di mantenere gli individui in condizioni di non autosufficienza nel loro ambiente con dignità e sicurezza, minimizzando l'isolamento sociale e le ospedalizzazioni non necessarie.

Per la redazione del progetto individualizzato, le équipe di valutazione si avvalgono di strumenti specifici e della collaborazione della rete territoriale dei servizi. La responsabilità della gestione del progetto di vita varia: secondo la legge regionale 25/22 spetta al Comune o all'Ambito territoriale, mentre secondo il Decreto 62/24 rimane in carico all'équipe di valutazione Multidimensionale. Inoltre, l'équipe individua un case manager come referente per il progetto di vita della persona e dei soggetti coinvolti, monitorando periodicamente l'andamento e l'efficacia del progetto.

Ai sensi del **D.Lgs 62/2024** i **Componenti obbligatori** dell'EVM sono:

- la persona con disabilità e chi la rappresenta;

- la persona che supporta nel procedimento, se nominato dall'interessato;
- un assistente sociale, un educatore o un altro operatore dei servizi sociali territoriali;
- uno o più professionisti sanitari designati dall'Azienda Sanitaria o dal Distretto sanitario, col compito di garantire l'integrazione sociosanitaria, uno dei quali assume il compito di coordinatore dell'unità;
- un rappresentante dell'istituzione scolastica in caso di soggetti in età scolare;
- il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta della persona con disabilità, senza oneri a carico della finanza pubblica, cioè senza compensi.
- interviene anche un membro dei servizi per l'impiego nel caso in cui la valutazione di base abbia accertato la collocabilità lavorativa.

I componenti che possono partecipare **su richiesta** dell'interessato:

- il coniuge, un parente, un affine, una persona con vincoli di cui alla legge 20 maggio 2016, n. 76 (coppie di fatto, unioni civili), o il caregiver familiare;
- un medico specialista o specialisti dei servizi sanitari o sociosanitari;
- un rappresentante di associazione, fondazione, agenzia o altro ente con specifica competenza nella costruzione di progetti di vita, anche del terzo settore;
- referenti dei servizi pubblici e privati presso i quali la persona con disabilità fruisce di servizi o prestazioni, anche informale.

Inoltre, la Legge Regionale 25/2022 e il D.Lgs 62/2024 delineano la composizione e il funzionamento dell'équipe multidisciplinare incaricata della **gestione del progetto di vita individuale** per le persone con disabilità. Questa équipe include il coinvolgimento dell'**ASST, operatori del settore sociale ed educativo del Comune di residenza, il Centro per la vita indipendente, la scuola, gli enti gestori dei servizi, la persona stessa e i suoi familiari**.

Il progetto di vita formulato dall'équipe multidimensionale deve comprendere:

1. Gli obiettivi personali stabiliti dalla valutazione multidimensionale.
2. Interventi nelle aree di apprendimento, socialità, affettività, formazione, lavoro, casa, salute e habitat sociale.
3. Servizi e misure per migliorare la qualità di vita e facilitare la partecipazione sociale, inclusi gli accomodamenti necessari e i sostegni per la piena inclusione sociale e il godimento dei diritti civili.
4. Piani operativi dettagliati, con indicazione delle priorità e ri-allineamento dei piani esistenti.
5. Identificazione degli operatori e delle altre figure coinvolte, con precisazione di compiti e responsabilità.
6. Un referente per l'attuazione del progetto.
7. Programmazione dei tempi per le verifiche periodiche e l'aggiornamento del progetto.

8. Un bilancio dettagliato delle risorse umane, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche disponibili o attivabili.

Il progetto di vita deve essere costruito con la partecipazione attiva della persona con disabilità, inclusi coloro che necessitano di sostegno intensivo o sono sotto tutela legale. Inoltre, il progetto deve promuovere un ambiente domestico per facilitare la de-istituzionalizzazione e assicurare la continuità dei supporti e l'accessibilità dell'abitazione.

7.3 Il livello territoriale

L'integrazione tra il Polo Territoriale e il Piano di Zona costituisce un pilastro fondamentale nella programmazione e nella gestione dei servizi sociali e sociosanitari, essenziale per fornire una risposta efficace ai bisogni complessi della comunità locale.

Oggigiorno, i bisogni della popolazione assumono una natura sempre più multidimensionale e interconnessa, spaziando oltre singole esigenze isolate. Di fronte a questa realtà, i servizi sono chiamati a un impegno maggiore: quello di rispondere in modo efficace e coordinato a queste sfide composite. Non si tratta più soltanto di affrontare questioni esclusivamente sociali o strettamente sanitarie, ma di riconoscere e gestire le interdipendenze tra queste due aree, richiedendo un'intensificazione della collaborazione tra i vari settori.

Questa evoluzione dei bisogni richiede un **modello di servizio che favorisca una relazione collaborativa e integrata**, capace di attenzionare le diverse dimensioni del benessere della persona. In questo contesto, l'integrazione tra il polo territoriale e il piano di zona diventa non solo strategica, ma indispensabile per un approccio olistico e sinergico che valorizzi ogni aspetto della vita dei cittadini, assicurando interventi mirati e personalizzati che rispondano con precisione alle molteplici sfide presentate dalla società contemporanea.

L'integrazione tra Polo Territoriale e Piano di Zona punta a:

- **migliorare la pianificazione territoriale:** l'integrazione permette di affinare la pianificazione dei servizi, assicurando che il Piano di Zona non solo rispecchi le esigenze generali, ma tenga conto delle particolarità e delle specificità identificate dal Polo Territoriale;
- **ottimizzare le risorse:** attraverso l'integrazione, si persegue una gestione più efficiente delle risorse disponibili. Coordinando l'impiego di risorse umane, economiche e infrastrutturali, si evitano duplicazioni di servizi e si massimizza l'impatto degli investimenti. Questo non solo riduce i costi complessivi, ma migliora anche la qualità dei servizi offerti alla popolazione, grazie a un uso più razionale e mirato delle risorse;
- **promuovere l'interdisciplinarietà:** la collaborazione interdisciplinare è fondamentale per affrontare le sfide complesse del settore sociale e sociosanitario. L'integrazione tra i diversi attori - operatori sociali, sanitari, educativi e del settore sociosanitario - favorisce lo scambio di conoscenze e competenze, permettendo di sviluppare approcci innovativi e più efficaci nella risoluzione dei problemi;
- **personalizzare gli interventi:** la volontà è quella di adattare i servizi ai bisogni reali della popolazione locale, garantendo in tal modo, a ogni individuo o gruppo vulnerabile di ricevere il supporto adeguato.

Dall'incontro tra i Direttori di Distretto e i Responsabili degli Uffici di Piano sono emersi alcuni punti prioritari, che sono stati identificati come obiettivi comuni da perseguire per migliorare l'efficienza e l'efficacia dei servizi offerti, tra questi:

1. **il consolidamento dei Punti Unici di Accesso (PUA):** mira a rafforzare questi nodi vitali per un coordinamento territoriale più efficace, fungendo da interfaccia primaria per gli utenti verso il sistema di servizi. Questo processo semplifica l'accesso ai servizi, garantendo che le richieste e i bisogni delle persone siano gestiti efficacemente e orientati verso le risorse più appropriate. I PUA, collocati nelle tre Case della Comunità dei Distretti di Valle Brembana, Valle Imagna e Villa d'Almè, offrono un percorso di accesso e orientamento alla rete di servizi che è sempre più agevole, integrato e partecipato. Grazie al contributo congiunto delle ASST e degli Ambiti Territoriali Sociali, i PUA garantiscono accoglienza, informazione, orientamento, e accompagnamento attraverso percorsi personalizzati di aiuto, sostegno e orientamento rivolti a cittadini e utenti in condizioni di particolare disagio. Con l'obiettivo di realizzare un PUA "diffuso", che possa intercettare le domande dei cittadini in modo più capillare e prossimale, si prevede di integrare e potenziare i PUA esistenti con altri sportelli locali decentrati, posizionati strategicamente nei due Ambiti Territoriali Sociali
2. **il sollievo del Caregiver:** riconoscendo l'importante ruolo dei caregiver familiari nel sistema di assistenza, si intende potenziare il supporto a queste figure chiave, spesso sotto pressione, implementando servizi e iniziative specifiche che possano offrire sollievo e supporto ai caregiver.

Specificatamente, il progetto "**Caregiver Bergamo – Accanto a chi si prende cura**" si dedica al rafforzamento del supporto ai caregiver familiari, riconoscendo il loro ruolo fondamentale nel sistema di assistenza e mirando a mitigare la pressione a cui sono spesso sottoposti. Per realizzare ciò, sono state costituite, all'interno delle Case di Comunità, le Equipe Integrate Caregiver, composte da 14 team, uno per ogni Ambito Territoriale Sociale. Queste squadre, formate da Infermieri di Famiglia e Comunità e Assistenti Sociali, lavorano congiuntamente per offrire un supporto efficace ai caregiver familiari, aiutandoli a prendersi cura non solo dei loro cari ma anche di sé stessi.

L'obiettivo primario è il consolidamento della funzione di queste equipe, rendendole un dispositivo organico degli Ambiti Territoriali Sociali e del Distretto. Ciò si traduce in una serie di azioni a supporto dei caregiver familiari che includono orientamento post-diagnosi o post-dimissione, accompagnamento nell'accesso alla filiera dei servizi, e interventi di sollievo per prevenire il burnout o per intervenire in casi di indisponibilità temporanea del caregiver.

3. **le dimissioni protette e la presa in carico nell'ambito delle Centrali Operative Territoriali (COT):** strumenti ritenuti essenziali per assicurare la continuità assistenziale e il raccordo tra ospedale e territorio, promuovendo una rete di cura integrata ed efficace.

Queste azioni sono parte integrante del Progetto "**Continuità delle cure**", il quale mira a fornire risposte sostenibili ai bisogni di persone in condizioni di cronica fragilità. Questo approccio prevede una presa in carico integrata e continuativa della persona e della sua famiglia, promuovendo iniziative sinergiche che spaziano tra l'ambito sociale e sociosanitario, caratterizzate da flessibilità e coordinamento, e finalizzate all'implementazione di interventi di prossimità.

Nell'ambito del processo di integrazione tra il Polo Territoriale e il Piano di Zona, è prevista la creazione di una **rete che faciliti la condivisione di dati, informazioni e obiettivi**. Questa iniziativa mira a rafforzare la collaborazione tra le diverse entità operative, rendendo il flusso informativo più efficiente e adatto a rispondere proattivamente alle esigenze del territorio.

Inoltre, è programmata la co-programmazione degli obiettivi e delle priorità, coinvolgendo i responsabili del piano di zona, la Direzione sociosanitaria e i Direttori di distretto. Questo approccio congiunto permetterà di allineare le strategie e stabilire linee guida chiare e condivise per il futuro.

Sarà altresì implementato un **sistema di monitoraggio e valutazione** per verificare l'efficacia delle politiche e degli interventi pianificati. Questi strumenti di valutazione saranno cruciali per assicurare che le azioni intraprese siano efficaci e per apportare eventuali correzioni in base ai risultati ottenuti.

Infine, il Coordinamento Operativo organizzerà tavoli tecnici e incontri periodici tra i vari stakeholder. Questi incontri serviranno a mantenere un alto livello di coerenza e coesione delle azioni su tutto il territorio, assicurando che ogni iniziativa sia ben coordinata e allineata agli obiettivi comuni

I **benefici attesi** dalla futura integrazione tra il Polo Territoriale e il Piano di Zona sono:

- **riduzione delle frammentazioni nell'offerta di servizi e miglioramento della qualità della vita degli utenti:** l'intento è minimizzare la frammentazione dei servizi disponibili, spesso fonte di confusione e inefficienze, mediante un'offerta più integrata e coordinata che permetterà agli utenti di beneficiare di interventi più mirati e personalizzati.
- **maggiore efficacia ed efficienza nei servizi sociosanitari e assistenziali:** l'integrazione dei servizi ottimizzerà l'uso delle risorse, riducendo sovrapposizioni e sprechi, e aumentando l'efficacia e l'efficienza degli interventi, il che sosterrà la sostenibilità a lungo termine del sistema di assistenza.
- **rafforzamento del senso di comunità attraverso la partecipazione attiva dei cittadini e degli stakeholder:** uno degli obiettivi chiave è incoraggiare una maggiore partecipazione dei cittadini e degli stakeholder nel processo di pianificazione e erogazione dei servizi, incrementando così trasparenza e responsabilità, rafforzando il senso di comunità e appartenenza, e permettendo agli individui di sentirsi parte integrante delle decisioni che influenzano la loro vita quotidiana, promuovendo un legame più forte tra cittadini e istituzioni.

Per approfondire maggiormente, si consiglia la lettura delle Schede obiettivo concordate e inserite all'interno del PPT (Allegato 1).

8. PRESENTAZIONE DI AZIONI E PROGETTI DELL'AMBITO ATTIVI NEL TRIENNIO 2025-2027

Questo capitolo presenta i progetti attivi nell'ambito territoriale di Bergamo per la triennalità 2025-2027. Ogni iniziativa descrive le **attività**, gli **obiettivi** e i **risultati attesi**, con un approccio integrato e mirato alle necessità del territorio.

8.1 Area Adulti e Inclusione Attiva

8.1.1 Progetto "INtegra"

Il programma "**INtegra**", promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali nell'ambito del Programma Nazionale Inclusione e Lotta alla Povertà 2021-2027, rappresenta un'importante iniziativa per affrontare le sfide dell'inclusione sociale e del contrasto alla marginalità estrema. Coerente con le direttive europee e nazionali, il progetto mira a sviluppare interventi integrati e strutturati per garantire un sostegno concreto e personalizzato alle persone in condizioni di grave marginalità sociale, con un focus particolare sulla popolazione senza dimora.

Obiettivi del progetto

L'obiettivo principale dell'iniziativa è rafforzare il sistema di accoglienza e sostegno per le persone più vulnerabili, promuovendo percorsi di inclusione sociale che vadano oltre le soluzioni emergenziali. Attraverso l'attuazione di servizi innovativi e la creazione di reti territoriali integrate, il progetto punta a:

- Ridurre la marginalità sociale e l'esclusione delle persone senza dimora.
- Fornire risposte immediate e personalizzate ai bisogni primari e complessi di queste persone.
- Promuovere l'autonomia e il reinserimento sociale attraverso interventi mirati e personalizzati.

Destinatari

Il programma si rivolge principalmente alle persone in condizioni di grave esclusione sociale e senza dimora. Gli interventi includono sia azioni dirette rivolte a tali individui sia azioni di sistema per rafforzare la capacità operativa delle reti territoriali. Questa doppia azione intende migliorare sia i servizi offerti ai destinatari finali sia l'efficienza complessiva del sistema locale.

Principali attività previste

Le attività principali del programma si sviluppano in **quattro aree fondamentali**, ciascuna progettata per rispondere alle esigenze specifiche delle persone in condizioni di vulnerabilità.

La prima area riguarda l'**accoglienza e il supporto di emergenza**. Sono stati attivati dormitori e unità di strada per fronteggiare le necessità immediate di chi vive in condizioni di marginalità estrema. Inoltre, sono stati creati centri diurni e strutture dedicate per offrire spazi di socializzazione e supporto, con l'obiettivo di favorire una prima stabilizzazione delle persone prese in carico.

La seconda area si concentra sull'**inclusione sociale** attraverso percorsi personalizzati. In questo ambito, si implementano interventi innovativi come l'Housing First e l'Housing Led, che puntano a fornire soluzioni abitative stabili e dignitose. Parallelamente, vengono attivati percorsi formativi e di inserimento lavorativo per promuovere l'autonomia economica e sociale delle persone coinvolte.

I **servizi di supporto integrati** rappresentano la terza area di intervento. Essi includono servizi di segretariato sociale per facilitare l'accesso alla residenza anagrafica e orientare gli utenti verso le risorse disponibili sul territorio. Vengono inoltre offerti servizi di assistenza legale, psicologica ed educativa, progettati per rispondere ai bisogni specifici delle persone più fragili.

Infine, la quarta area riguarda la **rete** e la **governance territoriale**. Si lavora alla creazione e al rafforzamento di reti multidisciplinari sul territorio, garantendo un approccio integrato e coordinato. Particolare attenzione viene data alla valorizzazione della partecipazione del terzo settore, in stretta sinergia con le istituzioni locali, al fine di costruire un sistema di supporto efficace e sostenibile.

Queste aree di intervento, interconnesse tra loro, costituiscono il cuore del programma, con l'obiettivo di promuovere inclusione, autonomia e coesione sociale.

Risultati attesi

Il progetto si propone di raggiungere risultati concreti e misurabili in diversi ambiti, con l'obiettivo di apportare un impatto positivo e duraturo sul territorio e sulle persone coinvolte.

Un primo obiettivo fondamentale è la riduzione della marginalità sociale. Questo si traduce in un significativo aumento del numero di persone prese in carico e supportate attraverso percorsi personalizzati che favoriscano la loro inclusione sociale ed economica. L'attenzione rivolta alle persone più vulnerabili punta a migliorare in maniera tangibile la qualità della loro vita, attraverso interventi mirati e strutturati.

Un altro risultato atteso è il rafforzamento delle reti di supporto locale. La creazione di un sistema territoriale più coordinato ed efficiente rappresenta una priorità, con l'introduzione di modelli innovativi come l'Housing First, che offre soluzioni abitative immediate e sostenibili. Inoltre, il progetto si concentra sulla promozione di una maggiore sinergia tra enti pubblici e organizzazioni del terzo settore, al fine di ottimizzare le risorse disponibili e migliorare la risposta complessiva alle esigenze del territorio.

Infine, il progetto ambisce a favorire una crescita significativa delle capacità locali. Questo obiettivo viene perseguito attraverso la formazione e la valorizzazione delle risorse umane impegnate nei progetti, rafforzando le competenze degli operatori e dei volontari. Parallelamente, si lavora per incrementare la capacità delle comunità locali di affrontare in maniera efficace e integrata i fenomeni di povertà estrema, promuovendo soluzioni condivise e sostenibili.

In sintesi, il progetto mira non solo a rispondere alle necessità immediate, ma anche a costruire un sistema di interventi strutturati che possano generare un impatto duraturo nel tempo.

Il progetto "INtegra" rappresenta un modello di intervento ambizioso e strutturato, volto a promuovere l'inclusione e a garantire il diritto a una vita dignitosa per le persone più vulnerabili. La sua attuazione, prevista per il periodo 2024-2029, pone le basi per un significativo cambiamento nel contrasto alla marginalità e nella promozione di una società più equa e solidale.

8.1.2 Progetto "Comunità Attive"

Il progetto regionale "**Comunità Attive**" rappresenta un'iniziativa chiave per la promozione della giustizia riparativa e l'assistenza alle vittime di reato, attraverso un approccio integrato e multidisciplinare che coinvolge enti pubblici, privati e del terzo settore. Basato sulle linee guida della Riforma Cartabia (D.L. 150/2022), il progetto intende consolidare le pratiche riparative sul territorio, valorizzando le esperienze pregresse e ampliando le collaborazioni per rispondere in modo efficace ai bisogni della comunità.

Obiettivi del progetto

Il progetto si pone diversi obiettivi generali, tutti orientati a promuovere un sistema di giustizia riparativa più inclusivo ed efficace. In primo luogo, intende favorire la diffusione della **giustizia riparativa**, rendendo il sistema più omogeneo e accessibile a tutti. Questo implica il miglioramento delle strutture esistenti e l'ampliamento delle opportunità per accedere a percorsi riparativi, coinvolgendo sia le vittime che gli autori di reato.

Un altro obiettivo centrale è il **consolidamento dei servizi di supporto per le vittime di reato**. A tal fine, il progetto prevede l'attivazione e il potenziamento di sportelli specializzati, in stretta collaborazione con enti locali, per offrire un'assistenza qualificata e personalizzata. Questi servizi mirano a garantire alle vittime un sostegno concreto e un accompagnamento efficace nel loro percorso di riparazione.

Parallelamente, il progetto pone grande enfasi sulla **sensibilizzazione e formazione**. Attraverso iniziative rivolte a operatori, istituzioni e comunità locali, si mira a sviluppare una cultura della riparazione nella società. Questa componente educativa è essenziale per promuovere la consapevolezza dell'importanza della giustizia riparativa e per formare operatori capaci di gestire interventi riparativi in modo competente e sensibile.

Infine, si punta a costruire una **governance territoriale solida e sostenibile**. Questo significa creare un sistema partecipato e coordinato, capace di garantire continuità agli interventi e di integrare efficacemente i diversi attori coinvolti.

Tra gli **obiettivi specifici** figurano la realizzazione di programmi di mediazione penale e interventi riparativi, il potenziamento degli sportelli di assistenza alle vittime, la formazione mirata di operatori e la creazione di un sistema di governance che favorisca una partecipazione attiva e strutturata. Questi interventi, insieme, delineano un approccio completo per rafforzare il sistema della giustizia riparativa e il suo impatto positivo sulla società.

Destinatari

Il progetto si rivolge a:

- Autori di reato, attraverso percorsi di giustizia riparativa e responsabilizzazione.
- Vittime di reato, tramite l'attivazione di sportelli di ascolto e supporto.
- Comunità locali, per favorire la sensibilizzazione e la promozione di una cultura della riparazione.
- Operatori del sistema giuridico e sociale, incluse forze dell'ordine, educatori, psicologi e assistenti sociali, attraverso percorsi di formazione specifica.

Principali attività

Le attività del progetto si sviluppano attraverso quattro macro-azioni principali, ognuna progettata per rafforzare il sistema della giustizia riparativa e promuovere la cultura della riparazione nella società.

La prima macro-azione riguarda la **realizzazione di programmi di giustizia riparativa**, con iniziative che includono mediazioni penali tra vittime e autori di reato. Oltre ai metodi tradizionali, vengono introdotti interventi riparativi innovativi, come i circle riparativi e i family group conferences, che favoriscono il dialogo e la ricomposizione dei conflitti. Questi interventi coinvolgono non solo le parti direttamente interessate, ma anche gruppi parentali e comunitari, creando spazi collettivi per affrontare le problematiche relazionali in modo condiviso.

La seconda macro-azione si concentra sul **consolidamento degli sportelli per le vittime di reato**. Questo prevede il rafforzamento del coordinamento tra i servizi territoriali e le forze dell'ordine, per garantire una risposta integrata ed efficace. Gli sportelli saranno gestiti da equipe multidisciplinari composte da psicologi,

mediatori e legali, per offrire una presa in carico personalizzata delle vittime. Inoltre, si lavorerà all'ampliamento dei protocolli operativi con la Procura e altre istituzioni, per standardizzare e migliorare le procedure di supporto.

Un'altra area cruciale del progetto è la **sensibilizzazione e formazione**, rivolta a diversi attori della comunità. Percorsi formativi specifici sono stati progettati per forze dell'ordine, insegnanti e operatori territoriali, con l'obiettivo di fornire strumenti adeguati per la gestione riparativa dei conflitti. Particolare attenzione viene posta sulle attività educative rivolte ai giovani, che includono modelli innovativi per affrontare e risolvere i conflitti. A queste si affiancano laboratori di narrazione e la creazione di podcast, che mirano a sensibilizzare la cittadinanza sul valore della giustizia riparativa.

Infine, la quarta macro-azione punta alla **creazione di una governance territoriale integrata**. Sarà istituita una cabina di regia per monitorare e coordinare le attività, assicurando una gestione efficiente del progetto. Verranno sviluppati protocolli condivisi con tribunali, Procure e altri enti del sistema giudiziario, per garantire un approccio coerente e uniforme. Inoltre, il coinvolgimento del terzo settore, delle Università e di altre realtà locali contribuirà a rafforzare la rete territoriale, ampliando l'impatto delle azioni riparative e favorendo una collaborazione duratura tra i diversi attori coinvolti.

Queste quattro macro-azioni, complementari e interconnesse, rappresentano il cuore del progetto, con l'obiettivo di costruire un sistema di giustizia riparativa inclusivo, efficace e sostenibile.

Risultati attesi

Il progetto prevede risultati significativi che coinvolgono diverse categorie di destinatari, con benefici specifici per ciascun gruppo e per il sistema territoriale nel suo complesso.

Per gli **autori di reato**, il principale risultato atteso è la **riduzione della recidiva** attraverso l'adozione di percorsi riparativi che li responsabilizzano e li rendono consapevoli degli effetti delle proprie azioni. Questo approccio mira a favorire un cambiamento positivo, promuovendo un comportamento più responsabile e orientato al rispetto delle regole sociali.

Le **vittime** trarranno beneficio da un **miglioramento dell'accesso ai servizi di supporto**, con l'introduzione di percorsi personalizzati che rispondano alle loro esigenze specifiche. Tra le opzioni offerte, si includono anche interventi di mediazione, che consentono un dialogo guidato e rispettoso tra le parti, contribuendo a una maggiore soddisfazione e a una sensazione di giustizia riparatrice.

Per quanto riguarda la **comunità**, il progetto punta a rafforzare le **competenze di gestione dei conflitti** in contesti educativi e sociali, promuovendo una cultura della riparazione e della coesione sociale. Inoltre, il risultato atteso è la **creazione di una rete territoriale solida e sostenibile**, che favorisca il coordinamento e la collaborazione tra i diversi attori coinvolti.

Infine, il **sistema territoriale** beneficerà dall'introduzione di **modelli innovativi di giustizia riparativa**, capaci di rispondere in modo efficace e sostenibile alle esigenze locali. A ciò si aggiunge il **consolidamento di partenariati** tra enti pubblici e privati, creando una base solida per una governance condivisa e duratura. Questi partenariati garantiranno una maggiore efficienza e continuità degli interventi, rafforzando il sistema nel suo complesso.

Questi risultati contribuiscono a realizzare un approccio integrato e partecipativo, capace di generare un impatto positivo su tutti i livelli della società.

Governance e sostenibilità

La governance è garantita da una cabina di regia composta da rappresentanti degli enti coinvolti, che si riunisce periodicamente per monitorare le attività. La sostenibilità del progetto è assicurata dall'integrazione

con le politiche locali e dalla partecipazione attiva di partner consolidati, come Università, ASST e cooperative sociali. Inoltre, la collaborazione tra pubblico e privato crea le basi per la continuità degli interventi anche oltre la durata del progetto.

8.1.3 Progetti per la riduzione della recidiva e la promozione dell'inclusione delle persone detenute

Obiettivi del progetto

Il progetto ha l'obiettivo di **promuovere l'inclusione sociale e lavorativa delle persone detenute** presso la Casa Circondariale di Bergamo, offrendo loro percorsi di formazione specifici nel settore tessile. Attraverso l'acquisizione di competenze professionali, si mira a preparare i partecipanti a un futuro inserimento lavorativo, favorendo così una maggiore autonomia personale ed economica.

Un altro aspetto centrale è la **riduzione della recidiva**, obiettivo perseguito tramite l'attivazione di percorsi formativi e lavorativi strutturati. Questi percorsi non solo facilitano il reinserimento delle persone detenute nella società, ma rappresentano anche un'opportunità per favorire un cambiamento positivo, fornendo strumenti concreti per costruire un progetto di vita stabile e responsabile.

Il progetto punta inoltre a costruire un **modello di intervento integrato** che coinvolga istituzioni pubbliche, aziende private e organizzazioni del terzo settore. Questa collaborazione si basa sulla valorizzazione del lavoro come strumento educativo e riabilitativo, promuovendo un approccio sinergico che potenzia l'efficacia degli interventi e crea una rete di supporto sostenibile nel tempo.

Finalità del protocollo d'intesa

Il protocollo d'intesa si propone di perseguire obiettivi fondamentali per migliorare le condizioni di inclusione sociale e reinserimento delle persone detenute, contribuendo al loro percorso di crescita personale e al supporto delle loro famiglie.

La finalità principale è quella di **migliorare l'inclusione sociale**, attraverso la creazione di percorsi mirati che si concentrano su aspetti fondamentali come la formazione, l'occupazione e l'alloggio. Questi interventi puntano a fornire strumenti concreti per il reinserimento nella società, con un'attenzione particolare alla costruzione di opportunità stabili e sostenibili.

Un altro obiettivo chiave è il **supporto ai familiari** delle persone detenute, con iniziative mirate a ridurre le ricadute sociali ed economiche che la detenzione può comportare. L'assistenza offerta è progettata per rispondere alle esigenze materiali ed emotive delle famiglie, con particolare riguardo ai figli e ai minori coinvolti.

Il protocollo mira, inoltre, a **integrare risorse economiche e iniziative**, attraverso un coordinamento efficace tra enti locali, aziende e associazioni. Questa sinergia consente di ottimizzare gli interventi e di rendere le politiche sociali più incisive, garantendo un approccio complessivo e condiviso.

Infine, il protocollo si propone di **favorire la crescita personale e il reinserimento** delle persone detenute, creando opportunità di formazione e lavoro sia durante che dopo la detenzione. Questi percorsi sono fondamentali per favorire il loro sviluppo individuale e il superamento delle difficoltà legate al reinserimento sociale.

Aree di intervento

L'intervento si articola in diverse aree, ognuna delle quali mira a rispondere a specifici bisogni:

- **Accoglienza e inserimento abitativo:** Vengono realizzati percorsi individuali che supportano il reinserimento nella società, offrendo soluzioni abitative che garantiscano stabilità e sicurezza.
- **Inserimento lavorativo:** Sono previsti progetti personalizzati per avvicinare le persone detenute al mercato del lavoro, con percorsi che includono formazione professionale e opportunità concrete di impiego.
- **Supporto alle reti familiari e relazionali:** Si organizzano incontri dedicati alle famiglie, con una particolare attenzione ai bambini e ai minori, per ricostruire i legami affettivi e favorire una rete di supporto solida. All'interno del carcere, vengono promosse attività educative, culturali e sportive, volte a migliorare il benessere delle persone detenute e a stimolare il loro sviluppo personale.
- **Mediazione culturale:** Si lavora per ridurre le barriere culturali e linguistiche, fornendo sostegno durante le pratiche burocratiche e nei colloqui riabilitativi. Questo intervento mira a garantire un dialogo più efficace e una migliore comprensione reciproca tra detenuti e operatori.

Queste aree di intervento, coordinate tra loro, contribuiscono a realizzare un modello di inclusione sociale completo e innovativo, capace di generare un impatto positivo sia per le persone coinvolte che per l'intera comunità.

Struttura del partenariato

Il progetto coinvolge una rete ampia e diversificata di partner:

- Ente Capofila: Azienda Bergamasca Formazione (ABF): Gestione del laboratorio tessile, erogazione dei riconoscimenti economici ai detenuti e pianificazione delle attività.
- Casa Circondariale di Bergamo: Fornitura di spazi e selezione dei partecipanti al programma.
- Confindustria Bergamo: Sostegno economico e promozione delle attività presso le aziende associate.
- Soroptimist International e Alterego Comunicazione: Supporto economico e visibilità del progetto.
- Associazione Carcere e Territorio: Collegamento tra carcere e comunità locale.

Risultati attesi

Il progetto mira a ottenere risultati concreti che coinvolgono direttamente i detenuti, le loro famiglie e la comunità nel suo complesso, promuovendo cambiamenti positivi e sostenibili.

Per quanto riguarda i **detenuti**, uno degli obiettivi principali è l'**acquisizione di competenze professionali** che possano essere spendibili nel mercato del lavoro. Questi percorsi formativi permettono non solo di ampliare le loro opportunità di reinserimento professionale, ma anche di migliorare la loro **consapevolezza personale** e di rafforzare la **fiducia in sé stessi**, elementi fondamentali per affrontare con successo il ritorno alla vita sociale.

Per le **famiglie**, il progetto si propone di ridurre le difficoltà economiche e sociali che spesso accompagnano la detenzione di un loro componente. Attraverso interventi mirati e il coinvolgimento in reti di sostegno, si mira a creare una **rete stabile di supporto** che aiuti le famiglie a superare gli ostacoli e a costruire un ambiente più sicuro e accogliente per tutti i membri.

Per la **comunità**, i risultati attesi includono una **maggiore inclusione sociale delle persone detenute**, che possono diventare parte attiva e produttiva del tessuto sociale locale. Inoltre, il progetto prevede la **valorizzazione di spazi e risorse territoriali** dedicati al reinserimento, trasformandoli in punti di riferimento

per attività formative e lavorative. Questo approccio non solo favorisce il reintegro delle persone detenute, ma contribuisce anche a rafforzare il senso di coesione e appartenenza nella comunità.

8.1.4 Progetto “Gioco di Squadra 4”

Obiettivi generali

Il progetto "**Gioco di Squadra 4**", finanziato dalla Regione Lombardia nell'ambito del **PR FSE+ 2021-2027**, si pone come obiettivo principale il sostegno a minori e giovani adulti sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria. Attraverso un approccio integrato e multidisciplinare, il progetto mira a promuovere percorsi di inclusione sociale e autonomia, prevenendo le recidive e rafforzando le reti territoriali per una presa in carico efficace e coordinata. Gli obiettivi principali del progetto includono:

- **Supportare i minori e giovani adulti** in situazioni di vulnerabilità, offrendo percorsi personalizzati di accompagnamento e riabilitazione.
- **Promuovere l'inclusione sociale e l'autonomia**, attraverso interventi educativi e lavorativi che mirano a prevenire la reiterazione dei reati.
- **Rafforzare le reti territoriali**, favorendo la collaborazione tra enti pubblici, privati e del terzo settore per garantire un approccio globale e sostenibile.

Linee di intervento e attività principali

1. Percorsi di sostegno alla vulnerabilità

Il progetto prevede una presa in carico personalizzata dei minori in condizioni di marginalità, con percorsi che includono interventi educativi, psicologici e di recupero delle relazioni familiari. Attività innovative, come laboratori teatrali, artistici e sportivi, vengono organizzate in collaborazione con il **CSI di Bergamo**, offrendo opportunità creative e inclusive per favorire il cambiamento.

2. Supporto alla famiglia

Un elemento centrale del progetto è il sostegno ai familiari dei minori coinvolti nei percorsi di giustizia. Vengono attivati interventi per supportare la genitorialità e favorire il recupero delle relazioni familiari. La creazione di **gruppi multifamiliari** aiuta ad affrontare difficoltà relazionali comuni, offrendo spazi di confronto e mutuo supporto.

3. Inclusione attiva e lavorativa

Per favorire l'autonomia, il progetto propone percorsi di orientamento e riqualifica lavorativa, oltre a inserimenti in tirocini e attività socialmente utili. Collaborazioni con enti formativi e aziende locali facilitano l'accesso al mondo del lavoro, offrendo opportunità concrete per i beneficiari.

4. Concertazione territoriale

Il progetto punta a costruire e rafforzare reti tra enti pubblici, privati e del terzo settore. **Tavoli di lavoro multidisciplinari** vengono attivati per coordinare le attività, mentre eventi pubblici, mostre e laboratori sensibilizzano la comunità sulle tematiche della giustizia minorile e riparativa.

Metodologia

Il progetto si avvale di equipe multidisciplinari composte da operatori di rete, educatori, psicologi e assistenti sociali, in collaborazione con l'USSM di Brescia. Ogni percorso è personalizzato in base ai bisogni individuali, con valutazioni periodiche e aggiornamenti continui per garantire la massima efficacia. Approcci innovativi,

come l'utilizzo dello sport, dell'arte e della mediazione familiare, vengono integrati come strumenti educativi e relazionali.

Partenariato

Il progetto coinvolge un'ampia rete di partner, tra cui:

- Enti educativi e formativi: ABF, Enaip, Patronato San Vincenzo.
- Cooperative sociali: Il Piccolo Principe, Impronta, Generazioni FA, Noema.
- Fondazione Don Resmini: storicamente impegnata nell'accoglienza alternativa alla detenzione.
- ASST Papa Giovanni XXIII: per il supporto psicologico e familiare.
- CSI Bergamo: per l'integrazione sportiva.

Risultati attesi

I risultati attesi includono la riduzione della recidiva tra i minori autori di reato e il miglioramento delle relazioni familiari, con un rafforzamento delle competenze educative dei genitori. Per la comunità, il progetto punta a consolidare la rete territoriale e a promuovere una maggiore sensibilizzazione sulle tematiche della giustizia minorile e riparativa. Si prevede inoltre un incremento delle attività sportive, culturali e formative, con almeno 200 beneficiari diretti coinvolti.

Innovazioni

Tra le innovazioni proposte, il progetto introduce lo sport come strumento di inclusione e destigmatizzazione, affiancato da percorsi creativi come laboratori teatrali e fotografici che stimolano la riflessione e il cambiamento. La creazione di una cabina di regia garantisce il monitoraggio e il coordinamento delle attività, assicurando una gestione integrata ed efficace. In sintesi, "Gioco di Squadra 4" rappresenta un intervento strategico per promuovere inclusione, autonomia e coesione sociale, con un impatto positivo duraturo sia sui minori coinvolti sia sul territorio.

8.2 Area Famiglie

8.2.1 Progetto "C(')ENTRO ANCH'IO"

Obiettivi del progetto

Il progetto **C(')ENTRO ANCH'IO**, promosso dall'Ambito Territoriale 1 di Bergamo, si propone di potenziare i servizi di supporto alle famiglie, con un'attenzione particolare all'orientamento, all'inclusione sociale e al benessere psicofisico. Attraverso interventi mirati e un approccio integrato, il progetto punta a rispondere in modo efficace ai bisogni del territorio.

Uno degli obiettivi principali è il **rafforzamento della rete territoriale** dedicata al supporto delle famiglie, dei minori e dei giovani. Questo implica il miglioramento della collaborazione tra i diversi servizi e la creazione di una rete di sostegno solida e accessibile, capace di offrire risposte tempestive e adeguate alle esigenze della comunità.

Un'altra finalità fondamentale è la **promozione della genitorialità positiva**, realizzata attraverso interventi formativi e di supporto rivolti ai genitori. Questi percorsi aiutano a migliorare le competenze educative e relazionali, rafforzando il ruolo della famiglia come primo nucleo di sostegno per i minori.

Il progetto si impegna inoltre a **creare uno spazio accogliente e integrato** che favorisca il dialogo intergenerazionale e renda più semplice l'accesso ai servizi. Questo spazio diventa un punto di riferimento per le famiglie, dove possono trovare ascolto, orientamento e opportunità di confronto costruttivo.

Infine, il progetto si pone l'obiettivo di **prevenire il disagio sociale** attraverso azioni di orientamento precoce, ascolto e mediazione. Questi interventi mirano a individuare e affrontare situazioni di difficoltà prima che diventino critiche, promuovendo così un ambiente più inclusivo e coeso.

Il progetto **C(')ENTRO ANCH'IO** si configura quindi come un'importante iniziativa per migliorare il benessere delle famiglie e della comunità, grazie a un approccio collaborativo e alla valorizzazione delle risorse territoriali.

Destinatari

Il progetto si rivolge a:

- Famiglie con figli di età compresa tra 0 e 14 anni.
- Minori preadolescenti e adolescenti in situazioni di fragilità.
- Famiglie con bisogni specifici (es. disabilità, difficoltà educative o economiche).
- Nonni e figure di riferimento coinvolti nel sostegno familiare.

Aree di intervento e principali attività

Il progetto si sviluppa attraverso diverse aree di intervento, ognuna pensata per rispondere in modo mirato ai bisogni delle famiglie e dei minori, promuovendo benessere, inclusione e coesione sociale.

Nell'ambito dell'**accoglienza e ascolto**, è prevista l'attivazione di un HUB centrale e di tre SPOKE territoriali. Questi spazi fungono da punti di riferimento per le famiglie, offrendo ascolto e orientamento verso i servizi disponibili sul territorio. In aggiunta, vengono organizzati incontri dedicati al sostegno psicologico e consulenze educative, per affrontare specifiche difficoltà e favorire un accompagnamento personalizzato.

Il **supporto alla genitorialità** rappresenta un'altra area cruciale del progetto. Sono previsti percorsi di counseling genitoriale per migliorare le relazioni tra genitori e figli, insieme a corsi di formazione su tematiche attuali come il digitale, il cyberbullismo, l'affettività e la gestione delle emozioni. Particolare attenzione è rivolta ai papà, con incontri specifici, e ai legami intergenerazionali, attraverso laboratori dedicati a nonni e nipoti.

Per il **benessere psicofisico**, il progetto propone iniziative innovative come il massaggio infantile, integrato con neuroscienze, rivolto a neonati e mamme, e laboratori ludico-educativi che favoriscono la socializzazione e stimolano il gioco creativo. Queste attività mirano a creare un ambiente sano e stimolante per i più piccoli e le loro famiglie.

Un ulteriore focus è posto sulla **mediazione culturale**, con la presenza di mediatori interculturali per supportare famiglie con background migratorio. Incontri mensili dedicati promuovono l'integrazione e il dialogo interculturale, riducendo le barriere linguistiche e culturali che possono ostacolare l'accesso ai servizi.

L'area dedicata alla **promozione del dialogo e alla prevenzione del disagio** si concentra sulla creazione di spazi di ascolto tempestivo per adolescenti e preadolescenti, affrontando le difficoltà tipiche di questa fase della vita. Vengono inoltre promosse attività di sensibilizzazione e prevenzione contro il maltrattamento minorile, con l'obiettivo di tutelare i più vulnerabili.

Infine, il progetto prevede un investimento significativo nella **formazione degli operatori**. Educatori, assistenti sociali e mediatori sono coinvolti in percorsi formativi realizzati in collaborazione con esperti del settore, per garantire un approccio sempre aggiornato e competente nella gestione dei bisogni delle famiglie.

Struttura organizzativa

Il progetto sarà gestito da un HUB centrale situato a Bergamo, che fungerà da centro di coordinamento e organizzazione delle attività. Gli SPOKE, distribuiti nel territorio dell'Ambito 1, opereranno in sinergia con i servizi locali, garantendo una copertura capillare e l'accesso a tutte le famiglie.

Partenariato

Il progetto coinvolge una vasta rete di partner, tra cui:

- Comune di Bergamo come ente capofila.
- Cooperativa Ruah per la mediazione interculturale.
- Università di Bergamo per la ricerca e la formazione.
- Consultori pubblici e privati per il supporto psicosociale.
- ETS ed enti territoriali per attività ludico-educative e sociali.

Risultati attesi

Il progetto si propone di ottenere risultati significativi per le famiglie, i minori e il territorio, migliorando il benessere generale e rafforzando la coesione sociale.

Per le **famiglie**, l'obiettivo principale è il **miglioramento dell'accesso ai servizi territoriali**, garantendo loro un supporto più efficace e facilmente fruibile. Si punta inoltre a **rafforzare le competenze genitoriali**, attraverso percorsi educativi e formativi che aiutino i genitori a gestire al meglio le sfide quotidiane e il ruolo educativo. Un altro risultato atteso è la **creazione di reti di supporto** tra le famiglie, favorendo relazioni positive e solidali che possano rappresentare un punto di riferimento per affrontare difficoltà comuni.

Per i **minori**, il progetto mira a un **incremento del benessere psicofisico** grazie a iniziative che promuovano la socializzazione e il gioco creativo. L'obiettivo è anche favorire una **maggiore inclusione sociale**, intervenendo in modo preventivo sul disagio e creando opportunità di partecipazione per tutti, inclusi i bambini e i ragazzi in situazioni di fragilità.

Per il **territorio**, i risultati attesi includono il **rafforzamento della rete sociale**, che consenta una maggiore coesione comunitaria e una collaborazione più stretta tra enti, associazioni e famiglie. Un altro obiettivo è la **promozione di un modello di welfare integrato e sostenibile**, capace di rispondere alle esigenze del territorio in modo innovativo e duraturo, valorizzando le risorse locali e le buone prassi.

8.2.2 Progetto "Essere Mamme"

Obiettivi del progetto

Il progetto "**Essere Mamme**" si propone di offrire un supporto mirato e integrato alle neofamiglie nei primi mesi di vita del bambino, rispondendo in maniera multidisciplinare alle esigenze delle mamme e dei loro neonati. Gli obiettivi principali includono l'offerta di sostegno pratico, educativo e psicologico alle mamme, con particolare attenzione allo sviluppo delle competenze genitoriali. Il progetto mira inoltre a promuovere il benessere dei neonati e delle famiglie, rafforzando le reti di sostegno tra le neomamme e i servizi territoriali disponibili.

Aree di intervento e attività principali

Il progetto si articola in diverse aree di intervento, ciascuna caratterizzata da attività specifiche.

La prima area riguarda gli **spazi di confronto sociosanitari per neofamiglie**, dove si svolgono incontri settimanali in quattro sedi dedicate. Questi incontri sono rivolti a mamme con neonati fino a sei mesi e prevedono la presenza di ostetriche ed educatrici esperte. Le tematiche affrontate includono l'allattamento, il sonno e la cura del neonato, offrendo un supporto diretto e mirato alle neomamme.

La seconda area si concentra sulla **formazione per neofamiglie**. Gli incontri periodici affrontano argomenti specifici come l'allattamento, lo svezzamento, la cura e l'igiene del neonato e la riabilitazione del pavimento pelvico. Vengono inoltre proposte attività ludiche, come il "cestino dei tesori" e l'introduzione ai libri per l'infanzia, per stimolare lo sviluppo del neonato e il legame genitoriale.

Un'altra attività fondamentale è rappresentata dalle **visite ostetriche domiciliari**, pensate per affrontare difficoltà specifiche legate all'allattamento, al sonno o ai ritmi di crescita del neonato. Questi interventi possono essere richiesti direttamente dalla mamma o attivati su segnalazione di pediatri, farmacisti o altri professionisti che intercettano i bisogni delle famiglie.

Il progetto prevede anche percorsi di **formazione per adulti che si prendono cura dei bambini**, rivolti a genitori, nonni, babysitter e altri caregiver. Questi percorsi si concentrano sulla cura e l'osservazione dello sviluppo infantile, fornendo strumenti pratici e conoscenze utili per garantire un ambiente stimolante e sicuro per i piccoli.

Tra le attività proposte, un ruolo centrale è svolto dai **corsi di massaggio infantile**, organizzati in piccoli gruppi e rivolti a bambini di età compresa tra 1 e 7 mesi. Condotti da educatrici specializzate, questi corsi si svolgono negli spazi gioco dell'ambito territoriale e mirano a rafforzare il legame tra genitori e neonati, oltre a promuovere il rilassamento e il benessere dei bambini.

Il progetto offre inoltre **consulenza psicologica per famiglie o coppie in difficoltà**, con percorsi strutturati in 3-4 incontri, pensati per affrontare momenti critici legati a cambiamenti o a fasi di crescita dei figli.

Infine, un'area importante è dedicata alla **promozione dei servizi per l'infanzia**, attraverso l'aggiornamento periodico di un sito web dedicato e la distribuzione di newsletter per famiglie e neofamiglie. Questi strumenti di comunicazione aiutano a informare le famiglie sulle opportunità disponibili e a creare un punto di contatto costante con i servizi territoriali.

Il progetto **"Essere Mamme"** rappresenta così un supporto completo e integrato, capace di rispondere in modo concreto alle esigenze delle neofamiglie e di contribuire al benessere dei neonati e dei loro genitori.

Collaborazioni e reti territoriali

Il progetto è realizzato in collaborazione con:

- Consultori familiari territoriali: per la realizzazione degli incontri e delle visite domiciliari.
- Pediatri, farmacisti e servizi sociali: per segnalazioni e supporto.
- Spazi gioco e centri famiglia: per l'organizzazione delle attività educative e formative.

Impatto atteso

Il progetto si propone di generare un impatto significativo sulle mamme, sulle famiglie e sul territorio, contribuendo a migliorare il benessere individuale e collettivo attraverso un approccio integrato e inclusivo.

Per le **mamme**, l'impatto atteso si traduce in un **miglioramento delle competenze genitoriali**, grazie a interventi mirati che le aiutano a sviluppare le capacità necessarie per affrontare con sicurezza e serenità i primi mesi di vita del bambino. Inoltre, il progetto mira a ridurre il **disorientamento tipico di questa fase iniziale**, offrendo supporto pratico, educativo e psicologico.

Per le **famiglie**, l'impatto principale è rappresentato dal **rafforzamento dei legami familiari**, attraverso interventi che favoriscono il dialogo, la comprensione reciproca e la costruzione di una rete di supporto emotivo. Questo contribuisce a creare un ambiente più stabile e sereno, in grado di sostenere non solo i genitori ma anche i neonati nel loro percorso di crescita.

Per il **territorio**, il progetto mira a favorire una **maggiore integrazione tra i servizi territoriali e le famiglie**, promuovendo una rete di sostegno capillare e accessibile. Un ulteriore impatto atteso è la **diffusione di una cultura del sostegno alla genitorialità**, che valorizzi il ruolo della famiglia come nucleo fondamentale della società e incoraggi il coinvolgimento attivo di tutti gli attori territoriali nel supporto alle neofamiglie.

In sintesi, l'impatto del progetto si riflette in una migliore qualità della vita per le mamme, un rafforzamento delle dinamiche familiari e una comunità più coesa e attenta ai bisogni delle famiglie, creando un sistema di supporto inclusivo e sostenibile.

8.2.3 Protocollo d'Intesa 2024-2026 per la Prevenzione e il Contrasto della Violenza contro le Donne

Obiettivi generali

Il **Protocollo d'Intesa 2024-2026** si propone di rafforzare le azioni di prevenzione e contrasto alla violenza contro le donne, attraverso un approccio integrato e collaborativo che coinvolga enti pubblici, privati e organizzazioni del terzo settore. L'obiettivo principale è costruire una rete interistituzionale solida, capace di coordinare interventi efficaci per la protezione delle vittime e dei loro figli, oltre a promuovere strategie operative condivise per affrontare il fenomeno in tutte le sue dimensioni.

Tra le finalità principali vi è il **consolidamento della rete territoriale interistituzionale**, fondamentale per garantire un approccio sinergico e integrato nella gestione dei casi di violenza. La creazione di una rete strutturata consente di mettere in connessione diversi attori del territorio, promuovendo una collaborazione continua e orientata ai bisogni delle vittime.

Un altro obiettivo cardine è lo **sviluppo di procedure operative condivise**, che permettano di intervenire in modo tempestivo ed efficace. Queste procedure sono pensate per standardizzare i processi di presa in carico, riducendo i tempi di risposta e aumentando l'efficacia delle azioni intraprese.

Il Protocollo si impegna inoltre a promuovere la **formazione continua degli operatori** coinvolti nella gestione dei casi di violenza, per garantire un intervento competente e aggiornato. La sensibilizzazione della comunità rappresenta un altro elemento cruciale, con iniziative mirate a educare la popolazione sul tema della violenza di genere, promuovendo una cultura basata sul rispetto e l'uguaglianza.

Infine, viene data particolare importanza al miglioramento della **raccolta dei dati**, essenziale per il monitoraggio e la valutazione del fenomeno. La disponibilità di dati affidabili e aggiornati consente di pianificare interventi mirati, misurare l'efficacia delle strategie adottate e identificare eventuali criticità da affrontare.

Soggetti coinvolti

La rete comprende:

- Comuni: 23 amministrazioni locali dell'Ambito Territoriale di Bergamo e Dalmine.
- Enti socio-sanitari: Agenzia di Tutela della Salute (ATS), ASST Papa Giovanni XXIII, Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Bergamo Ovest.
- Enti giudiziari: Tribunale Ordinario di Bergamo.
- Ordini professionali: Ordine dei Medici e degli Avvocati di Bergamo.
- Associazioni e cooperative sociali: tra cui "Aiuto Donna", Cooperativa Ruah, Fondazione Angelo Custode, e altre organizzazioni impegnate nel sostegno alle vittime e nella prevenzione.
- Consigliera di Parità e Provincia di Bergamo.

Aree di intervento e impegni dei soggetti sottoscrittori

Il **Protocollo d'Intesa 2024-2026** si articola in diverse aree di intervento, ciascuna progettata per affrontare in maniera sistematica e coordinata il fenomeno della violenza contro le donne. Gli impegni dei soggetti sottoscrittori mirano a prevenire il fenomeno, supportare le vittime e favorire il loro reinserimento sociale, oltre a monitorare costantemente l'efficacia delle azioni intraprese.

L'area dedicata alla **prevenzione e sensibilizzazione** si concentra sull'organizzazione di eventi formativi e campagne rivolte alla cittadinanza, con l'obiettivo di promuovere la cultura della non violenza e delle pari

opportunità. Queste iniziative puntano a modificare i comportamenti e a favorire un cambiamento culturale, essenziale per ridurre l'incidenza della violenza di genere.

Sul piano degli **interventi operativi**, il Protocollo prevede il coordinamento di servizi di accoglienza e supporto psicologico dedicati alle donne vittime di violenza e ai loro figli. Sono inclusi l'attivazione di Case Rifugio di primo e secondo livello e lo sviluppo di progetti educativi individualizzati per le donne accolte, per aiutarle a intraprendere un percorso verso l'autonomia e il benessere.

Un altro ambito cruciale è la **formazione degli operatori**, che include la promozione di percorsi multidisciplinari rivolti a operatori sociosanitari, educatori e altri professionisti coinvolti nella rete. Questi programmi formativi mirano a fornire strumenti aggiornati e competenze specifiche per una gestione efficace dei casi di violenza.

Il **supporto alle vittime** è garantito attraverso un accesso facilitato a servizi legali, psicologici e di mediazione culturale. Inoltre, vengono creati percorsi di reinserimento lavorativo e sociale, fondamentali per aiutare le donne a riconquistare la loro autonomia e indipendenza.

Infine, l'area dedicata al **monitoraggio e alla raccolta dei dati** assicura la messa in rete delle informazioni sui casi di violenza rilevati e il monitoraggio periodico delle azioni intraprese. Questa attività consente di valutare l'efficacia delle strategie adottate e di adattare gli interventi alle necessità emergenti.

Attraverso queste aree di intervento, il **Protocollo d'Intesa 2024-2026** si configura come uno strumento fondamentale per costruire una risposta integrata e coordinata al fenomeno della violenza contro le donne, promuovendo la sicurezza, l'autonomia e il benessere delle vittime e contribuendo a un cambiamento culturale duraturo.

Risultati attesi

Il **Protocollo d'Intesa 2024-2026** mira a ottenere risultati concreti e misurabili nel contrasto alla violenza contro le donne, agendo su diversi livelli e coinvolgendo una pluralità di attori. Uno dei risultati principali attesi è la **riduzione del fenomeno della violenza**, obiettivo perseguito attraverso attività di prevenzione, sensibilizzazione e interventi operativi mirati. L'impatto delle azioni sarà visibile sia nel rafforzamento delle reti territoriali sia nella maggiore consapevolezza della comunità sul tema.

Un altro risultato fondamentale è l'**aumento delle competenze degli operatori** coinvolti nella gestione dei casi di violenza. Grazie a percorsi di formazione continua e multidisciplinare, questi professionisti saranno in grado di affrontare il fenomeno con strumenti aggiornati ed efficaci, migliorando la qualità e la tempestività degli interventi.

Il Protocollo punta, inoltre, al **miglioramento del coordinamento tra i servizi territoriali e nazionali**, per garantire una risposta integrata e sinergica. Questa collaborazione permetterà di ottimizzare le risorse disponibili e di sviluppare strategie condivise per affrontare in modo più efficace i casi di violenza.

Un ulteriore obiettivo è il **rafforzamento del supporto alle vittime**, attraverso l'attivazione di percorsi di tutela e reinserimento sociale. Questi percorsi comprendono servizi di accoglienza, supporto psicologico e legale, oltre a opportunità di formazione e reinserimento lavorativo, favorendo l'autonomia e il benessere delle donne coinvolte.

Il Protocollo introduce anche elementi di **innovazione** che arricchiscono il suo impatto. Tra questi, si distingue un **approccio integrato** che include, oltre al supporto alle vittime, l'attenzione agli uomini maltrattanti, attraverso percorsi di rieducazione e prevenzione. Questa prospettiva innovativa mira a ridurre il rischio di recidiva e a promuovere un cambiamento culturale più ampio. Un altro elemento innovativo è il focus sulla

raccolta e analisi dei dati, che permette una comprensione più approfondita del fenomeno e supporta l'elaborazione di strategie sempre più mirate e basate sull'evidenza.

8.2.4 Punto di Primo Intervento Sociale in Pronto Soccorso

Il "Punto di Primo Intervento Sociale in Pronto Soccorso" nasce dall'impegno dell'Azienda Papa Giovanni XXIII nel **contrastare la violenza di genere e nel fornire una risposta integrata e tempestiva alle donne vittime di violenza**. L'iniziativa si colloca in un contesto in cui il numero di donne che hanno richiesto aiuto ai centri antiviolenza e al Pronto Soccorso è in costante aumento, evidenziando la necessità di un approccio strutturato e sinergico. Il progetto si basa sulla **collaborazione tra l'ospedale, le reti antiviolenza territoriali e i servizi sociali**, con l'obiettivo di creare un sistema di protezione efficace e integrato.

Il progetto risponde a bisogni pressanti, come la necessità di garantire una presa in carico immediata, di integrare i servizi sanitari e sociali, di sostenere le donne in condizioni di particolare fragilità e di migliorare il coordinamento tra ospedale e territorio. Particolare attenzione viene rivolta alle donne con figli minori e alle situazioni di alta complessità sociosanitaria, così come alla necessità di rispondere alle esigenze specifiche delle donne straniere attraverso un supporto di mediazione culturale.

Obiettivi generali

Tra gli obiettivi principali vi è la **creazione di un percorso integrato di accoglienza e presa in carico per le vittime di violenza**, garantendo supporto professionale specializzato sin dal primo accesso in **Pronto Soccorso**. La presenza di un **case manager dedicato** e la definizione di **protocolli condivisi** rappresentano elementi fondamentali per migliorare l'efficienza e l'efficacia della risposta. L'iniziativa punta a consolidare la collaborazione tra i professionisti sanitari, le reti antiviolenza e i servizi territoriali, riducendo i tempi di intervento e migliorando il livello di protezione offerto alle vittime.

Aree di intervento e principali attività

Le azioni previste includono l'accoglienza in spazi dedicati per garantire **colloqui riservati**, la **valutazione** immediata dei bisogni attraverso la **presa in carico** da parte dell'assistente sociale, l'attivazione delle **risorse territoriali e personali** della donna e, ove necessario, la collocazione in **strutture protette**. L'attuazione del progetto prevede anche la collaborazione con le Forze dell'Ordine per facilitare le denunce direttamente in Pronto Soccorso, oltre a interventi di sensibilizzazione rivolti alla rete antiviolenza provinciale.

Risultati attesi

Il progetto si pone risultati ambiziosi, come la strutturazione di un **percorso di accoglienza integrato**, l'**individuazione precoce dei rischi di violenza**, l'**aumento delle denunce** e l'inserimento di un numero sempre maggiore di donne nei **percorsi di protezione e supporto**. Un'attenzione particolare viene data al monitoraggio dei risultati, con l'obiettivo di raggiungere un incremento progressivo delle denunce e di garantire che tutte le vittime che accedono al Pronto Soccorso ricevano un'adeguata presa in carico.

La rete

Il partenariato è ampio e comprende l'Ospedale Papa Giovanni XXIII come ente promotore, le reti antiviolenza territoriali di Bergamo, Dalmine, Valle Brembana e Valle Imagna, i servizi sociali territoriali, le Forze dell'Ordine e le organizzazioni del privato sociale, tra cui case rifugio e strutture di accoglienza. Questa rete articolata di collaborazioni è essenziale per garantire la continuità del supporto e il successo del progetto, che rappresenta un modello innovativo per affrontare la violenza di genere in modo tempestivo ed efficace.

8.3 Area Giovani

8.3.1 Progetto “EduchiAMOCi”

Il progetto “**EduchiAMOCi**” nasce con l’obiettivo di supportare il benessere psicofisico e sociale di preadolescenti e adolescenti, riconoscendo questa fase della vita come cruciale per la costruzione di un’identità solida, sia individuale che sociale. Attraverso un ampio ventaglio di interventi, il progetto mira a creare opportunità di empowerment, favorire la socialità e rafforzare i legami tra giovani e adulti, con particolare attenzione ai ragazzi tra gli 11 e i 18 anni che risiedono nell’Ambito 1 (Bergamo, Gorle, Torre Boldone, Ponteranica e Sorisole).

Finalità del progetto

La finalità principale del progetto è il miglioramento della qualità della vita dei giovani e delle loro famiglie, attraverso interventi mirati e integrati che rispondano a bisogni specifici. Tra gli obiettivi centrali vi è la **promozione della socialità**, che si concretizza nella creazione di spazi e occasioni di incontro per stimolare relazioni positive e favorire la coesione sociale. Questi luoghi diventano punti di riferimento dove i giovani possono sviluppare legami significativi e rafforzare il senso di appartenenza alla comunità.

Un altro aspetto fondamentale è l’**inclusione sociale**, con particolare attenzione ai ragazzi in condizioni di fragilità o marginalità. Il progetto mira a supportarli attraverso percorsi personalizzati che favoriscano il loro inserimento nei contesti educativi, culturali e sociali, riducendo le disuguaglianze e promuovendo opportunità di crescita.

L’**empowerment educativo** rappresenta un pilastro del progetto, con iniziative che incoraggiano l’accesso ad attività formative e creative. L’obiettivo è fornire ai giovani strumenti utili per sviluppare competenze trasversali e specifiche, fondamentali per la loro autonomia e realizzazione personale.

Infine, il progetto pone una forte enfasi sul **benessere psicofisico** dei ragazzi. Attraverso lo sport, la cultura e il contatto con la natura, si promuove lo sviluppo personale, favorendo uno stile di vita sano e attivo. Questi elementi contribuiscono a migliorare il benessere complessivo dei giovani, creando un equilibrio tra crescita personale e sociale.

Grazie alla stretta collaborazione tra il Comune di Bergamo e i Comuni dell’Ambito 1, il progetto si impegna a realizzare interventi integrati e coordinati, capaci di rispondere in modo efficace alle esigenze specifiche del territorio, con un approccio che valorizzi le risorse locali e promuova la partecipazione attiva di tutti i soggetti coinvolti.

Destinatari

Il progetto è rivolto a:

- Minori di età compresa tra 11 e 18 anni, inclusi coloro con disabilità o bisogni educativi speciali.
- Famiglie, con l'obiettivo di coinvolgerle nel processo educativo e nel dialogo intergenerazionale.
- Comunità locale, per promuovere la coesione sociale e l'inclusione.

Principali attività previste

Le attività previste dal progetto offrono un'ampia gamma di esperienze educative, culturali e sociali, pensate per rispondere alle esigenze dei giovani e delle loro famiglie in modo innovativo e inclusivo.

Le **attività legate alla natura e alla sostenibilità** includono la creazione di healing gardens e altre iniziative all'interno dell'Orto Botanico, promuovendo il benessere attraverso il contatto con la natura. Inoltre, vengono realizzate attività di guerrilla gardening e guerrilla art, che mirano a riqualificare gli spazi verdi, rendendoli più accessibili e piacevoli per la comunità.

Le **esperienze culturali** proposte comprendono visite-laboratorio al Museo di Scienze Naturali e al Convento di San Francesco, che offrono ai partecipanti opportunità di apprendimento coinvolgente. Parallelamente, attività come il gaming letterario e i club del libro sono progettate per stimolare l'interesse alla lettura, soprattutto tra i giovani meno propensi a dedicarsi a questa attività.

Una parte centrale del progetto è rappresentata dai **laboratori educativi e creativi**, che includono percorsi STEM e CODING per avvicinare i giovani alle materie tecnico-scientifiche. Inoltre, attività pratiche come la falegnameria, la ciclofficina, l'ensemble musicale e la decorazione creativa offrono ai partecipanti la possibilità di sviluppare competenze manuali e artistiche. Tra le iniziative innovative spicca la creazione di una web radio scolastica, pensata per promuovere un uso consapevole e creativo del digitale.

Le **attività sportive e artistiche** comprendono discipline come il parkour, il basket, il volley, il tennis e l'arrampicata, promuovendo il benessere fisico e la socializzazione attraverso lo sport. I laboratori di street art, invece, si concentrano sulla riqualificazione degli spazi urbani, trasformandoli in luoghi di espressione artistica e creatività.

L'**inclusione sociale** rappresenta un altro ambito fondamentale del progetto. Laboratori STEM specificamente dedicati alle ragazze sono accompagnati da interventi di mediazione culturale per promuovere la parità di genere. Iniziative come i Caffè Condivisi favoriscono il dialogo tra famiglie migranti e autoctone, rafforzando i legami sociali. Per i minori con disabilità e quelli con autismo, il progetto prevede percorsi dedicati che assicurano una partecipazione inclusiva e significativa.

Infine, le **attività di comunità** comprendono la rigenerazione di un luogo storico attraverso il progetto BO.PO., che lo trasforma in uno spazio sociale e culturale. Anche le biblioteche comunali svolgono un ruolo chiave, offrendo iniziative mirate a promuovere l'inclusione e l'accesso alla cultura.

Queste attività integrate si configurano come strumenti per creare opportunità di crescita, promuovere il benessere e rafforzare la coesione sociale nel territorio.

Risultati attesi

Il progetto mira a generare risultati significativi che coinvolgano i giovani, le loro famiglie e la comunità locale, con benefici mirati per ciascun gruppo.

Per i **ragazzi**, il progetto punta a incrementare le competenze sociali, cognitive e relazionali, fornendo loro strumenti utili per affrontare le sfide della crescita e dell'integrazione sociale. Un altro risultato atteso è il maggiore accesso a opportunità educative e ricreative, che contribuiscono a migliorare il loro sviluppo personale e a stimolare interessi diversificati.

Le **famiglie** potranno beneficiare di un miglioramento del dialogo intergenerazionale, grazie a iniziative che favoriscono la comunicazione e la comprensione reciproca tra genitori e figli. Inoltre, il progetto prevede la creazione di spazi di incontro e confronto, dove le famiglie possono condividere esperienze, costruire reti di supporto e affrontare insieme le sfide educative.

Per la **comunità locale**, l'impatto del progetto si traduce nel rafforzamento del tessuto sociale, grazie a iniziative inclusive che promuovono la partecipazione attiva e il senso di appartenenza. Un ulteriore beneficio è rappresentato dalla riqualificazione degli spazi urbani e naturali, trasformati in luoghi di socialità, creatività e benessere accessibili a tutti.

Questi risultati, interconnessi tra loro, contribuiscono a costruire un ambiente più coeso e inclusivo, capace di rispondere alle esigenze di tutti i suoi membri e di promuovere uno sviluppo armonico e sostenibile del territorio.

Sostenibilità del progetto

La sostenibilità del progetto è garantita dal forte radicamento territoriale delle attività e dalla solidità delle reti costruite con i partner. L'obiettivo è creare un modello replicabile che possa continuare a generare benefici anche oltre la durata del finanziamento.

8.3.2 Progetto "DigEducati"

Obiettivi generali

Il progetto "**DigEducati**", attivo presso il CTE di Valtesse a Bergamo e la biblioteca di Gorle, ha come obiettivo principale la promozione dell'alfabetizzazione digitale tra la popolazione, con un focus specifico su famiglie e minori di età compresa tra i 6 e i 13 anni. Attraverso i Punti di Comunità (PdC), il progetto si propone di migliorare le competenze digitali individuali, incentivare la cittadinanza digitale e favorire la partecipazione attiva della comunità. Inoltre, mira a creare un network collaborativo che coinvolga istituzioni, associazioni e risorse locali, per garantire un intervento coordinato e capillare sul territorio.

Aree di intervento e attività principali

Tra le aree di intervento, l'**educazione digitale** rappresenta un elemento centrale. Il progetto offre contenuti educativi e culturali attraverso workshop, corsi e attività ludiche, mirati allo sviluppo di competenze specifiche come l'uso consapevole di internet, un approccio critico ai social media e l'utilizzo creativo della tecnologia. Questi interventi permettono di rispondere alle esigenze formative dei minori e delle loro famiglie, favorendo un rapporto sano e costruttivo con il mondo digitale.

Un'altra componente fondamentale del progetto è il **supporto personalizzato**, con la creazione di spazi inclusivi all'interno dei PdC. Attraverso assistenza individuale e sportelli di orientamento digitale, le famiglie e i minori possono ricevere un supporto su misura per superare le difficoltà legate all'accesso e all'uso delle tecnologie, rafforzando la loro autonomia e sicurezza.

Il progetto promuove attivamente anche l'**inclusione sociale**, garantendo l'accesso prioritario alle persone a rischio di povertà educativa o con fragilità. Coinvolgendo famiglie e bambini di diversa provenienza, il progetto

punta a ridurre le disuguaglianze e a favorire una partecipazione equa e condivisa, rafforzando la coesione sociale.

Un aspetto qualificante è rappresentato dalla **formazione del personale educativo**. Gli educatori partecipano a percorsi di aggiornamento metodologico, organizzati in collaborazione con la Fondazione Comunità Bergamasca, che forniscono strumenti innovativi per la gestione di gruppi e l'insegnamento delle competenze digitali. La figura del DigEducatore, con competenze specifiche nell'educazione digitale, gioca un ruolo chiave nella realizzazione delle attività, garantendo un approccio professionale e mirato.

Modalità organizzative

Il progetto "**DigEducati**" si basa su modalità organizzative ben definite per garantire la continuità e l'efficacia delle attività proposte. La gestione e la manutenzione rappresentano un elemento fondamentale, con un'attenzione particolare alla sostituzione di materiali obsoleti o guasti per assicurare l'efficienza delle dotazioni tecnologiche nei Punti di Comunità (PdC). La comunicazione costante con l'Ufficio di Piano consente una programmazione puntuale e condivisa delle attività, garantendo un allineamento continuo tra gli obiettivi del progetto e le esigenze del territorio.

Sul fronte della promozione e del rafforzamento della rete territoriale, il progetto si impegna a diffondere le iniziative dei PdC nei Comuni dell'Ambito di Bergamo attraverso campagne informative, l'uso di social media e l'invio di newsletter dedicate. La collaborazione con istituzioni locali è cruciale per ampliare l'accesso ai servizi, coinvolgere un numero crescente di famiglie e minori e creare sinergie tra i diversi attori presenti sul territorio.

Risultati attesi

Tra i risultati attesi, per i beneficiari diretti, il progetto mira a migliorare le competenze digitali dei minori di età compresa tra i 6 e i 13 anni, offrendo loro strumenti concreti per affrontare con consapevolezza e sicurezza le sfide del mondo digitale. Parallelamente, le famiglie beneficeranno di una maggiore consapevolezza nell'uso delle tecnologie, che le aiuterà a supportare i minori nel loro percorso di alfabetizzazione digitale.

Per il territorio, il progetto si propone di sviluppare una rete collaborativa tra i Punti di Comunità e altri enti locali, creando un sistema integrato che favorisca la partecipazione e l'inclusione. Inoltre, l'iniziativa punta a promuovere una cittadinanza digitale inclusiva e consapevole, contribuendo a ridurre le disuguaglianze e a rafforzare il senso di comunità.

Impatto sociale

Il progetto si pone come uno strumento chiave per combattere la povertà educativa e favorire l'inclusione sociale, promuovendo la digitalizzazione come fattore di coesione comunitaria e opportunità di sviluppo per le nuove generazioni.

8.3.3 Progetto "Bergamo per Giovani – Proposte per Ambito 1 (2025)"

Obiettivi generali

Il progetto "**Bergamo per Giovani**", promosso nell'ambito delle Politiche Giovanili, è finalizzato a sostenere lo sviluppo personale e sociale dei giovani attraverso una serie di interventi mirati. Tra gli obiettivi principali vi sono il potenziamento dell'autonomia decisionale e delle competenze dei giovani, il rafforzamento del legame tra scuola, territorio e comunità, la promozione della cittadinanza attiva e dell'inclusione sociale, e il coinvolgimento diretto dei giovani nel disegno di iniziative e servizi a loro dedicati.

Aree di intervento e principali attività

Il progetto si sviluppa attraverso quattro aree di intervento. La prima è l'**Area Info-Orientamento**, che include iniziative come **"Bergamo Orienta"** e **"Bergamo Orienta Teen"**, servizi rivolti a studenti e famiglie per l'orientamento scolastico e professionale. Questi offrono percorsi personalizzati e workshop di supporto, con un target specifico che comprende adolescenti dai 13 ai 19 anni, genitori e docenti. Inoltre, il **"Portale Place Me Now"** rappresenta una piattaforma digitale per l'orientamento al lavoro e lo sviluppo di soft skills, dedicata a giovani dai 15 ai 34 anni.

L'**Area NEET** si concentra sul progetto **Ze.Neet (Zona Empowerment NEET)**, che propone attività personalizzate per intercettare e coinvolgere giovani che non studiano, non lavorano e non sono in formazione. L'obiettivo è sensibilizzare, ingaggiare e attivare questi giovani attraverso percorsi mirati che si svilupperanno tra settembre 2024 e agosto 2025.

L'**Area Partecipazione e Linguaggi** include una varietà di iniziative pensate per favorire la cittadinanza attiva e l'espressione creativa dei giovani. Tra queste, **BG+** offre opportunità di volontariato estivo per ragazzi tra i 14 e i 25 anni in ambiti culturali, educativi e sociali, promuovendo l'acquisizione di soft skills. Una web app sarà sviluppata per valorizzare le competenze acquisite. Il progetto **"Tracce Urbane"** mira a riqualificare aree urbane attraverso opere di street art realizzate da giovani artisti, mentre **"Nuovi Suoni Live"** è un concorso musicale per band giovanili bergamasche, con opportunità di esibizioni live durante eventi estivi.

L'**Area Territorialità** offre attività come **"Da Grande Voglio Fare"**, workshop progettati per sviluppare competenze tecniche e soft skills legate a specifiche professioni, programmati nei periodi di febbraio-marzo e luglio. Inoltre, l'accesso gratuito agli spazi giovanili del territorio consente ai giovani di utilizzare strutture dedicate alla musica, alla danza, alla registrazione video e ad altre attività creative.

Risultati attesi

Il progetto **"Bergamo per Giovani"** mira a generare un impatto significativo sia per i giovani coinvolti sia per il territorio, attraverso il raggiungimento di risultati concreti e misurabili.

Per i giovani, uno degli obiettivi principali è lo **sviluppo di competenze trasversali e tecniche**, che spaziano dalle soft skills necessarie per la vita professionale alle capacità specifiche legate a particolari ambiti, come l'arte, la musica e le professioni tecniche. Questo processo formativo mira a potenziare l'autonomia decisionale e la fiducia in sé stessi, elementi fondamentali per affrontare con successo le sfide future. Il progetto punta inoltre a garantire un **maggiore coinvolgimento dei giovani nella vita della comunità**, promuovendo la partecipazione attiva a iniziative locali, progetti di volontariato e attività culturali, educative e sociali.

Per il territorio, il progetto si propone di rafforzare le connessioni tra giovani, istituzioni e associazioni, creando **reti collaborative** che favoriscano un dialogo costante e produttivo tra tutte le parti coinvolte. Queste reti consentiranno di sviluppare interventi mirati e condivisi, promuovendo un sistema territoriale più coeso e resiliente. Inoltre, il progetto mira a sostenere la diffusione di una **cittadinanza attiva e inclusiva**, incoraggiando valori come la partecipazione, la solidarietà e il rispetto delle diversità.

8.4 Area Disabilità

8.4.1 Centro per la Vita Indipendente Bergamo

Obiettivi del progetto

Il progetto ha l'obiettivo di promuovere l'inclusione sociale e la partecipazione attiva delle persone con disabilità, offrendo strumenti e opportunità che ne valorizzino le capacità e ne migliorino la qualità della vita.

Un aspetto centrale è l'accento posto sull'**autonomia e l'autodeterminazione**, attraverso il supporto nella costruzione di progetti di vita personalizzati. Questi percorsi sono studiati per rispondere alle specifiche esigenze delle persone con disabilità, favorendo la loro indipendenza e capacità di autodeterminazione.

L'**integrazione nella comunità** rappresenta un altro pilastro del progetto. Si mira a facilitare percorsi di vita indipendente, utilizzando servizi dedicati che aiutino le persone con disabilità a inserirsi nel tessuto sociale in maniera attiva e partecipativa.

Un ulteriore obiettivo riguarda l'**innovazione dei servizi**, che prevede l'implementazione di modelli organizzativi e di prassi operative in linea con le esigenze del territorio. Questo approccio punta a rendere i servizi più efficaci, inclusivi e sostenibili, garantendo una risposta adeguata e puntuale ai bisogni della comunità.

La finalità del progetto si concretizza attraverso il **Centro per la Vita Indipendente (CVI)**, concepito come un hub fisico e relazionale. Questo centro non è solo un luogo di incontro, ma anche un punto di riferimento per favorire il protagonismo delle persone con disabilità, offrendo spazi e opportunità per esprimere le proprie potenzialità.

Il CVI si propone inoltre di **creare una rete** tra enti pubblici, privati e del terzo settore, incentivando la collaborazione e il coordinamento tra diverse realtà territoriali. Infine, il progetto valorizza il ruolo dei caregiver e degli stakeholder locali, riconoscendone l'importanza nel garantire il successo delle iniziative proposte e nel supportare le persone con disabilità in modo efficace e rispettoso delle loro esigenze.

In questo contesto, il progetto si pone come un esempio virtuoso di inclusione e innovazione, capace di rispondere in modo concreto e sostenibile alle sfide del territorio.

Destinatari

Il CVI si rivolge a:

- Persone con disabilità senza limiti di età, condizione familiare o reddito.
- Famiglie e caregiver, con percorsi specifici di supporto e valorizzazione.
- Enti pubblici, associazioni e organizzazioni territoriali coinvolti in iniziative di inclusione.

Attività previste

Le attività del progetto sono organizzate in tre linee principali, ciascuna pensata per rispondere in modo efficace e integrato alle esigenze delle persone con disabilità e delle loro famiglie.

La prima linea, il **front office**, si concentra sull'accoglienza, l'ascolto e l'orientamento. Attraverso un servizio dedicato, le persone con disabilità e i loro familiari possono ricevere supporto personalizzato per affrontare le difficoltà quotidiane. L'obiettivo è garantire un accompagnamento attivo, che include la realizzazione di progetti individualizzati volti a promuovere l'autonomia e il benessere. Il servizio è garantito per un totale di 15 ore settimanali, assicurando continuità e accessibilità.

La seconda linea, il **back office**, si occupa di valutare i bisogni specifici degli utenti e di progettare percorsi di vita indipendente. Questo lavoro comprende il monitoraggio costante dei progetti, con un aggiornamento continuo per garantire che le soluzioni proposte siano sempre adeguate e rispondano alle reali necessità delle persone coinvolte. Questa fase consente una gestione strutturata e flessibile, capace di adattarsi ai cambiamenti e alle evoluzioni del percorso di ciascun utente.

La terza linea, dedicata alla **sensibilizzazione e attivazione comunitaria**, mira a promuovere una maggiore consapevolezza sulle tematiche legate alla disabilità. Vengono organizzate campagne di sensibilizzazione per

favorire un cambiamento culturale e sociale, oltre al coinvolgimento attivo degli stakeholder locali. A ciò si aggiunge la formazione di operatori territoriali, finalizzata a creare una rete di supporto qualificata e inclusiva, capace di rispondere in modo efficace alle sfide del territorio.

Queste tre linee di attività, interconnesse e complementari, costituiscono un sistema di intervento integrato che mette al centro le persone con disabilità, promuovendo l'autonomia, la partecipazione e l'inclusione sociale.

Partenariato

Il partenariato coinvolge il Comune di Bergamo come ente capofila, in collaborazione con:

- ASST Papa Giovanni XXII: per l'integrazione sociosanitaria.
- Associazione CBI: rappresentanza e supporto per persone con disabilità.
- Diocesi di Bergamo: iniziative di inclusione sociale.
- Altri enti del terzo settore, con esperienze specifiche nel settore.

Risultati attesi

Il progetto mira a raggiungere risultati significativi che coinvolgono direttamente le persone con disabilità, i loro caregiver e l'intero territorio, contribuendo a migliorare la qualità della vita e a promuovere una società più inclusiva.

Per le **persone con disabilità**, il risultato principale è un aumento dell'**autonomia e dell'autodeterminazione**. Attraverso percorsi personalizzati, queste persone possono sviluppare le competenze necessarie per gestire in modo più indipendente la loro vita quotidiana. L'iniziativa punta inoltre a favorire un'**inclusione sociale effettiva**, garantendo opportunità di partecipazione attiva nella comunità.

Per i **caregiver**, il progetto si propone di **valorizzare le loro competenze**, riconoscendo il ruolo fondamentale che svolgono nel supporto alle persone con disabilità. Attraverso formazione e sostegno specifico, i caregiver ricevono strumenti utili per rafforzare il loro ruolo educativo e assistenziale, riducendo il carico emotivo e organizzativo che spesso si trovano ad affrontare.

Per il **territorio**, i risultati attesi includono il **rafforzamento delle reti sociali** e un miglioramento delle **politiche di welfare comunitario**. L'obiettivo è creare un sistema coordinato che favorisca la collaborazione tra enti pubblici, privati e del terzo settore. Inoltre, il progetto punta a promuovere l'**innovazione nelle prassi operative**, introducendo modelli organizzativi più efficaci e rispondenti alle necessità locali.

Impatto sociale

L'impatto sociale del progetto si riflette in diversi ambiti chiave. In primo luogo, si punta a **migliorare la qualità della vita** delle persone con disabilità e delle loro famiglie, offrendo loro strumenti concreti per affrontare le sfide quotidiane. Inoltre, il progetto mira a **rafforzare il coordinamento tra i servizi territoriali**, favorendo una gestione integrata e inclusiva delle risorse disponibili. Infine, si lavora per **diffondere una cultura inclusiva e accessibile**, sensibilizzando la comunità e promuovendo il rispetto e la valorizzazione della diversità.

Questo approccio integrato e partecipativo consente di generare un cambiamento positivo e duraturo, rispondendo in modo concreto alle esigenze delle persone con disabilità e contribuendo a costruire una comunità più solidale e accogliente.

8.5 Area Anziani

8.5.1 Progetto "Bergamo Longevitas"

Obiettivi generali

Il progetto "**Bergamo Longevitas**", promosso dal Comune di Bergamo in qualità di capofila dell'Ambito Territoriale di Bergamo, affronta le sfide legate all'invecchiamento della popolazione attraverso un approccio integrato e innovativo. L'iniziativa mira a rispondere in modo concreto ai bisogni crescenti della popolazione anziana, promuovendo il benessere e la partecipazione attiva degli individui all'interno della comunità.

Tra gli obiettivi principali del progetto vi è la **promozione di uno stile di vita sano e attivo** per la popolazione anziana. Attraverso attività mirate e programmi educativi, si intende incoraggiare gli anziani ad adottare abitudini che favoriscano la salute fisica e mentale, contribuendo a migliorare la qualità della loro vita. Parallelamente, il progetto si propone di prevenire l'isolamento sociale, una delle principali criticità legate all'età avanzata, e di ridurre l'incidenza delle malattie croniche attraverso interventi di prevenzione e supporto.

Un ulteriore obiettivo del progetto è la creazione di un **sistema di welfare comunitario inclusivo**. Questo sistema, basato sulla collaborazione tra partner pubblici, privati e del terzo settore, mira a sviluppare reti territoriali capaci di sostenere la popolazione anziana in modo integrato. La sinergia tra i vari attori permette di ottimizzare le risorse disponibili, garantendo un accesso equo e tempestivo ai servizi e promuovendo il senso di appartenenza e solidarietà nella comunità.

Aree di intervento e attività principali

Il progetto "**Bergamo Longevitas**" si articola in diverse aree di intervento, ciascuna pensata per rispondere in modo mirato ai bisogni della popolazione anziana, promuovendo benessere, inclusione e partecipazione attiva.

Un pilastro fondamentale del progetto è l'**implementazione di hub fisici** nei Centri per Tutte le Età (CTE), che vengono potenziati e trasformati in nodi strategici del welfare comunitario. All'interno dei CTE, si sviluppa un'ampia offerta di servizi dedicati alla popolazione anziana, tra cui percorsi di attivazione psico-motoria, programmi di educazione alimentare e stimolazione cognitiva. Le attività ludico-ricreative e culturali, come lettura e cinema, contribuiscono a creare spazi di socialità e arricchimento personale, favorendo il benessere psico-fisico e contrastando l'isolamento.

Un'altra area centrale del progetto è la **promozione del volontariato**, che mira a coinvolgere adulti e studenti in iniziative di sensibilizzazione e partecipazione attiva. Per facilitare il reclutamento e il coordinamento dei volontari, viene sviluppata una piattaforma digitale che mette in contatto domanda e offerta di supporto. L'obiettivo è reclutare almeno 120 volontari entro la conclusione del progetto, consolidando una rete di aiuto basata sulla solidarietà intergenerazionale.

Il **trasporto sociale** rappresenta una risposta concreta al problema dell'isolamento degli anziani fragili. Il progetto prevede la sistemazione e la strutturazione di un servizio di trasporto dedicato, in collaborazione con il Consorzio Tassisti Artigiani Bergamaschi (CO.TA.BE). Questo servizio consente agli anziani di accedere più facilmente alle attività e ai servizi offerti sul territorio, migliorando la loro qualità della vita. L'obiettivo è effettuare almeno 300 trasporti durante il periodo del progetto, garantendo un supporto logistico fondamentale per la partecipazione attiva degli anziani.

Attraverso queste aree di intervento, il progetto "Bergamo Longevitas" si configura come un modello integrato di welfare comunitario, capace di rispondere in modo efficace e sostenibile alle esigenze della popolazione anziana, favorendo il benessere, l'inclusione sociale e la partecipazione attiva nella vita della comunità.

Modalità attuative

Il progetto "**Bergamo Longevitas**" prevede modalità di attuazione ben strutturate per garantire il raggiungimento degli obiettivi prefissati. La governance del progetto è affidata a una **Cabina di Regia**, composta da rappresentanti del Comune di Bergamo e dei partner coinvolti, con il compito di coordinare e monitorare le attività. Le iniziative sono gestite da professionisti qualificati, come laureati in scienze motorie, nutrizionisti ed esperti in stimolazione cognitiva, per garantire un alto livello di qualità e un approccio multidisciplinare. Per ampliare la portata del progetto e raggiungere un numero maggiore di beneficiari, si collabora con parrocchie e il Centro per la Famiglia, valorizzando le risorse territoriali esistenti.

Risultati attesi

In termini di risultati attesi, le attività nei Centri per Tutte le Età (CTE) prevedono almeno 20 iniziative dedicate alla promozione del benessere nel corso di due anni. Tra queste, si annoverano programmi educativi, attività culturali e incontri di socializzazione. Inoltre, ogni anno saranno organizzate tre iniziative specifiche per contrastare l'isolamento sociale, favorendo la partecipazione attiva degli anziani e la costruzione di reti relazionali.

Per quanto riguarda il volontariato, si punta al coinvolgimento di 120 volontari attivi entro la fine del progetto. Attraverso la piattaforma digitale sviluppata per facilitare l'incontro tra domanda e offerta, i volontari avranno un ruolo centrale nel supporto alle attività e nell'accompagnamento degli anziani.

Il servizio di trasporto sociale si propone di effettuare almeno 300 trasporti durante il periodo del progetto, consentendo agli anziani fragili di accedere facilmente alle attività e ai servizi offerti, contribuendo così a ridurre il loro isolamento.

L'impatto sociale del progetto include il rafforzamento della rete territoriale, che permetterà di condividere buone prassi e consolidare collaborazioni tra enti pubblici, privati e del terzo settore. Un ulteriore obiettivo è la promozione di uno stile di vita sano e attivo per gli anziani, migliorando la loro qualità della vita e favorendo il loro coinvolgimento nella comunità. "**Bergamo Longevitas**" si configura così come un modello innovativo e replicabile di welfare inclusivo, pensato per rispondere alle sfide dell'invecchiamento in modo efficace e sostenibile.

8.6 Area Integrazione

8.6.1 Progetto "RE.FORM.: Reti e Formazione per l'Integrazione e l'Inclusione"

Obiettivi generali

Il progetto **RE.FORM.**, finanziato dal Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione (FAMI), mira a promuovere l'integrazione sociale e culturale delle persone di origine straniera nell'Ambito Territoriale Sociale di Bergamo. Tra gli obiettivi principali vi è il miglioramento dell'accesso ai servizi, facilitando l'interazione tra le comunità migranti e le istituzioni locali. Inoltre, il progetto punta a potenziare le competenze degli operatori sociali, introducendo strumenti innovativi per affrontare le sfide emergenti con un approccio efficace e inclusivo.

Aree di intervento e attività principali

1. Formazione degli operatori sociali

Un elemento centrale del progetto è la formazione degli operatori, con l'obiettivo di sviluppare competenze specialistiche in approcci multiculturali e interculturali. I temi trattati includono l'approccio interculturale, la comunicazione interculturale, l'etn clinica, il service design e la comunicazione pubblica. La metodologia formativa si basa su strumenti diversificati e partecipativi, per garantire un apprendimento efficace e applicabile ai contesti operativi.

2. Potenziamento della mediazione linguistico-culturale

Un altro pilastro del progetto è la mediazione linguistico-culturale. Gli operatori interculturali di comunità sono coinvolti per supportare la comprensione del contesto socio-culturale di riferimento di ciascun utente, facilitando l'integrazione delle persone di origine straniera. Inoltre, il tutoring domiciliare e scolastico, già sperimentato nel progetto Fa.Mi.Re.Do., si rivolge a minori in situazioni di rischio o pregiudizio e alle loro famiglie, offrendo supporto educativo e sociale per promuovere il loro benessere e la loro inclusione.

3. Interventi di supporto e prossimità

Gli interventi di supporto si concretizzano attraverso sportelli di aiuto per genitori di origine straniera, che facilitano l'interazione con scuole e servizi pubblici. Questi sportelli forniscono supporto nella comprensione e gestione delle dinamiche scolastiche e burocratiche. Inoltre, i laboratori Smart School offrono formazione sull'utilizzo di strumenti digitali, come applicazioni di messaggistica, moduli online e piattaforme di pagamento. I laboratori sono pensati per cittadini con una scarsa conoscenza dell'italiano o una bassa scolarizzazione, e sono condotti da insegnanti, mediatori e operatori qualificati.

4. Sperimentazione di nuovi strumenti e servizi

Infine, il progetto prevede la sperimentazione di strumenti e servizi innovativi, progettati per rispondere ai bisogni emergenti delle famiglie di origine straniera. Tra le attività principali vi è la progettazione di interventi specifici per nuclei familiari e monoparentali, così come l'esplorazione delle intersezioni tra immigrazione e disabilità, con lo sviluppo di servizi mirati per affrontare queste sfide complesse.

Impatto atteso

Il progetto **RE.FORM.** prevede un impatto significativo a diversi livelli, coinvolgendo operatori sociali, persone di origine straniera e il territorio nel suo complesso, con l'obiettivo di promuovere un'integrazione inclusiva e sostenibile.

Per gli **operatori sociali**, il progetto mira a un **miglioramento delle competenze interculturali**, rafforzando la loro capacità di comprendere e gestire le dinamiche culturali e sociali delle comunità migranti. Grazie all'introduzione di percorsi formativi innovativi, gli operatori saranno in grado di rispondere in modo efficace e creativo ai bisogni emergenti, contribuendo a sviluppare soluzioni innovative e sostenibili.

Per le **persone di origine straniera**, l'impatto atteso include un **maggiore accesso ai servizi** territoriali e un'integrazione più profonda nel contesto sociale. Il progetto punta inoltre a incrementare le **competenze digitali** dei partecipanti, aiutandoli a gestire strumenti tecnologici utili per interagire con le istituzioni locali e partecipare attivamente alla vita comunitaria.

Per il **territorio**, il progetto si traduce in un **rafforzamento delle reti di supporto comunitario**, promuovendo la collaborazione tra enti pubblici, privati e terzo settore. Un ulteriore obiettivo è lo **sviluppo di servizi inclusivi e sostenibili**, progettati per rispondere in maniera innovativa e adeguata alle esigenze di una società sempre più diversificata.

Innovazioni

Tra gli elementi di innovazione del progetto si distingue l'**introduzione di strumenti digitali** per favorire l'inclusione scolastica e sociale. Questi strumenti, combinati con percorsi di formazione specifici, permettono di ridurre le barriere linguistiche e culturali, semplificando l'accesso ai servizi e migliorando le competenze digitali dei partecipanti.

L'approccio del progetto è **integrato e multidisciplinare**, con un focus particolare sulla mediazione culturale. Questo metodo consente di affrontare le sfide dell'integrazione in modo coordinato, mettendo al centro le necessità delle persone di origine straniera e valorizzando le risorse territoriali disponibili.

Infine, il progetto si distingue per la **focalizzazione su temi emergenti**, come il rapporto tra immigrazione e disabilità. Questa attenzione permette di sviluppare interventi specifici che affrontano sfide complesse, offrendo soluzioni innovative e inclusive per i gruppi più vulnerabili.

Il progetto RE.FORM. si propone come un modello avanzato di inclusione e integrazione, capace di rispondere alle esigenze delle comunità locali e dei migranti attraverso una rete di interventi mirati e innovativi.

8.6.2 Progetto "Conoscersi per Integrarsi – 2° Edizione"

Obiettivi generali

Il progetto "**Conoscere per Integrarsi**", finanziato dal Piano Regionale per la Formazione Civico-Linguistica dei cittadini di Paesi Terzi 2023-2026, ha l'obiettivo di favorire l'integrazione sociale e culturale attraverso percorsi di apprendimento della lingua italiana e dell'educazione civica. Inoltre, mira a sensibilizzare le comunità locali sull'importanza della conoscenza linguistica come strumento di cittadinanza inclusiva e a rafforzare la collaborazione tra i CPIA (Centri Provinciali per l'Istruzione degli Adulti) e gli enti del terzo settore per monitorare e sviluppare azioni formative mirate.

Ambiti territoriali coinvolti

- Ambito di Bergamo: 21.512 residenti stranieri, di cui 19.082 nella città di Bergamo, con una popolazione giovane prevalentemente impegnata in ambito lavorativo.
- Ambito di Dalmine: 15.786 residenti stranieri, con alta concentrazione nell'area di Zingonia e significative necessità educative per i minori.
- Ambito della Valle Seriana: Popolazione straniera pari al 6%, con una crescente presenza di minori.

Aree di intervento e attività principali

1. Servizi di mediazione interculturale

Un elemento centrale del progetto è il coinvolgimento di mediatori culturali, il cui compito è facilitare l'accesso dei destinatari ai servizi e migliorare i percorsi di apprendimento. Sono previste anche azioni di animazione territoriale, con la partecipazione attiva di comunità straniere e associazioni migranti, per favorire un dialogo interculturale e promuovere il senso di appartenenza.

2. Supporto psicologico e per target vulnerabili

Per le persone in condizioni di fragilità, il progetto offre percorsi di supporto psicologico, volti a prevenire l'isolamento sociale e a favorire l'inclusione. Sono inoltre previsti interventi personalizzati per frequentanti con disabilità o bisogni educativi speciali (BES), garantendo così un'attenzione specifica alle esigenze di ogni partecipante.

3. Iniziative educative e di sensibilizzazione

Il progetto promuove l'accesso alla cultura attraverso festival, laboratori tematici e collaborazioni con biblioteche e scuole. Queste iniziative non solo rafforzano le competenze linguistiche, ma sensibilizzano anche le comunità autoctone sull'importanza della lingua italiana e dell'educazione civica, come strumenti fondamentali per la costruzione di una società coesa e inclusiva.

4. Facilitazione dell'accesso ai servizi digitali

Un altro pilastro è rappresentato dai percorsi formativi sull'utilizzo di strumenti digitali, come SPID, fascicolo sanitario elettronico, registro scolastico e piattaforme online. Questi percorsi mirano a ridurre il divario digitale e a migliorare l'accesso ai servizi essenziali. Inoltre, sono sviluppati servizi formativi a distanza per consentire un apprendimento flessibile e accessibile.

5. Sostegno pratico per la partecipazione

Il progetto prevede il rimborso dei costi di viaggio per favorire la frequenza alle attività, nonché l'attivazione di servizi di babysitting per agevolare la partecipazione dei genitori. Questi supporti pratici garantiscono una maggiore accessibilità alle iniziative formative, riducendo le barriere logistiche.

Metodologia

L'approccio metodologico si basa su un'**analisi dei fabbisogni locali**, che consente di pianificare le attività in base ai dati territoriali e alle necessità emerse nei tavoli di lavoro. La **collaborazione territoriale** è un elemento chiave, con una stretta sinergia tra i servizi già attivi e le nuove iniziative progettuali. Inoltre, il progetto adotta un modello di **partecipazione attiva**, coinvolgendo direttamente i cittadini stranieri e gli operatori locali per una progettazione condivisa e inclusiva.

Risultati attesi

Per i **destinatari diretti** – cittadini stranieri – il progetto si propone di incrementare le competenze linguistiche e civiche, migliorando così l'accesso ai servizi e riducendo le barriere linguistiche. Per le **comunità locali**, l'obiettivo è rafforzare la coesione sociale e valorizzare le competenze dei migranti, promuovendo un dialogo interculturale arricchente. Tra i risultati quantitativi attesi, il progetto prevede il coinvolgimento di 200 partecipanti diretti e 100 indiretti, con il 60% dei partecipanti che dichiara miglioramenti nell'integrazione sociale.

Impatto sociale

L'impatto del progetto si articola su tre dimensioni principali:

- **Inclusione sociale:** Favorire una maggiore partecipazione dei cittadini stranieri alla vita comunitaria, promuovendo relazioni positive e sostenibili.
- **Innovazione dei servizi:** Introduzione di strumenti digitali e approcci educativi innovativi per migliorare la qualità dell'offerta formativa.
- **Sostenibilità:** Integrazione delle attività nel sistema dei servizi territoriali, garantendo continuità e un impatto duraturo nel tempo.

In sintesi, il progetto "**Conoscere per Integrarsi**" si configura come una risposta concreta e inclusiva alle sfide dell'integrazione, promuovendo il benessere dei cittadini migranti e delle comunità locali in un'ottica di coesione e partecipazione.

8.7 Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) nell'Ambito di Bergamo

Obiettivi generali

Un obiettivo fondamentale è la **prevenzione e sensibilizzazione**, che mira a promuovere una cultura consapevole sul tema del gioco d'azzardo. Attraverso campagne di informazione, attività formative e

laboratori educativi, si punta a ridurre i rischi associati al GAP, aumentando la consapevolezza tra i cittadini e incoraggiando comportamenti responsabili.

Il progetto si concentra inoltre sul **supporto ai soggetti vulnerabili**, offrendo servizi dedicati a individui e famiglie colpite dal fenomeno del gioco d'azzardo. Questi interventi includono percorsi personalizzati di assistenza psicologica, consulenza finanziaria e supporto sociale, con l'obiettivo di favorire la ripresa e il reinserimento in un contesto di benessere.

Infine, un elemento chiave è il **coinvolgimento della comunità**, attraverso la creazione di reti locali capaci di implementare interventi mirati e sostenibili. Le iniziative puntano a stimolare la partecipazione attiva di enti pubblici, privati e organizzazioni del terzo settore, promuovendo la collaborazione tra le diverse realtà territoriali per massimizzare l'efficacia delle azioni proposte.

Con questo approccio integrato, i progetti si propongono non solo di contrastare il GAP, ma anche di promuovere una cultura del gioco responsabile e di rafforzare il tessuto sociale, contribuendo a un miglioramento complessivo della qualità della vita nelle comunità coinvolte.

Progetto "Bet on Yourself"

Finalità

Il progetto ha l'obiettivo di **rafforzare i fattori protettivi** contro il gioco d'azzardo patologico, con particolare riferimento ai quartieri Longuelo e Carnovali di Bergamo. Si mira inoltre a **individuare precocemente situazioni di gioco problematico**, promuovendo interventi tempestivi ed efficaci.

Principali azioni

- **Mappatura e monitoraggio:** Attraverso l'utilizzo dell'app SMART, il progetto analizza la diffusione e l'impatto del gioco d'azzardo fisico nei quartieri target. I dati raccolti vengono presentati e discussi durante incontri con la Polizia Locale e altri stakeholder, per orientare interventi mirati.
- **Sportelli di prossimità:** Viene creato lo sportello **POKERAGIONI**, pensato per offrire ascolto e supporto personalizzato alle famiglie e ai giocatori, favorendo la gestione di situazioni problematiche legate al gioco.
- **Sensibilizzazione nelle scuole:** Programmi di **Peer Education** sono attivati nelle scuole superiori per educare i giovani sul tema del GAP e promuovere comportamenti responsabili. Si integrano inoltre iniziative regionali che puntano all'educazione alle **Life Skills**.
- **Azioni alternative al gioco:** Per contrastare il gioco d'azzardo, vengono proposte attività sociali e culturali, come flash mob, eventi gratuiti e progetti di aggregazione dedicati a giovani e adulti, stimolando la partecipazione attiva e positiva nella comunità.

Piano Locale GAP 2024-2025

Obiettivi generali

Il Piano ha l'obiettivo di integrare le attività di contrasto al GAP nei **Piani di Zona (PDZ)**, garantendo un approccio organico e coordinato. Si punta inoltre a **rafforzare la regolamentazione locale**, per mitigare gli effetti negativi del gioco d'azzardo attraverso interventi normativi e di controllo.

Linee di intervento

- **Regolamentazione:** Viene implementato un quadro normativo a livello di Ambito, con regolamenti specifici per limitare la diffusione del gioco d'azzardo e i suoi impatti negativi.

- **Monitoraggio e formazione:** La Polizia Locale è coinvolta per il controllo e la mappatura dei luoghi di gioco, mentre attività formative sono rivolte a operatori, volontari e reti territoriali per garantire interventi più efficaci.
- **Promozione di pratiche sociali alternative:** Per offrire alternative positive al gioco d'azzardo, il Piano organizza attività ludiche e culturali, come gruppi di cammino e iniziative di volontariato, favorendo la partecipazione della comunità.
- **Supporto diretto:** Vengono attivati sportelli di ascolto e orientamento per supportare direttamente i soggetti vulnerabili, fornendo un punto di riferimento sicuro e accessibile.
- **Collaborazione con il privato sociale:** Attraverso partnership con aziende e organizzazioni locali, il Piano punta a creare opportunità di supporto e reinserimento per le persone colpite dal GAP, integrando risorse pubbliche e private.

Dati e impatto del GAP nell'Ambito di Bergamo

Il fenomeno del **Gioco d'Azzardo Patologico (GAP)** nell'Ambito di Bergamo si manifesta con numeri significativi, evidenziati dal report **AppSMART** relativo al 2023. La raccolta complessiva da gioco fisico nell'Ambito è stata di **231,3 milioni di euro**, con una spesa media pro capite di **1.782 euro**, a testimonianza dell'ampia diffusione del gioco sul territorio.

Una parte rilevante della raccolta deriva dagli **apparecchi di gioco**, che rappresentano il **58,6% del totale**, seguiti dalle **scommesse sportive**, che costituiscono il **62% del totale delle scommesse**. Questi dati sottolineano il peso predominante di queste modalità di gioco, spesso associate a rischi elevati di dipendenza.

Un altro dato significativo riguarda la distribuzione delle **Video Lottery Terminal (VLT)**: il **92%** di queste apparecchiature è concentrato nel comune di Bergamo. Questo dato mette in luce la necessità di interventi mirati su aree specifiche del territorio, dove l'offerta di gioco è particolarmente alta.

Impatto sociale ed economico

Questi numeri evidenziano l'impatto sociale ed economico del GAP sul territorio, che va oltre la semplice dimensione economica. L'alta concentrazione di dispositivi di gioco e la spesa pro capite elevata pongono sfide rilevanti per la salute pubblica e per il benessere delle comunità locali. Tali dati sottolineano l'urgenza di interventi integrati che promuovano la **prevenzione**, il **supporto ai soggetti vulnerabili** e la **regolamentazione del fenomeno**, al fine di ridurre i rischi e l'impatto negativo del gioco d'azzardo patologico.

8.8 Le progettualità a valere sulla Misura 5.2.1 del PNRR

8.8.1 Linea 1.1.4 - Programma P.I.P.P.I.

Il Servizio ha per oggetto il conferimento di interventi educativi domiciliari e territoriali per il sostegno della genitorialità e la prevenzione delle vulnerabilità familiari e dei minori. Il Servizio è rivolto ai minori e alle famiglie residenti nei Comuni facenti parte dell'Ambito Territoriale Sociale di Bergamo.

Il programma PIPPI si concentra sul sostegno alla genitorialità e sulla prevenzione delle vulnerabilità familiari, con interventi domiciliari ed educativi rivolti a minori e famiglie nei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale di Bergamo. Finanziato nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 5 “Inclusione e Coesione”, il progetto rientra nella componente dedicata alle infrastrutture sociali e al sostegno a famiglie e comunità, e mira a prevenire situazioni di disagio che possono portare all'allontanamento dei minori dal nucleo familiare.

Il programma si ispira a linee guida nazionali e metodologie innovative che intrecciano l'accompagnamento genitoriale con la tutela dei minori, adottando un approccio ecosistemico per affrontare la negligenza familiare. PIPPI pone grande attenzione alle necessità di bambini e genitori, offrendo un supporto personalizzato basato su analisi multidisciplinari. L'obiettivo è migliorare il benessere dei bambini, sviluppando piani d'azione unitari e sostenibili, elaborati con la collaborazione delle famiglie e di equipe specializzate.

Il Programma mira alla realizzazione di un percorso di accompagnamento volto a garantire a ogni minore 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:

- la realizzazione di un progetto partecipato e costruito con i genitori,
- il coinvolgimento del bambino e di tutti gli attori coinvolti,
- l'analisi dei bisogni del bambino,
- l'attuazione di azioni e interventi specifici, attraverso i dispositivi previsti,
- la definizione dei tempi, modi e obiettivi in collaborazione con la famiglia e il minore,
- la valutazione del livello di raggiungimento dei risultati attesi
- la verifica rendicontativa (capace di rendere visibile l'agire dei servizi all'esterno)
- la verifica trasformativa (capace di innovare e migliorare le pratiche sia dei servizi che delle famiglie).

L'importo contrattuale del servizio è pari ad Euro 127.300,00, derivanti dai contributi PNRR Missione 5 Componente 2 – Investimento 1.1 – Linea di sub-investimento 1.1.1 Sostegno alle capacità genitoriali e prevenzione della vulnerabilità delle famiglie e dei bambini.

8.8.2 Linea 1.1.2 – Autonomia degli anziani non autosufficienti

Il servizio ha per oggetto un sistema di prestazioni di supporto domiciliare programmate e personalizzate sulle necessità dell'utente e/o del nucleo familiare e in potenziamento della rete integrata dei servizi legati alla domiciliarità, da svolgersi in via prevalente presso il suo normale domicilio o la sua dimora abituale, attraverso le figure degli operatori socio-sanitari (O.S.S./ASA) con prestazioni rivolte ai bisogni di cura della persona, dell'ambiente di vita e relazionali, in attuazione del Progetto Personalizzato definito dai servizi sociali territoriali in modo integrato con i servizi sociosanitari coinvolti.

L'obiettivo è l'erogazione di servizi accessori, in particolare legati alla domiciliarità, che garantiscano la continuità dell'assistenza, secondo un modello di presa in carico sociosanitaria, in base a quanto previsto

dalle Linee di indirizzo per i progetti di vita indipendente adottate con il DPCM 21 novembre 2019 e dalla Legge di Bilancio 2022 (Legge 234 del 30 dicembre 2021, articolo 1, commi da 162 a 168), incentrato sulla semplificazione dei percorsi di accesso alle prestazioni, una presa in carico multidimensionale ed integrata ed il rafforzamento dei servizi territoriali di domiciliarità.

In particolare, gli interventi previsti sono riconducibili alla seguente tipologia:

A – Progetti diffusi (appartamenti singoli non integrati in una struttura residenziale).

Per il sub-investimento PNRR 1.1.2 - Autonomia degli anziani non autosufficienti, gli obiettivi generali sono:

- prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti assicurando, in alternativa al ricovero a lungo termine in strutture residenziali pubbliche, un contesto abitativo attrezzato insieme ad un percorso di assistenza sociale e sociosanitaria integrata di tipo domiciliare, che consentano alla persona di conseguire e mantenere la massima autonomia e indipendenza;
- rafforzamento progressivo dei servizi territoriali di domiciliarità, implementandone le capacità di risposta attraverso una presa in carico multidimensionale e integrata che preveda anche l'adattamento e la dotazione strumentale e tecnologica degli spazi abitativi, presso singoli appartamenti diffusi.

Il servizio si configura come un insieme di prestazioni di carattere socio-assistenziale per la cura e il sostegno di anziani fragili finalizzato a contrastare l'isolamento e l'emarginazione sociale e favorire la permanenza nel proprio ambiente di vita, evitando l'istituzionalizzazione.

In particolare, il servizio comprende i seguenti interventi (non esaustivi):

- prestazioni di cura e igiene della persona e dell'ambiente domestico;
- supporto allo svolgimento delle attività giornaliere;
- disbrigo di semplici pratiche amministrative;
- accompagnamento per visite e commissioni;
- preparazione dei pasti;
- supporto per l'acquisto di generi alimentari, medicinali e di altro genere durante l'orario di assistenza;
- lavaggio/cambio di biancheria;
- accompagnamento presso i servizi di cura;
- interventi volti a favorire la vita di relazione, compreso il sostegno emotivo e affettivo;
- facilitazione e addestramento all'utilizzo della dotazione strumentale e tecnologica degli spazi abitativi.

Gli interventi privilegiano quindi l'ambito della vita quotidiana e del domicilio, allontanando o evitando quanto più possibile forme di istituzionalizzazione, mantenendo e valorizzando le potenzialità cognitive, relazionali, psico-fisiche e di autonomia dei soggetti beneficiari. Tali interventi, quindi, sono considerati come azioni integrate e coerenti al raggiungimento di obiettivi/risultati di maggior benessere possibile della persona e di sostegno del suo nucleo domestico, il tutto all'interno di progetti individualizzati.

La logica di intervento è quella dell'integrazione tra diversi strumenti di azione, mirando ad un potenziamento complessivo dell'offerta di servizi.

I Destinatari del servizio oggetto dell'appalto sono anziani non autosufficienti ossia soggetti fragili ma con intensità assistenziale medio-lieve, per un totale di n° 35 beneficiari nel periodo di riferimento dell'affidamento, residenti nei Comuni che fanno parte dell'Ambito Territoriale Sociale di Bergamo (Bergamo, Sorisole, Ponteranica, Torre Boldone, Orio al Serio, Gorle).

A favore dei destinatari si prevede di attivare un progetto che ne mantenga l'autonomia psico-fisica e relazionale, integrando gli interventi classici di assistenza domiciliare e interventi innovativi, non oggetto del

presente appalto, quali, in particolare, il monitoraggio continuo della persona e del suo stato di salute e di benessere attraverso strumentazione domotica e dispositivi di teleassistenza, volti anche a garantire la sicurezza dell'ambiente domestico.

L'importo del servizio è pari ad Euro 163.539,37, oltre IVA 5%, per complessivi € 171.716,34, derivanti dai contributi PNRR Missione 5 Componente 2 – Investimento 1.1 – Linea di sub-investimento 1.1.2 Autonomia degli anziani non autosufficienti.

8.8.3 Linea 1.1.3 – Rafforzamento delle dimissioni protette e dei servizi per la domiciliarità

Il progetto mira a rafforzare il ruolo delle reti sociali come strumento di resilienza e a definire modelli di presa in carico personalizzata per le persone anziane, tenendo conto delle dimensioni individuale, familiare e sociale. L'obiettivo generale è quello di garantire il recupero delle autonomie personali e facilitare l'integrazione tra i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) e i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sanitari.

Azioni previste

1. Supporto e orientamento alla rete dei servizi

Saranno offerte attività di accompagnamento per l'utente e il caregiver durante la fase di rientro al domicilio dopo un ricovero, garantendo una ripresa delle attività quotidiane. Tra le azioni programmate figurano un triage per la valutazione dei bisogni, consulenza e supporto per problematiche di diversa natura, con l'obiettivo di facilitare l'accesso ai servizi territoriali.

2. Creazione di équipe multiprofessionali

Saranno istituite équipe con competenze orientate al benessere psico-sociale della persona, distribuite sul territorio e in stretta connessione con le Case di Comunità. Queste équipe avranno il compito di definire obiettivi personalizzati per ciascun utente, adottando metodologie d'intervento condivise e coinvolgendo attivamente la famiglia e le reti informali.

3. Supporto alle dimissioni protette

Sulla base di un'analisi multidimensionale dei bisogni, sarà fornito supporto alle persone anziane non autosufficienti dal momento del ricovero e durante il primo mese di rientro a casa, per garantire una transizione sicura e una continuità delle cure.

4. Attivazione di sostegni domiciliari

Saranno implementati interventi per il potenziamento delle abilità residue e delle autonomie funzionali al vivere quotidiano. Le attività, avviate dai medici e monitorate da infermieri di comunità in raccordo con le Case di Comunità, potranno includere approfondimenti diagnostici e l'utilizzo di dispositivi di telemedicina, con il coinvolgimento degli enti partner di progetto.

5. Implementazione di strumenti domotici

Saranno introdotti dispositivi tecnologici per garantire la permanenza degli anziani nel proprio domicilio in condizioni di sicurezza e compatibili con il livello di autonomia della persona.

6. Dotazione di servizi complementari

Verranno attivati servizi come trasporto, pasti a domicilio e telemonitoraggio, per monitorare la fase di rientro a casa e garantire l'assistenza necessaria.

7. Percorsi formativi per operatori e caregiver

Saranno offerti percorsi di formazione rivolti sia agli operatori formali sia ai caregiver informali, per migliorarne le competenze e la capacità di gestione delle situazioni assistenziali.

8. Progetti di welfare comunitario

Si prevede l'attivazione di gruppi di auto-mutuo aiuto e incontri per anziani, mirati alla condivisione

emotiva e relazionale. Saranno inoltre promosse reti associative con funzioni di sollievo a favore dei caregiver.

Le azioni previste sono strettamente collegate alla progettualità dell'intervento 1.1.2, che include la riqualificazione degli spazi abitativi per anziani, dotati di strumenti tecnologici per il mantenimento dell'autonomia.

Risultati attesi

L'obiettivo principale del progetto è rafforzare i servizi domiciliari esistenti attraverso l'introduzione della dimissione protetta come strumento essenziale per prevenire ricoveri impropri e istituzionalizzazioni. Verranno sperimentati approcci innovativi per ottimizzare la qualità dei servizi e individuare best practices, con una valutazione sistematica del grado di soddisfazione degli utenti.

L'introduzione di strumenti tecnologici, interventi personalizzati e il potenziamento delle reti formali e informali permetteranno di ottenere risultati duraturi, beneficiando non solo i destinatari e le loro famiglie, ma anche l'intera comunità. La definizione di Piani Personalizzati consentirà di monitorare i progressi in modo regolare e di verificare il raggiungimento degli obiettivi prefissati. Il metodo operativo sarà condiviso con tutti gli stakeholder clinici e sociali, adottando un linguaggio comune per garantire accessi equi e tempestivi a servizi di qualità.

Inoltre, è previsto il potenziamento delle relazioni interistituzionali con le strutture sanitarie e riabilitative, attraverso la formalizzazione di protocolli di intesa (tre protocolli saranno realizzati durante il periodo progettuale). Si prevede anche l'ampliamento della rete dei servizi nel territorio, con almeno 15 nuovi accordi di collaborazione con partner progettuali, come associazioni di trasporto e esercizi commerciali.

Le azioni progettate porteranno a una riduzione stimata del 30% dei ricoveri impropri nel corso del triennio.

Beneficiari e risorse impiegate

Il progetto raggiungerà 80 beneficiari nell'Ambito di Bergamo, di cui 75 anziani non autosufficienti o in condizioni di fragilità, e 5 persone senza dimora o in precarietà abitativa. Le risorse dedicate al progetto ammontano a € 151.991,50.

8.8.4 Linea 1.1.4 – Rafforzare i Servizi Sociali e migliorare il benessere degli operatori

La linea di intervento dedicata alla prevenzione del burnout tra gli operatori sociali rappresenta un elemento strategico del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), con l'obiettivo di rafforzare i servizi sociali e migliorare il benessere professionale degli operatori. Questo intervento, finanziato attraverso la Missione 5 "Inclusione e Coesione", punta a fornire strumenti e percorsi di supervisione personalizzati per prevenire il rischio di stress e affaticamento emotivo derivanti dalle sfide del lavoro quotidiano.

Il progetto, rivolto agli operatori sociali degli Ambiti Territoriali di Bergamo, Valle Imagna-Villa d'Almè e Valle Brembana, si articola in diverse tipologie di supervisione:

- **Supervisione professionale di gruppo**, per favorire la condivisione di esperienze e lo sviluppo di strategie comuni.
- **Supervisione individuale**, mirata a fornire supporto personalizzato agli operatori.
- **Supervisione organizzativa di equipe multiprofessionali**, per migliorare le dinamiche collaborative e operative all'interno dei team.

L'approccio adottato è multidimensionale e mira non solo a ridurre l'impatto del burnout, ma anche a promuovere un ambiente lavorativo più sano e resiliente. Attraverso l'implementazione di queste azioni, si

intende migliorare l'efficienza e la qualità dei servizi sociali, rafforzando la capacità degli operatori di rispondere alle sfide delle comunità in modo innovativo e sostenibile.

Il servizio coinvolge circa 150 operatori sociali e rappresenta un modello replicabile per garantire il benessere professionale in altri contesti territoriali. Il finanziamento complessivo per questa linea di intervento ammonta a € 183.854,00, dimostrando l'impegno nel valorizzare il capitale umano nei servizi sociali.

8.8.5 Linea 1.2 – Percorsi di autonomia per persone con disabilità

Questo progetto supporta l'autonomia abitativa e lavorativa delle persone con disabilità attraverso percorsi personalizzati che includono l'adattamento degli spazi abitativi con tecnologie avanzate e lo sviluppo di competenze digitali per favorire l'inserimento nel mondo del lavoro. Ogni intervento è basato su una valutazione multidimensionale dei bisogni, con il coinvolgimento di equipe interdisciplinari e servizi territoriali.

L'Ambito di Bergamo ha presentato istanza di finanziamento a valere sul PNRR citato riconosciuto dal Ministero con i seguenti importi per ciascuna progettualità.

Azione	Costo dell'investimento	Costo annuo gestione	Costo triennio gestione	Costo triennio
A. Progetto individualizzato	€ 40.000,00	€ 25.000,00	€ 75.000,00	€ 115.000,00
B. Abitazione	€ 300.000,00	€ 40.000,00	€ 120.000,00	€ 420.000,00
C. Lavoro	€ 60.000,00	€ 40.000,00	€ 120.000,00	€ 180.000,00
TOTALE				€ 715.000,00

Nello specifico le linee di azione prevedono:

A. Definizione e attivazione del progetto individualizzato: tale linea di intervento è funzionale a individuare gli obiettivi che si intendono raggiungere e i sostegni che si intendono fornire nel percorso verso l'autonomia abitativa e lavorativa, tramite accompagnamento e raccordo con i servizi territoriali, in una prospettiva di lungo periodo e previa valutazione multidimensionale e interdisciplinare dei bisogni della persona con disabilità, attraverso il coinvolgimento di professionalità diverse (assistenti sociali, medici, psicologi, educatori, ecc.).

B. Abitazione (adattamento degli spazi, domotica e assistenza a distanza): tale linea di intervento consiste nella realizzazione di abitazioni in cui potranno vivere gruppi di persone con disabilità, mediante il reperimento e adattamento di spazi esistenti.

Ogni abitazione sarà personalizzata, dotata di strumenti e tecnologie di domotica e interazione a distanza, in base alle necessità di ciascun partecipante.

C. Lavoro (sviluppo delle competenze digitali per le persone con disabilità coinvolte nel progetto e lavoro anche a distanza): i progetti per quest'area di attività devono avere come focus lo sviluppo delle competenze digitali per le persone con disabilità anche attraverso l'utilizzo di dispositivi di assistenza domiciliare e le tecnologie per il lavoro a distanza. Obiettivo ultimo è la promozione di azioni progettuali volte a sostenere l'accesso delle persone con disabilità nel mercato del lavoro.

8.8.6 Linea 1.3.1 – Housing First

L'Ambito Territoriale di Bergamo ha ottenuto l'assegnazione di un finanziamento di complessivi € 710.000,00, di cui € 500.000 destinati ad interventi infrastrutturali, per l'attuazione di interventi in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 5 "Inclusione e Coesione" – Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo Settore" – Investimento 1.3 – Linea di sub-investimento 1.3.1 – Povertà estrema – *Housing first*,

La presente linea di attività ha l'obiettivo di creare un sistema di accoglienza per le persone e i nuclei in condizioni di elevata marginalità sociale per le quali attivare un percorso di autonomia attraverso un progetto personalizzato all'interno delle strutture di accoglienza stesse, mediante la realizzazione di alloggi diffusi di piccola dimensione nel territorio, possibilmente vicini a spazi collettivi e luoghi di vita cittadina. A tal fine sono state individuate n.4 unità immobiliari che rispondono ai requisiti previsti dal menzionato Avviso pubblico 1/2022 per la realizzazione di housing temporaneo e che tale differente destinazione è funzionale alle finalità di valorizzazione del patrimonio immobiliare pubblico, che, diversamente, non essendo utilizzato, andrebbe incontro ad un inevitabile processo di degrado e deterioramento.

8.8.7 Linea 1.3.2 – Stazioni di posta

La linea di investimento 1.3.2 del PNRR, denominata "Stazioni di Posta", è dedicata a creare spazi multifunzionali per il contrasto alla povertà estrema e all'esclusione sociale. Questa iniziativa si basa sulla realizzazione di centri di accoglienza e supporto che fungano da punto di riferimento per persone e famiglie in condizioni di marginalità.

Le **Stazioni di Posta** sono concepite come luoghi in cui le persone in difficoltà possono accedere a servizi essenziali, quali:

- Orientamento e supporto per il reinserimento sociale.
- Assistenza nella ricerca di soluzioni abitative temporanee o permanenti.
- Supporto amministrativo e pratico per la gestione delle necessità quotidiane.
- Accesso a reti territoriali per favorire l'inclusione e la partecipazione attiva.

Il progetto prevede l'attivazione di unità immobiliari, opportunamente ristrutturate e attrezzate per rispondere ai requisiti previsti dall'Avviso pubblico, per ospitare nuclei familiari e persone in difficoltà. Questi spazi sono progettati per essere integrati nel tessuto urbano, vicini a servizi essenziali e a luoghi di socializzazione, per favorire l'inclusione e il reinserimento nella comunità.

L'Ambito Territoriale di Bergamo ha ottenuto l'assegnazione di un finanziamento di complessivi €1.090.000,00.

9. DEFINIZIONE DI UN SISTEMA PER IL MONITORAGGIO E LA VALUTAZIONE DELLE POLITICHE E DELLE AZIONI PER IL TRIENNIO 2025-2027

9.1 Impianto metodologico

Per garantire un'evoluzione costante nella gestione delle politiche sociali e migliorare la qualità del welfare locale, è fondamentale adottare un sistema di monitoraggio e valutazione che vada oltre la semplice logica rendicontativa. Il focus deve spostarsi dall'output al reale impatto sociale degli interventi. Questo sistema di valutazione deve essere concepito come un processo continuo, che si realizza prima, durante e dopo il periodo di programmazione, assicurando una valutazione costante e iterativa. Questo approccio facilita la rilevazione di punti di forza, di debolezza e di possibili sinergie con altri servizi e aree di intervento, con l'obiettivo di migliorare progressivamente i servizi per i cittadini e per la comunità.

Il processo di valutazione deve quindi essere visto come un ciclo virtuoso, dove la valutazione post-programmazione serve come base di partenza per la programmazione successiva. In questo modo, i risultati della valutazione finale del periodo corrente diventano la valutazione iniziale per il nuovo periodo, contribuendo a definire priorità e obiettivi in modo mirato.

Per ogni area di intervento, è necessario identificare e costruire un set di indicatori in grado di misurare la qualità dei servizi erogati. Tali indicatori devono permettere il monitoraggio del processo, dei risultati e dell'impatto finale. Alcuni obiettivi selezionati possono richiedere una maggiore profondità di analisi, con l'adozione di tecniche quantitative e qualitative supplementari che verranno approfondite nelle sezioni successive.

9.2 Approccio metodologico

Seguendo l'impianto descritto, l'approccio metodologico prevede una valutazione lungo tutto il ciclo di vita dei servizi. Tale approccio considera tre fasi chiave:

1. **Valutazione del processo:** focalizzata sulla costruzione e l'erogazione degli interventi, con l'obiettivo di monitorare l'andamento dell'implementazione.
2. **Valutazione dei risultati:** incentrata sui risultati concreti prodotti, misurabili attraverso specifici indicatori di output.
3. **Valutazione dell'impatto:** tramite un sistema di indicatori che misurano l'efficacia complessiva delle politiche e delle azioni in termini di benefici per la comunità.

Gli indicatori selezionati si articolano su tre livelli: micro, meso e macro. A livello micro, si valuta l'effetto diretto sui beneficiari individuali, monitorando i cambiamenti nel loro benessere. A livello meso, si analizza l'impatto organizzativo e di rete, considerando le risorse, le informazioni e gli attori coinvolti nella fornitura dei servizi. A livello macro, si misura l'impatto sulla comunità nel suo complesso, sia a livello locale che in un contesto di confronto con altri servizi, cercando sinergie e complementarietà per un uso ottimale delle risorse.

Il minimo comune denominatore per ogni obiettivo consiste quindi nella costruzione di un set di indicatori a più livelli, mentre per alcuni obiettivi sarà adottato un approccio più dettagliato con tecniche quantitative e qualitative mirate.

9.3 Tecniche di valutazione

Per un'efficace raccolta e analisi dei dati, si ricorrerà a una serie di tecniche con diversi gradi di profondità valutativa, in funzione degli obiettivi da raggiungere. Le principali tecniche includono:

- **Set di indicatori:** per ogni obiettivo strategico, sarà costruito un set di indicatori da aggiornare periodicamente sulla base dei nuovi dati disponibili.
- **Questionari di valutazione:** utilizzati per raccogliere dati quantitativi su specifici aspetti, prevedono domande strutturate e l'impiego della scala Likert per misurare il livello di accordo o disaccordo degli intervistati su affermazioni predefinite.
- **Tecniche di indagine qualitativa:** comprendono interviste in profondità, focus group e workshop partecipativi.
 - *Interviste in profondità:* coinvolgono testimoni chiave, che apportano informazioni rilevanti su uno o più aspetti della valutazione.
 - *Focus group:* utilizzati per raccogliere dati in contesti di gruppo, stimolando una riflessione condivisa e approfondita sui temi trattati.
 - *Workshop partecipativi:* destinati a particolari gruppi target, aiutano a esplorare obiettivi specifici attraverso metodologie laboratoriali e collaborative.

9.4 Risorse umane e strumentali per la raccolta dati

Un team multidisciplinare è fondamentale per garantire un approccio completo alla gestione operativa e analitica del sistema di valutazione. Per raggiungere risultati efficaci, è necessario disporre di un insieme di competenze diversificate, che spaziano dall'analisi approfondita dei dati alla comprensione del contesto specifico del settore in cui si opera. Inoltre, è cruciale che il team sappia facilitare processi di raccolta di dati qualitativi, utilizzando metodi come interviste in profondità, workshop partecipativi e altre tecniche di coinvolgimento diretto. A questo scopo, si prevede la costituzione di un **Gruppo interno di valutazione**, composto da un coordinatore e un rappresentante per ogni Area Tematica, che avrà il compito di progettare e coordinare l'intero processo di valutazione, eventualmente coadiuvato da un ente valutatore esterno.

Inoltre, affinché il sistema di monitoraggio e valutazione sia davvero efficiente, è essenziale dotarsi di strumenti adeguati non solo per la raccolta, ma anche per l'organizzazione e l'analisi accurata delle informazioni. La scelta degli strumenti si basa su vari fattori, tra cui la natura degli indicatori da monitorare, la necessità di dati qualitativi o quantitativi e le modalità di analisi richieste. Questa flessibilità consente di adattare il sistema alle esigenze specifiche di ogni progetto, garantendo che le decisioni siano sempre informate e basate su dati solidi e pertinenti.

9.5 Cronoprogramma

L'attuazione del sistema di monitoraggio seguirà un cronoprogramma che si articola in una fase di progettazione iniziale, dedicata alla definizione degli obiettivi e all'impostazione del sistema di rilevazione, e in una fase successiva di monitoraggio periodico. La raccolta dei dati relativi agli indicatori sarà effettuata su base semestrale, mentre per gli obiettivi che richiedono analisi approfondite, i questionari e le tecniche

qualitative saranno somministrati in due momenti distinti: a metà del periodo e al termine dello stesso, per ottenere una valutazione finale.

Al termine del periodo di programmazione, verrà redatto un report che documenta i risultati raggiunti e fornisce indicazioni per il ciclo successivo di programmazione. Questo report servirà da base per definire nuovi obiettivi e priorità, favorendo un miglioramento continuo delle politiche e dei servizi offerti alla comunità.

10. ALLEGATI

10.1 Allegato 1 – Schede obiettivo PPT

Scheda Sostegno ai Caregiver

Obiettivo 1: Mantenimento del sostegno ai caregiver
Descrizione Nell'ambito del progetto "Caregiver Bergamo – Accanto a chi si prende cura" sono state attivate, all'interno delle Case di Comunità, le Equipe Integrate Caregiver: 14 team (uno per ogni Ambito Territoriale Sociale) composti da Infermieri di Famiglia e Comunità e Assistenti Sociali, che lavorano insieme per garantire un supporto concreto ed efficace ai caregiver familiari con l'obiettivo di supportarli e di aiutarli a prendersi cura anche di sé stessi. Con il termine della fase sperimentale, vista la valutazione positiva dell'esperienza, che traduce concretamente l'integrazione sociale e socio sanitaria, nella triennalità 2025-2027 si intende mettere a sistema questo dispositivo innovativo.
Obiettivo Obiettivo primario dell'azione è il consolidamento della funzione delle Equipe Integrate Caregiver, composta da assistenti sociali e infermieri di comunità, come dispositivo organico degli Ambiti Territoriali Sociali e del Distretto per la realizzazione delle seguenti azioni a supporto dei caregiver familiari: <ul style="list-style-type: none">• orientamento post diagnosi/dimissione;• accompagnamento nella filiera dei servizi;• interventi di sollievo come nei casi di indisponibilità del caregiver e/o come prevenzione del burn out. Ciò presuppone di: <ul style="list-style-type: none">• confermare e possibilmente potenziare l'assetto attuale delle Equipe Integrate Caregiver, garantendo un monte ore adeguato ai professionisti coinvolti;• raccordare le attività delle Equipe Integrate Caregiver con il sistema PUA/EVM e con i servizi sociali di base e gli sportelli territoriali (Centro vita indipendente, centro per la famiglia), con lo scopo di garantire un sostegno coordinato ai caregiver ed elaborare procedure condivise;• avviare un'azione informativa di comunicazione e promozione delle Equipe Integrate Caregiver sia presso il sistema dei servizi sociali, socio sanitari e sanitari, sia presso la cittadinanza.
Azioni principali da realizzare nel 2025 – 2027

Le azioni previste sono:

1. stabilizzazione dell'assetto delle Equipe Integrate Caregiver;
2. costituzione di un Gruppo di progetto distrettuale composto dai componenti delle Equipe Integrate Caregiver e da referenti dell'Ambito Territoriale Sociale e del Distretto;
3. definizione di protocolli operativi tra le Equipe Integrate Caregiver e il sistema PUA/EVM;
4. azioni di informazioni e comunicazione rivolte al sistema di servizi sociali territoriali e dell'ASST;
5. percorsi di sensibilizzazione e di formazione rivolti alla cittadinanza sulla funzione delle Equipe Integrate Caregiver.

Tempi

L'obiettivo si sviluppa lungo tutto il triennio:

- 2025: stabilizzazione del dispositivo, definizione dei protocolli operativi; definizione degli indicatori per la valutazione;
- 2026: azioni di comunicazione e formazione;
- 2027: consolidamento del dispositivo nel suo assetto definitivo.

Strumenti

Per la realizzazione del progetto ci si avvarrà di:

- Gruppo di progetto;
- raccolta e analisi dei dati;
- raccordo tra i soggetti e servizi territoriali;
- produzione documentale e incontri pubblici;
- partenariato allargato ad enti erogatori del terzo settore.

Monitoraggio

Le attività di monitoraggio e raccolta dati saranno garantite da report quadrimestrali redatti dalle Equipe Integrate Caregiver (attività svolte, n. di utenti incontrati, interventi di sollievo attivati, n. azioni formative e di sensibilizzazione, n. incontri di presentazione, ...).

Verifica e Valutazione

La valutazione verrà impostata attraverso l'applicazione di diversi approcci integrati:

- metodi qualitativi: interviste, focus group con gli utenti;
- metodi quantitativi: analisi statistica di sondaggi e dati raccolti;

Governance

La governance del progetto è assegnata al personale dell'Ambito territoriale e al Direttore del Distretto, che definiscono le strategie di lavoro, le azioni di monitoraggio e valutazione di concerto con il Gruppo di progetto.

Obiettivo 2: Promozione e integrazione di Punti Unici di Accesso Territoriali con la filiera dei servizi**Descrizione**

All'interno della definizione dei processi che consentano una reale garanzia di presa in carico integrata per le persone in condizione di fragilità, disabilità e non autosufficienza, il Punto Unico di Accesso (PUA) rappresenta un percorso di accesso e orientamento alla rete dei servizi da parte delle persone, delle famiglie e della comunità sempre più agevole, integrato e partecipato.

Il PUA è presente presso la Casa della Comunità, nel Distretto di Bergamo (Borgo Palazzo e in previsione sarà consolidato con operatori sociali anche nelle Case di Comunità di prossima apertura),

Attraverso il contributo congiunto delle ASST e degli Ambiti Territoriali Sociali, garantisce:

- accoglienza, informazione e orientamento;
- accompagnamento e presa in carico unitaria (percorsi personalizzati di aiuto, sostegno e orientamento rivolti a cittadini/utenti in condizioni di particolare disagio).

La conformazione morfologica e geografica dei due Ambiti Territoriali Sociali rende d'altra parte complicato vivere e muoversi all'interno del territorio: trasporto pubblico poco presente, servizi concentrati in pochi punti, presenza di molti anziani fragili sono dati di contesto che richiedono uno sforzo per rendere maggiormente capillare e prossima ai luoghi di vita delle persone l'accesso ai servizi sociali, socio sanitari e sanitari.

Obiettivo

Nella prospettiva di integrazione dei servizi al fine di intercettare le domande dei cittadini in modo più capillare e prossimale, l'obiettivo di questa azione è di integrare e potenziare i PUA incardinati presso le Case della Comunità con i servizi decentrati sul territorio, segretariato sociale e centro vita indipendente e centri per la famiglia e equipe caregiver) collocati in posizioni strategiche nell'Ambito Territoriale Sociale, cui affidare funzioni di intercettazione dell'utenza, intermediazione, facilitazione, orientamento e accompagnamento all'accesso al sistema dei servizi socio sanitari e sanitari.

Azioni principali da realizzare nel 2025 – 2027

Le azioni previste sono:

1. costituzione di un Gruppo di progetto composto dai referenti dell'Ambito Territoriale Sociale e del Distretto socio sanitario;
2. consolidamento e raccordo delle sedi degli sportelli e del personale da attivare;
3. definizione del modello di funzionamento e informativo tra sportelli;

4. definizione di prassi operative di collaborazione;
5. realizzazione di azioni comunicative e promozionali mirate;
6. rafforzamento delle collaborazioni territoriali degli sportelli nell'ottica di integrare la filiera dei servizi.
7. consolidamento rete informativa e integrazione tra i servizi per mezzo di incontri calendarizzati

Tempi

L'obiettivo si sviluppa lungo tutto il triennio:

- 2025: definizione del modello di funzionamento degli sportelli attivi sul territorio, definizione di protocolli di collaborazione (scambio di informazioni, accessi facilitati, gestione e trattamento dei dati, ...), avvio delle azioni sperimentali; definizione degli indicatori per la valutazione;
- 2026: valutazione delle azioni sperimentali; implementazione dei protocolli operativi;
- 2027: consolidamento del dispositivo nel suo assetto definitivo.

Strumenti

Per la realizzazione del progetto ci si avvarrà di:

- Gruppo di progetto;
- raccolta e analisi dei dati;
- raccordo tra i soggetti e servizi territoriali;
- produzione documentale e incontri pubblici;
- partenariato allargato ad enti erogatori del terzo settore (centro vita indipendente e centro famiglia).

Monitoraggio

Le attività di monitoraggio e raccolta dati saranno garantite da report semestrali redatti dagli operatori degli sportelli decentrati (attività svolte, n. di utenti incontrati, tipologia di domande ricevute, n. orientamenti effettuati, ...).

Verifica e Valutazione

La valutazione verrà impostata attraverso l'applicazione di diversi approcci integrati:

- metodi qualitativi: interviste, focus group con gli utenti;

- metodi quantitativi: analisi statistica di sondaggi e dati raccolti;
- metodi partecipativi: laboratori con la comunità, raccolta di feedback tramite consultazioni pubbliche.

Governance

La governance del progetto è assegnata referenti dell'Ambito Territoriale Sociale e al Direttore del Distretto, che definiscono le strategie di lavoro, le azioni di monitoraggio e valutazione di concerto con il Gruppo di progetto.

<p>Descrizione</p> <p>Risposte “sostenibili” ai bisogni dei soggetti in condizioni di cronica fragilità presuppongono la presa in carico integrata e continuativa della persona e della sua famiglia, con iniziative sinergiche di ordine sociale e socio-sanitario, caratterizzate da flessibilità e coordinamento, orientate alla implementazione di interventi di prossimità.</p>
<p>Obiettivo</p> <p>Premesso che le variabili che concorrono a circoscrivere il profilo di “sostenibilità” di una presa in carico integrata e continuativa attengono alle coordinate sia di Sistema che di contesto, nonché al profilo di fragilità della persona, l’efficienza della filiera PUA/EVM/COT è l’ineludibile premessa di ogni proficuo riscontro, di concerto con il potenziamento dei sistemi informativi integrati tra i servizi sociosanitari e sociali.</p>
<p>Azioni principali da realizzare nel 2025 - 2027</p> <p>La persona può essere inviata indirettamente al PUA da qualsiasi nodo della rete sanitaria, sociosanitaria o sociale, laddove si presenti una situazione che richieda un approccio integrato di presa in carico.</p> <p>Il PUA, intercettato e tracciato il bisogno, promuove, agevola, semplifica ed accompagna il primo accesso alla rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, favorendone la fruizione, mediante l’apporto delle nuove tecnologie e l’interoperabilità dei diversi sistemi informatici.</p> <p>Nel caso di richieste “semplici”, direttamente risolvibili, al PUA compete l’orientamento e/o l’accompagnamento e l’attivazione dei servizi individuati al riguardo.</p> <p>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 e la rete della comunità locale, così da favorire, per quanto plausibile, la permanenza della persona nel proprio contesto di vita.</p> <p>Il PUA si adopererà inoltre per: 1. il monitoraggio delle situazioni di fragilità sociale, sociosanitaria e sanitaria, con l’obiettivo di poter creare percorsi preventivi e di diagnosi precoce rispetto dello stato di bisogno; 2. la promozione/attivazione delle reti formali e informali della comunità, in quanto canali di relazione e collaborazione con gli attori del territorio, utili alla conoscenza del contesto quanto a criticità e risorse.</p> <p>Per le situazioni “complesse” che richiedono una presa in carico integrata, la “Valutazione Multidimensionale” si connota come impegno di lettura complessiva, classificazione e pesatura dei bisogni sociosanitari, sanitari e sociali della persona fragile e del suo contesto familiare, ai fini della definizione del perimetro degli interventi di sostegno, da sottoporre al vaglio di sostenibilità.</p> <p>La Centrale Operativa Territoriale (COT) svolge funzioni di coordinamento sia della presa in carico integrata della persona, sia del raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi regimi assistenziali, garantendone accessibilità, sinergia e continuità.</p> <p>Le competono, inoltre:</p> <p>il tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;</p>

<p>il supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete assistenziale, relativamente alle attività ed ai servizi distrettuali;</p> <p>la messa a disposizione della infrastruttura informatica a supporto delle attività distrettuali di telemedicina.</p>	
Tempi	
2025	Implementazione filiera PUA / EVM / COT
2026	Monitoraggio della efficienza della filiera
2027	Messa a regime della efficienza della filiera
Strumenti	
<p>Condivisione del percorso / processo di implementazione</p> <p>Messa a disposizione di risorse professionali e di adeguate infrastrutture tecnologiche ed informatiche</p>	
Monitoraggio	
<p>Rispetto cronoprogramma condiviso e formalizzato.</p>	
Verifica e Valutazione	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Perfezionamento dell'organico PUA mediante contributo, in termini di risorsa professionale, da parte Sociosanitaria (ASST) e Sociale (Ambito) 2. Consolidamento di un portafoglio di prestazioni, nei diversi regimi assistenziali, in capo alla COT 3. Evidenza della effettiva presa in carico della cronicità/fragilità da parte del territorio. 	
Governance	
<ol style="list-style-type: none"> 1. ASST / Ambito 2. ATS / ASST / Sanità privata / ETS 3. Distretto 	



Prologo provinciale ai Piani di Zona 2025-2027 degli Ambiti Territoriali Sociali della provincia di Bergamo

Approvato da Collegio dei Sindaci e
Presidenti delle Assemblee dei Sindaci dei Piani di Zona
nella seduta del 2 dicembre 2024

INDICE

1. Premessa
2. Le rappresentanze dei Sindaci: la nuova geografia
3. Organizzazione della struttura tecnica provinciale a supporto dei 14 Ambiti Territoriali Sociali
4. Obiettivi provinciali di integrazione sociosanitaria
5. Obiettivi sociali a valenza provinciale
6. Risorse

1. PREMESSA

Le politiche di welfare rappresentano un elemento distintivo della cultura e dell'organizzazione istituzionale europea: oltre ad incarnare un modello sociale basato sulla solidarietà, esse hanno svolto anche un ruolo cruciale nel favorire lo sviluppo economico, garantendo livelli di benessere più elevati.

Tuttavia, i sistemi di welfare così come li conosciamo si sono formati in un contesto storico che oggi non esiste più: un periodo caratterizzato da crescita economica continua, con una popolazione prevalentemente giovane, esigenze sociali piuttosto omogenee e strutture familiari stabili. Oggi, profondi cambiamenti socioeconomici – come l'invecchiamento della popolazione, l'emergere di nuovi modelli familiari, l'aumento della flessibilità lavorativa, il crescere delle disuguaglianze, i flussi migratori e l'aggravarsi del debito pubblico – mettono a dura prova la sostenibilità dei sistemi di welfare, specialmente sotto il profilo economico-finanziario, accentuandone l'approccio prevalentemente assistenzialistico.

Per affrontare queste sfide, è fondamentale adottare una prospettiva che metta al centro la persona e il suo sistema di relazioni, piuttosto che focalizzarsi esclusivamente sui servizi e sulle prestazioni necessarie, promuovendo così inclusione e coesione sociale.

Incentivare la coesione sociale significa infatti valorizzare le connessioni tra le persone, stimolare una responsabilità condivisa e adottare strategie di lungo periodo: un approccio che richiede obiettivi chiari e azioni trasparenti, concrete e ben definite poiché una società coesa è più in grado di affrontare le sfide imposte dai cambiamenti in corso.

A livello regionale, il compito è quello di integrare politiche sociali, salute e sviluppo economico, coinvolgendo tutti gli attori – pubblici e privati – per promuovere coesione sociale come risorsa strategica per il territorio. Ripensare il welfare non significa abbandonare principi fondamentali come equità e solidarietà, ma piuttosto utilizzarli come linee guida per scelte strategiche e operative. Ecco, quindi, che il “nuovo welfare” si propone di valorizzare le capacità individuali, anziché limitarsi a fornire supporto a chi si trova in difficoltà. Questo approccio pone la persona al centro degli interventi, non la tipologia di disagio di cui è portatore, superando la logica che vede il cittadino solo come destinatario di aiuti. Essere protagonisti nella costruzione della propria vita e assumersi responsabilità all'interno della famiglia e della comunità è molto diverso dal ricevere passivamente un sostegno come “assistito”. Il primo atteggiamento genera benessere e sviluppo, mentre il secondo alimenta dipendenza.

Per raggiungere questi obiettivi, è necessario adottare alcuni principi fondamentali:

- Universalità, affinché il welfare possa servire l'intera popolazione, garantendo libertà e inclusione sociale.
- Sussidiarietà circolare, che prevede la collaborazione tra amministrazioni pubbliche, imprese e società civile per il benessere collettivo.
- Visione generativa, che punta su pratiche di reciprocità, andando oltre la mera redistribuzione dei servizi.
- Promozione della salute, come strumento per rafforzare e valorizzare le proprie potenzialità e per prevenire e contrastare le condizioni di fragilità
- Prossimità e domiciliarità, riconoscendo che la casa è il primo “luogo di cura”.

Le politiche orientate al benessere e alla coesione sociale possono diventare un elemento chiave per lo sviluppo locale, influenzando non solo sull'economia diretta ma anche sulla creazione di "capitale sociale" e "capitale relazionale".

Un altro aspetto da considerare è che la nuova programmazione si inserisce in un contesto che, negli ultimi tre anni, è stato profondamente trasformato da vari fattori che hanno influenzato la governance locale, modificato i bisogni della popolazione e i rischi sociali a cui il welfare territoriale deve rispondere.

L'impatto della pandemia sul tessuto socioeconomico bergamasco, insieme all'emergere di molteplici crisi interconnesse (salute, povertà, istruzione, invecchiamento della popolazione, ecc.), ha evidenziato come la capacità di risposta del sistema di welfare sia strettamente legata alla costruzione di percorsi di collaborazione e condivisione tra i diversi attori territoriali. Per il territorio bergamasco, in particolare, l'emergenza sanitaria è stata l'occasione per testare nuovi modelli di intervento e sviluppare politiche innovative, grazie anche a un dialogo costruttivo tra enti pubblici e il privato sociale.

La programmazione per il periodo 2025-2027 prosegue nel solco tracciato dal lavoro svolto nel precedente triennio, sfruttando le opportunità offerte dalla recente riforma del sistema sociosanitario col fine di perseguire in modo sistematico l'obiettivo dell'integrazione, necessaria per rafforzare una rete integrata di servizi sociali e sanitari. Ciò richiede un avanzamento nella collaborazione tra Ambiti Territoriali Sociali, ATS, ASST e Terzo Settore.

Un'attenzione particolare è quindi dedicata al coordinamento con i Piani di Sviluppo dei Poli Territoriali (PPT) delle ASST, con lo scopo di ottimizzare la programmazione e garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS). Questo implica un necessario rafforzamento del lavoro sinergico tra i servizi territoriali, una presa in carico integrata e la promozione di progetti sovra zonali che favoriscano percorsi di cooperazione tra ATS, ASST e Ambiti Territoriali Sociali.

I processi di integrazione sociosanitaria mirano a garantire a tutti il diritto di accesso all'assistenza, assicurando risposte omogenee, appropriate ed efficaci. Questi modelli intendono migliorare la qualità della vita e l'assistenza offerta, posizionandosi come parte di una rete più ampia di supporto alla persona e alla famiglia.

L'attenzione verso l'integrazione sociosanitaria non nasce solo dagli obblighi previsti dalle normative nazionali e regionali, ma anche dalla crescente consapevolezza del suo ruolo cruciale per qualificare l'offerta di servizi, garantire maggiore efficacia negli interventi di cura e sostegno, ottimizzare l'impiego delle risorse disponibili e semplificare l'accesso ai servizi, riducendo il disagio per i cittadini.

In particolare, il rafforzamento dell'integrazione sociosanitaria delineato nella DGR n. XII-2089/2024 riflette il costante impegno dei Sindaci nel perseguire alcuni obiettivi chiave, quali:

- Promuovere la salute, riducendo le disuguaglianze e garantendo a tutti pari opportunità e risorse per raggiungere il massimo potenziale di benessere;
- Consolidare la presa in carico integrata, tramite i Punti Unici d'Accesso (PUA) e una valutazione multidimensionale dei bisogni, condotta da équipe/unità multidisciplinari, per creare una rete integrata di servizi;
- Applicare il principio di sussidiarietà orizzontale, valorizzando le risorse formali e informali, e promuovendo il coinvolgimento del Terzo Settore attraverso processi di co-programmazione e co-progettazione, in un'ottica olistica che tenga conto delle molteplici dimensioni del benessere.

Per queste ragioni gli obiettivi del Prologo provinciale ai Piani di Zona 2025-2027 individuati ed approvati dai Sindaci sono i seguenti:

- a) temi e obiettivi trasversali sull'integrazione sociosanitaria condivisi, a livello provinciale, tra ATS Bergamo, l'ASST papa Giovanni XXIII, l'ASST Bergamo EST, l'ASST Bergamo Ovest ed i 14 Ambiti Territoriali Sociali della provincia di Bergamo:
 - 1. PROMOZIONE DELLA SALUTE
 - 2. VALUTAZIONE: filiera PUA - EVM/UVM - COT
 - 3. CAREGIVER
 - 4. CONTINUITA' ASSISTENZIALE: raccordo con le Unità d'Offerta sociosanitarie e sociali
 - 5. SVILUPPO DEL WELFARE LOCALE
 - 6. ORGANISMO DI COORDINAMENTO PER LA SALUTE MENTALE LE DIPENDENZE E LA DISABILITA' (OCSMD)

- b) obiettivi sociali di rilevanza provinciale, considerati prioritari dai 14 Ambiti Territoriali Sociali della provincia di Bergamo, che saranno portati avanti congiuntamente dal Collegio dei Sindaci e dai Presidenti delle Assemblee dei Sindaci dei Piani di Zona supportati, sul piano tecnico, dal Coordinamento dei 14 Uffici di Piano:
 - 1 - FRAGILITA', GRAVE EMARGINAZIONE E INCLUSIONE SOCIALE
 - 2 - LAVORO
 - 3 - CASA
 - 4 - SPERIMENTAZIONE DELL'EDUCATORE DI PLESSO E COMUNITA'
 - 5 - PROGETTO DI VITA DISABILITÀ
 - 6 – DIGITALIZZAZIONE

2. LE RAPPRESENTANZE DEI SINDACI: LA NUOVA GEOGRAFIA

La programmazione sociale locale dei Piani di Zona 2025-2027 si inserisce in un contesto normativo diverso da quello passato, determinato principalmente dalle modifiche, apportate alla Legge regionale 33/2009 dalla Legge regionale 22/2021, che hanno interessato gli organismi di rappresentanza dei sindaci, e quindi la governance del welfare locale, con l'obiettivo di rafforzare la sinergia tra i vari attori istituzionali, garantendo un approccio più integrato e partecipativo.

Tra le maggiori novità introdotte dalla Legge regionale 22/2021 vi sono lo spostamento delle Conferenze dei Sindaci dalla dimensione provinciale a quella territoriale delle ASST e la nascita del Collegio dei Sindaci, che ha il compito di esprimere proposte e pareri finalizzati all'integrazione della rete sanitaria e sociosanitaria con quella sociale garantendo così una maggiore partecipazione degli Enti Locali alla definizione delle priorità di intervento.

Collegio dei Sindaci DGR 6762 del 25 luglio 2022

Il Collegio dei Sindaci:

- a) Formula proposte ed esprime pareri alle ATS al fine di supportare le stesse nel garantire l'integrazione della rete sanitaria e sociosanitaria con quella sociale e per organizzare tale integrazione anche attraverso i piani di zona di cui alla L.328/2000 e alla L.r. 3/2008;
- b) partecipa alla Cabina di Regia di cui all'articolo 6, comma 6, lettera f) della medesima l.r. 33/2009;
- c) in raccordo con le Conferenze dei Sindaci monitora lo sviluppo omogeneo e uniforme sul territorio dell'ATS delle reti territoriali;
- d) esprime il proprio parere sulla finalizzazione e sulla distribuzione territoriale delle risorse finanziarie per gli interventi in ambito sociale assegnate alle ATS;
- e) esprime pareri su richiesta di Regione Lombardia e delle ASST in merito all'implementazione dell'offerta di servizi di prossimità sul territorio di competenza dell'ATS;
- f) propone al direttore generale il nominativo di persona qualificata, non dipendente dal servizio sanitario, per ricoprire il ruolo di responsabile dell'UPT.

Il Collegio dei Sindaci è costituito da rappresentanti eletti dalle singole Conferenze dei Sindaci e dai Presidenti delle Conferenze stesse.

Collegio dei Sindaci di ATS Bergamo	Presidente Marcella Messina, Assessore Politiche Sociali Comune di Bergamo
	Vice Presidente Gabriele Cortesi, Sindaco Comune di Seriate
	Elezione Presidente e vice Presidente 09.11.2022 Scadenza 08.11.2027
	Altri componenti del Collegio dei Sindaci Juri Imeri, Sindaco Comune di Treviglio Gianbattista Brioschi, Consigliere delegato Rapporti con gli Enti e Istituzioni Sovracomunali Comune di Almenno San Bartolomeo Angelo Merici, Vice Sindaco Comune di Gazzaniga Caterina Vitali, Sindaco Comune di Ciserano
	Il supporto tecnico-amministrativo alle attività del Collegio dei Sindaci è garantito dall'Ufficio Sindaci di ATS Bergamo: ufficio.sindaci@ats-bg.it, sindaci@pec.ats-bg.it, 035.385384, 337.1119915.

Conferenze dei Sindaci
DGR 6762 del 25 luglio 2022

La nuova organizzazione prevista dal legislatore regionale ha visto la nascita, sul territorio della provincia di Bergamo, di tre Conferenze: la Conferenza dei Sindaci dell'ASST Papa Giovanni XXIII, la Conferenza dei Sindaci dell'ASST Bergamo Est e la Conferenza dei Sindaci dell'ASST Bergamo Ovest.

Ciascuna Conferenza, avvalendosi del proprio Consiglio di Rappresentanza:

- a) formula nell'ambito della programmazione territoriale dell'ASST di competenza, proposte per l'organizzazione della rete di offerta territoriale e dell'attività sociosanitaria e socioassistenziale, con l'espressione di un parere sulle linee guida per l'integrazione sociosanitaria e sociale; partecipa inoltre alla definizione dei piani sociosanitari territoriali;
- b) individua i sindaci o loro delegati, comunque appartenenti al Consiglio o alla Giunta comunale, che compongono il collegio dei sindaci;
- c) partecipa alla verifica dello stato di attuazione dei programmi e dei progetti di competenza delle ASST;
- d) promuove l'integrazione delle funzioni e delle prestazioni sociali con le funzioni e le prestazioni dell'offerta sanitaria e sociosanitaria, anche favorendo la costituzione tra i comuni di enti o soggetti aventi personalità giuridica;
- e) esprime il proprio parere sulla finalizzazione e sulla distribuzione territoriale delle risorse finanziarie;
- f) elegge al suo interno il consiglio di rappresentanza dei sindaci, di cui si avvale per l'esercizio delle sue funzioni;
- h) esprime parere obbligatorio sul piano di sviluppo del Polo Territoriale (PPT) predisposto dall'ASST che definisce la domanda di salute territoriale, la programmazione e progettazione dei servizi erogativi, assicurando l'integrazione delle funzioni e delle prestazioni sociali con quelle sanitarie e sociosanitarie distrettuali.

La Conferenza è composta dai Sindaci, o loro delegati comunque appartenenti al consiglio o alla giunta comunale, dei Comuni compresi nel territorio dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale – ASST.

Conferenza dei Sindaci ASST Papa Giovanni XXIII	Presidente Conferenza e Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci Gianbattista Brioschi, Consigliere delegato Rapporti con gli Enti e le Istituzioni Sovracomunali Comune di Almenno San Bartolomeo Vice Presidente Conferenza e Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci Marcella Messina, Assessore alle Politiche Sociali Comune di Bergamo Componenti Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci Sara Tassetti, Assessore ai Servizi alla Persona Comune di Gorle Laura Arizzi, Sindaco Comune di Piazzolo Enrica Bonzi, Sindaco Comune di San Giovanni Bianco Elezione 18.10.2022 Scadenza 17.10.2027 Il supporto tecnico-amministrativo alle attività della Conferenza dei Sindaci dell'ASST Papa Giovanni XXIII è garantito dall'Ufficio Sindaci: ufficiosindaci@asst-pg23.it, 035.267.3870.
Conferenza dei Sindaci ASST Bergamo Est	Presidente Conferenza e Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci Gabriele Cortesi, Sindaco Comune di Seriate Vice Presidente Conferenza e Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci Alberto Maffi, Sindaco Comune di Gandosso

	<p>Componenti Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci Angelo Merici, Vice Sindaco Comune di Gazzaniga Luciano Redolfi, Sindaco Comune di Bolgare Loredana Vaghi, Vice Sindaco Comune di Trescore Balneario Simona Figaroli, Assessore alle Politiche Sociali Comune di Costa Volpino Flavia Bigoni, Assessore a Servizi Sociali, Istruzione, Famiglie e Pari Opportunità Comune di Clusone</p> <p>Elezione 19.10.2022 Scadenza 18.10.2027</p> <p>Il supporto tecnico-amministrativo alle attività della Conferenza dei Sindaci dell'ASST Bergamo Est è garantito dall'Ufficio Sindaci: ufficio.sindaci@asst-bergamoest.it, 035.3063842.</p>
Conferenza dei Sindaci ASST Bergamo Ovest	<p>Presidente Conferenza e Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci Juri Imeri, Sindaco Comune di Treviglio</p> <p>Vice Presidente Conferenza e Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci Caterina Vitali, Sindaco Comune di Ciserano</p> <p>Componenti Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci Fabio Ferla, Sindaco Comune di Calvenzano Cinzia Terzi, Assessore Servizi Sociali Comune di Dalmine Alessandra Locatelli, Sindaco Comune di Mapello</p> <p>Elezione 21.10.2022 Scadenza 20.10.2027</p> <p>Il supporto tecnico-amministrativo alle attività della Conferenza dei Sindaci dell'ASST Bergamo Ovest è garantito dall'Ufficio Sindaci: ufficio_sindaci@asst-bgovest.it, 0363.424505.</p>

Assemblee dei Sindaci del Distretto

DGR 6762 del 25 luglio 2022

I Comuni, attraverso l'assemblea dei sindaci del distretto, formulano proposte e pareri alla conferenza dei sindaci, dandone comunicazione al Direttore Generale dell'ASST, in ordine alle linee di indirizzo e di programmazione dei servizi sociosanitari; l'assemblea esprime il proprio parere obbligatorio entro 30 giorni sulla finalizzazione e sulla distribuzione territoriale delle risorse finanziarie.

L'Assemblea dei Sindaci del Distretto provvede, nell'area del territorio di competenza, a:

- verificare l'applicazione della programmazione territoriale e dei progetti di area sanitaria e sociosanitaria posti in essere nel territorio del Distretto ASST;
- contribuire ai processi di integrazione delle attività sociosanitarie con gli interventi socioassistenziali degli ambiti sociali territoriali;
- formulare proposte e pareri, per il tramite del Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci, alla Conferenza dei Sindaci dandone comunicazione anche al Direttore Generale dell'ASST, in ordine alle linee di indirizzo e di programmazione distrettuale dei servizi sociosanitari e di integrazione con la programmazione sociale territoriale;
- contribuire a definire modalità di coordinamento tra Piani di Zona afferenti allo stesso territorio per la costruzione di un sistema integrato di analisi del bisogno territoriale e l'individuazione di potenziali progettazioni condivise per la programmazione sociale di zona e il suo aggiornamento.

L'assemblea dei sindaci del distretto svolge altresì le funzioni del comitato dei sindaci del distretto di cui all'articolo 3 *quater* del D.lgs. 502/1992 ai sensi dell'art.20 comma 5 della l.r. n. 33/2009.

L'Assemblea dei Sindaci del Distretto è composta dai Sindaci, o loro delegati comunque appartenenti al consiglio o alla giunta comunale, dei Comuni afferenti al Distretto. Un Distretto può essere composto anche da più Assemblee tra quelle che corrispondono alle Assemblee dei Sindaci dei Piani di Zona.

Conferenza dei Sindaci ASST Papa Giovanni XXIII	Assemblee dei Sindaci di Distretto 1 Bergamo 2 Valle Brembana, Valle Imagna, Villa d'Alme'	<p>BERGAMO Presidente Marcella Messina, Assessore alle Politiche Sociali Comune di Bergamo Vice Presidente Sara Tasseti, Assessore ai Servizi Sociali di Gorle</p> <p>VALLE BREMBANA, VALLE IMAGNA, VILLA D'ALME' Presidente Laura Arizzi, Sindaco Comune di Piazzolo Vice Presidente Gianbattista Brioschi, Consigliere delegato Rapporti con gli Enti e le Istituzioni Sovracomunali Comune di Almenno San Bartolomeo</p> <p>Elezione 18.10.2022 Scadenza 17.10.2027</p> <p>Il supporto tecnico-amministrativo alle attività delle Assemblee dei Sindaci di Distretto dell'ASST Papa Giovanni XXIII è garantito dall'Ufficio Sindaci: ufficiosindaci@asst-pg23.it, 035.267.3870.</p>
Conferenza dei Sindaci ASST Bergamo Est	Assemblee dei Sindaci di Distretto 1 Seriate-Grumello, 2 Val Cavallina, Basso Sebino, Alto Sebino, 3 Val Seriana, Val Seriana Superiore-Val di Scalve	<p>SERiate - GRUMELLO Presidente Luciano Redolfi, Sindaco Comune di Bolgare Vice Presidente Gabriele Cortesi, Sindaco di Seriate</p> <p>VAL CAVALLINA, MONTE BRONZONE – BASSO SEBINO, ALTO SEBINO Presidente Alberto Maffi, Sindaco Comune di Gandosso Vice Presidente Loredana Vaghi, Vice Sindaco Comune di Trescore Balneario Simona Figaroli, Assessore Politiche Sociali Comune di Costa Volpino</p> <p>VAL SERIANA, VAL SERIANA SUPERIORE E VAL DI SCALVE Presidente Angelo Merici, Vice Sindaco Comune di Gazzaniga Vice Presidente Flavia Bigoni, Assessore Servizi Sociali Comune di Clusone</p> <p>Elezione 19.10.2022 Scadenza 18.10.2027</p> <p>Il supporto tecnico-amministrativo alle attività delle Assemblee dei Sindaci di Distretto dell'ASST Bergamo Est è garantito dall'Ufficio Sindaci: ufficio.sindaci@asst-bergamoest.it, 035.3063842.</p>
Conferenza dei Sindaci ASST Bergamo Ovest	Assemblee dei Sindaci di Distretto 1 Media Pianura, 2 Isola Bergamasca e Val San Martino 3 Bassa Orientale 4 Bassa Occidentale	<p>MEDIA PIANURA (Dalmine) Presidente Cinzia Terzi, Assessore Servizi Sociali Comune di Dalmine Vice Presidente Corrado Quarti, Sindaco Comune di Osio Sotto</p> <p>ISOLA E VAL SAN MARTINO Presidente Alessandra Locatelli, Sindaco Comune di Mapello Vice Presidente Matteo Rossi, Sindaco Comune di Bonate Sopra</p> <p>BASSA ORIENTALE (Romano di Lombardia) Presidente Andrea Rota, Sindaco Comune di Bariano Vice Presidente Vincenzo Trapattoni, Sindaco Comune di Barbata</p> <p>BASSA OCCIDENTALE (Treviglio) Presidente</p>

		<p>Fabio Ferla, Sindaco Comune di Calvenzano Vice Presidente Fabio Carminati, Sindaco Comune di Fornovo San Giovanni</p> <p>Elezione 21.10.2022 Scadenza 20.10.2027</p> <p>Il supporto tecnico-amministrativo alle attività delle Assemblee dei Sindaci di Distretto dell'ASST Bergamo Ovest è garantito dall'Ufficio Sindaci: ufficio_sindaci@asst-bgvest.it, 0363.424505.</p>
--	--	---

Assemblee dei Sindaci dei Piani di Zona
L. 328/00, L.r. 3/2008, L.r. 3/2009 art. 7-bis c. 6

L'Assemblea dei Sindaci del Piano di Zona sviluppa la sua azione principale nella governance della gestione associata e territoriale delle funzioni sociali e nella programmazione degli aspetti gestionali-operativi di coordinamento e sviluppo dei servizi sociali territoriali, in integrazione con il sistema sanitario e sociosanitario, nonché con le politiche del lavoro, della formazione professionale, dell'istruzione, dell'educazione, della sicurezza e della pianificazione territoriale.

Il Piano di Zona è lo strumento di programmazione degli interventi e dei servizi in ambito sociale e socio sanitario.

Ciascuna Assemblea è composta da tutti i Sindaci, o loro delegati appartenenti al Consiglio o alla Giunta comunale, dei Comuni compresi nel territorio dei singoli Ambiti Territoriali Sociali di cui alla L.328/00.

Ciascuna Assemblea definisce il proprio regolamento di funzionamento, le modalità di elezione di Presidente e del vice Presidente e le modalità di deliberazione delle decisioni.

Ambito Territoriale	Comuni	Presidente e vice Presidente Assemblea dei Sindaci del Piano di Zona
Bergamo	Bergamo, Orio al Serio, Gorle, Ponteranica, Sorisole, Torre Boldone	Presidente: Sara Tassetti, Assessore ai Servizi Sociali Gorle Vice Presidente: Alberto Nevola, Vice Sindaco Ponteranica
Dalmine	Azzano San Paolo, Boltiere, Ciserano, Comun Nuovo, Curno, Dalmine, Lallio, Levate, Mozzo, Osio Sopra, Osio Sotto, Stezzano, Treviolo, Urganio, Verdellino, Verdello, Zanica	Presidente: Cinzia Terzi, Assessore ai Servizi Sociali Comune di Dalmine Vice Presidente: Caterina Vitali, Sindaco Comune di Ciserano
Seriate	Albano Sant'Alessandro, Bagnatica, Brusaporto, Cavernago, Costa di Mezzate, Grassobbio, Montello, Pedrengo, Scanzorosciate, Seriate, Torre dé Roveri	Presidente: Gabriele Cortesi, Sindaco di Seriate Vice Presidente: Federica Rosati, Assessore Politiche Sociali Comune di Scanzorosciate
Grumello del Monte	Bolgare, Calcinato, Castelli Calepio, Chiuduno, Grumello del Monte, Mornico al Serio, Palosco, Telgate	Presidente: Luciano Redolfi, Sindaco Comune di Bolgare Vice Presidente: Mario Mazza, Sindaco Comune di Palosco
Val Cavallina	Berzo S. Fermo, Bianzano, Borgo di Terzo, Carobbio degli Angeli, Casazza, Cenate Sopra, Cenate Sotto, Endine Gaiano, Entratico, Gaverina Terme, Gorlago, Grone, Luzzana, Monasterolo del Castello, Ranzanico, San Paolo d'Argon, Spinone al Lago, Trescore Balneario, Vigano S. Martino, Zandobbio	Presidente: Loredana Vaghi, Consigliere Comune di Trescore Balneario Vice Presidente: Maria Elena Grena, Sindaco Comune di Gorlago
Monte Bronzone – Basso Sebino	Adrara San Martino, Adrara San Rocco, Credaro, Foresto Sparso, Gandosso, Parzanica, Predore, Sarnico, Tavernola Bergamasca, Viadanica, Vigolo, Villongo	Presidente: Alberto Maffi, Sindaco Comune di Gandosso Vice Presidente: Cinzia Presti, vice Sindaco Comune Adrara S. Martino
Alto Sebino	Bossico, Castro, Costa Volpino, Fonteno, Lovere, Pianico, Riva di Solto, Rogno, Solto Collina, Sovere	Presidente: Simona Figaroli, Assessore Servizi Sociali Comune di Costa Volpino Vice Presidente: da individuare

Valle Seriana	Albino, Alzano Lombardo, Aviatico, Casnigo, Cazzano Sant'Andrea, Cene, Colzate, Fiorano al Serio, Gandino, Gazzaniga, Leffe, Nembro, Peia, Pradalunga, Ranica, Selvino, Vertova, Villa di Serio	Presidente: Angelo Merici, Vice Sindaco Comune di Gazzaniga Vice Presidente: Floria Lodetti, Assessore Servizi Sociali Comune di Nembro
Valle Seriana Superiore e Val di Scalve	Ardesio, Azzone, Castione della Presolana, Cerete, Clusone, Colere, Fino del Monte, Gandellino, Gorno, Gromo, Oltressenda Alta, Oneta, Onore, Parre, Piario, Ponte Nossas, Premolo, Rovetta, Schilpario, Songavazzo, Valbondione, Valgoglio, Villa d'Ogna, Vilminore di Scalve	Presidente: Flavia Bigoni, Assessore Servizi Sociali Comune di Clusone Vice Presidente: Mirella Cotti Cometti, Sindaco Comune di Azzone
Valle Brembana	Algua, Averara, Bello, Bracca, Branzi, Camerata Cornello, Carona, Cassiglio, Cornalba, Costa di Serina, Cusio, Dossena, Foppolo, Isola di Fondra, Lenna, Mezzoldo, Moio de' Calvi, Olmo al Brembo, Oltre il Colle, Ornica, Piazza Brembana, Piazzatorre, Piazzolo, Roncobello, San Giovanni Bianco, San Pellegrino Terme, Santa Brigida, Sedrina, Serina, Taleggio, Ubale Clanezzo, Val Brembilla, Valleve, Valnegra, Valtorta, Veduggio, Zogno	Presidente: Laura Arizzi, Sindaco Comune di Piazzolo Vice Presidente: Enrica Bonzi, Sindaco Comune di San Giovanni Bianco
Valle Imagna – Villa d'Almè	Almè, Almenno San Bartolomeo, Almenno San Salvatore, Barzana, Bedulita, Berbenno, Brumano, Capizzone, Corna Imagna, Costa Valle Imagna, Fuiopiano Valle Imagna, Locatello, Paladina, Palazzago, Roncola, Rota Imagna, Sant'Omobono Terme, Strozza, Valbrembo, Villa d'Almè	Presidente: Gianbattista Brioschi, Consigliere delegato Rapporti con gli Enti e le Istituzioni Sovracomunali Comune di Almenno San Bartolomeo Vice Presidente: Gianmaria Brignoli, Sindaco Comune di Paladina
Isola Bergamasca e Val San Martino	Ambivere, Bonate Sopra, Bonate Sotto, Bottanuco, Brembate, Brembate Sopra, Calusco d'Adda, Capriate San Gervasio, Caprino Bergamasco, Carvico, Chignolo d'Isola, Cisano Bergamasco, Filago, Madone, Mapello, Medolago, Ponte San Pietro, Pontida, Presezzo, Solza, Sotto il Monte Giovanni XXIII, Suisio, Terno d'Isola, Villa d'Adda	Presidente: Alessandra Locatelli, Sindaco Comune di Mapello Vice Presidente: Matteo Rossi, Sindaco Comune di Bonate Sopra
Treviglio	Arcene, Arzago d'Adda, Brignano Gera d'Adda, Calvenzano, Canonica d'Adda, Caravaggio, Casirate d'Adda, Castel Rozzone, Fara Gera d'Adda, Fornovo San Giovanni, Lurano, Misano Gera d'Adda, Mozzanica, Pagazzano, Pognano, Pontirolo Nuovo, Spirano, Treviglio	Presidente: Fabio Ferla, Sindaco Comune di Calvenzano Vice Presidente: Erika Bertocchi, Sindaco Comune di Pontirolo
Romano di Lombardia	Antegnate, Barbata, Bariano, Calcio, Civate al Piano, Cologno al Serio, Cortenuova, Covo, Fara Olivana con Sola, Fontanella, Ghisalba, Isso, Martinengo, Morengo, Pumenengo, Romano di Lombardia, Torre Pallavicina	Presidente: Gianfranco Gafforelli, Sindaco Comune di Romano di Lombardia Vice Presidente: Chiara Drago, Sindaco Comune di Cologno al Serio

L'Ufficio di Piano è la struttura tecnico-amministrativa deputata al supporto della programmazione sociale di ciascun Ambito Territoriale: è l'organismo tecnico di studio, consulenza, proposta e supporto di ogni Assemblea dei Sindaci del Piano di Zona ai fini della programmazione e della gestione degli interventi e dei servizi di Ambito.

L'Ufficio di Piano riveste funzioni di regia operativa del processo di elaborazione del Piano di Zona, di coordinamento operativo dei diversi attori in campo, di presidio della funzione di attuazione del Piano e delle connesse attività di monitoraggio e valutazione.

UFFICIO DI PIANO	RESPONSABILE e CONTATTI
UFFICIO DI PIANO AMBITO DI BERGAMO	RESPONSABILE Ivan Albergoni CONTATTI Piazzetta G. Marcovigi 2, Bergamo, Tel. 035/399692, udpambitobergamo@comune.bergamo.it , www.ambitodibergamo.it
UFFICIO DI PIANO AMBITO DI DALMINE	RESPONSABILE Mauro Cinquini CONTATTI Piazza Liberta' 1, Dalmine, Tel. 035/6224891, ufficio.pianodizona@comune.dalmine.bg.it , www.ambitodidalmine.it
UFFICIO DI PIANO AMBITO DI SERIATE	RESPONSABILE Sabrina Bosio CONTATTI Piazza Aleardi 1, Seriate, Tel. 035/304293, ufficiodipiano@comune.seriatae.bg.it , www.ambitodiseriate.it

UFFICIO DI PIANO AMBITO DI GRUMELLO	RESPONSABILE Gianantonio Farinotti CONTATTI Via Dante 24, Bolgare, Tel. 035/4493930, pdz@comune.bolgare.bg.it, www.comune.bolgare.bg.it
UFFICIO DI PIANO AMBITO VAL CAVALLINA	RESPONSABILE Benvenuto Gamba CONTATTI Via Fratelli Calvi, Trescore Balneario, Tel. 035/944904, benvenuto.gamba@consorzioservizi.valcavallina.bg.it, www.consorzioservizi.valcavallina.bg.it
UFFICIO DI PIANO AMBITO MONTE BRONZONE E BASSO SEBINO	RESPONSABILE Sonia Tignonsini CONTATTI Via Roma 35, Villongo, Tel. 035/927031, sonia.tignonsini@cmlaghi.bg.it, www.cmlaghi.bg.it
UFFICIO DI PIANO AMBITO ALTO SEBINO	RESPONSABILE Gabriele Bondioni CONTATTI Via Del Cantiere 4, Lovere, Tel. 035/983896, gabriele.bondioni@cmlaghi.bg.it, www.cmlaghi.bg.it
UFFICIO DI PIANO AMBITO VALLE SERIANA	RESPONSABILE Carolina Angelini CONTATTI Piazza Libertà 1, Albino, Tel. 035/759903, c.angelini@albino.it, www.ssvalseariana.org
UFFICIO DI PIANO AMBITO VAL SERIANA SUPERIORE E VAL DI SCALVE	RESPONSABILE Barbara Battaglia CONTATTI Piazza Sant'Andrea 1, Clusone, Tel. 0346/89605, ambito@comune.clusone.bg.it, www.comune.clusone.bg.it
UFFICIO DI PIANO AMBITO VALLE BREMBANA	RESPONSABILE Antonio Porretta CONTATTI Via Don Angelo Tondini 16, Piazza Brembana, Tel. 0345/81177, servizisociali@vallebrembana.bg.it, www.vallebrembana.com
UFFICIO DI PIANO AMBITO VALLE IMAGNA E VILLA D'ALME'	RESPONSABILE Gianantonio Farinotti CONTATTI Via Valer 2, Sant'Omobono Terme, Tel. 035/851782, segreteria@ascimagnavilla.bg.it, www.ascimagnavilla.bg.it
UFFICIO DI PIANO AMBITO ISOLA BERGAMASCA E BASSA VAL S. MARTINO	RESPONSABILE Filippo Ferrari CONTATTI Via Bravi 16, Terno d'Isola, Tel. 035/19911165, segreteria@aziendaisola.it, www.aziendaisola.it
UFFICIO DI PIANO AMBITO DI TREVIGLIO	RESPONSABILE Francesco Iacchetti CONTATTI Via Crippa 9, Treviglio, Tel. 0363/3112101, ufficiodipiano@risorsasociale.it, www.risorsasociale.it
UFFICIO DI PIANO AMBITO DI ROMANO DI LOMBARDIA	RESPONSABILE Antonietta Maffi CONTATTI Via Balilla 25, Romano di Lombardia, Tel. 0363/911647, segreteria@aziendasolidalia.it, www.aziendasolidalia.it

3. ORGANIZZAZIONE DELLA STRUTTURA TECNICA PROVINCIALE A SUPPORTO DEI 14 AMBITI TERRITORIALI SOCIALI

DESCRIZIONE
Per garantire un supporto tecnico articolato alle rappresentanze istituzionali dei Sindaci, Collegio e Conferenze dei Sindaci, al fine di implementare il ruolo dei servizi sociali nella programmazione e nella rete dei servizi sociosanitari e sanitari, nel triennio si svilupperà un'organizzazione tecnica che, partendo dal 'luogo' stabile e consolidato di confronto del Coordinamento provinciale dei 14 Responsabili degli Uffici di Piano, sia in grado di definire i compiti e le responsabilità di assistenza e rappresentanza tecnica in relazione agli obiettivi integrati sociosanitari e sociali contenuti nel Prologo dei Piani di Zona 2025-2027, in raccordo con le attività di supporto organizzativo garantite alle rappresentanze dei Sindaci da parte degli Uffici Sindaci di ATS e delle ASST.
OBIETTIVO
<ul style="list-style-type: none"> • Monitorare l'avanzamento e la realizzazione degli obiettivi del Prologo provinciale ai Piani di Zona 2025-2027, • implementare ulteriormente il raccordo tecnico operativo dell'area sociale, definendo una figura di coordinamento che rappresenti tecnicamente il Collegio dei Sindaci di ATS nei diversi Gruppi/Tavoli di lavoro, funga da raccordo operativo tra le rappresentanze istituzionali dei Sindaci e l'ufficio sindaci di ATS, monitori lo sviluppo integrato PPT/PdZ a livello provinciale e che si connetta con il Coordinamento dei 14 Responsabili degli Uffici di Piano (e i gruppi di lavoro ad esso riconducibili), • confermare i tre referenti tecnici degli Uffici di Piani (uno per Conferenza dei Sindaci di ASST) quali figure tecniche di supporto e raccordo delle Conferenze dei Sindaci delle ASST in grado di rappresentarle nei diversi Gruppi/Tavoli di lavoro, di raccordo operativo tra le rappresentanze istituzionali delle Conferenze e gli Uffici Sindaci di ASST, chiamate a monitorare lo sviluppo integrato PPT/PdZ per i territori di competenza, • individuare e nominare i Responsabili degli Uffici di Piano referenti degli obiettivi di integrazione sociosanitaria e di quelli sociali definiti nel Prologo provinciale dei Piani di Zona 2025-2027, • definire un Ente capofila che gestisca gli aspetti tecnico-amministrativi, al fine di garantire l'organizzazione definita per la struttura tecnica dei 14 Ambiti Territoriali Sociali.
AZIONI PRELIMINARI
<p><u>Entro Febbraio 2025</u>: definizione del protocollo operativo tra gli Ambiti Territoriali Sociali per la gestione degli obiettivi del prologo provinciale dei Piani di Zona 2025-2027 con l'individuazione dell'Ente capofila per la gestione tecnico-operativa.</p> <p><u>Entro Marzo 2025</u>: nomina da parte del Collegio dei Sindaci di tutte le rappresentanze tecniche definite in ordine agli obiettivi sociosanitari e sociali.</p> <p><u>Entro Aprile 2025</u>: definizione degli incarichi da parte dell'Ente capofila con nomina della figura di coordinamento prevista.</p>
GOVERNANCE
<p>I soggetti coinvolti sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Collegio dei Sindaci - Conferenze dei Sindaci - Assemblee dei Sindaci dei Piani di Zona - Uffici di Piano degli Ambiti Territoriali Sociali
RISORSE
Per sostenere l'organizzazione della struttura tecnica provinciale dovranno essere individuate le opportune risorse da assegnare all'Ente Capofila degli Ambiti Territoriali Sociali che verrà designato entro febbraio 2025 (Vd. Capitolo 6 - "Risorse").

4. OBIETTIVI PROVINCIALI DI INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Questa sezione contiene i temi e gli obiettivi trasversali sull'integrazione socio sanitaria condivisi, a livello provinciale, tra ATS Bergamo, l'ASST papa Giovanni XXIII, l'ASST Bergamo EST, l'ASST Bergamo Ovest ed i 14 Ambiti Territoriali Sociali della provincia di Bergamo.

1. PROMOZIONE DELLA SALUTE
2. VALUTAZIONE: filiera PUA - EVM/UVM - COT
3. CAREGIVER
4. CONTINUITA' ASSISTENZIALE: raccordo con le Unità d'Offerta socio sanitarie e sociali
5. SVILUPPO DEL WELFARE LOCALE
6. ORGANISMO DI COORDINAMENTO PER LA SALUTE MENTALE LE DIPENDENZE E LA DISABILITA' (OCSMD)

Obiettivi provinciali di integrazione sociosanitaria

Obiettivo 1 – Promozione della salute

DESCRIZIONE
<p>Le attività di promozione della salute declinate a livello locale si collocano all'interno della cornice programmatica di Regione Lombardia, la quale, nell'ambito del Piano Regionale Prevenzione 2021-2025, prevede l'implementazione di programmi preventivi validati basati su evidenze di efficacia e che rispettano i principi di sostenibilità, appropriatezza ed equità.</p> <p>Tali programmi consistono in un complesso di azioni dirette ad aumentare le capacità degli individui ad avviare cambiamenti sociali, ambientali ed economici in un processo che aumenti le reali possibilità di controllo, da parte dei singoli e della comunità, dei determinanti di salute.</p> <p>In sintesi, i programmi di prevenzione e promozione della salute declinati nei diversi contesti di vita delle persone sono:</p> <p><u>Scuola</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Programma "Scuole che promuovono salute – Rete SPS/SHE Lombardia"- Life Skills Training (Primaria e secondaria di primo grado)- Unplugged Lombardia (secondarie di secondo grado)- Educazione affettiva e sessuale- Educazione tra pari (Secondaria di secondo grado)- Scuola in movimento <p><u>Luoghi di Lavoro</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Programma "Aziende che Promuovono Salute – Rete WHP Lombardia" <p><u>Comunità Locale</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Gruppi di Cammino- Pedibus- Prevenzione incidenti domestici- Urban Health <p><u>Prevenzione dipendenze</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Piano Locale GAP <p><u>Promozione della salute – Area consultoriale</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Implementazione delle azioni in raccordo con i Consultori Familiari <p><u>Promozione della salute – Invecchiamento Attivo</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Implementazione delle attività e delle azioni volte a promuovere l'invecchiamento attivo delle persone con età uguale o superiore ai sessantacinque anni
OBIETTIVO
<ul style="list-style-type: none">• Costruire un dispositivo di raccordo tra Ambiti Territoriali e ASST per gli interventi di prevenzione e promozione della salute nelle comunità locali;• Sviluppare e implementare, in sinergia con ATS, ASST, Distretti e Ambiti Territoriali, l'offerta di interventi di promozione della salute rivolti a tutte le fasce d'età (per ciclo di vita) e nei diversi setting (Scuola, luoghi di lavoro, comunità locali, ecc.);• Formalizzare la collaborazione con il referente per la promozione della salute di ASST all'interno del Gruppo Tecnico ATS – ASST in raccordo con gli Ambiti Territoriali Sociali;• Promuovere, in maniera integrata con ATS, l'attuale offerta di programmi regionali (Life Skills Training Program, Unplugged, Movimento a scuola, WHP, Gruppi di Cammino, Pedibus, ...);

- Costruire nel triennio di una maggiore integrazione nell'attività di prevenzione e promozione a contrasto della diffusione di HIV/AIDS anche attraverso la collaborazione con la Rete Fast Track City;
- Costruire una strategia comunicativa condivisa che permetta il raccordo tra ATS, ASST, Distretti e Ambiti Territoriali rispetto a specifiche iniziative e campagne di comunicazione e marketing sociale volte a favorire l'engagement e l'health literacy della popolazione in tema di corretti stili di vita;
- Costruire di partnership e alleanze con stakeholders territoriali per il raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi preventivi secondo un approccio multidisciplinare;
- Promuovere delle politiche che sostengano l'invecchiamento attivo attraverso un modello di intervento partecipativo e integrato che vede il coinvolgimento di tutti gli stakeholders coinvolti quali, ASST, Ambiti Territoriali Sociali, Università, Terza Università, Enti del Settore, Istituzioni religiose, Istituti scolastici, etc.

PRINCIPALI AZIONI DA REALIZZARE NEL 2025- 2027

SCUOLA

Macroarea di policy Piani di Zona: Politiche giovanili e per i minori

Area PPT: 5. Prevenzione e promozione della salute – azioni distrettuali

- Raccordi organizzativi con le scuole per l'implementazione dei programmi regionali
- Partecipazione alle attività della rete SPS attraverso gli operatori di CF, SERD, Case di Comunità, attualmente già formati ai programmi regionali Life Skills Training per la formazione ai docenti;

Specifico per Ambiti Territoriali:

- Promozione e implementazione dei programmi scolastici come previsto dal Piano Locale GAP e dai relativi Piani esecutivi di Ambito
- Attivazione di Pedibus a livello territoriale

LUOGHI DI LAVORO

Macroarea di policy Piani di Zona: Interventi connessi alle politiche per il lavoro

Area PPT: 5. Prevenzione e promozione della salute – azioni distrettuali

- Promozione territoriale del programma WHP (p.e. organizzazione di incontri di presentazione con le aziende del territorio) in sinergia con ATS, ASST, Ambiti Territoriali e Distretti
- Supporto alle aziende del territorio nella realizzazione delle azioni WHP;
- Raccordi organizzativi con i luoghi di lavoro;

Specifico per Ambiti Territoriali:

- Promozione e implementazione del programma WHP come previsto dal Piano Locale GAP e dai relativi Piani esecutivi di Ambito

COMUNITA'

Macroarea di policy Piani di Zona: Anziani; Interventi per la Famiglia; Interventi a favore delle persone con disabilità

Area PPT: 5. Prevenzione e promozione della salute – azioni distrettuali; 4. Integrazione Cure Primarie

- Coinvolgimento e raccordo organizzativo con Enti Locali per la promozione e pubblicizzazione degli eventi sul territorio;
- Sensibilizzazione della popolazione da parte di: Cure Primarie, medici specialistici, medici

competenti, IFeC ecc. anche attraverso l'utilizzo del counselling motivazionale breve a cui gli operatori sono stati formati (Formazioni regionali 2022-2023-2024)

- Organizzazione di incontri di Distretto/Casa della Comunità per la promozione della rete dei Gruppi di Cammino;
- Coinvolgimento Cure Primarie + Formazione + Distretti nell'Offerta formativa "Counseling motivazionale breve" rivolto a MMG/PdF e Specialisti SSR -Riedizione FAD
- Censimento georeferenziato dell'offerta di attività fisica adattata (AFA) rivolta alla popolazione di ogni fascia d'età con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie in raccordo con Laboratorio Permanente sull'attività fisica di ATS e con i Laboratori permanenti delle ASST
- Partecipazione rappresentanti ASST a laboratorio permanente ATS Bergamo
- Promozione e monitoraggio dell'ingaggio degli Infermieri di famiglia e di Comunità in attività per la diagnosi precoce e la prevenzione dei fattori di rischio comportamentali della cronicità, l'invecchiamento attivo, la prevenzione delle cadute nella popolazione over 65, e i processi di patient engagement
- Raccordo con le Amministrazioni Comunali per la valutazione dei programmi/progetti dedicati a rigenerazione urbana/urban health/mobilità sostenibile ecc., finalizzati a rendere le città e le comunità sicure, inclusive, resilienti e sostenibili attraverso pratiche orientate tutelare e promuovere la salute nel setting urbano indoor e outdoor (Urban Health)

Specifico per Ambiti Territoriali:

- Promozione e implementazione delle azioni previste dal PRP in raccordo con i Laboratori permanenti sull'attività fisica delle ASST
- Partecipazione rappresentanti EELL a laboratorio permanente ASST
- Programmazione e offerta, in sinergia con i Distretti, di interventi integrati finalizzati alla creazione e alla valorizzazione di contesti urbani favorevoli alla promozione di uno stile di vita attivo

PREVENZIONE DIPENDENZE - GAP

Macroarea di policy Piani di Zona: trasversale

Area PPT: 5. Prevenzione e promozione della salute – azioni distrettuali

- Oltre a quanto già previsto per setting scolastici e lavorativi, parti integranti del Piano Locale GAP; Integrazione azioni Obiettivo 3 del Piano Locale GAP con Obiettivi 0, 1 e 2;

Specifico per Ambiti Territoriali:

- Integrazione nel Piano di Zona delle azioni riferite agli obiettivi del Piano GAP e dei relativi piani esecutivi di Ambito

PROMOZIONE DELLA SALUTE AREA CONSULTORIALE

Macroarea di policy Piani di Zona: Interventi per la Famiglia

Area PPT: 5. Prevenzione e promozione della salute – azioni distrettuali

- Monitoraggio attività dei Consultori per l'area Prevenzione (Home visiting, Nati per Leggere,

ecc.)

- Formazione a personale dei Consultori ed operatori sociosanitari (DGR 1141)

Specifico per Ambiti Territoriali:

- Coinvolgimento Sistema bibliotecario per l'implementazione del programma Nati per Leggere

PROMOZIONE DELLA SALUTE INVECCHIAMENTO ATTIVO

Macroarea di policy Piani di Zona: Interventi per le persone con età uguale o superiore ai 65 anni
Area PPT: 5. Prevenzione e promozione della salute con il coinvolgimento dei distretti nel piano di azione territoriale biennale (2025-2026)

- Partecipazione in qualità di partner da parte delle ASST nel Piano di Azione Territoriale e al tavolo tecnico integrato a governance ATS in collaborazione con gli Ambiti Territoriali Sociali e gli Enti del Terzo Settore (anno 2025);

Specifico per Ambiti Territoriali:

Avvio e consolidamento dei programmi che promuovono l'invecchiamento attivo come previsto dal Piano di Azione Territoriale biennale nelle tre aree: partecipazione e cittadinanza attiva, autonomia e benessere, socializzazione e inclusione sociale (2025/2026).

TEMPI

- Validità Piano Regionale Prevenzione
- Validità biennale del Piano di Azione Territoriale Invecchiamento Attivo (2025/2026)

STRUMENTI

- Piano Integrato Locale: stesura annuale a cura di ATS in collaborazione con ASST
- Piano Locale GAP: a cura di ATS in collaborazione con Ambiti Territoriali Sociali (Ob. 0-1-2) e ASST (Ob. 3)
- Piano di Azione Territoriale Invecchiamento Attivo: stesura a cura di ATS in coprogettazione con il tavolo tecnico integrato che vedrà la partecipazione anche degli Enti Capofila ammessi a seguito di Avviso Pubblico.

MONITORAGGIO

- Rilevazione semestrale delle attività realizzate sul territorio e inserimento, a cura di ATS, dei dati nella piattaforma regionale Stili di Vita.
- Piano di Azione Territoriale Invecchiamento Attivo: rilevazione semestrale delle attività realizzate sul territorio attraverso rendicontazioni qualitative e quantitative e raccordi con il gruppo tecnico integrato.

VALUTAZIONE E VERIFICA

- Confronto periodico, all'interno del Gruppo tecnico Prom. della salute ATS –ASST e nei tavoli tematici dei diversi setting (laddove previsti), sul livello di attivazione dei processi di raccordo e verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti dalle Regole di Sistema annuali.
- Piano di Azione Territoriale Invecchiamento Attivo: stesura di relazione annuale qualitativa e quantitativa a cura di ATS volta a rilevare il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano di Azione Territoriale e successivo invio a Regione Lombardia.

GOVERNANCE

Gruppo tecnico Prom. della salute ATS –ASST (trasversale a tutti i setting), in raccordo con gli Ambiti Territoriali Sociali:

Coord.: ATS

Componenti: referenti promozione salute ASST

SETTING SCUOLA

- Tavolo regionale referenti scuola:
Coord: Regione Lombardia;
Componenti: Referenti ATS.
- Coordinamento Regionale Rete SPS:
Coord.: Uff. Scol. Regionale
Componenti: Regione Lombardia, ATS, Scuole, Università MI Bicocca.
- Cabina di Regia della Rete SPS provinciale:
coord: Scuola capofila (IC Bonate Sp.)
Componenti: Dirigenti scol, UST, ATS.
- Gruppo formatori progetti regionali:
coord: ATS
Componenti: operatori ATS, ASST, Terzo settore.

SETTING LAVORO

- Tavolo regionale WHP:
Coord: Regione Lombardia;
Componenti: Referenti ATS
- Organo territoriale di coordinamento (OTC – ex Comitato ex art.7):
Coord: ATS;
Componenti: organizzazioni datoriali, Associazioni di categoria, Sindacati, INAIL, Prefettura, Ufficio Scolastico, referenti Ambiti Territoriali Sociali, ecc.

SETTING COMUNITA' (attività fisica-movimento)

- Laboratorio Permanente attività fisica ATS
Coord: ATS
Componenti: referenti ASST, Rappresentante EELL, Ufficio Scolastico, UNIBG Scienze Motorie, provincia di Bergamo, Centro Universitario sportivo, CSI, consulente esperto.
- Laboratori Permanenti attività fisica ASST
Coord: ASST
Componenti: Ambiti Territoriali Sociali, ATS e stakeholder territoriali differenti nelle tre ASST

PIANO LOCALE GAP

- Tavolo provinciale per la prevenzione del GAP:
Coord: ATS
Componenti: Ascom Confcommercio Bergamo, referenti tre ASST, Ass. Giocatori Anonimi, Ass. Provinciale Polizia Locale, Caritas Bergamo, Comune di Bergamo, Confcooperative – Federsolidarietà, Confesercenti, tre referenti del coordinamento degli Uffici di Piano, L'Eco di Bergamo, Sindacato – CGIL, Sindacato – CISL, CEGEST Bergamo
- Tavolo provinciale per la prevenzione del GAP:
Coord: ATS
Componenti: referenti per il Piano GAP e referenti operativi dei 14 Ambiti Territoriali.
- Raccordo ATS - Ambiti Territoriali Sociali: ATS (coordinamento) e tre referenti del Coordinamento degli Uffici di Piano (uno per ogni territorio ASST)

PROMOZIONE DELLA SALUTE AREA CONSULTORIALE

- Comitato percorso nascita

Coord: Direzione Strategica di ATS Bergamo, Direttori Sanitari e Sociosanitari dell'ATS e delle ASST della provincia di Bergamo.

PROMOZIONE DELLA SALUTE INVECCHIAMENTO ATTIVO

- Coord.: ATS

Tavolo tecnico: ASST, Ambiti Territoriali Sociali, Enti del Terzo Settore

Obiettivi provinciali di integrazione sociosanitaria

Obiettivo 2 – Valutazione: filiera PUA - EVM/UVM - COT

DESCRIZIONE
<p>Il percorso assistenziale integrato definisce una modalità di presa in carico della persona che richiede un'organizzazione e una gestione sempre più raccordate tra il sistema dei servizi degli Ambiti Territoriali Sociali e il complesso delle dotazioni del Distretto, considerata anche la varietà e la complessità del sistema d'offerta che risponde ad esigenze diversificate, richiedendo l'individuazione di strategie di coordinamento e raccordo, modalità operative e percorsi orientati ad una forte integrazione delle competenze e delle misure.</p> <p>Per dare operatività a tale approccio le diverse normative hanno individuato e definito finalità, obiettivi e aspetti organizzativi relativamente al PUA, servizio fondamentale nel garantire l'accesso ai servizi, e alle Équipes/Unità di valutazione multidimensionale con riferimento alla prima valutazione, alla valutazione multidimensionale ed all'elaborazione del piano assistenziale individualizzato e del progetto di vita.</p> <p>Tutto ciò premesso, si intende avviare/rinforzare un processo di integrazione che preveda:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ le modalità di raccordo, gli aspetti organizzativi e gestionali che i soggetti istituzionali intendono perseguire nel dare piena realizzazione alle diverse fasi di presa in carico della persona fragile, disabile o non autosufficiente secondo quanto previsto dal Leps di processo che definisce il Percorso assistenziale integrato,▪ il sistema locale degli interventi e dei servizi sociosanitari, atti a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, i bisogni di salute delle persone che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di supporto e protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di sostegno, garantendo i livelli essenziali previsti dai rispettivi Enti,▪ le modalità organizzative dei servizi e le risorse strutturali e professionali,▪ un sistema di strumenti e supporti che definiscano modalità di dialogo operativo, nonché le attività di monitoraggio e valutazione del sistema integrato.
OBIETTIVO
<p>Nel triennio si intende sviluppare e realizzare una filiera di cura che, considerando le diverse fasi di attuazione del processo di presa in carico, implementi e sviluppi in modo particolare l'accesso ai servizi, la valutazione multidimensionale e l'attivazione delle diverse reti territoriali anche attraverso la definizione e l'attuazione di apposite linee di indirizzo e di relativi accordi territoriali finalizzati alla realizzazione di un approccio coordinato, sinergico e integrato tra i sistemi sanitario, sociosanitario e sociale.</p> <p>Nello specifico ci si propone di:</p> <ul style="list-style-type: none">- realizzare concretamente un livello di programmazione unitaria attraverso un coordinamento tecnico-gestionale che renda più efficaci, più flessibili e meno frammentati gli interventi di ordine sociale e sociosanitario, con un miglior utilizzo delle risorse messe a disposizione al fine di dare risposte ai bisogni della persona in condizioni di fragilità favorendo l'identificazione degli interventi di sostegno e una "presa in carico" integrata della persona e della sua famiglia;- implementare un approccio coordinato e sinergico che renda, attraverso l'attivazione dei Punti Unici di Accesso nelle Case di Comunità, il percorso di accesso e orientamento alla rete dei servizi da parte delle persone, delle famiglie e della comunità sempre più agevole,

<p>integrato e partecipato, anche attraverso il potenziamento dei sistemi informativi integrati, già in uso, tra i servizi sociosanitari e sociali;</p> <ul style="list-style-type: none"> - definire funzioni, compiti e procedure di funzionamento delle Équipes/Unità di Valutazione Multidimensionale attivate nei Distretti per la valutazione delle capacità funzionali e i bisogni della persona nelle sue diverse dimensioni; - garantire la continuità tra le diverse azioni di cura e assistenza, per assicurare la definizione di percorsi di presa in carico realmente integrati e favorire lo sviluppo di interventi di prossimità; - sviluppare una visione comunitaria, orientata verso una nuova organizzazione delle funzioni e delle relazioni territoriali.
TEMPI E AZIONI PRINCIPALI DA REALIZZARE NEL 2025-2027
<p>Anno 2025</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Costruzione di accordi Operativi distrettuali tra ASST – Ambiti Territoriali Sociali in attuazione delle Linee di Indirizzo proposte <p>Anno 2026</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sperimentazione in ciascun Distretto del processo di presa in carico integrato PUA-EVM/UVM e raccordo con COT per garantire la continuità assistenziale e le transizioni tra i diversi setting di cura all'interno delle diverse reti territoriali <p>Anno 2027</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consolidamento della filiera PUA-EVM/UVM in raccordo con COT
STRUMENTI
<ul style="list-style-type: none"> - Definizione di Accordi operativi a livello territoriale - Adozione di strumenti condivisi per la gestione dei casi (scheda accesso, schede di valutazione, contenuti progetto assistenziale\progetto di vita, ecc.)
MONITORAGGIO
<ul style="list-style-type: none"> - Individuazione degli indicatori e degli strumenti di rilevazione - Monitoraggio semestrale e verifica stato di avanzamento attuazione percorso - Produzione reportistica
VERIFICA E VALUTAZIONE
<ul style="list-style-type: none"> - Confronto periodico in merito all'andamento dei Servizi/progetti. Al termine di ogni anno si verifica l'andamento del Servizio/progetto ed eventualmente si rivaluta. - Valutazione finale consolidamento.
GOVERNANCE
Aziende Sociosanitarie Territoriali e Ambiti Sociali Territoriali
COORDINAMENTO TECNICO
ATS – Dipartimento PIPSSS

Obiettivi provinciali di integrazione sociosanitaria

Obiettivo 3 – Caregiver

DESCRIZIONE
<p>Il Progetto Caregiver Bergamo è un’iniziativa provinciale, promossa da ATS Bergamo, che mira a costruire un sistema di supporto completo e integrato per i caregiver familiari, rispondendo alle loro esigenze quotidiane e a lungo termine. Il progetto, attivo nelle Case di Comunità della provincia di Bergamo, si basa su una stretta collaborazione tra le ASST del territorio e gli Ambiti Territoriali Sociali, insieme al contributo fondamentale del Laboratorio Caregiver Bergamo e delle realtà del Terzo Settore.</p> <p>Il progetto ha come principale intervento professionale l’attivazione delle Équipe Caregiver, composte da Infermieri di Famiglia e Comunità (ASST) e Assistenti Sociali (Ambiti Territoriali Sociali). Esse svolgono un ruolo cruciale, offrendo un supporto personalizzato ai caregiver all'interno delle Case di Comunità ed operando sia a livello preventivo che di sostegno diretto, aiutando i caregiver a gestire il carico assistenziale e promuovendo il loro benessere psico-fisico. Attraverso valutazioni dei bisogni, orientamento ai servizi e percorsi di supporto su misura, le Équipe Caregiver forniscono interventi mirati che rafforzano la resilienza e la qualità della vita delle famiglie coinvolte. Il Laboratorio Caregiver Bergamo rappresenta lo snodo centrale in cui convergono progetti e servizi dedicati ai caregiver di Bergamo e provincia. Frutto di un Accordo di Collaborazione tra Regione Lombardia, ATS Bergamo, ASST Papa Giovanni XXIII, ASST Bergamo Est, ASST Bergamo Ovest, Collegio dei Sindaci, Ambiti Territoriali Sociali, Provincia di Bergamo, Fondazioni, organizzazioni sindacali, associazioni ed enti del Terzo Settore, il Laboratorio unisce risorse ed energie a favore del supporto e dello sviluppo del welfare territoriale. Attualmente, sono oltre 90 gli enti aderenti al Laboratorio. Per il prossimo triennio, l’obiettivo sarà quello di consolidare e portare a sistema questa sperimentazione, rendendola un servizio strutturato e permanente, integrato stabilmente nelle iniziative di sviluppo del welfare territoriale.</p>
OBIETTIVO
<p>Il Progetto Caregiver Bergamo mira a creare un sistema di supporto efficiente e strutturato, centrato sul benessere dei caregiver familiari e sull’integrazione dei servizi territoriali. Gli obiettivi principali da perseguire all’interno della nuova programmazione 2025/2027 includono:</p> <ul style="list-style-type: none">• Valorizzazione e supporto del caregiver Riconoscere i caregiver familiari come parte attiva e fondamentale del sistema di assistenza e cura. Il progetto si propone di migliorare la qualità della vita dei caregiver, fornendo loro strumenti e risorse che li aiutino a gestire il carico assistenziale, a rafforzare la resilienza e a preservare il loro benessere psico-fisico.• Integrazione dei servizi sanitari e sociali Promuovere una sinergia strutturale e coordinata tra le ASST, gli Ambiti Territoriali Sociali e gli altri servizi presenti nelle Case di Comunità. L’obiettivo è assicurare un accesso più facile e fluido ai servizi, con un percorso di assistenza integrato che riduca frammentazioni, duplicazioni e favorisca il protagonismo nel processo di cura del caregiver familiare.• Sviluppo del welfare comunitario Il Progetto mira a mobilitare le comunità per creare una rete di sostegno diffusa e capillare, promuovendo iniziative che rendano i caregiver parte integrante del tessuto sociale. Il Laboratorio

<p>Caregiver Bergamo e il Terzo Settore avranno un ruolo cardine per sostenere un welfare territoriale inclusivo e di prossimità.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Innovazione e digitalizzazione dei servizi <p>Potenziare la gestione delle informazioni e delle risorse con strumenti digitali come il Fascicolo Elettronico dei Caregiver e consolidare il portale caregiverbergamo.it come punto di riferimento di informazione ed orientamento del caregiver e del cittadino.</p>
AZIONI PRINCIPALI DA REALIZZARE NEL 2025-2027
<p>Nel prossimo triennio, il Progetto Caregiver Bergamo si concentrerà sull'implementazione e consolidamento delle azioni strategiche per trasformare il supporto ai caregiver familiari in un sistema di intervento strutturato all'interno delle Case di Comunità e continuando le attività di sensibilizzazione territoriale. Le principali azioni previste sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Équipe Caregiver Incrementare la capacità e le competenze delle Équipe Caregiver attraverso l'individuazione di un monte ore di funzionamento territoriale e una visione condivisa a livello provinciale, per garantire un'accessibilità equa ai servizi per tutti i caregiver familiari del territorio bergamasco. 2. Coordinamento e integrazione dei servizi territoriali Rafforzare il coordinamento tra Distretti e Ambiti Territoriali Sociali: l'obiettivo è integrare le competenze acquisite dalle Équipe Caregiver nel Punto Unico di Accesso (PUA) e nelle Équipe di Valutazione Multidimensionale (EVM) e in eventuali altri servizi a livello di Distretti e Ambiti Territoriali Sociali. 3. Modello stratificato di attivazione per rispondere alle diverse esigenze dei caregiver Implementare un modello di triage che classifichi i caregiver in base ai loro bisogni e alle loro aspettative, in relazione al livello di assistenza necessario. 4. Formazione continua Sviluppare un programma di formazione continua rivolto non solo alle Équipe Caregiver, ma anche agli altri operatori delle Case di Comunità e degli Ambiti Territoriali Sociali. Questo percorso formativo si concentrerà su un approccio multidisciplinare e aggiornato che risponda alle finalità del Progetto Caregiver. 5. Sensibilizzazione e coinvolgimento comunitario attraverso il Laboratorio Caregiver Bergamo Continuare a promuovere eventi pubblici, incontri informativi e campagne di sensibilizzazione in collaborazione con il Laboratorio Caregiver Bergamo. Grazie alla rete di oltre 90 enti aderenti e alla partecipazione attiva del Terzo Settore, il progetto punta a mantenere alta l'attenzione della comunità sui bisogni dei caregiver, favorendo una cultura di supporto e inclusione. 6. Sviluppo e ottimizzazione del portale caregiverbergamo.it Implementare e ampliare i contenuti e le funzioni del portale caregiverbergamo.it per renderlo una piattaforma di riferimento stabile e sempre aggiornata, con funzionalità interattive, informazioni complete sui servizi e percorsi di orientamento per i caregiver. L'obiettivo è fare del portale un canale accessibile e intuitivo che faciliti l'integrazione delle risorse digitali con i servizi territoriali, riducendo le barriere di accesso alle informazioni.
TEMPI
2025/2026

<ul style="list-style-type: none"> - Équipe Caregiver: definire una struttura stabile e in continuità, attraverso l'individuazione di un monte ore di funzionamento e una visione unitaria e condivisa a livello provinciale, con l'obiettivo di garantire un accesso equo ai servizi a livello territoriale. - Stratificazione dei Bisogni e delle aspettative: implementazione della metodologia di triage per classificare i caregiver in base al livello di bisogno. - Sperimentazione su tre Distretti dell'integrazione dell'Équipe Caregiver nel PUA/EVM e in eventuali altri servizi a livello di Distretti e Ambiti Territoriali Sociali, con lo scopo di garantire un sostegno coordinato ai caregiver ed elaborare procedure che possano essere trasferibili. <p>2027</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consolidamento dell'integrazione dell'Équipe Caregiver nel PUA/EVM e in eventuali altri servizi a livello di Distretti e Ambiti Territoriali Sociali: stabilizzazione del processo in tutti i Distretti/Ambiti Territoriali Sociali, condivisione delle prassi e delle procedure di valorizzazione nella rete dei servizi di welfare d'accesso del caregiver. <p>2025-2027</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizzazione e coinvolgimento degli attori territoriali attraverso il Laboratorio Caregiver Bergamo, sia a livello provinciale, sia a livello di singoli Distretti e Ambiti Territoriali Sociali. - Implementazione dei contenuti e delle funzioni del portale caregiverbergamo.it
STRUMENTI
<p>1. Fascicolo elettronico del caregiver Sistema informatizzato condiviso che permette di strutturare l'intervento di supporto al caregiver e monitorarne l'evoluzione.</p> <p>2. Scheda di autopresentazione Modulo che i caregiver possono compilare online per entrare in contatto con le Équipe Caregiver del territorio.</p> <p>3. Portale caregiverbergamo.it Piattaforma interistituzionale con risorse, mappe dei servizi e percorsi di orientamento per caregiver e operatori.</p> <p>4. Newsletter del Laboratorio Caregiver Bergamo Aggiornamenti periodici su progetti, eventi e opportunità di supporto rivolti a caregiver e operatori del territorio.</p> <p>5. Formazione continua per operatori Percorsi di aggiornamento per Équipe Caregiver e operatori delle Case di Comunità e degli Ambiti Territoriali Sociali, per garantire interventi adeguati e aggiornati.</p>
MONITORAGGIO
<p>Nel triennio, il Progetto Caregiver Bergamo implementerà un sistema di monitoraggio strutturato per garantire il miglioramento continuo delle attività. Verranno individuati e declinati indicatori condivisi a livello provinciale, finalizzati a valutare l'efficacia degli interventi. La rilevazione semestrale dei dati sarà sviluppata per essere effettuata dagli operatori delle Équipe Caregiver e da altri professionisti delle Case di Comunità, utilizzando il Fascicolo Caregiver Informatizzato come strumento principale per registrare e aggiornare le informazioni sulle attività realizzate.</p>
VERIFICA E VALUTAZIONE
<ul style="list-style-type: none"> • Tre incontri annuali con il Gruppo di Coordinamento provinciale

<p>Dal 2025 al 2027, sono previsti tre incontri annuali tra il Gruppo di Coordinamento provinciale del Progetto Caregiver per monitorare i progressi complessivi, condividere buone pratiche e definire le linee guida per le fasi successive.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tre incontri annuali per ogni ASST con i referenti provinciali e le Équipe Caregiver Nel 2025, ogni ASST organizzerà tre incontri annuali con i referenti provinciali e gli operatori delle Équipe Caregiver per valutare le attività svolte e raccogliere feedback diretto dalle équipes operative sul territorio. • Incontri a livello di Distretto tra Équipe Caregiver, PUA, EVM e responsabili Dal 2026 al 2027, saranno programmati incontri a livello distrettuale per facilitare la collaborazione tra le Équipe Caregiver, il Punto Unico di Accesso (PUA), le Équipe di Valutazione Multidimensionale (EVM) e i relativi referenti. Questi incontri mirano a rafforzare l'integrazione dei servizi e migliorare la continuità assistenziale. • Valutazione d'impatto delle azioni del progetto ATS Bergamo, in collaborazione con l'Università di Bergamo e Open Impact, condurrà una valutazione d'impatto per misurare l'efficacia delle diverse azioni del progetto, valutando i risultati raggiunti e individuando opportunità di miglioramento per le future fasi operative.
<p>GOVERNANCE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Governance Istituzionale Comprende ATS Bergamo, ASST Papa Giovanni XXIII, ASST Bergamo Est, ASST Bergamo Ovest, il Collegio dei Sindaci, gli Ambiti Territoriali Sociali e gli Enti aderenti al Laboratorio Caregiver. Questi soggetti istituzionali costituiscono la base strategica del progetto, fornendo direzione e supporto a livello provinciale per la realizzazione delle azioni previste. • Governance Tecnica Affidata al Gruppo di Coordinamento provinciale, che include referenti e rappresentanti di ATS Bergamo, ASST Papa Giovanni XXIII, ASST Bergamo Est, ASST Bergamo Ovest e degli Ambiti Territoriali Sociali. Il Gruppo di Coordinamento è responsabile della pianificazione operativa e della gestione tecnica del progetto, garantendo un approccio integrato e collaborativo tra i diversi enti.
<p>COORDINAMENTO TECNICO</p> <p>ATS – Dipartimento PIPSSS in collaborazione con Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria, Dipartimento Amministrativo, Servizio Epidemiologico Aziendale e Ufficio Comunicazione</p>

Obiettivi provinciali di integrazione sociosanitaria

Obiettivo 4 – Continuità Assistenziale: raccordo con le Unità d'Offerta sociosanitarie e sociali

DESCRIZIONE
<p>Le leggi regionali n. 23/2015 e n. 22/2021, relative all'evoluzione e alla riforma del sistema sociosanitario lombardo, individuano tra i principi di riferimento <i>“la garanzia dell'universalità del Sistema Sanitario Lombardo e la continuità terapeutica e assistenziale, attraverso l'implementazione della rete sanitaria e sociosanitaria ospedaliera e territoriale e l'integrazione con le politiche sociali di competenza delle autonomie locali, coinvolgendo tutti i soggetti pubblici e privati, insistenti sul territorio lombardo, nel rispetto delle relative competenze e funzioni”</i>.</p> <p>In tal senso scopo della Continuità assistenziale è quello di garantire la continuità nel percorso assistenziale dei cittadini nel passaggio tra i vari <i>setting</i> di cura, in primis tra quello sanitario (Ospedale) e quello sociale e sociosanitario (territorio). Garantire quindi la continuità della presa in carico della persona nel proprio contesto di vita anche attraverso articolazioni organizzative in rete e modelli integrati ospedale-territorio compreso il raccordo con le UdO sociosanitarie e sociali.</p> <p>Nel definire questo percorso assume rilevanza e diviene strategico per ASST e Ambiti Territoriali Sociali, coinvolgere e definire collaborazioni e raccordi stabili con le Unità d'Offerta, siano esse sociosanitarie o sociali, che sul territorio sono fondamentali nel fornire interventi\servizi di assistenza e cura ai cittadini.</p>
OBIETTIVO
Implementare un raccordo tra ASST, Ambiti Territoriali Sociali e le Unità di Offerta sociosanitarie e sociali, al fine di garantire la realizzazione di una filiera dei servizi di assistenza e cura.
TEMPI E AZIONI PRINCIPALI DA REALIZZARE NEL 2025-2027
<p>- Anno 2025</p> <p>Costituzione e attivazione, per tipologie di Unità d'Offerta, di Gruppi di miglioramento che vedano coinvolti ASST, Ambiti Territoriali Sociali e rappresentanze delle Unità d'Offerta sociali e/o sociosanitarie</p> <p>- Anno 2026</p> <p>Individuare un settore di intervento in cui sperimentare forme di collaborazione che rendano unitario e fruibile il percorso di assistenza e cura del cittadino</p> <p>- Anno 2027</p> <p>Implementare i diversi settori di intervento attraverso la realizzazione di protocolli operativi</p>
STRUMENTI
<ul style="list-style-type: none">• Gruppi di miglioramento territoriali• Accordi territoriali ASST, Ambiti Territoriali Sociali ed Unità d'offerta sociali e sociosanitarie• Schede di monitoraggio
MONITORAGGIO
<ul style="list-style-type: none">- Individuazione indicatori e strumenti di monitoraggio- Rilevazione dati e verifica stato di avanzamento delle diverse attività (almeno semestrale)- Elaborazione dati e relativa reportistica
VERIFICA E VALUTAZIONE

<ul style="list-style-type: none"> - Incontri periodici di valutazione in merito all'andamento delle azioni attivate e definizione di modalità operative e strategie condivise. - Valutazione finale e consolidamento.
GOVERNANCE
Gruppi di miglioramento ATS, ASST, Unità d'Offerta, Ambiti territoriali
COORDINAMENTO TECNICO
ATS Bergamo – Dipartimento PIPSSS in collaborazione con Dipartimento PAAPSS

Obiettivi provinciali di integrazione sociosanitaria

Obiettivo 5 – Sviluppo del welfare locale

DESCRIZIONE
<p>Premesso che l'art. 118 della Costituzione sancisce il <i>principio di sussidiarietà</i>. Al comma 4, prevede, infatti, che «<i>Stato, Regioni, Città metropolitane, Province e Comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà</i>»: qui la disposizione si riferisce alla sussidiarietà orizzontale, quella, cioè, che opera nei rapporti tra ente pubblico e privati cittadini singoli e capaci di auto-organizzazione, la cui iniziativa va sostenuta e supportata (si pensi ad esempio alle associazioni di volontariato, alle onlus, a tutte forme di coinvolgimento della società civile per lo svolgimento e il soddisfacimento di interessi di carattere generale e sociale).</p> <p>Considerati il “<i>Codice del Terzo Settore</i>” D.lgs 117/2017 e il <i>Decreto Legislativo</i> dedicato all'<i>impresa sociale</i> Dlgs 112/2017 e in particolare gli artt. 2 e 4 del D.lgs 117/2017, che riconoscono il valore e la funzione sociale degli Enti del Terzo Settore, di cui sono parte le <i>imprese sociali</i> e l'associazionismo basato sul volontariato, in quanto capaci di “apporto originale per il perseguimento di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale, anche mediante forme di collaborazione con lo Stato, le Regioni, le Province autonome e gli Enti locali”.</p> <p>Considerato l'art. 55 del D.Lgs. n. 117/2017 “<i>Codice del Terzo Settore</i>”, il quale individua la c.d. <i>collaborazione sussidiaria</i> attraverso gli strumenti della co-programmazione e della co-progettazione. Ciò produce, non solo un arricchimento della lettura dei bisogni, anche in modo integrato, rispetto ai tradizionali ambiti di competenza amministrativa, agevolando - <i>in fase attuativa</i> – la continuità del rapporto di collaborazione sussidiaria, come tale produttiva di integrazione di attività, risorse, anche immateriali, qualificazione della spesa ma, soprattutto genera una possibile costruzione di politiche pubbliche condivise e potenzialmente effettive, oltre alla produzione di un clima di fiducia reciproco.</p> <p>Viste le DDGR n. 2089/2024 e n. 2167/2024, con le quali Regione Lombardia intende mirare all'attivazione di strategie volte all'individuazione, al sostegno e alla valorizzazione delle risorse formali, informali e del terzo settore, nonché alla messa in opera di strumenti e strategie di co-progettazione per un <i>welfare di prossimità</i>.</p> <p>L'elemento cardine del partenariato è pertanto da individuarsi nella condivisione di obiettivi comuni tra Pubbliche amministrazioni ed Enti del Terzo Settore, i quali consentono di sviluppare un'<i>amministrazione condivisa</i> che si concretizza nel perseguire un interesse pubblico di conoscenze, di competenze, di risorse personali, professionali ed economiche. In questa prospettiva si rafforza ulteriormente una visione per la quale gli enti pubblici e gli enti del terzo settore non sono metaforicamente seduti dalla parte opposta di un tavolo a contrattare i termini di una compravendita, ma sono, al contrario, dalla stessa parte del tavolo, uniti dal medesimo intento di realizzare l'interesse generale, congiuntamente impegnati ad esaminare i possibili percorsi.</p>
OBIETTIVO
<p>1) Creazione ed istituzione di un luogo di lavoro, di un “<i>tavolo di sviluppo del welfare locale</i>”, tra Enti pubblici ed Enti del Terzo Settore, al fine di perseguire l'obiettivo della c.d. “<i>Amministrazione condivisa</i>”,</p>

<p>2) analisi delle modalità di attuazione della collaborazione tra P.A. e ETS con una ricognizione dei diversi strumenti che la normativa degli affidamenti pubblici e degli ETS mette a disposizione, approfondendo in modo condiviso loro peculiarità e potenzialità,</p> <p>3) sperimentazione e approfondimento della <i>co-programmazione/co-progettazione</i>,</p> <p>4) condivisione dei modelli.</p>
TEMPI ED AZIONI PRINCIPALI DA REALIZZARE NEL 2025-2027
<p>Anno 2025:</p> <p>1) Individuazione e attivazione del <i>“tavolo di sviluppo del welfare locale”</i> declinazione partecipanti, compiti e responsabilità,</p> <p>2) Approfondimento delle diverse forme di affidamento al Terzo Settore da parte della Pubblica Amministrazione e dei possibili strumenti per l’attuazione della <i>co-programmazione/co-progettazione</i>, in ambito sociale, sociosanitario e sanitario,</p> <p>Anno 2026:</p> <p>1) Individuazione di aree sperimentali su cui attuare la <i>co-programmazione/co-progettazione</i></p> <p>2) Inizio sperimentazione almeno in tre distretti/ambiti territoriali sociali</p> <p>Anno 2027</p> <p>1) Modellizzazione del percorso di attuazione della <i>co-programmazione/co-progettazione</i> dei processi e delle procedure e rafforzamento della sperimentazione.</p>
STRUMENTI
<ul style="list-style-type: none"> - Redazione “sintesi” degli incontri, - Predisposizione di una mappa ragionata degli strumenti a supporto dei rapporti tra PA e ETS, - Individuazione di strumenti per la <i>co-programmazione / co-progettazione</i>,
MONITORAGGIO
<ul style="list-style-type: none"> - Individuazione degli indicatori, - Incontri di monitoraggio e verifica stato di avanzamento attività, - Produzione reportistica.
VERIFICA E VALUTAZIONE
<ul style="list-style-type: none"> - Confronto periodico in merito all’andamento del progetto ed alla creazione di strategie. Al termine di ogni anno si verifica l’andamento del progetto ed eventualmente si rivaluta, - Consolidamento e stesura di un documento condiviso relativo a possibile\i modello\i di <i>co-programmazione e co-progettazione</i>.
GOVERNANCE
ATS Bergamo, ASST, Collegio dei Sindaci/Ambiti Territoriali Sociali ed Enti del Terzo Settore (Confcooperative, Legacoop e CSV)
COORDINAMENTO TECNICO
ATS Bergamo – Dipartimento PIPSSS in collaborazione con Dipartimento Amministrativo

Obiettivi provinciali di integrazione sociosanitaria

Obiettivo 6 - Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale, le Dipendenze e la Disabilità (OCSMD)

DESCRIZIONE
<p>La promozione della salute mentale in ogni età della vita rappresenta un rilevante obiettivo di salute.</p> <p>Di conseguenza i complessi bisogni dell'adulto e del minore con patologia psichiatrica o neuropsichica e dipendenze e delle relative famiglie, richiedono interventi multidisciplinari e la definizione di modelli organizzativi che consentano di ottimizzare le reti dei servizi specialistici pubblici e privati a contratto presenti sul territorio. Questo permette di garantire la tempestività degli interventi diagnostico terapeutici, la continuità dei trattamenti riabilitativi, il coordinamento dei diversi interventi ed il collegamento con i servizi della psichiatria, della neuropsichiatria, delle dipendenze, della psicologia e della disabilità psichica e con altri servizi in ambito sanitario, sociale ed educativo.</p> <p>L' Organismo di Coordinamento per la salute mentale e le dipendenze (OCSM) costituito, ai sensi dell'art 53 della Legge regionale n° 15 del 29 Giugno 2016, presso ATS Bergamo nel 2017, ha visto negli anni un'evoluzione della propria struttura organizzativa e diverse integrazioni nei suoi componenti, sino ad arrivare al 2023 anno in cui, nel territorio di Bergamo, lo stesso è stato integrato con componenti dell'area disabilità determinando la sua ridenominazione in Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale, le Dipendenze e la Disabilità (OCSMD).</p> <p>L'organismo di coordinamento concorre all'integrazione tra servizi dando impulso all'attuazione di strategie, obiettivi, azioni per il fine comune della tutela dei diritti e dell'assistenza degli adulti e dei minori con patologie psichiatriche e/o di tossicodipendenza e dei minori con disturbi neuropsichici e/o in situazione di disabilità e dei loro familiari, valorizzando e promuovendo i progetti in atto nei territori (ad esempio quelli storicamente promossi nel settore della salute mentale dagli Ambiti Territoriali Sociali in partnership e in collaborazione con enti di Terzo Settore, servizi specialistici delle ASST e con il contributo della Fondazione della Comunità Bergamasca).</p> <p>L'OCSMD è espressione delle seguenti 5 aree tematiche ciascuna delle quali concorre con i propri componenti all'Organismo di coordinamento:</p> <ul style="list-style-type: none">• Area della Psichiatria• Area della Neuropsichiatria• Rete diffusa delle dipendenze (ReDiDi)• Rete provinciale Disabilità• Area della Psicologia clinica
OBIETTIVO
Implementare la capacità delle 5 aree e reti nell'esprimere e accompagnare, in una logica integrata, sinergica e provinciale di OCSMD, le principali tematiche e processi evolutivi delle aree: psichiatria, Neuropsichiatria, e Psicologia clinica; e delle reti: dipendenze e disabilità.
TEMPI E AZIONI PRINCIPALI DA REALIZZARE NEL 2025-2027
<p>Anno 2025</p> <p>Entro l'anno le 5 aree e reti dell'OCSMD individueranno e declineranno, anche in virtù delle azioni individuate a livello territoriale all'interno dei PPT e dei PDZ, propri obiettivi e progettualità provinciali specifiche, anche a carattere sperimentale, definendone azioni, strumenti e tempi di attuazione nonché modalità di monitoraggio e valutazione</p>

Anno 2026 Attuazione progettualità o sviluppo delle tematiche individuate e monitoraggio dell'andamento delle stesse
Anno 2027 Valutazione esiti di quanto realizzato ed eventuale messa a sistema delle progettualità realizzate
STRUMENTI
- Scheda di programmazione che declini lo sviluppo di ogni area e le relative progettualità
MONITORAGGIO
<ul style="list-style-type: none"> • Individuazione indicatori e strumenti per attività di monitoraggio delle progettualità\azioni delle 5 aree • Monitoraggio semestrale della attività svolte • Produzione di report periodici
VALUTAZIONE
<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione finale esiti progettualità\azioni realizzate • Eventuale messa a sistema di interventi\progettualità realizzati
GOVERNANCE
Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale, le Dipendenze e la Disabilità (OCSMD)
COORDINAMENTO TECNICO
ATS Bergamo – Dipartimento PIPSSS in collaborazione con Dipartimento PAAPSS, Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria e Servizio Epidemiologico Aziendale

5. OBIETTIVI SOCIALI A VALENZA PROVINCIALE

Questa sezione illustra gli obiettivi sociali di rilevanza provinciale, considerati prioritari dai 14 Ambiti Territoriali Sociali della provincia di Bergamo.

Tali obiettivi saranno portati avanti congiuntamente dal Collegio dei Sindaci e dai Presidenti delle Assemblee dei Sindaci dei Piani di Zona supportati, sul piano tecnico, dal Coordinamento dei 14 Uffici di Piano:

1 - FRAGILITA', GRAVE EMARGINAZIONE E INCLUSIONE SOCIALE

2 - LAVORO

3 - CASA

4 - SPERIMENTAZIONE DELL'EDUCATORE DI PLESSO E COMUNITA'

5 - PROGETTO DI VITA DISABILITÀ

6 - DIGITALIZZAZIONE

Obiettivi sociali a valenza provinciale

Obiettivo 1 - Fragilità, grave emarginazione e inclusione sociale

DESCRIZIONE
Gruppo tecnico provinciale sulle tematiche della povertà, grave emarginazione e inclusione sociale, composto da un rappresentante di ogni progetto ex-PrinS di ogni Ambito Territoriale Sociale, oltre ad un rappresentante dei soggetti territoriali: Opera Bonomelli, Caritas/Diakonia, Confcooperative, Fondazione Comunità Bergamasca e ATS/ASST.
OBIETTIVO
<ul style="list-style-type: none">• promozione di un confronto tra gli Ambiti Territoriali Sociali e i soggetti del territorio attorno alle politiche sulla grave emarginazione, favorendo una lettura condivisa del fenomeno, nelle sue particolarità territoriali (la città, le periferie, i territori montani, ...),• mantenimento della rete e della connessione dei diversi soggetti territoriali che lavorano con la grave emarginazione e i senza dimora,• valorizzazione di buone prassi e la conoscenza e diffusione di sperimentazioni attivate sui diversi territori,• possibile accompagnamento dell'implementazione ed evoluzione delle progettualità sulla grave emarginazione sul territorio provinciale, provando anche ad intercettare "movimenti", programmi, indicazioni, risorse a livello regionale, statale ed europeo,• mantenere una attenzione su queste problematiche e promuovere una cultura nei diversi contesti territoriali, indipendentemente dai finanziamenti di volta in volta disponibili,• ricordare le possibilità di finanziamento e le risorse presenti sulle tematiche in questione.
AZIONI PRINCIPALI DA REALIZZARE NEL 2025-2027
<ol style="list-style-type: none">1. accompagnamento educativo ed equipe multidisciplinare2. tema dell'abitare legato al Pronto Intervento, Housing first e Housing3. tema della residenza raccogliendo i lavori, i dati, gli esiti di quanto realizzato nel corso dei progetti PrinS. <p>Azione trasversale è il collegamento con altri ambiti della più vasta area della fragilità, es. l'area carcere (in connessione con le attività prerogativa dell'UEPE - Ufficio di Esecuzione Penale Esterna), tema dipendenze, ecc.</p>
TEMPI
Entro i primi mesi del 2025 terminare il lavoro di approfondimento sui tre temi individuati producendo per ciascuno un "documento" contenete indicazioni operative, suggerimenti, opportunità, buone prassi, ecc. da mettere a disposizione del sistema dei servizi, con l'ipotesi di un appuntamento annuale di confronto pubblico sulle tematiche della povertà e della grave emarginazione.
STRUMENTI
Tavolo provinciale, gruppi di lavoro su oggetti specifici, raccolta e analisi dei dati; raccordo tra i soggetti territoriali; produzione documentale e incontri pubblici. Un coordinatore operativo del gruppo di lavoro, con un monte ore dedicato, farà sintesi e gestirà operativamente i vari passaggi del percorso.
MONITORAGGIO
"Produzioni" del gruppo di lavoro, con cadenza annuale.
VERIFICA E VALUTAZIONE

Valutazione di utilità da parte dei partecipanti al tavolo; esito dei momenti “pubblici” di confronto
GOVERNANCE
Mandato del collegio dei Sindaci, condiviso con i Presidenti degli Ambiti Territoriali Sociali; condivisione degli oggetti di lavoro e risultati attesi da parte del coordinamento degli uffici di piano; individuazione di un referente del Coordinamento degli Uffici di Piano quale partecipante al gruppo di lavoro provinciale con funzione di coordinamento generale, collegamento e raccordo con il Coordinamento degli Uffici di Piano e il Collegio Sindaci, referenza tecnica per i soggetti territoriali sulle questioni “macro”.

Obiettivi sociali a valenza provinciale

Obiettivo 2 – Lavoro

DESCRIZIONE
A partire dal percorso già intrapreso dalla Provincia di Bergamo – Settore Politiche del Lavoro nel corso del 2024 e valorizzando alcune sperimentazioni già in atto, si intende avviare un processo volto a realizzare un sistema integrato multilivello (provinciale e locale) tra Provincia/Centri per l'Impiego e Ambiti Territoriali Sociali, in grado di fornire risposte più efficaci alla domanda di inclusione sociale e lavorativa delle persone in condizioni di vulnerabilità e fragilità.
OBIETTIVO
<p>La ricomposizione delle politiche (e delle misure) per il lavoro e delle politiche (e delle misure) di welfare rappresenta un processo fondamentale per promuovere l'inclusione, l'autonomia e la dignità delle persone, in particolar modo per quelle in condizione di vulnerabilità. Condividere strumenti e dispositivi che facilitino l'integrazione di diversi sistemi di protezione sociale può consentire infatti di rispondere a bisogni individuali e comunitari tenendo conto delle complessità delle situazioni di vita dei singoli e del contesto territoriale.</p> <p>Obiettivi di questa azione sono pertanto:</p> <ul style="list-style-type: none">- mappare le esperienze già in atto per valorizzare le buone pratiche;- stipulare un accordo tra Provincia di Bergamo – Settore Politiche del Lavoro e Ambiti Territoriali Sociali;- avviare 14 coordinamenti locali tra Centri per l'Impiego e Ambiti Territoriali Sociali che garantiscano un approccio integrato, interistituzionale e multiprofessionale per l'orientamento e la presa in carico di persone in situazione di vulnerabilità sociale e lavorativa.
AZIONI PRINCIPALI DA REALIZZARE NEL 2025-2027
<ul style="list-style-type: none">- mappatura delle esperienze locali già in atto;- definizione e formalizzazione dell'accordo tra Provincia di Bergamo – Settore Politiche del Lavoro e Ambiti Territoriali Sociali;- avvio di una cabina di regia provinciale che governi l'intero processo;- avvio dei 14 coordinamenti locali tra Centri per l'Impiego e Ambiti Territoriali Sociali;- costruzione di un sistema di monitoraggio per la valutazione dell'efficacia del sistema;- costruzione e validazione di strumenti e prassi di lavoro condivise;- produzione di report quali-quantitativi sulle attività realizzate.
TEMPI
<p>2025</p> <p>Il primo anno sarà destinato ad avviare le azioni propedeutiche alla formalizzazione dell'accordo e alla costituzione dei coordinamenti locali, anche in relazione alle esperienze pregresse (da valorizzare) e alle specificità di ogni contesto.</p> <p>2026-2027</p> <p>Nel secondo e nel terzo anno, con l'avvio dei coordinamenti locali, si lavorerà per consolidare il sistema integrato, verranno identificate procedure e modalità di lavoro condivise, sarà implementato un sistema di monitoraggio e valutazione e verranno prodotti report sulle attività realizzate.</p>
STRUMENTI
Saranno utilizzati:

<ul style="list-style-type: none"> - cabina di regia provinciale; - coordinamenti locali; - strumenti e dispositivi di orientamento e presa in carico condivisi; - strumenti di raccolta e analisi dei dati; - strumenti di rendicontazione, sistematizzazione e reportistica delle attività realizzate.
MONITORAGGIO
Il monitoraggio verrà realizzato attraverso la definizione di specifici indicatori relativi sia al funzionamento della cabina di regia provinciale che dei 14 coordinamenti territoriali.
VERIFICA E VALUTAZIONE
<p>Le attività di verifica e valutazione saranno implementate a partire dagli specifici protocolli condivisi tra cabina di regia e coordinamenti territoriali; e verteranno su:</p> <ul style="list-style-type: none"> - efficacia ed efficienza del sistema integrato territoriale rispetto agli obiettivi individuati; - efficacia ed efficienza degli strumenti e delle prassi di lavoro condivisi nell'orientamento e nella presa in carico di persone in situazione di vulnerabilità sociale e lavorativa.
GOVERNANCE
A partire dal mandato ricevuto dal Collegio dei Sindaci, condiviso con i Presidenti degli Ambiti, e dalla Direzione delle Politiche del Lavoro della Provincia di Bergamo, la governance del progetto è affidata alla cabina di regia istituita tramite l'accordo provinciale.

Obiettivi sociali a valenza provinciale

Obiettivo 3 – Casa

DESCRIZIONE
<p>Il tema della casa ha assunto un'importanza trasversale toccando diversi ambiti di intervento e di fragilità. La tematica dell'abitare, soprattutto per le fasce più fragili e vulnerabili della popolazione (nuclei monoparentali anziani, nuclei familiari con minori, popolazione straniera, adulti fragili con reddito insufficiente..) e in situazioni di sfratto in corso definisce un ambito d'intervento che necessita di essere osservato, e ripensato all'interno di percorsi comuni, che vedano coinvolti settori d'intervento tradizionalmente separati, puntando il focus sulle peculiarità dell'offerta abitativa.</p>
OBIETTIVO
<p>La conoscenza degli aspetti peculiari collegati all'offerta abitativa nelle sue diverse sfaccettature potrebbe permettere di avviare anche sperimentazioni tra pubblico e privato al fine di costituire un riferimento per una maggiore messa a regime di politiche abitative e di risposte concrete in grado di far fronte ai bisogni espressi di una fascia di popolazione fragile e vulnerabile.</p> <p>Coinvolgere nel processo di programmazione triennale gli attori che a vario titolo possono partecipare alla realizzazione delle nuove politiche per l'abitare sociale: sia quelli che già contribuiscono alla creazione di offerta, sia quelli che potrebbero contribuire in una prospettiva di medio lungo termine.</p> <p>Avviare un confronto permanente con gli attori del territorio a geometria variabile, al fine di mobilitare le risorse territoriali per arrivare alla condivisione di un modello provinciale che includa possibili sperimentazioni e/o innovazioni relative alla individuazione di nuove strategie abitative (es. canoni calmierati, concordato, housing sociale...).</p> <p>Obiettivi di questa macrocategoria sono pertanto:</p> <ul style="list-style-type: none">- mappare le esperienze già in atto per valorizzare le buone pratiche;- coinvolgere attori pubblici, privati e gli Ambiti Territoriali Sociali;- individuazione di strategie condivise al fine della creazione di un modello provinciale di azione
AZIONI PRINCIPALI DA REALIZZARE NEL 2025-2027
<ul style="list-style-type: none">- mappatura delle esperienze territoriali in atto;- avvio di un tavolo provinciale di tecnico e sociale di confronto;- Individuazione di possibili strategie sperimentali innovative relative all'offerta abitativa;- monitoraggio e valutazione finalizzate alla costruzione di un modello provinciale d'intervento che risponda ai bisogni rilevati.
TEMPI
<p>Il primo anno sarà destinato ad avviare attività di individuazione di un luogo di confronto tra operatori pubblici (dei settori tecnico e sociale), privati e del privato sociale per condividere una analisi del fenomeno legato all'abitare (filiera servizi per la casa, emergenza abitativa, SAP e SAS, agenzie per l'abitare, sfratti) nel territorio provinciale, mantenendo le peculiarità territoriali;</p>

Nel secondo e nel terzo anno, individuazione di possibili sperimentazioni e o innovazioni in contesti diversi (cittadino, periferico, montano) per avviare l'implementazione di un modello di policy spendibile nella realtà provinciale e predisposizione di un sistema di monitoraggio e di valutazione delle attività realizzate al fine di individuare "buone prassi" condivise a livello provinciale.
STRUMENTI
<p>Saranno utilizzati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tavolo provinciale di raccordo sul tema in oggetto; - coordinamenti locali; - verbalizzazioni incontri, sistematizzazione e reportistica delle attività realizzate.
MONITORAGGIO
Il monitoraggio verrà realizzato attraverso la verbalizzazione degli incontri e la reportistica prodotta
VERIFICA E VALUTAZIONE
Le attività di verifica e valutazione saranno programmate a partire dal tavolo provinciale tecnico/sociale.
GOVERNANCE
La governance del progetto è affidata al Coordinamento degli Uffici di Piano degli Ambiti Territoriali Sociali della provincia di Bergamo.

Obiettivi sociali a valenza provinciale

Obiettivo 4 - Sperimentazione dell'educatore di plesso e comunità

DESCRIZIONE
In riferimento al progetto avviato in Provincia di Bergamo per la promozione di un servizio di inclusione sociale delle persone con disabilità in età scolastica, in via di definizione, si ritiene opportuno avviare un percorso di ascolto e partecipazione per la promozione del superamento della figura di "educatore ad personam", previsto per l'assistenza educativa scolastica, verso l'educatore di comunità/plesso; riconoscendo nel plesso la micro-comunità a partire dalla quale costruire le precondizioni per la realizzazione di un contesto inclusivo per tutti, che sappia agire e promuovere cambiamento anche nei contesti di vita allargati dei minori. L'educatore di comunità/plesso andrebbe ad assumere il ruolo di figura cardine a supporto del percorso di inclusione sociale di ciascun alunno/a con disabilità, dentro e fuori la scuola.
OBIETTIVO
<ul style="list-style-type: none">a. promuovere nel territorio una cultura inclusiva e una prassi promotiva le condizioni per la realizzazione dei progetti di vita di ciascun cittadino, con particolare attenzione a coloro che vivono condizioni di fragilità sociale e/o di bisogni educativi speciali, fondamento della comunità inclusiva;b. condividere metodologie e strumenti per favorire l'inclusione scolastica degli alunni/e in situazioni di disabilità;c. raccordare e promuovere le azioni di progettazione e programmazione a livello locale per l'inclusione scolastica degli alunni/e con disabilità, anche attraverso la chiara definizione delle competenze, delle responsabilità e delle modalità di collaborazione;d. qualificare gli interventi secondo principi di efficacia, efficienza ed appropriatezza in termini di inclusione scolastica;e. rafforzare una rete territoriale corresponsabile in grado di attuare interventi flessibili costruiti sui bisogni dei singoli e del contesto, coerenti grazie al confronto e all'agire riflessivo e di ricerca;f. valorizzare le risorse professionali;g. ottimizzare l'utilizzo delle risorse finanziarie.
AZIONI PRINCIPALI DA REALIZZARE NEL 2025-2027
<ul style="list-style-type: none">a. interventi individualizzati che promuovono lo sviluppo e il benessere degli alunni/e con disabilità certificata;b. interventi rivolti alla classe (laboratori, lavori a piccolo gruppo, ecc.) e/o al plesso che promuovano l'effettiva diffusione della cultura inclusiva all'interno dell'istituto scolastico;c. interventi territoriali per la facilitazione dell'inclusione sociale di ogni alunno.
TEMPI
<p>L'obiettivo si sviluppa lungo tutto il corso del triennio. Si prevede di attivare nel primo anno la sperimentazione dell'educatore di plesso e comunità in almeno 12 Ambiti Territoriali Sociali su 14. Si prevede, inoltre, che il coordinamento del SAE dei 14 Ambiti si riunisca mensilmente per il monitoraggio della sperimentazione</p> <p>Periodicamente sono previsti incontri con il Collegio dei Sindaci, le Conferenze dei Sindaci e l'ATS Bergamo ed i coordinamenti provinciali.</p>
STRUMENTI
<ul style="list-style-type: none">- si prevede per il coordinamento della sperimentazione l'attivazione del gruppo dei tutor; uno per ogni Ambito Territoriale Sociale coinvolto nella sperimentazione;

<ul style="list-style-type: none"> - supporto formativo ai tutor e agli istituti scolastici attivi nella sperimentazione attraverso il supporto di Erikson - messa a disposizione da parte di Erikson di strumenti per il potenziamento delle competenze degli assistenti educatori nell'azione inclusiva e del cooperative learning, anche attraverso il coinvolgimento del contesto di vita dell'alunno disabile - cooperative learning - peer education - gite e uscite didattiche (dispositivi per l'apprendimento esperienziale) - life skills: - laboratori a scuola e nel territorio
MONITORAGGIO
Monitoraggio della sperimentazione nell'ottica della modellizzazione dell'educatore di plesso e comunità attraverso il coinvolgimento dell'Università di Bergamo (che metterà a disposizione tirocinanti per la ricerca azione sulla sperimentazione) e Erikson.
VERIFICA E VALUTAZIONE
La verifica e la valutazione verranno effettuate in collaborazione con l'Università di Bergamo e Erikson sia in itinere, attraverso il gruppo dei tutor, sia nella fase finale della sperimentazione.
GOVERNANCE
La governance è affidata al coordinamento dei SAE degli Ambiti Territoriali Sociali della provincia di Bergamo.

Obiettivi sociali a valenza provinciale

Obiettivo 5 - Progetto di vita disabilità

DESCRIZIONE
<p>Il Progetto Individuale/di Vita - diritto esigibile dalla persona con disabilità nei confronti della pubblica amministrazione - costituisce il fondamento di una progettazione che pone al centro la partecipazione della persona e che al contempo non può prescindere dal coinvolgimento della famiglia, delle reti associative e dei servizi e del contesto di vita della persona stessa. In considerazione della sempre più crescente rilevanza nell'ambito delle Politiche Sociali del Progetto di Vita Individuale, riconosciuto già dalla 328/2000 come diritto delle persone con disabilità, i servizi sociali e socio-sanitari sono chiamati ad essere ripensati in un'ottica evolutiva all'interno delle comunità al fine di poter garantire l'effettività e l'omogeneità del Progetto di Vita, a prescindere dall'età e da condizioni personali e sociali, promuovendone la sostenibilità nel tempo. Il progetto di vita, infatti, è una modalità sistemica di definizione di un percorso di ampio respiro che, promuovendo l'autorappresentazione e l'autodeterminazione delle persone quali elementi irrinunciabili nella progettazione, prevede da un lato investimenti concreti nel qui e ora e dall'altro adotta una prospettiva di lungo periodo. Il progetto di vita, partendo dalle aspettative e dai desideri personali, dai bisogni e dal riconoscimento della capacità di autodeterminazione presenti e/o acquisibili, individua il ventaglio di possibilità, servizi, supporti e sostegni, formali e informali, che possono permettere la migliore qualità della vita, lo sviluppo di tutte potenzialità, la partecipazione alla vita sociale, le condizioni per scegliere il proprio luogo di residenza e dove e con chi vivere.</p> <p>Il progetto individuale mira a costruire gli elementi necessari ad un obiettivo complessivo e in evoluzione, verso una condizione di vita il più possibile autonoma, in(ter)dipendente, inclusiva, attraverso strumenti che accompagnino per il tempo necessario, supportino quando e come opportuno, garantendo il pieno esercizio dei diritti di cittadinanza.</p>
OBIETTIVO
<p>Il ripensamento della filiera dei servizi sociali e sociosanitari e l'evoluzione degli stessi rappresentano un processo fondamentale per poter incrementare la consapevolezza circa il proprio ruolo e quello delle persone con disabilità.</p> <p>Gli obiettivi di questa azione sono dunque:</p> <ul style="list-style-type: none">- ripensare e riposizionare la rete di unità di offerta sociali e sociosanitarie della Provincia di Bergamo in un'ottica promotiva del progetto di vita e di attivazione delle comunità di destino delle persone disabili che le frequentano;- promuovere l'empowerment dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari per una presa in carico olistica e integrata delle condizioni di fragilità delle persone disabili;- sperimentare il budget di salute per la promozione del progetto di vita individuale ponendo al centro la sostenibilità dei progetti nel tempo.
AZIONI PRINCIPALI DA REALIZZARE NEL 2025-2027
<p>La revisione dei modelli d'offerta trova un riferimento e indicazioni utili nelle normative regionali che superano il concetto di servizio come luogo fisico in favore di realtà che sappiano integrarsi con il territorio e le opportunità di vita sociale, riconoscendosi anche come portatori di opportunità per tutti i cittadini (Centri Multiservizi DGR 116/2013 – DGR 7404/22). Le DGR 3183/2020 e DGR 5320/2021 già disegnano e introducono per i servizi/unità d'offerta una</p>

<p>prospettiva fondata su una flessibilità organizzativa orientata ai bisogni prevedendo possibilità di interventi diversificati:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● attività di supporto al domicilio anche come possibilità di porre un'attenzione nuova al contesto familiare, all'organizzazione dei nuclei, a bisogni spesso sottovalutati o ai quali è opportuno prepararsi; ● attenzione al contesto. Il domicilio e il suo intorno richiamano alla possibilità di sostenere la persona nel suo contesto e il contesto che vive intorno alla persona (empowerment) per preparare le condizioni e rendere possibili i percorsi inclusivi previsti dal Progetto di vita; ● attività da remoto: di primaria importanza per tutta la fase pandemica, possono diventare una modalità di relazione per coloro che frequentano a tempo parziale, o assenti per cause diverse; nei fine settimana e periodi di ferie, ed anche come possibilità di costruire una rete di relazioni più ampia tra le persone anche non frequentanti i servizi, condividendo proposte, appuntamenti, iniziative; ● attività esterne e in spazi alternativi e/o complementari per ampliare le opportunità di esperienze e relazioni, sperimentare le prime forme dell'abitare, investire nei territori di provenienza, aumentare la flessibilità dei servizi superando un approccio rigido per standard strutturali e organizzativi; ● flessibilità e articolazione di orari e giorni di apertura superando, in relazione agli elementi che emergono nel Progetto di Vita, modelli organizzativi ancora mutuati da quelli scolastici; ● integrazione delle risorse nell'ottica del budget di salute. <p>La complessità dei bisogni delle persone indica, inoltre, la necessità di superare la netta separazione fra servizi di area sociale e di area sociosanitaria in favore di modelli più integrati a partire dagli obiettivi del Progetto di Vita, riposizionando l'offerta in termini di "servizi sociali a rilevanza sanitaria e servizi sociosanitari a rilevanza sociale".</p>
<p>TEMPI</p> <p>L'obiettivo si sviluppa lungo tutto il corso del triennio.</p> <p>Durante il primo anno è prevista l'attivazione di gruppi di lavoro volti al confronto tra le unità d'offerta sociali e sociosanitarie al fine di poter promuovere una consapevolezza condivisa relativa al percorso di evoluzione e ri-progettazione nell'ottica del progetto di vita.</p> <p>Durante il secondo anno è prevista la creazione delle condizioni istituzionali e tecniche volte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - al potenziamento delle azioni per la promozione di opportunità in particolare in termini abitativi ed occupazionali per le persone con disabilità, - alla realizzazione, attraverso la collaborazione con le ASST del territorio, di un servizio clinico per la disabilità adulto - alla definizione di percorsi facilitati per la presa in carico da parte delle persone disabili da parte degli ospedali. <p>Il terzo anno sarà dedicato al monitoraggio del percorso intrapreso.</p>
<p>STRUMENTI</p> <p>Verranno utilizzati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - coordinamenti provinciali; - incontri con il Collegio dei Sindaci, le Conferenze dei Sindaci e l'ATS Bergamo; - focus group con persone disabili, associazioni di categoria, legali rappresentanti enti accreditati, coordinatori e familiari della rete di unità di offerta sociali e sociosanitarie della Provincia di Bergamo; - attivazione di word-café con operatori delle unità di offerta;

<ul style="list-style-type: none"> - cassetta degli attrezzi per il progetto di vita per operatori delle unità di offerta (in collaborazione con Erikson); - carte dei servizi in un'ottica ecologico-contestuale per la promozione del progetto di vita; - formazione; - supervisione.
MONITORAGGIO
Il monitoraggio del riposizionamento della rete di unità di offerta sociali e sociosanitarie della provincia di Bergamo nell'ottica del progetto di vita verrà realizzato mediante il coinvolgimento della rete provinciale per la disabilità e un gruppo di coordinatori dei servizi.
VERIFICA E VALUTAZIONE
Le attività di verifica e di valutazione verranno realizzate in collaborazione con la rete provinciale disabilità dell'ATS di Bergamo.
GOVERNANCE
La governance del progetto è affidata al coordinamento degli Uffici di Piano degli Ambiti Territoriali Sociali della provincia di Bergamo.

Obiettivi sociali a valenza provinciale

Obiettivo 6 - Digitalizzazione

DESCRIZIONE
<p>Ai sensi della legge regionale 12 marzo 2008, n. 3 di Regione Lombardia “Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario”, e successive modifiche, all’art. 19 (Sistema Informativo della rete Sociale e Socio-sanitaria) è istituito un sistema informativo finalizzato:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Alla rilevazione dei bisogni;b) Alla verifica della congruità dell’offerta rispetto alla domanda;c) Alla raccolta ed elaborazione dei dati utili alla programmazione regionale e locale;d) Al monitoraggio dell’appropriatezza e della efficacia delle prestazioni;e) Alla rilevazione ed analisi del livello di soddisfazione dei cittadini relativamente all’adeguatezza, all’efficacia ed alla qualità delle prestazioni e dei servizi erogati. <p>Regione Lombardia, al fine di migliorare la programmazione e il coordinamento degli interventi sociali di competenza dei comuni, promuove la realizzazione e lo sviluppo di strumenti informatici che consentano un interscambio dei dati, Con la deliberazione della Giunta Regionale 18 novembre 2019 n. XI/2457 (“Cartella sociale informatizzata versione 2.0 – approvazione linee guida e specifiche di interscambio informativo”) ha approvato le linee di indirizzo per assicurare l’uniformità di realizzazione, sviluppo e di utilizzo di Cartelle Sociali Informatizzate, attraverso la definizione di elementi informativi comuni, che consentano lo sviluppo di soluzioni omogenee sul territorio lombardo.</p> <p>Dall’anno 2013 è stata adottata nel territorio provinciale la CSI Health Portal, attraverso uno specifico Protocollo di Intesa tra l’ex Azienda Sanitaria Locale della provincia di Bergamo, il Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci, le Assemblee distrettuali dei Sindaci/Ambiti Territoriali, rinnovato nel 2023 con scadenza al 28 febbraio 2027.</p> <p>Nel biennio 2021/2022 la CSI Health Portal è stata sottoposta ad un processo di revisione co-costruito con ATS di Bergamo e gli Ambiti stessi, on line dal mese di ottobre 2024. Nella prossima triennalità è necessario mettere a sistema l’utilizzo della CSI-Health Portal nella prassi operativa dei servizi sociali, promuovendone la diffusione e l’utilizzo sistematico, al fine di consentire l’implementazione di un sistema informativo omogeneo e condiviso finalizzato alla rilevazione dei bisogni, alla verifica della congruità dell’offerta rispetto alla domanda, al monitoraggio dell’appropriatezza e della efficacia delle prestazioni e alla raccolta ed elaborazione dei dati utili alla programmazione locale.</p>
OBIETTIVI
<p>La CSI deve permettere a tutti i professionisti di documentare chiaramente ogni fase ed evento del percorso socioassistenziale in cui si articola il servizio sociale erogato; a tale scopo essa deve essere strutturata in modo tale da consentire:</p> <ul style="list-style-type: none">• L’automazione di procedure uniformate;• La gestione delle informazioni a livello di assistito e di rete di relazioni;• La collaborazione fra i diversi attori attraverso l’integrazione della documentazione professionale e interprofessionale;

- L'interscambio di dati con soggetti esterni;
- L'analisi dei dati, sia puntuali che aggregati, per la produzione di reportistica direzionale ai fini del miglioramento dei servizi erogati, di governo del sistema e di supporto alle decisioni strategiche.

Gli obiettivi inerenti all'implementazione della CSI Health Portal da perseguire nel triennio 2025-2027 sono:

- ✓ Supportare gli operatori sociali nella conduzione del processo di aiuto;
- ✓ Promuovere la digitalizzazione dei procedimenti amministrativi, per una maggiore prossimità ai cittadini;
- ✓ Fornire informazioni utili alla programmazione, organizzazione, erogazione e gestione dei servizi sociali.

I risultati attesi dall'implementazione della CSI-HP prevedono il conseguimento dei seguenti esiti in rapporto agli operatori sociali, ai decisori politici, ai cittadini e alle altre pubbliche Amministrazioni:



AZIONI PRINCIPALI DA REALIZZARE NEL 2025-2027

Le azioni volte al raggiungimento degli obiettivi e dei risultati attesi dell'implementazione della CSI-HP mirano sostanzialmente a consolidare l'utilizzo di una soluzione informatica in grado di fornire funzioni sia a livello professionale-operativo agli assistenti sociali/operatori sia a livello amministrativo-gestionale agli enti che devono programmare e coordinare gli interventi sociali.

Sono pertanto previste le seguenti azioni, articolate in 2 macro-aree:

1. Azioni per l'implementazione della CSI-HP:

- ✓ Promuovere negli Ambiti l'utilizzo sistematico della CSI-HP, attraverso azioni mirate in ogni territorio, che prevedano anche il monitoraggio del volume di cartelle sociali inserite e il loro aggiornamento, tramite le apposite funzionalità della cartella sociale informatizzata;
- ✓ Raccogliere le eventuali difficoltà riscontrate nell'utilizzo della nuova versione e individuare azioni correttive;
- ✓ Implementare la raccolta di istanze on line da part dei cittadini;

- ✓ Individuare, dai dati estraibili dalla cartella sociale, un set di indicatori utile per la produzione di report sulla domanda sociale e i bisogni del territorio, sugli interventi effettuati;
- ✓ Implementare l'interoperabilità della Cartella Sociale Informatizzata con i sistemi informatizzati in uso nell'ambito sanitario e sociosanitario,

2. Azioni a supporto dell'implementazione

- ✓ Effettuare percorsi di formazione ed accompagnamento agli operatori per l'uso della nuova versione della cartella;
- ✓ Realizzare delle linee guida per l'utilizzo di CSI-HP;
- ✓ Consolidare un gruppo di lavoro CSI-HP, costituito da referenti di ATS e Ambiti territoriali che favorisca la tenuta del processo, accompagni sviluppo e revisioni, promuova il raccordo con i Comuni in modo da rendere omogenee le prassi di lavoro e la diffusione dello strumento.

TEMPI

Le azioni si svolgeranno secondo il seguente cronoprogramma di massima:

Azioni	2025	2026	2027
1. Azioni per l'implementazione della CSI-HP			
Utilizzo CSI-HP e monitoraggio attività	☑	☑	☑
Verifica funzionalità ed eventuali azioni correttive		☑	☑
Raccolta istanze on line	☑	☑	☑
Focus tematico dati della domanda sociale		☑	☑
Interoperabilità con sistemi sanitari e socio-sanitari			☑
2. Azioni a supporto dell'implementazione			
Percorsi di formazione e aggiornamento	☑	☑	☑
Linee guida CSI-HP		☑	
Gruppo di lavoro CSI-HP	☑	☑	☑

STRUMENTI

A supporto delle azioni, oltre alla CSI-HP, saranno predisposti specifici strumenti per: facilitare la fruizione della cartella (linee guida), verificarne l'utilizzo in un confronto comparato territoriale, fornire ai decisori politici gli elementi utili per la programmazione dei servizi (dataset domanda sociale), valutare l'efficacia della CSI-HP in rapporto agli obiettivi prefissati.

MONITORAGGIO

Il monitoraggio, svolto a cura del gruppo di lavoro CSI-HP, verificherà la pertinenza e l'adequazione degli interventi svolti in rapporto al programma operativo previsto.

Al termine del primo anno di utilizzo della nuova versione e del primo ciclo di formazione introduttiva, saranno svolti specifici momenti di approfondimento con gli operatori sociali,

<p>articolati per Ambito, per verificare eventuali difficoltà nell'utilizzo di CSI-HP e programmare eventuali azioni correttive.</p>
<p>VERIFICA E VALUTAZIONE</p>
<p>Le attività di verifica e valutazione saranno programmate in sede di gruppo di lavoro CSI-HP a partire dall'individuazione di indicatori specifici in grado di dar conto dei risultati ottenuti in rapporto agli operatori sociali, ai decisori politici, ai cittadini e alle altre pubbliche Amministrazioni.</p>
<p>GOVERNANCE</p>
<p>La governance dell'azione vede una contitolarità di ATS Bergamo e degli Ambiti Territoriali Sociali e si articola secondo il seguente assetto multilivello:</p> <p>Livello operativo Livello strategico Livello decisionale</p>

6. RISORSE

Per la realizzazione degli obiettivi previsti nel presente Prologo ai Piani di Zona saranno necessarie nel triennio risorse per un totale di 360.000 €, pari a 120.000 € annui, attraverso una quota parte del FNPS degli Ambiti Territoriali Sociali, affinché essi contribuiscano proporzionalmente al numero degli abitanti alle risorse definite.

L'impegno delle risorse e il relativo trasferimento all'Ente Capofila che verrà individuato entro febbraio 2025 tramite la definizione di un protocollo operativo tra Ambiti Territoriali Sociali, dovrà avvenire annualmente, per i tre anni di vigenza del Piano di Zona, entro i mesi di marzo 2025-2026-2027.

La definizione del riparto e dei criteri di utilizzo delle risorse disponibili, intesi come specifica suddivisione di quote tra gli obiettivi di governance tecnica e/o il sostegno a progettualità a valenza provinciale, sarà concordata tra Collegio dei Sindaci e Presidenti delle Assemblee dei Sindaci dei Piani di Zona entro febbraio 2025 e rendicontata dagli stessi annualmente.

Ambito	Contributo € quota parte FNPS per anno
Bergamo	16.519,78
Dalmine	15.896,68
Seriate	8.464,80
Grumello	5.474,70
Val Cavallina	5.929,98
Basso Sebino	3.441,49
Alto Sebino	3.212,88
Valle Seriana	10.324,79
Valle Seriana Superiore e Val di Scalve	4.510,36
Valle Brembana	4.300,76
Valle Imagna - Villa d'Almè	5.699,75
Isola Bergamasca	14.738,94
Treviglio	12.176,80
Romano di Lombardia	9.308,30
TOTALE	120.000,00